

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Mentální postižení ve společnosti

Pohled veřejnosti na integraci mentálně postižených

Bakalářská práce

Autor: Lenka Černá

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Lenka Černá
Studium:	U14086
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální a charitativní práce
Název bakalářské práce:	Mentální postižení ve společnosti
Název bakalářské práce AJ:	Mental disabilities in society

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce bude zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením. Bakalářská práce bude vymezovat mentální postižení jako takové, vznik mentálního postižení, klasifikace mentálního postižení, charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení a metody a techniky pro práci s klienty s mentálním postižením. V práci se bude vyskytovat postoj společnosti k lidem se znevýhodněním a možnosti a předpoklady začleňování mentálně postižených osob do společnosti. V závěru představí některé organizace ve Středočeském kraji, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené klienty. Metodická část práce bude postavena na kvantitativním výzkumu, kde se pomocí dotazníkového šetření budou získávat informace od široké veřejnosti na jejich pohled na osoby s mentálním postižením.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Petr Lojan, MBA
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Mladé Boleslavi dne 24. 3. 2017

.....

Lenka Černá

Poděkování

Děkuji PhDr. Ondřeji Štěchovi, Ph.D. za pomoc, pochopení, poskytování cenných rad a připomínek a také za odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a všem, kteří mě při psaní bakalářské práce podporovali.

Abstrakt

ČERNÁ, Lenka. *Mentální postižení ve společnosti: Pohled veřejnosti na integraci mentálně postižených*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá pohledem společnosti na mentálně postižené. Cílem této práce je zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Teoretická část práce se zabývá obecně mentálním postižením, definicí, charakteristikou a diagnostikou. Práce se dále zaměřuje na člověka s mentálním postižením ve společnosti, kde se vyskytuje postoj společnosti k lidem se znevýhodněním a možnosti a předpoklady začleňování mentálně postižených osob do společnosti. Dále má čtenářům přiblížit klasifikaci mentální retardace, charakteristiku jednotlivých stupňů a četnost mentálně postižených v populaci. Práce se následně zaměřuje na sociální práci s osobami s mentálním postižením a také je zde zmíněna ústavní péče. V závěru představí některé organizace ve Středočeském kraji, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené. Praktická část práce je postavena na kvantitativním výzkumu, kde se pomocí dotazníkového šetření získají informace od široké veřejnosti na jejich pohled na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče.

Klíčová slova: mentální postižení, společnost, integrace, klasifikace mentální retardace, sociální práce, ústavní péče, pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením

Abstract

ČERNÁ, Lenka. *Mental disabilities in the society: View of the society on integration of the people with mental disabilities*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Leader of the Bachelor Degree Thesis: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

The Bachelor's Thesis addresses view of the society on the people with mental disabilities. Objective of this thesis is to find out view of the society on the people with mental disabilities within institutional care or social work services without accommodation and to find out which factors of this subject affect the selected sample of population. The theoretical part addresses mental disabilities in general, its definition, characteristic and diagnostics. This thesis also addresses the people with mental disabilities in the society where is the attitude of the society towards the people with mental disabilities and possibilities and conditions for integration of the people with mental disabilities into the society occurs. Furthermore, it gives a reader an idea of classification of the mental retardation, characteristics of individual degrees and the count of the people with mental disabilities in the society. The thesis subsequently addresses social work with the people with mental disabilities and institutional care is also referred to. In the end, it introduces some organizations in the Central Bohemian Region which provide social services for people with mental disabilities. The practical part is based on the quantitative research. The information is obtained by using a survey. It is about their view on the people with mild and moderate mental disabilities within institutional care or social work services without accommodation.

Keywords: mental disabilities, society, integration, classification of the mental retardation, social work, institutional care, view of the society on the people with mental disabilities

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Mentální postižení	13
1.1 Charakteristika mentálního postižení	15
1.2 Etiologie a nejčastější příčiny mentálního postižení	18
1.3 Diagnostika	19
2 Člověk s mentálním postižením ve společnosti	21
2.1 Postoje společnosti k lidem se znevýhodněním	23
2.2 Integrace a inkluze	25
2.3 Možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti	26
3 Klasifikace mentální retardace	28
3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů podle MKN-10	29
3.1.1 Lehká mentální retardace (F70 IQ 50-69)	29
3.1.2 Středně těžká mentální retardace (F71 IQ 35-49)	29
3.1.3 Těžká mentální retardace (F72 IQ 20-34)	30
3.1.4 Hluboká mentální retardace (F73 IQ je nižší než 20)	31
3.2 Četnost mentálně postižených v populaci	31
4 Sociální práce s osobami s mentálním postižením	33
4.1 Definice sociální práce	34
4.2 Principy a cíle práce s mentálně postiženými	35
4.3 Metody a techniky	35
4.3.1 Asistence	35
4.3.2 Individuální a skupinová sociálně-terapeutická práce	36
4.3.3 Pracovní a umělecké terapie	36
4.3.4 Komunitní podpora	37
4.3.5 Péče	37
5 Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením	38
5.1 Vybrané organizace ve Středočeském kraji, poskytující sociální služby pro mentálně postižené	39
6 Shrnutí teoretické části	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST	43
7 Metodická část	43
7.1 Vymezení hlavního a dílčích cílů výzkumu	43

7.2	Zvolená výzkumná strategie.....	43
7.3	Operacionalizace dílčích cílů do dotazníkových otázek	44
7.4	Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika.....	46
7.5	Popis průběhu výzkumu	47
7.6	Způsob analýzy získaných dat.....	48
7.7	Rizika výzkumu a výzkumné strategie z hlediska validity	48
8	Analýza a interpretace údajů	49
9	Diskuze.....	62
	Závěr	66
	Seznam tabulek	68
	Seznam použité literatury.....	69
	Seznam příloh.....	71

Seznam použitých zkratk

AAMR	Americká asociace pro mentálně retardované
ANGL.	Anglicky
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DC1	Dílčí cíl 1
DC2	Dílčí cíl 2
DC3	Dílčí cíl 3
DC4	Dílčí cíl 4
DSM – IV APA	Diagnostický a statistický manuál duševních a behaviorálních poruch vlivné Americké psychiatrické společnosti
HMR	Hluboká mentální retardace
IQ	Intelligenční kvocient
LMP	Lehké mentální postižení
LMR	Lehká mentální retardace
MKN – 10 (F70-F79)	Mezinárodní klasifikace nemocí, kategorie F70-F79
MP	Mentální postižení
MR	Mentální retardace
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
SPC	Speciálně pedagogická centra
SRP	Střediska rané péče
STMP	Středně těžké mentální postižení
STMTR	Středně těžká mentální retardace
STR.	Strana
ÚSP	Ústav sociální péče
ÚZ	Ústavní zařízení
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Problematika mentálního postižení je v dnešní společnosti a době velmi rozšířené téma. Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými, ale přesto o nich většina lidí moc neví. Mnoho lidí je plno předsudků a nejasností, co se týče mentálně postižených osob, a z tohoto hlavního důvodu nevědomosti o těchto lidech se k nim mnoho lidí otáčí zády, bojí se jich nebo je skrytě nenávidí. Avšak všechno plyne z toho, že většina populace vůbec netuší, co se skrývá v mentálně postiženém člověku. Doposud zůstávají i takové názory, že mentálně postižený člověk patří někam do „ústavu“ nebo někam, kde se nebude na ulici „motat“ se zdravými „normálními“ lidmi. Bohužel to je také hlavně tím, že lidé neznají a nevědí, jaké mají mentálně postižení lidé potřeby, a proto je často nemají uspokojovány. Proto je důležité, aby společnost přišla na to, že se mezi námi vyskytují odlišní jedinci. Buď už to jsou různé formy postižení, nebo také na druhé straně různě nadaní lidé. Společnost musí pochopit, že je to zcela normální, když někdo „vykukuje“ z davu. Lidé ve společnosti se musí naučit s nimi žít a komunikovat, aby se lidé s postižením co nejlépe integrovali do společenského života.

Téma bakalářské práce „Mentální postižení ve společnosti“ jsem si vybrala hlavně ze dvou důvodů. První důvod je takový, že mentálně postižených lidí je kolem nás velmi mnoho, tudíž je to velmi důležité a aktuální téma. Lidé s postižením se stále rodí, stále jich přibývá více, ale společnost se k nim staví většinou zády, protože mají zbytečně moc předsudků. Organizace pro mentálně postižené se v České republice vyskytují, ale bohužel jich moc nepřibývá na to, kolik přibývá klientů s tímto postižením. Proto by bylo vhodné, aby se společnost více dozvěděla o tomto problému a snažila se pomoci. Možností pomoci těmto klientům je poměrně hodně. Lidé se mohou stát dobrovolníky v různých centrech, mohou za klienty pravidelně docházet a povídat si s nimi, procházet se s nimi nebo s nimi pracovat v dílnách. Jiná možnost se samozřejmě nabízí na ulici, když mentálně postižený člověk potřebuje poradit s dopravou po městě nebo při nákupu. Dobrovolníci pomáhají s potěšením a ostatní lidé by se poznáním těchto klientů mohli zbavit přebytečných předsudků. Jako druhý důvod volby tématu bylo mé vlastní „seznámení“ a zalíbení s touto cílovou skupinou. Už od malička jsem potkávala mentálně postižené osoby. Nejdříve jsem se k tomu stavila neutrálně, poté jsem měla období strachu s nimi mluvit a nakonec touhu je poznat. Přelomový bod nastal, když jsem šla na praxi do Centra 83 v Mladé Boleslavi. Centrum

83 poskytuje pomoc a podporu lidem s mentálním a kombinovaným postižením. V Centru jsem se s klienty seznámila a při práci s nimi mi došlo, že i já nemám dostatečné množství informací o této cílové skupině a že se toho chci dozvědět mnohem více. Pozorovala jsem a učila se, jak se s klienty má komunikovat a jak se k nim člověk má chovat. Díky této praxi v Centru 83 mi také došlo, že jsem měla přebytné předsudky, které mi při spolupráci s nimi zmizely. Na této praxi jsem měla několikrát možnost vidět, jak na klienty pohlíží veřejnost na ulici, když jsme se procházeli, což beru jako velký přínos jak k této praxi, tak i k této bakalářské práci. Tyto důvody mě přesvědčily k tomu, abych se zabývala tímto tématem a zjistila, jaký pohled má veřejnost na mentální postižení a co je k tomu vede.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují.

Cíle práce se zjistí pomocí kvantitativní metody výzkumu, kde se pomocí dotazníkového šetření získají informace od široké veřejnosti na jejich pohled na osoby s mentálním postižením. Hlavním důvodem výběru této kvantitativní metody bylo to, že díky dotazníku mi odpoví mnoho lidí a já budu mít dostatečné množství informací ke zpracování výsledků výzkumu. Výsledky dotazování budu porovnávat na základě pohlaví, věku a také toho, zda dotazovaný má či nemá osobní zkušenost s mentálně postiženým člověkem.

Výsledky této bakalářské práce mohou být využity hlavně v praxi, kde se pracuje s touto cílovou skupinou klientů, kde se je pracovníci různých organizací snaží integrovat do společnosti. Pracovníkům zajistí ukázkou a náhled toho, jaký na klienty mají ostatní lidé názor, jak jsou mentálně postižení lidé vnímáni okolím a jak se k nim chovají. To může být přínosem pro to, aby věděli, co se dá dělat, aby se celková situace zlepšila a mentálně postižení lidé nebyli společností tak odstrkovaní. V tom se nabízí další aplikační cíl, že tyto výsledky výzkumu nebudou patřit jen pracovníkům s touto cílovou skupinou, ale také široké veřejnosti, aby se mohla podívat, jak všeobecně nahlíží na tyto klienty a co je třeba zlepšit.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá z pěti kapitol. V první kapitole se věnuji obecně mentálnímu postižení, jeho charakteristice a etiologii. Také se zde objevují syndromy spojené s mentálním postižením, mezi které hlavně patří známý Downův syndrom, a následně se zaměřuji na diagnostiku mentálního postižení. Druhá kapitola je vyhrazena na téma člověk

s mentálním postižením ve společnosti a vyskytují se tam postoje společnosti k lidem se znevýhodněním. Dále je také zmíněna integrace a inkluze a nakonec se objevují možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti. Ve třetí kapitole se zabývám klasifikací mentální retardace, charakteristikou jednotlivých stupňů a v neposlední řadě jsem uvedla četnost mentálně postižených v populaci. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na sociální práci s osobami s mentálním postižením. Tato kapitola obsahuje definici sociální práce, principy a cíle práce s touto cílovou skupinou a nakonec metody a techniky. V páté kapitole se věnuji obecně ústavní péči pro mentálně postižené, kde se ještě stručně věnuji vybraným organizacím ve Středočeském kraji, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené.

V praktické části práce se zabývám výzkumným šetřením. V této části zformuluji hlavní cíl i dílčí cíle, které vycházejí z toho hlavního, a vymezím, jaký druh výzkumu jsem si zvolila a jakým způsobem dojde ke sběru a zpracování dat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální postižení

Téma mentální postižení ve společnosti je aktuální a důležité zejména proto, že lidé s mentálním postižením tvoří nejpočetnější skupinu lidí, kteří mají nějaké vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností a celkově mezi lidmi s postižením. Osob s mentálním postižením je opravdu hodně, jsou všude kolem nás a můžeme se s nimi potkávat takřka denně. Proto je dobré o této cílové skupině něco vědět a znát, jak se k osobám chovat a jak jim ještě lépe pomoci k integraci do společnosti. Integrace do společnosti je velmi důležitá pro všechny lidi. Integrovat do společnosti se chce každý, bez rozdílu věku, pohlaví, rasy nebo různých defektů či onemocnění, proto je tak potřebné jim vycházet vstříc. Ke všem lidem bychom se měli chovat s patřičnou úctou a láskou, avšak to v dnešní společnosti běžné moc není. Jak už bylo řečeno v úvodu práce, osoby s mentálním postižením bývají velmi odstrkovány okolím. To bohužel jejich integraci do společnosti ještě více ztěžuje. Lidé se jich často bojí, „šuškejí“ si za zády nebo se jim také obloukem vyhnou. Většina lidí v těchto osobách s hendikepem vidí velmi odlišné „tvory“, kteří by se neměli vyskytovat u těch ostatních „zdravých“ jedinců. Avšak tohle všechno je jen z toho důvodu, že o mentálním postižením vědí velmi málo informací nebo dokonce nevědí nic, a proto se jich tak bojí. Dokonce Josef Slowík (2007) ve své publikaci uvádí, jak odlišné je ostatní lidé vidí. *„Patrně žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení. Nepostižení lidé často dokonce nemohou takto postiženým jedincům „přijít na jméno“, a tak o nich hovoří jako o „duševně nemocných“, o „bláznech“ apod. Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního omezení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto handicapem; lze si zavázat oči a zkusit se projít po místnosti jako nevidomý, lze si zacpat uši nebo pokusit se komunikovat pouze neverbálními způsoby jako neslyšící, lze se posadit na ortopedický vozík a pokusit se zdolat určitou trasu jako tělesně handicapovaný člověk, nelze ovšem jakkoliv simulovat situaci člověka s mentálním postižením.“* (Slowík, 2007, s. 109)

Jak už bylo řečeno, tak toto téma je velmi rozšířené. Mnozí autoři na problematiku mentálního postižení napsali různé publikace. Mezi známé autory tématu se zejména řadí Iva Švarcová, které v roce 2000 vyšla kniha s názvem „Mentální retardace“. Je to velmi poučná publikace, která se hodí zejména studentům vysokých škol, kteří se stanou speciálními pedagogy nebo sociálními pracovníky, kteří pracují

s touto cílovou skupinou. Také je vhodná pro širokou veřejnost, hlavně pro ty, kteří se chtějí co nejvíce o tomto postižení dozvědět. Mezi další autory bych zařadila právě pana Slowíka, kterému v roce 2007 vyšla publikace s názvem „Speciální pedagogika“. Jako dalšího autora jsem vybrala Barboru Bazalovou, která sepsala poučnou knihu na téma „Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje“. V neposlední řadě bych zmínila Janu Mlýnkovou, která se také věnuje ve své knize této problematice, která se hlavně zaměřuje na pečovatelské. Jako další známé autory bych vybrala Marii Černou, Jana Šišku, Oldřicha Müllera, Milana Valentu, Jana Michalíka a Martina Lečbycha. Jako poslední vybrané známé a důležité autory v tomto tématu bych zařadila Oldřicha Matouška, který se věnuje sociální práci s touto cílovou skupinou a poté ještě Vendulu Solovskou a Stanislavu Lištiak Mandzakovou. Musím dodat, že tito autoři jsou jen hrstka z mnoha autorů, kteří se věnují této problematice. Vybrala jsem je, protože tyto knihy byly velmi dobře sepsány a získala jsem z nich mnoho důležitých informací.

Když se vrátím přímo k mentálnímu postižení jako takovému, tak se může vyskytovat v mnoha podobách. Mentální postižení má rozdělené stupně, ale také má různé syndromy a stavy. Jak jsem uvedla předtím, lidé je škatulkují, vidí v nich odlišné „tvory“ a bojí se jich. Na tyto názory se také vyjadřuje Barbora Bazalová (2014) ve své publikaci. *„Pod termínem mentální postižení si každý jednotlivec může představit něco jiného, někdo například hlavního představitele z filmu Václav, jiný osobu nepohyblivou, nekomunikující, krmenu sondou.“* (Bazalová, 2014, s. 12) Mnoho autorů se věnuje této problematice, jak je ostatní lidé vidí, ale tato citace mne velmi zaujala a potvrdila mi opět to, že většina lidí o mentálním postižení skoro nic neví. Proto vymýšlejí různé jména nebo přívlastky pro tyto klienty s diagnózou mentální retardace. S tímto pojmem mentální retardace se dostávám k tomu, že různí autoři používají termín mentální postižení a ostatní zase termín mentální retardaci. Oba pojmy jsou ve skutečnosti synonyma, ale někteří autoři tvrdí, že termín retardace má v české společnosti velmi hanlivý nádech a považují ho za absurdní, tudíž ho nepoužívají a zvolí pro něj lepší název, což je mentální postižení. Jiní zase tvrdí, že mentální postižení je poněkud širší termín, a tak opět nepoužívají mentální retardaci. Ovšem pojem mentální retardace byl zvolen hlavně pro označení onemocnění podle MKN-10 Světové zdravotnické organizace. Používají ho na diagnostiku a doporučuje se ho v této situaci používat. V této práci budu kromě diagnostiky a klasifikace používat termín mentální postižení, protože mi osobně připadá lidštější.

Milan Valenta (2012) uvádí, že rozdíl mezi mentálním postižením a mentální retardací vyplývá z toho, že mentální postižení je širší a zastřešující pojem, zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání, a to se myslí na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního charakteru. Na rozdíl mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která se vyznačuje snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince (Valenta, 2012).

Na konec této kapitoly bych dodala, že Oldřich Müller (2006) uvádí, že vymezení pojmu mentální retardace bývá jedním z „pilířů“ pro jakoukoli práci „dotýkající se“ psychopedie. Je to dáno zejména tím, že osoby s mentální retardací tvoří „klasickou“ klientelu, se kterou pracuje speciální pedagog – psychoped. Toto se ale také týká rovněž psychopedicky orientovaného odborníka zaměřeného na práci s dospělou populací (Müller, 2006).

1.1 Charakteristika mentálního postižení

U mentálního postižení se vyskytuje mnoho definic. Každý autor ho definuje jinak, ale všechny definice jsou si podobné. V této práci jsem se rozhodla uvést pár citací od různých autorů, aby bylo vidět, jak na tuto problematiku autoři pohlížejí.

Definice MR není snadná. Je zřejmé, že dnes může být MR definována trochu jinak lékaři, speciálními pedagogy, psychology a odborníky ve srovnání s tím, co bylo před třiceti lety. Definice jsou ovlivněny stupněm vědeckého rozvoje a specializací v daném oboru a také úhlem pohledu. Různé definice mají obvykle více či méně společné zaměření na snížení celkových intelektuálních schopností jednotlivců a jejich schopnosti přizpůsobit se prostředí (Kozáková, 2013).

Mlýnková (2010) uvádí, že u mentálního postižení jde o snížení úrovně rozumových schopností a že dochází k opožděnému vývoji intelektu a k poruchám adaptace na nové situace.

