

**UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA FILOZOFICKÁ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Martin Šostek**

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

Rozdíl v prezentaci a komunikaci osob se zdravotním postižením uvnitř  
skupiny a mimo skupinu

Martin Šostek

Bakalářská práce

2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Martin Šostek

## **Souhrn**

Tato bakalářská práce je věnovaná problematice vztahu paraplegiků k majoritní společnosti.

Základním zdrojem této práce je terénní výzkum dále informace z knih a odborných časopisů. Cílem této práce je porovnání způsobů komunikace a chování paraplegiků uvnitř skupiny a komunikace a chování ve vztahu k majoritě.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá sociální identitou stigmatizovaných a adaptací na postižení. Dále jsou zde zpracovány informace o komunikaci a vlivu komunikace na kategorizaci okolí.

Praktická část obsahuje konkrétní příklady rozdílu mezi paraplegiky a majoritou.

## **Abstract**

This bachelor work is devoted to problems relationship paraplegia and majority society.

Primary source this work is fieldwork, information from books a professional magazines. Aim of this work is comparison means of communication and behavior paraplegia in-group and communication and behavior in relationship with majority.

This work contains theoretical and practical part. Theoretical part deals with social identity stigmatized and adaptation to disability. There are further processed information about communication and influence on the categorization of communication around.

In practical part is specific examples difference between paraplegia and majority.

**Klíčová slova**

stigma

handicap

sociální status

sociální identita

komunikace

chování

**Key words**

stigma

handicap

social status

social identity

communication

behavior

### Poděkování:

Touto cestou bych chtěl poděkovat vedoucímu práce panu Mgr. Tomáši Samkovi, M.A. za jeho připomínky, doporučení a ochotu. Mé díky patří i všem informátorům za jejich vstřícné přijetí a informace, které mi poskytli. Také bych chtěl poděkovat centru Křižovatka, o.s. ve kterém jsem prováděl výzkum. Děkuji svým blízkým za dlouhodobou a trpělivou podporu během studia.

# **Obsah**

<b>1. Úvod</b> .....	<b>11</b>
<b>Teoretická část</b> .....	<b>13</b>
<b>2. Tělesné postižení</b> .....	<b>13</b>
2.1 Handicap obecně .....	13
2.2 Vozíčkáři .....	13
2.3 Stigmatizovaní jedinci.....	13
2.4 Sociální identita stigmatizovaných.....	14
2.4.1 Fáze liminality .....	15
2.5 Osobnost a psychická adaptace na získané postižení.....	15
<b>3. Komunikace</b> .....	<b>17</b>
3.1 Kontext .....	17
3.1.1 Vnitřní (psychický) .....	17
3.1.2 Vnější .....	17
3.2 Média a zdravotně postižení.....	18
<b>4. Metodologie</b> .....	<b>19</b>
<b>Praktická část</b> .....	<b>21</b>
<b>5. Celospolečenský rámec</b> .....	<b>21</b>
5.1 In-group .....	21
5.2 „Uzavřená“ společnost .....	22
5.3 Podpora společnosti.....	22
5.4 Komunikace mezi postiženými .....	23
5.5 Out-group .....	24
5.5.1 Obavy z reakcí .....	24
5.5.2 Komunikace se společností.....	25
5.5.3 Soucit a zbytečná pomoc .....	25
5.5.4 Rovnocenní partneři.....	26
5.5.5 Majorita v roli menšiny.....	27

<b>6.Závěr.....</b>	<b>29</b>
<b>7.Seznam zdrojů: .....</b>	<b>31</b>
<b>Seznam informátorů: .....</b>	<b>32</b>



## **1.Úvod**

Získat práci, volnost ve vzdělání, cestování nebo se jít bavit s přáteli, to jsou věci, které jsou pro nás zcela přirozené a ani neuvažujeme, že by tomu mohlo být jinak.

Pro osoby se zdravotním postižením jsou však v mnoha případech téměř nedosažitelné. Pohyb patří k základním projevům života jedince. Jeho omezení nebo dokonce znemožnění má tedy samozřejmě určitý vliv na každého jedince, jehož pohyb je takto limitován. Pohybové omezení (v krajním případě až úplná imobilita – nepohyblivost) má vliv na jedince jak v rámci jeho individuálního vývoje (fyzického i psychického), tak i z hlediska jeho socializace.

Jako téma jsem si zvolil problematiku zdravotně postižených, proto, že s těmito lidmi už mám zkušenost ze své rodiny a taktéž mě k tomuto tématu inspirovala kniha amerického antropologa Roberta F. Murphyho – Umlčené tělo.

V tomto tématu jsem se zaměřil na sebeprezentaci a komunikaci těchto lidí mezi sebou a mezi majoritou. Tohle téma už ve svých pracích popsal sociolog Erving Goffman, a to především v díle Stigma a Všichni hrajeme divadlo.

V této práci se snažím zodpovědět tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je rozdíl v chování zdravotně postižených ve skupině a mimo skupinu?
2. Jaké jsou zásadní rozdíly v komunikaci ve skupině a s majoritou?

Zdravotně postižený člověk je odkázaný na pomoc druhých, spoléhá na pomoc státu a rodiny. Mělo by být povinností napomáhat k integraci těchto spoluobčanů do společnosti.

Postižení mají právo na samostatný a plnohodnotný život, se kterým souvisí i plný přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám, aktivitám ve volném čase a sportu.

Tito lidé jsou bohužel stále v naší společnosti vnímání jako něco „cizího“ a „nežádoucího“ a to se odráží i v jejich každodenním životě.

Čím větší bude informovanost majority o těchto lidech, tím kvalitnější život tito lidé mohou žít, protože se nebudou muset potýkat s překážkami, které neinformovanost a předsudky vytvářejí.

Všichni bychom se měli podílet na zlepšování kvality života zdravotně postižených už jen tím, že je začneme považovat za rovnocenné partnery, zaměstnavatelé tyto lidi začnou bez problémů zaměstnávat, samozřejmě k takovému druhu práce, které jim postižení dovolí vykonávat, školy a úřady budou plně bezbariérové.

