

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



BARIÉRY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

Bc. Jan Roušal

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



THE BARRIERS OF PHYSICAL DISABILITY

Bc. Jan Roušal

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Bc. Jan Roušal

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Rok dokončení práce: 2011

Název práce: Bariéry tělesného postižení

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Klíčová slova: bariéry, komunikace, předsudky, handicap, zdravotně postižený, tělesně postižený

Základním cílem této diplomové práce je snaha o zmapování bariér, které brání v České republice plnohodnotně prožívanému životu tělesně postižených.

Jsou to bariéry jednak objektivní např. překážky způsobené architekturou veřejného prostoru, překážky ze strany přístupu majoritní společnosti např. předsudky a nereálná očekávání, dále pak překážky subjektivní ze strany postiženého. Mezi ně patří osobitost postižených při komunikaci s okolím, jejich společenské uplatnění, partnerský a sexuální život či možná jinakost. Pozornost je také věnována dopadům narození tělesně postiženého dítěte na život jeho rodičů. Práce upozorňuje také na způsoby řešení zaměřené na eliminaci zmiňovaných bariér.

Praktická část práce obsahuje dva polostrukturované rozhovory prezentující subjektivní pohled lidí, kteří s tělesným handicapem žijí od narození, nebo jsou tělesně postiženi díky úrazu.

ABSTRACT

Name and surname of the author: Bc. Jan Roušal

Study platform: Social politics and social work

Study field: Social work aimed at communication and applied psychotherapy

The year of the works completion: 2011

Name of work: Barriers of physical disability

Chief of work: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Key words: barriers, communication, prejudice, handicap, handicapped, physically handicapped

The essential purpose of this work is to plot barriers which disable physically handicapped people from having a full fledged life in the Czech republic.

Among these barriers are either objective ones, caused by architecture of public space, or barriers caused by approach of major society, such as prejudice and unreal expectations, further subjective barriers of a handicapped person. Among those is the individuality of disabled in their communication with the surroundings, their social assertion, their partner and sexual life or any other possible difference. Attention is also drawn to the impact of a physically handicapped child to its parents life. This work also draws attention to different solutions aimed at elimination of such barriers.

Practical part of this work contains two half structured interviews which present subjective view of people who have lived the life of a handicapped person since their birth, or who have been physically handicapped thanks to an injury.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.“

V Praze dne: 21. 8. 2011

Bc. Jan Roušal

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce MUDr. Olze Dostálové, CSc. za mimořádnou pomoc a trpělivou podporu při psaní.

OBSAH

Úvod	4
1 Základní pojmy	6
1.1 Obecné úvahy	
1.2 Vymezení pojmů	7
1.2.1 Bariéra – bariéry	
1.2.2 Zdravotně postižený	
1.2.3 Tělesně postižený, invalidní	8
1.2.4 Handicap	9
1.2.5 Komunikace	
1.2.6 Předsudky	10
Dodatek: používané zkratky	
2 Bariéry - existence a důsledky	11
2.1 Svět bariér	
2.1.1 Bariéry kolem nás	
2.1.2 Bariéry před vlastním prahem	
2.1.3 Bariérovost z pohledu poúrazové integrace	12
2.1.4 Bariéry za vlastním prahem	13
2.2 Problém očního kontaktu	14
2.3 Překonávání bariér - osobní asistence	15
2.4 Bariéry v nás	17
2.4.1 Bariéry v představách osob v okolí postiženého	
2.4.2 Self – bariéry	19

3	Komunikace	22
3.1	Komunikace z obecného pohledu	
3.2	Zdravý - nemocný – postižený	24
3.3	Verbální komunikace	26
3.3.1	Specifika verbálního projevu tělesně postižených	27
3.3.2	Srozumitelnost projevu	28
3.3.3	Sociální role a kompetence	
3.4	Komunikace neverbální	30
3.5	Další aspekty ovlivňující komunikaci	31
3.5.1	Jinakost	
3.5.2	Předsudky	32
3.5.3	Svět dokonalosti jako idol současné společnosti	36
3.5.3.1	Vzhled jako fenomén doby	37
3.5.3.2	Deformita těla	38
3.6	Komplexní přístupy uplatňované vůči handicapovaným	39
3.6.1	Disabilita a diskriminace	
3.6.2	Protektivita	40
3.6.3	Předsudky a vlastní rodina	41
4	Nástrahy tělesného postižení	43
4.1	Rodina s postiženým dítětem	
4.1.1	Vývoj postiženého dítěte	46
4.2	Postižení získané a vrozené	49
4.3	Vztahy a sexualita tělesně postižených	51

5	Společenské uplatnění	57
5.1	Státní a mezinárodní podpora	59
6	Praktická část	62
6.1	Kvalitativní výzkum - polostrukturované interview	
6.1.1	Úvod	
6.1.2	Metodika získání dat - polostrukturované interview	
6.1.3	Hypotéza	63
6.1.4	Příprav na rozhovor	
6.1.5	Úvodní část rozhovoru	64
6.1.6	Jádro rozhovoru - sběr vlastních dat	
6.1.7	Závěr rozhovoru	65
6.1.8	Vyhodnocení rozhovoru	
	Dodatek: informovaný souhlas	
6.2	Interview I	66
6.3	Interview II	70
6.4	Diskuse	76
	Závěr	81
	Literatura	84
	Příloha	89

ÚVOD

Volba tématu mé diplomové práce byla poměrně snadná a zdá se mi, že i v podstatě logická. I po dalších dvou letech studia jsou součástí mého života moji tělesně postižení rodiče a tak stále vnímám problémy a potřeby tělesně postižených z bezprostřední blízkosti. Mám tak jedinečnou příležitost pozorovat posun či stagnaci integrace - inkluze tělesně postižených. Upřímně řečeno ani po dvou letech však nevidím v této zemi, bohužel, žádnou zásadní pozitivní změnu. Přijde mi proto žádoucí pokusit se zmapovat bariéry, které by na té, či oné, straně mohly zásadnějším posunu v postavení a kvalitě života tělesně postižených v Čechách bránit.

Někdejší vlídné přijetí mé bakalářské práce na téma „Inkluze tělesně postižených“ z roku 2009 mě rovněž upevnilo v rozhodnutí věnovat se danému tématu nadále, byť z trochu jiného úhlu pohledu.

K tématu bariér tělesného postižení mě tedy vedla úvaha nad domnělou absencí pokroku v inkluzi tělesně postižených v ČR, nebo - což uznávám jako zcela legitimní námitku - mou neschopnost tento pokrok registrovat, případně nezpůsobilost chápat složitost daného problému v celém svém kontextu.

Můj postoj k současné sociální politice v oblasti zdravotně handicapovaných - zejména v důsledku některých návrhů omezování podpory - je tedy relativně dosti kritický. I když tento úvod věnuji drobnému povzdechu „nad poměry“, v diplomové práci bych se rád věnoval jiné problematice.

Rád bych zmapoval vystavěné bariéry, které nepadají na vrub „pomazaných politických hlav“, ale těch, jež provázejí tělesně postižené nehledě na režim, ekonomickou situaci či osvícenost těch či oněch. Chci věnovat pozornost překážkám, které stojí na počátku každého zdravotního a konkrétně tělesného postižení. Bariéry, se kterými se zdravotně postižení setkávají, jimž se nemohou vyhnout a které jim v cestě k plné integraci staví do cesty „zdravá“ společnost, či jež si, byť neúmyslně, budují oni sami. Rád bych vytýčil hranice možného chápání reality člověka s tělesným handicapem. Husserl tvrdí, že svět je vše, co je z něj možné udělat. Rád bych tedy pochopil a popsal tuto realitu, pokud mi to mé vnímání světa z pozice tělesně nepostiženého jedince dovolí.

Bez ambice na zásadní argumentační průlom do péče o tělesně postižené se tedy pokusím zmapovat bariéry, které tělesné postižení přináší, samo vytváří, jimž čelí a na něž může narážet.

Přispěje - li tato práce k pochopení specifik a obtíží, které přináší, nebo může přinést tělesná jinakost, nedokonalost či handicap, budu považovat svůj záměr za uskutečněný.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

V této práci bych tedy rád navázal na svou bakalářskou práci z roku 2009 na téma „Inkluze tělesně postižených“. Pokusím se zmapovat svět tělesně postižených - tentokrát nikoliv z pohledu možné integrace - nýbrž z pohledu bariér, které tělesný handicap přináší, nebo jimž musí eventuelně čelit.

Prvotním úkolem je definice několika základních pojmů, které ve své práci budu nadále užívat.

1.1 Obecné úvahy

Bariérou je zpravidla myšleno něco, co nám zabraňuje v přístupu k něčemu, co nám překáží v pohybu žádoucím směrem. V této práci se budu věnovat především zábranám - překážkám, které zabraňují plnohodnotné integraci tělesně postižených do majoritní společnosti. To je těm bariérám, jež neumožňují zjevnou a mnohokrát popsanou odlišnost tělesně handicapovaných beze zbytku překonat. Je, domnívám se, obecně známé, že odlišnost zpravidla vyvolává nejistotu. Lidé mohou cítit bezradnost jak se chovat v neznámých situacích i vůči jedincům, jež neznají. Barva kůže, tělesný vzhled, chování, kulturní zvyky či úprava zevnějšku takového jedince jim mohou připadat nevhodné či směšné a z toho pak vychází i nejistota ve volbě vhodného způsobu chování k takto "odlišnému" člověku. Taková "jinakost" však stále ještě nemusí být *handicapem*. Hranice, která určuje mez mezi odlišností a socio - kulturním handicapem, je dána akutní společenskou normou. Ta se samozřejmě mění a míra její možné stigmatizace pro ten či onen handicap je dána obecně chápanou přijatelností. Ta je ovšem podmiňována jistou asimilací představitelů minoritních částí společnosti. Tento asimilační tlak je výsledkem snahy minimalizovat odlišnosti jako zdroj nesrozumitelnosti mezi oběma skupinami. Čím větší jsou odchylky od obecně akceptovaných norem, tím větší je prostor pro neporozumění těmto odchylkám a tím se rovněž zvětšuje prostor pro nepřijatelnost dané minority. Taková nepřijatelnost pak logicky přináší znevýhodnění, které s sebou nese důsledky v podobě menší či větší stigmatizace. Míra relevantního přizpůsobení není vždy stejná a je odvislá od mnoha faktorů.

V této práci se pokusím popsat mnohé faktory, jež *brání* takové asimilaci a vytvářejí tak **bariéry** formující z minority tělesně postižených sociální skupiny se zvláštním statutem, těch, kterým je *nutné* pomáhat, ale kteří jsou zároveň "přirozeně" na sociálním žebříčku společnosti velmi nízko.

1.2 Vymezení pojmů

Na základě odborné literatury nejprve charakterizují obecné pojmy, jako je „bariéra“, „zdravotní postižení“, „handicap“ a v této práci výrazněji používaný konkrétnější pojem „tělesně postižený“. Definuji rovněž termín, který bude mít v této práci velký prostor, totiž termín „komunikace“ a „předsudek“.

1.2.1 Bariéra – bariéry

Psychologický slovník definuje **bariéru** jako: „*překážku, zábranu, která může existovat fyzicky, v psychice jedince, nebo v uspořádání organizace či společnosti*“. Psychickou **bariérou** pak Hartl rozumí: „*zábranu v podobě společenské normy, zvyku, nebo pravidel ...*“ ale také „*... špatné zkušenosti, které omezují spontánní chování ... v patologické rovině pak vnitřní konflikt či chorobný příznak*“. **Bariérou** může být rovněž chápána překážka, která „*... znesnadňuje přístup k využívání služeb ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 69).

1.2.2 Zdravotně postižený

Zdravotní postižení je možné chápat jako stav, ve kterém zdravotní stav „*... nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat...*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271).

Český statistický úřad pak pro své zkoumání charakterizuje osobu se **zdravotním postižením** jako osobu: „*jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než jeden rok*“.

Dále ČSÚ upozorňuje na omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění zdravotně postižené osoby, které vzniká v důsledku samotného postižení.

ČSÚ rovněž uvádí, že v současné době žije v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením, které tvoří 9,87 % celé populace (ČSÚ 3309-08, 2008).

1.2.3 Tělesně postižený, invalidní

V této práci se pak budu zabývat zejména konkrétnějším typem zdravotního postižení - *postižením tělesným*. To může být „...*bud' vrozené, nebo získané a týká se pohybové nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v běžných činnostech, samozřejmě zejména v pohybu...*“, ale kromě fyzického zjevu a z vlastního postižení vyplývajícího omezení, má samozřejmě také vliv „...*na jeho psychickou rovnováhu, na vztahy k lidem i na pracovní uplatnění*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 155). Pro lepší přehled pak uvádím v tabulce č. 1. počet tělesně postižených v ČR, rozdělených dle jednotlivých věkových skupin.

Tab. č. 1. POČET TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH V ČR

0 - 14	16 687
15 - 29	25 710
30 - 44	43 107
45 - 59	127 959
60 - 74	152 860
75+	183 604
Celkem	550 407

pozn. v souboru je zahrnuto 480 osob, které neuvedly věk.

Tabulka upravena dle ČSÚ 3309-08, 2008

Z celkového počtu zdravotně postižených je tělesně postižených zhruba 36 %. V celé populaci je to pak kolem 5,35 % obyvatel. Z uvedených dat dále plyne, že počet tělesně postižených roste s přibývajícím věkem.

Z tabulky č. 2 na straně 22 dále plyne, že 64 % vzniku tělesného postižení souvisí s nemocemi, nikoliv vysloveně se stářím (7 %), nicméně je možné všimnout si, že lidé ve věku 60 - 75 + tvoří nadpoloviční většinu všech tělesně postižených.

Rozšířím-li věkovou skupinu na osoby mezi 45 - 75 + získáme dokonce více než 84 % všech tělesně postižených. Věk tedy hraje zásadní roli při vzniku tělesného postižení (ČSÚ 3309-08, 2008).

Za *invalidního* je pak považován jedinec, jehož zdravotní stav v důsledku nemoci nebo úrazu vede k trvalé změně zdravotní způsobilosti. Tato změna je poměřována fyziologickými hledisky tj. ztrátou, nebo zhoršením činnosti určitého orgánu - zpravidla ve srovnání se zdravým jedincem (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 241).

1.2.4 Handicap

V této práci bude rovněž často používaným pojmem slovo *handicap*. Tento anglický termín je složen ze dvou slov - „hand“ tedy ruka, a „cap“ - čepice, nebo také pytlík, význam spojení těchto dvou slov spočívá ve středověkém anglosaském pojetí soudnictví, kdy v případě nemožnosti rozhodnout o vině či nevině obžalovaného rozhodoval bílý a černý kamének losovaný z pytlíku. Ten, kdo si vytáhl kamének černý, byl „handicapován“ tedy znevýhodněn (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

Handicap je tedy obecně chápán jako „znevýhodnění“ a používá se jakožto obecnější nebo někdy také nadřazený pojem tělesného postižení. Míní se tím znevýhodnění, jež se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení ztěžující nebo znemožňující, aby dotyčný naplnil roli, která je pro něj - s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům - normální (SLOWÍK, 2008). Handicapovaný člověk tedy ne vždy musí být tělesně postižený, nicméně v této práci bude slovo handicapovaný používané téměř výhradně v tomto - byť lehce omezeném - slova smyslu.

1.2.5 Komunikace

S vědomím předchozího mohu nyní definovat i obecněji chápaný význam pojmu komunikace. Ten zpravidla evokuje především způsob, nebo proces dorozumívání. Úžeji pak především způsob dorozumívání řečí. Jak jsem již naznačil v úvodu kapitoly „Obecné úvahy“ pojem komunikace může znamenat mnohem širší škálu způsobu mezilidského kontaktu.

Psychologický slovník definuje komunikaci jako „ ... dorozumívání, sdělování ... “ a dále pak jako „ ... přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé ... „ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 265).

Je tedy, myslím zjevné, že komunikace v žádném případě není omezena pouze na verbální projev mezi jedinci, ale že se jedná o komplexní kontakt na bázi (jakéhokoliv) podnětu a (následné) odpovědi popř. - bez odpovědi (SLOWÍK, 2010).

1.2.6 Předsudky

Výše zmíněný podnět je však, zejména ve vztahu k odlišnostem typu tělesného postižení, často ovlivňován předpojatými, názorově strnulými postoji neboli **předsudky**. Ty vysvětluje Psychologický slovník jako „ ... *kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj*“. **Předsudkem** také rozumíme „ ... *názor přejatý jedincem, nebo skupinou, který je utvářen na základě náboženské víry či ideologického přesvědčení a který nezávisí na okamžité situaci a neopírá se o porozumění*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 464).

Dodatek: používané zkratky

Pro lepší orientaci v textu uvádím ještě častěji používané zkratky:

- APOA - Asociace pro osobní asistenci
- ČSÚ - Český statistický úřad
- DMO - Dětská mozková obrna
- ESF - Evropský sociální fond
- MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MŠMT - Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
- NRZP - Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
- PPP - Pedagogicko - psychologická poradna
- SF EU - Strukturální fond Evropské unie
- SPC - Speciálně - pedagogické centrum

2 BARIÉRY – EXISTENCE A DŮSLEDKY

2.1 Svět bariér

2.1.1 Bariéry kolem nás

Bariérou rozumíme „ ... překážku, zábranu...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 69). Tedy něco, co je nutné překonávat, co nám zabraňuje, omezuje nás. Patrně první, co člověka bez postižení napadne v souvislosti s tělesně postiženými, jsou bariéry stavitelské.

Architektonické bariéry jsou nedílnou součástí našeho života a jejich existenci resp. omezení, která mohou v určitém směru přinášet, jsou zpravidla uvědomovaná až v okamžiku, kdy daná konkrétní bariéra skutečně začne reálně překážet či bránit. Naštěstí naše prostředí není inertní a neměnná entita, ale soubor živoucích, proměnlivých vztahů mezi lidmi a objekty. Je tedy nasnadě, že při změně tohoto vztahu nastává i legitimní požadavek na proměnu těchto entit a tak vždy existuje reálná naděje, že prostředí může být přizpůsobeno, bariéra trvale odstraněna, nebo alespoň vhodně eliminována.

2.1.2 Bariéry před vlastním prahem

Z běžného života vím, že každyčkový detail naší architektury, každá veřejná cesta, dokonce i pražské metro byly ještě do nedávné doby navrženy pro lidi, kterým jejich tělo bez problémů slouží. Je tak zcela obvyklé, že změni - li se radikálním způsobem naše tělo, měni se tím, aniž by se proměnil jediný hřebíček kolem, také ekologie našeho prostředí. Schody jsou náhle nezdolatelné, doprava nepřístupná, úřady neprůchozí. V domácím prostředí jsou náhle vypínače příliš vysoko, vana příliš hluboká, kohoutky neobsluhovatelné, skříně nedobytné ... a žádoucí úpravy často finančně nedosažitelné.

Pro plnou objektivitu uvádím, že je stanoven zákonem č.182/1991 Sb. dle § 34 tzv. příspěvek na úpravu bytu, který výše jmenované náklady pomáhá uhradit. Problém však může být s reálnou hodnotou finanční výše daného příspěvku.

Ta se totiž odvíjí od příjmu a majetkových poměrů žadatele a jeho rodiny a saturuje náklady až do výše 70 % prokázaných nákladů, účtovaných fyzickými nebo právníckými osobami, maximálně však do výše 50 000,- Kč popř. 100 000,- Kč u stavebních úprav spojených s instalací výtahu. Jak se ony majetkové poměry prokazují popř., jak reálně lze za 50 000,- Kč odstranit výše zmíněné bariéry, je pro mne naprostou záhadou. Jaká bude úhrada nákladů v případě, že se zdravý příbuzný nespolehne na fyzické či právnícké osoby, ale realizuje potřebné úpravy sám - např. s pomocí dalších šikovných příbuzných - ze zákona také nevyplývá. Zákonná norma tedy sice existuje, ale zda litera odpovídá duchu zákona, bych si dovolil pochybovati (ÚZ, 2011).

2.1.3 Bariérovost z pohledu pouřazové integrace

Nečekanost problémů s bariérami v domácím prostředí je však rovněž, trochu paradoxně, také vinou bezbariérovosti ústavního prostředí. Lidé po úrazech si do doby návratu do reálného světa prostě nemají možnost uvědomit jeho bariérovost. Prostor nemocnic a rehabilitačních ústavů nazývá Murphy fyzickou i sociální „kuklou“, ve které nejsou schody ani jiné překážky pohybu. Vše je nastaveno tak, aby pacientům pomohlo obnovit jejich elementární tělesné funkce a potřeby, což je do jisté míry logické, ale postižený si na tyto podmínky snadno zvyká a podvědomě očekává jejich pokračování v reálném životě. Problém nastává, když pacient následně vykročí z lůna této „kukly“ do reálného světa zcela nepřipraven. Ekologie domácího prostředí navíc může být tak zásadním způsobem nepřizpůsobitelná novým vztahovým požadavkům, že bydlení v místě, které postižený člověk do té doby považoval za domov, se může stát pro normální život - v nových podmínkách - naprosto nerealizovatelným. Výše zmíněná finanční podpora pro úpravu bytu takovou situaci pomáhá řešit rovněž jen velmi sporadicky. Kromě ztráty mobility tak může postižený ztratit dokonce i domov (MURPHY, 2001).

O důležitost relevantní podpory úpravy bydlení přitom svědčí snadno přístupná data ČSÚ, podle kterých více než 87 % tělesně postižených žije ve standardním - tedy bariérovém - bydlení. Jako bezbariérové své bydlení označilo pouze 7,9 % tělesně postižených a zhruba 0,5 % osob žilo v bytě nebo domě tzv. zvláštního určení.

Přítom stejný zdroj uvádí, že více než 35 % (konkrétně 198 498) tělesně handicapovaných je postiženo těžce, nebo velmi těžce. Klíčová otázka pak zní, jaká je kvalita života oněch 87 % osob, jejichž bydlení nepostrádá bariéry (ČSÚ 3309-08, 2008).

2.1.4 Bariéry za vlastním prahem

Stejně jako existuje deklarovaná, byť diskutabilní, snaha státu odstraňovat bariéry v domácím prostředí, najdeme podobnou snahu i v prostředí veřejném.

Problém však je, zda jsou deklarovaná prohlášení a plány na příslušné změny kryty relevantními službami a finančními prostředky. Nezřídka tomu tak nebylo či není. A tak mnohé projekty či představy zůstávaly, zejména v dřívějších dobách, leckdy pouze ve snech postižených. Nemožnost realizace byla zdůvodňována „objektivní“ finanční náročností, technickými komplikacemi, popř. narušením architektonického rázu historické budovy, které neumožňují zbudování výtahu či šikmé schodišťové plošiny. Ostatně i v současné době se snížení příspěvku na péči v nejnižší kategorii zdůvodňovalo rádoby „objektivními“ důvody, o nichž - vzhledem k jejich „objektivitě“ - nelze údajně pochybovat.

Pravdou však také je, že se díky finančním zdrojům ze strukturálních fondů Evropské unie mnoho ze žádoucích projektů realizovalo. Ze starších projektů je to například zpřístupnění stanice metra trasy B - Florenc, na jehož bezbariérový přístup zaplatily SF EU 29 794 000,- Kč z celkových nákladů 77 946 000,- Kč tedy téměř jejich polovinu (DPP, 2009). Nejnovějším projektem reálného odstranění bariér z veřejného prostoru je otevření bezbariérového přístupu ve stanici Háje na lince C pražského metra v únoru 2011. Tato rekonstrukce si vyžádala náklady ve výši 56. mil. Kč (DPP, 2011). Zmíněné sumy uvádím se záměrem upozornit na rozdíly nabídek výše příspěvků na stavby veřejné a stavby soukromé.

Samozřejmě si nemyslím, že by měl postižený jedinec získat více prostředků, než je nezbytně nutné k jeho důstojnému fungování v rámci vlastního domova, nicméně kontrast mezi max. 100 000,- Kč na výtah či šikmou schodišťovou plošinu v domácnosti a 13 mil.- Kč za výtah ve stanici metra Háje - tedy víc než 130 x násobek je dosti pozoruhodný.

Je to asi takový rozdíl jakoby osobní vůz stál 300 000,- Kč a nákladní vůz (tedy větší a výkonnější) 39 000 000,- Kč což je na první pohled naprostý nonsens.

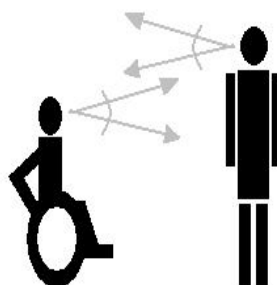
Nicméně - abych nebyl neadekvátně kritický pouze k české sociální politice - i Murphy, popisující realitu péče o tělesně postižené v prostředí USA, není nijak nadšený. Konstatuje, že například nájezdy z chodníků v New York City se pro město považovaly za příliš velkou investici a tak jejich realizaci ponechávala radnice až do okamžiku, kdy se přistoupilo k náhodné opravě příslušného chodníku. Nastávaly tak situace, kdy se vozíčkář dostal na jedné straně na chodník, ovšem nemusel se pak na straně druhé dostat zase z chodníku dolů (MURPHY, 2001).