Matoušek a kol. (2010) ve své publikaci na rozdíl uvádí, že: *„Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) používá následující definici: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebourčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný*

čas a práce.“ (Matoušek a kol., 2010, s. 111) Z této citace vyplývá, že celkový pojem mentální postižení je velmi široký. Osoby s tímto postižením se vyznačují různými obtížemi, kterých je vysoké množství a tím se také od sebe lidé odlišují. Na tuto definici mentálního postižení také reagují sebeobhájci, kteří jsou dospělými lidmi s touto diagnózou a kteří se snaží v České republice prosazovat vlastní názory a zájmy. Sebeobhájci si následovně formulovali definici mentálního postižení takto: „*Jde o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci.*“ (Matoušek a kol., 2010, s. 111)

Jan Šiška (2005) ve své publikaci k tématu sebeobhájců uvádí, že sebeobhajování (angl. self advocacy) je jedna z velmi významných strategií, která slouží k aktivizaci člověka s mentálním postižením. Sebeobhajování posiluje autonomii lidí s mentálním postižením, mění v interpersonální vztahové síti stejně jako postavení postižených jako sociální skupiny občanů s mentálním postižením v širším sociálním prostředí.

Počátky sebeobhajování lidí s mentálním postižením sahají do šedesátých let dvacátého století, kde ve Švédsku existovala síť klubů mentálně postižených pro volný čas. Díky získávání nových dovedností ve vzdělávacích kurzech bylo umožněno předání řízení klubů samotným mentálně postiženým. Kluby se postupem času začaly sjednocovat a v roce 1968 se zorganizovalo první celonárodní setkání. I v dalších letech se pokračovalo v organizování těchto setkání. Nakonec zprávy o konferencích pronikly i do jiných zemí a staly se impulsem pro zakládání nových skupin sebeobhájců v zahraničí. A nakonec v roce 1998 vznikla první skupina sebeobhájců i v České republice (Šiška, 2005).

Slowík (2007) také uvádí, že mentální postižení lze definovat z různých hledisek, které lze vidět v přehledu v následující tabulce.

Tabulka 1- Přístupy k definování mentálního postižení

Přístup	Definice
biologický	Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku.
psychologický	Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě).

sociální	Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci.
pedagogický	Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů.
právní	Snížená způsobilost k samotnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

(Slowík, 2007, s. 110)

Důležitá je také terminologie v tomto postižení. Pojem mentální retardace se skládá z latinských slov „mens“, což znamená mysl nebo duše a „retardare“, což znamená opozdit nebo zpomalit. Doslovný překlad by nakonec zněl „opožďení (zpomalení) myslí“. Ve skutečnosti se mentální retardace jeví jako podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje jak psychické (mentální) schopnosti, tak také celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Díky tomu, že mentální postižení postihuje i celou lidskou osobnost, tak má rozhodující vliv jak na vývoj a úroveň rozumových schopností, tak také na emoce, komunikační schopnosti, úroveň sociálních vztahů a nezanedbatelného společenského a pracovního uplatnění (Slowík, 2007).

V souvislosti komplikací s používáním synonym mentální retardace a mentální postižení, Slowík (2007) upozorňuje na to, že mnozí autoři komplikovaně vymezují vztah mezi pojmy mentální retardace a demence. Jak už bylo řečeno, mentální retardace se vztahuje ke vrozenému deficitu a vzniká už v prenatálním nebo perinatálním období, ale také se může stát, že vznikne až v průběhu prvního roku po narození dítěte, což je tedy považováno až za nejpozdější období vzniku tohoto postižení. Na rozdíl, pojem demence je charakteristická tím, že se snížily nabyté mentální schopnosti jedince, které měl. To vzniká nejčastěji v důsledku úrazu nebo závažné nemoci v pozdějším období. Demence se vyskytuje nejčastěji u starších osob a je především spojena s Alzheimerovou chorobou, ale také se výjimečně vyskytuje i u malých dětí. V porovnání jsou nakonec projevy vrozené mentální retardace a demence velmi podobné. Mezi některé projevy patří například narušení integrity osobnosti, vztahů, komunikace a celkově snížená úroveň zejména mentálních schopností a dovedností. Tudíž se rozhodlo přiklonit se k používání nadřazeného pojmu mentální postižení.

1.2 Etiologie a nejčastější příčiny mentálního postižení

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá. Není to jen kvůli množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), ale také v důsledku mnoha onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů, které působí na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální – kolem porodu, a postnatální, které ovlivňují vývoj člověka po narození, prakticky po celý život). Svůj význam tam má samozřejmě i dědičnost (příčiny hereditární), poruchy chromozomální a metabolické (Černá a kol., 2015).

Na tuto problematiku se také vyjadřuje Valenta a Müller (2012), kde uvádějí, že etiologie mentálního postižení je stejně variabilní a komplikovaná jako jeho symptomatologie. Uvádějí, že je to dáno celou řadou faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto specifického stavu, vyznačujícího se významně sníženou inteligencí. Příčiny mentálního postižení kategorizují různě. Existují také faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), odborná literatura se často zmiňuje o postižení vrozeném či získaném (Valenta, Müller, 2012).

Dále Švarcová (2000) ve své publikaci uvádí, že k mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. V existujícím výzkumu, kde se lidé snažili přijít na to, které příčiny podmiňují vznik, se objevily dvě rozdílná hlediska. První hledisko se zaměřovalo na dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka, zatímco druhé hledisko se věnovalo zdůraznění převážného vlivu prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické.

Při studii dalších příčin vzniku jsem narazila na paní Vágnerovou (2004), která ve své publikaci uvádí, že příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS. Porucha může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvantitativně i kvalitativně v klinickém obrazu. To znamená závažností postižení a převažujícími symptomy. (Vágnerová, 2004).

Mentální postižení se také může pojít s mnoha syndromy, mezi které zejména patří Downův syndrom, Prader-Willi syndrom, Angelmanův syndrom, Williamsův syndrom, Syndrom fragilního X a další. Následně bych obecně charakterizovala nejznámější z nich a to je Downův syndrom.

Lidé s Downovým syndromem mají typický habitus, jsou na první pohled tělesně odlišní. Mají kulaté a ploché rysy tváře, které způsobuje zešíklý vzhled očí, menší vzrůst, širší a mohutnější krk, volnější klouby, kratší ruce i prsty, někdy jediná

rýha přes dlaň, hypotonie, srdeční vady, smyslové vady, kožní problémy, narušená komunikace, sklony k nadváze a nižší rozumové schopnosti. Většinou se jedná o středně těžkou mentální retardaci. Odlišnost zvyšuje riziko sociálního odmítání, resp. vyhraněnějšího přístupu ostatních lidí. Tito jedinci bývají klidní, těžkopádní, ale emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví. Většinou nemívají větší výkyvy v chování ani v prožívání (srov. Vágnerová, 2004, Bazalová, 2014, Potměšilová, 2013, Valenta a kol., 2012).

1.3 Diagnostika

Pojem diagnostika můžeme definovat jako druh poznávání, který směřuje v určitý druh vědecky podložených poznatků o zkoumaném (diagnostikovaném) jevu, tzn. v diagnózu (Franiok, Kysučan, 2002).

Valenta a kol. (2012) ve své publikaci uvádí, že stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí, posouzení adaptivního chování a klinického posouzení míry zvládnání běžných sociálně-kulturních nároků. Při vyšetření by mělo být součástí i realizování podrobnějšího neuropsychologického rozboru. Součástí vyšetření je také podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální faktory (čímž je myšleno sociální prostředí a vztahy) a také informace o dosavadním vývojovém tempu.

Na téma diagnostika osob s mentálním postižením se také zaměřuje Černá a kol. (2008), která popisuje zejména to, že diagnostika používá různé metody a nástroje z psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky za účelem zjištění současné úrovně jedince a směru, jímž by se měla ubírat následná intervence. Černá (2008) zde také uvádí, že cílem psychopedické diagnostiky není „zaškatulkovat“ člověka s mentálním postižením, ale jejím cílem je najít oblast jeho individuálních specifických potřeb a tuto oblast se pokusit naplnit, abychom mu umožnili důstojný život ve společnosti.

Diagnostika osob s mentálním postižením by měla být především individualizovaná. To znamená, že se nemají porovnávat výkony jednotlivce s vrstevníky bez postižení či s normami pro danou věkovou skupinu, jak je to velmi běžné, jelikož diagnostika často používá standardizované nástroje, založené na porovnávání výkonu jedince ve srovnání s výsledky běžné populace (Černá a kol., 2008).

K tomuto tématu se také vyjadřuje Iva Švarcová (2000), kde se věnuje tomu, že přesné vymezení hodnot IQ, zejména okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie, je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe velmi problematické. Hodnoty IQ

se vyjadřují určitou kolísavostí, tudíž při opakovaných vyšetřeních je možné často získat i odlišné výsledky. Vše záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici testované osoby, také na formě kladení otázek a často také na kvalitě testu, jeho konstrukci a vhodnosti pro osobu s mentální retardací. Výsledky testování by měly podléhat pravidelným prověrkám, aby získané „nálepky“ neomezovaly děti v dalším rozvoji (Švarcová, 2000).

Současné pojetí diagnostiky a poradenství se odráží od změny v pojetí osob se speciálními vzdělávacími potřebami. V centru naší pozornosti už není to, v jaké oblasti dotyčný člověk selhává, co neumí, ale naopak centrem naší pozornosti jsou jeho silné stránky a na jakých dosažených schopnostech lze stavět při další intervenci. Jedinec s mentálním postižením je již vnímán jako osobnost s potenciálem dalšího vývoje a ne už jako neměnná osobnost. Při diagnostické intervenci se pracuje s rozličnými klasifikacemi, které mají svůj důvod, avšak v centru našeho zájmu jsou vždy individuální potřeby jedince. Samotná diagnóza tedy není cílem celého diagnostického procesu, ale naopak začátkem dobrodružné cesty objevování jedince (Černá a kol., 2008).

Na konec této podkapitoly bych ještě dodala, že v publikaci od paní Černé (2008) se lze dočíst, že v České republice za diagnostiku nesou odpovědnost speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Samotnou depistáž osob s mentálním postižením provádějí speciálně pedagogická centra (SPC) a střediska rané péče (SRP).

2 Člověk s mentálním postižením ve společnosti

V této kapitole se věnuji mentálně postiženému člověku, který se v dnešní, ale i původní společnosti cítí být velmi utlačován. Názory na toto postižení se mohou lišit, ale objevují se často i záporné, proto je potřeba s tím něco dělat a dostat do povědomí občanů, že i lidé s mentálním postižením jsou lidské bytosti, kteří mají city a především svou důstojnost. I tito lidé touží po přátelství, chtějí navazovat vztahy a především chtějí být respektováni okolím.

Začala bych citací, která mne velmi oslovila a zalíbila natolik, abych ji použila ve své práci. „*Postižení, nemoc, slabost všeho druhu jsou nejen protipóly ne-postižení, zdraví a síly, ale ve své komplementaritě jsou součástí lidského údělu stejně jako narození a smrt.*“ (Titzl, 1998, s. 7)

V dnešní společnosti se prakticky komukoliv může narodit dítě s mentálním postižením. I lidé, kteří se dnes cítí být zdraví, mohou v budoucnosti onemocnět nebo také mohou začít ztrácet svou intelektovou kapacitu. Zhoršování životního prostředí i velký stres je velké nebezpečí současné vyspělé civilizace (Franiok, Kysučan, 2002). Proto je velmi důležité, aby se společnost začala více zajímat o různá postižení, aby jim porozuměla a snažila se jim vyjít vstříc a také pomoc k integraci, protože mentálně postižený člověk tu pomoc potřebuje a bude za ni velmi vděčný.

Už od počátku lidské společnosti se objevovali jedinci, kteří se odlišovali od ostatních a to zejména vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i společnost se nějakým způsobem musela vždy vyrovnat s takto odlišnými členy, ale tento vztah se mezi nimi proměňoval v průběhu dějin a v závislosti na vývoji společnosti. Celkový historický pohled na proměny může pomoci pochopit i zdroj některých současných postojů nebo předsudků, které stále přetrvávají v obecném povědomí lidí (Hadj-Mousová, Vágnerová, 2000).

Musíme vzít v úvahu některé obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním lidem, abychom pochopili, jak se vytvářel postoj společnosti k jejím postiženým členům. Osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny. Společnost stále vytváří určitá pravidla soužití, ale také hodnoty a normy, které jsou součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace. Určité hodnoty a normy vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny historicky, to znamená úrovní vývoje celé společnosti i konkrétními podmínkami života v dané sociální skupině. Kultura je tedy něco, co

určuje, co je žádoucí či nežádoucí pro danou společnost a ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů, včetně ostatních členů v dané společnosti. Hodnoty se samozřejmě liší v průběhu historie a v závislosti na místě vzniku kultury. To, co je v jedné společnosti považováno za žádoucí, může být v jiné odmítáno nebo být považováno za patologické (Hadj-Mousová, Vágnerová, 2000).

Na to navazuje Vančura (2007), kde upozorňuje, že každá společnost má svou vlastní tradici přístupu k lidem, kteří se něčím odlišují. Odlišují se například svými projevy chování, potřebami nebo inteligencí. Tradice je zakotvena ve sdíleném systému hodnot, v dosaženém poznání o určité problematice a v každodenním kontaktu a praxi péče, která je těmto lidem nabízena. A také uvádí, že společenská shoda o tom, co je běžné a žádoucí ve vztahu k lidem s postižením, se rychle vyvíjí a mění.

V první polovině 20. století bylo doporučováno odborníky rodičům dětí s tímto postižením, aby děti dali výhradně do ústavné péče. Brali to jako variantu, která je pro jejich dítě nejvíce prospěšná. Toto doporučení nabývalo podoby naléhavého požadavku, který byl podložen údajným zájmem dítěte, případně prospíváním jeho zdravých sourozenců či zájmem rodiny. Uvádí se, že rozšíření poznatků o problematice intelektového znevýhodnění vedlo k zásadnímu obratu v názoru na umístění dítěte mimo rodinu. Dnes už velká část dětí s intelektovým znevýhodněním vyrůstá ve své rodině (Vančura, 2007).

Nyní se vrátím k předsudkům, které velmi ovlivňují pohled člověka na mentálně postižené osoby. Slowík (2007) uvádí, že každý z nás může být v pohledu na osoby s postižením do určité míry ovlivněn předsudky, které se tradují s takovou intenzitou, že je pro obyčejného člověka velmi těžké odlišit je od skutečné reality. Velká část společnosti stále žije v představě, že všichni lidé s postižením jsou nešťastníci, že nemají a nemohou mít smysl pro humor a že také zábava, radost, úspěch nebo také sexuální život nejdou s postižením dohromady. Všichni, kdo chtějí získat pravdivější obraz o životě a situaci lidí s handicapem, tak musejí přistupovat k této problematice s nadhledem, nepředpojatě a s dostatečnou dávkou otevřenosti a odvahy. V minulosti absolvovali stejnou cestu všichni, kteří se rozhodli nezůstat k handicapovanému člověku v jeho obtížné životní situaci lhostejní a navázali s ním oboustranně přijatelný vztah.

Morgenstornová a Šulová (2007) uvádějí, že vytváření předsudků spočívá v utváření předpojatých a negativních soudů o člověku nebo skupině. Uvádějí, že předsudky jsou rigidní (těžko se mění), konstantní, emotivně zabarvené a neodrážejí realitu. Předsudky můžeme mít, ale nemusíme je ukazovat a projevovat v našem

chování a nemusíme jimi někomu škodit. Když se předsudky promítnou do našeho chování, tak to může vést k různým nepřátelským projevům od diskriminace po fyzické napadání. Jako další tu jsou stereotypy, které představují tendenci připisovat ostatním určité charakteristiky a to pouze na základě přiřazení jedince do dané sociální skupiny. Při stereotypizaci se nebere ohled na to, jaký člověk ve skutečnosti je (Morgenstornová, Šulová, 2007).

2.1 Postoje společnosti k lidem se znevýhodněním

Slowík (2007) upozorňuje, že důležitým výrazem postojů společnosti ke znevýhodněným osobám je škála termínů, které se používají k jejich označování. O lidech s nějakým druhem postižení se nejčastěji hovoří jako o osobách zdravotně postižených (nebo se zdravotním postižením), což je termín eticky přijatelný, ale zavádějící. Ne vždy musí postižení narušovat dobrý zdravotní stav člověka a pojem „zdravotní postižení“ vzbuzuje spojitost s onemocněním. To znamená, že posiluje nesprávné zařazování těchto jedinců s postižením do kategorie „pacient“. I když není sjednocena a ustálena nejvhodnější terminologie pro označování znevýhodněných osob, tak se doporučuje používat takové pojmy, které jsou především jasné, výstižné a také hlavně samotnými lidmi, kterých se týkají, aby byly chápány jako vhodné a neurážející.

Bazalová (2014) se ve své publikaci zmiňuje, že se vymezují tři základní postoje k postiženému dítěti. Mezi ně patří odmítavý, lhostejný (často v rodinách s nízkým sociálním statusem a také v případě dětí s lehkým mentálním postižením) a nadměrně ochranný (rodič má snahu dítě ochránit i za cenu jeho izolace od okolí a kladení nízkých nároků na dítě). Objevuje se ale ještě jeden fenomén a to je oboustranná citová vazba, závislost matka – dítě.

Postoje společnosti k těmto jedincům s postižením nejsou člověku vrozené, ale vytváří se postupným učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije (Hadj-Mousová, 2000).

Postoje společnosti se také velmi odvíjí od všeobecných norem, které určuje společnost. Když lidé nezapadají, jsou automaticky označeni za „jiné“. Slowík (2007) upozorňuje, že norem existuje velké množství a většina z nich se časem a vývojem společnosti mění, některé zanikají a někde se objevují nové. Pokud nějaký jedinec v lidském společenství bývá označován za „nenormálního“, tak se vymyká v nějakém ohledu obecně uznávaným normám, které jsou důležité pro bezproblémovou sociální existenci (Slowík, 2007). Hranice norem jsou pohyblivé. Normalita může být

posuzována podle mnoha různých kritérií, které jsou v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují (Vágnerová, 2004).

V různých kulturách a na různých úrovních vývoje lidské společnosti se dále setkáváme s různými typy postojů k postiženým. Hadj-Mousová (2000) to popisuje následovně:

Už u zvířat se dalo pozorovat odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazovali fyzické znaky jejich druhu. Nebyli rozpoznáváni jako příslušníci určitého druhu, jako například albíni. Sociální status příslušníka skupiny u sociálně žijících primátů závisel na fyzickém vzhledu a zdatnosti. Slabí příslušníci se dostávali na okraj sociální skupiny, a tak zůstávali na nižší úrovni. Přežití druhu zajišťoval právě tento biologický mechanismus.

I tlak vnějších okolností měl vliv na postoj k postiženým. Je to v podstatě ekonomická situace skupiny. Společnost, která s velkou obtíží zajišťovala své materiální přežití a tím se myslí především dostatek potravy, nebo jejíž podmínky života byly velmi náročné, tak si skupina nemohla dovolit živit jedince, kteří nemohou skupině pomoci, přinést užitek a spíše jí zatíží nutnou péčí o něj. Jen možný přínos pro skupinu určovalo kvalitu každého člena skupiny.

Tělesné a smyslové postižení je jev, který je charakteristický tím, že je relativně řídký. Postižení jsou tedy v populaci považováni spíše za výjimečné, neběžné a odlišují se tím ve svůj neprospěch od jiných běžných norem populace.

Dále se postižení nevýhodně odlišovali od daného estetického ideálu kultury. Výrazné to bylo v antickém Řecku a Římě, kde byla celá kultura založena na souladu krásy těla a ducha a hodnota člověka byla posuzována podle obou těchto kritérií.

Dříve byly také příčiny narození postiženého dítěte zpravidla přičítány neznámým negativním vlivům, mezi něž patřilo uhranutí, očarování matky nebo její nemravné styky před narozením dítěte.

Postižení může být také považováno za výraz určité vnitřní kvality, ale spíše negativní. Nakonec bych dodala, že postižení bylo chápáno jako vliv náboženských představ, u nás především židovsko-křesťanských. Do chápání postižení vstupuje i boží vůle. Ta měla úmysl buď v podobě boží zkoušky, nebo trestu (Hadj-Mousová, 2000).

V souvislosti s tímto výčtem historického pohledu na postižené souvisí i to, že sociální tlak, který směřuje k přijímání některých postojů členy společnosti, nepůsobí jen na jedince zdravé, neboli neodlišující se, ale působí také na postižené. Lidé s postižením jsou očekáváním okolím vedeni k akceptaci role, která je jim přisouzena.