Tahle vize je pořád ještě vzdálená budoucnost a bude potřeba mnoho úsilí, ochotných a schopných lidí, kteří se tomuto budou věnovat.

Celá společnost by si měla uvědomit, že postižení lidé jsou její součástí od nepaměti, a vždy tady budou. Týká se to společnosti jako celku, přestože mnoho lidí nemusí ve svém životě této problematice čelit, tak by se i přesto měli poohlédnout kolem sebe a uvědomit si, že problematika postižených lidí nás obklopuje doslova na každém kroku.

## **Teoretická část**

### **2. Tělesné postižení**

Naše společnost obsahuje pestrou paletu lidí, kteří se od sebe navzájem liší. Liší se barvou pleti, fyzicky, náboženstvím, jazykem. Tyto diference jsou ve společnosti ať už více či méně tolerovány.

Fyzické odlišnosti zahrnují především tělesné vady, ty jsou u nás sice tolerovány, ale i přesto si lidé tyto jedince s handicapem zařazují do určitých kategorií, které je znevýhodňují.

#### **2.1 Handicap obecně**

Podle definice Světové zdravotnické organizace je *handicap* nevýhoda, újma vyplývající z poškození či zneschopnění, které je na překážku snaze osobě plnit úlohu, která je pro tu osobu normální. Handicap je tedy sociálním pojmem, reprezentujícím sociálního a životního prostředí se týkající důsledky poškození a zneschopnění osoby. Robert Murphy ve své antropologické autobiografii popisuje postižení, jako zároveň stav těla i aspekt sociální identity. Proces postižení je dán somatickými příčinami, avšak význam mu dává společnost. (MURPHY:2001)

#### **2.2 Vozíčkáři**

Lidé, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík, ať už v průběhu života nebo od narození, jsou ve velké míře odkázáni na pomoc blízkých a společnosti vůbec. Společnost by měla napomáhat k integraci těchto osob a k zajištění plnohodnotného života.

Příčinou upoutání na invalidní vozík je paraplegie, která může být způsobena nejčastěji úrazy nebo nemocemi. Paraplegie je soubor symptomů, způsobených poškozením míchy, jenž má za následek ochrnutí dolních končetin. (VOKURKA:2008) Tato událost radikálně změní život člověka nejen po fyzické stránce, ale má i velké psychologické dopady spojené s dlouhodobým stresem – postupné uvědomování si postižení a s tím i spojené odlišnosti, vyrovnávání se s touto skutečností, hledání nové identity a nutnost naučit se vystupovat v sociálních kontaktech.

#### **2.3 Stigmatizovaní jedinci**

Každý člověk žijící ve společnosti je jedinečný. Lidé mají svou osobitost, jednají v různých situacích odlišně. Také se liší jejich chování, reakce na podněty, rozdílně řeší úkoly a situace. Existují tedy jedinci, kteří jsou „jiní“ než majorita.

Společnost se s těmito členy musela v průběhu dějin vyrovnávat a vztah k těmto jedincům je v každé společnosti odlišný.

Ve své kultuře máme společenským konsensem dáno to, co je norma pro přijatelné, normální a pro to, co už do této kategorie nespadá, to co je zavrženíhodné nebo špatné. Společnost na lidi, kteří jsou odlišní, vyvíjí tlak na přizpůsobení se tomu, co je běžné. Do této kategorie spadají i vozíčkáři, jejichž pohybové postižení je spojeno i s estetickým handicapem; právě tato odlišnost má negativní sociální význam, snižuje sociální postavení jedince a nepříznivě ovlivňuje hodnocení okolím-nálepkování.(HAYESOVÁ:2003,s.120) To zpětně ovlivňuje chování handicapovaných lidí-sebepojetí.(HAYESOVÁ:2003,s.128) Součástí sebepojetí je také tělesné sebepojetí, které souvisí s prožíváním svého těla. Zde působí faktory požadavků na vzhled a funkčnost a také je ovlivňováno kulturním prostředím. Tito lidé jsou potom vnímáni jako nežádoucí nebo ohrožující.

Pro ty, kteří se něčím odlišují, a tato odlišnost většinou zhoršuje jejich sociální postavení, zavedl americký sociolog E. Goffman pojem stigmatizovaní jedinci.(GOFFMAN:2003)

Goffman definuje stigma jako atribut, který se neslučuje s našim stereotypem ohledně toho, kým by měl daný jedinec dle našeho názoru být. Tento atribut má diskreditující dopad.(GOFFMAN:2003,s.78)

Lidé ke stigmatizovaným přisuzují různé negativní vlastnosti, které s jejich postižením ani nemusejí souviset; nejčastěji jde o předsudky, že se s tělesným postižením se automaticky spojuje i postižení mentální, to potom odráží postoj majority k této menšině.

#### **2.4 Sociální identita stigmatizovaných**

Tato práce pojednává o konkrétní skupině stigmatizovaných. Tuto skupinu vystihuje pojem *diskreditovaní*.(GOFFMAN:2003) Jejich stigma je viditelné a pro své okolí jsou snadno zařaditelní.

Invalidní vozík je určitý symbol stigmatu, tedy znak, jenž účinně upozorňuje na nesrovnalost znehodnocující identitu daného jedince.

Takto postižení jedinci se svou situací musí vyrovnat, musí se naučit akceptovat fakt odlišnosti a nesoběstačnosti. Akceptace je možná pouze tehdy, pokud člověk dokáže

začlenit handicap do obrazu své osobnosti. Přijetí postižení může znesnadňovat např. přílišné lpění na dokonalosti vlastní nebo svého konání.

Postižení lidé se proto potřebují identifikovat s nějakou skupinou, to jim usnadňuje sebezpřijetí a nalezení postavení ve společnosti; v tomto případě dochází k identifikaci se skupinou lidí, kteří sdílejí stejné stigma.

