

# Problematika osob s postižením v lokálním prostředí

Bc. Radek Fuksa

---

Diplomová práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radek Fuksa**  
Osobní číslo: **H138168**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Problematika osob s postižením v lokálním prostředí**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

- S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:
- na vymezení handicapu jako sociální kategorie;
  - na charakteristiku jednotlivých druhů postižení;
  - na axiologickou dimenzi postižení;
  - na specifika životního stylu osob s postižením;
  - na problematiku sociální participace osob s postižením;
  - na realizaci kvantitativního výzkumu analyzujícího postoje vůči osobám s postižením.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**DYKCIK, W. Pedagogika Specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów sós niepełnosprawnych. Poznań: WPNT, 2005.**

**KRAUSE, A. Integracyjne złudzenia ponowoczesności. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS, 2000.**

**MAJEWSKI, T. Zatrudnienie wspomagane osób niepełnosprawnych. Warszawa: KIG-R, 2006.**

**ZURAW, H. Uczestnictwo społeczne osób niepełnosprawnych. Od modelu teoretycznego do działań praktycznych. In Krause, A.: Człowiek z niepełnosprawnością w systemie edukacji i rehabilitacji. Olsztyn: UWM, 2005.**

**ZURAW, H. Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Zak, 2008.**

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**  
Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce: **4. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2016**

V Brně dne 4. prosince 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu


### **Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### **Prohlašuji,**

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Hulíně

  
.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce prezentuje problematiku osob s postižením a to nejčastější typy postižení v komplexním pojetí. Zaměřuje se na mentální postižení, na problematiku tělesného postižení, sluchové a zrakové postižení. V návaznosti na problematiku postižení představuji i problematika integrace osob s postižením. Součástí diplomové práce je empirický výzkum kvantitativního typu za pomoci techniky dotazníku. V rámci výzkumu bylo stanoveno celkem sedm hypotéz, které byly verifikovány. Výzkum byl realizován na výzkumném souboru N= 66, respondenti byli vybráni náhodným výběrem.

Klíčová slova: postižení, disabilita, postoj, sociální participace, výzkum

## **ABSTRACT**

The diploma thesis presents the issue of people with disabilities and explores the most frequent types of disabilities in a comprehensive sense. It focuses on mental disorders, problems of physical disabilities and hearing and visual impairment. In relation to the issue of disability I also deal with integration of persons with disabilities. The thesis includes an empiric quantitative research using the questionnaire techniques. The research has provided a total of seven hypotheses which were verified. The research was conducted on the investigative file N = 66 and the respondents were selected at random.

Keywords: handicap, disability, attitude, social participation, research

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 CHARAKTERISKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>10</b>
1.1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	11
1.2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA A DOWNŮV SYNDROM.....	12
1.3 SPECIFIKA JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	14
1.4 ODLIŠNOSTI VE VÝVOJI OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	16
1.5 EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	18
<b>2 CHARAKTERISTIKA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>21</b>
2.1 OSOBY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	24
2.2 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	26
2.3 INTEGRACE.....	27
2.4 INKLUZE.....	29
2.5 EDUKACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	29
<b>3 SOCIÁLNÍ PARTICIPACE OSOB S POSTIŽENÍM.....</b>	<b>32</b>
3.1 OSOBNÍ ASISTENCE A ODLEHČOVACÍ SLUŽBA.....	32
3.2 SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM.....	33
3.3 PROBLEMATIKA BYDLENÍ.....	34
3.4 PRACOVNÍ PŘÍLEŽITOSTI.....	35
3.5 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.....	37
3.6 KULTURNÍ VYŽITÍ.....	39
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>4 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>42</b>
4.1 SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY SOUBORU.....	42
4.2 VÝSLEDKY UNIVARIAČNÍ ANALÝZY.....	42
4.3 PREZENTACE VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ.....	60
4.4 NÁVRHY A OPATŘENÍ.....	61
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na problematiku osob s postižením v lokálním prostředí. Ačkoli zdravý člověk si to leckdy ani plně neuvědomuje, lidé postižení mentálně nebo tělesně jsou všude kolem nás. V dnešní době je přitom běžné, že tito lidé žijí téměř jako zdravý člověk, studují, chodí do práce či provozují celou řadu volnočasových či kulturních aktivit. Zatímco dříve bydleli postižení lidé z velké části v ústavech, dnes je snaha, pokud je to možné, umožnit jim vést samostatný a plnohodnotný život. A právě o tom je předkládaná diplomová práce, která se zaměřuje jak na jedince s tělesným, tak i na jedince s mentálním postižením.

Cílem diplomové práce je zjistit a analyzovat postoje společnosti vůči handicapovaným a rovněž sekundárně analyzovat determinanty jejich začleňování formou sociální participace.

Za účelem naplnění stanoveného cíle je práce standardně rozčleněna na dvě části, a to na část teoretickou a část analytickou. V teoretické části jsou nejprve představeny osoby s mentálním postižením a jejich specifika včetně edukace, dále jsou ve druhé kapitole představeny osoby s tělesným postižením včetně otázek integrace a inkluze těchto osob. Třetí kapitola je zaměřena právě na vybrané otázky života osob s postižením, tj. pracovní aktivity, volnočasové aktivity, možnosti pomoci ze strany státu (odlehčovací služby, sociální dávky) apod.

Výzkum byl realizován kvantitativní výzkumnou strategií, zpracován byl statistickou procedurou za použití techniky dotazníku. Dotazník byl distribuován náhodně mezi respondenty. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v empirické části diplomové práce.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Na počátku je třeba vymezit pojem handicap. Slovo handicap je pojem označující nepříznivý stav nebo situaci daného jedince, který vyplývá z poruchy či defektu, jež omezuje nebo znemožňuje plnění různých úloh. Synonymem je pojem znevýhodnění (Fischer, Škoda, 2008, s. 19). „*Poruchy a handicap mohou vznikat v průběhu celého života, míra rizika je odlišná vzhledem k věku a typu, druhu poruchy (...)*“ (Fischer, Škoda, 2008, s. 23). „Handicapy, poruchy a znevýhodnění se na základě různých pohledů třídí a klasifikuje. Člení se: „*(...) druh handicapu a znevýhodnění, jeho rozsah (stupeň, hloubka) a hledisko doby, kdy k jeho vzniku došlo.*“ (Fischer, Škoda, 2008, s. 20).

Klasifikace podle autorů Slavomila Fischera a Jiřího Škody (2008, s. 20):

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle druhu

- a) Poruchy tělesné (somatické).
- b) Poruchy komunikace.
- c) Poruchy mentální – do této kategorie patří různé handicap a znevýhodnění v oblasti rozumových schopností. Jedná se například o důsledek vrozených defektů (mentální postižení) a o defekty a poruchy získané v průběhu života (demence).
- d) Poruchy chování (Fischer, Škoda, 2008, s. 20).

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle stupně:

- a) Handicapy a poruchy lehkého stupně – minimální odlišnost od normy (...) defekty, poruchy a z nich vyplývající handicap lze zvládnout bez zvláštní, speciální, institucionalizované pomoci (Bartoňová a kol., 2007, s. 22).
- b) Handicapy a poruchy středního stupně – již vyžadují speciální přístup, metody a pomoc (...) pro práci s těmito osobami je ve většině případů nutná účast specialistů
- c) a speciálních institucí.
- d) Handicapy a poruchy těžkého stupně – tyto jedinci jsou plně odkázáni na pomoc okolí a společnosti (...) u osob s defektem v oblasti mentální jsou nutné ústavy sociální péče s celodenním pobytem, u osob s poruchami osobnosti jsou to například detenční ústavy (Fischer, Škoda, 2008, s. 21-22).

Klasifikace handicapů a znevýhodnění podle doby jejich vzniku

- a) Handicapy a poruchy prenatální.
- b) Handicapy a poruchy perinatální.
- c) Handicapy a poruchy postnatální (Fischer, Škoda, 2008, s. 23).

Jiný pohled pak uvádí, že postižení je definováno v sociálním kontextu. Pracuje se s termínem funkční zdraví. A to nastává, když tělesné funkce a struktury odpovídají zdravému člověku, pokud člověk dělá vše, co se od něj očekává a vykonává to bez zdravotních problémů a pokud člověk rozvíjí svoji existenci a aktivity v oblastech, které jsou pro něj důležité (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 38).

## 1.1 Mentální postižení

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou endogenní nebo exogenní. Mezi endogenní (což jsou příčiny genetické, dědičné) patří dávné (mutace v zárodečných buňkách) nebo čerstvé (spontánní mutace). Exogenní příčiny jsou takové, které vznikají vlivem prostředí. Mohou vzniknout v raném těhotenství, v pozdním těhotenství, při abnormálním porodu nebo během života díky úrazům či nepříznivému vlivu výchovy (Černá a kol., 2015, s. 84).

Důležitým faktorem je právě dědičnost. Vznik lehkého mentálního postižení je připisán zděděné inteligenci a vlivu rodinného prostředí. Snížení intelektových schopností může být zapříčiněno sociokulturní deprivací v rodině nebo v institucionální péči. Za environmentální faktory se považují ty, do kterých se zařazují onemocnění matky v těhotenství. Mezi specifické genetické příčiny patří například poruchy chromozomů (Bartoňová, 2007, s. 30).

Mentální postižení je měřeno standardizovanými testy inteligence. Nutno podotknout, že úroveň intelektuálních schopností se může během života měnit. Je možné ji zlepšovat cvičením. Mentální postižení rozlišujeme na lehké (IQ je mezi 50 až 69), střední (IQ je mezi 35 – 49), těžké (IQ je mezi 20 – 34), hluboké (IQ je maximálně 20), jinou a nespecifikovanou. IQ nelze určit (Pešová, Šamalík, 2006, s. 56).

## 1.2 Poruchy autistického spektra a Downův syndrom

Specifická postižení jsou poruchy autistického spektra a Downův syndrom. Proto jsem je zařadil do samostatné podkapitoly.

Poruchy autistického spektra patří k pervazivním vývojovým poruchám. Tyto poruchy se diagnostikují na základě projevů chování. Jedná se o poškození některých mozkových funkcí. Základ je neurobiologický. Jedinec s poruchou autistického spektra má problém s orientací v sociálních dovednostech. Může k tomu být přidruženo mentální postižení, ale nemusí. Pod poruchy autistického spektra spadá dětský autismus, atypický autismus, Aspergrův syndrom, dezintegrační porucha a Rettův syndrom (Sojková, 2015).

Vývojovou abnormalitu je možno zaznamenávat od dvanáctého měsíce života dítěte. Příznaky se mohou začít projevovat velmi pomalu. Jinou možností je autistická regrese, kdy se jedná o vývojový obrat zpět. Dítě ztrácí získané vývojové dovednosti, obzvláště v oblasti řeči a sociálního chování. Kojenci s autismem se vyhýbají očnímu kontaktu, nejeví zájem o tváře a hlasy.

Neobjevuje se u nich typická vazba na matku, příliš neprojevuje strach z odloučení od blízké osoby nebo z cizích lidí (Hrdlička, 2004, s. 36).

Opožděn bývá rozvoj řeči. U některých jedinců se vyvine, ale bývá podivná a nápadná. Pro řeč bývá charakteristická bezpřízvučnost, neemotivnost, narušená větná stavba nebo echolálie. Minimální bývá gestikulace a mimika. Děti si nedokážou hrát s ostatními dětmi. Typická je soustředěnost na detail. Chování je obsedantní, jedinci lpí na neměnnosti prostředí, mají své rituály. Dojde-li ke změnám, jsou schopni reagovat výbuchy vzteku a agrese. Na zvuky, pro nás běžné, mohou reagovat nepřiměřeně. Například na zvuk vysavače. Jak už bylo zmíněno výše, k poruchám autistického spektra může být přidruženo mentální postižení nebo epilepsie (Hrdlička, 2004, s. 37 - 38).

Příčiny autismu se nepodařilo najít. Výzkumy ukazují, že určitou roli zde hrají genetické faktory, infekční onemocnění či chemické procesy v mozku. Většinou to bývají kombinace. Aby byl autismus diagnostikován, musí být splněna diagnostická triáda. Jsou to problémy v oblasti komunikace, sociálního chování - v interakci, v představivosti - imaginaci (bývá stereotypní okruh zájmů). U atypického autismu se neprojevují všechny symptomy. První příznaky bývají odhalovány kolem třetího roku života. Neobvyklý vývoj je ve všech

oblastech triády, ale symptomy nenaplnují diagnostická kritéria. Jedna z oblastí triády není narušena (Šporclová, 2007).

Jedinci s Aspergovým syndromem mají podobné problémy jako lidé s autismem, ale jsou na tom dobře intelektově. Mnohdy jsou velmi nadaní. U dětí bývá řeč velmi podobné řeči dospělých. Tito lidé mají problém chápat humor, ironii, nadsázku. Bývají samotářští. Pohybově bývají neobratní. Vyskytují se u nich vývojové poruchy chování, poruchy pozornosti, hyperaktivita nebo nedostatečná kontrola emocí (Šporclová, 2007).

Dezintegrační porucha se může objevit kdykoliv mezi druhým a desátým rokem. Stav dítěte se náhle zhorší a může být trvalý. Je možnost, že ho vystřídá období stagnace. Zhoršení nastává v komunikačních a sociálních dovednostech. Dítě vykazuje znaky podobné autismu. Po nějakém období může nastat zlepšení, ale už se to nevrátí k normě (Šporclová, 2007).

Rettův syndrom je vrozené neurologické onemocnění. Postihuje převážně dívky. Vyskytuje se mezi šestým až osmnáctým měsícem věku dítěte. Dítě ztratí, do té doby, nabyté dovednosti v oblasti motoriky. Typická je dyspraxie, což je „*neschopnost účelného používání rukou.*“ (Rett, 2016). Potíže také způsobuje apraxie, kdy tito jedinci nejsou schopni ovládat své tělo. Není u nich možné spojit myšlenku s pohybem, kdy mají vůli pohnout tělem, ale to je neposlouchá. Dalším z příznaků je nejistá chůze, která může vymizet. Co se týká inteligence, tak ta se příliš určit nedá, protože je poškozena řeč a ovládání těla. Proto bývá stanovena středně těžká retardace. Možné je i objevení se autistického chování, které ale může vymizet (Rett, 2016).

Lidé s Rettovým syndromem jsou schopni komunikovat díky očnímu kontaktu. S tímto syndromem se pojí celá řada problémů. Od dechové dysfunkce, kdy se dechová centra nedostatečně vyvinula a způsobují tak supění, polykání vzduchu nebo apnoické pauzy přes poruchy trávení až po bruxismus (skřípání zubů), strabismus (šilhání), epilepsii či růstovou retardaci (Rett, 2016).

Downův syndrom je chromozomální odchylka. Vzniká kvůli přebývání dvacátého prvního chromozomu. Druhou variantou je, že se část dvacátého prvního chromozomu připojí k jinému chromozomu. Jedná se o náhodný jev a jiné příčiny nebyly prokázány. V některých odborných publikacích se uvádí, že větší pravděpodobnost vzniku Downova syndromu u dítěte, je u starších rodičů – tedy u matky nad třicet pět let a u otce nad padesát let (Down syndrom, 2015).

V minulých letech se lidem s Downovým syndromem říkalo, že jsou „mongoloidní“. To vzniklo tak, že se obličejové rysy těchto lidí podobají obličejovým rysům Asiatům (Selikowitz, 2011, s. 38).

Diagnóza může být stanovena hned při narození. Občas se stane, že příznaky nejsou zjevné a syndrom se hned u dítěte nerozpozná. U tohoto syndromu bylo určeno přes sto dvacet symptomů. Nicméně mnoho lidí jich má pouze šest nebo sedm. Mezi typické rysy patří odlišnosti týkající se obličeje, hlavy, očí, vlasů, krku, úst, rukou, nohou, svalového napětí, velikosti postavy. Děti mívají kulatý obličej, který bývá z profilu plochý. Hlava je vzadu oploštělá. Oči jsou mírně zešíklené vzhůru. Vyskytuje se na nich kožní řasa probíhající vertikálně mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu (Selikowitz, 2011, s. 41).

Někdy tato řasa může vymizet. Pokud je velká, vyvolává dojem šilhání. Oční duhovka může mít na sobě nažloutlé tečky, které později zmizí. Ani řada, ani tečky na duhovce vidění nebrání. Vlasy bývají jemné a rovné. Pro krk je typické, že je krátký, široký a na zadní straně má volnou kůži. Ústa jsou menší, jazyk větší, což způsobuje, že některé děti vyplazují jazyk. Ruce jsou široké, prsty krátké. Dlaň má jen jednu příčnou rýhu. Nohy jsou silné s širokou mezerou mezi palcem a ukazováčkem. Končetiny a krk jsou ochablé. Lidé s Downovým syndromem dorůstají menších výšek (Selikowitz, 2011, s. 42-43).

### **1.3 Specifika jedince s mentálním postižením**

Psychické zvláštnosti jedince s mentálním postižením jsou zejména následující:

#### **Počítky a vjemy**

Počítky a vjemy jsou momentálním odrazem skutečnosti. Velký vliv na psychický vývoj jedince má právě schopnost vnímání, která je u mentálně postižených velmi opožděná. Jde o to, že tito jedinci špatně vnímají vztahy mezi předměty. Děti nejsou schopny hledat a nacházet předměty, pozorně je sledovat a vyznat se v jejich vlastnostech. Důležité je v psychickém vývoji sluchové vnímání související s rozvojem řeči (Vítková, 2004, s. 300).

#### **Rozvoj řeči**

Řeč je považována za nástroj myšlení. Vyslovování vět a rozlišování se u mentálně postižených dětí tvoří později než je běžné. Nedostatky ve sluchovém vnímání souvisí se zpomaleným tempem vývoje artikulace. Rozdíl najdeme mezi aktivní a pasivní slovní

zásobou. Ta první je velmi malá. Děti málo používají přídavných jmen, sloves a spojek. Hodně je využíváno zájmen k označení osoby, dále je stavba řeči mluvnicky nedokonalá, gramatická shoda ve větách je porušována (Valenta, 2012, s. 231).

### **Myšlení**

Myšlení je poznávání skutečnosti. Problémem je zobecňování, kterého tito lidé nejsou schopni. Schopnost osvojovat si pravidla a obecné pojmy je špatná. Je to následkem poškození mozku. Zvláštnosti myšlení jsou následující: nedůslednost v myšlení, neschopnost použít již osvojených rozumových operací a nekritičnost myšlení. Kvůli kolísající psychické aktivitě se děti nemohou dlouho soustředit a promýšlet daný úkol (Vítková, 2004, 301-302).