Lidé s postižením jsou nuceni přijímat svou odlišnost a to způsobem, jak je společností chápána. Tím se stávají ve společnosti tím přijatelnější, čím více svou odlišnost potvrzují (Hadj-Mousová, 2000).

V současnosti obecně platné postoje k postiženým a nemocným jsou charakteristické převahou emocionální složky a nedostatkem informací o jejich skutečných možnostech a omezeních. Citový vztah k lidem s postižením má ambivalentní charakter, to znamená, že obsahuje jak pozitivní, tak negativní emoce. Postoje k těmto lidem nejsou vrozené, ale vytvářejí se učním, jsou závislé na prostředí, ve kterém člověk žije. Mnoho z lidí ovlivňují dané stereotypy a v postojích těmto lidem je zřejmá tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny stejné. Laická veřejnost ovlivňuje svoje hodnocení jejich zjevnými projevy a nápadnostmi a nenahlíží na podstatu jejich choroby, protože ji většina laiků nechápe. Člověk s postižením také představuje určitý společenský handicap. Tito lidé získávají danou sociální roli, která jim přináší určitá privilegia nebo četná omezení. Jako stigma je označováno a hodnoceno trvalé postižení či chronické onemocnění. Tudiž se zhoršuje postavení člověka s mentálním postižením ve společnosti, protože je mu připisováno více negativních vlastností, než by odpovídalo jeho skutečnému stavu. Postoje zdravých jedinců k nemocným a postiženým vyplývají z různých psychických potřeb. Například se objevuje tendence k tabuizaci těchto lidí, která má svůj základ v potřebě bezpečí a obrany proti potencionálnímu ohrožení. Stává se to, že samotní postižení z důvodu vlivu postojů laické veřejnosti hůře uspokojují některé své potřeby, například v oblasti seberealizace. Ne vždy je příčinou jen omezení dané jejich zdravotním stavem, ale spíše jeho sociální důsledky (Vágnerová a kol., 2000).

Celkový vývoj lidské společnosti je velmi podstatný pro vztah k postiženým. Společnost jako celek směřuje k toleranci a schopnosti akceptovat odlišnost. Vztah k postiženým je obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality a je také výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Každý člověk na světě bez ohledu na svou odlišnost od ostatních musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami (Hadj-Mousová, 2000).

2.2 Integrace a inkluze

V souvislosti s handicapovanými lidmi je dnes pojem integrace považován za velmi známý, ale obsahově možná stále obtížně srozumitelný. Integrací je označován nejvyšší stupeň socializace člověka. Prakticky se jedná o naprostý opak segregace, což je společenské vyčleňování, sociální exkluze. Integrace je chápána jako dlouhodobě

zvolený trend, a tak se toto slovo stalo možná až nepřírozeně přirozeným vyjádřením tendencí ve vývoji vztahu mezi znevýhodněnými členy a celou společností. Sociální integrace je proces začleňování člověka do společnosti a je tedy něčím přirozeným, co se týká každého člena společnosti. Komplikace potom nastávají v případě některých osob nebo minoritních skupin, mezi které patří např. etnické menšiny, osoby s postižením atd. a které se od většinové populace velmi odlišují a nedosahují přirozeným způsobem vysoké míry socializace. Potom je tedy nutné jejich integraci podporovat a pomoci pro ni vytvářet vhodné podmínky (Slowík, 2007).

Tzv. inkluzivní postupy jsou charakteristické v moderním trendu, který se vyznačuje vývojem v přístupu k začleňování handicapovaných osob do společnosti. Inkluze je nikdy nekončící proces. Lidé s postižením se v něm mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti, jako ostatní lidé bez postižení (Slowík, 2007).

2.3 Možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti

Jsou různé názory a prohlášení, že tito jedinci by neměli být segregováni v běžném občanském životě, ale přesto k tomu dochází pro jejich obtížnost zapojit se samostatně do života a pro psychické zábrany akceptovat tyto jedince s postižením do sociální skupiny. Akceptabilita, někdy se hovoří o tzv. dezirabilitě, vyplývá z psychologického zákona, kde se mají vyčleňovat outsideři skupiny a to hlavně jedinci nenormální, nějakým způsobem postižení. Poté u jedinců s lehkou mentální retardací dochází k pocitům méněcennosti, také k potřebě kompenzovat své nedostatky nevhodnou činností, nebo k potřebě vyhledávat si jedince sobě rovné, nebo také k potřebě vyniknout v nějaké činnosti, např. v manuální práci. Kompenzační tendence mohou být společensky kladné nebo záporné. Vše záleží na včasné diagnóze a na vhodném výchovném postupu (Langer, 1996).

Ještě nedávno lidé s těžkým a hlubokým mentálním postižením pocítovali různé podoby segregačního přístupu k jejich vlastní existenci a dodnes se ve společnosti na ně převažující pohled nezměnil natolik, aby bylo možné tvrdit, že nastal velký pokrok v sociální integraci u těchto osob. Většina těchto jedinců se v minulosti ocitla v ústavní péči a můžeme je tam převážně najít i dnes (Slowík, 2007).

Největší skupinu v populaci lidí s mentálním postižením tvoří jedinci s lehkým stupněm mentální retardace. U nich je prognóza sociální integrace zpravidla velmi dobrá. Pokud k tomu dostanou příležitost, tak jsou schopni samostatně nebo jen s minimální podporou bydlet, pracovat a žít v běžné sociální komunitě. Jiná situace je u

osob s těžšími formami mentálního postižení, kde mají velké obtíže i při běžném sociálním kontaktu, jejich spontánní jevy jsou pro okolí často velmi překvapivé a ne každému příjemné. I přesto, že tito jedinci žijí v domácí péči rodiny, zůstává jejich sociální síť řídká a tím patří mezi osoby mimořádně ohrožené rizikem sociální exkluze (Slowík, 2007).

Šiška (2005) upozorňuje, že skutečné schopnosti lidí s mentálním postižením nejsou z hlediska jejich sociální integrace vždy rozhodující. Lidé se setkávají s předsudky, nepochopením a nepřijetím ze strany intaktní populace, která je považuje za méně schopné a někdy i za méněcenné.

Zdůrazňují se obavy z možných rizik při osamostatňování mentálně postižených osob v práci i bydlení, také při jejich partnerském soužití (lidé se bojí nežádoucího otěhotnění a nezvládnutí rodičovských rolí) a také z otevřenosti, která je pro některé z nich typická. Je tvrzení, že mentálně postižení lidé si svou situaci neuvědomují a nezáleží jim na jejich občanském statusu, je to ale mylné tvrzení. Právý opak dokládá hnutí sebeobhájců, které zvýrazňuje společenské sebevědomí těchto osob a také pomocnou ruku pro ty jedince, kteří se ještě neodvážili začít se o svá práva sami hlásit či sami je prosazovat. Sebeobhajoba má důležitý cíl a tím je naučit osoby s mentálním postižením uvědomovat si svou hodnotu a společenskou roli, dále samostatně jednat na přiměřené úrovni, stávat se tak pro ostatní členy společnosti partnery, ale nikoliv bytostmi, které jsou jen závislé na jejich pomoci (Slowík, 2007).

3 Klasifikace mentální retardace

Světová zdravotnická organizace (WHO) reviduje klasifikaci nemocí včetně duševních poruch (MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí). Od roku 1992, u nás od roku 1993 je platná 10. revize této klasifikace (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10). Klasifikace je částečně odlišná od diagnostického a statistického manuálu duševních a behaviorálních poruch vlivné Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV APA), což vyznačuje dualitní systém klasifikace duševních poruch ve světě (Valenta a kol., 2012).

V mezinárodní klasifikaci nemocí, postižení a handicapů podle WHO (MKN-10, kategorie F70-F79) je klasifikačním kritériem úroveň mentální kapacity, která je vyjádřena naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu (IQ), ale také se zde zdůrazňuje, že se jedná pouze o klasifikaci orientační, jelikož přesně stanovená kritéria pro posouzení mentální úrovně člověka a přesně dané hranice, které oddělují jednotlivé klasifikační stupně, prakticky neexistují (Slowík, 2007). Dalším klasifikačním kritériem je dle Valenty a kol. (2012) posouzení schopnosti adaptability neboli adaptačního chování a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince.

Dalším důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost. To znamená kvantitu úbytku (resp. zachování) příslušných kompetencí. Vágnerová (2004) upozorňuje na to, že kvantitu úbytku lze určit srovnáním úrovně schopností člověka s mentálním postižením s normou, pomocí psychologické diagnostiky inteligence. Toto hodnocení inteligence poskytuje pouhý globální odhad schopností, které určují pozici člověka s mentálním postižením ve vztahu k populační normě. Hodnota IQ 100 je modální průměrný výkon a hranice mentálního postižení je IQ 70 (Vágnerová, 2004).

Podle klasifikace se mentální postižení dělí do šesti základních kategorií (Valenta a kol., 2012, s. 31):

- „F70 Lehká mentální retardace (*mild mental retardation*) – IQ 50-69, dříve *debilita*.
- F71 Středně těžká mentální retardace, též *střední mentální retardace* (*moderate mental retardation*) – IQ 35-49, dříve *imbecilita*.
- F72 Těžká mentální retardace (*severe mental retardation*) – IQ 20-35, dříve *idioimbecilita*, *prostá idiocie*.

- *F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.*
- *F78 Jiná mentální retardace.*
- *F79 Nespecifikovaná mentální retardace.“*

3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů podle MKN-10

Všichni lidé s mentálním postižením jsou svébytné subjekty, kteří mají své charakteristické osobní rysy, ale i tak se u většiny z nich projevují v jednotlivých obdobích života různé charakteristické znaky, které závisejí na hloubce a rozsahu mentální retardace (Pipeková, 2006).

3.1.1 Lehká mentální retardace (F70 IQ 50-69)

Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5 % populace a tato skupina tvoří 4/5 osob s mentální retardací, což je 80 %. Jedinci s lehkou mentální retardací, dále LMR, jsou schopni účelně užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. Dovedou ale i v dospělosti uvažovat v nejlepším případě jen na úrovni dětí středního školního věku. Tito lidé respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně, protože v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů. Jejich myšlení i řeč jsou konkrétní, ale jejich verbální projev je jednodušší. Lidé s LMR jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti, avšak teoretická práce ve škole se u nich jeví často jako hlavní potíže, jelikož mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a počítáním. Proto se uvádí, že lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti. Na horní hranici LMR je lze zaměstnat prací, která vyžaduje hlavně praktické než teoretické dovednosti a která zahrnuje nekvalifikované či málo kvalifikované manuální práce, avšak k tomu potřebují nějaký dohled a oporu (srov. Vágnerová, 2004, Pipeková, 2006, Mlýnková, 2010, Švarcová, 2000 a Potměšilová a kol., 2013).

Mentální věk dospělého člověka se pohybuje mezi 9 až 12 lety (srov. Pipeková, 2006 a Langer, 1996).

3.1.2 Středně těžká mentální retardace (F71 IQ 35-49)

V populaci mentálně retardovaných se středně těžká mentální retardace, dále STMR, vyskytuje asi ve 12 % (Pipeková, 2006).

Raný psychomotorický vývoj je velmi opožděn, jelikož v šesti až sedmi letech dosahují úrovně maximálně tříletého dítěte. Vývoj jemné a hrubé motoriky je

zpomalen. Trvale jim zůstává celková neohrabanost, neschopnost jemných úkonů a nekoordinovanost pohybů. Samostatnost v sebeobsluze je často částečná, proto někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život. Uvažování těchto jedinců můžeme přirovnat tedy k myšlení předškolního dítěte, které ne vždy respektuje pravidla logiky. V jejich slovníku chybějí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev je často chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Jejich učení je limitováno na mechanické podmiňování a k zafixování čehokoliv je třeba četného opakování (srov. Pipeková, 2006, Vágnerová, 2004, Mlýnková, 2010, Švarcová 2000 a Potměšilová a kol., 2013).

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, nesmí se vyžadovat přesnost a rychlost a úkoly musí být pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Úplný samostatný život je u nich nepravděpodobný, pouze zřídka. Tito lidé bývají mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, také ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách (srov. Vágnerová, 2004, Švarcová, 2000, Mlýnková, 2010, Pipeková, 2006 a Potměšilová a kol., 2013).

Mentální věk dospělého člověka se pohybuje mezi 6 až 9 lety. (srov. Pipeková, 2006 a Langer, 1996)

3.1.3 Těžká mentální retardace (F72 IQ 20-34)

Lidé s těžkou mentální retardací tvoří 7 % z celkového počtu osob s mentální retardací (Pipeková, 2006).

Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují totiž na úrovni batolete. Jejich omezení je zřejmé i v oblasti řeči, naučí se maximálně jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které také používají nepřesně. Stává se, že někdy nemluví vůbec. Učení těchto lidí je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, ale i pak zvládnou jen základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Možnosti vzdělávání a výchovy těchto osob jsou velmi omezené, ale zkušenosti ukazují, že včasná a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, komunikačních dovedností, rozumových schopností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Při soustavné výchovné péči jsou tito klienti schopni vykonávat některé jednoduché úkony, ale bývají celoživotně závislí na péči jiných osob (srov. Vágnerová, 2004, Pipeková, 2006, Švarcová, 2000, Mlýnková, 2010 a Potměšilová a kol., 2013).

Mentální věk dospělého člověka se pohybuje mezi 3 až 6 lety. (srov. Langer, 1996 a Pipeková, 2006)

3.1.4 Hluboká mentální retardace (F73 IQ je nižší než 20)

Lidé s hlubokou mentální retardací tvoří 1 % z populace mentálně retardovaných (Pipeková, 2006).

Při HMR jsou jedinci těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Jejich poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí a jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. U těchto lidí se nevytvoří ani základy řeči. Většina lidí z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Osoby jsou často inkontinentní a jsou schopny pouze rudimentární neverbální komunikace. Osoby také nejsou schopny základní sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Jsou tedy závislí na péči jiných lidí a obvykle bývají umísťováni do ústavu sociální péče. Vyžadují stálý dohled na veškeré jejich potřeby, mezi které patří zejména nakrmit, zajistit hydrataci, vyprazdňování, hygienu, péči o osobní prádlo apod. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto klientů jsou velmi omezené (srov. Vágnerová, 2004, Pipeková, 2006, Mlýnková, 2010, Švarcová, 2000 a Potměšilová a kol., 2013).

Mentální věk u dospělých lidí je pod 3 roky života. (srov. Pipeková, 2006 a Langer, 1996)

3.2 Četnost mentálně postižených v populaci

Jak už bylo řečeno v úvodu této práce, tak lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi skupinami lidí s postižením. Také jsem na začátku práce uvedla, že počet osob s mentálním postižením stále stoupá a to nejen u nás, ale celosvětově. Švarcová (2000) upozorňuje, že tento vzrůst může být relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, ale ani dnes není jejich evidence úplná. Dále uvádí, že v našich podmínkách brání vytvoření evidence zejména dodržování lékařského tajemství, při kterém různí pediatři nechtějí o svých pacientech s mentálním postižením informovat ani odborníky ve speciálně pedagogických centrech. Dalším vysvětlením vzrůstu počet osob s mentálním postižením je důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, kteří se snaží o snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Lékařská péče o děti v nejranějších stádiích vývoje se stále zdokonaluje a tím se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu (Švarcová, 2000).

V roce 1995, kdy vyšla publikace s názvem Kapitoly z psychopedie, Černá a kol. (1995) uvádí, že v této době neexistoval přesný údaj o výskytu osob s mentální retardací u nás ani ve světové populaci. Dosud nebyla sjednocena definice mentální retardace a v mnohých společnostech mohli být za mentálně postižené lidi považováni i takové osoby, které se v jiných podmínkách od běžné populace neodlišují (Černá a kol., 1995).

V současné době v naší populaci není absolutní počet mentálně retardovaných znám, ale uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3 % občanů. Dále uvádí, že podle některých pedagogicko-psychologických výzkumů je intelektově podprůměrných 10-15 % dětí školního věku. Počet těžce mentálně postižených se pohybuje mezi 0,1 % v populaci. Podobné relace bývají uváděny i ve statistikách jiných evropských zemí (Švarcová, 2000).

Mentální retardace má nerovnoměrné rozložení vzhledem k hloubce postižení i vzhledem k pohlaví. Obecně se uvádí větší výskyt u mužů. Mentální retardace není rovnoměrně zastoupena také v jednotlivých věkových skupinách a největší procento mentální retardace je podchyceno ve školním věku (Černá a kol., 1995).

4 Sociální práce s osobami s mentálním postižením

Vágnerová (2004) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že mentální retardace bývá majoritní společností velmi často chápána jako stigmatizující postižení, s čímž velmi souhlasím. Mají odlišné chování, které nespadá do očekávané normy, nastává obtížnost dorozumění se s těmito lidmi, také je zde omezenější možnost odhadnout jejich reakce, které nejsou vždy standardní a také snížená schopnost sebeovládání. Tyto všechny obtížnosti vedou okolní lidi k tomu, aby mentálně postižené podceňovali, a vede to k jejich celkovému negativnímu hodnocení okolím. Lidé jim nechtějí přisuzovat stejná práva jako ostatním „zdravým“ jedincům, ale také na ně nejsou kladeny ani stejné požadavky. Sociální status této skupiny lidí je velmi nízký, jelikož pro ostatní lidi jsou označováni různými nálepkami, jako například „blbci“, kteří nic nechápou a že na ně není třeba brát ohled. Tyto postoje a názory lidí ovlivňují i chování jedinců v rodině, kde se objevuje nějaký člen s mentálním postižením. Zvyšuje to jejich obranné reakce, snižuje to pocit pohody v rodině a zhoršuje se emoční ladění (Vágnerová, 2004).

Tyto názory je třeba změnit, jelikož se musí začít brát ohled na to, že člověk s mentálním postižením je v první řadě lidská bytost, má svou důstojnost a měli bychom ho respektovat a až teprve potom na druhém místě je jeho postižení. Proto je důležité, aby veřejnost měla více na očích, jak se k této skupině klientů chovat a mít k nim porozumění. Je třeba, aby znali jejich nejdůležitější potřeby a aby věděli, že celkově společnost má velkou sílu na to, aby pomohla těmto jedincům se integrovat do společnosti. A proto je také velmi důležité, aby se všeobecně více vědělo o sociální práci s touto cílovou skupinou a aby to pomohlo ke změně všeobecného pohledu na toto postižení.

Franiok a Kysučan (2002) se zmiňují o tom, že stále více začínáme zdůrazňovat významnost osobnosti každého člověka s postižením. Souvisí to s novou koncepcí tzv. speciálních potřeb, služeb a podpor. U lidí s mentálním postižením jsou postupně přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, u kterých je povinností vytvořit určitý systém podpory a speciálních služeb, aby potřeby lidí s postižením byly po celý jejich život adekvátně naplňovány.

Na to navazují Standardy kvality sociálních služeb (2008), kde je uvedeno, že v současném pojetí sociálních služeb v České republice je kladen velký důraz na poskytování takových sociálních služeb, které mají dbát na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, také mají respektovat svobodnou vůli osob

a zajišťovat jejich důstojný život a nakonec směřovat k sociálnímu začleňování klientů do společnosti. „*Naplňování principů sociálního začleňování je podporován běžný způsob života osob, jsou vyrovnávány jejich příležitosti na uplatnění ve společnosti. Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako jejich vrstevníci, kteří sociální služby nevyužívají.*“ (Standardy kvality sociálních služeb, 2008, s. 5) Celkovým a obecným cílem sociálních služeb je zajištění takové míry podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu (Standardy kvality sociálních služeb, 2008).

4.1 Definice sociální práce

Mezi nejznámější definice sociální práce patří definice z publikace „*Základy sociální práce*“ od Matouška a kol., (2001), kterou si teď dovoluji citovat.

„Sociální práce se během 20. století stala společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“ (Matoušek a kol., 2001, s. 10)

Sociální práce je také součástí státem organizovaného a zabezpečovaného systému redistribuce zboží a služeb. Cílem sociální práce je uspokojování sociálních potřeb klientů a zajišťuje kontrolu, změnu chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní (Matoušek a kol., 2013).

