

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2020

Dominika Žilková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením

Diplomová práce

Autor: Bc. Dominika Žilková
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: prezenční
Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Dominika Žilková
Studium: U18076
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením**
Název diplomové práce AJ: Attitudes of society to people with mental disabilities

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato diplomová práce nese název Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to do teoretické a praktické. Teoretická část diplomové práce se bude z části zabývat mentální retardací, podpoře osob s mentálním postižením a postoji společnosti k integraci mentálně postižených osob do společnosti. Praktická část diplomové práce se poté bude zabývat postoji společnosti k osobám s mentálním postižením. V praktické části bude zvolen kvantitativní výzkumný přístup. Pro získání dat bude využit dotazník.

DOLEJŠÍ, Mojmír. K otázkám psychologie mentální retardace. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. Psychologie handicapu. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4. HAYES, Nicky. Základy sociální psychologie. Vyd. 7. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0534-0.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta
Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 30. 6. 2020

Poděkování

Upřímně děkuji vedoucímu práce, PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D., za odbornou pomoc a za cenné rady při vypracování diplomové práce. Děkuji také respondentům, bez nichž bych nemohla uskutečnit svůj výzkum.

Anotace

ŽILKOVÁ, Dominika. *Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením*. Hradec Králové, 2020. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce.

Diplomová práce se zabývá postoji společnosti k osobám s mentálním postižením. Cílem diplomové práce je zjistit, jaké postoje zaujímá naše společnost k osobám s mentálním postižením.

Teoretická část práce vysvětluje pojmy vztahující se k tématu mentální retardace, popisuje vývoj vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením až k inkluzi a současným postojům k lidem s mentálním postižením. V neposlední řadě představuje podporu osobám s mentálním postižením.

V praktické části je zvolen kvantitativní metodologický přístup. Výzkumný vzorek představují respondenti z řad veřejnosti. Pro získání dat je využit dotazník vlastní konstrukce.

Klíčová slova: mentální retardace, postoj, předsudek, stereotyp, sociální služby, podpora a práva osob s mentálním postižením

Annotation

ŽILKOVÁ, Dominika. Society's attitudes towards people with mental disabilities. Hradec Králové, 2020. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work.

The master thesis deals with the attitudes of society towards people with mental disabilities. The aim of the diploma thesis is to find out what attitudes our society has towards people with mental disabilities.

The theoretical part of the thesis explains the concepts related to the topic of mental retardation, describes the development of society's relationship with people with mental disabilities to inclusion and current prejudices about people with mental disabilities and, last but not least, represents support for people with mental disabilities.

In the practical part a quantitative methodological approach was applied. The research sample is represented by respondents from the public. For data collection I used a self-made questionnaire.

Key words: mental retardation, attitude, prejudice, stereotype, social services, support and rights of people with mental disabilities

Obsah

Úvod.....	1
1 Mentální retardace – pojmové vymezení	3
1. 1 Etiologie a možnosti prevence vzniku mentální retardace	6
1. 2. Klasifikace mentálního postižení	8
1. 3. Některé syndromy spojené s mentálním postižením.....	11
1. 4. Poruchy autistického spektra.....	13
1. 4. 1. Aspergerův syndrom	15
2 Vývoj vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením k inkluzi a současným postojům k osobám s mentálním postižením.....	16
2. 1. Integrace osob s mentálním postižením	18
2. 2. Vymezení pojmů postoj, stereotyp a předsudek.....	20
2. 3. Příčiny předsudků vůči lidem s mentálním postižením.....	22
2. 4. Některé předsudky o lidech s mentálním postižením.....	24
2. 5. Předsudky o lidech s mentálním postižením v oblasti partnerského a sexuálního života	27
3 Podpora osob s mentálním postižením	29
3. 1. Práva osob s mentálním postižením	29
3. 2. Sociální práce s osobami s mentálním postižením	30
4 Praktická část	36
4. 1. Formulace hlavního a dílčích cílů práce.....	36
4. 2. Operacionalizace dílčích cílů do tazatelských otázek	37
4. 3. Druh výzkumu.....	41
4. 4. Zvolená metoda.....	41
4. 5. Formulace hypotéz	42
4. 6. Popis průběhu sběru dat	42
4. 7. Rizika výzkumu	42
4. 8. Charakteristika výzkumného souboru	43
4. 9. Výsledky dotazníkového šetření	43
4. 10. Verifikace hypotéz	75
4. 11. Interpretace získaných dat v závislosti na stanovených dílčích cílech.....	79
5 Diskuse.....	84
Závěr	87
Seznam použité literatury.....	89
Seznam tabulek	93
Seznam grafů.....	94
Přílohy	1

Úvod

Naše společnost i samotní lidé se jako celek neustále vyvíjí a z tohoto důvodu dochází i ke změnám postojů a vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením. Od vyloučení slabých a nemocných jedinců v represivním stádiu, k zřizování prvních ústavů pro slabomyslné, až k snahám o odborné vzdělávání ve stádiu rehabilitační péče obsahující souhrn veškeré péče nezbytné k znovuzařazení lidí s postižením do společenského a pracovního prostředí. V posledních letech se do popředí dostává integrace umožňující člověku s postižením prosazení a zařazení do společnosti. V současné době dochází především k pedagogické integraci, která se vyznačuje začleněním dítěte s postižením mezi intaktní spolužáky.

Tato diplomová práce se zabývá postoji naší společnosti k osobám s mentálním postižením. Práce nechce v žádném případě podávat pouze odborné informace o tématu, ale chce rovněž ukázat na problematiku existence samotných, neopodstatněných postojů a předsudků, které lidem s mentálním postižením znesnadňují život a začlenění do společnosti. Každý z nás má nějaký, ať už pozitivní, neutrální nebo negativní postoj nebo předsudek o lidech s mentálním postižením. Důležité ale je, jak se jím necháme ovlivnit, jak s ním dokážeme pracovat a jaký si uděláme názor skrze vlastní zkušenost a poznatky, a nikoliv skrze nedůvěryhodné zdroje a lidi bez zkušenosti a špetky empatie i pochopení. Tato práce je zaměřena na neodbornou veřejnost a jejich konkrétní předsudky a postoje v různých oblastech života člověka s mentálním postižením. Předkládané téma jsem si zvolila zejména proto, neboť mě tato problematika zajímá. Z pozice sociálního pracovníka v chráněném bydlení se i já sama při výkonu své profese setkávám s celou řadou předsudků vůči osobám s mentálním postižením.

Cílem práce je zjistit, jaké postoje zaujímá naše společnost k osobám s mentálním postižením. K tomuto zjištění je v praktické části diplomové práce využita kvantitativní výzkumná metoda a jako nástroj pro sběr dat je využit dotazník vlastní konstrukce. Výzkumný vzorek pak představují respondenti z řad veřejnosti. Diplomová práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část.

Teoretickou část diplomové práce tvoří tři kapitoly, které se snaží popsat danou problematiku. První kapitola teoretické části obsahuje pojmové vymezení mentální retardace. Následuje část věnovaná vývoji vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením až k inkluzi a současným postojům k těmto osobám. Zmíněny jsou zde tedy některé postoje vůči

osobám s mentálním postižením. Zvláštní pozornost je pak věnována předsudkům v oblasti jejich partnerského a sexuálního života. Následující kapitola představuje podporu a práva osob s mentálním postižením. V závěru teoretické části je nastíněna sociální práce s osobami s mentálním postižením a jednotlivé sociální služby, které mohou tyto osoby i jejich rodiny využít.

Praktická část diplomové práce hledá odpovědi na stanovené dílčí cíle. Zaměření těchto dílčích cílů se týká samotných postojů a názorů respondentů v různých oblastech a jejich osobních zkušeností s osobami s mentálním postižením. Dílčí cíle tedy budou věnovány zkoumání zjištění osobní zkušenosti respondentů, původu zdrojů a důvodů některých předsudků, názorů respondentů na postoje naší společnosti, postojů respondentů v oblastech partnerského a rodinného života včetně bydlení, názorů respondentů na integraci, poskytované služby, péči a podporu osobám s mentálním postižením. V praktické části jsou dále stanoveny 3 hypotézy, které budou statisticky ověřovány.

Tato práce může být přínosem pro rodiny lidí s mentálním postižením, které se mohou dozvědět nové informace, a to například v případě poskytovaných sociálních služeb. Práce může být zajímavá také pro veřejnost z důvodu načerpání nových informací o problematice mentálního postižení. Dále i k náhledu na samotné panující postoje a předsudky o lidech s mentálním postižením, až k sebepoznání vlastních skrytých předsudků a stereotypů, o nichž nemáme představu, ale s kterými je nutné pracovat.

1 Mentální retardace – pojmové vymezení

Pokud bychom hledali doslovný překlad, mluvili bychom o mentální retardaci jako o duševním zaostávání či zpomalení. Z podstaty svého názvu upozorňuje tento pojem na opožďování vývoje rozumových schopností a napomáhá k mírnění rehabilitačních a pedagogických obav na možné zlepšení tohoto stavu. Termíny mentální retardace a mentální postižení jsou v odborné literatuře používány za synonyma (Lečbych, 2008, s. 17). Určitou nevýhodou tohoto termínu je, že je někdy ono zpoždění či zpomalení chápáno jako pouhé zdržení v čase, které lze později plně vyrovnat. Mnozí rodiče dětí s postižením si takto vykládají poruchu psychického vývoje, která byla zjištěna u jejich dítěte. Mnohé vývojové poruchy doprovázející mentální retardaci lze upravit rehabilitací, cílevědomou výchovou, správnou léčbou a působením prostředí, záleží však na typu postižení, uvážlivém rozboru podmínek u každého dítěte i na celé osobnosti jedince (Dolejší, 1983, s. 39).

V odborné literatuře můžeme nalézt i jiné termíny pro mentální retardaci a mentální postižení. Dříve používaná označení byla pro svoji pejorativnost nahrazena. Šlo o termíny jako například mentální či duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada i slabomyslnost. Dále zde máme označení, která se vztahují k době vzniku mentální retardace. Jde například o termín oligofrenie, se kterým se můžeme nejčastěji setkat v souvislosti s mentální retardací diagnostikovanou od narození jedince. Stav, kdy člověku odchází již získané schopnosti a intelektová úroveň v pozdějším životě, nazýváme demencí. K těmto termínům pak náleží označení osob za slabomyslné, duševně zaostalé a oligofrenní (Černá, 2015, s. 75).

Samotný termín postižení je podle Světové zdravotnické organizace definován jako: *„částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“* (Novosad, 2000, s. 13). Postižení samo o sobě je vnímáno jako zcela neutrální fakt. Až společnost a její hodnoty a postoje z něj vytvořili sociální znevýhodnění, tedy tzv. handicap. Z převážné míry tedy záleží na postojích dané společnosti k určitému postižení, zdali člověk s postižením bude či nebude handicapován. (Lečbych, 2008, s. 17).

V současné době můžeme nalézt různé termíny a definice mentální retardace. Taktéž se objevují rozmanité škály různých filozofií představující rozdílné způsoby přístupů k jedincům s mentální retardací. Již v minulosti zde byly pokusy o reflektování těchto odlišností a jejich popis v podobě různých modelů mentální retardace (Lečbych, 2005).

V současnosti stále převažující **medicínský model** přistupuje k jedinci s mentálním postižením jako k pacientovi. Významnou úlohou v diagnostice mentální retardace je určení úrovně inteligenčního kvocientu a posouzení přizpůsobení se konkrétnímu sociokulturnímu prostředí (Lečbych, 2008, s. 18).

Spojitost mezi sníženou úrovní intelektových schopností a problémů v oblasti adaptace jedince můžeme nalézt v definici mentální retardace, která tvrdí, že: „*mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatalní, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí*“ (Říčan, Krejčířová a kol., 199, s. 151).

Toto pojetí se odráží k Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize, která charakterizuje a definuje jednotlivé stupně mentální retardace podle hodnoty inteligenčního kvocientu. Tato klasifikace rozlišuje tyto stupně mentální retardace:

- lehká mentální retardace (IQ 50- 69),
- středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49),
- těžká mentální retardace (IQ 20 – 34),
- hluboká mentální retardace (IQ pod 20),
- jiná mentální retardace (hodnotu IQ nelze určit, zpravidla kvůli jinému přidruženému postižení,
- nespecifikovaná mentální retardace (Lečbych, 2008, s. 18).

Z hlediska tohoto přístupu můžeme ovšem nalézt řadu nebezpečí, protože hodnota IQ nás pouze informuje o celkové intelektuální úrovni daného jedince. Na druhou stranu neříká nic o specifických zvláštностech inteligence konkrétního člověka (Svoboda, 1999, s. 49). Dochází tedy k časté kritice této kvalifikace, neboť se snaží o shromáždění schopností daného člověka do jednoho čísla hodnoty IQ (Lečbych, 2008, s. 18).

Na medicínský model navazuje **model sociální péče**, který se vyznačuje lítostí a soucitem k osobám, které jsou v majoritní společnosti určitým způsobem znevýhodněny. Je očekáváno, že těmto osobám bude poskytnuta kvalitní komplexní péče. Vyskytují se zde pracovníci, jejichž cílem je chránit osoby s mentálním postižením před nezdary a ponížením, ke kterému by mohlo docházet ze strany majoritní společnosti. Pro život lidí s tímto druhem

postižení se preferuje chráněné prostředí. V rámci institucionálního zakotvení jde o ústavy sociální péče (Lečbych, 2008, s. 19).

Mezi další přístup patří **popisný model** mentální retardace. Tento model je charakteristický upozorněním na negativní dopad tzv. nálepkování. Nálepkování je spojeno s budováním předsudků a stereotypů, stigmatizací a zjednodušeným vnímáním daného jedince. V rámci tohoto modelu dochází k reflexi sociálních a politických dopadů negativního vnímání o lidech s mentálním postižením na základě stereotypního chápání. Pojem nálepka a efekt nálepkování je spojen se sociologickou teorií duševních nemocí, kterou v roce 1966 zpracoval T. J. Scheff. V rámci tohoto modelu je možné chápat osoby s mentálním postižením jako ty, jež mají sníženou schopnost učení a v důsledku toho, jsou pro ně činnosti jako zacházení s penězi, psaní, čtení a oblékání velmi náročné. Ačkoliv se definice tohoto modelu různí, spojuje je snaha vidět člověka v kontextu běžných činností a každodenního života. Možnou iniciativou v rámci zmiňovaného přístupu je na prvním místě chápání člověka s mentální retardací jako lidské bytosti se všemi právy, které k ní bezpodmínečně patří, a teprve poté samotný zájem o mentální retardaci (Valenta, Michalík, Lečbych, 2008, s. 43).

Spirituální model je založen na vnímání každé bytosti komplexně v její psychické, tělesné a duchovní dimenzi, kdy každá z těchto dimenzí může být různým způsobem rozvinuta. Duchovní schránka se ovšem určitým způsobem odlišuje. Nepodléhá nemocem a lidé jsou zde rovnocennými partnery. Hlavním předpokladem tohoto modelu je, že existence každého jedince bez ohledu na jeho postižení, může realizovat a naplnit určitý duchovní účel. Osoby s mentální retardací mohou do naší společnosti přinést něco důležitého, něco, co jinak egoistická společnost může postrádat. Lidé se od nich mohou učit trpělivosti, radosti z maličností, zvládání frustrace, odlišení důležitého od nedůležitého atd. Podstatné je lidem s mentálním postižením porozumět, respektovat jejich pohled na svět a hledat prostor pro vzájemnou obohacující spolupráci. Rovnost, partnerství, podpora vzájemného učení a obohacování zde hrají důležitou roli. Mezi pozitiva tohoto přístupu patří bezesporu důraz na partnerský přístup v praktických činnostech, hodnota existence každé bytosti, vzájemné porozumění a respekt (Valenta, Michalík, Lečbych, 2008, s. 44).

Ekologický model se orientuje především na řešení praktických problémů, které s sebou integrace lidí s mentálním postižením přináší. Vychází z předpokladu, že právem každého jedince je participace na životě společenství, které je pro něj přirozené a v němž se narodil. Dochází k vyloučení možnosti umístění osoby s mentální retardací do

specializovaného zařízení. Toto krajní řešení by mohlo možné až tehdy, když by integrace byla nebezpečná pro něj a jeho komunitu. V rámci tohoto modelu nemůžeme hovořit o mentální retardaci, aniž bychom nezohlednili jeho prostředí, ve kterém daný člověk žije. Klasifikace osob s mentálním postižením je založena na míře podpory, kterou tito lidé nezbytně potřebují k životu v určitém prostředí (Valenta, Michalík, Lečbých, 2008, s. 44).

V rámci ekologického modelu se rozlišují čtyři stupně podpory. Jsou jimi kompetence jedince představující to, co jedinec zvládne a s čím přispěje do společnosti. Dále pak prostředí určující podmínky, ve kterém bude člověk pracovat, žít, učit se. Fungování, které je vymezeno jako stupeň potřebné podpory a pomoci k tomu, aby mohl člověk žít v určitém prostředí. Posledním pilířem je čas, který zachycuje lidský vývoj a dobu, po kterou bude daný člověk potřebovat podporu a po kterou se bude pohybovat v určitém prostředí. V rámci tohoto modelu je nezbytné zmínit způsob sociální práce založený na silných stránkách osob s postižením. V rámci této práce je nepostradatelnou součástí zmapování silných stránek osob s postižením, jejich plány a představy do budoucna a způsob pomoci, díky které lze stanovených plánů dosáhnout (Valenta, Michalík, Lečbých, 2008, s. 46).

1. 1 Etiologie a možnosti prevence vzniku mentální retardace

Mnoho rodičů si může klást otázku, proč zrovna u jejich dítěte došlo ke vzniku postižení a jaký podíl na vzniku tohoto postižení mohou mít právě oni. Příčiny vzniku mentální retardace jsou velmi rozmanité. Někdy mohou zůstat příčiny vzniku neobjasněny nebo jsou kombinované. Abnormální vývoj nebo následné poškození mozku a centrální nervová soustava ovlivňuje funkčnost. Mezi nejčastěji užívané rozdělení příčin mentální retardace patří dělení podle období vzniku postižení. Do tohoto řazení patří období prenatální (před narozením dítěte), perinatální období (v období porodu a bezprostředně po něm) a postnatální období (po porodu do dvou let věk dítěte) (Bazalová, 2014, s. 16).

V období prenatálním může postižení vzniknout z důvodu dědičné zátěže. Jedná se například o případ, kdy dítě zdědí poruchu, která se již v minulosti v rodině vyskytla. Dále pak infekční onemocnění matky během těhotenství (toxoplazmóza, listerióza, rubeola, herpes, syfilis), úraz a špatný životní styl matky, používání alkoholu, léčiv, drog, alkoholu, předčasný porod i působení záření. V období perinatálním může mentální postižení vzniknout z důvodu hypoxie plodu, tedy nedostatku kyslíku nebo poranění hlavy plodu při komplikovaných porodech (porod může být protrahovaný, za pomoci kleští, zvonku). V postnatálním období

hrají roli dědičné faktory, špatný výživa novorozence, infekce, úrazy, zánět mozku a žloutenka (Bazalová, 2014. s. 16).

Příčiny mentální retardace můžeme dělit podle dalších měřítek, a to dle původu na endogenní (dědičné faktory) a exogenní (biologické, fyzikální, chemické a další). Mezi další dělení patří rozdělení příčin podle typu poruchy na chromozomální aberace (Downův syndrom) nebo metabolické poruchy (Bazalová, 2014, s. 16).

V souvislosti s hledáním příčin mentální retardace se můžeme setkat s dříve uznávaným pojmem pseudooligofrenie, v dnešní době pojmenovaný jako zdánlivá mentální retardace. Příčinou není postižení centrální nervové soustavy, ale vliv vnějšího prostředí. Dítě může trpět sociální i psychickou deprivací a nedostává se mu důležitých podnětů. Z převážné většiny se jedná o děti ze sociálně znevýhodněného prostředí, kterým může být nějaké zařízení nebo rodina (Bazalová, 2014. s. 16).

Mezi projevy zdánlivé mentální retardace patří narušení logického myšlení, snížená schopnost sociální adaptace, objevující se potíže s abstraktními pojmy, negativismus, opožděný vývoj řeči. Tyto charakteristiky jsou mentálnímu postižení velmi podobné. Stejně jako u lehčího mentálního postižení, i zde se mohou objevit problémy s koordinací pohybů. V případě osvojení učiva je tak jako u jiných činností důležité časté opakování. Důležité je říci, že nejde o trvalý stav, se kterým bychom nemohli dále pracovat. V případě užití správné intervence a včasnou změnou z nepodnětného prostředí na iniciativní může dojít k trvalému zlepšení. (Bazalová, 2014. s. 16).

Otázky týkající se **prevence vzniku mentální retardace** nespádají pouze do lékařské sféry, ale také do školství, sociologie, psychologie, kultury, ekonomiky a právnické oblasti. V potaz bychom měli brát též volbu budoucího partnera i fyzicky a psychicky zdravý vývoj rodiny. Mezi preventivní opatření patří upozornění rodičů na možný negativní vliv užívání drog, alkoholu, kouření a různých tlumících léků. V potaz bychom měli brát i další důležité faktory, mezi které patří věk rodičů, zralost rodičů pro výchovu dětí apod.

Studium osobnosti lidí s mentálním postižením může ukázat i celou řadu různých faktorů, které napovídají o různých preventivních možnostech. Mezi tyto možnosti můžeme zařadit vhodný výchovný postup při rozšiřování smyslového vnímání. Motivace činností a pravidelné opakování jednotlivých činností mohou vytvořit požadované pracovní návyky. Zamezení vzniku nechtěné agresivity a asociálních tendencí můžeme včas zabránit stimulujícím výchovným postupem. (Langer, 1995, s. 5).

1. 2. Klasifikace mentálního postižení

Z psychologického hlediska musíme vnímat člověka s mentálním postižením jako jedinečnou lidskou bytost, s neopakovatelnou a unikátní osobností s různě variabilními schopnostmi, dovednostmi a předpoklady. Klasifikace mentálního postižení by tedy neměla být vnímána dogmaticky, i když se jedná o kvantitativní hodnocení inteligence. Tato klasifikace nám pouze podává detailní odhad o intelektuálních schopnostech člověka s mentálním postižením, a to vzhledem k hranici mentálního postižení (Pivarč, 2017, s. 16).

U **lehkého mentálního postižení** (IQ 69 – 50) hraje roli deprivace a dědičnost. Uvádí se, že tyto děti jsou znevýhodněny dvojitým způsobem. Jednak zpravidla z důvodu zdědění nedostatečných vloh včetně hodnoty inteligenčního kvocientu, za druhé zde dochází ke spojení výše zmíněných negativ a nepodnětného prostředí. Do tří let věku se u dětí objevuje pouze lehké zpomalení psychomotorického vývoje. Do šesti let věku dítěte se poté objevují i nápadnější deficity, jako například nedostatečná zvědavost, opožděný vývoj řeči, nedostatečná slovní zásoba, vady řeči, obsahová chudost řeči atd. (Bazalová, 2014, s. 23).

V rámci našeho současného školského systému je v zdělávání žáků s lehkou mentální retardací a povinná školní docházka realizována v běžných základních školách, kde dochází k interakci s jinými dětmi. Dále pak ve třídách pro žáky s postižením nebo ve škole speciálně zřízované pro vzdělávání žáků s mentálním postižením. Tito žáci využívají podpůrných opatření a vzdělávají se podle školních vzdělávacích programů, které byly vytvořeny na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. V neposlední řadě jsou zde využívány individuální vzdělávací plány. Vyvíjející se směry v oblasti vzdělávání směřují k integraci žáků s lehkým mentálním postižením do běžných tříd základních škol, kde se dostávají do kontaktu se svými intaktními vrstevníky. Socializace těchto lidí není zpravidla vůbec problematická. I když se v dětském věku objevují určité stereotypy v sociálních vztazích, postupem času dochází k pozitivním změnám v interpersonálním styku. Jsou-li v dospělosti pro lidi s mentálním postižením vytvořeny vhodné podmínky, mohou najít své pracovní uplatnění především u nenáročných profesí (Pivarč, 2017, s. 16).

Středně těžké mentální postižení (IQ 49 – 35) vzniká velmi často na základě poškození centrální nervové soustavy. Oproti lehčí mentální retardaci tedy většinou není způsobeno dědičností v kombinaci s nepodnětným prostředím. Často se zde objevují i přidružená onemocnění a vady, jako například mozková obrna, autismus, epilepsie a další (Bazalová, 2014, s. 24).

U lidí trpící středně těžkou mentální retardací bývá výrazným způsobem opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobným způsobem je omezena i soběstačnost a zručnost. V dospělosti mohou tito lidé pod odborným dohledem vykonávat jednoduché manuální činnosti a práce. Samostatný život je v dospělosti takřka nemožný. U většiny můžeme nalézt dostatečné schopnosti k navázání sociálních kontaktů, k účasti na jednoduchých sociálních aktivitách a komunikaci s druhými lidmi (Švarcová, 2006, s. 34).

V této skupině se mohou objevit značné rozdíly v povaze schopností. Někteří mohou dosáhnout vyšší úrovně v senzorio-motorických dovednostech, nežli u úkolu a činností podmíněných verbálním schopnostem. Ti, jež jsou značně nemotorní, jsou naopak schopni komunikace a sociální interakce. Úroveň rozvoje řeči je také velmi proměnlivá. U některých vidáme schopnost jednoduché konverzace, kdežto druzí mohou jen taktak vyjádřit své základní životní potřeby. Osoby se středně těžkou mentální retardací často používají gestikulaci a další formy nonverbální komunikace, neboť se v mnohých případech nenaučí mluvit. Většina postižených zvládne chůzi bez pomoci. Často zde dochází k výskytu tělesných postižení a neurologických onemocnění (Švarcová, 2006, s. 35).

