

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2016

Ludmila Chvatíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ludmila Chvatíková

**POVĚDOMÍ VEŘEJNOSTI VE ZLÍNSKÉM KRAJI O OSOBÁCH
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

OLOMOUC 2016

Vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 16.srpna 2016

.....
Ludmila Chvatíková

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce, Mgr. Evě Urbanovské Ph.D, za odborné vedení, cenné náměty a připomínky a dále za trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	7
I TEORETICKÁ ČÁST	
1. Mentální postižení	9
1.1. Vymezení pojmu mentální retardace (postižení)	9
1.2. Klasifikace mentálního postižení	10
1.3. Syndromy pojící se s mentálním postižením	13
2. Historický vývoj vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením	17
2.1. Historie péče o osoby s mentálním postižením na Velehradě	18
2.1.1 DZP Velehrad – Vincentinum	19
2.1.2 DZP Velehrad – Buchlovská	21
2.1.3 DZP Velehrad – Salašská	21
3. Současné povědomí o mentálním postižení	23
3.1. Mentální postižení a komunikace	23
3.2. Mentální postižení a integrace ve vzdělávání	25
3.3. Mentální postižení a sexualita	27
3.3.1 Sexuální zneužívání	30
3.4. Mentální postižení a partnerství	31
3.5. Mentální postižení a rodičovství	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	
1. Úvod do sledované problematiky	35
2. Metodologická východiska výzkumného šetření	36
2.1. Cíle výzkumného šetření	36
2.2. Metody výzkumného šetření	37
2.3. Charakteristika zkoumané skupiny osob a průběh výzkumného šetření	38
3. Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření	41
3.1. Postoj respondentů v oblasti komunikace u osob s mentálním postižením	45
3.2. Postoj respondentů v oblasti vzdělávání a práce u osob s mentálním postižením	47
3.3. Postoj respondentů v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením	52
3.4. Postoj respondentů v oblasti partnerství u osob s mentálním postižením	54
3.5. Postoj respondentů v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením	56
3.6. Závěr výzkumného šetření	57

Diskuze	58
Závěr	62
Literatura a prameny	63
Internetové zdroje	67
Zákony	68
Internetové zdroje příloh	68
Seznam použitých zkratk	70
Přílohy – seznam příloh	71
Anotace	80

Úvod

Tématem této bakalářské práce je povědomí veřejnosti ve Zlínském kraji o problematice mentálního postižení. Zajímá mne, nakolik intaktní veřejnost vnímá osoby s mentálním postižením, co si o těchto lidech myslí, jaké jsou jejich předsudky vůči této skupině osob se zdravotním postižením. Jakou má dnešní veřejnost představu o projevech postižení, jaké druhy vzdělávání, komunikace či jaký osobní život vedou osoby s mentálním postižením.

Prvním důvodem proč jsem si toto téma zvolila je, že sama pocházím z malé obce Velehrad nacházející se v okrese Uherské Hradiště, kde se od roku 1950 nacházel největší ústav sociální péče pro dospělé v celém tehdejší Československu a dále se zde nacházel i ústav sociální péče pro mládež. A druhým důvodem je, že mám mezi těmito lidmi dodnes mnoho svých přátel a s klienty těchto ústavů jsem se setkávala prakticky každý den. Po mém přestěhování v rámci Zlínského kraje do okresu Vsetín a následném studiu speciální pedagogiky, kdy se prohloubily mé vědomosti v rámci této oblasti, mne tak zajímá celkový pohled veřejnosti v tomto kraji.

Hlavním cílem této práce je podat co neucelenější pohled na informovanost současné veřejnosti týkající se mentálního postižení. Povědomí veřejnosti o osobách s jistým druhem zdravotního postižení se vzhledem k dobám minulým značně změnilo. Populace je mnohem lépe informována o mentálním postižení díky rozvoji komunikačních prostředků, úpravě legislativy nebo možnostech prenatální diagnostiky. Dalším značně diskutovaným tématem posledních měsíců je i plánovaná inkluze osob se zdravotním postižením ve školství, která výrazně napomáhá ke vzdělávání intaktní populace v problematice tohoto postižení.

I když je mentální postižení nejčteněji zastoupeno v rámci zdravotních postižení, v majoritní společnosti tyto jedince nalézáme jako minoritu. A to i přes dnešní snahu integrovat osoby se zdravotním postižením do společnosti díky inkluzivnímu přístupu. I dnes stále velký počet veřejnosti hovoří a přistupuje k těmto lidem s předem danými předsudky či stereotypem z doby minulé.

Tuto práci tvoří část teoretická a část praktická. Část teoretická se skládá ze tří kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou mentálního postižení, klasifikací postižení a s tím spojenými syndromy mentálního postižení. Ve druhé kapitole máme možnost nahlédnout na historický vývoj v péči a přístupu k těmto lidem. Třetí kapitola

nám ukazuje současnou situaci v problematice mentálního postižení. Zaměřuje se na postoje společnosti k tématům jako je komunikace, integrace ve vzdělávání a reflexi změn v otázkách partnerství, sexuality a potomstva.

Praktická část zahrnuje názory a odpovědi respondentů týkajících se všech složek života osob s mentálním postižením. Tedy komunikaci, charakteristiku postižení, partnerský a sexuální život, možnosti profesní volby atd. Zajímalo nás, zda se již někdy setkali s osobou s mentálním postižením a jaké jsou jejich první dojmy vyplývající z tohoto setkání.

Závěrem se pokusíme vyhodnotit, zda veřejnost opravdu vnímá osoby s mentálním postižením shovívavěji či nikoliv.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální postižení

Mentální postižení je porucha trvalá a tito lidé patří mezi nejpočetnější skupinu handicapovaných osob v naší společnosti a to i přesto, že absolutní počet osob s mentálním postižením není znám. „Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž největší počet - téměř 2,6% - připadá na postižení lehkou mentální retardací. Lidé s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1 – 0,2% v populaci“ (Švarcová, 2005, s. 39).

„Statistické údaje hovoří o přibližně 300 000 osob s mentálním postižením v České republice, odhady v celosvětovém měřítku se přibližují číslu 200 miliónů osob (každých 20 sekund se rodí další dítě s mentálním postižením)“ (Müller, Valenta, 2013, s. 49).

Přestože četnost výskytu tohoto postižení v celosvětovém rámci i nadále stoupá, je toto postižení dodnes obklopeno mnoha negativními mýty a předsudky. A to i v dnešní době, kdy je problematika mentálního postižení k dispozici ve značném množství na četných místech. Mnoho lidí bohužel zapomíná, že i na děti, mladistvé či dospělé s mentálním postižením se vztahuje Listina základních práv a svobod.

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace (postižení)

„Mentální retardace znamená v překladu z latiny „opožďenost mentálního vývoje“ („*mens*“ = *mysl, rozum*; „*retardare*“ = *opožďovati se*). Tento název byl závazně přijat zástupci jednotlivých vědních oborů na mezinárodní konferenci v Miláně v roce 1959, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace (WHO)“ (Janků, 2014, s. 12).

Podle MKN–10 (s. 216) je mentální retardace definována jako „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakteristický narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k porušené úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních dovedností“.

Pokud bychom měli snahu v psaném textu nalézt jednotnou definici mentální retardace, setkali bychom se s velkou obtíží. Každý autor uvádí své vlastní vymezení pojmu tohoto postižení, což deklarují následující řádky.

Jako příklad lze uvést autory Mullera a Valentu (2013, s. 12) jejichž definice mentální retardace je uváděna jako „vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií“.

Oproti tomu Dolejší (1978, s. 36) se snaží o komplexní vymezení mentální retardace. „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko – fyziologické struktury a funkce mozku jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; deficitním učením; na zvláštnostech motivace vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na fyziologických zvláštnostech vývoje osobnosti“.

Slowik (2007, s. 110) doplňuje definici mentální retardace o „pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti“.

Co se týká samotného názvu „*mentální retardace*“; těžko bychom takové označení dle Plevové a Slowik (2010) hledali v zahraničí. Například v Anglii je užíván pojem „*learning differences*“ a v Austrálii nebo Spojených státech nalezneme označení „*intellectual disability*“.

„Přes veškeré pokroky biologických věd a zpřesňující se možnosti diagnostiky, zůstává mnoho příčin vzniku mentálního postižení dosud neznámých“ (Černá, 2008, s. 84).

1.2 Klasifikace a symptomatologie mentálního postižení

„Klasifikace mentální retardace vychází ze zjištění úrovně rozumových schopností a existují pro ni různá pojetí. Při klasifikaci se v současné době užívá 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992“ (Mahrová, Venglářová, 2011, s. 117).

„Mentální postižení je tedy klasifikováno do šesti kategorií (MKN-10):

1. F70: lehká mentální retardace (IQ 69-50)
2. F71: středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)
3. F72: těžká mentální retardace (IQ 34-20)
4. F73: hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší)
5. F78: jiná mentální retardace
6. F79: nspecifikovaná mentální retardace (Bendová, Zikl, 2012, s. 11).

Jednotlivým kategoriím mentální retardace se budeme více věnovat níže.

F 70: lehká mentální retardace (IQ 69 – 50)

Charakteristiku lehké mentální retardace Bendová a Zikl (2012) spatřují zejména v řečové složce. Přesněji ve schopnosti usuzovat, zobecňovat, abstrahovat, což vede k narušení komunikačního procesu.

„Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě pomalejší“ (Švarcová, 2006, s. 32).

Vašek a Bajo (1984) vidí nejzřetelnější deficity v myšlení, v neadekvátních projevech, ve snížené zvědavosti, vynalézavosti a v neumění si hrát. Psychické funkce v konfrontaci s normálními dětmi jsou rozdílné a to zejména ve škole.

F71: středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Švarcová (2006) zmiňuje u jedince v této kategorii zejména opožděný rozvoj chápání, omezení schopností a užití řeči. Takto handicapovaní lidé mají omezenou schopnost soběstačnosti a zručnosti. V dospělosti je u nich výjimečně možný úplný samostatný život a jsou taktéž schopni vykonávat jednoduchou manuální práci.

„Děti se středně těžkou mentální retardací zpravidla zvládají základy trivia (tj. základy čtení, psaní, počítání), přičemž stupně osvojení si těchto dovedností je vysoce individuální“ (Bendová, 2012, s. 69).

F 72: těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Lidé s tímto handicapem se dle Franioka (2002) vyznačují celkovým omezením neuropsychického a motorického vývoje. Nápadná je porucha v koncentraci pozornosti a dále chudá slovní zásoba.

Švarcová (2006) k této kategorii doplňuje, že včasná a cílená rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může vést nejen k rozvoji motoriky, komunikačních dovedností či rozumových schopností, ale zejména vede k celkovému zlepšení kvality života.

F 73: hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20)

Jedince s tímto typem postižení popisuje Franiok (2002) jako trvale sociálně závislé na svém okolí. Vyznačující se jednoduchými návyky sebeobsluhy s komunikací omezenou na neartikulované výkřiky či echolalické opakování jednotlivých slov. Ve většině případů jsou tyto lidé trvale upoutáni na lůžko z důvodu somatických nebo neurologických vad.

F 78: jiná mentální retardace

Švarcová (2006) doporučuje tuto kategorii používat, jestliže stanovení stupně intelektové retardace podle obvyklých metod je nemožné nebo nesnadné a to zejména u nevidomých, neslyšících, osob s autismem, osob se somatickým postižením a podobně.

F 79: nespecifikovaná mentální retardace

„Tato kategorie se užívá při diagnostikování případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií“ (Slowik, 2007, s. 114).

Odborníci podle Kozákové (2005) rozlišují ještě dva nezávislé typy mentální retardace:

1. typ eretický (*neklidný, verzatilní, hyperaktivní, instabilní*) charakteristický neklidem, vzruch a útlum se střídají. V citové oblasti se objevuje nestálost, emoce se rychle mění, mají slabou vůli, nevydrží u žádné činnosti, což souvisí i s pozorností – nejsou schopni se soustředit.

2. typ apatický (*netečný, torpidní, hypoaktivní, strnulý*) procesy vzruchu a útlumu jsou chorobně zpomalené. Charakterizován nečinností, těžkopádností, zpomalenými pohyby. Chování je klidné a tiché s občasnými projevy automatických stereotypních pohybů jako je například kývání těla či přešlapování.

Mezi nimi existuje typ nevyhraněný, kdy procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popřípadě jeden z nich mírně převládá.

Kelnarová, Matějková (2014) eretický typ upřesňují definicí o neovladatelnosti, častému výskytu výchovných problémů, neustálému pobíhání a neschopnosti vydržet u jedné činnosti. Typ apatický pak uzavřeností, těžkou motivovatelností k nějaké činnosti a dlouhou dobou potřebnou k naučení se požadované učební látky.

Valenta, Michalík, Lečbych (2012) upozorňují u této diferenciaci na skutečnost, že toto členění se do značné míry vztahuje k charakteru prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a v němž se formuje.

1.3 Syndromy spojené s mentálním postižením

Mentální postižení může být jednou z charakteristik určitých syndromů.

„Všechny děti a všichni dospělí mají kromě svých individuálních vlastností i rysy, které jsou společné také ostatním osobám s daným syndromem. A právě tyto společné rysy jsou pro konkrétní syndromy charakteristické. Syndrom je soubor příznaků projevujících se společně. Pokud se u člověka vyskytuje současně několik příznaků typických pro určitý syndrom, říkáme, jedinec trpí daným syndromem“ (Selikowitz, 2005, s. 37).

Downův syndrom

Jedná se o nejobvyklejší vrozenou chromozomální aberaci¹.

„Downův syndrom nastává v případě, že na 21. místě je nadbytečný jeden chromozom. Tento chromozom vzhledem ke svému genetickému obsahu způsobuje, že se

¹ chromozomální aberace – mutace na chromozomové úrovni, podmíněné změnami počtu nebo struktury chromozomu. Každý chromozom obsahuje v průměru 1000 a více genů, ztráta nebo přítomnost nadpočetného chromozomu vede k velmi závažným poruchám. (Kočárek, 2004, s. 70)

v buňce vytvářejí určité nadbytečné bílkoviny. Tím se poruší růst těla“ (Selikowitz, 2005, s. 47-48).

Volf, Volfová (1996) uvádí, že Downův syndrom se vyskytuje u jednoho dítěte na 700 živě narozených. K charakteristickým znakům patří mongoloidní výraz tváře se šikmo postavenými očima a s širokým kořenem nosu.

Valenta, Michalík, Lečbých (2012) doplňují charakteristický specifický fenotyp o zavalitější postavu, široké ruce s krátkými prsty, menší, vzadu zploštělou hlavu, drobné, nízko posazené uši a pootevřená ústa.

Selikowitz (2005) v porovnání projevů chování s ostatními dětmi uvádí, že jednotlivá vývojová stádia nastupují později u dětí s Downovým syndromem. Období vzdoru tak nastupuje u dítěte s Downovým syndromem až kolem čtyř let. Při čemž neexistují žádné výchovné problémy, které by souvisely výhradně s diagnózou Downova syndromu a pokud by se nějaké problémy objevili, jednoduchými metodami modifikace jednání se dají zvládnout.

(Fotografie dívky s Downovým syndromem je součástí přílohy č. 2)

Angelmanův syndrom

Tento syndrom bývá velmi často v literatuře označován jako syndrom šťastné loutky, syndrom šťastného dítěte nebo andělské dítě. Jedná se o abnormalitu 15. chromozomu, kdy četnost výskytu je přibližně 1:10 000 až 30 000 narozených dětí (Valenta, Michalík, Lečbých, 2012).

Charakteristika příznaků, projevů a symptomů u Angelmanova syndromu: častěji jsou postiženy dívky, vyskytuje se zde těžká mentální retardace, mají málo rozvinutou řeč – pouze minimum slov, spíše se jedná o neverbální projevy. Mají motorické problémy – pohyby připomínají loutku. Trpí poruchami pozornosti, bezdůvodnými záchvaty smíchu, šilháním, hyperaktivitou, epilepsií. Typická je mikrocefalie – „malá“ hlava, oploštělé záhlaví.(Pivoňková, 2014)

(Fotografie dívky s Angelmanovým syndromem je součástí přílohy č. 3)

Cri du Chat syndrom

Tento syndrom je pojmenován podle zvuků, které vydávají takto handicapované děti, kdy tyto zvuky připomínají kočičí mňoukání nebo křik.

Jedná se o vzácnou geneticky podmíněnou poruchu, která je způsobena delecí² části 5. chromozomu. Prevalence u tohoto syndromu je 1:20 000 až 50 000 narozených dětí (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Černá (2009) mezi typickými tělesnými znaky zmiňuje: malou hlavu, nízko posazené oči, šikmé oči, široké obočí, abnormálně malé čelisti. Problémy se projevují jak v kognitivní, tak i v řečové a motorické oblasti.