Většina známých společností sociální práci prováděla nebo provádí, i když tam ta činnost není označována jako sociální práce. Matoušek a kol. (2013) uvádí, že staré civilizace propojovaly ideál solidarity s náboženstvím. Náboženství pronikalo všemi oblastmi společenské praxe, že v něm byl zakořeněn imperativ solidarity a instituce, které podporují konkrétní projevy společenské solidarity. Globálně stanovit přehled cílů sociální práce není možné. Jsou rozdíly mezi jednotlivými kulturami a zeměmi, jak v teoretickém pojetí sociální práce, tak v praktickém výkonu těchto činností a tyto rozdíly jsou velké (Matoušek a kol., 2013).

4.2 Principy a cíle práce s mentálně postiženými

Mezi obecný princip a ideál patří směřování k tomu, aby lidé, kteří mají diagnózu mentální postižení, mohli využívat běžné zdroje, instituce, které poskytují služby veřejnosti. Aby jim bylo umožněno žít v místním společenství takovým způsobem, který odpovídá životu ostatních lidí bez postižení. Objevuje se představa o co možná největší samostatnosti klientů. Podpora od různých pracovníků by měla být poskytována jen v případě, kdy něco uživatel sám nezvládá. A tam, kde si umí sám klient poradit, tam by měl mít dostatečný prostor pro své řešení. Služby mají uživatelům pomoci, aby si mohli co nejvíce řídit své životy sami. Uživatel by měl být také na službě méně závislý (Matoušek a kol., 2010).

Mezi cíle sociální práce patří integrace (inkluze) lidí s mentálním postižením do společnosti. Předpokladem je přítomnost lidí v běžném prostředí, v hromadné dopravě, v obchodech, restauracích apod. Na mnohých místech mohou tito lidé působit jako zákazníci, ale také i jako zaměstnanci. Využívání běžných služeb pomáhá těmto klientům k jejich samostatnosti a jsou na cestě k integraci. Také by se mělo usilovat o navázání vztahů s nepostiženými vrstevníky co nejdříve, jelikož začlenění probíhá nejlépe v dětském věku. Dalším cílem je to, aby lidé s mentálním postižením co nejvíce rozvíjeli své schopnosti a dovednosti. Díky svým schopnostem a dovednostem se lépe mohou začlenit do společnosti. Měli by se tedy především naučit navázat kontakt a komunikovat. Pohled veřejnosti by se měl změnit tak, aby je lidé chápali jako spoluobčany, se kterými se dá žít a komunikovat. Mezi další cíl patří postupné zmenšování podpory, aby pro sebe začal stále více dělat sám klient. Tento cíl se lze uplatňovat i bez ohledu na míru postižení. Každý člověk se může v něčem zlepšovat a zvládat některé činnosti nebo jejich části sám. Ale důležité je také říci, že každý člověk s postižením má také právo říci, že se už zlepšovat nechce. Cíl je tedy možné formulovat jako poskytování podpory jeho rozvoji do takové míry, do jaké bude ochoten se podílet (Matoušek a kol., 2010).

Důležité také je, že u dospělých lidí s mentálním postižením platí to, aby s nimi pracovníci jednali jako s dospělými lidmi. Mají respektovat jejich soukromí, brát je jako partnery a brát vážně jejich rozhodnutí (Matoušek a kol., 2010).

4.3 Metody a techniky

4.3.1 Asistence

Asistence je jednou z hlavních metod práce s lidmi s mentálním postižením. Jedná se o pomoc uživateli s činnostmi, které běžní lidé bez postižení dělají sami.

Asistent nahrazuje věci, které uživateli chybí a to jsou zejména schopnosti a dovednosti. Tato metoda se používá například v bydlení, navštěvování běžné školy, zaměstnání apod. (Matoušek a kol., 2010).

Důležité je, že asistence je zaměřená metoda na jednotlivce. Reaguje na konkrétní potřeby a může se přizpůsobovat změnám v potřebách klienta. Postupně může docházet ke snižování podpory, pokud to rozvoj dovedností uživatele umožňuje (Matoušek a kol., 2010).

4.3.2 Individuální a skupinová sociálně-terapeutická práce

Individuální práce s touto cílovou skupinou se do jisté míry překrývá s asistencí. Asistence kompenzuje chybějící dovednosti, ale umožňuje i osobní rozvoj uživatele, ale individuální práce cíleně usiluje o dosažení určitých změn v životě uživatele. Tato metoda směřuje k tomu, aby si klient osvojil specifické dovednosti, které podle jeho možností a přání zvýší míru jeho samostatnosti (Matoušek a kol., 2010).

Další metoda je skupinová sociálně-terapeutická práce, která napomáhá k rozvoji potřebných dovedností a jedná se o pravidelné setkávání skupin lidí s postižením. Docházení do skupin má dva významné aspekty, mezi které patří to, že se uživatelé s pomocí pracovníka učí komunikovat ve skupině, vnímat a respektovat ostatní, neskákat jim do řeči, vyslechnout si jejich názor, projevit vlastní názor apod. Druhý aspekt tvoří samotná práce skupiny, která se zaměřuje na oblasti, které jednotlivým uživatelům dělají problémy, jako například trávení volného času (Matoušek a kol., 2010).

4.3.3 Pracovní a umělecké terapie

Pracovní terapie je zaměřena na rozvoj člověka s mentálním postižením pomocí pracovní činnosti. Lidé se rozvíjejí tím, že dělají nějakou smysluplnou činnost. Spočívá v provádění pracovních úkonů, u kterých se uživatelé postupně zlepšují. Uživatelé při tom musí dodržovat určitý řád a odpovědnost, na který se klade důraz. Hlavním cílem pracovní terapie je získání pracovních návyků. Metoda se používá v některých chráněných dílnách, denních stacionářích a ústavech sociální péče.

Taneční, hudební a výtvarná terapie se používá spíše jako doplňkové aktivity v rámci komplexu jiných služeb. Cílem umělecké terapie je podpora osobnostního rozvoje a relaxace lidí s mentálním postižením (Matoušek a kol., 2010).

4.3.4 Komunitní podpora

Alternativa k ostatním službám a hlavně v oblasti bydlení představuje vytváření komunit, ve kterých žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení. Cílem této komunitní podpory je vytvořit domov pro lidi s mentálním postižením, kde budou mít své místo. Společné bydlení s lidmi bez postižení nahrazuje pomoc asistentů. Každý jednotlivec přináší do komunity něco jiného a schopnosti a zkušenosti jednotlivých členů se doplňují. Práce v komunitě je rozdělena podle schopností členů. Rozvoj lidí s postižením zde probíhá buď prostřednictvím běžných aktivit spontánně, nebo cíleně podle individuálního plánu. Komunita představuje relativně uzavřené společenství s určitou mírou nezávislosti (Matoušek a kol., 2010).

Příkladem bych použila známou komunitu Archa, kterou v roce 1964 založil Jean Vanier. V knize „Krása lidskosti“ se Vanier věnuje i tomu, jak komunita Archa vznikla a co ho k tomu vedlo. Vanier viděl v mentálně postižených lidech tolik života, utrpení, ale také touhy po přátelství, že se rozhodl s nimi žít a bydlet. Dovolím si vložit jednu citaci právě z této knihy, kterou Vanier řekl: „*Jejich bolestný nářek a žízeň po lásce mě hluboce zasáhly.*“ (Vanier, 2016, s. 29) Díky tomu se také hlavně rozhodl s nimi bydlet. Komunita byla malá a sdílel v ní každodenní život se dvěma mentálně postiženými (Vanier, 2016).

4.3.5 Péče

Tato metoda/model odpovídá staršímu pojetí služeb. Hlavním rysem péče je důraz na zajištění základních potřeb lidí s postižením, ale jejich aktivní účast nebo snaha o ni není podmínkou či pravidlem. Zaměřuje se na uspokojení primárních potřeb uživatelů. Mohou být ale přehlédnuty i další významné potřeby, jako například seberealizace, které uspokojovány nejsou.

Pečovatelský model služby zahrnuje jednoduché aktivity jako kreslení a uklízení. Tyto činnosti jsou spíše více naplněním volného času klientů než cílený rozvíjením jejich dovedností. K rozvíjení dovedností sice dochází, ale jen spontánně (Matoušek a kol., 2010).

5 Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením

Model ústavní péče historicky vzniká v době, kdy začínal rozvoj nalezinců a špitálů, které se snažily dávat lidem s postižením naději na důstojnější život, který by na ně na ulici normálně nečekal. Martin Lečbych (2012) ve své publikaci zmiňuje, že model ústavní péče je založen na soucitu k osobám, které jsou v majoritní společnosti znevýhodněny, a tvrdí, že těmto osobám je poskytovat komplexní péči nutností. Cílem soucitu lidí, kteří se podílejí na ústavní péči, je chránit lidi s mentální retardací před neúspěchem a ponížením, které by na ně mohlo čekat ve společnosti ostatních lidí. Kvůli tomu se preferuje chráněné prostředí před prostředím konkurenčním a konfrontačním. Institucionální zakotvení modelu ústavní péče spočívalo v minulosti v ústavech sociální péče, dnes spočívá v různých formách domovech pro osoby s postižením, chráněných domovech a pracovištích (Lečbych, 2012).

Lidé, kteří se dostávají do ústavní péče, jsou většinou z nějakého důvodu vyloučeni z přirozené vztahové sítě, tím se myslí zejména nějaká komunita nebo rodina. To, že poskytuje těmto lidem péči, se považuje za velkou přednost tohoto ústavního modelu. Rodiny těchto lidí jim často nedokážou vytvořit podmínky pro uspokojování jejich potřeb, tudíž se tento model pro ně stává důležitou záchytnou sítí. U osob s velmi těžkým kombinovaným postižením se zdá často komplexní a celodenní péče jedinou myslitelnou alternativou. Avšak u osob s méně závažným postižením se komplexnost péče spíše považuje i za největší riziko tohoto modelu (Lečbych, 2012). Komplexnost péče má i své hlavní nevýhody, které si teď dovoluji citovat od pana Lečbycha. *„Komplexnost péče povzbuzuje závislost člověka s mentálním postižením na druhých lidech a omezuje jeho iniciativu. Izolovanost zařízení také přispívá ke stigmatizaci, snižování sebedůvěry a může být spojena s dalšími negativními jevy asociovanými s kolektivní výchovou a životem v neosobním prostředí (např. deprivací, nedostatkem prostoru k naplňování vývojových potřeb apod.).“* (Lečbych, Valenta, 2012, s. 37) Z této citace tedy vyplývá, že se předem musí velmi dobře zvážit, jakou péči klient vlastně potřebuje.

Ústav je světem pro sebe, je ostrovem soběstačného řádu, kde je život omezenější a předvídatelnější, než v sociálním prostředí okolo něj. Ústav se pojí se třemi archaickými lidskými zkušenostmi, mezi které patří zkušenosti rodiny, zkušenosti obce a zkušenosti vyhoštění, vyobcování (Matoušek, 1999).

Ústavy sociální péče jsou podle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany s mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Lidé s mentálním postižením lehčího stupně mohou být přijati do ústavu jen tehdy, pokud nezbytně potřebují ústavní péči. Ústavní péče je poskytována v ústavech pro mládež, kam patří děti od tří let do skončení povinné docházky a nejvýše do 26 let a také v ústavech pro dospělé (Švarcová dle Hutař, 1999).

Ústavy se zřizují s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé v té době, když jsou jejich rodiče v zaměstnání. Týdenní zařízení (stacionáře) představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí, představují velkou pomoc pro rodiny s postiženými dětmi. V týdnu rodiče pracují, mohou žít normálním životem a dostatečně se věnovat svým nepostiženým dětem a o víkendu se starají o své postižené dítě. Dítě tak neztrácí kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi. Velmi vážné rozhodnutí znamená umístění dítěte do ústavu sociální péče s celoročním pobytem. Rodičům přináší často výčitky svědomí a traumata z pocitu selhání. Ale péče o některé děti a dospělé s mentálním postižením je někdy natolik náročná, že často není v silách rodičů, zejména matky, potřeby postiženého člověka dlouhodobě uspokojovat (Švarcová, 2000).

Švarcová (2000) dále upozorňuje, že podle zákona č. 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče pro mentálně postižené poskytují bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče. V případě potřeby také osobní vybavení s přihlédnutím ke stupni postižení se umožňuje přiměřené pracovní uplatnění. Co se týče ústavů pro děti a mládež, tak tam se má také poskytovat výchova a vzdělávání.

5.1 Vybrané organizace ve Středočeském kraji, poskytující sociální služby pro mentálně postižené

V této podkapitole se chci stručně věnovat některým organizacím, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené ve Středočeském kraji. Organizací je v současné době poměrně dost, ale při stoupajícím počtu mentálně postižených lidí by jich bylo potřeba ještě více. Proto by bylo vhodné postupem času nějaké další organizace pro mentálně postižené klienty založit.

Každé město by mělo mít svůj vlastní katalog sociálních služeb, kde lze najít sociální služby pro určitou cílovou skupinu, ale organizace lze také vyhledat v Registru poskytovatelů sociálních služeb od MPSV.

Mezi nejznámější organizace pro mentálně postižené ve Středočeském kraji patří zejména Centrum 83, které sídlí v Mladé Boleslavi. Jako další organizace v Mladé Boleslavi jsou Diecézní charita Litoměřice a v neposlední řadě Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR. Jako poslední organizaci z Mladé Boleslavi bych zařadila Spokojený domov, o. p. s. (Katalog sociálních služeb a služeb návazných města Mladá Boleslav, 2014-2015).

Z jiných měst to jsou například Ledce, kde se objevuje organizace Bellevue. Dále je to Domov Barbora v Kutné Hoře, Domov pod skalami Kurovodice, Centrum služeb Slunce všem, o. p. s.; Centrum sociálních služeb Tloskov; Domov Laguna Psáry; Domov Mladá; Domov Ráček, o. p. s.; Handicap centrum Srdce, o. p. s.; Helpicon, z. ú.; Jistoty Domova, z. ú.; MELA, o. p. s; Středisko ROSA, z. s. a nakonec Domov Kytín (Registr poskytovatelů sociálních služeb, MPSV, <http://iregistr.mpsv.cz>).

6 Shrnutí teoretické části

V první kapitole se věnuji obecně mentálnímu postižení, jeho charakteristice, etiologii a také vznikem a příčinami, které k mentálnímu postižení vedou. V této kapitole se zmiňuji, že lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými, ale přesto o nich většina lidí moc informací neví, proto je potřeba dostat informace o lidech s postižením do široké veřejnosti a docílit, aby se o tuto cílovou skupinu lidé více zajímali.

Druhá kapitola se zabývá člověkem s mentálním postižením ve společnosti, což je jedna z nejdůležitějších kapitol v této práci. Objevují se tam postoje společnosti k lidem se znevýhodněním, je zde zmíněna integrace a inkluze a v neposlední řadě se zde také věnuji podkapitole, která se zaměřuje na možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti. V této kapitole popisují, že každá společnost má svou vlastní tradici přístupu k lidem s postižením, kteří se něčím odlišují. Souvisí to se sdíleným systémem hodnot a dosaženém poznáním o určité problematice. Důležitá informace ve věci pohledu člověka na mentálně postižené osoby je, že celkový obecný názor většinové společnosti na tuto skupinu obyvatel velmi ovlivňují předsudky, které se snažíme pomocí informovanosti odstranit. V rámci integrace a inkluze jsou oba pojmy dostatečně vysvětleny. Integrace je označována za nejvyšší stupeň socializace člověka, tedy je to proces začleňování člověka do společnosti. A inkluze je zde označena za nikdy nekončící proces.

Třetí kapitola se zaměřuje na klasifikaci mentální retardace, charakteristiku jednotlivých stupňů podle MKN-10, mezi které patří lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. Další pokračující členění je jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. Toto členění a stupně mentální retardace jsou velmi důležité pro to, aby lidé věděli, co od takových jedinců čekat, jak se k nim chovat a jakou vhodnou formu péče zvolit, aby docílili uspokojení jejich potřeb. Nejvíce se ve společnosti vyskytuje lehký stupeň mentální retardace, přesněji ve 2,5 % v populaci a mezi mentálně postiženými tvoří 80 % zástupu. Mentální věk dospělého člověka s lehkým mentálním postižením se pohybuje mezi 9 až 12 lety. Na konec této kapitoly jsem vložila podkapitolu, která se zabývá četností mentálně postižených v populaci, což je také velmi zajímavý poznatek. V současné době v naší populaci není absolutní počet mentálně retardovaných znám, ale

uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3 % občanů a počet těžce mentálně postižených se pohybuje mezi 0,1 % v populaci.

Ve čtvrté kapitole se zabývám sociální prací s osobami s mentálním postižením, kam jsem zařadila definici sociální práce, principy a cíle práce s mentálně postiženými a nakonec metody a techniky. Mezi metody a techniky patří asistence, individuální a skupinová sociálně-terapeutická práce, pracovní a umělecké terapie, komunitní podpora a péče.

V poslední, páté kapitole se věnuji obecně ústavní péči pro osoby s mentálním postižením a na konec kapitoly jsem vložila vybrané organizace ve Středočeském kraji, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené. Zmínila jsem zde kousek z historie ústavní péče, která vznikla v době, kdy začínal rozvoj nalezinců a špitálů, které se snažily dávat lidem naději na důstojnější život, který by na ně na ulici normálně nečekal. A poté jsem zde zmínila něco ze současnosti ústavní péče. Vybrané organizace ve Středočeském kraji jsem vložila na konec kapitoly, aby zdůraznily a ukázaly, že všude kolem nás jsou lidé a organizace, které se těmto lidem snaží pomoc integrovat do společnosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 Metodická část

V této části bakalářské práce se věnuji výzkumu a jeho cílům. Je tu popsána zvolená výzkumná strategie, hlavní cíl a dílčí cíle, zdůvodnění volby výzkumného souboru a charakteristika tohoto souboru. Také se zde věnuji operacionalizaci dílčích cílů do zkoumatelné podoby, tedy do dotazníkových otázek. Následně jsou získaná data interpretována.

7.1 Vymezení hlavního a dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují.

Hlavní cíl je rozdělen do čtyř následujících dílčích cílů:

- Zjistit informovanost společnosti o osobách s mentálním postižením a obecný názor na tuto cílovou skupinu.
- Zjistit, zda se společnost více přiklání k integraci osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením pomocí ústavní péče či péče mimoústavní.
- Zjistit, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život.
- Zjistit, které faktory v pohledu společnosti na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče vybraný vzorek populace ovlivňují.

Do výzkumu jsem zařadila specifikaci na lehkou a středně těžkou mentální retardaci, jelikož se ve společnosti objevují nejčastěji, tím pádem jsou lidem více na očích. Specifikace dále umožňuje respondentům více se zamyslet nad konkrétními stupni mentální retardace, nad jejich problematikou a napomůže to ke kvalitnějším výsledkům dotazníkového šetření.

7.2 Zvolená výzkumná strategie

V této bakalářské práci jsem zvolila pro výzkum: Zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují - kvantitativní výzkumnou strategii – dotazník.

Kvantitativní výzkumnou strategii a metodu výzkumu jsem zvolila zejména proto, že dotazník dovoluje relativně levně získat informace od velkého množství lidí

v poměrně krátké době a tím budu mít dostatečné množství informací pro zpracování výsledků výzkumu. Také je zde snazší podchycení rozptýlené populace, důležitá je přesvědčivá anonymita a vyloučení mého osobního vlivu na odpovědi respondentů.

„Kvantitativní analýza je postup, kdy pro rozbor daného problému se využívají kvantitativní data, tj. údaje, které je možné vyjádřit numericky. Na základě těchto dat a předpokládaných vazeb mezi nimi se obvykle sestaví kvantitativní model zkoumaného systému a jeho řešením se získají požadované numerické údaje potřebné pro vlastní rozhodnutí. Rozhodující jsou zde znalosti nejrůznějších matematických technik a schopnosti sestavit vhodný model.“ (Doskočil, 2011, s. 12) Pojem vhodný model znamená dostatečně jednoduchý model, aby jej bylo možné vyřešit námi dostupnými prostředky a také, aby byl odpovídající reálnému systému (Doskočil, 2011).

Dle Puncha (2008) kvantitativní šetření o vztahu proměnných začíná cílem a výzkumnými otázkami a ty určí proměnné, kterým se bude ve výzkumu věnovat pozornost. Když se bere za jednotku analýzy jedinec, tak základním záměrem v kvantitativním šetření je zaměřit u skupiny lidí tyto proměnné a podívat se, v jakém jsou vztahu mezi sebou v získaném vzorku.

Mezi prvky kvantitativního šetření patří cíle, výzkumné otázky, dotazník, vzorek, strategie sběru dat, strategie analýzy dat a zpráva (Punch, 2008).

Na konec této podkapitoly bych dodala ještě definici nástroje sběru dat, který je v této práci dotazník. Gavora dle Chráska (2007) vymezuje znění dotazníku jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Chráska (2007) vymezuje, že samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které respondent odpovídá písemně. Dotazník by měl splňovat základní požadavky, mezi které patří validita, reliabilita a praktičnost.

7.3 Operacionalizace dílčích cílů do dotazníkových otázek

Na základě použití kvantitativní výzkumné strategie jsou uvedeny operacionalizační tabulky dílčích cílů do dotazníkových otázek.

Tabulka 2 - Operacionalizace dílčího cíle 1 do dotazníkových otázek

Dílčí cíl 1	Dotazníkové otázky
Zjistit informovanost společnosti o osobách s mentálním postižením a obecný názor na tuto cílovou skupinu.	1) Jaký je Váš postoj k mentálně postiženým?
	2) Jaký postoj má podle Vás společnost k mentálně postiženým?
	3) Znáte nějaké organizace ve Vašem okolí, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené?
	4) Myslíte si, že lze jedince s MP jednoduše rozeznat od ostatních lidí v běžném životě?
	5) Myslíte si, že mají lidé s MP právo na běžný život? (Tím se myslí např. partnerský vztah, rodina, běžný byt.)
	6) Myslíte si, že lidé s MP představují nějaký přínos pro společnost?
	7) Myslíte si, že lidé s MP představují nějakou zátěž pro společnost?
	8) Myslíte si, že je správné začleňování osob s MP do společnosti?

Tabulka 3 - Operacionalizace dílčího cíle 2 do dotazníkových otázek

Dílčí cíl 2	Dotazníkové otázky
Zjistit, zda se společnost více přiklání k integraci osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením pomocí ústavní péče či péče mimoústavní.	1) Myslíte si, že by lidé s lehkým a středně těžkým MP měli docházet do ústavů sociální péče? (Tím se myslí různé formy domovů pro osoby s postižením, chráněná bydlení, stacionáře či různá zařízení.)
	2) Jak si myslíte, že by lidé s lehkým a středně těžkým MP měli žít/bydlet?
	3) Preferujete pro osoby s lehkým a středně těžkým MP spíše chráněné prostředí před prostředím domácím?
	4) Vadilo by Vám, kdyby Váš soused byl člověk s MP?
	5) Myslíte si, že se lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče?
	6) Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou více uspokojovat své potřeby v ústavním zařízení?
	7) Myslíte si, že rodiny mentálně postižených osob dovedou vytvořit lepší podmínky pro uspokojování potřeb klientů než ústavní zařízení?

Tabulka 4 - Operacionalizace dílčího cíle 3 do dotazníkových otázek

Dílčí cíl 3	Dotazníkové otázky
Zjistit, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život.	1) Myslíte si, že lidem s lehkým a středně těžkým MP pomůže ústavní péče do plnohodnotného života více než čistě domácí péče?
	2) Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP jsou více připraveni na samostatný život díky ústavní péči?
	3) Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život?
	4) Považujete komplexní celodenní péči v ústavech sociální péče za vhodnou pro osoby s lehkým a středně těžkým MP?

Tabulka 5 - Operacionalizace dílčího cíle 4 do dotazníkových otázek

Dílčí cíl 4	Dotazníkové otázky
Zjistit, které faktory v pohledu společnosti na osoby s lehkým a středně těžkým MP v rámci ústavní či mimoústavní péče vybraný vzorek populace ovlivňují?	1) Vaše pohlaví
	2) Váš věk
	3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
	4) Pokládáte se za věřícího?
	5) Vaše bydliště
	6) Máte dítě/děti?
	7) Setkali jste se někdy v životě s mentálně postiženým člověkem?
	8) Znáte osobně nějakého člověka s mentálním postižením?

7.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika

Pro výzkum k této bakalářské práci jsem vybrala soubor lidí ze široké veřejnosti, kteří byli ochotni se podílet na výzkumu a vyplnili dotazník. Jelikož se výzkum zaměřuje na pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením, tak bylo potřeba nasbírat minimálně stovku dotazníků s různými respondenty z různých míst.

Výzkumný vzorek tvořilo 154 lidí ze široké veřejnosti s různými věkovými kategoriemi, velikosti bydliště, náboženského založení, úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání a také zda má či nemá respondent osobní zkušenost s mentálně postiženým člověkem.

Pomocí webového dotazníku se výzkumného šetření zúčastnilo 134 lidí a papírovou verzi dotazníku vyplnilo zbývajících 20 lidí. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 97 žen (63%) a 57 mužů (37%) z celkového počtu 154 respondentů. Ostatní proměnné lze vidět v následující tabulce.

Na konci sběru dat k výzkumu mohu říci, že získaná data jsou nakonec platná hlavně pro malý vzorek lidí (skupinu od 20 do 29 let), jelikož nejvíce odpovědi jsem nasbírala právě od této věkové skupiny. Výsledky výzkumu pak nejsou natolik zobecnitelné, jak bylo v úmyslu.

- *Otázka č. 6 – Máte dítě/děti?*
- *Otázka č. 7 - Setkali jste se někdy v životě s mentálně postiženým člověkem?*
- *Otázka č. 8 - Znáte osobně nějakého člověka s mentálním postižením?*

Tabulka 6 - Výzkumný vzorek

číslo otázky:	1	Muž	57 (37,0%)	číslo otázky:	5	Do 2,5 tis. obyvatel	41 (26,6%)	
			Žena			97 (63,0%)		
2		do 20 let	16 (10,4%)		6	Od 20 do 50 tis. obyvatel	30 (19,5%)	
		20-29 let	75 (48,7%)				Nad 50 tis. obyvatel	57 (37,0%)
		30-39 let	15 (9,7%)				Ano	58 (37,7%)
		40-49 let	17 (11,0%)				Ne	96 (62,3%)
		50-59 let	21 (13,6%)		7	Ano	147 (95,5%)	
		60 let a více	10 (6,5%)				Ne	7 (4,5%)
		Základní	20 (13,0%)			8	Ano	77 (50,0%)
3		Vyučen	9 (5,8%)		Ne		77 (50,0%)	
		Sředoškolské	92 (59,7%)					
		VOŠ	6 (3,9%)					
		Vysokoškolské	27 (17,5%)					
		Ano, jsem členem/členkou církve/náboženského společenství	21 (13,6%)					
4		Ano, ale nejsem nábožensky organizován/a	37 (24,0%)					
		Ne	96 (62,3%)					

7.5 Popis průběhu výzkumu

Před samotným výzkumem bakalářské práce jsem realizovala předvýzkum (pilotáž), který proběhl během ledna/února 2017, kde jsem nasbírala nějaké množství dotazníků a tím jsem si potvrdila vhodnost vybraného výzkumného nástroje, tedy dotazníku. Samotná realizace výzkumu proběhla v únoru 2017, přičemž jsem udělala drobné úpravy původního dotazníku ke zvýšení srozumitelnosti. Dotazník byl vytvořen ve dvou formách. Jedna verze dotazníku byla umístěna na portálu Survio.com, kde jsem ho následně šířila přes sociální síť Facebook a druhá byla pouze v papírové formě, abych mohla dostat odpovědi i od ostatních jedinců, kteří nemají přístup k počítači. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, že dotazník je anonymní a že slouží k výzkumné části bakalářské práce „Mentální postižení ve společnosti: Pohled veřejnosti na integraci mentálně postižených“. Po sběru dat mohu říci, že data byla sesbírána metodou příležitostného a lavinového výběru.

Po ukončení sběru dat byly veškeré dotazníky shromážděny a přepsány do jednotné elektronické podoby v programu Microsoft Excel.

7.6 Způsob analýzy získaných dat

Získaná data byla vyhodnocena statisticky a následně byla veškerá data upravena v programu Microsoft Excel do různých tabulek a grafů.

7.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie z hlediska validity

Na začátek této podkapitoly bych nejdříve definovala samotnou validitu. Dle Puncha (2008) validita znamená, že data reprezentují, co si myslíme, že mají reprezentovat. „*Obecná otázka o validitě dotazníkových dat zní: Měří skutečně odpovědi, které jsem získal a z kterých odvodím skór, proměnné, které si myslím, že měřím?*“ (Punch, 2008, s. 59)

Mezi rizika výzkumné strategie bych zařadila to, zda respondenti odpovídají pravdivě a ne lživě a také svědomitě. Na tom se může částečně podílet nálada respondenta a jeho postoje. Mezi riziko mohu zařadit i problém, zda jsou respondenti schopni odpovědět na zadanou otázku, ale to se lze dozvědět už v pilotní studii/předvýzkumu. Jako další riziko bych zařadila i to, že pokud je dotazník dlouhý, tak respondenti mohou ztratit zájem ho vyplnit nebo ztratí pozornost a následná data mohou být irelevantní. Mezi další riziko může patřit menší počet respondentů, tudíž výzkumný vzorek nakonec nejde zobecnit, jelikož se to netýká celé populace.

Naopak výhody výzkumné strategie zahrnují to, že výzkum dle Hendla (2012) charakterizuje kombinace mnoha znaků, které uvádějí, že jde o proces shromažďování údajů (dat), je systematický, problematizuje a syntetizuje dosavadní znalosti, zahrnuje kritickou analýzu a vede ke zvyšování znalostí.

Co se týče etických rizik výzkumu, tak jsem tam žádné nevyozorovala. Výzkum nenarušoval soukromí respondentů, také se tam neobjevovalo žádné klamání a nebyla nijak poškozena důstojnost respondentů. Anonymita účastníků výzkumu byla zaručena.

8 Analýza a interpretace údajů

V této kapitole se věnuji analýze a interpretaci dosažených výsledků, které zahrnují popis výsledků dle vytyčených dílčích cílů a výzkumných otázek, které jsou doloženy tabulkami a grafy. V metodické části dokládám tabulky, a jelikož je k dokreslení výsledné situace potřeba i grafické znázornění, tak jsem se rozhodla grafické zpracování výsledků výzkumu zařadit do přílohové části.

DC1: Zjistit informovanost společnosti o osobách s mentálním postižením a obecný názor na tuto cílovou skupinu.

Jako první uvádím tabulku, která reprezentuje dvě dotazníkové otázky, které se zaměřují na postoj respondentů.

- *Otázka č. 1: Jaký je Váš postoj k mentálně postiženým?*
- *Otázka č. 2: Jaký postoj má podle Vás společnost k mentálně postiženým?*

Tabulka 7 - DC1 - Postoj respondentů k MP

Číslo otázky:	POZITIVNÍ		NEUTRÁLNÍ		NEGATIVNÍ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	81	52,6 %	55	35,7 %	18	11,7 %
2	32	20,8 %	27	17,5 %	95	61,7 %

Druhá tabulka se skládá z následujících otázek:

- *Otázka č. 3: Znáte nějaké organizace ve Vašem okolí, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené?*
- *Otázka č. 4: Myslíte si, že lze jedince s MP jednoduše rozeznat od ostatních lidí v běžném životě?*
- *Otázka č. 5: Myslíte si, že mají lidé s MP právo na běžný život? (Tím se myslí např. partnerský vztah, rodina, běžný byt.)*
- *Otázka č. 6: Myslíte si, že lidé s MP představují nějaký přínos pro společnost?*
- *Otázka č. 7: Myslíte si, že lidé s MP představují nějakou zátěž pro společnost?*
- *Otázka č. 8: Myslíte si, že je správné začleňování osob s MP do společnosti?*

Tabulka 8 - Dotazníkové otázky k DC1

Číslo otázky:	ANO		NE	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
3	102	66,2 %	52	33,8 %
4	139	90,3 %	15	9,7 %
5	128	83,1 %	26	16,9%
6	75	48,7 %	79	51,3 %
7	95	61,7 %	59	38,3 %
8	135	87,7 %	19	12,3 %

Shrnutí prvního dílčího cíle

První dílčí cíl se zaměřoval na informovanost společnosti o osobách s mentálním postižením a na obecný názor na tuto cílovou skupinu. Z výsledků výzkumu vyšlo, že informovanost je poměrně dobrá, ale záleží na různých proměnných. Na otázku, zda respondenti znají některé organizace v jejich okolí, tak 66,2% z nich odpovědělo, že ano a 33,8% z nich uvedlo, že ne. Přičemž ženy v 83,5% odpověděly, že znají a 16,5% z nich odpovědělo, že neznají. Co se týče mužů, tak ve 36,8% odpověděli, že znají a v 63,2% odpověděli, že neznají. Z toho je možné vidět, že obecně muži jsou méně informováni o sociálních službách a to může mít mnohé důvody. Např. nezáměr se něco dozvědět, méně empatie atd. Co se týče rozpoznatelnosti osob s MP od ostatních lidí, tak 90,3% respondentů odpovědělo, že jsou rozpoznatelní a zbývajících 9,7% je opačného názoru. Tudíž převažující názor na rozpoznatelnost osob s MP je takový, že tito jedinci jsou rozpoznatelní od ostatních lidí v běžném životě. U otázky „Jaký je váš postoj k mentálně postiženým?“ odpovídali respondenti nejvíce pozitivní, což bylo v 52,6%, dále vybírali neutrální v 35,7% a nakonec negativní v 11,7%. Výsledky výzkumu opět ukazují, že názor společnosti se k problematice mentálního postižení stále zlepšuje, ale i tak se na něm dále musí pracovat. U otázky jaký postoj má společnost k mentálně postiženým podle názoru respondentů se ukazuje, že většina lidí si myslí, že názor společnosti je negativní (61,7%), poté pozitivní (20,8%) a nakonec neutrální (17,5%). V tomto případě je opět nutná větší informovanost o této problematice. Co se týče otázky na právo na běžný život, tak 83,1% respondentů je zastáncem toho, že lidé s MP mají právo na běžný život a zbývajících 16,9% je proti

tomu. U otázek, zda klienti představují nějakou zátěž či přínos pro společnost, tak u přínosu se 51,3% respondentů shodlo, že žádný přínos nepředstavují a 48,7%, že představí přínos. U zátěže se 61,7% shodlo na tom, že představují zátěž a zbývajících 38,3% se shodlo, že žádnou zátěž nepředstavují. U poslední otázky, zda je správné začleňování MP osob do společnosti, odpovědělo 87,7%, že to je správné a zbývajících 13,3% odpovědělo opak. Výsledky DC1 tedy ukazují, že názor společnosti se stále zlepšuje, u respondentů převažuje pozitivní názor a naprostá většina respondentů uvedla, že se mentálně postižení mají začlenit do společnosti.

Uvedené výsledky jsou uchopené obecně podle výsledků výzkumu. Každou otázku lze ale zkoumat podle různých proměnných např. podle věku, pohlaví, úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání, podle náboženské příslušnosti, také podle toho odkud respondent pochází, zda má dítě a hlavně, zda zná osobně nějakého člověka s MP. Tyto proměnné podrobně zkoumám ve čtvrtém dílčím cílu.

DC2: Zjistit, zda se společnost více přiklání k integraci osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením pomocí ústavní péče či péče mimoústavní.

První tabulka reprezentuje názor respondentů na bydlení MP osob.

- *Otázka č. 2: Jak si myslíte, že by lidé s lehkým a středně těžkým MP měli žít/bydlet?*

Tabulka 9 - DC2 - Bydlení MP osob

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
V ústavním zařízení (stacionáře, chráněná bydlení)	56	36,4
V běžném bytě, rodinné zázemí	98	63,6
Celkem	154	100,0

Druhá tabulka se skládá z následujících otázek:

- *Otázka č. 1: Myslíte si, že by lidé s lehkým a středně těžkým MP měli docházet do ústavů sociální péče? (Tím se myslí různé formy domovů pro osoby s postižením, chráněná bydlení, stacionáře či různá zařízení.)*
- *Otázka č. 3: Preferujete pro osoby s lehkým a středně těžkým MP spíše chráněné prostředí před prostředím domácím?*
- *Otázka č. 4: Vadilo by Vám, kdyby Váš soused byl člověk s mentálním postižením?*

- *Otázka č. 5: Myslíte si, že se lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče?*
- *Otázka č. 6: Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou více uspokojovat své potřeby v ústavním zařízení?*
- *Otázka č. 7: Myslíte si, že rodiny mentálně postižených osob dovedou vytvořit lepší podmínky pro uspokojování potřeb klientů než ústavní zařízení?*

Tabulka 10 - Dotazníkové otázky k DC2

Číslo otázky:	ANO		NE	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	137	89,0 %	17	11,0 %
2	84	54,5 %	70	45,5 %
3	29	18,8 %	125	81,2 %
4	118	76,6 %	36	23,4 %
5	115	74,7 %	39	25,3 %
6	81	52,6 %	73	47,4 %

Shrnutí druhého dílčího cíle

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na to, zda se společnost více přiklání k integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní péče či péče mimoústavní. Začala bych otázkou, zda si respondenti myslí, že by lidé s LMP a STMP měli docházet do ústavů sociální péče. 89,0% respondentů se shodlo na tom, že by klienti měli docházet do ÚSP a zbývajících 11,0% jsou toho názoru, že by tam klienti docházet neměli. U otázky, jak by lidé s LMP a STMP měli žít/bydlet, tak více než polovina respondentů (63,6%) odpověděla, že by klienti měli žít v běžném bytě a zbytek 36,4% respondentů odpovědělo, že by měli žít v ústavním zařízení. Poté byla zajímavá otázka, zda respondenti preferují pro osoby s LMP a STMP spíše chráněné prostředí před prostředím domácím a 54,5% z nich uvedlo, že preferují chráněné prostředí a zbývajících 45,5% uvedlo, že preferuje domácí prostředí. Také jsem zde měla otázku spíše pro zajímavost, zda by respondentům vadilo, kdyby měli za souseda člověka s MP. 81,2% respondentů je toho názoru, že nevadilo a 18,8% by to vadilo. Jako další důležitá otázka byla, zda si respondenti myslí, že se lidé s LMP a STMP mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP. Výsledky výzkumu přinesly, že 76,6% respondentů je toho názoru, že se lidé s tímto postižením mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP a zbývajících 23,4% je proti tomu. Tudíž nadpoloviční většina

se klaní k integraci osob s MP pomocí ústavní péče. Předposlední otázka byla, zda si respondenti myslí, že lidé s LMP a STMP mohou více uspokojovat své potřeby v ÚZ, kde se respondenti v 74,7% shodli na tom, že mohou více uspokojovat své potřeby v ÚZ a zbytek v 25,3% uvedl opak. Poslední otázka se, na rozdíl od předchozí, zaměřovala na uspokojování potřeb v rodině. 52,6% respondentů uvedlo, že rodiny mohou uspokojovat potřeby klientů více než ÚZ a 47,4% uvedlo opak. Po sběru dat mohu tedy říci, že respondenti se shodují převážně na tom, že by lidé s LMP a STMP měli žít v běžném bytě a že by měli docházet do ÚSP. A co se týče začlenění do společnosti, tak opět velké množství respondentů je toho názoru, že se lidé s tímto postižením mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP.

Výsledky výzkumu opět ukazují, že současný pohled na mentálně postižené se zlepšuje, už není na takové špatné úrovni, co byl kdysi a také je zde vidět, že se většinová společnost (v tomto případě respondenti mého dotazníkového šetření) přiklání k integraci osob s MP pomocí ústavní péče. Uvedené výsledky jsou opět uchopené obecně podle odpovědí respondentů a výsledky podle různých proměnných opět zkoumám ve čtvrtém dílčím cílu.

DC3: Zjistit, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život.

