

Vybrané faktory ovlivňující intaktní společnost v navázání vztahu s lidmi s postižením

Petr Vítek

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petr Vítek, DiS.**
Osobní číslo: **H12139**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Faktory ovlivňující navazování vztahů s postiženými lidmi**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblastí kultury mezilidských vztahů, speciální pedagogiky a sociální politiky.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ALLHOFF Waltraud a Dieter W. ALLHOFF. Rétorika a komunikace. Praha: Grada, 2008, ISBN 80-247-2283-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KŘIVOHLAVÝ Jaro. Konflikty mezi lidmi. Praha: Portál, 2002, ISBN 978-80-7367-407-6.

MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

WILLERTON, Julia, Nigel HOLT a Rob LEWIS. Psychologie mezilidských vztahů: z pohledu psychologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 155 s. ISBN 978-80-247-3924-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 9. prosince 2015


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
18.4.2016

.....
V. K. K.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *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, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje problematice vztahů mezi intaktní společností a osobami se zdravotním postižením, jeho vznikem a faktory, které tuto situaci ovlivňují. Teoretická část bakalářské práce je dělena na tři části. První část představuje zdravotní postižení obecně a dále rozčleňuje a charakterizuje jednotlivé typy postižení. Druhá část se věnuje úkolu předložit ucelený přehled vývoje postavení jedince se zdravotním postižením ve společnosti od nejranějšího období lidské existence až do současnosti. Ve třetí části se definuje vztah mezi lidmi, jeho vznik, účel a dále řeší faktory ovlivňující navázání vztahu. Vymezení se specifika pro osoby zdravotně postižené a předsudky vůči nim. V praktické části se zabýváme metodou šetření, sběrem a analýzou dat a nakonec shrnutí cílů celého výzkumu. Pro objektivitu je použito anonymního dotazníkového šetření.

Klíčová slova: zdravotní postižení, osoba se zdravotním postižením, vztah, postavení ve společnosti, předsudky, sociální bytost

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with the aim of relations between intact society and people with disabilities, its origin and the factors that affect this situation. The theoretical part is divided into three parts. The first part presents a disability in general and further categorizes and describes various types of disabilities. The second part is dedicated to the task to present a comprehensive overview of the status of people with disabilities in society from the earliest period of human existence until now. In the third part the relationship between people, its origin and purpose is defined, and also factors influencing the process of establishing relationship are mentioned. It also defines specificity for disabled people and prejudices against them. The practical part deals with methods of investigation, collection and analysis of data, and finally a summary of the objectives of the research. To keep objectivity an anonymous questionnaire is used.

Keywords: disability, person with disability, relationship, status in society, prejudices, social being

Děkuji především mé vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za cenné připomínky, rady a vstřícný přístup. Dále také děkuji všem přátelům a rodině, kteří mi pomáhali a podporovali mě v cestě studiem.

Motto

„Milovat není nic jiného než věnovat přátelství právě tomu, koho máš rád, aniž vyhledáváš jakoukoliv potřebu nebo prospěch. Výhody totiž vykvetou z přátelství samy od sebe, i když jsi je tam sám nevyhledával.“

Marcus Tullius Cicero

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	11
1.1 DEFINICE VAD, POSTIŽENÍ A HANDICAPU	12
1.2 CHARAKTERISTIKA HLAVNÍCH TYPŮ POSTIŽENÍ	13
1.2.1 Mentální postižení	13
1.2.2 Tělesné postižení	14
1.2.3 Smyslové postižení.....	15
2 SPOLEČNOST A LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1 PŘÍSTUPY K LIDEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	20
2.2 PŘEDSUDKY A MÝTY VŮČI LIDEM S POSTIŽENÍM	22
2.3 STIGMATIZACE LIDI S HANDICAPEM	23
3 MEZILIDSKÉ VZTAHY	25
3.1 VZNIK MEZILIDSKÉHO VZTAHU OBECNĚ	26
3.2 KOMUNIKACE.....	27
3.2.1 Zásady komunikace.....	28
3.2.2 Specifika komunikace s lidmi s postižením	30
3.3 PARTNERSTVÍ U LIDÍ S HANDICAPEM	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	35
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ A OTÁZEK	35
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	37
4.3 METODA SBĚRU DAT	38
5 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE DAT	39
5.1 VÝSKYT OSOB SE ZP V OKOLÍ OSOB Z IS	39
5.2 MÍRA OVLIVNĚNÍ OSOBY Z IS VZHLEDEM OSOBY SE ZP V NAVÁZÁNÍ VZTAHU MEZI NIMI	42
5.3 MÍRA OVLIVNĚNÍ OSOBY Z IS KOMUNIKACÍ S OSOBAMI SE ZP V NAVÁZÁNÍ VZTAHU MEZI NIMI.	49
5.4 MÍRA UVĚDOMĚNÍ SI PŘEDSUDKŮ U LIDÍ Z IS K LIDEM SE ZP.	56
5.5 MÍRA TEORETICKÉHO NAVÁZÁNÍ PŘÁTELSTVÍ LIDÍ Z IS S LIDMI SE ZP.	59
5.6 MÍRA TEORETICKÉHO NAVÁZÁNÍ PARTNERSTVÍ LIDÍ Z IS S LIDMI SE ZP.	64
6 SHRUTÍ CÍLŮ	68
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM TABULEK	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje problematice vztahů mezi intaktní společností a osobami se zdravotním postižením. V dnešní době se stále řeší z mnoha úhlu pohledu vztahy mezi lidmi ze zdravé společnosti, ale už se však opomínají vztahy k lidem se zdravotním postižením. Pro zdravé jedince většinou nebývá problémem navázání přátelství či partnerského vztahu. Avšak pro lidi se zdravotním postižením se toto stává komplikovanější záležitostí. Společnost stále vychází z předsudků z minulosti, kdy osoba s postižením měla ztížený vstup na veřejná místa, účast na akcích různého charakteru nebo dokonce vzdělávání, natož formou integrace. Dnes jsme v těchto přístupech jistě dále.

Zdravotně postižený jedinec je odkázaný na pomoc druhých, spoléhá na pomoc státu a rodiny. Mělo by být naší povinností napomáhat k integraci těchto lidí do společnosti. Lidé se zdravotním postižením jsou také sociální bytosti a mají potřebu vyhledávat přátele, nebo životní lásku, se kterou by sdíleli dobré a zlé. Stejně jako intaktní společnost. Právě z důvodu obtížnosti v navázání bližšího vztahu pro osoby se zdravotním postižením, jsme se rozhodli pro tuto práci, která navíc řeší faktory ovlivňující danou situaci. Aby měli lidé se zdravotním postižením možnost plného začlenění do společnosti, je třeba, abychom si uvědomovali, že tito lidé jsou neodmyslitelnou součástí naší populace, že je třeba odložit předsudky, předpojatost, soucit a chápat existenci těchto lidí jako existenci normálního stavu, kdy na prvním místě vždy vidíme jedinečnost člověka a teprve následně jeho postižení.

Teoretická část bakalářské práce se dělí na tři tematické okruhy. První tematický okruh představuje zdravotní postižení obecně a dále rozčleňuje a charakterizuje jednotlivé typy postižení. Druhý okruh se věnuje úkolu předložit ucelený přehled vývoje postavení jedince se zdravotním postižením ve společnosti od nejranějšího období lidské existence až do současnosti. Vymezuje se specifika pro osoby zdravotně postižené a předsudky vůči nim. Ve třetím okruhu se definuje vztah mezi lidmi, jeho vznik, účel a dále řeší faktory ovlivňující navázání vztahu. Popisuje komunikaci mezi lidmi, zásady komunikace a specifika komunikace s lidmi s postižením. Praktická část analyzuje a interpretuje výsledky dotazníkového šetření, které se soustředilo především na vybrané faktory ovlivňující intaktní společnost v navázání vztahu s člověkem se zdravotním postižením. Dále pak na výskyt lidí se zdravotním postižením v okolí lidí z intaktní společnosti a potencionálního přátelství či partnerství člověka z intaktní společnosti s člověkem se zdravotním postižením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Z demografického hlediska můžeme říci, že v České republice žije přibližně 1 milion zdravotně postižených občanů, z toho se eviduje tři sta až tři sta padesát tisíc lidí s tělesným postižením. Do této evidence nejsou započítáni lidé se závažnými nemocemi chronického charakteru a civilizačními nemocemi. Díky stárnutí populace, negativním prenatalním i časně postnatálním vlivům, neklesající úrazovostí a nárůstem degenerativních i civilizačních onemocnění lze očekávat, že lidí s funkčním omezením motoriky bude přibývat. (Krhutová, 2005, s. 21)

V případě zdravotního postižení se jedná o ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, uvádí Vágnerová (2008, s. 21-26). Dále platí, že při jakémkoliv postižení jsou narušeny funkce orgánového systému, ale je také ovlivněn rozvoj osobnosti postiženého. Rozlišujeme primární a sekundární postižení. V případě primárního se jedná o chorobné změny, které omezují rozvoj normálních funkcí jedince, např. zrakové vnímání. U sekundárního postižení změny vznikají působením různých faktorů, z části i souvisejících se změnami primárními. Vznik je často podmíněn vnějším prostředím osoby s postižením.

Hartl (2004, s. 303) v psychologickém slovníku označuje zdravotní postižení jako stav trvalý nebo dlouhodobý, který nelze pomocí dostupných prostředků zcela odstranit. Můžeme ale zmírnit nepříznivý dopad soustavou promyšlených opatření. Pokud si vezmeme osoby s postižením z pedagogického hlediska, jsou jimi všechny děti, dospívající a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezení, že je jejich existence ve společnosti ztížena, a proto potřebují speciálně pedagogickou péči.

Legislativa České republiky nám vymezuje zdravotní postižení v zákonech o zaměstnanosti a o sociálních službách. Pro účely zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti §67 se považuje za osobu se zdravotním postižením taková osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidním v prvním, druhém nebo třetím stupni. Dále v §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zdravotní postižení popisuje, že je tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Jak z výše uvedeného textu plyne, obecná definice vztahující se ke zdravotnímu postižení není jednotná. Ať už v legislativě nebo u různých autorů se liší. Jelikož pokaždé je na dané téma nahlíženo z jiné perspektivy.

1.1 Definice vad, postižení a handicapu podle ICDH (WHO, 2008)

V této podkapitole si vysvětlíme základní pojmy. Definování pojmů není jednoduché, a proto se budeme držet popisu podle světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization), která byla založena organizací spojených národů (OSN) v roce 1948.

WHO nám popisuje vadu, poruchu, defekt (impairment) jako narušení (abnormalitu) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. Avšak o postižení (disability) říká, že jde o omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Dále pak definuje znevýhodnění (handicap). Znevýhodnění se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health), která se používá v současné době, se zabývá zdravím a aspekty s ním souvisejícími. Dále si klade za cíl jednotným a standardizovaným způsobem popsat stav zdraví.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví obsahuje několik komponentů, které hodnotí:

- *tělesné funkce* – fyziologické funkce tělesných systémů (včetně psychických),
- *tělesné struktury* – anatomické části těla jako orgány, končetiny atd.,
- *aktivita* – provádění úkolu nebo činu člověkem,
- *participace* – zapojení se člověka do životní situace,
- *spolupůsobící faktory* – faktory prostředí (fyzické, sociální a postojové podmínky, ve kterých lidé žijí), osobní faktory (osobnostní charakteristiky člověka jako pohlaví, rasa, věk, životní styl, vzdělání, povolání atd.).

Tyto cíle a funkce Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se vzájemně propojují. Vznikl tak smysluplný a praktický systém, který může být použit různými uživateli pro zdravotní politiku, kvalitu pojištění a závěrečná hodnocení různých kultur (WHO – MKF, 2008).

Definice podle MKF nám vysvětlují rozdíly mezi termíny, které se nám můžou zdát na první pohled velice podobné. Na závěr podkapitoly si musíme říct, že tyto termíny jsou navzájem

provázány, a to tak, že tělesná vada může způsobovat, že osoba nemůže vykonávat některé osobní aktivity, jinak řečeno jako postižení. A toto postižení posléze vrcholí v určité znevýhodnění (handicap).

1.2 Charakteristika hlavních typů postižení

Nejnámější a nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciacce zdravotně postižených je model dle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáme s postižením mentálním, duševním, tělesným, zrakovým, sluchovým, řečovým. K nim je však nutno přiřadit i další skupiny, na něž se obvykle zapomíná. Jedna se o následující postižení kombinovaná a nemocné civilizačními chorobami. (Krhutová, 2005, s. 18)

1.2.1 Mentální postižení

Problematikou osob s mentálním postižením se zabývá psychopedie neboli pedagogika osob s mentálním postižením, která je součástí oboru speciální pedagogika.

V psychopedii se často setkáváme s pojmy mentální retardace a mentální postižení. Někteří autoři je považují za synonyma, ale ve slovníku Speciální pedagogika vymezuje mentální postižení jako širší pojem, který zahrnuje také jedince s IQ pod 85 (Valenta, 2009, s. 39).

Světová zdravotnická organizace klasifikuje mentální retardaci na základě úrovně mentální kapacity do následujících kategorií:

- lehká mentální retardace – IQ 50-69
- středně těžká mentální retardace – IQ 35-49
- těžká mentální retardace – IQ 20-34
- hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20
- jiná mentální retardace – pokud nelze stanovit stupeň mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace – pokud není dostatek informací k zařazení jedince do jednoho ze stupňů (MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která platí v ČR od roku 1994).

V současnosti se setkáme s velkým množstvím definic pro termín mentální retardace. U nás se nejčastěji používá definice sjednocující všechna hlediska od Miroslava Dolejšího z roku 1978: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující*

jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnapadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“ (in Pipeková, 2006, s. 269).

Vliv mentální retardace se mezi lidmi velmi liší, stejně jako se liší rozpětí schopností mezi lidmi, kteří mentálně retardovaní nejsou. Navíc Mark Batshaw (1997) tvrdí, že mentální retardace je desetkrát běžnější než mozková obrna a postihuje dvacet pět krát více lidí než slepota. Mentální retardace přetíná hranice rasy, etnika, vzdělání, společnosti a ekonomického zázemí.

1.2.2 Tělesné postižení

Výchovou a vzděláváním osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se zabývá somatopedie.

Podle Vítkové (2004, s. 170) lidé s tělesným postižením tvoří heterogenní skupinu, jejich společným znakem je omezení pohybu. Tělesné postižení neomezuje člověka pouze v pohybu, ale postihuje celou jeho osobnost, jako je vnímání, seberealizace v sociální interakci či optimální vývoj.

Vágnerová (2008, s. 252) rozděluje hybnost do tří skupin:

- hybnost dolních končetin,
- hybnost horních končetin,
- hybnost mluvidel a mimická pohyblivost.

Renotierová, Ludiková (2006, s. 212) definují tělesná postižení, jako „*přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Důvodem bývají změny na pohybovém aparátu. Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností.*“

Pro přehled tělesných postižení jsme použili údaje ze schématu dělení pohybových vad podle Pipekové (2006, s. 167):

Dle doby vzniku postižení:

- Vrozené a dědičné – častěji jsou postižení chlapci. Rizikovým faktorem je i věk matky do 19 let a od 40 let výše.
- Získané – nejčastěji pouřazové stavy, amputace, ortopedické vady.

Dle místa postižení:

- Obrny – tykají se centrální nebo periferní nervové soustavy a projevem jsou poruchy hybnosti různého rozsahu a stupně.
- Amputace – nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla.
- Deformace – vrozená nebo získaná, jde o nesprávný tvar některého orgánu nebo končetiny.
- Malformace – vrozená vada, jedná se o znetvoření částí těla.

K základní charakteristice tělesného postižení patří omezení hybnosti a z toho vyplývající problémy. Problémy především se sebeobsluhou, navázáním kontaktů, a s horšenou možností pracovního uplatnění.

1.2.3 Smyslové postižení

Zrakové postižení

Zrak je jeden ze základních lidských smyslů a získáváme jím 80 - 90 % informací o okolním světě. Zrakové postižení nám narušuje orientaci v prostoru a samostatný pohyb. Výchovou, vzděláváním osob se zrakovým postižením se zabývá oftalmopedie (z řeckého slova oftalmos - oko). Dalším často užívaným termínem pro tento obor je tyflopédie (z řeckého slova tyflos - slepý). Ludíková (2006, s. 25) uvádí, že osoba se zrakovým postižením je osoba, která i po optimální korekci své zrakové vady má stále obtíže ve vnímání a zpracování zrakového obrazu. Optimální korekci se má na mysli léčba medikamentózní, chirurgická, popř. použití optických pomůcek.

L. Květoňová-Švecová (2004, s. 78) dělí zrakové vady dle typu na: ztrátu zrakové ostrosti (jedinec vidí rozmazaně, obtížně rozlišuje detaily, patří sem refrakční vady např. krátkozrakost či dalekozrakost); postižení šíře zorného pole (omezení prostoru, který jedinec vidí,

např. trubicové vidění); okulomotorické poruchy (jedná se o vadnou koordinaci pohybu očí, např. strabismus neboli šilhání či amblyopie neboli tupozrakost); problémy se zpracováním zrakových informací (oko není poškozeno, ale mozek zrakovou informací nezpracovává - poškození zrakových center v mozku, např. korová slepota) a poruchy barvocitu (jedinec špatně vidí nějakou barvu, nebo ji nevidí vůbec, např. daltonismus či barvoslepost).

Pro rozdělení zrakových vad použijeme klasifikaci od Pipekové (2006, s. 250):

- Slabozrakost – snížená nebo zkreslená činnost zrakového analyzátoru a deformace zrakových představ. Vizus pod 6/18, kdy vizus znamená zrakovou ostrost. Jedná se o schopnost oka identifikovat dva co nejbližší ležící body jako dva oddělené objekty.
- Zbytky zraku – mezistupeň mezi slabozrakostí a nevidomostí. S tímto stupněm je jedinec schopen osvojení si čtení zvětšeného černotisku.
- Nevidomost – zraková ostrost pod 3/60 až světlocit. Praktická do 1/60 a totální pod 1/60 až světlocit.
- Poruchy binokulárního vidění – funkční poruchy vznikající na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Šilhavost, tupozrakost.