(Fotografie dívek se syndromem kočičího křiku je součástí přílohy č. 4)

Syndrom Smith – Magenis

Valenta, Michalík, Lečbych (2012) označují tento syndrom jako geneticky podmíněnou poruchu způsobenou především delecí 17. chromozomu s prevalencí 1:25 000 narozených dětí. Takto handicapované osoby vykazují následné symptomy: většinou lehkou mentální retardaci, poruchy chování s nápadným sebepoškozováním a hyperaktivitou (nebo agresivitou). Trpí poruchami spánku a opožděným vývojem řeči.

Dalšími příznaky u syndromu Smith – Magenis jsou: výrazné morfologické rysy obličeje – široký a čtvercový obličej, hluboko posazené oči, plné tváře, oploštělý nos, zakřivený horní ret, předsunutá dolní čelist. Trpí poruchami spánku – obvykle začínají v dětství, pacienti jsou ospalí přes den, jelikož se v noci několikrát budí. Charakteristické je nadměrné olizování prstů, mají sníženou citlivost na bolest a teplotu. Trpí poruchami chování – záchvaty vzteku, agrese, impulzivnosti, úzkosti. Mají malý vzrůst, abnormální zakřivení páteře (skolióza), krátkozrakost (myopie) a šilhání (strabismus). (Pivoňková, 2013)

(Fotografie chlapce a batolete se syndromem Smith – Magenis je součástí přílohy č. 5)

„Ostatní syndromy a diagnózy spojené s mentální retardací, které jsou často zmiňovány v literatuře:

- Rubinstein – Taybiho syndrom
- Schinzelův syndrom

²

delece – část chromozomu chybí, zejména konec nebo střední část raménka. Vzniká jako následek crossing overu nebo chromozomové nestability. (Kočárek, 2004, s. 71)

- Williamsův syndrom
- Apertův syndrom
- Cornelia de Lange syndrom
- Carpenterův syndrom
- Wolf – Hirschhornův syndrom
- Lesch – Nyhanův syndrom
- Turnerův syndrom a další“ Černá (2012, s. 93-94).

2 Historický vývoj vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením

Vztahy, postoje, přístupy a péče k osobám s mentálním postižením se měnily v průběhu dějin v závislosti na kultuře, dobových podmínkách či duchu doby. Snahy o periodizaci těchto časových období mělo několik autorů. Dlouhou dobu se respektovalo pojetí dle Sováka (1980, s. 41), který vývoj vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením charakterizoval do následujících stádií:

„stádium **represivní** – v němž osoby defektní byly ze společnosti vyvrhovány (vyloučením, zabitím)

stádium **zotročovcí** – jež se charakterizuje otrokářským vykořisťováním defektních

stádium **charitativní** – v němž se uplatňovaly náboženské prvky postojů k defektním osobám

stádium **renesančního humanismu** – hledalo lidský poměr k defektním jedincům

stádium **rehabilitační** - které věnovalo defektním osobám péči z důvodu ekonomického, bylo výhodnější zapojit je po přípravě do pracovního procesu za účelem vykořisťování než zadarmo poskytovat podporu

stádium **socializační** – kdy v duchu socialistického humanismu se koná rehabilitace defektních za účelem jejich pracovního i společenského uplatnění

stádium **prevenční** – je charakteristické snahou předcházet defektivitě u osob s postižením různými vadami“.

Hanáková, Potměšil, Tylšarová, Urbanovská (2016) ovšem upozorňují na fakt, že seřazením těchto stádií od represivního po stádium socializační má čtenář získat dojem, že jsou tyto stádia seřazena od nejhoršího k nejlepšímu ve vnímání společnosti k osobám s postižením. A zároveň doplňují, že represe ve formě segregace jedinců s postižením byla běžnou záležitostí i v druhé polovině 20. století, kdy automaticky po narození byly odkládány do ústavů sociální péče.

Oproti tomu nalezneme autory jako je Müller, Valenta, Lečbych, Franiok a další, kteří periodizaci člení dle historických etap, což bude uvedeno v textu níže.

Ovšem jako úplně první zmínku o mentální retardaci uvádí Lečbych (2010) ve svém článku nálezy, již v Egyptských papírových svitcích, které se našly v Thébách

kolem roku 1500 před Kristem a popisují postižení těla a mysli, které se vztahuje k úrazům hlavy a mozku.

Antická společnost podle Müllera, Valenty (2013) měla velmi vyhraněný názor na péči o postižené jedince. Kdy řecká a římská civilizace přijala společný kulturní odkaz, tedy usmrcovat slabé a jakkoliv postižené jedince svržením ze skály Tajget nebo vhozením do řeky Tiber.

Oproti tomu Slowik (2007) podotýká i snahu tehdejší společnosti zavedením velmi přísných opatření zaručující pro různé postižené jedince povinnou ochranu a péči ze strany rodinných příslušníků, ale i v případě potřeby ze strany obce či státu.

Středověk charakterizuje Müller, Valenta (2013) jako období, kdy intaktní společnost zaujala k duševně postiženým ambivalentní postoj. Na jedné straně byli „blázni a šílenci“ považováni za šťastlivě vyvolené, na něž shlédl bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblovy“.

Franiok (2002) toto období doplňuje o péči feudální společnosti, která přenechávala plně povinnosti na církevních společnostech, tedy kláštřích. A díky křesťanství se pomalu měnily postoje jedinců s handicapem k větší humánnosti.

Novověk (který zahrnuje renesanci i osvícenství) dle Slowíka (2007) vedlo společnost oproti středověku ke zkoumání zejména tělesných struktur a funkcí lidí s postižením. A zejména v tomto období dochází k rozsáhlému zakládání institucí, které jsou zaměřeny na pomoc a péči o jedince s různým postižením. Řadu těchto institucí můžeme sice již ve změněné podobě nalézt i dnes na původních místech.

Franiok (2002) ve své publikaci zmiňuje i první zájmy pedagogů o osoby s těžkým mentálním postižením na počátku 17. století a to zejména Jana Ámose Komenského. Již v řadě jeho spisů můžeme nalézt mnoho dokladů.

2.1 Historie péče o osoby s mentálním postižením na Velehradě

Tato kapitola bude reflektovat historický vývoj institucionalizované péče na Velehradě a to z důvodu, že se jedná o mé rodiště a měla jsem tak možnost během několika let sledovat postupný vývoj péče o osoby s mentálním postižením. Jednalo se zejména o modernizaci, transformaci, změnu přístupu k osobám s mentálním postižením, ale také o

zmenšování počtů klientů či úplný zánik ústavu. Zde se původně nacházel Ústav sociální péče pro mládež – Stojanov a Ústav sociální péče pro dospělé – Vincentinum, kde probíhá péče o osoby s mentálním postižením od poloviny minulého století až po současnost.

V dnešní době se na Velehradě nachází po transformaci sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením Domov pro osoby se zdravotním postižením – Vincentinum a Domov pro osoby se zdravotním postižením – Buchlovská. Na celém okrese Uherské Hradiště tak můžeme nalézt celkem 11 domovů pro osoby se zdravotním postižením, zejména s postižením mentálním a kombinovaným. Jsou to: DZP Kunovice – Na Bělince a Cihlářská, DZP Medlovice, DZP Javorník – Chvalčov, DZP Kvasice, DZP Zborovice, DZP Staré Město u Uherského Hradiště, DZP Uherský Brod. Takto velký počet vypovídá o humánnosti a transformaci v sociálních službách.

S čímž samozřejmě souvisí i obrovské změny, které se odehrály v tomto období v péči o osoby s mentálním postižením, somatickým i zdravotním postižením, a to z pohledu na psychopedickou terminologii, podmínky života, naplňování potřeb a dodržování jejich práv, což čtenatel pozná z nadcházejících řádků.

2.1.1 DZP Velehrad - Vincentinum

V roce 1876 byl v naší zemi založen Spolek svatého Vincence z Pauly, jehož předseda Karel Ervín hrabě Noritz z Reinecku založil 1. listopadu 1889 v Praze ústav Vincentinum. V počátcích byl umístěn na Starém Městě pražském v Husově třídě č.3 a pečoval o nevléčitelně nemocné schovanky. O 17 let později spolu s již 17 chovanci se přestěhovali do bývalého letohradu hraběte Pöttinga (zvaného Petynka) v Břevnově. V roce 1908 se ústav osamostatnil a nesl název „Dům milosrdenství Vincentinum“.

Vincentinum přežilo 1. světovou válku i 2. světovou válku, ale proti nástupu komunistické moci bylo bezradné. Tento režim nařídil jako první očistit Prahu od „mrzáků a jeptišek“. A tak 4. listopadu 1952 došlo k nedobrovolnému přestěhování do uvolněných prostor po jezuitském řádu na Velehradě asi 234 chovanců a 40 osob ošetrovatelského personálu. Po tomto přestěhování převzala správu nad ústavem Charita Praha. (Historie Vincentina)

„Spolu s chovanci a sestrami řádu sv. Karla Boromejského přešel na Velehrad i název domovského ústavu Dům milosrdenství – Vincentinum. V průběhu let se počet

svěřenců zvýšil z původních 240 na 382. A po dlouhá léta byl největším ústavem pro zdravotně postižené osoby v republice³.

Kromě osob se somatickými vadami zde začaly být přijímány i osoby s mentálním postižením, vadami psychickými i kombinovanými. Po zřízení Okresní správy sociální péče na Velehradě se ústav Vincentinum stal její součástí jako Ústav sociální péče pro dospělé⁴.⁴ (Marečková in Rašticová 2006, s.188)

Tento stav trval až do roku 1990, kdy na základě restitučních zákonů byla budova kláštera vrácena Arcibiskupství olomouckému. A po skončení výstavby nových moderních prostor bylo v roce 2003 prvních 130 klientů přestěhováno do ústavu v Buchlovské ulici na Velehradě. Další rok odešlo 60 klientů do Starého Města u Uherského Hradiště a v lednu 2002 se stěhovalo dalších 80 obyvatel ústavu do Kunovic u Uherského Hradiště.

„V současnosti zůstává i nadále 52 klientů v původních prostorách ústavu Vincentina, ve kterém se celoročně poskytuje péče zdravotní, sociální a rehabilitační s cílem maximálně rozvíjet nebo alespoň udržet omezené schopnosti soběstačnosti. Svě schopnosti klienti mohou využívat při výrobě keramiky, vyšívání, hodinách vaření a pečení. Jiní mají zájem o malování a kreslení, oblíbená je i výroba předmětů ze dřeva, papíru a dalších dostupných surovin. Někteří mohou nalézt seberealizaci při drobných pracích v rámci ústavu například v zahradách. Sportovní vyžití naplňují v kurzech plavání, kondičních vycházkách po okolí, celodenních turistických pochodech, rehabilitačních pobytech a jiných“.⁴ (Historie Vincentina)

Přestože je dnes svým počtem klientů nejmenším z Domovů pro zdravotně postižené na Uherskohradištsku, je v plné míře pokračovatelem tradic břevnovského Vincentina. (Marečková, 2006).

³ Ústavy sociální péče byly přejmenovány na Domovy pro zdravotně postižené přijetím Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

⁴ „Do roku 1962 spravovala ústav Česká katolická charita. Od 1. dubna 1962 vznikla rozhodnutím ONV Uherské Hradiště Okresní správa ústavů sociální péče Uherské Hradiště se sídlem na Velehradě, která byla od 1. června 1974 reorganizovaná na Okresní ústav sociálních služeb. V roce 1958 bylo sídlo okresního ústavu přeneseno do Uherského Hradiště a po zrušení okresních úřadů se z něho stala příspěvková organizace Zlínského kraje s názvem Sociální služby Uherské Hradiště“ (Marečková, 2006, s. 194)

2.1.2 DZP Velehrad – Buchlovská

Od prosince 2000, kdy byla výstavba nových moderních prostor zařízení dokončena, zde nalezlo nový domov na 128 uživatelů a přes 70 zaměstnanců. Pobytové služby jsou nabízeny dospělým osobám, které mají výrazně sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení – mentálního či kombinovaného.

V současnosti je kladen důraz především na zajišťování základních biologických, sociálních, kulturních potřeb a začleňování uživatelů do místní komunity.

Dále je snahou reflektovat potřeby, požadavky a přání uživatelů, a to s ohledem na jejich možnosti a schopnosti.

Klienti DZP Velehrad – Buchlovská mají možnost využívat kapli, společenskou místnost, kavárnu – zde mohou využít příležitosti zkusit si reálné pracovní zkušenosti. Součástí areálu je tak i rozsáhlá zahrada s jezírky, skleníkem, antukovým hřištěm. Z terapeutických služeb mohou využívat snoezelen terapeutickou místnost, dále nabídku muzikoterapie, ergoterapie či canisterapie. Pro pracovní činnost jsou zde dílny, učebny a pracovny volnočasových aktivit. Reálné zaměstnání si mohou vyzkoušet jako zaměstnanci vrátnice domova. (O domově, DZP Velehrad - Buchlovská)

2.1.3 DZP Velehrad – Salašská (Stojanov)

Výměrem Okresního národního výboru v Uherském Hradišti z 16. května 1949 bylo zakázáno konání duchovních cvičení ve Stojanově na Velehradě a v důsledku tohoto opatření přestěhovala představená Kongregace sester sv. Cyrila a Metoděje do uvolněných prostor Stojanova z hlavního domu v Brně na 25 mentálně postižených dětí. Díky tomuto opatření se stal dům ústavem sociální péče.

V nových podmínkách pracovaly v Ústavu sociální péče pro mládež na Stojanově společně civilní zaměstnanci i řádové sestry. Od 1. dubna 1962 byla na Velehradě zřízena Okresní správa ústavů sociální péče okresu Uherské Hradiště. (Kadlčíková in Rašticová, 2006).

Od roku 1989 se začaly prostory Stojanova postupně uvolňovat na základě platných restitučních zákonů, kdy byl poutní dům Stojanov navrácen církvi.

Klienti se postupně začali stěhovat do zařízení sociálních služeb v Medlovicích, Kunovicích a Starém Městě u Uherského Hradiště. V roce 1991 odešlo ze Stojanova 70 klientů, v roce 1994 odešlo dalších 95 klientů. Od února 2012 se 7 klientek přestěhovalo do Zahradní ulice na Velehradě, kde Kongregace sester sv. Cyrila a Metoděje k těmto účelům vybudovala Chráněné bydlení. (Kronika DZP Velehrad – Salašská)

Sociální služba typu domova pro osoby se zdravotním postižením poskytovaná v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Salašská byla ukončena ke dni 30. Září 2015. (DZP Velehrad – Salašská)

3 Současné povědomí o mentálním postižení

„Po roce 1989 v České republice sílí vnímání osob s mentálním postižením jako plnohodnotných členů společnosti. K heslům současnosti patří odstraňování bariér, integrace, rovné příležitosti, boj s diskriminací a prevence sociálního vyloučení. Osoby s mentálním postižením mají zaručena stejná práva jako lidé většinové společnosti.“ (Cimrmanová, 2013, s. 101.)

Ovšem i dnes nalezneme mnoho předsudků vůči lidem s tímto handicapem a to zejména z důvodu, jenž uvádí Slowík (2003) ve svém článku. Majoritní společnost v dnešní době staví na hodnotách jako je fyzická krása a síla, inteligenční projev, společenská zajímavost a přitažlivost jedince. Základní postoj společnosti je tak založen na představě, že základem kvality života je dobré zdraví a tudíž osoby s mentálním postižením nemohou prožívat kvalitní život.

Ve světle nových trendů je v současné době snahou společnosti osobám s mentálním postižením poskytovat kvalitní péči v různých oblastech života, jedná se o kvalitní péči v oblasti komunikace, partnerství a sexuality, vzdělávání, dochází k výrazné podpoře samostatného bydlení a apod.

V současném povědomí veřejnosti je i úspěšně prosazována tzv. raná péče o děti s mentálním postižením, tedy co nejdříve po zjištění postižení poskytnout lékařskou a následně i další odbornou péči. (Valenta, Müller, 2013)

3.1 Mentální postižení a komunikace

„Pro vývoj člověka má zásadní význam interpersonální komunikace. Tento význam je dán tím, že efektivní komunikace umožňuje každému bez rozdílu zprostředkovat smysluplný kontakt s jeho sociálním prostředím.“ (Müller, 2014, s. 49)

Valenta (2011) hodnotí schopnost komunikace jako klíčovou dovednost, kdy podstatou je sdělování a sdílení informací. Prostřednictvím slov si sdělujeme myšlenky (verbální komunikace) a slovo se tak stává nejdůležitějším komunikačním kódem. Ontogeneticky je ovšem nejstarší nonverbální komunikace.

Tu Müller (2014, s. 49) definuje jako „souhrn takových sdělení bezeslovné povahy, která jsou vědomě nebo nevědomě vysílána člověkem směrem k jiné osobě nebo skupině osob. Jedná se o celou škálu komunikačních signálů, jež probíhají buď samostatně, nebo provázejí komunikaci verbální.“

Bendová, Zikl (2011) charakterizují mentální postižení v oblasti komunikace jako výrazné omezení v intelektových funkcích spolu s problémy v oblasti adaptačního chování, projevující se v nedostatečné a snížené schopnosti myslet v abstraktních pojmech a orientovat se v sociálních situacích. Čímž se uvedené faktory musí zohledňovat při jednání s osobami s mentálním postižením a respektovat je.