2.2 Problém očního kontaktu

V souvislosti s invalidním vozíkem a bariérami bych chtěl upozornit ještě na jeden aspekt tohoto problému. Nejenže mnohé nemusí být pro člověka upoutaného trvale na invalidní vozík fyzicky dosažitelné, ale i jeho vnímání okolního světa je ze stejného důvodu odlišné. Sedící člověk má totiž přirozeně vnímání svého okolí zprostředkované z nepoměrně nižší úrovně než ti, co stojí. Někteří odborníci doporučují - pro skutečně partnerské dorozumívání - sklánět se k postiženému. To však dle mých zkušeností není zrovna pro stojícího příjemné ani dlouhodoběji fyzicky možné. Navíc podobný postoj může asociovat dojem, že mluvíme s malým dítětem, k němuž je také třeba se sehnout. Řešením může být, je - li to jen trochu možné, se při komunikaci s člověkem upoutaným na invalidní vozík také posadit.

Rozdíl je dobře patrný z následujícího grafického vyjádření odlišnosti mezi přirozeným zorným úhlem stojícího člověka a člověka sedícím na invalidním vozíku.

Obr. č. 1. ZORNÝ ÚHEL U ČLOVĚKA SEDÍCÍHO A STOJÍCÍHO



Upraveno dle předlohy SLOWÍKA (2010, s. 39)

V tomto případě se jedná o tělesně postiženého na invalidním vozíku. Mnohdy je však možné kompenzovat tělesné postižení i jinými pomůckami, například holemi, berlemi, francouzskými holemi apod. I pak je však třeba mít na paměti specifický vztah postižených k těmto oporám, které u nich vyvolávají větší pocit jistoty a bezpečí a je tedy nezbytné, aby je měli vždy ve svém dosahu, ve své blízkosti. Usadit tedy tělesně postiženého do pohodlného křesla a berle, podobně jako deštník, odložit v šatně je nesmysl a hrubé faux pas. Ale to už se spíše dostáváme k bariérám psychickým popř. sociálním.

2.3 Překonávání bariér - osobní asistence

Za relevantní fyzickou bariéru lze rovněž považovat problémy na první pohled drobných detailů, jakými jsou nízko umístěná toaletní mísa, nebo naopak vysoko umístěné umyvadlo, chybějící opěrná madla atp. Tyto architektonické detaily se dají řešit relativně snadno pomocí výše zmíněných úprav. Jiné detaily denních rituálů však mohou být nečekané. Murphy píše: „... *uměl jsem si obléci horní část těla, ale nedokázal jsem si natáhnout kalhoty a about boty*“ (MURPHY, 2001, s. 56). Murphy patří ke „šťastlivcům“, kteří měli ruce nezasažené postižením. Je - li však jedinec paralyzován i v horní polovině těla, nastává problém například s ranní hygienou, nebo s příjmem potravy. Takový handicap již vyžaduje dlouhodobou podporu a pomoc druhé osoby - tedy osobního asistenta.

Osobní asistence je definována jako komplexní služba, jejímž účelem je odstranit pro handicapovanou osobu ty bariéry, které by jí mohly bránit ve zvládnutí úkonů, jež by dotyčná osoba dělala sama, pokud by nebyla determinována svým postižením. Jedná se o neomezenou sociální službu. Konkrétně mezi povinnosti osobního asistenta může spadat jak pomoc se zabezpečením základních biologických, tak i společenských potřeb. V náplni práce osobních asistentů lze konkrétněji nalézt jak podporu a pomoc s elementární hygienou či stravou, tak doprovod k lékaři či podporu při vzdělávání nebo výkonu povolání (UZLOVÁ, 2010).

Služby osobní asistence jsou různého druhu a za poskytování těchto služeb se vybírají různé poplatky. Potřebuje - li klient službu řízenou nebo seburčující, poskytují se tyto služby dle zákona 108/2006 Sb. v §39, resp. zákona 108/06 Sb. v §24, 29, 83. Dále je poskytování těchto služeb upraveno vyhláškou MPSV 505/2006 Sb. (*ve znění*

zákona a vyhlášky, 2006). Finanční kompenzace za tyto služby nesmí přesáhnout 100,- Kč za započatou hodinu. Další možností čerpání služeb osobního asistenta pak je asistenční služba dobrovolná a společenská. U těchto dvou typů služeb již neplatí výše zmíněné zákonné omezení a naopak platí, že obsah těchto služeb i způsob úhrady za jejich poskytování se odvíjí od dohody mezi oběma subjekty, tedy klientem a poskytovatelem (*Poddruhy osobní asistence, 2008*).

Dle ČSÚ však profesionální služby osobní asistence využívá drtivá menšina tělesně postižených. Průměrně to nejsou ani 2 % handicapovaných. Naprostou většinu potřebných asistenčních služeb (průměrně 69 %) totiž obstarává vlastní rodina postiženého. Potřeby asistenční služby popř. tzv. pečovatelské služby se zvyšuje až se závažnější mírou tělesného postižení a se zvyšujícím se věkem handicapovaného. Zde je však třeba mít na paměti koherenci mezi zvyšujícím se věkem a počtem tělesně postižených (viz Tab. č. 1) - zvláště pak s ohledem na zvyšující se průměrný věk obyvatelstva ČR.

Příčinu využívání osobní asistenční služby v takto nízkém počtu případů mě poměrně překvapuje. Problém vidím v ČR v relativně novém a nezažitém způsobu pomoci pro tělesně postižené, velkému nároku na důvěru, soukromí a rovněž ve finančních otázkách. Stačí si uvědomit míru politického dopadu třicetikorunových poplatků ve zdravotnictví, zavedených Topolánkovou vládou k 1. 1. 2008. Pád této vlády a propad všech politických stran na krajské úrovni spojených (mimo jiné) s tímto regulačním nástrojem byl tak výrazný, že nechut' současné české společnosti k zpoplatňování jakýchkoliv služeb, které byly několik desítek let - byť ve zcela jiné kvalitě - poskytovány iluzorně zdarma, je zkrátka nepřehlédnutelná (ČSÚ 3309-08, 2008).

Je rovněž možné setkat se s termínem „asistenta pedagoga“, který má pomáhat zejména při začleňování dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Problém ovšem tradičně nastává s jejich financováním. Obě ministerstva, MPSV a MŠMT, se prozatím neshodla nejen na financování těchto služeb, ale ani na náplni práce. Shoda nepaduje ani v otázkách kompetencí asistenta, zejména potřebuje - li dítě současně pedagogickou podporu i pomoc při sebeobsluze. V praxi pak takový ministerský „chaos“ může vést k dosti tristním situacím. Škola, jež zvažuje zřízení funkce „asistenta pedagoga“, musí nejprve složitě žádat o doporučení SPC nebo PPP a současně žádat o navýšení finančních prostředků svého zřizovatele - tedy zpravidla krajský úřad.

Je celkem logické, že jedná - li se o jediného žáka, motivace školy zatěžovat se podobným administrativním kolečkem nemusí být právě nejsilnější. Není pak divu, že škola ráda uvítá, když požadované služby nahradí asistent osobní. Háček je však v tom, že osobního asistenta platí rodiče ze své kapsy.

Rodiče tak narážejí na paradox, že na zákonem deklarovanou bezplatnou školní docházku pro zdravé děti musejí rodiče postiženého dítěte doplácet (UZLOVÁ, 2010).

2.4 Bariéry v nás

2.4.1 Bariéry v představách osob v okolí postiženého

Zmínil jsem se již několikrát o nutnosti odstraňovat bariéry. Fyzické bariéry mohou tělesně postiženého člověka odsoudit k fyzické izolaci, ale jejich odstranění nemusí být tak těžké, je snad jen finančně náročnější. Bariéry jiného druhu jsou už o něco složitější.

Myslím tím bariéry, které sídlí, nezřídka dosti pevně, v našich představách, myšlenkách a předpokladech. Stejně jako je snadné a rychlé nahradit schodiště výtahem či zvedací plošinou, je neskutečně a pomalé nahradit falešné předpoklady a předsudky reálnou zkušeností a nepředsudčným postojem. Dr. Neumannová, postižená DMO, kterou budu ještě několikrát citovat, o počátcích svého vysokoškolského studia píše: „ ... daleko horší bylo zlomit ostny vyučujících, ti si nebyli zcela jisti, jak se mnou zacházet ... nevyvolávali mě a to dělalo napjatou atmosféru ...“ (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 81).

S problémy neznalosti a jistého druhu negramotnosti v této problematice se kupodivu můžeme setkat i na straně veřejnosti lékařské. Matky tělesně postižených dětí popisují své zkušenosti jako velmi „nervy beroucí“, když se jich lékař - pediatr, přestože by měl znát prognózu muskulární dystrofie „mile“ a udiveně zeptá: „ ... ještě se Vám nestaví? Ani neklečí?“. Nebo v případě chlapce postiženého DMO se maminka z lékařových úst dozvěděla: „ ... proč si kazíte život ... kdy „to“ dáte do ústavu? Copak nevíte, že „to“ nemá žádnou perspektivu?“ (CHVÁTALOVÁ, 2001, s. 122, 147). Pravdou je, že tyto trpké zkušenosti jsou staré desítky let a doufejme, že dnes by podobné situace, alespoň v odborné veřejnosti, už nastat neměly.

Nicméně dobře ilustrují, že překážky, kterým tělesně (zdravotně) postižení a jejich blízcí mohou čelit, často sahají až za říši nejkrajnější fantazie.

Možnost opakování se podobně tristních vět, které z úst lékařů slyšely výše citované matky postižených dětí, by tedy v dnešní době měla být v podstatě tabu. K této úvaze mne vede hned několik předpokladů. V první řadě domněnka, že při dnešních možnostech sdílení relevantních informací a stavu vzdělanosti se již nenajde lékař, zdravotní sestra či sociální pracovník, kteří by měli podobně omezený obzor jako výše citovaní.

Druhým významným a relevantním pozitivním fenoménem - zejména ve velkých městech - je rovněž výrazně lepší bezbariérovost veřejných prostor a dopravy a v konečném důsledku tedy i více přímých nezprostředkovaných zkušeností s tělesně postiženými.

Zároveň je dobré vnímat, že ani vzdělání či relevantní informace ne vždy vedou k pochopení. Důvodem je, že nezřídka svým pocitům a postojům nemusí rozumět ani sám „postižený“. Dr. Sacks - lékař, věnující svou praxi neurologickým a psychiatrickým poruchám, byl sám velmi (nemile) překvapen, když se ocitl na „druhém konci barikády“ a postavení ošetřujícího lékaře byl, díky těžkému úrazu, donucen vyměnit za postavení pacienta. Při komplikovaném poranění nohy a její následné léčbě poznal tzv. „na vlastní kůži“, že ztratil „vnitřní obraz“ své vlastní léčené nohy. Úd, který nemohl být v důsledku léčby používán, byl jakoby „vymazán“ z vědomí a v konečném důsledku došlo ke ztrátě propriocepce nohy. Sacks nejenže nohu necítil, ale nevzpomínal si, že by kdy nohu měl a „zapomněl“ rovněž, jak by ji měl vlastně používat. V takových případech se stává, že nejsou - li „opomíjené“ části kontrolovány vizuálně, mají pacienti tendenci dodávat svým údům zvláštní, bizarní, nepřirozené a nápadné pozice, což sám dobře znám u lidí trvale upoutaných na invalidní vozík. Sacks píše: „ ... *se zmateným úžasem jsem zjistil ... že mi noha úplně vypadla z vědomí, že je opomíjena, že s ní zacházím jako s něčím, co ke mně nepatří*“ (SACKS, 2009, s. 162). Sacks ve své další knize popisuje obdobný případ muže, jenž vyhodil sám sebe z nemocničního lůžka v domněnku, že vyhazuje „cizí“ nohu, která prostě není jeho a „někdo mu ji tam zlomyslně vložil“. V téže knize je pak popsán případ pacienta s ochrnutou levou stranou těla (v důsledku embolie) a v noci padal z postele. Vlastní polovinu těla, totiž svou levou stranu, považoval také za „cizí“ a tak „to“ svou zdravou rukou a nohou vystrčil z postele, tím ovšem vypadl i on sám (SACKS, 2008).

Myslím, že z uvedených příkladů je dobře poznat, že tělo „oslabené“ postižením některé své části může svými reakcemi překvapit i vzdělané a zkušené odborníky. S tímto vědomím je pak již snadné pochopit, že pro laika musí být taková situace zákonitě o to nesrozumitelnější. Je tedy důležité mít vždy o něco větší pochopení a toleranci pro pocity a způsob vnímání člověka s postižením. Zvláště s přihlédnutím k psychickému stavu pacienta.

2.4.2 Self - bariéry

Důraz v této práci chci klást na vyváženost analýzy vlastního problému bariér tělesného postižení, proto si dovoluji upozornit na fakt, že příčiny komunikačních bariér můžeme nalézt i na straně samotných postižených.

Problémem se může stát například to, co Schultz von Thun nazývá „demonstrativním sebesnižováním“. Míní tím záměrné sebedoceňování, které člověk dává v komunikaci najevo, aby tím dosáhl určitých výhod. Například zproštění úkolu, nebo vyhnutí se obtížné situaci. Podobné chování je běžné u dětí a časem mizí. U dospělého člověka s postižením však takové jednání ve výsledku prohlubuje dopady jeho handicapu, eventuelně jeho izolaci (cit. dle SLOWÍKA, 2010).

Bariérou v komunikaci může být i nelogický pocit viny, který často vzniká jako jakýsi vedlejší produkt invalidity. Nemyslím tím depresi, apatii či pocity rezignace, které jsou při vzniku postižení zcela přirozené a nutno přiznat, že pacienti mají k těmto stavům zpravidla velmi dobrý důvod. Míním tím zvláštní stav, kdy pacient hledá vlastní zodpovědnost za svůj zdravotní stav. To může až připomínat hledání jakéhosi „obětního beránka“ dané situace. Nalezením „viníka“ totiž uleví nejen příbuzným, kterým utrpení blízkého může přinášet výčitky svědomí (ať už za svou vinu, či za své zdraví), ale ulevit se například může i zdravotníkům za jejich nemohoucnost, neschopnost či chyby v léčbě atp. Proto je možné, že samy osoby z okolí pacienta nevědomě jeho sebeobviňování přijímají, ba dokonce i podporují.

Zajímavým fenoménem vzniku tohoto sebeobviňování může být i samotné „výkonnostní nastavení“ společnosti. Je však těžké posoudit, jakou roli při vzniku tohoto pocitu hraje dnešní společnost a jakou mohou hrát oprávněné či přirozeně očekávatelné pocity viny u postižených např. po úrazech či nehodách. Úraz však jako příčina vzniku tělesného postižení figuruje pouze u zhruba 12 % handicapovaných.

Zbýlých 88 % padá na vrub vrozeného postižení, nemoci a stáří - viz tabulka č. 2. Užitečnost, možnost podávat smysluplný výkon, bude tedy hrát pravděpodobně mnohem zásadnější roli v negativním sebeobrazu tělesně postižených.

Tab. č. 2. PŘÍČINA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

	Postižení						Celkem
	vrozené	Úrazem	nemocí	stářím	jiná	neuvedeno	
počet osob	58159	67 962	354 063	37 069	8 911	24 243	550 407
v procentech	11	12	64	7	2	4	100

Tabulka zpracována dle ČSÚ 3309-08, 2008

Zdá se tedy, že společenský požadavek na podaný výkon a z něj plynoucí užitečnost neboli utilitu by mohl být zdrojem těchto problémů.

Murphy se zmiňuje o sarkastické sociologické polemice z roku 1973 „Obviňování oběti“. Autor díla William Ryan v ní popisuje způsob uvažování americké společnosti té doby, jež činila chudé přímo odpovědné za jejich vlastní bídu. Tato úvaha vycházela z přesvědčení, že lidé pobírající sociální podporu jsou sami zodpovědní za svůj osud, neboť se dosti nesnaží a není jim tudíž pomoci. Paralela mezi „americkými“ chudými a handicapovanými je zřejmá (cit. dle MURPHYHO, 2001).

Existuje - li tedy ve společnosti představa, že co není utilitární - tedy užitečné, to je nežádoucí, pak dostává onen častý „pocit viny za svou vlastní invaliditu“ relativně logický kontext. Nutno podotknout, že „užitečné“ je v tomto případě vnímáno jako synonymum slova „výkonné“. Naopak Sedláček vysvětluje slovo *utilita* jako synonymum slova *satisfaction* nebo *pleasure*, tedy uspokojení, štěstí či radost, nikoliv pouze užitek = odvedený výkon. Bylo - li by možné pro handicapovaného chápat „užitečnost“ své osoby či postižení v těchto svobodnějších a v pravdě skutečnějších, významech, než v trochu tupé „robotnické“ výkonnosti, možná by se onen zmiňovaný pocit viny neobjevoval tak často. Šťastný a spokojený člověk, byť s tělesným či zdravotním handicapem, totiž bezpochyby může být pro společnost žádoucím přínosem i bez oné - tolik proklamované - výkonnosti (SEDLÁČEK, 2009).

Bohužel naše doba je zcela zaměřená na výkon. A pouze výkon často znamená existenci. Jakoby člověk skutečně existoval pouze, pokud se něco (cokoliv) děje. Nejde o „bytí“, jde pouze o dění, které je často bezúčelné. Jistota nahradila pravdu.

A jediné, co pomáhá věřit, že člověk skutečně „je“, jsou slavnosti, zábava, extáze, rauš. A takovou vhodnou saturací může být žádoucí úspěch, nebo třeba sport. Problém však je, že úspěch i sport jsou opět těsně spojeny s „odvedeným výkonem“. A je to právě „výkon“, který samo postižení omezuje a nezřídka dokonce znemožňuje. Frustrace do jaké se handicapovaný tak může dostat je, domnívám se, dosti zjevná a stačilo by přitom tak málo ... třeba jen začít komunikovat (HOGENOVÁ, 2006).

Další problematická „bariérová“ složka žádoucího rovnocenného vztahu mezi „komunitou“ zdravých a postižených je, s ohledem na výše psané, nijak překvapivě - komunikace. Je zde míněna komunikace v nejširším slova smyslu. Ve své bakalářské práci z roku 2009 cituji prohlášení NRZP, která ještě v roce 2006 uváděla jako nepalčivější problém a nejhůře odstranitelnou bariéru mezi světem tělesně postižených a populací bez tělesného handicapu právě komunikaci (ROUŠAL, 2009).

3 KOMUNIKACE

3.1 Komunikace z obecného pohledu

Vybíral upozorňuje na etiologický původ slova komunikace, jenž naznačuje původně širší chápání významu tohoto slova. Nešlo pouze o přesun informací z bodu A k bodu B za pomoci různých komunikačních kanálů. Šlo také o něco, co lze opsat jako "vespolné účastnění", nebo "sdílení". Nikoliv tedy pouze proud informací, ale sdílení celku komunikace, podílení se na nějaké činnosti, byť jen samotnou přítomností, neboť i ta ovlivňuje způsob komunikace i její obsah (VYBÍRAL, 2009). A právě o toto "sdílení" a vzájemné ovlivňování mi jde. Rovněž Murphy ve své autobiografické knize osvětluje Husserlovu fenomenologickou filosofii a zdůrazňuje význam jazyka a jazykových kategorií. Jazyk slouží k charakteristice vnímané reality odpovídající naší kultuře a umožňuje orientovat se ve významech a smyslech vjemů. Stejně jako lidé heterogenních kultur žijí v „jiné“ realitě než lidé kultury homogenní, může být i realita člověka s handicapem zásadně jiná než člověka bez postižení (MURPHY, 2001).

Význam řeči zdůrazňuje také Čálek. Termínem „řeč“ nemíní pouze prostředek signalizace, komunikace či nástroj reprezentace skutečnosti. Vnímá řeč jako způsob otevřenosti světa, jakousi jednotu myšlení, řeči a bytí. Nepomíná ani vztah mezi „řečí“ jedince a jeho rodičů, tedy rozvrhování světa nejen vlastní, ale i to „dědičné“ (ČÁLEK, 2004).

Elementárním rozdělením můžeme snadno definovat dvě kategorie komunikace: verbální a neverbální. Dále pak můžeme podrobněji mluvit o komunikaci alternativní, analogové a jejím opaku komunikaci digitální. Psychologický slovník dále uvádí příklady komunikace chemické, mechanické, optické a dále samozřejmě sociální, nebo v našem případě důležité tzv. komunikace posilující (MATOUŠEK, 2004).

Přiznávám, že by mohlo být zajímavé zkoumat, jaký vliv mají pachové vjemy na naši ochotu či neochotu komunikovat - např. jak se promítá naše zkušenost s nelibě páchnoucím bezdomovcem sedícím na invalidním vozíku a dávajícím ostentativně na odiv pahýl amputované nohy (např. v důsledku diabetes mellitus) při setkání s jiným vozíčkářem? Budeme očekávat stejný zápach? Budeme mít tendenci „obdarovat ubožáka“ pokud možno dost rychle, abychom nic necítili a snad ani neviděli?

Jistě zajímavá úvaha, nicméně já se v rámci této práce budu věnovat přeci jen méně efektním způsobům komunikace s tělesně postiženými a jejich překážkám.

Soustředím - li se dále na specifika komunikace lidí zdravých a lidí s postižením, přestože ani jedna z těchto skupin není jednotnou homogenní skupinou a komunikační obtíže se budou lišit, můžeme charakterizovat některé společné specifické body problematizující zkoumanou komunikaci.

Samozřejmě že v komunikaci mezi partnery hraje roli řada aspektů bez ohledu na to, probíhá - li komunikace s postiženým či se zdravým člověkem. Může jít o hlučnost prostředí, jazykovou bariéru, vzdělání, stupeň empatie, osobní zkušenost, sociální postavení atp. V kontaktu s tělesně (či obecněji zdravotně) postiženým pak může hrát roli také druh a stupeň postižení, nebo třeba předsudky.

Některé z těchto aspektů je možné úspěšně eliminovat například v prostředí elektronické komunikace, kdy naprosto bez problému navážeme kontakt s člověkem, se kterým bychom se v reálném životě nikdy nebavili, např. v důsledku výše zmíněných předsudků. Jiná specifika jsou však odstranitelná obtížněji.

Obecně lze tvrdit, že vzájemná komunikace je vždy ovlivněna stereotypy, předsudky a vlastní životní zkušeností. Ostatně jedním ze základních motivů ke komunikaci je tzv. motivace sebe potvrzovací a adaptační, kdy jedinec v prvním případě (svolením ke komunikaci) signalizuje ochotou, že druhý má pro něj cenu a koneckonců potvrzuje tím i svou vlastní hodnotu ve svých očích. V druhém případě pak dává najevo svůj vlastní sociální status, svou pozici v sociální hierarchii a zároveň signalizuje relevantní sociální roli (VYBÍRAL, 2009).

Tyto motivy tedy hrají zásadní roli v lidské "chuti" k samotnému započatí komunikace. Vzhledem k zjevným problémům, obvyklému sociálnímu postavení či očekávání obsahu a formy sociální role "invalidy" a pochopitelně vzhledem k vlastním neznalostem či předsudkům, by byl téměř zázrak, kdyby problémy v komunikaci mezi zdravými a postiženými neexistovaly. Každý si bezpochyby umí nalézt jeden, dva příklady, kdy se zdravou osobou prostě komunikovat nechtěl a tuto jeho nevoli mohla zapříčinit sebemenší hloupost - nevhodný oděv, podobnost s někým jiným, nebo prostá nesympatie. Obávám se, že není žádný důvod myslet si, že v komunikaci s tělesně postiženými tomu bude jinak.

Naopak se ukazuje, že komunikace s tělesně postiženými je mnohdy ovlivněna nejen samotnými stereotypy, ale bohužel stereotypy negativními. Tito lidé bývají častěji než zdraví vnímáni automaticky jako méně schopní, méně samostatní a mnohem více závislí na pomoci druhých (SLOWÍK, 2010). NRZP vnímá jako elementárně problematickou komunikaci tělesně postižených, kteří v běžných situacích stále ještě „narážejí“ na bariéru neznalosti a předsudků. Ty se projevují dle NRZP tím, že běžní občané, úředníci, ale kupodivu často i lékaři jsou při jakémkoliv kontaktu s postiženými zjevně bezradní či rozpačití. A tak se, ne zcela logicky, obracejí na doprovod tělesně postiženého, místo na osobu, které se rozhovor týká a k níž by tedy měli hovořit (cit. dle FILIPIOVÉ, 1998).

Na druhou stranu je třeba mít na paměti, že nápadná fyzická deformita handicapovaných může výrazně ovlivňovat sociální hodnocení, nebo sociální status takto postižených a tím i výrazně zasahovat do žádoucí akceptace okolím. Problematické či negativní reakce pak, bohužel, logicky zpětně ovlivňují postoje a chování samotných postižených. Uzavírá se tak pomyslný kruh nemožnosti akceptovat nežádoucí chování člověka s postižením, neboť na první pohled nemůže být srozumitelné, že se může jednat pouze o jakousi obrannou reakci na odmítání a podceňování (VÁGNEROVÁ, 2004).

Jisté zevšeobecnění postojů a očekávání ohledně lidí s tělesným handicapem pak může dokonce vytvářet dojem, že se jedná o jednu zvláštní sociální skupinu, nebo dokonce subkulturu ačkoliv oni sami se ne vždy hlásí k statutu sociální minority a typické znaky jejich příslušníků ani nevykazují (SLOWÍK, 2010).

3.2 Zdravý - nemocný - postižený

Shora naznačené zevšeobecňování vede ke zbytečné stigmatizaci nálepkováním (labelingem). Je - li jedinec označen za „invalidního“, nebo „zdravotně postiženého“ je logické vnímání takto označeného člověka jako „ne - zdravého“, nebo dokonce „nemocného“, což naprosto nemusí odpovídat jeho reálné situaci.

Nemocný člověk je totiž „úředně“ pacientem. A samotné slovo „pacient“ odkazuje k latinskému *pateo*, *patere* - trpět a rovněž ke slovu *patients* - trpělivý. Samotný význam slova pacient tedy předpokládá příznaky nemoci, které vyžadují trpělivé snášení utrpení z nemoci vyplývajících.

A kde je nemoc, můžeme nalézt i popsané příznaky a z nich plynoucí diagnózu konkrétní choroby. Je však popsán rozdíl mezi vnímáním *choroby (disease)* a pojmem *illnes*, který je obvykle překládán jako *nemoc* (tedy synonymum k termínu choroba), ale širěji může být chápán také ve významu *zdravotní nepohoda*. Pokud chorobu diagnostikujeme podle konkrétních příznaků nefunkčnosti některé části fyziognomie, zdravotní nepohoda poukazuje na negativní emocionální kvalitu. Posun ve významu těchto pojmů je pak, zejména pro vrozené tělesné postižení, signifikantní (KŘIVOHLAVÝ, 2006).

Ani WHO nedefinuje zdraví jako nepřítomnost nemoci nýbrž „... *definuje zdraví jako stav pohody*“. Hogenová tvrdí, že tato definice nedostačuje a pokračuje úvahou nad vágností zcela subjektivního pojmu tzv. *pohody*. Ten se může totiž v individuálních případech také vyvolat pomocí omamných prostředků, ve stavu opilosti apod. Stav, který se může navodit takto uměle, tedy nelze akceptovat jako synonymum pro pojem *zdraví*. Není - li tedy objektivně možné definovat zdraví, není tedy ani možné jednoznačně definovat nemoc. Kromě toho jako nemocné může být vnímáno pouze to, co bylo před tím zdravé (HOGENOVÁ, 2006). V případě vrozeného postižení však taková situace je pouze hypotetická. Je zřejmé, že člověk, který nikdy ve svém životě například „nepoužíval své nohy k chůzi“, nemusí pociťovat svůj handicap - ochrnuté dolní končetiny - jako nemoc, protože zkrátka jeho nohy nikdy nebyly „zdravé“. Termíny tělesně postižený a nemocný tedy v žádném případě nelze považovat za synonyma a vnímat tak tělesně postižené jako objekty lékařské péče.

Tento fenomén subjektivního vnímání významu slova „zdraví“ a „nemoci“ dobře popisuje patnáctiletý, od narození nevidomý, Zdeněk: „... *narodil jsem se nevidomý, nevím, o co jsem přišel ... nemusím se trápit ... můžu si říkat, že by stejně nebylo na co koukat*“ (CHVÁTALOVÁ, 2005, s. 26).

Nemoci, vady a poruchy - tedy určitá jinakost - se navíc nezřídka stává příčinou vtipů, snižování, pohrdání či zesměšňování. To může být přirozeně silně zraňující.

Ostatně nebude patrně náhoda, že mnohé dříve odborné klasifikace konkrétních nemocí či poruch se dnes v běžné řeči vyskytují již jen jako nadávky s jednoznačně negativní konotací např. kretenismus, imbecilita, debilita, idiocie, ale i slovo mrzák - odvozené od slovesa mrzačit - má dnes již jednoznačně pejorativní nádech.

Koneckonců dobrým příkladem posunu aktuálně vnímaného obsahu slov je i nevidaná slovní ekvilibristika se slovem deviant, kterou předvedli hradní laici. Tyto posměšky či slovní výpady však již spadají do oblasti komunikace verbální.

3.3 Verbální komunikace

Verbální komunikaci chápeme jako komunikaci slova řečeného i psaného, tedy „... komunikaci zprostředkovanou slovy, jazykem ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 266). Nutno podotknout, že komunikace „slovem“ zahrnuje i komunikaci tzv. alternativní, tedy např. komunikaci prostřednictvím elektronických medií: e - mailem, telefonem, prostřednictvím internetového chatu atp.

Tato forma komunikace může být výborným prostředkem k relativně přirozené integraci postižených. Boří mnohé bariéry, eliminuje předsudky, umožňuje kontakt i lidem, kteří by jinak komunikaci navázat, z mnoha objektivně daných důvodů, nemohli. V praxi se pak můžeme setkat s tím, že tato technika relevantně zasahuje do života tělesně postižených a umožňuje jejich větší angažovanost jak v mezilidských vztazích, tak třeba v pracovních aktivitách. Písemná a do jisté míry idealizovaná forma slova samozřejmě existovala vždy a není na ní nic tak objektivního, nová je však rychlost a všeobecná přístupnost výměny takových informací. Tato - mohu snad říci - universálnost a rychlost pak může být dobrým pomocníkem v rychlejší integraci tělesně postiženého do relativně běžného života. Zároveň je však třeba mít na paměti i rizika tohoto typu kontaktu či komunikace a vnímat důležitost druhé zásadní složky komunikace - totiž složku neverbální. Ta je zde silně omezena na možnosti tzv. emotikonů (tedy jakýchsi zjednodušujících grafických vyjádření příslušných emocí). Informace o ostatních neverbálních signálech, které vysíláme, se z elektronické podoby komunikace prostě nedozvíme. Těmito komunikačními signály, nebo specifiky rozumíme tzv.extralingvistické dorozumívací prostředky jako jsou gesta, mimika, pohledy, haptika, posturika a bezpochyby celkový vzhled člověka, který také hraje nezanedbatelnou roli v mezilidské komunikaci. Podstatný je i postřeh, že lidé mají tendenci více věřit signálům neverbálním než verbálním. Těmito specifickým komunikace se budu v této práci dále věnovat, ale zpět ke slovu.

3.3.1 Specifika verbálního projevu tělesně postižených

Je snadno pochopitelné, že druh postižení a jeho intenzita bude mít zásadní vliv na konkrétní podobu mluveného projevu.

Je možné se tak setkat s tělesně postiženým člověkem, který bude zcela nemluvicí, nebo jeho fyzická schopnost mluvit bude silně omezená. Možné je rovněž setkat se s člověkem, který bude používat jiný jazykový systém - komunikační kód - než my.

To přirozeně nejčastěji platí pro osoby sluchově postižené. Shultz von Thun upozorňuje, že obtíže způsobené vlastní vadou či poruchou bývají pouze jedním z problémů komunikace lidí s handicapem. Tím druhým, neméně závažným, je strach z projevení se, strach ze sebeprojevu. Jsou to obavy z možného neúspěchu při posuzování normality, úrovně a kvality výkonu většinou společností, nebo širším okolím. Je zřejmé, že při komunikaci se jistým způsobem „odhalujeme“, sdělujeme svému partnerovi v komunikaci - či svému okolí - určité informace o sobě a i toto vědomí může být značně determinující (cit. dle SLOWÍKA, 2010). Pokud tělesné postižení zahrnuje i omezení mluvidel, vadu řeči, huhňavost či jakýkoliv jiný aspekt související s vlastním postižením, který determinuje, omezuje srozumitelnost verbálního projevu, mohou být obavy z komunikace o to větší.

Řada osob postižených DMO, nebo eventuelně osob po prodělaných cévních mozkových příhodách, je stížena tzv. *dysartrií*, tedy poruchou artikulace. Osoby s touto poruchou, projevující se zejména výraznou neobratností ve výslovnosti, mají značný problém, aby se jejich slovnímu projevu vůbec rozumělo. Jejich řeč je díky obrně, nebo narušením koordinace artikulačního svalstva, nekoordinovaná, je spojená s namáhavou výslovností, povrchním a přerývaným dýcháním, hlas může být nápadně tichý, nebo naopak až příliš silný, ale také huhňavý, přiškrcený atp. Problém může mít tato osoba i s tempem řeči, frázováním či přízvukem. Ještě větší problémy v komunikaci může vyvolávat tzv. *afázie*, kdy postižený trpí tím, že má buď silně narušenou schopnost porozumět i produkovat řeč, nebo tuto schopnost úplně ztrácí. Samotné omezení pochopení či úplnou ztrátu schopnosti porozumění navíc nezdědka zasahuje vlastní osobnost člověka, který nemůže v důsledku poruchy vyjadřovat vlastní myšlenky a není ani schopen porozumět ostatním (SLOWÍK, 2010).

3.3.2 Srozumitelnost projevu

Srozumitelnost mluveného projevu tělesně postižených je tedy další významnou bariérou.

Kromě "funkční" poruchy může ke vzniku této překážky vést i jistý druh psychického omezení. Schultz von Thun tím míní tendence těchto osob „naslouchat významovým uchem“. Je tím myšleno jakési přednastavení člověka s handicapem převádět si sdělení druhých do významu, který sám předem očekává. Výsledkem takového přednastavení je pak nezřídka dojem, že druzí jej permanentně napadají, kritizují, ponižují, nebo odmítají, aniž by si dotyčný uvědomoval, že problém je spíše v jeho problematickém sebepojetí, než v jeho nepřijímajícím či hyperkritickým okolí (cit. dle SLOWÍKA, 2010).

Problém srozumitelnosti projevu, který jsem výše zmínil, má však také ještě jednu stranu. Totiž schopnost rozumět obsahu sdělení, které postižený přijímá. Tentokrát již nemám na mysli výše zmíněnou afázii, ale zkušenost, že zejména od narození postižené děti mají v důsledku mnohých popsanych obtíží menší důvěru ve vlastní schopnosti a v konečném důsledku také často vykazují výrazně větší známky pasivity a rezignace než stejně staré děti bez handicapu. Vráťm - li se ke konkrétnu verbální komunikace, mohu jako příklad uvést situaci, kdy se dítě, nebo i dospělý člověk za své nepochopení daného sdělení tak stydí, že problém raději řeší pasivně nebo vůbec a nedorozumění jej pak zavádí do bludných kruhů izolace (VÁGNEROVÁ, 2004).

3.3.3 Sociální role a kompetence

Je zřejmé, že každá z vyjmenovaných situací v kapitole „Specifika verbálního projevu tělesně postižených“ vyžaduje jiný způsob komunikace, jiný slovník, jiná gesta a mnohdy i jiný celkový vzhled. V každé z těchto situací člověk "hraje" jinou sociální roli, které přísluší odlišný způsob (charakter) komunikace.

Pro správné pochopení obtížnosti získávání sociálních zkušeností tělesně postiženého je vhodné si povšimnout Vybíralova rozlišení celé palety možností odlišného chování a jednání v různosti možností sociálních situací.

Vybíral upozorňuje na odlišný způsob komunikace doma, mezi přáteli, v zaměstnání, nebo třeba v obchodě a konkrétně odlišuje komunikaci:

- intimní párovou v soukromí,
- párovou na veřejnosti,
- jednostranně řízenou např. interview, výslech, přijímací pohovor atp.,
- neformální neřízenou komunikaci např. v rámci rodiny,
- formální řízenou komunikaci např. pracovní poradou,
- komunikaci v davu např. při sledování hokejového zápasu,
- komunikaci při uzavírání smluv či obchodování,
- komunikaci prostřednictvím médií, interkulturní komunikaci např. v cizině

(VYBÍRAL, 2009).

Bude - li zdravý člověk porovnávat v kolika z Vybíralových typů charakterů sociálních situací má dobré zkušenosti a cítí se v nich "jako ryba ve vodě", přirozeně brzy zjistí, že zhruba jedna třetina situací je pro něj komplikovaná či zcela neznámá. Kolik žen se cítí dobře v davu hokejových fanoušků? Kolikrát v průběhu běžného života se uzavírají složité právní smlouvy či dokumenty? Jak častý je přímý styk s médii? A bezpochyby se dá najít mnoho dalších příkladů, kdy i zdravý člověk pocítí vlastní neobratnost v sociálním kontaktu v důsledku své momentální nezkušenosti či nekompetentnosti.

Pro člověka s tělesným handicapem pak stejná situace může přesahovat takové zatížení, které zdravý člověk nakonec ještě nějak zvládne, zcela hranici snesitelnosti. Důvody těchto strastí a "sociální nezkušenosti" mohou být - častější izolace, obecně menší počet sociálních kontaktů, komplikovanější a méně častý styk s vrstevníky a přirozeně méně zkušeností s různorodými sociálními situacemi.

Konkrétně pak mohu jmenovat častější izolaci tělesně postižených díky architektonickým bariérám zejména mimo velká města. S menším množstvím sociálních kontaktů je možné se setkat také u dětí, které díky svému zdravotnímu stavu tráví mnoho času v nemocničních zařízeních. Stejný problém však může nastat i v domácí péči, kdy dítě může - např. v důsledku protekcionistické výchovy - vyrůstat v izolaci své vlastní rodiny.

Ústavní péče umožňuje dítěti (ale i třeba seniorovi) získat více sociálních kontaktů se stejně handicapovanými vrstevníky. Na druhou stranu však ústavní pobyt zpravidla zvyšuje výše zmíněnou hrozbu izolace od světa "zdravých".

Oba vyjmenované typy péče mohou tedy vézt k jakémusi druhu pasivně závislého či dokonce naučeně bezmocného (learned helplessness) chování, které neumožňuje získat potřebné sebevědomí a kompetence pro samostatný život. Takto omezené, chudé či méně přesné informace o světě vytvářejí okolní svět pro postiženého hůře srozumitelným. Nemá - li reálné možnosti získat všechny běžné a potřebné zkušenosti, nemůže se pak ani rozvinout v plné šíři svých latentních možností.

Pro postiženého je tedy jeho handicap bariérou ve vytváření přirozené sociální sítě a reálně tak často nemá šanci získat tak rozsáhlou komunikativní síť jako člověk zdravý. Nicméně ani jedinec po úrazu, u něhož by avizovaná sociální síť měla být dávno vybudována, není v záviděníhodné pozici. Není totiž bohužel neobvyklé, že své staré kontakty v důsledku zásadních životních změn ztrácí (JESENSKÝ, 1995). Menší kompetence a zkušenosti pak mohou mít vliv na negativněji pojaté sebehodnocení a to pak může omezovat či negativně ovlivňovat komunikační projev člověka s handicapem.

3.4 Komunikace neverbální

V souvislosti s možnými pozitivy verbální elektronické komunikace jsem se již výše zmínil o rizicích, která přináší nepřítomnost neverbální složky. V komunikaci pomocí elektronických medií, tedy e - mailu, chatu atp. se mohou sice stírat nežádoucí předsudky, o nichž budu psát podrobněji v další kapitole, ale zároveň se stírá řada sdělení, nezřídka klíčových, pro pochopení předávané informace. Pro dokonalý přehled tedy uvádím, že obecně neverbální komunikací rozumíme „ ... *komunikaci mimoslovní, nonverbální, která je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí, kvalitou hlasu, pauzami v řeči, zvuky, jako je smích, bručení aj., vzdálenostmi, čichovými vjemy, používáním artefaktů, jako je oděv, kosmetika aj. ...* “ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 265).

Komunikace mezi lidmi obecně je často výrazně ovlivněna negativními stereotypy, mezi něž často patří i chybné „dekódování“ neverbálních signálů.

Již jsem se zmínil o „jinakosti“ tělesně postižených, ať vzhledem k jejich reálným fyzickým možnostem, nebo v souvislosti se sociálními důsledky postižení.

V každém případě je možné setkat se v komunikaci s tělesně postiženými s tolika matoucími, nejednoznačnými či dokonce negativně hodnocenými neverbálními signály, že kontakt zdravého jedince s tělesně postiženým pak může být zatížen obrovským množstvím nedorozumění, která nezřídka mohou vzbuzovat až neočekávané reakce na té i oné straně a nelze se pak ani divit komunikačním bariérám mezi oběma skupinami, o nichž mluví například i NRZP.

3.5 Další aspekty ovlivňující komunikaci

3.5.1 Jinakost

Z výzkumů víme, že postižené dítě integrované do běžného typu školy se může stát jak zdrojem ochranných tendencí svých spolužáků, tak zdrojem kompenzace „dětských komplexů“. Rozdíl v „úspěchu“ integrace může být daný mnoha okolnostmi, jedním z nich je i časnost získaných zkušeností s „jinakostí“ tohoto typu a to na obou stranách. Charvátová uvádí příklady integrace dětí v různém věku do různých školských zařízení. Maminka malé čtyřleté holčičky, jež je v důsledku muskulární dystrofie upoutaná trvale na invalidní vozík, popisuje její fungování mezi dětmi takto: „... zjistili jsme, že mezi dětmi nemá problémy ... malé děti totiž přijdou a přímo se zeptají, když jim problém vysvětlíte, vezmou ho na vědomí a už to neřeší ... když dodáte jak je třeba ... pomoci, vezmou to jako fakt ... a pomohou ... dospělí pořád přemýšlejí, jak se k tomu postavit, malé děti už ne“ (cit. dle CHVÁTALOVÉ, 2005, s. 117).

Vývoji tělesně postiženého dítěte se budu věnovat v dalších kapitolách, nicméně ilustrace zrození předsudků, které bývají závažným zdrojem problémů je dle mého přesvědčivá. Snad ještě jeden příklad. Matka téže holčičky popisuje vstup dcery do běžné školy: „... ve škole řekli rodičům, že do první třídy přijde děvčátko na vozíčku, nikdo prý nebyl proti, ale potom rodiče postupně přicházeli ... měli obavy, aby paní učitelka splnila osnovy, aby ... postižené dítě nezdržovalo ... nebylo vzděláváno na úkor ostatních“ (cit. dle CHVÁTALOVÉ, 2005, s. 120).

Patrně každý v životě narazil na bariéru očekávání, ať už ve svém vlastním pojetí druhého či v důsledku předsudečného či nepřijímacího postoje druhých.

Z výše uvedeného a s poukazem na sociální vývoj a psychologickou charakteristiku tělesné deformace pak problém předsudků v komunikaci tělesně (zdravotně) postižených nabývá na závažnosti.

Jak se tedy zdá, předem vytvořený názor tedy hraje v životě tělesně postižených a při komunikaci s nimi významnou roli.

Na druhou stranu v kultuře orientované na výkon a ekonomiku se patrně není čemu divit. Společnost, v níž klíčovou roli hraje „*růst, který nezná nic než sebe sama*“, prostě ke své existenci nutně potřebuje lidi - stroje, kteří dokonale a bezchybně zvládají stoupající nároky pokud možno perfektně a ještě s úsměvem (SEDLÁČEK, 2009, s. 249).

Problém je, pokud jedinec pozbyl anebo nikdy nemohl ani nabýt žádoucích kompetencí „robotníka“. Je - li totiž tělesně či jinak handicapován, znamená to často, že je (někdy výrazně) omezen v určité činnosti. Omezení se tak přirozeně může dotýkat i požadovaného pracovního výkonu. Kromě jiných omezení pak tělesně postižený jedinec nezdědka naráží také na překážky, jež nezpůsobilo primárně jeho tělesné postižení, ale ty překážky, které vznikají v hlavách těch druhých, tedy již vícekrát zmíněné předsudky.

3.5.2 Předsudky

Vysvětlit vznik předsudků v lidské mysli není úplně snadné. Roli mohou hrát: kultura, stupeň vzdělání, nezřídka pohlaví jedince, rodiny, vlastní zkušenosti, výchovný styl, ale i řada dalších, ne zcela očekávatelných aspektů. Časopis Psychologie Dnes zveřejnil např. postřeh psychologa Diederika A. Stapela a sociologa Siegwarta Lindenberga, kteří si povšimli jisté spojitosti mezi zesílenými předsudky, sklony k diskriminaci a chaosem či nepořádkem. Oba odborníci našli příčinu oněch zesílených předsudků ve sklonu k větší uzavřenosti a stažení se do sebe u těch jedinců, kteří se náhle ocitli v prostředí, které lze označit za chaotické či špinavé. Jako obranu proti této nežádoucí situaci měli tito lidé tendenci své okolí opět nějakým způsobem uspořádat, tak aby se v něm i přes zjevné nedostatky cítili opět bezpečněji a lépe.

Výsledkem této snahy o jisté uspořádání či strukturaci bylo právě zesílení předsudků vůči jiným rasám, náboženským či sexuálním menšinám atp.

V okamžiku, kdy se prostředí opět vrátilo k známé struktuře, čistotě a pořádku, se předsudky opět zmenšily.

Zmíněný postřeh obou pánů se později zkoumal i v laboratorních podmínkách a zjistilo se, že osoby, situace nebo symboly, které vykazovaly spojení s nepořádkem, zesilovaly diskriminační chování a předsudečné postoje. Závěrem tohoto výzkumu pak bylo doporučení, že řád a pořádek oslabují sklony k diskriminaci a předsudkům. Žádoucí je tedy podporovat stav, který takové (přehledné, uspořádané) prostředí podněcuje (*Focus*, 2011, s. 6).

Z pohledu tělesně postižených je zřejmé, že bariérou bránící plné integraci, může být jak jejich sociální reálné postavení, tak nekonformní vzhled. O obojím se podrobněji zmiňuji v kapitole „Svět dokonalosti jako idol současné společnosti“ a „Vzhled jako fenomén doby“.

Jedno z dalších možných vysvětlení vzniku negativních předsudků vůči tělesně postiženým - totiž jakési přednastavení z říše pohádkových příběhů - nabízí naše vlastní dětství. Von Franz ve své knize píše: „... *modelové postavy jsou projekce, které vytváří nevědomí, nebo se promítají na vnější osoby, utkvějí ve fantazii dítěte ...*“ (Von FRANZ, 2008). Jsou to často právě pohádky, které totiž utvářejí naše archetypální vzorce. A tyto vzorce si pak děti nesou s sebou do života. Stačí si otevřít jakoukoliv knihu pohádek a je ihned vidět, že ti jednoznačně kladní jsou vždy fyzicky krásní, nebo se jimi přinejhorším brzy stanou. Ti zlí jsou zpravidla ohavní, deformovaní a jsou po zásluze potrestáni. Vágnerová pak poukazuje na generalizaci v hodnocení osobnosti tělesně postižených, kdy (ne)estetika jejich vzhledu je spojována s negativními vlastnostmi, jako je zloba, zákeřnost, zlomyslnost atp. Podobnou „symbiózu“ tělesné a duševní invalidity můžeme nalézt běžně v pohádkách, kde ji lze snad i očekávat. Bohužel stejně černobílé vzorce najdeme i v literatuře pro ryze dospělé jedince. Sám Shakespeare popisuje svého Richarda III. jako „... *zloducha, ošklivého a odpudivého, vraha a zbabělce, který dal zabít dvě děti ...*“ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 259). Shakespeareovými slovy pak sám Richard popisuje sebe sama: „... *já, nestvořený ... abych se zhlížel v zrcadle ... křivý, nehotový, hudlařsky spíchnutý a samý kaz ... nemám jinou zábavu než ... komentovat to své mrzáctví ... nemohu být milencem ... a tak se stanu lotrem ...*“ (SHAKESPEARE, 1995, s. 241). V každé inscenaci tohoto díla pak král výrazně kulhá a jeho záda „zdobí“ nápadný hrb.

Kromě tohoto černobílého vidění se pak děti setkávají ještě s jedním fenoménem, který je rovněž problematické nechápat. Jde o snahu jejich blízkých je tzv. „ochránit“ před jakoukoliv zátěží. A tak tyto „ochráněné“ děti nechodí do nemocnice za dědečkem, aby se nebály. Děti se nemohou zúčastnit pohřbu babičky, aby nebyly smutné a neplakaly. Ve svém bezprostředním okolí jsem se setkal i se situací, kdy rodiče „chrání“ své ratolesti před „ošklivostí světa“ sepisováním peticí jako protestu proti výstavbě bezbariérových domů určených pro tělesně postižené nebo s peticí proti výstavbě domovů pro seniory s odůvodněním, že pohled na tolik „mrzáků“ či „starců“ by negativně ovlivnilo vývoj malého dítěte

Problém je, že neznalost a nezkušenost bývá nosným podhoubím pro vznik neadekvátních a nežádoucích předsudků. Pro rodiče postižených dětí je pak styk s takto „nezasvěcenou“ veřejností velice zatěžující a i to může vést v konečném důsledku ke snaze raději se ještě více izolovat, než čelit reakcím v zásadě dvojího druhu a to buď kritizujícím, nebo litujícím (NEUMANNOVÁ, 1991).

Chvátalová ve své knize publikuje zpověď maminky syna postiženého DMO. Matka popisuje reakce širokého okolí na invalidní vozík svého syna takto: „... *nevadí mi, když se děti ptají rodičů: proč se ten velký kluk ještě vozí?... otrěsné jsou reakce rodičů, nebo prarodičů, kteří jim to nejsou schopni vysvětlit a reagují: neptej se tak hloupě, nebo dítěti rovnou vlepí facku nebo se i posmívají*“ (cit. dle CHVÁTALOVÉ, 2005, s. 118). Podobnou zkušenost popisuje ve své knize i Vendula Neumannová, kdy její maminka musela poslouchat v parku poznámky typu: „*To je hezká holčička, škoda, že je hloupá ... taková veliká a neumí chodit*“. Otec Dr. Neumannové dokázal na podobné ne příliš vkusné poznámky reagovat poměrně pohotově: „*Taková stará a je tak hloupá*“. Maminku paní Neumannové však podobné necitlivé poznámky bolely a dle rčení, že „není šprochu ...“ začala o své dceři mít vážné pochybnosti (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 54). Jinou zkušenost popisuje maminka malé holčičky postižené muskulární dystrofií: „... *mijela mě maminka s malým chlapcem, zaslechla jsem ... jak na Anetu na vozíku upozorňuje, a ona řekla - no vidíš, jak je šikovná, jak pěkně jede*“ (cit. dle CHVÁTALOVÉ, 2005, s. 162). Z jistého úhlu pohledu se tedy vlastně může zdát, že výše zmínění sepišovatelé předsudečných petic mají vlastně pravdu. Zkušenost s „mrzáky“ či „starcí“ jejich děti skutečně ovlivní. Jen si neuvědomují, že to „ovlivnění“ by mohlo být podnětem i pozitivním nikoliv striktně negativním.

Hogenová cituje Merleau - Pontyho: „*Věc není nikdy oddělitelná od vnímajícího, nikdy nemůže být jen sama o sobě, neboť všechny její podoby odpovídají jen naší vlastní existenci*“ a pokračuje „ ... *každé vnímání je tak rozhovorem, dialogem těla s okolním světem ...* “ (cit. dle HOGENOVÉ 2006, s. 33). Dialog výše zmíněných rodičů s okolním světem je v tomto kontextu tedy snad i srozumitelný (zkratka nemohou jinak), ale negativní dopady takového způsobu dialogu je možné si lehce domyslet. I to je ovšem realita praktického život tělesně postižených.

Novosad pak charakterizuje čtyři druhy předsudků:

- **paternalisticko - podceňující:** postižený člověk bývá v takovém pojetí vnímán jako chudák, ubožák, oběť tragického osudu či neštěstí, který se pak stává objektem svrchované dobročinnosti těch, kteří jsou zdraví, a tudíž vědí daleko lépe, co postižený potřebuje a co nikoliv,
- **odmítavé:** tělesně postižený je vnímán jako nežádoucí, neužitečný jedinec bez jakéhokoliv přínosu pro společnost, naopak se poukazuje na jeho parazitismus a jeho postižení se nezřídka chápe i jako jakýsi „trest“, typické bývá i „značkování“ postiženého jedince jako invalidního, mrzáka či defektního. (Pozn. autora této práce: to je společensky obzvláště nebezpečné, připomeňme konečný způsob řešení této problematiky u nacistů nebo i okrádání a ubližování takto postiženým ze strany kriminálních jednotlivců v demokratických systémech),
- **protektivně - paušalizující:** tělesně postižený bývá vnímán jako osoba s řadou nezasloužených či neoprávněných výhod, bez ohledu na reálný stav věcí, zejména v souvislosti s byrokraticko - (pseudo) medicínskými rituály při přidělování té či oné sociální dávky, služby či příspěvku, kdy se žadatel nezřídka považuje za nesvéprávného „otravu“. Mediální obraz však často zdůrazňuje jen jednu stranu mince - tedy dané služby, dávky či příspěvky a odvrácená strana pak zůstává skryta,
- **idealizující:** paradoxní vnímání postiženého jako hrdiny, který se vzpírá a (úspěšně) bojuje se svým nelaskavým osudem a vzniká tak dojem, že osoba s tělesným handicapem bude jaksi automaticky nositelem pozitivních vlastností, zesílených ostatních schopností, zlepšením zdravých funkcí a navíc nezřídka i mravním kreditem, který jí její postižení vtisklo jako jakousi náhradu za to, co ztratil (NOVOSAD, 2009).

Z uvedeného jasně vyplývá, že předsudky mohou nabývat nejrůznější formy a to i ty, které se mohou zdát na první pohled pozitivní.

Například „idealizující“ očekávání ve vztahu k postiženým se může snadno obrátit v jejich neprospěch, neboť v nich převládají iracionální úvahy a emoce vzešlé z pocitů lítosti. Du Maurier ve svém romantickém románu ze 17. století, jehož hlavní hrdinkou je invalidní žena, vytváří typicky idealizovaný obraz ženy zmrzačené pádem z koně: „ ... *má nehybnost zjemnila mé smysly a vyhranila mou vnímavost ...* “ (Du MAURIER, 1992, s. 64).

Problém je v tom, že postižení jsou i přes své handicapy stále lidé se všemi lidskými ctnostmi i neřestmi a samotné postižení zkrátka automaticky nevytváří nějakého vyššího a lepšího člověka.

A tak postižení mohou být, zrovna tak jako lidé bez postižení, někdy poněkud nesrozumitelní či nepochopitelní, ale stále zůstávají jedinci, kteří jsou poctiví a nepoctiví, obětaví a vypočítaví, přející a bezohlední, citliví i necitelní.

3.5.3 Svět dokonalosti jako idol současné společnosti

Předsudky se pochopitelně týkají i našich očekávání. Zmínil jsem vliv pohádek a přidal bych i vliv seriálů a médií vůbec. Daniel Selim Hamermesh, americký ekonom přednášející na Maastrichtské Universitě je průkopníkem tzv. „ekonomie krásy“.

Toto odvětví ekonomie zkoumá dopady fyzického vzhledu na společenské uplatnění a snaží se vyvracet zažitou představu, že v zásadních klíčových rozhodnutích, jakým je například přijetí do zaměstnání toho či onoho uchazeče, hrají primární vliv jeho kvalifikace a zkušenosti. Takové rozhodnutí by tudíž bylo pragmatické, rozumové a nemohlo by tedy v takto exponovaných rozhodnutích hrát zásadnější roli subjektivní sympatie či půvab uchazeče. Ekonomové krásy tento myšlenkový stereotyp vyvracejí a v souvislosti s trhem práce dokonce používají termíny jako „prémie za krásu“ a „pokuta za ošklivost“. „Pokuta za ošklivost“ je při tom výrazně vyšší než prémie za opačný pól (cit. dle KOVANDY, 2010). Nevím, do jaké míry jsou podobné úvahy relevantní, ale je faktem, že fyzický vzhled může být do jisté míry určující.

Krch popisuje tlaky společnosti, které (z jeho úhlu pohledu) mohou vést ke vzniku poruch příjmu potravy, ale které mohou, stejně dobře a viditelně ilustrovat i náš problém s přítomností fyzické a výkonnostní adorace naší současné společnosti. Krch rozlišuje faktory kulturní, společenské, rodinné a individuální.

Z těch kulturních jsou pro nás dobře ilustrativní „... životní vzory současného člověka, jednostranné vykreslování určitých typů (kladní a úspěšní hrdinové jsou štíhlí, příliš se mluví o tom, kdo jak vypadá ...)“ (KRCH, 2008, s. 32). Společnost je nekritická k idealizaci dokonalých, úspěšných, vždy skvěle vypadajících, módních a vždy stylových. Obézni jsou naopak skandalizováni jako líní, oškliví a nezdraví. Mnoho tělesně postižených má vysokou nadváhu, buď jako důsledek svého postižení, nebo v důsledku nemožnosti většího pohybu. Ani jedno však přirozeně nemusí být jejich chyba, nebo vina.

Dalším problémem je pak konformita společnosti, kdy lidé uznávají podobné hodnoty, ztrácí se tolerance k jinakosti a je podporována snaha nelišit se. Silněji se přirozeně tato touha objevuje v dospívání.

Společnost také adoruje fyzický výkon, úspěch, podporuje sebekontrolu, soutěživost a kritičnost. Důraz je kladen na tělesné zdraví, mládí a vzhled (KRCH, 2008). Legitimizací pro samotné uznání naší vlastní existence je dle Hogenové jednoznačný - obecně akceptovaný - výkon. Takových žádoucích výkonů a jejich následné nekonečné znovu-překonávání je však trvale schopen pouze mladý člověk, respektive mladý a tím i jakoby přirozeně zdravý člověk. Proto je v této společnosti přítomna taková adorace „zdraví a mládí“ (HOGENOVÁ, 2005).

Obecně známý je také fenomén tzv. „haló efektu“, kdy k posouzení člověka (a následné chyby v úsudku) docházíme „... z 55 % vzhledem ... vzhled utváří oblečení ... doplňky ... u žen účes, make up, spolu s gestikulací a mimikou ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 183).

3.5.3.1 Vzhled jako fenomén doby

Kybalová popisuje důležitost módy jako odrazu dočasného, ale obecně přijatého a závazného názoru na vnější kulturní formy.

Oděv je jakýmsi synonymem vesměs akceptované kultury a nepochybně slouží také jako prostředek vnějškové společenské diferenciaci (KYBALOVÁ, 1973). Historie módy popisovaná Kybalovou je přehlídkou důležitosti vnějšího „obalu“ po celá staletí historie lidstva a bylo by patrně naivní domnívat se, že je tomu dnes jinak. „Šaty dělají člověka“ je obecně známé přísloví a jeho - byť omezená - platnost je také známá.

S poukazem na adoraci mládí (a zdraví) a s vědomím důležitosti sociálně přijatelného vzhledu si lze snadno představit jakýsi „ideál dnešního člověka“. Tragičnost těchto zvědomělých očekávání, která se mnohdy zdají být již dávno přirozená, popisuje Allen při práci s mužskou terapeutickou skupinou: „... *kolik z Vás, co jste tady, je vysokých, bohatých, úspěšných, vlivných, štíhlých, svalnatých, má dvacetimetrové péro, chlupy na hrudi, vždy se ovládá ... tamhle je jeden takový! Jediný muž tady!*“ (cit. dle BIDDULPHA, 2007 s. 151). Nejsm - li tedy vysoký, bohatý atd. je můj sociální status automaticky o nějaký ten stupeň nižší?

Zdá se, že na tom něco bude. Dopad takových úvah případně takových požadavků či předpokladů pro člověka s postižením je lehké si domyslet.

MPSV evidovalo k 31. 12. 2007 cca 355 000. uchazečů o práci a téměř pětinu tvořily osoby se zdravotním postižením. Navíc 79, 5 % osob se zdravotním postižením ve třech věkových kategoriích mezi 15 až 59 lety pobíralo sociální dávky. U osob nad 60 let dosahuje počet příjemců těchto dávek v průměru dokonce 92 % (ČSÚ 3309-08, 2008).

Z uvedených čísel se dá poměrně dobře vyčíst, že ekonomická síla zdravotně postižených nebude nijak vysoká. Naopak je zřejmá jejich silná ekonomická závislost na sociálním systému státu. Je tedy pravděpodobné, že jejich vzhled bude odpovídat nejen následkům úrazu či nemoci, ale rovněž jejich finančním možnostem. Jejich fyzická deformita navíc může nezdřídka vyžadovat speciální krejčovské služby, které jsou však také mnohonásobně dražší než běžná konfekce a přístupnost „společensky žádoucího“ vzhledu tak může být pro postiženého člověka ještě hůře dosažitelná, než pro zdravého jedince. Tohoto paradoxu, jakési „skryté daně“ za postižení jsem si všiml již v kapitole „Překonávání bariér - osobní asistence“. Existence tohoto fenoménu pak rovněž může podpořit legitimitu úvah, kterými se zabývá tzv. „ekonomie krásy“ o níž se zmiňuji v kapitole „Svět dokonalosti jako idol současné společnosti“.

3.5.3.2 Deformita těla

Nutno podotknout, že viditelná tělesná deformita pak má další význam v sociálním hodnocení jedince jeho okolím. Nápadné změny a odlišnosti nejen že mohou snižovat sociální status jedince, ale mohou mít vliv i na sociální hodnocení a akceptaci postiženého (VÁGNEROVÁ, 2004).

Dobře tento stav ve své výpovědi ilustruje opět doktorka Neumannová: „*my spastici jsme ... na tom ještě o něco hůř ... pro laickou veřejnost jde o vzhled ... když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíčku, ale hezkého spastika jsme ještě neviděla, to jak vypadáme, vyvolává u jisté části veřejnosti představu, že jsme i blbí*“. Dr. Neumannová pak popisuje i způsob jak se vyrovnala s důsledky „haló efektu“: „... *tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát ... před určitým druhem lidí se dávám zásadně titulovat „paní doktorko“... je to pro ně šok*“ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 254).

V této souvislosti bych si dovil ještě zmínit, že problémy s artikulací, popř. i vážnější poruchy verbální komunikace a spastické projevy DMO bývají často, jak se lehce expresivně zmiňuje dr. Neumannová, automaticky spojovány s nižší inteligencí. Nezřídka bývají tyto svalové křeče a artikulační problémy považovány rovněž za projev mentální retardace. Zdravý člověk pak mívá tendence při komunikaci napovídat, dokončovat myšlenky či prostě komunikaci v důsledku vlastního nepodloženého přesvědčení, že smysluplná komunikace není realizovatelná, ukončí (SLOWÍK, 2010).

3.6 Komplexní přístupy uplatňované vůči handicapovaným

3.6.1 Disabilita a diskriminace

Z uvedeného je zřejmé nebezpečí takových paušálně předsudečných postojů, které bývají někdy také označovány jako disabilismus, tedy jakýsi obecný předpoklad neschopnosti. S tím samozřejmě úzce souvisí diskriminace, která v případě předsudečného postoje je navíc o to nebezpečnější, že není subjektivně vnímaná jako diskriminační. Takových postojů může být celá řada, já pro ilustraci uvedu alespoň čtyři:

- **přímou diskriminaci**, která vzniká jednáním, jež přímo znevýhodňuje osobu s tělesným postižením v přímé souvislosti s jejím handicapem a které by osobu bez takového postižení ve srovnatelné situaci nepostihlo,
- **nepřímou diskriminaci**, kdy zdánlivě neutrální ustanovení, kritérium či praxe uvede osobu s tělesným postižením do nezaslouženě nevýhodné pozice vůči osobě bez postižení,

- „skrytou“ formu diskriminace, kdy neopodstatněně jsou oddalovány, nebo zadržovány podpora, pomoc, žádoucí opatření či uzpůsobení tam, kde to nelze ospravedlnit,
- **obtěžování** je formou diskriminace, kdy je tělesně postižený vystaven nežádoucímu chování snižujícím jeho lidskou důstojnost, chování, které je zastrašující, bezdůvodně nepřátelské, pokořující nebo urážlivé včetně vytváření takto laděného prostředí (NOVOSAD, 2009).

3.6.2 Protektivita

Považuji za důležité ještě podotknout, že ani litující, přehnaně protektivní přístup není žádoucí. Naopak mnozí jedinci s tělesným postižením pocítují litující chování jako velmi ponižující.

Je dobré chápat, že, je - li člověk narozen jako tělesně postižený, nemusí svůj handicap (v důsledku reálné neznalosti a zkušenosti vlastní ztráty) vnímat zdaleka stejně „tragicky“ jako někdo, kdo se narodil jako zdravý a postižení tak vnímá v pravém slova smyslu toho slova (SLOWÍK, 2010). I když např. handicapované dítě bezpochyby vnímá „funkční“ rozsah svého postižení, na jeho zdravý vývoj má stejnou nebo větší měrou vliv nejen objektivní rozsah postižení, ale také subjektivní hodnocení dopadu postižení (MATĚJČEK, 2001). Sociální interakce je tedy nesmírně důležitá a lítost staví člověka do pozice nikoliv rovnocenného partnera, ale objektu soucitu, jakéhosi „politováníhodného chudáčka“.

Takové vnímání sebe sama je však pro mnohé handicapované naprosto scestné, neboť se s danou situací již dávno vyrovnali nebo ji dokonce mohou vnímat, jako jistou výzvu viz komentář Dr. Neumannové výše. Dokonce i snaha „chodit kolem horké kaše“ a za všech okolností se vyhýbat tématu postižení je zpravidla nadbytečné. Dětská bezprostřednost, popsaná výše by mohla být v mnohém pozitivním návodem k přirozené komunikaci. Samozřejmě, že podobná „přirozená“ dětská zvědavost se může u dospělého člověka považovat za hloupou neomalenost a je tedy vždy nutné se alespoň pokusit vnímat situaci v kontextu s osudem postiženého. Mohli bychom totiž svou nevhodnou reakcí ranit člověka, který je krátce po úrazu, nebo po zásadním zhoršení zdravotního stavu a není ještě se svou životní situací vyrovnán.

3.6.3 Předsudky a vlastní rodina

Vývoj a výchova mladých tělesně postižených jedinců vyžaduje specifický přístup a je nutno vzít v úvahu problémy a úskalí, jež přináší. Je nutno přiznat, že jistá izolace a vysoce zvláštní protektivní postavení tělesně postižených dětí přináší mnoho vody na mlýnské kolo předsudků. Problém samozřejmě tkví v informovanosti.

Je dobré uvědomit si, že pro rodiče znamená jak narození postiženého dítěte, tak i vznik postižení dítěte v důsledku vážného úrazu nebo nemoci enormní psychickou (a později i fyzickou, finanční a sociální) zátěž, která je navíc neočekávaná a mnohdy i neočekávatelná. Rodič nejen, že musí čelit velmi vážným problémům svého potomka, ale zároveň sám trpí traumatem z pocitů selhání v rodičovské roli a viny za stav, v němž se potomek nachází.

Také vědomí neschopnosti zplodit zdravé dítě, nebo ochránit svého potomka před devastujícím úrazem či nemocí vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti (VÁGNEROVÁ, 2004).

I to je patrně důvod, proč se mnozí rodiče snaží integrovat své postižené dítě takřka „za každou cenu“. Neumannová o své matce píše: „*Objektivní posouzení mé inteligence mělo obrovský význam pro mou maminku. Motivovalo ji k ještě soustředěnější snaze vychovat ze mne samostatnou, vzdělanou myslící bytost*“ (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 54). V tomto konkrétním případě je srozumitelná snaha rodiče snažit se pochopit reálné možnosti, které dítě i přes své postižení (v tomto případě DMO) reálně má a které mu mohou dopomoci žít „normální“ život.

Následné přijetí dítěte do běžné - nikoliv speciální - školy může pro rodiče představovat jistý druh potvrzení normality dítěte. Je to potvrzení v tom smyslu, že i přes své zjevné a neodstranitelné postižení dosáhlo jejich dítě takového stupně vývojové úrovně a adaptability, že je možné je zařadit do „normálního“ školního výchovného procesu. Subjektivně pak rodiče takové přijetí nezřídka kvalifikují jako jakousi verifikaci nižšího a méně závažného stupně postižení jejich dítěte. Taková víra může být do jisté míry snad i prospěšná, pokud však je založena na reálných očekáváních a znalostech uskutečnitelných možností dítěte. Je - li však volen „běžný“ typ školy čistě kvůli jakémusi „přenálepkování“ negativního významu postižení a dítě je násilím donuceno vzdělávat se v instituci, která nevyhovuje jeho subjektivním potřebám a schopnostem, může být taková integrační snaha spíše na škodu

Nebezpečí spočívá i v situaci, kdy může být dítě postaveno do ambivalentní role spolužáka, jemuž je nutné pomáhat. Takové postavení může pak vyvolávat dojem, že onen spolužák nemá rovnocenné podmínky ke studiu jako všichni ostatní a jeho postavení ve třídě pak může být problematické.

Je proto důležité dobře zvážit jak velkou roli v rodičovských ambicích výběru té či oné školy hrají jejich neadekvátní naděje či jejich případné předsudky vůči speciálním školám (VÁGNEROVÁ, 2004). Na druhou stranu uvádím reakci ředitelky střední školy v souvislosti s přijetím dítěte s DMO: " ... *snad si paní nemyslíte, že kvůli jedné vaší nemocné, vyřadím jednu zdravou ...* ", která je sice více než 50 let stará, ale ukazuje velmi jasně, jak i relativně vzdělaná část společnosti může pohlížet na zdravotně postižené (NEUMANNOVÁ, 1991, s. 79).

Nutno podotknout, že rodiny s těmito dětmi jsou reálně společensky nedoceny, neexistují žádné zvláštní pracovní úlevy pro rodiče postižených dětí a jejich kariérní růst či odborné uplatnění jsou mnohdy dlouhodobě omezeny. Rodiny s postiženými dětmi jsou tak často ekonomicky velmi slabé a jejich místo na společenském žebříčku pak bývá mimořádně nízké.

4 NÁSTRAHY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

4.1 Rodina s tělesně postiženým dítětem

Důsledky enormních požadavků na osobnost rodiče, jeho psychickou a často i fyzickou odolnost, přirozená touha po společenském uplatnění a životě bez zásadních ekonomických problémů pak vytvářejí prostředí s takovým tlakem na rodinu, že její stabilita se hroutí. Dochází k rozvodu a postižené děti následně zůstávají v domácnosti pouze s jedním rodičem - nejčastěji s matkou (SLOWÍK, 2010).

Pokud je postiženým dítětem chlapec, nastává další problém. Bly ve své knize píše, že jsou to ženy, které porodí chlapce, ale zároveň dodává, že „... *pouze muži dovedou změnit chlapce v muže*“. Pokračuje příkladem chlapce postrádajícího v domácnosti rozvedených rodičů vliv otce a prožívajícího tento deficit jako zásadní. Aby mohl vyrůst v sebevědomého, zralého muže, bude - mimo jiné - důležité pro jeho zdravý vývoj strávit mnoho hodin ve společnosti jiných mužů (BLY, 2005, s. 29). U chlapce s postižením (a nejen u něj) navíc může hrát roli stud či pocity viny za jeho fyzickou slabost, které snižují jeho sebeúctu. Naše kultura má navíc tendenci věci jednoduše stavět do kauzálních rovnic, kdy jsou špatné věci podle vzoru výše zmíněných pohádek chápány jako trest za předešlé špatné skutky. Že podobné myšlenky napadnou patrně každého člověka, který se stane například v důsledku úrazu postiženým, je patrně očekávatelné. Nicméně dospělý člověk často disponuje daleko pestřejší paletou možností vyrovnání se s podobným typem úvah. Jak devastující dopady mohou mít tyto úvahy na postižené dítě, je tak lehké si domyslet. Postižené dítě tak potřebuje podporu svých nejbližších a to snad i více než dítě zdravé.

Fyzická i mentální přítomnost obou rodičů je tedy pro dítě s handicapem nenahraditelná (MURPHY, 2001). Schází - li totiž souhra a soupeření žen a mužů v rodině, může se tento deficit promítnout do vývoje dítěte. Deficit otce je pak pro syna zbaveného svým postižením „přirozené“ fyzické převahy o to složitější. Chvála s Trapkovou publikují příklady, kdy (jinak zdraví) chlapci, neznalí rodinného přirozeného soupeření mezi muži, zůstanou s matkou ve vzájemném porozumění bez žádoucí separace z ženského světa. Takto „postižení“ chlapci (a uvozovky bychom mohli v tomto případě zdvojit) si mnohdy se svou matkou jakoby „zbudou“.

Oba pak prožijí celý život, až do smrti jednoho z nich, z tohoto jakéhosi pseudomanželství neodloučení (TRAPKOVÁ a CHVÁLA, 2009).

Zdá se mi zcela zjevné, že pro chlapce s tělesným handicapem, pro něhož je osamostatňování se ještě o poznání složitější, nebezpečí vzniku takového pseudomanželství značným způsobem vzrůstá. Je faktem, že v české společnosti jsou chlapci obecně vychováváni převážně ženami. V domácnosti do tří let dítěte je to zpravidla matka, v mateřské školce a základní škole samy vychovatelky, učitelky, zřídka kdy vychovatelé nebo učitelé. Představíme - li si situaci, kdy by dívka byla od dětství vychovávána převážně samými muži, patrně nás zarazí taková představa a dokážeme si důsledky snadno představit. Zvláštní, že opačná verze stejného problému nás nechává v klidu. Bly navíc popisuje bezprostřední reakce žen (matek) na fakt, že v určitém časovém resp. vývojovém období je v některých kulturách chlapec předán do výchovy k otci. Tyto ženy reagují jednoznačně: „*Ne, muži neumějí vychovávat, nepostarali by se o něj*“ (BLY, 2005, s. 30). O co větší musí být mateřská úzkost o chlapce, který je navíc v mnohém fyzicky odkázaný na její péči po mnoho let, si patrně lze snadno domyslet. Jakou má tedy šanci zdravě dospět tělesně postižený chlapec izolovaný architektonickými bariérami bez dostatečného množství relevantních sociálních kontaktů a zkušeností, který navíc vyrůstá bez potřebné podpory a bez vzorů vlastního pohlaví (BIDDULPH, 2007)? Zásadním prvkem ve vývoji chlapce pak bude hrát i „přirozená“ orientace mužského světa na fyzickou zdatnost. A pokud souhlasíme s názorem, že naše těla jsou „osobní“, že jsou určovateli našeho ega (ego je především a hlavně tělesné ego), potom je zřejmá konotace mezi problematicky tvořeným „já“ a výrazně oslabeným, deformovaným či v různém ohledu nefunkčním (očekávaného žádoucího výkonu neschopným) tělem dospívající handicapovaného chlapce (SACKS, 2009). A jakou šanci mu dává ekonomická realita rodin s tělesným postižením, která osciluje na hranici přežití? Je samozřejmé, že podobné nástrahy čekají i na postiženou dívku, jen možná je její rozvoj v naší společnosti o drobné poznání snazší.

Pro postiženého je tedy nezbytná relevantní péče již v raných fázích dětství, nebo při vzniku postižení. Stejně důležitá jako péče o něj samotného je však i účelná péče o celou jeho rodinu. Nedostane - li se relevantní péče i rodičům dítěte, pomíneme - li možnost vzniku výše zmíněných pocitů viny či selhání, depresivních či úzkostných poruch, mohou se samotní rodiče dítěte stávat obětí svých vlastních předsudků.

Tyto předsudky pak mohou vést například k předpokladům, které bohužel sdílí i značná část veřejnosti i odborníků, že tyto děti jsou „chudáčci“ jejichž budoucnost je značně nejistá, „ubožáci“ odsouzení být „sociálním případem“ na pokraji společnosti bez reálné možnosti takový osud zvrátit. Výsledkem pak jsou „očekávání“, která mohou být naprosto neadekvátní realitě, ale která přesně ilustrují výše zmíněná předsudečné postoje. Novosad uvádí příklad odposlechnutého rozhovoru, jehož modifikaci jsem ve svém životě slyšel již mnohokrát: „... *jak se těhotná vozičkářka chce starat o dítě, když si ani sama nedojde na záchod, ... jak ho chce vychovávat, ... chudák dítě, kdoví, jestli bude normální*“ (NOVOSAD, 2009, s. 31). Na druhé straně je třeba přiznat, že podobné předpoklady nevznikají samy o sobě a jejich relativní obecnost vystavuje dosti přesvědčivé vysvědčení kvality péče o tělesně postižené v naší společnosti.

Tyto předsudky, které vycházejí z neznalosti a nezkušenosti, lze snad pochopit. Ostatně ze své praxe vím, že děti postižených rodičů skutečně vykazují některé specifické znaky, neboť i jejich dětství je bohaté na prvky, které jejich vrstevníci s nepostiženými rodiči neznají. To je však již téma na jinou práci, stejně jako dopady větší závislosti dítěte s postižením na svých rodičích, kteří mohou mít tendenci upřednostňovat svou rodičovskou (pečovatelskou, ošetřovatelskou) roli před rolí partnerskou. Není ani neobvyklé, že pečující rodič (nebo i oba rodiče) upřednostní péči o své handicapované dítě před péčí o sebe sama ať už z jakýchkoliv důvodů - objektivních či subjektivních. Následky pak mohou být nejen nepříjemné pro vlastní psychickou i fyzickou pohodu a společné rodinné soužití, ale nepochopení od druhých, enormní únava a vyčerpání mohou vést nakonec i k rozpadu celé rodiny a to přestože se vlastně všichni velmi snaží. Taková nevyvážená péče může mít za následek, že jeden rodič hledá porozumění a uznání spíše u dítěte než u partnera, nebo upřednostňuje často stranu (postiženého) dítěte proti partnerovi. Neobvyklé není ani upřednostňování handicapovaného dítěte proti jeho zdravým sourozencům a ti mohou být zase až příliš často stavěni do rodičovské role, která jim nepřísluší. Biddulph v takových situacích doporučuje „ozdravný rituál“, který nazývá „chvíle jen pro dva“. Doporučuje, aby si partneři vyhradili vždy nějaký čas pouze sami pro sebe - bez (i handicapovaných) dětí a trávili tak spolu čas nad příjemnými tématy, nebo i nad sklenkou vína a nezapadli tak do rolí „uštvaných pečovatelů“ bez vlastního života (cit. dle FITZNEROVÉ, 2010, s. 125).

Lze snad pouze načrtnout souvislost mezi výše zmíněnými předsudečnými postoji a reakcemi v okamžiku, kdy se tělesně postižené dítě do takto nepřipravené rodiny narodí.

4.1.1 Vývoj postiženého dítěte

Narození tělesně postiženého dítěte může tedy samo o sobě připravit svým rodičům značný šok. Rodiče se připravují na příchod svého děťátka nejen tím, že koupí vybavičku a vše, co dítě bude potřebovat, ale také tím, že se na ně těší, spřádají plány s jeho budoucností, prožívají spolu s ním své naděje, ale také úzkosti či strachy. V okamžiku narození somaticky nemocného dítěte jsou však zásadním způsobem měněny nejen sny a představy rodičů, ale mnohdy je nezbytné v důsledku péče o postiženého změnit i chod celé domácnosti a nezřídka se mění i postoje okolí k takto „postižené“ rodině. Atmosféra v rodině se pak samozřejmě liší s ohledem na charakter postižení. Jedná - li se o onemocnění přechodné a léčitelné zůstává zachována naděje na zlepšení, nebo tzv. „normalizaci“ zdravotního stavu dítěte. Má - li však onemocnění či postižení dítěte charakter trvalého a nevléčitelného stavu, pak je zátěž rodiny enormní (MATĚJČEK, 2005).

Rodina se musí vyrovnávat s několika zátěžemi najednou - fyzickým stavem dítěte a psychickými následky somatického onemocnění, které mohou mít i přímý vliv na vývoj dítěte. Dále pak zátěží, kterou je samotné narození postiženého dítěte pro rodiče. Nelehké jsou i dopady, které může mít péče o těžce tělesně postižené dítě na životní styl jeho rodičů.

Závažný somatický stav novorozeněte představuje pro rodiče v prvotní fázi především hrůzu z ohrožení jejich potomka. Prožívání takové situace Matějček charakterizuje čtyřmi fázemi:

- *Otřes, šok, ohromení z prvotní informace* a z pochopení jejího smyslu.
- *Zoufalství*, kdy rodič cítí beznaději, bezmoc a hluboký smutek.
- *Obranné tendence*, které se projevují popíráním, bagatelizováním skutečnosti a hledáním příčin, „viníků“, včetně sebeobviňování.
- *Postupné přijímání reality* a jejich pozitivní zpracování.

Zároveň však platí, že tyto čtyři fáze se mohou různě střídat a naděje a přijetí se mohou prolínat se stavy beznaděje a zoufalství apod.

Důvodem je nestabilní stav, nejednoznačná skutečnost, kdy se stav dítěte i reálný odhad dopadů postižení, může výrazně měnit a jasné prognózy jsou „odkládány“ do budoucna. Právě toto časové odkládání, které by nenastalo například v případě úmrtí dítěte, přináší zcela mimořádnou psychickou zátěž (MATĚJČEK, 2005).

Dle Vygotského je vývoj postiženého dítěte kvalitativně jiný, unikátní. Jde o typ vývoje, kdy postižené dítě dosahuje téhož vývojového stupně jako dítě bez postižení, ale jiným způsobem. Jedinečný vývojový pochod však vyžaduje znalost reálných možností dítěte, kdy negativní dopady postižení musí být kompenzovány ve správné míře a vhodným způsobem a vytvořit tak dítěti „spojité já“ bez ohledu na to, jakým defektem či poruchou dítě trpí. Přestože se Vygotsky věnoval dětem nevidomým a neslyšícím, jeho postřehy jsou, domnívám se, stejně dobře aplikovatelné i pro děti s tělesným postižením (cit. dle SACKSE, 2009).

Specifičnost samotného vývoje dítěte je přímo úměrná závažnosti jeho postižení. V kojeneckém věku může somatické postižení způsobit narušení senzomotorické inteligence. Jemná motorika a senzomotorická koordinace je poté opožděná. Pro dítě je pak obtížnější manipulovat s věcmi kolem sebe a tak je poznávat. Opoždění se vztahuje i k sociální integraci. V případě postižení mluvidel následně dochází k opoždění vývoje řeči. Zároveň v důsledku léčby či nestandardnosti reakcí rodiče (např. ve frekvenci kontaktu – mazlení), může docházet i k problematickému rozvoji vztahu s matkou a ovlivnění primární sociální kompetence.

Omezení pohybu tělesně postižených dětí také vytváří větší závislost těchto dětí na jejich bezprostředním okolí a tyto děti se pak mohou jevit jako málo zvědavé, apatické a bez zájmu. Separace je pak obtížná, ne-li neproveditelná. To pak samozřejmě zpětně ovlivňuje chování samotných rodičů a v dlouhodobé perspektivě může tato oboustranná závislost způsobovat nemalé problémy (VÁGNEROVÁ, 2004)

Rodič, který byl „donucený“ stát se pečovatelem na plný úvazek (v důsledku tělesného postižení svého dítěte) se rovněž sám může stát „bariérou“ v osamostatňování postiženého dítěte, zvláště nemá - li tato pečující osoba jiný životní plán či program, který by mohla realizovat.

Dlouhodobá péče o postižené dítě může vytvořit extrémně silné pouto mezi pečovatelem a opečovávaným, které nejen že může bránit ve zdravém rozvoji postiženého, ale může stejně „úspěšně“ izolovat i pečující osobu.

Matka patnáctileté dcery postižené DMO popisuje, jak by své dceři ráda dopřála splnění jejího snu, aby mohla vystudovat práva „ ... *moc bych jí to přála ... ale co budu dělat já, až se osamostatní ...* “ (CHVÁTALOVÁ, 2005, s. 142). Nabízí se pak otázka, zda tato matka bude vůbec schopna reálně své dítě podpořit v jeho cestě k samostatnosti, či zda naopak bude vytvářet (byť nevědomě) bariéry, které dítěti jeho cestu ještě více zkomplikují.

Pro příklad nevhodně protekcionistické výchovy uvádím klinický případ Dr. Sackse. Ve své knize autor popisuje příběh šedesátileté, od narození tělesně a zrakově postižené pacientky, jejíž ruce byly pod nadvládou spastických křečů. Svě ruce pacientka komentovala jako „dva ničemné kusy hadru“. Považovala je za něco, co je naprosto k ničemu. Zároveň však z pohledu neurologie byly obě ruce sice slabě spastické, ale jejich senzorycké schopnosti byly nedotčeny. Teoreticky tedy nebyl objektivní důvod, proč by pacientka oba údy nemohla používat. Všechny impulsy jako např. změna teploty, bolest i pohyb jednotlivými prsty pacientka vnímala a tyto pocity byly tudíž neporušené. Problém však byl v tom, že pacientka nepoznala nic, co se jí vložilo do rukou. Její hmat jakoby neexistoval. V průbězích léčby se pak zjistilo, že pacientka měla „dokonalou“ péči po celý život a tak se ruce nikdy „nenaučila“ používat. Vždy byla opatrována a hlídána a tak jí obětavá a jistě dobře míněná péče mohla připravit o poznání, které si osvojí každé malé dítě v prvních měsících života. U pacientky byly ruce vždy „bez užitku“ a tak je nikdy nemohla ani „objevit“. Celý svůj život byla podporována a i se chovala, jako kdyby se narodila bez rukou. Postupný útlum „nadbytečné“ péče „donutil“ pacientku poprvé po šedesáti letech své ruce použít. Pomohlo jí zrodit svou „motorickou individualitu“. Její „hlad“ po nově nabyté schopnosti nakonec vyústil v potřebu modelovat a za necelý rok byla tato pacientka místně proslulá jako „slepá sochařka od svatého Benedikta“ (cit. dle SACKSE, 2008).

4.2 Postižení získané a vrozené

Pro ucelenou představu podmínek a nástrah, které mohou čekat tělesně postižené dítě je - kromě výše zmíněných - vhodné vnímat i psychická specifika spojená se somatickými poruchami. Matějček rozlišuje zhruba tři kategorie možných psychických následků somatických poruch či nemocí:

- *Následky **přímého poškození CNS*** (ať už nemocí, úrazem či jinými vlivy). Tato poškození se ve vývoji projevují nejčastěji jako zpoždování a nápadná nerovnováha celého duševního vývoje dítěte. V případě poškození mozku v časných vývojových stádiích se může jednat o trvale negativní stav bez pozitivní perspektivy. V případě některých poškození mozku např. v souvislosti s úrazem, může jít pouze o dočasný stav, jehož perspektiva v čase naznačuje pozitivní vývoj. Může ovšem nastat i situace, kdy defekt je nejen trvalý, ale v čase naopak postupuje a mohutní. To nastává zejména u progresivních onemocnění typu mozkových nádorů, progresivní svalové atrofie apod. Nesprávná nebo nevhodná výchova tyto prvotní důsledky postižení ještě komplikují a nezdědka následně zhoršují dopady samotného postižení.

- *Následky **nepřímého poškození CNS***. Zde se jedná především o problémy, které provázejí nemoc, nebo deficit dítěte, jež mají přímý vliv na dětský organismus a nepřiměřeně jej zatěžují. Matějček tím hlavně rozumí nemoci provázené bolestivými nebo svědivými podněty, záchvatovité onemocnění případně dlouhodobé nemoci. Na vývoj dítěte může v takovém případě mít, samozřejmě také vliv i samotná léčba, izolace dítěte v nemocnici či v ústavní výchově. Vliv mají i zvolené medikamenty či léčebné postupy. Deprivované dítě pak může v důsledku dlouhodobé frustrace svých přirozených potřeb reagovat na vnější podněty neadekvátně, nepřiměřeně, abnormálně a toto chování může pochopitelně vyvolávat i nežádoucí reakce ze strany rodičů, kteří chování dítěte v daný okamžik správně neporozumějí.

- *Následky **mimořádné společenské situace***. Jsou to důsledky, které přímo neplynou ani z vlastního poškození CNS ani nejsou vyvolány jeho přetížením či vyčerpáním v průběhu léčby. Tyto následky vznikají náhlou změnou životní situace, do níž se dítě dostalo např. úrazem nebo nemocí. Může se jednat rovněž o náhlou nebo výraznou progresy choroby, kdy dochází k radikální změně. Dítě je náhle nuceno vyvíjet se vytrženě ze svého dosud přirozeného prostředí bez možnosti normálního styku s okolím, izolováno např. na nemocničním lůžku (MATĚJČEK, 2001).

Z uvedených příkladů je zřejmé, že zásadní roli ve vývoji dítěte hraje jeho rodina. Problémem, který však u tělesně postižených dětí rezonuje silněji, je správnost a vhodnost uspokojování elementárních potřeb. Jestliže tyto potřeby v žádoucí míře a po dostatečnou dobu uspokojovány nejsou, nebo pokud je jejich saturace nevhodná či dokonce nežádoucí, může dojít k psychické deprivaci a vývojovým opožděním nebo regresům, kdy dítě zapomene i ty dovednosti, které již umělo. Nemocnice či institucionální péče, v nichž značná část tělesně postižených dětí prožívá dětství, jejich zdravému vývoji rovněž nemusí prospívat (VÍTKOVÁ, 1992).

Účinky jakéhokoliv poškození či vlivu škodliviny na organismus se vždy promítají do celé osobnosti dítěte. Každé dítě si uvědomuje svou nemoc (svůj handicap) s ohledem na svůj stav a vývojový stupeň. Od narození postižené dítě tak přirozeně vnímá aspekty života, o něž je ochuzeno a chtělo by mít totéž co ostatní, ale v konečném důsledku si vlastně neumí představit, co by tím konkrétně vlastně získalo, viz zpověď nevidomého Zdeňka v kapitole „Zdravý - nemocný - postižený“.

Naopak později získané postižení může pro člověka představovat zásadnější psychickou zátěž. Člověk, který ví, co ztratil, uvědomuje si zřetelně a konkrétně rozdíl „před a po“ pak považuje svůj stav za jednoznačně zhoršený, ne-li nepřijatelný (VÁGNEROVÁ, 2004).

Murphy tento stav popisuje na svém vlastním životním osudu, kdy pro něj obtížné nebylo jen samotné postižení a smíření se s realitou života vozíčkáře, ale stejně náročné bylo i smíření se s faktem, že ztratil mnohem víc než pohyblivost nohou. Vnímá, že ztrátou mobility ztratil i část svého vlastního „já“. Všiml si, že lidé se k němu po změně jeho zdravotního stavu chovali jinak a navíc, že i on sám cítil změnu ve vnímání sebe sama. Změnila se jeho představa o sobě samém a výsledkem byl - navzdory velké podpoře a péči rodiny - pocit izolace a osamění. Vše, co do té doby vybudoval, se měnilo - zpravidla k horšímu. Popisuje tak velmi jasně celkový rozsah dopadů ztráty mobility, tedy nejen vlastní ztrátu zdraví, pohyblivosti a nezávislosti, ale také ztrátu společenského postavení i majetku (MURPHY, 2001).

Příznačné pro získané tělesné postižení je i to, co Goffman nazval „jednou z primárních scén sociologie“. Míjí tím sociální konfrontaci či - svého druhu - kategorizaci na „známé“ a „ohrožující“. Jde o pevně zakořeněné představy, jakási kulturní vodítka, která nám pomáhají v sociální orientaci.

V případě, že jsme zbaveni těchto svých „jistot“ a jsme konfrontováni se situací, která nás může šokovat či dokonce traumatizovat, ztrácíme „pevnou půdu pod nohama“, protože nejsme náhle schopni situaci identifikovat, nedokážeme odhadnout, co můžeme očekávat (GOFFMAN, 1959). Proto může být pohled na výraznou deformitu těla, pro zdravého člověka tak traumatický. Krom toho i styk s lékařskou veřejností nemusí být nijak podnětný, neboť medicínský model „invalidity“ se neřídka soustředí výhradně na určitou anatomickou nebo fyziologickou poruchu. Subjektivní stavy pacienta nebývají pro lékaře obvykle nijak výrazně relevantní. Pacienti tak zůstávají neřídka v přesvědčení, že jejich emoce a prožívání nejsou podstatné ani pro ošetřujícího lékaře, natož pro kohokoliv dalšího a zůstávají pak se svými pocity nepochopení vnějšího světa sami.

Kontakt s tělesně postiženým tedy není problematický „pouze“ v důsledku architektonických bariér či předsudků a neznalostí. Je dán také změnou prožívání a vnímání perspektiv samotným postiženým, které nemusí být ostatním příliš srozumitelné. Typické neporozumění vzniká, pokud jedinci znali postiženého před vznikem postižení a změny v jeho chování jsou pro ně nyní nesrozumitelné a získají tak mylný dojem na základě špatně vyhodnoceného chování člověka s postižením (MURPHY, 2001).

4.3 Vztahy a sexualita tělesně postižených

Často jsem slýchal od své tělesně postižené matky komentáře typu „... proč by si někdo bral takhle postiženou holku ... co by s ní dělal?!“. Přestože je sama drtivou většinu svého života tělesně postižena, ani ona se nezbavila úsudku, že být tělesně postižený znamená zároveň být pro partnerský život se zdravým člověkem nežádoucím. Získání partnera se přitom může chápat (stejně jako přijetí do běžné školy) jako potvrzení normality jedince. S ohledem na množství možných bariér, které tělesné postižení může provázet, je pochopitelné, že cesta k získání vhodného partnera danou situaci nijak neulehčuje. Výše zmíněná sociální deprivace navíc může u postiženého aktivovat tendenci fixovat se na jakéhokoliv člověka, který je nablízku, tedy např. osobního asistenta, personál nemocnice či ústavní péče atp. Taková vazba však bývá pro partnera neúnosná, příliš těsná a značně zatěžující a tak ji zpravidla v rámci vlastní sebeobránné reakce odmítne.

Vztahová očekávání handicapovaného, která se tak často jeví jako nereálná, jsou tedy neuspokojena a v důsledku naplnění těchto (nereálných) potřeb takový jedinec může omezit svůj výběr partnera čistě na kritérium dosažitelnosti bez jakýchkoliv dalších relevantních osobnostních či jiných charakteristik. Obdobnou situaci jsem popsal v praktické části své bakalářské práce, kdy ukončený vztah handicapované dívky s osobním asistentem byl řešen pomocí suicidního pokusu dívky. Zároveň také platí, že nejen manželství či partnerství, ale i přátelské vztahy jsou faktorem, který přispívá k pocitům životní pohody a zlepšuje sebehodnocení. Jejich význam v životě tedy nelze podceňovat. Problém, však logicky tkví ve správném a realistickém hodnocení daných vztahů a významům jim prisuzovaným. Ženy se svou lepší sociální adaptibilitou jsou v tomto směru samozřejmě ve výhodě (VÁGNEROVÁ, 2004).

Dnešní doba má, bezpochyby, tolerantnější přístup ke způsobům partnerského soužití a oficiální sňatek tak již nebývá prioritou, nicméně pro alespoň přibližný nástin partnerského života tělesně postižených použiji data ČSÚ. Dle nich je skutečně zdravotně postižených vdaných žen a ženatých mužů, zejména v mladším a středním věku, výrazně méně než stejně starých jedinců běžné (zdravé) populace. Pro lepší ilustraci uvádím tabulku s nejvýraznějšími rozdíly v rodinném stavu zdravé populace a osob se zdravotním handicapem. Z těchto dat vyplývá, že bezmála 70 % zdravých mužů ve věku 30 - 44 let je ženatých, u zdravotně postižených mužů je to pouze necelých 38 %, tedy výrazně méně. I v pozdějším věku zůstává každý čtvrtý zdravotně postižený muž svobodný. V běžné populaci zůstává v tomto věku svobodných pouhých 7 %.

Tab. č. 3. MUŽI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (%)

Věková skupina	Rodinný stav			
	svobodný	ženatý	rozvedený	vdovec
30 - 44	52,15	37,98	9,54	0,33
45 - 59	25,8	59,96	12,49	1,75

Tabulka 3 zpracována a krácena dle ČSÚ 3309-08, 2008

Tab. č. 4. MUŽI POPULACE V ČR (%)

Věková skupina	Rodinný stav			
	svobodný	ženatý	rozvedený	vdovec
30 - 44	17,25	69,89	12,59	0,27
45 - 59	7,02	77,37	13,91	1,7

Tabulka 4 zpracována a krácena dle ČSÚ 3309-08, 2008

U žen jsou tato data odlišná. Zatímco v mladší věkové kategorii (z tohoto důvodu v tabulce data nejsou uvedena) se u mužů relevantní data výrazně neliší, u žen je tomu naopak. V nejmladší sledované věkové kategorii je vdaných žen se zdravotním postižením necelých 10 %. U žen běžné populace je toto číslo téměř trojnásobné. I v pozdějším věku zůstává více než 33 % zdravotně postižených žen svobodných, zatímco svobodných žen ve věkové kategorii 30 - 44 najdeme v běžné populaci jen něco málo přes 7 %.

Tab. č. 5. ŽENY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM (%)

Věková skupina	Rodinný stav			
	svobodná	vdaná	rozvedená	vdova
15 - 29	89,01	9,75	1,24	0
30 - 44	33,38	51,8	14,26	0,56

Tabulka 5 zpracována a krácena dle ČSÚ 3309-08, 2008

Tab. č. 6. ŽENY POPULACE V ČR (%)

Věková skupina	Rodinný stav			
	svobodná	vdaná	rozvedená	vdova
15 - 29	67,12	29,41	3,35	0,12
30 - 44	7,09	75,75	15,6	1,56

Tabulka 6 zpracována a krácena dle ČSÚ 3309-08, 2008

Z uvedených dat je tedy zřejmé, že pro člověka s tělesným handicapem je vytvoření stabilního partnerského vztahu, respektive uzavření manželství, obtížnější nebo přinejmenším méně časté, než pro člověka bez postižení. Vzhledem k výše uvedeným bariérám zejména s ohledem na častou permanentní citovou deprivaci a sociální izolovanost lze tento stav snadno pochopit.

Vytvoření stabilního a uspokojivého vztahu včetně vztahu sexuálního může zabraňovat, vyjma výše uvedeného, hned několik dalších aspektů.

Jedním z prvních je zdravotní stav jedince, kdy už samotnému výběru partnera brání obtížná mobilita či bariérovost prostředí. Specifické somatické projevy provázející některé typy postižení jako jsou např. spastické projevy u některých forem DMO, vůli neovladatelné grimasování, mimovolní pohyby či pohybová inkoordinace mohou zásadním způsobem narušovat jak samotný proces seznamování, tak i pozdější uspokojivý vztah včetně vztahu sexuálního.

Zvláštní komplikaci pak mohou tyto tělesné průvodní projevy postižení způsobovat, pokud se (např. v důsledku zvýšené emocionality) frekvence těchto (nežádoucích) projevů zintenzivní. Angie se svěřuje „... *při mém postižení mi spasticita brání v normální souloži ... to situaci hodně komplikuje ...*“ (cit dle NOVOSADA, 2000, s. 36). Poškození míchy u muže má pak přímé dopady na potenci postiženého, případně způsobuje selhání sexuálních funkcí. Samozřejmě, že relevantní je stupeň poškození míchy. Cesta od citlivosti genitální oblasti k libidinózním centrům v mozku, způsobujících fyziologické procesy - erekci, je zkrátka narušena a toto poškození pak může způsobovat naprostou a trvalou impotenci nebo potíže s udržením erekce až do orgasmu. Existuje rovněž reálná možnost nechat si voperovat implantát, který potíže s erekcí uspokojivě vyřeší. Zároveň jsou známy případy, kdy paraplegik udrží erekci po velmi dlouhou dobu, ovšem bez žádoucího orgasmu, což samo o sobě může zapříčinit další psychické problémy handicapovaného muže.

Problémem v některých kulturách může být i samotná sexuální pozice postiženého muže při pohlavním styku. Většina mužů s paraplegií musí ležet nehybně na zádech a jejich partnerka je pak tím aktivnějším v páru. I toto jakési narušení přirozené mužské dominance může být považováno za problém. Ať už handicapovaný muž řeší svou situaci operací či praktikováním jiných sexuálních praktik, jeho pozice jakožto muže je do jisté míry zpochybněna mnohem více než status ženy. Jeho pozice je tak opět o něco složitější (NOVOSAD, 2000).

U žen je tedy situace o něco jednodušší v tom směru, že např. i při paraplegii či kvadruplegii mohou tyto ženy praktikovat genitální sex a řada z nich skutečně má pravidelný styk i rodí děti - třebaže císařským řezem. Problém však bývá s nepřítomností vzrušení nebo prožívání orgasmu. Paraplegičky však - dle Murphyho - tvrdí, že z pohlavního života mají především psychické uspokojení. Fakt, že jsou schopny poskytnout rozkoš jiným, ale i možnost stimulace jiných částí těla, jen pro ně dostatečně uspokojující. Zároveň však také platí, že řada tělesně postižených např. v důsledku DMO, poliomyelitidy a řady jiných příčin mohou často vézt naprosto normální sexuální život. Jejich životní situaci však opět dobře ilustruje věta jisté mladé ženy, která se rozhodla zkoumat sexuální život lidí postižených paraplegií. Kamarádka této ženy na tento dosti intimní výzkum reagovala: "... ale nešla bys s některým z nich do postele, že ne?" (cit. dle MURPHYHO, 2001, s. 84).

Pro úplnost bych ještě dodal, že z uvedených dat v tabulkách č. 3. a č. 5. naopak naprosto nevyplývá, zda dané sňatky zdravotně postižených jsou uzavírány s lidmi zdravými či rovněž s lidmi se zdravotním postižením. Pokud by taková data byla k dispozici, bylo by možné tak získat lepší představu, jak velkou roli hraje zdravotní postižení jako trvalá součást osobnosti jedince ve výběru životního partnera.

Předsudky a důležitost esteticky přijatelného vzhledu jsem již popsal v předchozích kapitolách, a jak je zřejmé z výše uvedené citace, hrají roli i v těchto životních situacích. Ostatně pokud uvažuji nad (i mediálně) známými partnery, kdy jeden z páru je člověk s tělesným postižením a druhý nikoliv, nevzpomínám si ani na jeden příklad, kdy by postižený jedinec nepůsobil jako velmi atraktivní člověk, shodou okolností sedící na židli s kolečky. Žádné záškuby, žádná zásadní deformita Zjevně to nebude náhoda.

Dalšími bariérovými aspekty je stav psychiky a sociální klima ve společnosti. Psychický stav je přirozeně také ovlivňován důsledky tělesného postižení. Primárně horší perspektiva společenského i pracovního uplatnění jedince a jeho celková akceptovatelnost v přirozeném majoritním sociálním prostředí vedou ke vzniku celé škály specifických osobnostních rysů, které komplikují navázání a udržení partnerského vztahu. Může jít o komplexy méněcennosti, egocentrické sklony či jiné projevy negativního sebehodnocení atp. Jsou zjevné rozdíly v dopadech pozitivních zdrojů motivace a životních postojů včetně zdravé sexuality v rodinách, které žijí plným citovým životem a v ústavní výchově, která podobné žádoucí vzory často postrádá.

Rovněž sociální klima společnosti s jejím podezřívavým pohledem na sexuální a partnerský život tělesně postižených k plnohodnotnému partnerskému životu lidí s handicapem nijak nepřispívá. I když snad ještě hůře společensky přijatelný je sexuální a partnerský život lidí s mentálním postižením.

Uvědomím - li si i možnost menšinové sexuální orientace, dopady silně protekcionistické výchovy či vzájemnou extrémní vazbu mezi pečujícím rodičem a postiženým dospívajícím dítětem, zřetelně vnímám důležitost bezbariérovosti (snadné dostupnosti) a včasnost (i preventivního) přístupu k psychologickým, speciálně - pedagogickým a sociálním službám. Ty by pak měly zaručit jak obecně preventivní rovinu osvěty v partnerských a sexuálních otázkách života lidí s tělesným handicapem, tak sexuální výchovu, posílení sociálních a komunikačních dovedností i výchovu k rodičovství. Důležitým prvkem takové osvěty jsou i základy obrany proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání.

Žádoucí je rovněž individuálně preventivní rovina, která by měla obsahovat poučení nejen o vlastním sexuálním chování včetně chování v homosexuálních či bisexuálních vztazích, ale vzhledem k fyzickým problémům souvisejících s vlastním somatickým postižením rovněž poučení o možných koitálních i nekoitálních technikách, antikoncepci, partnerských dovednostech atp. Žádoucí je i intervenční poradenství, které slouží k podpoře a pomoci při řešení konkrétních akutních problémů jedince či partnerské dvojice (NOVOSAD, 2000).

Bariéru partnerskému životu může stavět rovněž naše kulturně - sociální očekávání rolí v domácnosti. Je obvyklé, že se o domácnost a o ostatní členy domácnosti starají především ženy, které jsou na tuto roli také zpravidla lépe a častěji připravovány než muži. Přestože se mnohé změnilo a dnes i od muže se očekává jistá participace na praktickém chodu domácnosti, stále je rozdělení této péče spíše asymetrické. Z tohoto rozdělení rolí pohlaví by mohl vyplývat jednoduchý závěr, že postižený muž může spíše očekávat od své ženy starost a péči, než by mohla postižená žena očekávat od svého zdravého manžela, či partnera. Tabulky vdaných žen a mužů s postižením však poukazují na větší počet vdaných žen s postižením, než ženatých mužů s postižením. Jelikož Murphy vztahuje své postřehy k době kolem šedesátých let dvacátého století v USA, je možné, že alespoň tato bariéra není dnes již aktuální (MURPHY, 2001).

5 SPOLEČENSKÉ UPLATNĚNÍ

Je logické, že tělesné postižení omezuje svého „nositel“ v mnoha směrech společenského i soukromého života. V případě paralytického postižení „okrádá“ muže i v naší kultuře o obecně akceptované hodnoty mužství: sílu, aktivitu, rychlost, potenci a vytrvalost. Nezřídka je tak možné se setkat se snahou tělesně postižených kompenzovat tento handicap jinou klasicky „výkonnostní“ činností - totiž sportem.

Lidé s postižením tak provozují celou řadu sportů. Přestože je zastoupení těchto lidí v populaci dle šetření ČSÚ k 30. 5. 2008 v ČR cca 9,87 % (1 015 548 osob), tedy obdobné jako jiných menšin, jsou právě pro tuto jedinou menšinu dnes plně akceptovány tzv. paralympijské hry (tedy obdoba her olympijských), jež jsou přizpůsobené možnostem zdravotně postižených, což může být pro sportovně orientované lidi s postižením pozitivně motivujícím prvkem společenské podpory (ROUŠAL, 2009, s. 28).

Lidé s postižením, kteří se nenechají svým handicapem nijak omezovat a naopak své postižení přetaví ve hnací motor svých (znovunalezených) ambicí a značné aktivity, je jistě mnoho. Stále je jich však minimum oproti skupině těch, kteří nejsou schopni čelit obrovským fyzickým i sociálním bariérám, jež jim jejich handicap vybudoval a zůstávají tak v polostínu společnosti, žijící často život společenských outsiderů.

Pro mnohé je například přijatelnou kompenzací jejich komplikovaného fyzického stavu jakýsi „rozchod“ s tělem. Tento druh jakéhosi vyrovnání popisuje Murphy: „ ... nikdy jsem nebyl na své tělo příliš pyšný ... středně vysoký, spíše hubený, nesportovec ze zásady... nebylo toho nikdy moc k vidění ... místo toho jsem už od dětství cvičil rozum“ (MURPHY, 2001, s. 87). Pro intelektuální typ, jakým Murphy před svým postižením byl, se tak stala intelektuální činnost jistě uspokojivou a logickou kompenzací. Pro sportovně založené hochy či dívky však stejná situace musí být řešena jiným, např. výše navrženým způsobem.

Gliedman a Roth ve své knize píše, že člověk, který se stává člověkem s postižením se zároveň - nechtěně - stává i tím „druhým“. Člověkem, který představuje zosobněné selhání, slabost a neschopnost (GLIEDMAN a ROTH, 1980). Obdobnou zkušenost s příslušností k lidem „jiného druhu“ popisuje mnoho lidí s postižením.

Kromě všech již výše zmíněných bariér tak handicapovaný člověk musí ještě vyvíjet zvláštní úsilí na to, aby prokázal, že může být autonomním, svébytným a svéprávným jedincem. Mnozí odborníci se shodují, že lidé bez postižení, ale bohužel často i lékaři projevují při kontaktu s lidmi s postižením až překvapivou bezradnost. Chovají se k tělesně postiženému, jakoby byl postižený nikoliv somaticky, ale i mentálně. Taková situace pak cestu k dospělosti, plnohodnotné seberealizaci a společenskému uplatnění nijak neulehčuje. A pokud je možné považovat za fakt, že současná střeoevropská společnost je společností meritokratickou, kdy jedinec dosahuje společenského uznání na *základě* „ ... *svých schopností, výkonů a zásluh* ... „, pak je zřejmé, že dosáhnout vysokého společenského statusu je i přes proklamaci sociální rovnosti šancí přístupu pro mnohé téměř nemožné. Ne snad z důvodu zákonných bariér, které by tyto možnosti *de iure* tělesně handicapovaným zapovídaly, ale díky faktu, že onen proklamovaný výkon je hodnocen a odměňován na základě kritérií, která sama o sobě rovný přístup často vylučují (JANDOUREK, 2001, s. 155).

Navíc i samotný pojem *dospělost* a s ní spojená nezávislost a samostatnost nemusí být vždy - vzhledem k typu a především stupni postižení - pro každého jedince s postižením dosažitelná. Nicméně i tak je dospělost něčím, co je cílem dospívajícího člověka a lze ji definovat jako „*obdobím svobody rozhodování spojeného s odpovědností za svá rozhodnutí a schopnost získat a plnit příslušné role*“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 183).

Pro postiženého leží na jeho cestě k dospělosti celá řada překážek, a mnohým jsem se v této práci podrobně věnoval, ale podaří - li se mu tyto své handicapy zpracovat, překonat či akceptovat v jejich omezení, pak tuto svou zralost přetaví v utvoření určité vlastní identity.

Vágnerová pak jako jakýsi další „vývojový stupeň“ - po dosažení této zralé identity - vidí *intimitu*, tedy schopnost být na psychické úrovni rovnocenným partnerem (nikoliv objektem péče) a dále pak *generativitu*, tedy schopnost vytváření něčeho užitečného, pracovat a mít výsledky. Těmto stupňům pak přísluší i tři základní dospělé role: role profesní, partnerská a rodičovská (VÁGNEROVÁ, 2004).

S ohledem na obsah celé této práce se domnívám, že je naprosto evidentní, že dosažení právě těchto tří rolí je pro tělesně postižené výrazně obtížnější než pro člověka zdravého.

Ať už se jedná o celou řadu znevýhodnění spojených s různými vývojovými, psychologickými i fyzickými specifiky tělesného postižení, bariérovost okolního prostředí, sociální bariéry, či komplikace provázející partnerský, sexuální i profesní život.

5.1 Státní a mezinárodní podpora

Samozřejmě existuje celá řada dokumentů, které jednoznačně podporují plnohodnotné společenské uplatnění tělesně postižených a jejich dokonalou inkluzi do majoritní společnosti.

Prvním mezinárodním dokumentem zabývajícím se lidskými právy je Všeobecná deklarace lidských práv přijatá Valným shromážděním OSN v roce 1948. Z roku 1961 pak pochází dokument Rady Evropy - Evropská sociální charta.

Dokumenty ochraňujících výslovně zdravotně postižené pak spatřily světlo světa mezinárodního práva např. v roce 1975, kdy vznikla Deklarace o právech osob se zdravotním postižením, která mimo jiné zmiňuje právo na vzdělání a odbornou přípravu. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením přijatá Valným shromážděním OSN v roce 2006, zase mj. objasňuje závazky a právní povinnosti států respektovat a zajistit rovný přístup všech práv i lidem se zdravotním postižením.

Posledním počinem České vlády na tomto poli pak je ***Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*** pro období 2010 - 2014 schválený českou vládou 29. 3. 2010.

Tento plán, za prvek žádoucí cesty k plnohodnotné inkluzi osob se zdravotním handicapem, považuje zřízení nové sociální dávky - příspěvku na péči, pochvaluje integraci dětí do všech typů škol, odstraňování bariér z veřejného prostoru atd. Zároveň dokument upozorňuje na neblahý stav zaměstnanosti lidí s postižením, dopady diskriminace a nízkého povědomí společnosti a také výslovně podporuje i tzv. pozitivní diskriminaci jakožto prostředek k dosažení inkluze zdravotně postižených.

Vládní dokument dále vyjadřuje podporu vzniku a rozvoji tzv. sociálních podniků a klade rovněž důraz na vzdělávací systém na všech úrovních jako zdroj plnohodnotného rozvoje lidského potenciálu, uvědomění si vlastní hodnoty, osobnosti, nadání a kreativity.

Dokument rovněž podporuje média v důstojném zobrazování osob se zdravotním postižením - jako takových - i jejich úspěchů, zásluh atp. Upozorňuje rovněž na žádoucí boj proti předsudkům a stereotypům ve společnosti. Součástí tohoto snažení má být vzdělávání a osvětová činnost státní správy stejně jako všech občanů od nejútlejšího věku. Žádoucí inkluzi osob s handicapem má zajistit také dostatečně bezbariérové prostředí a to jak na straně architektonických bariér, tak na straně ostatních překážek. K jejich odstranění mají sloužit asistenční, průvodcovské, sociální či zprostředkovatelské služby.

Samostatná kapitola je věnována nezávislému způsobu života a zapojení handicapovaných do společnosti. Tato část vládního dokumentu obsahuje několik relevantních bodů, dle kterých by mělo být zajištěno, aby osoby se zdravotním postižením:

- měly možnost si zvolit místo pobytu - tedy kde a s kým se rozhodnou žít na základě vlastní vůle a nebyly nuceny žít ve specifickém (myšleno ústavním) prostředí.
- měly bezbariérový přístup ke všem relevantním službám, které zajišťují nezávislý způsob života těchto osob - tedy, aby služby poskytované v domácím prostředí, rezidenční služby a dalším podpůrné služby, včetně osobní asistence byly dosažitelné pro všechny osoby neohledně na místo pobytu, sociální postavení atp.
- měly rovnoprávný přístup také do všech veřejných zařízení, určených široké veřejnosti a zároveň, aby tamtéž byly brány v úvahu jejich potřeby.

Vládní dokument dále vyjadřuje záměr podporovat výrobu a distribuci všech relevantních způsobů kompenzace a podpory vyrovnávající či pomáhající zmírňovat dopady zdravotního postižení. Obsahuje i článek věnující se rovnoprávnosti zdravotně postižených v partnerských, sexuálních i rodičovských právech včetně náhradní rodinné péče.

Jedna z kapitol se věnuje podpoře vzdělávání na všech úrovních škol. Je tím míněna podpora asistenta pedagoga i tvorba informační kampaně zacílené na ředitele škol včetně rektorů škol vysokých.

Dle tohoto materiálu se má rovněž rozšiřovat vládní podpora mimoškolních volnočasových aktivit dětí se zdravotním handicapem až do věku 26 let.

Pozornost je věnována i zaměstnávání osob s handicapem včetně domácích zaměstnanců, chráněných dílen a analýzy povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a jejich efektivitě.

Rovněž přiměřená životní úroveň, sociální podpora a prevence chudoby je obsahem tohoto vládního textu (*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014*, 2010).

Z uvedeného je zjevné, že pokud by skutečně byl uvedený dokument v plné šíři realizován, mnohé z bariér uvedených v této práci by se stalo minulostí.

Vzhledem ke snahám snižovat plošně výdaje státního rozpočtu bez relevantní diferenciacie dle reálných dlouhodobých zájmů státu a jeho občanů (nikoliv jednotlivých politických stran, či médií), se obávám, že odborně relevantní text tohoto dokumentu zůstane pouze profesionálně fundovaným textem bez šance na realizaci, což považuji za minimálně promarněnou šanci.

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Kvalitativní výzkum - Polostrukturovaný rozhovor

6.1.1 Úvod

Průběžné a důsledné odstraňování bariér je žádoucí jak pro inkluzi tělesně postižených, tak pro podporu tvorby přirozeně pestře diferenciované společnosti.

Dá se předpokládat, že odstraňování fyzických bariér je výrazně jednodušší a rychlejší než odstranění bariér, které vznikají v důsledku různorodých bio-psycho-sociálních vlivů, doprovázejících tělesné postižení, které mohou tělesné postižení provázet. Problematická, ale ne nemožná, je rovněž determinace předsudků vznikajících na základě kulturních specifik a absence osobní zkušenosti s touto minoritou.

Zároveň však platí, že veškerá snaha o odstraňování bariér (ať fyzických či psychologických) musí být provázena osobní aktivitou, vůlí a energií samotného postiženého. Aby bylo vůbec možné nabídnout relevantní pomoc a podporu, je nezbytné, aby samotní lidé s postižením byli ochotní zprostředkovávat informace, které jsou lidem bez stejné zkušenosti nepřístupné.

Bez tohoto angažmá a chuti se aktivně podílet na tvorbě vlastního života žádná inkluzivní snaha nemůže mít reálnou snahu na úspěch.

Domnívám se tedy, že vlastní osobnost jedince, jeho temperament, osobní nasazení a chuť žít svůj život, ať už za jakýchkoliv podmínek, je nedílnou podmínkou a zároveň jednou z nejvýznamnějších bariér tělesného postižení. Politika státu ani v nejdokonalější inkluzivní podobě tuto bariéru odstranit nedokáže.

6.1.2 Metodika získání dat - polostrukturované interview

Interview je chápáno jako legitimní výzkumný proces kvalitativního typu. Kvalitativní výzkum charakterizuje získávání mnoha informací o velmi malém počtu jedinců. Redukce počtu sledovaných jedinců je tedy zásadní. „Generalizace *na populaci je však problematická a někdy nemožná*“ (cit. dle SRNCE, 2006, s. 6). Kvalitativní výzkum se někdy chápe jako pouhý doplněk kvantitativních výzkumů.

Jindy je vnímán jako jistý protipól výzkumné pozice vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě (cit. dle NĚMCOVÉ, 2011).

Účelem této práce však je mapovat bariéry tělesného postižení a vzhledem k faktu, že v současné době je k dispozici nepřeberné množství odborného i laického textu k této problematice, považuji za bezúčelné tvořit další kvantitativní výzkumy, jejichž výsledkem by s největší pravděpodobností byla data, která již v té či oné formě publikována byla. Proto volím opačnou formu výzkumné práce a využívám svou (v jistém smyslu ojedinelou) pozici reálně sdílet s konkrétními jedinci s postižením jejich životní příběhy, abych ilustroval i bariéry, které život s tělesným postižením provázejí a které zároveň nemusí být vnímány dostatečně vážně.

Tento způsob získání dat byl zvolen také díky své relativní flexibilitě a možnosti získat relativně ucelená data včetně možnosti vnímat i mimoslovní výpověď klienta. Zároveň si uvědomuji nemožnost objektivní kontroly zúčastněných proměnných. Jistotu kompenzací této nevýhody je daná struktura otázek, nicméně paměťovou idealizaci či zkreslování vzpomínek, momentální naladění či záměrnou sebe idealizaci dotazovaných není možné zcela eliminovat.

Nevýhodou rovněž je, že v tomto způsobu výzkumné práce není možné oddělit interpretaci získaných dat od vlastní osobnosti výzkumníka - autora. Je samozřejmě možné podrobit tento typ výzkumu např. obsahové analýze, která by mohla lépe zobjektivizovat daný výzkum, nicméně vzhledem k malému rozsahu vlastního výzkumu i tuto možnost ponechám v čistě teoretické rovině (SRNEC, 2006).

6.1.3 Hypotéza

Osobnost jedince hraje klíčovou roli v tzv. bariérovosti prostředí. Vnímání závažnosti popř. nepřekročitelnosti bariér, které tělesné postižení přináší, je tedy do jisté míry subjektivní.

6.1.4 Příprava na rozhovor

Předmětem rozhovoru je polostrukturované interview vedené za účelem získání přehledu subjektivního vnímání bariér (fyzických i psychických a vnějších i vlastních)

člověka s tělesným postižením. Rozhovor je strukturován pomocí cca 30 většinou otevřených otázek

(počet otázek se odvíjí od typu postižení a některé otázky musí ze své podstaty být uzavřené - např. jméno a věk dotazovaného). Otázky jsou postaveny tak, aby umožňovaly dotazovanému co nejširší paletu možných odpovědi, neomezovaly jej ani nebyly návodné či sugestivní.

Do struktury rozhovoru jsou zařazeny i otázky pracující s jednoduchou měřicí škálou. Účelem těchto otázek je jakési základní uvědomění si postavení daného problému v životě na škále, která je srozumitelná každému školnímu dítěti a zároveň slouží i k přehlednému porovnání vnímání daných tématických okruhů obou zpovídaných. Všechny otázky, které obsahují výše zmíněná odpověďová omezení, jsou pokládány ještě jednou s možností otevřené výpovědi bez omezení měřicí škály tak, aby odpověď na měřicí škále byla pouze doplňkem, nikoliv hlavním způsobem zjišťování relevantních informací k dané problematice.

Důležité je i pořadí otázek, kdy je vnímána důležitost důvěry a pohody při interview. Rozhovor začíná jednoduchými, uzavřenými otázkami a pokračuje k otázkám osobnějším až k otázkám, které lze považovat za intimní.

6.1.5 Úvodní část rozhovoru

Cílem úvodní části rozhovoru je vysvětlit dotazovanému záměr interview a motivovat jej k co největší upřímnosti a otevřenosti. Důležitým pro dosažení tohoto cíle je navození příjemné přátelské atmosféry (SRNEC, 2006). Významným faktorem v docílení důvěryhodné atmosféry je fakt, že autor dobře zná oba zpovídané a i oni dobře znají autora.

6.1.6 Jádru rozhovoru - sběr vlastních dat

V této části rozhovoru dochází k vlastnímu sběru dat, v tomto případě pomocí předem připravené struktury otázek. Otázky jsou sestaveny tak, aby na sebe navazovaly časově a logicky.

Zároveň se dbalo na to, aby otázky intimního charakteru se položily v pozdější fázi rozhovoru, kdy by se dotazovaný mohl již cítit tak bezpečně, aby ho otázky týkající se velmi intimních oblastí života nezaskočily až příliš.

V první fázi rozhovoru se tak kladou otázky ptající se spíše po jednoznačných faktech a minulosti dotazovaného, v dalších fázích následují otázky aktuálnějšího prožívání.

6.1.7 Závěr rozhovoru

V závěru rozhovoru se zkontroluje, zda nezůstala nějaká otázka nezodpovězena, nebo zdali dotazovaný nemá potřebu či chuť něco ještě na závěr doplnit či vyjasnit.

6.1.8 Vyhodnocení rozhovoru

Na základě sebraných dat se pokusím vyvrátit nebo potvrdit svou hypotézu, že *osobnost jedince hraje klíčovou roli v tzv. bariérovosti prostředí. Vnímání závažnosti popř. nepřekročitelnosti bariér, které tělesné postižení přináší, je tedy - do jisté míry - subjektivní.* Zároveň je již v tento moment zřejmé, že vzhledem k rozsahu a zvolené metodice výzkumu, nebude možné vyvození jakýchkoliv obecně platných závěrů a že tato praktická část práce bude spíše sloužit jako ilustrace, nebo doplnění teoretické části diplomové práce. Problémem se může stát i fakt, který v úvodním navázání kontaktu mezi respondentem a výzkumníkem sehraje spíše pozitivní roli - totiž to, že se všichni zúčastnění dobře znají. Vztah, který mezi zúčastněnými existuje, tak může sice podpořit ochotu respondentů nechat výzkumníka sdílet i informace, které by nezaujatému, ale také neznámému výzkumníku nikdy nesvěřili. Současně však tento vztah může reálně problematizovat objektivitu vyhodnocení a bylo by patrně vhodné, aby při vyhodnocení rozhovoru spolupracovala třetí nezávislá a nezaujatá osoba. To však není v tomto případě možné a proto nezbývá, než na možnost neobjektivního posuzování alespoň seriózně upozornit.

Dodatek: informovaný souhlas

Jména a některé údaje, které by mohly vést k identifikaci dotazovaných, byly na přání účastníků výzkumu změněny.

Účastníci výzkumu byli komplexně informováni o všech okolnostech publikace interview v této diplomové práci a za výše upřesněných podmínek. Oba dali k publikaci ústní souhlas, který je možné event. potvrdit i v písemné formě.

K záznamu rozhovoru nebyla použita žádná záznamová technika.

6.2 Interview I.

1. Vaše jméno (dále jen iniciály - oboje změněno na přání klienta)

LT

2. Vaše pohlaví - muž / žena

Žena

3. Váš věk

34

4. Vaše tělesné postižení je vrozené nebo získané? Pokud získané, co se Vám stalo?

„Vrozené - DMO.“

5. Jak vnímáte své postižení? (např. v čem Vás omezuje, co Vám naopak umožnilo atp.)

„No jsme na tom čím dál hůř, s tím nic neudělám ... omezuje ... v pohybu ... na vozečku se všude nedostaneš ... ty ruce mám taky blbý ... no jo no ... už to nějak doklepu“

6. Mohl/a byste charakterizovat, jak sám/sama sebe jako člena společnosti vnímáte?

„Tak důchodce no ... každé si myslí, jak se máme skvěle ... ale mohlo by to být i horší no.“

7. Dokázal/a byste si představit, jak Vás jako člena společnosti hodnotí/vnímá společnost?

„Kolikrát mi někdo omlátil o hlavu, že mě musí žít a takový ty kecý, znáš to ... asi taky jak kdo no ... ale myslím, že obecně lidi spíš záviděj a přitom nemaj ani poněti.“

8. Změnilo se Vaše sebevímání a sebehodnocení v důsledku tělesného postižení? Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.

(pozn. autora: otázka nebyla položena)

9. Uměl/a byste charakterizovat bariéry, které Vám nejvíc komplikují život?

„Tak tady to celkem teď už jde, ale stejně potřebuju, aby někdo jel vždycky se mnou ... ale upřímně - mě se ani nikam moc nechce, než se oblíknu, vyhrabu, tak jsme tak utahaná, že bych si šla nejrada zase lehnout.“

10. Kde, jak a s kým bydlíte?

„Tady se ségrou.“

(pozn. autora: dům tzv. zvláštního určení bez architektonických bariér)

11. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska potřeb, které vyžaduje Váš tělesný stav? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?

„Tak pár věcí se časem upravilo, ale proti tomu, jak jsme bydleli na Harfě je to celkem pohoda.“ (pozn. autora: dříve LT bydlela s rodiči v bariérovém bytě běžné zástavby na Praze 6 - Harfě)

12. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska soukromí? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?

„No tak mám svůj pokoj, ale jasně, že to občas skřípe - jako radši bych bydlela sama, ale ségra si myslí, že to bez ní nezvládnou no ... ale spíš mi leze na nervy švagr ... jako jestli si poříděj děti tak se stěhuju! Teda vlastně asi spíš oni budou, že jo? I když nevím, zda to utáhnu finančně ... Kdyby byl Petr, tak bych byla v pohodě - asi tak no.“

(pozn. autora: ex-přítel LT, po rozchodu následoval suicidní, patrně demonstrativní, pokus - LT v tomto momentě zesmutní a nervózně si láme nehty)

13. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

„Střední - gympl, veššku jsme nedodělala. Proč? Hele to bylo hrozný tam dojíždět, ted' mě tam tahali po těch schodech nahoru dolu - jsem čekala, kdy mě vyklopěj... prostě to nešlo no. A ty učitelé byli taky nějaký divný, jako žádný ohledy ... prostě na prd no.“

14. Mělo nebo má vliv tělesné postižení na volbu a realizaci Vašeho vzdělání?

„No dělala jsme chvíli v kanceláři - v účtárně, ale mě to strašně nebavilo ... jako tohle je taky nuda, ale mám to hned u nosu a můžu si to přizpůsobit, tak je to v něčem lepší.“ (pozn. autora: LT pracuje jako vrátná)

15. Máte trvalé zaměstnání?

„Jo tady kousek v recepci, zkrácenej úvazek.“

16. Můžete pospat zda (a pokud ano, tak v čem) spatřujete bariéry, které Vám komplikují Váš profesní život?

„No nevim, jak komplikujou? Tak je jasný, že nemůžu dělat všechno. Na tom vozejkou taky nevydržíš sedět celej den, tak potřebuju se přes den natáhnout a odpočinout si ... hele já ani nevim, já vždycky dělala někde s invalidama tak to bylo vždycky celkem přizpůsobený ... jako tady to mám v klidu.“

17. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš společenský život?

„Tak bejvalo to lepší, tet ... tak 3 ... spíš asi 4 no. Já skoro nikam nechodím, občas vyrazíme naproti na nákupy, ale spíš na čumendu, jinak nic moc.“

18. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš společenský život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.

(pozn. autora: otázka nebyla položena)

19. Můžete podrobněji charakterizovat Váš společenský život? (např. máte přátele, nějaké koníčky, navštěvujete divadla, kina, cestujete atp.)

„Hele vždyť víš, že já ani nikam moc nemůžu kvůli Sendy (pozn. autora: pes LT), občas se něco zadaří, ty nákupy třeba, jo a někdy minulej měsíc jsme byly se ségrou

v kině ... ani už ti nevím na čem ... a občas se staví Petr tak se jdeme projít tady do lesa nebo tak ... to víš, dvacet už mi bylo.“ (pozn. autora: LT se usmívá)

20. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš milostný a sexuální život?

„Ty máš teda otázky ... no nic no, co jako čekáš? ... jojo 5 ... no počkej, občas se někdo objeví na netu tak řekněme 4.“

21. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš milostný a sexuální život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? *Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.* (pozn. autora: otázka nebyla položena)

22. Můžete popsat, jak ovlivňuje tělesné postižení Váš milostný event. sexuální život?

„Tak to je snad jasný ne? Jako v mém věku a s vozejkem - to se moc chlapů nehrne....“ (pozn. autora: LT se sice usmívá, ale je vidět, že jí téma ani její odpovědi nejsou příjemné)

23. Můžete charakterizovat svůj rodinný stav? Jste svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova, registrovaný/á?

(pozn. autora: LT neodpověděla, jen u možnosti „svobodná“ kývne souhlasně hlavou)

24. Máte děti? Pokud ano - máte děti vlastní / nevlastní a jak staré?

„Leda, že bych o nich nevěděla“ (pozn. autora: LT se pokouší trochu vtípkovat, ale odpověď vyznívá spíše trpce)

25. Jste schopen/schopna se o své děti samostatně postarat nebo potřebujete v péči o děti pomoc další osoby? Pokud ano, v čem konkrétně?

(pozn. autora: otázka nebyla položena)

26. Jste uživatelem některých sociálních dávek (jako např. invalidní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na pořízení motorového vozidla, příspěvek na úpravu bytu atp.)?

„Jo mám plnej invalidní, příspěvek na péči (pozn. autora: příspěvek na péči ve 2. stupni) a dostali jsme na auto, na garáž, na provoz a na pomůcky.“ (pozn. autora: myšleno kompenzační pomůcky)

27. Jak vnímáte tyto dávky? (např. dostatečné, účelné, platné, nedostačující apod.)

„Ty jseš vtipnej ... jako lepší než nic, ale kdybych nedělala a nebydlela se sěgrou tak zaplatim tak akorát nájem a budu louskat cvrčky“

28. Jak vnímáte celkový přístup, pomoc či podporu státu a státních institucí k lidem s tělesným postižením? (např. přístup lékařů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů či psychoterapeutů, pracovníků v tzv. totálních institucích, bezbariérovost veřejných prostor, pomoc či podporu při vzdělávání, hledání zaměstnání atp.)

„Tak v Jedličkárně (pozn. autora: Jedličkův ústav Praha) to bylo v pohodě, ale třeba ta ženská ze sociálky, co tu byla kvůli příspěvku, byla fakt na facku. Nebo autobusáci - bys občas viděl ty kecy, když má vyndat plošinu ... vlastně Jarka jednou dostala vynadáno dokonce od sanitáků, že je moc tlustá a kdo prej se s ní má tahat ... (pozn. autora: sousedka LT), jako občas jeden jenom zírá no. Jo a na tý vejšce ... si všichni mysleli, že akorát sedím na vozejku a jinak můžu všechno dělat jako ostatní ... jako nepochopíš“

29. Jak byste charakterizoval sociální postavení tělesně postižených z Vašeho pohledu?

„No důchodci ... co bys čekal?“

30. Pokud byste měl/a neomezenou moc, co byste - vyjma Vašeho zdravotního stavu - rád/a změnil/a, aby se Váš život zlepšil?

„Hele já už to nějak doklepu ... já tohle co by kdyby, nemám ráda - sorry“.

(pozn. autora: LT vypadá smutně)

6.3 Interview II.

1. Vaše jméno (dále jen iniciály - oboje změněno na přání klienta)

RC

2. Vaše pohlaví - muž / žena

Muž

3. Váš věk

29

4. Vaše tělesné postižení je vrozené nebo získané? Pokud získané, co se Vám stalo?

„Získané. Já miloval motorcky - jednu jsem dostal k 15tinám. A takhle to dopadlo. Kamijoňák jel moc rychle a já to nezvládl a skončil v příkopu - prej kdyby mě tam nenechal, tak by to mohlo dopadnout jinak ... no bohužel“. (pozn. autora: RC je ochrnutý od hrudníku dolů)

5. Jak vnímáte své postižení? (např. v čem Vás omezuje, co Vám naopak umožnilo atp.)

„Já nad tím zas tak nedumám, stalo se a nic s tím neudělám. Snažím se žít, tak jak to jde. A dalo? Hm ... no jako mám svýho kluka - toho bych asi ještě neměl (pozn. autora: RS tím miní svého dvouletého syna) i když čert ví, já vždycky děti chtěl tak...“.

6. Mohl/a byste charakterizovat, jak sám/sama sebe jako člena společnosti vnímáte?

„Hele já si nikdy nepřipadal nějak diskriminovanéj, nebo tak něco. Klára je skvělá (pozn. autora: manželka RC), kámoši mi taky většinou zůstali, Bertík roste (pozn. autora: syn RC), naši jsou teď už taky v pohodě. Tak občas narazíš - to je jasný - ale já mám fakt spíš pozitivní zkušenosti“.

7. Dokázal/a byste si představit, jak Vás - jako člena společnosti - hodnotí/vnímá společnost?

„Hm ... tak to netuším ... tak asi mě občas někdo lituje, bych tipnul, děcka jsou zvědavý, puberťáci občas pokřikujou ... klasika ... jedině mě napadá, že občas jsou lidi překvapený, když jsem někde sám. Jako, že jsou v šoku, když jdu něco zařadit, nebo koupit třeba pleny pro malýho. Asi čekaj, že vozejčkář nic nezvládne“.

8. Změnilo se Vaše sebevnímání a sebehodnocení v důsledku tělesného postižení? Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.

„Tak je pravda, že jsem měl jiný plány, než se mi to stalo, (pozn. autora: úraz se RC stal v jeho 17 letech) ale to už je tak dávno, že ti ani nevím. No jako možná jedna věc, ale to je fakt soukromý“.

9. Uměl/a byste charakterizovat bariéry, které Vám nejvíc komplikují život?

„Samozřejmě je problém, když mi selže technika - vozík, auto, pc, nebo tak - to je pak k vzteku, ale otravnější asi je pořád někomu vysvětlovat, že jsem sice na vozíku, ale nejsem mimo“.

10. Kde, jak a s kým bydlíte?

„Dostali jsme byt tady v domě (pozn. autora: dům tzv. zvláštního určení bez architektonických bariér) a naši s bráchou mi pomohli ten byt ještě hodně upravit, takže teď se můžu pohybovat po celém bytě naprosto bez problémů. A bydlím se svojí rodinou, k tomu naši sem hodně chodí pomáhat Klárce s malým i se mnou, no a tchání jsou u nás taky tak dvakrát, třikrát do týdne, tak je tady docela rušno.“

11. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska potřeb, které vyžaduje Váš tělesný stav? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?

„Po těch úpravách je to už vážně paráda - jen bysme potřebovali ještě aspoň dva pokoje ... až malej povyroste a jestli mu pořídíme sourozence, tak už se sem vůbec nevejdeme.“ (pozn. autora: RC se potutelně usmívá, ale neřekne proč)

12. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska soukromí? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?

„Počkej - jak to myslíš? S Klárou máme támhle vlastní ložnici a malej příští rok půjde vedle, kde je teď pracovna ... jo já? Aha, no tak já se na záchod nebo do sprchy sám nedostanu, tak to jde stud stranou - když nemáš na výběr, ale jestli myslíš, zda můžu bejt někdy sám ... tak to víš, že když jó chci, tak si zalezu do pracovny a mám chvilku klid, ale oni mě tam stejně vždycky brzy najdou ...“ (pozn. autora: směje se na syna, kterého měl patrně na mysli)

13. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

„Maturitu jsem si dodělal až po úraze, ale dělal jsem jen gympl, takže nic světabornýho, ale naši mě do toho docela tlačili ... tak mám maturu“ (pozn. autora: usmívá se)

14. Mělo nebo má vliv tělesné postižení na volbu a realizaci Vašeho vzdělání?

„Dělám na pc, což jsem se naučil až po úraze a angličtinu jsem se naučil taky až pak, když jsem byl v USA, takže vlastně všechno až dávno potom“.

15. Máte trvalé zaměstnání?

„Jasně - oficiálně jsem zaměstnanec táty“.

16. Můžete pospat zda (a pokud ano, tak v čem) spatřujete bariéry, které Vám komplikují Váš profesní život?

„Tak to, co dělám je v klidu, vlastně lidí, co jsou se mnou ve styku jen přes net většinou ani nevědí, že jsme na vozečku, spíš je sranda pozorovat, jak se tváří, když někdy jedu s tátou na schůzku ...ale tak je to celkem logický. Jo jen mě ještě napadá, že mám vlastně přizpůsobenou klávesnici, ale to je už dneska si běžný, ne?“

17. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš společenský život?

„Tak, co máme malýho, tak Klárka nikam moc nechce, ale občas se mi povede ji přesvědčit, abychom někam vyrazili, ale je fakt, že je to někdy komplikovaný - třeba naraziš, že hlásej, že jsou bezbariérový i maj venku parking s vozečkem a pak jsou tam dva schody. Mrňavý, ale jsou. Mechaničák to ještě zvládne, ale elektrika ani náhodou. (pozn. autora: RC tým miní mechanický invalidní vozík a elektrický invalidní vozík) Takže když už, tak jdeme tam, kde víme, že je všechno bez problémů - a naši kámoši už vědí co a jak, tak je to zpravidla bez problémů. Jo to číslo ... no tak asi mezi 2 a 3. Dobře tak 2“.

18. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš společenský život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.

„Hm ... no abych řekl pravdu, tak si nejsem zas tak jistej. Je fakt, že tehdy jsme pářili s klukama furt, ale taky nám bylo 16, 17, to je prostě jinej život! Tak asi tehdy 1 a ted' ta 2.“

19. Můžete podrobněji charakterizovat Váš společenský život? (např. máte přátele, nějaké koníčky, navštěvujete divadla, kina, cestujete atp.)

„To už jsem říkal, ne?“

(pozn. autora: ano říkal, viz odpověď k otázce č. 17)

20. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš milostný a sexuální život?

„Ajaj a já se tomu chtěl vyhnout. No ok. Tak tohle je fakt oblast, která mi vadí. Prostě díky tomu úrazu už nic no. 5 no. Nebo hele já dám 4 - Klárka se fakt jako snaží, ale...není to prostě vono, chápeš, ne?“ (pozn. autora: RC se tváří normálně, jen na očích je vidět, že mu tato otázka, resp. toto téma přináší smutek)

21. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš milostný a sexuální život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? *Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.*

„Hm tak tohle je teda podpásovka. Tak néé že bych nějak extra řádil, ale jako minimálně 2 to byla, no. Sex mě fakt bavil. Smůla no“.

22. Můžete popsat, jak ovlivňuje tělesné postižení Váš milostný event. sexuální život?

„Hádej.“ (pozn. autora: RC je téma nepříjemné a snaží se od něj odejít - respektuji jeho přání)

23. Můžete charakterizovat svůj rodinný stav? Jste svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova, registrovaný/á?

„Šťastně ženatý.“ (pozn. autora: RC odpověď volá tak nahlas, aby ho slyšela manželka vedle v pokoji, a směje se)

24. Máte děti? Pokud ano - máte děti vlastní / nevlastní a jak staré?

„Jasně - Bertíka! Ted' mu byly dva.“

(pozn. autora: syn Robert je vlastní díky tzv. umělému oplodnění)

25. Jste schopen/schopna se o své děti samostatně postarat nebo potřebujete v péči o děti pomoc další osoby? Pokud ano, v čem konkrétně?

„Tak zatím Bertík ví, že mi nesmí sahat na páčky na vozejku, a časem určitě spolu zvládneme víc věcí, ale ted' spolu bejt sami úplně nemůžeme - to je jasný. Ale čtu mu pohádky a nejvíc se nasmějeme, když si je vymejšlim - to ale slzí i Klárka a říká, že jí kazím dítě! Jo a taky hodně zpíváme - ale to si zase Klárka stěžuje, že se musí koukat ven, aby si lidi nemysleli, že mě mlátí - nevíš proč?“

26. Jste uživatelem některých sociálních dávek (jako např. invalidní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na pořízení motorového vozidla, příspěvek na úpravu bytu atp.)?

„Mám plnej důchod a ten nejvyšší příspěvek - asi na třetí pokus. Dál příspěvek na auto i na provoz, na garáž, myslím, že i úpravu bytu nám nějakou dali, ošatný - to už není? Aha - no líp by to věděla Klárka, nebo máma - ony se v tom vyznají spíš, vím, že to holky sledují.“

27. Jak vnímáte tyto dávky? (např. dostatečné, účelné, platné, nedostačující apod.)

„Tak přiznám se, že to úplně nesleduju, Klárka jen hlásí, kdy co přijde, ale kasu drží ona tak“

28. Jak vnímáte celkový přístup, pomoc či podporu státu a státních institucí k lidem s tělesným postižením? (např. přístup lékařů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů či psychoterapeutů, pracovníků v tzv. totálních institucích, bezbariérovost veřejných prostor, pomoc či podporu při vzdělávání, hledání zaměstnání atp.)

„Tak já, co můžu posoudit, mám fakt dobrý zkušenosti. Nemocnice, pak Kladruby - jako fakt pohoda. Některý ty lidi byly naprosto úžasný. Navíc jsem si s Kladrub přivedl Kláru tak já si stěžovat nemůžu. Jako jasně, že občas narazíš na pitomce, ale to je všude, tak proč by to v tomhle mělo bejt jiný, ne?“

29. Jak byste charakterizoval sociální postavení tělesně postižených z Vašeho pohledu?

„Myslím, že hodně záleží, jaký lidi máš kolem sebe. Já měl i při vší ty směle vždycky kliku, ale znám hodně případů, kdy člověk skončil na vozejku a všichni se na něj vykašlou, to je pak fakt průser.“

30. Pokud byste měl neomezenou moc, co byste - vyjma Vašeho zdravotního stavu - rád/a změnil/a, aby se Váš život zlepšil?

„Bylo by fajn mít víc dětí - aspoň by byla sranda, ale Klárce to neříkej - by mě zabila.“ (pozn. autora: šeptá, ale potutelně se u toho usmívá)

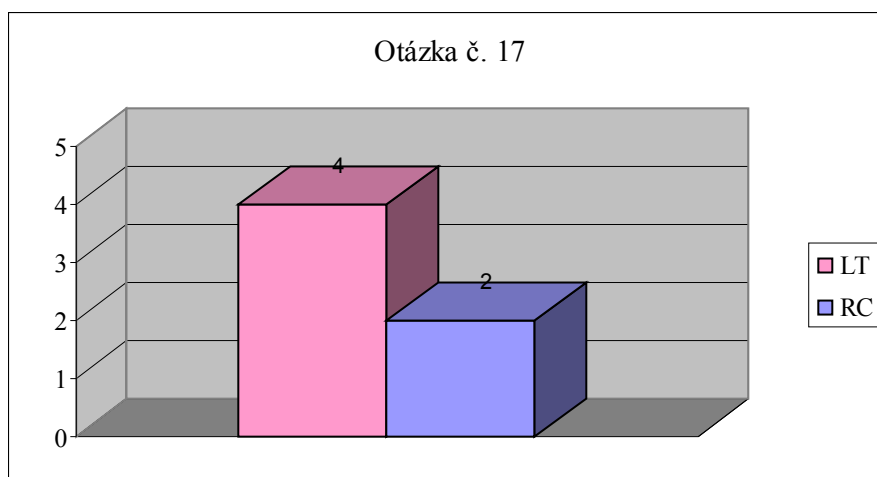
6.5 Diskuse

Oba rozhovory jsou interpretovány v co nejvěrnější podobě a jsou přirozeně poznamenány faktem, že dotazovaní a tazatel se znají. Rovněž výběr respondentů je záměrný. Zjevně rozdílný životní přístup obou zúčastněných (ač vrstevníků) je tak výrazně kontrastní, že nelze přehlédnout vliv jejich osobností na subjektivní vnímání jejich životní reality.

Pro lepší orientaci uvádím grafické znázornění odpovědí těch otázek, u kterých byla použita jednoduchá měřicí škála a u kterých je tedy možné - byť značně zjednodušeně - ukázat kontrast subjektivního vnímání dané situace.

V otázce č. 17, která se ptala po hodnocení společenského života, se odpovědi obou dotazovaných velmi lišily, přestože by se dalo očekávat, že společenský život svobodné ženy bude rušnější než společenský život ženatého muže. Subjektivní hodnocení bylo však přesně opačné.

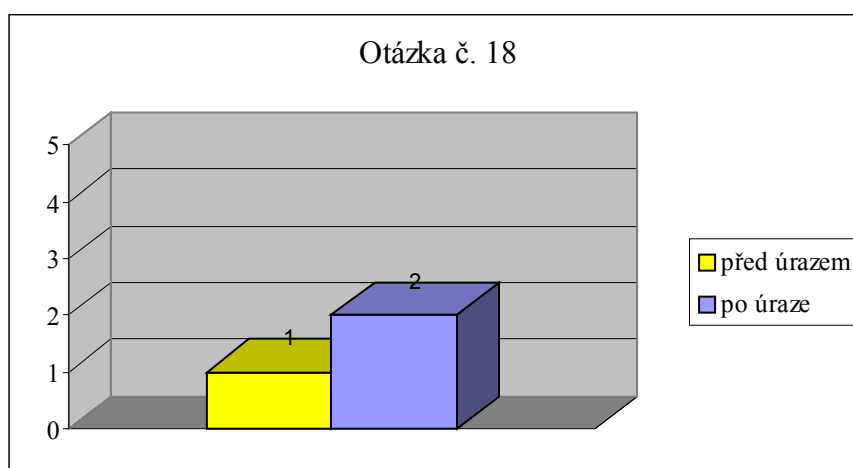
Graf č. 1. HODNOCENÍ SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA



Otázka č. 18 pak zkoumala subjektivní hodnocení vývoje společenského života před vznikem tělesného postižení a nyní. Vzhledem k faktu, že slečna LT je postižena od narození, nebylo smysluplné tuto otázku vůbec pokládat.

Nicméně i hodnocení vývoje vlastního společenského uplatnění pana RC před vznikem tělesného postižení a v současnosti je velmi zajímavé, neboť rozdíl mezi společenským uplatněním zdravého člověka a tělesně postiženého je v subjektivním vnímání pana RC minimální. Otázka zní, co je příčinou takového minimálního rozdílu a dovolím si tvrdit, zvláště v kontrastu k hodnocení slečny LT, že příčinou je opět povaha a životní přístup pana RC, které mu umožňují vyrovnat se s komplikacemi ve společenském uplatnění mnohem lépe, než je tomu u člověka s méně „šťastnou“ povahou.

Graf č. 2. HODNOCENÍ SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA PANA RC PŘED A PO ÚRAZE



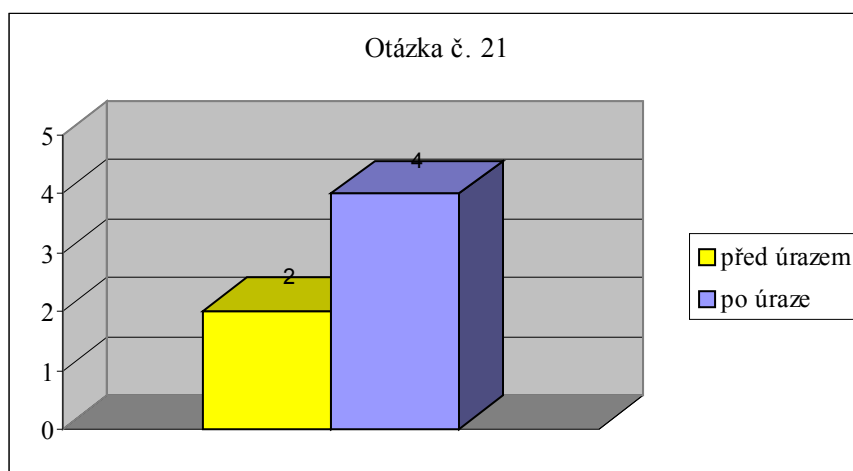
V otázce č. 20, která se ptá po hodnocení milostného a sexuálního života se oba mladí lidé zcela shodují, i když relativně negativní hodnocení této stránky života vychází u obou z jiných příčin.

Poprvé za celý rozhovor bylo možno v hodnocení pana RC vnímat smutek. I on sám říká, že tuto stránku života, kterou jeho úraz eliminoval na nulu, vnímá jako ztrátu. Ztráta sexuálního života (resp. možnost erekce a sexuálního styku) je pro něj do té míry bolestivá, že v otázce přehlédl i možnost vyjádřit se nikoliv jen k sexuálnímu, ale i k milostnému životu. Respektive učinil drobnou poznámku o snaze své ženy („... Klárka se fakt jako snaží ...“), nicméně na celkové hodnocení měla tato její aktivita poměrně malý vliv. Zlepšení „známkového“ ohodnocení z nejhoršího stupně 5 na

stupeň 4 bylo dle mého soudu spíše pochvalou milované bytosti, než skutečné přesvědčení o objektivně zaslouženém lepším hodnocení.

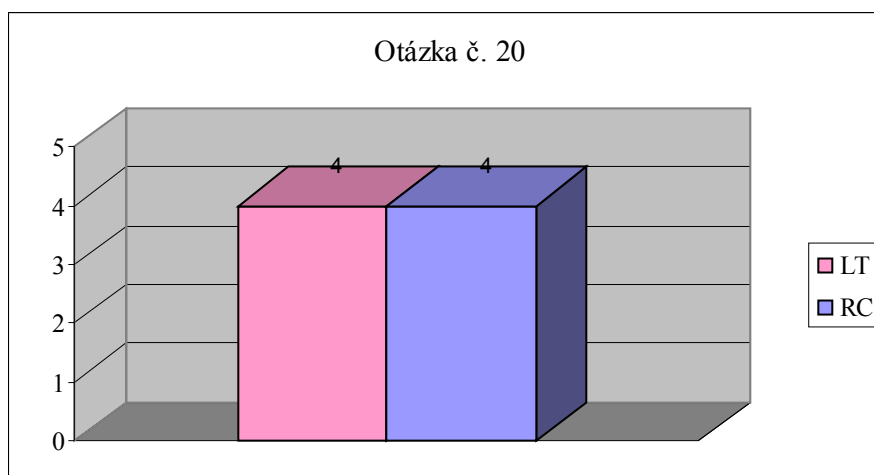
Kontrast vnímání těchto aspektů života před úrazem a po úraze jen vnímání „ztráty“ srozumitelně dokresluje.

Graf č. 3 HODNOCENÍ MILOSTNÉHO A SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA PANA RC PŘED ÚRAZEM A PO ÚRAZE



Na druhé straně slečna LT hodnotí tuto svou stránku života jako nepříliš šťastnou nebo úspěšnou, nikoliv z funkčního hlediska, ale z nemožnosti tento aspekt života reálně naplnit.

Graf č. 4. HODNOCENÍ MILOSTNÉHO A SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA



Samozřejmě připouštím jako relevantní, že partnerský vztah, který se podařilo panu RC navázat a udržet, i jeho pracovní realizace a samozřejmě otcovství, má značný vliv na jeho prožívání.

Kromě toho v textu i on sám připouští, že „... *při vši té směle měl vždycky kliku...*“. Nicméně otázka zní, zda postoje, povahové rysy a temperament, které byly RC vlastní již před úrazem, mu zkrátka stejně dobře neslouží i v této změněné životní situaci.

Nelze zároveň vyloučit, že pokud by se slečně LT podařilo udržet partnerský vztah s jejím ex přítelem, o němž se zmiňuje, případně navázat nový uspokojivý vztah nebo dokonce mateřství, že by svou situaci vnímala optimističtěji. Není podle mého odhadu vyloučené, že by problémy spojené s dlouhodobým vztahem nebo i mateřské problémy akcelerovaly další prohlubování pesimistického, možná snad až depresivního, ladění její osobnosti.

Záměrem publikace těchto dvou příběhů bylo upozornit na bariéru tělesného postižení, kterou jsem v teoretické části jen letmo naznačil v kapitole Self bariéry. Jako důležitou a hodnou pozornosti tedy vnímám **bariéru vlastní osobnosti** člověka s postižením. To se myslím dobře zdařilo.

Je samozřejmé a oba zpovídaní to ve své výpovědi zmiňují, že je nesmírně důležité nejbližší okolí postiženého, které mu může výrazně pomoci (i přes jeho tělesný handicap) žít plnohodnotný život.

Oliver Sacks v jedné ze svých knih popisuje příběhy tzv. „idiotů savant“, tedy lidí s velmi omezenými mentálními schopnostmi, kteří zároveň prokazují nebývalé jedno - někdy i více směrné - nadání, nezřídka označované za svého druhu genialitu.

Autor vypráví příběh dvou mladých mužů („geniálních“ malířů) Stephena a Joseho. Oba muži jsou zároveň postiženi autismem. A konstatuje, že: „... *Stephen vede zajímavý a podnětný život, cestuje, chodí ven kreslit ... navštěvuje uměleckou školu ... Jose je téměř tak nadaný jako Setphen, ale nikdy nebyl uznán ani podporován, a byl odsouzen ke strádání a živoření*“. Ten podstatný rozdíl v kvalitě života obou autistických mladíků je obrovská podpora, která se dostala Stephenovi a o kterou byl, Jose ošizen. Zatímco Stephen mohl plně rozvíjet své tiché umění, svou „kompenzaci“

bariér, které mu přinesl jeho autismus, Joseho nikdo nepodporoval, nevydával ani neprodával jeho kresby, neumožňoval mu rozvíjet dovednosti, které měl.

A tak přestože oba muži vykazují stejné známky pasivity a změněného vývoje ve smyslu průvodních jevů autismu, žijí, díky vnějšímu pochopení nebo ignoraci zcela jiné životy.

Samozřejmě nelze úplně dobře srovnávat bariéry, které přináší tělesné postižení a ty, jež provází autismus. Už proto ne, že mnozí autisté si těchto bariér nemusí být ani vědomi. Nicméně jako ilustrace důležitosti vnější podpory je tento příklad, domnívám se signifikantní (SACKS, 2009).

Tato podpora, která se mnohdy může zdát až nadbytečná, může mít tu sílu, že člověk přestane vnímat své postižení jako jakési „fatální konečné řešení“, které mu neumožňuje žít plnohodnotně jeho život. Naopak je pomocí drobných vítězství povzbuzen k plnohodnotně prožívanému životu, byť s tělesným handicapem.

Aspektem na němž se oba dotazovaní výzkumu také shodují, je pozitivní hodnocení faktu, že výrazně ubylo architektonických bariér v jejich okolí. Oba rovněž sdílejí zkušenost s předsudečným vnímáním jejich osob zdravými členy společnosti.

Uznávám jako relevantní poznámku, že tyto dva příběhy poměrně věrně ilustrují mnohé kapitoly teoretické části této práce a navíc kontrast obou mladých lidí v jejich přístupu k životu je dosti nápadný. Zároveň se oba příběhy mírně odchyľují od uvedených statistických dat. Dle ČSÚ by se např. v této věkové kategorii dal manželský stav spíše očekávat u slečny LT než u pana RC.

Pokud by byl stejný rozhovor prováděn s větším množstvím respondentů, patrně by se ukázalo, že příběh pana RC je spíše méně obvyklým. Zároveň dle svých zkušeností soudím, že příběh slečny LT je obvyklejší než by se mohlo na první pohled zdát.

ZÁVĚR

Impulsem k vypracování diplomové práce s názvem „Bariéry tělesného postižení“ byla na jedné straně celoživotní zkušenost autora se světem tělesně postižených, ač sám postižený není. Na druhé straně jistá skepse ohledně inkluze tělesně postižených, kterou autor vnímá v současných reáliích České republiky jako nedostatečnou, pomalou a nefunkční.

Práce se v zásadní teoretické rovině věnuje mapování bariér, které mohou mít relevantní vliv na potencionální inkluzi lidí s tělesným postižením.

V praktické části jsou pak uvedeny dva polostrukturované rozhovory, jejichž cílem bylo ilustrovat teoretický rámec práce a doplnit řadu objektivně popsanych bariér v literatuře o (snad) poslední bariéru, které tělesné postižení může přinášet či jíž může čelit, totiž bariéru vlastní osobnosti, temperamentu a životního náhledu lidí s tělesným handicapem.

Autor analyzuje pojmy, které jsou obecně zavedeny v teoriích týkajících se tělesného postižení, ale nevyhýbá se ani pojmům, které na první pohled nemusí být vnímané jako bariérové, přesto však autor vnímá jejich obsah ve vztahu k danému problému jako podstatný. Jsou to pojmy komunikace a předsudky.

V dalším textu jsou všechny tyto pojmy a jejich obsah podrobně analyzovány. Především se autor snaží zmapovat bariéry kolem nás a bariéry, které leží tzv. před a za „vlastním prahem“, tedy bariéry, na něž člověk s tělesným postižením může narážet jak ve své vlastní domácnosti, tak ve veřejném prostoru za hranicemi svého domova.

Autor si rovněž všímá problémů, jež přináší tělesné postižení v důsledku úrazu a mapuje souvislosti a důsledky péče, které reálně mohou být k dispozici. Značná pozornost je věnována rovněž bariérám vznikající v důsledku používání kompenzačních pomůcek nebo díky (často předsudečným) představám okolí postiženého. Autor nepomíjí ani bariéry, jež mohou být vystavěny díky vlastnímu přístupu samotných postižených, zejména komplexům méněcennosti či neopodstatněným pocitům viny za vlastní postižení a z nich plynoucích zvláštností v komunikaci s okolím.

Napříč celou prací je upozorňováno na problémy typu neočekávatelné osobitosti verbálního projevu tělesně postižených, ať v důsledku odlišné sociální zkušenosti či v důsledku samotného somatického postižení, která mohou srozumitelnost sdělení člověka s postižením velmi zásadním způsobem ovlivňovat.

Velká pozornost je pak věnována specifikům neverbálního projevu tělesně postižených, jejich významu a možným dopadům pro běžný život. Autor se zde věnuje předsudkům a nepodloženým očekáváním majoritní společnosti při setkání s tělesně handicapovaným jedincem. Je popsán jak problém jinakosti v širším slova smyslu, tak například konkrétnější otázky vzhledu a obecně akceptované adorace mládí, zdraví a krásy. Otázky těchto vnějších fenoménů jsou řešeny zejména v souvislosti s výkonnostním nastavením této společnosti, jejímuž očekávání člověk s postižením může dostat jen velmi obtížně a které tedy dle autora mohou být rovněž zdrojem bariér, kterým tělesně postižení v životě čelí.

Autor neopomíná ani rodinu postiženého a možné dopady narození tělesně postiženého dítěte na jeho rodiče, jakož i komplikace, kterým musí ve svém vývoji čelit dítě. Nezůstává opominuta ani situace, kdy tělesné postižení vznikne v průběhu života.

Bariéry vnímá autor rovněž ve vztazích, společenském uplatnění a sexuálním životě tělesně postižených. Práce si všímá počtu uzavíraných manželství zdravých a tělesně postižených jedinců a zamýšlí se nad příčinami výskytu daleko většího počtu svobodných žen a mužů s postižením než ve zdravé populaci.

Sexualita tělesně postižených může být vnímána jako tabuizované téma, nicméně autor i tuto stránku života považuje za relevantní. Proto se problémům, kterým tělesně postižení muži i ženy v této stránce svého života mohou čelit, věnuje podrobněji.

V následujícím textu si autor všímá jak problémů v množství a kvalitě sociálních kontaktů tělesně postižených, tak problémům, které vznikají má - li jedinec s postižením snahu se plnohodnotně společensky uplatnit v majoritní společnosti. Je zároveň mapována snaha (a částečně i historie této snahy) pomoci odstraňovat bariéry, které společenské uplatnění tělesně postižených znesnadňují.

Praktická část je zaměřena na ilustraci subjektivního vnímání mnoha bariér pro tělesně postižené, které jsou uvedeny v teoretické části práce.

Ve dvou rozhovorech se autor snažil zachytit bezprostřednost mluveného jazyka postižených lidí, k nimž má osobní vztah. Autor se podrobněji věnuje analýze těchto rozhovorů a zároveň rozvíjí myšlenku nezbytnosti široké legislativní, fyzické i psychické podpory, která může ve správně zvolené míře velmi zásadním způsobem ovlivnit život člověka s tělesným postižením a pomoci mu tak vyrovnat se s bariérami, kterých tělesné postižení přináší velké množství.

LITERATURA

- BIDDULPH, S. *Mužství*. Přel. Jana Pištorová. Praha: Portál, 2007, s. 151. ISBN 978-80-7376-209-6.
- BLY, R. *Železný Jan*. Přel. Marian Siedloczek. Praha: Argo, 2005, s. 29, 30. ISBN 80-7203-659-9.
- ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza - Možnost být sebou*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-539-6.
- FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.
- FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál, 2010, s. 125. ISBN 978-80-7376-663-6.
- Focus. Chaos zesiluje předsudky. *Psychologie Dnes*, 2011, roč. 17, č. 6, s. 6. ISSN 1212-9607
- FRANZ, M. L. Von. *Psychologický výklad pohádek: smysl pohádkových vyprávění podle jungovské archetypové psychologie*. Přel. Kristina Černá a Jan Černý. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-489-2.
- GLIEDMAN J. a ROTH W. *The Unexpected Minority: Handicapped Children in Amerika*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1980.
- GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963. ISBN 06716224477
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Oprav. dotisk. Praha: Portál, 2004, s. 69, 183, 241, 265, 265, 266, 464, ISBN 80-7178-303-X.
- HOGENOVÁ, A. Tělesnost a vnímání. In RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006, s. 32 - 33. ISBN 80-7254-750-X.
- HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, s. 33. ISBN 80-86861-72-4.
- HOGENOVÁ, A. *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-35-X.

- CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 26, 110, 117, 118, 122, 142, 147, 162. ISBN 80-7376-013-5.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 155. ISBN 80-7178-535-0.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KRCH, F. D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. 3. doplň. a přeprac.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 32. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KŘIVOHALVÝ J. *Psychologie nemoci*. Dotisk. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0179-0.
- KYBALOVÁ, L. aj. *Obrazová encyklopedie módy*. Praha: Artia, 1973.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.přeprac.vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 155, 271, 464. ISBN 80-7178-549-0.
- MAURIER, D. Du. *Králův generál*. Přel. J. Kotíková. 4.vyd. Liberec: Dialog, 1992, s. 64. ISBN 80-85194-48-1.
- MURPHY, R. F. *Umlčené tělo*. Přel. Jan Ogrocká. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 56, 84, 87. ISBN 80-85850-98-2.
- NĚMCOVÁ, M. *Kvalita života pacientů po transplantaci s afunkční ledvinou nebo po graftektomii*. Diplomová práce. Praha: PVŠPS, 2011, s. 46. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.
- NEUMANNOVÁ, V. *Hledat najít, držet nepustit*. Praha: Jan Pixa, 1991, s. 54, 79, 81. ISBN 80-900600-1-3.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009, s. 31. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000, s. 36. ISBN 80-7376-174-3

- ROUŠAL, J. *Inkluze tělesně postižených*. Bakalářská práce. Praha: PVŠPS, 2009, s. 24, 28. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.
- SACKS, O. *Antropoložka na Marsu*. Přel. Alena Čechová. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-81-1.
- SACKS, O. *Muž, který si pletl manželku s kloboukem*. Přel. Alena Čechová. Praha: Dybbuk, 2008. ISBN 978-80-86862-59-0.
- SACKS, O. *Na čem si stojím* Přel. Dušan Zbavitel. Praha: Dybbuk, 2009, s. 162. ISBN 978-80-86862-82-8.
- SEDLÁČEK, T. *Ekonomie dobra a zla*. Praha: 65. pole, 2009, s. 249. ISBN 978-80-903944-3-8.
- SHAKESPEARE, W. *Šest her svazek druhý*. Přel. Zdeněk Urbánek. Brno: Atlantis, 1995, s. 241. ISBN 80-7108-100-0
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Dotisk 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, s. 39. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: PVŠPS, 2006, s. 6.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch : rodina jako sociální děloha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7376-561-5.
- ÚZ - *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-658-0.
- ÚZ - *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2011. ISBN 978-80-7208-830-0.
- UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 183, 254. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 259. ISBN 80-246-0956-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-378-1.

VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 80-210-0475-4.

Internetové zdroje

Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob. ČSÚ 3309-08 /online/. c2008 / cit. 2011-3-14/. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

Dpp.cz > Projekt: výtahy ve stanici Florenc B - bezbariérové zpřístupnění | Dopravní podnik /online/. cit. 2011-3-16/. DPP. Dostupné z <http://www.dpp.cz/projekt-vytahy-ve-stanici-florenc-b-bezbarierove-zpristupneni/>

Dpp.cz > DPP otevřel nový bezbariérový přístup do stanice metra Háje | Dopravní podnik hlavního města Prahy /online/. c11.2.2011 /cit. 2011-3-16/. DPP. Dostupné z <http://www.dpp.cz/dpp-otevrel-novy-bezbarierovy-pristup-do-stanice-metra-haje/>

KOVANDA, L, *Ekonomie krásy* | *Finmag.cz* /online/. c16.08.2010 /cit. 2011-3-13/. Dostupné z <http://www.finmag.cz/cs/finmag/penize/ekonomie-krasy/>

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014 /online/. c2010, poslední revize 31. 3. 2010 /cit. 2011-7-31/. Zdravotně postižení občané | Vláda ČR. Dostupné z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvoreni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>

Podruhy osobní asistence | APOA /online/. c2008 /cit. 2011-3-16/. Dostupné z <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/podruhy-osobni-asistence>

Ve znění zákona a vyhlášky | APOA /online/. c2006 /cit. 2011-3-16/. Dostupné z <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/ve-zneni-zakona-a-vyhlaske>

PŘÍLOHA

Seznam otázek

1. Vaše jméno (dále jen iniciály - oboje změněno na přání klienta)
2. Vaše pohlaví - muž / žena
3. Váš věk
4. Vaše tělesné postižení je vrozené nebo získané? Pokud získané, co se Vám stalo?
5. Jak vnímáte své postižení? (např. v čem Vás omezuje, co Vám naopak umožnilo atp.)
6. Mohl/a byste charakterizovat, jak sám/sama sebe jako člena společnosti vnímáte?
7. Dokázal/a byste si představit, jak Vás jako člena společnosti hodnotí/vnímá společnost?
8. Změnilo se Vaše sebevnímání a sebehodnocení v důsledku tělesného postižení? *Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.*
9. Uměl/a byste charakterizovat bariéry, které Vám nejvíc komplikují život?
10. Kde, jak a s kým bydlíte?
11. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska potřeb, které vyžaduje Váš tělesný stav? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?
12. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho bydlení z hlediska soukromí? Případně, co byste změnil/a kdybyste mohl/a?
13. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
14. Mělo nebo má vliv tělesné postižení na volbu a realizaci Vašeho vzdělání?
15. Máte trvalé zaměstnání?
16. Můžete pospat zda (a pokud ano, tak v čem) spatřujete bariéry, které Vám komplikují Váš profesní život?

17. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš společenský život?

18. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš společenský život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? *Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.*

19. Můžete podrobněji charakterizovat Váš společenský život? (např. máte přátele, nějaké koníčky, navštěvujete divadla, kina, cestujete atp.)

20. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) jak hodnotíte Váš milostný a sexuální život?

21. Mohl/a byste zachytit na škále od 1 do 5 (jako ve škole - 1 nejlepší, 5 nejhorší) Váš milostný a sexuální život jako člověka před vznikem tělesného postižení a nyní s postižením? *Pozn.: Otázka je kladena pouze v případě získaného tělesného postižení.*

22. Můžete popsat, jak ovlivňuje tělesné postižení Váš milostný event. sexuální život?

23. Můžete charakterizovat svůj rodinný stav? Jste svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova, registrovaný/á?

24. Máte děti? Pokud ano - máte děti vlastní / nevlastní a jak staré?

25. Jste schopen/schopna se o své děti samostatně postarat nebo potřebujete v péči o děti pomoc další osoby? Pokud ano, v čem konkrétně?

26. Jste uživatelem některých sociálních dávek (jako např. invalidní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na pořízení motorového vozidla, příspěvek na úpravu bytu atp.)?

27. Jak vnímáte tyto dávky? (např. dostatečné, účelné, platné, nedostačující apod.)

28. Jak vnímáte celkový přístup, pomoc či podporu státu a státních institucí k lidem s tělesným postižením? (např. přístup lékařů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů či psychoterapeutů, pracovníků v tzv. totálních institucích, bezbariérovost veřejných prostor, pomoc či podporu při vzdělávání, hledání zaměstnání atp.)

29. Jak byste charakterizoval sociální postavení tělesně postižených z Vašeho pohledu?

30. Pokud byste měl neomezenou moc, co byste - vyjma Vašeho zdravotního stavu - rád/a změnil/a, aby se Váš život zlepšil?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Bc. Jan Roušal

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Bariéry tělesného postižení

Počet stran bez příloh: 88

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 42

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 7

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2011

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc Jan ROUŠAL

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Bariéry tělesného postižení

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 88

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 51

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – nepospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak posuzujete otázku studia na vysoké škole u osob, které nejsou schopny zřetelně mluvit pro poruchu svalů, ani nejsou schopny z téhož důvodu v přiměřeném čase sepsat odpovědi na počítači? Jak byste to řešil? Je vhodné jim nechat jakoukoliv dobu na sepsání odpovědi nebo určit časovou hranici? Je vhodné je pozitivně diskriminovat, tj. mít pro ně mírná měřítká, nebo mít jednoznačně výkonnostní přístup, jak vyžaduje současná společnost?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je z hlediska sociální práce velmi vhodná. Navíc má autor s touto otázkou celoživotní zkušenosti, což prozrazuje i jeho přístup a způsob uvažování. Autor prokázal, že umí samostatně myslet, má přehled v odborné literatuře a umí s ní pracovat.

Praktická část zahrnuje dvě případové studie, které jsou správně analyzovány.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

výborně

Datum, podpis:
15. 9. 2011


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc. Jan Roušal

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Bariéry tělesného postižení

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 88

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 51

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka z praxe:

Bydlíte v bytě, kde od výtahu musíte jít polovinu poschodí nahoru nebo dolů, byt je sice pohodlný, ale pouze s normální vanou. Očekáváte příjezd těžce fyzicky handicapovaného hosta o dvou berlích s poškozením všech kloubů, takže jejich pohyblivost je maximálně omezena. Do vany se nedostane. Jak byste umožnil tomuto člověku pobyt v tomto bytě? Jde hlavně o cestu po schodech a hygienu v koupelně. Otázka se klade, protože jde o reálnou situaci.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu odpovídá nejen požadavkům oboru, ale i autorovým životním zkušenostem. Zpracování je originální, dává podnět k zamyšlení, co dosud v této oblasti zůstalo nedořešeno.

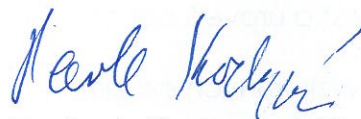
Literatury má autor vyšší počet, než bývá obvyklé a umí s ní pracovat. Citace jsou správné. Praktická část obsahuje dva polostrukturované rozhovory ve smyslu kvalitativního výzkumu. Autor je doplňuje grafy, které jsou nadbytečné, stačilo jen v souhrnu konstatovat takto zpracované údaje.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře, případně i výborně (podle úrovně obhajoby)

Datum, podpis:
14. 9. 2011



PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.