U dospělých jedinců odpovídá tento stupeň postižení mentálnímu věku 6-9 let. Raný psychomotorický vývoj je opožděn. V šesti až sedmi letech dosahují maximální úrovně odpovídající tříletým dětem. Trvale zůstává nekoordinovanost pohybů, neschopnost jemných úkolů a vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalený. Učení trvá velmi dlouho, je omezené a mechanické. Paměť je také mechanická a má malou kapacitu (Pipeková, 2006, s. 65).

Edukace osob se středním mentálním postižením je v České republice realizována zejména v separátním systému školství, tedy ve školách, které jsou zřízeny podle § 16 odstavce 9 školského zákona (v takzvaných základních školách speciálních), přičemž, jako u každého žáka, se nejprve využívá institutu § 35 odstavce 5 školského zákona a § 19 odstavce 1 vyhlášky č. 27/ 2016. Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (Pivarč, 2017, s. 17).

U **těžkého mentálního postižení** (IQ 20- 34) nalézáme jistou shodu se středně těžkým mentálním postižením, a to v případě klinického obrazu, přidružených stavů a přítomnosti organické etiologie. Etiologie u tohoto typu postižení bývá genetická nebo negenetická. Jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které ukazují nesprávný vývoj centrální nervové soustavy nebo přítomnost klinicky signifikantního poškození (Švarcová, 2006, s. 35).

U tohoto typu postižení se pohybujeme u dospělých orientačně mentálnímu věku 3-6 let. Zásadní omezení pozorujeme jak v oblasti neuropsychického vývoje, tak i v oblasti motoriky. Typická je zde motorická nekoordinovanost, hrubost a těžkopádnost pohybů i znatelné zpoždění v hybnosti (Pivarč, 2017, s. 17). Myšlení se zde dostává do úrovně mechanického plnění zásadních úkolů, úkonů a příkazů, a to obvykle až v dospělém věku (Franiok, 2007). Také řeč je pro osoby s těžkým mentálním postižením značně omezena. Jen ve výjimečných případech lze komunikovat pomocí několika málo slov. K dorozumění používají dotyky, gestikulaci, ukazování na předměty a neartikulované zvuky. Je tedy zcela důležité použití alternativních metod komunikace (jazykový program Makaton, piktogramy, obrázkové systémy aj.) (Slowík, 2010, s. 50).

I když jsou možnosti vzdělávání a výchovy značně omezené, ze zkušenosti vyplývá, že včasná a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, vzdělávací a výchovná péče může významným způsobem přispět k rozvoji komunikačních dovedností, samostatnosti, rozvoji motoriky a rozumových schopností. V neposlední řadě vede také k celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová, 2006, s. 35). Edukace žáků s těžkým mentálním postižením v inkluzivních podmínkách má pozitivní vliv na rozvoj komunikačních a sociálních kompetencí. V období povinné školní docházky jsou v České republice vzdělávací potřeby osob s těžkým mentálním postižením saturovány v segregáčnických podmínkách speciální školy. Socializace osob s tímto druhem postižení je velmi problematická. Ačkoliv se názory odborníků na sociální zapojení značně liší, jistou shodu nalezneme v tom, že tato skupina osob je závislá na péči jiných lidí (Pivarč, 2017, s. 18).

U **hlubokého mentálního postižení** nelze hodnota inteligenčního kvocientu určit zcela přesně, ale orientačně se pohybuje v rozmezí 19 – 0 bodů. Tento stupeň postižení odpovídá u dospělých orientačně mentálnímu věku pod 3 roky. Ve většině případů jde o organickou etiologii. Běžně dochází také k výskytu neurologických nebo jiných tělesných nedostatků postihující hybnost, dále pak epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. U mobilních pacientů jsou velmi časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, a to zejména atypický autismus. Používání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky a to formou výkřiků a zvuků dle aktuálního citového rozpoložení. Osoby s tímto druhem postižení se mohou při správném vedení a dohledu podílet malým dílem na praktických úkonech týkajících se sebeobsluhy. Dále lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností (Švarcová, 2006, s. 36).

Edukace těchto osob je limitována vzhledem k rozsahu a stupni postižení. Využívají se zde především metody bazální stimulace, které podporují komunikační či pohybové schopnosti a vnímání. Socializace je omezena na základní diferenciaci osob. Pro osoby s tímto druhem postižení je typická trvalá závislost na sociálním okolí (Franiok, 2007).

Jiné mentální postižení je charakterizováno v případě, pokud je zcela zřejmé, že jsou rozumové schopnosti výrazně sníženy a retardace je zřejmá, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení nebo závažným poruchám chování či autistických projevů nelze stupeň postižení jednoznačně určit (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 400). **Nespecifikované mentální postižení** se využívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale nemáme dostatek informací k tomu, abychom zařadili pacienta do jedné z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2006, s. 36).

1. 3. Některé syndromy spojené s mentálním postižením

Jedním z nejznámějších a nejčastěji charakterizovaných je **Downův syndrom**. V případě tohoto syndromu jde o geneticky podmíněnou anomálii chromozomů, kterou tvoří 22 párů a 1 trojice. Nazývá se jinak i trizomie nebo aneuploidie. V populaci osob s mentálním postižením se udává asi pětiprocentní výskyt tohoto onemocnění, z čehož vyplývá, že jde o poměrně vysoké číslo. Riziko jeho vzniku stoupá se zvyšujícím se věkem matky. O vyšším věku matky hovoříme po 45. roce a více, ale věk sám o sobě narození dítěte s tímto syndromem způsobit nemůže. Diagnostikován může být Downův syndrom před narozením dítěte. Hloubka mentálního postižení je zde různá, nejčastěji jde ovšem o lehčí až středně těžké mentální postižení, které nesouvisí s počtem tělesných znaků. Do jisté míry je však ovlivňována výskytem zdravotních komplikací a nemocí. Mezi ně patří vrozené srdeční vady, poruchy štítné žlázy, vrozená katarakta, myopie, žaludeční a střevní abnormality, nedoslýchavost až ztráta sluchu a další (Černá, 2015, s. 89-90).

V literatuře jsou často uváděny společné tělesné znaky. Mezi tyto znaky patří malá postava, mohutná šíje, malá zploštělá lebka, malá ústa a nízké patro, plochý široký obličej s vystouplými lícními kostmi, krátké široké ruce se zakřivenými prsty, šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích, snížený svalový tonus, rýha napříč dlaně, tzv. opičí rýha, nadměrná kloubní pohyblivost, neúplný nebo opožděný sexuální vývoj a zvýšená citlivost na respirační infekce (Ainsworth, Baker, 2004, s. 22).

Jako další můžeme uvést **Prader-Williho syndrom**, ve kterém jde o trvalou genetickou poruchu 15. chromozomu. Tato poruchu ovlivňuje vývoj nervů a je

charakterizována nedostatečnou funkcí hypotalamu, který odpovídá za regulaci některých funkcí. Příznaky syndromu jsou různé a mění se dle zvyšujícího se věku, někdy jsou naopak nevýrazné. Mezi tyto příznaky patří obezita, nepřekonatelná chuť po jídle, slabší pigmentace, hypotonie, charakteristické rysy v obličeji (například dolů stočené koutky úst s užším horním rtem, oči ve tvaru mandle), narušený sexuální vývoj, problémové chování, poruchy spánku, změny nálad, drobné poškozování (okusování kůže kolem nehtů, štípání do kůže, vytrhávání vlasů, podprůměrná inteligence nebo lehké mentální postižení (Bazalová, 2014, s. 31).

Syndrom **fragilního X chromozomu** je genetický syndrom spojený většinou s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Tento syndrom je považován za druhou nejčastější poruchu spojenou s mentálním postižením po Downově syndromu a vyskytuje se častěji u mužů. Chlapci mají protáhlý úzký obličej, vystouplou čelist i čelo, zvětšená varlata, odstávající uši a hranaté, volné klouby. Mezi nejtypičtější projevy tohoto syndromu patří plácání rukama nebo kousání se do rukou, nezvyklý způsob řeči (opakování slov a zvuků, rychlé proměnlivé tempo), motorické opoždění, vyhýbání se očnímu kontaktu, hyperaktivita a slabá koncentrace. Syndrom se může kombinovat s poruchou autistického spektra, pro kterou jsou zmíněné projevy charakteristické (Bazalová, 2014, s. 35).

Rettův syndrom je geneticky podmíněné neurodegenerativní onemocnění postihující téměř výlučně ženy. Psychomotorický vývoj bývá v počátcích zcela v normě, ale kolem jednoho roku života dochází u dítěte postupně k částečné až úplné ztrátě verbálních a manuálních schopností. V dospělém věku se u poloviny případů vyvine spinální atrofie s těžkým motorickým postižením (Raboch, Zvolský, 2001, s. 365). Mezi společné tělesné znaky patří stereotypní kroutivé pohyby rukou, zpomalený růst hlavy, ztráta řeči, problémy s dýcháním a nedostatečné žvýkací pohyby. V období školního věku je typická skolióza, apraxie, epileptické záchvaty, choreatoidní pohyby (choreatetóza) a také sklon k vývoji ataxie trupu. Mentální úroveň je v pásmu těžké až hluboké retardace (Černá, 2015, s. 91).

V případě **Williamsova syndromu** (též Williamsův-Beurenův syndrom) se jedná o genetickou poruchu 7. chromozomu vyskytující se přibližně u jednoho z 20 tisíc novorozenců. Typické jsou zvláštnosti, jako například hvězdicovitý tvar duhovky, krátké oční štěrbinu a široké čelo. Mezi další charakteristiky patří opožděný psychomotorický vývoj a výskyt různého stupně mentálního postižení (obvykle lehčí až středně těžké postižení). V porovnání s ostatními schopnostmi děti velmi dobře a rády mluví, jsou společenské a přátelské a to zejména vůči dospělým. Na druhou stranu pak postrádají sociální zábrany, objevuje se

stereotypní až obsesivní chování, časté poruchy pozornosti s hyperaktivitou, zvýšená úzkostnost (strach z nemocí) a zvýšená senzitivita ke zvukům. Vzhledem k deficitu jemné a hrubé motoriky je zde přínosná ergoterapie (Bazalová, 2014, s. 34).

Syndrom kočičího křiku patří mezi chromozomální poruchy a je nazván podle charakteristického hlasového projevu, křiku, který je důsledkem hypoplazie. K těmto projevům dochází pouze v dětství a s přibývajícím věkem mizí. Mentální postižení bývá v pásmu těžkém až hlubokém. Mezi typické tělesné znaky patří nízko posazené uši, šikmé oči, anormálně malé čelisti, malá hlava a široké obočí. Objevují se problémy v řečové, motorické i kognitivní oblasti. Zmiňované jsou též růstové nedostatky, psychomotorická retardace, časté respirační a ušní infekce a celková svalová hypotonie (Černá, 2015, s. 93).

Angelmanův syndrom, označovaný též jako syndrom šťastného dítěte je neléčitelné onemocnění, avšak některé příznaky u něj mohou být potlačeny. Pravděpodobnost výskytu je jeden z 10-30 tisíc jedinců, avšak při diagnostice dochází často k záměně s poruchou autistického spektra nebo mozkovou obrnou. U novorozenců a v raném dětství nemůžeme tento syndrom rozpoznat, obvyklé období pro stanovení diagnózy je až mezi 3. – 7. rokem dítěte, kdy jsou charakteristické rysy a chování více patrné. Děti s tímto syndromem mají rády společnost a jejich inteligence se pohybuje v pásmu těžké mentální retardace. K charakteristickým projevům patří opožděný psychomotorický vývoj, problémy s pohybem, neschopnost mluvit, mávání a vyvažování horními končetinami, zvláštní chování (velmi často se usmívají, mívají dobrou náladu), nižší potřeba spánku, epilepsie a hyperaktivita (Bazalová, 2014, s. 32).

1. 4. Poruchy autistického spektra

Za vnikem diskurzu o autismu v moderní vědě stojí průkopníci Leo Kanner a Hans Asperger, kteří nezávisle na sobě nejprve publikovali popisy této poruchy. Tyto publikace, Kannerovy v roce 1943 a Aspergerovy v roce 1944, obsahovaly podrobné popisy případů a také nabídly první teoretické pokusy vysvětlit poruchu (Frith, 2003, s. 7).

Poruchám autistického spektra (PAS) bude věnována samostatná kapitola, neboť je zaznamenán rapidní nárůst tohoto onemocnění v celosvětovém měřítku. Dle Centra pro kontrolu a prevenci nemocí je toto onemocnění diagnostikováno v poměru 1: 100. Nejčastěji se vyskytující termíny pro tuto problematiku jsou poruchy autistického spektra, autismus a pervazivní vývojové poruchy. V minulosti byly používány pojmy raný dětský autismus, autistická psychóza nebo časný infantilní autismus. Autismus sám o sobě označuje velmi

rozsáhlé spektrum, a z toho důvodu bývá v praxi často nahrazován výše zmíněným termínem. To naznačuje, že ačkoliv mají lidé s diagnózou autismu mnoho společného, jde skutečně o pouhé označení, které zahrnuje děti velmi uzavřené do sebe, ale i velice šikovné děti, které jen ostatním lidem připadají jako podivíni. Tato porucha se obvykle objevuje před třetím rokem života dítěte. Jde o celoživotní vývojovou poruchu, která u daného člověka ovlivňuje způsob, jakým rozumí našemu světu a schopnost komunikace. U těchto lidí můžeme zaznamenat problémy v učení, ale mnozí mají normální nebo dokonce vysokou obecnou inteligenci. Zaznamenány jsou zde obtíže ve třech oblastech, často označované jako triáda postižení. Jsou jimi:

- sociální interakce (obtíže ve vnímání druhých),
- sociální komunikace (obtíže v oblasti porozumění, užívání mluveného slova, neverbální komunikaci),
- rigidita myšlení (obtíže v reakcích na změny). (Yau, 2016, s. 8)

Pro většinu lidí je interakce s druhými přirozená a snadná. Z postoje těla, výrazu tváře a intonace můžeme mnohé vyčíst. Většina z nás ví, co v určité situaci znamená například pozvednuté obočí, ale pro lidi s autismem to může znamenat milion různých věcí. Hlavní nesnáze v sociální interakci zahrnují neschopnost porozumět záměrům druhých, neschopnost porozumět nepsaným pravidlům společnosti, neschopnost předpokládat pocity a reakce druhých, uzavřenost a ztráta zájmu o druhé, nevyhledávání útěchy od druhých, podivné nebo nepřiměřené chování založené na nepochopení toho, co je považováno v určitých sociálních situacích za žádoucí (Yau, 2016, s. 9-10).

Obtíže v oblasti komunikace se projevují u každého jiným způsobem, což je zřejmé na tom, že někteří ovládají řeč výtečně, zatímco jiné děti jsou neverbální. Ale ani dítě, které dokáže mluvit dobře, nemusí řeč používat správným způsobem. Obtíže v sociální komunikaci zahrnují obtíže v tvorbě řeči, nezvyklé obraty v řeči, opakování slov či frází, obtíže v chápání jazyka, neschopnost porozumět náznakům, které umožňují poznat, zda pokračovat v řeči nebo mlčet, neschopnost vnímání tónu řeči, postoje těla, gest, hlasitosti mluveného projevu a tělesné vzdálenosti a mluvení o sobě špatným zájmenem (Yau, 2016, s. 10).

Myšlení dětí s autismem je často rigidní, neohebné a tato rigidita v myšlení má značné následky. Obtíže v této oblasti zahrnují nutnost, aby se věci děly určitým způsobem, nutnost provádět věci určitým způsobem, úzce vymezené oblasti zájmu (až posedlosti), nízká schopnost zobecňovat naučené, obtíže v oblasti rozumění blízké budoucnosti a očekávání. Děti s autismem chápou změny na úplně jiné úrovni, neboť postrádají jejich souvislosti. Co

pro nás může být jen lehčí nepříjemností, u nich může být spouštěčem úzkostné a nepříjemné reakce. Rutina a daná struktura může sloužit jako opora poskytující bezpečný a známý rámec (Yau, 2016, s. 10).

1. 4. 1. Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom patří mezi poruchy autistického spektra. V roce 1944 jej popsal rakouský pediatr Hans Asperger. Tento termín poprvé použila britská psychiatrička Lorna Wingová v roce 1981, která nahradila dříve používané označení autistická psychopatie. Na Aspergerův syndrom se většinou pohlíží jako na mírnější formu autismu. I když je etiologie stále neznámá, formální diagnostická kritéria uvádějí především deficity v sociální komunikaci a výskyt obsedantního chování, tj. stejná kritéria jako pro autismus. Jediné výrazné rozdíly můžeme spatřit v relativně normálních kognitivních dovednostech a absenci zpoždění ve vývoji jazyka (Howlin, 2005, s. 17).

Lorna Wingová vymezila na základě svých vlastních poznatků hlavní klinické příznaky Aspergerova syndromu. Mezi ně patří nedostatek empatie, přesná, jednotvárná řeč, nedostatečná neverbální komunikace, omezená, případně neexistující schopnost navazovat a udržet přátelství, jednoduchá, nepřiléhavá a jednostranná interakce, nemotornost, nepřirozené pozice a hluboký zájem o specifický jev či předměty (Attwood, 2005).

2 Vývoj vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením k inkluzi a současným postojům k osobám s mentálním postižením

Každá společnost si ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, ideovým, náboženským, ale i filosofickým základům té které kultury. Z toho pak vycházejí i základní normy toho, co je žádoucí, a co nikoliv, co je přirozené, normální atd. Způsoby chování, emocionální reakce, odmítání či přijímání určitého jevu jsou u jednotlivce závislé na dané kultuře, k níž náleží (Vágnerová, 2001, s. 8).

Vztah společnosti k osobám s mentálním postižením se vyvíjel v závislosti na stupni myšlení, etiky i právních norem a na struktuře společnosti. V jednotlivých zemích i v jednotlivých obdobích byly tyto postoje velmi odlišné především v souvislosti se vztahem k sociálnímu postavení handicapovaných osob. Náзор na jejich postavení ve společnosti a na vztah společnosti k nim se měnil a vyvíjel s vývojem politických postojů vládnoucích tříd a společenského myšlení. Z uvedeného hlediska můžeme charakterizovat několik stádií postojů společnosti k lidem s tělesným postižením (Renotierová, 2007, s. 7).

Represivní stádium

Vztah k lidem s postižením určovaly životně existenční hlediska. Úsilí o zachování rodu, rodiny nebo kmene mnohdy vyžadovalo vyloučení slabých a nemocných jedinců, kteří svou existencí narušovali životaschopnost skupiny, k níž náleželi. Takovýchto jedinců se poté skupina zbavovala buďto přímou likvidací nebo vyloučením a opuštěním. O životě novorozенých dětí rozhodoval v mnoha starověkých zemích výhradně otec. Hlavním důvodem pro jejich odmítání bývalo zejména jakékoliv viditelné postižení, poškození vývoje a deformace. V Řecku i v Římě byl člověk s viditelným vnějším postižením vnímán za bezcenného i vnitřně. Děti byly topeny v jezerech, řekách, shazovány ze skal, nebo ponechány svému osudu. Ty, které přežily, byly využívány k práci nebo se staly nástrojem k žebrání pro jejich majitele. Ani další starověké národy neznaly více lidský přístup. Indové a Číňané topili své postižené děti v řekách a jezerech. Mnohé severské národy se zbavovaly svých dětí při zvláštních rituálních obřadech, protože byli považováni za demony. Nejen u těchto, ale i u některých slovanských národů byla likvidace lidí s postižením běžným východiskem. Například církevní inkvizice označily dítě s viditelným postižením za ďáblovu dítě, které nemá žádné právo na další život (Kábele, Kracík, 1982, s. 3 - 4).

Represe existovala souběžně s likvidací zdravotně postižených. kočovné národy tělesně postižené neusmrcovaly, ale ponechávaly je svému osudu na sídlištích, někdy i se zásobou jídla. Bez ochrany své sociální komunity ovšem tyto osoby zpravidla dlouho nepřežily. V některých asijských a afrických oblastech byli nemocní nakažené epidemií převáženi na vyhrazená místa oddělená bariérou, kterou nejen nemocní, ale i zdraví lidé nesměli překročit (Kábele, Kracík, 1982, s. 5).

Stádium charitativní péče

Antický ideál krásného, zdravého a dokonalého člověka byl vystřídán ideou nedokonalosti lidského těla. Hebrejští církevní představitelé například hlásali, že Jehova se ujímá slabých a nařizuje je podporovat a chránit. Podobný názor převzala i jiná východní náboženství, jako například Islám. Křesťanství i jiné náboženské směry považují nedokonalost lidského těla za pouhou schránku pro nesmrtelnou lidskou duši a lidský život chápou jen jako přípravu pro věčný život. Na takovýchto principech poté vznikala charitativní postoj jedinců i společenských skupin k jedincům s postižením. Lidem s tělesným postižením a nemocným byla poskytována základní pomoc nejen v kláštrech, ale i v různých zařízeních (chudobince, špitály). Charitativní přístup společnosti k lidem s postižením představuje zásadní změnu ve vztahu k nim. Poprvé lze hovořit o určité péči v pravém slova smyslu. Kromě toho se v některých zařízeních charitativní péče začínala postupem času objevovat i výchovná činnost (Kábele, Kracík, 1982, s. 7).

Stádium humanitní péče

Období renesance a humanismu, které bylo charakteristické snahou o návrat k antické vzdělanosti, znamenalo i změnu vztahu společnosti k lidem s postižením. Změna spočívala ve vyslovení požadavku na jejich vzdělávání. Tyto snahy ovšem narážely na negativní postoj feudálů, kteří měli strach z rozšíření vzdělání mezi robotnický a nevolnický lid. Jan Amos Komenský vystupuje proti názoru vládnoucích tříd a feudálních pánů a požaduje všeobecné vzdělání pro všechny lidi bez rozdílu pohlaví, původu i stavu. Postupem času se pod vlivem myšlenek Komenského a jiných humanistů začaly objevovat pokusy o vzdělávání dětí s tělesným a smyslovým postižením v jednotlivých zařízeních i ústavech. Docházelo k vzniku prvních soukromých ústavů, které byly zprvu určeny pro děti se smyslovým postižením a později i pro děti s tělesným postižením. Angličan Daniel Defoe přišel s podnětem, který navrhoval, aby vláda zřídila ústav pro slabomyslné a sám se postaral o vypracování plánů pro stavbu tohoto ústavu. Z počátku byly tyto ústavy zřizovány pouze k léčebným účelům.

V první polovině 19. století začaly v těchto zařízeních vznikat i školy (Kábele, Kracík, 1982, s. 8).

Stádium rehabilitační péče

Humanitní snahy o vzdělávání dětí se smyslovým a tělesným postižením postupem času přecházely od všeobecného vzdělávání k odbornému vzdělávání. Komplexní rehabilitační péče zahrnuje souhrn veškeré péče (psychologické, léčebné, výchovně vzdělávací, právní, sociální) potřebné k resocializaci a rehabilitaci osob se zdravotním a tělesným postižením, to znamená jejich zařazení do společenského a pracovního prostředí. Nešlo tedy již o pouhé vzdělávání, ale o přípravu pro zaměstnání. Rehabilitační pojetí péče se netýkalo jen osob s tělesným postižením, ale i s duševním a smyslovým postižením. Zřizovány byly rehabilitační ústavy, rehabilitační oddělení nemocnic a střediska pro reprofesionalizaci osob se změněnou pracovní schopností (Kábele, Kracík, 1982, s. 10).

Stádium preventivní péče

Preventivní péče vychází z principu, že je lepší zamezit vzniku poškození nežli vzniklé postižení následně odstraňovat. Odtud vycházejí preventivní akce, jako například péče o matky v těhotenství, ochrana malých dětí proti infekční dětské obrně a proti dalším běžným onemocněním dětského věku. Součástí je i poradenská péče pro nastávající rodiče, u kterých se vyskytují vrozené vady a choroby, které se následně mohou objevit u dětí. Důležitou formou preventivní péče je výchova k rodičovství a manželství (Kábele, Kracík, 1982, s. 11).

2. 1. Integrace osob s mentálním postižením

V poslední době o pojmu integrace slyšíme velmi často. Nejde ale jen o dočasný trend, ale o dlouhodobou formu zlepšování a zkvalitňování života osob se zdravotním postižením. Podstatné je si při integraci uvědomit, že určitou problematiku neřeší výhradně minorita se znevýhodněním, ale důležitá je spolupráce obou stran. Školní (pedagogická) integrace, společenská integrace a pracovní integrace jsou nejčastěji se vyskytující druhy integrace lidí se zdravotním postižením, se kterými se můžeme setkat. Dle Michalíka (2001) můžeme na integraci nahlížet ze dvou hledisek. Prvně jako na širší integraci (sociální integrace, socializace), tedy začleňování lidí s určitým znevýhodněním nebo postižením do majoritní společnosti. Poté jako na dílčí integraci, která se zaměřuje na určité oblasti lidského života, jako například školská (pedagogická) integrace, pracovní integrace atd. (Šance Dětem, pro a proti integrace dětí se zdravotním postižením, [online], 2020).

Integrace je charakterizována jako soužití postiženého a nepostiženého při přijatelné míře konfliktnosti. Jde o stav, kdy se jedinec vyrovnal se svým postižením či vadou, pracuje a žije s lidmi bez postižení a utváří hodnoty, jenž společnost uznává jako hodnotné a rovnocenné. Integrace je chápána jako formování osobnosti člověka se zdravotním postižením ve všech jeho složkách (emotivní, charakterové, kognitivní) až k schopnosti individuálně, účelně a smysluplně působit a konat (Jesenský, 1993 in Kursová, 2009).

Integrace je procesem interaktivním a oboustranným, neboť jde o spolužití určité majority (osoby bez postižení, neboli intaktní) s určitou minoritou (osoby se zdravotním postižením). Nejde pouze o pomoc a podporu lidí s postižením, ale integrace je rovněž zacílena na obohacení populace bez postižení. Cílem je, aby se lidé bez postižení naučili žít s „rozdílnými“ lidmi a nikoliv pouze vedle nich. Důležité je těmto lidem pomáhat, respektovat a chápat je. Na druhou stranu jde také o to, aby se populace s postižením naučila žít v běžném prostředí spolu se „zdravými“ lidmi (Tomická, Švingalová, 2002 in Kursová, 2009).