Vágnerová (2000, s. 152) doplňuje nedostatky řečové složky u osob s mentálním postižením o „omezenější slovní zásobu, ale i větší potíže v porozumění celkovému kontextu. Není např. možné chtít, aby akceptovali cokoli jiného než jednoduché sdělení. Složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu apod. vůbec nejsou schopni pochopit.“

Dále Vágnerová (2000) podotýká, že lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou běžné konkrétní pojmy a jsou schopni se dorozumět. Kdežto u osob s těžkým mentálním postižením se řeč nerozvíjí vůbec.

Proto Švarcová (2006) u osob s těžkým mentálním postižením či jinými vadami zmiňuje náhradní metody sociální komunikace, které by napomohly rozvoji jejich komunikačních schopností nebo případně nahradily mluvenou řeč. Jedná se zejména o augmentativní (rozšiřující) a alternativní (nahrazující) komunikační prostředky, které se užívají v případech, kdy je mluvená řeč málo rozvinutá a obtížně srozumitelná.

Slowik (2005) v závěru svého článku povzbuzuje intaktní společnost, aby nehledala mimořádné složitosti v setkávání s lidmi s mentálním postižením. Neboť pro vzájemnou a efektivní komunikaci s lidmi s mentálním postižením je velmi důležité si uvědomit zejména, co je sdělováno a jak. Pokud je naše sdělení po obsahové stránce srozumitelné, provázené jasnými, srozumitelnými nonverbálními projevy, tak i člověk s těžkou mentální retardací je schopen porozumět a adekvátně reagovat.

Bendová, Zikl (2011) ve své publikaci přesto uvádí několik zásad pro komunikaci s osobami s mentálním postižením. Pro ilustraci si uvedeme výčet jen těch nejdůležitějších, které je potřeba dodržovat:

- v komunikaci s osobami s mentálním postižením respektujeme osobnost jedince

- respektujeme pomalejší mluvené tempo, využíváme kratších hovorů, dáváme zřetelně najevo zájem o zpětnou vazbu v komunikaci (verbálně či neverbálně)
- své myšlenky vyjadřujeme jasně, srozumitelně, jednoduše. Vyhýbáme se užití abstraktních pojmů, cizích slov a zkratk
- ve větší míře užíváme mimiku a řeč těla, využíváme prostředky alternativní i augmentativní komunikace

Průběh komunikace, kterou jsem měla možnost vést s osobami s mentálním postižením, bych hodnotila velmi kladně a to z toho důvodu, že se jednalo o osoby s lehkým stupněm mentálního postižení. Tudíž se zde nevyskytovaly žádné komunikační obtíže a nebylo potřeba užití náhradních komunikačních prostředků. Co mne zpočátku velmi překvapilo, bylo neustálé objímání, které se ale vyskytovalo pouze u jedné klientky. Při dalším setkání jsem již tomuto objímání nevěnovala pozornost a nepřišlo mi toto chování jako nepatřičné.

3.2 Mentální postižení a integrace ve vzdělávání

„Snížená úroveň rozumových schopností může vyvolat předsudek, že vzdělávání osob s mentálním postižením není právě efektivní a smysluplné.“ (Franiok, 2002, s. 115)

V současné době probíhá snaha o začlenění dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do škol. V České republice je nejvíce používán termín integrace, který má vystihovat všechny pokusy o zařazení osob s postižením do společnosti. Ovšem mnoho osob, které se nevyskytují v prostředí speciální pedagogiky, netuší, co tento termín vlastně znamená. (Bazalová, 2004)

Pod pojmem **integrace** (spojení, sjednocení, scelení) se rozumí dle Švarcové (2006, s. 132) „vzdělávání postižených jedinců společně s jejich nepostiženými vrstevníky, zařazování žáků s různými druhy zdravotního postižení do běžných škol, případně i do běžných tříd, v nichž se vzdělávají žáci bez postižení“.

Cílem integrace je „maximálně možný rozvoj osobnosti s postižením či znevýhodněním, její sociální adaptace a využití veškerého jeho potenciálu“. (Hanáková, Potměšil, Tylšarová, Urbanovská, 2016, s. 71)

„Integrační proces se stále vyvíjí a mění, stále můžeme něco zlepšovat a budeme se setkávat s novými problémy. To, že je dítě zařazeno do běžné třídy neznamená, že je integrace „hotova“.“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 43)

Proces integrace se v našem školství začal rozvíjet jako inovace v první polovině devadesátých let. Je považována za jednu ze základních vzdělávacích forem u žáků s mentálním postižením a je součástí socializace osob se zdravotním znevýhodněním do společnosti. (Švarcová, 2006)

Bazalová (2004) se ve svém článku zamýšlí nad problematikou integrace dětí s postižením do běžného vzdělávacího proudu. Neboť v současné době existuje několik diskuzí o tom, zda je integrace vhodná či nikoliv. Upozorňuje tak na fakt, že všechny děti jsou si rovny ať morálně, duchovně nebo legálně. Z tohoto důvodu by mělo být na integraci i nahlíženo.

Oproti tomu Hanáková a kolektiv (2016, s. 71) pohlíží na integraci jako na „přípravu žáků na začlenění do běžných škol: žák se musí přizpůsobit škole a nepředpokládá se, že škola se sama musí změnit“.

A tak můžeme dospět k názoru, že proces integrace je na počátku svého vývoje a bude trvat velmi dlouhou dobu, než dojde k přijetí každého dítěte s postižením.

Dalším pojmem, který bývá spojován s integrací a často bývá mylně ztotožňován je **inkluze**. Tannenbergerová (2016) ve své publikaci uvádí na několik zásadních rozdílů, kterými můžeme oba koncepty od sebe odlišit. Inkluze je vnímána jako proces nikoliv jako stav, který je označován u integrace. Inkluze je více chápána jako filozofický koncept než záležitost praxe. Inkluze je pojímána jako systém či proces, integraci lze naopak chápat jako mechanismus či opatření. Integrace se týká jednotlivce nebo skupiny, kdežto inkluze se snaží pojímat společnost, školu či komunitu jako celek. Jako jeden z hlavních rozporů je uváděn pohled na dítě. Zatímco u integrace je dítě nuceno si přerážení „zasloužit“ a tuto zásluhu musí „dokazovat“, u inkluze je dítě přijímáno automaticky.

Bendová, Zikl (2011, s. 44) definují inkluzi jako „akceptaci a přizpůsobení se společnosti do takové míry, že se jedinec se speciálními potřebami může zúčastňovat všech aktivit běžných v dané společnosti (vzdělávacích, pracovních, sociálních...)“.

Inkluze „je založena na akceptování různorodosti, pokud jde o pohlaví, národnost, rasu, jazykový původ, sociální pozadí, úroveň výkonu nebo postižení“. (Lechta, 2010 in Hanáková, Potměšil, Tylšarová, Urbanovská, 2016, s. 72)

Bendová, Zikl (2011) uvádí výčet překážek integrace, která se mohou objevit jak na straně školy, samotného žáka nebo jeho rodičů. Mezi nejčastější překážky jsou řazeny: nerozhodnost a nepochopení dítěte, nedostatek odborných kompetencí, hledání nedostatků u dítěte, nevhodný přístup vedení a další.

Hájková, Strnadlová (2016) doplňují výše uvedený výčet o otázku, jak porovnávat děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve speciálních školách s dětmi vzdělávajícími se v inkluzivním prostředí. Jakým způsobem vlastně měřit, zda inkluze byla úspěšná či nikoliv.

Tannenbergerová (2016) naopak spatřuje pozitiva v inkluzivním vzdělávání žáků v jejich odlišnosti, která je vnímána jako příležitost k rozvíjení respektu k sobě i ostatním. „V inkluzivně orientované škole se nerozlišují žáci na děti s potřebami a děti bez nich, na postižené a intaktní, na děti s handicapem nebo bez něj. Všichni jsou vnímáni jako jedinci, kteří vykazují potřebu zohledňovat svá osobní specifika“. (Tannenbergerová, 2016, s.11)

V současné době je prosazován rovný přístup jednotlivců k základnímu vzdělávání, což lze vyjádřit i jako přístup všech dětí do běžných základních škol. Na jedné straně samozřejmě oceňuji snahu školského systému o modernizaci a zpřístupnění vzdělávání na běžných základních školách pro děti se zdravotním postižením. Na straně druhé, ovšem stále převládá negativní postoj k inkluzivnímu záměru. Dle mého názoru běžné školy nejsou adaptovány na přijímání žáků se zdravotním postižením, pedagogové nemají potřebné vzdělání k vedení žáka se zdravotním postižením, tudíž nemohou nabídnout vhodné didaktické kompenzační metody, dochází k záměně projevů postižení s výchovnými obtížemi a podobně. Z náhledu mé pedagogické praxe potvrzují, že děti se zdravotním postižením jsou většinou segregovány z třídního kolektivu a za asistence speciálního pedagoga probírají učební látku mimo vyučovací třídu.

3.3 Mentální postižení a sexualita

20. prosince 1971 byla přijata Valným shromážděním OSN Deklarace práv duševně postižených. Tím bylo završeno úsilí o sjednocení a ujasnění práv osob s mentálním postižením. V souladu s touto deklarací mají osoby s mentálním postižením stejná práva jako ostatní lidé:

- právo na prožití vlastní sexuality
- právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality

- právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání (Vykydalová, 2009)

Oblast sexuality a partnerství u osob s mentálním postižením byla po dlouhou dobu tabuizována. V letech minulých jsme se mohly setkat s různými zákazy, restrikcemi a omezováním. Valenta a Müller (2013) ve své publikaci uvádějí řadu dodnes přetrvávajících předsudků v oblasti sexuality jako:

- osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud
- sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací
- sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví
- člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem
- součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk a další

V současné době se v České republice můžeme setkávat s různými druhy názorů na sexualitu osob s mentálním postižením. Existují názory represivní, názory s žádnou odpovědí, názory respektující či přemýšlivé.

„V globálu je v České republice práce se sexualitou lidí s postižením stále v plenkách a nabídka reagujících služeb nebo veřejné povědomí o této problematice bude potřebovat další roky práce.“ (Eisner, 2010, s. 4)

Drábek (2014) obecně spatřuje, že je člověk denně vystavován tlaku na výkon, mládí a krásu. Člověk se zdravotním postižením, jeho partner, rodiče a pomáhající pracovníci stále naráží na zeď, která je vybudována díky mýtům.

Podle Eisnera (2010) se tak děje i dnes v oblasti sociálních služeb, kde se před sexualitou klientů zavírají oči nebo se okolo ní chodí po špičkách.

Drábek (2014) vidí hlavní cíl podpory v sexuálním životě mladého člověka se zdravotním postižením v posilování pozitivního vztahu v nejširším smyslu slova. Jako užitečné spatřuje poskytování dostatečného soukromí, získávání kladného vztahu k experimentování s masturbací či nekoitálním sexem. Základem by podle něj, mělo být rovněž prosté poučení, že dosažení orgasmu při pohlavním styku není jedinou podmínkou pro uspokojování sexuálního soužití. V případě potřeby spatřuje nutnost spolupracovat s dalšími odborníky z řad pomáhajících profesí – sexuolog, psycholog a speciální pedagog.

S výše uvedeným názorem korespondují Valenta, Müller (2013), dle kterých má člověk s mentálním postižením plné právo na partnerský vztah, na sexuální život a na svůj

individuální sexuální projev, pokud bude eticky veden k přijatelné formě těchto vztahů za pomoci podpůrných osob.

Řada autorů věnující se této oblasti života osob s mentálním postižením souhlasí s názorem, že tato oblast se vyznačuje vysokou individuálností a souvisí s aspekty jakožto věk, pohlaví a zejména stupeň mentálního postižení.

Prevendárová (2002) tak ve svém článku „Sexualita lidí s mentálním postižením“ sexuální vývoj charakterizuje dle stupně mentálního postižení. Děti a mládež s lehkým stupněm mentálního postižení spějí ke zralosti a naplňování práva na plnohodnotný sexuální život. A absolventi zvláštních základních škol⁵ běžně uzavírají manželství a zakládají rodiny. Ovšem situace u osob se středním a těžkým stupněm mentálního postižení je složitější. Pouze pár vyvolených dosáhne takové míry samostatnosti, aby mohly žít přirozeným partnerským a sexuálním životem, bez dozoru rodičů nebo opatrovatelů. (Prevendárová, 2002)

„Sexuální osvěta a výchova osob s mentálním postižením v České republice zatím nemá jednotnou koncepci. Organizace, které se zabývají nabídkami služeb pro osoby s mentálním postižením, jde o ústavní zařízení, občanská sdružení apod. využívají stávající nabídky k získání certifikovaných programů věnovaných sexualitě osob s mentálním postižením. Pro rodiče takto postižených dětí zůstává většinou individuální řešení případu jejich dítěte, méně si mohou vyměňovat zkušenosti, jsou úzce vázáni na odborníky – psychology, psychiatry, sexuology“. (Štěrbová, 2011)

Z tohoto důvodu PhDr. Dana Štěrbová pořádá projekt – Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením, jehož cílem je prostřednictvím pracovníků v sociálních službách zlepšovat sexuální výchovu a osvětu u klientů těchto zařízení.

Zároveň doporučuje převzít osvědčený systém ze zahraničí, tzv. protokol sexuality, který obsahuje filozofii a přístupy k sexualitě osob s mentálním postižením a jsou v něm detailně zabudována práva a odpovědnosti klientů a poskytovatelů služeb. (Štěrbová, 2011)

⁵ Název zvláštní základní škola byl změněn na název Základní škola praktická po přijetí zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

Zahraniční autoři zdůrazňují mj. v základní filozofii sexuality osob s mentálním postižením:

- I. respektování práv dospělých s mentálním postižením, obzvláště právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny (rodičovství)
- II. uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí a well – being
- III. připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních poskytujících sociální služby zažívají výrazné intimní momenty
- IV. respektování a podpora intimních a neintimních vztahů – míní se i vztahy přátelské (Štěrbová, 2011)

Dle mého osobního názoru v této oblasti mentálního postižení chybí výrazná a lepší osvětová činnost pro laickou veřejnost. Veřejnost se stále staví negativně k sexualitě osob s mentálním postižením a to z důvodu, že jako sexualitu si představí pouze pohlavní styk mezi dvěma osobami s mentálním postižením. Mnohdy ani netuší, že osoby s mentálním postižením mají potřebu sexuálního uspokojení. V médiích jsme měli sice možnost zaznamenat zmínku o asistentech v oblasti sexuálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, ale stále je tato služba pro většinu společnosti tabu.

3.3.1 Sexuální zneužívání mentálně postižených osob

U osob s mentálním postižením je větší riziko sexuálního zneužívání než u intaktní populace. Jak uvádí Novosad (2002), osoby s mentálním postižením jsou pro sexuální útočníky velmi atraktivní a to v mnoha směrech zejména pro rizikové faktory, kterými jsou ohroženi:

- špatná orientace v neznámém prostředí
- menší zkušenosti v mezilidských vztazích, zvýšená důvěřivost
- snížená schopnost úsudku a omezení komunikačních schopností
- omezená možnost útěku z důvodu stupně postižení
- menší svědecká věrohodnost, snadná ovlivnitelnost a mnoho dalších.

„Zneužívajícími jsou většinou lidé, které oběť zná. Často hrozí nebezpečí od příbuzných, členů rodiny, vedoucích různých kroužků, domácích ošetřovatelů, osobních pečovatелů a dalších. Velmi častý je právě přetrvávající a opakovaný incest v prostředí, na kterém je člověk existenčně závislý.“ (Valenta, Müller, 2013, s. 239)

Podle Lečbycha (2010) se důsledky sexuálního napadení a zneužívání v ničem neliší od důsledků, které prožívají intaktní oběti. Jedná se zejména o traumatické a posttraumatické stresové poruchy typu zmatenosti, bezmocnosti, beznaděje, pocitů smutku, agresivity, nepozornosti a dalších. Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením osob se může lišit od lidí bez postižení v průběhu, motivaci a příležitosti.

Prevenici sexuálního zneužívání spatřuje Valenta, Müller (2013) v sexuální výchově, která lidem s mentálním postižením prakticky vysvětlí, jak sexuální zneužívání poznají a jak se v případě potřeby tomuto nebezpečí vyhnout. V rámci této výchovy je nutná i vyšší míra názornosti a trénink sociálních dovedností.

„Sexuální výchova by měla dětem s mentálním postižením zprostředkovat kromě obecných sexuálních informací také vědomí sociálně přípustného chování ostatních osob k jejich osobě a naopak, dovednost říci „Ne“ a poskytnout jim vědomí toho, na koho se mohou obrátit o pomoc, pokud je někdo obtěžuje. Měla by vést k celkovému rozvoji sexuality dítěte či dospívajícího a přivést jej ke způsobu, se kterým se může v sexuální oblasti realizovat.“ (Lečbych, 2010)

V oblasti sexuálního zneužívání se jako řada dalších autorů přikláním k realizaci sexuální výchovy jako k prevenci a informovanosti v této oblasti. Zejména se ztotožňuji s výše uvedenou citací Martina Lečbycha (2010), kdy osoby s mentálním postižením musí být informovány, jaké chování v oblasti sexuality je přípustné a pokud dojde k porušení této hranice, jaké jsou možnosti obrany a kde hledat pomoc.