Zrakové postižení si málo kdo umí představit z intaktní společnosti. Velký rozdíl je mezi ztrátou zraku v dětství a v dospělosti. Jelikož dítě se snadněji vyrovnává a přizpůsobuje s tak velkým zásahem do života. Rychleji se učí novému poznání a alternativnímu životu. Zatím co v případě ztráty zraku u dospělé osoby musíme počítat s tím, že daný jedinec prožívá těžkou existenciální krizi.

Sluchové postižení

Výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením se zabývá surdopedie. Sluch je jedním z nejdůležitějších smyslů. Sluchové postižení nám negativně ovlivňuje oblast orientace a bezpečnosti, zvukového pozadí, mezilidské komunikace, rozvoje slovní řeči a celého vývoje osobnosti.

Definici sluchového postižení vystihuje Slowík (2007, s. 72), kdy říká, že „*sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch.*“

K rozdělení sluchového postižení nám pomůže klasifikace sluchových vad podle WHO:

- Lehká sluchová porucha (26 - 40 dB)
- Střední sluchová porucha (41 - 55 dB)
- Středně těžká sluchová porucha (56 - 70 dB)
- Těžká sluchová porucha (71 - 91 dB)
- Úplná ztráta sluchu.

Je obrovský rozdíl, když někdo přijde o sluch v dětství a jiný ve věku, kdy už má rodinu. Ohluchlí v dětství často vychodí nějakou tu školu pro děti se sluchovým postižením, už do prvního zaměstnání jdou s postižením sluchu, se svým životním partnerem se seznámí už jako sluchově postižení, takže s tím partner počítá, jejich děti mají od narození rodiče, co neslyší a taková ta „praxe v tichu“ už je jaksí zažitá, ví se co a jak. Náhle ohluchlí v době, kdy už mají rodinu třeba 15 let, jsou najednou vytrženi z celého dosavadního světa. Většinou přijdou o práci, nikomu nerozumí a jsou odkázáni na to, co jim kdo napíše, protože jinak komunikovat neumí (jen mluvit) a ve vlastní rodině se stávají úplnými cizinci. Zkrátka ona „praxe v tichu“ není žádná, jak ze strany sluchově postiženého, tak ze strany rodiny.

Postižení komunikace

Narušenou komunikační schopností se v rámci speciální pedagogiky zabývá logopedie odvozená z pojmu logos = slovo. Komunikace a řeč úzce souvisí i s myšlením jedince, schopností vyjádřit se, prosadit se, jeho sociální interakcí. „*Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*“ (Klenková, J. 2006, s. 25). Řeč jako taková souvisí s motorikou, konkrétně tedy oromotorikou a logomotorikou. Některé poruchy řeči mohou vyvolávat

stigma, posměch. Tyto přístupy okolí, zapříčiněné hlavně nepochopením, mohou mít vliv na sebepojetí a sebevědomí jedince.

Využívanou je Lechtova (2000, s. 38) symptomatická klasifikace o deseti základních kategoriích, která dělí narušenou komunikační schopnost dle typických symptomů:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie),
- získaná orgánová nemluvnost (afázie),
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus),
- narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolálie),
- narušení fluence (plynulosti) řeči (balbuties, tumultus sermonis),
- narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie),
- narušení grafické stránky řeči,
- symptomatické poruchy řeči (doprovázejí jiné, dominující postižení),
- poruchy hlasu,
- kombinované vady a poruchy řeči.

Komunikace a její kompetence hrají důležitou roli ve vývoji člověka. Pomoci ní může jedinec sdílet své emoce, myšlenky, přání, a být tak v interakci se svým okolím.

2 SPOLEČNOST A LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Snad od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Společnost se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat se svými takto odlišnými členy. Tento vztah se měnil v závislosti na vývoji lidské společnosti. Ty vznikají v rámci určité kultury a jako takové jsou samozřejmě podmíněny historicky. Kultura tedy určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů, jedinců ve společnosti. Společenský tlak na konformitu, na přizpůsobení se tomu, co je v dané společnosti běžné, se vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří se odlišují a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou většinou vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční. Závislost jedince na sociálním prostředí je výraznější u primitivnější úrovně společnosti. Čím nižší úroveň, tím méně se od ní individuálně odlišuje. Nejprve identifikuje sám sebe jako příslušníka rodiny, kmene či národa a pak až teprve jako jedinečné individuum. V historii lidské společnosti je nutno si uvědomit ještě i to, že sociální tlak, který vede k přijímání určitých postojů členy společnosti, nepůsobí pouze na jedince zdravé, ale samozřejmě i na postižené. Ti jsou očekáváním okolí vedeni k akceptaci role, která je jim přisouzena. Jsou nuceni přijímat svou odlišnost a to způsobem, jak ji společnost chápe. Pro vztah k postiženým je podstatný vývoj lidské společnosti jako celku a to směrem k toleranci a schopnosti akceptovat odlišnost, respektování individuality. Pouze bude-li společnost, včetně jejich jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení. (Vágnerová, 2000, s. 7-13)

U autorů zabývajících se specifickou problematikou lze sledovat několik modelů znázorňujících přístup společnosti k lidem s postižením, které na sebe postupně navazovaly. Terminologicky se tyto přístupy nebo modely u jednotlivých autorů mění, někteří jich uvádí více, jiní méně. Michalík (2011, s. 43) uvádí čtyři fáze vztahu společnosti k postiženým: represivní, zotročovací, charitativní a socializační. Dále Slowík (2007, s. 12-14) uvádí 6 přístupů společnosti k handicapovaným osobám: represivní, charitativní, humanistický, rehabilitační, preventivně-integrační přístup a inkluzivní přístup. Sovák (1972, s. 38) periodizuje péči o osoby s postižením (podle tehdejší terminologie defektní osoby) v historii ještě podrobněji, do sedmi stádií: represivní, zotročovací, charitativní, renesančního humanismu, rehabilitační, socializační a stádium prevenční. Tyto modely a diferenciaci v podstatě opisují dějinnou linku vývoje.

2.1 Přístupy k lidem se zdravotním postižením

Pro naše potřeby si definujeme rozdělení přístupu dle Slowíka (2007, s. 12-14):

Represivní přístup

Období nejstarších civilizací bývá spojováno se zbavováním se nemocných a jakkoliv postižených členů společnosti. Známost se stala starověká Sparta, kdy se zabíjely děti, které nezvládaly tvrdý výcvik. Likvidace handicapovaných jedinců, příp. tvrdá represivní opatření vůči takovým lidem patřily v té době prokazatelně mezi velmi rozšířenou praktiku. Tehdejší realitu však nelze zjednodušit do představy evolučně nižší sociální vyspělosti populace. V některých artefaktech nacházíme důkazy o opatřeních zaručující pro různě postižené jedince povinnou ochranu a péči nejen ze strany rodiny. Archeologové potvrzují, že vysokého věku se dožívali i těžce postižení lidé.

Charitativní přístup

Vztah společnosti k lidem s postižením se stále vyvíjel v jasné souvislosti s myšlenkovými proudy, s filozofickými názory. Pohled na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství byl proto nejvíce typický pro křesťanský středověk, kdy postoje ochrany a pomoci vůči nemocným a postiženým jedincům přichází stále silněji především ze strany církve těsně propojené se státem. Jsou zakládány řeholní řády zaměřeny na péči o postižené, od těchto aktů pocházející název přístupu, charitativní.

Humanistický přístup

Novověk zdůraznil dříve poněkud opomíjené tělesné stránky člověka. S celkovým rozvojem vědeckého poznání a především medicíny nastupuje přímo programová péče o handicapované osoby spojena se specializací v přístupu k jedincům s různými druhy postižení. Již nejde jen o pomoc postiženému, aby mohl jen nějak přežít, ale jde už o konkrétní pomoc, aby mohl smysluplně žít. Začíná být snaha na člověka nahlížet komplexně, fyzió – psycho – sociální model.

Rehabilitační přístup

Větší propojování léčby s výchovou a vzděláváním bylo charakteristické zvláště pro období přelomu 19. a 20. století, u nás ve skutečnosti doznívalo do 80. let minulého století. Snaha o „re-habilitaci“ (doslova „znovu-uschopnění“) handicapovaného člověka pro život byla ve-

lice pokroková. Avšak kdo se nezvládl dostatečně rehabilitovat, stává se objektem institucionální péče. V 2. polovině 20. století majoritní společnost naprosto cíleně a programově skupiny různě postižených lidí výrazně segreguje.

Preventivně-integrační přístup

Po 2. světové válce se ve vyspělejších zemích, ale i u nás výrazně zaměřují na prevenci vzniku postižení, včetně předcházení riziku narození s vrozenou vadou nebo poruchou. Hledají se cesty k maximální integraci handicapovaných lidí do většinové společnosti. Otevírají se složité otázky postojů jak k prevenci, tak k integraci.

Inkluzivní přístup

Tento přístup můžeme charakterizovat naprosto jako přirozené začleňování handicapovaných osob do společnosti.

Michalík (2011, s. 44) vytýká, že uvedené třídění s sebou přináší vnímání dané stupnice od nejhoršího k nejlepšímu. A tak se studenti učí, že ve „ve Spartě házeli postižené ze skály“ a pro středověk pak jsou vyhrazeny příklady žebrání u klášterů a později zřizované útulky. Laik tak získává spolu s orientačním hlediskem i představu, že každé další stadium vývoje společnosti znamenalo automaticky zlepšení podmínek života postižených. Přitom opak je pravdou. Uvedené historizující pojetí budiž nám pouze orientačním vodítkem. Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, musíme posuzovat vždy důsledně horizontálně.

Současné postoje společnosti k lidem s postižením

Postoje intaktní společnosti k lidem s handicapem charakterizoval Novosad (1997, s. 21) v současnosti přibližně takto:

- Odmítání jedinců téhož „druhu“, kteří nevykazují obvyklé znaky „druhu“.
- Přežití, tedy přijetí nebo odmítání odlišných, slabších či postižených jedinců závisí na materiálních možnostech skupiny.
- Odmítání výjimečnosti, akceptovatelné je to běžné a obvyklé.
- Odmítání jako následek nevhodného odlišování postiženého od estetických ideálů či norem společnosti.
- Postižený je považován za nositelem neznámého nebezpečí, temného zla v důsledku náboženských představ. Postižení, nejčastěji znetvoření nebo dysfunkce je vnímáno jako znak vnitřní odlišnosti negativního charakteru.

- „Fascinace monstrem“ – ambivalentní vztah, v němž to co odpuzuje a zároveň přitahuje – tedy vzbuzuje odpor i zvědavost, - projevy zájmu, soucitu a snah o péči o slabé a nemocné. Rozvoj charitativních a specializovaných institucí, avšak jedinec zůstává definován svým handicapem.
- Individualizace práce pro postižené a s postiženými, člověk s postižením je plně chápán jako jedinečná lidská bytost.

Postoje k postižení odrážejí míru společenské tolerance a jsou výrazem úrovně vývoje společnosti. Přesto i v současnosti bývají obecně platné postoje k postiženým a chronicky nemocným lidem charakteristické převažující emocionální složkou, která potlačuje složku racionální či profesní.

2.2 Předsudky a mýty vůči lidem s postižením

Vztahy mezi majoritní společností a menšinou jsou většinou na špatné úrovni, konstatuje Michalík (2011, s. 47) a uvádí důvody, jako například nedostatek informací, ale také i existence předsudků a mýtů, které z nedostatku informací pramení. Lze je definovat jako představu o jedinci nebo skupině, která je založena spíše na informacích „z doslechu“ než na skutečných poznatcích. Typickou vlastností předsudků je odolnost vůči změnám. Kdo má vůči určité skupině předsudky, ten obvykle nebývá ochoten nestranně vyslechnout její argumenty. Pak zde máme i opačné pozitivní předsudky, které můžeme nazvat mýty. Jde o představu, jakým by člověk chtěl být.

Michalík (2011, s. 48) uvádí čtyři druhy předsudků vůči zdravotně postiženým občanům:

Paternalisticko-podceňující - Zdravotně postižení lidé si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem; jsou bezmocní a čekají na pomoc.

Odmítavé - Lidé s postižením jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní a tudíž parazitující. Za své postižení si mohou sami.

Protektivně-paušalizující - Zjednodušující a neadekvátní náhled veřejnosti na občany s postižením, ve značné míře k tomuto pohledu přispívají některá média. Dle tohoto názoru mají osoby s postižením mnoho neoprávněných či nezasloužených výhod, například v podobě sociálních dávek.

Idealizující (heroizující) - Příroda postiženým chybějící schopnosti vynahradila rozvojem pozitivních vlastností a zlepšením ostatních funkcí.

Podle Vágnerové (2004, s. 190) je předsudek charakteristický svou rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi, je „*nepřesným, emočně zkresleným a nesprávným hodnocením situace, ale pro laika výhodným, nemusí se namáhat uvažováním o věcech, které nezná.*“

Řada lidí jedná s jedinci s tělesným postižením tak, jako by byli automaticky postižení také mentálně a smyslově. Tento přístup je velmi ponižující a urážející. I když má fyzicky handicapovaný člověk obtíže s vyjadřováním, rozhodně nemusí být mentálně retardovaný. Ve veřejnosti se traduje, že lidé s tělesným postižením jsou obětí těžkého a tragického osudu, a nemají proto nadosmrti náladu vtipkovat. Což je omyl. Smyslem pro humor si většinou kompenzují svou nestandardní a obtížnou situaci. (Slowík, 2010, s. 41)

U lidí s mentálním postižením je častou chybou ponižující přístup. Mnoho lidí má pocit, že k takovému člověku si mohou dovolit prakticky cokoli, že mají právo okamžitě mu tykat, jednat s ním jako s dítětem. Stále ještě jsou tito lidé často chápáni jako zcela svislé bytosti, za které musí neustále rozhodovat někdo jiný. (Slowik, 2010, s. 59-60)

Také o lidech s těžkým zrakovým postižením mají lidé zkreslené představy. Například, že jsou tito lidé ochuzeni o všechny zrakové vjemy, že nedokážou vnímat barevnost, pestrost okolního světa a že jim nezáleží na zevnějšku, na stavu oblečení, účesu. Tendence některých lidí je mluvit s nevidomým jedincem hlasitěji, pomaleji, zřetelněji, jenže pokud dotyčný dobře slyší, je to zbytečné. (Slowik, 2010, s. 72)

O lidech se sluchovým postižením vznikají předsudky, a to na základě toho, že se lidé domnívají, že každý kdo nereaguje dostatečně rychle a s dostatečným porozuměním, musí být zákonitě méně inteligentní. Pokud se domníváme, že neslyšící nezachytí nic z toho, co říkáme šepem, snadno můžeme být vyvedeni z omylu. Někteří sluchově postižení velmi dobře odezírají ze rtů. (Slowik, 2010, s. 88)

2.3 Stigmatizace lidí s handicapem

Pojem stigma je skoro vždy spojován ve společnosti s životem člověka s postižením. Slowík (2007, s. 30) stigmatizaci popisuje, jako označení, či jakýsi cejch s negativním významem, který provází všechny takto odlišné jedince a je často příčinou jejich handicapu nikoli vada či porucha, ale právě jak je jejich problém chápán okolím. Míra stigmatizace konkrétního člověka závisí na druhu postižení a hloubce postižení, na přístupu samotného postiženého

člověka a jeho rodiny k problému a k okolí, ale také sociokulturních, politických a demografických podmínkách v konkrétní populaci.

Trvalé postižení či chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma, konstatuje Vágnerová (2000, s. 19-20) a přitom dále popisuje, že Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů, typickou pro danou společnost. Vyplývá z toho, jak určitá společnost pojímá otázku normality ve smyslu funkčnosti a vnějšího vzhledu člověka v určité věkové kategorii. Stigmatizace defektu mění roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu. Postižený jedinec je chováním společnosti do role stigmatizovaného manipulován. Je jim přisuzováno více negativních vlastností, jsou více odmítáni, a proto je zde větší tendence k jejich izolaci. Vnější symboly např. bílá hůl, které společnost k označení těchto lidí vyžaduje a které postižení naopak často odmítají. V průběhu života, na základě reakcí veřejnosti, zjišťuje handicapovaný, jaké sociální důsledky má určité stigma. Postoje veřejnosti, které určují i očekávané chování a možnosti různě postižených jsou důležité proto, že samo očekávání může do značné míry ovlivnit chování subjektu, který jej akceptuje.

3 MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pro řadu lidí patří mezilidské vztahy k důležitým, možná i nejdůležitějším oblastem života. Vztahy si spojujeme s intenzivními pocity štěstí a v případě neúspěšného průběhu s bolestí a zármutkem. Široce uznávaná definice Argyla a Hendersové (1986, s. 4) je vymezuje jako „*pravidelné sociální setkávání v průběhu času*“ (in Willerton, 2012, s. 9).

Téma blízkých vztahů mezi dvěma lidmi oslovuje naši nejintimnější zkušenost. Je spojeno s vysoce intenzivním prožíváním kladných i záporných emocí, váže se k našemu aktivačně-motivačnímu systému, týká se celé naší životní dráhy. Na kvalitě a množství blízkých osobních vztahů závisí naše fyzické i psychické zdraví, náš osobní růst, zrání, podoba našich vývojových krizí. To, jak sami sebe vnímáme, jak se hodnotíme a za koho se považujeme, se v podstatné míře odvíjí od odpovědí, které nám poskytuje naše sociální prostředí. I pocit životní pohody se mimo jiné vztahuje na naše uspokojení potřeb blízkosti, sounáležitosti, péče, podpory a lásky, kterého se nám dostává v intimních vztazích s druhými lidmi. (Mohaupt, 1998)

Willi (2006, s. 19) píše, že se člověk rodí nedokonalý a ve svém nitru stále bojuje o dokonalost. Při setkání s člověkem, který stále hledá svou cestu, v nás vyvstává potřeba podpořit ho v jeho hledání. Můžeme mít pocit, že jsme oba hledající lidé, a můžeme tušit, co ten druhý asi hledá, a poznáváme v něm vlastní boj o vnitřní svobodu a touhu po tom, co nás přesahuje, po tom, od čeho nás odřízly naše vlastní žádosti, strach a iluze. Prání, aby náš bližní rostl, možná pochází z naší vlastní vnitřní situace. Když vnímáme vlastní nejhlubší potřeby a přání, otevíráme se přáním druhého člověka, poznáváme v něm touhu po boji se sebou samým a můžeme mu spontánně otevřít své srdce. Od lásky si dva lidé vzájemně slibují naplnění a uskutečnění svých nejhlubších tužeb. Možnost společného osobního rozvoje však nevyhnutelně naráží na meze vzájemného porozumění a otevřenosti. Boj o dorozumění a udržování naděje navzdory tomu, že nikdy nemůže být zcela naplněna, to jsou základní vlastnosti lásky.

3.1 Vznik mezilidského vztahu obecně

Asi prvním faktorem, který ovlivní začátek budoucího vztahu je přitažlivost. Ta musí do určité míry splňovat určité požadavky např. tělesný vzhled, podobné postoje, zájmy a sociální zázemí. Mají-li se tyto požadavky uplatňovat, potenciální partneři se nejprve musí seznámit. Vztahy obvykle vznikaly mezi lidmi, kteří bydlí kousek od sebe. Ve studii z roku 1932 Bossard zjistil, že víc než polovina z pěti tisíc párů, které ve Filadelfii podaly žádost o uzavření manželství, žila pár minut chůze od sebe. Avšak čím dál tím více jsou využívány informační technologie, tím méně faktor vzdálenosti hraje roli. (in Willerton, 2012, s. 55)

Při setkání se na přitažlivosti podílí tělesný vzhled. Jednou z prvních věcí, kterou si všimneme, je vzhled – jak jsou oblečení, jaké mají vlasy. Běžné názory na krásu tvrdí, že tělesný vzhled se na přitažlivosti podílí malou měrou. Avšak Langloisová došla k závěru, že výzkumné zjištění je v rozporu se všemi rčeními. Krásu si definuje každý sám. Řada lidí posuzuje druhé podle vzhledu (tzv. haló efekt). Dále pak, že hezké děti se chovají lépe. Nejspíš zapříčeno tím, že se lidé k hezčím chovají vstřícněji, což rozvíjí pozitivnější rysy. Při hledání vhodného partnera, je vzhled pro každého jinak důležitý. Velký rozdíl při důležitosti vzhledu je patrný mezi muži (44%) a ženami (22%). (in Willerton, 2012, s. 56)

Jakmile začnou dva lidé mezi sebou komunikovat. Hraje další roli ve vztahu podobnost postojů. Don Byrne (1971) vyslovil zákon přitažlivosti, který nám říká. Čím více někdo sdílí naše názory, tím ho máme raději. (in Willerton, 2012, s. 57)

Další důležitý faktor je demografická podobnost. Obecně platí, že se s největší pravděpodobností seznámíme, nebo navážeme partnerský vztah s člověkem, který je stejně starý a je téhož etnika. Rubin a Peplauová (1976) rovněž konstatovali, že milenecké dvojice i přátelské dvojice si jsou podobné původem, socioekonomický, postavením a náboženským vyznáním. (in Willerton, 2012, s. 59)

Ale jak se stane, že se ze setkávání vyvine blízký vztah. Blízký vztah definovali Smith a Macieová (2000, s. 431) jako „*kombinaci silné a prakticky stálé vzájemné závislosti v různých oblastech života*“. Dále se psychologové shodují, že přelom tkví v tom, když člověk přestane uvažovat v rovině „já“ a začne přemýšlet v rovině „my“. Důležitý faktor je sdělování osobních informací partnerovi. Toto „sebeodhalení“ je velmi podstatné, protože znamená, že si důvěřují.

Smith a Mackieová (2000, in Willerton, 2012, s. 67) specifikovali tři hlavní aspekty vzájemné závislosti:

- Vzájemná závislost v prožívání (např. má-li partner problémy, tak se to dotkne vašeho prožívání).
- Vzájemná závislost v chování (jeden ovlivňuje jednání a plány druhého).
- Vzájemná závislost v myšlení (úhel pohledu na vztah).

Zjistili jsme, že blízké vztahy se vynořují v průběhu života z různě strukturované sociální sítě, která se proměňuje s tím, jak různé vztahy nabývají určitých významů. Velký nedostatek blízkých vztahů v sociální síti může působit negativně na osobnost jedince. Ovlivňují jeho prožívání, motivaci, nebo vztah k sobě samému.

3.2 Komunikace

„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“

Anthony Robbins

V této podkapitole bude rozebrán faktor komunikace, který hraje podstatnou roli při vytváření vztahu mezi lidmi. Člověk, jako sociální bytost, je neustále vystavován vzájemným stykům s ostatními lidmi. A proto je mezilidská komunikace od zrodu člověka základním nástrojem sociální interakce a je tedy pro každého člověka ve společnosti nezbytná. Komunikace ovlivňuje uspokojování řady lidských potřeb, ale je také samotnou lidskou potřebou. Tomuto nástroji se člověk učí celý život. Správná komunikace předchází nedorozumění, nepochopení a posiluje vztahy mezi lidmi.

Podle L. Janáčkové (2009, s. 11) žijeme ve světě, který na nás ze všech stran chrlí informace. Televize, rozhlas, rádio, častá setkání s neznámými lidmi i našimi blízkými. Všichni komunikují. Vnímáme slova, pohyby, výrazy a často si ani neuvědomujeme, jak rychle je vyhodnocujeme a dešifrujeme. Na ulici se setkáme s bezdomovcem a automaticky se mu vyhneme větším obloukem, než je obvyklé. Muž vidí hezkou ženu a jeho tvář se rozjasní. Při běžné komunikaci přijímáme signály nejen aktivně, ale i pasivně. Záleží jen na nás, zda vyšleme odpověď.

Kdybychom si měli odborně definovat pojem komunikace, pak můžeme najít v pedagogickém slovníku (2009, s. 130) definici. *„Sdělování informací, myšlenek, pocitů; dorozumívání.*

V mezilidské komunikaci se zajímáme o řadu aspektů dorozumívání, které lze shrnout do těchto otázek: kdo sděluje, co sděluje, proč to sděluje, pomocí čeho, komu to sděluje, s jakými obtížemi sdělování probíhá, jaký efekt sdělování má. Z pedagogického hlediska je důležitá sociální komunikace, která může probíhat pomocí mluvené řeči, psaného a tištěného slova, obrazového materiálu, gest.“

Defektologický slovník (2000, s. 160) definuje komunikaci jako: „*Spojování, sdělování. Komunikace používá výrazových prostředků, jež jsou buď slovní, nebo neslovní. Komunikace je obecně lidská schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, jímž individuum vzhledem k jiným lidem projevuje své city, svou vůli, své myšlenky.“*

Vybíral (2000, s. 11) zajímavě vyzdvihuje jiné aspekty ve své definici, která zní takto: „*Komunikace posiluje nebo tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat – i uchlácholit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež.“*

3.2.1 Zásady komunikace

Obecné zásady a charakter nám vymezuje Joseph A. DeVito (2001, s28-34):

Komunikace je proces akomodace. Komunikace probíhá u účastníků tehdy, když používají stejný systém signálů. Avšak ani dva lidé nepoužívají úplně stejný systém signálů, takže zásada akomodace se vztahuje na všechny formy komunikace. Různé kultury, i když používají stejný jazyk, často mají různé neverbální komunikační systémy. Smysluplná a efektivní komunikace mezi nimi bude fungovat jen v oblasti, kde se tyto systémy shodují. Součástí komunikační způsobilosti je umět identifikovat signály druhé osoby a pochopit, jak jsou použity a co znamenají. Tato zásada je obzvláště důležitá při komunikaci mezi odlišnými kulturami. Například v USA upřený pohled do očí druhého znamená poctivost a otevřenost, ale v Japonsku, Indonésii může být považován za aroganci a neúctu.

Komunikační akomodace je, když se mluvčí přizpůsobují stylu řeči svých posluchačů, aby dosáhli například společenského uznání a větší efektivity komunikace. Pokud dva lidé mluví stejně rychle, zdá se, že jsou pro sebe navzájem atraktivnější než pro jiné, kteří mluví odlišnou rychlostí. Podobně i řečník, který mluví přibližně stejně hlasitě jako jeho posluchači, je jimi vnímán jako důvěryhodnější oproti řečníkovi, který mluví odlišnou intenzitou.

Komunikace je balík sdělení. Komunikace probíhá ve formě „balíků“ verbálních i neverbálních sdělení. Verbální a neverbální signály se obvykle navzájem posilují nebo podporují. Strach obvykle nevyjadřujeme pouze slovy. „Balíkovou“ podstatu komunikace obvykle příliš nevnímáme, dokud se ovšem neprojeví nějaký nesoulad mezi jednotlivými signály. Třeba když něčí vyhýbavý pohled popírá prohlášení „Mluvím čistou pravdu“.

Komunikace má vztahové a obsahové poměry. Může se týkat vnějších aspektů pro všechny účastníky, stejně tak vztahů mezi nimi. Například, když mistr požádá dělníka, aby se po skončení schůze zastavil v kanceláři. Obsah se vztahuje k tomu, co mistr chce, aby dělník udělal, totiž přišel po schůzi. Vztahový aspekt je však jiný. Týká se vztahu mezi mistrem a dělníkem a tento vztah stanovuje, jak se komunikace má interpretovat. Například použití příkazu ukazuje rozdílnost postavení zúčastněných stran.

Komunikace je dělená. Komunikační děje probíhají nepřetržitě a nemají jasný začátek ani konec. Přesto každá komunikace má svou interpunkci. To znamená, že rozděljuje tento nepřetržitý proud na menší části. Některé označujeme jako příčiny (nebo podněty), jiné jako účinky (následky, reakce). Příkladem může být, že manažer nemá zájem o zaměstnance, málokdy je také chválen za dobře vykonanou práci. Zaměstnanci jsou apatičtí a jejich morálka je špatná. Každý z obou těchto projevů podněcuje druhý. Každý z nich funguje jako podnět, ale původně původní podnět nedokážeme zjistit. Každý případ může být považován za podnět nebo za reakci.

Komunikace má svůj cíl. Komunikujeme s nějakým záměrem, vede nás k tomu nějaká motivace. Pět hlavních cílů se zdá být relativně společných pro většinu forem komunikace: učit se, spojovat, pomáhat, ovlivňovat a hrát si.

Komunikace je nevyhnutelná, nevratná a neopakovatelná. Často k ní dochází tehdy, když si člověk komunikovat nepřeje. Vezměme si jako příklad studenta, který sedí někde vzadu ve třídě s „bezvýrazným“ obličejem. Ačkoliv by student mohl tvrdit, že student nekomunikoval s vyučujícím, vyučující může z jeho chování odvodit řadu sdělení. Například ztrátu zájmu, nudu nebo starosti. V každém případě učitel přijímá signály, i když student vědomě žádné nevysílá. To neznamená, že veškeré chování je komunikace. Kdyby se student podíval z okna a učitel si toho nevšiml, nedošlo by k žádné komunikaci. Komunikace je také nevratná. Jakmile jste něco řekli nebo odeslali elektronickou poštou, nemůžete to vzít zpět. O komunikaci je možné rovněž říci, že je neopakovatelná. Každý akt komunikace je vždy v ně-

čem jedinečný. Příčina je jednoduchá: všichni a všechno se neustále mění. Díky tomu nemůžeme podruhé zažít přesně stejnou situaci, stejné duševní rozpoložení nebo dynamiku vztahu.

3.2.2 Specifika komunikace s lidmi s postižením

Nyní se zaměříme na specifické problémy v interpersonální komunikaci, tedy právě v osobním setkání dvou lidí. Máme na mysli setkání člověka s postižením s člověkem z intaktní skupiny lidí.

Slowík (2010, s. 13) na úvod vyzdvihuje, že jakkoli se obtíže v interpersonální komunikaci mohou týkat každého bez rozdílu, mezi mimořádně rizikové skupiny patří bezpochyby lidé s různými druhy postižení. Největší problémy lze samozřejmě očekávat u jedinců s primárně narušenou komunikační schopností (například se závažnými poruchami řeči).

U lidí s postižením jde o velmi různorodou skupinu, konstatuje Slowík (2010, s. 14). Můžeme tak mít před sebou člověka zcela nemluvícího, nebo používajícího zcela jiný jazykový systém (komunikační kód) než my. Prakticky u všech skupin osob s různými druhy postižení můžeme narážet na určité specifické problémy v interpersonální komunikaci. Komunikační potíže nejsou pochopitelně u všech stejné, ale především u lidí se závažnějšími stupni zdravotního postižení bývá komunikace zasažena velmi výrazně. Kromě komunikačních problémů způsobených vlastní vadou bývá jedním z častých obtíží u lidí s postižením právě strach ze sebezprojevu, vyvolaný nejčastěji obavami z neúspěchu při posuzování jejich normality, úrovně a kvality výkonu většinou společností. Toto střetnutí vlastní nedostačivosti s výkonnostními měřítky okolí brzdí spontaneitu, omezuje motivaci a celkově negativně ovlivňuje komunikační projevy člověka s postižením.

Významný podíl na komplikování své interpersonální komunikace může mít právě i sám člověk s postižením, uvádí Slowík (2010, s.16) a dále navrhuje příklad tzv. „demonstrativního sebesnižování“. Tedy záměrné podceňování sebe samého, které člověk dává v komunikaci najevo třeba proto, aby byl (ze strachu, z pohodlnosti) zproštěn určitých úkolů. Zapomenout nesmíme ani na postižení, která nejvíce zasahují mimoverbální komunikační schopnosti. Máme na mysli především hmat, čich, chuť, které zejména u smyslově handicapovaných osob nabývají větší význam, než je pro ostatní obvyklé.

Obecně lze tvrdit, že komunikace o lidech s postižením i s nimi je často ovlivněna negativními stereotypy. Tito jedinci bývají vnímáni a priori jako méně schopní a závislí na pomoci

druhých. Protože se takto na osoby s postižením dívá značná část společnosti. Vytváří se tím dojem, že lidé s postižením vytvářejí zvláštní sociální skupinu. Interpersonální komunikaci handicapovaných osob s okolím ztěžuje i fakt, že jejich vady se stávají terčem posměchu, nebo pohrdání. I při snaze chovat se v komunikaci k člověku s handicapem partnersky existuje riziko jako rozpornost sdělení. Kdy slova vyjadřují něco jiného než ostatní složky komunikace. Snažíme se komunikovat partnersky, avšak neverbálně vyjadřujeme soucit, odmítání nebo vlastní převahu. Vzpomeňme ještě jednu okolnost, že každý má potřebu reagovat na sdělení druhého člověka. Jestliže ovšem jeden z komunikujících je v odezvě pomalejší, méně obratný nedostane někdy vůbec šanci reagovat a přiměřeně se vyjádřit. Stačí přitom obvykle málo: chvilka času, nenásilná pomoc s vyjádřením nebo větší snaha o porozumění. (Slowík, 2010, s. 17-18)

Dalším důležitým bodem je vyjádření rovnocennosti člověka s postižením, píše Slowík (2010, s. 29), a to pokud se rozhovor týká handicapovaného jedince, komunikujeme vždy přímo s ním, nikoli například s jeho průvodcem nebo asistentem. Jasnou zásadou je také vždy respektovat především fyzický věk člověka s postižením, a to bez ohledu na úroveň jeho mentálních schopností, projevů v chování nebo na tělesném vzhledu.

Na závěr této podkapitoly jsme si nejdříve definovali pojem komunikace, který však není jednotný a každý autor v něm zdůrazňuje jiné prvky. Dále jsme si, podle DeVity, popsali charakter komunikace. A posledním tématem jsme se zaměřili na specifika problému komunikace s lidmi s postižením. Zjistili jsme, že celý komplex komunikace obsahuje celou řadu dovedností a proto pro lidi s určitým handicap může komunikace v normálním životě být velmi omezující a depresivní.

3.3 Partnerství u lidí s handicapem

Partnerské vztahy jsou vyvrcholením sociálních vztahů, kdy si mladý člověk vytváří nový intimní vztah s druhým člověkem, který zpravidla vede k založení rodiny. U postižených jedinců je většinou schopnost založit si vlastní rodinu považována za důkaz úspěšného začlenění do společnosti. Specifické problémy utváření partnerských vztahů souvisí na jedné straně s představami o partnerství, o budoucím partnerovi a o vnímání role rodiny ve vlastním životě. Druhou stránkou je pak reálná možnost tyto vztahy navazovat a realizovat. V období puberty se často setkáváme s důrazem na tělesný vzhled a přitažlivost, navíc zde přistupuje přání, aby budoucí partner byl zdravý či méně postižený. Tato představa vývojem ustupuje a v období skutečného navozování partnerských vztahů už postižení dávají přednost partnerovi stejně postiženému, protože u něj hledají pochopení pro své problémy. Partnerské vztahy mají pro mladé, postižené velký význam. Jsou pro ně důkazem, že jsou rovnocenní ostatním. Navozování partnerských vztahů u postižených naráží na řadu dalších problémů. Například reálné omezení při setkávání postižených. Život v ústavních podmínkách omezuje možnosti volného výběru kontaktů, volného pohybu bez dozoru a omezení. Časté jsou zásahy rodičů do osobních vztahů, nedostatek soukromí, případné malé porozumění pro potřebu vztahu jiných. (Vágnerová, 1999, s. 223-224)

Votava (2005, s. 98-99) nám sděluje, že většina lidí se zdravotním postižením si přeje navázat partnerské vztahy, žít sexuálně a založit rodinu stejně jako lidé nepostižení. V řadě případů to má pro ně význam ještě větší. Částečně je to dáno tím, že při uplatnění v jiných oblastech vytváří postižení větší překážky. Trvalý partnerský vztah přináší větší jistotu, že bude mít postižený možnost se v případě problémů na koho obrátit. Bohužel v této oblasti pomoc odborníku může být jen částečná a nelze dosáhnout uspokojení těchto potřeb institucionální pomocí.

Faktory ztěžující vytvoření partnerského vztahu nám pro názornost vymezuje Novosad (2009, s. 37-38). Jsou jimi určité faktory zdravotního stavu, který se projevuje v deformaci a omezení pohybu, což nezasvěceného člověka leká či odpuzuje. Dalším faktorem je psychologický stav. Primárně horší předpoklady společenské uplatnitelnosti a akceptovatelnosti vedou ke vzniku celé škály specifických osobnostních rysů ztěžující navázání a udržení partnerského vztahu. Jde například o komplexy méněcennosti, egocentrické sklony a další negativní sebehodnocení. Třetím důležitým faktorem je sociální klima. Jasná životní perspektiva a působení harmonického zázemí, které citlivě podporuje touhu po partnerském soužití,

je zárukou větší šance uspět. Rodiny, které žijí plným citovým životem, v nichž má své místo realistický optimismus i adekvátní sexuální výchova, jsou pozitivním zdrojem motivace postiženého jedince, a jsou tedy předpokladem jeho úspěšnosti v životě i v partnerském vztahu. Zatím co jedinci „odchováni“ v ústavních zařízeních jsou v selhání v partnerském soužití daleko rizikovější.

Podle Kastnerové (2009, s. 137) představují „partnerství a manželství nejdůležitější dominanty subjektivního pocitu blaha. Lidé s partnerem na své straně se zřetelně lépe vyrovnávají s těžkostmi života. Nikdo nežije pro sebe samotného“. Uvědomme si, že to dvojnásob platí pro lidi se zdravotním postižením, zdůrazňuje Drábek (2013, s. 23) a dodává, že není vhodné, aby se jedinec pod vlivem svého postižení smířil se svým smutným osudem a neviděl žádné reálné možnosti, jak svou partnerskou roli uskutečnit. Nepřítomnost partnera bychom měli vnímat jako nepříjemný, ale přechodný stav. Lidé se zdravotním postižením jsou v osamocení vystaveni nebezpečné rezignaci na vlastní sexuální roli, protože pocity beznaděje, sociální izolace či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci, vzdalují jedince od běžného způsobu života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Empirická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou a je soustředěna na zkoumání vybraných faktorů ovlivňující navázání vztahu mezi člověkem s postižením a člověkem z intaktní společnosti. Za tímto účelem jsme vytvořili kvantitativní šetření metodou dotazníku, jehož získané informace nám poslouží k analýze a interpretaci závěrečných výsledků.

Problém týkající se navazování vztahu mezi lidmi je komplexně široký a velmi složitý. O to složitější, když se týká vztahu mezi lidmi se zdravotním postižením a lidmi bez postižení. K lepšímu pochopení této problematiky, by nám měl pomoci, právě výzkum empirické části, který je popisného charakteru.

4.1 Vymezení výzkumných cílů a otázek

Cílem našeho výzkumu, s využitím teoretického poznání v první části bakalářské práce, hodláme zjistit výskyt osob se zdravotním postižením v okolí osob z intaktní společnosti, míru ovlivnění osob z intaktní společnosti vybranými faktory a jejich postoje k určitému vztahu s lidmi s postižením.

Celistvost hlavního cíle nám doplňují dílčí cíle a těmi jsou:

1. Zjistit výskyt osob se ZP v okolí osob z IS.
2. Zjistit míru ovlivnění osoby z IS vzhledem osoby se ZP v navázání vztahu mezi nimi.
3. Zjistit míru ovlivnění osoby z IS komunikací s osobami se ZP v navázání vztahu mezi nimi.
4. Zjistit míru uvědomění si předsudků u lidí z IS k lidem se ZP.
5. Zjistit míru teoretického navázání přátelství lidí z IS s lidmi se ZP.
6. Zjistit míru teoretického navázání partnerství lidí z IS s lidmi se ZP.

Výzkumný problém nám nastolil hlavní cíl, kterého chceme dosáhnout. A k tomuto cíli nám dopomůže hlavní otázka dotazující se: Jaké množství osob se ZP se vyskytuje v okolí osob z IS, do jaké míry jsou ovlivněni lidé z IS vybranými faktory v navázání vztahu s lidmi se ZP a jaké postoje jsou zaujímány k určitému vztahu s lidmi se ZP?

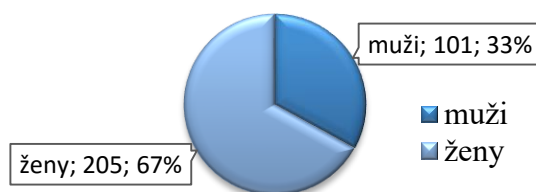
Dílčí otázky se shodují s dílčími cíli:

1. Kolik osob se ZP se vyskytuje v okolí osob z IS?
2. Do jaké míry jsou ovlivňováni osoby z IS vzhledem osobě se ZP v navázání vztahu mezi nimi?
3. Do jaké míry jsou ovlivňováni osoby z IS komunikací s osobami se ZP v navázání vztahu mezi nimi?
4. Do jaké míry si lidé z IS uvědomují své předsudky k lidem se ZP?
5. Kolik lidí by teoreticky navázalo přátelství s osobou se ZP?
6. Kolik lidí by teoreticky navázalo partnerství s osobou se ZP?

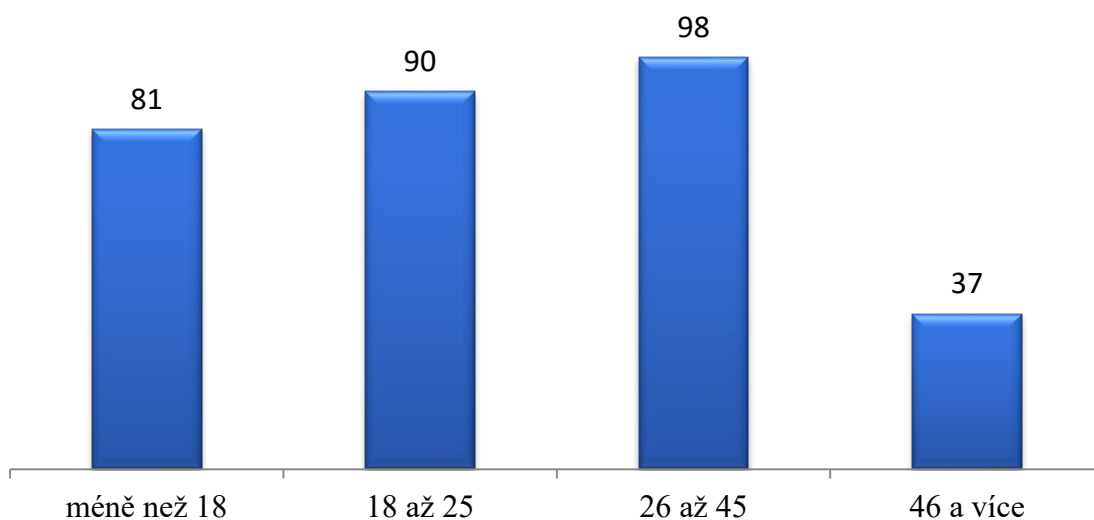
4.2 Výzkumný soubor

K výzkumnému šetření byl zvolen dostupný výběr. Dotazník je cíleně zaměřen na osoby, které samy sebe nepovažují za osoby se zdravotním postižením. Tudíž samy o sobě tvrdí, že jejich zdravotní stav není považován za tak závažný, aby se mohl začlenit podle Michalíka (s. 34, 2011) do jedné z kategorií, kterými jsou tělesné, mentální, zrakové, sluchové nebo řečové postižení. Toto jediné kritérium nám vyčlenilo možné respondenty našeho šetření. Dotazníkové šetření proběhlo během měsíce března v roce 2015. Pro jednodušší veřejné šíření dotazníku jsme využili služby internetového nástroje click4survey.cz, který nám dopomohl ke sběru většího množství odpovědí během kratší doby. Z celkového počtu 585 rozeslaných dotazníků jsme zpátky získali 306 vyplněných. Návratnost dotazníků činí 52%.

Pohlaví respondentů



Věk respondentů



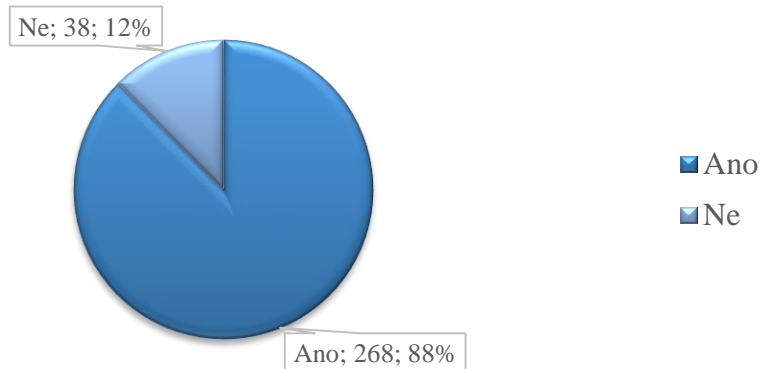
4.3 Metoda sběru dat

Na základě dosažení velkého množství respondentů jsme zvolili výzkum kvantitativní. Metodou sběru dat se proto stal dotazník, který je jeden z nejčastěji používaných metod ke zjišťování názoru a postojů velkého počtu lidí. V úvodu dotazníku jasně stanovujeme účel, anonymitu a cílovou skupinu osob, pro které je určen. Tyto informace nám filtrovaly možné respondenty. Dotazník je tvořen celkem 18 otázkami. Otázky jsou uzavřené, škálové ale i výčtového typu. Jak sám Chráska (s. 163, 2007) uvádí, tak dotazník je soustava předem připravených otázek, které jsou promyšleně zařazeny a na které dotazovaná osoba písemně odpovídá.

5 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE DAT

5.1 Výskyt osob se ZP v okolí osob z IS

Znáte ze svého okolí nějakého člověka se zdravotním postižením?

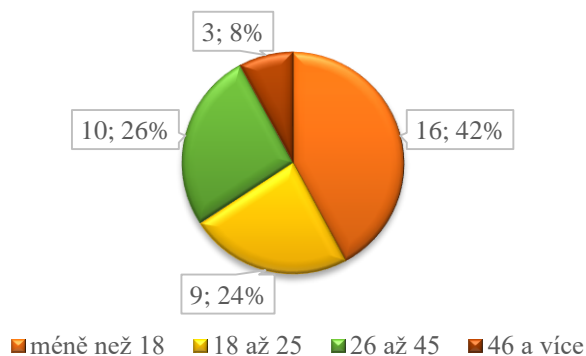


Graf 1: Výskyt osob se ZP v okolí osob z IS

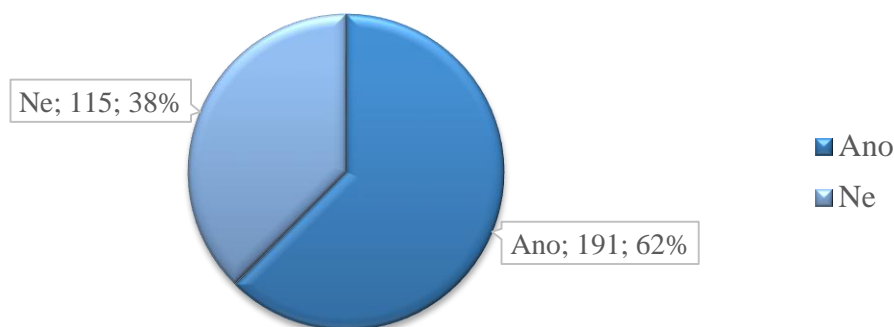
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 268 respondentů, což je 88% z celkových 306 respondentů, zná nějakého člověka se zdravotním postižením ze svého okolí a 38 respondentů, což je 12%, nezná žádného člověka se zdravotním postižením.

V následujícím grafu jsme si znázornili věkové rozdělení respondentů, kteří odpověděli, že neznají nikoho ze svého okolí se zdravotním postižením. Můžeme vyčíst, že největší skupinou z 38 respondentů je do 18 let věku (42%). Zatím co věkové skupiny 18 až 25 a 26 až 45 mají přibližně stejný počet (24% a 26%). A nejmenší skupinou jsou respondenti ve věku 45 a více (8%).

Neznám žádného člověka se zdravotním postižením ze svého okolí



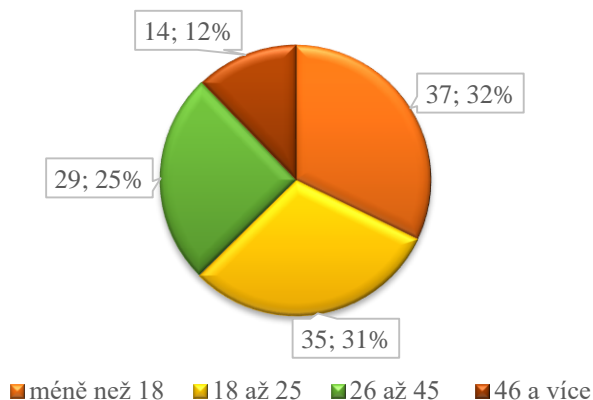
Graf 2: Věkové rozdělení respondentů neznajících nikoho se ZP

Přátelíte se s někým, kdo je zdravotně postižený?

Graf 3: Přátelství lidí z IS s lidmi se ZP

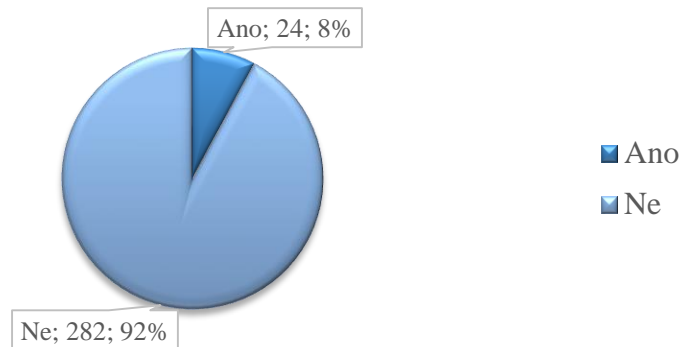
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 191 respondentů, což je 62% z celkových 306 respondentů, se přátelí s někým, kdo je zdravotně postižený a 115 respondentů, což je 38%, odpovědělo, že nemá za přítele nikoho, kdo by byl zdravotně postižený.

V níže uvedeném grafu jsme si znázornili věkové rozdělení respondentů, kteří odpověděli, že nemají za přítele nikoho, kdo je zdravotně postižený. Graf znázorňuje, že skupiny respondentů od méně než 18 až po 45 let věku, jsou postupně méně zastoupeny (37%, 31% a 25%), avšak skupina 46 a více je zastoupena pouhými 12%.

Nemám za přítele nikoho, kdo by byl zdravotně postižený

Graf 4: Věkové rozdělení respondentů nemajících přítele se ZP

Měl(a) jste někdy partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením?

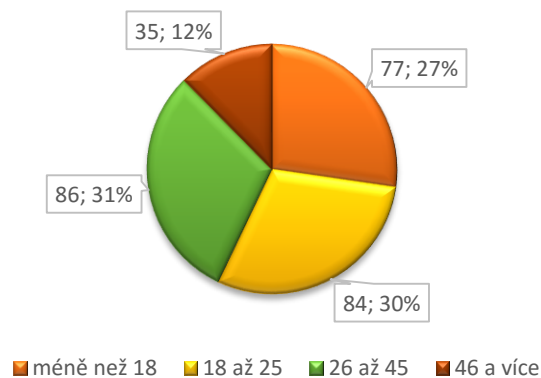


Graf 5: Partnerství lidí z IS s lidmi se ZP

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 24 respondentů, což je 8% z celkových 306, mělo partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením a naopak 282 respondentů, což je 92%, odpovědělo, že nikdy partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením nemělo.

Následující graf znázorňuje věkové rozdělení respondentů, kteří odpověděli, že nikdy neměli partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením. Zastoupení respondentů je poměrně podobné. Skupina respondentů méně než 18 činí 27%, dále 18 až 25 činí 30 %, skupina 26 až 45 činí 31% a věkově nejstarší skupina činí 12%.

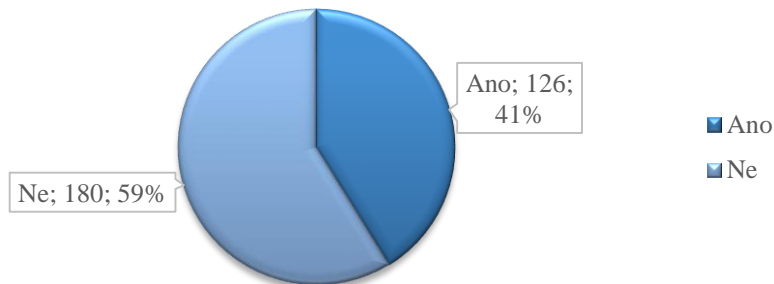
Neměl jsem partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením



Graf 6: Věkové rozdělení lidí, kteří neměli partnera se ZP

5.2 Míra ovlivnění osoby z IS vzhledem osoby se ZP v navázání vztahu mezi nimi

Ovlivňuje Vás vzhled člověka se zdravotním postižením při možnosti seznámení s ním?

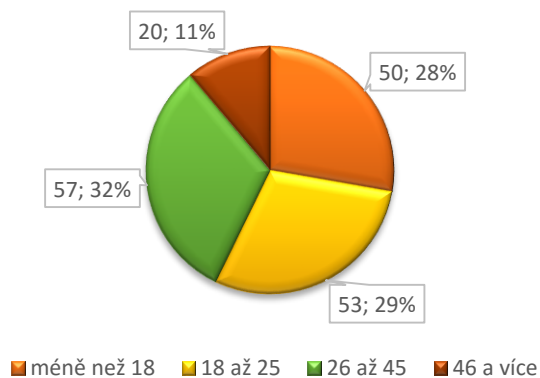


Graf 7: Ovlivnění vzhledem člověka se ZP

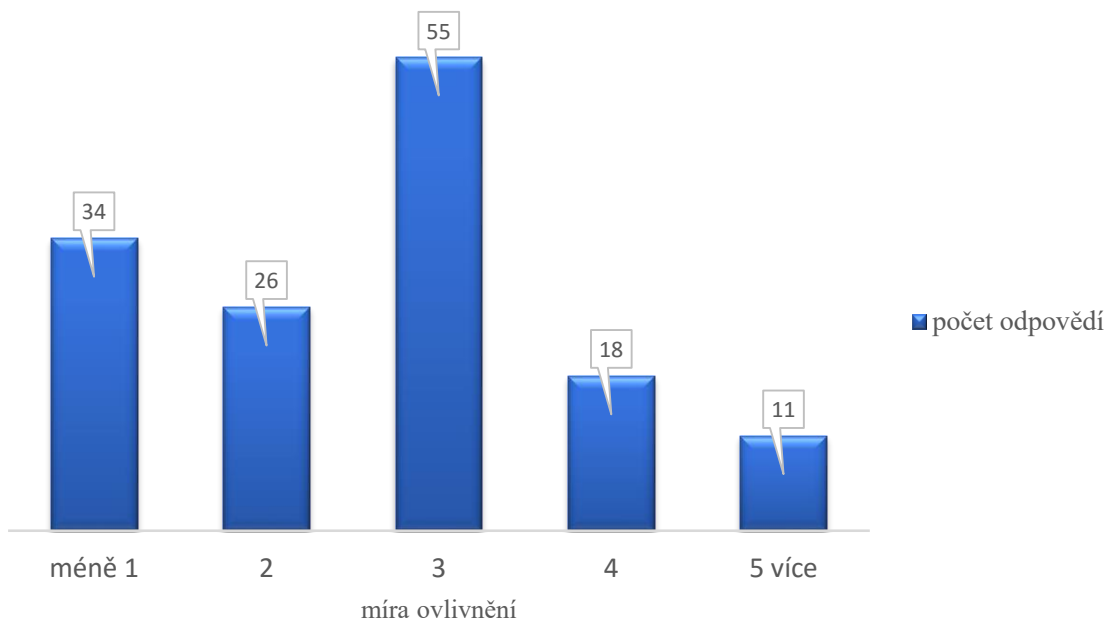
Výše uvedený graf znázorňuje, že 126 respondentů, což je 41% z celkových 306, uvedlo, že jsou ovlivněni vzhledem osoby se zdravotním postižením při možnosti seznámení. Naopak 180 respondentů, což je 59%, uvedlo, že je vzhled osoby se zdravotním postižením neovlivňuje.

Níže uvedený graf znázorňuje věkové rozdělení respondentů, kteří uvedli, že nejsou ovlivňováni vzhledem osoby se zdravotním postižením. Skupina respondentů méně než 18 činí 28%, dále 18 až 25 činí 29 %, skupina 26 až 45 činí 32% a věkově nejstarší skupina činí 11%.

Neovlivňuje mě vzhled osoby se zdravotním postižením při seznámení



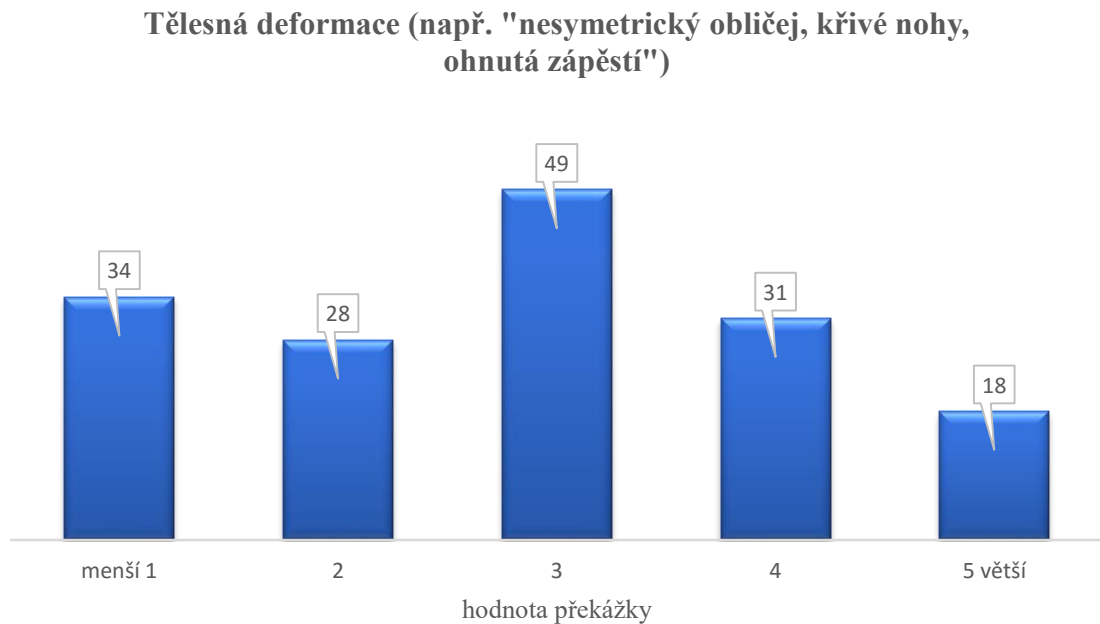
Graf 8: Věkové rozdělení lidí, které vzhled člověka se ZP neovlivňuje

Do jaké míry Vás vzhled ovlivňuje?

Graf 9: Míra ovlivnění vzhledem

Výše uvedený graf znázorňuje míru ovlivnění vzhledem osoby se zdravotním postižením u respondentů, kteří odpověděli, že jsou faktorem vzhledu ovlivnění při seznámení. Míra ovlivnění byla určena škálou hodnot, kdy hodnota 1 znamená nejmenší ovlivnění a největší ovlivnění znamená hodnota 5. Z celkových 144 odpovědí zvolilo první hodnotu 34 respondentů (24%), druhou hodnotu 26 respondentů (18%), třetí hodnotu 55 respondentů (38%), čtvrtou hodnotu 18 respondentů (12%) a pátou hodnotu 11 respondentů (8%). Zajímavé zjištění je, že jsme získali o 18 odpovědí více, než jsme získali v předchozí otázce, kdy uvedlo jen 126 respondentů ovlivnitelnost vzhledem osoby se zdravotním postižením při seznámení.

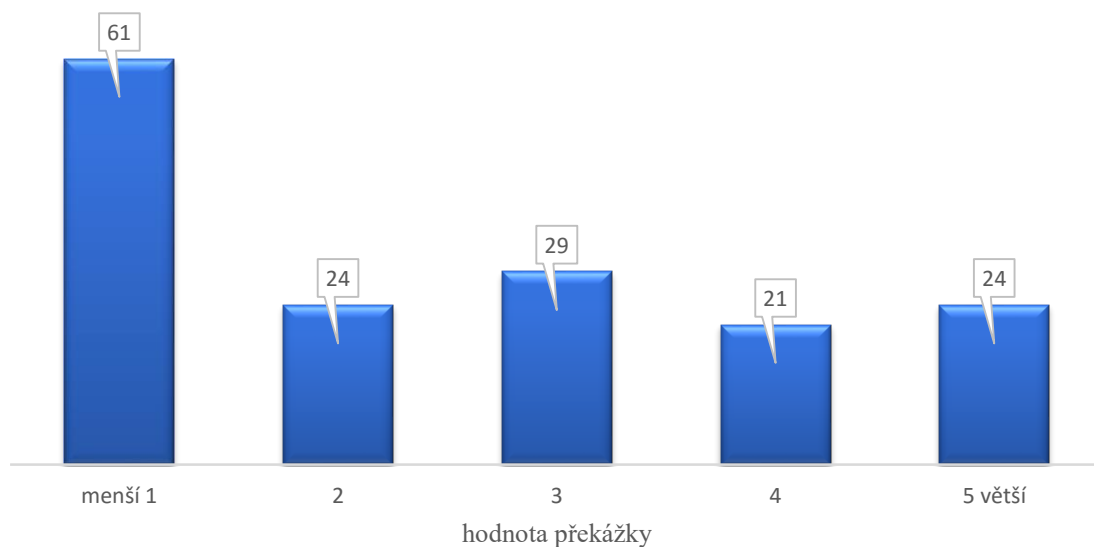
Která z následujících možností je pro Vás největší vzhledovou překážkou při možnosti seznámení s člověkem s postižením?



Graf 10: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – tělesná deformace

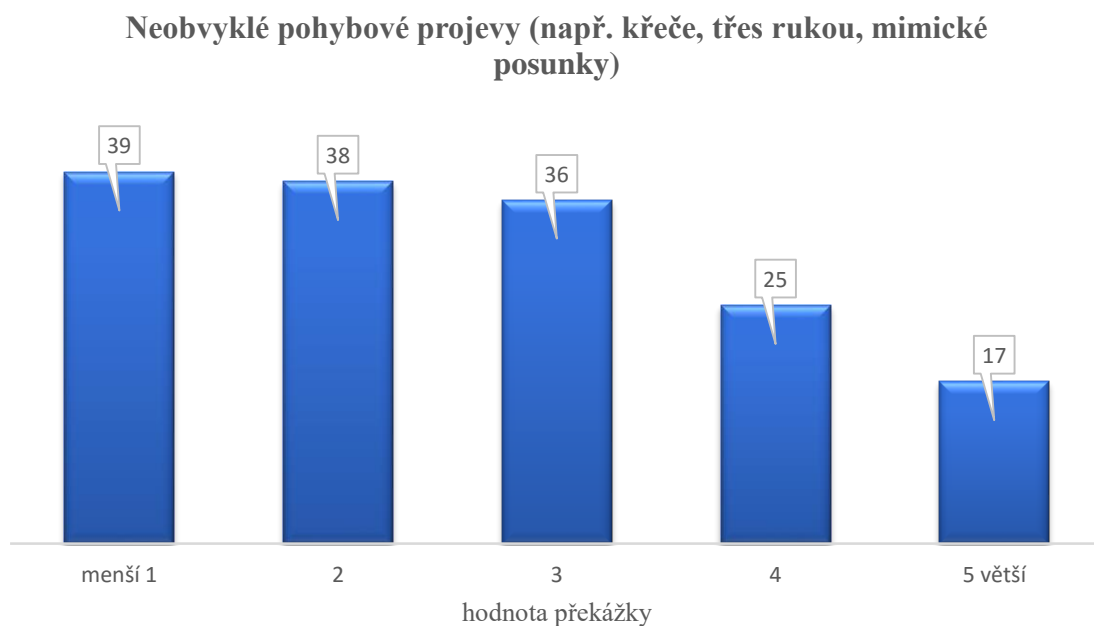
Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vzhledovou překážku, která jim byla nabídnuta. Tou byla tělesná deformace. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší překážku a hodnota pátá určuje nejtěžší překážku. Z celkových 160 odpovědí zvolilo první hodnotu 34 respondentů (21%), druhou hodnotu 28 respondentů (18%), třetí hodnotu 49 respondentů (31%), čtvrtou hodnotu 31 respondentů (19%) a pátou hodnotu 18 respondentů (11%).

Chybějící končetina (např. po amputaci)



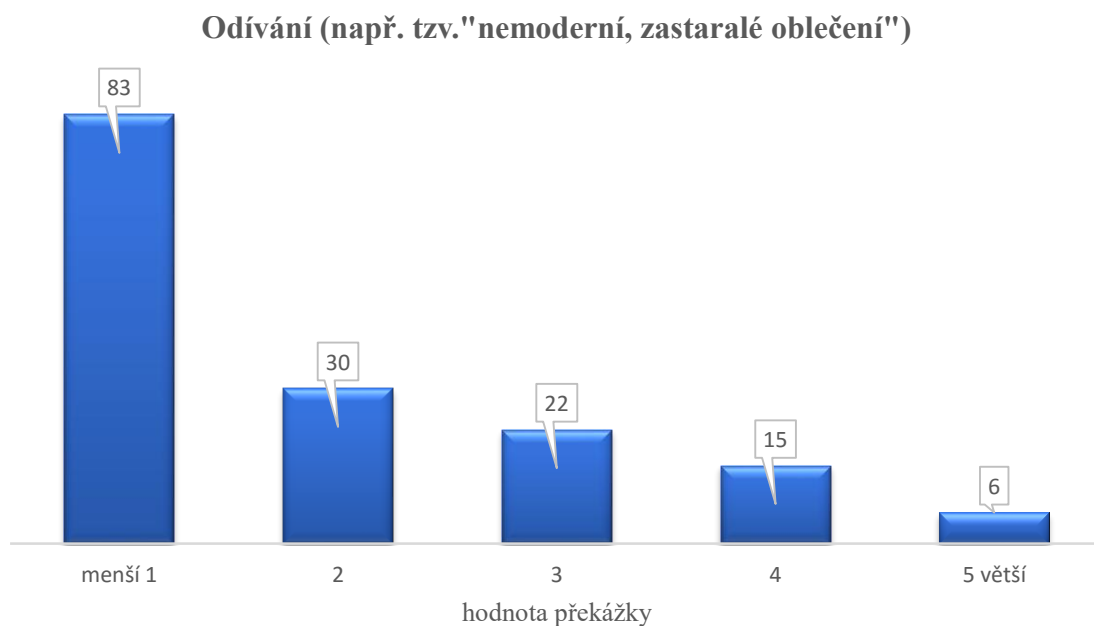
Graf 11: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – chybějící končetina

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vzhledovou překážku, která jim byla nabídnuta. Tou byla chybějící končetina. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší překážku a hodnota pátá určuje nejtěžší překážku. Z celkových 159 odpovědí zvolilo první hodnotu 61 respondentů (39%), druhou hodnotu 24 respondentů (15%), třetí hodnotu 29 respondentů (18%), čtvrtou hodnotu 21 respondentů (13%) a pátou hodnotu 24 respondentů (15%).



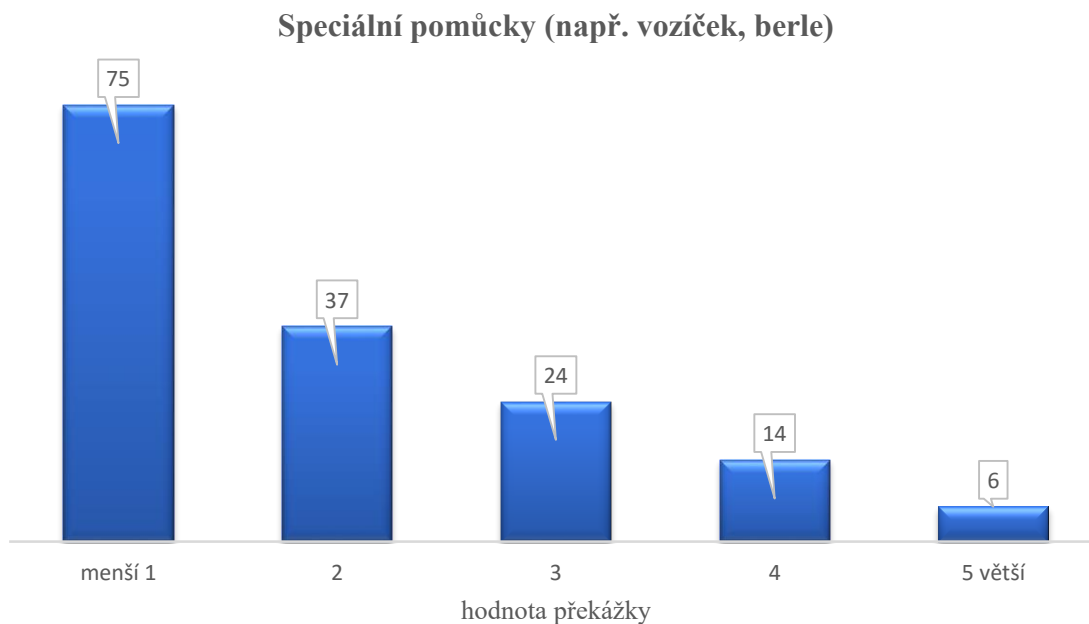
Graf 12: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – neobvyklé pohybové projevy

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vzhledovou překážku, která jim byla nabídnuta. Tou byly neobvyklé pohybové projevy. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší překážku a hodnota pátá určuje nejtěžší překážku. Z celkových 155 odpovědí zvolilo první hodnotu 39 respondentů (25%), druhou hodnotu 38 respondentů (25%), třetí hodnotu 36 respondentů (23%), čtvrtou hodnotu 25 respondentů (16%) a pátou hodnotu 17 respondentů (11%).



Graf 13: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky - odívání

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vzhledovou překážku, která jim byla nabídnuta. Tou bylo odívání. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší překážku a hodnota pátá určuje nejtěžší překážku. Z celkových 156 odpovědí zvolilo první hodnotu 83 respondentů (53%), druhou hodnotu 30 respondentů (19%), třetí hodnotu 22 respondentů (14%), čtvrtou hodnotu 15 respondentů (10%) a pátou hodnotu 6 respondentů (4%).

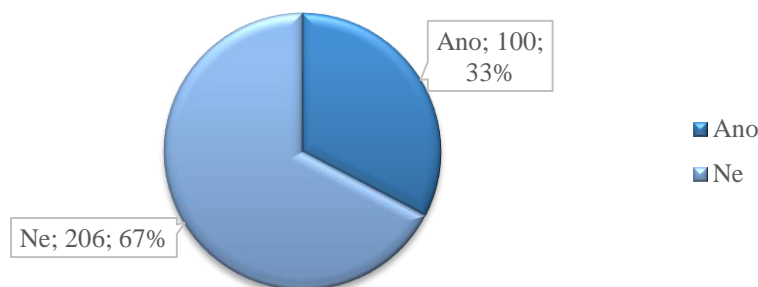


Graf 14: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – speciální pomůcky

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili vzhledovou překážku, která jim byla nabídnuta. Tou byly speciální pomůcky. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší překážku a hodnota pátá určuje nejtěžší překážku. Z celkových 156 odpovědí zvolilo první hodnotu 75 respondentů (48%), druhou hodnotu 37 respondentů (24%), třetí hodnotu 24 respondentů (15%), čtvrtou hodnotu 14 respondentů (9%) a pátou hodnotu 6 respondentů (4%).

5.3 Míra ovlivnění osoby z IS komunikací s osobami se ZP v navázání vztahu mezi nimi.

Ovlivňuje Vás problém v komunikaci s člověkem s postižením při možnosti seznámení s ním?

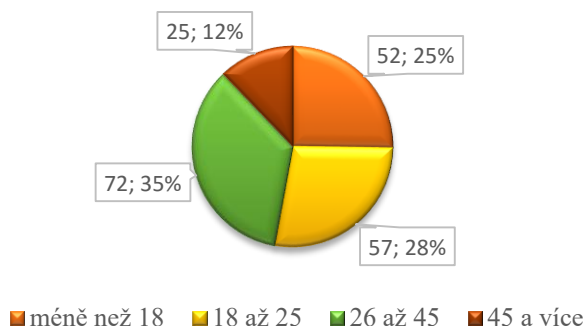


Graf 15: Ovlivnění komunikací s člověkem se ZP

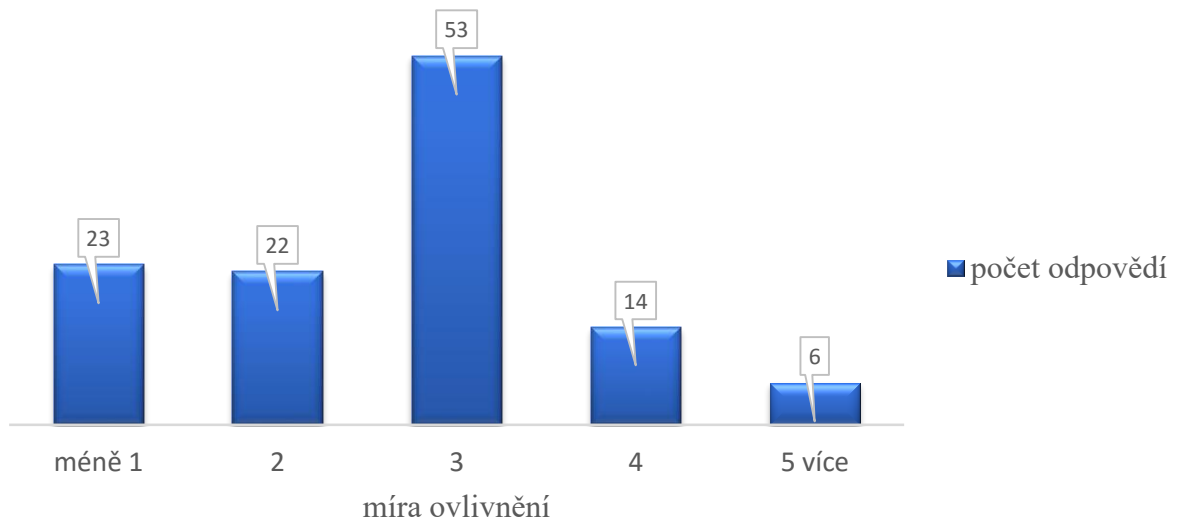
Výše uvedený graf znázorňuje, že 100 respondentů, což je 33% z celkových 306, uvedlo, že jsou ovlivněni komunikací osoby se zdravotním postižením při možnosti seznámení. Naopak 206 respondentů, což je 67%, uvedlo, že je komunikace osoby se zdravotním postižením neovlivňuje.

Níže uvedený graf znázorňuje věkové rozdělení respondentů, kteří uvedli, že nejsou ovlivňováni problémem komunikace s osobou se zdravotním postižením. Skupina respondentů méně než 18 činí 25%, dále 18 až 25 činí 28 %, skupina 26 až 45 činí 35% a věkově nejstarší skupina činí 12%.

Neovlivňuje mě problém v komunikaci s člověkem se zdravotním postižením při seznámení



Graf 16: Věkové rozdělení respondentů, které neovlivňuje komunikace s člověkem se ZP

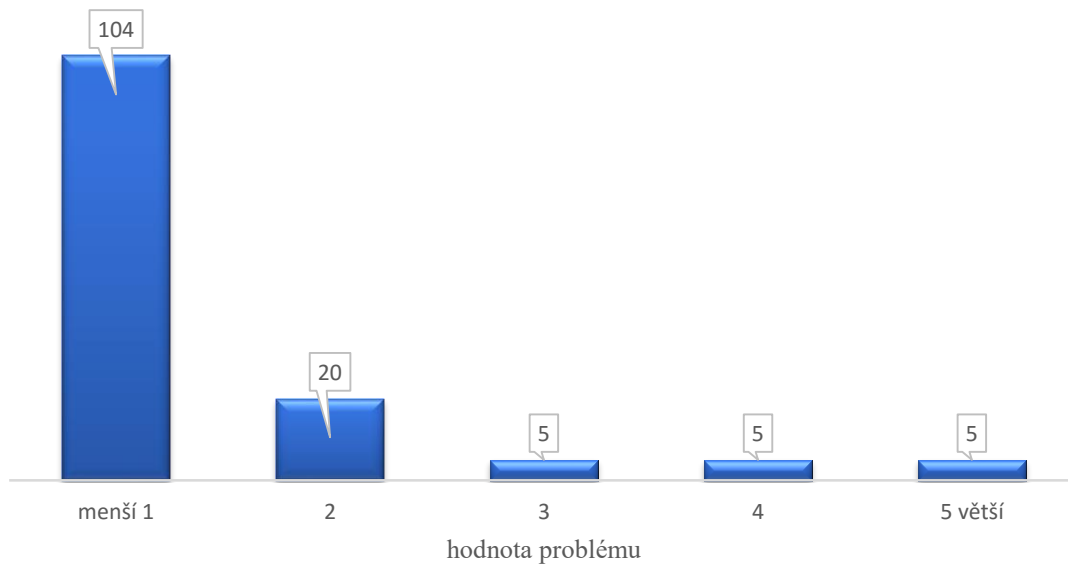
Do jaké míry Vás problém v komunikaci ovlivňuje?

Graf 17: Míra ovlivnění komunikací

Výše uvedený graf znázorňuje míru ovlivnění problémem komunikace s osobou se zdravotním postižením u respondentů, kteří odpověděli, že jsou faktorem komunikace ovlivnění při seznámení. Míra ovlivnění byla určena škálou hodnot, kdy hodnota 1 znamená nejmenší ovlivnění a největší ovlivnění znamená hodnota 5. Z celkových 118 odpovědí zvolilo první hodnotu 23 respondentů (19%), druhou hodnotu 22 respondentů (19%), třetí hodnotu 53 respondentů (45%), čtvrtou hodnotu 14 respondentů (12%) a pátou hodnotu 6 respondentů (5%). Zajímavé zjištění je, že jsme získali opět 18 odpovědí více, než jsme získali v předchozí otázce, kdy uvedlo jen 100 respondentů ovlivnitelnost problémem komunikace s osobou se zdravotním postižením při seznámení.

Která z následujících možností komunikace je pro Vás nejproblémovější při seznámení se s člověkem s postižením?

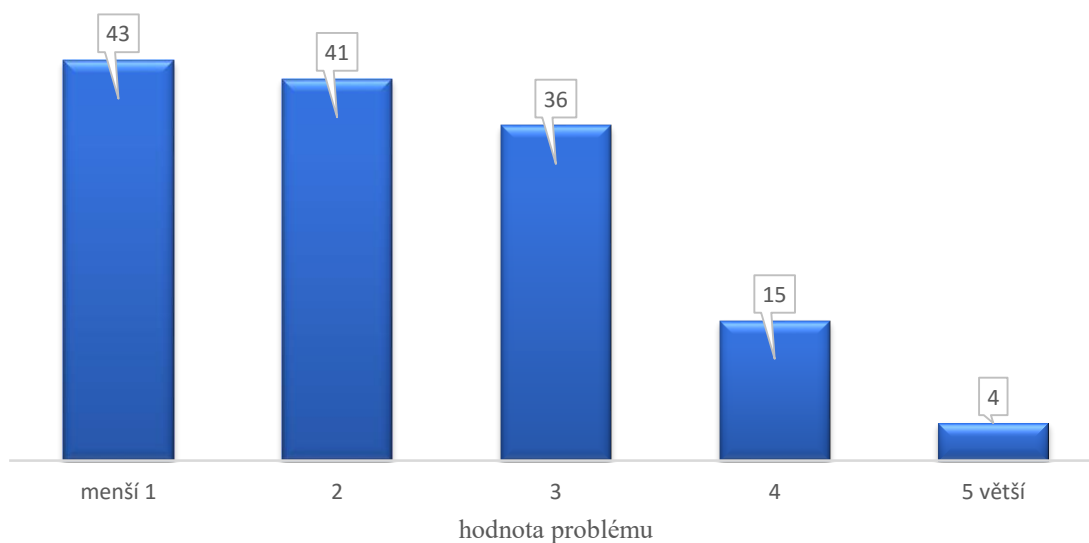
S tělesným postižením (např. vozíčkář)



Graf 18: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s tělesným postižením

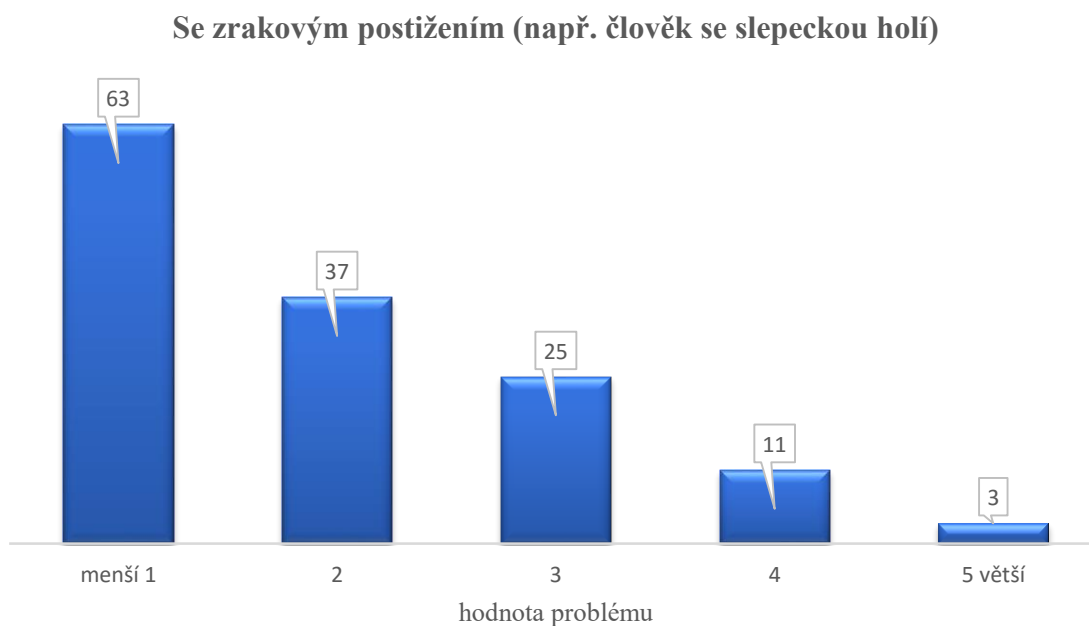
Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili problém komunikace, který jim byl nabídnut. Tím bylo tělesné postižení. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší problém a hodnota pátá určuje největší problém. Z celkových 136 odpovědí zvolilo první hodnotu 104 respondentů (75%), druhou hodnotu 20 respondentů (14%), třetí hodnotu 5 respondentů (3%), čtvrtou hodnotu 5 respondentů (4%) a pátou hodnotu 5 respondentů (4%).

S vadou řeči (např. koktavost, brebtavost)



Graf 19: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s vadou řeči

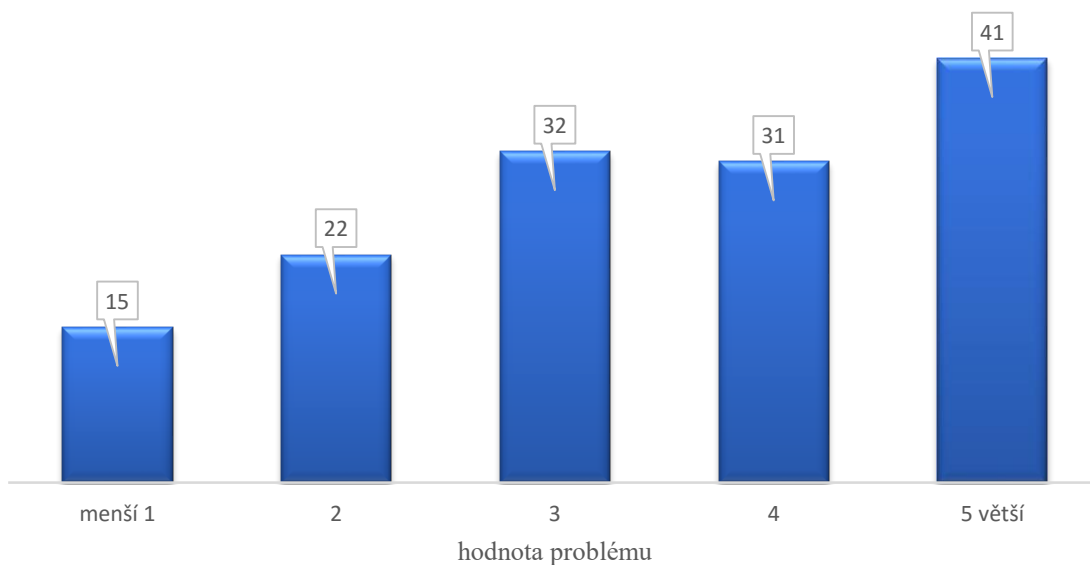
Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili problém komunikace, který jim byl nabídnut. Tím byla vada řeči. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší problém a hodnota pátá určuje největší problém. Z celkových 139 odpovědí zvolilo první hodnotu 43 respondentů (31%), druhou hodnotu 41 respondentů (29%), třetí hodnotu 36 respondentů (26%), čtvrtou hodnotu 15 respondentů (11%) a pátou hodnotu 4 respondentů (3%).



Graf 20: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem se zrakovým postižením

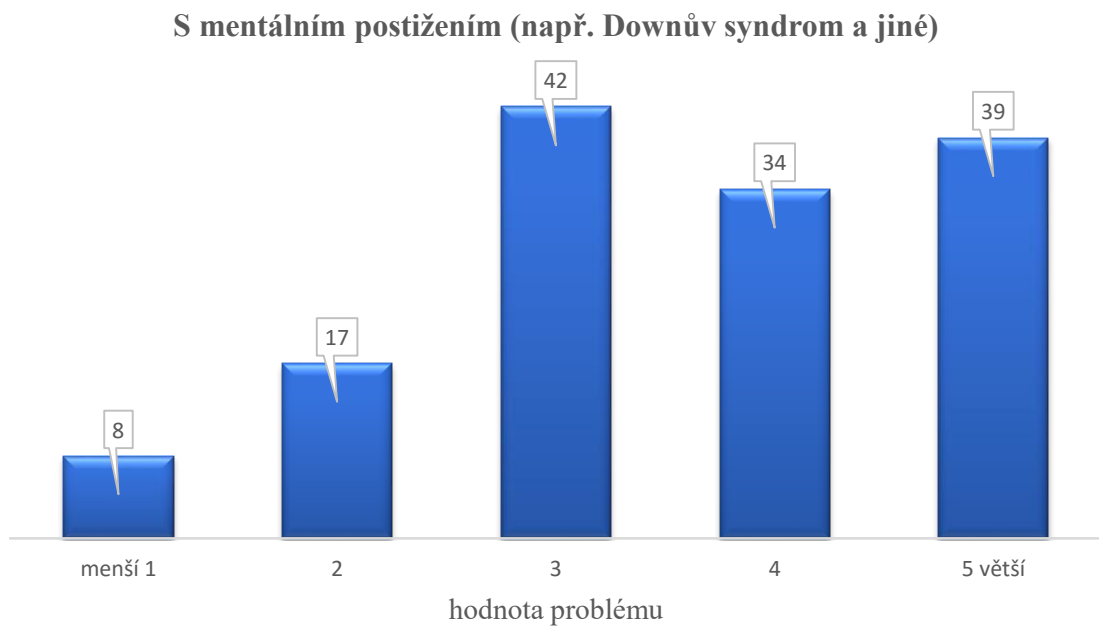
Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili problém komunikace, který jim byl nabídnut. Tím bylo zrakové postižení. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší problém a hodnota pátá určuje největší problém. Z celkových 139 odpovědí zvolilo první hodnotu 63 respondentů (45%), druhou hodnotu 37 respondentů (27%), třetí hodnotu 25 respondentů (18%), čtvrtou hodnotu 11 respondentů (8%) a pátou hodnotu 3 respondentů (2%).

Se sluchovým postižením (např. člověk používající znakovou řeč)



Graf 21: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem se sluchovým postižením

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili problém komunikace, který jim byl nabídnut. Tím bylo sluchové postižení. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší problém a hodnota pátá určuje největší problém. Z celkových 141 odpovědí zvolilo první hodnotu 15 respondentů (11%), druhou hodnotu 22 respondentů (15%), třetí hodnotu 32 respondentů (23%), čtvrtou hodnotu 31 respondentů (22%) a pátou hodnotu 41 respondentů (29%).

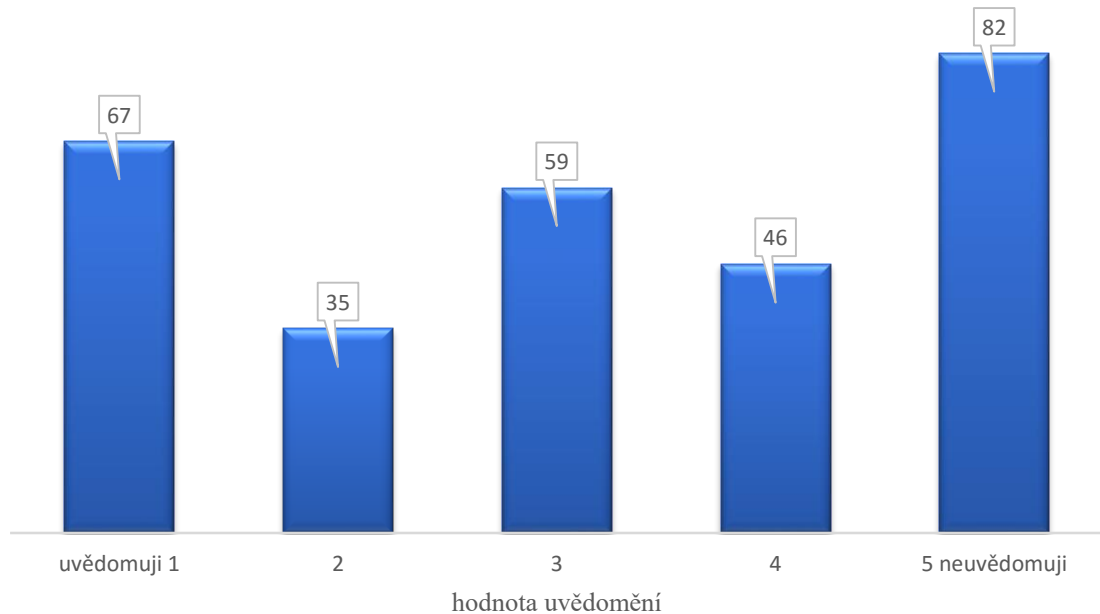


Graf 22: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s mentálním postižením

Z výše uvedeného grafu můžeme vyčíst, jak respondenti hodnotili problém komunikace, který jim byl nabídnut. Tím bylo mentální postižení. Škála hodnocení je dána od jedné do pěti, kdy první hodnota určuje nejmenší problém a hodnota pátá určuje největší problém. Z celkových 140 odpovědí zvolilo první hodnotu 8 respondentů (6%), druhou hodnotu 17 respondentů (12%), třetí hodnotu 42 respondentů (30%), čtvrtou hodnotu 34 respondentů (24%) a pátou hodnotu 39 respondentů (28%).

5.4 Míra uvědomění si předsudků u lidí z IS k lidem se ZP.

Uvědomujete si své předsudky vůči lidem se zdravotním postižením?



Graf 23 Hodnotové rozdělení uvědomění si předsudků vůči lidem se ZP

Výše uvedený graf znázorňuje míru uvědomění předsudků lidí z intaktní společnosti k lidem se zdravotním postižením. Míra uvědomění byla určenou škálou hodnot, kdy hodnota 1 znamená, že si člověk své předsudky nejvíce uvědomuje a naopak hodnota 5 stanovuje nejmenší uvědomění předsudků vůči lidem se zdravotním postižením. Z celkových 289 odpovědí zvolilo první hodnotu 67 respondentů (23%), druhou hodnotu 35 respondentů (12%), třetí hodnotu 59 respondentů (21%), čtvrtou hodnotu 46 respondentů (16%) a pátou hodnotu 82 respondentů (28%).

H₀: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na uvědomění si předsudků vůči lidem se zdravotním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na uvědomění si předsudků vůči lidem se zdravotním postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 1: Chí-kvadrát pro uvědomění si předsudků

Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Hodnota 1	67	57,8	1,46
Hodnota 2	35	57,8	0,38
Hodnota 3	59	57,8	8,99
Hodnota 4	46	57,8	2,41
Hodnota 5	82	57,8	10,13
Σ	289	306	23,37

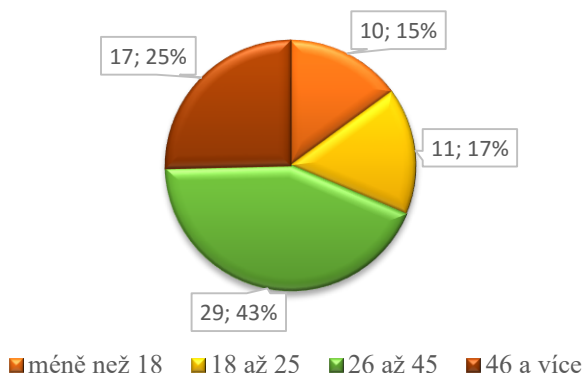
$$\chi^2 = 23,37 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 23,37$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na uvědomění si předsudků vůči lidem se zdravotním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

Níže uvedený graf znázorňuje věkové rozdělení respondentů, kteří uvedli, že si nejvíce uvědomují své předsudky k lidem se zdravotním postižením. Skupina respondentů méně než 18 činí 15%, dále 18 až 25 činí 17 %, skupina 26 až 45 činí 43% a věkově nejstarší skupina činí 25%.

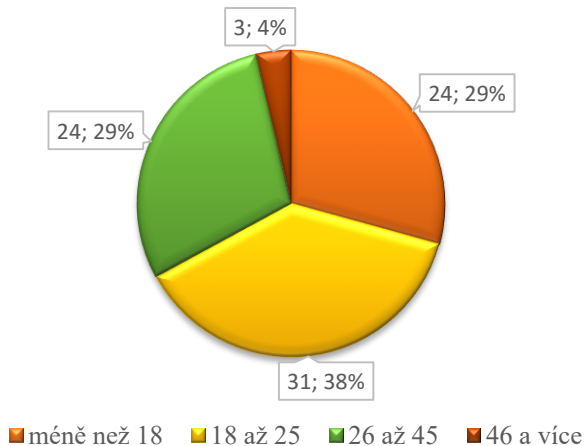
Plně si uvědomuji své předsudky k lidem se zdravotním postižením



Graf 24: Věkové rozdělení respondentů, kteří si plně uvědomují své předsudky

Níže uvedený graf znázorňuje věkové rozdělení respondentů, kteří uvedli, že si nejméně uvědomují své předsudky k lidem se zdravotním postižením. Skupina respondentů méně než 18 činí 29%, dále 18 až 25 činí 38 %, skupina 26 až 45 činí 39% a věkově nejstarší skupina činí 4%.

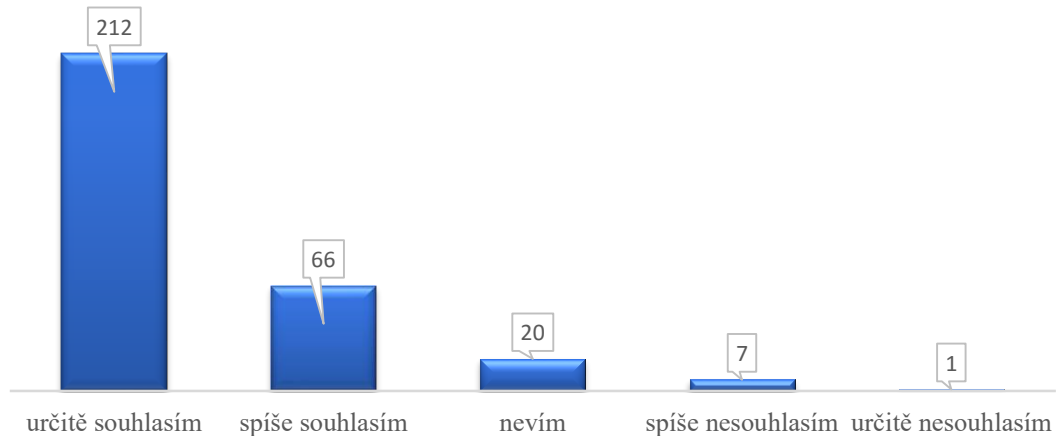
Zcela si neuvědomuji své předsudky k lidem se zdravotním postižením



Graf 25: věkové rozdělení respondentů, kteří si neuvědomují své předsudky

5.5 Míra teoretického navázání přátelství lidí z IS s lidmi se ZP.

Přátelství, s člověkem s tělesným postižením si umím představit.



Graf 26: Představa přátelství s člověkem s tělesným postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou přátelského vztahu s osobou s tělesným postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 212 respondentů (69%) s představou určitě souhlasí, 66 respondentů (22%) spíše souhlasí, 20 respondentů neví (7%), 7 respondentů (2%) spíše nesouhlasí a jeden určitě nesouhlasí.

H₀: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se zdravotním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se zdravotním postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 2: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi s tělesným postižením

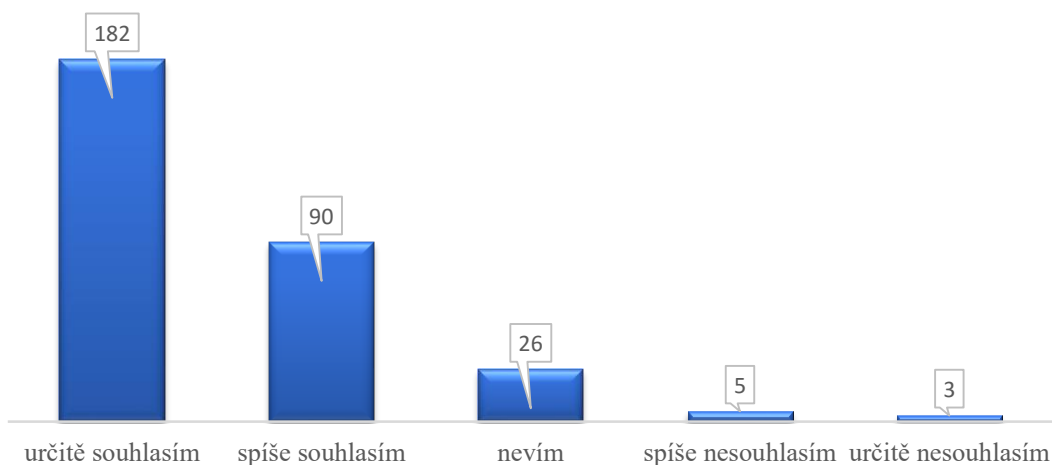
Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	212	61,2	371,58
Spíše souhlasím	66	61,2	0,38
Nevím	20	61,2	27,74
Spíše nesouhlasím	7	61,2	48,00
Určitě nesouhlasím	1	61,2	59,22
Σ	306	306	506,34

$$\chi^2 = 506,34 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 124,81$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se zdravotním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

Přátelství, s člověkem se smyslovým postižením (zrakové, sluchové) si umím představit.



Graf 27: Představa přátelství s člověkem se smyslovým postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou přátelského vztahu s osobou se smyslovým postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 182 respondentů (59%) s představou určitě souhlasí, 90 respondentů (29%) spíše souhlasí, 26 respondentů neví (9%), 5 respondentů (2%) spíše nesouhlasí a 3 (1%) určitě nesouhlasí.

H₀: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se smyslovým postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se smyslovým postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 3: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi se smyslovým postižením

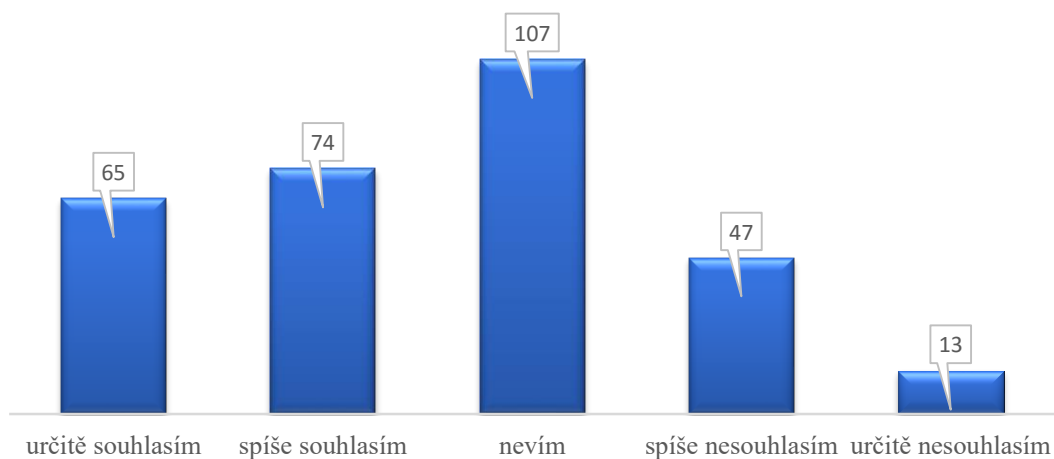
Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	182	61,2	238,44
Spíše souhlasím	90	61,2	13,55
Nevím	26	61,2	20,25
Spíše nesouhlasím	5	61,2	51,61
Určitě nesouhlasím	3	61,2	55,35
Σ	306	306	379,2

$$\chi^2 = 379,2 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 379,2$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem se smyslovým postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

Přátelství, s člověkem s mentálním postižením si umím představit.



Graf 28: Představa přátelství s člověkem s mentálním postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou přátelského vztahu s osobou s mentálním postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 65 respondentů (21%) s představou určitě souhlasí, 74 respondentů (24%) spíše souhlasí, 107 respondentů (35%) neví (35%), 47 respondentů (16%) spíše nesouhlasí a 13 (4%) určitě nesouhlasí.

H₀: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem s mentálním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem s mentálním postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 4: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi s mentálním postižením

Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	65	61,2	0,24
Spíše souhlasím	74	61,2	2,68
Nevím	107	61,2	34,28
Spíše nesouhlasím	47	61,2	3,29
Určitě nesouhlasím	13	61,2	37,96
Σ	306	306	78,45

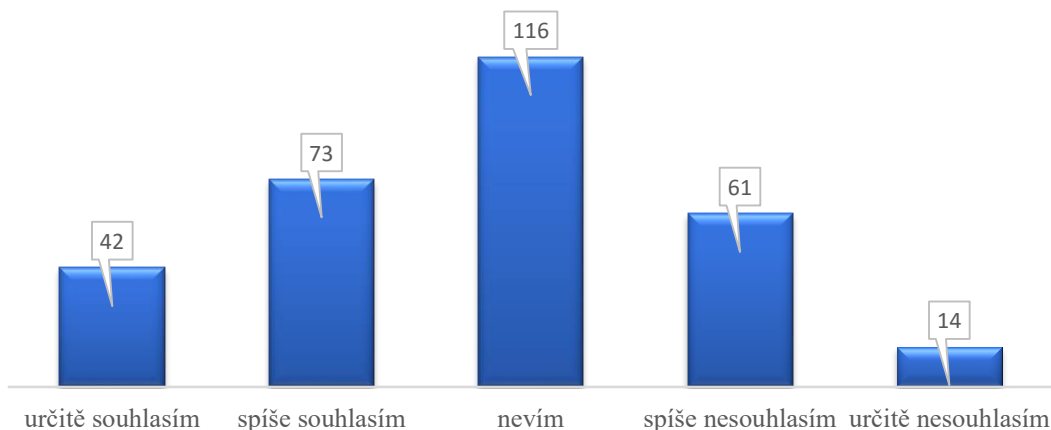
$$\chi^2 = 78,45 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 78,45$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu přátelství s člověkem s mentálním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

5.6 Míra teoretického navázání partnerství lidí z IS s lidmi se ZP.

Partnerský vztah, s člověkem s tělesným postižením si umím představit.



Graf 29: Představa partnerství s člověkem s tělesným postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou partnerského vztahu s osobou s tělesným postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 42 respondentů (14%) s představou určitě souhlasí, 73 respondentů (24%) spíše souhlasí, 116 respondentů (38%) neví, 61 respondentů (20%) spíše nesouhlasí a 14 (4%) určitě nesouhlasí.

H₀: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s tělesným postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s tělesným postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 5: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi s tělesným postižením

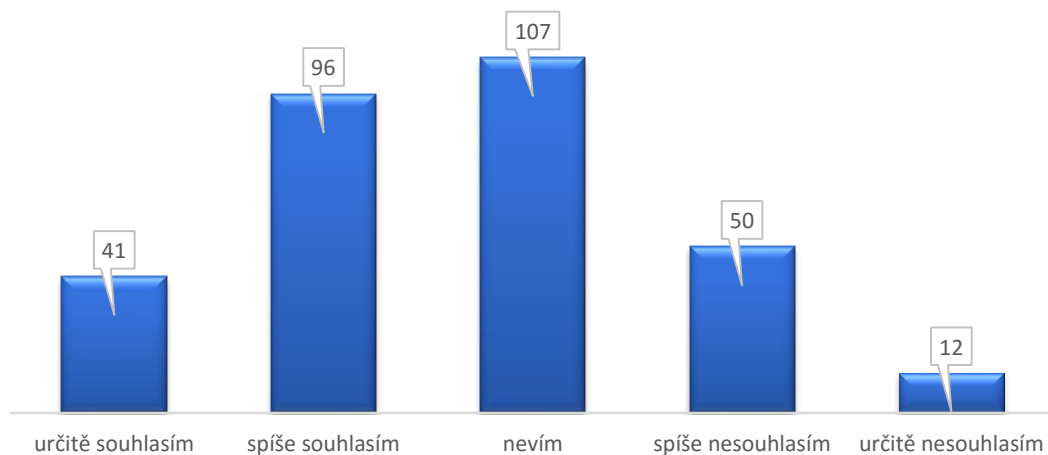
Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	42	61,2	6,02
Spíše souhlasím	73	61,2	2,28
Nevím	116	61,2	49,08
Spíše nesouhlasím	61	61,2	6,54
Určitě nesouhlasím	14	61,2	36,40
Σ	306	306	100,32

$$\chi^2 = 100,32 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 100,32$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s tělesným postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

Partnerský vztah, s člověkem se smyslovým postižením (zrakové, sluchové) si umím představit.



Graf 30: Představa partnerství s člověkem se smyslovým postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou partnerského vztahu s osobou se smyslovým postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 41 respondentů (14%) s představou určitě souhlasí, 96 respondentů (31%) spíše souhlasí, 107 respondentů neví (35%), 50 respondentů (16%) spíše nesouhlasí a 12 (4%) určitě nesouhlasí.

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem se smyslovým postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A : Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem se smyslovým postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 6: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi se smyslovým postižením

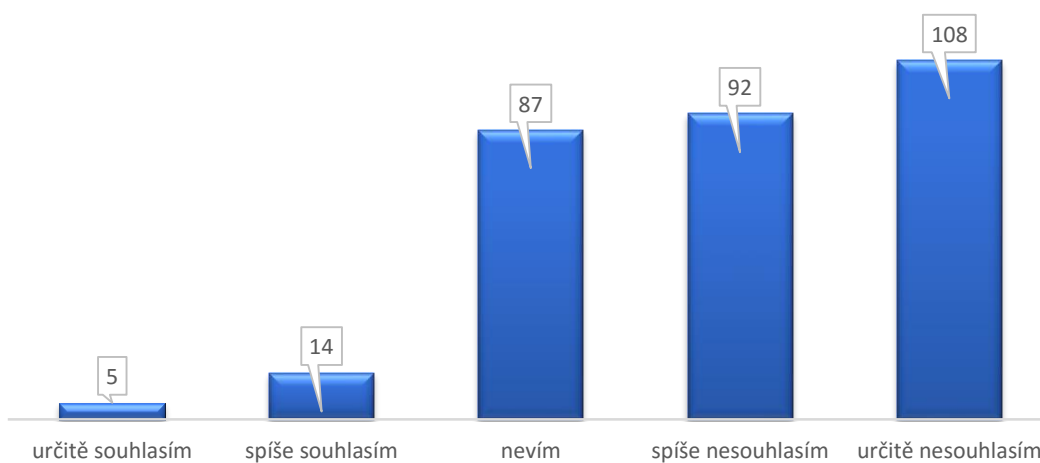
Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	41	61,2	6,67
Spíše souhlasím	96	61,2	19,79
Nevím	107	61,2	34,28
Spíše nesouhlasím	50	61,2	2,05
Určitě nesouhlasím	12	61,2	39,55
Σ	306	306	102,34

$$\chi^2 = 102,34 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 102,34$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem se smyslovým postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

Partnerský vztah, s člověkem s mentálním postižením si umím představit.