V procesu integrace hrají důležitou roli psychologické faktory. Každý člověk s postižením je osobitou bytostí s individuálními schopnostmi a dovednostmi a jeho postižení je jen jednou z jeho specifik. Žáci s mentálním postižením se odlišují mírou svých rozumových schopností, z toho pak vyplývají i jejich osobní cíle a ambice týkající se jejich budoucnosti i budoucího pracovního uplatnění. Lidé s postižením se odlišují i hloubkou a mírou emocionality, potřebou sociálních kontaktů a mírou citlivosti. Tito lidé mají navíc silnější potřebu opory, jistoty a citového zakotvení než jejich vrstevníci (Švarcová, 2000 in Kursová, 2009).

Školní integrace má své výhody i nevýhody. Mezi výhody školní integrace patří například to, že přítomnost žáka s postižením učí ostatní děti toleranci, empatii, respektu k odlišnostem. Dítě s postižením se lépe připraví na dospělý život v normálním prostředí a vidět můžeme i snahu dítěte s postižením vyrovnat se ostatním dětem, což působí velmi motivačně. Mezi nevýhody pak patří například to, že může docházet k negativním a odmítavým postojům k dětem s tělesným postižením, a to nejen ze strany intaktních spolužáků, ale i ze strany rodičů těchto dětí. Intaktní žáci často negativním způsobem hodnotí určité „zvýhodňování“ spolužáka s postižením a vytváří se tak mezi nimi určitý odstup a závist. U dítěte se zdravotním postižením se také může objevit stres plynoucí z nezvládnutého učiva (Šance Dětem, pro a proti integrace dětí se zdravotním postižením, [online], 2020).

2. 2. Vymezení pojmů postoj, stereotyp a předsudek

Stereotypy a předsudky jsou termíny, které se nejčastěji objevují ve společnosti ve spojitosti s pojmem **postoj**. Ten patří k nejčastěji používaným pojmům sociální psychologie. Jeho časté využívání má řadu důvodů. Zprv jde o termín, který nepatří výhradně do jednoho psychologického směru, je velmi často definovaný, a přesto zůstává obecný. V souvislosti s tímto pojmem můžeme prakticky do nekonečna řešit vztahy s vlivy prostředí a dědičnosti. Jde o termín příliš široký, aby při jeho výzkumech došlo k zohlednění kulturních vlivů. Je také dosti pružný, aby vzal v úvahu dispozice izolovaného lidského jedince. V kontextu s ním hovoříme o individuálních postojích i o postojích celého společenství (Novák, 2002, s. 7).

Řada autorů se pokoušela definovat postoje. Fishbein a Ajzen (1975) je definovali jako: „*naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, událost či osobu*“. V této definici jsou zdůrazněny tři rysy postojů. Za prvé, že jsou konzistentní, za druhé, že jsou naučené, a za třetí, že se týkají nepříznivých nebo příznivých reakcí. Podobná definice dále naznačuje, že postoje se týkají i jednání a činností. V roce 1962 ji předložili Krech, Crutchfield a Ballachey a zní: „*postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů*“. (Hayesová, 2007, s. 95).

Při zkoumání postojů můžeme rychle dojít k závěru, že jsou složité a mohou se projevat na mnoha úrovních. Většinou jsou popsány pomocí tří dimenzí, z nichž každá přispívá k celku. Emocionální dimenze se týká emocí či emocionálních reakcí, tedy toho, co osoba cítí k předmětu postoje. Behaviorální dimenze se týká sklonů k jednání či jednání ve vztahu k předmětu postoje. Kognitivní dimenze se týká myšlenek a názorů, které má osoba o předmětu postoje (Hayesová, 2007, s. 96).

Existují tři hlavní funkce postojů, mezi něž patří hodnocení objektů, sociální přizpůsobení a externalizace. Postoje usměřují naše reakce vůči událostem a věcem v našem sociálním okolí, takže nemusíme při každém dalším setkání s nimi opět hledat vhodný způsob reagování. Například si můžeme vytvořit negativní postoj k objektu, který nám v minulosti ublížil, což nás vede k tomu, že se mu v budoucnosti vyhneme. Postoje dále hrají roli v sociálním přizpůsobení. Vyjádření názorů má mnoho sociálních funkcí, k nimž patří například zvyšování skupinové soudržnosti a posilování sociálních vztahů. Názory slouží jako nástroj sociální adaptace, jelikož napomáhají k upevnění sounáležitosti se skupinou. Zastávání určitého názoru nám dále pomáhá při sociální identifikaci, která je klíčovou složkou lidské

existence a soužití ve společnosti. Poslední funkcí postojů je externalizace, ve které jde o spojování nevědomých motivů a vnitřních stavů s něčím, co právě probíhá v bezprostředním okolí. Toto spojení, které bývá velmi často nevědomé, směřuje k vytvoření postoje k určitému vnějšímu předmětu. Tak vyjadřujeme některé konflikty a vnitřní stavy. Souvislost mezi funkcemi postojů slouží i k dalším účelům. Můžeme tím například vysvětlit, proč jsou postoje odolné vůči změnám. Lidé mají neustálou touhu porozumět světu. Ta by za normálních okolností měla vyvolat změnu daného postoje, ale úzkosti a vnitřní potřeby vyvolávají strach z příliš velkých či neočekávaných změn. Vývoj přesvědčení také závisí na tom, jaké informace jsou člověku dostupné. Jelikož se názory vyvíjejí jako důsledek lidské potřeby rozumět světu, nemůže svět, který nabízí jen jeden úhel pohledu, přispívat k něčemu, co bychom mohli nazvat jako vyžrávání názorů. Když jsou člověku poskytnuty různé pohledy na svět a odlišné zdroje informací, musí si díky své touze porozumět světu utvářet vlastní názory. (Hayesová, 2007, s. 98).

Stereotyp

Pojem stereotyp poprvé uvedl W. Lippmann v roce 1922 v díle *Public Opinion*. Stereotypy chápe jako: „*zkratkovité představy o osobách, věcech, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů*“. V jejich povaze je generalizace. To znamená, že lidé mají sklon připisovat určité, dle jeho názoru charakteristické vlastnosti všem členům určité skupiny. V souvislosti s tímto pojmem můžeme zdůraznit existenci autostereotypů a heterostereotypů. Autostereotypy jsou představy a názory, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých. Heterostereotypy jsou představy a názory, které mají příslušníci určitých skupin o příslušnících jiných skupin (Novák, 2002, s. 11).

V praxi sociální práce se se stereotypy a předsudky můžeme také setkat. Přestože lidé tyto dva pojmy často zaměňují, stereotypy a předsudky se od sebe značně liší. Libor Musil (2004) charakterizuje stereotyp jako ustálenost představu, že přítomnost určitého znaku je provázána přítomností dalších, z hlediska pracovníka významných vlastností klientů. Jednodušeji řečeno, konkrétní znak A, je logicky následován znakem B. Příkladem může být například stereotyp, že lidé s mentálním postižením jsou agresivní. Stereotypy vychází především z našeho sociálního prostředí (rodina, kulturní hodnoty, média) a životních zkušeností. Každý z nás má určité stereotypy a je tedy na nás, jak dobře s nimi umíme pracovat. V osobním životě nám do jisté míry mohou usnadnit život, ale v profesním životě se stávají zábranou k profesionálnímu přístupu (Janebová, 2014, s. 30 – 32).

Předsudek

Americký psycholog Gordon W. Allport definoval předsudek jako „*odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině*“. Od té doby se tato definice objevuje v desítkách učebnic sociální psychologie, psychologie, interkulturní psychologie, ale nalézt ji můžeme i v sociologických, historických, religionistických, politologických a kulturně antropologických pracích. Předsudky vznikaly a stále vznikají proto, že lidé jsou prostě odlišní - pocházejí z různých kultur, národů a civilizací, mají různé hodnoty, barvu kůže a mluví různými jazyky. Kdyby tato rozmanitost zmizela či neexistovala, pak by převážná většina důvodu pro nepřátelství, nenávisť a závislost také zanikla či vůbec neexistovala. S touto neexistencí souvisí i odstranění povahových, inteligenčních a majetkových rozdílů mezi lidmi. Pojmy jako dobro a zlo, krása a ošklivost, spravedlnost a nespravedlnost by se vyškrtly ze slovníků, protože by nebyly pouze relativní, ale staly by se bezvýznamnými. Toto ovšem není v reálném světě možné, neboť láska bez nenávisť, právo bez bezpráví, kladné vlastnosti bez záporných neexistují (Kosek, 2011, s. 23).

Oproti stereotypu charakterizuje Libor Musil (2004) předsudek jako neověřený stereotyp. Pokud pracovník jedná na základě stereotypu, aniž by si v konkrétní životní situaci klienta ověřil jeho platnost, mění se stereotyp na předsudek. Předsudky mohou být reflektované a nereflektované. V případě reflektovaného předsudku pracovník ví o svém stereotypu, ale ten je natolik silný, že ho nedokáže překonat a stává se tím pádem předsudkem. Nereflektovaný předsudek je ten, jenž se pracovníkovi nepodařil identifikovat nebo o něm prostě neví, protože nikdy neusiloval o vlastní sebepoznání. (Janebová, 2014, s. 30 – 32).

2. 3. Příčiny předsudků vůči lidem s mentálním postižením

Názory a postoje vůči lidem s mentálním postižením se velmi odlišují a mohou se odvíjet dle typu postižení. Podle výzkumu Jesenského z roku 1933 jsou nejméně přijímanou skupinou ve společnosti právě lidé s mentálním postižením (52 %). Z výsledků je patrné, že hlavní příčinou tohoto nepřijetí je nedostačující schopnost komunikace a problémové chování u těchto osob. Je velmi důležité, aby naše společnost byla o problematice osob s mentálním postižením poučena věrohodnými, ověřenými a kvalitními informacemi, a aby se o tomto tématu mohlo otevřeně hovořit a nebylo tabuizováno. Jedině tímto způsobem se můžeme

zbavit postojů, názorů a předsudků, které panují v naší společnosti a přijímat osoby s postižením jako plnohodnotné lidské bytosti s jejich specifickostí.

Problémové chování u lidí s mentálním postižením

U významné menšiny lidí s mentálním postižením se vyskytuje problémové nebo problematické chování, jako například sebepoškozování, nežádoucí sociální nebo sexuální chování, agrese, hyperaktivita, neobvyklé způsoby jednání, destruktivita, polykání různých předmětů a jiné. Kombinace mentálního postižení a poruch chování negativním způsobem ovlivňuje zdraví a kvalitu života člověka samotného, těch, kteří se o něj starají, i těch, kteří žijí nebo pracují v těsné blízkosti. Příkladem mohou být zaměstnanci různých organizací, které poskytují pečovatelské, zdravotní a výchovné služby. Způsob našeho vnímání nežádoucího chování v posledních třiceti letech významným způsobem ovlivnila behaviorální psychologie. Behaviorální přístupy se ukazují jako účinné a přinášejí okamžitá a sociálně podstatná omezení výskytu nežádoucího chování. Na druhou stranu tyto přístupy vyvolávají velké debaty o etice přístupů (Emerson, 2008, s. 11, 20).

Současný termín problémové chování nahradil dříve používaná označení, jako abnormální, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé chování. Tyto termíny byly využívány k popisu rozsáhlého spektra neobvyklého chování, kterým se vyznačují lidé s těžkým mentálním postižením. Mezi ně patří zmiňované sebepoškozování, agrese, stereotypie a jiné způsoby chování, které mají negativní dopady pro osobu s postižením, pro ošetřující personál a pečovatele (vytrvalý křik, neochota, poruchy spánku) a mohou být nepříjemné pro okolí (zvracení jídla, polykání nestravitelných předmětů). Tento termín je charakteristický pro důležitou podskupinu neobvyklého, abnormálního chování. Problémové chování se vztahuje pouze na chování, které může ohrozit fyzické zdraví člověka, nebo může vést k tomu, že dané osobě bude omezen vstup do komunitního prostředí a užívání běžných komunitních zařízení. Je důležité zmínit, že problémové chování není synonymem pro psychiatrickou poruchu. Ne všechny psychiatrické poruchy (mírná deprese, úzkost) ohrožují bezpečí jedince nebo osob blízkých a vedou k tomu, že osobě bude zamezen přístup do komunitního prostředí. Termín problémový nás dále nabádá k tomu, abychom odchylku v chování daného jedince zasadili do interpersonálního a sociálního kontextu, v němž se určité konání nezbytně stává problémovým (Emerson, 2008, s. 13 - 14).

Chování v sociálním prostředí je alespoň z části vymezeno vyslovenými a nevyslovenými pravidly a očekáváním toho, co vytváří vhodné jednání. Všeobecně platí, že čím je prostředí formálnější, tím jsou i daná pravidla striktněji vymezena. Očekávání, která se

týkají vhodnosti určitého chování, jsou také stanovena obecným očekáváním chování a kulturními představami v určitých rolích. Lidem s postižením bývají často přisuzovány neobvyklé nebo deviantní sociální role, obdobně jako v případě nedodržování společenských pravidel. Tyto sociální role pak mohou sloužit ke změně souvislostí, které chování přisuzují určitý význam. Tak například pohled veřejnosti na lidi s mentálním postižením jako na „věčné děti“, nás může vést k tomu, že nebudeme jejich problémovému chování přisuzovat osobní zodpovědnost. Zda chování nazveme v určitém kontextu jako problematické, ovlivňují tyto okolnosti:

- společenská pravidla určují vhodné chování v daném prostředí,
- názory ostatních účastníků v daném prostředí na povahu mentálního postižení a příčiny problémového chování člověka,
- schopnost člověka přijatelně a dostatečně vysvětlit své chování
- obecná schopnost daného prostředí zvládat jakýkoliv rozvrat způsobený chováním jedince (Emerson, 2008, s. 17)

2. 4. Některé předsudky o lidech s mentálním postižením

Ve společnosti se můžeme setkat s celou řadou předsudků zaměřených vůči lidem s mentálním postižením. Lidé velmi často těmto předsudkům podlehnou, přestože jsou v mnohých případech výsledkem šíření neověřených informací a faktů. Tyto postoje negativním způsobem ovlivňují životy lidí s postižením, a proto je velmi důležité, aby si o této problematice veřejnost udělala vlastní názor skrze osobní zkušenost a vlastní rozum. Jelikož každý člověk má určitý stereotyp nebo předsudek o určité skupině lidí, nemluvě o lidech s mentálním postižením, existuje v naší společnosti celá řada předsudků. Tato kapitola bude věnována některým z nich.

Lidé s mentálním postižením jsou nebezpeční, agresivní a nevyzpytatelní

Významným důvodem pro tvrzení tohoto argumentu je předpoklad, že tito lidé neumí vždy odhadnout svoji fyzickou sílu, nedokáží využít motorickou obratnost a vhodným způsobem vyjádřit své emoce a pocity. V mnohých případech si neuvědomují následky svých projevů vzhledem k dané situaci. Je nutno poznamenat, že u mentálního postižení jsou očekávány určité odlišnosti v chování a psychice, to ale neznamená, že jsou tyto odlišnosti patologické. Označit člověka s mentálním postižením za agresivního je stejně špatné jako označit za agresivního a nebezpečného kohokoliv jiného (např. migranti, lidé propuštěni z výkonu trestu odnětí svobody). Z nesprávného přístupu ze strany okolí tak mohou vznikat

situace, kdy se člověk s mentálním postižením chová nebezpečně (Pastieriková, Regec, 2010, s. 29)

Lidé s mentálním postižením nejsou schopni žít samostatně a potřebují neustálý dohled, podporu a pomoc

Lidé s mentálním postižením jsou schopni žít samostatným životem, jsou schopni samostatně bydlet i pracovat. V některých situacích je samozřejmě nutné jim poskytnout určitou míru podpory a pomoci (Pastieriková, Regec, 2010, s. 30). Pro tyto osoby je nejvhodnější podpora samostatného bydlení. Jde o terénní sociální službu, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje podporu jiné osoby. Sociální pracovníci pomáhají při zajištění chodu domácnosti, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Dále poskytují vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti a zprostředkovávají kontakt se sociálním prostředím. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 43). V Hradci Králové tuto službu poskytuje obecně prospěšná společnost Skok do života.

V oblasti zaměstnávání mohou lidé s mentálním postižením využít podporované zaměstnání. Jde o sociální službu, který je poskytována bezplatně a je časově ohraničená na dobu 2 – 3 let. Cílem této služby je vytvoření flexibilní a individuální podpory sloužící k nalezení práce, zaučení se a následného udržení pracovního místa v běžném pracovním prostředí. Podporované zaměstnávání má dvě základní fáze – pracovní poradenství a pracovní asistence. V první fázi se člověk s mentálním postižením schází s pracovním konzultantem, který mu napomáhá s výběrem vhodného pracovního místa, s psaním životopisu a při komunikaci s možným zaměstnavatelem. Pracovní asistence je přímá podpora člověka s postižením na pracovišti. Pracovní asistent klientovi napomáhá k pochopení a naučení pracovní náplně již z počátku jeho práce (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, možnosti práce, [online], 2020).

Lidé s mentálním postižením nejsou schopni se vzdělávat

Osoby s mentálním postižením jsou schopny se vzdělávat a v dostatečně podnětném prostředí nás mohou překvapit svými dovednostmi, pílí, nadáním, možnostmi a talentem. Důležité je poskytnout jim pozitivní zpětnou vazbu, správným způsobem je motivovat a podporovat a poskytnout jim vhodný vzor (Pastieriková, Regec, 2010, s. 29). Děti

s postižením, které jsou označeny jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, mají legislativně stanovenou možnost inkluzivního vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu, nikoliv výhradně ve speciálních školách. Žáci s mentálním postižením jsou však stále vzdělány odděleně (Bazalová, 2014, s. 143).

Vzdělání jim může být poskytnuto v základních školách praktických, základních školách speciálních, praktických školách a odborných učilištích. Je nutné poznamenat, že inkluze není vhodná pro všechny děti s mentálním postižením a je tedy potřebné posoudit každou situaci individuálně. Speciální školy používají speciální pomůcky, formy a metody práce vyhovující dětem s daným typem postižení. Speciální školy dále disponují nižším počtem žáků a kvalifikovaným personálem s odpovídajícím vzděláním (Bazalová, 2014, s. 143).

Lidé s mentálním postižením jsou „věčnými dětmi“, a jako s dětmi s nimi tedy musíme i jednat

K tomuto tvrzení může přispět chybné podání zprávy z psychologického vyšetření, ve kterém se uvádí tzv. „mentální věk“. Tento věk stanovuje vyspělost dítěte bez ohledu na jeho chronologický věk a je stanoven na základě inteligenčního testu či jiné zkoušky. I když rozumové schopnosti odpovídají mladšímu vývojovému období, neznamená to, že se osoba jako vývojově mladší bude i chovat. Lidé s mentálním postižením se odlišují pouze v rozdílném způsobu zpracování informací (Pastieriková, Regec, 2010, s. 28).

Lidé s Downovým syndromem by měli být umístěni v ústavech

Řada rodičů si přímo z úst svého lékaře často po narození dítěte vyslechne doporučení o jeho umístění do ústavu. Je dokázáno, že děti s Downovým syndromem naopak dosahují nejlepších výsledků v milujícím rodinném prostředí. Pokud jim je dána možnost a náležitá podpora, mohou žít šťastným, kvalitním a spokojeným životem se svojí rodinou. Mohou praktikovat různé sporty, hrát na hudební nástroje a účastnit se jiných zájmových aktivit (Down syndrom, mýty a realita, [online], 2020).

Člověk s mentálním postižením je pro rodinu neštěstím

Každá rodina je jiná svou strukturou vztahů, atmosférou, tradicemi soužití a pravidly. Každý člen rodiny ovlivňuje určitým způsobem další členy rodiny a sám je jimi ovlivňován (Pastieriková, Regec, 2010, s. 28). Výchova dětí s postižením je v mnohém velmi náročná, ale to neznamená, že nemůže být radostná, jako u jiných dětí. I přes všechny související problémy je život s nimi velmi obohacující, a to jak pro rodinu samotnou, tak i pro blízké okolí.

Většinou společnost učí toleranci, empatii, úctě a ochotě, která zde chybí (Down syndrom, mýty a realita, [online], 2020).

2. 5. Předsudky o lidech s mentálním postižením v oblasti partnerského a sexuálního života

Sexualita osob s mentálním postižením se stala předmětem diskuze odborné veřejnosti, příbuzných a pečovatelů až v posledních letech. Ještě tak před patnácti lety bylo hlavním cílem zamezit jejich sexuální touze a zneužívání. Sexualita pro osoby s mentálním postižením představovala řadu nevýhod. I když mají tito lidé stejnou touhu milovat a být milováni jako ostatní, láska, partnerský a sexuální život pro ně ani v dnešní době nejsou samozřejmou záležitostí. Ve svém životě musí překonat řadu bariér a omezení kvůli svému postižení i postojům společnosti (Mandzáková, 2013, s. 35).

Láska a sexualita má v životě každého člověka své místo. O žádné z oblastí lidského života ovšem neexistuje tolik milných představ, předsudků a stereotypů jako o této. U osob s mentálním postižením je situace v oblasti sexuálního života přeci jen složitější, jelikož se zde objevují společenské předsudky s nesprávnými tvrzeními. Mezi ně například patří úvahy, že jde o jedince nepohlavní, sexuálně impulzivní a „věčné děti“. Někteří lidé si myslí, že jsou tyto osoby bez sexuálních instinktů, sexuálně nevnímavé a buď jsou jako děti bez pudových hříchů, nebo kvůli nižším schopnostem nemají vůbec žádné sexuální starosti. Stejně obvyklá je i zcela opačná úvaha, podle které se tito lidé vyznačují nadměrnou sexuální aktivitou. Typický je také předpoklad, že jde o potencionální sociální devianty, jimž by měla být odepřena jakákoliv sexuální výchova (Mandzáková, 2013, s. 35 – 36).

Keshav a Huberman (2006) hovoří o dalších společných předsudcích v případě osob s mentálním postižením:

Lidé s mentálním postižením jsou asexuální a necítí touhu mít sex

Všichni lidé jsou sexuální bytosti bez ohledu na to, zda mají nějaké fyzické, psychické či mentální onemocnění. Každý potřebuje náklonost, lásku, přijetí, intimitu a společnost. Děti a mládež s mentálním postižením mohou mít zároveň některé individuální potřeby týkající se sexuální výchovy (Mandzáková, 2013, s. 38).

Lidé s mentálním postižením jsou jako děti a jsou závislí

Společenské problémy v oblasti sexuality osob s postižením mohou pro každého, kdo s nimi žije znamenat, že je jednodušší je vnímat jako „věčné děti“. Tento zlehčující pohled

ovšem opomíjí to, že je tímto u nich popřena jejich sexualita, tj. projev jejich plné lidskosti (Mandzáková, 2013, s. 38).

Pozitivně přijímanou variantou popírání sexuality u lidí s mentálním postižením bývá infantilizace v podobě „velkého dítěte“, které je nezkažené a bezpohlavní (Marková, Truhlářová, 2009 in Mandzáková, 2013, s. 38). Většinová společnost od lidí s mentálním postižením očekává spíše asexuální chování. Veřejnost si neuvědomuje a nedokáže představit, že tito lidé mají stejné potřeby jako ostatní. Jde o důležité věci jako je láska, náklonost, přijetí a cit, nikoliv o sex jako takový.

Největším problémem je pravděpodobně to, že je společnost vnímá spíše jako děti nežli dospělé jedince s konkrétními potřebami a nedokáže si představit, že člověk s takovýmto postižením bude sexuálně aktivní (Štěrbová, Rašková, 2016, str. 63). I lidé s postižením ovšem touží po rodině, partnerském a rodinném životě a lásce. Každý člověk má právo na volbu týkající se sociálních vztahů a sexuálního vyjádření. V jejich situaci se jako účinná a potřebná ukazuje kvalitně vedená sexuální osvěta (Pastieriková, Regec, 2010, s. 31).

3 Podpora osob s mentálním postižením

Zájem o lidská práva se začal objevovat již po první světové válce. Postupem času pak vznikaly dokumenty, které umožnily lidem s mentálním postižením využívat jejich nezadatelná práva a rozvíjet tak jejich schopnosti a uspokojovat materiální i jiné potřeby. Z hlediska práv lidí s mentálním postižením je důležitým dokumentem Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.).

Profesionální pomoc sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je pro lidi s mentálním postižením klíčová k podpoře na cestě k samostatnějšímu způsobu života. Od pracovníků se neočekává jen uplatnění získaných znalostí při práci s určitým klientem, ale i nutná dávka empatie. Mezi služby, které mohou lidé s mentálním postižením využít, patří osobní asistence, základní a odborné sociální poradenství, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, raná péče a jiné.

3. 1. Práva osob s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením mají stejná lidská práva jako všechny ostatní členové naší společnosti. Tyto práva lidem dovolují využívat a rozvíjet jejich schopnosti i možnosti a uspokojovat jejich základní materiální a duchovní potřeby. Vychází z potřeby lidí žít takovým způsobem, v němž bude chráněna a respektována důstojnost a hodnota každé lidské bytosti. Zájem o lidská práva se začal vyvíjet již po první světové válce v době přijetí versailleské dohody. Součástí této doby bylo založení Společnosti národů a Mezinárodní organizace práce. V roce 1942 byla na pátém setkání Společnosti národů přijata deklarace práv dítěte nazvaná Ženevská deklarace, k níž se přidalo mnoho zemí. Po druhé světové válce byla Organizací spojených národů přijata Všeobecná deklarace lidských práv, ve které byla představena myšlenka uznání základní důstojnosti, rovnosti a nezadatelných lidských práv všech členů rodiny. V roce 1959 byla na zasedání OSN vyhlášena a přijata Deklarace práv dítěte (Švarcová, 2006, s. 16).