Tabulka se skládá z následujících otázek:

- *Otázka č. 1: Myslíte si, že lidem s lehkým a středně těžkým MP pomůže ústavní péče do plnohodnotného života více než čistě domácí péče?*
- *Otázka č. 2: Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP jsou více připraveni na samostatný život díky ústavní péči?*
- *Otázka č. 3: Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým MP mohou prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život?*
- *Otázka č. 4: Považujete komplexní celodenní péči v ústavech sociální péče za vhodnou pro osoby s lehkým a středně těžkým MP?*

Tabulka 11 - Dotazníkové otázky k DC3

Číslo otázky:	ANO		NE	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Absolutní četnost
1	83	53,9 %	71	46,1 %
2	99	64,3 %	55	35,7 %
3	116	75,3 %	38	24,7 %
4	77	50,0 %	77	50,0 %

Shrnutí třetího dílčího cíle

Třetí dílčí cíl se zaměřoval na to, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život. První otázka se zaměřovala na to, zda si respondenti myslí, že lidem s LMP a STMP pomůže ústavní péče do plnohodnotného života více než čistě domácí péče. 53,9% respondentů odpovědělo, že ústavní péče klientům pomůže k plnohodnotnému životu více než domácí péče a 46,1% uvedlo opak. Je vidět, že převažuje názor k plnohodnotnému životu v ústavním zařízení, ale není mezi výsledky natolik velký rozdíl, aby se to dalo zobecnit. Další otázka se zaměřovala na to, zda jsou lidé s LMP a STMP podle názoru respondentů více připraveni na samostatný život díky ústavní péči. Výsledky výzkumu uvedly, že nadpoloviční většina respondentů (64,3%) uvedla, že jsou připraveni a zbývajících 35,7% reprezentovalo, že klienti nejsou připraveni na samostatný život díky ústavní péči. Otázka číslo tři se zaměřovala na to, zda si respondenti myslí, že lidé s LMP a STMP mohou prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život. Výsledky měření ukázaly, že většina respondentů (75,3%) jsou toho názoru, že lidé s MP mohou prožít v ÚSP bezpečnější a pohodlnější život a zbytek respondentů (24,7%) zastávají opačný názor. Poslední otázka se zaměřovala na to, zda respondenti považují komplexní celodenní péči v ÚSP za vhodnou pro osoby s LMP a STMP. Velmi zajímavé výsledky znázorňují, že naprostá polovina (50,0%) z výzkumného vzorku respondentů zvolila, že komplexní celodenní péče je vhodná a druhá polovina z výzkumného vzorku (50,0%) zvolila odpověď, že komplexní celodenní péče vhodná pro tuto cílovou skupinu není.

Výsledky výzkumu jsou opět obecné podle odpovědí respondentů a výsledky podle různých proměnných opět zkoumám ve čtvrtém dílčím cíli, jelikož vše se odráží od toho, zda respondenti znají nějakou osobu s MP osobně či nikoliv.

DC4: Zjistit, které faktory v pohledu společnosti na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče vybraný vzorek populace ovlivňují.

Čtvrtý dílčí cíl se zaměřoval na proměnné, které vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Mezi proměnné patří pohlaví respondentů, věk respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání, náboženská příslušnost, velikost bydliště, také zda má respondent dítě, zda se někdy v životě respondent setkal s MP člověkem a nakonec hlavně to, zda respondent zná někoho s MP osobně.

U DC1 jsem již uvedla, že informovanost o organizacích a sociálních službách mají větší ženy než muži, tak i ostatní otázky se odvíjejí od různých proměnných/faktorů. Například postoj k mentálně postiženým se odvíjí i od pohlaví respondentů, jak můžete vidět v následující tabulce. Ženy nejvíce vyplňovaly postoj pozitivní a poté neutrální, zatímco muži měli stejné zastoupení v pozitivní i neutrální kolonce.

Tabulka 12 - Postoj vzhledem k pohlaví respondentů

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Muž	23 (40,4%)	23 (40,4%)	11 (19,3%)
Žena	58 (59,8%)	32 (33,0%)	7 (7,2%)

V následujících tabulkách lze vidět postoj k osobám s MP vzhledem k dalším faktorům.

Tabulka 13 - Postoj vzhledem k věku respondentů

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Do 20 let	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
20 – 29 let	34 (45,3%)	33 (44,0%)	8 (10,7%)
30 – 39 let	6 (40,0%)	6 (40,0%)	3 (20,0%)
40 – 49 let	12 (70,6%)	4 (23,5%)	1 (5,9%)
50 – 59 let	13 (61,9%)	5 (23,8%)	3 (14,3%)
60 let a více	8 (80,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)

Tabulka 14 - Postoj vzhledem ke vzdělání respondentů

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Základní	14 (70,0%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)
Vyučen	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)
Středoškolské	50 (54,3%)	33 (35,9%)	9 (9,8%)
VOŠ	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Vysokoškolské	10 (37,0%)	14 (51,9%)	3 (11,1%)

Tabulka 15 - Postoj vzhledem k náboženské příslušnosti respondentů

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Ano, jsem členem/členkou církve/náboženského společenství	12 (57,1%)	7 (33,3%)	2 (9,5%)
Ano, ale nejsem nábožensky organizován/a	23 (62,2%)	13 (35,1%)	1 (2,7%)
Ne	46 (47,9%)	35 (36,5%)	15 (15,6%)

Tabulka 16 - Postoj vzhledem k velikosti bydliště respondentů

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
do 2,5 tis. obyvatel	25 (61,0%)	14 (34,1%)	2 (4,9%)
2,5 - 20 tis. obyvatel	14 (53,8%)	10 (38,5%)	2 (7,7%)
20 - 50 tis. obyvatel	18 (60,0%)	9 (30,0%)	3 (10,0%)
nad 50 tis. obyvatel	24 (42,1%)	22 (38,6%)	11 (19,3%)

Tabulka 17 - Postoj vzhledem k tomu, zda mají respondenti dítě

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Ano	37 (63,8%)	13 (22,4%)	8 (13,8%)
Ne	44 (45,8%)	42 (43,8%)	10 (10,4%)

Tabulka 18 - Postoj vzhledem k osobní známosti respondentů s MP člověkem

	Pozitivní	Neutrální	Negativní
Ano	55 (71,4%)	16 (20,8%)	6 (7,8%)
Ne	26 (33,8%)	39 (50,6%)	12 (15,6%)

U DC2 se jedná o to, zda se respondenti více přiklání k integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní či mimoústavní péče, kde se mohou zohlednit opět některé proměnné, které názor respondenta ovlivňují. Mezi ně patří opět zejména to, zda respondent zná nějakou osobu s MP osobně či nikoliv, jak můžete vidět v následujících tabulkách.

Tabulka 19 - Měli by lidé s LMP a STMP docházet do ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	66 (85,7%)	11 (14,3%)
	ne	71 (92,2%)	6 (7,8%)

Tabulka 20 - Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít bydlet? – Podle osobní známosti s MP člověkem

		v ÚZ	v běžném bytě
Osobní známost	ano	20 (26,0%)	57 (74,0%)
	ne	36 (46,8%)	41 (53,2%)

Tabulka 21 - Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít bydlet? – Podle toho, zda má respondent dítě

		Ano	Ne
Dítě	ano	50 (86,2%)	8 (13,8%)
	ne	85 (88,5%)	11 (11,5%)

Tabulka 22 - Mohou se lidé s LMP a STMP lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	59 (76,6%)	18 (23,4%)
	ne	59 (76,6%)	18 (23,4%)

Tabulka 23 - Mohou lidé s LMP a STMP více uspokojovat své potřeby v ÚZ? - Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	54 (70,1%)	23 (29,9%)
	ne	61 (79,2%)	16 (20,8%)

A nakonec u DC3 se věnuji tomu, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život. Tyto otázky budu opět porovnávat na základě toho, zda má respondent osobní zkušenost s MP člověkem, jak můžete vidět v následujících tabulkách.

Tabulka 24 - Pomůže lidem s LMP a STMP ústavní péče do plnohodnotného života? – Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	41 (53,2%)	36 (46,8%)
	ne	42 (54,5%)	35 (45,5%)

Tabulka 25 - Mohou lidé s LMP a STMP prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život? Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	55 (71,4%)	22 (28,6%)
	ne	61 (79,2%)	16 (20,8%)

Tabulka 26 - Je celodenní komplexní péče v ÚSP vhodná pro osoby s LMP a STMP? Podle osobní známosti s MP člověkem

		Ano	Ne
Osobní známost	ano	34 (44,2%)	43 (55,8%)
	ne	43 (55,8%)	34 (44,2%)

Shrnutí čtvrtého dílčího cílu

Čtvrtý dílčí cíl se zaměřoval na proměnné/faktory, které vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Mezi faktory/ proměnné jsem zařadila pohlaví respondentů, věk respondentů, také nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, velikost bydliště, zda má respondent dítě a nejdůležitější faktor byl, zda respondent zná osobně nějakou osobu s mentálním postižením.

U postoje k mentálně postiženým se obecně ví, že ženy jeví větší zájem o mentálně postižené a také mají kladnější názor než muži, což potvrdil i můj výzkum, kde se ukazuje, že ženy mají největší procento odpovědí v kolonce pozitivní a muži se pohybují v poměrně stejné míře jak v kolonce pozitivní, tak v kolonce neutrální. Jak už jsem dříve uvedla, jde hlavně o to, že ženy jsou více empatické a mají větší zájem se něco dozvědět o problematice mentálního postižení. Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, tak výzkum ukázal, že kladnější názory na postoj k MP mají středoškoláci a vysokoškoláci. Výzkum dokonce ukázal, že věk nemá moc velký vliv na míru postoje k mentálně postiženým. Nemohu si dovolit výsledky výzkumu zobecnit, jelikož dotazníkové šetření nejvíce vyplňovala věková kategorie 20-29 let, kteří byli ochotni podílet se anonymně na výzkumu. U dalšího dílčího výzkumu šlo o zjištění postojů vzhledem k náboženské příslušnosti respondentů. Nejvíce respondentů bylo nevěřících, přesněji 96 (62,3%), kteří vyplňovali ve 47,9% kolonku pozitivní, ve 36,5% kolonku neutrální a v 15,6% negativní. U skupiny „Ano, ale nejsem nábožensky organizován/a“ vyplnilo pozitivní 62,2%, neutrální 35,1% a negativní 2,7%. A nakonec co se týče členů církve/náboženského společenství, tak ti odpovídali v 57,1% pozitivní, ve 33,3% neutrální a v 9,5% negativní. Tento dílčí výzkum se opět hůře vyhodnocuje, jelikož věřících lidí je méně a tím to opět nejde zobecnit, ale mohu říci, že v obou věřících skupinách odpovídali nejvíce pozitivní a co se týče nevěřících, tak u nich lze

vypozorovat největší podíl odpovědí na pozitivní i neutrální. S radostí ale mohu říci, že se postoj k mentálně postiženým stále zlepšuje a negativní postoj pomalu odstupuje. U postoje vzhledem k velikosti bydliště respondenta mohu říci, že postoje byly opět zejména pozitivní, jen u kolonky „nad 50 tis. obyvatel“ se objevuje i pár negativních. Mohu tedy říci, že lidé ve větších městech by potřebovali častější informovanost, aby se názory ještě více zlepšily. Jako další dílčí výzkum bylo porovnání postoje vzhledem k tomu, zda má respondent dítě. U toho mohu říci, že výsledky výzkumu přinesly to, že když má respondent dítě, jeho názor je kladnější než u bezdětných respondentů. A nakonec porovnání postoje vzhledem k osobní známosti respondenta s MP člověkem, kde můžeme vidět pozitivní názory především u těch, co někoho s MP osobně znají a u těch, co neznají, tak převládá názor neutrální.

Výsledky DC2 přinesly, zda se respondenti více přiklání k integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní či mimoústavní péče. U otázky, zda by lidé s MP měli docházet do ÚSP nebyly velké rozpory mezi tím, zda lidé někoho osobně s MP znají či nikoliv. Obě skupiny se shodly na tom, že by lidé s LMP a STMP měli docházet do ÚSP a to, zda se tam objevuje osobní známost, nemělo velkou roli. To samé ale nemohu říci u otázky „Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít/bydlet?“, jelikož respondenti s osobní známostí s MP člověkem se shodli nejvíce na tom, že by měli žít v běžném bytě (rodinné zázemí) a respondenti, kteří nemají osobní známost, tak se dělili do obou skupin, přičemž opět trochu více převyšovala kolonka „v běžném bytě“ (53,2%) a v ÚZ vyplnilo 46,8%. Není v tom ale tak velký rozdíl, jako bylo vidět u osobní známosti. Otázka, která vyšla přesně na 50% a 50% byla, zda se mohou lidé s LMP a STMP lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče. V této otázce osobní známost nehrála velkou roli, jelikož respondenti s osobní známostí odpověděli „Ano“ v 76,6% a „Ne“ ve 23,4% a respondenti bez osobní známosti opět „Ano“ v 76,6% a „Ne“ ve 23,4%. U otázky zda mohou lidé s LMP a STMP více uspokojovat své potřeby v ÚZ, odpověděli respondenti s osobní známostí „Ano“ v 70,1% a „Ne“ ve 29,9% a respondenti bez osobní známosti odpověděli „Ano“ v 79,2% a „Ne“ ve 20,8%. Tudíž obě skupiny se více klaní k tomu, že tito lidé mohou více uspokojovat své potřeby v ÚZ.

A nakonec výsledky DC3 přinesly, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život. U otázky, zda pomůže lidem s LMP a STMP ústavní péče do plnohodnotného života, osobní známost opět nehrála velkou roli, jelikož respondenti s osobní známostí odpovídali „Ano“ v 53,2% a „Ne“ ve 46,8% a respondenti bez osobní známosti odpovídali „Ano“ v 54,5% a „Ne“ ve

45,5%. Více odpovědí můžeme tedy vidět u toho, že se respondenti klaní k ústavní péči a menší počet respondentů jsou proti tomu, ale opět to není tak velké množství odpovědí, aby se to dalo zobecnit. U otázky, zda mohou lidé s LMP a STMP prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život, odpovídali lidé bez osobní známosti nejvíce „Ano“, a to v 79,2% a „Ne“ ve 20,8%. Respondenti s osobní známostí se v 71,4% klanili k odpovědi „Ano“ a ve 28,6% k odpovědi „Ne“. U této otázky je tedy vidět, že se nadpoloviční většina respondentů klaní opět k ústavní péči, ale větší zastoupení tam má skupina lidí bez osobní známosti. U poslední otázky, zda je komplexní celodenní péče v ÚSP vhodná pro osoby s LMP a STMP, odpovídali respondenti s osobní známostí „Ano“ ve 44,2% a „Ne“ v 55,8% a respondenti bez osobní známosti odpovídali „Ano“ ve 55,8% a „Ne“ ve 44,2%. Zde můžeme vidět naprostý opak, respondenti s osobní známostí se více klaní k tomu, že komplexní celodenní péče vhodná není a respondenti bez osobní známosti se více klaní k tomu, že komplexní péče vhodná je. Na závěr mohu říci, že naprostá většina respondentů z mého výzkumu se shodla na tom, že je pro integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní péče. Přesně 76,6% respondentů se shodlo na tom, že se lidé s LMP a STMP mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče.

9 Diskuze

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Hlavní cíl se následně dělil do čtyř dílčích cílů, které znějí následujícím způsobem. 1) Zjistit informovanost společnosti o osobách s mentálním postižením a obecný názor na tuto cílovou skupinu. 2) Zjistit, zda se společnost více přiklání k integraci osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením pomocí ústavní péče či péče mimoústavní. 3) Zjistit, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ústavní péče a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život. 4) Zjistit, které faktory v pohledu společnosti na osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče vybraný vzorek populace ovlivňují.

První dílčí cíl se tedy zaměřoval na informovanost společnosti o osobách s MP a na obecný názor na tuto cílovou skupinu. Výsledky DC1 ukazují, že názor společnosti na mentálně postižené se neustále zlepšuje, jelikož u respondentů převažuje pozitivní názor a naprostá většina respondentů uvedla, že se lidé s mentálním postižením mají začleňovat do společnosti. Z výsledků výzkumu také vzešlo, že informovanost společnosti je celkem dobrá, ale záleží na různých proměnných/faktorech. Celých 66,2% respondentů uvedlo, že znají nějakou organizaci v jejich okolí, co poskytuje sociální služby a 33,8% uvedlo, že neznají. Přičemž ženy v 83,5% opověděly, že znají a 16,5% z nich neznají. Muži ve 36,8% odpověděli, že znají a v 63,2%, že neznají. Je tedy opět vidět větší informovanost u žen než u mužů. Co se týče otázky na právo na běžný život, tak 83,1% uvedlo, že právo mít mají a zbytek 16,9% je opačného názoru. Další podstatná otázka byla, zda je správné začleňování MP osob do společnosti, kde naprostá většina, přesněji 87,7% uvedlo, že to správné je a zbytek, 13,3% uvedlo opak. Z výsledků výzkumu je tedy vidět, že názor společnosti převažuje pozitivní a respondenti jsou pro začleňování MP osob do společnosti. Tyto výsledky nejsou v rozporu s odborným názorem, který můžeme vidět v odborných publikacích.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na to, zda se společnost více přiklání k integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní péče či péče mimoústavní. Výsledky DC2 ukazují, že naprostá většina respondentů se klaní k integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní péče. 89,0% respondentů uvedlo, že by klienti měli docházet do ÚSP a zbývajících 11,0% je proti tomu. Ovšem více než polovina respondentů (63,6%) se

klaní k tomu, že by lidé s LMP a STMP měli žít v běžném bytě/domácí prostředí. Důležité je také, že 76,6% respondentů je toho názoru, že lidé s LMP a STMP se mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP. Výsledky DC2 tedy opět ukazují, že současný pohled na mentálně postižené se stále zlepšuje, protože to není už na takové špatné úrovni, jak to bývalo kdysi. Dříve ústavní zařízení vypadalo jinak a někteří lidé i dnes mohou považovat ústavní zařízení jako nějaký „starý dům“, kde jsou „schovaní“ odlišní jedinci, kteří by se ve společnosti neměli vyskytovat lidem na očích. Takových názorů máme dnes ale už méně, jelikož se neustále zlepšuje informovanost a také je důležité prezentování pozitivních názorů v médiích. Výsledky opět nejsou v rozporu, jelikož tyto názory můžeme vidět i v odborných publikacích.

Třetí dílčí cíl se zaměřoval na to, zda je z hlediska společnosti prospěšnější ÚSP a zda tam mohou klienti prožít bezpečnější život. Výsledky DC3 uvedly, že převažuje názor k plnohodnotnému životu v ÚZ, ale výsledky nejsou natolik rozhodující, protože pro ÚZ se klanilo 53,9% a proti ÚZ, které nemůže poskytnout plnohodnotný život, se klanilo 46,1% respondentů. Nadpoloviční většina respondentů (64,3%) uvedla, že klienti jsou více připraveni na samostatný život díky ÚSP a zbytek 35,7% bylo toho názoru, že ÚSP nepřipraví klienty na samostatný život. Co se týče bezpečnějšího, pohodlnějšího života klientů, tak 75,3% respondentů uvedlo, že klienti mohou v ÚSP prožít bezpečnější a pohodlnější život a zbytek 24,7% uvedl opak. Poslední důležitá otázka se týkala komplexní celodenní péče pro tuto cílovou skupinu klientů. Přesná polovina respondentů (50,0%) se klanila ke komplexní péči a druhá polovina (50,0%) byla opačného názoru. Z výsledků můžeme tedy vyzdvihnout, že většina respondentů se opět klaní k ÚSP, kromě poslední otázky, kde můžeme vidět rozdíl, kde se polovina respondentů klaní ke komplexní péči a druhá polovina si myslí, že komplexní péče je škodlivá pro tyto klienty. Můj názor je takový, že pro tuto cílovou skupinu (LMP a STMP) je komplexní celodenní péče rozhodně škodlivá a klientům by neměla prospívat, pokud se klienti opravdu chtějí umět o sebe sami postarat. Komplexní celodenní péče akorát přispívá k nesamostatnosti klientů s lehčím postižením, a proto by se jí mělo vyvarovat. U těžších stupňů mentálního postižení je často komplexní celodenní péče jedinou možností. Můj názor opět vychází z odborných textů, které ukazují škodlivost komplexní péče u lehčích stupňů postižení.

A nakonec čtvrtý dílčí cíl se zaměřoval na proměnné/faktory, které vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Výsledky DC4 uvedly, že pohlaví má vliv na názor společnosti k této problematice, jelikož ženy mají obvykle názory pozitivnější

než muži, s čímž souvisí ženská empatie, schopnost více se o věci zajímat a soucítit. Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, tak výzkum ukázal, že kladnější názory a postoje k MP mají středoškoláci a vysokoškoláci a také, že věk nemá moc velký vliv na míru postoje k mentálně postiženým. Výsledky výzkumu si ale nemohu dovolit zobecňovat, jelikož nejvíce respondentů bylo ve věku 20-29 let a ostatních věkových skupin je méně. Tudíž názor vzhledem k věku respondentů nemohu prezentovat s jistotou. Co se týče náboženského založení, tak v obou věřících skupinách respondenti odpovídali nejvíce názor pozitivní, a co se týče nevěřících respondentů, tak u nich se nejčastěji objevovala odpověď pozitivní, ale i neutrální. Zajímavý byl také názor respondentů na MP vzhledem k tomu, zda má respondent dítě. Výsledky prezentovaly to, že když má respondent dítě, tak jeho názor je pozitivnější než u bezdětných jedinců. A u porovnání postoje vzhledem k osobní známosti s MP člověkem, můžeme vidět pozitivní názory u respondentů s osobní známostí a u respondentů bez osobní známosti převažuje názor neutrální. U otázky, zda by lidé s LMP a STMP měli docházet do ÚSP, nehrála osobní známost velkou roli, jelikož se většina respondentů shodla na tom, že by tam docházet měli. U otázky, zda se mohou lidé s LMP a STMP lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP, také osobní známost nehrála velkou roli, jelikož výsledky výzkumu vyšly přesně na 50,0% a 50,0%. A u otázky, zda mohou lidé s LMP a STMP více uspokojovat své potřeby v ÚZ, odpověděli osoby s osobní známostí „Ano“ v 70,1% a bez osobní známosti „Ano“ v 79,2%. Z toho tedy vyplývá, že obě skupiny se více klaní k ÚZ, ale osoby bez osobní známosti více. Otázka, která se týkala bezpečnějšího, pohodlnějšího života, tak ta prezentovala názor respondentů s osobní známostí v 71,4% „Ano“, mohou prožít bezpečnější život v ÚZ a respondenti bez osobní známosti odpověděli „Ano“ v 79,2%. U této otázky je vidět, že se nadpoloviční většina respondentů klaní opět k ústavní péči, ale větší zastoupení tam má skupina lidí bez osobní známosti. Na závěr výzkumného šetření mohu říci, že naprostá většina respondentů z mého výzkumu se shodla na tom, že je pro integraci osob s LMP a STMP pomocí ústavní péče. Přesně 76,6% respondentů se shodlo na tom, že se lidé s LMP a STMP mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče.

Z výše uvedeného mohu říci, že bylo dosaženo všech vytyčených dílčích cílů, které vedou k hlavnímu cíli bakalářské práce.

Kvantitativní výzkumná strategie se osvědčila zejména proto, že dotazník dovoluje relativně levně získat informace od velkého množství lidí v poměrně krátké době a tím jsem měla dostatečné množství informací pro zpracování výsledků výzkumu.

Také zde bylo snazší podchycení rozptýlené populace a přesvědčivá anonymita patřila mezi vlastnosti dotazníku, díky které ji chtělo vyplnit více respondentů. Dále se osvědčila také v tom, že se vyloučil můj osobní vliv na odpovědi respondentů. Nevýhoda byla akorát v tom, že respondenti vyššího věku nebyli moc ochotni dotazník vyplňovat a tím pádem mám více dotazníků od mladších věkových kategorií. Za další zápor považuji to, že ne všechny odpovědi v dotazníku nemusely být pravdivé, pokud měl respondent špatnou náladu.

Na konec diskuze bych řekla, že výsledky mého výzkumného šetření nejsou v rozporu s odbornými knihami, články nebo s odborným konsenzem, co ve společnosti panuje. Jak už jsem dříve uvedla, ústavní péče se celkově změnila, co se týče minulosti a přítomnosti. Dříve byly názory na mentální postižení velmi negativní a rodiče takovýchto „jiných“ dětí se jich chtěli zbavovat a „zavírat“ je někam mimo společnost. Bohužel u některých lidí se podobné „historické“ názory o ústavní péči objevují i dnes, a proto je potřeba s tím něco dělat. Většinová společnost má už dnes velmi pozitivní názor na toto postižení, ale tento všeobecný názor kazí ti jedinci, kteří mají ještě zastaralé myšlenky o ústavní péči. Proto mě napadá otázka, jak více zlepšit osvětu a informovanost o tomto postižení, aby ze společnosti úplně vymizeli jedinci se zastaralými názory. Na to bych řekla, že je potřeba šířit více kladných názorů či novinek ohledně mentálního postižení prostřednictvím médií, škol a vytvářet více akcí pro veřejnost, pořádaných organizacemi pro mentálně postižené. Co se týče všeobecného názoru na mentální postižení, tak výsledky výzkumu přinesly, že současný pohled je převážně pozitivní, díky větší snaze o rozšiřování informací o této cílové skupině, i když je to potřeba mnohem více. A výsledky mého výzkumného šetření jsou v souladu se všeobecným konsenzem a teoretickými východisky, které jsem uvedla v teoretické části.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala pohledem společnosti na mentálně postižené. Téma bakalářské práce „Mentální postižení ve společnosti: Pohled veřejnosti na integraci mentálně postižených“ jsem si zvolila proto, že je to velmi aktuální a zajímavé téma a také pro to, že mám velké zalíbení s touto cílovou skupinou klientů.

Hlavním cílem práce bylo zjistit pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením v rámci ústavní či mimoústavní péče a zjistit, které faktory vybraný vzorek populace k tomuto tématu ovlivňují. Hlavní cíl jsem dále rozdělila do čtyř dílčích cílů. Cíle práce se zjistily pomocí kvantitativní výzkumné strategie, kde se pomocí dotazníkového šetření získaly informace od široké veřejnosti na jejich pohled na integraci mentálně postižených.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou (metodickou). Na konci práce je ještě část přílohová, kde se objevuje grafické znázornění některých výsledků výzkumu pomocí grafů a také vzorový dotazník.

Teoretická část práce se skládá z pěti kapitol. V první kapitole jsem se věnovala obecně mentálnímu postižení, jeho charakteristice a etiologii. Druhá kapitola byla vyhrazena na téma člověk s mentálním postižením ve společnosti a vyskytují se tam postoje společnosti k lidem se znevýhodněním. Dále je tam zmíněna integrace a inkluze a nakonec se tam objevují možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování MP osob do společnosti. Ve třetí kapitole jsem se zabývala klasifikací mentální retardace, charakteristikou jednotlivých stupňů a také jsem zde uvedla četnost MP osob ve společnosti. Čtvrtá kapitola se zaměřovala na sociální práci s osobami s MP. Kapitola obsahuje definici sociální práce, principy a cíle práce a také metody a techniky. Pátá kapitola se věnovala obecně ústavní péči, kde jsem se ještě stručně věnovala některým organizacím ve Středočeském kraji.

V praktické části práce jsem se zabývala výzkumným šetřením. V této části jsem zformulovala hlavní cíl i dílčí cíle a vymezila jsem, jaký druh výzkumu jsem si vybrala a jakým způsobem došlo ke sběru dat. Následně došlo k analýze a interpretaci dat, kde jsem pomocí shrnutí dílčích cílů zhodnotila výsledky šetření.

Teoretický přínos práce vidím v tom, že jsem se snažila o ucelení problematiky mentálního postižení ve společnosti, poté problematiky integrace mentálně postižených osob a všech postojů a názorů společnosti právě na tuto cílovou skupinu. Praktický přínos práce spatřuji v tom, že výsledky výzkumného šetření mohou být využity hlavně

v praxi, kde se pracuje s touto cílovou skupinou klientů, kde se je pracovníci v různých organizacích snaží integrovat do společnosti. Pracovníkům zajistí ukázkou a náhled toho, jaký na klienty mají ostatní lidé názor, jak jsou mentálně postižení lidé vnímáni okolím a jak se k nim chovají. To může být přínosem pro to, aby věděli, co se dá dělat, aby se celková situace zlepšila a mentálně postižení lidé nebyli společností tak odstrkováni. Další využití výsledků výzkumu může být takové, aby se většinová společnost mohla podívat, jak všeobecně nahlíží na tyto klienty a co je třeba zlepšit, aby odstranili své přebytečné předsudky vůči této cílové skupině.

Vyplývající otázky či náměty pro další výzkum by mohly být takové: 1) Jak je možné, že většina respondentů má osobně pozitivní názor na osoby s mentálním postižením, ale myslí si, že většinová společnost zastává názor negativní? 2) Jak zlepšit celkovou informovanost společnosti ohledně mentálního postižení a ústavní péče, aby ze společnosti vymizely zastaralé názory?

Díky výsledkům šetření vyplynul námět pro další výzkum, který by se zabýval názorem společnosti na inkluzivní vzdělávání, což je také velmi diskutované téma.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přístupy k definování mentálního postižení.....	16
Tabulka 2 - Operacionalizace dílčího cílu 1 do dotazníkových otázek.....	45
Tabulka 3 - Operacionalizace dílčího cílu 2 do dotazníkových otázek.....	45
Tabulka 4 - Operacionalizace dílčího cílu 3 do dotazníkových otázek.....	45
Tabulka 5 - Operacionalizace dílčího cílu 4 do dotazníkových otázek.....	46
Tabulka 6 - Výzkumný vzorek.....	47
Tabulka 7 - DC1 - Postoj respondentů k MP.....	49
Tabulka 8 - Dotazníkové otázky k DC1.....	50
Tabulka 9 - DC2 - Bydlení MP osob.....	51
Tabulka 10 - Dotazníkové otázky k DC2.....	52
Tabulka 11 - Dotazníkové otázky k DC3.....	54
Tabulka 12 - Postoj vzhledem k pohlaví respondentů.....	55
Tabulka 13 - Postoj vzhledem k věku respondentů.....	55
Tabulka 14 - Postoj vzhledem ke vzdělání respondentů.....	56
Tabulka 15 - Postoj vzhledem k náboženské příslušnosti respondentů.....	56
Tabulka 16 - Postoj vzhledem k velikosti bydliště respondentů.....	56
Tabulka 17 - Postoj vzhledem k tomu, zda mají respondenti dítě.....	56
Tabulka 18 - Postoj vzhledem k osobní známosti respondentů s MP člověkem.....	57
Tabulka 19 - Měli by lidé s LMP a STMP docházet do ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem.....	57
Tabulka 20 - Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít bydlet? – Podle osobní známosti s MP člověkem.....	57
Tabulka 21 - Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít bydlet? – Podle toho, zda má respondent dítě.....	57
Tabulka 22 - Mohou se lidé s LMP a STMP lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem.....	58
Tabulka 23 - Mohou lidé s LMP a STMP více uspokojovat své potřeby v ÚZ? - Podle osobní známosti s MP člověkem.....	58
Tabulka 24 - Pomůže lidem s LMP a STMP ústavní péče do plnohodnotného života? – Podle osobní známosti s MP člověkem.....	58
Tabulka 25 - Mohou lidé s LMP a STMP prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život? Podle osobní známosti s MP člověkem.....	58
Tabulka 26 - Je celodenní komplexní péče v ÚSP vhodná pro osoby s LMP a STMP? Podle osobní známosti s MP člověkem.....	59

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČERNÁ, Marie. *Kapitoly z psychopedie*. Přepřac. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

DOSKOČIL, Radek. *Kvantitativní metody: studijní text pro prezenční a kombinovanou formu studia*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2011. ISBN 978-80-214-4247-4.

FRANIOK, Petr, KYSUČAN, Jaroslav. *Psychopedie. Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7042-247-5.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Special education of persons with mental disabilities*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3740-8.

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. vydání. Hradec Králové : Nakladatelství KOTVA, 1996. ISBN 80-900254-8-X.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

MORGENSTERNOVÁ, Monika a Lenka ŠULOVÁ. *Interkulturní psychologie: rozvoj interkulturní senzitivity*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1361-1.

MULLER, Oldřich. *Psychopedie - Andragogika*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1204-7.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vydání. Brno : MSD, spol. s. r. o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.

POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-179-1.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, s. r. o., 2000. str. 184. ISBN 80-7178-506-7.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. ISBN 86039-30-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha : Portál, s. r. o., 2004. str. 872. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VANČURA, Jan. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Barrister & Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-14-5.

VANIER, Jean. *Krása lidskosti*. Přeložil Jiří GRAČKA. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2016. Inspirace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-885-7.

Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008.

Katalog sociálních služeb Mladá Boleslav, 2014-2015. Mladá Boleslav: Magistrát města Mladá Boleslav, 2014.

Internetové zdroje:

Registr poskytovatelů sociálních služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 12. 8. 2015. [cit. 12. 1. 2017]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1490204999461_5

Seznam příloh

Příloha I: Vzorový dotazník

Příloha II: Grafické zpracování výsledků dotazníkového šetření

Příloha I: Vzorový dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Černá a jsem studentka Sociální a charitativní práce v Hradci Králové. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který slouží k výzkumné části bakalářské práce.

Otázky v dotazníku jsou hlavně zaměřeny na lehčí stupně mentální retardace, mezi které patří **lehká mentální retardace a středně těžká mentální retardace**.

Ústavy sociální péče jsou zde myšleny jako různé formy domovů pro osoby s postižením, chráněná bydlení, stacionáře či různá pracoviště.

Děkuji Vám za jeho vyplnění.

1. Vaše pohlaví:

- a) Muž b) Žena

2. Váš věk:

- a) Do 20 let
b) 20 – 29 let
c) 30 – 39 let
d) 40 – 49 let
e) 50 – 59 let
f) 60 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní b) Vyučen c) Středoškolské d) VOŠ e)
Vysokoškolské

4. Pokládáte se za věřícího?

- a) Ano, jsem členem/členkou církve/náboženského společenství
b) Ano, ale nejsem nábožensky organizován/a
c) Ne

5. Vaše bydliště:

- a) Do 2,5 tisíc obyvatel
b) Od 2,5 tisíc do 20 tisíc obyvatel
c) Od 20 tisíc do 50 tisíc obyvatel
d) Nad 50 tisíc obyvatel

6. Máte dítě/děti?

- a) Ano b) Ne

7. Setkali jste se někdy v životě s mentálně postiženým člověkem?

- a) Ano b) Ne

8. Znáte osobně nějakého člověka s mentálním postižením?

- a) Ano b) Ne

9. Jaký je Váš postoj k mentálně postiženým?

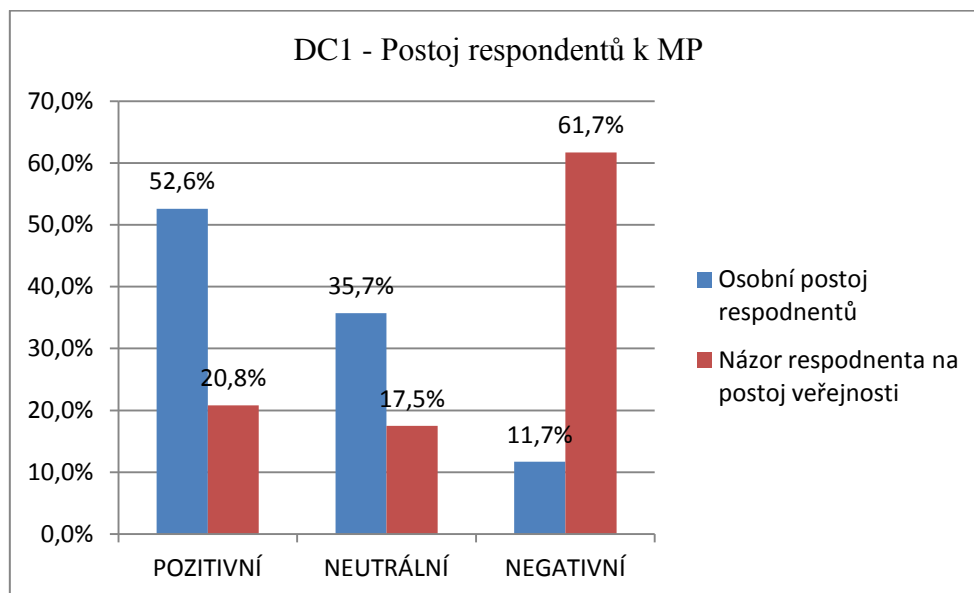
- a) Pozitivní
b) Spíše pozitivní

- c) Neutrální
 - d) Spíše negativní
 - e) Negativní
- 10. Jaký postoj má podle Vás společnost k mentálně postiženým?**
- a) Pozitivní
 - b) Spíše pozitivní
 - c) Neutrální
 - d) Spíše negativní
 - e) Negativní
- 11. Znáte nějaké organizace ve Vašem okolí, které poskytují sociální služby pro mentálně postižené?**
- a) Ano b) Ne
- 12. Myslíte si, že lze jedince s mentálním postižením jednoduše rozeznat od ostatních lidí v běžném životě?**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 13. Myslíte si, že mají lidé s mentálním postižením právo na běžný život? (Tím se myslí například partnerský vztah, rodina, běžný byt.)**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 14. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením představují nějaký přínos pro společnost?**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 15. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením představují nějakou zátěž pro společnost?**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 16. Myslíte si, že je správné začleňování osob s mentálním postižením do společnosti?**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 17. Myslíte si, že by lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením měli docházet do ústavů sociální péče? (Tím se myslí různé formy domovů pro osoby s postižením, chráněná bydlení, stacionáře či různá zařízení.)**
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 18. Jak si myslíte, že by lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením měli žít/bydlet?**
- a) V ústavním zařízení (stacionáře, chráněná bydlení)
 - b) V běžném bytě, rodinné zázemí

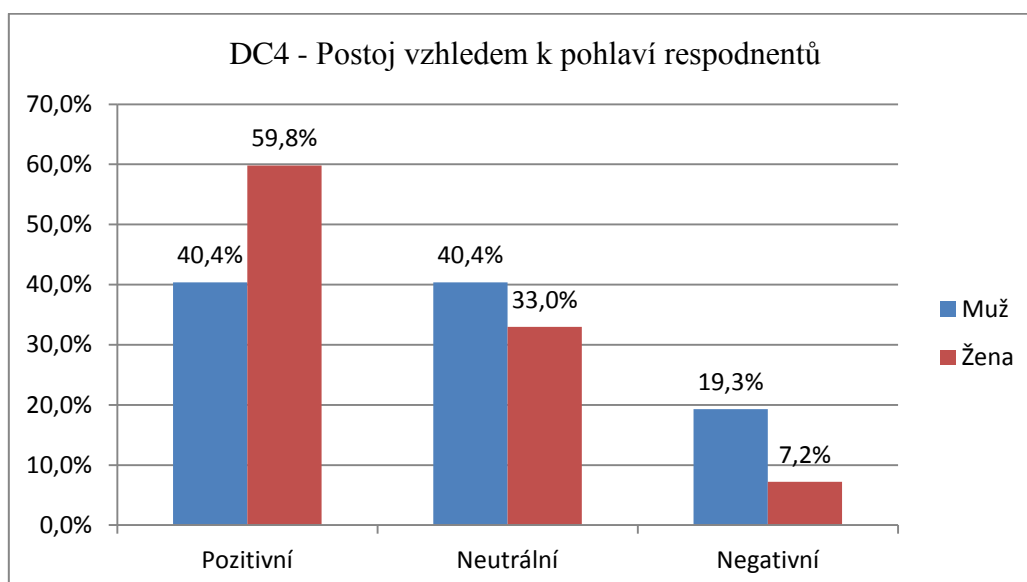
- 19. Preferujete pro osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením spíše chráněné prostředí před prostředím domácím?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 20. Vadilo by Vám, kdyby Váš soused byl člověk s mentálním postižením?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 21. Myslíte si, že se lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením mohou lépe začlenit do společnosti pomocí ústavní péče?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 22. Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením mohou více uspokojovat své potřeby v ústavním zařízení?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 23. Myslíte si, že rodiny mentálně postižených osob dovedou vytvořit lepší podmínky pro uspokojování potřeb klientů než ústavní zařízení?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 24. Myslíte si, že lidem s lehkým a středně těžkým mentálním postižením pomůže ústavní péče do plnohodnotného života více než čistě domácí péče?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 25. Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením jsou více připraveni na samostatný život díky ústavní péči?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 26. Myslíte si, že lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením mohou prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
- 27. Považujete komplexní celodenní péči v ústavech sociální péče za vhodnou pro osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením?**
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

Příloha II: Grafické zpracování výsledků dotazníkového šetření

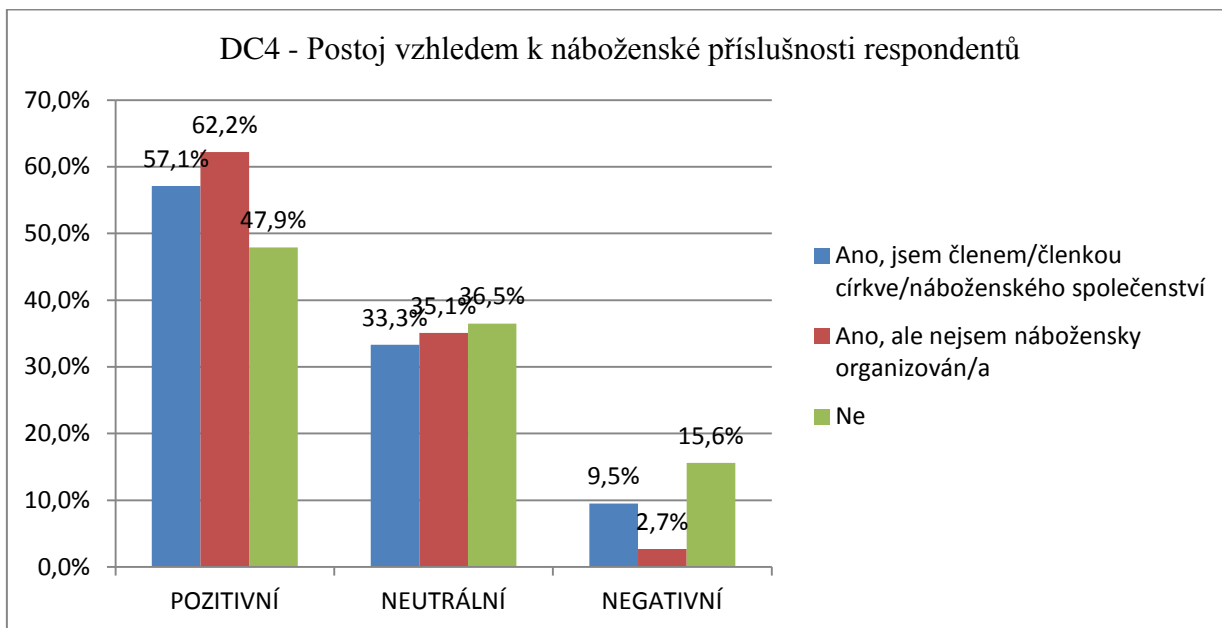
Graf č. 1 - Postoj respondentů k MP (v metodické části tabulka č. 7 – str. 49)



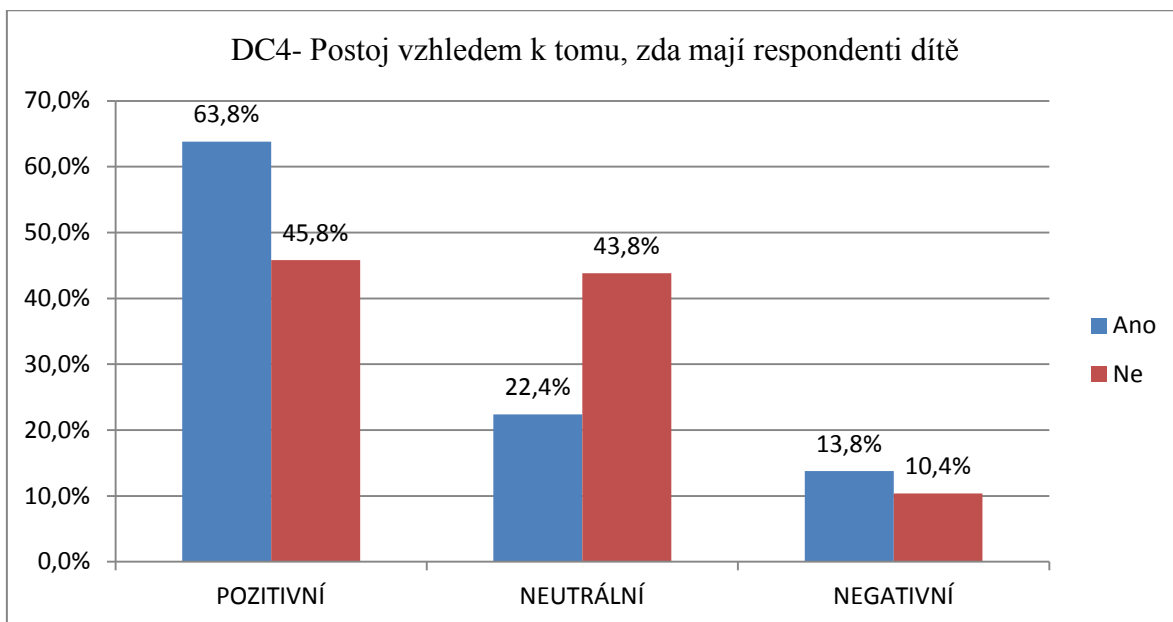
Graf č. 2 - Postoj vzhledem k pohlaví respondentů (v metodické části tabulka č. 12 – str. 55)



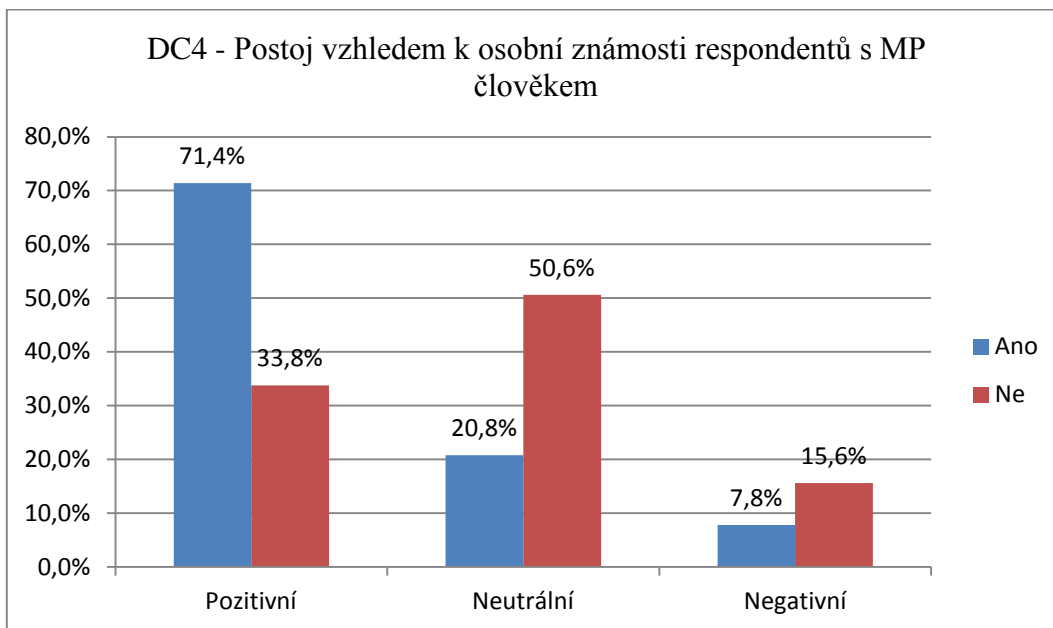
Graf č. 3 - Postoj vzhledem k náboženské příslušnosti respondentů (v metodické části tabulka č. 15 – str. 56)



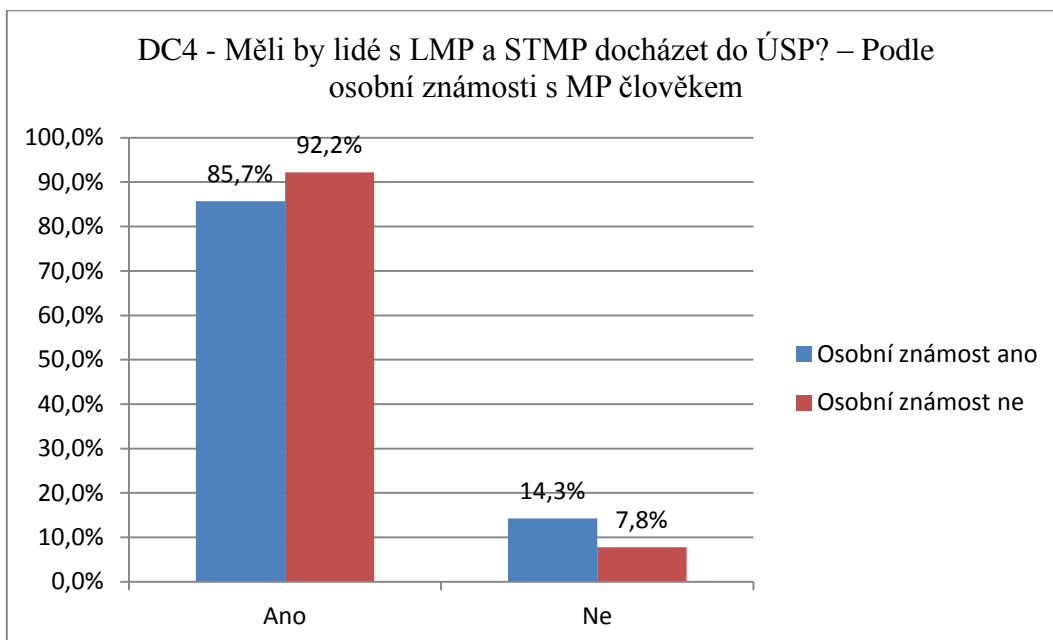
Graf č. 4 - Postoj vzhledem k tomu, zda mají respondenti dítě (v metodické části tabulka č. 17 – str. 56)



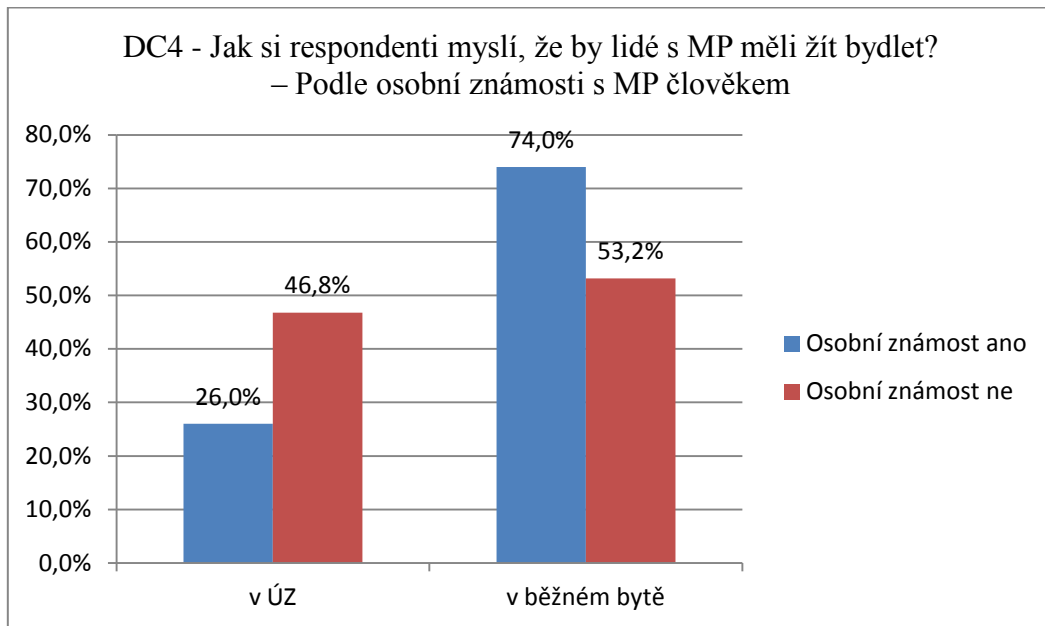
Graf č. 5 - Postoj vzhledem k osobní známosti respondentů s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 18 – str. 57)



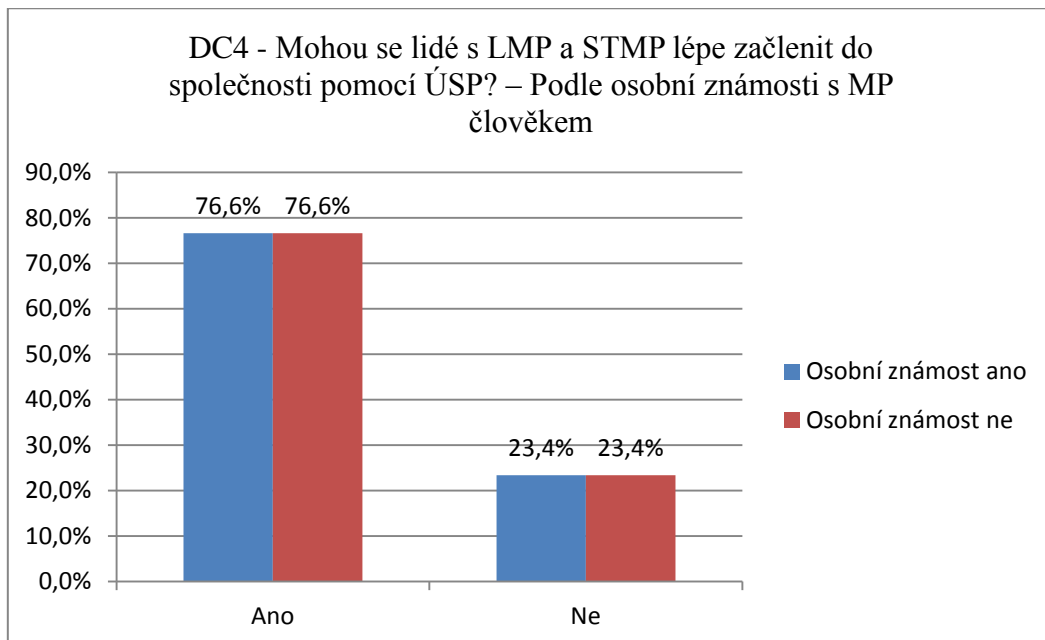
Graf č. 6 - Měli by lidé s LMP a STMP docházet do ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 19 – str. 57)



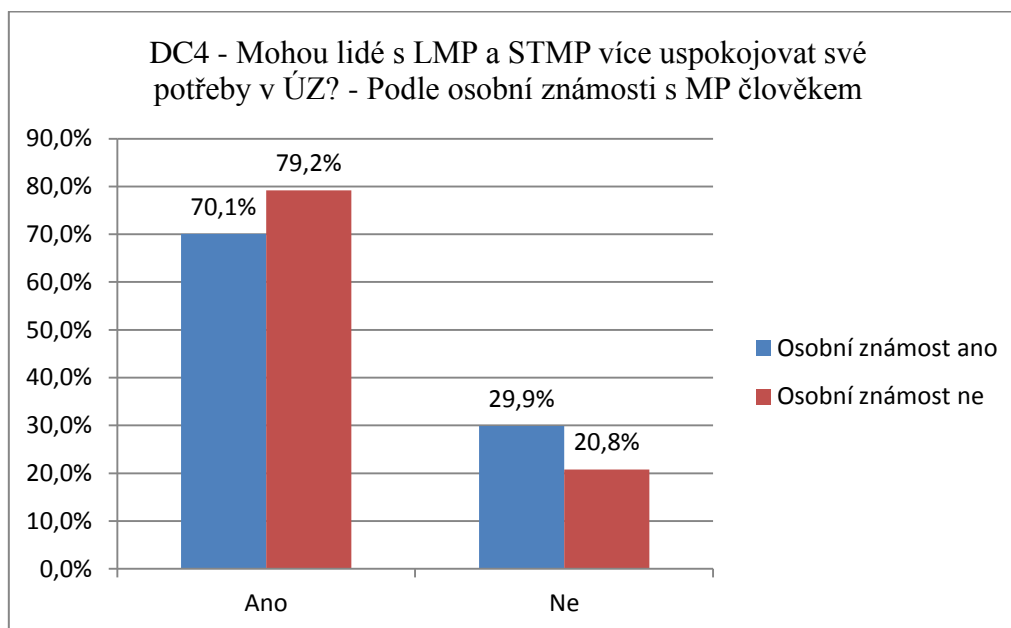
Graf č. 7 - Jak si respondenti myslí, že by lidé s MP měli žít bydlet? – Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 20 – str. 57)



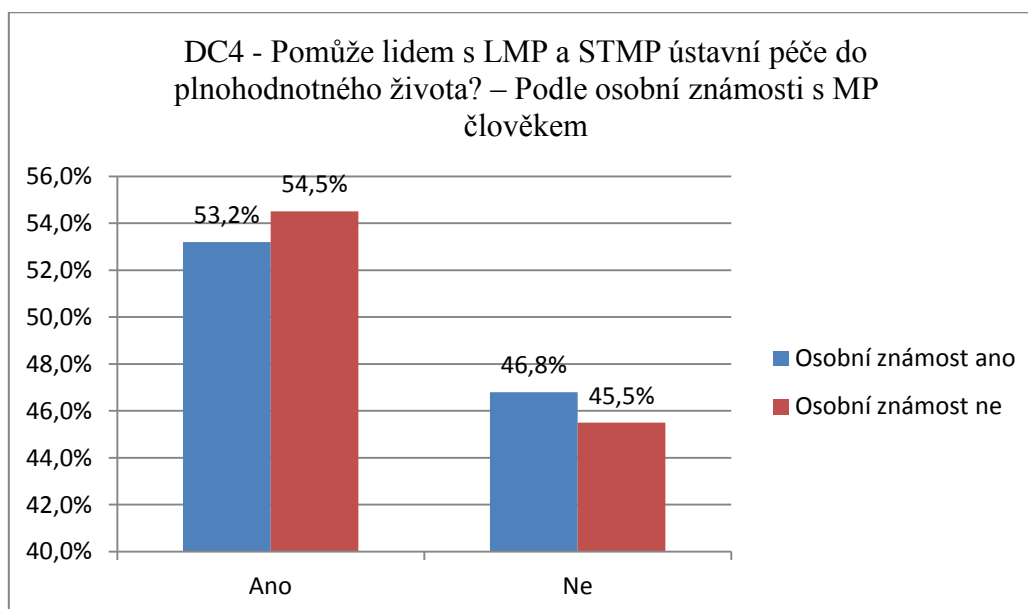
Graf č. 8 - Mohou se lidé s LMP a STMP lépe začlenit do společnosti pomocí ÚSP? – Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 22 – str. 58)



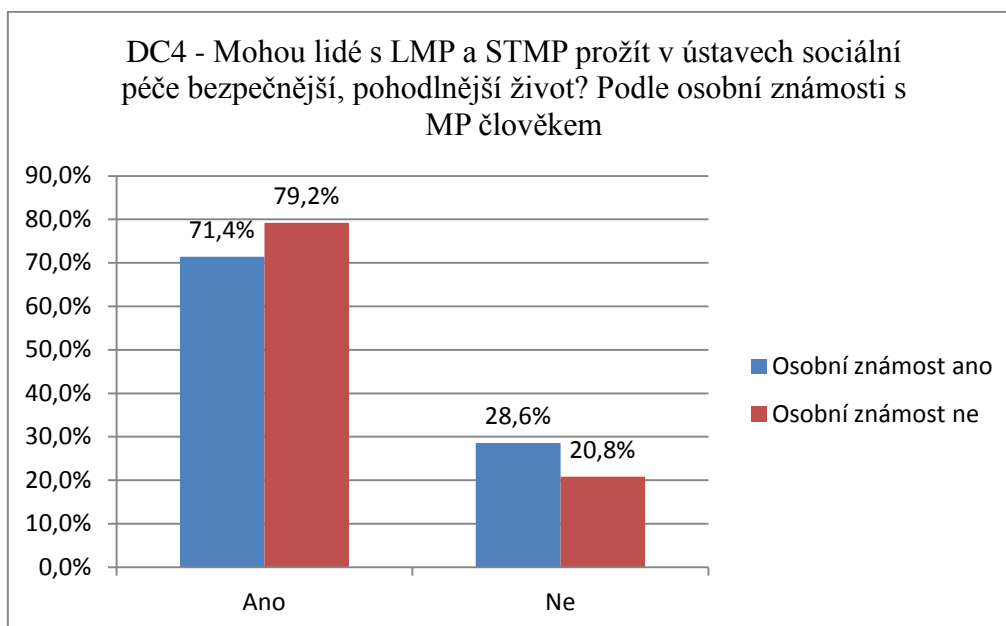
Graf č. 9 - Mohou lidé s LMP a STMP více uspokojovat své potřeby v ÚZ? - Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 23 – str. 58)



Graf č. 10 - Pomůže lidem s LMP a STMP ústavní péče do plnohodnotného života? – Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 24 – str. 58)



Graf č. 11 - Mohou lidé s LMP a STMP prožít v ústavech sociální péče bezpečnější, pohodlnější život? Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 25 – str. 58)



Graf č. 12 - Je celodenní komplexní péče v ÚSP vhodná pro osoby s LMP a STMP? Podle osobní známosti s MP člověkem (v metodické části tabulka č. 26 – str. 59)