3.4 Mentální postižení a partnerství

„Ani v potřebě partnerského života se mladí lidé se zdravotním postižením neodlišují od lidí bez postižení. V uspokojování této potřeby jsou však v různých směrech znevýhodňováni podle charakteru svého postižení. To se projevuje v možnostech výběru partnera, samotného navazování partnerských vztahů a specifického promítání genderových rolí.“ (Jesenský, 1993 in kolektiv autorů, 2014, s. 91)

Dle Drábka (2014) se zejména u mentálního postižení jedná o typ vztahu, kde jsou oba partneři postiženi stejným nebo obdobným stupněm postižení. A tento typ vztahu se vyskytuje častěji a je rozšířenější než typ vztahu, kde je postižen pouze jeden z partnerů.

Podle Vágnerové (2004) osobní kvality zvoleného partnera nemusí hrát takovou roli jako v případě partnera bez postižení. A pro postiženého nebývá těžké slevit ze svého ideálu, protože dotyčný je sám znevýhodněný. Což sama vidí jako stabilizátor vztahu. Partneři se cítí rovnocenní, řeší obdobné problémy a rozpad takového vztahu nebývá častým jevem.

Novosad (2009) upozorňuje zároveň na fakt, že se takové partnerství nesmí stát útočištěm postižených partnerů před majoritní společností, což by mohlo vést k větší sociální izolaci.

Jesenský (1993 in kolektiv autorů, 2014, s. 93) uvádí výčet čtyř hlavních oblastí obtíží spojených s výběrem partnera:

- potíže se vzhledem
- obtíže v komunikaci
- obtíže v dálkové orientaci na partnera
- obavy ze selhání při vzájemném kontaktu

Osoby s mentálním postižením se při realizaci svých partnerských vztahů mohou setkávat s překážkami v podobě konfliktů se svými rodiči či opatrovníky, kteří za ně i v dospělosti rozhodují. (Drábek, 2013)

Zkušenosti přesto ukazují, že „lidé s mentálním postižením, kteří žijí v partnerském svazku, jsou zralejší, vyrovnanější, samostatnější a lépe spolupracují.“ (Kopalová, 1995 in Valenta, Müller, 2013, s. 234)

Sama za sebe se přiklání ke stanovisku, aby osoby s mentálním postižením měly možnost a příležitost navázat partnerský vztah. Už jen představa, že jsem člověk s mentálním postižením a navíc klientem domova pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytuje stejná homogenní skupina a strávím zde celý svůj život bez možnosti mít k sobě někoho blízkého, komu se mohu svěřit, případně koho mohu obejmout, je tak říkajíc frustrující. Vědomí, že mám osobu blízkou, může dle mého přesvědčení u osob s mentálním postižením zlepšit psychickou stránku, má optimistický výhled do budoucna a celkově lépe prožívá svůj život, případně lépe snáší různé životní překážky.

3.5 Mentální postižení a rodičovství

U osob s mentálním postižením není jednou ze základních otázek, zda se jim narodí postižené nebo zdravé dítě, ale zda jsou osoby s mentálním postižením schopny se o dítě postarat. A je zejména potřeba zjistit, jaká motivace vede partnery s mentálním postižením k rozhodnutí mít dítě. Péče o dítě v rodině rodičů s mentálním postižením je nesmírně složitá a vyžaduje podporu asistentů, pomáhajících prarodičů a dalších příbuzných. (Valenta, Müller, 2013)

„Názory jsou různé, od liberálních až po direktivní. U žen se středním a těžkým mentálním postižením bývá gravidita spíše neobvyklá. Podle výzkumu má jen asi 40% dětí narozených mentálně postiženým rodičům intaktní (neporušený) intelekt. Touha po vlastním dítěti bývá často romantická. Někdy touha po vlastním dítěti může odrážet i snahu lidí s mentálním postižením osamostatnit se od rodičů a vychovatelů, vymanit se z „jejich nadvlády.“ (Prevendárová, 2002)

Valenta, Müller (2013) souhlasí s Prevendárovou, kdy touha po dítěti u osob s mentálním postižením bývá velmi romantická, protože si nejsou schopni uvědomit obtíže a zodpovědnost, která zejména s rodičovstvím souvisí. A zároveň dodávají „pokud poskytujeme lidem s mentálním postižením podporu v oblasti partnerství, měli bychom při projevu touhy po dítěti nejdříve zjišťovat motivaci, která vede partnery k přání dítě mít“. (Valenta, Müller, 2013, s. 237)

„Dalším krokem je konfrontace motivace a přání partnerů s jejich reálnými možnostmi. Vždy je důležité hodnotit situaci realisticky a nevytvářet klamné naděje“. (Valenta, Müller, 2013, s. 238)

Novosad (2000) dodává, že zejména u některých párů, které přemýšlejí o založení rodiny, je potřeba předem své rozhodnutí konzultovat na pracovišti genetického inženýrství.

Zároveň je potřeba řešit i otázku **antikoncepce**. Uzel (2011) zabývající se ve svém článku plánovaným rodičovstvím, vidí prvořadý úkol sexuální výchovy u osob s mentálním postižením ve výchově antikoncepční. Kdy výběr vhodné antikoncepce závisí na stupni postižení a individualitě. Mezi obtížné metody antikoncepce u osob s mentálním postižením řadí periodickou sexuální abstinenci a užívání kondomu. Největšího uplatnění tak nalézá v užití ženské hormonální antikoncepce u žen s lehkým stupněm mentálního postižení. Dokonce u této formy antikoncepce poukazuje na zvýšenou pečlivost žen

s lehkým stupněm mentálního postižení, protože může převažovat pocit hrdosti nad tím, že si o své plodnosti rozhodují samy. Další doporučenou metodou s dlouhodobějším účinkem je dle Uzla (2011) vaginální kroužek, hormonální náplast či podkožní implantát. V závěru článku dodává, že užití veškeré antikoncepce by mělo být podáváno dobrovolně a za naprostého souhlasu uživatelky.

II PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce se skládá ze tří kapitol. V první kapitole nahlédneme sledované problematiku našeho výzkumného šetření. Druhá kapitola se zabývá vytyčenými cíly, metodami výzkumného šetření a charakteristikou zkoumané skupiny osob. Třetí kapitola se bude týkat samotného výzkumného šetření, zejména dotazníku, jeho popisu a charakteristiky zkoumané skupiny osob. Třetí kapitola, která bude nejobsáhlejší, nás seznámí s výsledky a interpretací interakční společnosti v oblastech mentálního postižení, které nás nejvíce zajímají.

1 Úvod do sledované problematiky

V rámci Zlínského kraje máme možnost nalézt několik institucí věnujících se vzdělávání osob s mentálním postižením či péči o osoby s mentálním postižením od narození po senium. Máme možnost nalézt také doplňkové či podpůrné služby usnadňující život osobám s mentálním postižením či jejich rodinným příslušníkům.

Zároveň můžeme nalézt početnou skupinu dostupné literatury věnující se problematice mentálního postižení. Stejně tak nalzáme i řadu bakalářských či disertačních prací mapující zejména všeobecné postoje napříč různými věkovými skupinami k osobám s mentálním postižením nebo k oblastem života spojenými s mentálním postižením.

Avšak doposud nebylo zpracováno výzkumné šetření mapující rozsah znalostí či informací týkající se mentálního postižení vztahující se pouze na obyvatele Zlínského kraje.

Hlavním cílem této bakalářské práce je tak nejen seznámit veřejnost tohoto kraje s úskalími spojenými s mentálním postižením, ale zároveň i zjistit množství informací a povědomí, jimiž obyvatelé Zlínského kraje disponují v různých oblastech života osob s mentálním postižením. Popřípadě zjistit také jejich předsudky, představy či postoje vztahující se k mentálnímu postižení.

2 Metodologická východiska výzkumného šetření

V následující kapitole si podrobněji konkretizujeme jednotlivé cíle, kterých chceme v průběhu našeho výzkumného šetření dosáhnout. Poté uvedeme výčet metod šetření, kterých jsme použili pro sběr potřebných dat. Na závěr charakterizujeme skupinu osob, která byla zkoumána.

2.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem této bakalářské práce bude zjistit, na kolik se intaktní společnost orientuje v problematice mentálního postižení v rámci Zlínského kraje. Zda se veřejné mínění ztotožňuje v rámci dané oblasti mentálního postižení. Či je-li názor veřejnosti pozitivní nebo negativní.

Jako parciální cíle našeho výzkumného šetření jsme si zvolily oblasti mentálního postižení, ve kterých chceme zjistit následující:

a) oblast komunikace

- jak veřejnost hodnotí setkání s osobou s mentálním postižením
- co je na setkání nejvíce překvapilo
- jak se jim komunikovalo a jaké zvolili komunikační prostředky

b) oblast vzdělávání

- zda by lidé s tímto handicapem měli navštěvovat vzdělávací instituce

c) oblast sexuality

- jaké je povědomí veřejnosti o sexuálním zneužívání osob s mentálním postižením
- jak veřejnost pohlíží na sexuální život osob s mentálním postižením

d) oblast partnerství

- jaký názor převládá ve společnosti ohledně partnerského vztahu
- co si o takovém vztahu společnost myslí

e) oblast rodičovství

- zda společnost souhlasí nebo nikoliv s možností zplodit vlastního potomka
- na kolik jsou případní budoucí rodiče schopni se o své dítě postarat

2.2 Metody výzkumného šetření

Abychom získali potřebné informace, využili jsme metody dotazníku. Dotazník Jandourek (2008, s. 45) charakterizuje jako „formulář určený respondentovi, tedy osobě dotazované“, který „obsahuje otázky a možnosti odpovědí, popřípadě ponechává i místo na spontánní odpověď“.

Kutnohorská (2009) shrnuje zásady tvorby dotazníku do jednoznačné formulace otázek, aby dovolila pravdivé odpovědi bez obtíží. Konstrukce dotazníku by měla přitahovat respondenta a je potřeba zahrnovat všechny potřebné problémy, na které prostřednictvím dotazníku hledáme odpověď.

U části dotazovaných pak bylo ještě navázáno na témata týkající se oblasti mentálního postižení metodou nestandardizovaného interview. Nestandardizovaný rozhovor Kutnohorská (2009, s. 39) uvádí jako „metodu, která se všemi znaky podobá běžnému rozhovoru, při jehož použití bývá kladen důraz na přirozenou konverzaci, nenásilný průběh. Otázky nemusí být kladeny ve stejném pořadí a nemusí být zcela identické. Musíme mít ovšem jasno, na jakou otázku hledáme odpověď“.

Náš dotazník, jenž je součástí přílohy č. 1, byl sestaven tak, aby otázky byly srozumitelné respondentům. Byly formulovány stručně a jasně. Úvodní otázky byly koncipovány, abychom od respondentů získali základní údaje – pohlaví, věk a místo bydliště respondenta. Zbýlá část otázek dotazníku se zaměřovala již na osobní setkání s osobami s mentálním postižením, způsob komunikace, oblast sexuality, partnerství, rodičovství či vzdělávání. Co se veřejnosti vybaví při pojmu mentální postižení. Dotazník byl určen pouze osobám ve Zlínském kraji a to v okrese Uherské Hradiště a v okrese Vsetín.

Celý dotazník se skládá z 20 otázek, z nichž 2 otázky jsou otevřené a 1 otázka je seřazovací, kde měli respondenti seřadit odpovědi, dle jejich uvážení. Zbýlé otázky jsou uzavřené s jednou možnou odpovědí z předem připravených možností.

Jednotlivé odpovědi na položky v dotazníku byly pak následně vyjádřeny v procentech. Tyto údaje byly následně vyjádřeny v tabulce a grafu pro lepší orientaci.

V dotazníku byl také uveden pojem „intaktní“, jehož český ekvivalent „zdravý“ byl uveden v závorce, a to z důvodu, že laická veřejnost nemusí nutně znát pojem „intaktní“.

Dále se v dotazníku objevuje pojem „ústav“, který je v současné době díky zákonu č.108/2006 Sb. o sociálních službách nahrazen pojmem „domov pro osoby se zdravotním postižením“.

2.3 Charakteristika zkoumané skupiny osob a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od května do října roku 2016, kdy bylo rozdáno a rozesláno 130 dotazníků. Zpět se nám vrátilo 102 dotazníků, návratnost byla ze 78 % úspěšná. Dotazníky byly rozdány zejména osobně a následně i rozeslány emailovou poštou konkrétním osobám. Naši respondenti byli získáni cíleným oslovením cílené skupiny lidí, což tvořilo většinu počtu respondentů. Zbylá část respondentů byla získána náhodně. S částí cíleně oslovených respondentů byl následně veden i rozhovor na dané téma pro prohloubení poznatků.

Pro sběr informací z elektronického rozesílání byla vytvořena webová stránka pro sběr dat. U osobního odevzdání vyplněného dotazníku bylo ještě navázáno na dané téma formou krátkého rozhovoru.

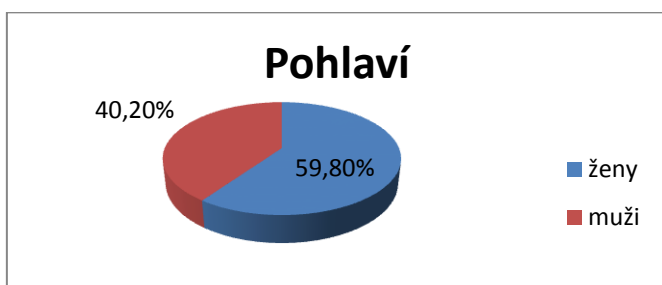
Zkoumanou skupinu osob tvořili muži a ženy ve věku 10 – 25 let, 26 – 60 let a 60 let a více. Tedy mládež, osoby v produktivním věku a dále senioři.

Z grafu č. 1 vyplývá, že ženy byly početněji zastoupeny v našem výzkumném šetření než muži.

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

<i>Pohlaví</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>	<i>Celkem</i>
ženy	61	59, 8 %	102
muži	41	40, 2 %	102

Graf č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

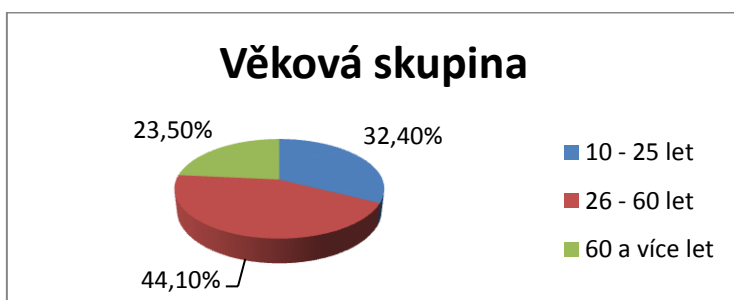


Tabulka č. 2 nám ukazuje početní zastoupení věkových skupin, které se výzkumného šetření účastnily.

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle věkových skupin

Věk	Počet	Počet v %
10 – 25 let	33	32,4 %
26 – 60 let	45	44,1 %
60 a více let	24	23,5 %

Graf č. 2: Rozdělení respondentů dle věkové skupiny

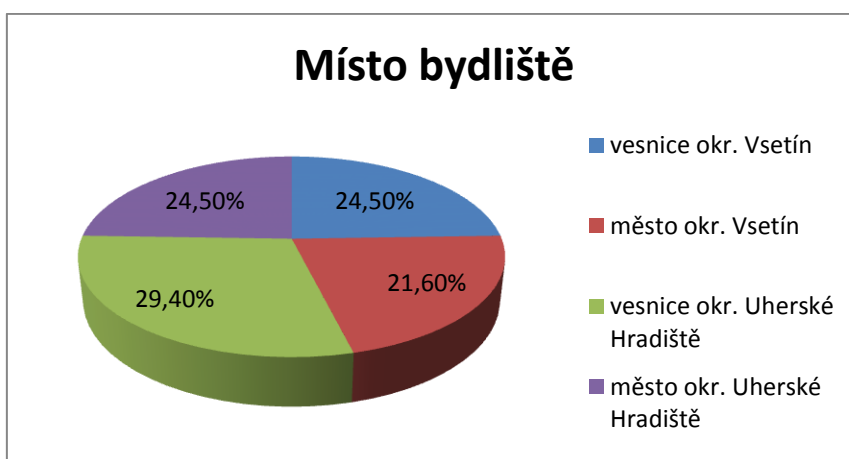


Tabulka č. 3 zobrazuje počet zastoupení dle místa bydliště respondentů v rámci Zlínského kraje. Oblast Slovácka zastupuje okres Uherské Hradiště a oblast Valašska v našem výzkumném šetření zastupuje okres Vsetín.