V šedesátých letech se mezi zastánci lidských práv objevil hlas rodičů dětí s mentálním postižením. Vznikla Evropská liga společností mentálně handicapovaných, jejichž cílem bylo hájit zájmy mentálně handicapovaných lidí bez ohledu na rasu, národnost a přesvědčení. Jedním z nejzásadnějších požadavků tohoto spolku bylo, aby společnost poskytovala lidem s mentálním postižením na základě jejich práv služby, které potřebují. V roce 1961 byla přijata Evropská sociální charta, která byla po dlouhou dobu jedinou

mezinárodní smlouvou o lidských právech, která explicitně zmiňovala osoby s postižením jako nositele lidských práv. Pojetí postižení vycházelo v tomto dokumentu z představy, že lidé s postižením potřebují pomoc a péči od svých nepostižených spoluobčanů. Z tohoto pojetí postižení vzniknul též požadavek budování speciálních zařízení pro lidi s postižením. Tento koncept byl později kritizován některými členy hnutí, kteří tvrdili, že dokument vychází z představy, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni dosáhnout samostatného života. (Švarcová, 2006, s. 17).

V prosinci roku 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata Deklarace práv mentálně postižených osob. Přibližně ve stejné době se ve Švédsku zaktivizovala skupina mladých lidí s postižením, aby prohlašovala své právo na sebeurčení, na větší míru nezávislosti a na možnost konat individuální rozhodnutí. Mezi další významný dokument patří Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání, která byla přijata v roce 1987. Na základě této konvence byl založen Evropský výbor pro prevenci týrání, jehož cílem je kontrola dodržování lidských práv v nápravných zařízeních, psychiatrických léčebnách a dalších institucích. Na děti a mládež s mentálním postižením se vztahuje i Úmluva o právech dítěte. Tato úmluva se stala prvním mezinárodním dokumentem, jenž kodifikuje práva dítěte formou smlouvy. V roce 1993 byla Valným shromážděním OSN schválena Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Organizace mohou tento dokument využít ve svých kampaních v boji za rovnoprávnost. Pravidla upozorňují na oblasti důležité pro dosažení plného zapojení, rovnosti a kvality života osob se zdravotním postižením (Švarcová, 2006, s. 18-19).

Z hlediska práv lidí s mentálním postižením je zásadním dokumentem Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zákon dále upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách).

3. 2. Sociální práce s osobami s mentálním postižením

Sociální práce s osobami s mentálním postižením předpokládá znalost dané problematiky a chuť porozumět vnitřnímu světu těchto lidí. Tento svět pro nás není lehce pochopitelný, přesto se ale můžeme pokusit do něj nahlédnout. Díky svým znalostem by měl sociální pracovník získat svou vlastní jistotu, kterou přes vhodné komunikační přístupy

aplikuje do práce s klientem. Tím se mu posléze otevře pomyslná cesta ke vzájemné spolupráci, které je klient v rámci svých možností schopen. S osobou s mentálním postižením bychom měli pracovat a jednat jako s rovnocenným partnerem. Jeho doprovod, opatrovník či sociální pracovník by měl být pomocníkem a zprostředkovatelem v těch situacích, kdy je určitá pomoc nevyhnutelná (Opatová, 2009, s. 116 -117).

Při práci s lidmi s mentálním postižením nesmíme opomenout, že se jedná o lidi, kteří mají stejná práva a povinnosti jako kdokoli z nás. Naším cílem je pomáhat jim v jejich cestě k běžnému způsobu života, jak jen to je vzhledem k jejich schopnostem možné. K jejich začlenění do většinové společnosti, které zohledňuje jejich individuální možnosti, je ze strany pomáhajících profesionálů nezbytná odpovídající podpora, individuální přístup a osvobození od postojů, předsudků a negativních očekávání. Velmi důležitý je individuální přístup ke každému klientovi bez ohledu na stupeň dosaženého inteligenčního kvocientu. S výjimkou zdravotnického prostředí se můžeme prakticky ve všech oblastech našeho života vyhnout užívání klasifikace mentální retardace. Třebaže můžeme mít sebelepší zákonnou úpravu práv lidí s mentálním postižením, nejdůležitější a nejzásadnější je, aby v praxi byla tato práva následně uplatňována a rovněž prezentována naší široké veřejnosti (Opatová, 2009, s. 118). Náplň práce sociálního pracovníka je velmi různorodá. Tato práce může zahrnovat terénní sociální práci, poradenské služby, sociální depistáž, zastupování klienta při soudních a správních řízeních, práci s rodinou klienta, spolupráci s dalšími odborníky při řešení nepříznivé sociální situace klienta, poradenské služby, řešení sociálně-právních a sociálně-zdravotních problémů klienta, výchovné činnosti atd. (Opatová, 2009, s. 121).

Lidé s mentálním postižením mohou využívat všechny dostupné služby odpovídající jejich konkrétním potřebám. Tyto služby mohou být poskytovány ambulantní, pobytovou nebo terénní formou. Zákon rovněž stanovuje, jaké služby jsou poskytovány za úhradu (například chráněné bydlení) a jaké bez úhrady (například sociální rehabilitace, sociální poradenství). Níže budou uvedeny sociální služby, které mohou využít osoby s mentálním postižením (Opatová, 2009, s. 118).

Osobní asistence bývá charakterizována jako komplex služeb, jejichž cílem je pomoci osobě se zdravotním postižením zvládat ty činnosti a úkony s pomocí osobního asistenta, které by jinak vykonával sám, kdyby mu to jeho situace umožnila. Tato sociální služba je poskytována bez omezení místa a času. Tato služba zabezpečuje základní životní, biologické i společenské potřeby. Mezi ně patří pomoc při osobní hygieně, stravování, doprovod k lékaři,

na úřady, podpora při vzdělávání a výkonu povolání, při sportovních a kulturních činnostech a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Uzlová, 2010, s. 22).

Sociální poradenství základní a odborné je povinen poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb. Člověk s mentálním postižením se může se svým problémem obrátit na kteréhokoliv poskytovatele a ten by jej, pokud mu pomoc nedokáže poskytnout sám, měl odkázat na konkrétní službu, která mu pomůže s jeho problémem. V rámci této sociální služby by měli být člověku s mentálním postižením poskytnuty nejen základní informace o službách a dávkách, ale také asistence při kontaktu s úřady, institucemi, poskytovateli návazných služeb a odborná pomoc. Rovněž je možná nabídka sociálně terapeutických služeb a možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek (Opatová, 2009, s. 119).

Chráněné bydlení poskytuje lidem s mentálním postižením podporu a pomoc na cestě k samostatnějšímu způsobu života. Jednou z forem chráněného bydlení může být bydlení v domě rodinného typu, kde má každý klient svůj pokoj a využívá společenské prostory (koupelna, obývací pokoj, kuchyň). Další formou je bydlení v samostatném bytě spolu s dalším klientem nebo klienty. Úkolem pracovníků v chráněném bydlení je nácvik praktických a sociálních dovedností spolu s klientem, které jsou k samostatnému životu nezbytné. Pokud klient získá dostatečné dovednosti a znalosti, směřuje se k ukončení této služby s cílem úplného začlenění klienta do společnosti ve formě samostatného života ve vlastní domácnosti (Opatová, 2009, s. 121).

Podpora samostatného bydlení je poskytována těm lidem s mentálním postižením, kteří dosáhli takového stupně osamostatnění, že jsou schopni žít sami a starat se o vlastní domácnost. Stále ovšem existují činnosti, v nichž potřebují pomoc sociálního pracovníka. Jedná se buďto o klienty, kteří dříve bydleli v chráněném bydlení a nyní už nepotřebují tolik podpory, kterou jim tato služba poskytuje, nebo o klienty, kteří odcházejí z ústavní sociální péče a chtějí žít samostatným životem (Opatová, 2009, s. 119).

Denní a týdenní stacionář je určen především pro ty, kteří potřebují vyšší míru podpory a pomoci. Cílem této služby je rozvíjení dovedností a schopností osob s mentálním postižením s ohledem na jejich speciální potřeby. Dále pak zlepšování komunikace, nabídka smysluplného trávení volného času v kruhu přátel a osob s podobným typem postižení a upevňování hygienických návyků (Opatová, 2009, s. 120).

Sociální rehabilitace je určena k rozvíjení specifických dovedností a schopností a podpoře získaných schopností člověka s mentálním postižením. Cílem sociální rehabilitace je podpora na cestě k nezávislosti, soběstačnosti a samostatnosti člověka s mentálním postižením takovým způsobem, aby mohl žít obvyklým způsobem životem (Opatová, 2009, s. 121).

Sociálně terapeutické dílny jsou určeny pro osoby s mentálním postižením, které se nedaří zaměstnat na volném trhu práce (například v rámci podporovaného zaměstnávání) nebo v chráněné dílně. V sociálně terapeutických dílnách je poskytována dlouhodobá podpory a pomoc v oblasti sociálních dovedností (pracovní návyky, komunikace s jinými klienty, zdokonalování samostatnosti) a v nácviku prohlubování pracovních činností (Opatová, 2009, s. 121).

Ranná péče je zaměřena na předcházení postižení, eliminování nebo alespoň zmírnění důsledků postižení a poskytnutí dítěti, rodině i společnosti prostředky pro budoucí integraci dítěte do společnosti. Včasná a správná intervence v časném období života dítěte zásadním způsobem určuje jeho další vývoj a život celé rodiny. Raná intervence může hrát zásadní roli při reorganizaci života rodiny, schopnosti přijmout dítě a přizpůsobit se jeho specifickým potřebám. Raná péče je zaměřena na dítě a jeho rodinu zpravidla ve věku 0-7 let ohrožených v psychickém, sociálním a biologickém vývoji a rodiny dětí se zdravotním postižením. Hlavním cílem je správná a včasná diagnostika, komplexní působení na rozvoj dítěte ve všech jeho složkách a v poradenských službách (Bazalová, 2014, s. 129 – 130).

Shrnutí teoretické části

O mentální retardaci můžeme hovořit jako o duševním zpomalení či zaostávání. Termíny mentální retardace a mentální postižení jsou v odborné literatuře brány jako synonyma. Mezi modely mentální retardace patří medicínský model, spirituální model, ekologický model, sociální model a popisný model mentální retardace. Mezi stupně mentální retardace patří lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. Mezi nejčastěji používané rozdělení příčin mentální retardace patří dělení podle období vzniku postižení. Mezi ně patří prenatální období, perinatální období a postnatální období. Mezi syndromy spojené s mentálním postižením patří například Downův syndrom. V případě tohoto syndromu jde o geneticky podmíněnou anomálii chromozomů, kterou tvoří 22 párů a 1 trojice. Dále můžeme uvést Prader-Williho syndrom, Rettův syndrom, Syndrom kočičího křiku, Angelmanův syndrom a jiné. U lidí s poruchou autistického spektra jsou zaznamenány potíže ve třech oblastech. Mezi tyto oblasti patří sociální interakce, sociální komunikace a rigidita myšlení. Aspergerův syndrom patří mezi poruchy autistického spektra. Ve vztahu společnosti k lidem s tělesným postižením můžeme charakterizovat několik stádií. V represivním stádiu se skupina zbavovala lidí s postižením buďto vyloučením a opuštěním nebo přímou likvidací. Charitativní přístup přinesl zásadní změny ve vztahu společnosti k lidem s postižením. Lidem s tělesným postižením a nemocným byla poskytována základní pomoc nejen v kláštorech, ale i v různých zařízeních (chudobince, špitály). Stadium humanitní péče zaznamenalo změnu v požadavku na vzdělávání lidí s postižením. Komplexní rehabilitační péče zahrnuje souhrn veškeré péče (psychologické, léčebné, výchovně vzdělávací, právní, sociální) potřebné k resocializaci a rehabilitaci osob se zdravotním a tělesným postižením. To znamená jejich zařazení do společenského a pracovního prostředí. Preventivní péče vychází z principu, že je lepší zamezit vzniku poškození nežli vzniklé postižení následně odstraňovat. Součástí je poradenská péče pro nastávající rodiče, preventivní akce a jiné. V posledních letech často slyšíme o pojmu inkluze. Inkluzí chápeme začleňování lidí se znevýhodněním nebo postižením do majoritní společnosti. Stereotypy a předsudky jsou termíny, které se objevují ve společnosti s pojmem postoj. Mezi těmito pojmy existuje velký rozdíl, i když často dochází k jejich zaměňování. Stereotypy vychází především z našich zkušeností a našeho sociálního prostředí. Každý člověk má určitý stereotyp a je jen na nás, jak s ním budeme pracovat. Pokud pracovník jedná na základě stereotypu, aniž by si v určité životní situaci klienta ověřil jeho platnost, mění se stereotyp na předsudek. Mezi hlavní

příčiny předsudků vůči lidem s mentálním postižením patří nedostačující schopnost komunikace a problémové chování. V naší společnosti můžeme nalézt řadu konkrétních předsudků. Mezi nejčastější patří například to, že lidé s mentálním postižením jsou agresivní, nejsou schopni žít samostatným životem, nejsou schopni se vzdělávat, není pro ně možné žít partnerským životem atd. Lidé s mentálním postižením mají svá nezadatelná lidská práva. Z hlediska práv lidí s mentálním postižením je zásadním dokumentem Zákon o sociálních službách. Sociální práce s osobami s mentálním postižením vyžaduje znalost dané problematiky a chuť porozumět vnitřnímu světu těchto lidí. Úkolem sociálních pracovníků je napomáhati v cestě k samostatnějšímu životu a začlenění do společnosti. Lidé s mentálním postižením mohou využít různé sociální služby. Mezi ně patří osobní asistence, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, základní a odborné sociální poradenství, denní a týdenní stacionáře, raná péče, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace a jiné.

4 Praktická část

4. 1. Formulace hlavního a dílčích cílů práce

Hlavním cílem je zjistit, jaké postoje zaujímá naše společnost k osobám s mentálním postižením.

DC I. zjistit osobní zkušenost respondentů s osobami s mentálním postižením.

DC II. zjistit z jakého zdroje a z jakého důvodu mohou pocházet některé předsudky o osobách s mentálním postižením.

DC III. zjistit názory respondentů na postoje naší společnosti vůči osobám s mentálním postižením.

DC IV. zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením v oblasti partnerského a rodinného života.

DC V. zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením v oblasti bydlení.

DC VI. zjistit názory respondentů na integraci osob s mentálním postižením do společnosti.

DC VII. zjistit názory respondentů na poskytované služby, péči a podporu ze strany státu osobám s mentálním postižením.

4. 2. Operacionalizace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Operacionalizace dílčích cílů do tazatelských otázek

Hlavní cíl	Dílčí cíle	Indikátory	Dotazníkové otázky
Zjistit, jaké postoje zaujímá naše společnost k osobám s mentálním postižením	Zjistit osobní zkušenost respondentů s osobami s mentálním postižením	Osobní zkušenost	4: Setkal (a) jste se někdy s osobou s mentálním postižením?
			5. Máte osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?
			6. Jaké byly Vaše zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?
			7. Jaký/é pocit/y ve vás vyvolalo toto setkání/zkušenost?
	Zjistit z jakého zdroje a z jakého důvodu mohou pocházet některé předsudky o osobách s mentálním	Informace o problematice	8. Dostal (a) jste se někdy do situace, že byste osobě s mentálním postižením mohl (a) poskytnout pomoc? (například v MHD)
			9. Pokud ano, jaký pocit ve vás vyvolala tato situace (tato zkušenost)?
			10. Máte nějaké informace o problematice mentálního postižení?
		11. Z jakého zdroje pochází tyto	

	postížením	Agrese a strach	informace? 12. Setkali jste se někdy s agresí u osob s mentálním postižením? 13. Máte strach z lidí s mentálním postižením?
		Opakované setkávání	14. Vadil by Vám nějakým způsobem opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením?
	Zjistit názory respondentů na postoje naší společnosti vůči osobám s mentálním postižením	Diskriminace	15. Domníváte se, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti?
		Informovanost veřejnosti	16. Myslíte si, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení?
		Postoje veřejnosti	17. Jaké postoje má dle Vašeho názoru naše společnost k osobám s mentálním postižením?
	Zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením	Partnerský a rodinný život	18. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem?

	v oblasti partnerského a rodinného života	19. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti?
	Sexuální potřeby	21. Vnímáte osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby?
Zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením v oblasti bydlení	Ústavy sociální péče	22. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče?
	Chráněné bydlení	23. Víte, co představují (znamenají) sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení?
		24. Pokud ano, napište, co o těchto sociálních službách víte?
	Podpora a pomoc ze strany sociálních pracovníků	25. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory (např. ze strany sociálních pracovníků či jiných pracovníků)?

Zjistit názory respondentů na integraci osob s mentálním postižením do společnosti	Společné vzdělávání	26. Myslíte si, že by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi?
		27. Myslíte si, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí?
	Pozitiva společného vzdělávání	28. Co pozitivního může společné vzdělávání přinést ostatním dětem?
	Začleňování	29. Myslíte si, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňovány do zaměstnání, kulturních akcí atd.?
Zjistit názory respondentů na poskytované služby, péči a podporu ze strany státu osobám s mentálním postižením	Poskytovaná péče	30. Myslíte si, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující?
	Příspěvky od státu	31. Myslíte si, že jsou příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, zvláštní pomůcku, atd.) od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující?

		Příležitosti k rozvoji schopností a dovedností	32. Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností? (například v rámci zaměstnávání)
--	--	--	--

Zdroj: vlastní zpracování

4. 3. Druh výzkumu

V praktické části diplomové práce bylo využito metody kvantitativního výzkumu z důvodu potřeby získání odpovědí od většího počtu respondentů. Podstata tohoto výzkumu spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými. „V kvantitativním výzkumu se realita zachycuje pomocí proměnných, jejich hodnoty se zjišťují měřením, kdy primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy, zvláště jaké jsou mezi nimi vztahy a proč tomu tak je“. (Punch, 2008, s. 12).

4. 4. Zvolená metoda

V praktické části diplomové práce bylo využito výzkumné metody dotazování a jako nástroj pro sběr dat byl využit dotazník vlastní konstrukce. Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazovaného zajímají. Na rozdíl od jiných technik je zde využívána forma písemných odpovědí na kladené otázky. Nepopiratelnou předností dotazníku je snadnost jeho administrace. Dotazníkem lze rovněž oslovit velký počet respondentů, od nichž lze dosáhnout informací, které pomocí jiné techniky nezískáme, zvláště pokud jde o postoje dotazovaných osob, názory nebo stanoviska. Další výhodou dotazníku je, že údaje získané pomocí této techniky lze většinou plně kvantifikovat (Pelikán, 1998, s. 105).

Dotazník obsahoval celkem 32 otázek, z nichž 31 bylo uzavřených a jedna otevřená. U otevřené otázky měli respondenti možnost zapsat vlastní odpověď. U uzavřených otázek byly respondentům nabídnuty předem dané možnosti, ale též mohli zvolit více možností, nebo přidat vlastní odpověď. Dotazník vlastní konstrukce obsahoval celkem 28 povinných otázek.

V úvodním textu jsem respondenty oslovila, představila jsem sebe, svoji školu i studijní obor. Dále jsem požádala o pomoc při mém výzkumu, poděkovala za vynaložený čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

4. 5. Formulace hypotéz

Hypotéza je vědecký předpoklad. Hypotézy mohou vzniknout na základě osobních zkušeností výzkumníka, jeho pozorování a predikce nebo vychází z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy. Při tvorbě hypotéz je uplatňována duchaplnost a invence autora. Tyto praktické zkušenosti i teoretické znalosti se musí posunout dále a zjištěními z výzkumu potvrdit nebo vyvrátit. Hypotézy tedy rozvíjení naše poznání tím způsobem, že potvrzují nebo zpochybňují určitou teorii (Gavora, 2010, s. 50). Byly stanoveny 3 následující hypotézy. Tyto hypotézy jsem se snažila potvrdit či vyvrátit.

- Hypotéza 1: Lidé mající zkušenosti s lidmi s mentálním postižením si nemyslí, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení.
- Hypotéza 2: Lidé starší věkové kategorie se častěji domnívají, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče než lidé mladší věkové kategorie.
- Hypotéza 3: Lidé mladší věkové kategorie se častěji domnívají, že by mělo docházet k integraci dětí s mentálním postižením do běžných škol než lidé starší věkové kategorie.

4. 6. Popis průběhu sběru dat

Sběr dat probíhal od 20. 5. 2020 do 2. 6. 2020. Dotazníky byly nejprve distribuovány dotazovaným z okolí mého bydliště a jako forma dotazníku zde byla využita tištěná podoba. Z důvodu nutnosti získání vyššího počtu respondentů a bezpečnosti byla jako další forma dotazníku využita elektronická podoba, konkrétně tedy služba www.vyplnto.cz. Do výzkumu se zapojilo celkem 132 respondentů. Pro následné zpracování tedy bylo využito dotazníků od 132 respondentů.

4. 7. Rizika výzkumu

Možným rizikem dotazníkového šetření bylo zvolení daného tématu dotazníku. Dotazník by měl na první pohled upoutat pozornost respondenta a vzbudit zájem ve vyplnění. Na druhé straně nemusí být pro respondenta dané téma zajímavé, není mu příjemné nebo o něm nemá žádné informace. Téma dotazníku splňovalo požadavky výzkumu (atraktivita,

aktuálnost atd.) a korelovalo se zájmem respondentů. Získáno bylo dostatečné množství kvalitních informací od poměrně velkého počtu respondentů (132).

Dalším možným rizikem dotazníkového šetření bylo zvolení odpovídající délky vyplňování dotazníku. Dotazník by měl být natolik dlouhý, aby nám zjistil potřebné informace, ale na druhou stranu přespříliš rozsáhlý, aby neodrazoval a neunavoval dotazující. Daná délka dotazníku vyhověla požadavkům výzkumu, korelovala s možnostmi a schopnostmi respondentů. Jeho vyplnění trvalo v průměru 6 a půl minuty.

4. 8. Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu byli zahrnuti respondenti starší 18 let. Ve většině případů se jednalo o ženy (112), ve zbývajících případech o muže (20). Do výzkumu byli zahrnuti respondenti různých věkových kategorií a nejvyššího dosaženého vzdělání. Největší procento respondentů spadalo do věkové kategorie 18 – 30 let. V případě nejvyššího dosaženého vzdělání pak převažovalo vysokoškolské vzdělání.

4. 9. Výsledky dotazníkového šetření

Dotazníková otázka č. 1

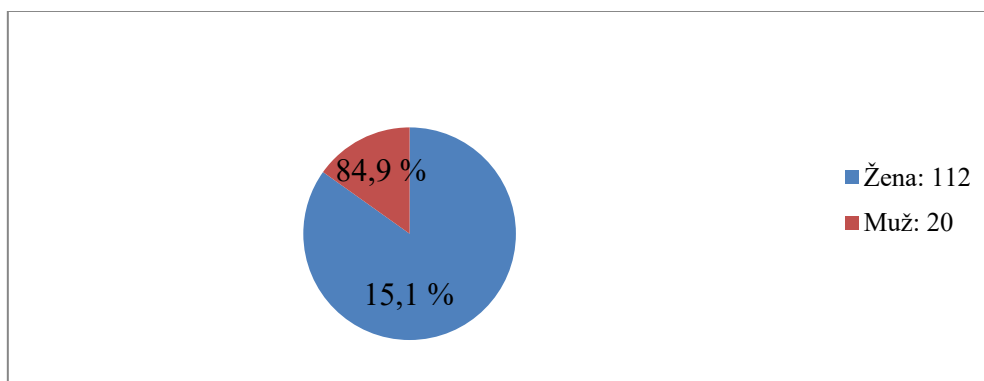
Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 2: Shrnutí odpovědí na otázku č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?	Počet N = 47	Relativní četnost
Žena	112	84,9 %
Muž	20	15,1 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1: Pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem první otázky bylo zjistit, jaké je pohlaví respondentů. Na dotazník odpovědělo celkem 112 žen a 20 mužů.

Dotazníková otázka č. 2

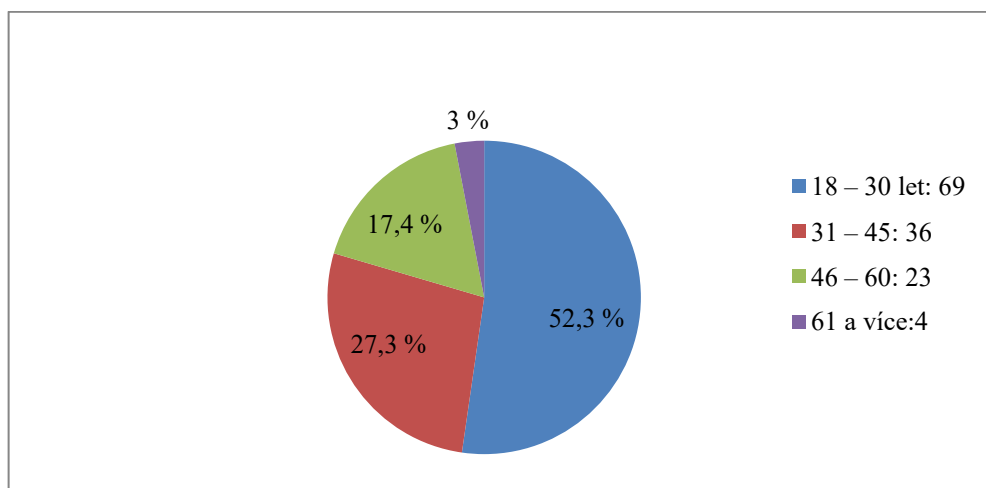
Kolik je Vám let?