Graf 31: Představa partnerství s člověkem s mentálním postižením

Výše uvedený graf znázorňuje míru souhlasu respondentů s představou partnerského vztahu s osobou s mentálním postižením. Z grafu vyplývá, že z celkových 306 respondentů, 5 respondentů (2%) s představou určitě souhlasí, 14 respondentů (5%) spíše souhlasí, 87 respondentů neví (28%), 92 respondentů (30%) spíše nesouhlasí a 108 (35%) určitě nesouhlasí.

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s mentálním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

H_A : Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s mentálním postižením existuje statistický významný rozdíl.

Tabulka 7: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi s mentálním postižením

Možnosti	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	χ^2
Určitě souhlasím	5	61,2	51,61
Spíše souhlasím	14	61,2	36,40
Nevím	87	61,2	10,88
Spíše nesouhlasím	92	61,2	15,50
Určitě nesouhlasím	108	61,2	35,79
Σ	306	306	150,18

$$\chi^2 = 150,18 > \chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Naše testové kritérium leží v oboru přijetí $W = (9,488; \infty)$.

Na základě vypočítané hodnoty testového kritéria $\chi^2 = 150,18$ a porovnání s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ přijímáme nulovou hypotézu. Mezi četnostmi odpovědí respondentů na představu partnerství s člověkem s mentálním postižením neexistuje statistický významný rozdíl.

6 SHRnutí CÍLŮ

První dílčí cíl má za úkol zjistit, jaký je výskyt osob se zdravotním postižením v okolí respondentů, tedy lidí z intaktní společnosti. Také jsme zjišťovali výskyt osob se zdravotním postižením z pohledu vztahové vzdálenosti k lidem z intaktní společnosti. Nejprve jsme se tázali obecně, zda znají nějakou osobu se zdravotním postižením ve svém okolí. Skoro 90% lidí odpovědělo, že takovou osobu znají. Dále jsme zjistili, že respondenti, kteří odpověděli opačně, jsou lidé mladší 18 let a to skoro z poloviny odpovědí. Pokračovali jsme s otázkou vztahově bližší. Zda se respondent přátelil s někým se zdravotním postižením. Většina respondentů (62%) odpovědělo ano, avšak rozdíl mezi odpověďmi již není tak patrný. Naposled jsme zjišťovali, zda respondenti měli někdy partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením. Zde převládá drtivá převaha odpovědí (92%), že respondent nikdy neměl partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením.

Tedy z odpovědí vyplývá, že většina lidí z intaktní společnosti zná někoho se zdravotním postižením ve svém okolí. Avšak jen malá nadpoloviční většina může říct, že se s osobou se zdravotním postižením někdy přátelila. A velice málo lidí z intaktní společnosti mělo partnerský vztah.

Následný dílčí cíl řešil faktor vzhledu u osoby se zdravotním postižením při možnosti seznámení se s respondentem. Na začátku jsme zjišťovali, zda vzhled osoby se ZP obecně ovlivňuje respondenta při možnosti seznámení se s ním. Mírná většina respondentů (59%) zodpověděla, že je vzhled osoby se ZP neovlivňuje. Dále jsme řešili, do jaké míry respondenty vzhled ovlivňuje. Většina respondentů hodnotila faktor vzhledu, středně či méně. Dále jsme respondentům navrhli pět příkladů vzhledových abnormalit, které měli ohodnotit podle toho, jak moc je daná vzhledová abnormalita překážkou. Jako nejmenší překážky se respondentům jeví odívání a speciální pomůcky. Střední překážkou je chybějící končetina, následovaná neobvyklými pohybovými projevy. A jako největší překážku respondenti označili tělesnou deformaci.

Hodnoty a odpovědi nám ukazují, že mírnou většinu respondentů vzhled osoby s ZP neovlivňuje. A ty respondenty, které ovlivňuje, tak je ovlivňuje hlavně středně až méně. Ze vzhledových překážek je nejmenší odívání a největší je tělesná deformace.

Třetí dílčí cíl se zabíral faktorem komunikace u lidí se zdravotním postižením s lidmi z intaktní společnosti při možnosti seznámení s ním. Na začátku jsme zjišťovali, zda obecně

ovlivňuje komunikace u osob se ZP osoby z IS. Až dvě třetiny respondentů (67%) odpovědělo, že je komunikace neovlivňuje při seznámení s člověkem se ZP. Dále jsme řešili, do jaké míry je komunikace ovlivňuje. Polovina z celkových odpovědí určila střední míru a zbytek odpovědí převážil na straně menšího ovlivnění. Respondentům jsme dále navrhli pět možností postižení, kde měli ohodnotit problém komunikace při možnosti seznámení s takovým člověkem. Největší problém komunikace respondenti viděli s lidmi s mentálním postižením. O trochu menší problém se zdá být komunikace s lidmi se sluchovým postižením, následně s vadou řeči. Menší problém komunikace byl určen u lidí se zrakovým postižením a jako nejmenší problém komunikace se jeví respondentům u lidí s tělesným postižením.

Tudíž faktor komunikace u lidí se zdravotním postižením většinu lidí z intaktní společnosti neovlivňuje při seznámení a ty, které ovlivňuje, tak hlavně střední mírou. Jako největší komunikační problém spatřují respondenti v komunikaci s lidmi s mentálním postižením a naopak nejmenší problém se jeví u lidí s tělesným postižením.

Další dílčí cíl měl za úkol řešit uvědomění si předsudků u lidí z intaktní společnosti k lidem se zdravotním postižením. Respondenti měli ohodnotit, jak moc si své předsudky k lidem s postižením uvědomují. Z odpovědí vyplývá, že více respondentů si své předsudky neuvědomuje a asi pětina respondentů dala střední hodnotu, tudíž se nepřiklonila ani na jednu stranu. Dále ze skupiny lidí, kteří si plně neuvědomují své předsudky, jsou většinou respondenti ve věku 25 let a méně.

Pátý dílčí cíl zkoumá, jestli si lidé z intaktní společnosti dokážou představit, že by navázali s člověkem s určitým zdravotním postižením přátelství. Respondentům byly postupně dány tvrzení, zda si umí představit navázání přátelství nejprve s člověkem s tělesným postižením, dále pak se smyslovým postižením a na konec s člověkem s mentálním postižením.

Z výsledků vyplývá, že drtivá většina lidí z intaktní společnosti si umí představit přátelství s člověkem s tělesným postižením a to samé platí u lidí se smyslovým postižením. Zde můžeme konstatovat, že faktor tělesného a smyslového postižení nehraje skoro žádnou roli v přátelském vztahu. Avšak přátelství mezi osobou z IS a osobou s mentálním postižením není tak jednoznačné. Stále si většina respondentů dokáže představit přátelství s člověkem s postižením, ale přibližně třetina z celkových odpovědí označovala nerozhodnou možnost, že neví.

Poslední dílčí cíl zkoumá, jestli si lidé z intaktní společnosti dokážou představit, že by navázali s člověkem s určitým zdravotním postižením partnerský vztah. Respondentům byly

postupně dány tvrzení, zda si umí představit navázání partnerství nejprve s člověkem s tělesným postižením, dále pak se smyslovým postižením a na konec s člověkem s mentálním postižením.

Z prvních výsledků vyplývá nejednoznačnost. Více než třetina z celkových odpovědí respondentů označovala nerozhodnou možnost. Malá většina respondentů, kteří se přiklonili na jednu či druhou stranu, jsou ti, kteří si dokážou představit partnerský vztah s člověkem s tělesným postižením.

Výsledky ohledně představy partnerského vztahu s člověkem se smyslovým postižením jsou jednoznačnější. I když z celkových odpovědí je značné množství nerozhodných, tak většina, kteří se přiklonili na nějakou stranu, jsou ti, kteří si umí představit partnerství s člověkem se smyslovým postižením.

Velmi jasný výsledek je u tvrzení, zda si člověk z intaktní společnosti umí představit partnerství s člověkem s mentálním postižením. Respondenti si v drtivé většině nedokáží představit partnerství s osobou s mentálním postižením.

ZÁVĚR

V první části této bakalářské práci jsme se věnovali teoretickému definování a klasifikování zdravotního postižení, konkrétních vad a handicapů dle světové zdravotnické organizace založené OSN. Kromě toho byly charakterizovány hlavní typy postižení, to znamená bližší klasifikace na mentální, tělesné a smyslové postižení. Další část se zabývala vnímáním společnosti, přístupům a předsudkům k těmto lidem. Posledním tématem teoretické části byly mezilidské vztahy, komunikace a partnerství s lidmi s postižením.

Praktická část řeší výzkumný problém, který se zabývá zkoumáním vybraných faktorů ovlivňující navázání vztahu mezi člověkem s postižením a člověkem z intaktní společnosti. Výzkumný soubor tvořily osoby, které samy sebe nepovažují za osoby se zdravotním postižením. Tudíž samy o sobě tvrdí, že jejich zdravotní stav není považován za tak závažný, aby se mohli začlenit do jedné z kategorií, kterými jsou tělesné, mentální, smyslové postižení. Metodou sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření, uskutečněné v měsíci březnu v roce 2015. Dotazníky byly šířeny prostřednictvím internetu, zejména skrze oslovení blízkých přátel a známých. Celková návratnost činila 52% tudíž jí lze akceptovat. Otázky se zaměřovaly zejména na výskyt osob s postižením v životě dotazovaných, ovlivnění vybranými faktory jako vzhled, komunikace a předsudky. Dále pak na postoje k představě o navázání přátelství či partnerského vztahu s lidmi s postižením.

Výzkumné šetření nám ukázalo různé výsledky. Nejprve bylo jasným zjištěním to, že skoro každý z intaktní společnosti zná někoho se zdravotním postižením ve svém okolí. Dalším bylo, že faktor vzhledu ovlivňuje skoro polovinu respondentů v navázání vztahu s člověkem se zdravotním postižením. Největší vzhledovou překážkou je, u lidí se zdravotním postižením, tělesná deformace. Jen přibližně třetinu respondentů ovlivňuje faktor komunikace a to především v navázání vztahu s lidmi s mentálním postižením. Lidé z intaktní společnosti si většinou své předsudky k lidem se zdravotním postižením neuvědomují. Což může ovlivnit případné budoucí přátelství. V otázce konkrétní představy o navázání přátelství z výsledků dotazníku vyplynulo, že převážná většina dotázaných si umí představit přátelství s člověkem se zdravotním postižením. Ovšem v otázce partnerství už nejsou výsledky tak jednoznačné. Zejména u lidí s mentálním postižením si drtivá většina lidí z intaktní společnosti prakticky neumí partnerský vztah představit.

Z výsledku této bakalářské práce lze usoudit, že zjištěné postoje a názory jen potvrzují vnímání a vztah k lidem se zdravotním postižením, který je již nechvalně znám. Je obecně

známo, že navázání vztahu s osobou se zdravotním postižením, zejména pak například bližší partnerský vztah a podobně, je velice komplikovanou záležitostí. Jedná se dlouhodobý proces začleňování a vytváření vztahů mezi jedinci z intaktní společnosti a lidmi se zdravotním postižením. V některých případech se nevyskytují překážky žádné či tak malé, že jim netřeba věnovat pozornost. V jiných případech se jedná o problémy, které nelze takto snadno překonat.

Proto jak je výše uvedeno, jedná se o dlouhodobý proces, kde je vyžadováno velké pochopení obou stran. A jelikož k této změně nedojde ze dne na den, je třeba trpělivosti a dalšího vzdělávání a osvěta společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti. In: *Zákony pro lidi.cz*. 2004, č. 435, 143. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
- [2] ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz*. 2006, č. 108, 37. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [3] DEVITO, Joseph A, Milan BARTŮŠEK a Jiří REZEK. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
- [4] DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. 1. vyd. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013, 98 s. ISBN 978-80-260-5281-4.
- [5] HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 8071788031.
- [6] JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009, 111 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
- [7] KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- [8] KRHUTOVÁ, Lenka. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. ISBN 80-244-1168-7.
- [9] KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004, 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- [10] *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd.* Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- [11] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [12] NOVOSAD, Libor. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1.

- [13] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [14] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- [15] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Nové, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009, 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
- [16] RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- [17] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [18] SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [19] SOVÁK, Miloš, Ludvík EDELSBERGER a Tomáš EDELSBERGER. *Defektologický slovník*. 3., upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- [20] VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009, 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- [22] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [23] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [24] VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- [25] VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- [26] VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

- [27] WILLERTON, Julia, Nigel HOLT a Rob LEWIS. *Psychologie mezilidských vztahů: z pohledu psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 155 s. ISBN 978-80-247-3924-3.
- [28] WILLI, Jürg. *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 250 s. ISBN 80-7178-982-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ZP zdravotní postižení

IS intaktní společnost

χ^2 chí-kvadrát

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Výskyt osob se ZP v okolí osob z IS.....	39
Graf 2: Věkové rozdělení respondentů neznajících nikoho se ZP.....	39
Graf 3: Přátelství lidí z IS s lidmi se ZP	40
Graf 4: Věkové rozdělení respondentů nemajících přítele se ZP	40
Graf 5: Partnerství lidí z IS s lidmi se ZP	41
Graf 6: Věkové rozdělení lidí, kteří neměli partnera se ZP	41
Graf 7: Ovlivnění vzhledem člověka se ZP	42
Graf 8: Věkové rozdělení lidí, které vzhled člověka se ZP neovlivňuje	42
Graf 9: Míra ovlivnění vzhledem.....	43
Graf 10: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – tělesná deformace	44
Graf 11: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – chybějící končetina	45
Graf 12: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – neobvyklé pohybové projevy.....	46
Graf 13: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky - odívání.....	47
Graf 14: Hodnotové rozdělení vzhledové překážky – speciální pomůcky	48
Graf 15: Ovlivnění komunikací s člověkem se ZP.....	49
Graf 16: Věkové rozdělení respondentů, které neovlivňuje komunikace s člověkem se ZP	49
Graf 17: Míra ovlivnění komunikací	50
Graf 18: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s tělesným postižením	51
Graf 19: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s vadou řeči.....	52
Graf 20: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem se zrakovým postižením	53
Graf 21: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem se sluchovým postižením	54
Graf 22: Hodnotové rozdělení problému komunikace s člověkem s mentálním postižením	55
Graf 23: Hodnotové rozdělení uvědomění si předsudků vůči lidem se ZP	56
Graf 24: Věkové rozdělení respondentů, kteří si plně uvědomují své předsudky	58
Graf 25: věkové rozdělení respondentů, kteří si neuvědomují své předsudky	58
Graf 26: Představa přátelství s člověkem s tělesným postižením.....	59
Graf 27: Představa přátelství s člověkem se smyslovým postižením	61

Graf 28: Představa přátelství s člověkem s mentálním postižením	62
Graf 29: Představa partnerství s člověkem s tělesným postižením.....	64
Graf 30: Představa partnerství s člověkem se smyslovým postižením.....	65
Graf 31: Představa partnerství s člověkem s mentálním postižením	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Chí-kvadrát pro uvědomění si předsudků.....	57
Tabulka 2: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi s tělesným postižením.....	60
Tabulka 3: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi se smyslovým postižením..	61
Tabulka 4: Chí-kvadrát pro představu přátelství s lidmi s mentálním postižením.....	63
Tabulka 5: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi s tělesným postižením.....	64
Tabulka 6: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi se smyslovým postižením	66
Tabulka 7: Chí-kvadrát pro představu partnerství s lidmi s mentálním postižením...	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Dotazník.....	81
----------------------------	----

DOTAZNÍK

Příloha P 1: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petr Vítek a jsem studentem 3. ročníku Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, který se týká lidí se zdravotním postižením a faktory, které ovlivňují „zdravého člověka“ v seznámení s ním. Dotazník je určen respondentům, kteří se považují za člověka bez zdravotního postižení. Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Děkuji

1. Jaké je Vaše pohlaví?

muž

žena

2. Kolik je Vám let?

méně než 18

18 až 25

26 až 45

46 a více

3. Znáte ze svého okolí nějakého člověka se zdravotním postižením?

ano

ne

4. Přátelíte se s někým, kdo je zdravotně postižený?

ano

ne

5. Měl(a) jste někdy partnerský vztah s člověkem se zdravotním postižením?

ano

ne

6. Ovlivňuje Vás vzhled člověka s postižením při možnosti seznámení s ním?

ano

ne (přeskočte na otázku č. 9)

7. Pokud ano. Do jaké míry Vás ovlivňuje?

méně 1 2 3 4 5 více

8. Která z následujících možností je pro Vás největší vzhledovou překážkou při možnosti seznámení s člověkem s postižením? (seřad'te, když 1 je nejmenší překážka a 5 největší)

	1	2	3	4	5
Tělesná deformace (např. „nesymetrický obličej, křivé nohy, ohnuté zápěstí“)					
Chybějící končetina (např. po amputaci)					
Neobvyklé pohybové projevy (např. křeče, třes rukou, mimické posunky)					
Odívání (např. tzv. „nemoderní, zastaralé oblečení“)					
Speciální pomůcky (např. vozíček, berle)					

9. Ovlivňuje Vás problém v komunikaci s člověkem s postižením při možnosti seznámení s ním?

ano

ne (přeskočte na otázku č. 12)

10. Pokud ano. Do jaké míry Vás ovlivňuje?

méně 1 2 3 4 5 více

11. Která z následujících možností komunikace je pro Vás nejproblémovější? (seřad'te, když 1 je nejmenší problém a 5 největší) Komunikace s člověkem ...

	1	2	3	4	5
s tělesným postižením (např. vozíčkář)					
s vadou řeči (např. koktavost, brebtavost)					
se zrakovým postižením (např. člověk se slepeckou holí)					
se sluchovým postižením (např. člověk používající znakovou řeč)					
s mentálním postižením (např. Downův syndrom a jiné)					

12. Uvědomujete si své předsudky vůči zdravotně postiženým?

neuvědomuji 1 2 3 4 5 uvědomuji

13. Přátelství, s člověkem s tělesným postižením si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím

14. Přátelství, s člověkem se smyslovým postižením (zrakové, sluchové) si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím

15. Přátelství, s člověkem s mentálním postižením si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím

Partnerský vztah

16. Partnerský vztah, s člověkem s tělesným postižením si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím

17. Partnerský vztah, s člověkem se smyslovým postižením (zrakové, sluchové) si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím

18. Partnerský vztah, s člověkem s mentálním postižením si umím představit.

určitě souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

určitě nesouhlasím