Tuto skupinu považují za vlastní z toho důvodu, že mají k sobě „blíž“, než k majoritnímu obyvatelstvu, které nesdílí jejich stigma. To, že se postižení identifikují s takovými skupinami, souvisí s tím, že se postižení bere jako forma prahovosti/liminality. Tu jako první definoval Arnold van Gennep, ve svém pojetí se zabýval především přechodovými rituály, na liminální fázi se hlavně soustředil Victor Turner.

#### **2.4.1 Fáze liminality**

Poté, co je jedinec vyňat ze svého místa v sociální struktuře, ocitá se v liminální fázi.

Neplatí pro něho pravidla světa, ve kterém žil doposud. V tomto případě světa zdravých lidí, ze kterého je vyloučen vinou zdravotního postižení.

Jako „liminální“ osoba se vymyká ze standardních sociálních klasifikací, a nemá přesně určené místo ve společnosti.

Mezi osobami, které jsou ve fázi liminality, vzniká přátelství a rovnostářství, neboť jejich minulé postavení zmizelo nebo se dostalo na stejnou úroveň. Tato společenství nazývá Turner *comunitas*.(TURNER:2008)

Podobností mezi liminální fází a situací lidí s postižením si všimnul Robert F. Murphy. Podle Murphyho nejsou „lidé dlouhodobě tělesně handicapovaní ani nemocní, ani zdraví, ani mrtví, ani úplně živí, ani mimo společnost, ani zcela v ní. Nejsou nemocní, neboť nemoc přechází buď ve smrt, nebo ve vyléčení. Nemoc je vlastně pěkným příkladem nenáboženského, neceremoniálního prahového stavu. Nemocný žije v sociálním odkladu, dokud se mu neuleví. Tělesně postižení stráví v podobném stavu zbytek života. Nejsou ani to, ani ono; existují v částečné izolaci od společnosti jako nedefinovaní pochybní lidé“.(MURPHY:2001) Přesto to jsou lidé, kteří mají vlastní individualitu a jedinečnosti - jsou to osobnosti, které se musejí se svou situací nějak vyrovnat.

#### **2.5 Osobnost a psychická adaptace na získané postižení**

Naši individualitu-osobnost dokazuje to, že v situacích jednáme každý rozdílně. Do způsobů řešení situací a problémů se promítají i předchozí zkušenosti, které naše

schopnosti ovlivňují, obohacují. Jsou to zkušenosti, tedy vlivy, mezi něž samozřejmě patří i zdravotní postižení. To se dá rozdělit na 2 na typy:

1. Postižení od narození
2. Postižení vzniklé v průběhu života

Na rozvoj lidské osobnosti má vliv jak genetická výbava, prostředí, tak vztahy k blízkým osobám. Zdravotní postižení zasáhne velmi silně i tyto osoby blízké. Další z faktorů, který má vliv na rozvoj osobnosti je, i vlastní aktivita a činnosti vyvolávající odezvu okolí, jež ovlivňují vztahy s tímto okolím. Pro všechny lidi je zdravotní postižení zpočátku velký šok, který se postupně mění ve výzvu k mobilizaci všech sil na překonání jeho důsledků. Je to i podnět k přehodnocení celého života. Společnosti by se měla snažit vytvářet příznivé podmínky pro osoby se zdravotním postižením (vzdělání, bydlení, finanční pomoc), které budou pozitivně působit na rozvoj osobnosti a snažit se uspokojovat potřeby postižených. Potřeby nemocného můžeme stejně jako potřeby jakéhokoli člověka dělit na tělesné, psychické, sociální a duchovní.

(VÁGNEROVÁ:2007)Nemoc může narušit uspokojování potřeb všech vrstev a typů. Postižení významně ovlivňuje možnosti a způsoby, aktivity uspokojování potřeb. Postižení mohou silněji vnímat uspokojování výše uvedených potřeb v souvislosti se svou nemocí, příčinou postižení, ale současně i postižení jakožto dlouhodobý stav ovlivňující psychiku i sociální podmínky staví do popředí další potřeby. Z psychických potřeb je často málo uspokojována potřeba sociálních kontaktů a kladného sociálního přijetí. Potřeba cílů, životních perspektiv může být u postižených často uspokojována pouze s pomocí okolí.

### **3. Komunikace**

Obecně se dá říct, že komunikace je proudění informací od zdroje k příjemci v nějakém kódu. Různí autoři tento pojem definují po svém, např.: „Komunikace je jednáním, jehož cílem z hlediska komunikátora je přenos sdělení jedné či více osobám prostřednictvím symbolů. Vzájemné působení mezi komunikujícími partnery se nazývá komunikační proces.“(KUNCZIK:1999)

Pro tuto práci se asi nejvíce hodí definice Z. Vybírala: „Jeden člověk má o něčem představu a snaží se ji předat tak, aby si velmi podobnou představu vytvořil příjemce. V tomto smyslu je každá komunikace ovlivňováním toho, s kým komunikujeme, a zároveň my jsme v každé komunikaci ovlivňováni tím, kdo komunikuje s námi“.(VYBÍRAL:2009)

S komunikací se tedy pojí i vzájemné ovlivňování druhých, prostřednictvím verbální i neverbální komunikace můžeme klamat své okolí, přizpůsobovat se danému kontextu.

#### **3.1 Kontext**

Jsme společenští tvorové, stýkáme se s jinými lidmi, kteří nás ovlivňují, mluvíme spolu, vstupujeme do skupin, diskutujeme a vyměňujeme si názory. Veškerá tato interakce se odehrává v určitém kontextu, který nás může ovlivnit. Za takový kontext se dá považovat např. kultura, životní prostředí, sociální skupiny.

Kontext se dá rozdělit na dvě skupiny:

##### **3.1.1 Vnitřní (psychický)**

Ten se týká přímo komunikace. V psychickém kontextu každého komunikujícího jsou přítomny představy a myšlenkové kategorie, které ovlivňují jeho chápání a používání komunikačních nástrojů.(VYBÍRAL:2009) V této práci se to týká především předsudků většiny majoritní společnosti vůči stigmatizovaným.

##### **3.1.2 Vnější**

Mezi vnější patří především sociální a kulturní kontext. To se skládá z kulturních vzorců, návyků, z toho co je bráno jako normální. Tento kontext je v nás dlouhodobě utvářen socializací. Spadá sem i kultura řeči a vyjadřování.(VYBÍRAL:2009)

Jeden ze základních mechanismů každodenní sociální interakce se označuje jako *scénář*.(HAYESOVÁ:2003) Sociální jednání a komunikace má velmi často podobu plánovaných schémat, které regulují chování a umožňují nám očekávat průběh událostí. V těchto scénářích hrají lidé své role- řídí se nepsanými pravidly, které nám předepisují,

jak se máme chovat k druhým lidem. Už například dopředu víme, jak se bude chovat a na co se nás bude ptát číšník.

To je velmi důležité, protože naše kultura nám předepisuje v určitých situacích, podle jakého scénáře bychom se měli chovat, i když naše vnitřní pocity, které mohou být ovlivněny předsudky a předchozí zkušeností nás nutí, abychom se chovali jinak. Tenhle rozpor je dobře patrný při setkání např. s osobou, která je nám nesympatická, zásady slušného chování nás nutí chovat se diskrétně, ale naše vnitřní pocity jsou naprosto odlišné od předepsaného chování, nutí nás k přetvářce.

Tyto schémata tedy užíváme v souvislostech určitého společenského vztahu.

Značný vliv na sociální a jednání lidí mají především média, která utváří náš obraz o okolním světě, vytváří normy. Média jsou i jedním ze základních zdrojů informací pro běžnou veřejnost. To, co lidé nevidí v médiích (především v televizi), je z jejich strany vnímáno jako ve společnosti okrajová záležitost. Pokud nás tedy média o nějakých jevech neinformují, nevíme, jak se k takovým jevům v běžném životě postavit a co od nich očekávat.

### **3.2 Média a zdravotně postižení**

Tohle téma se v České republice na veřejnost větší měrou dostává až po roce 1989.

Vznikají televizní pořady a vycházejí časopisy s touto tematikou.

Je důležité, aby se o tomto tématu mluvilo na veřejnosti, a především, aby se o tuto tematiku zajímala široká veřejnost, nejenom lidé, kterých se to nějakým způsobem týká. Většina lidí se domnívá, že s tímto tématem nemají nic společného a ani je nemůže postihnout; bohužel je pravda, že nikdo neví, jaká životní příhoda ho může potkat. Tohle téma v médiích není na denním pořádku, takže pokud se o tuto problematiku někdo vyloženě nezajímá, tak je jeho informovanost minimální; i přesto, že je v médiích přítomno, je okrajovou záležitostí.

Lidé se spíše soustředí na své problémy a problémy ostatních berou s rezervou. Na základě medializace tohoto tématu a takto získaných informací mohou potom v běžném životě uplatnit své znalosti. Právě díky médiím není tohle téma bráno jako tabu, čímž v minulosti jistě bylo, a většina lidí je o postižených schopna mluvit a vyjádřit k tomuto svůj názor. Právě větší informovanost může předcházet pozdějším zbytečným konfliktům, které jsou jistě nepříjemné pro obě strany.



#### **4. Metodologie**

Při zpracování tohoto tématu sehrál důležitou roli výběr literatury a odborných časopisů, které se věnují studiu zdravotně postižených (stigmatizovaných), ať už co se týče psychologie, sociální práce i sociální antropologie. V českém prostředí je i dostatek odborných časopisů, které většinou vydávají organizace sdružující zdravotně postižené, ve kterém je jim poskytováno poradenství, informují je o nových lékařských objevech, podávají informace ohledně legislativy a hlavně se zde lidé svěřují se svými příběhy.

Jako zdroj informací jsem použil dva takto orientované časopisy- ROSKA a VOZÍČKÁŘ. Časopis Roska vydává společnost pro roztroušenou sklerózu, která má pobočky téměř po celé republice. Vydavatelem časopisu Vozíčkář, je Liga vozíčkářů se sídlem v Brně. Oba dva tyto časopisy už mají určitou tradici mezi českými paraplegiky. Časopis Roska je orientován především na lidi s roztroušenou sklerózou, mezi kterými je taktéž mnoho lidí upoutáno na invalidní vozík.

Ve své práci jsem především vycházel z informací získaných při výzkumu, jehož hlavní část probíhala v organizaci Křižovatka handicap centrum o.s.

##### Charakteristika organizace:

Křižovatka je nevládní nezisková organizace, založená v roce 2007, která zaměřuje svou činnost na profesionální i zájmovou pomoc lidem s tělesným a kombinovaným postižením v pardubickém regionu. Hlavní její náplní je sociálně - rehabilitační podpora lidí s handicapem, směřující k jejich aktivnímu začlenění do běžného života naší společnosti a k jejich pracovnímu uplatnění.(KRIZOVATKA:2009)

Zmíněnou organizaci jsem si vybral z toho důvodu, že se zde sdružují handicapovaní při volnočasových aktivitách, především pořádají výlety po pardubickém regionu, to pro mě byla jedna z nejdůležitějších částí výzkumu - při těchto výletech dochází k interakci s majoritou a je zde dobře vidět prezentace sebe sama a skupiny vůči majoritě. Toto zúčastněné pozorování výzkumníkovi umožňuje lépe pochopit lidi, které zkoumá, a vžít se alespoň trochu do jejich situace.

Dále jsem vycházel buď z neformálních nebo polostrukturovaných rozhovorů s lidmi, ať s či bez postižení, kteří jsou klienty nebo zaměstnanci nějaké organizace pracující s handicapovanými, nebo dále s lidmi, kteří nemají osobní zkušenosti s handicapovanými. Pohled z perspektivy všech těchto skupin lidí mi pomohl udělat si

obrázek o tomto tématu a postřehnout vznik konfliktů mezi postiženými a „normálními“ lidmi.

Jména informátorů byly v této práci na jejich žádost pozměněny, stejně jako některá povolání.

## **Praktická část**

### **5. Celospolečenský rámec**

Před rokem 1989 byla veškerá sociální péče v rukou státu. Nabídka sociálních služeb byla v tomto období velmi úzká. Byla zde velká neinformovanost veřejnosti o této problematice a také výběr místa ústavů, které byly většinou dislokovány, nenahrával tomu, aby se o tomto tématu široká veřejnost dozvěděla něco bližšího. V tomto sektoru dosud také přetrvává problém s financováním.(NOVOTNÁ:2010)

Těžce zdravotně postižení se v důsledku těchto problémů nedostali a mnohdy i v dnešní době nemají šanci dostat na veřejnost a zůstávají v zajetí ústavů či bytů. Zdravotně postižení lidé před rokem 1989 téměř vymizeli veřejnosti z očí. Díky této segregaci byla malá motivace k tomu, aby se odstraňovaly architektonické a i sociální bariéry.

Tato izolace měla neblahé důsledky pro obě skupiny, stigmatizované i majoritu. Ve většinové společnosti se prohluboval strach z těchto lidí a postižení se ještě více uzavírali před „nepřátelským prostředím“.

Před převrácením také neexistovala nezaměstnanost, takže velká část lidí se zdravotním postižením byla zaměstnána, což v dnešní době není pravidlem.

Po pádu komunismu došlo v této oblasti k řadě změn. Došlo k novelizaci nebo vzniku zákonů věnujících se tomuto tématu. Začaly vznikat neziskové organizace, které se věnovaly poradenským a volnočasovým aktivitám zdravotně postižených. Mezi tyto organizace patří např.: Liga vozíčkářů, Roska, Svaz zdravotně postižených občanů. V dnešní době jsou lidé s postižením v dominantní společnosti mnohem viditelnější, v médiích a dokonce i v politice. Bohužel situace těchto lidí po hmotné a finanční stránce není příliš uspokojivá. Důkazem toho jsou i demonstrace handicapovaných, které proběhly v Praze a Brně.(REFERENDUM:2010)

#### **5.1 In-group**

Z terénního výzkumu vím, že zdravotně postižení se chovají a komunikují odlišně, když jsou ve společnosti lidí, kteří sdílejí stejné problémy (mají stejné postižení), než v prostředí majoritní společnosti.

Taková skupina jim umožňuje cítit se bezpečně před okolním světem. V takto „uzavřené společnosti“ není handicap ničím neobvyklým.

## **5.2 „Uzavřená“ společnost**

Když se člověk ocitne ve společnosti lidí, kde je naprosto přijímán, bez ohledu na vzhled, je samozřejmé, že z něho opadne strach a napětí, již není středem pozornosti, je jen jeden z mnoha. V tom případě je samozřejmé, že se člověk chová přirozeně, když podvědomě ví, že lidi okolo především nezajímá jeho handicap, ale on, jako plnohodnotná bytost.

Jak potvrdili respondenti, v takové skupině vznikají velmi pevné vztahy, to že jsou takto marginalizováni, je stmeluje. Bylo to vidět i při mých návštěvách centra Křižovatka, kdy skupina handicapovaných si byla vědoma toho, že nejsou středem pozornosti, jsou obklopeni terapeuty a pracovníky centra, kteří jsou s postiženými každodenním v kontaktu, a ví jak s nimi pracovat. Podobně, jak to funguje u mnoha uzavřených skupin, panovala tam příjemná atmosféra, lidé k sobě byli milí a vstřícní, a handicap neodváděl pozornost od rozhovoru.

## **5.3 Podpora společnosti**

Dle informátorů, právě tato příjemná atmosféra jim dovoluje provádět tvůrčí činnost nebo se věnovat sportu. Mají podporu okolí a toto okolí jim pro ně připravuje zázemí pro jejich aktivity.

Jeden z informátorů se k tomuto vyjádřil takto:

*„Když vidíš, že tě lidi okolo podporují, tak tě to nutí něco dělat a snažit se být v něčem dobrý, chceš si dokázat, že na to máš a chceš to taky dokázat lidem tam venku. Já díky tomu začal za pomoci asistenta navštěvovat posilovnu, zpočátku se tam na mě dívali, jak kdybych byl z jiné planety, věděl jsem, že v duchu si říkají, co tam ten mrzák chce, ale po čase když si na mě zvykli tak jsem si tam našel i docela dobré kamarády.“* (HUBINAK:2010)

Na tomto příkladě je dobře vidět, že když má člověk podporu svého okolí, dokáže ho to vyburcovat k tomu, co by se normálně ostýchal dělat, nebo by k tomu měl nedůvěru.

Tato společnost stejně stigmatizovaných má v důsledku na své členy dobrý vliv, což je i účel těchto společností, podporovat své klienty.

Další příklad je od informátorky:

*„Mě vůbec vždycky hrozně nakopne, když někdo od nás něco dokáže.“* (NOVOTNA:2010)

Zde je opět vidět, že skupinová příslušnost má na lidi velký vliv a dokáže je povzbudit a motivovat k výkonům.

#### **5.4 Komunikace mezi postiženými**

Postižení mají samozřejmě své rodiny, přátele. V této části se budu zabývat především přáteli, z řad stejně postižených lidí. Témata komunikace postižených, ty jsou různé jako u všech ostatních, dle jejich zálib, koníčku, potřeb.

V tomto případě mám na mysli spíš pejorativního oslovení, které je rozšířené především u mladých lidí, ale nejen tam.

Jak uvedl informátor:

*„Když se spolu bavíme, tak se normálně oslovujeme-ty mrzáku apod. Vím, že to zní asi blbě, ale mrzáci v mém věku (21 let) si tak nadávají normálně a kolikrát ještě hůř, a to se ani nemusíme znát osobně, jen vidíš mrzáka tak ho takhle osloviš, ale my to nebereme jako nadávku, my už si svých problémů užili dost a snažíme se to brát s humorem, a věř tomu, že se tak neoslovují jen mladí“.* (HUBINAK:2010)

Z tohoto příkladu vyplívá, že mají mezi sebou určitý typ sounáležitosti, která jim dovoluje oslovovat se pejorativně uvnitř skupiny, aniž by to bylo bráno jako nadávka, spíš to symbolizuje určitý projev pochopení, kterým chtějí říct, že jsou na tom stejně, že je něco spojuje, něco, čím jsou výjimeční oproti ostatním.