Tabulka č. 3: Shrnutí odpovědí na otázku č. 2

Kolik je Vám let?	Počet N = 132	Relativní četnost
18 – 30	69	52,3 %
31 – 45	36	27,3 %
46 – 60	23	17,4 %
61 a více	4	3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2: Věk



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem druhé otázky bylo zjistit, kolik let je respondentům. Nejvyšší procentuální zastoupení má věkové rozhraní 18 – 30 let. Věkové rozhraní 61 let a více zvolili celkem 4 respondenti.

Dotazníková otázka č. 3

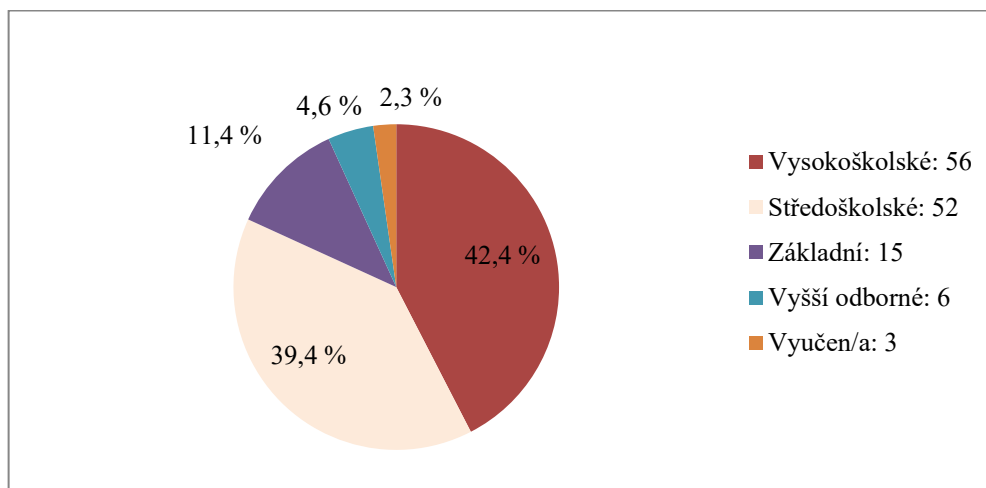
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4: Shrnutí odpovědí na otázku č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Počet N = 132	Relativní četnost
Vysokoškolské	56	42,4 %
Středoškolské	52	39,4 %
Základní	15	11,4 %
Vyšší odborné	6	4,6 %
Vyučen/a	3	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem třetí otázky bylo zjistit, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z tabulky a grafu vyplývá, že největší zastoupení má vysokoškolské vzdělání a po něm následuje středoškolské vzdělání. Základní vzdělání zvolilo 15 respondentů.

Dotazníková otázka č. 4

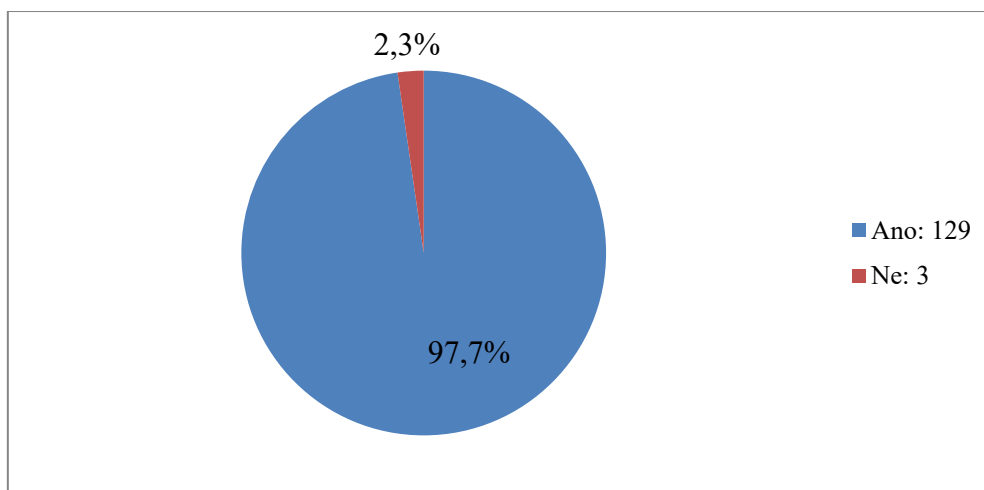
Setkal (a) jste se někdy s osobou s mentálním postižením?

Tabulka č. 5: Shrnutí odpovědí na otázku č. 4

Setkal (a) jste se někdy s osobou s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Ano	129	97,7 %
Ne	3	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Setkání s osobou s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, zdali se respondenti někdy setkali s osobou s mentálním postižením. 129 respondentů zvolilo možnost ano a 3 respondenti zvolili možnost ne.

Dotazníková otázka č. 5

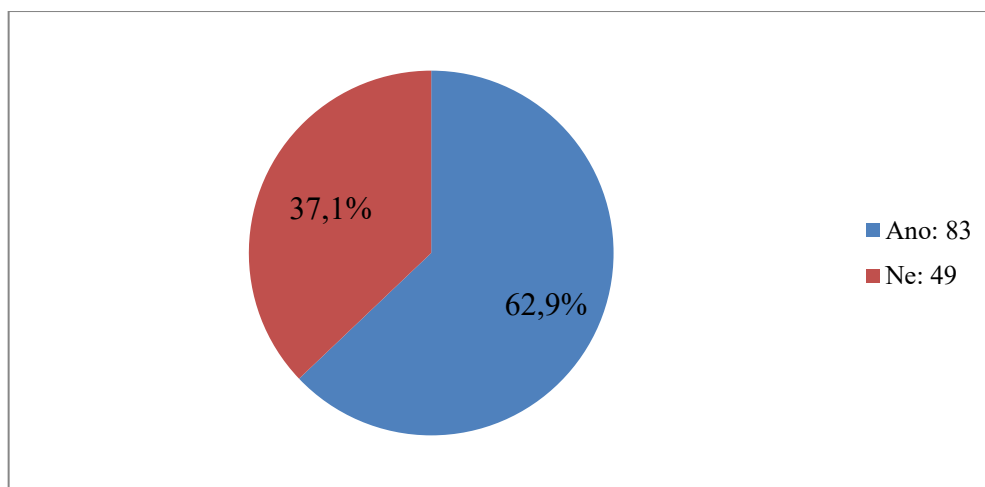
Máte osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?

Tabulka č. 6: Shrnutí odpovědí na otázku č. 5

Máte osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Ano	83	62,9 %
Ne	49	37,1 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5: Osobní zkušenost



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem páté otázky bylo zjistit, zdali mají respondenti osobní zkušenost s lidmi s mentálním postižením. 83 respondentů zvolilo možnost ano a 49 respondentů zvolilo možnost ne.

Dotazníková otázka č. 6

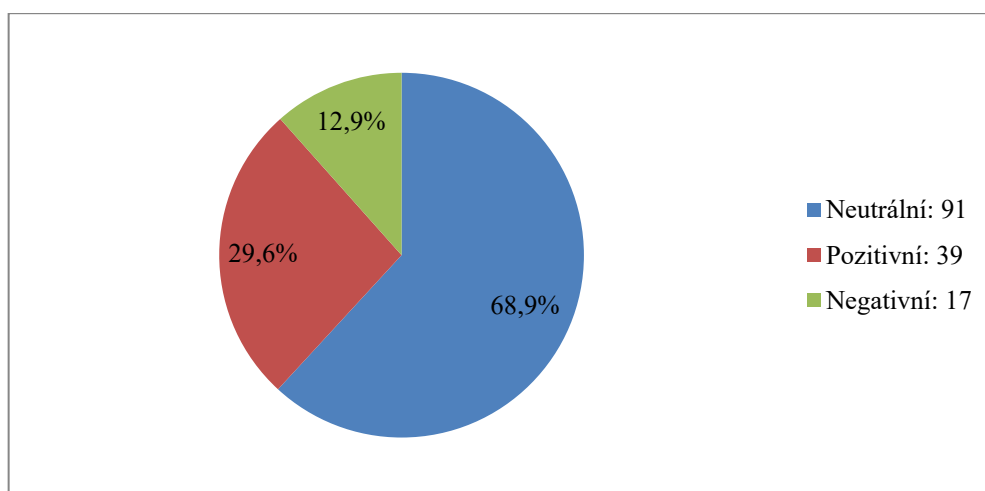
Jaké byly Vaše zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?

Tabulka č. 7: Shrnutí odpovědí na otázku č. 6

Jaké byly Vaše zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Neutrální	91	68,9 %
Pozitivní	39	29,6 %
Negativní	17	12,9 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Zkušenosti s lidmi s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem šesté otázky bylo zjistit, jaké byly zkušenosti respondentů s lidmi s mentálním postižením. 91 respondentů zvolilo neutrální zkušenosti s lidmi s mentálním postižením. Pozitivní zkušenosti zvolilo 39 respondentů a negativní zkušenosti 17 respondentů.

Dotazníková otázka č. 7

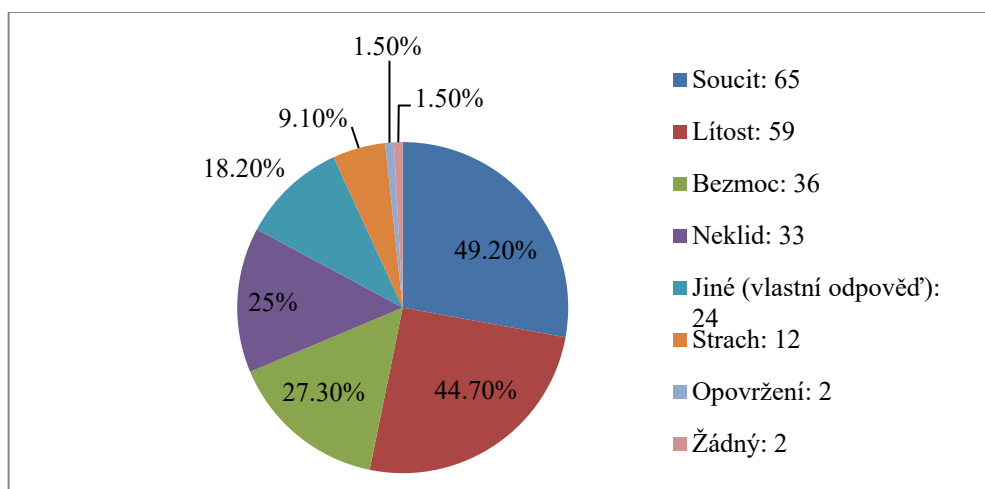
Jaký pocit ve Vás vyvolalo toto setkání/zkušenost?

Tabulka č. 8: Shrnutí odpovědí na otázku č. 7

Jaký pocit ve Vás vyvolalo toto setkání/zkušenost?	Počet N = 132	Relativní četnost
Soucit	65	49,2 %
Lítost	59	44,7 %
Bezmoc	36	27,3 %
Neklid	33	25 %
Jiné (vlastní odpověď)	24	18,2 %
Strach	12	9,1 %
Opovržení	2	1,5 %
Žádný	2	1,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7: Pocity ze setkání



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký pocit vyvolalo u respondenta setkání/zkušenost s člověkem s mentálním postižením. 65 respondentů zvolilo možnost soucit, 59 respondentů lítost a 36 respondentů bezmoc. Naopak strach byl zastoupen u 12 respondentů. Zajímavé byly i vlastní odpovědi respondentů, jako například pocity štěstí, lásky, vděčnosti, pochopení, pokory, jedinečnosti atd.

Dotazníková otázka č. 8

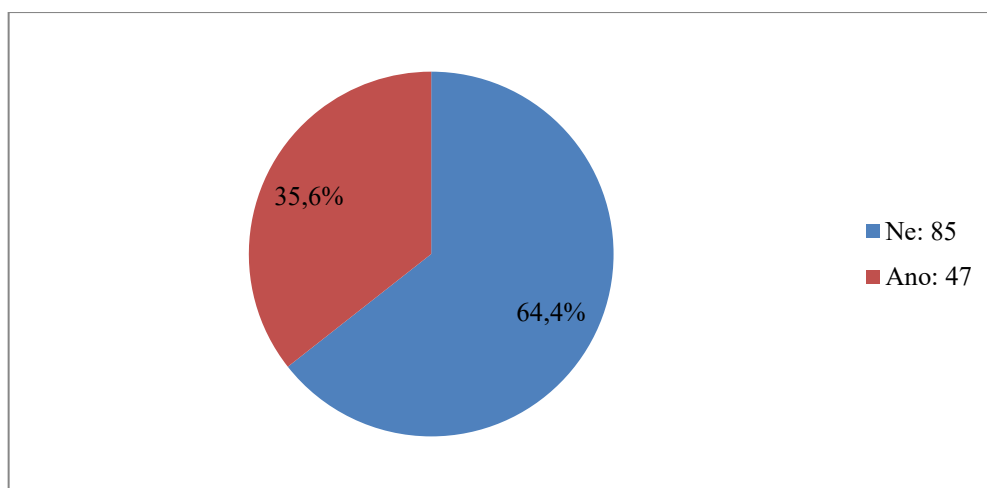
Dostal (a) jste se někdy do situace, že byste osobě s mentálním postižením mohl (a) poskytnout pomoc? (například v MHD)?

Tabulka č. 9: Shrnutí odpovědí na otázku č. 8

Dostal (a) jste se někdy do situace, že byste osobě s mentálním postižením mohl (a) poskytnout pomoc? (např. v MHD)	Počet N = 132	Relativní četnost
Ne	85	64,4 %
Ano	47	35,6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8: Poskytnutí pomoci



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem osmé otázky bylo zjistit, zdali se respondenti někdy dostali do situace, že by osobě s mentálním postižením mohli poskytnout pomoc. 85 respondentů zvolilo možnost ne a 47 respondentů zvolilo možnost ano.

Dotazníková otázka č. 9

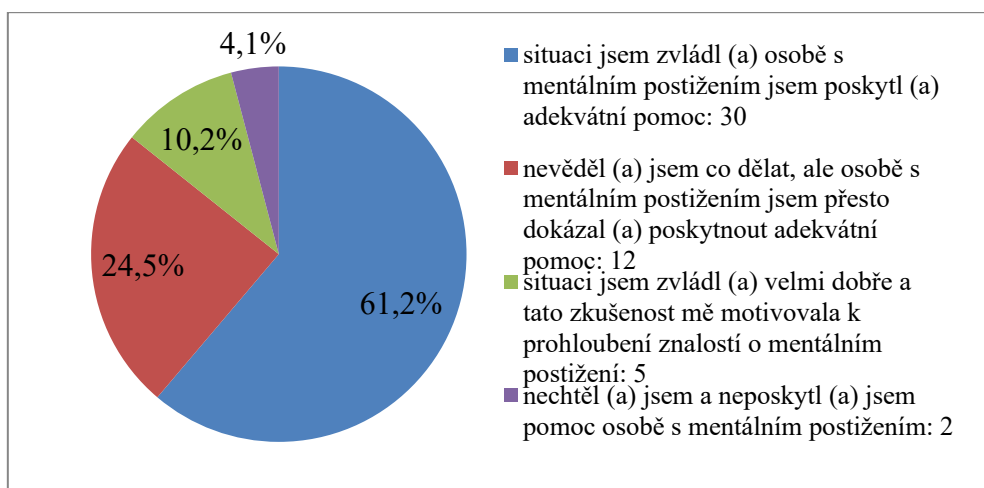
Pokud ano, jaký pocit ve Vás vyvolala tato situace (tato zkušenost)?

Tabulka č. 10: Shrnutí odpovědí na otázku č. 9

Jaký pocit ve Vás vyvolala tato situace (zkušenost)?	Počet N = 132	Relativní četnost
situaci jsem zvládl (a) osobě s mentálním postižením jsem poskytl (a) adekvátní pomoc	30	61,2 %
nevěděl (a) jsem co dělat, ale osobě s mentálním postižením jsem přesto dokázal (a) poskytnout adekvátní pomoc	12	24,5 %
situaci jsem zvládl (a) velmi dobře a tato zkušenost mě motivovala k prohloubení znalostí o mentálním postižení	5	10,2 %
nechtěl (a) jsem a neposkytl (a) jsem pomoc osobě s mentálním postižením	2	4,1 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9: Pocity z poskytnutí pomoci



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, jak danou situací (poskytnutí pomoci osobě s mentálním postižením) zvládli respondenti. 30 respondentů danou situací zvládlo a poskytlo osobě s mentálním postižením adekvátní pomoc. Oproti tomu 2 respondenti nechtěli pomoci a osobě s mentálním postižením neposkytli žádnou pomoc.

Dotazníková otázka č. 10

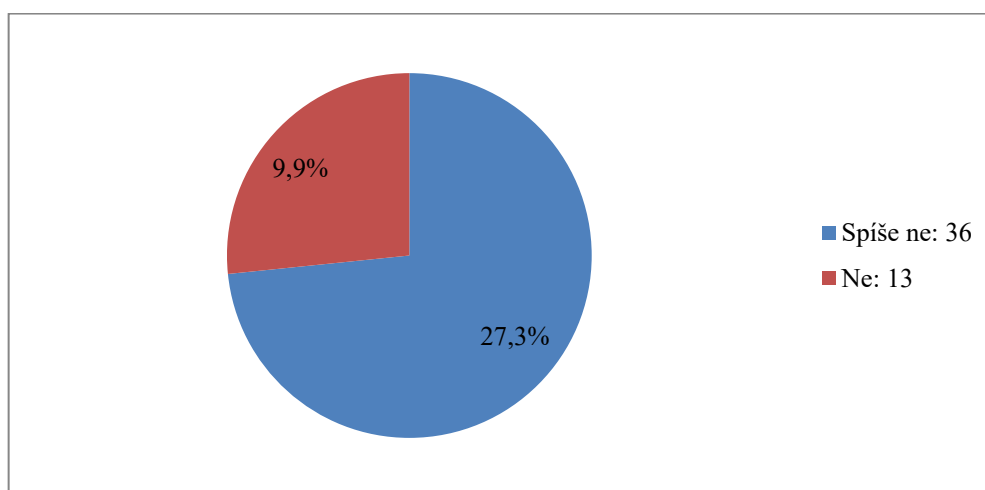
Máte nějaké informace o problematice mentálního postižení?

Tabulka č. 11: Shrnutí odpovědí na otázku č. 10

Máte nějaké informace o problematice mentálního postižení?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	43	32,6 %
Ano	40	30,3 %
Spíše ne	36	27,3 %
Ne	13	9,9 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10: Informace o problematice



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali mají respondenti nějaké informace o problematice mentálního postižení. Nejvyšší zastoupení (43) je u odpovědi spíše ano. Naopak 13 respondentů nemá žádné informace o této problematice.

Dotazníková otázka č. 11

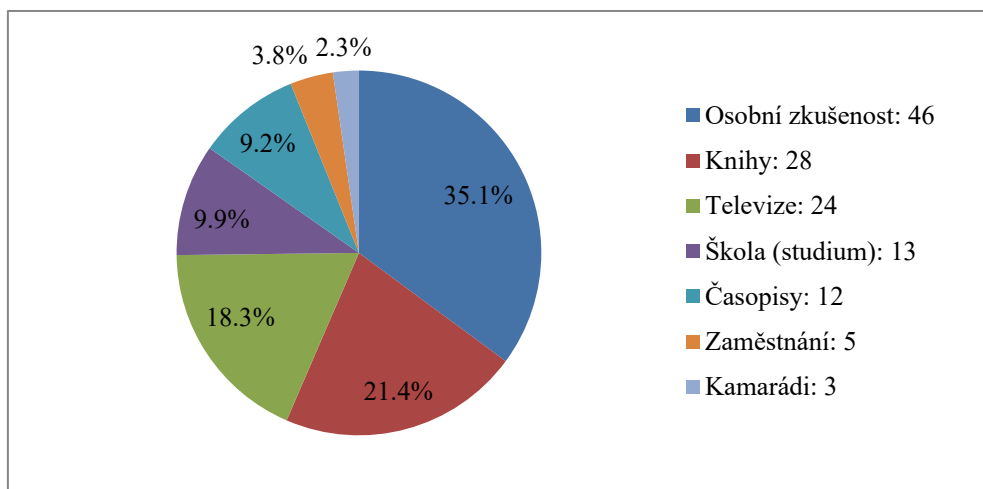
Z jakého zdroje pochází tyto informace?

Tabulka č. 12: Shrnutí odpovědí na otázku č. 11

Z jakého zdroje pochází tyto informace?	Počet N = 132	Relativní četnost
Internet	48	36,4 %
Osobní zkušenost (mám blízkého nebo známého s mentálním postižením)	46	34,9 %
Knihy	28	21,2 %
Televize	24	18,2 %
Škola (studium)	13	9,9 %
Časopisy	12	9,1 %
Zaměstnání	5	5,1 %
Kamarádi	3	3,1 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 11: Informace o problematice



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, z jakého zdroje pochází informace o problematice mentálního postižení. Nejvyšší zastoupení (48) je u možnosti internet, poté následuje osobní zkušenost respondentů (46) a 28 respondentů získalo informace četbou knih. 13 respondentů získalo informace o této problematice během svého studia.

Dotazníková otázka č. 12

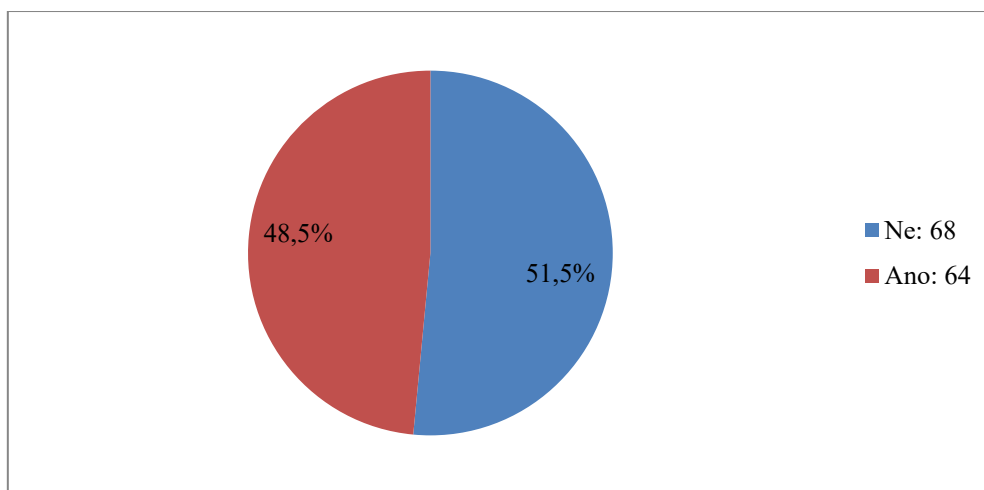
Setkal (a) jste se někdy s agresí u osob s mentálním postižením?

Tabulka č. 13: Shrnutí odpovědí na otázku č. 12

Setkal (a) jste se někdy s agresí u osob s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Ne	68	51,5 %
Ano	64	48,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12: Agrese



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali se někdy respondenti setkali s agresí u osob s mentálním postižením. 68 respondentů se nikdy nesetkalo s agresí a 64 respondentů se někdy setkalo s agresí u osob s mentálním postižením.

Dotazníková otázka č. 13

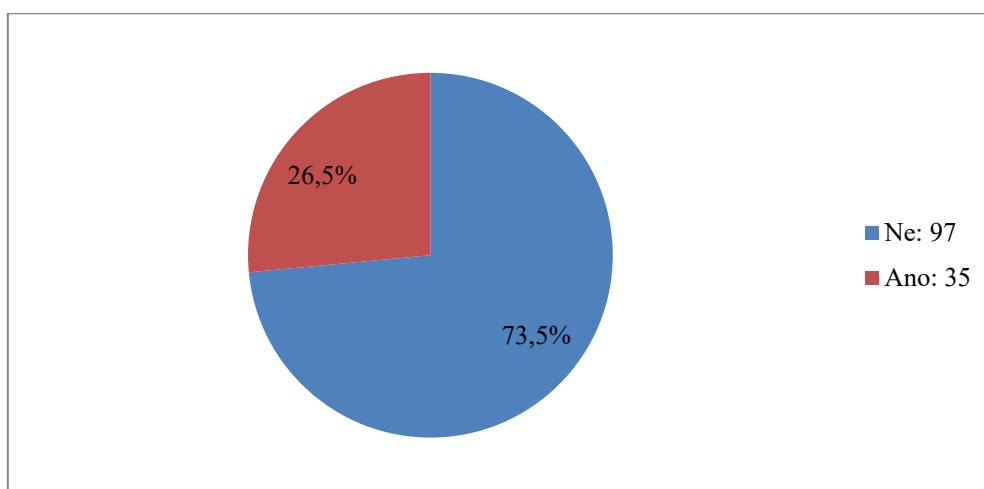
Máte strach z lidí s mentálním postižením?

Tabulka č. 14: Shrnutí odpovědí na otázku č. 13

Máte strach z lidí s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Ne	97	73,5 %
Ano	35	26,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 13: Strach



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali mají respondenti strach z lidí s mentálním postižením. 97 respondentů nemá strach a 35 respondentů má strach z lidí s mentálním postižením.

Dotazníková otázka č. 14

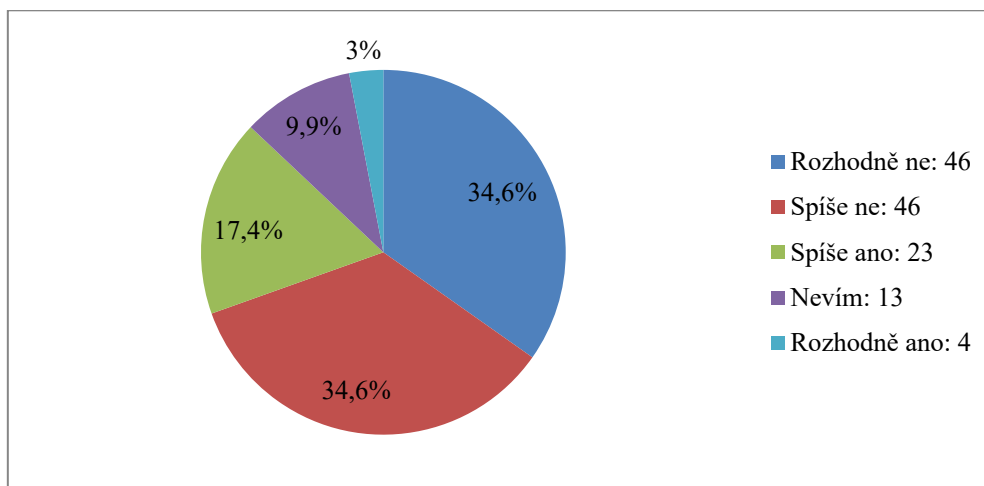
Vadil by Vám nějakým způsobem opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením?