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů dle místa bydliště

Bydliště	Počet	Počet v %
vesnice okr. Vsetín	25	24,5 %
město okr. Vsetín	22	21,6 %
vesnice okr. Uherské Hradiště	30	29,4 %
město okr. Uherské Hradiště	25	24,5 %

Graf č. 3: Rozdělení respondentů dle místa bydliště



3 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

V této kapitole se budeme věnovat výsledkům našeho výzkumného šetření v oblastech mentálního postižení, které nás nejvíce zajímají. Na základě těchto zjištěných výsledků bude možné dokázat, zda je veřejnost ve Zlínském kraji dostatečně informována o současné problematice mentálního postižení nebo zda je stále ovlivněna neinformovaností, případně předsudky či dokonce diskriminací.

Pro lepší orientaci jsme otázky rozdělily dle oblastí našeho zájmu – komunikace, vzdělávání, sexualita, partnerství a rodičovství.

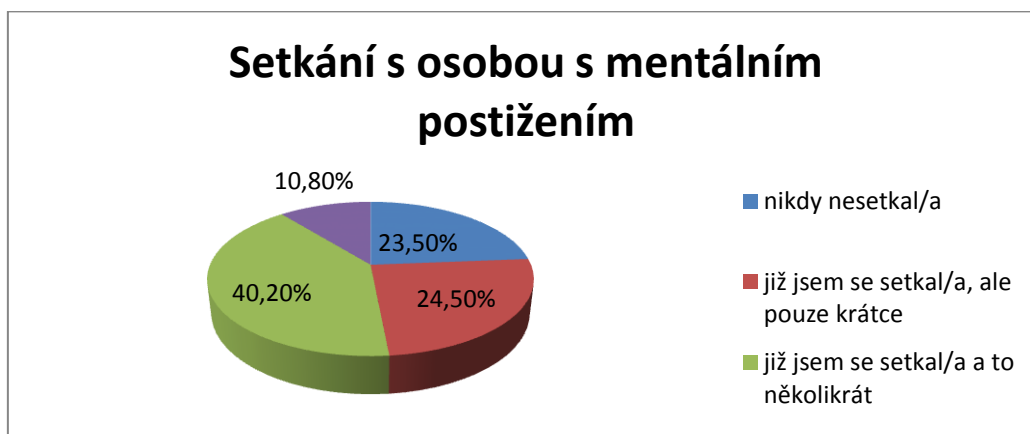
Jako první uvádíme otázky, která jsou stěžejním bodem tohoto šetření a to, zda si již někdy lidé ze Zlínského kraje setkali s osobou s mentálním postižením a jaké z takových setkání mají pocity.

1. S osobou s mentálním postižením jsem se:

Tabulka č. 4: Otázka č. 1

Odpovědi	Počet	Počet v %
Nikdy nesetkal/a	24	23,5 %
Již jsem se setkal/a, ale pouze krátce	25	24,5 %
Již jsem se setkal a to několikrát	42	41,2 %
Máme takovou osobu v rodině	11	10,8 %

Graf č. 4: Otázka č. 1



Výše uvedená otázka v případě kladné odpovědi, byla následně rozšířena o dojmy respondentů z takového setkání. Jako první uvádíme **kladné dojmy** z těchto setkání. Bohužel nemůžeme uvést absolutně všechny dojmy, proto zde interpretujeme pouze ty nejzajímavější a nejčastější:

- „Občas dokážou projevít nečekanou míru empatie“
- „Postřeh při komunikaci s kolemjdoucím“
- „Jak dokážou být učenlivý a samostatní“
- „Nedá se jednoznačně odpovědět, záleží na druhu a závažnosti postižení. Někdy pohoda a úsměv, jindy strach z cizího člověka“
- „Dokážou se přitulit i k úplně cizímu člověku a být s ním v blízkém tělesném kontaktu“
- „Milý přístup k okolním lidem“
- „Čisté a nezátížené myšlení, bezprostřednost“
- „Vděčnost za každé pohlazení a dobré slovo“
- „V podstatě nemám výhrady vůči těmto osobám“
- „Nic nevadí, tihle lidé za to nemohou“

Ve zbylých hodnoceních respondentů se nejčastěji objevovala slova jako bezprostřednost, radost ze života, časté objímání, přátelskost, zvědavost, bezkonfliktnost, radost ze života a ze setkání s druhými lidmi.

Mezi **negativní** odpovědi řadíme:

- „Obtěžující poznámky při náhodném setkání“
- „Občas mám strach, aby mi fyzicky neublížili – pokud jsem v těsném kontaktu moc blízko. Ale jen do té doby, dokud je opravdu nepoznám. Potom už žádné obavy nemám“

Většina respondentů ovšem uvedla, že jim nic výhradního na osobách s mentálním postižením nevadí. Pouze 4 respondenti (zajímavé je, že to byli muži) uvedli vzhled osob s mentálním postižením jako negativní dojem při setkání.

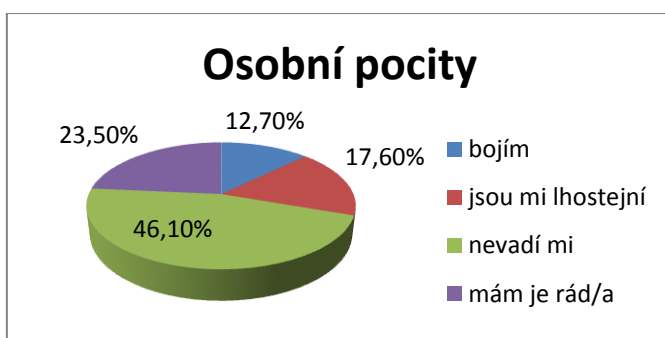
S čímž velmi úzce souvisí naše další otázky z výzkumného šetření, týkající se pocitů a představ o osobách s mentálním postižením.

2. Člověka s mentálním postižením se:

Tabulka č. 5: Otázka č. 2

Odpovědi	Počet	Počet v %
Bojím	13	12,7 %
Jsou mi lhostejní	18	17,6
Nevadí mi	47	46,1 %
Máme je rád/a	24	23,5 %

Graf č. 5: Otázka č. 2



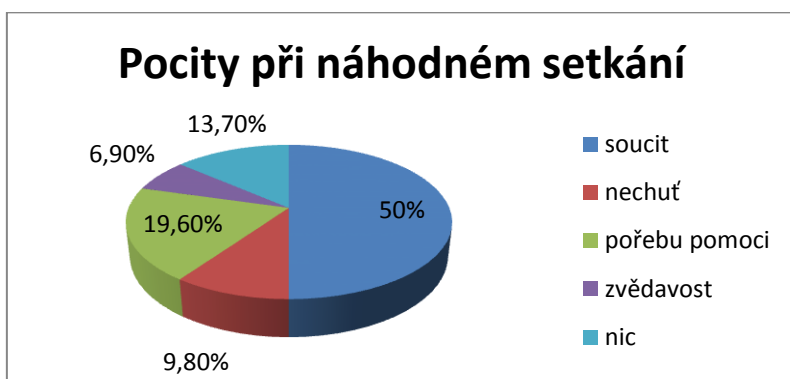
Tímto výzkumem jsme měli možnost zjistit, že většina respondentů se již s osobou s mentálním postižením setkala a toto setkání na ně učinilo dobrý a kladný dojem. A dále, že až 46% obyvatel, nemá žádné výhradní postoje vůči osobám s mentálním postižením a 23,5% veřejnosti má osoby s mentálním postižením rádo a berou je jako plnohodnotné členy naší společnosti.

3. Když vidím člověka s mentálním postižením, cítím:

Tabulka č. 6: Otázka č. 3

Odpovědi	Počet	Počet v %
Soucit	51	50 %
Nechuť	10	9,8 %
Potřebu pomoci	20	19,6 %
Zvědavost	7	6,9 %
Nic	14	13,7 %

Graf č. 6: Otázka č. 3



Až polovina respondentů uvedla, že při setkání s osobou s mentálním postižením cítí soucit. Při následném dotazování z čeho tak pramení tento jejich pocit, se většina shodovala v názoru na žití plnohodnotného života, kdy jej nemohou prožít jako zdravý člověk a stále potřebují podporu svého okolí. 19,6 % respondentů cítí potřebu pomoci a to z důvodu, že sami jsou zdraví a rádi by osobám s mentálním postižením vynahradili jejich postižení. 9,8 % respondentů cítí nechuť, kterou v následném rozhovoru odůvodňovali fyzickým vzhledem osob s mentálním postižením a celkovým negativním postojem nejen k osobám s mentálním postižením, ale jakýmkoliv postižením.

4. Když se řekne člověk s mentálním postižením, představím si:

(prosím seřad'te dle důležitosti)

- šikmé oči
- tupý výraz obličeje
- omezenou řeč
- úbytek inteligence
- celkově zaostalý vývoj

Většina respondentů na prvním místě označila s přehledem šikmé oči. A to z důvodu, že jsou prvním projevem, který je při vyslovení mentálního postižení napadne. Většina zúčastněných osob je označuje za tzv. „poznávací znamení“ osob s mentálním postižením, díky němuž mentální postižení ihned poznají. Na druhém místě se nejčastěji objevovali celkově zaostalý vývoj, následovaný úbytkem inteligence. Tupý výraz obličeje a omezená řeč se spolu prolínali na posledních místech.

Mezi odpověďmi na tuto otázku se ale objevili i následující komentáře:

- „Nedá se jednoznačně odpovědět, záleží na druhu a závažnosti postižení“
- „Ani jedno, každý je originál a úžasná bytost“
- „Nelze je takto hodnotit“
- „Jsou i jiné projevy tohoto postižení“
- „Nemůžeme je takto hodnotit, jsou to lidé jako my. Jen měli o malinko méně štěstí při narození“

Celkově tedy můžeme výsledky této části výzkumu hodnotit jako kladné, zejména v postojích, pocitech či představách veřejnosti o osobách s mentálním postižením. A zároveň i pozitivním přístupem k tomuto postižení. Což lze ostatně vysvětlit současnou snahou o sociální integraci osob s mentálním postižením, deinstitucionalizací ústavní péče, inkluzivním přístupem ve vzdělávání a většími osobními právy a větší možností pracovního uplatnění.

3.1 Postoj respondentů v oblasti komunikace osob s mentálním postižením

„Komunikace je nositelem dění ve společnosti a je nezbytná pro vývoj a utváření lidské osobnosti. Chápeme ji jako sdělování určitých informací, významů v procesu přímého nebo nepřímého sociálního kontaktu“. (Novosad, 2009, s. 125)

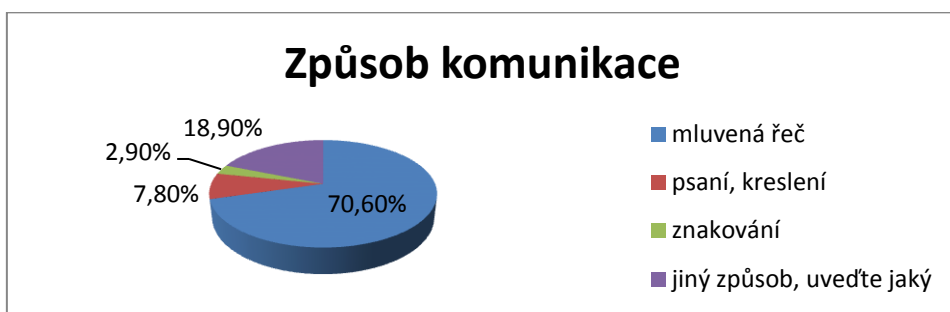
V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili především na způsob komunikace a následné hodnocení průběhu komunikace s osobami s mentálním postižením.

5. Pro komunikaci s těmito osobami jsem využil/a:

Tabulka č. 7: Otázka č. 5

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Mluvená řeč	72	70,6 %
Psaní, kreslení	8	7,8 %
Znakování	3	2,9 %
Jiný způsob, uveďte jaký	19	18,6 %

Graf č. 7: Otázka č. 5



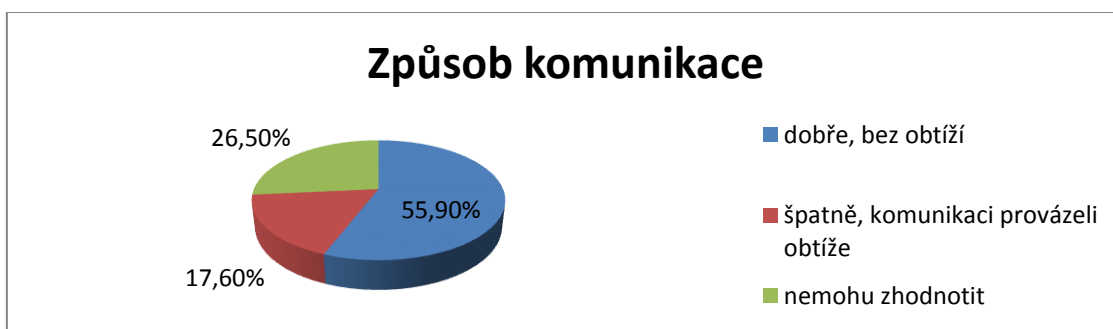
Jako jiný způsob komunikace respondenti uvedli ukazování, prostředky alternativní a augmentativní komunikace – výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS, Piktogramy a žádný způsob komunikace. Poslední jmenovaný způsob komunikace byl uveden u respondentů, kteří ještě neměli možnost se setkat s osobou s mentálním postižením, a tudíž komunikace nemohla proběhnout.

6. Jak se Vám s těmito osobami komunikovalo?

Tabulka č. 8: Otázka č. 6

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Dobře, bez obtíží	57	55,9 %
Špatně, komunikaci provázeli obtíže	18	17,6 %
Nemohu zhodnotit	27	26,5 %

Graf č. 8: Otázka č. 6



Většina respondentů (57) hodnotí průběh komunikace kladně, neuváděli žádné obtíže během komunikace s osobami s mentálním postižením a dobře rozuměli sdělovaným informacím ze strany osob s mentálním postižením. Respondenti (18), kteří

označili komunikaci s obtížemi, zároveň dodávali, že hovořili s osobami s mentálním postižením, kteří měli těžší stupeň mentálního postižení. Zbylí respondenti (27) neměli dosavadní možnost navázat komunikaci s osobou s mentálním postižením.

3.2 Postoj respondentů v oblasti vzdělávání a práce u osob s mentálním postižením

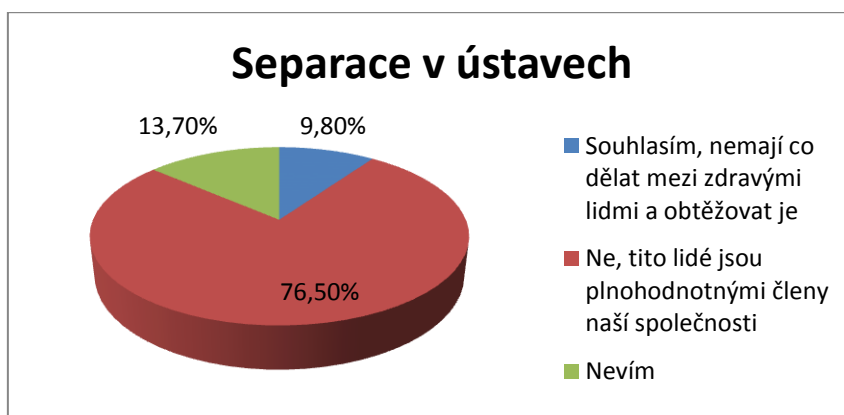
Na úvod této kapitoly jsme zařadili otázku ohledně integrace osob s mentálním postižením do společnosti a následně jsme na tuto otázku navázali dotazy ohledně vzdělání a možného pracovního uplatnění. Zajímalo nás proto, zda se obyvatelé Zlínského kraje v současné době ztotožňují s níže uvedeným výrokem nebo zda se názor na separování osob s mentálním postižením do ústavní péče změnil s převratem v roce 1989.

7. S výrokem „Takto postižené osoby by měly být separovány v ústavech“.

Tabulka č. 9: Otázka č. 7

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Souhlasím, nemají co dělat mezi zdravými lidmi a obtěžovat je	10	9,8 %
Ne, tyto lidé jsou plnohodnotnými členy naší společnosti	78	76,5 %
Nevím	14	13,7 %

Graf č. 9: Otázka č. 7



Jak je patrné z výsledků našeho výzkumného šetření, veřejnost se v 76, 5 % zcela neztotožňuje s výše uvedeným výrokem a chápe osoby s mentálním postižením jako plnohodnotné spoluobčany. Mnoho respondentů z mé rodné vesnice Velehradu mi při rozhovoru v návaznosti na dotazníkové šetření uvedlo, že si na osoby s mentálním postižením a následně na Domovy pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě tak zvykli a vnímají je jako součást Velehradu, že je jim velmi líto, že v současné době dochází k transformaci sociálních služeb a tito lidé jsou umísťováni do menších zařízení v jiném městě či vesnici a počet osob s mentálním postižením se tak zmenšuje. Již nemají možnost potkávat skupinky osob s mentálním postižením se sociálním pracovníkem na procházce Velehradem, kdy tyto lidi znali jménem, a když se náhodně potkali, podávali si ruce, byli plni úsměvů a povídání. Stejně tak, když si v létě jdou posedět na zahrádku, vždy zde byl po obědě obsazen stůl klienty těchto domovů, kteří si zde dávali pravidelně kávu a zmrzlinu a vždy bylo od tohoto stolu slyšet plno povídání.

„Základní právní atribut demokratické společnosti, právo na vzdělání a informace, nemůže být nikomu odepřen. V kontextu s těmito společenskými potřebami dochází k restrukturalizaci a diferenciaci školského systému. Postupně se rozšiřují možnosti běžných, specializovaných a integrovaných (resp. integrujících) škol, které poskytují jedincům s tělesným, sensorickým, tj. smyslovým, řečovým a mentálním, popř. kombinovaným, postižením odpovídající vzdělání“. (Novosad, 2009, s. 35 – 36)

V současné době je vzdělávání žáků naplňováno podle Zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Tento zákon zaručuje dětem s mentálním postižením rovnocenný přístup ve vzdělávání.

„V současnosti lze sledovat zvyšující se tendence přijatých žáků do základního vzdělávání ve školách běžného typu, přičemž v základních školách pro žáky s postižením lze sledovat tendenci klesající“. (Hanáková, Potměšil, Tylšarová, Urbanovská, 2016, s. 48) Zároveň tito autoři dodávají, že současná doba je pozitivně nakloněna integraci žáků s různým typem postižení do školských vzdělávacích zařízení.

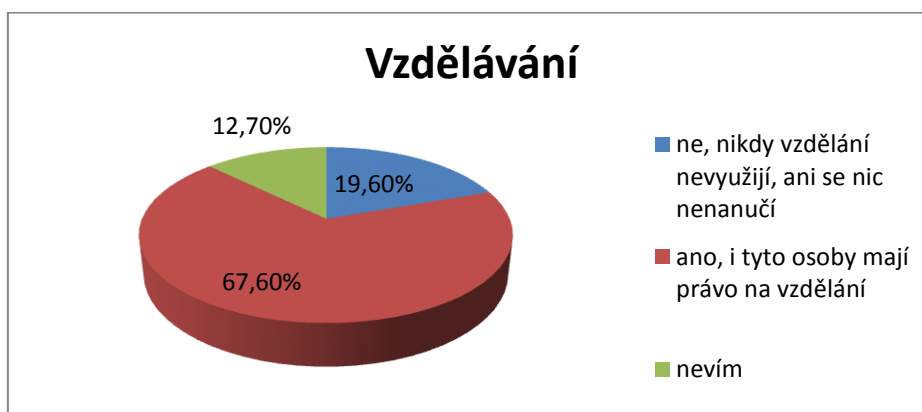
Proto nás zajímalo, zda i občané Zlínského kraje souhlasí se vzděláváním žáků s mentálním postižením.

8. Měl by člověk s mentálním postižením podle Vás navštěvovat vzdělávací instituce?

Tabulka č. 10: Otázka č. 8

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Ne, nikdy vzdělání nevyužijí, ani se nic nenaučí	20	19,6 %
Ano, i tyto osoby mají právo na vzdělání	69	67,6 %
Nevím	13	12,7 %

Graf č. 10: Otázka č. 8



Z výše uvedeného vyplývá, že vzdělávání žáků s mentálním postižením podporuje až 67,6 % občanů. Při následném rozhovoru dotazovaní uváděli, že již zaslechli pojem integrace nebo inkluze a to v souvislosti se vzděláváním ve školských zařízeních. Ovšem význam těchto výrazů našim respondentsům není doslovně znám.

Na doplňující otázku, zda by sami podporovali integraci či inkluzi ve školských zařízeních, většina uváděla negativní postoj k tomuto záměru, neboť se domnívají, že lepšího vzdělání a péče se žákům s mentálním postižením dostane ve speciálních školách, nikoliv v běžných školských zařízeních.

V našem výzkumném šetření jsme položili i následující otázku ohledně pracovního uplatnění. Neboť ta navazuje na základní vzdělání, následné možnosti vyššího vzdělávání a vyšší šanci uplatnění na trhu práce.

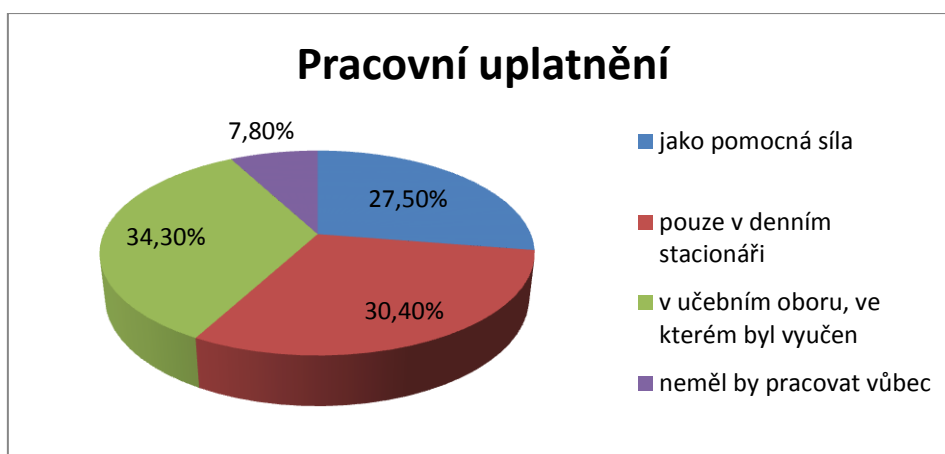
„Práce je smysluplná a cílená tělesná a duševní činnost zaměřená na výdělek, obživu, sebeučení či seberozvoj, uspokojování materiálních i duchovních potřeb každého člověka“. (Novosad, 2009, s. 46)

9. Člověk s mentálním postižením může pracovat:

Tabulka č. 11: Otázka č. 9

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Jako pomocná síla	28	27,5 %
Pouze v denním stacionáři	31	30,4 %
V učebním oboru, ve kterém byl vyučen	35	34,3 %
Neměl by pracovat vůbec	8	7,8 %

Graf č. 11: Otázka č. 9



Výsledky této otázky nám ukazují nejednotnost obyvatel Zlínského kraje na případné pracovní uplatnění osob s mentálním postižením. Pouze 34,3 % obyvatel uvedlo, že osoby s mentálním postižením mohou pracovat v učebním oboru, ve kterém se vyučili. Byly to zejména ty osoby, které ví, že v rámci jejich okresu se nachází odborné učiliště s nabídkou výučných oborů.

Naopak osoby, které uváděli, že je možné pracovat pouze v denním stacionáři (30,4 % obyvatel), uváděli, že ve svém regionu nemají žádnou vyšší školu zaměřenou pro osoby s mentálním postižením a tudíž ani netuší, že taková nabídka vyššího vzdělání v současné době existuje.

7,8 % obyvatel uvádělo, že osoby s mentálním postižením by neměli pracovat vůbec. Mezi touto skupinkou obyvatel se vyskytovalo hned několik odůvodnění takového rozhodnutí jako pobírání důchodu, zaopatření a veškerá potřebná péče v ústavech, negativní představy o obsluhování osobou s mentálním postižením a jiné.

Zbýlých 27,5 % obyvatel uvádělo pracovní uplatnění na pozici pomocné síly. Tito respondenti byli ochotni připustit, že by osoby s mentálním postižením pracovali, zároveň

ale zdůrazňovali, že je potřeba stálého dozoru nad jejich prací a nejednalo by se o práci nijak významnou.

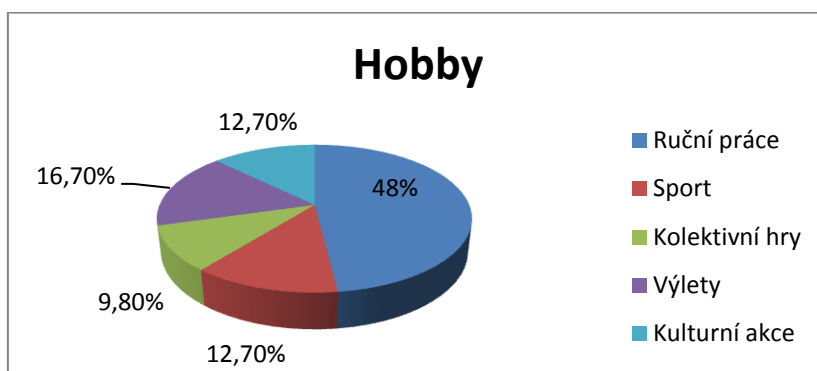
Tuto kapitolu budeme v návaznosti uzavírat otázkou ohledně koníčků nebo činností, které mohou zaujmat osoby s mentálním postižením. Zajímalo nás, zda občané Zlínského kraje mají představu nebo tuší, co osoby s mentálním postižením nejvíce baví ve svém volném čase dělat.

10. Člověka s mentálním postižením baví:

Tabulka č. 12: Otázka č. 10

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Ruční práce	49	48 %
Sport	13	12,7 %
Kolektivní hry	10	9,8 %
Výlety	17	16,7 %
Kulturní akce	13	12,7 %

Graf č. 12: Otázka č. 10



Jak můžeme vyčíst z výsledků našeho šetření, skoro polovina obyvatel se domnívá, že nejvíce osob s mentálním postižením baví ruční práce. Když jsem se respondentů zpětně dotazovala proč si myslí, že jsou to zrovna ruční práce, nejčastěji byla zastoupena odpověď typu: „že se v ústavech moc činností dělat nedá“ a že „si představí klienty, jak sedí kolem stolu po obědě a něco hromadně tvoří“.

Při zpětném dotazu u respondentů, kteří odpověděli výlety (16,7 %), se mi dostalo odpovědi: „že klienti daného domova neustále někam jezdí na výlety“ a dále „že je to samé

divadlo v Brně, taneční v Olomouci, plavání v Uherském Hradišti či každoroční dovolená u moře a v zimě lyže“. V závěru svého povídání někteří respondenti uvedli, že chápou, že tyto akce nenahradí zdraví, ale že by se tak chtěli také někdy mít. Naopak jiní respondenti uváděli, že osobám s mentálním postižením přejí takové vyžití v Domovech pro zdravotně postižené.

3.3 Postoj respondentů v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením

Sexualita u osob s mentálním postižením je asi jedno z nejvíce diskutovaných témat v současné době. Zejména proto, že si mnoho lidí neuvědomuje že, „v důsledku sociální izolace v ústavní nebo rodinné péči žije mnoho zdravotně postižených v permanentní citové deprivaci a sexuální frustraci“. (Novosad, 2000, s. 36) A zároveň si mnoho lidí pod pojmem „sexuální život“ představí zejména „pohlavní styk“.

„Člověk je sexuální bytostí; bez ohledu na přítomnost postižení“. (Valenta, Müller, 2013, s. 232)

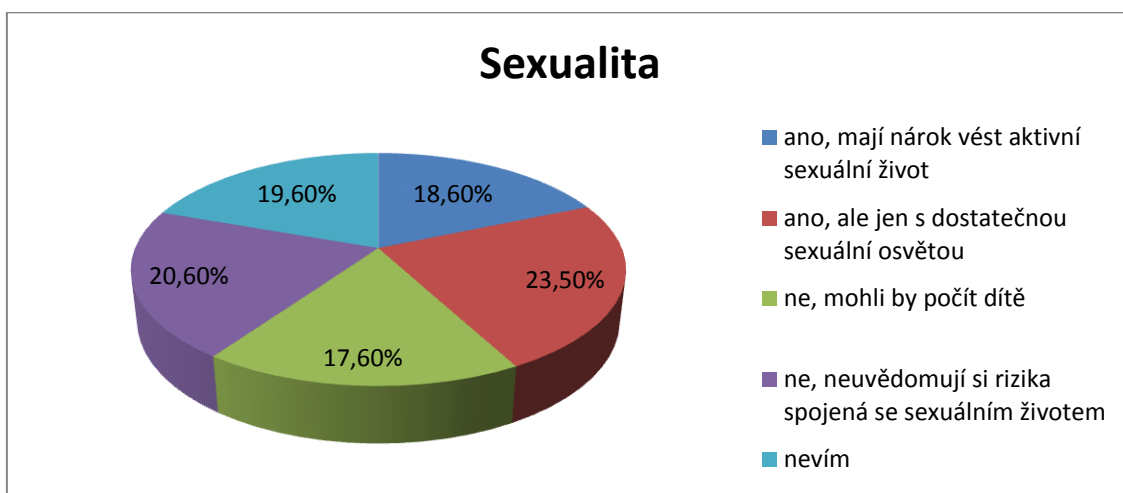
Proto v našem výzkumném šetření nesměla samozřejmě chybět ani otázka týkající se sexuality osob s mentálním postižením či povědomí veřejnosti o sexuálním zneužívání osob s mentálním postižením.

11. Mělo by osobám s mentálním postižením být dovoleno vést sexuální život?

Tabulka č. 13: Otázka č. 11

<i>Odovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Ano, mají nárok vést aktivní sexuální život	19	18, 6 %
Ano, ale jen s dostatečnou osvětou	24	23, 5 %
Ne, mohli by počít dítě	18	17, 6 %
Ne, neuvědomují si případná rizika spojená se sexuálním životem	21	20, 6 %
Nevím	20	19, 6 %

Graf č. 13: Otázka č. 11



Zastoupení výsledků u této otázky je velmi těsné. Tudíž můžeme usoudit na nejednotnost obyvatel Zlínského kraje v oblasti sexuality. Mnoho respondentů hodnotilo otázky týkající se sexuality či rodičovství jako nejtěžší. Zároveň přiznávali, že právě u těchto otázek dlouze přemýšleli nad odpovědí a následně zjistili, že sami nevědí, jak se k těmto oblastem života osob s mentálním postižením postavit či jaké mají zaujmout stanovisko. Což dokládají i slova jednoho respondenta, který uvedl, že jeho bratr trpí lehkou mentální retardací a je v rodinné péči: „sám si dost dobře nedokážu představit svého bratra při sexuálních aktivitách, i když jej mám velmi rád a přeji mu prožití plnohodnotného života. Právě v otázce sexuality jsem u svého bratra velmi rozpolcený“.

Velká část respondentů navíc uváděla, že jsou katolického vyznání a tudíž zaujmutí rozumného stanoviska je pro tyto respondenty o to víc obtížné. Což je vlastně i můj vlastní případ. Pokud by se mne někdo zeptal, na výše uvedenou otázku, asi bych odpověděla, že by to záviselo na individuálním případě a zejména stupni postižení. Rozhodně se ovšem ztotožňuji s tvrzením, které ve své publikaci uvádí Valenta, Müller (2013, s. 232): „Naše svěřence vychováváme v duchu křesťanství, teda bez sexu. V případě, že takto lidé žijí od narození, dokážou žít bez pohlavní potřeby. Přitom svěřence nedopujeme léky na potlačování sexuality. Recept je jednoduchý a účinný: pracovní terapie. Pokud je dobrá práce a člověk ji dělá rád, nahradí i sex“.

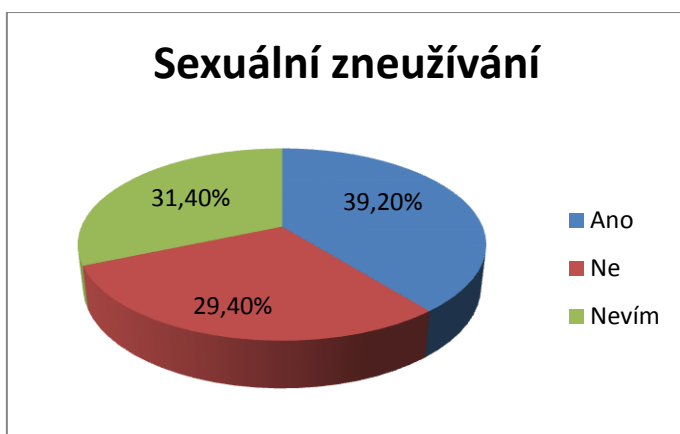
Sexuální zneužívání je velmi problémovou oblastí, u které je velmi těžké dokázat takový druh chování ve společnosti, natož pak u osob s mentálním postižením neboť: „čím hlubší postižení, tím obtížnější odhalení zneužívání, stejně tak jako i dodatečná pomoc“. (Valenta, Müller, 2013, s. 239). Navíc je s mentálním postižením spojena snížená svědecká věrohodnost, snadná ovlivnitelnost, snížená srozumitelnost, potíže s verbálním vyjadřováním a špatná orientace v neznámém prostředí. (Valenta, Müller, 2013)

12. Domníváte se, že osoby s mentálním postižením jsou více sexuálně zneužívány než zdraví jedinci?

Tabulka č. 14: Otázka č. 12

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Ano	40	39, 2 %
Ne	30	29, 4 %
Nevím	32	31, 4 %

Graf č. 14: Otázka č. 12



Jak je patrné z námi zjištěných výsledků, povědomí veřejnosti ve Zlínském kraji o možnostech sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením není moc velké. Z čehož samozřejmě můžeme usoudit na velmi malou informovanost intaktní veřejnosti, co se týká této oblasti mentálního postižení. Při následném dotazování respondentů, zda již někdy zaznamenali takový případ ve svém okolí, mi bylo jednoznačně odpovězeno, že nikoliv a většina lidí ani o sexuálním zneužívání osob s mentálním postižením neslyšela.

3.4 Postoj respondentů v oblasti partnerství u osob s mentálním postižením

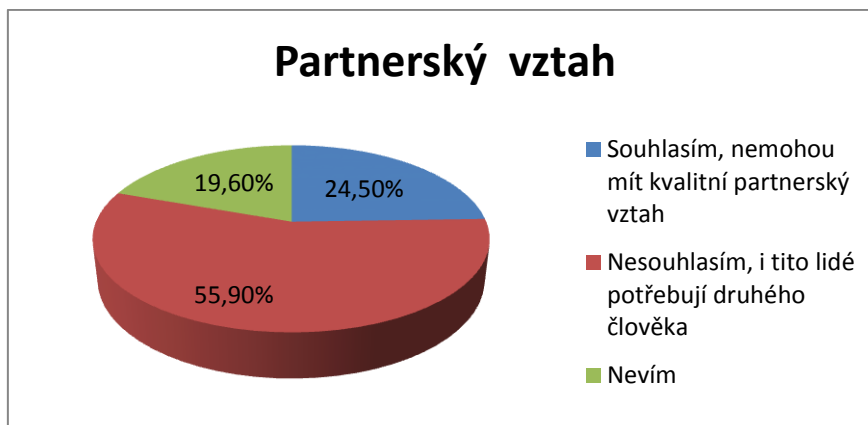
„Partnerské vztahy uspokojují potřebu sounáležitosti a lásky a mnohé další specificky lidské potřeby. Milovat a být milován je jednou ze základních lidských potřeb. Její naplnění je důležité pro každého člověka bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost postižení“ (Valenta, Müller, 2013, s. 234)

13. S výrokem „Lidem s mentálním postižením by mělo být zakázáno mít partnerské vztahy“.

Tabulka č. 15: Otázka č. 13

Odpovědi	Počet	Počet v %
Souhlasím, nemohou mít kvalitní partnerský vztah	25	24,5 %
Nesouhlasím, i tito lidé potřebují druhého člověka	57	55,9 %
Nevím	20	19,6 %

Graf č. 15: Otázka č. 13



Otázka týkající se partnerských vztahů byla pro respondenty méně zátěžovou otázkou, což se promítlo i do výsledků průzkumného šetření. Zde můžeme sledovat již výrazné nadpoloviční zastoupení odpovědi (55,9 %), která je kladně nakloněna potřebě osob s mentálním postižením mít partnerský vztah.

Sami respondenti v následném interview přiznali, že i osoby s mentálním postižením by měli mít k sobě blízkou druhou osobu, se kterou mohou sdílet své touhy, sny, se kterou mohou probrat své každodenní problémy a radosti, a to už jen z důvodu, že

osoby s mentálním postižením mají mnohonásobně nižší šanci nebo příležitost se seznámit s partnerem opačného pohlaví. Většina ovšem také dodala, že nezná nebo zná pouze sporadicky osobu s mentálním postižením, která má partnerský vztah. Sama osobně znám pouze dva případy ve svém životě, kdy osoba s mentálním postižením měla partnerský vztah. V prvním případě se jednalo o klientku Domova pro zdravotně postižené, která si dopisovala s klientem z jiného Domova. V tomto případě se jednalo o vztah na dálku. Ve druhém nedávném případě, jsem se během své praxe na odborném učilišti pro mentálně postižené setkala s dvojicí studentů, kteří tvořili pár.

3.5 Postoj respondentů v oblasti rodičovství u osob s mentálním postižením

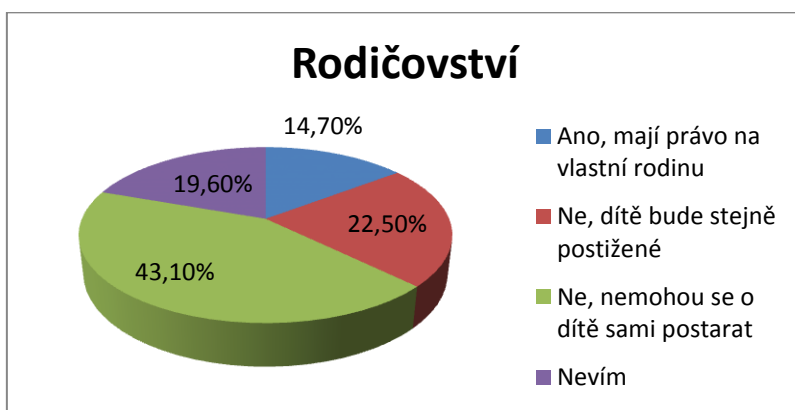
K otázce rodičovství by se mělo přistupovat velmi zodpovědně a to bez ohledu, zda se jedná o osobu intaktní nebo zdravotně postiženou. Protože rodičovstvím bere na sebe člověk zodpovědnost za život druhého člověka, který je na nás zcela závislý, zejména po narození. Během života člověka se rodiče snaží správně vychovávat své děti, poučovat je ze svých životních zkušeností, ochraňovat je, vzdělávat je a připravovat na život. Jak vidí občané Zlínského kraje tuto úlohu u osob s mentálním postižením? Budou schopni se postarat o svého potomka? Nebo vidí riziko opětovné vývojové vady u potomka rodičů s mentálním postižením? Položili jsme proto občanům otázku týkající se případných potomků.

14. Měli by lidé s mentálním postižením podle Vás mít vlastní děti?

Tabulka č. 16: Otázka č. 14

<i>Odpovědi</i>	<i>Počet</i>	<i>Počet v %</i>
Ano, mají právo na vlastní rodinu	15	14,7 %
Ne, dítě bude stejně postižené	23	22,5 %
Ne, nemohou se o dítě sami postarat	44	43,1 %
Nevím	20	19,6 %

Graf č. 16: Otázka č. 14



Dle grafického znázornění výsledků našeho šetření se k otázce rodičovství staví negativně 65,6 % obyvatel Zlínského kraje. Z toho většina, celých 43 % zastává názor, že osoby s mentálním postižením nejsou schopny se následně o své dítě postarat. Uvádějí, že bude potřeba podpůrných opatření, zvýšená péče okolí a větší počet lidí pohybujících se kolem rodičovského páru s mentálním postižením, aby jim následně s péčí o potomka pomohli, ne-li aby převzali kompletní péči o potomka. Což vidí jako velmi komplikovanou situaci. Dalších 22,5 % obyvatel se přiklání k názoru, že dítě bude postižené, což vidí jako největší riziko. K čemuž se samozřejmě připojuje i etické hledisko.

19,6 % obyvatel uvedlo, že neví jak se vyjádřit k této otázce, neboť by jednak současně označili více možností odpovědi, nebo opravdu netuší, jaké stanovisko zaujmout k této otázce. Což byli zejména mladí lidé ve věku 10 – 26 let.

3.6 Závěr výzkumného šetření

Závěrem našeho výzkumného šetření jsme položili poslední otázku respondentům a to, zda si myslí, že osoby s mentálním postižením mají své postižení vykompenzováno jinou schopností, tak jak tomu je například u sluchově nebo zrakově postižených.

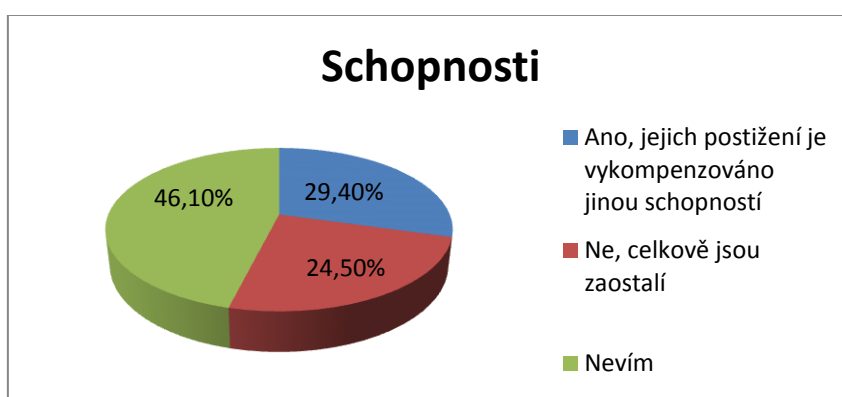
„Zkušenosti lidí, kteří dlouhou dobu žili nebo pracovali s dětmi i dospělými s mentální retardací, ukazují, že mnozí lidé s mentálním postižením jsou velmi emocionální, i když jejich city jsou na vývojově nižší úrovni, než odpovídá jejich kalendářnímu věku. Dovedou mít rádi své blízké, jsou velmi vnímaví k jejich bolesti a trápení a jsou ochotni pomáhat každému, kdo jejich pomoc potřebuje.“ (Švarcová, 2006, s. 53)

15. Je něco, co člověk s mentálním postižením dokáže lépe než intaktní (zdraví) člověk?

Tabulka č. 17: Otázka č. 15

Odpovědi	Počet	Počet v %
Ano, jejich postižení je vykompenzováno jinou schopností	30	29,4 %
Ne, celkově jsou zaostalí	25	24,5 %
Nevím	47	46,1 %

Graf č. 17: Otázka č. 15



Závěr nám ukazuje, že veřejnost je v této otázce nedostatečně informována nebo nemá žádné povědomí, neboť celých 46 % obyvatel odpovědělo, že neví. Což mi potvrdili i při rozhovoru, že opravdu netuší, jakou kompenzační schopnost by osoby s mentálním postižením mohli mít, nebo zatím nikde takový údaj nezaznamenali. Přiznali zároveň, že ví o kompenzačních schopnostech u zrakově postižených nebo sluchově postižených.

Diskuze

Na základě vyhodnocení výzkumného šetření a následných rozhovorů lze určit následující závěry.

Následnou analýzou výzkumného šetření jsme měly možnost vypožorovat, že ještě i dnes mezi obyvateli Zlínského kraje přetrvávají některé negativní předsudky, co se týče osob s mentálním postižením. Jedná se zejména o oblasti jako je sexualita a rodičovství. Tyto předsudky již tak velké jako v minulosti nejsou, ale stále jsou zde patrné.

Největšími předsudky vůči změnám ve výše uvedených oblastech trpí senioři, jak vyplynulo z našeho výzkumného šetření. Což můžeme omluvit tím, že se jedná o generaci minulou, kdy jakákoliv diskuze a péče v těchto oblastech byly tabuizovány.

Nejlépe z naší skupiny vyšla střední generace ve věku 26 let až 60 let, která je kladně nakloněna změnám v oblastech sexuality, nebojí se o sexualitě osob s mentálním postižením diskutovat. Ale na druhou stranu dodává stejně jako Eisner (2010) ve své publikaci, že veřejné povědomí o sexualitě osob s mentálním postižením bude potřebovat ještě další roky práce a informování veřejnosti.

Ovšem v oblasti rodičovství stále přetrvávají konzervativní názory a to z důvodů, že jednak neví, jak se k této oblasti postavit, aby to bylo eticky korektní a jednak z obavy následné péče o dítě. Ostatně tento názor koresponduje i s názorem Valenty, Müllera (2013).

Naše nejmladší skupina ve věkovém rozmezí 10 let až 25 let vyšla z našeho průzkumu jako celkem lhostejná k situaci ve výše zmíněných oblastech s nezájmem o další dění.

Oproti tomu v některých oblastech jako je vzdělávání a pracovní uplatnění, informovanost obyvatel vzrostla a postoje se tak změnily ve vztahu ke skupině osob s mentálním postižením. Pokud jsme se blížeji dotázali, zda mají povědomí o nějaké škole ve Zlínském kraji, kterou navštěvují osoby s mentálním postižením, odpověď jsme dostali pouze od těch respondentů, kteří mají zmíněnou školu v blízkosti svého bydliště.

Následnou analýzou rozhovorů v rámci pracovního uplatnění jsme se setkali s větší informovaností a to zejména ve městech, kde se obyvatelé setkávají s osobami s mentálním postižením na pracovních pozicích častěji než na vesnicích. Valná část respondentů byla

také schopna vyjmenovat místa a pracovní příležitosti určena pro osoby s mentálním postižením. Nejvíce zmiňovanou se stala kavárna v Uherském Hradišti, kde obsluhují osoby s lehkým mentálním postižením.

Ovšem vyskytují se i oblasti jako vykompenzovaná schopnost mentálního postižení, kde obyvatelé hodně tápou. A jak vyplynulo z našeho šetření, právě tato oblast se stala alarmující, co se týká povědomí veřejnosti.

Někteří respondenti nám sice odpověděli, že osoby s mentálním postižením mají postižení vykompenzováno, ovšem při bližší analýze nebyli schopni uvést konkrétní kompenzaci a po usilovném přemýšlení uvedli kompenzaci pro sluchové nebo zrakové postižení.

Alarmujícím se stal zejména fakt, kdy polovina respondentů rovnou odpověděla, že neví.

Bylo také velmi zajímavé analyzovat výsledky z oblasti volnočasových aktivit osob s mentálním postižením. Opět jsme se setkali s polovinou respondentů shodující se na jedné odpovědi - ruční práce. Tito respondenti vybrali tuto odpověď z důvodu, že se velmi často setkávají ať již ve městě nebo na vesnici s různými kulturními příležitostmi, kde se prezentují a následně prodávají výrobky osob s mentálním postižením. Tudíž se u této otázky nepozastavili nad odpovědí.

Velmi pozitivní změnou v myšlení veřejnosti se stal dotaz ohledně umístění osob s mentálním postižením do Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Současná veřejnost ve Zlínském kraji se většinou přiklání k názoru, že osoby s mentálním postižením by neměly být nadále separovány v Domovech pro osoby se zdravotním postižením a měly by se stát běžnou součástí naší populace.

V následné analýze rozhovorů poukazují naši respondenti na fakt, že se jedná o druh postižení jako jiný a je zřejmé, že osoby se zrakovým či jiným postižením také neseparujeme v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zároveň dodávají úvahu, že tento přežitek z dob minulých je potřeba změnit, neboť se nenacházíme v totální společnosti s komunistickým režimem a jejich separačními programy. Ale je doba nová, moderní a je potřeba se současné době přizpůsobit, neboť se objevila i řada nových možností pro osoby s mentálním postižením, jak na poli zdravotním či sociálním.

Všeobecně však můžeme říci, že vztah obyvatel ve Zlínském kraji je pozitivní a kladně nakloněný k informovanosti o tomto druhu postižení. Mají také snahu pomoci těmto osobám zkvalitnit jejich prožití života. A to i díky masmédiím, internetovým možnostem a stále větší nabídce projektů a zaměřených na podporu a integraci osob s mentálním postižením do běžného života veřejnosti. Povědomí obyvatel o osobách s mentálním postižením tohoto kraje se tak neustále formuje a buduje k lepší perspektivě.

Proto můžeme i do budoucna doufat, že postavení osob s mentálním postižením ve společnosti a zejména povědomí intaktní společnosti o těchto lidech, se razantně změní. A bude na tyto spoluobčany pohlíženo s respektem.

Závěr

Tato bakalářská práce pojednávala o povědomí veřejnosti o různých oblastech života osob s mentálním postižením v rámci Zlínského kraje.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část nás seznámila s různými názory autorů z oblasti psychopedie, kde bylo nejvíce pozornosti věnováno zejména oblastem komunikace, vzdělávání, sexuality, partnerství a rodičovství.

Praktická část byla věnována samotnému výzkumnému šetření, které nám přineslo analýzu předem připravených otázek z již výše uvedených oblastí. Kromě toho nás také zajímali doplňkové dotazy ohledně volnočasových aktivit, pocitů při setkání s osobou s mentálním postižením či vykompenzovaná schopnost.

Z výsledků jsme měli možnost zjistit, že jsou oblasti, ve kterých veřejnost alarmujícím způsobem tápe, jako je vykompenzovaná schopnost. A dále máme oblasti, ve kterých se náhled na osoby s mentálním postižením razantně změnil. Zde řadíme oblast vzdělávání. Závěrem zde máme i oblasti, ve kterých se myšlenkové názory obyvatel posunuly v před, ale stále to ještě není v optimálním rozmezí, kam řadíme rodičovství a sexualitu.

Primárním cílem této práce bylo podat ucelený pohled na spektrum znalostí a informací z oblasti mentálního postižení, kterými disponují obyvatelé Zlínského kraje.

Hlavním výsledkem našeho zjištění se stala skutečnost, že veřejnost ve Zlínském kraji se postupně posunuje vpřed v procesu pozitivního náhledu a kladného postoji k osobám s mentálním postižením. A budoucnost další transformace vztahu veřejnosti k mentálnímu postižení se jeví velmi optimisticky.