Tohle by se dalo přirovnat např. k oslovení „nigger“ mezi americkými černochoy, které v daném kulturním prostředí plní stejnou funkci – ukazuje, že mají něco společného.

Informátor dále pokračuje:

*„ale když tě takhle osloví někdo normální na ulici, to je samozřejmě ta nejhorší nadávka co může být, normální lidi by si to neměli dovolovat.“* (VITEK:2010)

Zde je vidět, že „normální“ lidi řadí mimo okruh svých určitým způsobem blízkých osob, jsou to, jak se často používá „ti druzí“, ke kterým stigmatizovaní necítí sounáležitost.

Oslovení „mrzáku“ tedy funguje jako výraz solidarity v rámci komunikace uvnitř skupiny a jako urážka, přichází-li od členů out-groups.

Právě tyto druzí, majorita, je z hlediska chování ke stigmatizovaným také zajímavá.

## **5.5 OUT-group**

U majority se dají rozlišit dva typy lidí, lidé, kteří nemají osobní zkušenost s postiženým, a vídají se s nimi jen sporadicky pouze na veřejnosti a lidé, kteří jsou s nimi v užším styku.

Do této druhé skupiny patří rodinní příslušníci takto postižených, kamarádi, doktoři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci. Tuto skupinu můžeme označovat jako *zasvěcení*.(GOFFMAN:2003)

Jsou to osoby, od kterých mohou postižení očekávat jistou podporu a pochopení.

Postoje veřejnosti k postiženým se různí, ale mají několik společných bodů, také názory stigmatizovaných na majoritní společnost jsou taky většinou podobné.

### **5.5.1 Obavy z reakcí**

Pokud je člověk nějak viditelně fyzicky postižen, tak to ovlivňuje nejen jeho fyzické možnosti, ale výrazně také psychiku, především pokud k úrazu došlo v průběhu života a dotyčná osoba byla před touto událostí zvyklá žít normální život.

Člověk je sociální bytost a potřebuje ke zdravému životu společnost. Ovšem pokud se nějakým způsobem vymykáme, je pro nás velmi těžké vyrazit někam do společnosti.

Jak tvrdí informátorka:

*„Bála jsem se lidí, jak mě přijmou, co mi řeknou, jak se mezi ně zařadím“*(NOVOTNA:2010)

Právě tento strach je největším problémem stigmatizovaných. Když jste ve společnosti středem pozornosti a dle tvrzení informátorů vnímáte negativní emoce, nebo velmi přehnaný soucit od lidí, kteří s tímto nemají zkušenosti je to vždy velmi nepříjemné.

To vyvolává úzkostné pocity, pocit méněcennosti, a nechť s tímto cokoliv dělat. To má samozřejmě negativní dopad, stigmatizovaní lidé nechtějí do společnosti ze strachu z ní. Strach majority z těchto lidí je dán především neinformovaností a s tím i spojených předsudků, determinující jejich chování k těmto lidem.

Velmi častým předsudkem je domněnka, že s tělesným postižením se automaticky pojí i postižení psychické. To potvrdilo i mnoho informátoru např.:

*„Když už vám chtějí pomáhat tak s vámi jednají jako s malým dítětem, mluví na vás jako, kdybyste je nechápal, někteří na vás i křičí, protože si myslí, že když jsme na vozíku tak jsme asi i hluší.“*(NOVOTNA:2010)

Tyto příklady byly pouze případy jednotlivců. Pokud ovšem vyrazí někam větší skupina těchto lidí, jak jsem to měl možnost zažít ve sdružení Křižovatka, jsou reakce lidí ještě zřetelnější. Lidé většinou klopí zrak, a pokud je tato skupina viditelná už z dálky, mají snahu co nejdříve změnit trasu své cesty aby se těmto lidem vyhnuli. Důvod takového jednání je prostý. Lidé mají strach z neznámého a nevědí jak s těmito lidmi komunikovat.

### **5.5.2 Komunikace se společností**

Zdravotně postižení jsou individuality a taky by tak s nimi mělo být zacházeno.

Vzhledem k většinové společnosti se snaží chovat i přes nepřízeň okolí přirozeně, ale okolí jim neoplácí stejnou mincí. Z výzkumu vím, že se osoby z majoritní společnost bojí, aby pokud se s postiženým zapojí do rozhovoru, ho nějak nevědomky neurazily, nebo neponížily. Zasvěcení, kteří s tímto mají zkušenosti, většinou jsou schopní přehlížet handicap a komunikovat s postiženým na stejné úrovni, u nezasvěcených chybí právě ten faktor pominutí handicapu. U nezasvěcených je také nejčastější věta k navázání rozhovoru: „Jak se vám to stalo?“

„Můžu vám nějak pomoci?“

Takto je handicap hlavní téma rozhovoru. Z výzkumu je ovšem jasné, že po takovém začátku rozhovoru již stigmatizovaní nemají chuť s těmito lidmi komunikovat, protože se nechtějí bavit o svém problému, nechtějí, aby jejich stigma bylo opět takto explicitně středem pozornosti. To, co má sloužit jako navázání kontaktu, naopak slouží k ještě větší stigmatizaci; dává postiženému najevo jeho odlišnost.

Pokud se podaří započít rozhovor, aniž by jeho téma bylo postižení, přesto handicap implicitně odvádí pozornost od rozhovoru.

Informátor vypověděl:

*„I když s vámi mluví normálně, stejně cítíte ten jejich pohled na vašem vozíku, mnohokrát se stává, že uhýbají pohledem, pořád prostě víte, že je z vás nervózní.“* (NOVOTNA:2010)

Dalším typickým jevem, který postižení odmítají, je přehnaný soucit a přehnaná laskavost.

### **5.5.3 Soucit a zbytečná pomoc**

Tento jev je postiženými také vnímán jako negativní. Je to po strachu z ponížení nebo uražení postiženého druhý případ reakce na stigmatizované. Z výpovědí se ukázalo, že

pokud se neuplatní v komunikaci, pokud vůbec nějaké dojde, první model, většinou s velkou pravděpodobností přichází model druhý - přehnaný soucit a laskavost.

Lidé mají snahu pomoci postiženým, ale prostředky k tomu používané jsou pro jednu ze stran nepříjemné.

Je to přílišný zájem o osobu postiženého, a snaha mu za každou cenu pomoci.

Podle informátora:

*„Přišla za mnou starší paní, a aniž by se zeptala, popadla můj vozík a snažila se mě převézt přes přechod.“ (NOVOTNA:2010)*

Další případ:

*„Jela jsem do města, když v tom ke mně přišla žena a začala mě strašně litovat, a jestli mi nemůže nějak pomoci. Ono když si mrzák a ještě ti to v jednom kuse takhle připomínají, tak to není moc příjemné.“ (NOVOTNA:2010)*

Takových případů, kdy lidé popadnou invalidní vozík i s majitelem a vezou ho někam proti vůli majitele, je velmi mnoho.

Pokud by postižení chtěli pomoci, řeknou si o ni sami, a nepotřebují nikoho, kdo za ně bude rozhodovat co je pro ně v danou chvíli nejlepší. Stejně jako případů lítosti a soucitu, kdy jsou stigmatizovaní opět vystaveni konfrontaci se svým postižením, díky nepřiměřeným reakcím lidí. Pomoc proti vůli toho, jemuž je takto „pomáháno“, není pomocí, nýbrž jejím opakem, vytváří problém a mnohdy i ponížení pro toho, kdo je objektem takové (byť někdy i dobře myšlené) péče.

Lidé tedy v dobré víře, že někomu pomohou, jsou vystaveni negativní reakci od postižených. Taková reakce ovšem vytváří obraz stigmatizovaných jako lidí, kteří jsou nepřístupní jakékoliv pomoci a komunikaci. To ještě více zvýrazňuje hranice mezi zdravými, kteří nejsou tzv. „nezasvěcení“ (GOFFMAN:2003) a lidmi zdravotně postiženými. Tohle by bylo možno překonat vzájemnou informovaností.

#### **5.5.4 Rovnocenní partneři**

S otázkou rovnosti v sociální interakci těchto dvou skupin je to komplikované.

Informátoři z řad „normálních“ lidí vypověděli, že berou tyto lidi jako rovnocenné partnery.

*„když někoho takového vidím, tak vím, že ho beru jako normálního člověka, nemám s tím problém“ (KLOSSOVA:2010)*



Téměř všichni dotazovaní odpověděli ve stejném duchu jako tento informátor. Zároveň, ale přiznali, že i když tvrdí, že jsou si rovnocenní partneři, nejsou schopni pominout jejich stigma, a ve výsledku si uvědomují, že podvědomě je automaticky zařazují k lidem s nižším sociálním statutem. V tomto si výpovědi informátorů a realita odporují. Jde o sebeklam, kdy člověk (nepostižený) vnímá sám sebe, tak jak chce být vnímán a jak ví, že by to bylo žádoucí.

Samozřejmě tohle „škatulkování“ odvíjí budoucí vývoj vztahu těchto skupin. Jak popisuje Murphy (MURPHY:2001,s.78), jsou sociální vztahy mezi handicapovanými a zdravými lidmi plné napětí. Zdravým připadá chování postižených nevypočitatelné a ti se dostávají do sociální izolace.

#### **5.5.5 Majorita v roli menšiny**

Zajímavá je situace, kdy se člen majority dostane do prostředí, kde převládají zdravotně postižení. Můžou to být už zmiňované ústavy, nemocnice a jiné, většinou neziskové organizace, které sdružují tyto lidi.

Zdravý člověk, který se dostane na „území“ postižených lidí, se dostává do jiné situace než při interakci s těmito lidmi na veřejnosti, kde jsou ve středu zájmu okolí. V tomto prostředí musí člověk přehodnotit své chování a přizpůsobit ho prostředí.

V takovém uzavřeném prostředí (ústavy, neziskové organizace), kde se všichni navzájem znají, se nový člověk, zvláště ten, který nemá nějaký druh postižení, stává středobodem, který je předmětem zájmu okolí.

Když se člověk dostane do takového prostředí, bylo by krajně nevhodné explicitně projevat své kategorizování této skupiny lidí jako někoho s nižším sociálním statutem, a podle výpovědi zaměstnanců a klientů takových center k tomu ani nedochází.

V této situaci jsou lidé většinou velmi opatrní. Člověk samozřejmě když nemusí tak do takového zařízení nechodí, ale některé profese se do tak blízkého kontaktu s postiženými dostávají. V tomto případě komunikují především se zaměstnanci těchto zařízení. Často klienti popisovali reakce příchozích lidí :

*„Bylo vidět, že jsou v šoku nebo zaskočení, že se s něčím takovým ještě nesetkali, a byly taky hodně opatrní. Nevím čím to, ale asi se nás bojí.“ (VITEK:2010)*

Lidé mají opravdu strach se s těmito lidmi bavit. Nevědí co od nich očekávat, jaká bude jejich reakce. S tímto je spojeno i to, že se na takovém místě snaží moc nezdržovat.

Tyto reakce jsou spojeny především se střední a starší generací, která ještě zažila dobu, kdy tyto ústavy byly většinou nepřístupné, a toto téma bylo tabuizováno.

S tímto tématem je spojen i jeden mýtus, který převládal u této generace, a to, že se v těchto ústavách mohou něčím nakazit, nebo že tyto nemoci jsou volně přenosné na člověka a návštěva těchto ústavů je zdraví nebezpečná – mýty o „těch druhých“

Mladší generace jsou dle informátorů už vstřícnější, především proto, že vyrůstaly v době, kdy se o tomto tématu začínalo hovořit veřejně, jsou na taková setkání částečně připravené.

Pravidelnými návštěvami takových zařízení se vzájemné vztahy lepší, lidé si na sebe zvyknou, dochází k seznamování a po nějakém čase už obě strany ví, co od sebe mohou očekávat, a stigma se dostává do pozadí a již není středem zájmu jako při první návštěvě.

Reakci obou zúčastněných stran je jasně patrná z těchto výpovědí.

První kontakt se skupinou zdravotně postižených v Sanatoriích Klimkovice popisuje P.V. (25 let) takto:

*„věděl jsem, co mě tam čeká, tak mě to ani moc nezaskočilo. Každý tam byl s nějakým problémem, takže tam byli všichni tzv. na jedné lodi.“* (VITEK:2010)

Dalším příkladem je výpověď K.V (40 let) z téhož Sanatoria:

*„ než jsem tam šel, měl jsem trošku strach, dřív jsem se s takovými lidmi nesetkal, tak jsem nevěděl co a jak, ale nakonec to byli příjemné“* (VANA:2010)

Zde je vidět rozdíl ve výpovědi dvou generací, dvou osob, které byli ve stejné situaci, a každý tam šel bez předchozích zkušeností s těmito lidmi. Každý z nich měl jiná očekávání, první už věděl, co ho čeká, a tak pro něj bylo snadnější se přizpůsobit prostředí, kdežto druhý, člověk, který je neinformován, kdy takové lidi silně ovlivňují předsudky, měl strach z toho, co ho čeká. Když je člověk ovlivněn strachem je velmi opatrný a zpočátku odměřený, což na ostatní nepůsobí příznivě a pro překonání komunikačních bariér je to další překážka. Zde se opět ukázalo, že informovanost a vzájemná tolerance jsou asi nejlepší řešení konfliktu dvou skupin, které se dostávají do interakce, ale odměřenost účastníku na obou stranách nenapomáhá vzájemnému sblížení a poklidnému soužití.

## **6.Závěr**

Závěrem bych rád zhodnotil hlavní cíle své práce. Jednalo se o komunikaci a sebezprezentaci ve skupině a mimo skupinu. Mohu říci, že se potvrdil předpoklad, o nevlídném přijetí postižených, především starší generací, pro kterou jsou tito lidé stále ještě „něčím cizím“. U mladších lidí je situace lepší a jsou s tímto problémem lépe seznámeni.

Dále se ukázalo, že komunikace stigmatizovaných ve skupině se odlišuje od té mezi stigmatizovanými a majoritou a taková skupina stigmatizovaných na venek působí jako velmi uzavřená skupina, která mezi sebe nepouští členy majority.

Také jsou velmi časté obavy z reakcí majority a přijetí stigmatizovaného společností což se odráží v izolovanosti postižených. Taktéž přehnané reakce majoritní společnosti rozevírají pomyslné nůžky mezi těmito dvěma skupinami. Mohu říci, že oč hůře se členovi dané skupiny daří v „out-group“ o to lépe je mu v „in-group“.

Měli bychom si uvědomit, že se tito lidé nesmí dát do jedné škatulky a ke všem se chovat stejným „předeepsaným“ způsobem, ba naopak ke každému bychom měli přistupovat individuálně.

Dále nesmím opomenout i to, že po roce 1989 se bezbariérovost v ČR zlepšila, i když to stále není ideální.

Hodnoty a normy nejsou statické a vyvíjejí se, proto také osoby a skupiny, které se hrály na výsluní společenského uznání, se střídají s jinými.

Z outsiderů se stávají vzory, ze vzorů outsiderů. Snadno si odvodíme, že společně se vším ostatním se měnil a mění i přístup k lidem s postižením a jejich role.

Pomineme-li fakt, že každý z nás disponuje/bojuje s určitým postižením, ať vůči sobě či svému okolí, jsou takové druhy postižení, které spadají do kulturně a společensky definované kategorie. Zařazení do takové kategorie s sebou nese řadu aspektů, jak sociálních tak zdravotních. Vyloučení a znevýhodňování je z velké části výsledkem společenských postojů

Dříve byli tito lidé diskriminováni a prakticky zmizeli z veřejného života, společnost o nich v podstatě nevěděla. I to má své následky v dnešní době, které jsou stále ve společnosti patrné.

Snad se jednou dočkáme, že postižení budou považováni za rovnocenné partnery, budou mít absolutní přístup ke vzdělání a informacím a stát jim dokáže zaopatřit kvalitní a plnohodnotný život.

## **7.Seznam zdrojů:**

### **Knihy:**

MURPHY, Robert . *Umlčené tělo*. 1. [s.l.] : Slon, 2001. 190 s. ISBN 8085850982.

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 9. [s.l.] : Maxdorf, 2008. 518 s. ISBN 978-80-7345- 159-2.

HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. 3. Praha : Portál, 2003. 165 s. ISBN 80 7178-763-9.

GOFFMAN, Erving. *Stigma*. 1. Praha : Slon, 2003. 167 s. ISBN 80-86429-21-0

TURNER, Victor . *Průběh rituálů*. 1. Praha : Computer press, 2004. 208 s. ISBN 80-7226-900-3.

KUNCZIK, Michael. *Základy masové komunikace*. 1. Praha : Karolinum, 1999. 307 s. ISBN 80-7184-134-X.

VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 2. Praha : Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387- 1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. Praha : Karolinum, 2007. 368 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

### **Web:**

Organizace Křižovatka:

*Krizovatka-hc.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-03-25]. Poslání. Dostupné z WWW: <<http://www.krizovatka-hc.cz/poslani.php>>.

Deník Referendum:

JEDLIČKA, Petr. Zdravotně postižení demonstrovali. *Deník referendum* [online]. 2010, 1, [cit. 2011-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://denikreferendum.cz/clanek/9672-zdravotne-postizeni-demonstrovali-proti-socialni-reforme-v-praze-i-v-brne>>.

**Seznam informátorů:**

R. Novotná – invalidní důchodce, věk - do 50 let

M. Hubinák – student, věk – do 25 let

P. Vitek – student, věk – 25 let

K. Váňa – státní zaměstnanec, věk – 40 let

M. Klossová – dělnice, věk – do 40 let