Tabulka č. 15: Shrnutí odpovědí na otázku č. 14

Vadil by Vám nějakým způsobem opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Rozhodně ne	46	34,6 %
Spíše ne	46	34,6 %
Spíše ano	23	17,4 %
Nevím	13	9,9 %
Rozhodně ano	4	3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14: Opakovaný kontakt



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem dané otázky byli zjistit, zdali by respondenti nějakým způsobem vadil opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením. Nejvyšší zastoupení (46) je u odpovědi rozhodně ne a spíše ne. 4 respondentům by vadil opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením.

Dotazníková otázka č. 15

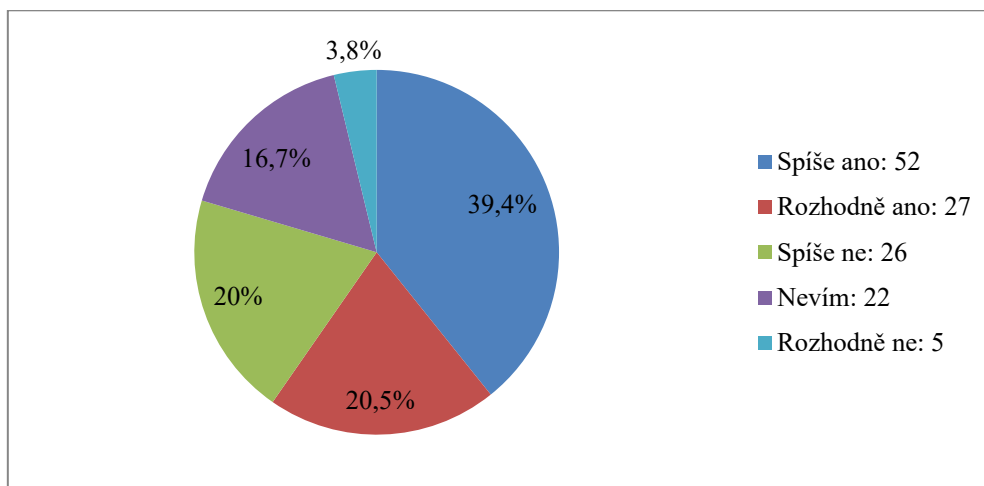
Domníváte se, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti?

Tabulka č. 16: Shrnutí odpovědí na otázku č. 15

Domníváte se, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	52	39,4 %
Rozhodně ano	27	20,5 %
Spíše ne	26	20 %
Nevím	22	16,7 %
Rozhodně ne	5	3,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 15: Diskriminace



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali se respondenti domnívají, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti. 52 respondentů zvolilo možnost spíše ano a 27 rozhodně ano. 5 respondentů se domnívá, že v naší společnosti rozhodně nedochází k diskriminaci těchto osob.

Dotazníková otázka č. 16

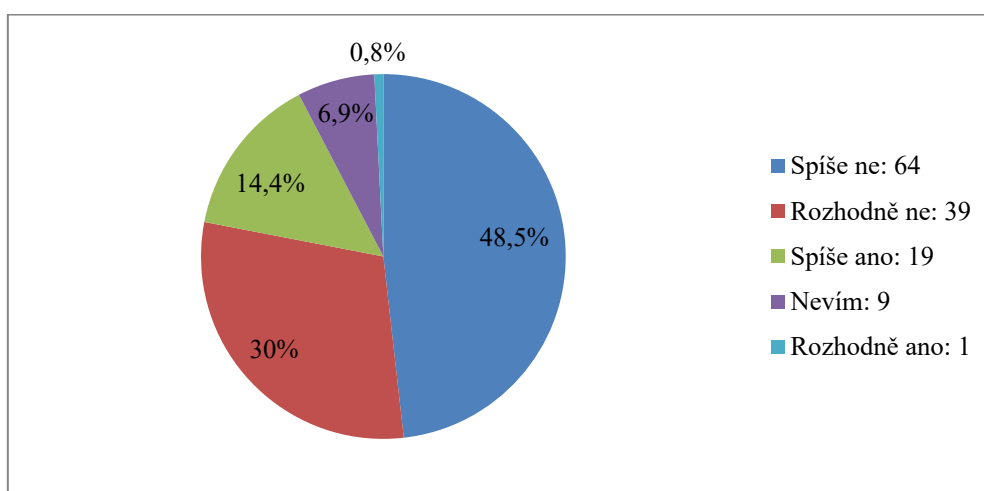
Myslíte si, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení?

Tabulka č. 17: Shrnutí odpovědí na otázku č. 16

Myslíte si, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ne	64	48,5 %
Rozhodně ne	39	30 %
Spíše ano	19	14,4 %
Nevím	9	6,9 %
Rozhodně ano	1	0,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 16: Informovanost veřejnosti o problematice



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem dané otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení. 64 respondentů si myslí, že naše společnost spíše nemá dostatečné informace o problematice mentálního postižení a 39 respondentů si myslí, že společnost rozhodně nemá dostatečné informace.

Dotazníková otázka č. 17

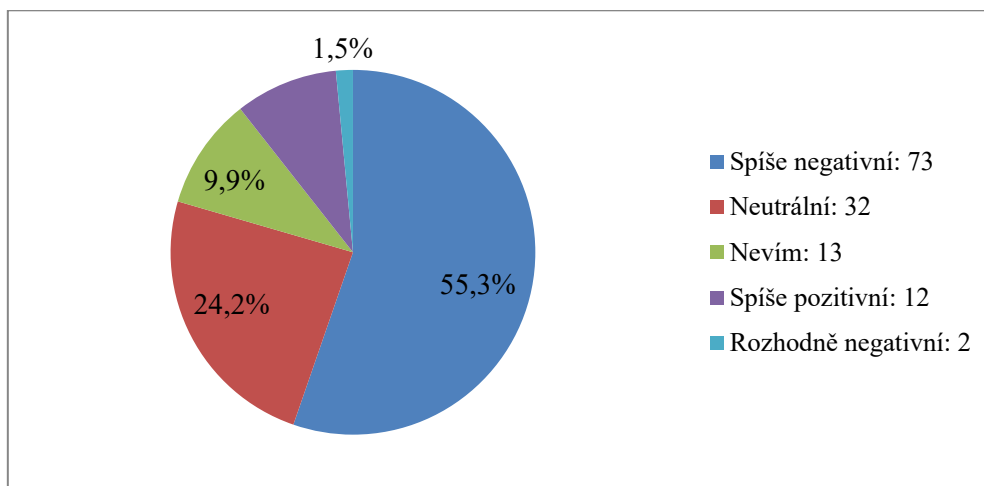
Jaké postoje má dle Vašeho názoru naše společnost k osobám s mentálním postižením?

Tabulka č. 18: Shrnutí odpovědí na otázku č. 17

Jaké postoje má dle Vašeho názoru naše společnost k osobám s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše negativní	73	55,3 %
Neutrální	32	24,2 %
Nevím	13	9,9 %
Spíše pozitivní	12	9,1 %
Rozhodně negativní	2	1,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 17: Názory na postoje společnosti



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké postoje má dle názoru respondentů naše společnost k osobám s mentálním postižením. Nejvyšší zastoupení (73) je u odpovědi spíše negativní postoje. Poté následuje odpověď neutrální postoje, kterou zvolilo 32 respondentů.

Dotazníková otázka č. 18

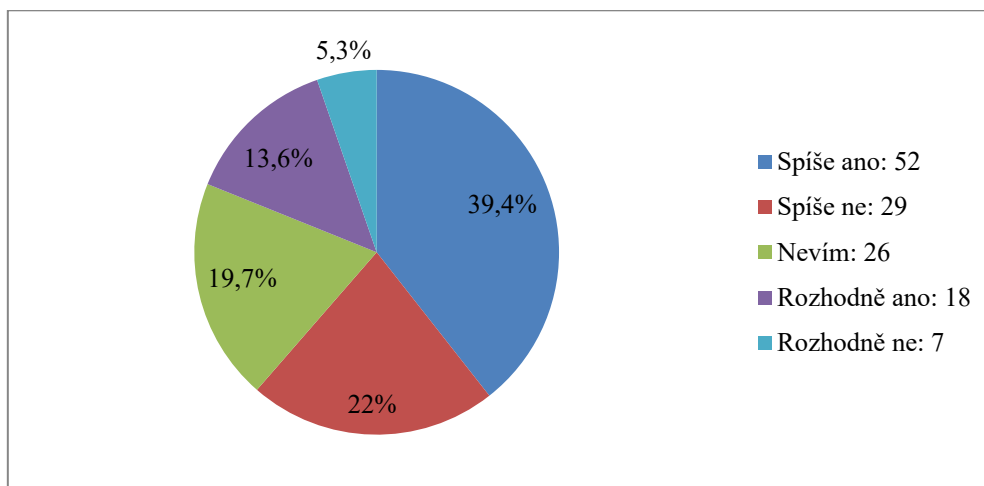
Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem?

Tabulka č. 19: Shrnutí odpovědí na otázku č. 18

Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	52	39,4 %
Spíše ne	29	22 %
Nevím	26	19,7 %
Rozhodně ano	18	13,6 %
Rozhodně ne	7	5,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18: Rodinný život



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem. 52 respondentů se přiklání k odpovědi spíše ano a 29 respondentů k odpovědi spíše ne. 7 respondentů zvolilo možnost rozhodně ne.

Dotazníková otázka č. 19

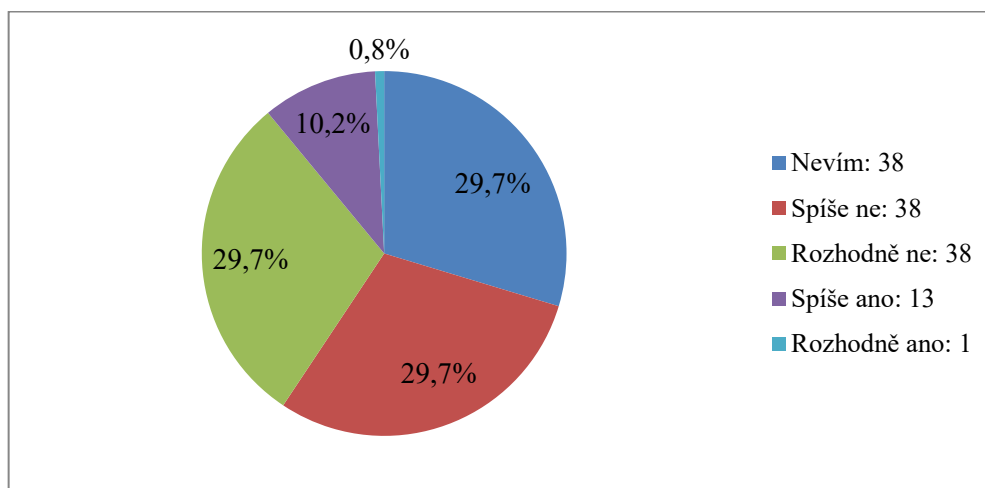
Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti?

Tabulka č. 20: Shrnutí odpovědí na otázku č. 19

Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti?	Počet N = 132	Relativní četnost
Nevím	38	29,7 %
Spíše ne	38	29,7 %
Rozhodně ne	38	29,7 %
Spíše ano	13	10,2 %
Rozhodně ano	1	0,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19: Děti lidí s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem dané otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti. Odpovědi neví, spíše ne a rozhodně ne zvolil stejný počet respondentů (38).

Dotazníková otázka č. 20

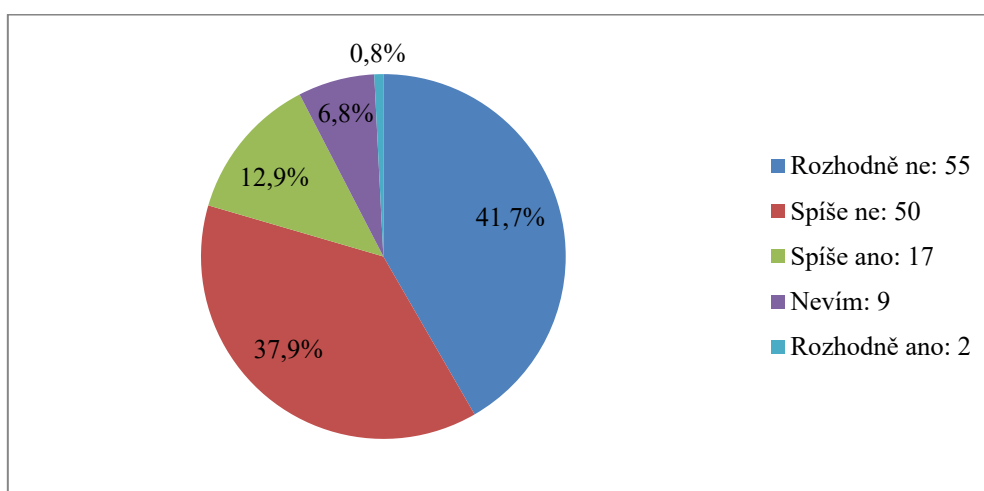
Vnímáte osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby?

Tabulka č. 21: Shrnutí odpovědí na otázku č. 20

Vnímáte osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby?	Počet N = 132	Relativní četnost
Rozhodně ne	55	41,7 %
Spíše ne	50	37,9 %
Spíše ano	17	12,9 %
Nevím	9	6,8 %
Rozhodně ano	1	0,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20: Sexuální potřeby



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali respondenti vnímají osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby. 55 respondentů si nemyslí, že lidé s mentálním postižením nemají žádné sexuální potřeby. Oproti tomu 17 respondentů zvolilo opačnou odpověď, a tedy, že osoby s mentálním postižením vnímají jako věčné děti nemající žádné sexuální potřeby.

Dotazníková otázka č. 21

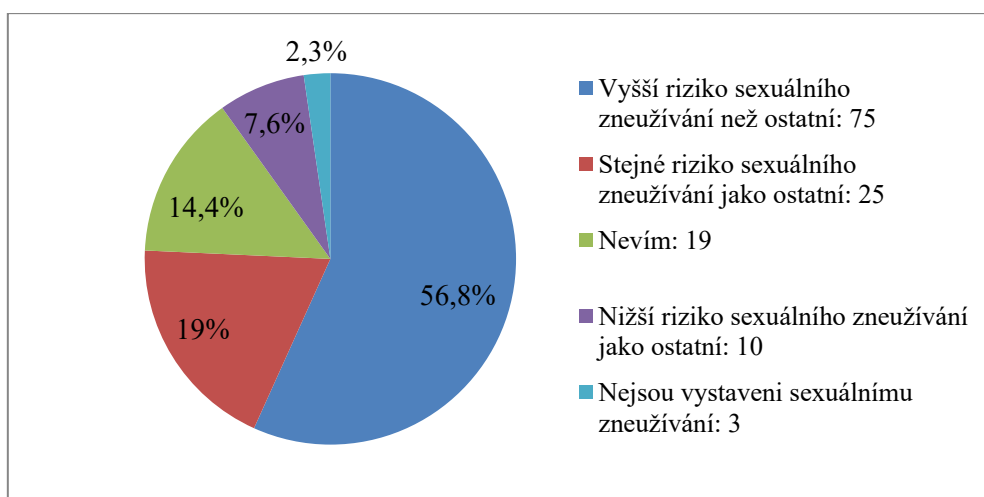
Jakému stupni riziku sexuálního zneužívání jsou podle Vašeho názoru vystaveni osoby s mentálním postižením?

Tabulka č. 22: Shrnutí odpovědí na otázku č. 21

Jakému stupni riziku sexuálního zneužívání jsou podle Vašeho názoru vystaveni osoby s mentálním postižením?	Počet N = 132	Relativní četnost
Vyšší riziko sexuálního zneužívání než ostatní	75	56,8 %
Stejně riziko sexuálního zneužívání jako ostatní	25	19 %
Nevím	19	14,4 %
Nižší riziko sexuálního zneužívání jako ostatní	10	7,6 %
Nejsou vystaveni sexuálnímu zneužívání	3	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21: Sexuální zneužívání



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, jakému stupni riziku sexuálního zneužívání jsou dle názorů respondentů vystaveni osoby s mentálním postižením. Nejvyšší zastoupení (75) je u odpovědi vyšší riziko sexuální zneužívání. Naopak 10 respondentů se domnívá, že lidé s mentálním postavením jsou vystaveni nižšímu riziku sexuálnímu zneužívání.

Dotazníková otázka č. 22

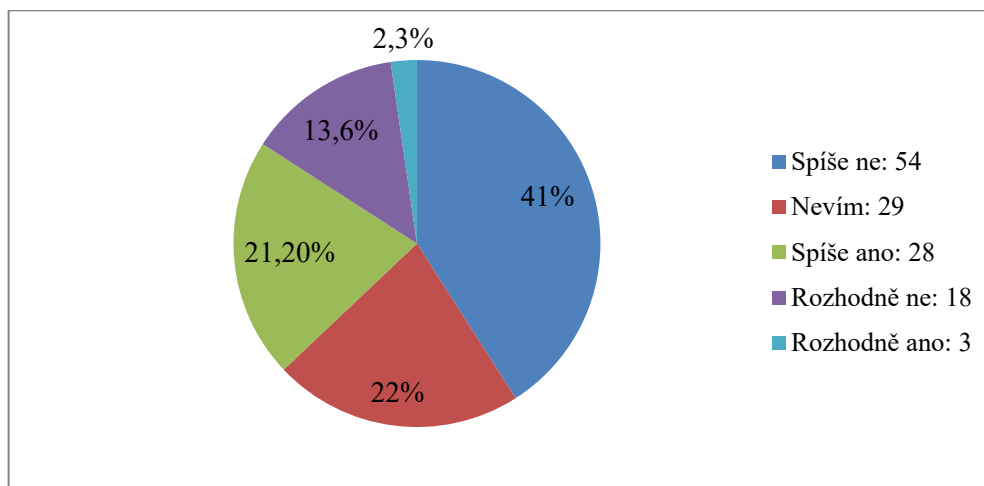
Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče?

Tabulka č. 23: Shrnutí odpovědí na otázku č. 22

Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ne	54	41 %
Nevím	29	22 %
Spíše ano	28	21,2 %
Rozhodně ne	18	13,6 %
Rozhodně ano	3	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22: Ústavy sociální péče



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče. 54 respondentů se domnívá, že by lidé s mentálním postižením spíše neměli žít v ústavech sociální péče a přesný opak si myslí celkem 28 respondentů.

Dotazníková otázka č. 23

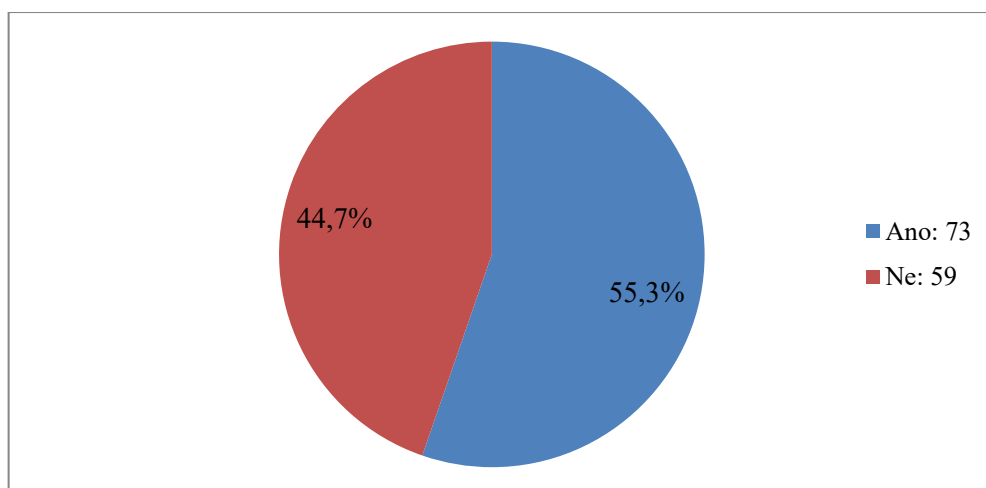
Víte, co představují (znamenají) sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení?

Tabulka č. 24: Shrnutí odpovědí na otázku č. 23

Víte, co představují (znamenají) sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení?	Počet N = 132	Relativní četnost
Ano	73	55,3 %
Ne	59	44,7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23: Sociální služby



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali respondenti mají nějaké informace o tom, co představují sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. 73 respondentů ví, co znamenají tyto služby a 59 respondentů nikoliv.

Dotazníková otázka č. 24

Pokud ano, napište, co o těchto sociálních službách víte?

Celkem bylo odevzdáno 32 odpovědí na tuto otázku. Na ukázkou uvedu ty, které byli podle mého názoru nejvýstižnější a nejzajímavější.

Chráněné bydlení si představuji jako dům, kde má každý z obyvatel svůj vlastní pokoj se sociálním zařízením. Sdílejí kuchyň a společenskou místnost. Také povinnosti, které s bydlením souvisí (úklid společných prostor - o své pokoje se starají sami, nádobí, vynášení odpadků, údržba venkovního prostoru kolem domu). Pro potřebu pomoci tam asi budou pracovat sociální pracovníce nebo jiní odborníci, kteří budou obyvatele trochu korigovat. Pomáhat s nákupy, přípravou jídla, možná dohlížet nad správným užíváním léků. Samostatné bydlení se podle mě neliší od bydlení běžných občanů. Žijí ve svých bytech (vlastních, pronajatých) a starají se o ně tak, jako běžní občané. Budou mít k dispozici někoho, kdo s nimi v určitou dobu bude konzultovat, co je potřeba. Možná návštěvy nebo po telefonu.

Podpora samostatného bydlení spočívá v tom, že sociální pracovníce dochází do domácnosti klienta a pomáhá mu s konkrétními smluvenými úkony (péče o domácnost, o sebe, hospodaření).

Podporu samostatného bydlení vnímám jako možnost, kdy jedinec s mentálním postižením bydlí sám, avšak má někoho na blízku, kdo mu se vším pomůže a zajišťuje mu služby, které si sám zajistit nezvládne.

Dotazníková otázka č. 25

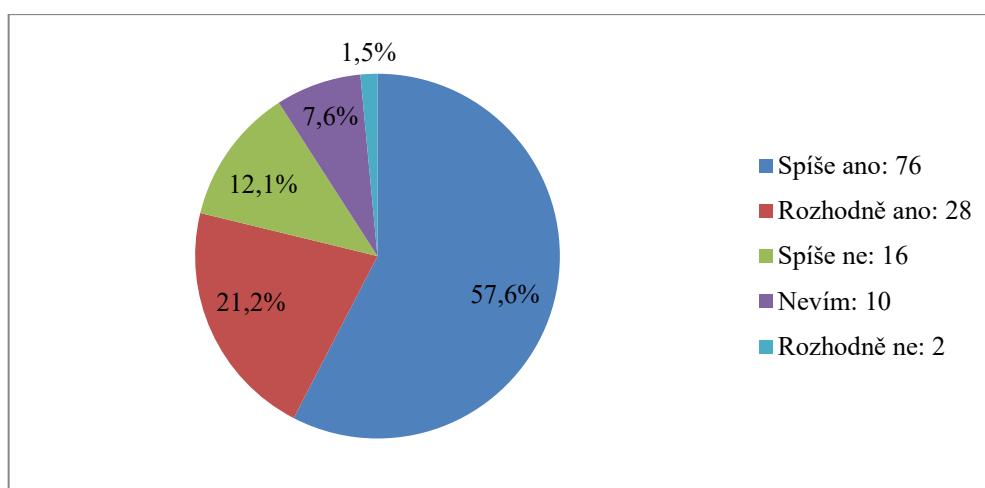
Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory (např. ze strany sociálních pracovníků či jiných pracovníků)?

Tabulka č. 25: Shrnutí odpovědí na otázku č. 25

Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory (např. ze strany sociálních pracovníků či jiných pracovníků)?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	76	57,6 %
Rozhodně ano	28	21,2 %
Spíše ne	16	12,1 %
Nevím	10	7,6 %
Rozhodně ne	2	1,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24: Samostatnější bydlení



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, zdali se respondenti domnívají, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory. 76 respondentů zvolilo možnost spíše ano. Naopak odpověď spíše ne zvolilo 16 respondentů.

Dotazníková otázka č. 26

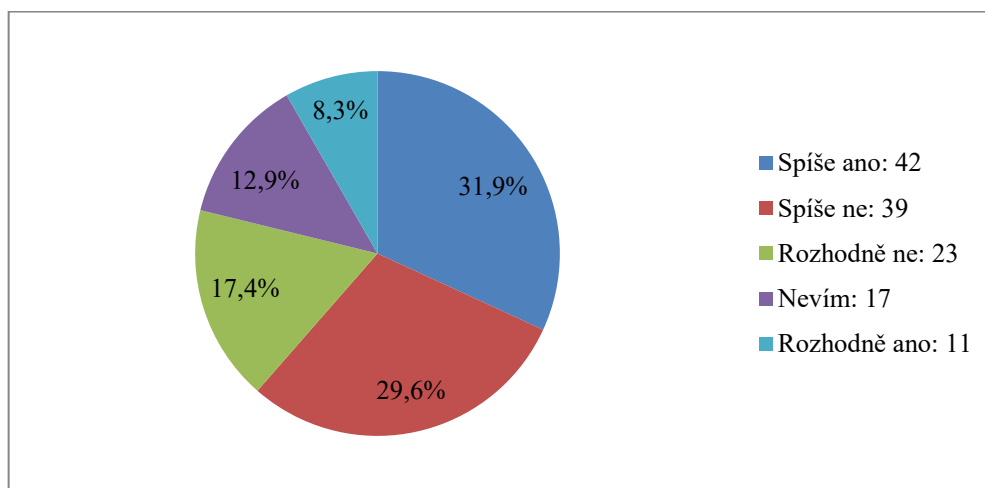
Myslíte si, že by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi?