### **Paměť**

Paměť nám pomáhá uchovávat si minulou zkušenost, kterou jsme si zobecnili. Má své procesy: zapamatování, udržení v paměti a vybavování. Jedním z procesů je samozřejmě i zapomínání. Děti s mentálním postižením se snaží mechanicky si zapamatovat učivo bez porozumění. Kvůli neschopnosti vytvoření si představ mají děti potíže s logickým zapamatováním si. Penzum zapamatovaného je menší než u zdravých dětí, míra zapomínání je naopak daleko větší. S vybavováním je problém. Za nedokonalou paměť může špatné zpracování vnímaného materiálu. Představy jsou totiž neutříděné, což vyvolává problém při jejich vybavování (Bendová, Zikl, 2011, s. 9).

### **Volní vlastnosti**

Vůle je projevoována v cílevědomém jednání. Děti s mentálním postižením mají slabou vůli. Souvisí to i s motivy a cíli a projevy nezralé osobnosti. Snížení volních kompetencí se nazývá hypobulie a úplné chybění volních kompetencí se nazývá abulie (Vítková, 2004, 303).

### **Emocionální sféra**

City dělíme na vyšší a nižší. Vyšší obsahují uspokojování duchovních potřeb, nižší uspokojování organických potřeb. Dítě s mentálním postižením má city nedostatečně odstupňované, prožitky protikladné, opožděné, mají problém s utvářením vyšších citů a často se přichylují k chorobným citovým projevům jako je popudlivost, euforie, apatie nebo poruchy nálad (Vítková, 2004, s. 303).

## Sebehodnocení

Sebehodnocení je významnou součástí lidské osobnosti. Sebehodnocení dětí s mentálním postižením je ovlivněno výchovou ve škole a v rodině, která může být protichůdná. Projevuje se zvýšené sebehodnocení, které je důsledkem nezralé osobnosti. Co se týká úsilí, tak to se pohybuje od nerealisticky vysokého k nerealisticky nízkému. Za psychické zvláštnosti u lidí s mentálním postižením můžeme považovat například tyto: neschopnost nebo velmi snížená schopnost porovnávání logických vztahů, tékavost, nedostatečná slovní zásoba a vyjadřovací neobratnost, porucha pohybové koordinace, impulzivnost, hyperaktivita nebo zpomalení, citová vzrušivost, rigidita chování, opožděný psychosexuální vývoj, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí poruchy v mezilidských vztazích a komunikaci, nízká přizpůsobivost požadavkům společnosti. (Vítková, 2004, s. 304).

### 1.4 Odlišnosti ve vývoji osob s mentálním postižením

V této podkapitole popíšu odlišnosti vývoje osob s mentálním postižením od novorozeneckého období přes dospělost až do stáří.

Novorozenecké období je dlouhé jeden měsíc. Organismus se adaptuje na nové prostředí. Vývojové odchylky u novorozenců jsou pokračování z dob prenatálního. Některé vzniknou přímo při porodu (například asfyxie). Některé odlišnosti lze diagnostikovat už v tomto věku. Jedná se například o chromozomální aberaci, hydrocefalus nebo mikrocefalus (Pipeková, 2010, s. 307).

Od začátku druhého měsíce do jednoho roku je kojenecký věk. Je to období, kdy zdravé dítě výrazně roste a znatelně se tělesně vyvíjí. Pokud má dítě těžké mentální postižení, lze to poznat již v tomto věku. Je-li postižení lehčí, vyznačuje se malou aktivitou, spavostí, klidností a dítě dává malé či skoro žádné odezvy na sociální interakci (Plevová, Slowik, 2010, s. 135).

Například pro děti s Downovým syndromem je například typické, že jejich křik je jemnější, a to kvůli mezižeberním a břišním svalům, které jsou ochablější. Co se týká hrubé motoriky, tak novorozenec při roztažení nohou neklade stejný odpor jako dítě bez Downova syndromu. Pokud leží na bříšku, nohy jsou natažené v prodloužení trupu a zadek je plošší než u jiných dětí (Selikowitz, 2011, s. 60).



Batolecí období se datuje od druhého do třetího roku života. V tomto období dochází ke změnám v psychických projevech, v chování a prožívání. Děti, u kterých je diagnostikováno lehké mentální postižení, jsou celkově opožděné o rok nebo rok a půl. U těžšího mentálního postižení je vývoj natolik opožděn, že působí jako by se nerozvíjel (Langmajer, Krejčířová, 2006, s. 290).

Uvedu zde opět příklad dítěte s Downovým syndromem pro které je typické, že má v tomto věku problémy s rozkousáním tužší stravy. Někdy tyto problémy přetrvávají i do pěti let věku dítěte. Co se týká řeči, tak ta se opoždí. Někdy se pro děti používají manuální znaky, protože bývají dítěti jasnější než slova. Pro malé děti je vhodný „Makaton,“ (systém grafických symbolů a znaků, které doprovázejí řeč) (Selikowitz, 2011, s. 70-71).

Od tří do šesti let trvá předškolní období. U dětí s postižením se toto období prodlužuje o čtyři až pět let. Důležité je, aby dítě bylo svěřeno do péče odborných pracovníků (psycholog, speciální pedagog, fyzioterapeut), kteří by rodičům měli navrhnout, jaký typ školského zařízení je pro dítě nejvhodnější (Pipeková, 2010, s. 307).

Období školního věku je za normálních okolností od šesti do patnácti let. U dětí s mentálním postižením závisí na diagnóze. Děti mohou plnit povinnou školní docházku až deset let. Důležité je, včetně výuky trivia, učit děti i sociálním dovednostem. Zejména poslední zmíněné hrají v životě postiženého větší roli než znalost čtení či počtů. Ve většině případů zůstávají po celý život závislí na rodině nebo na asistentech. Možnost dalšího vzdělávání závisí na stupni postižení (Pipeková, 2010, s. 307-308).

Přechod do dospělosti neboli adolescence probíhá u zdravých jedinců od patnácti do jednadvaceti let. Opět tu záleží na stupni postižení. Jedinci s lehkým mentálním postižením mají možnost se vyučit na učilišti, získat práci (převážně manuální) a v lepším případě založit rodinu a mít děti. Pro jedince s těžšími formami postižení, je možné zařazení do chráněné dílny. Vždycky je ale potřeba asistence. V tomto věku je problémem uspokojování sexuálních potřeb. Tito lidé jsou často zneužíváni (Valenta, 2012, s. 48).

Zde stojí za zmínku, že pro mladé lidi s Downovým syndromem je typická nemotornost. Kvůli překotnému růstu, který je pro pubertu charakteristický, dochází k tomu, že některé části těla rostou rychleji než jiné. Člověk tedy nemá správné proporce. Důsledkem je, již zmíněná neobratnost, která ale na konci tohoto období vymizí. Změny se samozřejmě týkají i hormonální oblasti. Je nutné jedince s Downovým syndromem

naučit správné hygieně. Řada lidí kvůli suché pokožce nepoužívá mýdlo, v pubertě je nutné. Jedním z větších problémů adolescence bývá větší chuť k jídlu. Pokud je problém s nadváhou, musí se vyloučit špatná funkce štítné žlázy. Je důležité sledovat výšku a hmotnost dítěte a přesně jej měřit. V případech měnění jídelníčku a snaha o redukci váhy, se doporučuje kontaktovat dietologa (Selikowitz, 2011, s. 149-151).

Dospělost je v běžném případě charakterizována tím, že mladí lidé dokončí studia, získají zaměstnání, uzavřou sňatek a založí rodinu. Osoby s mentálním postižením je třeba podporovat v naplňování jejich potřeb, je důležité jim zařídit kvalitní trávení volného času. A vést je k samostatnosti prostřednictvím chráněného bydlení. Zde je prostor pro fungování poradenských zařízení, která mohou přispět ke zkvalitnění života postižených obyvatel (Bendová, Zíkl, 2011, s. 10).

Stáří nastává u osob s postižením různě. Na rychlost stárnutí mají vliv biologické, psychické a socio-kulturní faktory. Oproti jedincům bez postižení, se stáří dostavuje o pět až deset let dříve. Narůstají totiž kombinace vad a duševních poruch. Někteří se dostávají do sociální izolace. Podle Pipekové (2010) v České republice: „(...) převládá segreganční postoj k této skupině osob již v období přechodu do dospělosti, kdy tito jedinci hledají místo ve společnosti (...),“ ale ta je zařadí do kategorie invalidní důchodce (Pipeková, 2010, s. 309).

## 1.5 Edukace osob s mentální postižením

Vstup do vzdělávacích zařízení je zátěžové pro zdravé děti natož pro děti s handicapem. Děti se stále více dostávají do kontaktu s lidmi, na které nejsou zvyklí. Může docházet k nepochopení ze strany okolí. Neznalost probouzí v lidech strach. Dítě může být tak terčem posměchu (Bartoňová a kol., 2007, s. 51).

Aby se mohlo dítě s mentálním postižením co nejvíce začlenit do společnosti, je potřeba, aby od nejranějšího dětství bylo přiměřeně stimulováno. Aby byla také uspokojena jejich potřeba životní jistoty a citové vazby. Raná podpora neboli také včasná intervence je název pro soustavu služeb a programů, které jsou poskytovány dětem a jejich rodinám. Úkolem těchto služeb je zmírnění důsledků postižení či jeho eliminace. Střediska rané péče zajišťují tyto služby: včasná diagnostika; komplexní přístup k péči o dítě; medicínsko-terapeutická podpora a pedagogicko-psychologická podpora. Důležité je, aby byla včas odhalena porucha či handicap. Pracovníky ve Střediscích rané péče jsou

hlavně: speciální pedagogové, psychologové, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, pediatři a neurologové (Hájková, Strnadová, 2010, s. 72).

Další pomoc je nabízena dalšími typy školských poradenských zařízení. Patří mezi ně pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Ve škole jsou poradenské služby zajišťovány výchovným poradcem, školním metodikem prevence, školním psychologem a školním speciálním pedagogem. Většina běžných základních škol má jen první dva zmíněné. Některé školy si mohou dovolit i školního psychologa. Poradenské služby se také věnují i kariérovému poradenství (Bartoňová a kol., 2007, s. 57).

Předškolní vzdělávání je zajišťováno v mateřské škole, ve speciální třídě při mateřské škole nebo v mateřské škole speciální. Závazným dokumentem je Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Tento dokument obsahuje pět oblastí, které jsou realizovány, a to: biologická, psychologická, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální oblast. U dětí s mentálním postižením je výchova v mateřské škole zaměřena na zvládnutí sebeobsluhy a hygienických návyků, používají se kompenzační pomůcky, počet dětí ve třídě je snížen. Co se týká obsahu vzdělávání, tak: „*charakterizuje dílčí záměry (proč, v čem je smysl a účel), popisuje dílčí vzdělávací cíle (k čemu vzdělávání směřuje) (...)*“ dále popisuje činnosti a příležitosti, které jsou dětem vytvářeny a nabízeny (Bartoňová a kol., 2007, s. 61).

Přípravné třídy fungují při základních školách. Nejsou zahrnuty do povinné školní docházky. Fungují podle Rámcově vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Do přípravných tříd jdou děti, kterým poradna doporučila odklad s tím, aby byly zařazeny do přípravné třídy. V průběhu docházky do této třídy, se provádí speciálně-pedagogická diagnostika. Na konci roku je vypracována zpráva o průběhu předškolního vzdělávání (Zormanová, 2014, s. 75).

Dítě s mentálním postižením může být vzděláváno na běžné základní škole, na základní škole praktické nebo na základní škole speciální. V základní škole je možné vzdělávání formou integrace, kdy má žák vypracovaný individuální plán. Možné je také zařazení do třídy pro žáky se zdravotním postižením, která je zřízena při běžné základní škole. Základní škola praktická je devítiletá a je rozdělena, stejně jako běžná základní škola, na první a druhý stupeň. Před přijetím do základní praktické školy může předcházet diagnostický pobyt, a to v délce od dvou do šesti měsíců.

Vzdělávání žáků se přizpůsobuje jejich psychickému a fyzickému vývoji. Velký důraz je kladen na možnost pracovního uplatnění. Školní poradenské zařízení pomáhá žákům při výběru učebních oborů nebo středních škol. Základní školy praktické pracují podle Vzdělávacího programu zvláštní školy, Alternativního vzdělávacího programu zvláštní školy pro žáky romského etnika nebo Rámcově vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, který má přílohu, jenž upravuje vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (Bendová, Zikl, 2011, s. 31).

Rámcový vzdělávací program ZV LMP bere v potaz sníženou úroveň rozumových schopností žáků. A určuje podmínky pro jejich vzdělávání. Obsahem tohoto programu je příprava na společenské a profesní uplatnění. Také stanovuje úroveň vzdělávání žáků s LMP, která musí být školou respektována. Cíli RVP ZV LMP jsou: podněcování k tvořivému myšlení, logické uvažování, vedení žáků k účinné komunikaci, příprava žáků na samostatnost, vedení žáků k toleranci, ohleduplnosti k ostatním lidem, pomáhání v poznávání a rozvíjení schopností a jejich uplatňování (Zormanová, 2014, s. 75).

Na základní škole speciální je vzdělávání přizpůsobeno snížené úrovni rozumových schopností žáků. Učivo je omezeno na osvojení základních dovedností. Zaměřuje se více na praktické předměty. Žáci jsou vedeni k osvojení sebeobsluhy, aby zvládli používat předměty denní potřeby. Tato škola je pro žáky, kteří kvůli úrovni svých rozumových schopností nezvládnou požadavky, jenž jsou obsaženy v RVP ZV LMP (Bartoňová a kol., 2007, s. 71). Jsou zde vzdělávání žáci se středně těžkým mentálním postižením. Spadají sem i žáci s více vadami nebo autismem. Jejich vzdělávacím programem je Rámcově vzdělávací program pro základní školu speciální. Žáci se zdravotním postižením mohou být na základní škole speciální vzdělávání formou individuální integrace, skupinové integrace nebo jiným způsobem (tak se děje u žáků s hlubokým mentálním postižením). Na závěr docházky získá žák doklad o dosažení základů vzdělání. Děje se tak po ukončení buď devátého nebo desátého ročníku nebo dostane vysvědčení o kurzu pro získání základů vzdělání. Prodloužení školní docházky je možné do sedmnácti let. Pokud má žák zdravotní postižení, je možno prodloužit docházku do dvaceti šesti let (Bartoňová a kol., 2007, s. 72-73).

## 2 CHARAKTERISTIKA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

ICF je mezinárodní klasifikace funkčnosti. Je to nadřazený pojem ke každému omezení funkčních schopností jedince. Cíle této klasifikace jsou následující: poskytuje vědecké základy pro porozumění a studium stavu zdraví; dává k dispozici aparát pojmů, které popisují stav zdraví, a to z důvodu zlepšení komunikace mezi různými uživateli; dovoluje porovnání dat mezi zeměmi, obory ve zdravotnictví v průběhu času a poskytuje systém kódování pro zdravotnické systémy (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 39-40).

Mezinárodní klasifikace má dvě části, každá z nich má dvě složky. Díl jedna zahrnuje funkční schopnosti a postižení členěné na tělesné funkce a struktury, aktivity a participace. Díl dvě má pod sebou faktory kontextu, ty se dělí na faktory životního prostředí a personální faktory (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 41).

Osobám s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním se věnuje vědní obor somatopedie. Tento název pochází z řeckých slov soma (což je tělo) a paideia (což je výchova). Můžeme se setkat také s termíny pedagogika tělesně postižených nebo pedagogika tělesně postižených a chronicky nemocných. Společným znakem těchto osob je omezení pohybu. A to postihuje celou osobnost člověka. Jako tělesně postižený je označován člověk, který: „*je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození*“ (Pipeková, 2010, s. 179).

Jedná se o dlouhodobý a trvalý stav. Poškození je omezení tělesné funkce nebo struktury (například odchylka nebo ztráta). Do tělesných funkcí zahrnujeme lidské smysly (funkce vidění). Tělo znamená lidský organismus jako celek, proto mentální funkce spadají pod tělesné funkce. Poškození může být přechodné nebo trvalé, progresivní, regresivní, statické, přerušované nebo kontinuální.

Poškození je posuzováno nezávisle na své etiologii a vývoji. Například ztráta končetiny může být zapříčiněna genetickou vadou nebo úrazem. Příčina nemusí vše dostatečně vysvětlit. Co je nutné si uvědomit je skutečnost, že poškození může být projevem zdravotního problému, ale nemusí to znamenat, že by se postižený člověk měl brát jako nemocný. Je možné, že jedno poškození doprovází jiné. Třeba u nedostatku svalové síly omezuje pohyb. Ve vzájemném vztahu s tělesnými funkcemi, jsou faktory životního prostředí (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 41-42).

Právě faktory životního prostředí formují materiální a sociální prostředí. Životní prostředí, v mezinárodní klasifikaci, má vztah ke dvěma různým úrovním: úroveň individua a společnosti. Do první úrovně spadá bezprostřední jedincovo prostředí. Domov, práce, škola. Probíhá zde kontakt s rodinou, známými, kamarády nebo cizími lidmi. Úroveň společnosti obsahuje pohlaví, etnickou příslušnost, věk, zdravotní problémy, životní styl, zvyklosti, výchovu, vzdělání, povolání, individuální schopnosti. V mezinárodní klasifikaci nejsou klasifikovány faktory personální (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 44).

Pohyb je spouštěč procesů, jež jsou řízeny mozkiem. V mozku jsou tři lokality, které jsou důležité pro pohyb, a to: mozková kůra, mozkový kmen a mozeček. Pohybové vady se dělí na několik skupin. Pokud vady rozeznáváme podle postižené části těla, jsou to skupiny obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace. První zmíněná skupina zahrnuje mozek, míchu a periferní obvodové nervstvo. Částečné ochrnutí je paréza a úplné se nazývá plégie (Pipeková, 2010, s. 180-183).

Deformace tvoří skupinu vrozených nebo získaných vad vyznačující se nesprávným tvarem některé části těla. Mohou tím začínat i některé druhy skolióz a kyfóz. Jsou to buď změny v zakřivení páteře, nebo labilní a nestálé držení těla. Deformita páteře je trvalá a stálá. Další skupinou onemocnění je progresivní svalová dystrofie. Je to onemocnění svalů vznikající na základě dědičné metabolické poruchy (Valenta, 2012, s. 108).

Dětská mozková obrna patří mezi závažná postižení. V některých textech se používá termín pouze mozková obrna. Dochází k ní v prvních měsících plodu, tedy doba vzniku je prenatální. Může být způsobena infekcí matky, oběhové poruchy matka apod.

Během porodu může také docházet k poruchám, což je období perinatální. Dochází k nedonošenosti či naopak přenošenosti, příčinou mohou být komplikované porody. A třetí možnost vzniku mozkových obrn je v období postnatálním, tedy do šesti měsíců života dítěte. Mohou je způsobit infekce. Jde tedy o postižení nezralého mozku (Pipeková, 2010, s. 181-183).

Některé zdroje uvádějí, že se nesmí zaměňovat dětská mozková obrna s dětskou obrnou. Ta je způsobena virovým onemocněním, které může být podobné dětské mozkové obrně. U DMO se jedná o trvalé vývojové poruchy pohybu a držení těla. Jsou k ní přidruženy poruchy smyslů, myšlení a vnímání (DMO, 2016).

Pro mozkovou obrnu je typická tělesná neobratnost, hybné postižení, neklid, nesoustředěnost, impulzivní reakce, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj, vady řeči. Ovšem některé z těchto znaků se vyskytují i u jedinců, kteří mají lehké mozkové dysfunkce (Pipeková, 2010, s. 183).

Dětská mozková obrna má čtyři formy. Diparetickou, hemiparetickou, kvadraparetickou, hypotonickou. Občas se uvádí i pátá – dyskinetická. První forma, diparetická, je křečovitá obrna. Postiženy jsou dolní končetiny, zejména stehna a flexory nohy a bérce. Chůze se nazývá nůžkovitou, protože se kolena o sebe třou. Lidé chodí po špičkách s pokrčenými koleny. Forma hemiparetická postihuje horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. V tomto případě bývá průměrné IQ 90. Pokud je postižená levá hemisféra, tak u některých dětí nemusí být znatelné žádné kognitivní poruchy. Naopak u některých může být inteligence snížena na 65).

Třetí forma postihuje všechny čtyři končetiny, převážně dolní. Forma hypotonická více postihuje dolní končetiny. Objevuje se v kojeneckém věku. Po třetím roce života se mění ve spastickou nebo dyskinetickou formu. Pokud však přetrvává, přidává se k ní těžká mentální retardace. Svalové napětí je sníženo. Dyskinetická forma způsobuje mimovolné pohyby. Obecně je mozková obrna kombinována s vývojovou duševní poruchou, sníženým intelektem, poruchami řeči a chování (Pipeková, 2010, s. 184).

Lehká mozková dysfunkce (LMD) je porucha centrální nervové soustavy. Psychické funkce jsou oslabeny. Jedinec má problémy v oblasti řízení, kontroly, regulace, koordinace a integrace chování. Projevuje se změnou nálad, psychickou nestabilitou, pohybovou neobratností a psychomotorickým neklidem. I přesto, že se některé příznaky mohou objevit v předškolním věku, bývá diagnostikována až po nástupu dítěte do základní školy. Tam se teprve začínají projevovat specifické poruchy učení a poruchy chování (Pipeková, 2010, s. 185).

Do kapitoly zabývající se osobami se zdravotním postižením patří také skupiny osob se sluchovým a zrakovým postižením. Obě skupiny popíši v následujících podkapitolách.

## 2.1 Osoby se sluchovým postižením

Sluch je jedním z důležitých smyslů. Jeho funkcí je nejen nás upozorňovat na zvukové projevy okolního prostředí, ale také přijímá informace, které získáváme mluvenou řečí. „*Snížení funkce sluchového analyzátoru může vyústit ve sluchové postižení, které daného jedince více či méně limituje v mezilidské komunikaci (...)*“ (Valenta, 2012, s. 65).

Nejenže je tedy ztížený přístup k informacím obecně, ale i k informacím ohledně zdraví a životního stylu. Jsou jedinci, kteří o sobě tvrdí, že nemají fyzické postižení, ale že jsou kulturní menšinou, komunitou neslyšících (Kurková, 2010, s. 11).

Sluchové postižení nastává v případě, pokud je ztráta sluchu taková, že už není možné ji kompenzovat technickými pomůckami. Kvalita života člověka je negativně ovlivněna. Dochází tak ke komunikačním bariérám mezi jedincem se sluchovým postižením a slyšícím. Postižení lze rozdělit na tři oblasti: velikost sluchové ztráty, místo vzniku sluchové poruchy a doba vzniku sluchové poruchy. Velikost sluchové ztráty znamená, že člověk s tímto postižením neslyší zvuky nižší než je hodnota sluchového prahu. Klasifikace stupňů poruch hovoří o čtyřech stupních: lehká porucha (ztráta 26-40 dB), střední porucha (ztráta 41 – 60 dB), těžká porucha (ztráta 61 – 80 dB) a velmi těžká porucha (spadá sem i hluchota) – (ztráta 81 a více dB) - (Valenta, 2012, s. 66-68).

Místo poškození sluchového orgánu může být na základní úrovni periferní (převodní, percepční, smíšené) a centrální poruchy. Převodní poruchy sluchu mohou vzniknout poškozením zevního nebo středního ucha (způsobuje to například mazová zátka ve zvukovodu, vpáčené bubínky, zánět zvukovodu a bubínku). Percepční poruchy zvuku vznikají poruchou vnitřního ucha nebo sluchového nervu (můžeme sem zařadit stařeckou nedoslýchavost, poškození sluchu nadměrným hlukem, zánětem mozkových blan, užívání toxických látek nebo genetické poruchy. Smíšená sluchová vada znamená, že člověk trpí percepční i převodní sluchovou vadou (Audionika, 2015).

Doba vzniku poškození sluchu souvisí s tím, zda je postižení vrozené nebo získané. Sluchové vady mohou vzniknout v těhotenství, při porodu nebo v období narození. V těhotenství to může způsobit užívání ototoxických látek, alkohol, drogy apod. Dále to jsou virové infekce u matky (zarděnky), spalničky, toxoplazmóza. Během porodu vada může vzniknout při komplikovaném klešťovém porodu. Rizikem je krvácení do mozku, do vnitřního ucha a jeho poškození. Porucha může vzniknout u dětí nedonošených nebo u těch, které mají nízkou porodní hmotnosti (Logoped online, 2015).



Osoby se sluchovým postižením jsou při komunikaci vázány na zrakový kontakt. K získání této pozornosti využívají tyto techniky: zvuk, dotyk, prostřednictvím jiné osoby, vibrace, pohyb, světlo. Komunikaci neslyšících upravuje zákon č. 155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých (ve znění novely č. 384/2008 Sb.). Paragraf jedna obsahuje, že osoby si mohou vybrat kterýkoliv z komunikačních systémů, který je uvedený v zákoně (Valenta, 2012, s. 69-70).

Mluvená řeč je nejpoužívanějším způsobem mezilidské komunikace. U sluchově postižených dětí je vývoj řeči opožděný, přerušený nebo omezený. Je to kvůli narušení zpětné akustické vazbě. Jedním z hlavních cílů vzdělávání sluchově postižených, je aktivní zvládnutí mluveného jazyka v psané podobě (Valenta, 2012, s. 70).

Odezírání je nutnou součástí komunikace. Umožňuje neslyšícím komunikaci se slyšícími. Není to automatické. Je potřeba se ho naučit. Jedinec k tomu musí mít určité vlohy a dovednosti. Pro neslyšící je odezírání často jediným prostředkem komunikace, u nedoslýchavých je podpůrným prostředkem. Aby člověk mohl odezírat, musí být splněny určité podmínky, a to vnitřní a vnější. Mezi vnější patří dobré osvětlení obličeje toho od koho je odezíráno, přiměřená vzdálenost, přiměřená velikost obou jedinců a správná artikulace odezíraného. Artikulace by měla být pečlivá, zpomalená a zvýrazněná. Dotyčný nemusí křičet, protože při tišší artikulaci, je lépe vidět. Vnitřními podmínkami jsou zkušenosti s odezíráním, určitá úroveň sociálních dovedností, dobrý psychický stav (velký vliv má například únava) a hlavně určitá dosažená úroveň vývoje řeči (gramatika, slovní zásoba) (Ruce.cz, 2006).

Mezi podpůrné složky patří celkový výraz obličeje, jednoduchá gesta, mimika. Důležitý je i vzhled osoby. Například vousy u mužů, žvýkačka či jiné jídlo v ústech, nebo cigareta, jejíž kouř zhoršuje viditelnost. Kvalitu odezírání také určuje téma konverzace. Jedinec se sluchovým postižením by měl přinejmenším tušit, o čem se bude mluvit. Doporučuje se během rozhovoru pokládat kontrolní otázky. Neslyšící či nedoslýchaví se neradi přiznávají k tomu, že neporozuměli (Ruce.cz, 2006).

Další možností je prstová abeceda. Někdy je použit termín daktylní, manuální abeceda. Je to forma, při které se používají prsty v různých polohách a nastavení, k vyjádření písmen.

Má formu jednoruční a dvouruční. Objevuje se v různých geograficky podmíněných variantách. „*Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivá písmena polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým a sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se hlásky spojují do slov v mluvené řeči*“ (Valenta, 2012, s. 72-73).

Jednou z dalších možností je znakový jazyk. Znakové jazyky v cizích zemích mají některé rysy společné nebo podobné (například gramatické struktury), ale většinou se dost odlišují. Univerzální znakový jazyk tedy neexistuje (Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2016).

Znakový jazyk je nevokálním jazykovým systémem, který užívají neslyšící. Znaky českého znakového jazyka tvoří menší fonologické jednotky, které se produkují současně. Je to: místo artikulace, tvar ruky (rukou), vztah ruky (rukou) k tělu (orientace dlaně, prstů), vzájemná poloha rukou, pohyb ruky (rukou). Český znakový jazyk má své specifické vlastnosti. Jsou to procesy inkorporace, existence klasifikátorů a mimetická deskripce. Proces inkorporace znamená, že původně izolované znaky pronikají do sebe. Existence klasifikátorů – tím jsou myšleny zástupné znaky spojující se s jinými. Zastupují tak určitý význam. A mimetická deskripce je vizualizace prostoru. Umožňuje detailně popsat vlastnosti předmětu v dané prostorové souvislosti. Další možností je znakovaná čeština, což je uměle vytvořený systém. Věta ve znakované češtině je podle českých gramatických pravidel, ale znaky si vypůjčuje z českého znakového jazyka (Valenta, 2012, s. 75-76).

## 2.2 Osoby se zrakovým postižením

Pro obor, který se zabývá osobami se zrakovým postižením, se využívají dva termíny: tyflopédie a oftalmopédie. Klasifikace Světové zdravotnické organizace vymezila zrakové vady podle oblasti postižení analyzátoru zraku. Rozlišujeme tedy střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak, praktickou slepotu a úplnou slepotu. Úplná slepota znamená totální ztrátu zraku, nebo zachování světlocitu, ale s chybnou projekcí. V odborné oftalmologické literatuře najdeme dělení na: nevidomost, slabozrakost, popřípadě poruchy binokulárního vidění (Valenta, 2012, s. 88-89).

Zrakové vady můžeme dále rozdělit na refrakční vady, okulomotorické poruchy, postižení širě zorného pole a na poruchu barvocitu. Refrakční vada znamená, že se poruší správný poměr mezi délkou oka a lomivostí optického prostředí.

Lze to korigovat brýlovými čočkami. Pokud je nepravidelně zakřivená čočka nebo rohovka, jedná se o astigmatismus. Je odstraňován brýlemi s cylindrickými skly. U okulomotorických poruch je částečně omezená funkce jednoho oka. Na sítnicích se nevytvářejí dva rovnocenné obrazy vytvářející prostorový vjem. Patří sem šilhání (strabismus) a tupozrakost (amblyopie). Pokud je postižena šíře zorného pole, znamená to omezení prostoru. Porucha barvocitu znamená, že je při zrakovém vnímání člověk nerozlišuje jednotlivé barvy (Blažková, 2005).

Rodičům zrakově postižených dětí se doporučuje návštěva Střediska rané péče, kde o děti pečují jak speciální pedagogové, tak i psychologové. Pracovníci pomáhají celé rodině. S dětmi se nejvíce rozvíjí sluchové a hmatové vnímání. Děti mohou navštěvovat speciální mateřskou školu nebo běžnou mateřskou školu či speciální třídu v běžné mateřské škole. To už rodině pomáhá Speciálně pedagogické centrum. Se základní školou je to to stejné. Některé učivo je redukováno. A jiné hodiny jsou navyšovány. Například hodiny hudební výchovy. Střední školy jsou též speciální pro zrakově postižené, patří sem střední odborné školy, gymnázia nebo i odborná učiliště.

### 2.3 Integrace

V následujících odstavcích popíši integraci obecně. Integrace je: „*snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám*“ (Vítková, 2004, s. 17). V Přehledu pedagogiky Jan Průcha píše, že integrace je: „*akt zařazení postiženého dítěte do běžné třídy mateřské, základní a střední školy*“ (Průcha, 2009, s. 85). Existují postižení, u kterých je integrace snadná a naopak postižení, kde je velmi problematická. V některých případech je nutná i ústavní péče. Snadněji lze začleňovat děti s komunikačními předpoklady. Lépe jsou na tom zrakově postižení, hůře lidé s mentálním postižením. „*Školní integraci chápeme jako prostředek k dosažení sociální integrace. Ta může být chápána jako adekvátní socializace integrujícího se jedince do sociální reality*“ (Vítková, 2004, s. 15-16).

V České republice byla integrace zaváděna od začátku devadesátých let. V roce dva tisíce sedm bylo třicet šest tisíc osmdesáti pěti postižených žáků integrováno ve třídách běžné základní školy. Dalších osm tisíc devět se vzdělávalo ve specializovaných třídách běžných základních škol. Nutno podotknout, že se jedná převážně o děti s poruchami učení a chování (Průcha, 2009, s. 85).

Modely sociální integrace jsou následující: model medicínský, sociálně patologický, model prostředí a antropologický model.

Model medicínský vychází z funkčních příčin, takže se orientuje spíše na péči. Překonání a léčba postižení jsou cílem tohoto modelu. Ve zvláštních zařízeních se provádí podpůrné vyučování nebo speciální terapie. Integrací se zde rozumí reintegrace do běžné školy po předchozí docházce do školy speciální. Tento model počítá s tím, že dítě je to, které se přizpůsobuje a nepřizpůsobuje se školní systém (Vítková, 2004, s. 16).

Druhý model je sociálně patologický. Tento model předpokládá, že podstatou obtížnosti integrace je problém sociální nikoliv biologické povahy. Model se zaměřuje na otázku socializace a diskriminace, které jsou podmíněné postižením. Postižení jedinci jsou sociálně nepřizpůsobiví a musí být adaptováni a normalizováni pomocí speciální výchovy a speciálního přístupu k jejich specifickým vlastnostem, které jsou dány postižením.

Model prostředí se zaměřuje na to, jakým způsobem se má škola změnit, aby v ní mohli být i postižení jedinci. To znamená, že škola poskytuje všem žákům vzdělání podle jejich vzdělávacích potřeb. Což ale vyžaduje potřebné personální i materiální vybavení. Tento model se také zabývá mimoškolní oblastí. To je jeho silná stránka. Pro antropologický model je klíčová interpersonální interakce. Spočívá v respektování identity a jedinečnosti postižených. Usiluje však také o tom, aby se postižení jedinci naučili žít a zacházet se svým postižením. Role dítěte s postižením je zde velmi ovlivněna postojem učitelů a spolužáků (Vítková, 2004, s. 16).

Integračním procesem se rozumí redukce distance. Postižené děti mají být vzdělávány v co největší možné míře s dětmi zdravými. Nicméně se musí přihlížet na potřeby všech žáků. Rozlišujeme různé integrativní formy: fyzickou, funkční, sociální a společenskou. Fyzická (nebo lokální integrace) tkví ve skutečnosti, že jsou na stejném místě jak jedinci s postižením, tak i bez postižení. Funkční integrací je nazývána ta, které se účastní obě skupiny. Sociální integrace znamená, že všichni patří ke stejné skupině a společenská integrace spočívá ve skutečné účasti na společenském životě (Vítková, 2004, s. 16 -17).

Jak už bylo zmíněno, integrace je proces. Vzájemný proces, kdy se strany přibližují a mění se. Roste vzájemná sounáležitost a pospolitost. Jsou tři procesy přizpůsobení, které vyzdvihují cíl integrace: asimilace, akomodace a adaptace.

Akomodace uznává samostatná práva postižených. A znamená to přizpůsobení se. Adaptace podporuje oboustranné přizpůsobování postižených a zdravých jedinců. Cílem je angažované úsilí o usmíření se s odporujícími stanovisky a přiblížení většiny postiženému jedinci a naopak. Vede k permanentně probíhajícím a interaktivním podobám integrace.

## 2.4 Inkluze

Inkluze je začlenění všech dětí do vzdělávání bez ohledu na jejich postižení, vzdělání, sociální situaci, náboženství atd. Synonymem je společné vzdělávání (Inkluze, 2010). Inkluze má své principy. Mezi ně například patří, že všichni žáci a pracovníci školy jsou si rovni, žáci jsou aktivní v zapojování se do akcí školy; odstraňují se překážky v učení, rozdíly mezi studenty se vnímají jako inspirace a ne jako problém a podporují se vztahy jednak mezi školami, ale také mezi školou a místní komunitou (Inkluze, 2010).

Koncept inkluze spočívá v tom, že se žáci ve škole setkávají a vstupují do kontaktů. Inklusivní vzdělávací systém je „*trvalý proces změn pro školu hlavního vzdělávacího proudu*“ (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 75).

## 2.5 Edukace osob se zdravotním postižením

Při vstupu do školy se zjišťuje, zda se jedinec může pohybovat sám nebo potřebuje cizí pomoc. Řeší se komplexně celé prostředí školy. Aby se například žák mohl dostat do šaten, na toalety nebo do jídelny. Základní předpoklad pro úspěšnou sociální integraci je pohyblivost. Vysoce ovlivňuje kvalitu života člověka s tělesným postižením.

Na co je třeba se zaměřit, je vhodné sezení žáků, kteří se nemohou pohybovat. Není u nich možné měnění polohy a pohybu jako u zdravých žáků. Jsou druhy postižení, které vyžadují zvláštní zřetel na sezení. Jsou to například poškození páteře, dětská mozková obrna, svalová dystrofie, rozštěp páteře, postižení končetin, poškození mozku apod. (Pipeková, 2010, Jarmila, s. 220 - 221).

Co se týká zapojení žáka přímo do výuky, tak je to v některých případech možné jen díky počítačové technologii. Při využívání počítačů se klade důraz na fyzický přístup, což je například adaptace klávesnice. Existují programy, které pomáhají žákům rozšiřovat a prohlubovat si jejich vzdělávání (Valenta, 2012, s. 122).

V České republice se od revoluce posunulo vzdělávání lidí s postižením. Nejprve byli vzděláváni ve speciálních školách internátního typu. Dnes může plno dětí navštěvovat běžnou základní školu. Jak už bylo zmíněno výše, je důležité, jak je žák pohyblivý, jak může komunikovat a jestli škola sežene asistenta pedagoga. Ve státech v rámci Evropské unie zůstávají speciální školy, i když snaha o integraci potažmo inkluzi je. Počet žáků v běžných školách se stále zvyšuje (Čadová, 2012, s. 9).

Včetně běžný škol, může dítě navštěvovat školy při zdravotnických zařízeních. Mateřská škola, která je při nemocnici, dětské léčebně nebo při ozdravovně je určena pro děti od dvou do sedmi let. Cílem je překonat kritickou dobu, která souvisí s hospitalizací a udržovat vývojovou úroveň. Normálně je plněn Rámcový vzdělávací program pro předškolní výchovu. Třídy, které jsou zároveň hernami, jsou často na oddělení. Pokud děti nemohou vstát z lůžka, chodí učitelky za nimi a přinášejí jim i hračky (Pipeková, 2010, s 223 - 226).

Při nemocnicích, dětských léčebnách a ozdravovnách fungují také základní školy. Opět fungují podle Rámcově vzdělávacího programu. Ten je upraven podle zdravotního stavu jednotlivých žáků. V této základní škole se vyučuje podle rozvrhu. Každý den je věnován jednomu z hlavních předmětů (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a jednomu z vedlejších předmětů (ty se liší podle toho, zda se jedná o první nebo druhý stupeň). Délku vyučování stanovuje lékař a pohybuje se od jedné do čtyř vyučovacích hodin. Probíhá buď na pokojích, nebo v učebnách. Výuka v učebnách má několik výhod: jsou zde žáci školního věku; výuka se může prokládat relaxací; učitel má lepší přehled o tom, zda žák práci dokončil a případně mu může zadat další práci; pokud si žák neví rady, může se ihned zeptat učitele. Pokud žák nemůže vstát z lůžka, dochází za ním učitel. Klasifikace je v tomto případě obtížnější. Vyučující se musí vyhnout tomu, aby hodnotil žáka objektivně, ne necitlivě, ale tak, aby žák nemohl svého stavu zneužívat (Pipeková, 2010, s 227 - 228).

Na některých odděleních funguje pracovník, který je nazýván herním specialistou. Jeho úkolem je poskytovat služby nejen nemocným dětem (těm zdravým v rámci osvětových programů); zajišťuje ambulantní programy, které připravují rodinu a dítě na hospitalizaci (pomocí figurín, které mají na sobě na suchém zipu zjednodušené orgány); navrhuje plány herních aktivit podle zájmu dítěte a doprovází rodiče a děti na vyšetření.

Nejdůležitějším úkolem herního specialisty je příprava dítěte na zákrok a zmírnění jeho obav. Je zapotřebí, aby úzce spolupracoval se zdravotníky, protože je součástí léčebného procesu (Pipeková, 2010, s 228).

### 3 SOCIÁLNÍ PARTICIPACE OSOB S POSTIŽENÍM

„Vyspělost společnosti se pozná podle toho, jak se dokáže postarat o lidi, kteří to potřebují“ (cit dle (Vítková, 2004, s. 305). Někdy je tento citát připisován J. F. Kennedymu, ale ať už to byl on nebo kdokoliv jiný poselství je stejné. Třetí kapitola je věnována specifickému životnímu stylu osob s postižením mentálním (nejen s mentální retardací, ale i s Downovým syndromem nebo s autismem) a zdravotním. A také vztahu společnosti k těmto lidem. Během lidské historie se vystřídalo několik období s různým přístupem k lidem s postižením. Nejprve nastalo represivní období, kdy se společnost jakkoliv postižených lidí zbavovala, pak nastalo období charitativní a nakonec období humanitní (Vítková, 2004, s. 305).

#### 3.1 Osobní asistence a odlehčovací služba

Osobní asistencí se rozumí podpora lidí s postižením. Osobní asistent pomáhá postiženému člověku v takových činnostech, které by jinak nezvládl (například sebeobsluha, zajištění domácnosti, doprovod za kulturními aktivitami apod.). Podle zákona může být cena osobní asistence maximálně sto třicet korun na hodinu (Společnost pro podporu lidí a mentálním postižením v ČR, 2016).

Pro to, aby se člověk mohl stát osobním asistentem, nemusí absolvovat žádné odborné školení. Pokud je potřeba nějakého školení, jedná se o specifický druh asistence. Aby osobní asistence mohla fungovat, je potřeba, aby se člověk s postižením sám podílel na osobní asistenci. Tím je myšleno organizovat a řídit práci osobního asistenta. Pokud tohoto člověk s postižením není schopen, musí být o něj postaráno jinou cestou. „Osobní asistence probíhá tak, že osobní asistent klientovi dopomáhá se vším, co kvůli svému postižení nezmůže sám“ (Vítková, 2004, s. 191).

Nabídka odlehčovací služby je určena pro rodiny lidí s postižením. Může být terénní, ambulantní nebo i pobytová. Terénní odlehčovací služba spočívá v tom, že pracovník této služby přijede ke klientovi domů a postará se o postižené dítě nebo dospělého zatímco si rodič může vyřídit různé věci. Ambulantní odlehčovací služba se uskutečňuje v zařízeních, kam klient doveze svého postiženého rodinného příslušníka a nechá ho tam několik hodin a pak si pro něj opět přijede. Může se tak dít i několikrát do týdne. A při pobytové odlehčovací službě zůstane člověk s postižením několik dní mimo domov (Společnost pro podporu lidí a mentálním postižením v ČR, 2016).



Ambulantní odlehčovací služba se uskutečňuje v zařízeních, kam klient doveze svého postiženého rodinného příslušníka, nechá ho tam několik hodin a pak si pro něj opět přijede. Může se tak dít i několikrát do týdne. A při pobytové odlehčovací službě zůstane člověk s postižením několik dní mimo domov (Společnost pro podporu lidí a mentálním postižením v ČR, 2016).

### **3.2 Sociální péče o osoby s postižením**

System sociální péče patří pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Je řešen zákonem č. 108/2006 Sb. Před rokem 1989 zde fungoval totalitní centralismus. S koncem komunismu se pomalu začaly rozvíjet nestátní iniciativy, kdy soukromé a církevní subjekty začali zařizovat a spravovat domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tato péče zahrnuje jak službu bydlení, tak i zdravotní péči, rehabilitaci, pracovní uplatnění, vzdělávání, ale i kulturu a rekreaci. Sociální zařízení jsou denní, týdenní nebo celoroční. Zařízení s denním režimem (denní stacionáře) nabízejí ambulantně-edukační, sociálně-terapeutické a aktivizační služby. Týdenní stacionáře nabízejí ubytovací služby, kdy klienti jezdí na víkendy za rodinami. Zařízení s celoročním pobytem skýtají několik problémů. Mezi ně patří hospitalismus, kdy dlouhodobý pobyt způsobuje, že lidé ztratí zájem o svět, mají zhoršenou komunikaci a může nastat ztráta motivace k činnostem a celkovému zájmu o okolí. Problémem je, že režim dne je dán zařízením a klient se musí přizpůsobit. Vytrácí se možnost normalnosti života. Co se týká soukromého života, tak uzavřený kolektiv neposkytuje příliš modelů ženských a mužských rolí a erotické vztahy mezi klienty se mohou vystupňovat do neřešitelných problémů (Valenta, 2012, s. 39 – 40).

Co se týká dávek pro zdravotně postižené, tak existují dvojího druhu. Jsou to příspěvky na mobilitu a příspěvky na zvláštní pomůcku (zahrnuje i příspěvek na úpravu bytu, motorové vozidlo apod.). Průkaz osoby se zdravotním postižením může získat osoba starší jednoho roku, která je tělesně, smyslově nebo duševně postižená. Postižení musí omezovat schopnost pohyblivosti nebo orientace. Na průkazku mají nárok i osoby s poruchou autistického spektra (Ochrance.cz, 2015).

### 3.3 Problematika bydlení

V minulosti byli lidé s jakýmkoliv postižením dávání do ústavů nebo zůstávali s rodinou, pro kterou to mnohdy byla velká zátěž. Obzvláště tehdy, když rodiče zestárli a neměli už tolik sil starat se o své děti. Stávalo se, že pokud rodiče zemřeli, jejich dospělé dítě muselo odejít do ústavu. V posledních letech je snaha vytvářet takzvaná chráněná bydlení. Jednou z možností jsou i domy na půl cesty, které slouží k nacvičení dovedností využitelných v domácnosti (nakupování, vaření, praní). Společné domácnosti mohou obvykle být pro čtyři nebo pět lidí s mentálním postižením. Každý má pokoj a svůj vlastní majetek. Během týdne chodí do práce a buď do běžné práce, nebo do chráněné dílny. Například lidé s Downovým syndromem jsou většinou schopni zapojit se do společné domácnosti. Je možnost, že s nimi bydlí asistent nebo jen dochází pomáhat jim. Mark Selikowitz doporučuje, aby tyto jedinci byli už od mladých let připravováni na to, že budou žít samostatně. Pak změna pro ně nebude tak obtížná jako by byla bez dlouhodobé přípravy (Selikowitz 2011, s. 162 – 163).

Možné je také podporované bydlení. Tato služba je pro dospělé lidi s mentálním postižením. Rozdíl mezi podporovaným a chráněným bydlením spočívá v tom, kdo je vlastníkem bytu, kde člověk s postižením žije. Chráněné byty vlastní organizace (nebo si je pronajímá) zajišťující asistenci lidem. Podporované bydlení znamená, že lidé žijí ve svých bytech (nebo pronajatých bytech) a organizace zajišťuje pouze asistenci (Společnost pro podporu lidí a mentálním postižením v ČR, 2016).

Například nezisková organizace BONA se snaží o opětovné začlenění osob s duševními poruchami do společnosti. Poskytuje, v Praze, chráněné bydlení. Má vlastní objekty, které mají pokoje jedno až dvouložkové s vlastním sociálním zařízením. V objektu, který je bezbariérový, je chráněná sklářská dílna. Kapacita je patnáct osob (Bona o.p.s., 2015).

Dalším příkladem může být občanské sdružení Proutek, které působí v Jindřichově Hradci a nabízí chráněné bydlení ve městě a okolí. Provozuje i chráněnou dílnu. Bydlení v Jindřichově Hradci je ve dvou bytech po šesti osobách a v jednom bytě po dvou osobách. Je možno bydlet buď v panelovém domě (což měsíčně stojí dva tisíce osm set korun) nebo rodinném domě (cena může být až tři tisíce tři sta korun). Bydlení je určeno pro lidi s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Věkově je to omezeno

na 18 – 64 let. Asistenci poskytují v denních hodinách. Po ostatní dobu je asistent na telefonu a připraven dojít za klienty (Proutek, 2016).

### 3.4 Pracovní příležitosti

Vstup do reálného života, hledání zaměstnání, nalezení zaměstnání a přivyknutí si mu, je zátěží pro leckteré zdravé a dospělé jedince. Lidé s postižením to mají daleko komplikovanější. Už jenom díky rodinné situaci, kdy rodiče mohou mít buď nereálná očekávání či nedůvěru v to, že by jejich děti mohly něco dokázat. Lidé s postižením mohou mít nereálné představy o své budoucnosti. Nemusejí mít vůbec představu o základních věcech, jako jsou ceny různých věcí, jak dlouho je potřeba pracovat, aby si něco mohli koupit, nebo jim chybí informace, na koho se mohou obrátit. Často netuší nic o pracovním procesu. Což mimo jiné obsahuje i skutečnost, že do práce musíme jít, když se nám nechce, musíme snést kritiku apod. (Klenková, Vítková, 2011, s. 210).

Zákon 435/2004 Sb. § 67 pojednává o zaměstnanosti a definuje osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány. Jsou to osoby invalidní v prvním, ve druhém a ve třetím stupni a zdravotně znevýhodnění. „Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením dokládá fyzická osoba posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení“ (Zákon 435/2004 Sb.).

Zdravotně znevýhodněná osoba je: „(...) fyzická osoba, která má zachovány schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; osobou zdravotně znevýhodněnou však nemůže být osoba, která je osobou se zdravotním postižením (...).“ (Zákon 435/2004 Sb.).

Stát nabízí informace o těchto záležitostech prostřednictvím pedagogicko-psychologických poraden, speciálně pedagogických center nebo poradenských střediscích při úřadech práce. Mimo stát nabízejí podobné služby i neziskové organizace. Překážky, jež musí mladí lidé s postižením překonávat, jsou například informace o tom, kde práci hledat a jakým způsobem se o ni ucházet, dále jsou to již zmíněné nereálné představy, nedostatek sociálních kompetencí, nedostatečná kvalifikace a na straně zaměstnavatelů to jsou předsudky či zhoršená ekonomická situace (Klenková, Vítková, 2011, s. 211-212).

Někteří lidé mají, jak už bylo naznačeno výše, nereálné představy o tom, jakou práci by chtěli vykonávat. Občas jsou to nesplnitelná povolání, jako například povolání se specifickou kvalifikací (policista, řidič autobusu) nebo osobní předpoklady (tanečnice, modelka). Zaměstnání, která jsou uskutečnitelná, jsou však pro tyto lidi neatraktivní (uklízečka, pracovník technických služeb apod.) (Solovská, 2013, s. 184). Lidé s mentálním postižením mohou například být ošetřovatelé zvířat, pomocníci v knihovnách, poštovní, opraváři nábytku apod.

Existují agentury podporovaného zaměstnání, které pomohou sestavit životopis, poradí, kde lidé najdou inzeráty, jestli je daný typ práce pro člověka vhodný a jak se případně chovat u pohovoru. Možnost praxe je, leč omezená. V České republice je tato možnost určena žákům s mentálním postižením, a to prostřednictvím tranzitních programů.

Cílem těchto programů je vyzkoušet si práci v běžném prostředí. Rozvíjet své pracovní a sociální dovednosti. Tyto programy jsou nabízeny agenturami podporovaného zaměstnávání. V Brně to je například občanské sdružení AGAPO, v Praze Asistence o.s., v Olomouci SPOLU Olomouc (Klenková, Vítková, 2011, s. 213).

AGAPO je nezisková organizace pomáhající najít lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním práci na otevřeném pracovním trhu v Brně a jeho okolí. Hledají práci nejen pro lidi s mentálním nebo tělesným postižením, ale také pro lidi s nízkou kvalifikací nebo bez kvalifikace. Finance získávají ze sociálního fondu z Evropské unie a ze státního rozpočtu České republiky.(AGAPO, 2015).

V Olomouci, jak už bylo zmíněno, funguje nezisková organizace SPOLU Olomouc, která byla založena v devadesátých letech a věnuje se lidem s převážně mentálním postižením. Pomáhají lidem s postižením upevňovat pracovní návyky a podporovat jejich samostatnost a nezávislost. Provozují agenturu podporovaného zaměstnání, ve které mají několik programů (např. Sociální rehabilitace – program Tranzit nebo program Dokážu to sám) (Spolu Olomouc, 2015).

Na webových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí najdeme text, který se podobá výzvě, aby zaměstnavatelé zaměstnali osoby s postižením. Zaměstnavatel má dvě možnosti. Buď může zřídit chráněné pracovní místo, nebo nabídnout pracovní místo. U první možnosti je vytvoření chráněného pracovního místa dotované příslušným pracovním úřadem.

A jistotu pro zaměstnance, že po dobu dvou let nepřijde o práci. Tato podmínka však odrazuje některé zaměstnavatele. U druhé možnosti, nabídnutí pracovního místa, není pro zaměstnavatele žádná dotace. Zaměstnavatel však nemá závazek zaměstnávat člověka s postižením dva roky (MPSV, 2007).

Chráněné dílny jsou specifická pracoviště pro osoby, které mají buď ztíženou, nebo žádnou možnost uplatnění se na volném trhu práce. Je to pracoviště, které je vymezeno, jak už bylo zmíněno výše, na základě dohody s úřadem práce. Podmínkou je, aby v této dílně bylo zaměstnáno šedesát procent zaměstnanců s postižením. Tyto dílny slouží k tréninku pracovních dovedností a upevňování pracovního režimu. Cílem je průprava pro práci v běžném životě (Pipeková, 2010, s. 312).

Smyslem podporovaného zaměstnávání je: „*vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí se ztíženým přístupem na otevřený trh práce v důsledku zdravotního postižení* (Pipeková, 2010, s. 313).

Jedním z cílů je zvyšování míra samostatnosti lidí s postižením a samozřejmě také jejich sebedůvěry. Tato služba se orientuje na konkrétního zaměstnance a pomáhá mu celý vyškolený tým. Tato pomoc bývá stanovena na dva roky, ale přizpůsobuje se. Podporu dostane i zaměstnavatel a to například rady ohledně administrativních věcí, úpravy pracovního místa apod. Zaměstnavatelé, kteří mají nad dvacet pět zaměstnanců, mají povinnost zaměstnat osobu se zdravotním postižením. Praxe je však odlišná (Pipeková, 2010, s. 313).

### **3.5 Volnočasové aktivity**

Definice volného času se léta proměňovala. V dobách Aristotelových byl volný čas určen k rozumování, čtení veršů, posloucháním hudby a setkávání se s přáteli. Ve středověku se ve volném čase lidé modlili, rozjímali, hráli hry nebo tancovali. V současnosti jej chápeme jako čas, který je vyhrazen nám osobně a nejsme nuceni do žádných činností z důvodu společenských či rodinných.

Volný čas se zakládá na tom, že svobodně rozhodujeme, co chceme nebo nechceme dělat. To je v rozporu s přístupem k volnému času u lidí se zdravotním postižením. Problematické to je hned v několika rovinách. Někteří jedinci potřebují asistenci jiných osob, na kterých je ale závislé jejich rozhodování. Pokud tedy asistent nemá volno, nemůže jedinec s postižením trávit svůj volný čas tím, čím by chtěl. Dalším z rysů je kompetentnost.

Tento pocit získáme, pokud budeme činnosti prakticky provádět a prožívat úspěch. Samozřejmě záleží na různorodosti postižení (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 120).

I u dětí a dospívajících se zdravotním postižením se mohou vyskytnout nešvary, které nacházíme u zdravých náctiletých. Porušování pravidel nebo tvoření svých vlastních. Přesto, že jsou tito lidé pod daleko větším dozorem, může se u nich objevit kouření, zkoušení marihuany či jiných drog nebo experimentování se sexem. Proto je u těchto dětí a dospívajících obzvláště důležitý pozitivní vzor. Hry a sport mohou sloužit jako výchovný a rehabilitační prostředek (Šance dětem, 2012).

U osob s hybným postižením je nutno počítat s tím, že pohyb vykonají jen s kompenzační pomůckou. Tou mohou být berle, chodítka nebo ortopedický vozík. Speciální hry jsou pro ty, kteří jsou upoutáni na lůžko. Omezujícím faktorem při sportovních činnostech je spasticita. Při fyzické námaze nebo psychickém vypětí dochází k mimovolným pohybům. Dochází tak ke zhoršení pohybu. Pokud však je aktivita vybrána dobře, může vést k odstranění poruch rovnováhy, snižování svalového i psychického napětí (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 120).

Sdružení, která nabízejí volnočasové aktivity, jsou občanské sdružení KONTAKT bez Bariér, APA VČaS nebo sportovní klub Moravia Brno. KONTAKT se věnuje výuce plavání. Cílem je motivovat zdravotně postižené k aktivnímu životu a propojovat je se zdravými jedinci.

APA se též věnuje sportu a má různé sekce: lyžařské, hokejové, atletické, věnuje se i břišním tancům nebo plavání. APA na svých webových stránkách píše, že jejím cílem je vytváření podmínek pro rozvoj sportovních, rekreačních a tělovýchovných aktivit, informování veřejnosti o těchto aktivitách a zajištění volnočasových aktivit. Mezi sporty, které dále nabízí je i boccia nebo paravoltiž. Boccia je pohybová hra pro lidi s těžkým tělesným postižením. Je možné ji provozovat na amatérské úrovni nebo i na úrovni paralympijské (APA VČAS, 2015).

Paravoltiž je akrobatické cvičení na koni. Je vhodná pro lidi s poruchou chování, ale dobrou fyzickou kondicí. Je rehabilitační metodou. Cvičenci mají respekt ke zvířeti a zároveň musí spolupracovat s ostatními dětmi ve skupině. Moravia Brno se věnuje lidem na vozíku a vytváří pro ně (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 121).

### 3.6 Kulturní vyžití

Dosud v těchto kapitolách bylo zmíněno jen sportovní vyžití. V naší republice už od devadesátých let probíhají snahy o rozšíření kulturních aktivit lidí s postižením.

Uvedu několik příkladů.

Jedním z nich je Studio Oáza se sídlem v Praze. Studio Oáza se prezentuje jako kulturní centrum pro lidi s mentálním postižením. Je neziskovou organizací zprostředkující kulturní a umělecké aktivity pro tyto lidi. Funguje od začátku devadesátých let. Nabízely se zde volnočasové aktivity jako například IT kurzy, kurzy fotografie nebo i divadlo. Studio navštěvuje kolem sedmdesáti osob s mentálním postižením a samozřejmě dvě desítky dobrovolníků. Klienti za aktivity platí symbolické příspěvky od patnácti do padesáti korun za lekci (Studio oáza, 2015).

V srpnu 2015 se v Neratově (Orlické hory) konal druhý ročník divadelního festivalu lidí s postižením – Mentetrál. Letos se chystá ročník třetí. Festival pořádá občanské sdružení Jiné jeviště, které vzniklo v roce 2011.

Na festivalu vystupují jak české, tak i zahraniční soubory. Dalším divadelním festivalem je Vedle Jedle a v roce 2015 se konal již třetí ročník. Festival se prezentuje jako: „(...) integrovaný divadelní festival, který má za cíl poskytnout možnost a příležitost prezentovat tvorbu divadelním souborům lidí s handicapem. Přestože a zároveň právě protože každá skupina je jiná (má svá specifika), může se jeden inspirovat druhým, jeden být motivací pro druhého, všichni se učit od sebe navzájem“ (Vedle jedle, 2016).

Mezi volnočasové aktivity lze zařadit i terapii. Je jednou z možností využití volného času. Terapie je přístup člověka k člověku, který má odstranit nežádoucí potíže a vést ke zlepšení. Terapie mohou být různě zaměřené: dramaterapie, arteterapie či psychoterapie. Probíhá pravidelně, v určitém čase a může být krátkodobá i dlouhodobá. Rozdělujeme ji do několika skupin: terapie hrou, činnostní terapie, pracovní terapie, psychomotorické terapie, expresivní a terapie za přítomnosti zvířata. Terapie hrou je určena pro děti. Využívá se různých hraček, loutek a masek. Činnostní a pracovní terapie jsou využívány k plnění cílů okolními materiály. Pracovní terapie je zaměřena na zlepšení zdraví na základě činnosti. V psychomotorické terapii se využívá pohybu a celkové stimulaci jako hlavních složek. Expresivní terapie zahrnuje různé umělecké aktivity a terapie

s využitím zvířete se uskutečňuje při podpoře samostatnosti, komunikace a socializace (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 144).

Arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, hippoterapie, ergoterapie, biblioterapie, dramaterapie, bazální stimulace a snoezelen patří k základním terapeutickým přístupům. Uvedu dva příklady: snoezelen a bazální stimulaci z nich. Snoezelen pochází z Nizozemí z dvacátého století, ze sedmdesátých let. Vychází ze slov „snuffelen“ (čichat) a „doezelen“ (dřít). Bylo to určeno pro vážně postižené lidi. Snoezelen je multismyslová místnost. Je vytvořena pro účely relaxace, zažití osobní zkušenosti a sensorické stimulace. V místnosti člověk zažívá pocit bezpečí a důvěry.

Hlavním principem je prostředí s co nejširším spektrem smyslových podnětů. Účelem není co nejvíce podnětů, ale hluboce prožitý zážitek. Do výbavy místnosti patří hudba, světelné stimuly, matrace, předměty pro manipulaci, stimuly pro čich, zrak a hmat. Důležitá je zde dobrovolnost. Každý se v místnosti může věnovat tomu, čemu chce. *„Cílem Snoezelenu je celkové uvolnění člověka, ke kterému pomáhá doprovázející tým, že nechá klientovi volnost, navodí příjemnou atmosféru. Klient má možnost vlastního rozhodování volby činnosti“* (Plecháčková, 2014).

Další z terapeutických přístupů je bazální stimulace. Autorem je speciální pedagog Andreas Fröhlich. Do ošetrovatelství ji aplikoval Christel Bienstein. V zahraničí funguje od sedmdesátých let dvacátého století. Do České republiky se bazální stimulace dostala díky Karolíně Friedlové před šestnácti lety. Bazální stimulace podporuje lidské vnímání. Základní prvky jsou pohyb, komunikace a vnímání, dále jsou to stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Mezi nadstavbové prvky lze zařadit stimulaci auditivní, orální, olfaktorickou a taktilní (Bartoňová, Opatřilová, 2013, s. 146). V České republice existuje Institut bazální stimulace, který je akreditovaný českými ministerstvy: zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství a ministerstvem zdravotnictví na Slovensku. Sídlo má ve Frýdku-Místku. První kurz bazální stimulace proběhl v roce 2003 na Univerzitě Palackého v Olomouci, o dva roky později byl Karolínou Friedlovou založen Institut, kde je ředitelkou. Institut organizuje nejen kurzy, ale provádí i supervize a odborné poradenství proškoleným pracovníkům (Friedlová, 2015).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumný soubor N tvořilo 66 respondentů, kteří byli vybráni náhodně ze skupiny základního souboru. Základní soubor tvořili náhodní návštěvníci serveru vyplnto.cz. Jednalo se o anketní šetření o třiceti zjišťovacích otázkách v zásadě dichotomického typu. Gavora o dichotomii hovoří i v kontextu odpovědí ANO - NE – NEVÍM. Pro realizovaný výzkum jsem použil obdobnou dichotomii.

### 4.1 Sociodemografické charakteristiky souboru

Výzkumný soubor je tvořen převážně ženami, které tvořily více než tři čtvrtiny všech respondentů. Více než tři čtvrtiny respondentů jsou v dospělém věku, tedy do 45 let věku. Zastoupení respondentů z hlediska trvalého bydliště je z poloviny zastoupeno respondenty z malého města, větší čtvrtinové zastoupení pak patří vesnici a velkoměstu připadá menší čtvrtina respondentů. Z hlediska rodinného stavu byla polovina respondentů svobodná, třetina v manželství a pouhá desetina dotazovaných patří mezi rozvedené nebo vdovce. Podle pracovních resortů je okruh respondentů rozdělen více méně na třetiny, kterému s mírnou převahou dominuje soukromý nevýrobní sektor. Necelá polovina dotazovaných má vysokoškolské vzdělání, čtvrtina odborné vzdělání s maturitou.

### 4.2 Výsledky univariační analýzy

1.	Pohlaví	Žena	52	78,8%
		Muž	14	21,2%
2.	Věk	Do 25 roků včetně	19	28,8%
		26 – 35 roků	18	27,3%
		36 – 45 roků	14	21,2%
		46 – 55 roků	11	16,7%
		56 – 65 roků	2	3%
		66 a více roků	2	3%
3.	Trvalé bydliště	Vesnice	18	27,3%

		Malé město	33	50%
		velkoměsto	15	22,7%
4.	Rodinný stav	Svobodný/á	34	51,5%
		Ženatý / vdaná	25	37,9%
		Rozvedený / rozvedená	6	9,1%
		Vdovec / vdova	1	1,5%
5.	Resort, ve kterém pracujete	Státní nevýrobní sektor	19	28,8%
		Soukromý nevýrobní sektor	23	34,8%
		Průmyslový sektor	6	9,1%
		Zemědělský sektor	0	0%
		V současné době nepracuji	18	27,3%
6.	Nejvyšší ukončené vzdělání	Základní	1	1,5%
		Vyučen/a	2	3%
		Střední odborná škola (s maturitou)	17	25,8%
		Gymnázium	8	12,1%
		Vyšší odborná škola (VOŠ)	7	10,6%
		Vysoká škola (Bc. a Mgr.)	31	47%
7.	Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením?	V naší rodně (i širší) je takový člověk	12	18,2%
		V rodině ne, ale v blízkém okolí ano	28	42,4%
		V rodině, ale i v mém okolí takový člověk žije	6	9,1%
		Ne, nevšimnul/a jsem si	20	30,3%

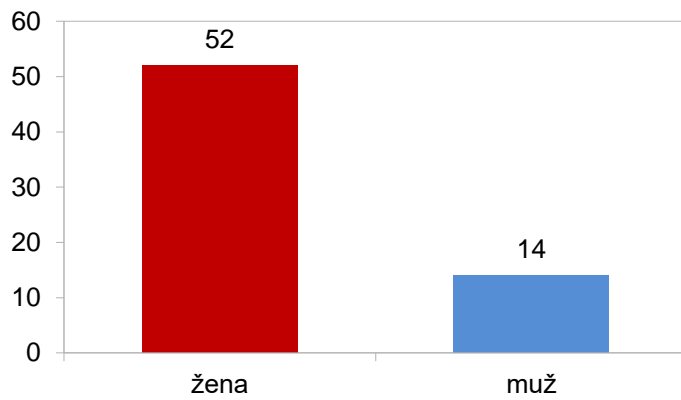
		ANO	NE	NEVÍM
8.	Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení.	57	7	2

		86,4%	10,6%	3%
9.	Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení.	49 74,2%	9 13,6%	8 12,1%
10.	Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení.	29 43,9%	11 16,7%	26 39,4%
11.	Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací.	53 80,3%	3 4,5%	10 15,2%
12.	Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života.	51 77,3%	4 6,1%	11 16,7%
13.	Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu.	44 66,7%	15 22,7%	7 10,6%
14.	Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice.	9 13,6%	3 4,5%	54 81,8%
15.	Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostatečná.	5 7,6%	45 68,2%	16 24,2%
16.	Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí.	45 68,2%	11 16,7%	10 15,2%
17.	Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici.	19 28,8%	10 15,2%	37 56,1%
18.	Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace.	19 28,8%	28 42,4%	19 28,8%
19.	Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují.	23 34,8%	23 34,8%	20 30,3%
20.	Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění.	26 39,4%	6 9,1%	34 51,5%

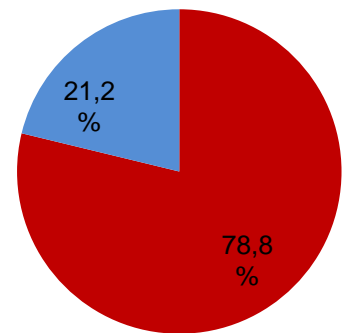
21.	V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách.	6 9,1%	28 42,4%	32 48,5%
22.	Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena.	28 42,4%	18 27,3%	20 30,3%
23.	Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné.	20 30,3%	25 37,9%	21 31,8%
24.	Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování.	29 43,9%	4 6,1%	33 50%
25.	Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni.	33 50%	14 21,2%	19 28,8%
26.	Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů.	38 57,6%	4 6,1%	24 36,4%
27.	Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností.	50 75,8%	1 1,5%	15 22,7%
28.	Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné.	38 57,6%	6 9,1%	22 33,3%
29.	Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením.	24 36,4%	23 34,8%	19 28,8%
30.	Osob s postižením stále více početně přibývá.	18 27,3%	9 13,6%	39 59,1%

Tabulka č. 1

### 1. Pohlaví

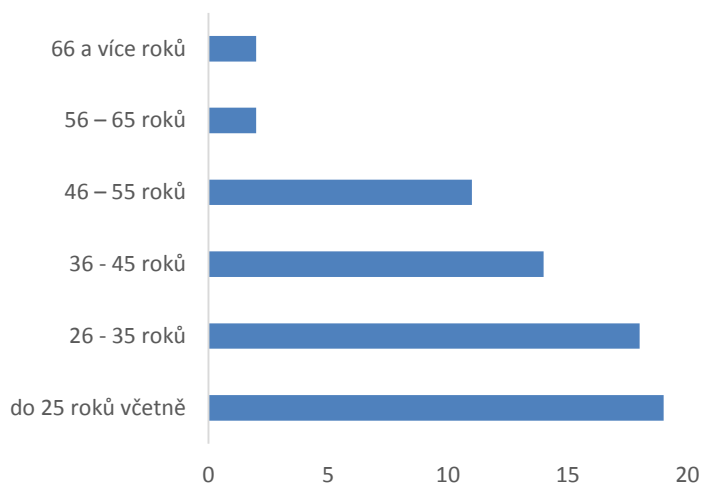


Graf 1a

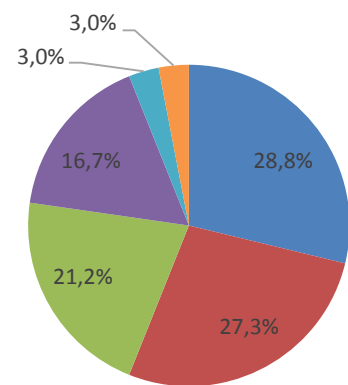


Graf 1b

### 2. Věk

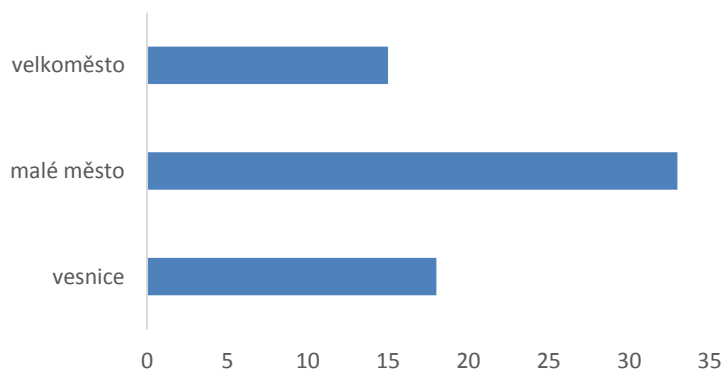


Graf 2a

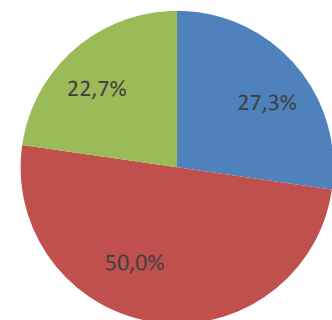


Graf 2b

### 3. Trvalé bydliště

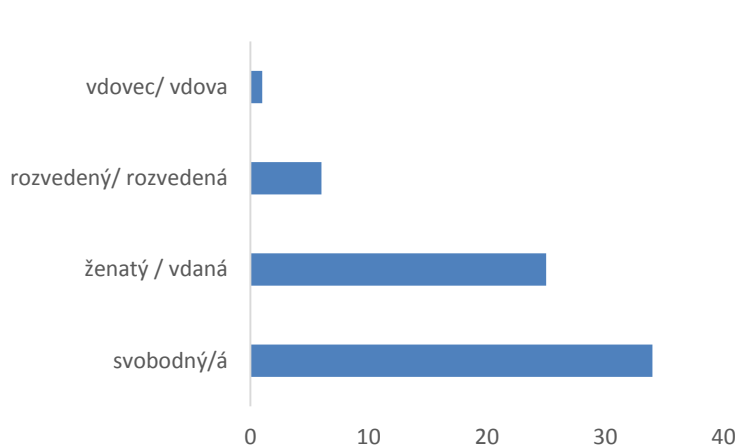


Graf 3a



Graf 3b

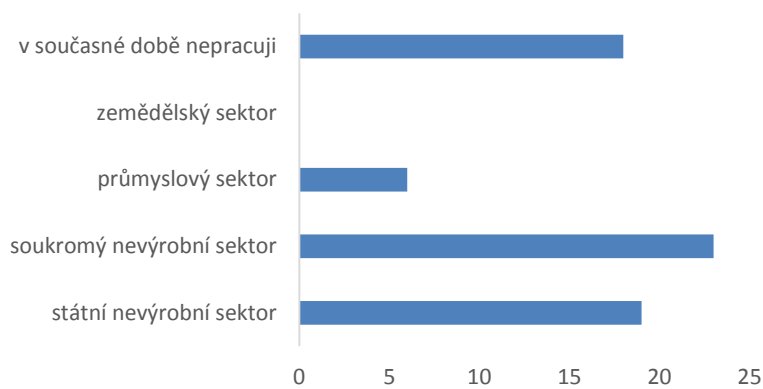
#### 4. Rodinný stav



Graf 4a

Graf 4b

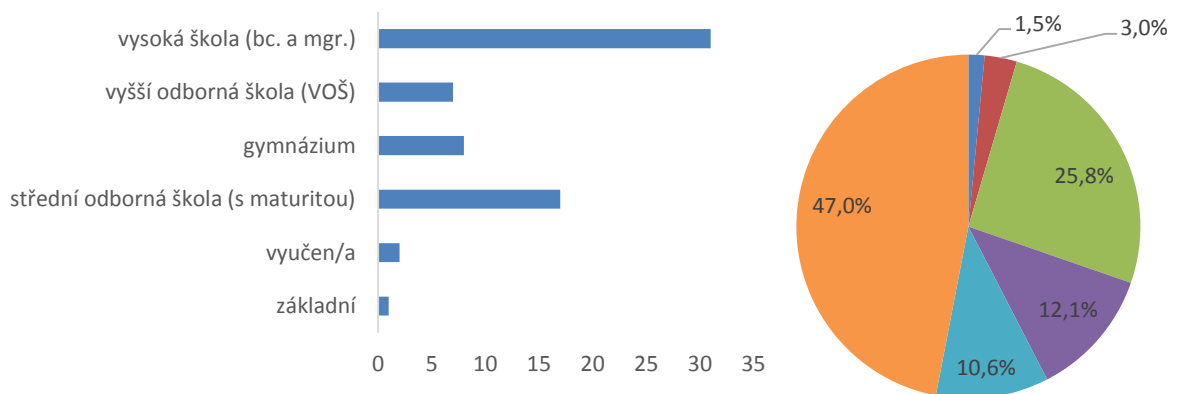
#### 5. Resort ve kterém pracujete



Graf 5a

Graf 5b

#### 6. Nejvyšší ukončené vzdělání

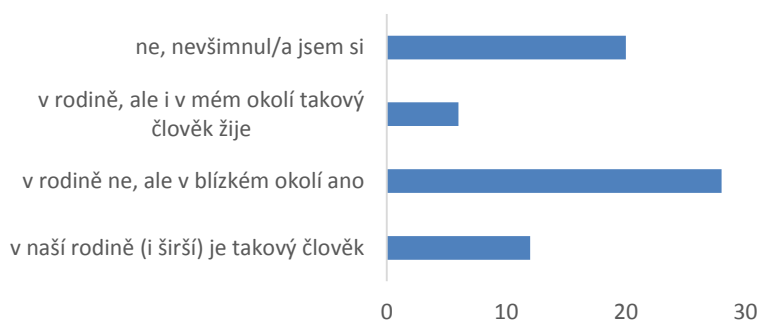


Graf 6a

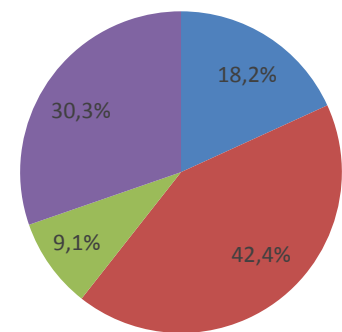
Graf 6b

## 7. Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením?

Necelá polovina respondentů nemá v rodině osobu se zdravotním postižením, ale v blízkém okolí se takové osoby nacházejí. Toto tvrzení nasvědčuje tomu, že se lidé se zdravotním postižením běžně vyskytují a jsou součástí každodenního života. Tento fakt může ovlivnit i převažující počet žen jako respondentů, jelikož obecně vnímám ženy jako vnímavější ke svému okolí. Necelá třetina respondentů nežije nebo si nevšimla ve svém okolí takového člověka.



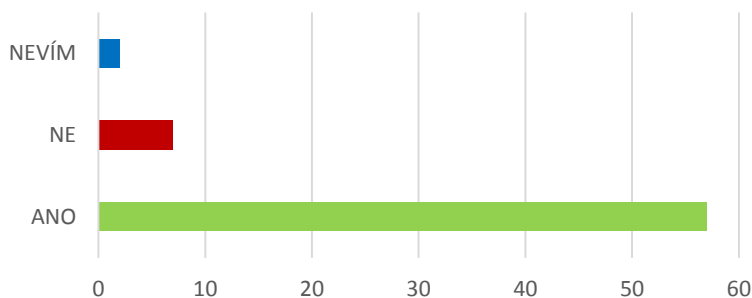
Graf 7a



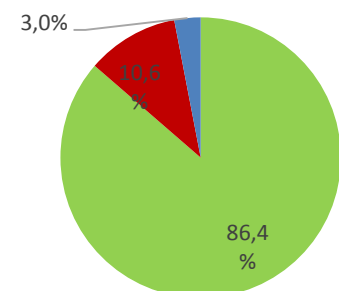
Graf 7b

## 8. Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení

Práva postižených jsou velmi kladně přijímána, jelikož jasná většina, více než tři čtvrtiny respondentů souhlasí s rovnoprávností osob se zdravotním postižením. Toto kladné přijetí přisuzují k všeobecně pozitivnímu nastavení společnosti v otázce postižených osob. Avšak jedna desatina respondentů si myslí, že by tyto osoby neměly mít stejná práva.



Graf 8a

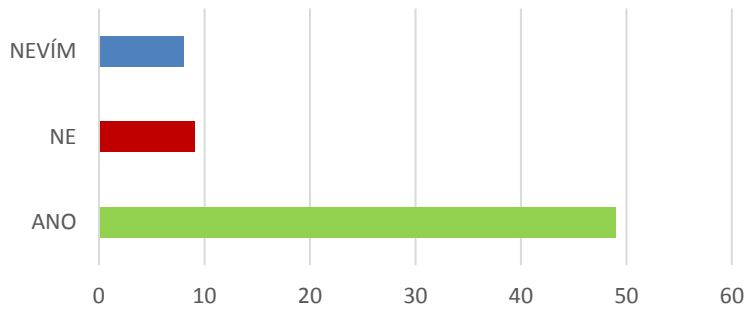


Graf 8b

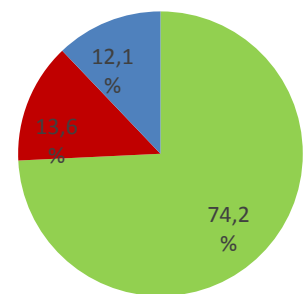


### 9. Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení

Ekonomickou situaci postižených nepříznivě vnímají tři čtvrtiny respondentů. Jejich situaci vnímají jako složitější než u zdravého člověka. Tento názor bude ovlivněn otázkou nezaměstnanosti v rámci české republiky, ale to nebylo předmětem hlubšího zkoumání. Větší desetina respondentů s tímto výrokiem nesouhlasí a přibližně stejný počet to nedokáže posoudit.



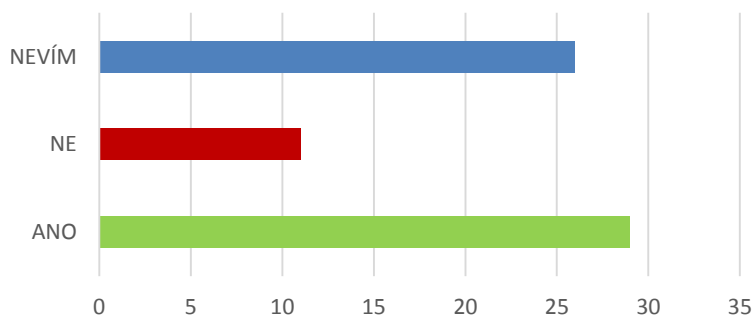
Graf 9a



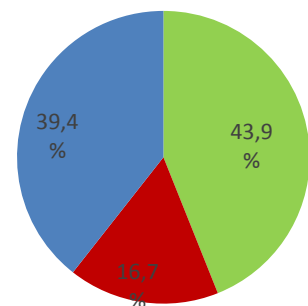
Graf 9b

### 10. Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení

V otázce partnerského soužití se necelá polovina respondentů domnívá, že lidé s postižením to mají v partnerském životě složitější než zdraví lidé. Větší třetina to nedokáže posoudit a necelá pětina respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí.



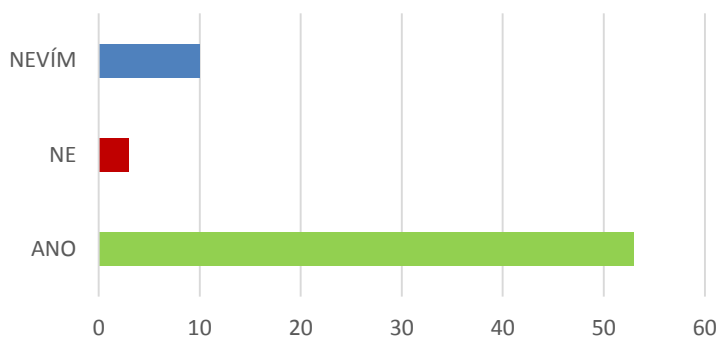
Graf 10a



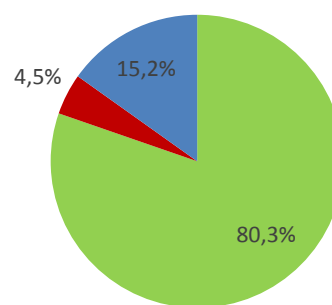
Graf 10b

## 11. Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací

Více než tři čtvrtě respondentů si myslí, že s těžším postižením roste i míra budoucích problémů v běžném životě. Jde o poměrně významný výsledek. Toto všeobecné přesvědčení lze logicky pochopit. Necelé dvě desetiny respondentů neví, kolik životních problémů přináší těžší postižení.



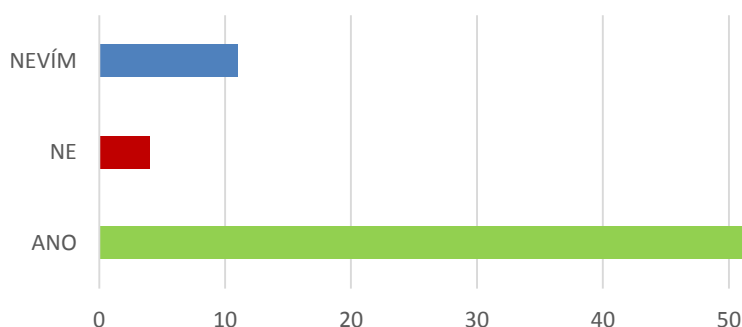
Graf 11a



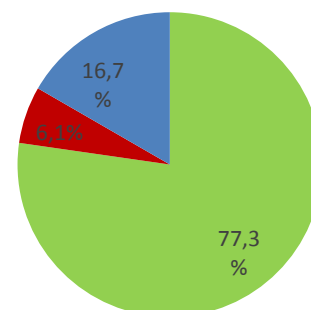
Graf 11b

## 12. Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života

Tři čtvrtiny respondentů jsou pro větší míru zapojení postižených do veřejného života, což lze vnímat jako zvýšený zájem o jejich včlenění do běžného života. Necelé dvě desetiny neví. Toto je několikáté tvrzení, kdy respondenti neví, jak danou situaci posoudit. Objevuje se minimální počet respondentů, kteří tato tvrzení odmítají.



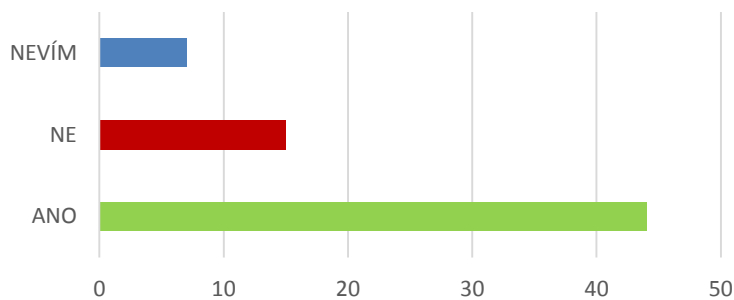
Graf 12a



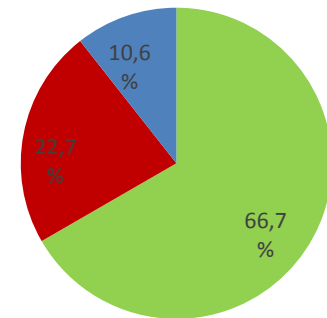
Graf 12b

### 13. Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu

Necelé tři čtvrtiny respondentů opět vyjadřují větší problémovost života s postižením než bez něj, tentokrát v oblasti vzdělávání. Necelá čtvrtina respondentů si myslí, že postižení nemá vliv na vzdělávání člověka. Desetina respondentů neví.



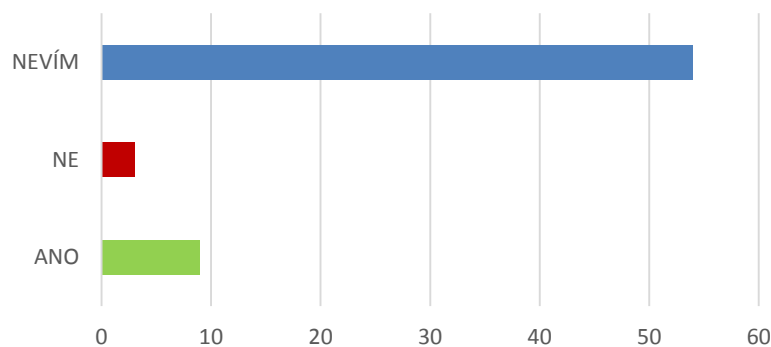
Graf 13a



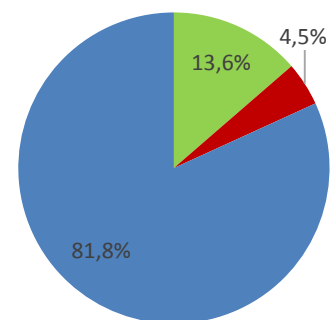
Graf 13b

### 14. Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice

Více než tři čtvrtiny respondentů neví, jaká je životní situace postižených v zahraničí. Větší desetina respondentů si myslí, že se postiženým mimo Českou republiku žije lépe.



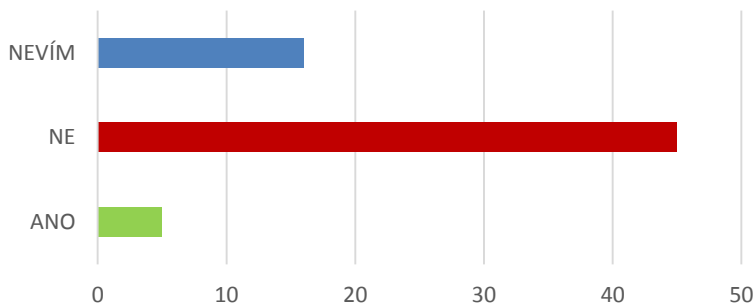
Graf 14a



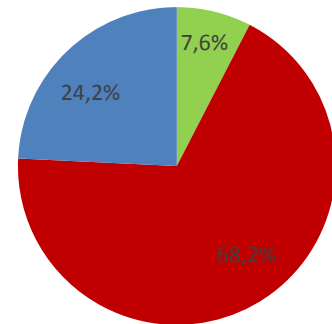
Graf 14b

### 15. Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující

Méně než tři čtvrtě dotazovaných je proti tomuto výroku a čtvrtina respondentů neví. Jde o několikátý případ toho, že je mezi respondenty slabé povědomí o životě člověka s postižením.



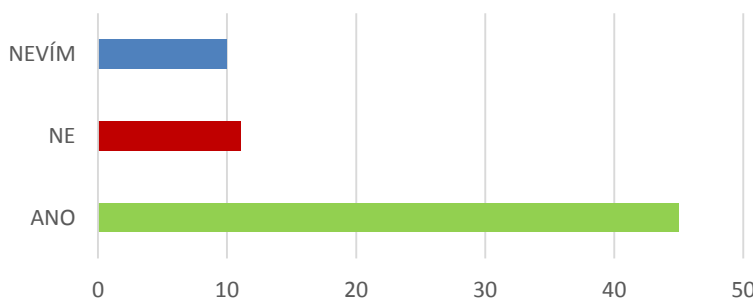
Graf 15a



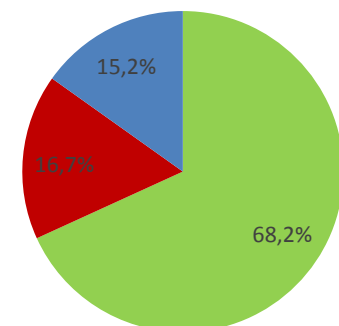
Graf 15b

### 16. Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí

Více než tři pětiny respondentů souhlasí s tímto výrokem. Ve výzkumném souboru je vyrovnaný podíl respondentů, kteří neví nebo s tímto výrokem nesouhlasí.



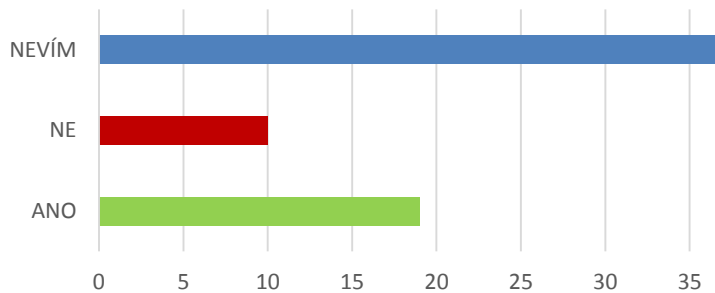
Graf 16a



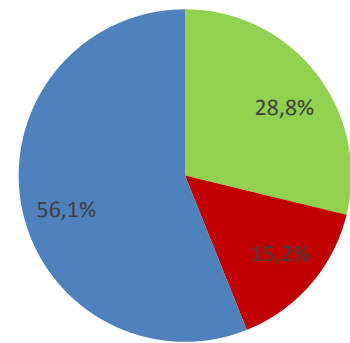
Graf 16b

### 17. Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici

Jde o další výrok, u kterého chybí povědomí respondentů o životě s postižením, jelikož více než polovina neví, jak se lidem s postižením žije v městě nebo na vesnici. Čtvrtina respondentů s výrokem souhlasí, zřejmě díky aktivitě ze strany měst a lepší bezbariérovosti měst na rozdíl od vesnic.



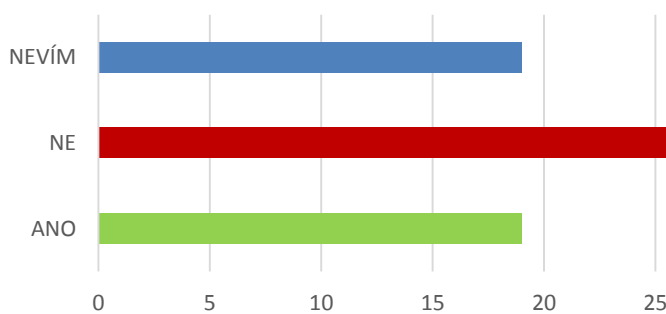
Graf 17a



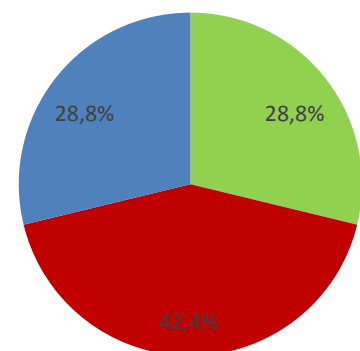
Graf 17b

### 18. Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace

S výrokem nesouhlasí dvě pětiny respondentů. Čtvrtina respondentů připouští tuto možnost. Stejně množství respondentů neví, jestli je to možné.



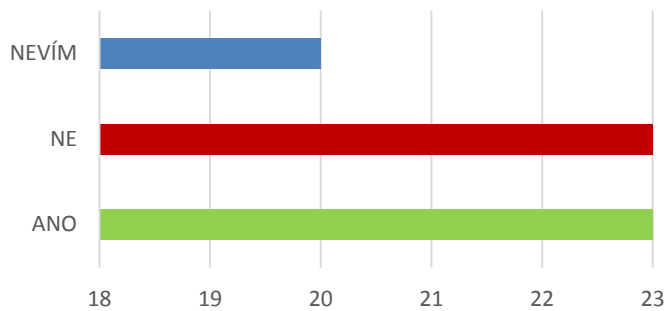
Graf 18a



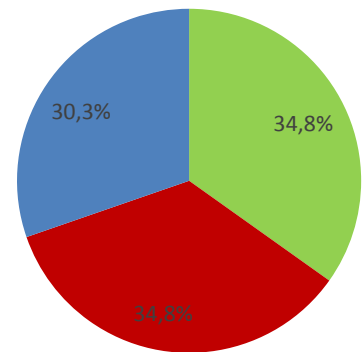
Graf 18b

### 19. Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují

První tvrzení, u kterého se objevilo velmi vyrovnané jedno třetinové různé názorové přesvědčení respondentů. Přitom jak vyplývá s dřívějšího tvrzení, tak tři čtvrtiny jsou pro větší zapojení postižených do veřejného života.



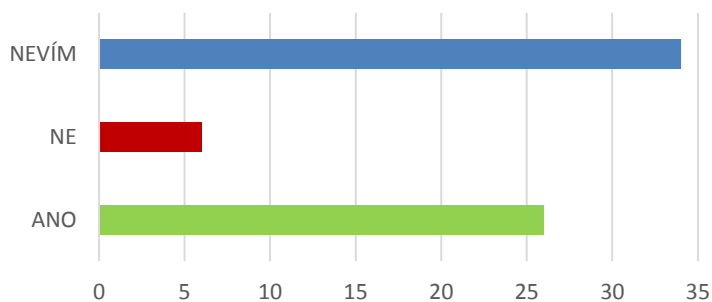
Graf 19a



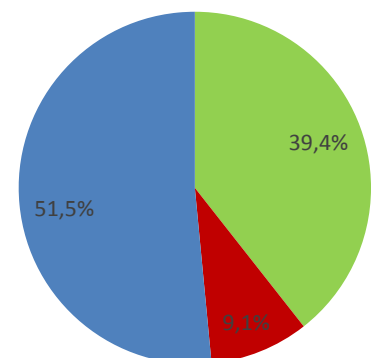
Graf 19b

### 20. Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění

Polovina respondentů neví, jaké pocity zažívají postižení lidé. Dvě pětiny respondentů s tímto výrokem souhlasí. Pouhá desetina s výrokem nesouhlasí.



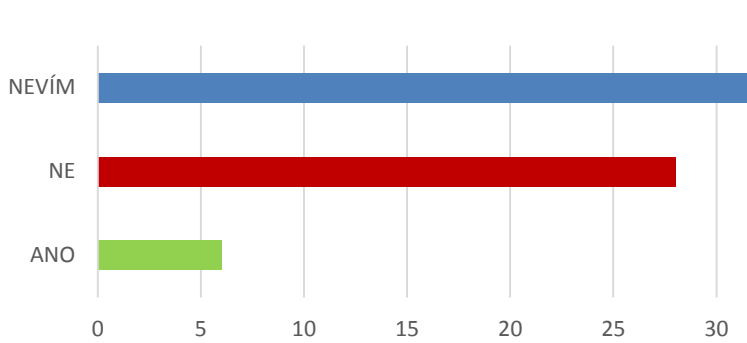
Graf 20a



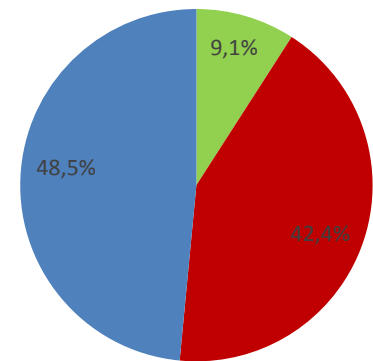
Graf 20b

**21. V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách**

V této věci necelá polovina respondentů neví, jestli se v sociálních zařízeních žije lépe než v rodině postiženého. Menší polovina respondentů to nepovažuje jako lepší život. Zbylá desetina si myslí, že je život kvalitnější v sociálním zařízení.



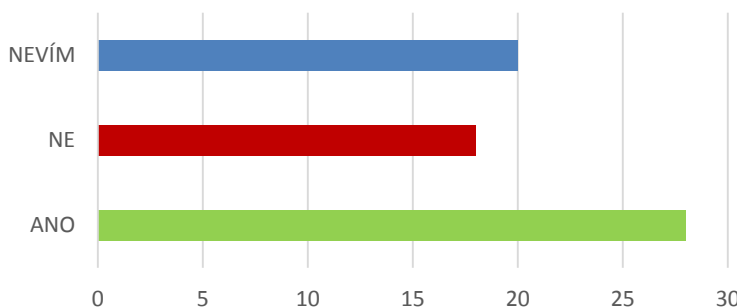
Graf 21a



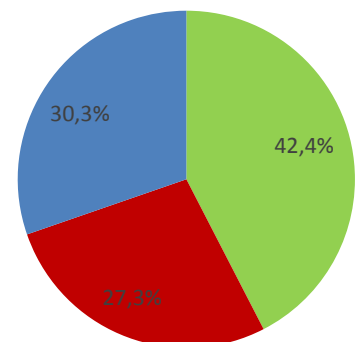
Graf 21b

**22. Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena**

Dvě pětiny respondentů považují za nutnou hlavně péči rodiny o svého postiženého člena. Čtvrtina nesouhlasí s péčí rodiny na prvním místě. V dané věci se třetina respondentů nedokázala rozhodnout.



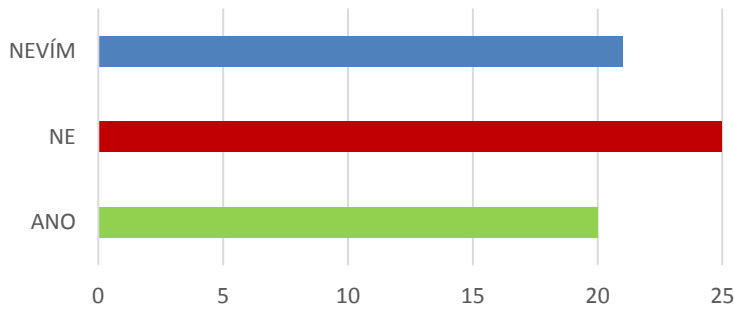
Graf 22a



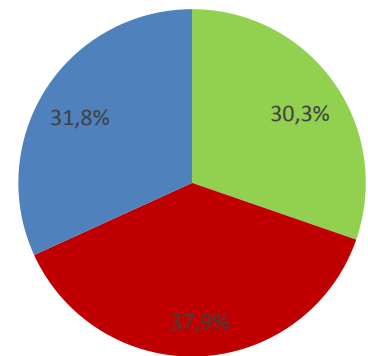
Graf 22b

### 23. Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptované

Co se týká názorů postižených ve společnosti tak je zajímavé, že se zde setkáváme s velmi vyrovnaným počtem odpovědí. Avšak jak vyplynulo z dřívějšího většinového tvrzení, práva by postižení měli mít stejná jako osoby bez postižení.



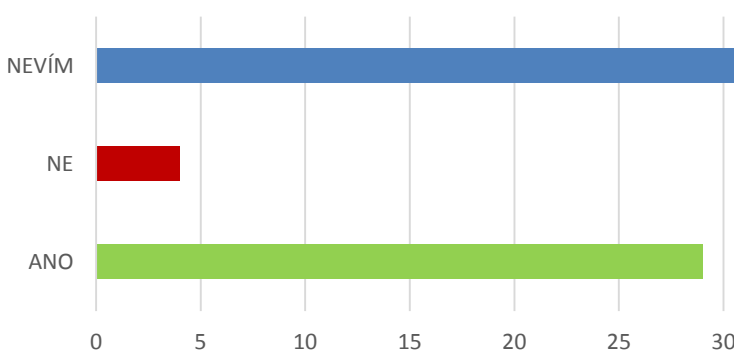
Graf 23a



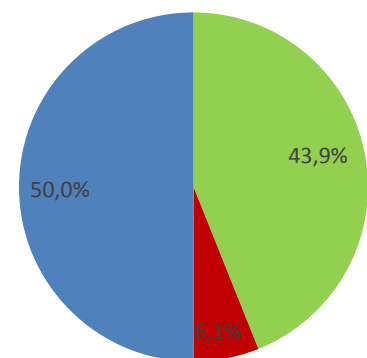
Graf 23b

### 24. Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování

Rovná polovina respondentů neví, jak to je s možnou obsazeností sociálních zařízení. Menší polovina však s tvrzením souhlasí



Graf 24a

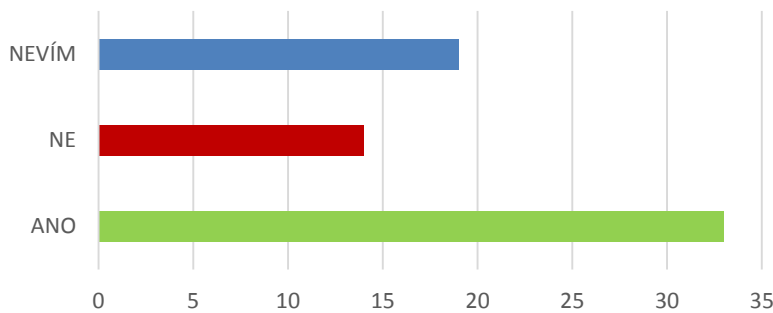


Graf 24b

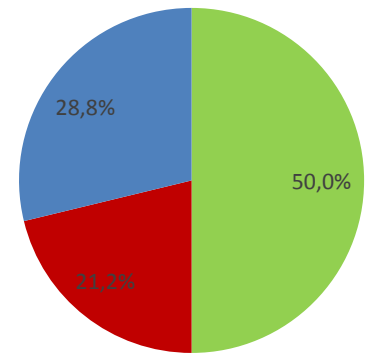


### 25. Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni

V případě docenění postižených ve společnosti převládá jejich nedoceněnost a to v případě výroku rovné poloviny respondentů. Čtvrtina neví, jestli jsou postižení doceněni a menší čtvrtina považuje jejich docenění za dostatečné.



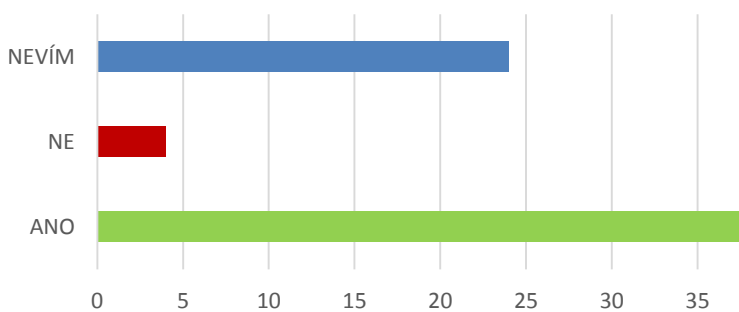
Graf 25a



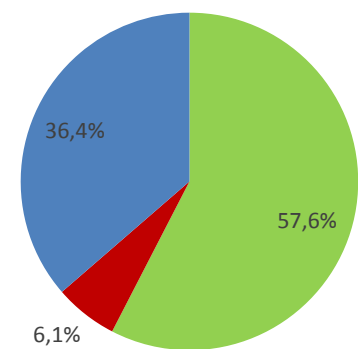
Graf 25b

### 26. Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů

Převážná část s daným výrokem souhlasí. Zřejmě to bude ovlivněno sdělovacími prostředky, jelikož se v nich objevují zprávy o páčání trestné činnosti na lidech s postižením. Třetina respondentů neví o páčání trestné činnosti.



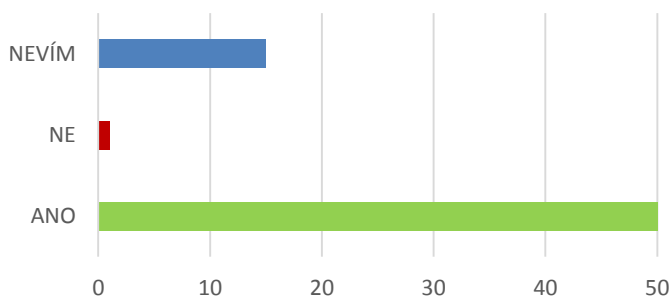
Graf 26a



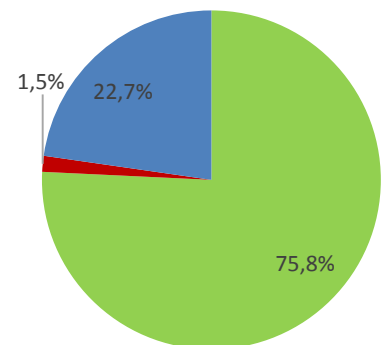
Graf 26b

## 27. Lidé s postižením by ke svým dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností

Tři čtvrtiny s daným výrokem souhlasí. Bude to zřejmě i ovlivněno přesvědčením respondentů, že pouze sociální dávky nejsou dostatečným příjmem pro život postižených. Necelá čtvrtina neví, jak by to mělo s prací postižených být.



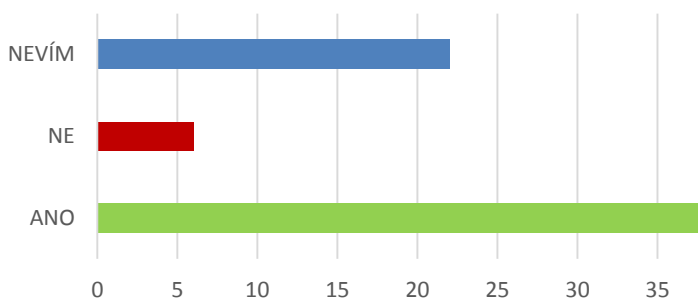
Graf 27a



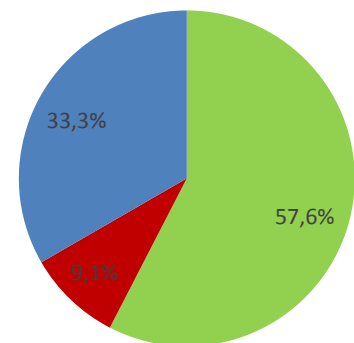
Graf 27b

## 28. Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné

Necelé tři pětiny respondentů považují sociální dávky pro postižené za nedostatečné. Rovná třetina neví, jestli tyto dávky postiženým lidem stačí. Necelá desetina respondentů je za dostatečné považuje.



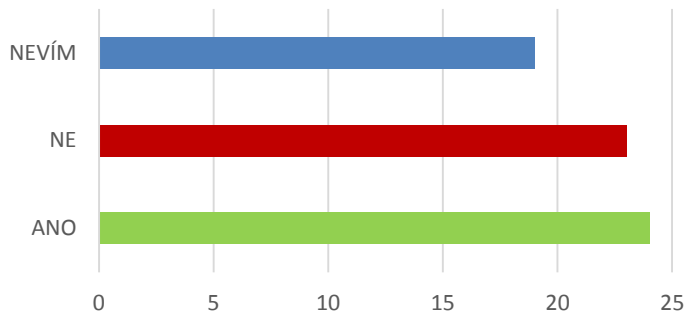
Graf 28a



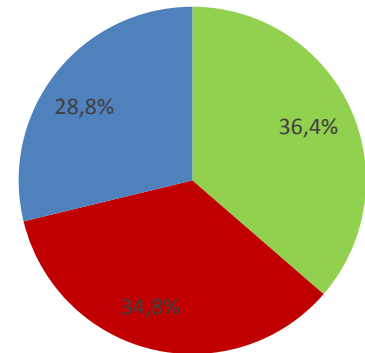
Graf 28b

### 29. Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením

Odpovědi na toto tvrzení jsou opět docela vyrovnané s mírnou převahou názoru, že rodina by na svého postiženého příslušníka přispívat.



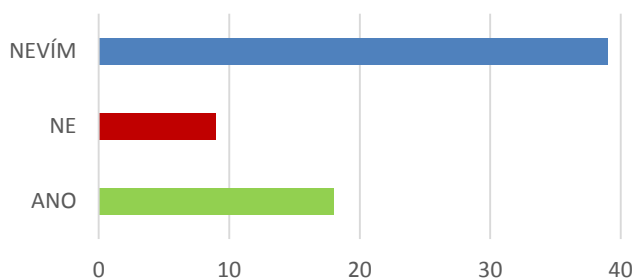
Graf 29a



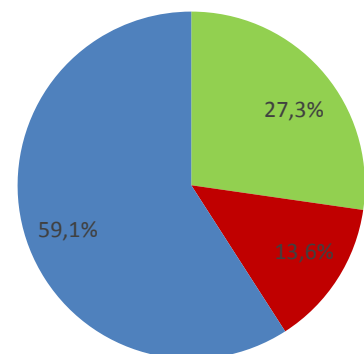
Graf 29b

### 30. Osob s postižením stále více početně přibývá

Tři pětiny neví, jaká je situace s počtem přibývajících postižených. Čtvrtina si myslí, že počet takových osob roste.



Graf 30a



Graf 30b

### 4.3 Prezentace výzkumných hypotéz

**H1: Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením i bez postižení

Závisle proměnná: ekonomické potíže

**Hypotéza H1 platí.**

**H2: Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením i bez postižení

Závisle proměnná: partnerské problémy

**Hypotéza H2 platí.**

**H3: Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací.**

Nezávisle proměnná: stupeň postižení

Závisle proměnná: životní komplikace

**Hypotéza H3 platí.**

**H4: Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením

Závisle proměnná: zapojení do veřejného života

**Hypotéza H4 platí.**

**H5: Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením i bez postižení

Závisle proměnná: komplikace při vzdělávání

**Hypotéza H5 platí.**

**H6: Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením

Závisle proměnná: sociální pomoc

**Hypotéza H6 neplatí.**

**H7: Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí.**

Nezávisle proměnná: lidé s postižením

Závisle proměnná: sociální dávky

**Hypotéza H7 platí.**

#### 4.4 Návrhy a opatření

Na základě výsledků výzkumu jsme zjistili, že postoje veřejnosti vůči osobám s postižením jsou vesměs pozitivní. Faktem zůstává, že na mnohé otázky značná část respondentů odpověděla neutrálně, tedy, že nevědí či nechtějí se k uvedeným tezím vyjádřit. To je skupina respondentů, která odpověděl, že neví. Zde lze navrhnout následující podněty k řešení.

- Zvýšit povědomí o problematice osob s postižením
- Zapojovat postižené osoby do aktivit na daném pracovišti či v lokálním prostředí osob s postižením
- Realizovat přednáškovou činnost mezi dětmi a mladistvými na téma života postiženým
- Na příkladech dobré praxe představit životní osudy vybraných osob s postižením
- Zviditelňovat osoby s postižením
- Prezentovat úspěchy osob s handicapem např. v paraolympijských aktivitách

## ZÁVĚR

Přes zrychlený způsob života v naší společnosti, zaměřený spíše na nezastavitelný a rychlý technologický vývoj, je prosociální cítění nedílnou součástí běžného života.

I přesto, že zdraví lidé vnímají osoby s postižením vesměs pozitivně a jsou již nedílnými články dnešní společnosti. Velká část běžné populace považuje jejich fungování v denním procesu za ztížené. Vzhledem k velkému podílu odpovědí, kde účastníci šetření na otázky nebyly schopni odpovědět vůbec, mám za to, že i informovanost běžných občanů v této problematice není dostatečná a komplexní.

Podle provedeného šetření je zřejmé, že zde existují pochybnosti ze strany veřejnosti jak v otázce kvality a dostupnosti jejich vzdělávání, které je hodnoceno jako ztížené, tak hlavně v jejich ekonomické situaci, kde veřejnost zastává názor, že je spíše nezabezpečená či nedostačující.

Negativně veřejnost hodnotí i možnost vzniku a udržení partnerských vztahů, které v okolnostech zmíněných výše vznikají jen velmi těžko.

Za úspěch lze považovat, že zdraví lidé v dnešní době již nepůsobí vůči osobám s postižením represivně, ba naopak se snaží přemýšlet o jejich integraci a zapojení do lokálního prostředí.

Výsledkem jsou aktivity formou programů ze strany státu, měst a sdružení, na integraci osob se zdravotním postižením a zplnohodnotnění jejich běžného života.

Tyto aktivity nicméně nejsou vnímány jako dostačující a vidím zde velký prostor pro jejich rozvoj, který by denní život postiženým lidem usnadnil. Přesto, že veřejnost tyto programy vnímá na úrovni jejich propagace, podle průzkumu nevěří v jejich dostatečnou účinnost.

Úspěchem by tedy nemělo být pouze zviditelnění takto postižených osob a programů na jejich podporu, ale hlavně reálné fungování takto zaměřených aktivit, které těmto osobám plně zabezpečí a usnadní jejich život.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AGAPO. Obecně prospěšná společnost AGAPO. Agapo o.p.s. [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.agapo.cz/o-nas/obecne-prospesna-spolecnost-agapo>
2. APA VČAS. APA Včas [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.apavcas.cz>
3. AUDIONIKA. O sluchu a sluchových vadách. Audionika [online]. 2015 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.audionika.cz/stranka/o-sluchu-a-sluchovych-vadach>
4. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
5. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Dagmar OPATŘILOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Přístupy k dětem a mládeži se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním mimo školu: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2013. ISBN 978-80-7315-242-0.
6. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
7. BERLIT, Peter a [PŘEK LAD DAGMAR KOLÍNSKÁ]. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 8024719150.
8. BLAŽKOVÁ, Veronika. Kapitoly ze speciální pedagogiky. MŠMT ČR [online]. 2005 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: [http://www.vzdelavani-dvpp.eu/download/opory/final/05\\_blazkova.pdf](http://www.vzdelavani-dvpp.eu/download/opory/final/05_blazkova.pdf)
9. BONA O.P.S. Chráněné bydlení - vila Jitka. BONA o.p.s [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/vila-jitka>
10. ČADO VÁ, Eva. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.
11. ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

12. ČESKÁ KOMORA TLUMOČNÍKŮ ZNAKOVÉHO JAZYKA. Znakový jazyk a komunikace s neslyšícími. CKTZJ [online]. 2016 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.cktzj.com/znakovy-jazyk-a-komunikace-s-neslysicimi>
13. DMO.CZ. Co je DMO. DMO [online]. 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.dmo.cz/index.php/o-dmo/1-co-je>
14. DOWNSYNDROM.CZ. Základní informace. Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, z.s. [online]. 2015 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/zakladni-informace.html>
15. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
16. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace. Bazální stimulace [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-nas/karolina-friedlova/>
17. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024730707.
18. HRDLIČKA, Michal (eds.). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
19. INKLUZE.CZ. Principy inkluzivního vzdělávání. Inkluze.cz [online]. 2010 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.inkluzce.cz/clanek-491/principy-inkluzivniho-vzdelavani>
20. KLENKOVÁ, Jiřina a Marie VÍTKOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání se zřetel na věkové skupiny a druhy postižení: Inclusive education - provisions for different age groups and disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5731-9.
21. KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.
22. KURKOVÁ, Petra. *Vzdělávání žáků se sluchovým postižením z hlediska vedení ke zdravému životnímu stylu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2582-5.
23. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.



24. LOGOPED ONLINE. Vady sluchu. Logoped online [online]. 2015 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz/vady-sluchu/vady-a-poruchy-sluchu.html>
25. MPSV. Zaměstnanec s mentálním postižením? Zkuste to!. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [online]. 2007 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4725>
26. OCHRANCE.CZ. Dávky pro osoby se zdravotním postižením. Kancelář veřejného ochránce práv [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/davky-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/>
27. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
28. PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
29. PLECHÁČKOVÁ, Michaela. Snoezelen v multismyslové místnosti. Dobromysl [online]. 2014 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1901>
30. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
31. PROUTEK. Jindřichův Hradec. Proutek - občanské sdružení [online]. 2016 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.proutek.cz/Uvod/chrane-bydleni-2/jindrichuv-hradec/>
32. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-567-7.
33. RETT. Příznaky Rettova syndromu. Spolek rodičů a přátel dívek s Rettovým syndromem [online]. 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.rett-cz.com/rettuv-syndrom/co-je-rettuv-syndrom/priznaky-rettova-syndromu/>
34. RUCE.CZ. Pravidla pro odezírání. Ruce.cz [online]. 2006 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/53-pravidla-pro-odezirani>
35. SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.

36. SOLOVSKÁ, Vendula a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
  37. SPOLEČNOST PRO PODPORU LIDÍ A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČR. Sociální služby a práce. Společnost pro podporu lidí a mentálním postižením v ČR [online]. 2016 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/pro-rodinu/socialni-sluzby-a-prace/>
  38. SPOLU OLOMOUC. Agentura podporovaného zaměstnávání. Spolu Olomouc [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.spoluolomouc.cz/socialni-sluzby/agentura-podporovaneho-zamestnavani>
  39. STUDIO OAZA. Kdo jsme. Studio oaza [online]. 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.studio-oaza.org/kdo-jsme/>
  40. ŠANCE DĚTEM. Volný čas a volnočasové aktivity. Šance dětem [online]. 2012 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/volny-cas-deti-se-zdravotnim-postizenim/volny-cas-a-volnocasove-aktivity>
  41. ŠPORCLOVÁ, Veronika. Poruchy autistického spektra [online]. 2007 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/poruchy-autistickeho-spektra/index.php>
  42. VALENTA, Milan a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 8024738295.
  43. VEDLE JEDLE. Festival Vedle Jedle. Vedle jedle [online]. 2016 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.vedlejedle.cz/co-kdy-kde>
  44. VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.
  45. Zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů.
- ZORMANOVÁ, Lucie. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4590-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

a kol.	a kolektiv
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
s.	strana
Sb.	sbírky
IQ	inteligenční kvocient
RVP	rámcový vzdělávací program
ZV	základní vzdělání
LMP	lehké mozkové postižení
ICF	mezinárodní klasifikace funkčnosti
DMO	dětská mozková obrna
LMD	lehká mozková dysfunkce
J. F. Kennedy	John Fitzgerald Kennedy
ČR	Česká republika
o. p. s.	obecně prospěšná společnost
o. s.	občasné sdružení
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí

**SEZNAM GRAFŮ**

číslo grafu	název grafu
Graf č. 1a	Pohlaví: počet respondentů
Graf č. 1b	Pohlaví: počet respondentů v procentech
Graf č. 2a	Věk: počet respondentů
Graf č. 2b	Věk: počet respondentů v procentech
Graf č. 3a	Trvalé bydliště: počet respondentů
Graf č. 3b	Trvalé bydliště: počet respondentů v procentech
Graf č. 4a	Rodinný stav: počet respondentů
Graf č. 4b	Rodinný stav: počet respondentů v procentech
Graf č. 5a	Resort ve kterém pracujete: počet respondentů
Graf č. 5b	Resort ve kterém pracujete: počet respondentů v procentech
Graf č. 6a	Nejvyšší ukončené vzdělání: počet respondentů
Graf č. 6b	Nejvyšší ukončené vzdělání: počet respondentů v procentech
Graf č. 7a	Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením: počet respondentů
Graf č. 7b	Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením: počet respondentů v procentech
Graf č. 8a	Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení: počet respondentů
Graf č. 8b	Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení: počet respondentů v procentech
Graf č. 9a	Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení: počet respondentů
Graf č. 9b	Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení: počet respondentů v procentech

- Graf č. 10a Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení: počet respondentů
- Graf č. 10b Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení: počet respondentů v procentech
- Graf č. 11a Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací: počet respondentů
- Graf č. 11b Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací: počet respondentů v procentech
- Graf č. 12a Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života: počet respondentů
- Graf č. 12b Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života: počet respondentů v procentech
- Graf č. 13a Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu: počet respondentů
- Graf č. 13b Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu: počet respondentů v procentech
- Graf č. 14a Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice: počet respondentů
- Graf č. 14b Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice.: počet respondentů v procentech
- Graf č. 15a Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující: počet respondentů
- Graf č. 15b Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující: počet respondentů v procentech
- Graf č. 16a Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí: počet respondentů
- Graf č. 16b Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí: počet respondentů v procentech
- Graf č. 17a Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici: počet respondentů

- Graf č. 17b Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici: počet respondentů v procentech
- Graf č. 18a Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace: počet respondentů
- Graf č. 18b Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace: počet respondentů v procentech
- Graf č. 19a Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují: počet respondentů
- Graf č. 19b Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují: počet respondentů v procentech
- Graf č. 20a Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění: počet respondentů
- Graf č. 20b Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění: počet respondentů v procentech
- Graf č. 21a V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách: počet respondentů
- Graf č. 21b V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách: počet respondentů v procentech
- Graf č. 22a Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena: počet respondentů
- Graf č. 22b Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena: počet respondentů
- Graf č. 23a Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné: počet respondentů
- Graf č. 23b Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné: počet respondentů v procentech
- Graf č. 24a Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování: počet respondentů
- Graf č. 24b Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování: počet respondentů v procentech

- Graf č. 25a Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni: počet respondentů
- Graf č. 25b Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni: počet respondentů v procentech
- Graf č. 26a Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů: počet respondentů
- Graf č. 26b Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů: počet respondentů v procentech
- Graf č. 27a Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností: počet respondentů
- Graf č. 27b Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností: počet respondentů v procentech
- Graf č. 28a Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné: počet respondentů
- Graf č. 28b Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné: počet respondentů v procentech
- Graf č. 29a Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením: počet respondentů
- Graf č. 29b Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením: počet respondentů v procentech
- Graf č. 30a Osob s postižením stále více početně přibývá: počet respondentů
- Graf č. 30b Osob s postižením stále více početně přibývá: počet respondentů v procentech

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1. Výsledky univariační analýzy



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1. Dotazník

Příloha č. 2. Ukázka elektronicky vyplněného dotazníku respondenta #1

Příloha č. 3. Ukázka elektronicky vyplněného dotazníku respondenta #2

Příloha č. 4. Ukázka elektronicky vyplněného dotazníku respondenta #3

## PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,  
prosíme o vyplnění dotazníků, který zkoumá postoje vůči hendicapovaným spoluobčanům. Dotazník je anonymní a za vyplnění dotazníku předem děkujeme. Prosíme tímto o pravdivé vyplnění, jen tak bude mít výzkum smysl.

---

### 1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

### 2. Věk

- a) do 25 roků včetně
- b) 26 - 35 roků
- c) 36 - 45 roků
- d) 46 – 55 roků
- e) 56 – 65 roků
- f) 66 a více roků

### 3. Trvalé bydliště

- a) vesnice
- b) malé město
- c) velkoměsto

### 4. Rodinný stav

- a) svobodný/á
- b) ženatý / vdaná
- c) rozvedený/ rozvedená
- d) vdovec/ vdova

### 5. Resort ve kterém pracujete

- a) státní nevýrobní sektor
- b) soukromý nevýrobní sektor
- c) průmyslový sektor
- d) zemědělský sektor
- e) v současné době nepracuji

### 6. Nejvyšší ukončené vzdělání

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední odborná škola (s maturitou)
- d) gymnázium
- e) vyšší odborná škola (VOŠ)
- f) vysoká škola (bc. a mgr.)

### 7. Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením

- a) v naší rodině (i širší) je takový člověk
  - b) v rodině ne, ale v blízkém okolí ano
  - c) v rodině, ale i v mém okolí takový člověk žije
  - d) ne, nevímmul/a jsem si
-

	ANO	NE	NEVÍM
8. Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení.			
9. Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení.			
10. Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení.			
11. Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací.			
12. Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života.			
13. Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu.			
14. Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice.			
15. Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující.			
16. Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí.			
17. Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici.			
18. Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace			
19. Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují.			
20. Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění.			
21. V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách.			
22. Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena			
23. Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné.			
24. Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování.			
25. Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni.			
26. Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů.			
27. Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností.			
28. Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné.			
29. Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením.			
30. Osob s postižením stále více početně přibývá.			

## PŘÍLOHA Č. 2: UKÁZKA ELEKTRONICKY VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU RESPONDENTA #1

# #1

Pořadové číslo respondenta: 1



Unikátní ID na Vyplňto.cz: 4122074  
Datum a čas vyplnění: 2015-10-24 23:30:56  
Délka vyplňování: 00.01:47  
Poznámka:

- 1.) Pohlaví **muž**
- 2.) Věk **do 25 roků včetně**
- 3.) Trvalé bydliště **malé město**
- 4.) Rodinný stav **svobodný/á**
- 5.) Resort ve kterém pracujete **soukromý nevýrobní sektor**
- 6.) Nejvyšší ukončené vzdělání **vysoká škola (bc. a mgr.)**
- 7.) Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením? **v rodině ne, ale v blízkém okolí ano**
- 8.) Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení. **ANO**
- 9.) Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení. **NE**
- 10.) Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení. **NE**
- 11.) Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací. **ANO**
- 12.) Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života. **ANO**
- 13.) Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu. **ANO**
- 14.) Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice. **NEVÍM**
- 15.) Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující. **ANO**
- 16.) Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí. **ANO**
- 17.) Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici. **ANO**
- 18.) Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace. **NE**
- 19.) Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují. **NE**
- 20.) Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění. **ANO**
- 21.) V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách. **ANO**
- 22.) Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena. **ANO**
- 23.) Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné. **NE**
- 24.) Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování. **NEVÍM**
- 25.) Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni. **NE**
- 26.) Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů. **ANO**
- 27.) Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností. **ANO**
- 28.) Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné. **NE**
- 29.) Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením. **ANO**
- 30.) Osob s postižením stále více početně přibývá. **ANO**

## PŘÍLOHA Č. 3: UKÁZKA ELEKTRONICKY VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU RESPONDENTA #2

# #2

Pořadové číslo respondenta: 2



Unikátní ID na Vyplňto.cz: 4122083  
Datum a čas vyplnění: 2015-10-24 23:42:28  
Délka vyplňování: 00.05:15  
Poznámka:

- 1.) Pohlaví **žena**
- 2.) Věk **do 25 roků včetně**
- 3.) Trvalé bydliště **velkoměsto**
- 4.) Rodinný stav **svobodný/á**
- 5.) Resort ve kterém pracujete **soukromý nevýrobní sektor**
- 6.) Nejvyšší ukončené vzdělání **střední odborná škola (s maturitou)**
- 7.) Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením? **ne, nevšimnul/a jsem si**
- 8.) Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení. **NE**
- 9.) Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení. **NE**
- 10.) Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení. **ANO**
- 11.) Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací. **ANO**
- 12.) Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života. **NE**
- 13.) Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu. **ANO**
- 14.) Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice. **ANO**
- 15.) Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující. **ANO**
- 16.) Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí. **NE**
- 17.) Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici. **ANO**
- 18.) Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace. **NE**
- 19.) Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují. **ANO**
- 20.) Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění. **ANO**
- 21.) V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách. **NE**
- 22.) Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena. **ANO**
- 23.) Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné. **ANO**
- 24.) Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování. **NE**
- 25.) Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni. **ANO**
- 26.) Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů. **ANO**
- 27.) Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností. **ANO**
- 28.) Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné. **NE**
- 29.) Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením. **NE**
- 30.) Osob s postižením stále více početně přibývá. **NEVÍM**

## PŘÍLOHA Č. 4: UKÁZKA ELEKTRONICKY VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU RESPONDENTA #3

# #3

Pořadové číslo respondenta: 3



Unikátní ID na Vyplňto.cz: 4122084  
Datum a čas vyplnění: 2015-10-24 23:42:57  
Délka vyplňování: 00.04:21  
Poznámka:

- 1.) Pohlaví **žena**
- 2.) Věk **26 – 35 roků**
- 3.) Trvalé bydliště **malé město**
- 4.) Rodinný stav **svobodný/á**
- 5.) Resort ve kterém pracujete **soukromý nevýrobní sektor**
- 6.) Nejvyšší ukončené vzdělání **vysoká škola (bc. a mgr.)**
- 7.) Žije ve Vašem blízkém okolí člověk se zdravotním postižením? **ne, nevšimnul/a jsem si**
- 8.) Lidé s postižením by měli mít stejná práva jako nepostižení. **ANO**
- 9.) Lidé s postižením mají častěji v životě ekonomické potíže než lidé bez postižení. **ANO**
- 10.) Lidé s postižením mají více partnerských problémů než lidé bez postižení. **NEVÍM**
- 11.) Čím těžší postižení u člověka tím více životních komplikací. **NEVÍM**
- 12.) Lidé s postižením by měli být více zapojováni do veřejného života. **ANO**
- 13.) Vzdělávání osob s postižením přináší více komplikací než vzdělávání osob bez handicapu. **ANO**
- 14.) Lidem s postižením se v zahraničí žije lépe než v České republice. **NEVÍM**
- 15.) Sociální pomoc pro osoby s postižením je dostačující. **NEVÍM**
- 16.) Sociální dávky jako jediný zdroj příjmu lidem s postižením nestačí. **ANO**
- 17.) Lidem s postižením se ve městě žije lépe než lidem s postižením na vesnici. **NEVÍM**
- 18.) Lidé bez postižení často vytváří vůči lidem s postižením konfliktní situace. **ANO**
- 19.) Obce a města osoby s postižením do veřejného života příliš nezapojují. **NEVÍM**
- 20.) Lidé s postižením žijí velmi často s pocitem osamění. **NEVÍM**
- 21.) V zařízeních sociálních služeb se žije lidem s postižením lépe než v jejich rodinách. **NEVÍM**
- 22.) Rodina by se měla ze zákona dominantně postarat o svého postiženého člena. **ANO**
- 23.) Názory osob s postižením jsou ve společnosti obtížně akceptovatelné. **ANO**
- 24.) Pro osoby s postižením je nedostatek míst v zařízeních sociálního zabezpečování. **ANO**
- 25.) Lidé s postižením nejsou ve společnosti dost oceňováni. **ANO**
- 26.) Lidé s postižením se často stávají obětí trestných činů či podvodů. **ANO**
- 27.) Lidé s postižením by ke svým sociálním dávkám či důchodu měli ještě nadále pracovat dle svých schopností. **ANO**
- 28.) Sociální dávky pro osoby s postižením jsou nedostatečné. **ANO**
- 29.) Rodina by měla přispívat na jakoukoliv péči (státní či nestátní) o rodinného příslušníka s postižením. **ANO**
- 30.) Osob s postižením stále více početně přibývá. **NEVÍM**