Literatura a prameny

BENDOVÁ P., (2012). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vydání. Grada publishing s.r.o. 2012. ISBN 978-80-247-3853-6-

BENDOVÁ P., ZIKL P., (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vydání. Grada publishing s.r.o. 2012, ISBN 978-80-247-3854-3.

CIMRMANOVÁ T., (2013). *Krize a význam pomáhajícího prvního kontaktu. Aplikace v kontextu rodinného násilí*. 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

ČERNÁ M., (2009). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum 2009, ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ M., (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha Avicenum 1978.

DRÁBEK T., (2013). *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství*. Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. Praha 2013. ISBN 978-80-260-5282-1.

EISNER P., (2010). *Sexualita klientů v sociálních službách – informovanost a svobodné rozhodnutí*. Svět neziskovek, 2 (1). 4.

EISNER P., (2010). *Sexualita klientů v sociálních službách - současný stav práce se sexualitou v českých sociálních službách*. Svět neziskovek, 2 (2). 4.

FRANIOK P., (2002). *Psychopedie: speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostravská univerzita v Ostravě 2002, ISBN 80-7042-247-5.

HÁJKOVÁ V., STRNADLOVÁ I., (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. 1. vydání. Grada Publishing a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3070-7

HANÁKOVÁ A., POTMĚŠIL M., TYLŠAROVÁ V., URBANOVSKÁ E., (2016). *Vzdělávání pohledem žáka se zdravotním postižením*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci 2016, ISBN 978-80-244-5000-1.

JANDOUREK J., (2008). *Průvodce sociologií*. 1. vydání. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2397-6

JANKŮ K., (2014). *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením – vybraná základní témata*. Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7464-640-9.

KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E., (2014). *Psychologie 2.díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Grada publishing s.r.o. 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KOZÁKOVÁ Z., (2005). *Psychopedie*. 1. vydání. UP Olomouc 2005, ISBN 80-244-0991-7.

KOČÁREK E., (2004). *Genetika*. Makladatelství Scientia, spol. s.r.o., ISBN 978-80-86960-36-4.

KOLEKTIV AUTORŮ, (2014). *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. 1. vydání. CPress 2014. ISBN 978-80-264-0290-9.

KRONIKA DZP Velehrad - Salašská. Nepublikováno.

KUTNOHORSKÁ J., (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2713-4

MAHROVÁ G., VENGLÁŘOVÁ M., (2011). *Sociální práce s lidmi s duševními poruchami*. 1. vydání. Grada publishing s.r.o. 2011. ISBN 978-80-247-2138-5.

MÜLLER V., a kolektiv, (2014). *Terapie ve speciální pedagogice: 2., přepracované vydání*. 2. vydání. Grada Publishing s.r.o. 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.

NOVOSAD L., (2009). *Poradenství pro osoby se sociálním a zdravotním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vydání. Portál Praha 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD L., (2000). *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Portál Praha 2000. ISBN 80-7178-197-5

NOVOSAD L., (2002). *Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení. In. Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím – zdravotně výchovná publikace. (sborník)*. SZdP ČR. Praha 2002

RAŠTICOVÁ B., POJSL M. a kolektiv, (2006). *Velehrad dějiny obce*. 1. vydání. Graspo CZ a.s. Zlín. ISBN 80-239-7490-4.

SELIKOWITZ M., (2005). *Downův syndrom*. 1. vydání. Portál Praha 2005, ISBN 80-7178-973-9.

SLAVÍK M., (2012). *Vysokoškolská pedagogika*. 1. vydání. Grada publishing a.s. 2012. ISBN 978-80-247-4054-6.

SLOWIK J., (2007). *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Grada publishing a.s. 2008, ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVÁK M., (1980). *Nárys speciální pedagogiky*. 4. vydání. Praha: Státní nakladatelství.

ŠVARCOVÁ I., (2006). *Mentální retardace*. 3. vydání. Portál s.r.o. Praha 2006, ISBN 80-7367-060-7.

TANNENBERGEROVÁ M., (2016). *Průvodce školní inkluzí: aneb Jak vypadá kvalitní základní škola současnosti?* 1. vydání. Wolters Kluwer ČR a.s. 2016. ISBN 978-80-7552-008-1

VÁGNEROVÁ M., (2000). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vydání. Portál Praha 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VAŠEK Š., BAJO I., (1984). *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. 1. vydání. Sapiaientia Bratislava 1984, ISBN 80-967180-1-0.

VALENTA M., (2011). *Dramaterapie:4., aktualizované a rozšířené vydání*. 4. vydání. Grada Publishing a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3851-2.

VALENTA M., MICHALÍK J., LEČBYCH M., (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. 1. vydání. Grada Publishing s.r.o. 2012, ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA M., MÜLLER O., (2013). *Psychopedie*. 5. vydání. Parta Praha 2013, ISBN 978-80-7320-187-6.

VOLF V., VOLFOVÁ H., (1996). *Pediatric*. 1. vydání. Informatorium Praha spol. s.r.o. 1996. ISBN 80-85427-87-7.

Internetové zdroje

BAZALOVÁ B. (2004). *Problematika integrace osob s postižením do společnosti*. [online]. [cit. 2016-10-25] Dostupné z <http://www.dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/539/089-93.pdf>

DZP Velehrad – Salašská. [online]. [cit. 2016-11-22] Dostupné z <http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-velehrad-salasska/zakladni-informace>

Historie Vincentina. [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z <http://www.ouss-uh.cz/dpz/dpz-velehrad-viinentinum/zakladni-informace>

LEČBYCH M. (2010) *K historii pojmu mentální retardace*. [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>

LEČBYCH M. (2010) *O sexuálním zneužívání*. [online]. [cit. 2016-10-26]. Dostupné na <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>

MAREČKOVÁ M. (2006) *Historie Vincentina*. [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z <http://www.ouss-uh.cz/dpz/dpz-velehrad-vincentinum/zakladni-informace>

PIVOŇKOVÁ E., (2014) *Příznaky, projevy, symptomy nemocí* [online]. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci>

PREVENDÁROVÁ J., (2002). *Sexualita lidí s mentálním postižením* [online]. [cit. 2016-10-26]. Dostupné na <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>

SLOWÍK J. (2003). *Člověk s mentálním postižením jako subjekt hodnocení*. [online]. [cit. 2016-10-17]. Dostupné z <http://www.dspace.specpeda.cz/handle/0/491>

SLOWIK J. (2005). *Možnosti a bariéry v komunikaci s mentálně postiženými lidmi*. [online]. [cit. 2016-10-24]. Dostupné <http://www.dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/752/36-40.pdf>

Štěrbová D. (2011) *Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením*. [online]. [cit. 2016-11-26]. Dostupné na <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>

O domově. [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z <http://www.ssluh.cz/dzp/dzp-velehrad-buchlovska/o-domove.html>.

UZEL R., (2011). *Antikoncepce u mentálně postižených osob*. [online]. [cit. 2016-10-26]. Dostupné na <http://www.dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/212>

VYKYDALOVÁ H. (2009) *Sexuální identita*. [online]. [cit.2016-26-10]. Dostupné na <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>

www.downsyndrom.cz

www.ouss-uh.cz

www.velehrad.eu

Zákony

č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

Internetové zdroje příloh

Downův syndrom. *Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem* [online].[cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.downuvsyndrom.cz/zakladni-informace.html>

Angelmanův syndrom. Pivoňková E., *Příznaky, projevy, symptomy nemoci* [online].[cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci/angelmanuv-syndrom-priznaky-poruchy-symptomy>

Syndrom Smith – Magenis. Pivoňková E., *Příznaky, projevy, symptomy nemoci* [online].[cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci/smith-magenis-syndrom-17p-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>

Cri du Chat syndrom. Pivoňková E., *Příznaky, projevy, symptomy nemoci* [online].[cit. 2016-09-01]. Dostupné z <http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci/syndrom-kociciho-kriku-mnoukani-priznaky-projevy-symptomy>

Seznam použitých zkratek

DZP – Domov pro zdravotně postižené

apod. – a podobně

tzv. – tak zvaně

např. – například

OSN – Organizace spojených národů

mj. – mimo jiné

Přílohy

Seznam příloh:

- Příloha č. 1 Dotazník
- Příloha č. 2 Downův syndrom
- Příloha č. 3 Angelmanův syndrom
- Příloha č. 4 Cri du Chat syndrom
- Příloha č. 5 Syndrom Smith-Magenis

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Ludmila Chvatíková a jsem studentkou 2.ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci oboru Speciální pedagogika pro 2.stupeň ZŠ a SŠ. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Povědomí veřejnosti ve Zlínském kraji o osobách s mentálním postižením“.

Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění mého dotazníku, který je anonymní a bude sloužit pouze pro výzkumné účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas i ochotu, kterou vyplnění dotazníku věnujete.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Prosím zatrhněte vždy pouze jedinou odpověď, a to tu, se kterou se nejvíce ztotožňujete.

V případě otevřených otázek, prosím o stručnou odpověď.

1. Jste:

- a) žena b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 10 – 25 b) 26 – 60 c) 61 a více

3. Kde bydlíte?

- a) na vesnici okres Vsetín b) ve městě okres Vsetín
c) na vesnici okres Uherské Hradiště d) na vesnici okres Uherské Hradiště

4. S osobou s mentálním postižením jsem se:

- a) nikdy nesetkal/a
b) již jsem se setkal/a, ale pouze krátce
c) již jsem se setkal/a, a to několikrát
d) máme takovou osobu v rodině

5. Pokud jste se již s osobou s mentálním postižením setkal/a, co Vás na setkání nejvíce překvapilo? (vyplňte v případě kladné odpovědi u otázky č. 4)

.....

6. Je něco, co Vám na osobách s mentálním postižením vadí?

.....

7. Pro komunikaci s těmito osobami jsem využil/a:

- a) mluvenou řeč
- b) psaní, kreslení
- c) znakování
- d) jiný způsob komunikace
jaký.....

8. Jak se Vám s těmito osobami komunikovalo?

- a) dobře, bez obtíží
- b) špatně, komunikaci provázeli obtíže
- c) nemohu zhodnotit

9. Mě by člověk s mentálním postižením podle Vás navštěvovat vzdělávací instituce?

- a) ne, nikdy vzdělání nevyužijí, ani se nic nenaučí
- b) ano, i tyto osoby mají právo na vzdělání
- c) nevím

10. S výrokem „*Takto postižené osoby by měly být separovány v ústavech*“.

- a) ano, souhlasím, nemají co dělat mezi zdravými lidmi
- b) nesouhlasím, tito lidé jsou plnohodnotnými členy naší společnosti
- c) nevím

11. S výrokem „*Lidem s mentálním postižením by mělo být zakázáno mít partnerské vztahy*“.

- a) souhlasím, nemohou mít kvalitní partnerský vztah
- b) nesouhlasím, i tito lidé potřebují druhého člověka
- c) nevím

12. Měli by lidé s mentálním postižením podle Vás mít vlastní děti?

- a) ano, mají právo na vlastní rodinu
- b) ne, dítě bude stejně postižené
- c) ne, nemohou se o dítě sami postarat
- d) nevím

13. Mělo by osobám s mentálním postižením být dovoleno vést sexuální život?

- a) ano, ať si taky užijí
- b) ano, ale jen s dostatečnou osvětou
- c) ne, mohli by počít dítě
- d) ne, neuvědomují si případná rizika spojená se sexuálním životem
- e) nevím

14. Domníváte se, že osoby s mentálním postižením jsou více zneužívány než zdraví jedinci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Člověk s mentálním postižením může pracovat:

- a) jako pomocná síla
- b) pouze v denním stacionáři
- c) v učebním oboru, ve kterém byl vyučen
- d) neměl by pracovat vůbec

16. Člověka s mentálním postižením:

- a) se bojím
- b) jsou mi lhostejní
- c) nevadí mi
- d) mám je rád/a

17. Když vidím člověka s mentálním postižením, cítím:

- a) soucit
- b) nechut'

- c) potřebu pomoci
- d) zvědavost
- e) nic

18. Když se řekne člověk s mentálním postižením, představím si:

(prosím, seřad'te dle důležitosti)

šikmé oči, tupý výraz obličeje, omezená řeč, úbytek inteligence, celkově zaostalý vývoj

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

19. Člověka s mentálním postižením baví:

- a) ruční práce
- b) sport
- c) kolektivní hry
- d) výlety
- e) kulturní akce

20. Je něco, co člověk s mentálním postižením dovede lépe než zdravý (intaktní) jedinec?

- a) ano, jejich postižení je vykompenzováno jinou schopností
- b) ne, celkově jsou zaostalí
- c) nevím

Příloha č.2 Downův syndrom



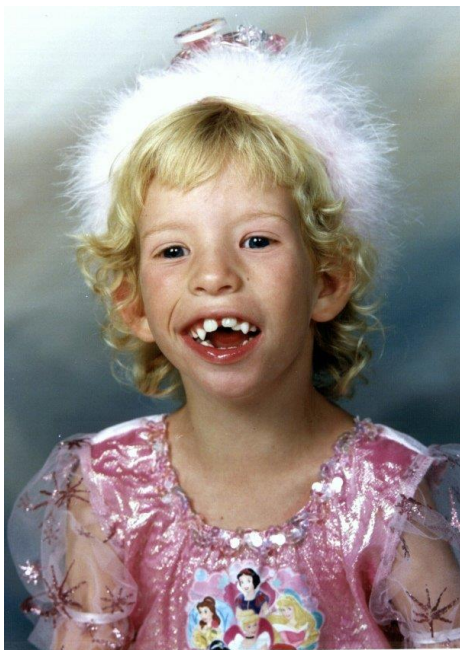
Obrázek č.1 *Dívka s Downovým syndromem*

Příloha č.3 Angelmanův syndrom

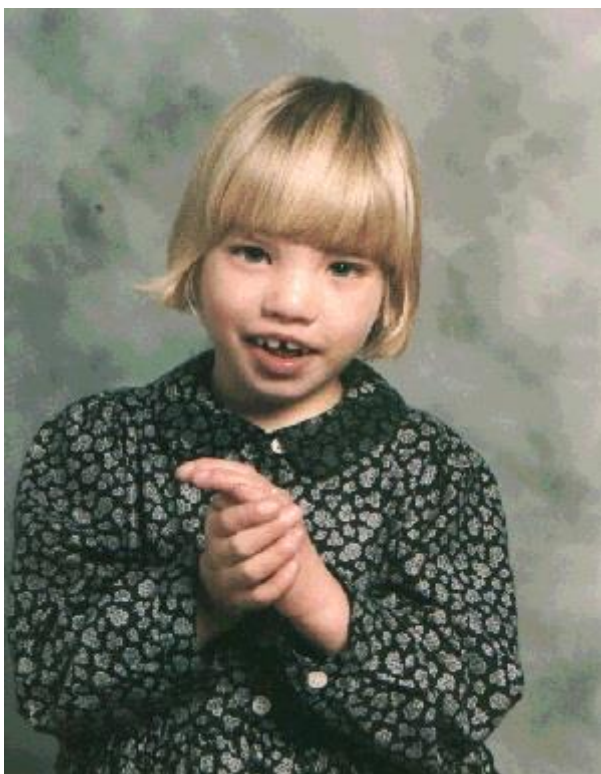


Obrázek č.2 Dívka s Angelmanovým syndromem

Příloha č.4 Cri du Chat syndrom



Obrázek č.3 Dívka se syndromem kočičího křiku



Obrázek č.4 Dívka se syndromem kočičího křiku

Příloha č.5 Syndrom Smith-Magenis



Obrázek č.5 Chlapec se Smith-Magenis syndromem



Obrázek č.6 Batole se syndromem Smith - Magenis

Anotace

Jméno a příjmení	Ludmila Chvatíková
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Eva Urbanovská Ph.D
Rok obhajoby	2016

Název práce	Povědomí veřejnosti ve Zlínském kraji o osobách s mentálním postižením
Název v angličtině	The consciousness about people with mentally disabled to public in Zlin district
Anotace práce	Bakalářská práce se zabývá mírou informovanosti veřejnosti ve Zlínském kraji o mentálním postižení. Zabývá se zejména oblastmi vzdělávání, komunikace, sexualita, partnerství a rodičovství. Teoretická část obsahuje obecné informace. Praktická část pak shrnuje výsledky výzkumného šetření a porovnává, zda je veřejnost skutečně dobře informována o mentálním postižení.
Klíčová slova	Mentální postižení, integrace, inkluze, komunikace, sexualita, vzdělávání, partnerství, rodičovství
Anotace v angličtině	Bachelor thesis inquire into kind of informations of mentally disabled of public in Zlin district. Especially informations of sexuality, education, partnership, communication and parentage. The theoretical part contains general informatik. The practical part includes result of the experimental investigation. Finally compare if the public has really good informatik about mentally disabled.
Klíčová slova v angličtině	Mentally disabled, integration, inclusion, communication, sexuality, education, parentage, partnership
Přílohy vázané v práci	5
Rozsah práce	80 stran
Jazyk práce	Český