Tabulka č. 26: Shrnutí odpovědí na otázku č. 26

Myslíte si, že by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	42	31,9 %
Spíše ne	39	29,6 %
Rozhodně ne	23	17,4 %
Nevím	17	12,9 %
Rozhodně ano	11	8,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 25: Inkluze dětí s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že by děti s určitým mentálním postižením měli navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi. 42 respondentů se přiklání k odpovědi spíše ano a 39 respondentů k odpovědi spíše ne. 17 respondentů neví, zdali by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi.

Dotazníková otázka č. 27

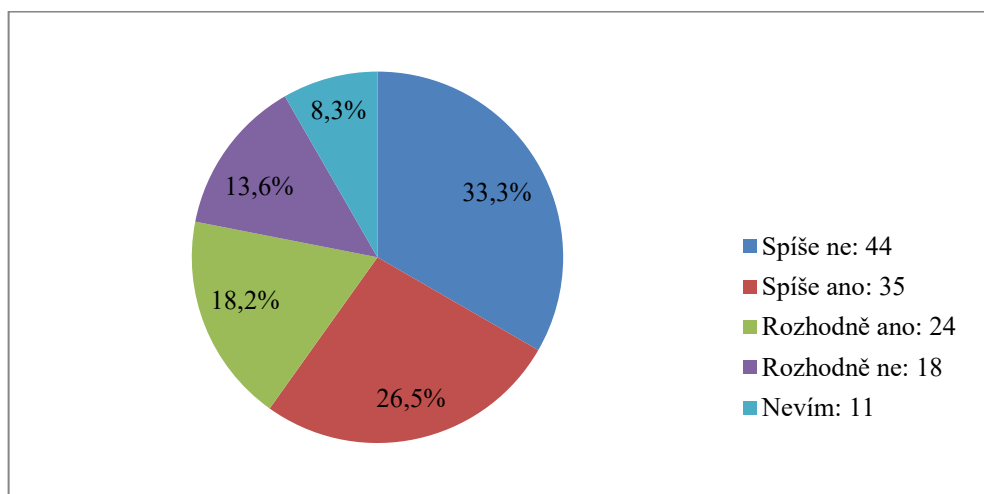
Myslíte si, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí?

Tabulka č. 27: Shrnutí odpovědí na otázku č. 27

Myslíte si, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ne	44	33,3 %
Spíše ano	35	26,5 %
Rozhodně ano	24	18,2 %
Rozhodně ne	18	13,6 %
Nevím	11	8,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26: Společná výuka



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit ostatní děti. 44 respondentů se domnívá, že společná výuka spíše neovlivní ostatní děti a 35 respondentů si myslí pravý opak. 24 respondentů se přiklání k tomu, že společná výuka může rozhodně negativním způsobem ovlivnit ostatní děti.

Dotazníková otázka č. 28

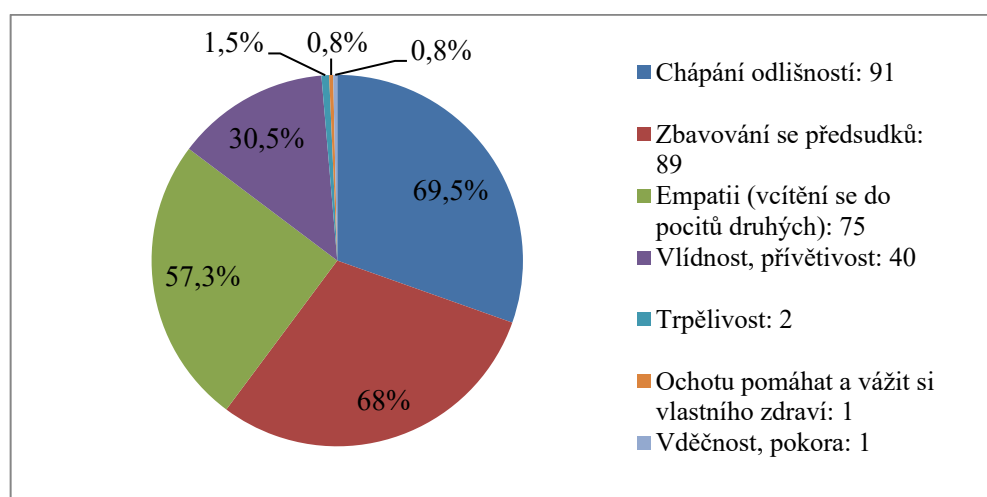
Co pozitivního může dle Vašeho názoru společné vzdělání přinést ostatním dětem?

Tabulka č. 28: Shrnutí odpovědí na otázku č. 28

Co pozitivního může dle Vašeho názoru společné vzdělání přinést ostatním dětem?	Počet N = 132	Relativní četnost
Chápání odlišností	91	69,5 %
Zbavování se předsudků	89	68 %
Empatii (vcítění se do pocitů druhých)	75	57,3 %
Vlídnost, přívětivost	40	30,52 %
Trpělivost	2	1,52 %
Ochotu pomáhat a vážit si vlastního zdraví	1	0,8 %
Vděčnost, pokora	1	0,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27: Přínos společného vzdělávání



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, co pozitivního může dle názoru respondentů přinést společná výuka ostatním dětem. 91 respondentů zvolilo odpověď chápání odlišností, 89 respondentů odpověď zbavování se předsudků a 74 respondentů odpověď empatii.

Dotazníková otázka č. 29

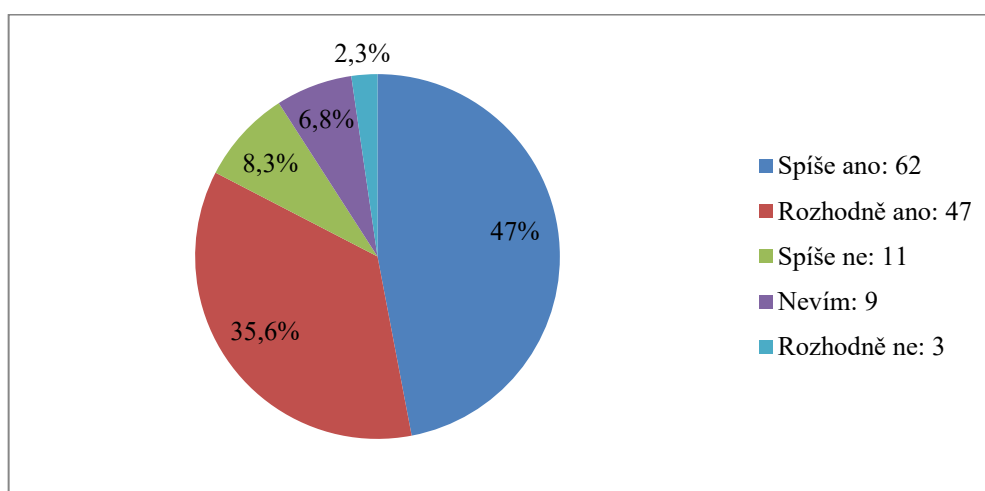
Myslíte si, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňováni do zaměstnání, kulturních akcí atd.?

Tabulka č. 29: Shrnutí odpovědí na otázku č. 29

Myslíte si, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňováni do zaměstnání, kulturních akcí atd.?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ano	62	47 %
Rozhodně ano	47	35,6 %
Spíše ne	11	8,3 %
Nevím	9	6,8 %
Rozhodně ne	3	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28: Začleňování lidí s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že by lidé s mentálním postižením měli být začleňováni do kulturních akcí, zaměstnání atd. 62 respondentů zvolilo možnost spíše ano, 47 respondentů možnost rozhodně ano a 11 respondentů možnost spíše ne. 3 respondenti se domnívají, že by osoby s mentálním postižením neměli být začleňováni do kulturních akcí a zaměstnání.

Dotazníková otázka č. 30

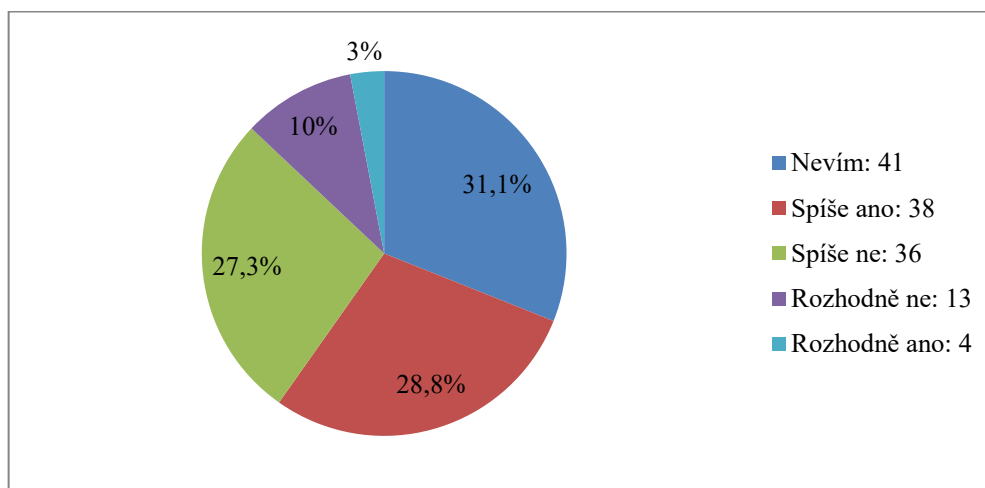
Myslíte si, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující?

Tabulka č. 30: Shrnutí odpovědí na otázku č. 30

Myslíte si, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující?	Počet N = 132	Relativní četnost
Nevím	41	31,1 %
Spíše ano	38	28,8 %
Spíše ne	36	27,3 %
Rozhodně ne	13	10 %
Rozhodně ano	4	3 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 29: Poskytovaná péče



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující. 41 respondentů neví, zdali je poskytovaná péče dostačující, 38 respondentů se domnívá, že spíše ano a 36 respondentů se domnívá, že poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením je spíše nedostačující.

Dotazníková otázka č. 31

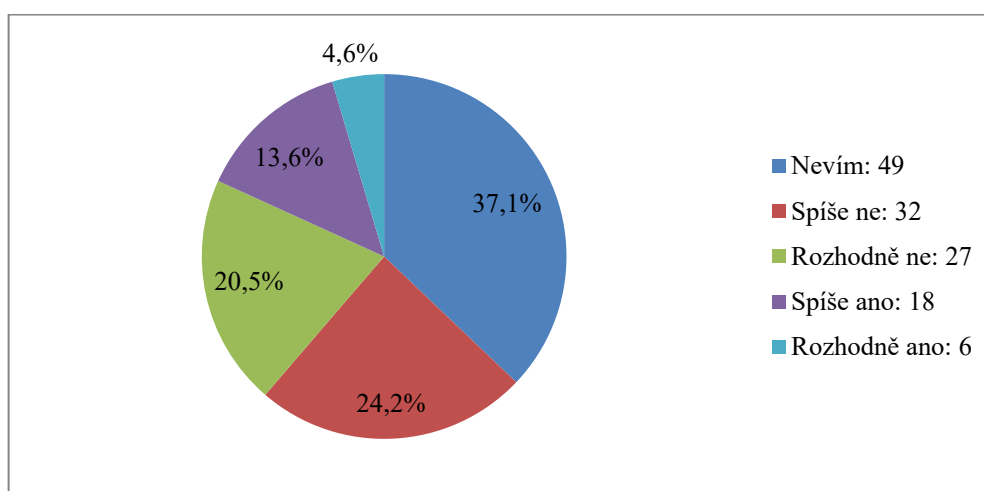
Myslíte si, že jsou příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, zvláštní pomůcku, atd.) od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující?

Tabulka č. 31: Shrnutí odpovědí na otázku č. 31

Myslíte si, že jsou příspěvky od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující?	Počet N = 132	Relativní četnost
Nevím	49	37,1 %
Spíše ne	32	24,2 %
Rozhodně ne	27	20,5 %
Spíše ano	18	13,6 %
Rozhodně ano	6	4,6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 30: Příspěvky pro osoby se zdravotním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali se respondenti domnívají, že jsou příspěvky (na péči, mobilitu, zvláštní pomůcku, atd.) pro osoby se zdravotním postižením dostačující. 49 respondentů neví, 32 respondentů se domnívá, že spíše ne a 27 se domnívá, že rozhodně ne. 6 respondentů si myslí, že příspěvky od státu pro osoby s mentálním postižením jsou rozhodně dostačující.

Dotazníková otázka č. 32

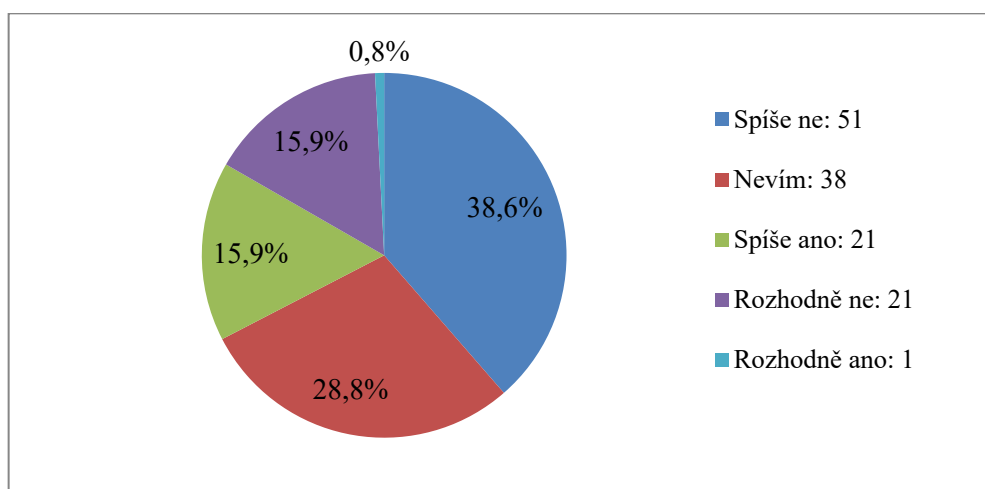
Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností? (například v rámci zaměstnávání)?

Tabulka č. 32: Shrnutí odpovědí na otázku č. 32

Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností? (například v rámci zaměstnávání)?	Počet N = 132	Relativní četnost
Spíše ne	51	38,6 %
Nevím	38	28,8 %
Spíše ano	21	15,9 %
Rozhodně ne	21	15,9 %
Rozhodně ano	1	0,8 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 31: Příležitosti k rozvoji dovedností



Zdroj: vlastní zpracování

Cílem otázky bylo zjistit, zdali si respondenti myslí, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností. Nejvyšší zastoupení (51) je u odpovědi spíše ne. 38 respondentů zvolilo možnost nevím a stejný počet respondentů (21) zvolilo odpovědi spíše ano a rozhodně ne.

4. 10. Verifikace hypotéz

Hypotéza 1: Lidé mající zkušenosti s lidmi s mentálním postižením si nemyslí, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení.

Nejprve byla stanovena nulová hypotéza a poté vyslovena alternativní hypotéza. Tato hypotéza byla následně testována chí kvadrát testem.

H0: Názor na informovanost není ovlivněn tím, zda má respondent zkušenost s lidmi s mentálním postižením.

H1: Názor na informovanost je ovlivněn tím, zda má respondent zkušenost s lidmi s mentálním postižením.

Tabulka č. 34: Absolutní četnosti u hypotézy č. 1

Absolutní četnosti	Rozhodně + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	Celkem
Ne	6	6	22	15	49
Ano	14	3	42	24	83
Celkem	20	9	64	39	132

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 35: Teoretické četnosti u hypotézy č. 1

Teoretické četnosti	Rozhodně + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Ne	7,42	3,34	23,75	14,47
Ano	12,57	5,65	40,24	24,52

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 36: Chí kvadrát u hypotézy č. 1

Chí kvadrát	Rozhodně + spíše ano	nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Ne	0,2732	2,1164	0,1300	0,0189
Ano	0,1612	1,2495	0,0767	0,0111

Zdroj: vlastní zpracování

- Testovací kritérium 4,037196195
- Hladina významnosti 0,05
- Stupeň volnosti 3
- Kritická hranice 7,814727903

Závěr: Testovací kritérium nepřekročilo kritickou hranici. Na hladině významnosti 0,05 neexistuje statisticky významná závislost mezi proměnnými. Nulová hypotéza se nezamítá. Lidé mající zkušenosti s lidmi s mentálním postižením si nemyslí více, že je naše společnost dostatečně informovaná než respondenti bez zkušeností s lidmi s mentálním postižením. **Hypotéza č. 1 se zamítá.**

Hypotéza 2: Lidé starší věkové kategorie se častěji domnívají, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče než lidé mladší věkové kategorie.

Nejprve byla stanovena nulová hypotéza a poté vyslovena alternativní hypotéza. Tato hypotéza byla následně testována chí kvadrát testem.

H0: Odpovědi nejsou ovlivněné věkem respondentů

H1: Odpovědi jsou ovlivněné věkem respondentů

Tabulka č. 37: Absolutní četnosti u hypotézy č. 2

Absolutní četnosti	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	Celkem
Do 46 let	27	21	46	11	105
46 let a více	4	8	8	7	27
Celkem	31	29	54	18	132

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 38: Teoretické četnosti u hypotézy č. 2

Teoretické četnosti	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Do 46 let	24,66	23,07	42,95	14,32
46 let a více	6,34	5,93	11,04	3,68

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 39: Chí kvadrát u hypotézy č. 2

Chí kvadrát	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
Do 46 let	0,2222	0,1854	0,2159	0,7689
46 let a více	0,8642	0,7212	0,8397	2,9904

Zdroj: vlastní zpracování

- Testovací kritérium 6,807994512
- Hladina významnosti 0,05
- Stupeň volnosti 3
- Kritická hranice 7,814727903

Závěr: Hodnota testovací statistiky je menší než kritická hranice. Na hladině významnosti 0,05 neexistuje statisticky významná závislost mezi proměnnými. Nulová hypotéza se nezamítá. Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem a odpověďmi. Lidé starší věkové kategorie se častěji nedomnívají, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče než lidé mladší věkové kategorie. **Hypotéza č. 2 se zamítá.**

Hypotéza č. 3: Lidé mladší věkové kategorie se častěji domnívají, že by mělo docházet k integraci dětí s určitým mentálním postižením do běžných škol.

Nejprve byla stanovena nulová hypotéza a poté vyslovena alternativní hypotéza. Tato hypotéza byla následně testována chí kvadrát testem.

H0: Názor na integraci nezávisí na věku respondentů

H1: Názor na integraci závisí na věku respondentů

Tabulka č. 40: Absolutní četnosti u hypotézy č. 3

Absolutní četnosti	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	Celkem
18 - 30 let	27	8	22	12	69
31- 45 let	15	5	10	6	36
46 a více let	11	4	7	5	27
Celkem	53	17	39	23	132

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 41: Teoretické četnosti u hypotézy č. 3

Teoretické četnosti	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
18 – 30 let	27,70	8,87	20,39	12,02
31 – 45 let	14,45	4,64	10,64	6,27
46 a více let	10,84	3,48	7,98	4,70

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 42: Chí kvadrát u hypotézy č. 3

Chí kvadrát	Rozhodně ano + spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne
18 – 30 let	0,0179	0,08841	0,1277	0,0125
31 – 45 let	0,0206	0,0285	0,0380	0,0119
46 a více let	0,0023	0,0786	0,1197	0,0186

Zdroj: vlastní zpracování

- Testovací kritérium 6,807994512
- Hladina významnosti 0,05
- Stupeň volnosti 3
- Kritická hranice 7,814727903

Závěr: Testovací statistika nepřesáhla kritickou hranici. Na hladině významnosti 0,05 neexistuje statisticky významná závislost mezi proměnnými. Nulová hypotéza se nezamítá. Lidé mladší věkové kategorie se častěji nedomnívají, že by mělo docházet k integraci dětí s určitým mentálním postižením do běžných škol. **Hypotéza č. 3 se zamítá.**

4. 11. Interpretace získaných dat v závislosti na stanovených dílčích cílech

Odpovědi z vyplněných dotazníků byly zapsány do záznamového archu, který byl vytvořen v Excelu. Tento záznamový později sloužil jako podklad pro tvorbu grafů a tabulek, které znázorňují rozložení všech odpovědí na jednotlivé otázky. Celkově bylo staveno 7 dílčích cílů a 32 dotazníkových otázek. Ke zpracování dílčích cílů byly použity odpovědi z 29 dotazníkových otázek.

DC I – zjistit osobní zkušenost respondentů s osobami s mentálním postižením

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

4. Setkal (a) jste se někdy s osobou s mentálním postižením?
5. Máte osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?
6. Jaké byly Vaše zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?
7. Jaký pocit ve vás vyvolalo toto setkání/zkušenost?
8. Dostal (a) jste se někdy do situace, že byste osobě s mentálním postižením mohl (a) poskytnout pomoc? (například v MHD)
9. Pokud ano, jaký pocit ve vás vyvolala tato situace (tato zkušenost)?

Výsledky šetření ukázaly, že 83 respondentů má osobní zkušenost s lidmi s mentálním postižením a jejich zkušenosti s nimi byli spíše neutrální (68, 9 %). U respondentů se objevil soucit (49, 2 %), lítost (44,7 %) a bezmoc 27,3 %, ale i strach (9, 1%) při setkání s osobou s mentálním postižením. 85 respondentů se někdy dostalo do situace, že by osobě s mentálním postižením mohli poskytnout pomoc. Z hlediska otázky, jak danou situaci zvládli, uvedlo 30 respondentů, že nastalou situaci zvládli velmi dobře a poskytli potřebnou pomoc osobě s mentálním postižením.

Stěžejním zjištěním tohoto cíle je, že při osobní zkušenosti respondentů s lidmi s mentálním postižením převažují spíše neutrální zkušenosti a objevuje se soucit, lítost,

bezmoc, ale i strach při setkání s osobou s mentálním postižením. Osobní zkušenosti jsou i v případě poskytnutí pomoci osobě s mentálním postižením (např. v MHD), kdy tato situace vedla k pohotovému reakci, zvládnutí dané situace a poskytnutí adekvátní pomoci.

DC II - zjistit z jakého zdroje a z jakého důvodu mohou pocházet některé předsudky o osobách s mentálním postižením.

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

10. Máte nějaké informace o problematice mentálního postižení?

11. Z jakého zdroje pochází tyto informace?

12. Setkali jste se někdy s agresí u osob s mentálním postižením?

13. Máte strach z lidí s mentálním postižením?

14. Vadil by Vám nějakým způsobem opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením?

Výsledky šetření ukázaly, že 43 respondentů spíše má nějaké informace o problematice mentálního postižení a jako zdroj těchto informací je nejčastěji uváděn internet (36,4 %), osobní zkušenost (34,9 %), knihy (21,2 %) a televize (18,2 %). 68 respondentů se nikdy nesetkalo s agresí u osob s mentálním postižením a 97 respondentů nemá strach z lidí s mentálním postižením. 46 respondentům by rozhodně nevadil opakovaný kontakt s osobami s mentálním postižením.

Odpovědí na tento dílčí cíl je, že lidé mají informace o problematice mentálního postižení a jako zdroj těchto informací je uváděn internet, osobní zkušenosti, televize a knihy. Agrese u osob s mentálním postižením není vídána a strach z osob s mentálním postižením respondenti nemají. Nežádoucí není ani opakovaný kontakt s osobami s mentálním postižením.

DC III - zjistit názor respondentů na postoje naší společnosti vůči osobám s mentálním postižením

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

15. Domníváte se, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti?

16. Myslíte si, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení?

17. Jaké postoje má dle Vašeho názoru naše společnost k osobám s mentálním postižením?

Výsledky šetření ukázaly, že 52 respondentů se domnívá, že v naší společnosti spíše dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením. 64 respondentů se rovněž přiklání k tomu, že naše společnost není dostatečně informována o této problematice. 73 respondentů si myslí, že v naší společnosti převažují negativní postoje k osobám s mentálním postižením.

Stěžejním zjištěním tohoto cíle je, že z pohledu respondentů dochází v naší společnosti k diskriminaci osob s mentálním postižením a převažují negativní postoje k osobám s mentálním postižením. Nedostatečná informovanost dané problematiky může též vést k negativním postojům naší společnosti k osobám s mentálním postižením.

DC IV - zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením v oblasti partnerského a rodinného života

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

18. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem?

19. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti?

20. Vnímáte osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby?

Výsledky šetření ukázaly, že 52 respondentů se domnívá, že osoby s mentálním postižením jsou schopni žít partnerských/rodinným životem. Z hlediska otázky, zdali by lidé s mentálním postižením měli mít děti, zvolil stejný počet respondentů (38) možnosti nevím, spíše ne a rozhodně ne. 55 respondentů nevnímá osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“ nemající žádné sexuální potřeby.

Odpovědí na tento dílčí cíl je, že osoby s mentálním postižením jsou schopni žít partnerským/rodinným životem a jedním z hlavních důvodů je to, že nejsou vnímáni jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby. Dalším stěžejním zjištěním tohoto cíle je, že by lidé s mentálním postižením spíše neměli mít děti.

DC V - zjistit postoje respondentů k osobám s mentálním postižením v oblasti bydlení

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

22. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče?
23. Víte, co představují (znamenají) sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení?
24. Pokud ano, napište, co o těchto sociálních službách víte?
25. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory (např. ze strany sociálních pracovníků či jiných pracovníků)?

Výsledky šetření ukázaly, že 54 respondentů si myslí, že by lidé s mentálním postižením spíše neměli žít v ústavech sociální péče. 73 respondentů ví, co jsou to sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. Každý respondent poté vlastními slovy napsal vlastní odpověď. 76 respondentů si myslí, že jsou osoby s mentálním postižením spíše schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory.

Odpovědí na tento dílčí cíl je, že lidé s mentálním postižením by neměli žít v ústavech sociální péče. S profesionální podporou (např. sociální pracovníci) jsou lidé s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení. Převažuje i informovanost lidí o sociálních službách chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení.

DC VI - zjistit názory respondentů na integraci osob s mentálním postižením do společnosti

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

26. Myslíte si, že by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi?
27. Myslíte si, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí?
28. Co pozitivního může dle Vašeho názoru společné vzdělávání přinést ostatním dětem?
29. Myslíte si, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňováni do zaměstnání, kulturních akcí atd.?

Výsledky šetření ukázaly, že 42 respondentů se přiklání k odpovědi, že by děti s určitým mentálním postižením spíše měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi. Na otázku, zdali společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit

vzdělávání ostatních dětí, odpovědělo 44 respondentů, že spíše ne. Z hlediska otázky, co pozitivního přinese společné vzdělávání ostatním dětem, zvolilo chápání odlišností 69,5 % respondentů, zbavování se předsudků 68 % respondentů a empatii 57,3 % respondentů. 62 respondentů se domnívá, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňováni do zaměstnání, kulturních akcí atd.

Stěžejním zjištěním tohoto cíle je, že by děti s určitým mentálním postižením spíše měli navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi. Jedním z důvodů pro společné vzdělávání je i to, že společná výuka nemůže negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí. Společné vzdělávání pak dětem bez postižení může naučit empatii, chápání odlišnosti a zbavování se předsudků. Dalším zjištěním tohoto cíle je, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňováni do kulturních akcí, zaměstnání atd.

DC VII - zjistit názory respondentů na poskytované služby, péči a podporu ze strany státu osobám s mentálním postižením

Ke zjištění byly použity dotazníkové otázky:

30. Myslíte si, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující?
31. Myslíte si, že jsou příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, zvláštní pomůcku, atd.) od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující?
32. Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností? (například v rámci zaměstnávání)?

Výsledky šetření ukázaly, že 41 respondentů neví, zdali je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující. Stejnou odpověď zvolilo 49 respondentů na otázku, zdali jsou příspěvky od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující. Z hlediska otázky, zdali je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností, odpovědělo 51 respondentů, že spíše ne.

Odpovědí na tento dílčí cíl je, že respondenti nemají informace o tom, zdali je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením a příspěvky od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující. Osobám s mentálním postižením spíše není nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností.

5 Diskuse

V rámci výzkumného šetření se mi podařilo nalézt odpovědi na dílčí cíle. Výsledky z prvního dílčího cíle ukázaly, že při osobní zkušenosti respondentů převažují spíše neutrální zkušenosti s osobami s mentálním postižením. Objevuje se soucit, lítost, strach a bezmoc v případě osobního setkání. Tyto pocity se mohou dle mého názoru objevovat u lidí, kteří přišli do kontaktu s člověkem s mentálním postižením poprvé, nebo spatří dítě s mentálním postižením, nebo člověka s těžkým mentálním postižením. Odlišné pocity jsou u lidí pracujících s touto cílovou skupinou nebo u lidí, kteří jsou s osobou s mentálním postižením v celodenním kontaktu. Pozitivně vnímám převažující kladné odpovědi v případě poskytnutí adekvátní pomoci osobě s mentálním postižením. Mentálně postižený člověk si v mnohých situacích nemusí vědět rady a proto je pro něj pomoc ze strany empatického člověka nesmírně důležitá. S člověkem s mentálním postižením mluvíme pomalu, přirozeně a srozumitelně, tak aby nám zkrátka dobře rozuměl.

Výsledky z druhého dílčího cíle ukázaly, že mezi nejčastější zdroje informací o problematice mentálního postižení patří internet, knihy, televize a osobní zkušenosti. Internet jako zdroj informací nevnímám jako příliš dobrý, neboť na internetu se velmi často objevují nepřesné a nekvalitní informace i zprávy. Na druhou stranu může být i internet kvalitním a lehce dostupným zdrojem informací, ale jen pokud jsou tyto informace přebírány z ověřených zdrojů a stránek. Pozitivně vnímám absenci strachu z lidí s mentálním postižením. Z vlastní zkušenosti vím, že lidé mají strach z osob s mentálním postižením zejména proto, že nevědí, jak se k nim chovat a jednat s nimi, nevědí co od nich čekat, myslí si, že jsou agresivní atd. Neznalost projevů mentálního postižení, zásad komunikace s člověkem s mentálním postižením, ale i konkrétního člověka, nesmí vést k tomu, že se těmito lidem budeme vyhýbat a mít z nich strach. Pozitivně vnímám i kladný přístup k opakovanému setkávání s osobami s mentálním postižením.

Výsledky z třetího dílčího cíle ukázaly, že z pohledu respondentů dochází v naší společnosti k diskriminaci osob s mentálním postižením a převažují negativní postoje vůči osobám s mentálním postižením. Nedostatečná informovanost a neznalost problematiky mentálního postižení může vést k převažujícím negativním postojům k osobám s mentálním postižením. Jako pozitivní vnímám, že si lidé uvědomují existenci určité diskriminace (např. v rámci zaměstnávání) vůči osobám s mentálním postižením. Lidem s mentálním postižením by mělo být nabídnuto stejné množství příležitostí jako lidem bez postižení s ohledem na jejich práva.

Výsledky z čtvrtého dílčího cíle ukázaly, že z pohledu respondentů jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem. Jedním z hlavních důvodů je to, že osoby s mentálním postižením nejsou „věčnými“ dětmi, které nemají žádné sexuální potřeby. Toto zjištění vnímám jako pozitivní, neboť jsem se domnívala, že výsledky šetření ukáží opačné výsledky. Sexualita osob s mentálním postižením bývá i v dnešní době tabu. Lidé s tímto postižením ovšem nejsou asexuálními bytostmi netoužící po lásce, citu, vzájemné blízkosti a dotecích. Sexuální osvěta v sociálních službách by měla být nezbytným prvkem k udržení rovnováhy mezi právem klienta na intimní život a jeho bezpečím. Lidé s mentálním postižením by dle názoru respondentů neměli mít děti. Tento pohled jsem očekávala, neboť se většinou s takto restriktivními názory sama setkávám. Rodiče s mentálním postižením se mnohdy velmi obtížně vyrovnávají s nesnadnými požadavky na výchovu a péči svých dětí. Z tohoto důvodu je velmi nezbytné, aby byla těmto osobám nabídnuta pomoc při jejich péči. Velkou oporou při výchově bývají většinou příbuzní a prarodiče dětí.

Výsledky z pátého dílčího cíle ukázaly, že osoby s mentálním postižením by neměli žít v ústavech sociální péče. S profesionální podporou sociálních pracovníků nebo pracovníků v sociálních službách jsou osoby s mentálním postižením schopny samostatnější formy bydlení. Toto zjištění je pro mě milým zjištěním, neboť jsem se domnívala, že zejména u starší věkové kategorie respondentů bude převládat názor, že osoby s mentálním postižením by měli žít v ústavech sociální péče, kde jim bude poskytována odpovídající péče. Myslím si, že pro osoby s lehčím a středně těžkým mentálním postižením mohou být daleko vhodnější služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení, které umožňují žít život co nejvíce podobný klasickému životu ve společnosti. Tyto služby pak vedou člověka k větší samostatnosti, ale i určité zodpovědnosti. Převažuje i informovanost lidí o sociálních službách chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení. Převážná většina respondentů má nějaké informace alespoň o jedné z těchto služeb. To vnímám jako milé zjištění, protože je důležité, aby naše společnost věděla o existenci těchto služeb, jejich poslání a cílech.

Výsledky z šestého dílčího cíle ukázaly, že by děti s určitým mentálním postižením spíše měli navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi. Společná výuka nemůže ostatní děti negativním způsobem ovlivnit. Společné setkávání pak může děti bez postižení učit empatii, chápání odlišností a zbavování se předsudků. O integraci v současné době slyšíme snad ze všech stran. Nejčastěji se pak setkáváme se školní integrací, která respektuje možnosti, schopnosti a tempo každého žáka. Školní integrace má řadu výhod, ale i nevýhod.

Využívání speciálních pomůcek, učebnic, materiálů, přítomnost osobních asistentů, speciálních pedagogů a asistentů pedagogů při výuce, vzdělávání pedagogů a spolupráce s rodiči jsou jedny z nejdůležitějších bodů k úspěšné školní integraci. Jako pozitivní vnímám kladné názory na začleňování osob s mentálním postižením do zaměstnání a kulturních akcí. Existuje řada kulturních akcí, v nichž jsou právě osoby s mentálním postižením hlavními herci i aktéry. Lidé s mentálním postižením mají stejné právo pracovat jako ostatní lidé. Využít pak mohou služeb podporovaného zaměstnávání nebo pracovat v chráněných dílnách.

V rámci posledního dílčího cíle jsem zjišťovala, jak respondenti hodnotí poskytované služby, péči a podporu státu v podobě příspěvků na péči. Výsledky ze sedmého dílčího cíle ukázaly, že respondenti nemají informace o tom, zdali jsou příspěvky na péči pro osoby s mentálním postižením dostačující. Stejná odpověď u respondentů pak převládá i v případě otázky zacílené na poskytovanou péči těmto osobám. Takové výsledky pak mohou vycházet z toho, že respondenti neznají nebo nejsou v příbuzenském vztahu s člověkem s mentálním postižením. Informace o poskytovaných službách, péči a příspěvcích jsou pro ně neznámé, pokud se o ně blíže nezajímají. Dle názoru respondentů není osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností. Toto zjištění vnímám jako pozitivní, neboť poukazuje na informovanost a zájem respondenta o tuto problematiku. Předsudky o pracovních schopnostech a výkonnosti zaměstnance s mentálním postižením pak mohou pramenit z nedostatku zkušeností s prací těchto osob. Lidé s mentálním postižením mohou v případě zaměstnávání využít služeb podporovaného zaměstnávání. Existují i chráněná pracovní místa vytvářená zaměstnavatelem pro osoby se zdravotním postižením.

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké postoje zaujímá naše společnost k osobám s mentálním postižením. Myslím si, že pomocí dílčích cílů jsem dospěla k odpovědi na cíl hlavní. Naše společnost zaujímá k osobám s mentálním postižením spíše neutrální až pozitivní postoje. Neutrální postoje pramení většinou z nedostatku informací o problematice mentálního postižení, integrace osob s mentálním postižením do společnosti, zaměstnávání osob s mentálním postižením atd. Neutrální postoje dále pramení z toho, že lidé nemají zkušenost s osobou s mentálním postižením. Pozitivní postoje k těmto osobám pak spatřuji v kladných reakcích na jejich integraci do společnosti, a to jak v případě školské integrace, tak v případě začleňování osob s postižením do zaměstnání a kulturních akcí. Pozitivní postoje převládají i v názoru na to, že osoby s mentálním postižením jsou schopni žít partnerským a rodinným životem a s určitou mírou podpory jsou schopni žít samostatnějším životem, například v chráněném bydlení. Jako pozitivní vnímám i vědomí existence určité formy diskriminace vůči osobám s mentálním postižením v naší společnosti.

Teoretická část se v jednotlivých kapitolách snažila popsat danou problematiku. První kapitola teoretické části obsahovala pojmové vymezení mentální retardace. Další kapitola se věnovala vývoji vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením až k inkluzi a současným postojům k těmto osobám. Zmíněny byly některé postoje vůči osobám s mentálním postižením, především pak v oblasti jejich partnerského a rodinného života. Ve třetí kapitole byla představena podpora a práva osob s mentálním postižením. V závěru teoretické části byla nastíněna sociální práce s osobami s mentálním postižením a jednotlivé sociální služby, které mohou tyto osoby i jejich rodiny využít.

Praktická část hledala odpovědi na zvolené dílčí cíle. Dílčí cíle byly věnovány zkoumání zjištění osobní zkušenosti respondentů, původu zdrojů a důvodů některých předsudků, názorů respondentů na postoje naší společnosti, postojů respondentů v oblastech partnerského a rodinného života včetně bydlení, názorů respondentů na integraci, poskytované služby, péči a podporu osobám s mentálním postižením. V praktické části diplomové práce byly dále stanoveny 3 hypotézy, které byly testovány pomocí chí-kvadrát testu. Všechny 3 hypotézy byly po následném testování zamítnuty. V praktické části byla využita kvantitativní výzkumná metoda. Domnívám se, že se tato metoda ukázala jako účinná, neboť jsem získala dostatečný počet relevantních odpovědí. Jako možnou nevýhodu tohoto výzkumu spatřuji v tom, že výsledky šetření mohou být příliš obecné.

V sociální práci se setkáváme s celou řadou předsudků i postojů vůči různým cílovým skupinám a osoby s mentálním postižením nejsou výjimkou. V teoretické části byly představeny některé konkrétní předsudky panující v naší společnosti o osobách s tímto postižením. Mezi nejvýraznější patří například ty, že osoby s mentálním postižením by měli žít v ústavech sociální péče, že jsou „věčnými“ dětmi, vyskytuje se u nich agrese a nejsou schopni žít samostatně. Tyto i jiné předsudky pak znesnadňují osobám s mentálním postižením život a začlenění do společnosti. Při mém výzkumu ovšem nedošlo k potvrzení těchto postojů, což hodnotím velmi pozitivně. Je zcela přirozené, že každý člověk má nějaký, ať už pozitivní, neutrální, nebo negativní postoj či předsudek o lidech s mentálním postižením. Důležité ale je, jak s těmito předsudky dokážeme pracovat a jak se jimi necháme ovlivnit.

Ve svém životě i při výkonu své profese se i já sama setkávám s celou řadou předsudků a postojů vůči osobám s mentálním postižením. Z důvodu toho, že pracuji s touto cílovou skupinou, jsem se rozhodla zjistit, zdali se budou postoje zmíněné v odborné literatuře, člancích a na webových stránkách shodovat s konkrétními postoji respondentů v rámci mého výzkumu. Milým zjištěním pro mě tedy bylo, že nedošlo k očekávané shodě, ale k zaznamenání pozitivních reakcí.

Tato práce může být přínosem pro rodiny lidí s mentálním postižením, které se mohou dozvědět nové informace, a to například v případě poskytovaných sociálních služeb. Práce může být zajímavá také pro veřejnost, z důvodu načerpání nových informací o problematice mentálního postižení. Dále také k náhledu na samotné panující postoje a předsudky o lidech s mentálním postižením, až k sebepoznání vlastních skrytých předsudků a stereotypů, o nichž nemáme představu a s kterými je nutné pracovat.

Seznam použité literatury

Literární zdroje

AINSWORTH, Patricia a Pamela C. BAKER. *Understanding mental retardation*. Jackson: University Press of Mississippi, c2004. ISBN 1578066476.

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.

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.

DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 2., opr. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-274-3.

FRITH, Uta. *Autism: explaining the enigma*. 2nd ed. Malden, MA: Blackwell Pub., 2003. ISBN 0631229019.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 4. přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.

HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-041-0.

JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN isbn978-80-7435-374-1.

KÁBELE, František a Jiří KRACÍK. *Nárys vývoje péče o mládež tělesně postiženou, nemocnou a zdravotně oslabenou*. Praha: Univerzita Karlova, 1982.

KOSEK, Jan. *Právo (n)a předsudek: historické, filozofické, sociálně psychologické, kulturní a právní souvislosti stereotypů a předsudků*. Praha: Dokořán, 2011. Bod (Dokořán). ISBN 978-80-7363-312-7.

KURSOVÁ, Vlasta. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. ISBN 978-80-7394-198-7.

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 2. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1995. ISBN 80-900254-6-3.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

LEČBYCH, Martin. *Modely mentální retardace*. *Psychologie dnes*. 2005. 11 (6), 33-34

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

NOVÁK, Tomáš. *O předsudcích*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-121-6.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-174-3.

OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC, JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2648-8.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

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

PIVARČ, Jakub. *Poznatky o žákovských prekonceptech mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7290-952-0.

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

- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 8072621408.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Některé významné osobnosti oboru somatopedie v českých zemích - Přátelé jedinců s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2017, ISBN 978-80-244-1861-2
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-327-7.
- SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5025-4.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.
- UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav Štěch. *Psychologie handicapu: skripta pro posluchače pedagogických fakult Univerzity Karlovy*. Dot. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
- YAU, Alan. *Autismus: praktická příručka pro rodiče*. Praha: Csémy Miklós ve spolupráci s Janou Czémy, 2016. ISBN 978-80-906078-1-1.

Použité zákony

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách,
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>

Internetové zdroje

Down syndrom, mýty a realita, [online]. [cit. 23. 1. 2020].
Dostupné z: downsyndrom.cz/downuv-syndrom/myty-a-realita

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, možnosti práce.
[online]. [cit. 23. 1. 2020].
Dostupné z: spmpcr.cz/pro-rodinu/socialni-sluzby-a-prace/moznosti-prace/

Šance Dětem. Pro a proti integrace dětí se zdravotním postižením. [online]. [cit. 24. 03.2020].
Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/pro-a-proti-integrace-deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Operacionalizace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	37
Tabulka č. 2: Shrnutí odpovědí na otázku č. 1	43
Tabulka č. 3: Shrnutí odpovědí na otázku č. 2	44
Tabulka č. 4: Shrnutí odpovědí na otázku č. 3	45
Tabulka č. 5: Shrnutí odpovědí na otázku č. 4	46
Tabulka č. 6: Shrnutí odpovědí na otázku č. 5	47
Tabulka č. 7: Shrnutí odpovědí na otázku č. 6	48
Tabulka č. 8: Shrnutí odpovědí na otázku č. 7	49
Tabulka č. 9: Shrnutí odpovědí na otázku č. 8	50
Tabulka č. 10: Shrnutí odpovědí na otázku č. 9	51
Tabulka č. 11: Shrnutí odpovědí na otázku č. 10	52
Tabulka č. 12: Shrnutí odpovědí na otázku č. 11	53
Tabulka č. 13: Shrnutí odpovědí na otázku č. 12	54
Tabulka č. 14: Shrnutí odpovědí na otázku č. 13	55
Tabulka č. 15: Shrnutí odpovědí na otázku č. 14	56
Tabulka č. 16: Shrnutí odpovědí na otázku č. 15	57
Tabulka č. 17: Shrnutí odpovědí na otázku č. 16	58
Tabulka č. 18: Shrnutí odpovědí na otázku č. 17	59
Tabulka č. 19: Shrnutí odpovědí na otázku č. 18	60
Tabulka č. 20: Shrnutí odpovědí na otázku č. 19	61
Tabulka č. 21: Shrnutí odpovědí na otázku č. 20	62
Tabulka č. 22: Shrnutí odpovědí na otázku č. 21	63
Tabulka č. 23: Shrnutí odpovědí na otázku č. 22	64
Tabulka č. 24: Shrnutí odpovědí na otázku č. 23	65
Tabulka č. 25: Shrnutí odpovědí na otázku č. 25	67
Tabulka č. 26: Shrnutí odpovědí na otázku č. 26	68
Tabulka č. 27: Shrnutí odpovědí na otázku č. 27	69
Tabulka č. 28: Shrnutí odpovědí na otázku č. 28	70
Tabulka č. 29: Shrnutí odpovědí na otázku č. 29	71
Tabulka č. 30: Shrnutí odpovědí na otázku č. 30	72
Tabulka č. 31: Shrnutí odpovědí na otázku č. 31	73
Tabulka č. 32: Shrnutí odpovědí na otázku č. 32	74

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví	43
Graf 2: Věk.....	44
Graf 3: Vzdělání	45
Graf 4: Setkání s osobou s mentálním postižením	46
Graf 5: Osobní zkušenost	47
Graf 6: Zkušenosti s lidmi s mentálním postižením.....	48
Graf 7: Pocity ze setkání	49
Graf 8: Poskytnutí pomoci	50
Graf 9: Pocity z poskytnutí pomoci.....	51
Graf 10: Informace o problematice	52
Graf 11: Informace o problematice	53
Graf 12: Agrese	54
Graf 13: Strach	55
Graf 14: Opakovaný kontakt.....	56
Graf 15: Diskriminace	57
Graf 16: Informovanost veřejnosti o problematice	58
Graf 17: Názory na postoje společnosti	59
Graf 18: Rodinný život.....	60
Graf 19: Děti lidí s mentálním postižením	61
Graf 20: Sexuální potřeby	62
Graf 21: Sexuální zneužívání	63
Graf 22: Ústavy sociální péče	64
Graf 23: Sociální služby.....	65
Graf 24: Samostatnější bydlení	67
Graf 25: Inkluze dětí s mentálním postižením	68
Graf 26: Společná výuka	69
Graf 27: Přínos společného vzdělávání	70
Graf 28: Začleňování lidí s mentálním postižením	71
Graf 29: Poskytovaná péče.....	72
Graf 30: Příspěvky pro osoby se zdravotním postižením	73
Graf 31: Příležitosti k rozvoji dovedností	74

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Dominika Žilková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia ÚSP FF Univerzity Hradec Králové, obor Sociální práce. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování výzkumné části mé diplomové práce na téma „Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením“.

Předem děkuji za Vaši vstřícnost a ochotu při vyplňování dotazníku.

Dotazník je určen osobám starším 18 let.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) 61 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Setkal (a) jste se někdy s osobou s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

5. Máte osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

6. Jaké byly Vaše zkušenosti s lidmi s mentálním postižením?

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) neutrální

7. Jaký pocit ve vás vyvolalo toto setkání/zkušenost?

- a) bezmoc
- b) lítost
- c) soucit
- d) neklid
- e) strach
- f) opovržení
- g) jiná možnost (uveďte)

8. Dostal (a) jste se někdy do situace, že byste osobě s mentálním postižením mohl (a) poskytnout pomoc? (například v MHD)

- a) ano
- b) ne

9. Pokud ano, jaký pocit ve vás vyvolala tato situace (tato zkušenost)?

- a) situaci jsem zvládl (a) velmi dobře a tato zkušenost mě motivovala k prohloubení znalostí o mentálním postižení
- b) situaci jsem zvládl (a) osobě s mentálním postižením jsem poskytl (a) adekvátní pomoc
- c) nevěděl (a) jsem co dělat, ale osobě s mentálním postižením jsem přesto dokázal (a) poskytnout adekvátní pomoc
- d) nevěděl (a) jsem co dělat a osobě s mentálním postižením jsem nedokázal (a) pomoci
- e) nechtěl (a) jsem a neposkytl (a) jsem pomoc osobě s mentálním postižením

10. Máte nějaké informace o problematice mentálního postižení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11. Z jakého zdroje pochází tyto informace?

- a) osobní zkušenost (mám blízkého nebo známého s mentálním postižením)
- b) internet
- c) televize
- d) časopisy
- e) knihy
- f) jiná možnost (uveďte).....

12: Setkali jste se někdy s agresí u osob s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

13: Máte strach z lidí s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

14. Vadil by Vám nějakým způsobem opakovaný kontakt s osobou s mentálním postižením?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

15. Domníváte se, že dochází k diskriminaci osob s mentálním postižením v naší společnosti?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

16. Myslíte si, že je naše společnost dostatečně informována o problematice mentálního postižení?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

17. Jaké postoje má dle Vašeho názoru naše společnost k osobám s mentálním postižením?

- a) rozhodně pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) neutrální
- d) spíše negativní
- e) rozhodně negativní
- f) nevím

18. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni žít partnerským/rodinným životem?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne

- d) rozhodně ne
- e) nevím

19. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli mít děti?

- f) rozhodně ano
- g) spíše ano
- h) spíše ne
- i) rozhodně ne
- j) nevím

20. Jakému stupni riziku sexuálního zneužívání jsou podle Vašeho názoru vystaveni osoby s mentálním postižením?

- a) vyšší riziko sexuálního zneužívání než ostatní
- b) stejné riziko sexuálního zneužívání jako ostatní
- c) nižší riziko sexuálního zneužívání jako ostatní
- d) nejsou vystavováni sexuálnímu zneužívání
- e) nevím

21. Vnímáte osoby s mentálním postižením jako „věčné děti“, které nemají žádné sexuální potřeby?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

22. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli žít v ústavech sociální péče?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

23. Víte, co představují (znamenají) sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení?

- a) ano
- b) ne

24. Pokud ano, napište, co o těchto sociálních službách víte?

Uveďte

.....

25. Myslíte si, že jsou osoby s mentálním postižením schopni samostatnější formy bydlení s určitou mírou podpory (např. ze strany sociálních pracovníků či jiných pracovníků)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

26. Myslíte si, že by děti s určitým mentálním postižením měly navštěvovat klasické školy spolu s ostatními dětmi?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

27. Myslíte si, že společná výuka může nějakým negativním způsobem ovlivnit vzdělávání ostatních dětí?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

28. Co pozitivního může dle Vašeho názoru společné vzdělávání přinést ostatním dětem?

- a) empatii (vcítění se do pocitů druhých)
- b) vlídnost, přívětivost
- c) zbavování se předsudků
- d) chápání odlišností
- e) jiná možnost (uveďte)

29. Myslíte si, že by osoby s mentálním postižením měli být začleňovány do zaměstnání, kulturních akcí atd.?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

30. Myslíte si, že je poskytovaná péče pro osoby s mentálním postižením dostačující?

- a) rozhodně ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

31. Myslíte si, že jsou příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, zvláštní pomůcku, atd.) od státu pro osoby se zdravotním postižením dostačující?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

32. Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením nabídnuto dostatek příležitostí k rozvoji jejich schopností a dovedností? (například v rámci zaměstnávání)

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím