

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Karolína Jiříčková

*Faktory ovlivňující utváření negativního přesvědčení
o integraci lidí s mentálním postižením do společnosti*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář Ph. D.

2016

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o problematice integrace osob s mentálním postižením do přirozeného prostředí – komunity. Teoretická část podává ucelený přehled o dané problematice. Komplexně seznamuje s potenciálními příčinami odmítání lidí s mentálním postižením intaktní společnosti. V tomto kontextu se zaměřuje na termíny, jako jsou normy, konformita, xenofobie, stigma, předsudky a stereotypy, mýty, informovanost, zkušenosti a v neposlední řadě sociodemografické determinanty. Dále poskytuje stručný přehled o transformaci Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová. Informuje o jejím průběhu a úskalích, s kterými se zařízení během tohoto procesu potýkalo. Empirická část popisuje výzkumné šetření, které bylo realizováno prostřednictvím dotazníku a mapuje současný stav dané problematiky. S odstupem času zjišťuje důvody, které vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby komunitní sociální služby pro osoby s mentálním postižením a prezentuje jejich názory na danou problematiku.

Klíčová slova: deinstytucionalizace, fámy, konformita integrace, inkluze, mentální postižení, mýty, norma, postoje, předsudky, transformace, stereotypy stigma, xenofobie

ABSTRACT

The thesis discusses the issue of the integration of people with intellectual disability into the common environment – community. The theoretical part gives a comprehensive overview of the subject. It comprehensively introduces the potential causes of the rejection of people with intellectual disabilities by the intact society. In this context, we are focusing on terms such as norms, conformity, xenophobia, stigma, prejudices and stereotypes, myths, awareness, experience, and last but not least various socio-demographic determinants. The thesis also provides a brief overview of the transformation of the Home for people with disabilities Zašová, describes the whole process and addresses its difficulties. The empirical part describes the research which was carried out through questionnaires and surveys the current state of the issue. With hindsight, the thesis identifies the reasons that led the population of Zubří to reject the construction of community social services for people with mental disabilities and presents their views on the issue.

Keywords: deinstitutionalization, awareness, conformity integration, inclusion, intellectual disabilities, myths, norms, attitude, prejudice, transformation, stereotypes, stigma, xenophobia

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci dne 1. 4. 2016

.....

Bc. Karolína Jříčková

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Martinu Bednářovi Ph.D. za cenné rady, ochotu a vstřícný přístup. Rovněž děkuji všem, kteří mi poskytli informace a podmínky pro realizaci výzkumu. Neméně důležité poděkování patří všem respondentům, kteří se aktivně zúčastnili výzkumu. Poděkovat bych také chtěla své rodině a přátelům za podporu při studiu.

„Třebaže lze v institucích poskytnout fyzické bezpečí, jídlo a střechu nad hlavou, nemohou nabídnout pocit spokojenosti a úspěchu, který je spojen se začleněním do společnosti, s možností být milován a oceňován přáteli a příbuznými. Je pozoruhodné, jak často zranitelné osoby přirovnávají ústavy k vězení a jak touží po „normálním životě“ – doma, nikoli v domově. Jeden bývalý uživatel ústavní péče tuto skutečnost popsal těmito slovy:

Dokonce i kousek chleba doma chutná lépe.“

(Národní centrum podpory transformace, 2013, s. 15)

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 INTEGRACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM DO SPOLEČNOSTI.....	13
1.1 PRÁVO NA NEZÁVISLÝ ZPŮSOB ŽIVOTA	13
1.2 INTEGRACE A INKLUZE	16
2 DŮVODY ODMÍTÁNÍ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
2.1 FAKTORY NA STRANĚ POSTIŽENÉHO	22
2.2 FAKTORY NA STRANĚ SPOLEČNOSTI	26
2.2.1 Normy ve společnosti	28
2.2.1.1 Fyzický vzhled	30
2.2.1.2 Hodnoty	31
2.2.1.3 Konformita	32
2.2.2 Xenofobie, strach a nejistota	34
2.2.3 Stigma a stigmatizace	37
2.2.4 Předsudky a stereotypy	40
2.2.5 Mýty o lidech s postižením	44
2.2.5.1 Věčné děti	44
2.2.5.2 Agresivita	45
2.2.5.3 Vzdělávání	46
2.2.5.4 Autonomie.....	48
2.2.5.5 Samostatné rozhodování	49
2.2.5.6 Mezi „svými“	51
2.2.6 Absence informací a zkušeností	52
2.2.6.1 Fámy	54
2.2.7 Sociodemografické determinanty.....	55
2.2.7.1 Vzdělání	55
2.2.7.2 Pohlaví	56
2.2.7.3 Věk.....	56

3	DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ZAŠOVÁ.....	58
3.1	PROCES TRANSFORMACE	61
3.2	ODMÍTNUTÍ VÝSTAVBY KOMUNITNÍ SLUŽBY.....	63
II	PRAKTICKÁ ČÁST	67
4	DESIGN VÝZKUMU	68
4.1	CÍL VÝZKUMU	68
4.2	METODY VÝZKUMU.....	70
4.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR	71
4.4	REALIZACE VÝZKUMU	71
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	73
5.1	ZÁKLADNÍ SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	73
5.2	VNÍMÁNÍ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	76
5.3	ODMÍTNUTÍ VÝSTAVBY KOMUNITNÍ SLUŽBY.....	89
5.4	STATISTICKÉ OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	106
6	SHRNUTÍ VÝZKUMU	113
6.1	ZASTOUPENÍ SOUHLASU/NESOUHLASU	113
6.2	NEJVÝZNAMNĚJŠÍ FAKTORY	114
6.3	VLIV SOCIODEMOGRAFICKÝCH DETERMINANTŮ	117
6.4	ZMĚNA NÁZORU	118
6.5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	119
6.5.1	Doporučení pro transformační tým	120
6.5.2	Doporučení pro práci s veřejností.....	120
	ZÁVĚR.....	122
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	124
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	140
	SEZNAM GRAFŮ	141
	SEZNAM PŘÍLOH	142

ÚVOD

Sociální práce prošla od počátků své existence značným vývojem a zaznamenala řadu změn. V 70. a 80. letech 20. století začaly v oblasti sociální politiky vystupovat nové tendence. Tyto snahy nechápaly problematiku osob se zdravotním postižením izolovaně a neviděly problém v postižení jako takovém, ale v podmínkách jejich života. V důsledku těchto myšlenkových paradigmat byl vytvořen tzv. sociální model zdravotního postižení. Tento model nevnímá zdravotní postižení jako atribut individua, ale jako komplex podmínek, z nichž mnohé jsou vytvářeny právě sociálním prostředím. *„Hlavní příčiny problematiky v rámci tohoto modelu se nehledají v jedinci se zdravotním postižením samotném, ale v sociálních a kulturních bariérách, které ve svých důsledcích znásobují dopady poruchy.“* (Prázdna, 2005, s. 71)

Je proto důležité připomenout si, že hlavní úkol sociální práce nespočívá jen v individuální práci s klientem (v nápravě jeho schopností, osobním rozvoji, atp.), ale v zlepšování životních podmínek utiskovaných, diskriminovaných nebo jinak ohrožených lidí. Sociální práce v tomto pojetí nejenže pomáhá jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování, ale také mění sociální podmínky tak, aby chránily člověka nebo sociální systém před potížemi ve fungování (Sheafor a Horejsi a Horejsi, 2000 podle Matoušek, 2001, s. 184). V kontextu sociálního fungování nahlíží na sociální práci i Arnoldová (2004, s. 189) a definuje ji jako: *„profesionální aktivitu zaměřenou na pomoc jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“*

Diplomová práce pojednává o problematice integrace lidí s mentálním postižením do společnosti. ***„Být sociálně začleněn znamená být součástí komunity, žít v běžných místech, kde žijí i ostatní lidé, mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem, zastávat hodnotné a důstojné sociální role, mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy, učit se, růst a získávat více vlastních kompetencí“*** (Národní centrum podpory transformace, nedatováno). Jednou z bariér, na které tento proces a lidé s mentálním postižením v poslední době při začleňování do komunity naráží, je právě odmítání, někdy až nepřátelské postoje majoritní společnosti.

Domníváme se, že sociální pracovník jako absolvent oboru sociální práce by měl být vybaven komplexem odborných znalostí, jež by uvedené sociální a kulturní bariéry zahrnovaly. Vzhledem k tomu, že se soudobé výzkumy a publikace zaměřují především na

integraci lidí se zdravotním postižením jako takovou, nikoliv však na detailní analýzu důvodů jejich odmítání, rozhodli jsme práci orientovat tímto směrem.

Touto prací reagujeme na skutečné události, které se ve společnosti ne zřídka odehrávají a proces integrace provází. Konkrétně v městě Zubří měla být v roce 2011 vystavena komunitní sociální služba pro muže s mentálním postižením. Situace evokovala u tamějších obyvatel vlnu nevole, občané se vzbouřili, sepsali petice a situace vyústila k takovému závěru, že došlo k stáhnutí záměru vybudovat komunitní sociální službu ve zdejší komunitě. Domov pro osoby se zdravotním postižením, z něhož se měli muži přestěhovat, tak musel hledat nová místa pro své klienty. Na základě těchto zkušeností jsme se rozhodli s odstupem času vrátit do komunity, zanalyzovat celou situaci a hledat konkrétní příčiny.

Cílem této práce je *zjistit, důvody, které vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením*. Dále bychom chtěli zmapovat procentuální zastoupení obyvatel, kteří vyjádřili souhlas/nesouhlas se stěhováním uživatelů DOZP Zašová do dané komunity. Odhalit nejvýznamnější faktory, které ovlivnily rozhodnutí obyvatel. Ověřit, zda vybrané sociodemografické determinanty ovlivňují názor respondentů na integraci osob s mentálním postižením do komunity. A v neposlední řadě zjistit, zda by obyvatelé města Zubří, s odstupem času, změnili svůj názor a s integrací klientů DOZP Zašová souhlasili.

Teoretická část diplomové práce podává ucelený přehled o dané problematice. Úvodní, první kapitola, se specializuje na samotný proces integrace. Zde jsme se zaměřili na jeho právní východiska, především pak na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením a z ní vyplývající právo na život v komunitě.

Druhá kapitola komplexně seznamuje s faktory, které mají dle literatury vliv na integrační proces, včetně jejich krátké charakteristiky. Uvádíme zde termíny, jako jsou normy, konformita, xenofobie, stigmatizace, předsudky a stereotypy, mýty, informovanost, zkušenosti a v neposlední řadě vybrané sociodemografické determinanty.

Poslední, třetí kapitola teoretické části, se orientuje na transformaci Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová, především pak na zmíněnou kauzu. Prostřednictvím studie Národního centra podpory transformace blíže seznamuje s případem, jenž se v dané komunitě v roce 2011 odehrál. Prezentuje názory obyvatel, jež se na toto téma vyjádřili, a informuje o výsledku celého procesu.

Empirická část prezentuje výsledky kvantitativně orientovaného výzkumu realizovaného prostřednictvím dotazníkového šetření. Mapuje současný stav dané problematiky a prezentuje důvody, které vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením. Na základě výsledků výzkumu v závěru této práce předkládáme návrhy a možná opatření, která by mohla napomoci zvýšit úspěšnost integračního procesu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 INTEGRACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM DO SPOLEČNOSTI

Problematika integrace osob s mentálním postižením do společnosti je velmi aktuálním a ožehavým tématem. Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením se odklánějí od institucionální péče poskytované ve velkokapacitních zařízeních a ubírají se k humánnějším formám péče zajišťující zařízení rodinného typu, chráněné nebo podporované bydlení v běžné městské zástavbě za pomoci osobních asistentů. Proto bychom se v této úvodní kapitole rádi zabývali samotnou integrací. Nejprve se zaměříme na její právní východiska. Rádi bychom však podotkli, že není naším cílem obsáhnout všechny existující dokumenty, vztahující se k právům lidí s mentálním postižením, jichž je nepřeborné množství. Zaměřili jsme se proto na zásadní dokument, který upravuje právo na život v komunitě, a to Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, jejíž závazky jsou jedním z předpokladů úspěšné integrace.

1.1 Právo na nezávislý způsob života

Je tomu padesát let, co americký antropolog a sociolog Erving Goffman popsal ve své práci *Asylums* tzv. „totální instituce“. Totální instituce jsou podle Goffmana „*místem, které slouží současně jako bydliště i pracoviště a ve kterém větší počet podobně situovaných jedinců, odříznutých na delší dobu od vnější společnosti, vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života*“ (Goffman, 2007, s. xxii). Dopad těchto institucí na život lidí s duševním onemocněním zde podrobil tvrdé kritice a poukázal na to, že lidé s postižením jsou segregováni ve velkých ústavech, které tvoří náplň jejich každodenního života. (Matiaško, 2011, s. 5)

Oblast institucionalizace a zjevné segregace lidí s mentálním postižením v těchto zařízeních byla v minulých desetiletích zanedbávána a stála na okraji zájmu společnosti. Až v devadesátých letech minulého století se situace začala výrazně měnit pod vlivem aktuálních trendů v sociálních službách.

Na lidi s mentálním postižením se začalo pohlížet jako na lidské bytosti, mající stejné potřeby jako kdokoliv jiný, jako na lidi, jimž by mělo být umožněno žít „normálním“ (tj. obvyklým, běžným) způsobem života jako jejich „nepostižení“ vrstevníci (Pipeková, 2006, s. 129). Tato myšlenka vychází z principu normality, jehož podstatou není to, aby se lidé s mentálním postižením stávali „normálními“ dle nějaké normy ale to,

„aby jedinci s postižením byly nabídnuty a umožněny takové životní podmínky, které jsou v dané společnosti a kultuře běžně uznávané jako daná a obvyklá norma“ (Šelner, 2012, s. 58). To znamená žít se svou rodinou, jež uspokojuje základní potřebu lásky a bezpečí. Mít své koníčky, zájmy, přátele, vzdělávat se, v dospělosti získat odpovídající zaměstnání a mít možnost vyjádřit svůj názor. (Švarcová, 2006, s. 14)

S tímto principem souvisí také požadavek na humanizaci sociálních služeb, pro nějž je charakteristická změna přístupu k lidem s postižením. Humanizace odmítá jakékoliv nehumánní prostředky, formy týrání, omezování osobní svobody a zesměšňování. Nedotýká se jen péče o lidi s mentálním postižením ale také celé společnosti, která k nim bude přistupovat s úctou a bude je respektovat jako rovnoprávné členy, kteří v porovnání s ostatními vyžadují více pozornosti a péče, která jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost. Prvky humanizace můžeme sledovat nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích společnosti k lidem s postižením, ale především v jednání a zacházení s nimi. To znamená dát jim příležitost, aby se v maximální míře podíleli na rozhodování o sobě samém (Švarcová 2006, s. 15). Právě snahy o zapojení člověka s mentálním postižením do rozhodovacího procesu napomáhají kvalitnějšímu uspokojování jeho potřeb a přispívají ke změně jeho role jako pasivního příjemce služeb v aktivního občana (Atkinsonová a Williamsová, 1990 podle Šiška, 2005, s. 57).

Dalším aktuálním trendem v sociálních službách, je deinstitucionalizace pobytových služeb, laicky řečeno proces „odústavnění“ – tedy změna institucionálního poskytování služeb. Významově je tento pojem nadřazen termínu transformace. *„Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče na péči komunitní, tedy k proměně péče o osoby se zdravotním postižením tak, aby výsledná struktura a provozování sociálních služeb byly primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začlenění a aby uživatelé služeb nebyli vystavováni institucionalizaci“* (Šestáková, 2012, s. 78).

Tyto snahy vyústily v právní rámeček, známý jako – Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva byla ratifikována Valným shromážděním OSN v roce 2006 a v České republice vstoupila v platnost 28. října 2009 (Šestáková, 2012, s. 7). Celá Úmluva je vystavěna na principu nezávislosti, který je základním stavebním kamenem všech práv lidí se zdravotním postižením. *„Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti“* (ČESKO,

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, čl. 1). Jedná se o stěžejní dokument, který upravuje právo na nezávislý způsob života a právo na život v komunitě.

Právo na nezávislý způsob života je širší koncept zastřešující v sobě další dílčí práva (právo na zdraví, právo na sociální zabezpečení, právo na přiměřenou životní úroveň, právo na ubytování, právo na práci a vzdělání), včetně samotného práva na život v komunitě (Matiaško, 2011, s. 37). Nezávislý způsob života ve smyslu deinstitucionalizace a života v komunitě výslovně garantuje článek 19 CRPD, kde je stanoveno, že:

- a) *„osoby se zdravotním postižením by měly mít možnost zvolit si, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;*
- b) *osoby se zdravotním postižením by měly mít přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;*
- c) *komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti by měly být přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby“ (ČESKO, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením).*

Podle Tirzy Leibowitz (2010 podle Lukasová a Hradilová, 2014, s. 94) toto ustanovení jednoznačně zakazuje nucenou institucionalizaci. Při této interpretaci vycházíme z výše uvedeného článku 19 písm. a) CRPD, kde je jasně stanoveno, že osoby s postižením by měly mít možnost zvolit si místo, kde budou žít a neměly by být nuceny žít ve specifickém prostředí, čímž ústavní zařízení jednoznačně je. Kromě nuceného pobytu tato Úmluva nedovoluje život v ústavu jako takovém, a to bez ohledu na to, zda je osoba formálně donucena či nikoliv. Ústavy se totiž ze své povahy značně odlišují od komunity, a proto se podílejí na izolaci a segregaci svých uživatelů. To je podle Leibowitz v rozporu se závazkem vytvořit přístup ke službám, jež jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti, zamezujícím izolaci a segregaci. Navíc je v ústavech potlačena osobnost člověka a možnost volby, což odporuje rovnoprávnému přístupu k lidem s postižením (článek 19 písm. b) CRPD). Leibowitz (2010 podle Matiaško, 2011, s. 15-16) dále uvádí, že z článku 19 CRPD, který zdůrazňuje inkluzi, vyplývá, že nestačí

ústav pouze umístit do komunity či jej upravit do podoby běžného domu, jež navenek nevykazuje znaky instituce. S tímto článkem jsou totiž v rozporu i takové případy, kdy v objektu i nadále převažují znaky charakteristické pro ústavní zařízení, to je například početná skupina osob, která je podrobena určitému systému, upravující celý nebo většinu jejich života.

Výše uvedený článek Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zaručuje právo na život v běžném prostředí. Je prokázáno, že lidé s postižením, ať už je jakkoli závažné, nepotřebují žít v ústavech. Naopak život v otevřené společnosti vede k větší míře nezávislosti a k osobnímu rozvoji jednotlivce (Grunewald, 2003, s. 3). Na základě těchto pozitivních zkušeností se v kontextu transformace postupně upouští od ústavního modelu sociálních služeb a jsou vytvářeny služby komunitního typu, vycházející z koncepce sociální integrace, jíž se budeme věnovat v následující podkapitole.

1.2 Integrace a Inkluze

Integrace je proces překonávání nepřirozené izolace lidí s postižením od „společenství nepostižených“ (Pipeková, 2006, s. 128). V souvislosti s handicapovanými lidmi je tento pojem obecně znám. Dovolíme si však tvrdit, že obsahově stále obtížně srozumitelný. Fakticky jde o nejvyšší stupeň socializace člověka, prakticky pak o opak segregace neboli sociální exkluze, laicky řečeno vyloučení člověka ze společnosti (Slowík, 2007, s. 31). Michalík (podle Müller, 2001, s. 10) uvádí, že na integraci lze pohlížet ze dvou úhlů pohledu. Širší pojetí integraci chápe jako obecné začleňování jedinců s postižením do majoritní společnosti. Užší pojetí integrace se zaměřuje na specifické oblasti lidského života – např. vzdělávání (školská integrace), zaměstnání (pracovní integrace) a volný čas.

Velmi zajímavá je typologie integrace dle Gemertema (1993 podle Müller, 2001, s. 10), který v ní krásně vykresluje všechny aspekty života člověka. Hovoří o integraci fyzické, jež spočívá v možnosti žít ve společnosti s ostatními členy, např. bydlet s nimi ve městě či na vesnici. Dále o integraci funkční, kterou se rozumí, že člověk s postižením navštěvuje a využívá všech běžných služeb, které společnost poskytuje, jako jsou veřejná doprava, obchody, zdravotnická a kulturní zařízení, aj. Poslední z této klasifikace je integrace sociální, kterou chápe jako přijetí člověka s postižením jako rovnoprávného člena společnosti. (Vítková, 2004, s. 12)

„Integrace je postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do hlavního proudu společenského života“ (Švarcová, 2006, s. 14). Jedná se o oboustranný psychosociální proces, při kterém dochází k sblížení minority znevýhodněných a majority intaktních. Neznamena však, že se minorita přizpůsobí majoritě či obráceně – tzv. pozitivní diskriminace. Pro úplnost uvádíme ještě vymezení dle Jesenského (1995 podle Slowík, 2007, s. 31), který definuje integraci jako *„spolužití postižených a nepostižených při přijatelné nízké míře konfliktnosti těchto skupin.“*

Při komparaci uvedených definic, si můžeme povšimnout společného prvku, a to snahy o kontinuitu – sjednocení společnosti v celek, který tvoří jak příslušníci menšiny (minorita) tak většinové společnosti (majorita) mezi nimiž neexistuje žádná podstatná hranice. Jedná se o společenský systém, který obsahuje hodnoty a ideje obou stran. Záměrně zde používáme označení menšina, jelikož lidé se zdravotním postižením tvoří významnou minoritu v naší populaci. Švarcová (2006, s. 13, s. 38) konstatuje, že právě mentální postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými.

Integrace je odborníky považována za nejvyšší stupeň socializace jedince neboli proces postupného začleňování. Spočívá v osvojování pravidel, norem a vytváření a formování pozitivního vztahu a postojů k dané menšině. Jedná se o multifaktoriální proces, jež ovlivňuje řada determinantů, jako jsou subjektivní předpoklady určité sociální skupiny, individuální zvláštnosti každého jedince i objektivní aspekty dané vývojem společnosti. Valenta a Müller (2013, s. 286) pohlíží zvláště na společnost jako na významného vnějšího činitele, na němž úspěšnost socializace lidí s mentálním postižením taktéž závisí.

Z výše uvedeného lze usuzovat, že míra socializace není a pochopitelně nikdy nebude u všech jedinců s mentálním postižením totožná. Proto někteří autoři rozlišují čtyři základní stupně socializačního procesu, a to integraci, adaptaci, utilitu a inferioritu. Nejvyšším stupněm socializace je, jak jsme již uvedli, integrace úplná. Novosad (2011, s. 21-22) dále podotýká, že se jedná o naprostou samostatnost a nezávislost člověka, který nevyžaduje zvláštní ohledy či přístupy ze strany přirozeného prostředí. Úspěšné dosažení této fáze lze nejčastěji předpokládat u lehčích forem mentálního postižení. Dalším, nižším stupněm socializace, je adaptace. Pro ni je typické přizpůsobení se člověka s postižením komunitě a společenským podmínkám. Adaptace lze dosáhnout u člověka se středně

těžkou mentální retardací. Třetím stupněm socializace je utilita neboli „sociální upotřebitelnost“. Utilita se projevuje u lidí závislých v mnoha oblastech na pomoci druhé osoby, kteří v důsledku svého postižení nejsou schopni trvale samostatného života. Poslední a zároveň nejnižší fází socializace je inferiorita, která je také označována jako „sociální nepoužitelnost“. Je charakterizovaná totální izolací – exkluzí jedince ze společnosti. Lidé s takovýmto stupněm postižení jsou zcela závislí na péči a pomoci jiné osoby i při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb, většinou hovoříme o imobilních jedincích se sníženou schopností nebo úplnou absencí verbální komunikace. Co se týká sociálních vztahů, ty se neutváří vůbec. O inferioritě můžeme hovořit v kontextu hluboké mentální retardace, kdy IQ nepřesáhne hranici 20. (Novosád, 2011, s. 21- 23)

Je však nutné podotknout, že všechny prezentované stupně je potřeba brát s rezervou a nahlížet na ně jako na orientační rámce, jež byly, podotýkáme mylně, uplatňovány v minulých desetiletích. Přeci jen je vznik této definice vázán k roku 1980. Dnes již víme, že každý člověk s mentálním postižením je bytostí individuální a jedinečnou nehledě na další faktory, které se na socializaci podílejí. Vyjma samotného člověka s postižením, dále také společnost, podpůrné a stimulační programy, které jsou k člověku směřovány. Při posuzování míry socializace tedy nelze jednoznačně vycházet pouze z těchto rigidních tabulkových kvót. Označení člověka za „upotřebitelného“ či „sociálně nepoužitelného“ považujeme za pejorativní a lidskou důstojnost zneuctující.

Integrační proces se může reálně ubírat různými směry odvíjejícími se od zvoleného přístupu. V rámci sociální integrace lze vysledovat dva základní směry a to asimilaci a adaptaci.

Asimilační směr integrace je reprezentován identifikací minority, tedy osob s mentálním postižením a majority. Jedná se o splývání znevýhodněné skupiny s hlavním proudem ve společnosti. Znevýhodnění je problémem konkrétního jedince a spočívá v schopnosti přizpůsobit se intaktní společnosti, která udává pravidla soužití, a jejíž chování a jednání je a priori správné či přijatelné (Slowík, 2007, s. 32). Předpokladem integrace je tedy akceptování psaných i nepsaných norem, jež ve společnosti fungují. Pro asimilaci je typické rychlé, praktické, organizační a legislativní řešení namísto systémových opatření. Uvedený směr je pro společnost zpočátku snazší avšak méně výhodný. (Novosád, 2009 s. 24-25, Matoušek, 2008, s. 79)

Adaptační směr (koadaptační) integrace je charakterizován partnerským vztahem mezi člověkem s handicapem a intaktní společností, jehož východiskem je vzájemná akceptace a pochopení hodnot majority a minority. Koadaptace vychází z myšlenky, že konfliktnost nesmí být považována za překážku integrace, ale spíše za stimul k dosažení vzájemného soužití. Dle tohoto přístupu je znevýhodnění záležitostí jak konkrétních handicapovaných osob, tak celé společnosti. Hovoříme o vzájemném přizpůsobování, kdy je snaha jedince s handicapem začlenit se do společnosti podporována jejími vstřícnými opatřeními (např. odstraňování bariér). (Slowík, 2007, s. 32) Integrace adapčního směru se může zpočátku realizačně jevit jako náročnější řešení, avšak komplexně je výhodnější a adekvátnější. (Novosád, 2009 s. 24-25, Matoušek, 2008, s. 79)

Ačkoliv z této charakteristiky vyplývá, že partnerský přístup je zdánlivě nejvhodnějším řešením, je nutné konstatovat, že ani sebevhodnější koadaptační směr nemůže být ideálem procesu integrace. Je více než jisté, že přístup k začleňování jedinců s handicapem do společnosti se neustále vyvíjí. V současné době přecházíme k modernímu trendu, pro nějž jsou typické inkluzivní postupy. (Slowík, 2007, s. 32)

Inkluzivní přístup spočívá v přesvědčení, že všechny lidské bytosti jsou si rovny v důstojnosti a právech (Brandl, 2006 podle Slowík, 2007, s. 32). Usiluje o to, aby se jedinci s postižením v maximální míře účastnili všech běžných činností jako lidé bez postižení. Na rozdíl od integrace, která spočívá v poskytování speciálních prostředků, podpory lidem s postižením, inkluze, pokud to situace umožňuje, nevyužívá žádné speciální prostředky či postupy. Pouze v nezbytně nutných případech nastupuje adekvátní pomoc a podpora.

Podle Bazalové (2006, s. 7) je inkluze „*stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný a takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje*“. Inkluzi můžeme také chápat jako „*nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez potíží*“ (Slowík, 2007, s. 32).

Základní tezí, z níž inkluze vychází je, že být odlišný je zcela normální (Slowík, 2007, s. 33). Jedním z dalších zásadních principů inkluze je totiž poznání, že všechny lidské bytosti mají jistý dar či nadání, které mohou být pro společnost přínosem, a také fakt že jejich odlišnost může být obohacující. Lang a Berberich (1998, s. 29) dále uvádí, že

inkluze je prostředek k utváření takové komunity, kde na jedince s postižením pohlíží s úctou a respektem, a lidé s postižením jsou ostatními členy akceptováni i se svými specifickými zvláštnostmi. Přispívá tak k tomu, že se lidé s postižením mezi ostatními cítí jistě, bezpečně a přirozeně.

Společným rysem integrace a inkluze je snaha o plnohodnotný společný život hendikepovaných a nehendikepovaných jedinců, a to za podmínky, že jsou respektovány jejich individuální schopnosti a možnosti rozvoje. Hlavním kritériem k vymezení stupně integrace člověka do společnosti je kvalita společenských vztahů. Mezinárodní zdravotnické organizace (podle Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 97-98) proto ve své klasifikaci uvádí několik stupňů, jež mohou tyto vztahy vykazovat:

- **Úplná sociální integrace** je charakterizována stavem společenské a osobní pohody s úplnou participací v sociálních vztazích.
- **Inhibovaná integrace** je stav znevýhodnění, nikoliv znemožnění normálních společenských vztahů, jenž vyplývá z existence viditelné vady či poruchy. Nejčastěji se projevuje tréma, snížené sebevědomí, ostych, stud, aj.
- **Omezená účast v sociálních vztazích** se projevuje rezignací či nemožností realizovat některé činnosti a vztahy. Kupříkladu jedinec vynechává cvičení nebo tělesně náročnější aktivity a tak podobně.
- **Zmenšená účast v sociálních vztazích** nastává v situaci, kdy jsou tyto vztahy redukovány na mikroprostředí každého jedince, tedy na rodinu, přátele, sousedy, apod. Naskytuje se zde však možná zlepšení jak po tělesné, tak psychické stránce osobnosti.
- **Ochuzené vztahy** lze chápat jako rezignaci na širší společenské vztahy mimo rodinu či speciální instituci. K ochuzeným vztahům u člověka dochází v důsledku tělesných či funkčních zvláštností bez perspektivy / možnosti zlepšení stavu.
- **Redukované vztahy** se vyznačují kontaktem s výrazně omezeným počtem osob, zpravidla lékař, rodič, aj. Tento stupeň integrace je rovněž příznačný pro osoby, je se uzavírají do vlastního světa.
- **Narušené vztahy** se vyskytují u osob, které pro svou specifickou poruchu či obecnou nepřizpůsobivost nejsou schopné udržovat sociální kontakty. Tato nepřizpůsobivost může být příčinou vyřazení ze života v rodině.

- **Společenská izolace** je pak typická pro osoby pobývající v ústavech sociální péče, osoby s těžkým mentálním postižením, osoby s fatálními tělesnými vadami a jiné, u nichž schopnost společenských vztahů – sociability – není zjistitelná z důvodu jejich izolovanosti.

Z této klasifikace je zřejmé, že úspěšná integrace osob s mentálním postižením do společnosti je determinována různými faktory. Ještě donedávna přetrvával názor, že mentální retardace je trvalé a zcela nezměnitelné postižení (Švarcová, 2006, s. 15). Tento postoj vycházel z premisy, že úroveň inteligence je konstantní a že naměřený inteligenční kvocient zůstává stabilní od raného dětství do dospělosti. Výsledky novodobých výzkumů však ukazují, že v mnoha případech může vhodným pedagogickým a psychologickým působením, zejména v situacích kdy je osobám s mentálním postižením poskytována již od raného dětství dlouhodobá kvalifikovaná péče, dojít k výraznému zlepšení rozumových schopností. (Švarcová, 2006, s. 15)

Adaptabilita člověka s mentálním postižením společenským požadavkům je ovlivněna kromě inteligence také jeho emocionalitou a sociabilitou, mírou rozvoje jeho volných vlastností, úrovní komunikačních dovedností, rozvinutostí motoriky, schopností sebeobsluhy a řadou dalších praktických dovedností (Švarcová, 2006, s. 15). K těmto faktorům pak ještě můžeme připojit další neméně důležité vlivy, které se významně spolupodílí na procesu začleňování člověka s mentálním postižením do společnosti. A to prostředí, ve kterém osoba s mentálním postižením žije, systém vzdělávání a výchovy respektující možnosti jedince, smysluplné zájmové aktivity, profesní příprava, možnost vstoupit na pracovní trh, umožnění pobytu v samostatné, podporované či chráněné domácnosti namísto zařízení ústavního typu. (Valenta, Müller, 2013, s. 286)

2 DŮVODY ODMÍTÁNÍ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Integrace lidí s mentálním postižením do společnosti je dynamický proces, který ovlivňuje řada determinantů (Prázdna, 2005, s. 70). V rámci této kapitoly bychom chtěli předložit souvislosti, které působí na úspěšnost procesu vrůstání člověka s mentálním postižením do majoritní společnosti.

Podkapitola věnovaná vnitřním faktorům usiluje o vhléd do specifik mentálního postižení. Zdůrazňujeme především důležitost typu postižení, jeho rozsah, a to především v oblasti poznávacích procesů, dovedností a schopností. Tato kratší část je uzavřena konstatováním neexistence „prototypu“ člověka s mentálním handicapem. V části, která seznamuje se společenskými hledisky, jsou předloženy základní myšlenkové modely, jež lze zaznamenat v postojích majority vůči dané minoritě. Jedná se o pojmy jako normalita, konformita, xenofobie, stigmatizace, předsudky a stereotypy, mýty, informovanost, zkušenost a v neposlední řadě vybrané sociodemografické determinanty.

V následujících podkapitolách se těmito konkrétními faktory budeme zabývat a podrobíme je detailnější analýze.

2.1 Faktory na straně postiženého

Mentální postižení je samo o sobě signifikantním (nikoliv však jediným) faktorem, určujícím úspěšnost socializačního a integračního procesu. Životní perspektivy člověka tak v tomto kontextu částečně závisí na něm samém, na rozsahu postižení, jeho osobní historii a způsobu, jakým překonává omezení, jež z tohoto handicapu vyplývají. Jedná se o subjektivní aspekt, který je ovlivnitelný pouze v omezené, individuálně variabilní míře.

Dle AAMR (American Association for Mental Retardation) je mentální retardace „*snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“ (Černá, 2015, s. 80). Vlivem celkového poškození neuropsychického vývoje může u osob s mentální retardací docházet k řadě zvláštností v jednotlivých oblastech jejich osobnosti. Postižení zasahuje do procesů kognitivních, dotýká se sféry emocionální a volní, působí na adaptabilitu a chování jednotlivce nebo se projevuje ve zvláštnostech motoriky. Tělesné postižení či fyzický vzhled není nutnou podmínkou mentálního postižení, ba naopak člověk s mentálním postižením se fyzicky nemusí od intaktní populace nijak odlišovat.

Typickým znakem mentálního postižení, jak bylo výše uvedeno, je narušení **poznávacích (též kognitivních) funkcí**. U lidí s mentálním postižením tak lze vyzorovat omezenější potřebu zvědavosti a preferenci podnětového stereotypu. Přítomna může být také zvýšená pasivita a závislost na zprostředkování informací zdravými lidmi. Schopnost orientovat se v běžném prostředí se může jevit mnohem náročnější vlivem snížené schopnosti diferencovat významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů či situací a pochopením jejich vzájemných vztahů. Dle Vágnerové (2014, s. 276) myšlení lidí s mentálním postižením dosáhne v nejlepším případě, u lidí s lehkou mentální retardací, úrovně konkrétních logických operací. Znamená to tedy, že se v mnohých případech váže na konkrétní realitu.

Myšlení mentálně postiženého člověka můžeme charakterizovat stereotypností, rigiditou a setrváváním na určitém způsobu řešení (Pipeková, 2006, s. 65). Ulpívavost lze zdůvodnit jako obrannou reakci před podněty, které jsou subjektivně nesrozumitelné, nové a neznámé, a na základě toho pocíťované jako nepříjemné, evokující strach. Již zmiňovaná pasivita se objevuje při řešení problémů a jejich postoji k nim – lidé s mentálním postižením zpravidla přenechávají řešení těchto situací na druhých nebo na ně rezignují. Typické je mechanické osvojování určitých pravidel, jejichž aplikace v praxi bývá mnohdy problematická, z důvodu nedostatečné diferenciaci jednotlivých situací. (Vágnerová, 2014, s. 277)

Řeč lidí s mentálním postižením bývá často deformována, a to jak po stránce obsahové tak i formální. Mezi typické znaky patří jazyková necitlivost, projevující se četnými agramatismy či jednoduchost projevu – např. preferování krátkých vět či konkrétních pojmů, opět doprovázené stereotypností (Pipeková, 2006, s. 65). Vágnerová (2014, s. 278) dále doplňuje, že lidé s mentálním postižením mívají často méně přesnou výslovnost. Zdůvodňuje to možnými nedostatky v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršenou fonetickou diferenciací, která je projevem vývojové dysfázie, jíž mohou trpět i lidé s mentálním postižením. Pro člověka s mentálním postižením je obtížné porozumět běžnému verbálnímu projevu (jejich slovní zásoba není tak pestrá), ale také celkovému kontextu, proto je vhodnější používat jednoduchá sdělení. Vágnerová (2014, s. 277) podotýká že „*složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu, atp. vůbec nejsou schopni pochopit.*“ U těžších forem mentálního postižení bývají obvyklé tzv. perseverace a echolálie, manifestující opakováním určitých slov či sdělení s absencí kontextu a porozumění (Vágnerová, 2014, s. 277-278).

Mentální postižení se projevuje i ve schopnosti **učení**. Nejedná se pouze o důsledek nedostatečného porozumění učenému. Nepříznivý vliv na něj může mít i nedostatečná koncentrace **pozornosti** (povrchnějším krátkodobá, nestálá) a nedostatky v **paměti** (mechanická, kapacita se individuálně různí). Učení je převážně mechanické a asociační. Je projevem snížené kapacity, a v důsledku toho trvá i nácvik běžných dovedností mnohem delší dobu (Pipeková, 2006, s. 65). Nehledě na to, že příslušné dovednosti se fixují ve své rigidní podobě a při další příležitosti bývají stejným způsobem užívány. Změna návyku nebo adaptace na novou situaci může činit značné potíže. Dalším charakteristickým rysem mentálního postižení může být určitá „poznávací pohodlnost“, s kterou je potřeba pracovat a odbourávat ji. Člověku s mentálním postižením vyhovuje stereotyp, nebývá zvědavý a k poznání nových informací a skutečností nebývá motivován. (Vágnerová, 2014, s. 277)

Dle Švarcové (2006, s. 50) sehrává při začlenění člověka do společnosti významnou roli **emocionalita** a úroveň rozvinutosti **volních** a **adaptačních vlastností**. „*Ve volních projevech jedinců s mentální retardací je zjevná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita*“ (Valenta a Müller, 2009, s. 39). Švarcová (2006, s. 54) upozorňuje na eventuelní nesamostatnost, nedostatek iniciativy, snížené schopnosti řídit vlastní jednání a překonávat překážky, což nazývá abulii.

Uvedené projevy mohou být přítomny i v emocionální oblasti, pro niž je dále typická citová nezralost, nízká schopnost sebeovládání a neadekvátní reakce vzhledem k vyskytujícím se podnětům (Bendová a Zikl, 2011, s. 21). City člověka s mentálním postižením mohou být „*nedostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější a protikladné, diferencované jemné odstíny prožívání téměř neexistují, neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa, opožděně a obtížně se utvářejí tzv. vyšší city (svědomí, pocit povinnosti, odpovědnosti), častěji se vyskytují chorobné citové projevy (projevy málo ovládané popudlivosti, epizodické poruchy nálad, euforie, apatie)*“ (Bartoňová, Bazalová a Pipeková, 2007, s. 26). Přítomna může být také spontánnost a otevřenost, která může nepostiženého člověka zaskočit či překvapit (Slowik, 2007, s. 118).

Na závěr této části bychom rádi uvedli, že z hlediska psychické struktury netvoří lidé s mentálním postižením homogenní skupinu, kterou bychom mohli vyčerpávající způsobem charakterizovat. Přestože u značné části z nich můžeme nalézt společné znaky (ve větší či menší míře), jejich individuální modifikace se odvíjejí od druhu mentálního

postižení, hloubky, rozsahu postižení nebo od toho, zda jsou jednotlivé složky psychiky zasaženy rovnoměrně či nikoliv (Švarcová, 2006, s. 40-41). Každý člověk s mentálním postižením je svébytnou osobou s charakteristickými rysy, proto nelze výše uvedené charakteristiky paušalizovat a zobecňovat.

Za osoby mentálně postižené jsou na jedné straně považováni lidé s hlubokým mentálním postižením, kteří jsou prakticky ve všech oblastech života závislí na pomoci druhé osoby. Potřebují pomoc při jídle, často trpí inkontinencí, mnohdy jsou imobilní, mají obtíže při komunikaci s okolím, a často využívají alternativních forem komunikace (Švarcová, 2006, s. 13-14). Na druhé straně tohoto spektra individuů se nacházejí lidé s lehkým mentálním postižením, z nichž mnozí navštěvují školu, vyučí se v učením oboru a ne zřídka si založí rodinu. Právě u osob s lehkým stupněm mentálním postižením je prognóza sociální integrace velmi příznivá. Za předpokladu, že k tomu dostanou příležitost, jsou schopni zcela samostatně nebo s minimální podporou bydlet, pracovat a žít v běžné komunitě. Pro osoby vyžadující větší míru podpory je pak vhodné využít služeb chráněného či podporovaného bydlení, popřípadě zaměstnávání (Slowík, 2006, s. 119).

Pipeková (2006, s. 66) doplňuje, že v sociokulturním kontextu, v němž je na teoretické znalosti kladen malý důraz, se člověk s lehkou mentální retardací nemusí střetávat s žádnými vážnějšími problémy. Upozorňuje na to, že obtíže mohou nastat v přizpůsobení se kulturním normám, očekáváním společnosti či při samostatném řešení problémů, které vyplývají z nezávislého způsobu života. Chaloupková (In Pančocha, 2010, s. 70) reaguje slovy: *„i když je vývoj osob s lehkým mentálním postižením proti normě pomalejší, většina těchto lidí dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, zvládá domácí práce a dokáže účelně užívat řeč v každodenním životě. V sociálně nenáročných situacích mohou být tito jedinci zcela bez problémů.“*

Mezi těmito dvěma krajními póly existuje nepřeborné množství individuů, z nichž každý jednotlivý člověk je v něčem odlišný. I přes tuto skutečnost se dokonce i v akademických kruzích často hovoří o „mentálně postižených“ či „mentálně retardovaných“ takřka jako o samostatném biologickém druhu, jehož zástupci nevykazují sebemenší odlišnost. (Švarcová, 2006, s. 14)

2.2 Faktory na straně společnosti

I přesto že změny, ke kterým v posledních desetiletích v oblasti péče a přístupu k lidem s mentálním postižením došlo, jsou významné a patrné, stále se ještě někteří lidé domnívají, že by mentálně postižení měli být „odklizeni“ do specializovaných zařízení, kde nebudou ostatním na očích (Švarcová, 2006, s. 13). Přičemž schopnost přijímat člověka s postižením (každého člověka) takového jaký je, je významným indikátorem vyspělosti jak jednotlivce, tak i celé společnosti. Čačka, (2002, s. 115) doplňuje, že jednou z charakteristik úspěšného člověka je tolerance v postojích vůči jiným a úcta ke všem lidem, bez ohledu na jejich původ, postavení, zaměření a tak podobně. (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 224-225)

Skutečné schopnosti člověka s mentálním postižením tak nejsou jediným faktorem, který působí na úspěšnou integraci. Z hlediska společenské integrace je mnohdy zásadní již zmiňovaný postoj společnosti, jelikož se lidé s mentálním postižením často potýkají s předsudky, nepochopením či nepřijetím ze strany intaktní společnosti, která je a priori považuje za méně schopné, někdy dokonce za méněcenné (Šiška, 2005, 23). Představy společnosti o lidech s mentálním postižením bývají často opředeny mnohými nejasnostmi, záhadami a mnohdy i neopodstatněnými obavami z možných rizik vázaných právě na jejich osamostatňování, zaměstnávání, bydlení či partnerské soužití, a snad i z otevřenosti, která je pro některé z nich typická (Slowík, 2007, s. 119). Všechny tyto okolnosti pak mohou být zdrojem rozpačitých až nepřátelských postojů, které společenskou integraci narušují, ba dokonce znemožňují. (Slowík, 2007, s. 119)

Vágnerová (2005, s. 291) definuje postoje jako „*přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývajícímu specifickému způsobu chování v různých situacích, respektive ve vztahu k nějakým objektům.*“ Postoje jako takové nejsou člověku primárně vrozeny, nýbrž utvářeny učením a podmiňovány právě sociokulturními vlivy prostředí, v němž jedinec žije (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 15). Autoři (Nakonečný, 2009, s. 246; Hayesová, 2013, s. 96; Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, s. 14-15) se dále shodují na tom, že postoje jsou formovány třemi základními komponenty, a to složkou kognitivní, citovou a konativní. Tyto složky však nemusejí být v každém postoji zastoupeny se stejnou intenzitou, například postoj k lidem s postižením může být více emocionální než racionální z důvodu nedostatečné informovanosti laické veřejnosti.

Obzvláště mentální postižení bývá společností považováno za nejméně přijatelné (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 25). Není tomu tak dlouho, co různé podoby segregace pociťovali zejména lidé s těžkým a hlubokým mentálním postižením (Slowík, 2007, s. 118). Slowík (2007, s. 119) připomíná, že situace se doposud nezměnila natolik, abychom mohli konstatovat, že v společenské integraci osob s mentálním postižením nastal významný posun. K této situaci může přispívat i přítomnost spontánních projevů lidí s mentálním postižením jako je dotýkání se druhých lidí, neobvyklé projevy emocí, omezené komunikační schopnosti atd., jež mohou být pro okolí neznámé, pro některé dokonce nepříjemné. Vlivem těchto odchylek mohou mentálně postižení náležet do skupiny osob, ohrožených sociální exkluzí, a to i přesto že žijí v prostředí rodiny, jelikož je jejich širší sociální síť velmi řídká (Slowík, 2007, s. 119).

Tyto odmítavé postoje potvrzují i jiné výzkumy zaměřené na vztah společnosti k lidem s postižením. Například Kehárová (1992 podle Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 25) považuje na základě výsledků své práce za nejhorší handicap právě mentální postižení, jež označilo celkem 45 % dotazovaných. Navazováním mezilidských vztahů s lidmi s mentálním postižením a vzájemnou interakcí se zabývali ve své studii „Attitudes regarding interpersonal relationships with persons with mental retardation“ také zahraniční autoři Gordon, Feldman, Tantillo a Perrone. Jejich respondenti byli vyzváni k tomu, aby seřadili různé typy postižení a nemocí na základě toho, do jaké míry by byli ochotní s „nosiči“ těchto atributů vstupovat do sociálních interakcí a navazovat s nimi vztahy. Tato škála zahrnovala artritidu, rakovinu, diabetes, sluchové a zrakové postižení, onemocnění srdce, vývojové poruchy učení, duševní onemocnění, mentální retardaci, roztroušenou sklerózu, svalovou dystrofii, paraplegii a kvadruplegii. Z výzkumů vyplynulo, že nejméně žádoucími partnery pro navazování přátelství byli právě lidé s mentálním postižením, tento názor vyneslo celkem 68,8 % respondentů (Gordon, Tantillo, Feldman a Perrone, 2004). Tyto závěry vypovídají o zásadním nepochopení mentálního postižení jako takového, ale především o insuficientním diferencování těchto lidí a jejich potřeb.

Přístup společnosti k lidem s handicapem může být také ovlivněn stále přetrvávajícím pozůstatkem nedávné minulosti – medicinizací postižení. Ta způsobuje, že člověku s postižením připisujeme sociální roli pacienta, což je nesprávné a zavádějící. Termín pacient je totiž neodmyslitelně spojen s nemocí. Z toho důvodu pak pohlížíme na člověka s postižením jako na nemocného, i přesto že ne vždy je možné postižení ztotožnit

s nemocí (Slowík, 2007, s. 29). Podle mezinárodní definice zdraví (WHO) můžeme i člověka s postižením za určitých podmínek považovat za zdravého. Pro kompaktní představu uvádíme následující situaci. Jestliže je například člověk s mentálním postižením v dobrém fyzickém stavu, bez známek jakékoliv nemoci, současně je v příjemném psychickém rozpoložení a je obklopen adekvátně fungujícím rodinným prostředím, vyzařující přijetí a náklonnost, a kromě toho se v okolí nachází několik dobrých přátel, kteří mu napomáhají uspokojovat jeho emocionální a vztahové potřeby, není důvod považovat takového jedince za nemocného, tedy za pacienta. (Slowík, 2007, s. 29)

Pro sociální roli pacienta je dále příznačné to, co pro člověka s postižením, alespoň ne ve všech případech, typické rozhodně není. Na pacienta je obecně pohlíženo jako na člověka, který se nachází v nežádoucím stavu. Tento stav by měl být co nejdříve odvrácen, jelikož výrazným způsobem omezuje jeho možnosti prožívat plnohodnotný život. Řada lidí s postižením však nebude moci tento „nežádoucí stav“ nikdy změnit, i kdyby vynaložili sebevíc úsilí, protože je jejich postižení trvalého a nenávratného charakteru. I přesto jsou schopni prožít svůj život skutečně plnohodnotně a kvalitně aniž by se dožadovali politování či očekávali zázračné uzdravení. (Slowík, 2007, s. 29)

Z výše zmíněných skutečností vyplývá, že současná společnost zaujímá spíše negativní postoje vůči lidem s mentálním postižením. Domníváme se, že zveřejnění tohoto výroku je nedostačující. Proto bychom se v následujících částech pokusili zodpovědět na otázku, co vede zástupce „zdravé“ většinové společnosti k stanoviskům zahrnujícím, odmítání a vyhýbaní se lidem s mentálním postižením. V následujících podkapitolách bychom proto rádi nastínili konkrétní faktory, které mohou tyto postoje ovlivňovat. Ty budeme posléze v praktické části ověřovat.

2.2.1 Normy ve společnosti

Již od počátků vývoje lidské společnosti existovali mezi jejími členy jedinci, kteří se od ostatních odlišovali vzhledem, smyslovými nebo tělesnými vadami, duševním stavem či jinými chorobami. K takto odlišným jedincům společnost vždy nějakým způsobem přistupovala a tento vztah se v průběhu dějin proměňoval v závislosti na jejím vývoji. Společnost totiž na každém stupni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které definují co je běžné, normální, tedy společností přijatelné. Hodnocení a posuzování jednotlivých členů konkrétního společenství pak vychází právě z těchto norem. (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 7-8)

„Norma je dobová obvyklost – společností uznávané kritérium k hodnocení určitého jevu“ (Novosad, 2011, s. 70). Normalita pak představuje „stav jedince, skupiny či společnosti, jenž odpovídá zavedeným, tj. v určitém dobově-regionálně-sociálním kontextu platným normám a uznávaným hodnotám“ (Novosad, 2011, s. 70). Vymezení normality je podmíněno aktuální úrovní poznání v dané společnosti. Mnohé projevy, jimž je obtížné porozumět, bývají označovány za abnormální jen proto, že přesahují běžné vědomosti a jsou nesrozumitelné (Vágnerová, 2014, s. 22). V těchto případech hraje významnou roli emoční složka postoje a neznámé je odmítáno jen proto, že vyvolává strach a nejistotu (Vágnerová, 1999, s. 22).

Většina společensky formovaných norem nemá absolutní platnost ani trvání (Slowík, 2007, s. 23). Proměna hodnotového systému, a z něj vyvstávajících postojů, souvisí se změnami, k nimž pod vlivem vnějších faktorů i vnitřní dynamiky, v každé společnosti zákonitě dochází. Takovýto vývoj sebou nese toleranci k určitým jevům, které byly až doposud považovány za abnormální. Jako příklad můžeme použít postoje společnosti k homosexualitě, která byla v minulosti považována za něco negativního hraničícího až s deviací. (Vágnerová, 1999, s. 22)

Na pojem normální, to znamená normu splňující, lze dle Češkové, Kučerové a Svobody (2006, s. 32) nahlížet v podstatě ve třech rovinách: statistické, funkční a normativní.

Statistické pojetí normality za normální považuje nejvíce frekventované jevy, respektive jevy odpovídající statistickému průměru. Jevy vykazující nadprůměrnost či podprůměrnost jsou považovány za nenormální až patologické. **Funkční koncepce normality** spočívá v tom, že určitý systém naplňuje svou funkci, přičemž předpokladem je definování toho, co je správnou funkcí míněno. **Normativní hledisko normality** se váže k odchylce od předem dané či sjednané normy (pracovní, estetická či mravní). Do této skupiny náleží parciální norma pro určitou část populace, mediální norma pro mediální obraz, jež obyvatelstvu prezentují mediální prostředky nebo norma vzhledová, která definuje očekávaný vnější obraz člověka. (Češková, Kučerová a Svoboda, 2006, s. 32; Novosad, 2011, s. 70; Slowík, 2007, s. 25)

Slowík (2007, s. 25) a Vágnerová (2014, s. 20-21) přikládají další hledisko, z něhož je možné na normu nahlížet, a to sociokulturní. Z tohoto pohledu je normou to, co společenská kritéria jako normální vymezují, obvykle ve vztahu k tradici. Takovýto

přístup je reflektován mimo jiné i ve stereotypech postojů k lidem nějak odlišným, obzvláště v jejich emoční složce, to je v míře odmítání a akceptace této odchylky. Sociokulturní vymezení abnormality vůbec nemusí odrážet skutečnou závažnost těchto potíží ve smyslu poruchy funkce a neschopnosti adaptovat se na běžné prostředí. Jakkoliv odlišní lidé jsou považováni za nenormální jen proto, že se vymykají běžnému očekávání.

Každá společnost si ve své kultuře stanovuje určitý ideál, a z něj pak vyplývající normy toho, co je či není dobré, co je přijatelné, žádoucí a morální (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 8). Tyto hodnoty se mohou mezi různými kulturami odlišovat a to, co je někde v normě může být jinde bráno jako patologický jev. To se samozřejmě vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti, kteří jsou právě na základě těchto norem posuzováni. Jedinci, kteří se odlišují v chování, fyzickým vzhledem či jinými charakteristika jsou vnímání jako cizí, ohrožující a nebezpeční (Hubinková, 2008, s. 92-93). Na tuto problematiku bylo realizováno nespočet výzkumů. Studie ukázaly, že lidé se distancují od všech jevů (ať už se jedná o věci, údalosti či individua), které jsou zakomponovány do nějaké ohrožující nebo negativní sociální kategorie (Novak a Lerner, 1968 podle Hirschberger, Florian a Mikulincer, 2005, s. 248).

Není potřeba příliš zdůrazňovat, že právě mentální postižení, je jev jenž svou povahou vykazuje prvky jinakosti. I přes to že se situace pozvolna mění, snahy o izolování lidí s postižením jsou potlačovány do ústraní, a začleňování do společnosti je stále více „běžnější“, stále jsou mentálně postižení v mnohých případech „zdravou“ populací vnímání jako něco zvláštního, cizího mnohdy až ohrožujícího. Zkrátka se lidé s postižením stále vymykají normám a standardům, jež jsou ve naší společnosti zakotveny. A právě toto vymykání může být příčinou, jež může vést k jejich odmítání z řad „zdravé“ populace.

2.2.1.1 Fyzický vzhled

Člověk s vadou, poruchou či jakýmkoliv zřejmým postižením či znevýhodněním, ať už jsou tyto známky na první pohled viditelné či nikoliv, je v naší společnosti cizincem, jehož zdánlivá jinakost se může pojit s řadou specifických problémů jako je například odmítání (Titzl, 2000, s. 89). Právě samotný vzhled či vnější charakteristiky mohou u veřejnosti vzbuzovat pozornost, asociující něco neobvyklého, což může být v tomto ohledu znevýhodňující (Slowík, 2007, s. 21). Nehledě na to, že mentální postižení může být doprovázeno fyzickým postižením jako jsou deformace a malformace, které jsou patrné

takřka na první pohled a stávají se tak dominantními atributy. Výrost a Slaměník (2008, s. 186) se s tímto názorem identifikují a doplňují, že formování dojmu o jiné osobě ovlivňuje fyzická nápadnost – jako jsou rysy obličeje, atraktivita, infantilita, hlas, postoj těla, gestikulace, odchylky v chování aj.

SEO & Chen, (2009) tuto myšlenku sdílejí a odůvodňují vychýlením se od ideálu krásy a atraktivity prezentovaného společností. Švarcová (2006, s. 41) pro komplexnost doplňuje psychologické zvláštnosti, které u mentální retardace mohou být nápadné. Jsou to odchylky v komunikaci (nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování), spontánnost, impulzivita, nebo naopak celková zpomalenost chování, rigidita, ale i úprava zevnějšku, hygiena či držení těla. Netřeba uvádět, že jakákoliv odlišnost ač je sebemíň zřejmá vždy přitahovala pozornost okolí doslova jako magnet. Ještě dnes si můžeme denně na ulici povšimnout, že čím neobvyklejší a zřetelnější postižení člověk nese, tím více zaujme pozornost okolních kolemjdoucích. (Slowík, 2007, s. 21-22)

2.2.1.2 Hodnoty

Akceptování lidí s mentálním postižením může ovlivňovat i skutečnost, že má člověk s tímto handicapem v určitých oblastech života omezené možnosti a nemůže naplňovat některé hodnoty a normy, na nichž si společnost zakládá. Současná společnost je významně orientovaná na hodnoty výkonu a úspěchu, kde společenský status hraje významnou roli. Pokud chce člověk v životě uspět a být společností akceptován, a to jak v osobním tak i kariérním životě, čeká ho nelehká cesta. Musí tyto normy naplňovat, obecně podávat stále kvalitnější výsledky a být stále výkonnější dle daných norem či dobových standardů, jelikož zde panuje silná konkurence.

Tato doba, pro níž je typická honba za úspěchem, úspěchanost, nadměrná sebekontrola, to všechno má za následek, že se odkláníme od spontánnosti, citů a mezilidských vztahů (Kopřiva, 2000, s. 89). Není tak divu, že člověk, který nenaplňuje tento ideál, nezapadá do představ společnosti o úspěšném člověku, který pro ni není určitým způsobem užitečný, je odmítán, utlačován, v nejhorším případě segregován.

Vanier (2004, s. 78) upozorňuje na to, že: *„Pokud náš život postavíme na hodnotách, jako jsou znalosti, moc a společenské postavení, bude pro nás těžké přijímat ty, kdo podobné hodnoty prožívat nemohou.“*

2.2.1.3 Konformita

„*Jakékoli mezilidské vztahy i postoje jsou formovány v kulturním rámci dané společnosti. Toto se občas negativně dotýká společenských menšin, jenž se vykazují většími či menšími odlišnostmi od průměru, což je odkazuje na hranici všeobecných lidských tendencí ke konformitě*“ (Valenta a Müller, 2013, s. 285). Obavy z toho, že by se člověk mohl odlišovat a být považován za zvláštního a podivného jsou v současné společnosti obrovské a také důležitou a častou příčinou konformity. „*Konformitou se rozumí změny v názorech nebo chování člověka, které vznikají jako důsledek reálného nebo domnělého tlaku osoby, skupiny nebo společnosti*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 339). Jak potvrzuje tato definice, konformita nemusí být zjevná pouze v chování, ale může se projevit pouze verbálně – souhlasem, mlčením či podporou jistého stanoviska.

Prostřednictvím konformity je na člověka vyvíjen nátlak, aby se choval v souladu s určitými normami a pravidly, které zastává většina společnosti. Jde tedy o chování vynucené a člověk ho může prožívat jako konflikt (Výrost, Slaměník, 2008, s. 339). To potvrzuje i polsko-americký sociální psycholog, Salomon Asch, který ve svém experimentu potvrdil, že velmi silným motivem konformity byla pro skupinu snaha předejít konfliktu. Probandi byli přesvědčení o tom, že je důležité ve skupině zachovat harmonii, kterou by mohl narušit právě nesouhlas či odlišný názor. Neznamenalo to však, že by ze svých projevů měli radostné pocity, ba naopak tato pozorování jasně ukázala, že je provázely pocity úzkosti. To potvrdily také výzkumy Bongoffa, Kleina, Shawa a Backa (1961 podle Hayes, 2013, s. 52), kteří měřili aktivitu autonomního nervového systému a zjistili vysokou agitaci v této situaci.

Vágnerová (2005, s. 293) dodává, že v určitých situacích se člověk chová v souladu se svými postoji, tak jak společnost vyžaduje, aniž by jim porozuměl, jelikož je pro něj dostačující, že stejný názor zastává většina lidí. Toto chování, můžeme vysvětlit skutečností, že člověk má potřebu sounáležitosti se svou skupinou (ať už je to rodina, spolupracovníci či komunita). Ta se může projevovat i tendencemi být konzistentní v názorech, jež jsou v daném společenství převažující.

Důvody vedoucími ke změně názorů, postojů či chování – obecně ke konformitě, se již v roce 1955 zabývali Morton Deutsch a Harold Gerard. A prohlásili, že základem konformity jsou dvě potřeby – potřeba mít pravdu, evokována informačním sociálním vlivem, a potřeba být oblíben, vyvolávaná normativním sociálním vlivem (Výrost

a Slaměnik, 2008, s. 343). V závislosti na informačním vlivu se člověk stává konformním, tak, že přijímá názor ostatních, jelikož je pro něj informační hodnota tohoto úsudku pravdivější než vlastní. V kontextu normativního sociálního vlivu jedinec dosahuje konformity tím, že se ztotožňuje s jinými názory kvůli touze být oblíben a averzi k nelibosti ostatních. Vyslovení nesouhlasu by totiž mohlo být předzvěstí antipatií, negativního hodnocení či dokonce otevřeného odmítnutí ve skupině (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 460).

Relativní váha těchto mechanismů konformity se napříč situacemi různí. V některých situacích se lidé stávají konformními v důsledku informací, které jim druzí poskytují, zatímco v jiných případech je konformita čistě normativní. Navíc lze očekávat, že důsledky procesů, jimiž se normativní a informační vliv uplatňuje, může mít několik rovin. *„Jestliže je osoba konformní především kvůli tomu, co si o ní budou ostatní myslet, změní své vnější chování, zatímco uvnitř si zachová své původní přesvědčení. Jestliže však důvěřuje informacím, které jí poskytli ostatní, změní navíc i svůj vnitřní názor. Je proto třeba rozlišovat mezi vnější konformitou neboli vyhověním a vnitřní konformitou neboli konverzí“* (Hewstone a Stroebe, 2006, str. 460).

H. C. Kelman (1953 podle Hayes, 2013, s. 54) identifikoval tři procesy, které mohou přispívat k sociální konformitě – již uvedenou complianci (vyhovění), identifikaci a internalizaci. Identifikace nastane dle Kelmana tehdy, když změním své názory či stanoviska, abychom se přiblížili osobě, kterou respektujeme a ke které vzhlížíme. Oproti tomu internalizace se projeví přesvědčením, že názor většiny je ten správnější (Hayes, 2013, s. 54).

Výzkumy dokazují, že internalizace nastává tehdy, když jedinec nemá v dané oblasti patřičné znalosti. Cacioppo a Petty provedli experiment se studenty, jejichž úkolem bylo evaluovat fotografii fotbalového útoku a fotografie dámské módy. Tyto fotografie byly doplněny hodnotícím komentářem, který byl formulován od údajné osoby (správný nebo zcela irrelevantní). Z výzkumu vyplynulo, že muži vykazovali prvky konformity při posuzování dámské módy, zatímco ženy při hodnocení fotbalového zápasu. Z tohoto průzkumu vyplývá, že předchozí znalosti mohou být důležitým determinantem majícím vliv na naše rozhodování (Cooper, Blackman a Keller, 2015; Petty a Cacioppo, 2012)

Konformita je nejjobecnějším mechanismem či formou přizpůsobení spočívající v akceptování a respektování jak kulturních cílů, tak jim odpovídajících prostředků – je

jakýmsi produktem společnosti (Petrušek a Vodáková, 1996, s. 927). Jejím prostřednictvím se společnost snaží dosáhnout podřízení se více či méně zjevně prezentovaným požadavkům a normám. Konformita je důkazem fungování norem ve společnosti a potvrzením jejich obecné platnosti a závaznosti (Reichel, 2008, s. 147). Je však nezbytné pamatovat na skutečnost, již připomínají Klaus Dörner a Ursula Plog (1999, s. 22), a to že *„každá společnost tím, že stanovuje hodnoty a normy, vyčleňuje takové lidi, kteří se nedají těmito normami pojmout, kteří jimi trpí, a tím mohou trpět zase další. Základní hodnotou v naší společnosti je povinnost umožnit těmto lidem důstojný život.“*

2.2.2 Xenofobie, strach a nejistota

Sociální identita není založena pouze na podobnostech vnímaných členy skupiny, ale především na odlišnostech od skupin jiných. Je obecně platné, že člověk má sklon pokládat vlastní skupinu za lepší než ty ostatní. Máme tendence uvažovat v binárních opozicích: známé – neznámé (též cizí), bezpečí – nebezpečí a zpravidla také „my“ a „oni“. Opozita jsou základním analytickým nástrojem – nejjednodušší cestou k „poznání“ reality, která nás obklopuje. Tento přístup je základem zkušenosti a ve svých důsledcích způsobuje to, že svět dělíme na dvě poloviny. Na dobrou, čistou a bezpečnou, zkrátka tu „naši“ a na špatnou, špinavou a nebezpečnou, v níž žijí „ti druzí“. (Tesař, 2007, s. 65-66)

Samotná existence jiných skupin v nás může evokovat nedůvěru či strach (Tesař, 2007, s. 65). *„Strach je emocionální reakce na nebezpečí, které je reálné, konkrétní, eventuálně je jako takové prožíváno“* (Vágnerová, 1999, s. 206). Také jej lze chápat jako informaci či signál upozorňující na hrozby nebo jako stimul k následnému obrannému jednání. Podporuje člověka při orientaci tím, že napomáhá diferencovat pozitivní, negativní i neutrální podněty, jež jsou posuzovány na základě individuálních potřeb jednotlivce. Také funguje jako stimul k aktivizaci a připravenosti na určité jednání, popřípadě k jeho útlumu. Je podmiňován učením, kdy nepříznivá zkušenost obvykle vede k nárůstu obav ze situací podobných (Vágnerová, 2014, s. 376). Strach, je vyvoláván vším novým, neznámým, ať už to jsou věci, lidé nebo situace, které budeme prožívat prvně (Riemann, 2013, s. 13). Jakmile je lidem něco cizí, otevírá se možnost pro vznik postoje, jehož podstatou je nedůvěra k odchylkám a odlišnostem, který je v odborné literatuře znám jako xenofobie (Alan In Šišková, 2008, s. 10).

Xenofobie pochází z řeckého „xénos“ znamenající přichozí a „fóbos“ značící bázeň či úzkost. Tento termín užívali již antičtí Řekové k popsání bezděčného pocitu nepřátelství

k cizinci či odlišnému člověku (Fredrickson, 2003, str. 18). Současná terminologie disponuje s různými výklady tohoto pojmu. Často je uváděn do spojitosti s národními a etnickými menšinami. Jednou z klasických definicí (užších pojetí) je, že „*xenofobie je chorobný odpor k cizincům a strach z nich*“ (Smolík, 2008, s. 78). Frištenská (In Šišková, 2008, str. 12) k tomuto dodává, že „*xenofobie je spojena s velmi silným heterostereotypem (způsob posuzování jiných na základě tradice své vlastní etnické či národnostní skupiny), a tím i autostereotypem (způsob posuzování své vlastní etnické či národnostní skupiny)*.“

S xenofobií úzce souvisí další pojmy jako rasismus a diskriminace. Hartl a Hartlová (2004, s. 692) doplňují, že xenofobii je možno chápat až jako nenávistný postoj k cizincům. Xenofobie je však poněkud širším pojmem než rasismus. Není to jen strach z cizí rasy, ale ze všeho, co je nám neznámé. Mnozí autoři ji uchopují z obecnějšího hlediska a vnímají ji jako „*strach z toho, kdo přichází z ciziny, z něčeho cizího, co stojí mimo vlastní sociální útvar*.“ Šišková (2008 s. 9) upozorňuje na to, že „*tento strach pramení z nedostatku informací objektivních a z generalizovaných zpráv o všem co není „naše“ a co nás zdánlivě ohrožuje*.“ Tesař (2007, s. 69-70) definuje xenofobii jako: „*negativní postoj vůči jiným, skutečně nebo domněle odlišným lidem, spojený s nedůvěrou, strachem, pocitem ohrožení plynoucím z vědomí jejich existence či přítomnosti, a často agresivním chováním vůči nim*.“ A dodává, že se xenofobie nemusí výhradně vázat na etnicitu, ale že xenofobní mohou být i dvě vesnice. Šišková (2001 s. 9) doplňuje, že xenofobii v nás může evokovat i člověk, který vypadá jinak než my. Vanier (2004, s. 77) se k tomuto názoru přidává a upozorňuje na to, že lidé, kteří se od nás nějakým aspektem odlišují, jsou mezi námi cizinci, neboť je takto společnost často vnímá.

Z výše uvedených definic, především těch obecnějšího rázu, vyplývá, že do problematiky xenofobie můžeme v širším kontextu zařadit mnoho témat dotýkajících se jednotlivců nebo skupin, kteří jsou pro nás v nějakém smyslu odlišní. Tato škála sahá od rasismu a nesnášenlivosti vůči cizincům, založeným převážně na fyzických dispozicích či etnickém původu, až po xenofobii týkající se menšinových skupin, žijících dnes a denně mezi námi, avšak odlišných od většinové společnosti. Jako příklad můžeme uvést homosexuály, bezdomovce, ale i lidi s mentálním či jiným zdravotním postižením. Alan (In Šišková, 2008, s. 12-13)

Mentální postižení je totiž pro většinu lidí v naší společnosti stále neznámým jevem, vykazujícím potenciální ohrožení (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 16). Slowik (2007, s. 109) prohlašuje, že žádné jiné postižení nedělá člověka v běžné

populaci tak zvláštním a odlišným jako právě postižení mentální. Tento fakt je pravděpodobně důsledkem jejich izolace, segregace a tabuizace celé této problematiky, což způsobilo absenci zkušeností a bližšího kontaktu se společnostmi. Na jedné straně tak mohou mít lidé strach z toho, jací lidé s mentálním postižením jsou, co od nich očekávat. Na straně druhé mohou být tyto obavy spojeny s nejistotou, jak se správně chovat, jak reagovat či s nimi komunikovat. A právě nejjednodušším obranným mechanismem je odmítání (Vágnerová, 2014, s. 600; Vanier, 2004, s. 77-78).

Přičemž je zcela přirozené, že člověk bývá zpočátku ke všemu, co z norem vystupuje, nedůvěřivý. Což potvrzuje i Vágnerová (2014, s. 182) a argumentuje, že sklon k odtažitosti od postižených může pramenit z obecné dispozice reagovat na vše odlišující se od norem jako na potenciální ohrožení. Tento stav může ovlivnit pouze přímá zkušenost. Jakmile totiž „ono neznámé“ poznáme a ověříme si, že nám nehrozí žádné nebezpečí, zakomponujeme jej do svého rámce. Ne vždy však k tomuto závěru dospějeme. Existují tak i situace, v nichž je „něco“ nebo „někdo“, kdo nenáleží do našeho světa, vnímán jako cizí, systém narušující či dokonce ohrožující. Důvodů, které tyto situace zapříčiňují je nepřeborné množství a ne vždy jsou racionálně vysvětlitelné. (Alan In Šišková, 2008, s. 10)

Vágnerová (2014, s. 602; 2008, s. 653) se této problematice věnuje v kontextu národnostních skupin a přistěhovalců. Poukazuje na to, že v České republice jsou odmítavé postoje společnosti k těmto skupinám dosti silné. Což zdůvodňuje tím, že v naší společnosti byl po dlouhou dobu omezen kontakt s lidmi z jiných kultur, čímž byla společnost izolována. Nehledě na to, že byla ovlivněna silnými politickými tlaky, které zdůrazňovaly potřebu nivelizace a měly tendence potlačovat individuální rozdíly. Důsledkem těchto snah je pak strach ze všeho, co se jakýmkoliv způsobem odlišuje. Potvrzují to i odmítavé názory populace vůči ostatním skupinám, s kterými se většina z nich nikdy nesešla, nic o nich neví a nemá k těmto postojům konkrétní důvody. Tyto obavy krásně vystihuje názor „já nevím proč, ale mám z takových lidí trochu strach. Člověk nikdy neví co od nich čekat“ (Vágnerová, 2008, s. 653). Se stejnými příklady se můžeme setkat i u mentálně postižených lidí, kteří žili po dlouhá staletí odříznutí v zámčích na okraji společnosti, a majorita neměla možnosti se s nimi setkat. Vzhledem k tomu, že je potřeba jistoty a bezpečí jednou ze základních potřeb člověk, může být stranění se lidem s mentálním postižením naší přirozenou reakcí. (Vágnerová, Hady-Mousova a Štech, 1999, s. 29).

Vanier (2004, s. 82-84) se ve své knize také zamýšlí nad otázkou, kde se vlastně bere zmiňovaný strach, který nám brání v uskutečňování těchto interakcí. A navrhuje, že příčiny našich obav se mohly zrodit ze strachu, který jsme zakusili v dětství. Rodiče totiž mohou v dětech vzbuzovat pocity, že jejich láska je odezvou na náležité chování. Děti se tak snaží rodiče o své ceně, přesvědčit naplněním jejich podmínek a norem, a tak se jedinečná hodnota mění v něco vnějšího, nepatřícího k jejich vnitřní podstatě.

Přičemž „s každou osobou přicházející na tento svět přichází něco nového, co nikdy neexistovalo předtím, něco zcela nového a jedinečného. Každý člověk je povolán právě tuto výlučnost a jedinečnost rozvíjet“ (Vanier, 2004, s. 82-84). Svou ojedinelost však mohou pocítit pouze tehdy, budou-li akceptovány takové, jaké jsou se svými přednostmi i omezeními. Objeví-li, že jsou respektovány se všemi svými přednostmi i nedostatky, a že jsou nositeli své vlastní jedinečnosti, budou později i ony samy schopny přijímat druhé a naslouchat jim. Strach z druhých tak postupně pomine a nahradí ho pocity přijetí a přátelství. (Vanier, 2004, s. 82-84)

V konečném výsledku jsme všichni, bez ohledu na věk, rasu, kulturu, náboženství či postižení totožní, jelikož sdílíme společné lidství. Dokud si tyto skutečnosti neuvědomíme a budeme opomíjet, že se navzájem potřebujeme a můžeme si pomoci, budeme se neustále skrývat za odmítání, nadřazenost, předsudky a opovrhování těmi, kteří v nás tyto postoje podněcují. Chceme-li tyto věci změnit, začneme druhé skutečně poznávat, a přestaneme s hodnocením na základě moci, znalostí či skupinové identity, nýbrž na základě vlastní osobní zkušenosti. Což je zásadním východiskem v transferu od vylučování k přijetí, od strachu k důvěře, od posuzování a předsudků k otevřenosti a pochopení. Jedině tak přestaneme být při interakci s těmito lidmi ovládnuti strachem. (Vanier, 2004, s. 83-84)

2.2.3 Stigma a stigmatizace

Trvalé postižení není pouze biologickou odchylkou. Člověk tímto handicapem získává specifickou sociální roli, obdobně jakož tomu bývá u nemocného. Typickým rysem této role je připsání určitých privilegií, ale také odejmutí některých práv, která náleží pouze zdravým. Na postiženého jsou brány ohledy, jsou tolerovány jeho nedostatky, jež z handicapu vyplývají. Zároveň se ale nepředpokládá, že by dokázal co zdraví lidé. Někdy je na něj pohlíženo jako na člověka nesrovnatelného se zdravými, dokonce až méněcenného. Svým chování pak společnost postiženého nutí přijmout pasivně receptivní

roli, pro niž je sice charakteristické právo na zabezpečení, nikoliv však usilovat o vyrovnání se zdravým (Vágnerová, 2014, s. 183). Vágnerová (2014, s. 293) dále poukazuje na to, že majoritní společnost chápe mentální retardaci jako stigmatizující postižení. A že méně přiměřené reakce a zvýšená závislost na okolí často vede k jejich podceňování a negativnímu hodnocení. Jak poznamenal jeden nejmenovaný muž s tělesným postižením: „*I když něčeho docílíte, pořád nejste rovnoprávný, což si zdraví lidé ani neuvědomují*“ (Pavlatová, 1996, s. 76).

Příčinou handicapu lidí s postižením překvapivě není jejich vada či porucha ale právě stigmatizace, respektive to jak je problém vnímán společností (Goffman, 2003 podle Slowík, 2007, s. 30). „*Společnost totiž ustavuje prostředky kategorizace osob a jejich komplementární atributy, jež jsou v souvislosti s příslušníky těchto kategorií vnímány jako běžné a přirozené*“ (Goffman, 2003, s. 9). V případě, že někteří lidé vykazují odlišné či abnormální atributy, stávající se objekty stigmatizace. Termín stigma pak označuje silně diskreditující atribut, jenž neodpovídá skutečnosti (Goffman 2003, s. 10-11). Tuto myšlenku akceptují i Vágnerová, Hadj-Mousova a Štech (1999, s. 23; 2014, s. 183), kteří souhlasí s tím, že problém lidí s jakýmkoliv handicapem (tedy i mentálním) nespočívá v primárním omezení psychických funkcí, které sebou ono postižení nese, nýbrž v jeho sociálním významu.

Je-li určitá skupina ve společnosti označena negativně, jedinec, který je její součástí, se bude při integraci střídat s překážkami, jež z dané příslušnosti vyplývají (Smart, 2008 podle Barr a Bracchitta, 2012, s. 11). Do této kategorie můžeme zařadit právě lidi s mentálním postižením (Vágnerová, 1999, s. 100). Jelikož jsou těmi, jejichž osobní i společenský život, je často doprovázen a znesnadňován stigmatizací (Slowík, 2007, s. 30, Vágnerová, 2014, s. 293). V tomto kontextu jsou posléze „značkování“, vyčleňování, a prožívají diskriminaci v různých oblastech každodenního života – jako vztahy, bydlení, zaměstnání, zájmová činnost, apod. (Penn & Corrigan, 2002; Couture e-Penn, 2003 podle Negri a Briante, 2007).

Původní význam tohoto řeckého slova je vztahován k záměrnému označování jedince prostřednictvím tělesných znaků (jako je vyřezávání či vypalování do kůže), které měly upozornit, že jejich nositel představuje něco neobvyklého, špatného, nečistého či amorálního, a proto je vhodné se mu vyhýbat (Novosad, 2011, s. 73). Připsáním takovýchto negativních atributů je aktivován proces stigmatizace. Ta způsobuje, že

společnost reaguje na jevy vychylující od obecných norem tak, že automaticky předpokládá, jak by měl jedinec fungovat, reagovat a čeho má být schopen. Obsahuje ale také názory vztahující se k jeho vzhledu, vnímání, komunikaci a vyjadřování, jeho spoluúčasti na společenském životě a naplňování přirozených i svěřených sociálních rolí (Novosad, 2011, s. 74-75).

V současnosti je stigma definováno jako „*označení, kterým se nějaká osoba ve skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, či ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých*“ (Goffman podle Jandourek, 2009, s. 75-76). Podstatu stigmatizace se snaží zachytit Vágnerová (2014, s. 183), když poukazuje na to, že stigma není skutečnou vlastností člověka, nýbrž je mu sociálně přisouzeno. Jeho východiskem je obecně platného pojetí normality ve smyslu standardnosti projevů a vnějšího vzhledu.

Stigmatizující jsou pak především takové defekty, jejichž důsledkem jsou nežádoucí nápadnosti manifestující v sociálním kontaktu (vzhled, verbální a neverbální komunikace, úroveň uvažování, apod.) Ty mohou vyvolávat nechuť až odpor, a často bývají slučovány s představou, že si je jedinec zavinil sám. Stigmatizace tak kromě sociální role, transformuje sociální status a následně i identitu člověka. Tyto změny se pak projevují způsobem komunikace, pro niž je charakteristický protektorský přístup či neochotou vyslechnout názor. (Vágnerová, 2014, s. 183)

Stigmatizace není pouze záležitostí individua, ale může k ní docházet i na rovině mezilidské a společenské. Pryor a Reeder (2014, s. 5-10) vytvořili koncepční model, který přichází se čtyřmi dynamicky souvisejícími projevy stigmatu: veřejné stigma (public stigma), self-stigma, přidružené stigma (stigma by association) a stigma strukturální (structural stigma).

Jádrem tohoto modelu je **veřejné stigma**, které představuje sociální a psychologické reakce lidí na někoho, kdo je vlivem svého postižení stigmatizován. Mezi typické projevy veřejného stigmatu můžeme zařadit mediální obraz mentálně postižených lidí, předsudky ve společnosti, vtípy o mentálně postižených či výchovné vlivy. Kromě toho také zahrnuje kognitivní, afektivní a behaviorální reakce stigmatizovaných (Ocisková, Praško et al. 2014, s. 251). Druhým typem stigmatu je **self-stigma**, jež reflektuje sociální a psychologický dopad na svého nositele. Kromě obavy člověka z vystavení stigmatizaci, zahrnuje i potenciální internalizaci negativních přesvědčení a pocitů s tímto stavem

spojených. V závislosti na těchto okolnostech může docházet k snížení sebevědomí, pocitům méněcennosti, ztrátě vědomí vlastních hodnot, k vyhýbání se, izolaci a ústupu od realizace plánu stigmatizovaného. **Přidružené stigma** je utvářeno sociálními a psychologickými reakcemi lidí na osoby, které jsou nějakým způsobem s takto označovanými lidmi spojeni. Nejčastěji jsou to rodinní příslušníci či přátelé. Posledním typem je **strukturální stigma** zabývající se legitimizací postavení stigmatizovaného ze strany institucí, společenských a ideologických systémů (Pryor & Reeder, 2014, s. 5-10), tj. na úrovni fungování organizací, úřadů a zaměstnavatelů. Zde patří témata jako diskriminace mentálně postižených, péče o ně, rezervovaný přístup na úřadech, omezené možnosti čerpání zdravotní péče, přijímání a propouštění ze zaměstnání, aj. (Ocisková, Praško et al. 2014, s. 251, Ocisková a Praško, 2015, s. 38).

Z výše uvedeného vyplývá, že největší bariérou, která člověku s handicapem zabraňuje v plnohodnotné integraci do společnosti, nejsou deficity, které z jeho postižení vyplývají, nýbrž obavy, mýty a nedorozumění, které si společnost v souvislosti s těmito jedinci po desítky let asociuje (Murphy, 2001 podle Novosad, 2011, s. 74). Do jaké míry bude konkrétní člověk stigmatizován, může být podmíněno druhem a hloubkou postižení, postojem postiženého a jeho rodiny k jeho stavu a k okolí, ale také na sociokulturních, politických a demografických podmínkách života v dané komunitě. Je-li tedy v našem prostředí zdravotní postižení poměrně rozšířený a tolerovaný jev, nebude člověk s tímto znevýhodněním stigmatizován tolik jako člověk s jinou poruchou (Slowík, 2007, s. 30).

2.2.4 Předsudky a stereotypy

Živnou půdou negativních postojů vůči lidem s mentálním postižením mohou být také předsudky a stereotypy. Wolfensberger (1972 podle Šiška 2005, s. 14) považuje právě předsudky za jednu z hlavních příčin, jež vede k znevýhodňování osob s mentálním postižením a k postupné pejorativnosti odborných termínů v této problematice, což může mít významný podíl na neúspěšné integraci do běžného života společnosti.

Předsudky a stereotypy jsou nedílnou součástí lidské psychiky, zpozorovatelné na různých úrovních soužití lidského společenství. Oba tyto pojmy vychází ze stejné psychologické podstaty. „*Jsou to představy, názory, postoje, které určití jednotlivci či skupiny osob zaujímají k jiným skupinám nebo k sobě samým (autostereotypy)*“ (Průcha, 2010, s. 67). Nemusí se jednat pouze o rasové a etnické předsudky mezi jednotlivými

národy, ale také o předsudky mezi jednotlivými skupinami uvnitř jedné země. (Průcha, 2010, s. 108)

Společným rysem předsudků a stereotypů je stabilita a rigidita vůči změnám – nové, aktualizované informace jimi obvykle neotřesou. Ten kdo má v sobě vůči určité skupině zakořeněné tyto postoje, v našem případě vůči lidem s mentálním postižením, nebývá ochoten nestranně vyslechnout argumenty druhé strany. Tyto názory a postoje mají silný emocionální náboj s iracionálním jádrem. Jsou charakteristické svou setrvačností, a bývají předávány z generace na generaci (Průcha, 2010, s. 108). Autoři upozorňují na to, že příčinou těchto jevů může být nedostatečná objektivní znalost určité skupiny lidí, která je v předsudku či stereotypu vynahrazována zevšeobecněnými představami či názory neověřeně přejatými od jiných lidí. (Průcha, 2010, s. 67)

A právě stereotypy, které společnost chová k osobám se zdravotním postižením, vznikají vesměs bez jakékoliv vlastního přičinění či zkušenosti. Jedná se o jakési převzetí názorů společenství, ve kterém jednotlivec žije. Z tohoto důvodu, je pak dosti obtížné narušit zmíněnou stabilitu tohoto postoje. Stereotypy nám tak pomáhají se prostřednictvím kategorizace snadněji orientovat v dané problematice, která pro nás není zcela běžná a srozumitelná ba dokonce evokující potenciální ohrožení (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 15). Tuto myšlenku doplňují lehce sarkastickou připomínkou Sherman, Macrae a Bodenhausen (2000, s. 148 podle Výrost a Slaměník, 2008 s. 364) „*stereotyp je tak „nejlepším přítelem líného člověka“, nebo jinak, stereotyp nám dovoluje být bez vynaložení velkého kognitivního úsilí „efektivním expertem.“* Podle Nováka (2002, s. 10) se „*stereotypy rozumí zkratkovité představy o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů.*“ Takto se utváří komplexní představa nejen o tom druhém, ale i o těch druhých, která není výsledkem vlastních zkušeností nýbrž příslušností k určité skupině, v našem případě k osobám s mentálním postižením. Tato představa je jako taková ve své podstatě přebírána již hotová. V tomto smyslu jsou stereotypy druhem předsudků o určité sociální kategorii, obvykle předsudků pejorativních (Nakonečný, 2009, s. 160-161).

Zda mezi předsudky a stereotypy existují rozdíly či nikoliv je otázkou. Ani mezi odborníky nepanují v tomto ohledu jednotná stanoviska a jejich názory se různí. Někteří autoři v sociální psychologii mezi těmito pojmy ve své zásadě žádný rozdíl neshledávají a chápou je jako synonyma. Jiní odborníci naopak poukazují na to, že předsudky obsahují

vesměs nepříznivý nepřátelský vztah vůči jiným, kdežto v případě stereotypů se jedná o postoje neutrální, příznivé ba dokonce pozitivní. Novosad (2011, s. 79-80) však ve své typologii předsudků tuto myšlenku vyvrací. Podle něj předsudky nemusejí mít pouze negativní náboj, ale mohou být také pozitivní. Tento výrok tak utvrzuje názorovou diverzitu vztahující se k těmto pojmům. (Průcha, 2010, s. 68)

„Předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu“ (Hayes, 2013, s. 121). V praxi to znamená, že člověk, který má předsudky vůči určité skupině lidí, při jejich posuzování nezvažuje žádnou alternativu. Výsledek jeho interpersonálního hodnocení je předem dán nějakou libovolnou vlastností příslušníka této skupiny.

Ve vztahu k lidem se zdravotním postižením existuje ve společnosti celá řada předsudků. (Michalík, 2011, s. 47-48) pracuje s následující typologií: předsudky podceňující, odmítavé, protektivní, hostilní, idealizující a heroizující. Novosad (2011, s. 78) k tomuto dodává, že předsudky o lidech s mentálním postižením nepochybně souvisejí se stigmatem a abnormalitou. Ve své klasifikaci předsudků mezi sebou výše zmíněné kombinuje a rozlišuje čtyři základní kategorie: předsudky paternalistické a podceňující, odmítavé a degradující, protektivně paušalizující a idealizující.

Paternalistické a podceňující předsudky vycházejí z ochranného, pečujícího a charitativního přístupu. V rámci tohoto přístupu pomáhající a pečující osoby ale i samotná veřejnost posuzují vůli, možnosti, potřeby, přání i relevanci citů lidí s mentálním postižením a rozhodují o tom, co mohou, dokážou a co ne, aniž by byl jejich skutečný potenciál zohledněn. Podle této skupiny předsudků se předpokládá, že lidé s postižením jsou objektem lítosti, ochrany a potřebují dohled „pomáhajících“, protože ti nejlépe vědí, co je pro jedince dobré, bezpečné a dosažitelné, a proto je potřeba provádět veškerá rozhodnutí za ně. (Novosad, 2011, s. 79; Michalík, 2011, s. 47-48)

Odmítavé, degradující předsudky se projevují odpíráním práv a potenciálu lidí s postižením. Tyto předsudky vyobrazují osoby s postižením jako neužitečné, společnost zatěžující, neproduktivní, a tudíž parazitující. Jelikož podpora a péče, která jim je poskytována jde na úkor potřeb a daní těch „normálních“, tedy nehandicapovaných členů společnosti. Zastánci těchto předsudků chápou postižení jako trest – člověk s postižením si jej zavinil sám, neboť se špatně léčil, nebyl opatrný při práci, byl lehkovážný a zbytečně riskoval, například při sportu. Tělesná odlišnost je chápána jako nežádoucí až patologická.

Specifickým jevem bývá bagatelizace až degradování jakéhokoliv úspěchu, kterého osoba s postižením dosáhla. To se následně projevuje zpochybňováním akademických titulů, kvalifikace či dosažených výsledků a usuzováním že jedinci s postižením mohou být zaměstnáváni pouze na nižších, pomocných pracovních pozicích. (Novosad, 2011, s. 79; Michalík, 2011, s. 47-48)

Z výše popsaných předsudků vyrůstá až vyhoceně předpojatý postoj zvaný disabilitismus. Tento termín reprezentuje paušalizující předpoklad, že člověk s postižením bude více méně neschopný a odkázán na pomoc druhých. Popírá jakékoliv skutečné schopnosti, které jsou člověku s postižením vlastní, a upírá možnost práva na sebeurčení. Hovoříme o nepodloženém předjímání nehodnotnosti, neužitečnosti a nedostatečnosti člověka s postižením. (Novosád, 2011, s. 80)

Protektivně-paušalizující předsudky se projevují názorem, že osoby s postižením jsou neoprávněně a nezaslouženě zvýhodňovány a mají mnoho privilegií. Tento dojem vychází, z nedostatečné informovanosti veřejnosti o podmínkách přiznávání těchto výhod ve formě služeb, dávek či příspěvků, jež často představuje nedůstojný byrokratický a (pseudo) medicínský rituál. Typickým příkladem, jenž veřejnost nezanechá chladnou, jsou průkazy (TP, ZTP, ZTP/P) a na ně vázaná podpůrná opatření jako vyhrazená parkoviště pro osoby s postižením, nezaplatněné užívání dálnic aj. Tyto relativní výhody pak utvářejí dojem benefitů, které neodpovídají realitě, jelikož ve skutečnosti jde o dílčí kompenzaci nejen postižení, ale také snížené pracovní schopnosti.

Idealizující (heroizující) předsudky jsou pro osoby s postižením navzdory výše zmíněným předsudkům paradoxně nepříznivé, a to kvůli převaze iracionálních a emocionálních prvků nad fakty. Tyto předsudky pojmají život člověka s postižením jako hrdinství, mravní výzvu a obdivuhodnost. Přičemž osoby poctivé, obětavé, odpovědné i vypočítavé můžeme najít stejně tak mezi zdravými jak mezi postiženými. V případě, že dojde k medializaci ojedinělých případů, kdy byly zneužity dávky, je vrženo negativní světlo na všechny lidi s postižením, kteří se tak stávají nedůvěryhodnými.

Podle Wolfensbergera (1972 podle Šiška, 2005, s. 12) byla lidem s postižením majoritní společností v průběhu historie připisována abnormální nebo deviantní role (subhumánní bytost, neposkvrněný hříchem, nemocný, věčné dítě, objekt posměchu, objekt lítosti a záležitost charity, postrach veřejnosti). Šiška (2005, s. 12) dodává, že člověk s mentálním postižením se s velkou pravděpodobností setká při naplňování sociálních rolí

charakteristických pro člověka stejného věku a pohlaví s obtížemi, přičemž oba jsou příslušníky identického širšího socio-kulturního prostředí. Předsudky a stereotypy tak mohou mít ve většině sociálních vztahů za následek sociální handicap.

Společenské předsudky souvisí podle Wolfensbergera (1975 podle Šiška, 2005, s. 16) s kvantitou a kvalitou životních příležitostí. V interkulturní psychologii byla vytvořena teorie o tom, že za určitých podmínek může docházet k redukci předsudků známá jako „hypotéza kontaktu“. Podle této teorie kontakt mezi skupinami odlišnými rasově či etnicky (v našem případě lidé s mentálním postižením) může za určitých podmínek snižovat předsudky o těchto skupinách. Tento kontakt musí být však dobrovolný, podporován nadřazenou institucí či úřady, jednotlivé skupiny musí kooperovat pro společný cíl a musí mít shodný status.

2.2.5 Mýty o lidech s postižením

Okolo mentálního postižení se vytvořila řada mýtů, s nimiž se lidé s tímto znevýhodněním denně potýkají, a které okupují naši společnost celá staletí. *Mýty jsou mylná přesvědčení; lidé je vnímají jako „zlatá slova“, jako pravdivé shrnutí zkušenosti, morálních zásad a veřejného mínění*“ (Novák, 2013, s. 85). Často jsou vyvolávány jevy či okolnostmi, kterých se lidé obávají (Novák, 2004, s. 178).

Praško (2005, s. 67-68) uvádí, že tyto nereflektované postoje jsou aplikovány kvůli svým zdánlivým výhodám – a to zrychlení našich rozhodovacích procesů. Ovlivňují naše myšlení, emoce i chování. Jsou tedy jakými si vodítky ukazujícími, jak by se lidé měli cítit, chovat a hodnotit danou situaci či jev, aniž bychom se museli zaobírat přemýšlením nad jejich správností a následným testováním reality. Poskytují nám pocit jistoty, že je naše chování a rozhodování v souladu s danými normami a očekáváním ostatních.

Nevýhoda mýtů však tkví v ukvapených postojích, emočních reakcích a přehnaném chování (Praško, 2005, s. 68). Tyto mýty pak tvoří bariéry, které mohou mít dopad na život mentálně postižených, jelikož mohou bránit v uplatňování práva na rovnocenné soužití v přirozeném prostředí. Níže jsme si dovolili uvést přehled nejčastějších mýtů, které jsou s mentálním postižením asociovány a podrobit je detailnější analýze.

2.2.5.1 Věčné děti

Jedním z tradičních mýtů je tvrzení, že *„lidé s mentálním postižením jsou jako „děti“, a jako s dětmi s nimi musíme i jednat.“* (Pastieriková a Regec, 2010, s. 28)

Právě přirovnání člověka s mentálním postižením k vývojově mladší osobě tedy dítěti, je asi nejvíce zakořeněný mýtus, který v jistém smyslu lidem s mentálním postižením brání, aby dospěli (Šiška, 2005, s. 16). K tomuto omylu přispívá jednak chybná interpretace zprávy z psychologického vyšetření, v níž je uveden tzv. mentální věk. I přes skutečnost že IQ odpovídá normě pro mladší vývojové období, nemůžeme tvrdit ani očekávat, že se mentálně postižení budou chovat jako vývojově mladší (Pastieriková a Regec, 2010, s. 28). Tento koncept také mohl, do jisté míry, podporovat samotný personál a zařízení ústavního typu, jenž k uživatelům ještě donedávna sám takto přistupoval. Uživatelé takovýchto pobytových služeb nebyli vystavováni jakémukoliv riziku, mnohdy jim nebylo ani umožněno vyslovit či realizovat svá vlastní přání (Šiška, 2005, s. 16).

Dalším důkazním materiálem infantilizace dospělých s mentálním postižením může být oslovování uživatelů, jejich oblékání či dekorace pokojů připomínající dětský pokoj (Šiška, 2005, s. 16). Je proto velmi důležité si uvědomit, že lidé s mentálním postižením jsou lidé dospělí, jako všichni ostatní. A že jejich odlišnost spočívá pouze v odlišném způsobu zpracování informací. (Pastieriková a Regec, 2010, s. 28)

2.2.5.2 Agresivita

„Lidé s mentálním postižením jsou agresivní, nevyzpytatelní a nebezpeční.“
(Pastieriková a Regec, 2010, s. 29)

Tento mýtus může vycházet ze skutečnosti, že lidé s mentálním postižením si ne vždy dokážou plně uvědomit důsledky, které jejich projevy chování mohou vzhledem k situaci způsobit. Ne vždy jsou schopni odhadnout svou sílu či adekvátním způsobem projevit své emoce (Pastieriková a Regec, 2010, s. 29). Považujeme však za důležité uvést, že pravděpodobnost výskytu takového chování se u jakéhokoliv člověka zvyšuje, pokud nejsou naplněny jeho základní potřeby (Čermáková a Johnová, 2002, s. 28).

Situace, v nichž se člověk s mentálním postižením může jevit nebezpečně, však může vycházet také z nevhodného přístupu ze strany okolí. Vágnerová (2008, s. 296) výstižně upozorňuje na skutečnost, že uspokojení všech potřeb osob s mentální retardací, v dostatečné míře a pro ně akceptovatelným způsobem, je mnohdy velmi obtížné, jelikož lidé s tímto typem postižení při jejich naplňování vyžadují větší míru podpory. Oni sami totiž mívají problém s vyjádřením svých aktuálních potřeb a pocitů z důvodu překážek přítomných v komunikaci, respektive v porozumění (Slowík, 2007, s. 118). Okolí ne vždy

rozumí jejich projevu a ne vždy je dostatečně vnímavé nebo dokonce nemá zájem naslouchat jejich potřebám (Vágnerová, 2008, s. 296).

Obecně řečeno platí úměra, že čím má člověk větší možnost naplnit své základní potřeby, tím se u něho snižuje pravděpodobnost výskytu problémového chování“ (Čermáková a Johnová, 2002, s. 29). V opačném případě se osoba s mentálním postižením může potýkat se zátěžovou situací vedoucí k frustraci či deprivaci. Tyto okolnosti mohou být podnětem pro obranné mechanismy, jež mohou nabírat různých podob. Zpravidla bývají mnohem jednodušší, stereotypní a jejich volba je determinována celkovou mentální úrovní, typem temperamentu jedince, případně etiologií postižení Vágnerová (2008, s. 296). Jedním z těchto obranných mechanismů vyskytující se v závažnějších případech může mít podobu zmiňované agresivity. Tu lze definovat jako „*vnitřní pohotovost jednat útočně. Je to přirozená a nutná vlastnost živočichů, aby přežili v přírodních podmínkách*“ (Pavlovský, 2009, s. 203). Vzniká na základě strachu, nenaplněných potřeb a přání, opuštění či týrání, který se projevuje agresí. Řešením tedy není potlačení agresivních projevů, ale identifikace potřeb, jež člověk není schopen uspokojit sám a poskytnout mu potřebnou míru podpory při jejich saturaci. Čímž předcházíme výskytu a opakování takového to problémového chování (Čermáková a Johnová, 2002, s. 29).

V souvislosti s výše uvedenými fakty je nezbytné konstatovat, že mentální postižení sice předpokládá psychické a behaviorální diference, bylo by však neuvážlivé tvrdit, že tyto odlišnosti musejí být u všech zákonitě patologické. Generalizované označení člověka s mentálním postižením za nebezpečného a agresivního je stejně tak neuvážlivé jako označení za nebezpečného jakéhokoliv člena jiné skupiny ve společnosti. (Pastieriková a Regec, 2010, s. 29).

2.2.5.3 *Vzdělávání*

„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni se vzdělávat.“ (Pastieriková a Regec, 2010, s. 29)

Tento mýtus může být vyvolán mylnou domněnkou, že vzdělávání lidí s mentálním postižením, kvůli snížené úrovni rozumových schopností, pozbývá efektivity a není smysluplné (Slowík, 2007, s. 115). Avšak právě kvůli deficitu rozumových schopností se člověk s mentálním postižením musí o to usilovněji učit i to, co si ostatní osvojí spontánně a přirozeně. Z tohoto pohledu lze učení vnímat jako jedinou formu „terapie“ mentální retardace (Švarcová, 2000 podle Slowík, 2007, s. 115).

Tento mýtus mohla podporovat skutečnost, že lidem s těžkými formami mentálního postižení, bylo ještě donedávna vzdělávání odpiráno pod nálepkou „osvobození od povinnosti vzdělávat se“. Ve skutečnosti se však nejednalo o úlevu, nýbrž o porušení práva na vzdělávání, týkajícího se každého člověka bez rozdílu. Lidé s mentální retardací byli totiž považováni za nevzdělatelné a jejich postižení za trvalé a zcela nezměnitelné (Švarcová, 2006, s. 21). Tento postoj vycházel z premisy, že úroveň inteligence je konstantní a že naměřený inteligenční kvocient zůstává stabilní od raného dětství do dospělosti (Švarcová, 2006, s. 15). Označení člověka za „nevzdělatelného“, ba dokonce „nevychovatelného“ považuje Slowík (2007, s. 115) za omezující osobnostní rozvoj a vědomé snižování lidské důstojnosti. Z těchto důvodů ze slovníku speciální pedagogiky a naší legislativy tyto termíny zcela vymizely.

Dnes již víme, že každý člověk je v rámci svých možností vychovatelný a vzdělavatelný (Pastieriková a Regec, 2010, s. 29). Výsledky novodobých výzkumů potvrzují, že v mnoha případech může vhodným pedagogicko-psychologickým působením, v dostatečně podnětném prostředí, za podmínek, že je osobám s mentálním postižením poskytována již od raného dětství dlouhodobá kvalifikovaná péče, dojít k výraznému zlepšení rozumových schopností (Švarcová, 2006, s. 15). Důležitým předpokladem úspěchu je adekvátní vzor, pozitivní zpětná vazba a vhodný způsob motivace.

Šiška (2005, s. 33) pro komplexnost dodává, že „*mentálně postižení lidé potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život takového jedince velice užitečné zejména ve vedení soběstačnosti.*“ Vzdělávání tedy obohacuje každého člověka s mentálním postižením a to tak, že podněcuje jeho aktivitu, podporuje jeho samostatnost a nezávislost, což má vliv na kvalitu jeho života. Prostřednictvím edukace získává člověk jednak potřebné znalosti a sociální dovednosti, jež může uplatnit při sociální interakci. Vzdělávání také usnadňuje život – napomáhá při orientaci v životním prostředí, podporuje rozvoj jednotlivých stránek osobnosti a potenciálních schopností, zdokonaluje komunikaci a má pozitivní vliv na komplexní rozvoj každého jedince. Černá (2008, s. 167)

Vágnerová (1999 podle Šiška, 2005, s. 32) a Černá (2008, s. 187) upozorňují, že pokud je mentálně postižený dospělý ponechán bez dalšího vedení, přichází o své dosavadní dovednosti a návyky. Je proto potřeba mít neustále na paměti, že jakýkoliv pokrok či úspěch, i zdánlivě minimální potvrzuje smysluplnost těchto aktivit a zkvalitňuje

lidské bytí i u člověka s těžkým mentálním postižením (Slowík, 2007, s. 116). Na základě těchto zkušeností, by nemělo být vzdělání nikomu odepíráno, jelikož každým vzděláváním něco získá a to i v případech, kdy to je vnějším pozorovatelům skryto Černá (2008, s. 167).

2.2.5.4 Autonomie

„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života a potřebují vedle sebe neustálý dohled.“ (Pastieriková a Regec, 2010, s. 30)

Tento mýtus podléhá značnému zkreslení, jež mohly podpořit segregační tendence, které v naší společnosti v minulých desetiletích přetrvávaly. Obecně platí, že v ústavech, záměrně zde používáme termín „ústav“, docházelo, a na některých místech bohužel stále dochází k plošnému „přepečovávání“ uživatelů, a tedy i k jejich následnému „zneschopňování“. Což potvrzuje i prohlášení nejmenovaného pracovníka, který v takovém to zařízení vykonával službu. „...*když už dělám jeden úkon, tak ho udělám všem, ... samozřejmě spousta lidí, kteří se o sebe uměli postarat, tuto schopnost ztratila*“ (Ludvíková, 2013, s. 37). S tímto se identifikuje také Pacovský (1994, s. 90), který upozorňuje na to, že nadměrné poskytování péče a podpory může mít velmi nebezpečné důsledky vedoucí ke ztrátě schopností, dovedností či dokonce soběstačnosti. Právě tento styl péče a hlavně jeho dopad mohl u veřejnosti evokovat pocit, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života.

Jedním z dalších důvodů vedoucích k aplikování takového přístupu, může být strach (nejen pracovníků ale i intaktní společnosti), že klient zklame, že si ublíží, nebo že dojde ke škodě. Poskytovatelé sociálních služeb jsou sice odpovědní za vytvoření bezpečného prostředí, zároveň však mají povinnost vytvořit prostředí co nejpřirozenější, kde budou mít uživatelé možnost provádět běžné činnosti, které mohou být spjaty s jistými riziky. Mezi rizikové aktivity můžeme zakomponovat především samostatný pohyb mimo zařízení, používání domácích spotřebičů (vařič, trouba, mikrovlnná trouba atd.) nebo využívání prostředků hromadné dopravy. (Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 32)

Je však důležité uvědomit si, že riziko je nedílnou součástí života každého člověka a nezbytnou podmínkou dospívání, proto je nevhodné odstraňovat jej z života člověka. Naopak bychom jim měli umožnit podstupovat tzv. „přiměřené riziko“. O přiměřeném riziku hovoříme v takových situacích „*když je minimalizováno na úroveň rizika běžného v každodenním životě s využitím nástrojů, které nabízí individuální plánování, analýza*

rizik, vymezení oblastí možných střetů zájmů poskytovatel vs. klient“ (Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 32.) Pracovat s rizikem je možné různými způsoby, jednou z variant může být nácvik či provádění činnosti, popřípadě situace. Z hlediska samostatnosti je pro člověka s mentálním postižením významnější, když si například může připravit čaj s dohledem pracovníka sám, než když je objektem dokonalého servisu bez možnosti aktivizace a zachování vlastních schopností (Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 32).

V případě že by klient chtěl rizikovou činnost vykonat, je potřeba stanovit „plán“ rizikových situací a asistencí. Teprve když se ukáže, že schopnosti klienta jsou pro danou činnost nedostačující, je možné ji z bezpečnostních důvodů nepodporovat. Riziko nelze ze života žádného člověka (i člověka s mentálním postižením) zcela odstranit. Proto je třeba držet se zásady, že přiměřené riziko je přijatelné. Pokud tedy postupujeme tak, aby bylo riziko minimalizováno na běžnou míru, za případné škody nelze vinit odpovědný personál. (Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 32.)

Je nezbytné opustit tyto mýty a uvědomit si, že i lidé s mentálním postižením, netvrdíme, že všem to jejich zdravotní stav, možnosti a schopnosti dovolují, jsou samozřejmě schopni nezávislého života – popřípadě s určitou mírou podpory bydlet i pracovat. Důležitým předpokladem je však důkladná analýza jejich schopností, dovedností a možností, na jejímž základě bude poskytována potřebná míra podpory. (Pastieriková a Regec, 2010, s. 30)

2.2.5.5 Samostatné rozhodování

„Člověk s mentálním postižením není schopný se samostatně rozhodnout, proto vedle sebe potřebuje někoho, kdo bude rozhodovat za něj.“ (Pastieriková a Regec, 2010, s. 30)

Původ tohoto mýtu je zřejmě zakořeněn v paternalistickém přístupu, jenž v českých rezidenčních zařízeních po celá desetiletí fungoval. V důsledku toho docházelo k omezování práv, svobody, a rozhodování člověka o sobě samém. Charakteristickým rysem takovéto péče bylo direktivní vedení pracovníkem, který nejlépe věděl, co je pro klienta dobré, respektive nezbytné ke zvládnutí úkolů, jež instituce ukládá (Chromý, 1990, s. 30; Evropská společenství, 2009, s. 9). To vše bylo podporováno zbavením člověka způsobilosti k právním úkonům. O zásadních věcech a právních úkonech (v podstatě o všem) tak rozhodoval opatrovník, často bez komunikace s člověkem samotným

(Čebišová et al., 2013 s. 17). Dworkin (1988, podle Buchanan, 2008, s. 15) definuje paternalismus jako zásah do osobní svobody člověka ospravedlňován konáním pro jeho vlastní blaho. Projevuje se upíráním autonomie – „*schopnosti řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ*“ (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 19).

Možnost rozhodovat o sobě samém je důležitým předpokladem důstojného života každého člověka a společným jmenovatelem takřka všech základních lidských práv (Sobek et al., 2010, s. 61). Předpokladem náležitého rozhodnutí, jež nám bude dávat smysl a bude korespondovat s našimi preferencemi, je pochopení své situace, umění zhodnotit přínosy a spatřovat zápory (Čebišová et al., 2013, s. 20). Proto je nezbytným krokem při uplatňování tohoto práva zajistit lidem s postižením při rozhodování náležitou podporu. Nezajištění adekvátní podpory by bylo v rozporu s naplněním článku 12 článku Úmluvy. Nehledě na to, že by mohlo směřovat k zanedbání či dokonce zneužívání lidí se sníženými schopnostmi v oblasti rozhodování. (Čebišová et al., 2013, s. 37)

Jedním z úkolů podpůrce (opatrovníka, sociálního pracovníka, kamaráda, aj.) při podpoře člověka s mentálním postižením je pomoci mu porozumět situaci a daným okolnostem. Ten může většinu složitých situací zjednodušit, zdůraznit to podstatné, aniž by situaci jakkoliv zkresloval. Existuje mnoho způsobů jak přispět pochopení situace a zprostředkovat možnosti volby, tak aby ji uživatelé porozuměli (např. prostřednictvím příkladů, s využitím alternativní komunikace, názorných pomůcek, modelových situací, aj.) či si různé varianty na vlastní kůži vyzkoušet a na základě toho se rozhodnout. Podpůrce by měl dále pomoci člověku zmapovat potenciální řešení a pomoci učinit rozhodnutí v souladu s osobními cíli, preferencemi a životním stylem člověka. Je nezbytné si uvědomit, že to co někdo vidí jako nevýhodu, může jiný člověku považovat za pozitivum. Různí lidé tak mohou podobné situace řešit odlišně, a přitom být s výsledkem spokojeni. Proto je u poskytování podpory při rozhodování klíčovou podmínkou respektovat priority a hodnoty člověka. Jelikož při respektování individuality člověka je nevyhnutelné pochopit způsob, jakým vnímá a prožívá určité situace. (Čebišová et al., 2013, s. 37). Naopak je nepřijatelné, aby podpůrce podporovaného nevhodně ovlivňoval a postupoval v rozporu s jeho rozhodnutími či se na jeho úkor bezdůvodně obohatil (Čebišová et al., 2013, s. 20, 37; Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, s. 37)

Člověk s lehkým mentálním postižením je tak schopen se s dostatečnou podporou rozhodovat prakticky ve všech běžných záležitostech každodenního života. Dostatečný prostor pro samostatné rozhodování musí mít i lidé, kteří jsou omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Rozhodnutí o tom, co budu dělat ve volném čase, kam půjdu, co si vezmu na sebe, s kým se budu přátelit, co budu jíst a pít apod., nejsou právním úkonem. Tudíž i člověk omezený ve způsobilosti k právním úkonům se v těchto záležitostech může rozhodovat samostatně podle své vůle. Může se zdát, že se jedná o zdánlivé maličkosti, ale i tato rozhodnutí mají svoji důležitost a váhu. Tím, že někdo zjišťuje vůli uživatele, dává najevo, že ho bere jako dospělého člověka a rovnoprávného partnera v komunikaci. Ovšem i v otázkách, které se týkají právních úkonů, musí být vůle člověka omezeného ve způsobilosti zohledněna. Opatrovník má povinnost obeznámit se s vůlí opatrovance a v maximální možné míře jí při rozhodování respektovat. Direktivní zásahy ze strany rodiny, opatrovníka nebo zaměstnanců sociální služby jsou nepřijatelné. (Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008. s. 37)

Rozhodování je do určité míry dovednost jako každá jiná, kterou lze praxí rozvíjet. S každým rozhodováním se člověk učí. Pokud je mu tato možnost odepřena, je tím zároveň omezena i jeho schopnost učit se a rozvíjet se (Sobek et al., 2010, s. 61). Možnost manifestovat svoji vůli s právními důsledky, a tím realizovat život podle svých představ je základem autonomie člověka, jeho důstojnosti a svobody, což jsou hodnoty chráněné Listinou základních práv a svobod, zejm. čl. 1 a čl. 10 (Čebišová et al., 2013, s. 18).

2.2.5.6 Mezi „svými“

„Lidé s mentálním postižením si neuvědomují svou odlišnost a cítí se nejlépe mezi „svými“. (Pastieriková a Regec, 2010, s. 30-31)

Realita je taková, že lidé s mentálním postižením si velmi dobře uvědomují postoje, jež k nim zdraví lidé zaujímají. Ba naopak je mnohdy vnímají mnohem citlivěji a více si jich všímají, jelikož se dostávají do role odlišného, závislého, evokujícího všelijaké emoce. Reakce člověka s postižením se mohou lišit v závislosti na jeho defektu, zachovaných schopnostech, vývojové úrovni, na zkušenostech a psychosociálních faktorech (např. reakce rodiny). Pokud to člověku jeho psychický stav dovoluje, vytváří si proti nepříznivým postojům společnosti nejrůznější způsoby obrany. Ty mu pomáhají zvládnout situaci a zachovat si duševní rovnováhu a přijatelnou sebeúctu. Stejně jako zdraví lidé i člověk s postižením si může vytvářet názorové stereotypy. Ty mohou zahrnovat pocity

ukřivdění, podezřivosti, bez ohledu na to zda jsou odůvodnitelné či nikoliv. (Vágnerová, Hadj-Mousová a Štech, 1999, s. 28-29; Vágnerová, 1999, s. 101-102; Pastieriková a Regec, 2010, s. 30-31)

Ve vztahu k interakcím se zástupci majoritní společnosti, i lidé s mentálním postižením, stejně jako my, hledají přátele, partnery, kolegy, od nichž očekávají upřímnost, porozumění, otevřenost, smysl pro humor, komunikativnost a další běžné sociální dovednosti. Ač si to společnost mnohdy nepřipouští, stejně jako každý z nás vnímají křivdu, podceňování a nedůvěru v jejich schopnosti, v mnohých případech dokonce citlivěji (Pastieriková a Regec, 2010, s. 28). Pastieriková a Regec (2010, s. 30-31) zamítají tento mýtus zkušeností z jednoho mezinárodního projektu, kterého se účastnili i lidé s mentálním postižením ze Slovenska, Německa, a Itálie. Zdůrazňují, že při navazování kontaktů a sociální integraci nebyla u lidí s mentálním postižením problémem ani jazyková bariéra.

2.2.6 Absence informací a zkušeností

Výsledky současných výzkumů potvrzují, že veřejnost má vůči lidem s postižením zakořeněné spíše negativní postoje (Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004; Daruwalla a Darcy, 2005; Ferrara, Burns, a Mills, 2015). V Západní společnosti, stále převládá názor, že jedinci se zdravotním postižením (zejména pak mentálním) jsou méněcenní či méně kompetentní než jedinci bez postižení (Hunt & Hunt, 2000 podle Barr a Bracchitta, 2012). Jedním z důvodů těchto postojů může být právě nedostatečná informovanost či absence zkušeností a interakcí s těmito lidmi.

Rice (2009) zjistil, že studenti zapsaní do speciálního vzdělávacího kurzu mají po jeho absolvování více pozitivní postoj vůči lidem s mentálním postižením než absolventi kurzu politologie. Než se však uchýlíme k unáhleným závěrům, je nezbytné podotknout, že ke zlepšení postojů mohlo vést již samotné zapsání do kurzu a tedy i zájem o danou problematiku. Tedy že získané informace nemusely být hlavním a jediným faktorem, který měl vliv na dané výsledky. Rillotta a Nettelbeck (2007) taktéž potvrdili, že větší informovanost vede k pozitivnějšímu smýšlení o lidech s mentálním postižením. Ukázalo se, že významným determinantem příznivějších postojů byl i kontakt s žáky a jeho intenzita.

Některé výzkumy dále upozorňují na to, že při utváření postojů a smýšlení o lidech s postižením může být významným také kontakt s těmito lidmi. Například (Ashman

a Pendred, 1983; Kinfune, 1986; Parsons, Elkins, a Sigafos, 2000 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004) na základě svých studií prohlásili, že kontakt může pozitivně ovlivnit postoje lidí vůči postiženým. Tak-FAI Lau a Cheung, (1999 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004) s tímto výrokem souhlasí a doplňují, že předchozí zkušenost má vliv na snižující se diskriminaci vůči lidem s postižením. Allport (2004, s. 303) tyto studie doplňuje výrokem: „*předsudek, pokud není pevně zakořeněn v povaze jedince, lze oslabit rovnocennými kontakty mezi většinou a menšinovou skupinou při sledování určitých cílů. Účinek se značně zvyšuje, jestliže jsou takové kontakty stvrzeny institucionálně a jestliže jde o takové kontakty, které příslušníky obou skupin dovedou k tomu, že si uvědomí společné zájmy a společné lidství*“ (Allport, 2004, s. 303).

Většina provedených studií z této oblasti se však zaměřovala pouze na situace, kdy se lidé setkali s lidmi s handicapem záměrně a zcela dobrovolně. Jako je tomu například u dobrovolníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v psychiatrických léčebnách či jiných zařízeních v sociální oblasti.

Negri a Briante (2007) nebo (Seo a Chen, 2009) proto zjišťovali, zda postoj k lidem s postižením může ovlivnit jakákoliv předchozí zkušenost tedy i ta, která nebyla primárně úmyslná. To znamená, že nehandicapovaný člověk z vlastní vůle nebyl iniciátorem kontaktu s osobou s postižením. K takovéto interakci by mohlo dojít například v zaměstnání či ve škole, kde byl člověk s mentálním postižením integrován. Negri a Briante (2007) zasadili svůj výzkum právě do pracovního prostředí. Z jejich výsledků vzešlo, že zkušenost může pozitivně ovlivnit postoj i v případě, že je daná situace, jak tomu může právě v zaměstnání nastat. Důležitější roli totiž hrají spíše blízké vztahy, které se díky spolupráci na daném pracovišti vytvořily.

Mezi zahraničními autory panují však i názory, které se s předešlými závěry rozcházejí. Někteří (Wong, 2008; Goodman, Gottlieb, a Harrison, 1972; Gottlieb a Budoff, 1973 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004, s. 98) poukazují, že samotný kontakt nevyvolal nikterak významnou změnu v postojích. Jiní (Goodman, Gottlieb, a Harrison, 1972; Gottlieb a Budoff, 1973 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004) dokonce vyzkoumali, že kontakt vedl k postojům negativním, ba dokonce je zesílil. Tyto ambivalence mohou pramenit z odlišné povahy kontaktu. Ve skutečnosti totiž hraje při snižování meziskupinových předpojatostí, mýtů a stereotypů, významnější roli kvalita i množství kontaktu (Kenworthy, Turner, Hewstone, a Voci, 2005 podle Barr a Bracchitta, 2012). Ten totiž musí být dlouhodobého, pravidelného a osobnějšího charakteru.

Kontakt jako takový, který je příležitostný, typický pro potkávání spolupracovníků, sousedů atp. považují Pettigrew a Tropp (2006 podle Negri a Briante, 2007) za nedostačující. V těchto případech zkušeností nebyly vykazovány výrazněji pozitivnější postoje vůči lidem s postižením než u zástupců populace, kteří možnost kontaktu neměli (Seo a Chen, 2009).

2.2.6.1 Fámy

Nedostatečné množství kontaktů a zkušeností (v našem případě s lidmi s mentálním postižením), jejich izolace od společenského života, doprovázené nedostatkem informací, nedůvěrou k informacím, které jsou dostupné, či situace ohrožení, mohou vést ke vzniku a šíření takových informací, jež nebyly veřejně potvrzeny, popřípadě popřeny oficiálními zdroji, označovaných jako fámy. (Urban, Dubský a Murdza, 2011, s. 135)

„Fámu můžeme charakterizovat jako dílčí informaci získanou neformálně interpretací nejasné situace“ (Buriánek, 1996, s. 85). Kapferer (1992 s. 15) vysvětluje, že fáma bychom neměli vnímat jako informaci nepravdivou, jak se mnozí mylně domnívají, nýbrž jako informaci neověřenou. Jedná se o ústně šířenou zprávu, která je nepodložená. V porovnání s dezinformací v sobě však nenese implicitně myšlenku, jejímž cílem je oklamat veřejnost či jednotlivce. *„Dezinformace je totiž záměrně nepravdivá (falešná, lživá, nesprávná, zkreslená) informace sdělovaná s cílem uvést v omyl a ovlivnit příjemce tím, že ji bude považovat za pravdivou a důvěryhodnou“* (Kučerová et al., 1996, s. 200-201). Rozlišujeme dezinformace pasivní, zde řadíme: zatajování, zadržování, a zpoždění informací a dezinformaci aktivní jako je formulace nepravdivé informace, modifikace původní informace či jejího kontextu (Kučerová et al., 1996, s. 200-201). Podle zakladatelů Teorie vzniku a šíření fám G. W. Allporta a L. Postmana je fáma *„sdělení, které se týká aktuálních událostí, jemuž se má věřit a které se šíří od osoby k osobě zpravidla ústně. Neobsahuje však údaje, podle nichž by se dala posoudit jeho pravdivost“* (Urban, Dubský a Murdza, 2011, s. 133).

Významnou funkci ve vztahu k fámám sehraávají hromadně sdělovací prostředky. Média totiž reagují na různé události, které se ve společnosti odehrávají a svým způsobem mohou šíření fám podporovat, ať už to činí účelně či nikoliv. Tím, že je fáma uveřejněna v médiích se zvyšuje její důvěryhodnost, a to i v případech, kdy je výslovně označena za fámu. Část populace toto upozornění totiž vnímat vůbec nebude, a pokud je pro ně tato

informace nějakým způsobem zajímavá, budou ji propagovat s vysoce hodnověrným odvoláním na zdroj, s odůvodněním – v televizi říkali... v novinách psali a tak podobně. (Urban, Dubský a Murdza, 2011, s. 137).

Z výše uvedeného vyplývá, že informovanost je velmi důležitým faktorem, který bývá mnohdy podceňován. Lidé informace potřebují, potřebují být informováni – a pokud jim je tato možnost odepřena či je zastřena, jsou okolnostmi nuceni vytvořit si informace vlastní – což mnohdy znamená operovat s domněnkami.

2.2.7 Sociodemografické determinanty

Do chování a postojů vůči lidem s mentálním postižením se mohou významným způsobem promítat všeobecné tendence dané společností. Krom výše zmíněných, však do těchto vztahů mohou vstupovat i další faktory, jako sociodemografické determinanty. Mezi sociální proměnné, jež mohou determinovat naše smýšlení o lidech, je možné zařadit pestrou škálu činitelů. V rámci zvolených cílů se zaměříme na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Zda tyto proměnné výrazně ovlivňují postoje společnosti k lidem s mentálním postižením, výzkumy zatím jednoznačně nepotvrdily. Domníváme se však, že pro ucelený náhled na danou problematiku je vhodné je do práce zakomponovat.

2.2.7.1 Vzdělání

Na základě odborných studií a výzkumů bylo zjištěno, že lidé s vyšším dosaženým vzděláním (především pak vysokoškolským) mají pozitivnější postoje vůči lidem s postižením a podporují sociální začlenění a jejich přijetí mezi sebe (Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004). S tímto se identifikují také Tak-FAI Lau a Cheung (1999 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004), kteří uvádí, že vyšší úroveň vzdělání je spojena s méně diskriminačními postoji vůči lidem s tímto zdravotním postižením. Dle nich byli lidé s vyšší úrovní vzdělání ochotnější s těmito lidmi mluvit a vstupovat s nimi do interakcí.

Někteří autoři doplňují, že samotný obor studia se může promítnout do přístupu k lidem s postižením. Horner-Johnson et al. (2000 podle Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004) naznačuje, že studenti oboru sociální práce a psychologie hlásí více pozitivních postojů než studenti ekonomiky, strojírenství a fyzikálních věd.

Existují však i výzkumy, které vliv vyššího vzdělání na pozitivnější postoje nepotvrzují (Kobe a Mulick, 1995 podle Yazbeck, McVilly, Parmenter, 2004). Vzdělanost

sice může přispívat k vyvrácení různých předsudků, nemusí však nutně vést ke zlepšení postojů. Vávra (2006, s. 12) podává zajímavý náhled na danou problematiku a zdůvodňuje, proč lidé s vyšším vzděláním vyjadřují méně negativní postoje. Dodává, že nejde o to, že by nás vzdělanost zbavovala předsudků či negativních soudů, ale o to, že „vzdělanější lidé jsou schopni své předsudky lépe skrývat (neboť „ví, co se patří“ a chtějí to ukázat i před ostatními, například před výzkumníkem), nebo je dokáží lépe argumentovat a vydávat za ne-předsudky (a naopak napadat jiné názory jako předsudečné).“

2.2.7.2 Pohlaví

Další proměnou, na kterou jsme se v rámci této práce zaměřili, je pohlaví. V této oblasti jsou výsledky jednotlivých studií různorodé. Některé výzkumy potvrdily, že u mužů se častěji objevují negativní postoje a lze u nich vyzorovat i více předsudků než u žen (Akrami et al., 2006; Ahlborn, Panek a Jungers, 2008 podle Hájková a Strnadová, 2010; Li, C., & Tsoi, W. S. E., & Wang, C. K. J., 2012). Tento argument může umocňovat skutečnost, že ženy jsou obecně vnímány jako více prosociální. Tyto představy mohou vycházet z tradičního pojetí ženské role, kdy se předpokládá, že ženy mají silnější vrozenou potřebu pečovat o druhé. Nehledě na to, že dívky jsou k tomuto chování prostřednictvím přímých výchovných vlivů nebo nepřímým působením podporovány více než chlapci (Janošová, 2008 s. 166).

Jiné výzkumy však pohlaví jako signifikantní faktor na utváření postojů k lidem s mentálním postižením nepotvrdily. (Yazbeck, McVilly & Parmenter, 2004; Yucker & Block, 1986; Hudson-Allez & Barrett, 1996 podle Yazbeck, McVilly & Parmenter, 2004).

2.2.7.3 Věk

Další proměnou, která může podle některých autorů ovlivňovat postoje k lidem s postižením, může být věk. Dle některých výzkumů byly lepší postoje k lidem s mentálním postižením zpozorovány u mladších lidí než u starších generací (Acton & Zarbatany, 1988; Antonak, Fiedler, & Mulick, 1989; Beckwith & Matthews, 1995; Markova & Jahoda, 1992; Sinson, 1993; Tak-FAI Lau & Cheung, 1999 podle Yazbeck, McVilly & Parmenter, 2004). Tyto výsledky byly objasněny tím, že proces deinstitutionalizace je relativně nový a že starší lidé vyrostli v době, kdy byli lidé s postižením umisťováni do ústavů. Naopak méně časté bylo, že byli součástí komunity a vyrůstali s rodinami. Oproti tomu dnes je usilováno o to, aby byly děti s postižením

integrovány do škol mezi zdravé spolužáky. Mladší generace tak mají možnost navázat kontakty již v raném věku. Jsou na ně zvyklé a vnímají integraci jako běžnou součást života (Yazbeck, McVilly a Parmenter, 2004).

Nicméně jako u předešlých výzkumů, i zde panují mezi autory rozepře. Některé výzkumy tak věk, jako významný faktor při utváření postojů vůči lidem s postižením, neshledávají.

3 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ZAŠOVÁ

V této kapitole představíme Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová, jenž procházel transformací a seznámíme s dosavadním způsobem poskytování této pobytové služby. Posléze se zaměříme na samotnou transformaci Domova, její průběh a úskalí. Smyslem této kapitoly je seznámit s případovou studií zpracovanou Národním centrem podpory transformace, vztahující se k odmítavým postojům občanů města Zubří vůči výstavbě komunitní sociální služby pro klienty uvedeného Domova. V rámci této části nebudou opomenuty ani názory zdejších obyvatel, jež uvedená studie zveřejňuje.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová je součástí příspěvkové organizace Sociální služby Vsetín, jejímž zřizovatelem je Zlínský kraj. Domov zaznamenal v průběhu svého vývoje řadu změn. Prvotní účely tohoto objektu sloužily jako klášter a obecná škola. V těchto prostorách byl původně zřízen Ústav pro opuštěné ženy a sirotky. Ve své době zde fungoval i domov důchodců. V 80. letech 20. století byl tento domov přebudován na Ústav sociální péče pro mládež a takto fungoval až do roku 2007. V tomto roce byla služba evidována v registru poskytovatelů sociálních služeb jako domov pro osoby se zdravotním postižením. (Transformační plán, nedatováno, s. 6)

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová bylo poskytnout pomoc a podporu osobám s mentálním či jiným přidruženým postižením, které mají z těchto důvodů sníženou soběstačnost, a to takovým způsobem, aby mohly prožít svůj život důstojně podle svých potřeb a možností. Služba byla poskytována na základě individuálně určených potřeb a osobních cílů uživatelů. Na základě těchto východisek pracovníci v sociálních službách poskytovali uživatelům takovou službu, která zohledňovala potřebnou míru podpory v konkrétních oblastech jejich života. (Popis realizace služby, 2013)

Cílovou skupinu Domova tvořili doposud pouze muži s mentálním případně jiným přidruženým postižením (tělesným, zrakovým či sluchovým) od 19 let věku, jejichž hendikep nedovoloval žít samostatně v přirozeném prostředí, a rodina tuto péči nebyla schopna vykonávat. Předpokládá se, že transformované služby budou podporovat koedukované soužití. Doposud však tuto vizi nebylo možné zrealizovat, kvůli probíhající transformaci – do služby nebyli z těchto důvodů přijímáni noví uživatelé. Kapacita zařízení činila 95 uživatelů. V průběhu roku 2015 službu využívalo 85 uživatelů, jejichž

počet byl v důsledku stěhování uživatelů do nových služeb komunitního typu postupně redukován. (Sociální služby Vsetín, 2012-2013)

Dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Domov poskytoval tyto základní činnosti:

a) poskytnutí ubytování

Uživatelé byli ubytováni celkem ve 28 pokojích (jedno až šestilůžkových), situovaných ve třech částech Domova, které byly označovány jako „pobyty“. Rozdělení uživatelů na jednotlivé pobyty vycházelo z rozsahu nezbytné míry podpory a pomoci. Pobyt I obývali uživatelé s vysokou mírou podpory, jež se neobešli bez podpory a pomoci ve většině nebo všech úkonech péče o vlastní osobu. Na Pobytu II jsme mohli najít uživatele se střední mírou podpory, jejichž schopnosti a dovednosti vyžadovaly poměrně velké zapojení druhé osoby do péče o jejich osobu, vyřizování osobních záležitostí, atp. Poslední, Pobyt III byl charakteristický potřebou nízké a střední míry podpory uživatelů, jelikož jejich schopnosti a dovednosti vyžadovaly namísto pomoci spíše podporu (domluva, připomenutí, atp.) v jednotlivých oblastech života. Součástí Pobytu III byla od března 2013 samostatná bytová jednotka, tzv. „cvičná domácnost“, která byla obývána 8 uživateli. (Popis realizace služby, 2013, s. 2)

b) poskytnutí stravy

Tato činnost spočívala v zajištění celodenní stravy. Ta byla připravována v kuchyni Domova, popřípadě si ji uživatelé, jejichž schopnosti to dovolovaly, připravovali v tzv. cvičných kuchyňkách. Strava byla připravována dle zásad racionální výživy, věku a potřeb dietního stravování uživatelů, minimálně v rozsahu třech hlavních jídel. Uživatelé se stravovali v jídelně, popřípadě na pobytech v prostorách k tomu určených. Výdej stravy byl řízen časovým rozvrhem. Vždy jeden den v týdnu měli uživatelé možnost volby ze dvou hlavních jídel. (Popis realizace služby, 2013, s. 2)

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu

Uživatelům byla dále poskytnuta pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, při přesunu na lůžko nebo vozík, při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru (ČESKO, Vyhláška 505/2006 Sb.). Jako příklad konkrétních činností můžeme uvést aktivní participaci uživatelů do činností péče o vlastní

osobu a jejich nácvik, volba vhodného oblečení, samotné oblékání, upevňování návyků správného stolování, rozvoj soběstačnosti při přípravě a konzumaci stravy, atp. Rozsah a způsob podpory a pomoci při zvládnutí těchto úkonů byl takový, aby odpovídal schopnostem a dovednostem uživatele a zbytečně je neznepokojoval (Popis realizace služby, 2013, s. 2).

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu

Do této oblasti činností byla zakomponována pomoc při základních úkonech osobní hygieny, při péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC (ČESKO, Vyhláška 505/2006 Sb.). Míra a způsob podpory při osobní hygieně byly sjednány při individuálním plánování a zaměřeny na zachování nebo rozvoj samostatnosti a soběstačnosti uživatele a poskytovány tak, aby uživatele k tomuto stavu motivovaly. Pokud to situace dovozovala, byli aktivně zapojováni do osvojování a prohlubování základů péče o vlastní osobu, včetně nácviků. (Popis realizace služby, 2013, s. 3)

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Do této oblasti můžeme zařadit činnosti pracovní výchovné (příprava na zaměstnání, pracovní zapojení v rámci zařízení při úklidu, údržbě a úpravách areálu, pracovní výcvik se zaměřením na kvalitu, výdrž, bezpečnost a seberealizaci). Dále spočívaly v nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, zajištění podmínek nezbytných ke vzdělávání, práci nebo ve volnočasových aktivitách (turistika, relaxační aktivity, aj.) či v nácviku péče o domácnost (žehlení, praní, používání spotřebičů, apod.). (Popis realizace služby, 2013, s. 3-4)

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Uživatelé Domova byli také podporováni ve využívání běžně dostupných a návazných služeb či aktivit, odpovídajícím jejich možnostem a věku. V případě, že to jejich individuální zvláštnosti nedovolovaly, byli za těmito službami kupříkladu doprovázeni pracovníky. Existovala zde také značná podpora v obnovování či udržování kontaktů s rodinou a podporování v dalších aktivitách napomáhajících sociálnímu začleňování. V rámci okolí služba spolupracovala s různými organizacemi či jednotlivci. (Popis realizace služby, 2013, s. 4)

g) sociálně terapeutické činnosti

Sociálně terapeutická činnost spočívala v rozvíjení a udržování takových schopností a dovedností napomáhajícím sociálnímu začleňování. Můžeme zde zahrnout řešení obtížných životních situací, zvládnání dovedností týkajících se zdravého životního stylu, podávání léků, konzultace s odborníky či zprostředkování pastorační péče. (Popis realizace služby, 2013, s. 4)

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Pod tímto rozumíme především pomoc a podpora při komunikaci směřující k uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pracovníci uživatele podporovali a motivovali k tomu, aby uplatňovali vlastní vůli při rozhodování o osobních záležitostech (např.: jak bude vypadat jejich den, co si obléknou, s kým se bude přátelit apod.) Zároveň byli uživatelé obeznámeni s riziky a možnými důsledky vyplývajícími z jejich rozhodnutí. Mezi tyto aktivity patřilo např. hospodaření s financemi, zprostředkování důležitých informací srozumitelnou formou, zprostředkování kontaktu s úřady, apod. (Popis realizace služby, 2013, s. 5)

I přes všechny tyto snahy se stále jednalo o zařízení ústavního typu, v němž nebylo možné, ač se pracovníci sebevíc snažili, naplňovat a respektovat všechny práva uživatele a žít jako v běžné komunitě. Proto se zařízení vydalo cestou transformace pobytových sociálních služeb. Jeden nejmenovaný Domov procházející transformací ve své výroční zprávě uvedl: *„Existuje mnoho studií, úvah a argumentů vysvětlujících PROČ transformovat sociální služby, proč měnit zaběhnuté systémy a zdánlivě dobře fungující ústavní péči, proč podporovat lidi s různým postižením ke změně vlastního života. Spokojíme se však s jedním jediným prohlášením: Žít v ústavu prostě není normální.“* (Výroční zpráva aneb Kapesní průvodce transformačním rokem 2010)

3.1 Proces transformace

Původní myšlenkou, na jejímž základě vznikla ústavní institucionalizovaná péče, bylo přesvědčení, že problémy lidí s určitým postižením budou vyřešeny vybudováním speciálních institucí, přizpůsobených jejich potřebám, v nichž budou soustředěni odborníci, kteří vědí jak s nimi pracovat. S postupem času se však ukázalo, že tento způsob péče přináší řadu negativ (Šestáková, 2012, s. 6).

Tradiční pobytové služby jsou totiž realizovány v podmínkách, které se neslučují s ustanovením § 2 Zákona o sociálních službách v zásadní věci – posilování sociálního začlenění, dodržování a naplňování základních práv a svobod. Ústavní služby totiž podléhají řadě předpisů, které byly koncipovány pro zdravotnický model pobytových služeb. Jsou povinny dodržovat hygienické normy pro zdravotnická zařízení, normy veřejného stravování ve stravovacím provozu, což nedovoluje participaci klientů do různých sebeobslužných činností, jež jsou pro přirozené (domácí) prostředí běžné. Dle zákona o sociálních službách žádoucí nehledě na to, že prohlubují závislost uživatele na službě. Kromě těchto norem jsou poskytovatelé povinni dodržovat různé bezpečnostní a požární předpisy, což brání snaze navodit domácí prostředí. Ne zřídka je zde porušováno právo na soukromí a svobodu volby. Pracovníci takovýchto zařízení pak musí čelit dilematu, zda „obcházet“ či porušovat provozní předpisy ve prospěch zákonem stanovených zásad nebo naopak. (Kořínková, 2008, s. 4)

V České republice v současné době probíhá proces transformace pobytových sociálních služeb. Tento trend se začal výrazněji projevovat ve vyspělých zemích od 60. let 20. století, u nás pak s různou intenzitou až od 80. let (Šestáková, 2012, s. 6). „*Transformace je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí*“ (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012, s. 1). Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 10) definují pojem transformace ve své publikaci jako: „*proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.*“

V tomto kontextu ústavní model poskytování sociálních služeb ustupuje do pozadí a jsou koncipovány služby vycházející z konceptu sociálního začlenění. Lidé s postižením tak opouštějí nevyhovující velkokapacitní areály a stěhují se do bytů či rodinných domků v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který se alespoň částečně podobá životu jejich vrstevníků. Daniel Rychlík (2012) ve svém článku výstižně popisuje podstatu transformace a upozorňuje na to, že: „*cílem transformace v žádném případě nemůže být pouze zlepšit bydlení osob s postižením, ale dosáhnout takového stavu, kdy lidé dříve nuceni žít za zdi ústavu, vyloučení ze života běžné společnosti, budou přijímáni jako naši spoluobčané a sousedé. Jako lidé z naší obce s právem se rozhodovat, svobodně se pohybovat, ale také přijímat rizika, která přináší život. Jednoduše žít život svobodné lidské bytosti tak, jak po tom toužíme každý z nás.*“

Zařízení procházející transformací mají několik možností jak svým uživatelům zajistit bydlení. Nabízí se možnost domky či byty pronajmout, koupit nebo nově postavit. Je však nutné počítat s tím, že rekonstrukce, ale především pak výstavba nových objektů, se může stát náročnou cestou prosetou mnohými úskalími. (Šestáková, 2012, s. 6)

Jedním ze zařízení, které se rozhodlo následovat myšlenku transformace, byl i Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová. Zařízení se v letech 2007-2013 zapojilo do pilotního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Podpora transformace sociálních služeb“. Tento projekt byl financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. V letech 2013-2015 se připojilo do navazujícího projektu „Transformace sociálních služeb“. V rámci tohoto projektu bylo poskytováno vzdělávání, konzultace a supervize pracovníkům dané pobytové služby. Dále byla propagována transformace, komunitní služby a v neposlední řadě probíhala evaluace průběhu celého procesu a jeho dopadů na život uživatelů. (Sociální služby Vsetín, 2012-2013)

Důvodů, které vedly k těmto změnám, bylo několik. Jednou z hlavních vizí bylo zkvalitnit životní podmínky a naplňovat lidská práva stávajících uživatelů Domova. Což dosavadní materiálně-technické zázemí budovy neumožňovalo. Bránilo jednak individuální podpoře uživatelů, neslučovalo se s charakterem a kapacitou poskytované služby ale především, i přes veškeré snahy zaměstnanců, nemohlo odpovídat potřebám a zájmům uživatelů. (Sociální služby Vsetín, 2012-2013)

3.2 Odmítnutí výstavby komunitní služby

Předpokladem úspěšné transformace Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová, a sociálních služeb vůbec, je aktivní kooperace všech účastníků procesu, tedy uživatelů služeb, ústavních pobytových zařízení, obcí, krajů a resortů. Neméně důležitým faktorem ovlivňujícím transformační proces je osvěta samotných uživatelů, pracovníků ale i veřejnosti. Všechny tyto aktivity musí být pak v dostatečné míře podloženy kvalitní metodikou a finanční podporou státu a dalších institucí veřejné správy. (Koncepte podpory transformace, nedatováno, s. 5)

Právě obce spolu se svými obyvateli hrají v tomto procesu nezastupitelnou roli, bez jejichž pomoci nelze transformaci náležitě realizovat. Zodpovídají totiž za obstarávání veřejných statků, které souvisejí s kvalitou života a se soudržností společnosti. Respektive usilují o soudržnost komunity – tedy zachování příznivého klimatu ve společenství lidí,

keré obec spravuje. Soukupová (2012, s. 4) uvádí, že „*Obec je nejpřirozenějším pomocníkem lidí s postižením. Je prostředníkem mezi člověkem s postižením, poskytovatelem sociální služby a komunitou.*“

V procesu transformace obec zaujímá dvojí role. Buďto je zřizovatelem nějaké pobytové služby, jejíž transformaci zvažuje nebo zastává roli nositele veřejných zájmů všech obyvatel obce, která má na transformačním projektu pracovat (zřízení chráněného bydlení a s tím související stěhování osob se zdravotním postižením do přirozeného prostředí). Obce tedy musí jednak uvažovat v intencích komunitního plánování (koordinovat, zajišťovat a iniciovat poskytování komunitních sociálních služeb) a zároveň poskytovat podporu směrem k veřejnosti, tedy komunikovat se svými obyvateli. (Soukupová, 2012, s. 1-2)

Pokud nebude proces transformace sociálních služeb adekvátně řízen, vystupuje na povrch řada potenciálních rizik, s nimiž musíme počítat, jako např. neudržitelný režim financování či zátěž pro obecní rozpočet. Při plánování procesu transformace je nezbytné zvažovat možnost přijetí respektive nepřijetí lidí s postižením obyvateli obce, odmítnutí začlenění do komunity či obavy ze soužití s postiženými lidmi. Proto je důležité tento potenciální strach s občany vykomunikovat, jelikož při dobře zmapovaných potřebách, možnostech a následném adekvátním zajištění podpory uživatelů je riziko soužití zcela zanedbatelné. Z toho důvodu je důležitá kooperace mezi všemi participovanými subjekty procesu, především pak s organizacemi, jež mají s touto cílovou skupinou specifické zkušenosti. Tomuto napomáhá Národní centrum podpory transformace, které má vypracované metodické postupy napomáhající zorientovat se v této problematice. Občané dané komunity by pak měli být vybaveni dostatečným sumářem informací a příkladů z praxe, které tyto obavy vyvrátí. (Soukupová, 2012, s. 4)

Jednou z největších překážek, s kterou se Domov při transformaci potýkal, bylo odmítnutí výstavby komunitní služby. Města na popud obyvatel odmítla poskytnout pozemky na výstavbu nových služeb, jelikož zdejší občané mezi sebe odmítali přijmout uživatele zařízení, což vedlo k hledání nových lokalit. K těmto okolnostem došlo ve dvou konkrétních lokalitách daného regionu, kde měla probíhat výstavba služeb chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení. V jednom případě, podpory samostatného bydlení, se jednalo o zablokování vybudování této terénní služby, jehož iniciátorem byl jedinec a skupina osob kolem něj soustředěných. Tato ohnisková skupina dokonce založila občanské sdružení na obhajobu svých práv (rozuměj „práva nemít v sousedství mentálně

postížené spoluobčany“). Na základě konzultace s uživateli zařízení, kteří se do této lokality měli stěhovat, se s ohledem na jejich přání vyhodnotilo, že bude vhodnější hledat jinou lokalitu, kde k uživatelům nebudou vykazovat takto negativní postoje (Bednařík, 2013, s. 58-59).

Pro účely této práce se budeme zabývat druhým zmiňovaným případem, který podrobíme detailnější analýze. Zde budeme vycházet především z případové studie, kterou zpracovalo Národní centrum podpory transformace. Jednou z prvopočátečně zamýšlených lokalit, do níž se měli uživatelé DOZP stěhovat bylo nedaleké město Zubří. Zde se mělo integrovat celkem 18 uživatelů do dvou nově vystavených domků chráněného bydlení. Naneštěstí se situace vyhroutil takovým způsobem, že občané sepsali petice, ve městě se objevily anonymní letáky (s jejichž tvorbou se obyvatelé neidentifikují), které velmi přímočaře protestovaly proti integraci lidí s mentálním postižením do dané lokality. Na letáčích byla použita slova jako „vražda“, „devianti“ apod. Dokonce byla založena webová stránka, kde byly aktualizovány informace k tomuto záměru, a probíhala diskuze nesoucí se zhruba v tomto duchu:

„Projekt transformace klientů sociálních ústavů je ještě "v plenkách", nechceme, aby s námi, našimi dětmi a také hodnotou našich ještě dlouho...nesplacených nemovitostí někdo experimentoval!!! Také jsme dosti překvapeni, že nikdo z kompetentních osob s námi, kterých by se tento projekt dotknul nejvíce (názvy ulic), nikdo předem nekomunikoval, o problému nediskutoval ...“

„Podpořte petici proti plánované výstavbě ústavu pro duševně nemocné, na ulici XX a na ulici nad YY. Petiční archy budou k dispozici v Tesco u vchodu nebo v masně Novák.“

„Integrovat je do míst, kde si lidé představovali, jak budou v klidu žít, je podle mě nevhodné. Také nikdo nebyl proti výstavbě nových zařízení, ale všichni byli proti vybrané lokalitě. Připadá mi to velmi podobné jednomu našemu politiku, který si do lůžka vzal tmavší občanku, vyhlášoval něco o integraci dalších takových občanů do společnosti, ale bydlet s nimi ve stejném domě odmítl. Proč asi?“ (Národní centrum podpory transformace, 2011)

Na základě těchto událostí občané kontaktovali zdejší politiky a došlo k veřejnému projednání záměru o výstavbě sociální služby pro lidi s mentálním postižením. Jednání se účastnili také zástupci zařízení či psychiatr, který spolupracuje s klienty v DOZP. Dle

materiálu Národního centra podpory transformace celé toto setkání mělo spíš monologický charakter dvou stran. Tón diskuze udávala trojice nejaktivnějších, kterým zbylí obyvatelé spíše přitakávali a sekundovali. Jako hlavní výhrady uvedli obyvatelé následující fakta:

- *"nedostatečná informovanost o záměru (předem i nyní, jak přímo, tak např. na webových stránkách);*
- *strach z klientů rušeného zařízení, zejm. ve spojitosti s nejistotou, jak bude zajištěna péče v nových podmínkách („co tam budou celý den dělat, budou se poflakovat po okolí...“; „já mám malou dceru, se o ní bojím“);*
- *výhrady ke kvalitě zpracování projektu transformace; v souvislosti s výše uvedenými body, zejm. nejasnou situací v zajištění péče v nových službách;*
- *proč byla vybrána právě tato místa; „my tu máme nové domy na hypotéku, proč sem dáváte tyto lidi / tuto stavbu“ (Národní centrum podpory transformace, 2011).*

Na základě výše uvedených argumentů bylo nakonec prosazeno, že v dané lokalitě komunitní služba nebude. Vzhledem k tomu, že k celé této události existuje pouze studie Národního centra a pár novinových článků, rozhodli jsme se v této práci záměrně s odstupem času zasadit výzkum do této komunity a zjistit jaké byly skutečné důvody odmítnutí. Zda se jednalo opravdu o pobouření skupiny lidí, kteří stáhli většinu a v konečném výsledku prosadili, že se v tomto městě nic stavět nebude či tomu bylo úplně jinak.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMU

Empirická část diplomové práce je věnována problematice integrace osob s mentálním postižením do přirozeného prostředí – komunity. Vzhledem k tomu, že je problematika integrace velmi širokou oblastí, na kterou doposud proběhla řada výzkumných šetření, snažili jsme se ji co nejvíce konkretizovat a aktualizovat. Proto jsme se v rámci praktické části zaměřili na konkrétní faktory, které mohou mít vliv na utváření negativních přesvědčení společnosti vůči zmiňované skupině lidí. V uplynulých letech totiž narazil proces integrace lidí s mentálním postižením na odmítavé postoje majoritní společnosti. Jako příklad uvádíme situaci na Českolipsku, kde obce odmítly přijmout ženy s mentálním postižením. Podobná situace se odehrála i na Rožnovsku, konkrétně v městě Zubří, kde zdejší občané v roce 2011 sepsali petice a odmítli integraci mužů s mentálním postižením do jejich komunity.

V návaznosti na tyto události a vzhledem k tomu, že na totožné téma nebylo doposud realizováno, v rámci žádné tuzemské publikované vědecké činnosti, výzkumné šetření, jsme usoudili, že by pro praxi mohlo být užitečným zjištěním, co vede společnost k takovýmto stanoviskům. Proto se s odstupem času, tj. po čtyřech letech, navracíme do komunity, abychom analyzovali konkrétní faktory determinující jejich stanoviska.

V závislosti na problematice a výzkumném vzorku byla pro uvedený výzkum zvolena kvantitativní metoda sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum se soustředí na detekci a identifikaci vztahů mezi dvěma či více proměnnými. Jeho hlavním cílem je ověřit platnost jednotlivých teorií prostřednictvím testování hypotéz, jež jsou vyvozené z předmětných teorií. Pro kvantitativní výzkum je dále charakteristické, že je realita vnímána jako nezávislá na osobnosti výzkumníka. (Disman, 2002, s. 286-287) Což potvrzuje i Blažková (2007, s. 89) a dodává, že *„výhodou kvantitativně orientovaného výzkumu je, že výsledky jsou více realistické než výsledky kvalitativně orientovaného výzkumu, neboť ty jsou mnohdy založeny na úsudku zpracovatele, byly získány od menšího vzorku respondentů a mohou být subjektivní.*

4.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je **zjistit důvody, které v roce 2011 vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením.** Ve výzkumu se zaměřujeme na nejvýznamnější faktory a sociodemografické

determinanty, které mohly ovlivnit rozhodnutí obyvatel. Zajímala nás také otázka, zda by obyvatelé města Zubří s odstupem času svůj názor změnili a s integrací souhlasili. K výše uvedenému hlavnímu cíli jsme tak stanovili následující dílčí cíle:

[1] Zjistit procentuelní zastoupení souhlasu/nesouhlasu obyvatel města Zubří s výstavbou komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením.

- **Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že většina obyvatel města Zubří (více jak 50 %) s výstavbou komunitní služby pro muže s mentálním postižením nesouhlasila.
- **Hypotéza č. 2:** Obyvatelé žijící v lokalitách subjektivně vnímaných jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská, s výstavbou domků nesouhlasili častěji než obyvatelé, žijící v lokalitách subjektivně vnímaných jako vzdálené těmto ulicím.

[2] Zmapovat nejvýznamnější faktory, které ovlivnily rozhodnutí obyvatel.

- **Hypotéza č. 3:** Informovanost obyvatel města Zubří výrazně ovlivnila jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.
- **Hypotéza č. 4:** Kontakt obyvatel města Zubří s klienty DOZP Zašová, výrazně ovlivnil jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby v tomto městě.

[3] Zjistit, zda mají vybrané sociodemografické determinanty vliv na názor respondentů na stěhování osob s mentálním postižením do komunity.

- **Hypotéza č. 5:** Pohlaví respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.
- **Hypotéza č. 6:** Vzdělání respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.
- **Hypotéza č. 7:** Věk respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.

[4] Zjistit, zda by s odstupem času obyvatelé města změnili názor a s integrací klientů Domova souhlasili.

- **Hypotéza č. 8:** Předpokládáme, že většina obyvatel (více jak 50 %) by s odstupem času změnila svůj názor a s integrací souhlasila.

[5] Vyhodnotit získaná data, formulovat závěry a doporučení pro praxi

4.2 Metody výzkumu

Jako výzkumný nástroj byla pro uvedený výzkum zvolena metoda dotazníkového šetření. Metodu dotazníku jsme vybrali z důvodu rychlého získání informací od velkého počtu respondentů. Dalším pozitivem u takto orientovaného výzkumu je i zachování anonymity, která respondentům garantuje jakousi ochranu a tím i podporuje pravdivost odpovědí a otevřenost respondentů. Dotazník byl sestaven tak, aby získaná data byla validní a korespondovala s cíli práce. Z důvodu zkvalitnění dat byly jednotlivé otázky konstruovány na základě studia odborné literatury a praktických zkušeností. Dále jsme při tvorbě vycházeli z materiálů Národního centra podpory transformace, které na danou kauzu zpracovalo kvalitativní studii.

Dotazník byl zpracován ve dvou formách – elektronické a tištěné. Pro zhotovení elektronického dotazníku bylo využito webové stránky Vyplňto.cz. Dotazník se skládal z 21 otázek, které byly koncipovány formou otevřených i uzavřených odpovědí. Otevřené otázky respondentům záměrně ponechávaly možnost vyjádřit vlastní názor k dané problematice. Nebyli tak omezeni žádnými mantinely a měli možnost se nad tématem zamyslet dle vlastního úsudku. Jako výhodu takto formulovaných otázek vnímáme, že respondenti mohli sdělit informace, které výzkumníka samotného nemusely vůbec napadnout. Počet otevřených odpovědí byl však výrazně nižší (pouze otázka č. 1 a 17), jelikož jsme se snažili předcházet případným nepřesnostem či zkreslení celého výzkumu při interpretaci dat a statistickém zpracování. Neboť se tyto typy otázek při interpretaci opírají o úsudek zpracovatele a mohou tak vyzařovat značnou subjektivitu. U uzavřených položek jsme v dotazníku kombinovali položky dichotomické a polytomické. V případě polytomických byly použity především položky výběrové a výčtové.

V rámci tohoto výzkumu, byl dotazník rozdělen na tři části. Úvodní část informuje o základních údajích vztahujících se k výzkumu a jeho cíli, obsahuje instrukce k vyplnění dotazníku a ubezpečení o zachování anonymity. Následuje část, která obsahuje 8 vstupních otázek, zaměřených na obecné vnímání lidí s mentálním postižením, zkušenosti s kontaktem či názorem na život v domácím či ústavním prostředí. Zde se dotazník v určitých částech větví. Hlavní část dotazníku, následujících 8 otázek (položky č. 9-17) se vztahují ke konkrétním událostem, jež se v Zubří v roce 2011 odehrály. Dotazuje se na důvody odmítnutí výstavby komunitní služby pro muže s mentálním postižením, zjišťuje

míru informovanosti v průběhu procesu transformace a v závěru této pasáže zjišťuje, zda by obyvatelé s odstupem času změnili názor a s integrací souhlasili. Závěrečná baterie otázek se týkala sociodemografických údajů, jako je věk, pohlaví, dosažené vzdělání či lokalita, v níž obyvatelé žijí. Záměrně jsme tuto pasáž zasadili na konec dotazníku, neboť jak uvádí Chráska (2007, s. 164) je výhodnější tyto údaje uvést až v závěru dotazování, čímž můžeme předejít pochybnostem o anonymitě dotazníku a následné nedůvěře k výzkumníkovi.

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo zasazeno do komunity města Zubří. Respondenti museli před vyplňováním dotazníku splnit jedno zásadní kritérium, a to být občany města Zubří minimálně od roku 2011, kdy se celá aféra uskutečnila až do současnosti.

Výzkumný vzorek byl vybrán na základě dostupnosti jednotlivých respondentů. Základní soubor reprezentovali obyvatelé města Zubří. Výběrový soubor pak občané města Zubří, kteří zde žijí minimálně od roku 2011 až doposud. Z celkového počtu 139 respondentů tvořilo výzkumný vzorek 98 žen a 41 mužů ve věku 18-75 a více let. Důvodem, proč byl výzkumný vzorek tvořen tak malým počtem respondentů, je zřejmě citlivost celé této kauzy.

4.4 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován od 16. září 2015 do 24. listopadu 2015. V první fázi výzkumu bylo provedeno pilotní šetření, kde jsme kvalitu dotazníku otestovali na menším vzorku respondentů (10 %), kteří do výzkumu nebyli zařazeni. Tímto krokem jsme se snažili ověřit, zda jsou otázky formulované jasně a srozumitelně. Dotazník byl šířen ve dvou formách – v tištěné a elektronické. Při získávání potřebných dat bylo osloveno přes 350 respondentů, ať už přímou cestou či zprostředkovaně. Další neméně početná skupina respondentů byla oslovena prostřednictvím online dotazníku na serveru vyplnto.cz.

Při získávání potřebných dat jsme oslovili knihovnu města Zubří, praktického lékaře a místní základní školu. U praktického lékaře byly dotazníky uloženy v čekárně, kde měli pacienti možnost dotazníky vyplnit, v knihovně byly přístupné u pultu, případně byli respondenti v obou zařízeních oslovováni samotným výzkumníkem. Na základní škole jsme požádali zdejší výchovnou poradkyni, zda by mohla prostřednictvím žáků oslovit rodiče – Zubřany. Vzhledem k nízkému počtu respondentů, jsme délku výzkumu

prodloužili a využili třídních schůzek. Zde rodiče mohli přímo na místě vyplnit rozdané dotazníky, což zvýšilo návratnost dat.

Z celkového počtu 350 tištěných dotazníků jsme obdrželi 98 správně vyplněných dotazníků, celková návratnost tedy byla 28 %, což nás vzhledem k citlivosti události velmi překvapilo. Internetový výzkum doplnil výsledky o 41 dotazníků. Celkově bylo tedy získáno 139 korektně vyplněných dotazníků.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu realizovaného prostřednictvím dotazníku. Z důvodu kvalitnější a přehlednější manipulace byly výsledky tištěných dotazníků přepsány do online dotazníku na vyplnito.cz. Po ukončení výzkumu byla data automaticky transportována do programu MS Excel, jež je součástí kancelářského balíčku MS Office. Zde jsme získané údaje převedli do grafické podoby. Abychom předcházeli zkreslení výsledků, u výčtových otázek jsme odpovědi respondentů vyjádřili četností, zbylé otázky jsou znázorněny procentuálně. Pro přehlednější orientaci jsme jednotlivé položky dotazníku rozdělili do 3 oddílů, jež odpovídají na stanovené cíle. Jednalo se o následující oblasti:

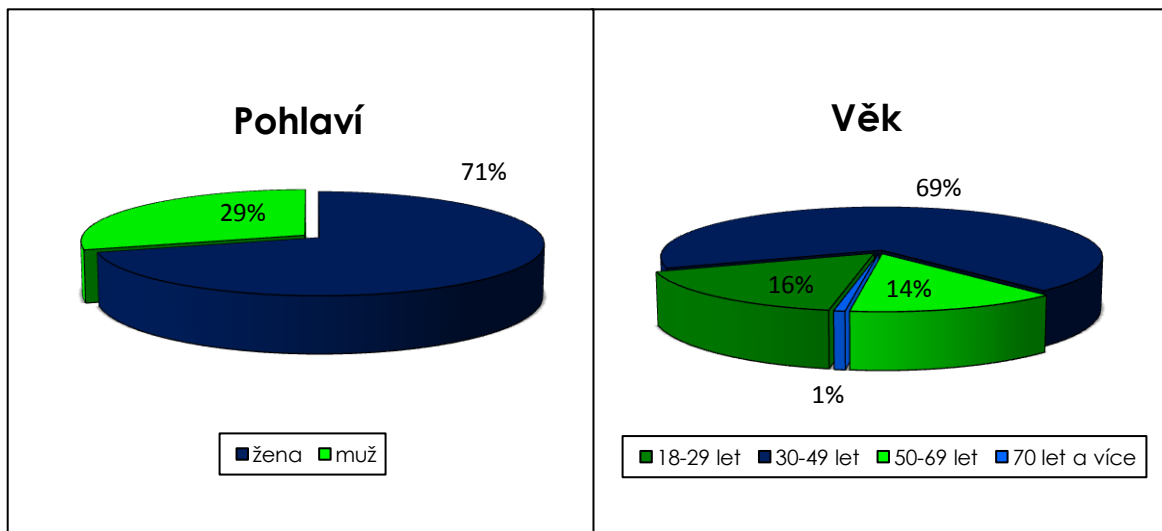
- 1. oddíl – základní sociodemografické údaje
- 2. oddíl – vnímání mentálního postižení
- 3. oddíl – odmítnutí výstavby komunitní sociální služby

5.1 Základní sociodemografické údaje

V této podkapitole budeme nejprve prezentovat výsledky týkající se základních sociodemografických údajů. Respondentům jsme z této oblasti položili celkem 4 otázky, které zjišťovaly dané informace. Dotazují se na věk, pohlaví a vzdělání. V závěru této části prezentujeme odpověď na otázku, zda obyvatelé města Zubří bydlí, dle vlastního uvážení, v blízkosti lokality, v níž měly být domky pro muže s mentálním postižením vystaveny.

- **Otázka č. 18:** Dle Vašeho posouzení, bydlíte v blízkosti lokality (ul. Nad Fojtstvím a Rožnovská), kde měly být vystaveny domky pro klienty Domova?
- **Otázka č. 19:** Jste:
- **Otázka č. 20:** Váš věk:
- **Otázka č. 21:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

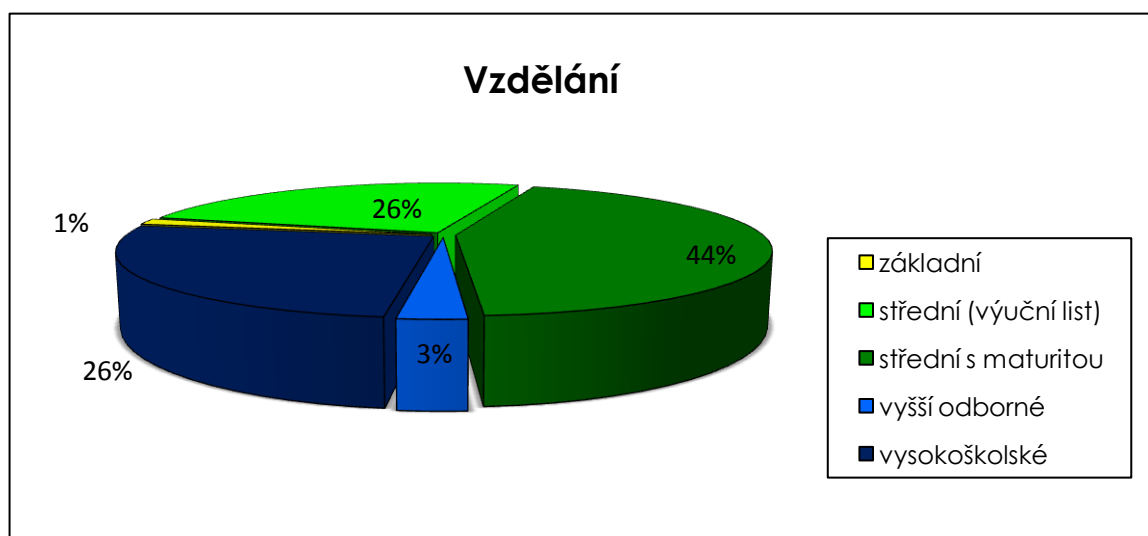
Graf č. 1 Pohlaví a věk obyvatel



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo celkem 139 respondentů. Složení respondentů dle pohlaví a věku znázorňuje graf č. 1. Ve výzkumném vzorku je zastoupeno 98 (71 %) žen a 41 (29 %) mužů. Obyvatelé města Zubří se nacházeli ve věku od 18 do více jak 70 let. Ve věku 18-29 let se nacházelo celkem 23 (16 %) respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořili lidé ve věku 30-49 let, a to 96 (69 %) dotazovaných. Ve věku 50-69 let jsme zaznamenali 19 (14 %) dotazovaných a pouze 1 (1 %) ve věku nad 70 let.

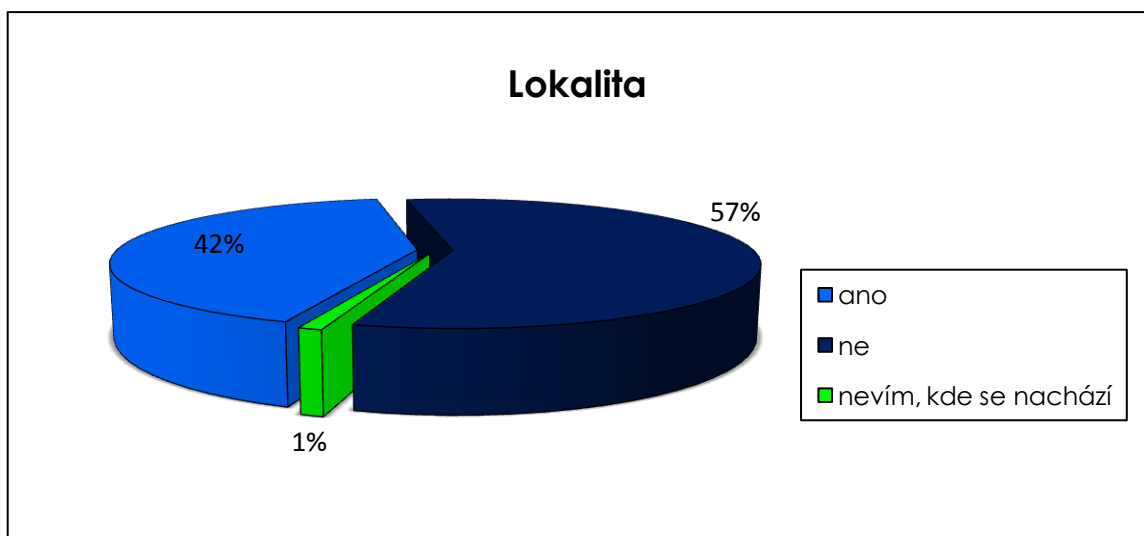
Graf č. 2 Vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Za nejvyšší dosažené vzdělání respondenti nejčastěji označili úplné střední vzdělání s maturitou, a to 61 (44 %) dotazovaných. Dále 36 (44 %) respondentů dosáhlo středního vzdělání (s výučním listem). Se stejnou četností bylo zastoupeno i vzdělání vysokoškolské. Vyšší odborné zvolili celkem 4 (3 %) respondenti, pouze 2 (1 %) dotazovaní uvedli za nejvyšší dosažený stupeň vzdělání základní.

Graf č. 3 Lokalita



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 prezentuje odpovědi na otázku č. 18. Na tuto otázku odpovídalo pouze 96 respondentů z celkového počtu 139. Respondenti, kteří u otázky č. 9 uvedli, že „nevědí, že se u nich něco takového řešilo“ byli totiž automaticky přesměrováni na konec dotazníku. Procentuální zastoupení je tedy uvedeno nikoliv „globálně“ ale „lokálně“. To znamená, že procenta jsou vypočítávána z počtu respondentů, kteří na uvedenou otázku odpovídali, tedy z 96. Cílem této otázky bylo zjistit, kolik respondentů má bydliště v blízkosti ulic Rožnovská a Nad Fojtství. Nejednalo se však o metrické posouzení, nýbrž o subjektivní posouzení vzdálenosti uvedené lokality, jelikož každý může blízkost vnímat odlišně. Celkem 44 (42 %) dotazovaných pocíťovalo, že bydlí v blízkosti zmiňovaných ulic, 50 (57 %) dotazovaných tento pocit nesdílelo a pouze 1 (1 %) nevěděl, kde se tyto ulice nachází.

5.2 Vnímání mentálního postižení

První oddíl otázek se zaměřuje na obecné vnímání lidí s mentálním postižením. Záměrem této sekce bylo zjistit, jaké stanovisko obecně zaujímají obyvatelé města Zubří k lidem s mentálním postižením, nikoliv ke konkrétním událostem. Z tohoto měly vzejít nepřímé faktory, které mohly dokreslit důvody odmítnutí výstavby služby, popřípadě mohly eventuální determinanty potvrdit. Otázky byly zaměřeny jednak na znalost samotného pojmu mentální postižení, tak i na autentickou zkušenost s lidmi s mentálním postižením, a v neposlední řadě zjišťovaly, jaké stanovisko zaujímají respondenti k samostatnému životu člověka s tímto typem postižení a na adekvátnost ústavního zařízení. Tuto oblast v dotazníku charakterizuje následujících osm otázek:

- **Otázka č. 1:** Co si představíte pod pojmem mentální postižení? (Popište, jak se člověk s takovým postižením chová/může chovat v každodenním životě.)
- **Otázka č. 2:** Setkali jste se někdy s člověkem s mentálním postižením?
- **Otázka č. 3:** Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, známí) člověka, který je mentálně postižený?
- **Otázka č. 4:** Vadilo by Vám, kdybyste se měl/a denně setkávat s osobou s mentálním postižením?
- **Otázka č. 5:** Co Vás k tomuto stanovisku vede? (Proč Vám kontakt s těmito lidmi vadí?)
- **Otázka č. 6:** Domníváte se, že mezi lidmi s mentálním postižením jsou i takoví jedinci, kteří mohou s přiměřenou podporou bydlet a vést vlastní domácnost?
- **Otázka č. 7:** Souhlasíte s názorem, že ústavní péče vyhovuje potřebám svých klientů, a že je zde lidem s postižením lépe než mezi „normálními“ lidmi?
- **Otázka č. 8:** Pokud jste s názorem souhlasili, zdůvodněte, prosím, svou odpověď.

Obr. č. 1 Charakteristika mentálního postižení

Otázka č. 1: Co si představíte pod pojmem mentální postižení? (Popište, jak se člověk s takovým postižením chová/může chovat v každodenním životě.)



Zdroj: Vlastní výzkum

Myšlenková mapa prezentuje představy respondentů o tom, kdo je člověk s mentálním postižením, respektive jak se může chovat. Vzhledem k tomu, že se jednalo o otevřenou otázku, byly jednotlivé odpovědi různě formulované. I přesto se nám ve výpovědích respondentů podařilo nalézt tyto kategorie: **vzhled, intelekt, chování, samostatnost, narušené schopnosti, klasifikace postižení, neuvedeno/nevím**. Všechny tyto kategorie jsou podmnožinou tzv. významové dimenze, již jsme nazvali mentální postižení. Jak vnímají respondenti člověka s mentálním postižením, charakterizují níže uvedené výpovědi:

Vzhled

Do kategorie „vzhled“ byly zařazeny úryvky výpovědí, z nichž bylo patrné, že jedním z typických projevů člověka s mentálním postižením může (ale nemusí) být fyzický vzhled. Tuto kategorii charakterizují kódy: **typický vzhled, vzhledově se neodlišuje**, které se zde v různých obměnách vyskytly celkem 10 krát.

Respondenti uvedli v 7 případech, že jedním z typických rysů, podle kterého můžeme člověka s mentálním postižením identifikovat je právě odlišný vzhled. „Už vzhledově nevypadá „normálně“.“ „Člověk s mentálním postižením se dle mého názoru

projevuje tak, že je od ostatních odlišný už na pohled, posléze i ve stylu mluvení a vyjadřování.“ „Postižený na vozíku.“ „Jsou rozpoznatelní vzhledem (v obličeji).“ „Typický vzhled.“ „...a fyzické zaostávání ve vývoji.“

Mezi respondenty se však našli i takoví, kteří se s těmito názory neztotožňovali, a podotkli, že mentálně postiženého člověka nemusíme na první pohled takřka vůbec rozpoznat, a to celkem ve 4 případech. *„Člověk s mentálním postižením se nemusí na první pohled patrně projevit. Až při bližším kontaktu.“ „Někdy to však na první pohled nemusí být patrné.“ „Takoví co bydlí nebo se běžně vyskytují mezi "námi" jen těžko je poznáme. Jenom ty "extrémny" – Downův syndrom nebo schizofreniky.“ „Psychosomatické potíže, špatná stabilita těla, jak tělesné tak psychické problémy... mentální postižení není jen fyzického vzhledu!!!“*

Intelekt

Kategorii „intelekt“, reprezentují následující úryvky odpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 26 krát. Charakterizuje ji pouze jeden kód, který jsme nazvali **snížený intelekt**.

„Je to člověk, který má snížený intelekt.“ „snížená inteligence“ „Má nižší intelekt, pomaleji chápe dotazy, nedokáže přesně formulovat odpovědi.“ „Člověk s mentálním postižením má snížené IQ.“ „omezen v rozumových dovednostech... pomalejší chápání.“ „snížený intelekt“ „Nižší IQ, mentálně nižší věk, než je skutečnost.“ „Člověk s MP má nižší intelekt.“ „Mentální retardace u člověka je postižením, kdy zaostává vývoj rozumových, psychických vlastností... Je to vlastně trvalé snížení rozumových schopností.“ „Takový člověk má problémy s koncentrací na různé věci.“ „Neúplný duševní vývoj, který postihuje inteligenci...“ „Zastavení mentálního vývoje.“ „omezené myšlení“ „Rozumové... zaostávání ve vývoji.“ „Má limity v rozumových schopnostech a schopnosti abstrahovat teoretické poznatky do praktického života.“ „Člověk s mentálním postižením je člověk s různě závažným poškozením mozku. Toto poškození mozku limituje rozum postiženého člověka a ten pak může mít potíže s činnostmi, které člověku bez tohoto postižení nečiní žádné problémy.“ „jednodušší myšlení“ „rozumově slabší“ „Je "pomalejší".“ „Neumí domýšlet důsledky...“ „...některé věci nechápe.“ „Že mu to nemyslí tak jak zdravému.“ „Má snížený intelekt, nerozumí některým spojitostem/souvislostem.“ „Jinak uvažuje...“ „rozumově slabší“ „Většinou tito lidé jinak chápou běžné situace...“

Chování

Kategorii „chování“ reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie byla vytvořena na základě identifikace těchto kódů: **poruchy chování, agresivita, nepředvídatelnost, rituály, věčné děti a různorodé projevy**. Ve výpovědích se v různých obměnách vyskytla celkem 53 krát.

Respondenti v 9 případech zastávali názor, že člověk s mentálním postižením trpí poruchami chování. „*lidé s poruchami chování*“ „*...člověk s mentálním postižením má např. omezené vjemy chování.*“ „*Nechová se normálně, hlasitě vykřikuje.*“ „*retardovaně*“ „*Člověk, který své chování nemá pod kontrolou*“ „*Chová se hlučně*“ „*poruchy v adaptačním chování.*“ „*není normální*“ „*Člověk, který užívá sedativa...*“

Celkem 7 krát jsme ve výpovědích narazili na možnost agresivního chování a vnímání člověka s mentálním postižením jako zdroj potenciálního nebezpečí. „*Může se chovat agresivně.*“ „*agresivita, obtěžování*“ „*Dělají čurbes, atd....*“ „*...ale můžou být nebezpeční k sobě i druhým.*“ „*Bývají výbušní...*“ „*Může přehnaně – agresivně reagovat na výsměch, pošklebky, atd.*“ „*Bohužel může být nebezpečný.*“

Že se lidé s mentálním postižením chovají nevyzpytatelně, a že nelze předvídat, jak se zachovají, uvedlo celkem 11 respondentů. „*Chová se nevyzpytatelně.*“ „*...má např. neobvyklé reakce, tzv. vybočuje z normálu.*“ „*Nedá se předpokládat, co udělají.*“ „*...nepředvídatelné chování.*“ „*Může být nevyzpytatelný ve svém chování - ale to jsou i zdraví lidé!*“ „*nepředvídatelné*“ „*Člověk s mentálním postižením se podle mého názoru chová nepředvídatelně a reaguje na změny ve svém životě, kde je přivyklý na stereotyp a narušení tohoto stereotypu může vést i k narušenému a nepředvídatelnému chování.*“ „*neočekávaně*“ „*u některých zkratové jednání...*“ „*specifické projevy chování, často nepředvídatelné...*“ „*...v některých případech reagují nepředvídatelně.*“

Na potřebu určitého stereotypu upozornilo celkem 5 respondentů, podle nichž člověk s postižením vyžaduje určitou rutinu. „*časté opakování*“ „*Potřebují určitou rutinu a známé lidi kolem sebe.*“ „*Má své rituály, které nemění.*“ „*Má stále návyky z ústavu, těžce nese změny.*“ „*Třeba lidé trpící autismem.*“

Ve výpovědích probandů se objevil i jeden z nejčastějších mýtů, který se s mentálním postižením pojí a to, že jsou „věčné děti“. Na tento mýtus upozornilo celkem 11 dotazovaných. „*Nechová se přiměřeně svému věku a okolí, má svůj svět.*“ „*Chovají se jako děti, nepřemýšlejí nad tím, co dělají.*“ „*Chovají se dětinsky.*“ „*Chová se jak dítě,*

některé věci nechápe...“ „Takový člověk se chová jako dítě“ „velké děti“ „...chová se jako malé dítě, vím, že za to nemůže...“ „Chovají se jako děti, prožívají silně emoce.“ „...či-li pak se chová nebo chápe věci pouze jako člověk v daných letech... například jako 5-ti leté dítě.“ „dětský vůči svému věku“ „Má např. 15 let, ale chováním (mentálně) připomíná osmileté dítě.“

Celkem 10 respondentů podotklo, že chování člověka s mentálním postižením nelze jednoznačně identifikovat, jelikož se jedná o individuální záležitost a může se projevovat různě (ne pouze negativně). Někteří dokonce uvedli, že chování lidí s tímto typem postižením může být mnohdy i vhodnější než chování „zdravých“ lidí. *„Někteří jsou usměvaví někteří naopak agresivní, nedokážou ovládat své chování.“ „Prvně se musí rozdělit... a zda je nebo není tento člověk nebezpečný, jak sobě tak lidem v okolí.“ „...chování dle věku a temperamentu - od vlídného až po sexuálně neukojeného jedince.“ „agrese, vlídnost, radost i z maličkostí“ „Může i nemusí být nebezpečný, sobě i okolí.“ „...jen chování některých je lepší jak chování zdravých.“ „chová se upřímně“ „Ale je to člověk jako ostatní!!“ „Je upřímný, pozorný...“ „Jsou např. usměvaví...“*

Samostatnost

V kategorii „samostatnost“ se vyskytují kódované prvky: ***nepřetržitá pomoc, pomoc v určitých oblastech, ochránářství, neschopen postarat se o sebe***. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 33 krát, a je reprezentována níže uvedenými úryvky.

Část respondentů byla přesvědčena o tom, že člověk s mentálním postižením se neobejde bez nepřetržité asistence druhé osoby při každodenních činnostech, toto stanovisko se objevilo celkem 8 krát. *„potřeba pomoci s běžnými činnostmi.“ „Člověk, který potřebuje ke zvládnutí běžných denních úkonů pomoc, podporu a dohled!“ „Člověk ve větší části odkázaný na pomoc druhého, neschopen rozhodovat, nesvéprávný.“ „Člověk s mentálním postižením je člověk, který potřebuje naší pomoc, péči a lásku. A taky odbornou péči a pomocnou ruku při řešení nezdolatelných úkolů a úkonů.“ „Je to člověk, který potřebuje dohled, radu, pomoc při řešení každodenních činností.“ „...ale myslím si, že potřebuje odbornou stálou péči s dohledem.“ „Potřebuje někoho, kdo by mu pomáhal.“ „Většinou nesvéprávný člověk a je odkázaný na pomoc druhého.“*

Tyto postoje se v některých případech, konkrétně u 4 respondentů, opíraly o mýtus o tzv. „věčném dítěti“. *„Takový člověk je stále dítě. Musí být pod dohledem“ „tzv. "věčné*

děti" které potřebují dohled a žít v podmínkách, které odpovídají jejich speciálním potřebám.“ „Jedná se o člověka, který se zastavil v nějaké vývojové etapě svého života. Jsou to věčné děti.“

Celkem 3 respondenti poznamenali, že by stačila pouze podpora v určitých oblastech života, v nichž by měl jednotlivec obtíže. „...potřebuje v některých, zejména právních činnostech pomoc druhé osoby.“ „...občas nutnost pečovatele.“ „Takový člověk může mít potíže např. při jednání s úřady, ale při vážnějším postižení např. taky s nákupem v supermarketu, apod.“

Ochranářské tendence se vyskytly u 8 respondentů. Ti vnímali člověka s mentálním postižením jako zranitelného, důvěřivého, a lehce zmanipulovatelného. „Hodně důvěřivý. Myslí si, že jej nikdo neokrade, neublíží.“ „Jsou snadno zneužitelní a mají takový svůj svět.“ „Jsou více zranitelní...“ „lidé snadno zmanipulovatelní“ „Zmatený, dezorientovaný...“ „nemocný člověk“ „Neschopnost posoudit kdy by ho chtěl někdo zneužít... (finančně, okradení, zneužití,...).“ „nemocný člověk“.

Další asociací, kterou termín mentální postižení evokoval, byla neschopnost se o sebe postarat, a to v 10 případech. „...taky má problémy se sebeobsluhou.“ „Je to člověk, který se o sebe nedokáže sám postarat v plné péči.“ „...není většinou schopný se o sebe postarat.“ „Člověk, který se neumí plnohodnotně postarat sám o sebe.“ „Člověk, který se o sebe nedokáže sám postarat“ „Není schopen se o sebe v určitých oblastech postarat, rozhodovat; „Je v běžném životě nesamostatný.“ „nesamostatnost“ „Takový člověk, jehož postižení mu brání v samostatném způsobu života.“ „Myslím si, že člověk mentálně postižený je ten, co se o sebe nedokáže sám postarat... Starají se o něho rodiče, sociální pracovníci a jim podobní.

Narušené schopnosti

Kategorie „narušené schopnosti“ v sobě shrnuje takové prvky výpovědí, které signalizovaly deficity určitých schopností. Byly zde identifikovány kódy: **kognitivní a motorické schopnosti, orientace ve společnosti**. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 14 krát.

Někteří respondenti vnímají člověka s mentálním postižením jako osobu, jež se potýká s deficitem různých schopností – nejčastěji poukazovali na kognitivní a motorické, a to celkem 9 krát. „Člověk s mentálním postižením např. nemůže mluvit, omezený chůzí.“ „...opožděná motorika, nemusí umět psát, číst, počítat, jednoduchá řeč.“ „...a projevuje se

nedostatečnou řečí, ale i motorickými a sociálními schopnostmi. „potíž s řečí, s hybností“ „Hůře komunikuje, někdy je to spojené i s horším pohybem....“ „...někteří nedokážou dobře komunikovat.“ „omezen... případně pohybových dovednostech.“ „neschopnost se dále vzdělávat“ „Může mít v některých oblastech jako je samostatnost, pozornost, učení apod. určitá omezení.“

Další oblastí, v níž se může člověk s postižením „vymykat“ je dle respondentů orientace ve společnosti (sociální vnímání), toto stanovisko jsme shledali u 5 dotazovaných. *„Nedochází mu třeba, že ukájet se na veřejnosti není vhodné.“ „...neorientuje se v pravidlech většinové společnosti, má jiné sociální vnímání.“ „Neorientuje se v dění okolo...“ „Nemají přehled o okolním životě.“ „...neumí se dobře orientovat ve společnosti.“*

Klasifikace postižení

Z výpovědí v kategorii „klasifikace postižení“ je patrná určitá uvědomělost respondentů. Tato kategorie v sobě zahrnuje již uvedené charakteristiky, s výjimkou toho že zde respondenti negeneralizovali, ale uvážlivě vnímali lidi s postižením, jako individua s různorodou škálou projevů. Na základě důkladné analýzy jsme identifikovali jediný kód: **hloubka postižení**. Tato kategorie se ve výpovědích vyskytla v různých obměnách celkem 26 krát a reprezentují ji níže uveřejněné úryvky.

„Dle mého je mentální postižení široký pojem. Může to být člověk s nějakou lehkou mozkovou dysfunkcí, trochu jednodušší, ale pro okolí nijak nebezpečný, začlenitelný do normálního samostatného života. Také to ale může být někdo s těžkým poškozením, kdo není schopný se starat sám o sebe, naopak může být nebezpečný, protože takoví pacienti si například neuvědomují svou fyzickou sílu, neovládají svou sexualitu atd. Tito by zřejmě bez jistého zařízení, které se o ně stará, nemohli fungovat, především pak s ohledem na jejich vlastní bezpečí.“

„Žije si ve vlastním vnitřním světě, může navenek obtížně komunikovat, nemusí být schopný se o sebe postarat v dostatečné míře, vše samozřejmě záleží na stupni a druhu postižení.“ „Člověk, který se o sebe nemůže starat sám. Může být nebezpečný sobě i okolí. Jsou však různá stadia nemoci (postižení).“ „Určitá omezení v každodenním životě, kdy je zapotřebí pomoc od bližních, od okolí. Podle stupně postižení“

„Záleží na tom, jaká je hloubka postižení - hekají, vydávají zvuky...“ „Záleží na tom, jak velké postižení je. Některý postižený mluví např. nesrozumitelně, jiný vydává jenom "skřeky" apod.“

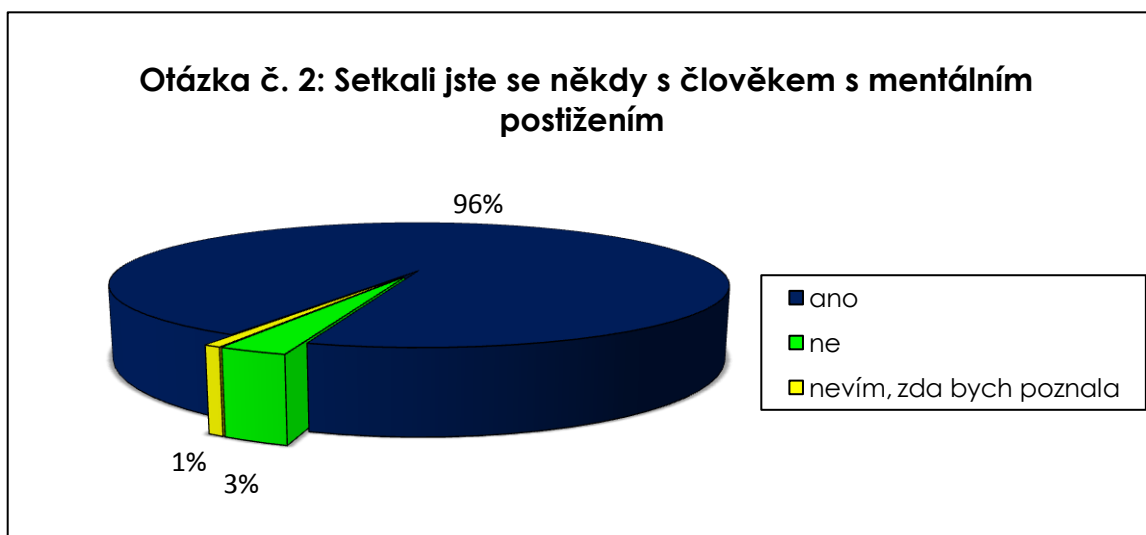
„Chování je nevyzrálé, chovají se podobně jako děti, neumí ovládat své emoce. Záleží ovšem na typu postižení.“ „Mentální postižení je velký pojem, který může souviset s různými projevy chování. Zároveň záleží na stupni a druhu postižení.“ „Škála chování je různá, od nezájmu o okolí, standardní chování až po agresivní chování ve vypjatých situacích. Dle závažnosti postižení.“ „Může se chovat různě. Může být zakřiknutý nebo i hlučný. Nebo nemusí být nic poznat. Je mnoho druhů mentálního onemocnění.“ „Mentálně postižené lidi s širokou škálou povahových rysů. Každý jedinec je osobnost s jinými povahovými rysy.“ „Chování podle stupně postižení - od klidného až po nezvladatelnou agresivitu.“ „Člověka se zdravotním znevýhodněním v oblasti mentální, dle stupně postižení s různorodými projevy, často kombinovanými s postižením tělesným.“ „Záleží samozřejmě na typu a stupni postižení, ale chování člověka s mentálním postižením je možná "výraznější", ale nijak zvlášť jiné. Nejčastěji mají problémy s komunikací a sociálními dovednostmi.“ „Je to taky člověk akorát má jiné myšlení a chování. Někteří jsou na tom hůř a zase někteří lépe. Většinou jsou neškodní a zvládají své chování.“ „Liší se to podle závažnosti onemocnění...“ „Dle typu postižení - lehké mentální (změny nálad), těžké (agrese).“ „Podle stupně debilita, imbecilita, idiocie pak můžeme rozdělit i projev člověka s postižením od vzhledu a chování nerozlišitelného od ostatních lidí po ležícího člověka nehybného, vydávajícího neartikulované zvuky, odkázaného na péči ostatních.“

„Jsou různé druhy MP, těžko popsat do tak krátkého textu.“ „... dle stupně závažnosti nemoci je můžeme členit jako lidi s lehčím těžším i nejtěžším onemocněním.“ „...záleží taky na stupni postižení (lehké-hluboké), různé IQ, různé projevy - od neschopnosti vnímání abstraktních pojmů po neschopnost vnímání, artikulace, apod.“ „Záleží na tom, o jakou mentální retardaci jde.“ „Záleží na typu postižení.“ „Záleží na tom, jak je postižený.“ „To se liší podle stupně mentálního postižení, od celkem samostatného člověka s lehkou retardací až po těžce retardovaného člověka, který je imobilní a inkontinentní.“ „Mentální postižení má různé formy.“ „Záleží jak kdo – někteří lidé to ani najevo nedají, ale někteří melou páté přes deváté atd.“

Neuvedeno, nevím

Také byla identifikována kategorie „neuvedeno, nevím“, která se vyskytla 32 krát. Celkem 3 respondenti nedokázali charakterizovat, kdo je člověk s mentálním postižením. „Nemám s nimi zkušenosti.“ „nevím přesně“ „Je duševně nemocný? Je dost družný?“ Zbýlých 29 respondentů neuvedlo žádnou odpověď. I toto zjištění je pro nás zajímavé. Je možné usuzovat, že jedním z důvodů, proč nebyla tato otázka zodpovězena, je fakt, že je problematika mentálního postižení pro respondenty velkou neznámou. Důvodem nezodpovězení otázek tak mohla být prostá neznalost základních informací, jež jsou k vytvoření si vlastní představy nezbytné.

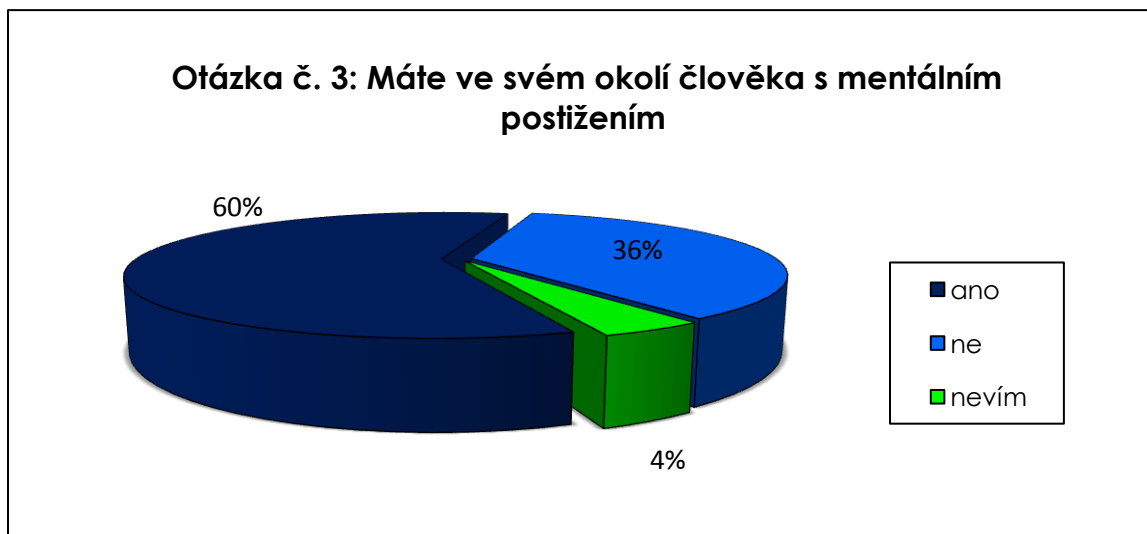
Graf č. 4 Setkání s člověkem s mentálním postižením



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku, zda se respondenti někdy setkali s člověkem s mentálním postižením, prezentuje graf č. 4. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že z celkového počtu 139 dotazovaných, se celkem 134 (96 %) Zubřanů někdy setkala s člověkem s mentálním postižením. Pouze 4 (3 %) respondenti uvedli, že člověka s mentálním postižením nikdy nepotkali a 1 (1 %) dotazovaný si nebyl jistý, zda by člověka s mentálním postižením poznal.

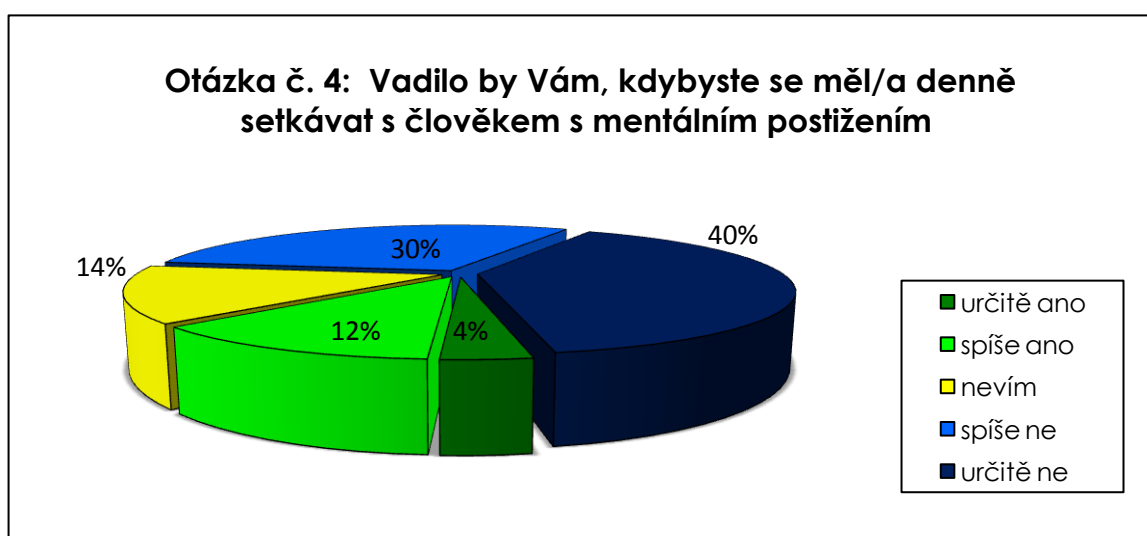
Graf č. 5 Člověk s mentálním postižením v blízkém okolí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 se vztahuje k otázce č. 3, kde měli respondenti zodpovědět, zda mají ve svém okolí (v rodině, mezi přáteli či známými) člověka s mentálním postižením. Dle výsledků má celkem 83 (60 %) dotazovaných ve svém okolí člověka s mentálním postižením. Dalších 50 (36 %) respondentů nezaznamenalo, že by se v jejich blízkém okolí nacházel člověk s mentálním postižením. Zbylých 6 (4 %) respondentů o této skutečnosti nemělo informace.

Graf č. 6 Pravidelný kontakt s člověkem s mentálním postižením

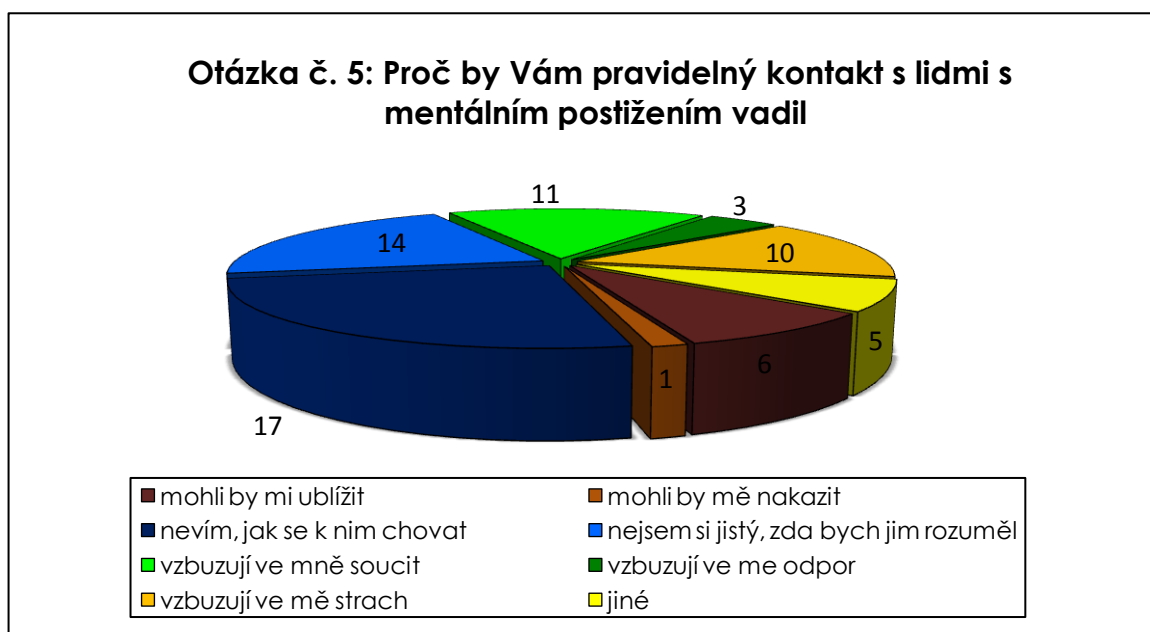


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 prezentuje reakce na otázku, zda by obyvatelům města Zubří pravidelné setkávání s člověkem s mentálním postižením činilo problémy. Z celkového počtu 139

dotazovaných uvedlo 22 (16 %) obyvatel města Zubří, že by jim vadilo, kdyby se měli denně setkávat s takto postiženým člověkem. Přesněji řečeno možnost „určitě ano“ zvolilo pouze 5 (4 %) respondentů a položku „spíše ano“ 17 (12 %) dotazovaných. Celkem 97 (70 %) respondentů prohlásilo, že by jim taková to situace nečinila žádné problémy. Přesněji 42 (30 %) dotazovaných zvolilo možnost „spíše ne“ a 55 (40 %) respondentů položku „určitě ne“. Zbýlých 20 (14 %) dotazovaných k těmto okolnostem nezastávalo nikterak vyhraněný názor a zvolili možnost „nevím“.

Graf č. 7 Vyhýbání se pravidelnému kontaktu



Zdroj: Vlastní výzkum

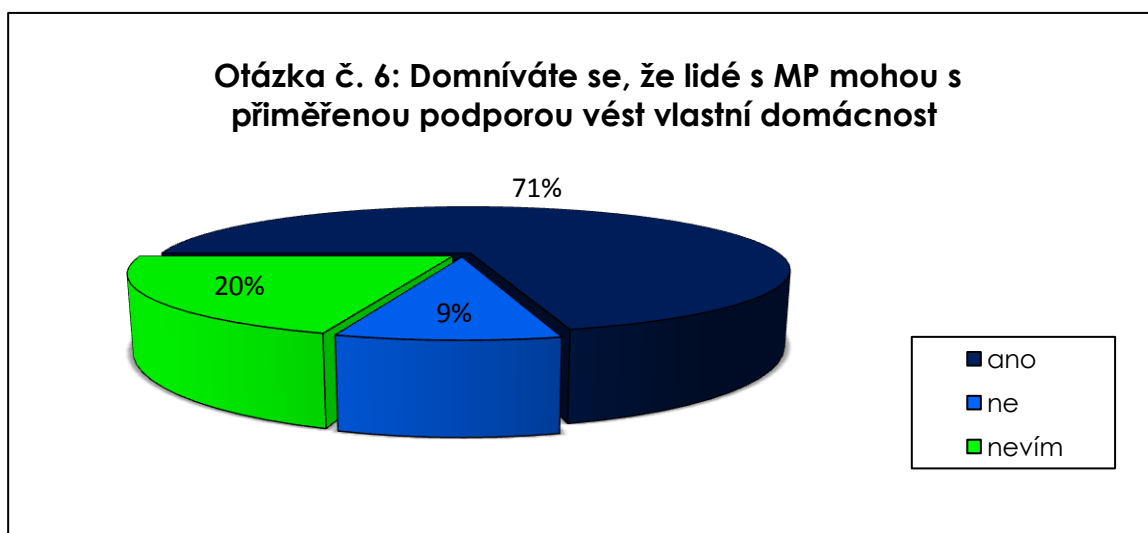
Graf č. 7 znázorňuje, proč by lidem pravidelný kontakt s mentálně postiženými vadil. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří u předchozí otázky uvedli, že by pravidelné setkávání s lidmi s mentálním postižením vnímali jako problematické (zvolili možnost „spíše ano“ – „určitě ano“), tedy 22 respondentů. U této otázky se naskytla možnost zvolit více než jednu odpověď.

Respondenti nejčastěji prohlásili, že nevědí, jak se k takovému člověku mají chovat, tato možnost byla označena celkem 17 krát. Což potvrzuje i výpověď jedné respondentky, která na dotaz, jak se chovají lidé s mentálním postižením, uvedla: „*Spíš jak se k nim máme chovat my. Spousta lidí neví, a to je asi ta chyba, chybí osvěta. Znáám lidi, kteří žijí vedle postižených dlouho, každý den.*“ Druhým nejčastějším důvodem byla obava z neporozumění těmto lidem, a to 14 krát. Že lidé s mentálním postižením vzbuzují u respondentů soucit, bylo označeno celkem 11 krát a 10 krát, že v nich evokují strach.

Pravděpodobnost, že by lidé s mentálním postižením mohli někomu ublížit, byla vybrána 6 krát. Že lidé s mentálním postižením vzbuzují v respondentech odpor, bylo zvoleno 3 krát. Obavy z toho, že by respondenty mohli lidé s mentálním postižením nakazit nějakou nemocí, byly označeny pouze 1 krát.

Položka „jiné“ byla využita 5 krát. Mezi vypsányými odpověďmi jsme našli následující tvrzení: „Někteří dokážou být agresivní a prostě nadávají, na to není nikdo zvědavý!“ „Není mi to příjemné.“ „Necítím se v jejich přítomnosti dobře.“ „U takového člověka se nedá předpovědět, jak se zachová.“ „Těžko se mi odpovídá, když nevím, o jaký druh mentálního postižení se jedná.“

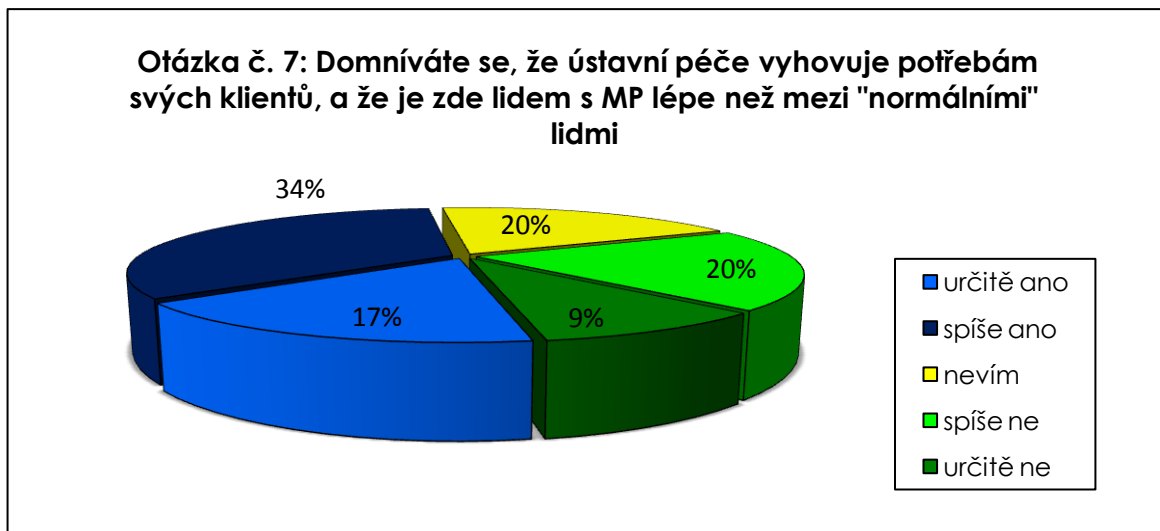
Graf č. 8 Samostatný život



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8 prezentuje odpovědi respondentů na otázku č. 6. Ta zjišťovala, zda si obyvatelé Zubří myslí, že lidé s mentálním postižením mohou s přiměřenou podporou vést vlastní domácnost. Z celkového počtu 139 respondentů bylo 99 (71 %) dotazovaných přesvědčeno o tom, že lidé s postižením mohou vést vlastní domácnost. S tímto tvrzením nesouhlasilo pouze 12 (9 %) respondentů. Zbýlých 28 (20 %) dotazovaných nedokázalo na tu to otázku odpovědět a zvolilo možnost „nevím“.

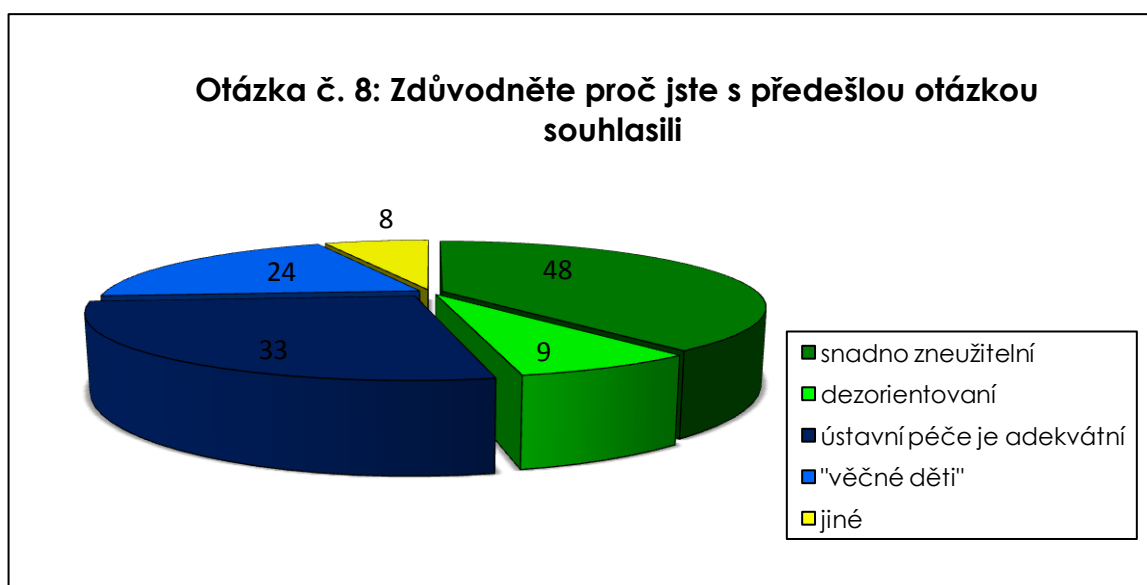
Graf č. 9 Adekvátnost ústavní péče pro lidi s mentálním postižením



Zdroj: Vlastní výzkum

Názor respondentů na to, zda ústavní péče vyhovuje potřebám svých klientů či nikoliv, prezentuje graf č. 9. Z celkového počtu 139 dotazovaných s tímto tvrzením souhlasilo 71 (51 %) obyvatel města Zubří. Přesněji řečeno možnost „určitě ano“ zvolilo 24 (17 %) respondentů a položku „spíše ano“ 47 (34 %). Pouze 41 (29 %) respondentů se s tímto tvrzením neidentifikovalo. Konkrétně 28 (20 %) dotazovaných zvolilo možnost „spíše ne“ a 13 (9 %) položku „určitě ne“. Zbylých 27 (20 %) respondentů nedokázalo tuto skutečnost zhodnotit a zvolilo možnost „nevím“.

Graf č. 10 Upřednostňování ústavní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 10 nalezneme zdůvodnění prohlášení, že ústavní péče vyhovuje potřebám svých klientů, a že je zde lidem s postižením lépe než mezi „normálními“ lidmi. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří s tímto tvrzením v předešlé otázce souhlasili (zvolili možnost „spíše ano“ – „určitě ano“), tedy 71 respondentů. I u této otázky se nabízela možnost zvolit více než jednu odpověď. Dotazovaní nejčastěji uvedli jako důvod, že jsou lidé s mentálním postižením snadno zneužitelní (zdraví lidé by je totiž mohli okrást, zneužít, atp.), a že je pro ně život v ústavu zkrátka bezpečnější, tuto možnost jsme zaznamenali celkem 48 krát. Svůj názor respondenti dále opodstatnili tím, že v ústavech je lidem s mentálním postižením poskytnuta kvalitní péče, v kvalitních podmínkách, odpovídající jejich potřebám, tato možnost byla zvolena v 33 případech. V 24 případech byli lidé s mentálním postižením obyvateli vnímáni jako tzv. „věčné děti“ vyžadující neustálý dohled, neschopny žít v běžném prostředí. Že jsou lidé s mentálním postižením dezorientovaní, nevnímají změnu a je jim jedno kde žijí, označili respondenti celkem 9 krát.

Položku „jiné“ respondenti využili 8 krát. Mezi vypsányými odpověďmi jsme našli následující tvrzení: *„Víc bych se bála o tyto lidi, než o jejich okolí.“* *„Zkušenost z vlastní rodiny, teta dala do ústavu sestřenici až už se o ni opravdu sama nedokázala postarat ze zdravotních důvodů a sestřenice je tam nakonec opravdu spokojená.“* *„Někteří sami nepoznají hodnotu peněz, což je v dnešní době důležité ...někteří berou peníze, jako výměnu hračky za jinou věc (obchod), ale nepoznají její cenu.“* *„Mají větší pocit jistoty a zabezpečení“.* *„Ne všichni jsou schopni se začlenit.“* *„Záleží na stupni postižení.“* *„Záleží na zdravotním stavu, situaci, v které je.“* *„Ano pokud ji potřebují, jsou odkázáni na pomoc druhých a nemůže jim být poskytnuta jinak např. v domácím prostředí...záleží na stupni poškození /postižení a spojení s fyzickým postižením.“*

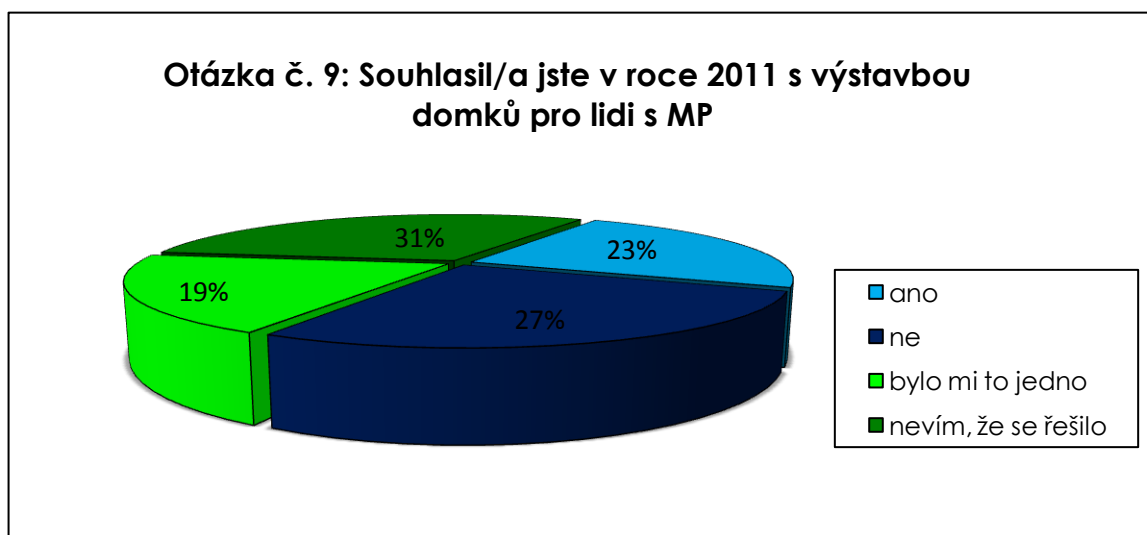
5.3 Odmítnutí výstavby komunitní služby

Druhý oddíl otázek se zaměřuje na konkrétní události, jež se v Zubří v roce 2011 odehrály. Cílem této sekce bylo zjistit, důvody odmítnutí výstavby komunitní služby pro muže s mentálním postižením, a zda by obyvatelé s odstupem času změnilí názor a s integrací souhlasili. Tuto oblast v dotazníku charakterizuje následujících devět otázek:

- **Otázka č. 9:** Souhlasil/a jste v roce 2011 s výstavbou domků pro klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová ve Vašem městě (ul. Nad Fojtstvím a Rožnovská)?

- **Otázka č. 10:** V případě, že jste nesouhlasil/a, uveďte důvody, které Vás k tomuto rozhodnutí vedly
- **Otázka č. 11:** Co myslíte, že především ovlivnilo Váš názor?
- **Otázka č. 12:** Kdo si myslíte, že jsou klienti DOZP Zašová, kteří se měli do Vašeho města přestěhovat?
- **Otázka č. 13:** Přišli jste s klienty DOZP Zašová do bližšího kontaktu (viděli jste se s nimi)?
- **Otázka č. 14:** Měli jste, podle Vašeho názoru, dostatek informací o této situaci (o důvodech stěhování, o konkrétních lidech, kterých se to mělo týkat a o tom jak bude život lidí v těchto domcích vypadat)?
- **Otázka č. 15:** Odkud jste se dozvěděli, že mají být ve Vašem městě vystaveny domky pro lidi s mentálním postižením?
- **Otázka č. 16:** Změnili byste s odstupem času svůj názor?
- **Otázka č. 17:** Prosím, zdůvodněte svou odpověď:

Graf č. 11 Zastoupení souhlasu a nesouhlasu s výstavbou komunitní služby

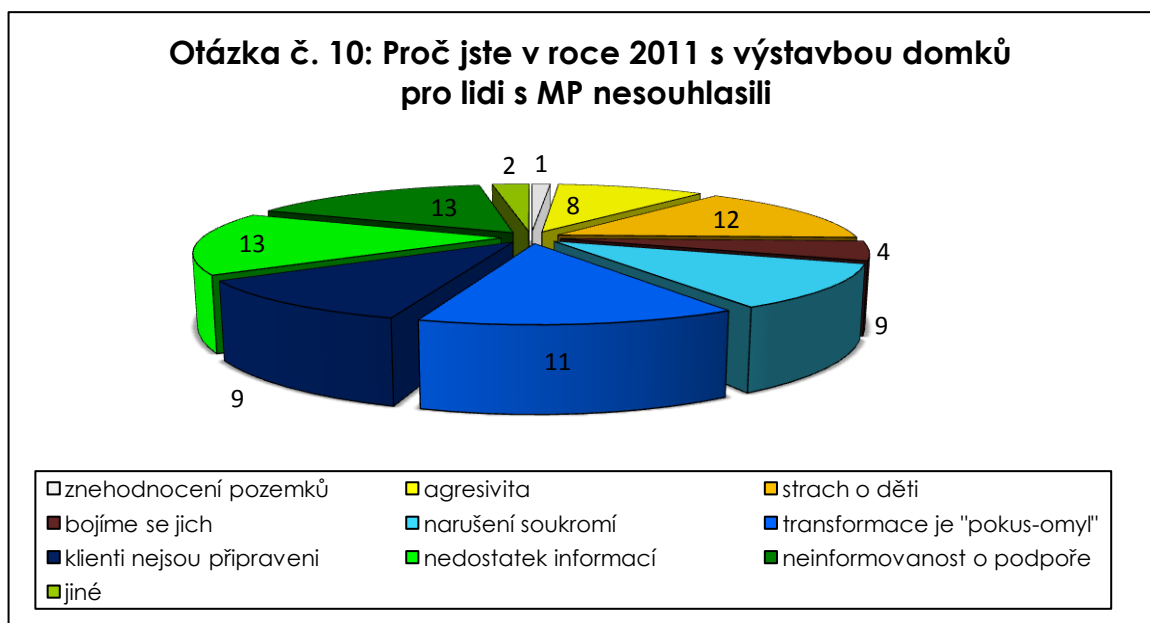


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 se vztahuje k událostem, které se odehrály v Zubří v roce 2011, a mapuje zastoupení názorů na výstavbu komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením. Z celkového počtu 139 dotazovaných uvedlo 43 (31 %) respondentů, že neměli tušení, že se u nich ve městě něco takového řešilo a že se k tomu mohli vyjádřit. S integrací mentálně

postižených do Zubří souhlasilo 32 (23 %) dotazovaných, a 27 (19 %) to, jak sami uvedli, bylo jedno a nezaujímal nikterak vyhraněný názor. K našemu překvapení pouze 37 (27 %) respondentů odpovědělo, že by s integrací lidí s mentálním postižením do jejich komunity nesouhlasilo.

Graf č. 12 Negativní rozhodnutí



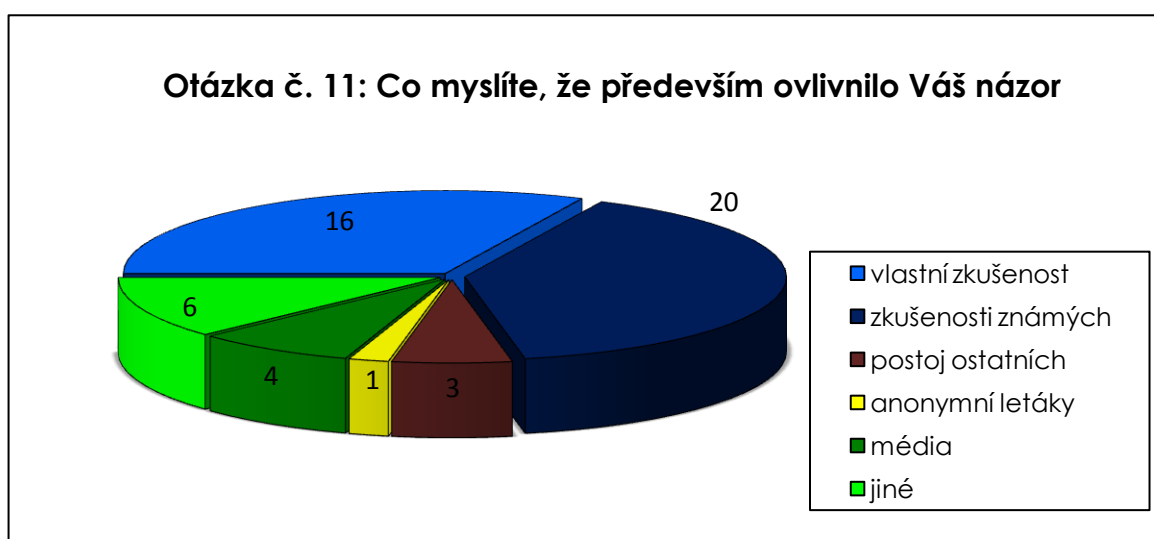
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 zobrazuje důvody, které vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby komunitní služby. Na tuto otázku odpovídalo pouze 37 respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že s výstavbou v roce 2011 nesouhlasili. U této otázky se naskytla možnost zvolit více než jednu odpověď. Dle respondentů byl jedním z nejčastějších důvodů odmítnutí výstavby nedostatek informací. Respondenti si stěžovali na to, že s nimi o tomto záměru nikdo nehovořil a neprobíral to. Tato odpověď byla označena celkem 13 krát. Stejnou četností respondenti označili nedostatečné informování o míře podpory klientů. Respondenti uvedli, že neměli informace o tom, kdo by se o klienty staral, zda by měli vůbec nějaký dohled či by zde hospodařili zcela sami.

Respondenti 12 krát uvedli, že měli strach o své děti, 11 krát že celá transformace (rušení ústavů) a následné začleňování lidí s mentálním postižením do komunity je novinkou, která není nijak otestovaná, a obávali se selhání celého procesu. Obyvatelé dále 9 krát označili, že se obávali toho, že by klienti mohli narušovat jejich soukromí a obtěžovat je. Se stejnou četností prohlásili, že klienti Domova na tuto změnu nejsou připraveni. Z uvedených položek respondenti 8 krát označili lidi s mentálním postižením

za agresivní a nebezpečné, 4 krát prohlásili, že mají z lidí s mentálním postižením jednoduše strach a pouze 1 krát se objevily obavy ze znehodnocení pozemků. Možnost „slyšeli jsme, že v Domově došlo k vraždě“ nebyla označena ani jednou, stejně tak dopadla položka „nechal/a jsem se ovlivnit ostatními obyvateli, jelikož jsem s nimi nechtěl/a mít problémy“. Položka „jiné“ byla využita hned 2 krát. U ní pouze 1 respondent jako důvod uvedl špatně zvolenou lokalitu. Další z respondentů svůj postoj odůvodnil těmito slovy: „psychicky by mě deptalo, kdybych každý den vedle sebe viděla postižené.“

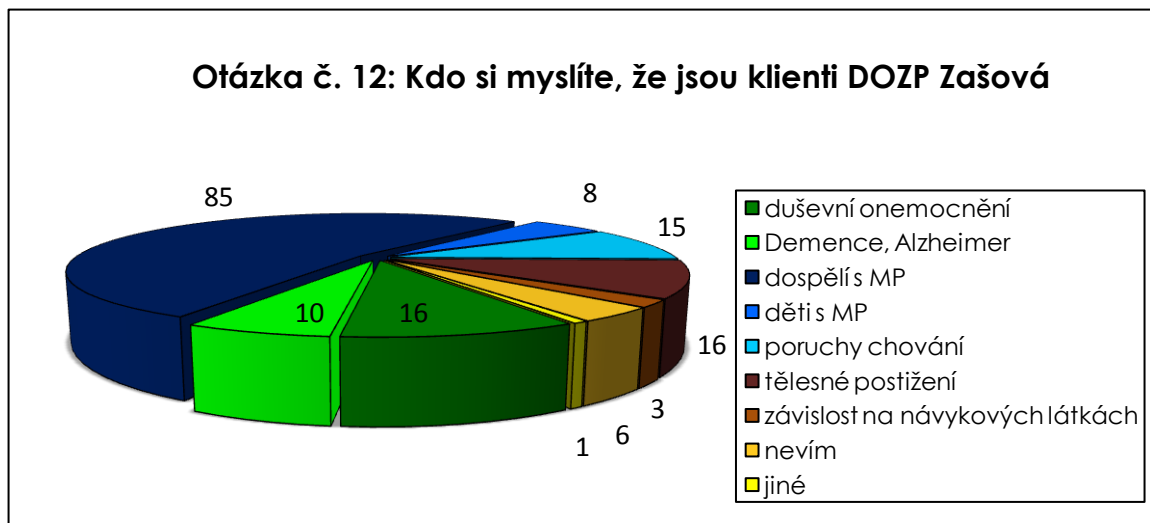
Graf č. 13 Ovlivnění názoru



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 prezentuje odpovědi na otázku č. 11. Respondenti byli dotázáni, co si myslí, že ovlivnilo jejich negativní názor. Na tuto otázku opět odpovídalo pouze 37 respondentů, kteří s výstavbou komunitní služby nesouhlasili. I u této otázky se nabízela možnost zvolit více než jednu odpověď. Respondenty nejvíce ovlivnila zkušenost známých a přátel, a to celkem 20 krát, 16 krát zkušenost vlastní. Dále respondenti 4 krát označili média, 3x postoj ostatních obyvatel města a pouze 1 krát anonymní letáky, které byly vylepené po městě. Položku „jiné“ využilo hned 6 respondentů. Z nich 2 uvedli, že jejich názor nikdo neovlivnil, že se jednalo pouze o vlastní uvážení. Jeden prohlásil, že jeho názor ovlivnil právě nedostatek informací. Taktéž 1 respondent dokonce pracoval v zmiňovaném domově. Poslední dotazovaný podotkl, že se jedná opravdu o vlastní zkušenost a dodal: „znám různé mentálně postižené, a ti co znám, nejsou schopni žít samostatně a postižených mužů se opravdu bojím.“

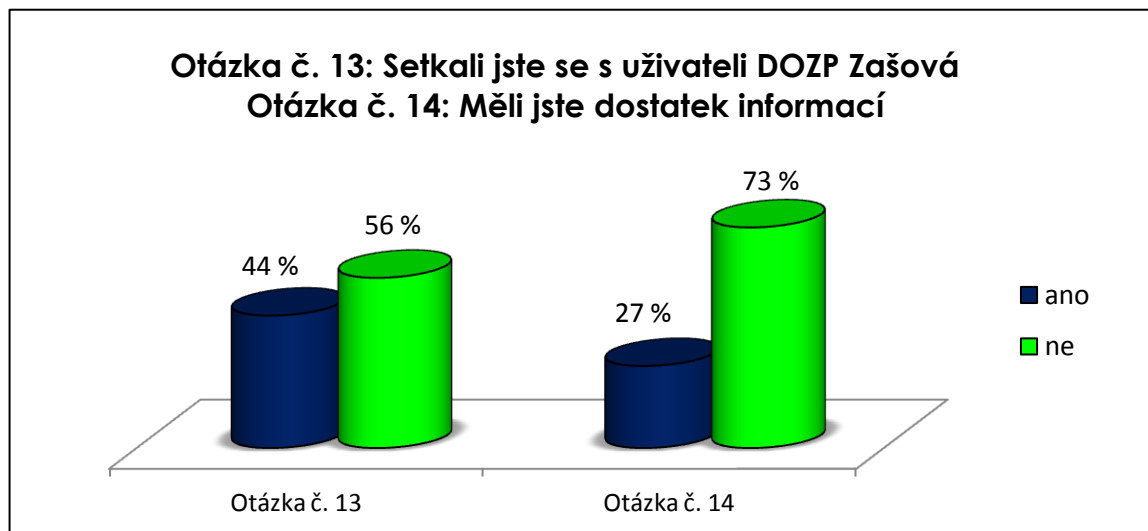
Graf č. 14 Cílová skupina DOZP Zašová



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 znázorňuje míru informovanosti o cílové skupině Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová. V rámci této otázky, jsme u respondentů zjišťovali, zda mají představu o tom, kdo jsou uživatelé uvedeného Domova. Respondentům byla opět nabídnuta možnost, zvolit více než jednu odpověď. Z celkového počtu 96 dotazovaných uvedlo 85 respondentů správně, že cílovou skupinou jsou dospělí lidé s mentálním postižením. Dalších 16 předpokládalo, že klienti Domova trpí duševním onemocněním (např. schizofrenií, depresemi, aj.), stejný počet respondentů se domnívalo, že se jedná o lidi s tělesným postižením. Dalších 15 respondentů vnímalo klienty Domova jako lidi s poruchami chování, a 10 považovalo za klienty osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou. Osm dotazovaných se mylně domnívalo, že klienty Domova jsou děti s mentálním postižením, 6 respondentů vůbec nevědělo, o jakou cílovou skupinu se jedná, a 3 označili klienty Domova za lidi závislé na návykových látkách. Pouze jedenkrát byla zvolena možnost „jiné“. Zde respondent uvedl: „Lidé dostatečně připraveni na tuto životní změnu.“

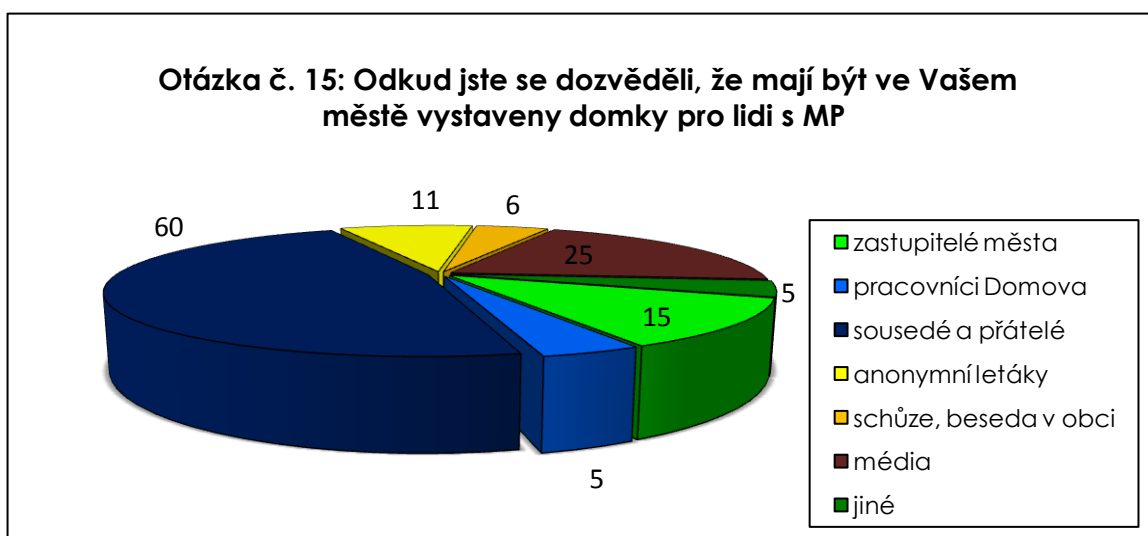
Graf č. 15 Informovanost obyvatel



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 prezentuje odpovědi na otázky č. 13 a 14. Z celkového počtu 96 dotazovaných se 42 (44 %) respondentů s klienty DOZP Zašová setkalo. Zbýlých 54 (56 %) uvedlo, že s klienty nikdy do styku nepřišlo. Za dostatečně obeznámené s celou integrací se považovalo 26 (27 %) dotazovaných. Ovšem 70 (73 %) Zubřanů uvedlo, že byli nedostatečně informováni o celé této situaci (konkrétní klienti, míra podpory klientů, atp.)

Graf č. 16 Zdroj informací

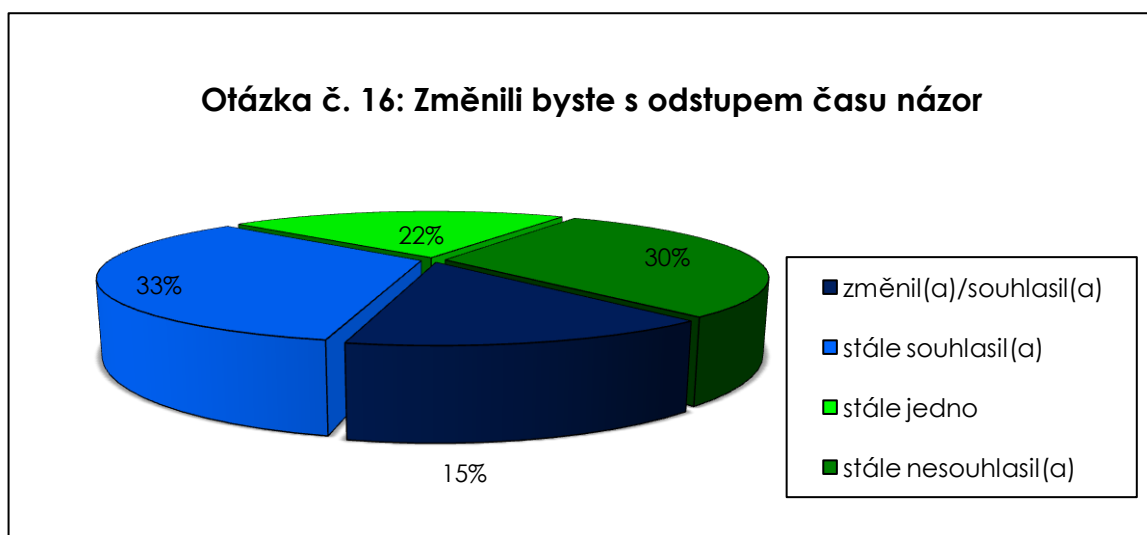


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 mapuje zdroje, které obyvatele města Zubří nejčastěji informovaly o výstavbě komunitní služby pro muže s mentálním postižením v jejich městě. Na tuto

otázku odpovídalo celkem 96 respondentů. U této otázky se naskytla možnost zvolit více než jednu odpověď. Dle respondentů se nejčastějším zdrojem informací stali sousedé a přátelé, a to celkem 60 krát. Dalšími zdroji informací byla média, a to v 25 případech. Zastupitelé města byli jako zdroj označeni 15 krát a anonymní letáky vylepené v obci 11 krát. Prostřednictvím schůzí či besed v obci byli obyvatelé informováni pouze 6 krát, pracovníky Domova 5 krát. Položka „jiné“ byla zvolena taktéž 5 krát. Zde respondenti 2 krát uvedli, že už si to nepamatují, neboť je to déle jak 4 roky. Stejnou četností – 1 krát pak byla jako zdroj uvedena škola, tento dotazník a kadeřník.

Graf č. 17 Změna názoru



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda by s odstupem času obyvatelé města Zubří názor změnili a s výstavbou komunitní služby pro lidi s mentálním postižením souhlasili. Z celkového počtu 96, uvedlo 14 (15 %) respondentů, že by svůj názor změnili a s integrací souhlasili. Své pozitivní stanovisko by nezměnilo 32 (33 %) respondentů, a uvedli, že by i po uplynutí doby s výstavbou souhlasili. Negativní stanovisko by stále zaujímal 29 (30 %) lidí. Je důležité podotknout, že žádný z respondentů nezměnil svůj názor k negativnímu. Zbylých 21 (22%) by to bylo i nadále jedno.

U otázky č. 19 byli respondenti požádáni, aby předešlou odpověď zdůvodnili. Na základě výpovědí u otázky č. 18 jsme si nejprve stanovili tzv. významové dimenze: **nezměnil/a, stále souhlasil/a, nezměnil/a, stále nesouhlasil/a, stále by mi to bylo jedno, změnil/a, souhlasil/a**. Ke každé významové dimenzi byly po detailní analýze otázky č. 19 vytvořeny kategorie. I přesto že se jednalo o otevřenou otázku a jednotlivé výpovědi byly různě formulované, podařilo nám zde nalézt podobnosti.

A. Nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále souhlasil/a

Pro významovou dimenzi „nezměnila, stále souhlasila“ byly identifikovány tyto kategorie: **humanita, právo, zkušenost, bezproblémové soužití, asistence, neuvedeno**. Tuto dimenzi představovali respondenti, kteří v roce 2011 s integrací mužů s mentálním postižením souhlasili a toto stanovisko u nich přetrvává až do současnosti.

Humanita

Do kategorie „humanita“ byly zařazeny úryvky výpovědí, z nichž byla patrná hodnotová orientace a smýšlení respondentů. Vyskytují se zde kódy jako: **lidství, respekt, důstojnost, domov a láska**. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 7 krát a charakterizují níže uvedené citace.

„Je to dobře pro postižené, pro většinovou společnost – buduje to v nás naše lidství – soucit, respekt k životu, obohacuje nás to bezprostředností postižených, pomáhá nám to nebýt sebestřední a přijímat odlišnost druhých.“ „...pokud je to stále potřeba a pomůže to zajistit důstojnější a snazší život klientům domova.“ „Každý z nás potřebuje domov a lásku!“ „Jsou to lidé, kterým je třeba pomáhat a nestranit se jich.“ „Tito lidé musejí mít nějaký domov.“

Právo

Kategorii „právo“, reprezentují následující úryvky odpovědí. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát. Charakterizuje ji pouze jeden stejnojmenný kód, který jsme nazvali: **mají právo**. Respondenti zde poukazují na to, že i člověku s mentálním postižením by mělo být umožněno žít takovým způsobem života, jakým žijí ostatní členové společnosti a jeho vrstevníci.

„...mají právo na život mimo ústav... „I tito lidé mají právo na svůj domov.“ „MP mají stejné právo žít jako ostatní, jen je zapotřebí věnovat velkou pozornost postupnému

začleňování i od raného věku a připravit atmosféru u ostatních lidí. Bohužel naše společnost v tom nemá zkušenost, transformace je novinkou.“ „I tito lidé by měli dostat možnost se začlenit do společnosti.“ „Pokud tu časem má být dům pro seniory, proč nedat šanci i lidem, kteří mají problém se začlenit do života tady u nás a vést normální život.“

Zkušenost

Z výpovědí respondentů v kategorii „zkušenost“ je zřetelná pozitivní osobní zkušenost s lidmi s mentálním postižením, buďto v osobním nebo pracovním životě. Byl zde identifikován jediný kód: **pozitivní zkušenost**, který se ve výpovědích v různých obměnách vyskytl celkem 3 krát. „Některé klienty znám osobně a vím, že by si nejen přáli, ale i zvládli tento způsob bydlení.“ „Byla jsem s nimi kdysik v přímém kontaktu.“ „Vyrůstala jsem s postižením v rodině, mám zkušenosti.“

Bezproblémové soužití

V kategorii „bezproblémové soužití“ se vyskytují kódované prvky: **nevidím důvod a absence ohrožení**. Respondenti uváděli, že neshledávají důvody či ohrožující faktory, kvůli nimž by muži s mentálním postižením v Zubří nemohli bydlet. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 6 krát, a je reprezentována níže uvedenými úryvky.

Celkem 3 dotazovaní uvedli, že by jim soužití s lidmi s mentálním postižením nečinilo žádné problémy. „Nevidím v tom problém... Z mého pohledu nebudou občanům Zubří nijak „překážet“.“ „Nevidím důvod, proč by takoví lidé nemohli v Zubří bydlet.“ „Nemusela bych svůj postoj měnit, s nastěhováním lidí s mentálním postižením jsem již dříve souhlasila (byla jsem pro).“

Absenci ohrožení či nebezpečí shledávali v této kategorii celkem 3 respondenti. „Nemyslím si, že jsou nebezpeční.“ „Již tenkrát jsem byla přesvědčena, že soužití s vybranou skupinou nebude nebezpečné a jen minimálně obtížné (komunikace např.).“ „Necítím se ohrožen postiženými osobami.“

Asistence

Do kategorie „asistence“ byly zařazeny úryvky odpovědí, z nichž bylo zjevné, že respondenti neshledávají ve společném soužití s mentálně postiženými lidmi problém, za podmínek, že by jim byla poskytnuta dostatečná podpora a péče. Tato kategorie se ve

výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 3 krát a byla vytvořena na základě identifikace kódu: *dokázali s podporou asistenta*.

„...zvládli tento způsob bydlení. Samozřejmě s citlivou pomocí soc. pracovníků.“
„Někteří jsou schopní... ale s pracovníkem, který může pomoci a poradit v případě potřeby.“ *„Lidé s lehkým postižením mohou žít mimo ústav, pokud je jim pomáháno s věcmi, které nezvládnou (vyřizování na úřadech, péče o peníze, což ovšem nezvládají i zdraví lidé).“*

Neuvedeno

I pro odpovědi, které nebyly zodpovězeny, byla identifikována kategorie „neuvedeno“, která se vyskytla celkem 15 krát. Jednalo se o respondenty, kteří nechali položku nevyplněnou.

B. Nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále nesouhlasila

Pro dimenzi odpovědí „nezměnila, stále nesouhlasila“ byly identifikovány tyto kategorie: **nepřetržitá péče, strach, potenciální ohrožení, informovanost, zkušenost, nepříjemné pocity, nevhodně zvolená lokalita, neuvedeno/nevím**. Tuto dimenzi charakterizovali respondenti, kteří v roce 2011 s integrací souhlasili a toto stanovisko zastávali i v současnosti.

Nepřetržitá péče

V kategorii „nepřetržitá péče“ se vyskytuje jediný kódovaný prvek: *potřebují péči*. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 6 krát, a je reprezentována níže uvedenými úryvky. Respondenti apelovali na nutnost neustálého dohledu a kontroly z důvodu neschopnosti postarat se o sebe. V některých výpovědích můžeme nalézt stereotypní (předsudečné) vnímání lidí s tímto typem postižení a značnou generalizaci, doplněnou o iracionální představy a jasně formulovaná odmítavá stanoviska.

„...oni neznají normální život a nikdy ho znát nebudou, potřebují neustálý dohled.“
„Tito lidé musí mít péči!!!!!! Neumí disponovat s prostředky a starat se o sebe.“ *„Lidé s hlubší mentální retardací mají problém se o sebe postarat. Potřebují péči 24 hodin denně.“* *„Nechci, aby chodili kolem, u Tesca jestli nemám cigaretu, jsou tu 2 bezdomovci a štvě mě to!“* *„Není důvod zdůvodňovat. S výstavbou nesouhlasím z principu.“*
„...v ústavech mají větší pocit jistoty a zabezpečení.“

Strach

Kategorii „strach“, která byla identifikována na základě kódů: *obavy z neznámého a strach o děti*, reprezentují níže uvedené odpovědi. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 10 krát.

V úryvcích můžeme shledat lehce xenofobní obavy, tedy strach z něčeho nového, neprozkoumaného, značící něco ohrožujícího, a to celkem u 4 respondentů. *„Transformace je pokus-omyl“ „Má to někdo odzkoušené? Co přímo ten jedinec udělá, nebo jak se zachová. Tito lidé se nechají ovlivnit, a nejen že to může způsobit zlo jemu, ale taky se může stát obětí jiný občan Zubří.“ „Jsou to jen mé osobní obavy.“ „...vzbuzují ve mně strach.“*

Strach o děti jako důvod odmítání se objevil u 6 respondentů. Ti se odvolávali na své potomky, starost o ně a zajištění jejich bezpečí. *„Měla bych obavu nechat dítě bez dozoru i na vlastní zahradě neboť i jedno ublížení dítěti (např. fyzické) může mít nedozírné následky na jeho psychický vývoj.“ „strach o děti“ „I když v dané lokalitě nebydlím, mám také malé dítě a z toho důvodu si dokážu představit obavy obyvatel z dané lokality.“ „...opravdu bych nechtěl, aby se s některými potkávaly moje děti.“ „strach o děti“. „Tito lidé se nechají ovlivnit, a nejen že to může způsobit zlo jemu, ale taky se může stát obětí dítě...“*

Potenciální ohrožení

Kategorii „potenciální ohrožení“, reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát a byla identifikována podle kódu: *nebezpečí*. *„...mnohem rizikovější spoluobčané.“ „Myslím si, že držet někde více mužů pohromadě bez žen je problémové.“ „Nikdy nevíte, co ten člověk udělá... A po sexuální stránce si nedovedu představit, jak to mají!“ „...jsou agresivní.“*

Informovanost

Kategorie „informovanost“ v sobě shrnuje takové prvky výpovědí, které signalizovaly nedostatečné informování obyvatel o dané situaci. Byly zde identifikovány kódy jako: *nedostatek informací a fáma*. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 8 krát.

Na nedostatek informací se odvolávali celkem 4 respondenti a upozornili na to, že ohledně celé kauzy neobdrželi žádné nové informace, kvůli nimž by svůj názor

přehodnotili. „Od roku 2011 jsem nedostala nové informace, kvůli kterým bych změnila názor. Možná, že v případě, že bych měla o celé záležitosti více informací z více zdrojů, svůj postoj bych přehodnotila.“ „...nic se nezměnilo.“ „Po odborné stránce neznám tuto problematiku a nejsem si jistá, jestli v Zubří máme kvalifikované odborníky.“

Z výpovědí dále vyplývá, že rozhodnutí respondentů mohla ovlivnit i přítomnost fám, a to celkem u 4 respondentů. Ti tvrdili, že se jim dostaly informace, že zde budou muži s mentálním postižením bydlet zcela sami bez jakékoliv podpory pracovníků. „Navíc se mluvilo o tom, že by zde klienti bydleli sami, a když jsem je viděla, tak mi nepřipadalo, že by dokázali žít „bez“ dohledu.“ „...nebyli schopni se pohybovat po Zubří bez dozoru.“ „Spoustu špatných věcí, které se odehrávají v ústavech, Vám nikdo neřekne!!“ „Nedovedu si představit, jak se sami starají o domácnost a finance.“

Zkušenost

Do kategorie „zkušenost“ byly zařazeny úryvky, z nichž bylo zjevné, že tato zkušenost negativně ovlivnila jejich rozhodnutí. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát na základě kódů: **negativní zkušenost a Zašová**.

O nepříjemné zkušenosti z kontaktu s člověkem s mentálním postižením se hovořilo celkem ve 2 případech. „Měla jsem možnost potkat klienty ústavu v pekárně v Zašové a nebylo mi to moc příjemné, někteří klienti vydávali pouze zvuky.“ „Znám osobně několik postižených. Jsou to jen mé osobní obavy“.

Obec Zašovou, jako místo, kde muži s mentálním postižením donedávna žili, vnímáme jako stigmatizující prvek pro klienty uvedeného Domova. Poukazování na to, že právě klienti ze Zašové nejsou schopni integrace, se objevilo celkem ve 3 výpovědích. „V Zašové byli tito lidé neustále hlídáni... Neříkám, že všichni jsou stejní, ale lidé ze Zašové by nebyli schopni se pohybovat po Zubří bez dozoru.“ „Mentálně postižené ze Zašové potkávám v autobuse a některé bych opravdu nechtěl, aby s nimi potkávaly moje děti.“

Nepříjemné pocity

V kategorii „nepříjemné pocity“ se vyskytují kódované prvky odpovědí, které vypovídají o negativních pocitech, které v nich setkání s člověkem s mentálním postižením zanechává. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát a

byla identifikována na základě jediného kódu: **není mi to příjemné**. Zde respondenti jako příčinu svého rozhodnutí uváděli, že kontakt s lidmi s mentálním postižením jim není z různých důvodů příjemný. „*nedělá mi to dobře, když bych někoho takového potkávala nebo slyšela každý den.*“ „*deptalo by mě to.*“ „*Vadí mi jejich hlučnost a jiné mimické vlastnosti.*“ „*...vzbuzují ve mně odpor.*“ *Měla jsem možnost potkat klienty ... nebylo mi to moc příjemné, někteří klienti vydávali pouze zvuky.*“

Nevhodně zvolená lokalita

Kategorii „nevhodně zvolená lokalita“, reprezentují níže uvedené úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát. Byly zde identifikovány kódy: **nepřipravenost okolí a blízkost stavby**.

Respondenti v rámci kategorie upozorňovali na nepřipravenost okolí, respektive nevhodně zvolenou lokalitu. Čím přesně je lokalita nevhodná blíže nspecifikovali, toto tvrzení uvedli celkem 4 krát. „*Zubří je mladé a zároveň malé město. Myslím si, že umístění klientů DOZP by se nás všech hodně dotýkalo.*“ „*Ted' by to byl šok jak pro nás tak i pro ně.*“ „*Okolí tomu nevyhovuje, bylo by to jak pro ne tak pro obyvatele hodně těžké než by si na ně zvykli.*“ *Nebylo by to vhodné pro nikoho...*“

Jeden z respondentů uvedl, že největší problém shledával v blízkosti nově vystavených objektů jeho vlastního domu. „*...navíc domky by stály jen kousíček od nás.*“

Neuvedeno, nevím

I pro tuto oblast odpovědí byla identifikována kategorie „neuvedeno“, která se vyskytla celkem 8 krát. Jednalo se o respondenty, kteří nechali položku nevyplněnou.

C. Stále by mi to bylo jedno

Pro dimenzi odpovědí „stále by mi to bylo jedno“ byly identifikovány tyto kategorie: **netýká se mě to, nedostatek zájmu, humanita, právo, informovanost, nevadí mi to, neuvedeno/nevím**. Tuto dimenzi charakterizovali respondenti, kteří v roce 2011 k výstavbě domků pro muže s mentálním postižením neměli vyhraněný názor (odpověděli „bylo mi to jedno“), který přetrvává i po odeznění odehraných událostí.

Netýká se mě to

Do kategorie „netýká se mě to“ byly zařazeny úryvky výpovědí podle kódu: **bydlím jinde**. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát.

„Přímo se mě a mé rodiny nedotýká.“ „Bydlím úplně jinde, tak jsem se o to moc nezajímala.“ „My bydlíme dost daleko od navrhovaných lokalit a máme už větší děti, tak nemáme takový strach.“ „Domky by se nenacházely v mém nejbližším okolí, takže by mi to bylo docela jedno.“ „V dané lokalitě už nebydlím, takže se nedokážu objektivně rozhodnout.“

Nedostatek zájmu

Kategorii „nedostatek zájmu“, představují níže uvedené úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 2 krát na základě kódu **mám své starosti**. „Mám spoustu svých starostí.“ „Je mi to prostě jedno, je to starost odpovědných orgánů.“

Humanita

Kategorii „humanita“, reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 2 krát. Byl zde identifikován pouze jeden kód: **lidství**. „Jsou to taky lidé...“ „No i ti jsou lidé a potřebují někde žít.“

Právo

Kategorii „právo“, reprezentuje výpověď pouze jednoho respondenta. Tato kategorie byla identifikována na základě kódu: **mají právo** a prezentuje ji tato výpověď. „...mají svá práva.“

Nevadí mi to

V kategorii „nevadí mi to“ se vyskytuje okódovaný prvek: **nevidím důvod**. Respondenti opět uváděli, že neshledávají důvody, kvůli nimž by muži s mentálním postižením v Zubří nemohli bydlet. Tato kategorie se ve výpovědích vyskytla pouze 2 krát, a je reprezentována níže uvedenými úryvky. „Nevidím důvod, proč by to mělo něčemu vadit.“ „V podstatě s integrací souhlasím, musí být ale posouzeny všechny faktory, vhodně vybraní klienti a zajištěna zpětná vazba.“

Informovanost

Kategorie „informovanost“ v sobě shrnuje prvky výpovědí, které opět signalizovaly nedostatečné informování obyvatel o dané situaci, doplněné, jak uvádí jeden respondent, o fámy. Byl zde identifikován jeden kód: **nedostatek informací**. Tato kategorie se ve

výpovědích v různých obměnách vyskytla pouze 2 krát. „*Málo informací jen jedna paní povídala.*“ „*Musela bych mít více informací, které mi scházely.*“

Neuvedeno/nevím

Kategorii „neuvedeno/nevím“ reprezentují respondenti, kteří otázku nezodpověděli, celkem 6 respondentů, nebo neuměli zdůvodnit, 1 respondent.

D. Změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a

Pro dimenzi odpovědí „**změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a**“ byly shledány tyto kategorie: **humanita, zkušenost, nevadí mi to, neuvedeno**. Tuto dimenzi představovali respondenti, kteří v roce 2011 k výstavbě domků pro muže s mentálním postižením neměli vyhraněný názor (odpověděli „bylo mi to jedno“) a v současné době by svůj názor přehodnotili a souhlasili by. Velmi zajímavým zjištěním bylo, že i přesto, že tito respondenti odpověděli „je mi to jedno“, v daném roce spíše souhlasili, což potvrzují níže uvedené výpovědi.

Humanita

Kategorii „humanita“, reprezentují následující úryvky výpovědí, v nichž se vyskytuje kód: **lidství**. Tato kategorie se ve výpovědích vyskytla celkem 2 krát. „*Jsou to také lidi.*“ „*Ti lidé někde žít musí.*“

Zkušenost

Z výpovědí respondentů v kategorii „zkušenost“ je patrná, pozitivní osobní zkušenost s lidmi s mentálním postižením. Byl zde opět identifikován kód: **pozitivní zkušenost**, který se ve výpovědích vyskytl 1 krát. „*Nikdy jsem nebyla proti, několikrát jsem klienty DOZP Zašová viděla na akcích Zašové či města Zubří, nebo v autobuse a nemyslím si, že by měli naše město nějak ohrožovat.*“

Nevadí mi to

Kategorii „nevadí mi to“, reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v obměnách vyskytla celkem 2 krát. Byly zde identifikovány kódy: **absence ohrožení, nevadí mi**. „*Nemyslím si, že by měli naše město nějak ohrožovat.*“ „*Nevadí mi to.*“ „*Lehké formy by mi na ulicích nevadily.*“

Neuvedeno

Kategorii „neuvedeno“ reprezentují respondenti, kteří otázku nezodpověděli. Jednalo se pouze o 2 dotazované.

E. Změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a

Pro dimenzi odpovědí „změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a“ byly shledány tyto kategorie: **informovanost, lokalita, zabezpečení péče, neuvedeno**. Tuto dimenzi představovali respondenti, kteří v roce 2011 uvedli, že by s výstavbou komunitní služby pro muže s mentálním postižením nesouhlasili a v současné době by svůj názor přehodnotili k pozitivnímu.

Informovanost

Kategorii „informovanost“, reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 7 krát. Byl zde identifikován kód: **více informací**.

„Změnila bych názor, pokud by okolí bylo dostatečně informováno o tom, jaký režim by klienti měli a podle čeho by se do těchto domků klienti vybírali.“ „S výstavbou domků bych eventuálně souhlasila za podmínek bližších informací o těchto klientech, za předpokladu, že informace budou pro mě pozitivní.“ „Bylo-li by jasné, jací lidé tu budou žít...“ „Upřesnit kdo, a s jakým postižením by tu bydlel...“ „Podle toho, o co by se jednalo.“ „Nedostatek informací o tom s jakými postiženími lidé v DOZP Zašová žijí.... Navíc jsem se o tom, že stěhování DOZP probíhá, dozvěděla v době, kdy už byly petice podepsané a jednání už probíhalo.“

Lokalita

Kategorii „lokalita“, reprezentuje následující úryvek. Tato kategorie se ve výpovědích vyskytla pouze 1x. Byl zde identifikován kód: **vhodnější lokalita**. „*Za podmínky vhodnější lokality...*“

Nepřetržitá péče

Kategorii „nepřetržitá péče“, reprezentují následující úryvky výpovědí respondentů. Tato kategorie se ve výpovědích v různých obměnách vyskytla celkem 5 krát. Byly zde identifikovány kódy: **asistence**

„Pokud by tito postižení byli pod stálou kontrolou, souhlasila bych.“ „...s ohledem na to, kdo a jak často by nad nimi ještě měl dozor.“ „...budou-li mít asistenty k dispozici nebo nebudou muset s problémy potkávat sami, asik bych souhlasila.“ „Upřesnit...a jak by bylo o ně postaráno.“

5.4 Statistické ověřování hypotéz

V následujícím textu budeme ověřovat platnost jednotlivých hypotéz, které byly stanoveny v úvodu praktické části. Pro verifikaci hypotéz byl použit Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, u něhož je nezbytné stanovit si alternativní a nulovou hypotézu. Pro toto výzkumné šetření byla stanovena 5% hladina významnosti.

Hypotéza č. 2 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 18 (souvislost mezi lokalitou a rozhodnutím o výstavbě komunitní sociální služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity pouze 2 položky u každé z položených otázek, jelikož zbývající odpovědi nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. U otázky č. 9 byly vyřazeny položky, „bylo mi to jedno“ a „nevím, že se u nás něco takového řešilo“, u otázky č. 18 odpověď „nevím, kde se tyto ulice nachází“.

H_2 : Obyvatelé žijící v lokalitách subjektivně vnímaných jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská, s výstavbou domků nesouhlasili častěji než obyvatelé, kteří žijí v lokalitách subjektivně vnímaných jako vzdálené těmto ulicím.

H_0 : Míra odmítání obyvatel města Zubří nebude vyšší v těch lokalitách, které jsou subjektivně vnímané jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská než v lokalitách, které jsou subjektivně vnímané jako vzdálené těmto ulicím.

H_A : Míra odmítání obyvatel města Zubří bude vyšší v těch lokalitách, které jsou subjektivně vnímané jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská než v lokalitách, které jsou subjektivně vnímané jako vzdálené těmto ulicím.

Tab. 1 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlas	Nesouhlas	Σ
Blízkost	11 (13,68)	19 (16,32)	30
Vzdálenost	20 (17,32)	18 (20,68)	38
Σ	31	37	68

Vypočítané testové kritérium: **1,727**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu (H_A) a přijímáme hypotézu nulovou (H_0)**. Míra odmítání obyvatel města Zubří tedy nebude vyšší v těch lokalitách, které jsou subjektivně vnímané jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská než v lokalitách subjektivně vnímaných jako vzdálené těmto ulicím.

Hypotéza č. 3 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 14 (souvislost mezi informovaností a rozhodnutím o výstavbě komunitní sociální služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity pouze 2 položky u otázky č. 9, jelikož zbylé dvě nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. Jednalo o položku „bylo mi to jedno“ a „nevím, že se u nás něco takového řešilo“, u této položky byli totiž respondenti automaticky přesměrováni na konec dotazníku a následující otázku (č. 14) nezodpovídali.

H_3 : Informovanost obyvatel města Zubří výrazně ovlivnila jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.

H_0 : Mezi informovaností o integraci klientů DOZP Zašová do města Zubří a rozhodnutím obyvatel o výstavbě této komunitní služby neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

H_A : Mezi informovaností o integraci klientů DOZP Zašová do města Zubří a rozhodnutím obyvatel o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením existuje statisticky významná závislost (souvislost).

Tab. 2 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlasil	Nesouhlasil	Σ
Informovanost	13 (11,13)	11 (12,87)	24
Neinformovanost	19 (20,87)	26 (24,13)	45
Σ	32	37	69

Vypočítané testové kritérium: **0,898**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Zvolená hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu (H_A) a přijímáme hypotézu nulovou (H_0)**. Mezi informovaností o integraci klientů DOZP Zašová do města Zubří a rozhodnutím obyvatel o výstavbě této komunitní služby neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

Hypotéza č. 4 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 13 (souvislost mezi kontaktem a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity taktéž pouze 2 položky u otázky č. 9, jelikož zbylé dvě nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. Jednalo o položku „bylo mi to jedno“ a „nevím, že se u nás něco takového řešilo“, u této položky byli totiž respondenti automaticky přesměrováni na konec dotazníku a otázku č. 13 nezodpovídali.

H_4 : Kontakt obyvatel města Zubří s lidmi s klienty DOZP Zašová, výrazně ovlivnil jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby v tomto městě.

H_0 : Mezi kontaktem obyvatel města Zubří s klienty DOZP Zašová a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby v tomto městě neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

H_A : Mezi kontaktem obyvatel města Zubří s klienty DOZP Zašová) a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby v tomto městě existuje statisticky významná závislost (souvislost).

Tab. 3 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlasil	Nesouhlasil	Σ
Ano	15 (16,23)	20 (18,77)	35
Ne	17 (15,77)	17 (18,23)	34
Σ	32	37	69

Vypočítané testové kritérium: **0,353**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Zvolená hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu (H_A) a přijímáme hypotézu nulovou (H_0)**. Mezi kontaktem obyvatel města Zubří s klienty DOZP Zašová a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby v tomto městě neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

Hypotéza č. 5 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 19 (souvislost mezi pohlavím a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity pouze 2 položky u otázky č. 9, jelikož zbylé dvě nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. Jednalo o položku „bylo mi to jedno“ a „nevím, že se u nás něco takového řešilo“.

H_5 : Pohlaví respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.

H_0 : Mezi pohlavím respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statistická významná závislost (souvislost).

H_A : Mezi pohlavím respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením existuje statistická významná závislost (souvislost).

Tab. 4 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlasil	Nesouhlasil	Σ
Muž	5 (5,57)	7 (6,43)	12
Žena	27 (26,43)	30 (30,57)	57
Σ	32	37	69

Vypočítané testové kritérium: **0,132**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Zvolená hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu (H_A) a přijímáme hypotézu nulovou (H_0)**. Mezi pohlavím respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statistická významná závislost (souvislost).

Hypotéza č. 6 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 21 (souvislost mezi vzděláním a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity pouze 2 položky u otázky č. 9 a 1 položka u otázky č. 21, jelikož zbylé dvě nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. Jednalo o položku „bylo mi to jedno“, „nevím, že se u nás něco takového řešilo“ a „vzdělání základní“ – tato položka totiž v souvislosti s ověřovanými daty neposkytovala žádné údaje. Údaje z otázky č. 21 byly sloučeny do dvou položek – základní vzdělání, střední vzdělání s maturitou a střední (výuční list) byly sjednoceny pod položku středoškolské vzdělání. Vzdělání vyšší odborné a vysokoškolské pod položku vysokoškolské.

H_6 : Vzdělání respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.

H_0 : Mezi vzděláním respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

H_A : Mezi vzděláním respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením existuje statisticky významná závislost (souvislost).

Tab. 5 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlasil	Nesouhlasil	Σ
Středoškolské	21 (23,19)	29 (26,81)	50
Vysokoškolské	11 (8,81)	8 (10,19)	19
Σ	32	37	69

Vypočítané testové kritérium: **1,401**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Zvolená hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu (H_A) a přijímáme hypotézu nulovou (H_0)**. Mezi vzděláním respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

Hypotéza č. 7 se vztahovala k otázkám č. 9 a č. 20 (souvislost mezi věkem a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby). Na základě logické analýzy dat byly pro ověření platnosti hypotézy použity pouze 2 položky u otázky č. 9, jelikož zbylé dvě nekorelovaly s tím, co stanovené hypotézy ověřovaly. Jednalo o položku „bylo mi to jedno“ a „nevím, že se u nás něco takového řešilo“. Údaje z otázky č. 20 byly sloučeny do dvou položek – „18-29 let“ a „30-49 let“ byly sjednoceny pod položku „18-49 let“. Věkové rozpětí „50-69 let“ a „70 let a více“ pod položku „50-70 let a více“.

H_7 : Věk respondentů má vliv na jejich rozhodnutí o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením.

H_0 : Mezi věkem respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statisticky významná závislost (souvislost).

H_A : Mezi věkem respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením existuje statisticky významná závislost (souvislost).

Tab. 6 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát

	Souhlasil	Nesouhlasil	Σ
18-29let	25 (28,29)	36 (32,71)	61
30-49let			
50-69 let	7 (3,71)	1 (4,29)	8
70 let a více			
Σ	32	37	69

Vypočítané testové kritérium: **6,154**

Stupeň volnosti: $f = 1$

Zvolená hladina významnosti: **0,05**

Kritická hodnota testového kritéria: **3,841**

Vypočítaná hodnota testového kritéria je větší, než kritická hodnota testového kritéria, proto **na hladině významnosti 0,05 zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní**. Mezi věkem respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením existuje statisticky významná závislost (souvislost).

Výše uvedené hypotézy se kromě hypotézy č. 7, která zjišťovala vztahy mezi věkem a rozhodnutím obyvatel, nepotvrdily. Měli bychom mít však na paměti, že pro toto výzkumné šetření byla stanovena 5% hladina významnosti. To znamená, že pravděpodobnost odchylky je taková, že v průměru u 5 případů ze 100, může být úsudek zavádějící. Přihlížejíce k nepříliš početnému výzkumnému vzorku.

6 SHRnutí VÝzkUMU

Empirická část diplomové práce se zabývala problematikou integrace osob s mentálním postižením do běžné společnosti. Tato kapitola poskytuje redukovanou interpretaci výsledků výzkumného šetření dle stanovených hlavních a dílčích cílů.

Hlavním cílem bylo zmapování, důvodů, které obyvatele města Zubří vedly k odmítnutí výstavby komunitní sociální služby pro lidi s mentálním postižením ve zdejší komunitě. Dílčí cíle zjišťovaly procentuální zastoupení obyvatel, kteří vyjádřili souhlas/nesouhlas se stěhováním uživatelů DOZP Zašová do dané komunity. Odhalovaly nejvýznamnější faktory, které ovlivnily rozhodnutí obyvatel. Ověřovaly, zda vybrané sociodemografické determinanty ovlivňují názor respondentů na integraci osob s mentálním postižením do komunity. A v neposlední řadě zjišťovaly, zda by obyvatele města Zubří, s odstupem času, změnili svůj názor a s integrací klientů DOZP Zašová souhlasili. Dle těchto cílů jsme otázky roztřídili do oblastí, z kterých vzešly následující výsledky.

6.1 Zastoupení souhlasu/nesouhlasu

Z výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 139 respondentů pouze 27 % obyvatel Zubří odmítalo výstavbu komunitní služby pro lidi s mentálním postižením ve zdejším městě. S integrací mužů s mentálním postižením do Zubří souhlasilo 23 % dotazovaných a 19 % k této situaci nezaujímal nikterak vyhraněný názor. Naopak velmi překvapujícím zjištěním bylo, že 31 % obyvatel tuto událost vůbec nezaregistrovalo a uváděli, že neměli tušení, že se v jejich městě něco takového řešilo, natož že k tomu mohli vyjádřit svůj názor. Z informací, které byly dostupné a na jejichž základě nebyla v roce 2011 v Zubří postavena komunitní služba, vyznívalo, že obyvatele města Zubří s integrací nesouhlasí. Když se však pozorněji zaměříme na získaná data, zjistíme, že nadpoloviční většina respondentů 73 % rozhodně neměla negativně vyhraněný názor, ale naopak buďto vyjádřila souhlas, bylo jí to jedno nebo o těchto událostech nebyla informována.

V návaznosti na tento cíl jsme si vytyčili hypotézu č. 1, která předpokládala, že více jak 50 % respondentů vyjádřilo s výstavbou komunitní služby nesouhlas. Na základě získaných dat se platnost této hypotézy nepotvrdila, jelikož nesouhlas vyjádřilo pouze již zmiňovaných 23 % dotazovaných.

V rámci tohoto cíle jsme dále zjišťovali, zda na rozhodnutí mohla mít vliv i subjektivně vnímaná blízkost vystavených objektů tedy, zda negativní názor neměli pouze obyvatelé, v jejichž blízkosti se měla novostavba nacházet (v okolí ul. Nad Fojtstvím a Rožnovská). I přesto, že se jedná o kvantitativně orientované výzkumné šetření, užíváme zde termínu „subjektivita“, jenž bývá hojně používán v kvantitativním výzkumu, a to úmyslně. Lidské vnímání je totiž velmi individuální, stejně tak jako strach je subjektivní reakcí na subjektivní hodnocení v oblasti ohrožení (Stackeová, 2011, s. 46). Co pro jednoho může být chápáno jako vzdálené, jiný může brát jako blízké a naopak. A právě z této myšlenky jsme při tvorbě hypotézy vycházeli. Hypotéza č. 2 tedy předpokládala, že obyvatelé žijící v lokalitách subjektivně vnímaných jako blízké ulicím Nad Fojtstvím a Rožnovská, s výstavbou domků nesouhlasili častěji než obyvatelé, žijící v lokalitách subjektivně vnímaných jako vzdálené těmito ulicím. Na základě našeho výzkumu se tato hypotéza nepotvrdila. Mezi blízkostí lokality a rozhodnutím obyvatel o výstavbě této komunitní služby neshledáváme statisticky významnou souvislost.

6.2 Nejvýznamnější faktory

Podle 27 % respondentů, kteří otevřeně vyjádřili ve výzkumu svůj nesouhlas, byl jedním z nejčastějších důvodů odmítnutí lidí s mentálním postižením, nedostatek informací. Stížnosti přicházely na nedostatečnou informovanost o celém záměru – zabezpečení péče a podpory klientů v nových službách – byl by přítomen asistent nebo by se jednalo o zcela samostatné bydlení? Tyto důvody byly identifikovány u 26 respondentů. Tuto skutečnost potvrdili i respondenti, kteří zaujímalí k integraci mužů s mentálním postižením odlišný názor. Celkem 73 % Zubřanů, nepřihlízejíce k souhlasu či nesouhlasu, pociťovalo nedostatečnou informovanost o celé této události. Právě nedostatek informací může být zdrojem obav, strachu a především hnacím motorem pro šíření nepodložených domněnek a fám. Celou tuto skutečnost umocňuje fakt, že 60 respondentů se o těchto událostech dozvědělo od přátel a známých. Dalším zdrojem informací byla média, a to v 25 případech a negativně laděné anonymní letáky, které upozorňovaly na vraždu v Domově, vylepené po obci – 11 krát, což celou situaci nijak neuklidnilo. Právě tato zjištění shledáváme jako zásadní deficity při přenosu informací v procesu transformace, jelikož předávání informací prostřednictvím neformálních nepřímých zdrojů vede často k nepřesnostem, k vzniku již zmíněných fám a následně ke strachu. Pouze 26

dotazovaných bylo informováno formálními zdroji, mezi něž řadíme zastupitele města, schůze a besedy v obci či pracovníky uvedeného Domova.

Nízkou míru informovanosti potvrzuje i výše uveřejněné procentuelní zastoupení osob, které tuto událost vůbec nezaregistrovaly, a uváděly, že neměly tušení, že se k něčemu takovému mohly vyjádřit. Za významné zjištění považujeme i to, že z těchto 31 neinformovaných procent, pouze 5 respondentů shledávalo pravidelné setkávání s člověkem s mentálním postižením za problematické. Zbylá část neviděla v soužití s lidmi s mentálním postižením problém, popřípadě se nemohla jednoznačně rozhodnout.

Pro jasnější porozumění vzájemným vztahům mezi proměnnými jsme si v rámci tohoto cíle stanovili hypotézu č. 3. Ta se zaměřovala na ověření vztahu mezi informovaností respondentů a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s postižením. Předpokládali jsme totiž, že lidé, kteří jsou o celém procesu informováni, budou zastávat názor pozitivnější, než jednotlivci, kteří měli nedostatek informací. Jednoduchou analýzou jsme shledali, že mezi těmito dvěma proměnnými neexistuje na hladině významnosti 5 % signifikantní vztah. Tedy, že mezi informovaností obyvatel města Zubří a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statisticky významná souvislost. Platnost hypotézy č. 3 se tak nepotvrdila.

Dalším významným faktorem, který dle výsledků ovlivnil negativně laděné postoje, byl i strach, celkem v 54 případech. Samotní respondenti svou negativní odpověď dále zdůvodňovali různorodými obavami, které proces transformace mohou provázet. Odborná literatura dodává, že prezentované zjištění je zcela samozřejmé a přirozené, jelikož člověk bývá zpočátku ke všemu, co je nové a neodzkoušené značně nedůvěřivý. Přeci jen je transformace ústavních zařízení novinkou – obyvatelé se zde často odvolávali na potenciální řešení situací, kdy jakákoliv část procesu selže nebo se proces nevydaří, a dotazovali se na následné kroky a opatření. Kromě toho respondenti upozorňovali na ohrožení svých potomků, které pro ně mentálně postižení muži, podotýkáme neopodstatněně, představovali. Což mohlo vycházet z mylného přesvědčení o jejich agresivitě. Další připomínky se vztahovaly k soukromí obyvatel. Ti se obávali narušování svého osobního života, znehodnocení pozemků a poukazovali na nepřípravenost klientů na tak významnou změnu. Jak se k tomuto respondenti dopátrali, jsme blíže neanalyzovali.

Zdrojem výše připomínkovaného strachu může být dle různých výzkumů také nedostatek zkušeností a kontaktů s lidmi s postižením. Proto jsme prostřednictvím dotazníku ověřovali, zda respondenti vůbec někdy měli možnost setkat se s člověkem s mentálním postižením nebo dokonce s konkrétními klienty ze Zašové, aby si utvořili obraz o lidech s tímto typem postižení. Z výsledků šetření vyplývá, že z celkového počtu 139 dotazovaných, se celkem 96 % Zubřanů někdy setkalo s člověkem s mentálním postižením. Dalších 60 % dotazovaných má ve svém okolí (v rodině, mezi přáteli či známými) člověka s mentálním postižením. A pouze 44 % přišlo konkrétně s klienty Domova do styku. Jak intenzivní toto setkání bylo, zda bylo pozitivní či naopak jsme z výzkumu nezjistili. Naopak zkušenost přátel a známých s lidmi s mentálním postižením byla jedním z faktorů, jež negativně smýšlející respondenti označili za determinující jejich rozhodnutí, a to ve 20 případech.

Pro jasnější pochopení vzájemných vztahů mezi proměnnými jsme si následně stanovili hypotézu. Ta se zaměřovala na ověření vztahu mezi kontaktem obyvatel s klienty Domova a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby v Zubří. Na základě analýzy jsme zjistili, že mezi těmito dvěma proměnnými neexistuje na hladině významnosti 5 % závislost. Platnost hypotézy č. 4 se nepotvrdila. Mezi kontaktem obyvatel města Zubří s klienty DOZP Zašová, a rozhodnutím o výstavbě komunitní služby v tomto městě tedy neexistuje statisticky významná souvislost.

V rámci tohoto cíle jsme se snažili zmapovat i další neméně důležité faktory, které mohly ovlivňovat smýšlení obyvatel o lidech s mentálním postižením a které z výsledků nepřímo vzešly. Domníváme se, že pro analyzování potenciálních příčin může být signifikantní i samotného vnímání obrazu člověka s mentálním postižením. Z výpovědí všech respondentů vyplynula následující charakteristika. Ta chápe člověka s mentálním postižením jako osobu, která má snížené rozumové schopnosti. Pro takového člověka jsou příznačné poruchy chování a specifické projevy manifestující jako agresivita, výbušnost, nevyzpytatelnost a nepředvídatelnost, projevující se přítomností určitého rutinního chování (typickou však především pro poruchy autistického spektra, nikoliv jen mentálního postižení). Kromě toho se objevují deficity v oblasti řeči a vzhledu. Ten je dle respondentů jedním z kritérií, podle něhož jsme schopni člověka s mentálním postižením identifikovat.

Výše uvedená „typologie“ člověka s mentálním postižením se pak odvolává na to, že takový člověk potřebuje nepřetržitou péči. Přítomny jsou i ochránářské tendence, které pohlíží na lidi s mentálním postižením jako na tzv. „věčné děti“ neschopny žít v běžném

prostředí, vyžadující neustálý dohled. Což koreluje s přesvědčením respondentů o tom, že ústavní péče vyhovuje potřebám svých klientů, a že je zde lidem s postižením lépe než mezi „normálními“ lidmi. K tomuto názoru se hlásí celkem 71 respondentů. Své stanovisko nejčastěji zdůvodňují tím, že jsou lidé s mentálním postižením snadno zneužitelní a život ve většinové společnosti by pro ně samotné mohl být nebezpečný - zdraví lidé by je totiž mohli okrást, zneužít, atp. Že je pro ně život v ústavu zkrátka bezpečnější, si alespoň myslí 48 respondentů. Jelikož je podle nich lidem s mentálním postižením v ústavech poskytnuta kvalitní péče, v kvalitních podmínkách, odpovídající potřebám svých klientů, tato možnost byla zvolena v 33 případech.

Tyto charakteristiky vypovídají o jasně předsudečném vnímání lidí s mentálním postižením, vycházejícím z nedostatku informací o tomto postižení. Ve výše uvedených výpovědích můžeme nalézt předsudky, mýty a stereotypy, které jsme popisovali v teoretické části. Netvrdíme, že se tyto projevy chování u lidí s mentálním postižením nemohou v různé míře vyskytovat, nelze však vnímat mentálně postižené jako homogenní skupinu pro niž je charakteristický výše uvedený výčet projevů chování. Přestože u značné části z nich můžeme nalézt společné znaky, jejich individuální modifikace se odvíjejí od druhu mentálního postižení, hloubky, rozsahu nebo od toho, zda jsou jednotlivé složky psychiky zasaheny rovnoměrně či nikoliv. To si naštěstí uvědomili respondenti v 26 případech a uvedli, že nelze jednoznačně popsat, kdo je člověk s mentálním postižením či jak se může projevovat, jelikož se jedná o individuální záležitost.

6.3 Vliv sociodemografických determinantů

V rámci výzkumu jsme ověřovali, zda mají vybrané sociodemografické determinanty (pohlaví, věk a vzdělání) vliv na názor respondentů na výstavbu komunitní služby pro osoby s mentálním postižením do jejich komunity. Na základě tohoto dílčího cíle byly stanoveny celkem 3 hypotézy, které měly napomoci k jasnějšímu pochopení vzájemných vztahů mezi těmito proměnnými.

První z těchto hypotéz se soustředila na ověření souvislost mezi pohlavím a rozhodnutím respondentů o výstavbě komunitní služby v Zubří. Jednoduchou analýzou jsme prokázali, že mezi těmito proměnnými na hladině významnosti 5 % neexistuje signifikantní vztah. Platnost hypotézy č. 5 se tak nepotvrdila. Mezi pohlavím respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje statisticky významná závislost.

Další hypotéza se týkala vztahu mezi vzděláním a rozhodnutím respondentů o výstavbě komunitní služby v Zubří. Ani v tomto případě se platnost hypotézy č. 6 nepotvrdila. Mezi vzděláním respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením neexistuje na hladině významnosti 5 % statisticky významná souvislost.

Poslední hypotéza z této oblasti se zaměřovala na vztah mezi věkem a rozhodnutím respondentů o výstavbě komunitní služby v Zubří. Naše studie prokázala signifikantní vztah mezi těmito proměnnými. Hypotéza č. 7 tak byla potvrzena. Mezi vzděláním respondentů a jejich rozhodnutím o výstavbě komunitní služby pro lidi s mentálním postižením na hladině významnosti 5 % existuje statisticky významná souvislost.

Na základě výše uvedených výsledků, jsme v našem výzkumu (až na hypotézu č. 7) nezaznamenali výrazně signifikantní vliv sociodemografických determinantů.

6.4 Změna názoru

Předposledním dílčím cílem bylo zmapovat, zda by obyvatelé města Zubří s odstupem času změnili názor a s integrací klientů Domova souhlasili. Z celkového počtu 96 respondentů, kteří se k této problematice měli možnost vyjádřit, uvedlo 30 %, že by svůj názor nepřehodnotili a stále by zaujíмали negativní stanovisko. Jako důvody uvedli, již zmíněné faktory, které se v odpovědích vyskytly téměř se stejnou četností: potřeba nepřetržité péče, strach, s tím spojené i vnímání lidí s postižením jako potenciálního ohrožení, nepříjemné pocity, které v respondentech tyto lidé evokují, či nedostatečná informovanost. Právě nedostatek informací zapříčinil vznik řady obav, kdy respondenti uvedli, že se k nim dostalo informací, že zde budou muži žít samostatně bez nezbytné podpory, což vyvolalo silné obavy. Další příčinou těchto postojů byly i negativní zkušenosti s klienty Domova. Respondenti uváděli, že klienty několikrát potkali např. při využívání veřejné dopravy, v obchodech nebo za jiných okolností. Zda se tyto zkušenosti opíraly opravdu o kontakt s uživatele Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová či s jinými lidmi s postižením, jsme blíže neověřovali. Nicméně název této sociální služby – Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová, vnímáme jako prvek, který je pro klienty určitým způsobem stigmatizující. Posledním důvodem přetrvávajícího negativního názoru bylo, že Zubří je pro integraci lidí s mentálním postižením jako lokalita nevhodná. Dle respondentů okolí integraci nevyhovuje, nehledě na to, že by se tato změna obyvatel hodně dotýkala – jakým způsobem blíže respondenti nespécifikovali.

Celkem 15 % respondentů, jejichž názor nebyl pozitivní, uvedlo, že by svůj postoj změnil a s integrací s odstupem času souhlasili. Jednalo se o 6 respondentů, kteří v roce 2011 vyjádřili názor negativní a 8 respondentů, kterým to, jak sami uvedli, bylo v dané době jedno. Transformování neutrálního názoru se často opíralo o hodnotovou orientaci respondentů. Dá se říci, že tito respondenti se již v daném roce i přesto že uvedli „je mi to jedno“ přikláněli k integraci. Z jejich postojů pramenila určitá humanita, zejména pak hodnota lidství. Neméně důležitým elementem, ovlivňujícím dosavadní postoj byla i pozitivní zkušenosti ze setkání s klienty Domova či prostý souhlas, plynoucí z absence ohrožení.

Změna negativního názoru, byla podmíněna přísunem bližších informací. Zde respondenti udávali jako předpoklad kvalitnější informovanost o celém procesu, zahrnující údaje o klientech, formách podpory, způsobu poskytování služby, atd. Dále respondenti podotýkali, že za podmínek poskytnutí nezbytné podpory klientům prostřednictvím např. asistenta, by nevnímali integraci jako problematickou. V jednom případě respondent uvedl, jako podmínku změny názoru vhodnější lokalitu – jaké nároky by musela lokalita splňovat, aby byla adekvátní, však nebylo přiblíženo.

V rámci tohoto cíle byla stanovena hypotéza, která předpokládala, že většina obyvatel (více jak 50 %) by s odstupem času změnila svůj názor a s integrací souhlasila. Vzhledem k tomu, že pouze 14 obyvatel změnilo názor, to znamená, že s integrací by v současné době souhlasilo 46 respondentů, což je 33 %, stanovenou hypotézu odmítáme. Ani s odstupem času by více jak 50 % respondentů s integrací nesouhlasilo. Je však důležité podotknout, že žádný z respondentů nezměnil svůj názor k negativnímu.

6.5 Doporučení pro praxi

Na základě získaných dat předkládáme určitá opatření, která by mohla do budoucna alespoň částečně přispět k odvrácení nastalých událostí. Jsme si vědomi toho, že nelze získané výsledky zobecňovat. Poněvadž však v průběhu psaní práce v Zubří nakonec vznikla komunitní sociální služba (v jiné lokalitě), má naše doporučení spíše obecný charakter, jímž by se mohla, v rámci zachování dobré praxe, řídit i jiná transformující se zařízení a vyhnout se tak podobným situacím. Vzhledem k tomu, že jako nejvíce znepokojující faktor, který respondenti uvedli, byla považována nedostatečná informovanost obyvatel, doprovázena předsudečným vnímáním lidí s mentálním

postížením, zaměřili bychom doporučení právě na tyto dvě oblasti – doporučení pro transformační tým, který procesem provází a pro práci se samotnou veřejností.

6.5.1 Doporučení pro transformační tým

Jako zásadní kámen úrazu shledáváme zanedbání informovanosti obyvatel již od počátků procesu. Doporučení pro transformační tým by proto mělo následující charakter. Navrhli bychom, aby již od počátků tohoto záměru byli obyvatelé dané komunity dostatečně informováni. Tímto eliminujeme šíření fám, nepravd a strachu. Co se týká formy osvěty. V případě, že by se jednalo o besedu v obci ve stylu „kulatý stůl“, kde by byli občané o daném záměru informováni, velký důraz bychom kladli na volbu vhodného moderátora. Ten by měl být vybaven zkušenostmi s facilitováním podobných situací, a být schopen usměrňovat jednání. Tímto bychom předcházeli zkušenostem z minulých let, kdy tón jednání udávala skupinka nejhlasitějších. Pokud by to situace dovolovala, jednali bychom s obyvateli individuálně – především pak s těmi, kterých by se tato změna dotýkala nejvíce – sousedy. V případě nezájmu obyvatel o přímý kontakt s pracovníky, bychom vytvořili alespoň informační brožury či letáky, které bychom ponechali ve schránkách. Ty by obsahovaly následující údaje: o jaký záměr se jedná, cílová skupina, jak bude vypadat podpora v této službě, atd.

Domníváme se, že výše uvedená opatření by mohla eliminovat zmiňovaný strach a vznik fám.

6.5.2 Doporučení pro práci s veřejností

Z výsledků vyplynulo, že jedním z faktorů, který respondenty při rozhodování negativně ovlivnil, byl strach. Což opět vychází z nedostatečného přísunu kvalitních informací o lidech s mentálním postižením a možná i omezených zkušeností s nimi. To potvrzuje i Vágnerová (2008, s. 651), která podotýká, že příčinou odmítání může být právě absence zkušeností s těmito lidmi, které jsou nedostatečné, případně negativně orientované. Na základě těchto faktů shledáváme řešení v osvětě, která by měla probíhat kontinuálně a měla by samotné transformaci předcházet a vytvářet pro ni ve společnosti přátelské prostředí.

Proto je úkolem všech, kteří s těmito lidmi pracují, a nejen jich, šířit osvětu v této oblasti a seznamovat s příklady dobré praxe. Ta bude krom jiného informovat o životě, který byl pro ústavní péči v minulých desetiletích běžný a normální, respektive NE-

normální. V návaznosti na to, také s proměnou života klientů po odchodu z ústavu. Ale především v seznamování s konkrétními lidmi s mentálním postižením. Například tím, že je budeme podporovat ve využívání běžně dostupných služeb v komunitě, které sociální služby nebudou uměle nahrazovat. Tak bude mít většinová společnost možnost získat nové zkušenosti.

V případě, že bychom i přes výše doporučená opatření narazili na odpor veřejnosti, navrhovali bychom záměr prosadit a integraci dokončit. Tím, že se stáhneme do ústraní a budeme ustupovat, totiž nikdy nedosáhneme toho, že se tyto předsudky, mýty a strach vytratí, ale naopak je budeme posilovat. Jelikož společnost nebude mít možnost získat nové, jiné a především pozitivní zkušenosti. Jak uvádí Alan (In Šišková, 2008, s. 12) *„zbavit se xenofobie znamená poznat je a naučit se žít s nimi pospolu. Čím hustší sociální síť kontaktů zde vznikne, tím slabší bude nedůvěra, jež existuje na obou stranách.*

ZÁVĚR

Diplomová práce byla věnována problematice integrace osob s mentálním postižením do společnosti. Touto prací jsme reagovali na bouřlivé události, které tento proces provází a to odmítání lidí s mentálním postižením většinovou společností. Konkrétně jsme se zaměřili na události, které se v roce 2011 odehrály ve městě Zubří, kde měla být vystavena komunitní sociální služba pro muže z nedalekého Domova pro osoby se zdravotním postižením, jenž procházel procesem transformace. Celá transformace však narazila na odpor obyvatel, kteří s touto intencí nesouhlasili, a tak musel být celý záměr stáhnut a Domov musel hledat nové lokality.

Teoretická část provázela stěžejními kapitolami, které se k této problematice vážou. Zabývala se integrací a jejími právními východisky. Předkládá sumář důvodů, které mohly obyvatele vést k takto vyostřeným názorům. V neposlední řadě představuje kvalitativní studii, kterou o této události zpracovalo Národní centrum podpory transformace. Empirická část se soustředila na výzkumné šetření v konkrétní komunitě – Zubří. Získaná data jsme se snažili co nejpřesněji interpretovat a zodpovědět tak na stanovené cíle. Ty mapovaly důvody, které vedly obyvatele města Zubří k odmítnutí výstavby této komunitní sociální služby.

I přesto, že jsou výsledky výzkumu opřeny pouze o konkrétní výzkumný vzorek – obyvatele města Zubří, a nelze je zobecnit, shledáváme přínos práce přínos práce ve zmapování jednotlivých faktorů, jež mohou mít vliv na utváření názoru. Výsledky těchto výzkumů jsme ještě při tvorbě práce poskytli Domovu, jehož uživatelé se nakonec do Zubří přestěhovali. Dále je nabídneme Národnímu centru podpory transformace, které při dalších transformačních snahách může brát na tyto faktory zřetel a snažit se uplynulým událostem předcházet.

Transformace sociálních služeb a proces postupného začleňování lidí s mentálním postižením je v České republice aktuálním trendem, který sebou přináší určité obavy. Doufáme však, že přijde čas, kdy společnost bude své členy, jež jsou uživateli sociálních služeb vnímat prostřednictvím jejich běžných společenských rolí – jako žáka, studenta, souseda, kamaráda... a jako nedílnou součást obce – komunity. Bude vnímat jejich potřeby a rozumět podobě, účelu a ceně podpory, která je těmto lidem poskytována. Bude ochotna zahrnout je do sdílené a neformální podpory. A v neposlední řadě bude

citlivá k jejich právům a bude se zasazovat o jejich ochranu a naplňování. (Národní centrum podpory transformace, 2013, s. 15)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIŽNÍ ZDROJE

- [1] AHLBORN, PANEK a JUNGERS, 2008 podle HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3070-7.
- [2] ALAN, Josef. *Xenofobie a rasismus: úvodní poznámka sociologa*. In: ŠIŠKOVÁ, Tatjana, 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 8073671824.
- [3] ALLPORT, Gordon Willard, 2004. *O povaze předsudků*. Praha: Prostor. ISBN 80-7260-125-3.
- [4] ARNOLDOVÁ, Anna, 2004. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0875-8.
- [5] ATKINSONOVÁ a WILLIAMSOVÁ, 1990 podle ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
- [6] BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora, BAZALOVÁ, a Jarmila, PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-807-3151-614.
- [7] BAZALOVÁ, Barbora, 2006. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: MU.
- [8] BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
- [9] BLAŽKOVÁ, Martina, 2007. *Marketingové řízení a plánování pro malé a střední firmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1535-3.
- [10] BONGOFF et al., 1961 podle HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie, 2003*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-763-9.
- [11] BRANDL, 2006 podle SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

- [12] BURIÁNEK, Jiří, 1996. *Sociologie pro střední školy a vyšší odborné školy*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-304-3.
- [13] ČAČKA, Otto, 2002. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3. vyd., Brno: Doplněk. ISBN 8072391070.
- [14] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan, SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [15] ČERMÁKOVÁ, Kristýna a Milena, JOHNOVÁ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV. ISBN 80-86552-45-4.
- [16] ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [17] ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- [18] ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- [19] DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [20] DÖRNER, Klaus a URSULA PLOG, 1999. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 9788071696285.
- [21] FREDRICKSON, George, 2003. *Rasismus - Stručná historie*. Praha: BB/art. ISBN 80-7341-124-5.
- [22] FRIŠTENSKÁ, Hana. *Pojmy xenofobie, rasismus, rasové násilí a rasová diskriminace*. In: ŠIŠKOVÁ, Tatjana, 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 8073671824.
- [23] GEMERTEM, 1993 podle MÜLLER, Oldřich, 2001. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0231-9

- [24] GOFMANN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-21-0.
- [25] GOFMANN, 2003 podle JANDOUREK, Jan, 2009 *Úvod do sociologie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-644-5.
- [26] GOFMANN, 2003 podle SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [27] GOFFMAN, Erving, 2007. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New Brunswick / London: Transaction Publishers. ISBN 978-0-202-30971-2.
- [28] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1
- [29] HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, 2006. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.
- [30] HUBINKOVÁ, Zuzana, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024715933.
- [31] CHALOUPKOVÁ, Soňa. 2010. *Analýza vyučovacího procesu v základních školách praktických v České republice*. In: PANČOCHA, Karel, 2010. *Životní dráha jedince v inkluzivním prostředí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5340-3.
- [1] CHROMÝ, Karel, 1990. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0050-4.
- [32] JANOŠOVÁ, Pavlína, 2008. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2284-9.
- [33] JESENSKÝ, Ján, 1995 podle SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [34] KAPFERER, Jean Noël, 1992. *Fáma nejstarší médium světa*. Praha: Práce. ISBN 80-208-0262-2.
- [35] KEHÁROVÁ, 1992 podle VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH, 1999. *Psychologie handicapu*. Praha: PdF Univerzita Karlova. ISBN 80-7066-582-3.

- [36] KELMAN, 1953 podle podle HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*, 2003. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-763-9.
- [37] KOPŘIVA, Karel, 2000. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-x.
- [38] MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [39] LANG, Greg a Chris BERBERICH, 1998. *Každé dítě potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivních tříd*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-144-4.
- [40] LEIBOWITZ, 2010 podle LUKASOVÁ, Marie a Adéla HRADILOVÁ, 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Kancelář veřejného ochránce práv: Brno. ISBN 978-80-87949-03-0.
- [41] Mezinárodní zdravotnické organizace podle MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [42] MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008 271 s. 978-80-7367-368-0-
- [43] MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [44] MICHALÍK, Jan. Obecné podmínky školské integrace v České republice. In: MÜLLER, Oldřich, 2001. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0231-9.
- [45] MURPHY, 2001 podle NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [46] NAKONEČNÝ, Milan, 2009. *Sociální psychologie* 2. vyd. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
- [47] NOVÁK, Tomáš, 2002. *O předsudcích*. Praha: DOPLŇEK. ISBN 80-7239-121-6.

- [48] NOVÁK, Tomáš, 2004. *Jak bojovat se stresem*. Praha: Grada. 80-247-0695-4.
- [49] NOVÁK, Tomáš, 2013 *O otcovské roli: význam otce v rodině*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4498-8.
- [50] NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [51] NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [52] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.
- [53] PACOVSKÝ, Vladimír, 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-32-8.
- [54] PASTIERIKOVÁ Lucia a Vojtech REGEC. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2648-8.
- [55] PAVLATOVÁ, Eva, 1996. *Život napodruhé*. Havlíčkův Brod: Fragment. ISBN 80-7200-075-6.
- [56] PAVLOVSKÝ, Pavel, 2009 *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4726-182.
- [57] PETRUSEK Miloslav a Alena VODÁKOVÁ, 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
- [58] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.
- [59] Popis realizace služby, 2013. Interní předpis. Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová.
- [60] PRAŠKO, Ján, 2005. *Asertivita v partnerství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1246-6.

- [61] PRŮCHA, Jan, 2010. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-709-1.
- [62] REICHEL, Jiří, 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. 2. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2594-9.
- [63] RIEMANN, Fritz, 2013. *Základní formy strachu: typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-700-8.
- [64] SHERMAN, MACRAE a BODENHAUSEN, 2000 podle VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
- [65] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [66] SMOLÍK, Josef, 2008. *Fotbalové chuligánství, historie, teorie a politizace fenoménu*. Karlovy Vary: Zdeněk Plachý. ISBN 978-80-903556-3-7.
- [67] SOBEK, Jiří et al., 2010. *Práva lidí s mentálním postižením*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-8696-2.
- [68] STACKEOVÁ, Daniela, 2011. *Relaxační techniky ve sportu: autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3646-4.
- [69] *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality 100 sociálních služeb*, 2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- [70] ŠELNER, Ivo, 2012. *Fenomén člověk s postižením*. Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc. ISBN 978-80-87623-06-0.
- [71] ŠESTÁKOVÁ, Irena, 2012. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-042-6.
- [72] ŠÍŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
- [73] ŠÍŠKOVÁ Tatjana, 2008. *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 8073671824.

- [74] ŠÍŠKOVÁ, Tatjana., 2001. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-648-9.
- [75] ŠVARCOVÁ, Iva, 2000 podle SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [76] ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- [77] TESAŘ, Filip, 2007. *Etnické konflikty*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-097-9.
- [78] TITZL, Boris, 2000. *Postižený člověk ve společnosti: místo postiženého ve společnosti u nás v epoše středověku*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-86039-90-0.
- [79] URBAN, Lukáš, Josef DUBSKÝ a Karol MURDZA, 2011. *Masová komunikace a veřejné mínění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3563-4.
- [80] VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [81] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [82] VÁGNEROVÁ Marie, 1999 podle ŠÍŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
- [83] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH, 1999. *Psychologie handicapu*. Praha: PdF Univerzita Karlova. ISBN 80-7066-582-3.
- [84] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.
- [85] VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Základy psychologie*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-246-0841-3.
- [86] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2009. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta, ISBN 978-80-7320-137-1.

- [87] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2013. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.
- [88] VANIER, Jean, 2004. *Cesta k lidství*. Praha: Portál. ISBN 8071788058.
- [89] VÍTKOVÁ, Marie, 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
- [90] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
- [91] WOLFENSBERGER, 1972 podle ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- [1] AKRAMI, Nazar, et al., 2006. Classical and modern prejudice: Attitudes toward people with intellectual disabilities [online]. *Research in developmental disabilities*. 27(6), 605-617 [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<http://pubcare.uu.se/digitalAssets/29/29355_akrami-ekehammar-claesson-sonnander-2006-RIDD.pdf>

- [2] BEDNAŘÍK, Lukáš, 2013. Komparativní analýza procesu deinstitucionalizace zařízení pobytových sociálních služeb v Holandsku a České republice [online]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Martin Bednář, Ph.D. [cit. 2015-10-13].

Dostupné z: <<http://theses.cz/id/w9r5bp/>>

- [3] COOPER, Joel, Shane J. BLACKMAN a Kyle KELLER, 2015. *The science of attitudes* [online]. New York: Psychology Press [cit. 2016-04-01]. ISBN 9781138820791.

Dostupné z:

<https://books.google.cz/books?id=R--PCgAAQBAJ&pg=PA108&lpg=PA108&dq=KARABENICK,+1983;+SISTRUNK+and+MCDAVID,+1971&source=bl&ots=V1AwqjNDpH&sig=vZfctELBn-sTb5GGd3PiUdbTwmE&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwim_rDk6tnLAhUBWxQKHfprAgUQ6AEIMDAD#v=onepage&q=KARABENICK%2C%201983%3B%20SISTRUNK%20and%20MCDAVID%2C%201971&f=false>

- [4] ČEBIŠOVÁ, Radka et al., 2013. Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování [online]. MPSV: Praha [cit. 2015-09-13]. ISBN 978-80-7421-053-2.

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/15053/manual_opatrovnictvi.pdf>

- [5] ČESKO, Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online] In: *Sbírka zákonů* [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>>

- [6] ČESKO, Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. [online] In: *Sbírka zákonů* [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>>

- [7] ČESKO. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením [online] In: *Sbírka mezinárodních smluv 10/2010* [cit. 2015-09-10]. ISSN 1801-0393.

Dostupné z:

<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/013/001563.pdf?seek=1266586699>>

- [8] DARUWALLA, Pheroza a Simon DARCY, 2005. Personal and Societal attitudes to disability [online]. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 549-570 [cit. 2015-09-11].

Dostupné z: <<https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/5306/3/2005000697.pdf>>

- [9] DWORKIN, Gerald, 1988 podle BUCHANAN David R., 2008. Autonomy, Paternalism, and Justice: Ethical Priorities in Public Health [online]. *American Journal of Public Health*, 98(1), 15–21 [cit. 2015-09-10]. ISSN 0090-0036.

Dostupné z:

<<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=79671757-57d0-400c-91e2-f14f4ff06786%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4210>>

- [10] Evropská společenství, 2009. Zpráva odborné skupiny o přechodu od institucionální péče na péči komunitní [online]. Evropská komise: Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/013/001588.pdf?seek=1273221995>>

- [11] FERRARA, Kate, BURNS, Jan a Hayley MILLS, 2015. Public attitudes toward people with intellectual disabilities after viewing Olympic or Paralympic performance [online]. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32(1), 19-33 [cit. 2016-04-01].

Dostupné z:

<http://journals.humankinetics.com/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/02_Ferrara%20APAQ_20140136_ej.pdf>

- [12] GORDON, Phyllis A., Jennifer Chiriboga TANTILLO, David FELDMAN a Kristin PERRONE, 2004. Attitudes regarding interpersonal relationships with

persons with mental retardation [online]. *The Journal of Rehabilitation*, 70(1), 50-56 [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<<http://search.proquest.com/openview/50f476dcfd62c4b54e3a508894a34392/1?pq-origsite=gscholar>>

- [13] GRUNEWALD, Karl, 2003. Zavřete ústavy pro mentálně postižené [online]. Praha: QUIP [cit. 2015-06-11].

Dostupné z:

<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000182.pdf?seek=1188218595>>

- [14] Koncepce podpory transformace [online], nedatováno [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>

- [15] KOŘÍNKOVÁ, Dana, 2008. *Překážky transformace ústavní péče* [online]. Praha: Quip [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000600.pdf?seek=1208508951>>

- [16] KUČEROVÁ, Helena et al., 1996. Dezinformace [online] In KTD: Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy (TDKIV). Praha: Národní knihovna ČR [cit. 2015-09-17].

Dostupné z:

<http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000000095&local_base=KTD>.

- [17] LEIBOWITZ, 2010 podle MATIAŠKO, Maroš, 2011. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociální péče v české republice: právo na nezávislý způsob života a život v komunitě podle článku 19 CPRD a závazky české republiky* [online]. Univerzity of Utrecht [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/10700/Analyza_CRPD.pdf>

- [18] LI, C., & TSOI, W. S. E., & WANG, C. K. J, 2012. Chinese college students' attitudes toward people with intellectual disabilities: Differences by study major, gender, contact, and knowledge [online]. *International Journal of Developmental Disability*, 58, 137-144 [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<http://www.academia.edu/3587429/Chinese_College_Students_Attitudes_Toward_People_with_Intellectual_Disabilities_Differences_by_Study_Major_Gender_Contact_and_Knowledge>

- [19] LUDVÍKOVÁ, Tereza, 2013. *Transformace v DOZP Stod* [online]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Mgr. Radomír Bednář [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <<http://theses.cz/id/qrf53o/>>

- [20] MATIAŠKO, Maroš, 2011. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociální péče v české republice: právo na nezávislý způsob života a život v komunitě podle článku 19 CPRD a závazky české republiky* [online]. Univerzity of Utrecht [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/10700/Analyza_CRPD.pdf>

- [21] Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013. *Manuál transformace sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2016-04-01] 978-80-7421-057-0.

Dostupné z: <<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>>

- [22] Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, nedatováno. *Kritéria komunitní sociální služby* [online] [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<<https://forum.esfcr.cz/upfiles/documents/70/4c/704c42d5-4c20-46f4-b861-e81d658c59ab/kriteriakomunitnisocialnisluzby.pdf>>

- [23] Národní centrum podpory transformace, 2011. *Odpor občanů vůči záměru vybudovat v jejich sousedství službu pro lidi s postižením* [online] [cit. 2015-09-10].

Dostupné z: <<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/odpor-obcanu.pdf>>

- [24] Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012. *Kulatý stůl na téma společnost pro všechny* [online] [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<http://www.trass.cz/archive_2015/files/4-akce-ksreg31_Infomaterial.pdf>

- [25] NEGRI, Laura a BRIANTE, Giovanni, 2007. My Colleague is a Mentally Ill Disabled Person. Can Contact at Work Change Attitudes Towards Mental Illness? [online] *The international journal of diversity in organisations*, 7(4), 267 – 276 [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=785fbafa-6973-468e-bd35-91a8b05cc340%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4202&preview=false>>

- [26] NOVAK a LERNER, 1968 podle HIRSCHBERGER, Gilad, Victor FLORIAN a Mario MIKULINCER, 2005. Fear and Compassion: A Terror Management Analysis of Emotional Reactions to Physical Disability [online]. *Rehabilitation psychology*, 50(3). 246-257 [cit. 2015-09-10].

Dostupné z:

<https://www.researchgate.net/profile/Gilad_Hirschberger/publication/231537797_Fear_and_Compassion_A_Terror_Management_Analysis_of_Emotional_Reactions_to_Physical_Disability_Emotional_Responses_to_PWDs/links/0fcfd506bdfccc2ad600000.pdf>

- [27] OCISKOVÁ Marie a Ján PRAŠKO, 2014. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií [online]. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 110(5), 250–258 [cit. 2016-02-10]. ISSN 1212-0383.

Dostupné z: < http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf>

- [28] PETTY, Richard E. a John T. CACIOPPO, 2012. *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change* [online]. Springer Science & Business Media [cit. 2016-03-13]. ISBN 9781461293781.

Dostupné z:

<https://books.google.cz/books?id=nFFDBAAAQBAJ&pg=PT218&lpg=PT218&dq=KARABENICK,+1983;+SISTRUNK+and+MCDAVID,+1971&source=bl&ots=idFcCuAFre&sig=IA13YZFEJcVHCjbYV8TaWLziwKg&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwim_rDk6tnLAhUBWxQKHfprAgUQ6AEIKjAC#v=onepage&q=KARABENICK%2C%201983%3B%20SISTRUNK%20and%20MCDAVID%2C%201971&f=false>

- [29] PRÁZDNÁ, Radka, Faktory determinující proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním [online]. *Kontakt*, 7(1-2), 70-74 [cit. 2015-09-10]. ISSN 1212-4117.
Dostupné z:
<<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120321132609699720.pdf>>
- [30] PRYOR, John B. a Glenn D. REEDER, 2013. Stigma: Advances in theory and research [online]. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9 [cit. 2015-09-10].
Dostupné z:
<<http://portal.ou.nl/documents/3034841/0/Bos%20Pryor%20Reeder%20Stutterheim%202013.pdf>>
- [31] Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů [online], 2004.
Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>>
- [32] RYCHLIK, Daniel, 2012. Transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji [online] [cit. 2015-09-10].
Dostupné z: <<http://www.dvs.cz/clanek.asp?id=6569406>>
- [33] RICE, Craig. J, 2009. Attitudes of undergraduate students toward people with intellectual disabilities: considerations for future policy makers [online]. *College student journal*, 43(1) [cit. 2015-09-10].
Dostupné z:
<<http://search.proquest.com/openview/cb2a04ef6c912f202f3315544fe070b9/1?pq-origsite=gscholar>>
- [34] RILLOTTA, Fiona a Ted NETTELBECK. 2007. Effects of an awareness program on attitudes of students without an intellectual disability towards persons with an intellectual disability [online]. *Journal of intellectual & developmental disability*, 32, 19-27 [cit. 2015-09-10].
Dostupné z:
<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13668250701194042#.VvRLR-LhDIU>>

- [35] SEO, Wonsun Sunny, and Roy K. CHEN, 2009. Attitudes of college students toward people with disabilities [online]. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 40(4) [cit. 2015-09-10].
Dostupné z:
<<http://search.proquest.com/openview/ed858b10ce5526f4c24531a7b510ed72/1?pq-origsite=gscholar>>
- [36] Sociální služby Vsetín [online], 2012-2013 [cit. 2015-09-10].
Dostupné z: <<http://www.sluzbyvsetin.cz/>>
- [37] Soukupová, 2012. Obec má napomáhat v žažčleňování osobse specifickými potřebami komunity [online]. Zpravodaj Národního centra podpory transformace sociálních služeb [cit. 2015-09-10].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13120/zpravodaj_NC-2012-05.pdf>
- [38] Transformační plán [online], nedatováno [cit. 2015-10-13].
Dostupné z: <<http://www.diakoniev.m.cz/res/data/002/000374.pdf>>
- [39] VÁVRA, Martin, 2006. Nesnáze s měřením postojů [online]. *Data a výzkum – SDA Info*, 8(1), 9-12 [cit. 2016-02-15]. ISSN 2336-2391.
Dostupné z: <http://www.kmvp.wz.cz/sdai0601_vavra_merenipostoji.pd>
- [40] VYŠŠÍ HRÁDEK, P. S. S. Výroční zpráva aneb Kapesní průvodce transformačním rokem 2010 [online]. Brandýs nad Labem – Stará Boleslav: Vyšší Hrádek, p. s. s., 2011 [cit. 2015-10-09].
Dostupné z: <<http://vyssihradek.cz/download/vyrocnizprava-2011-2/>>
- [41] WONG, Donna Kam Pun, 2008. Do contacts make a difference? The effects of mainstreaming on student attitudes toward people with disabilities [online]. *Research in developmental disabilities*, 29(1) 70-82 [cit. 2015-10-10].
Dostupné z:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422206001089>>
- [42] YAZBECK, Marie, Keith MCVILLY a Trevor R. PARMENTER, 2004. Attitudes toward people with intellectual disabilities an Australian perspective [online]. *Journal of Disability Policy Studies*, 15(2) 97-111 [cit. 2015-11-10].

Dostupné z: <<http://dps.sagepub.com/content/15/2/97.short>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAMR American Association for Mental Retardation.

Aj. A jiné.

Apod. A podobně.

Atp. A tak podobně.

DOZP Domov pro osoby se zdravotním postižením.

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Např. Například.

Sb. Sbírka.

Tj. To je.

Tzv. Tak zvaný.

WHO World Hospital Organization.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví a věk	74
Graf č. 2 Vzdělání	74
Graf č. 3 Lokalita.....	75
Graf č. 4 Setkání s člověkem s mentálním postižením.....	84
Graf č. 5 Člověk s mentálním postižením v blízkém okolí	85
Graf č. 6 Pravidelný kontakt s člověkem s mentálním postižením	85
Graf č. 7 Vyhýbání se pravidelnému kontaktu	86
Graf č. 8 Samostatný život.....	87
Graf č. 9 Adekvátnost ústavní péče pro lidi s mentálním postižením	88
Graf č. 10 Upřednostňování ústavní péče	88
Graf č. 11 Zastoupení souhlasu/nesouhlasu výstavbou	90
Graf č. 12 Negativní rozhodnutí	91
Graf č. 13 Ovlivnění názoru	92
Graf č. 14 Cílová skupina DOZP Zašová	93
Graf č. 15 Informovanost obyvatel	94
Graf č. 16 Zdroj informací	94
Graf č. 17 Změna názoru	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Leták vylepený v obci

Příloha II: Dotazník

Příloha III: Přepis odpovědí na otázku č. 1

Příloha IV: Přepis odpovědí na otázku č. 2

**CHCETE ŽÍT S NEBEZPEČNÝMI
MENTÁLNĚ ZAOSTALÝMI
SPOLUOBČANY???**

Většina členů zastupitelstva kladně hlasovala pro
výstavbu 2 ústavů na ulicích Nad Fojtstvím a
Rožnovská.

Během existence tohoto ústavu v Zašové zde došlo
k několika **VRAŽDÁM MEZI TĚMITO
CHOVANCII!!**

PŘÍLOHA II: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážení občané města Zubří,

jsem studentka Univerzity Palackého v Olomouci, obor Charitativní a sociální práce. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku k mé diplomové práci, která se zabývá **důvody odmítání lidí s mentálním postižením většinou společností.**

Zaznamenala jsem, že Vaše město bylo v roce 2011 spojeno s velmi medializovanou kauzou týkající se **stěhování uživatelů Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová (dále jen DOZP Zašová) do Vaší komunity.** Vzhledem k tomu, že známe „fakta“ pouze z médií, chtěla bych prostřednictvím výzkumu zjistit, jak tomu ve skutečnosti bylo.

Tento dotazník je určen pro obyvatele města Zubří, kteří zde v roce 2011 bydleli. Dotazník je anonymní a bude použit výhradně pro účely této práce. Vámi vybranou odpověď stačí pouze zakroužkovat. V případě, že není uvedeno jinak, označte, prosím, vždy pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku 😊

S pozdravem studentka Karolína Jiríčková

Kontakt: Karolina.Jirickova@seznam.cz

-
- 1) **Co si představíte pod pojmem člověk s mentálním postižením?** (např. jak se mentální postižení projevuje, jak se podle Vás, takový člověk chová/může chovat apod.)

- 2) **Setkali jste se někdy s člověkem s mentálním postižením?**

- ano
- ne
- nevím, zda bych poznal/a člověka s mentálním postižením

- 3) **Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, známí) člověka, který je mentálně postižený?**

- ano
- ne
- nevím

4) Vadilo by Vám, kdybyste se měl/a denně setkávat s osobou s mentálním postižením?

- určitě ano *(pokračujte otázkou č. 5)*
- spíše ano *(pokračujte otázkou č. 5)*
- nevím *(pokračujte otázkou č. 6)*
- spíše ne *(pokračujte otázkou č. 6)*
- určitě ne *(pokračujte otázkou č. 6)*

5) Proč by Vám pravidelný kontakt s těmito lidmi vadil? (možno více odpovědí)

- mohli by mi ublížit
- mohli by mě nějak nakazit (nemoci, špatná hygiena)
- nevím, jak se k nim chovat
- nejsem si jistý, jestli bych jim rozuměl
- vzbuzují ve mně soucit
- vzbuzují ve mně odpor
- vzbuzují ve mně strach
- jiné, uveďte jaké:

6) Domníváte se, že mezi lidmi s mentálním postižením jsou i takoví jedinci, kteří mohou s přiměřenou podporou bydlet a vést vlastní domácnost?

- ano
- ne
- nevím

7) Souhlasíte s názorem, že ústavní péče vyhovuje potřebám svých klientů, a že je zde lidem s postižením lépe než mezi „normálními“ lidmi?

- určitě ano *(pokračujte otázkou č. 8)*
- spíše ano *(pokračujte otázkou č. 8)*
- nevím *(pokračujte otázkou č. 9)*
- spíše ne *(pokračujte otázkou č. 9)*
- určitě ne *(pokračujte otázkou č. 9)*

8) Pokud jste s názorem souhlasili, zdůvodněte, prosím svou odpověď. (možno více odpovědí)

- lidé s mentálním postižením jsou snadno zneužitelní, je to pro ně bezpečnější (zdraví lidé je okradou, zneužijí, ...)
- lidé s mentálním postižením jsou dezorientovaní, nevnímají změnu/realitu, je jim jedno, kde žijí
- v ústavech je jim poskytnuta kvalitní péče, v kvalitních podmínkách odpovídající jejich potřebám

- lidé s mentálním jsou „věčné“ děti, které nejsou schopny žít v běžném prostředí, potřebují neustálý dohled
 - jiný důvod, uveďte jaký:
-

9) Souhlasil/a jste v roce 2011 s výstavbou domků pro klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením Zašová ve Vašem městě (v ul. Nad Fojstvím a Rožnovská)?

- ano *(pokračujte otázkou č. 12)*
- ne *(pokračujte otázkou č. 10)*
- bylo mi to jedno *(pokračujte otázkou č. 12)*
- nevím, že se v našem městě něco takého řešilo *(pokračujte otázkou č. 19)*

10) V případě, že jste nesouhlasil/a, uveďte důvody, které Vás k tomuto rozhodnutí vedly. (možno více odpovědí)

- znehodnotili by pozemky, klesla by hodnota našeho majetku
- slyšel/a jsem, že v Domově došlo k vraždě
- lidé s mentálním postižením jsou nebezpeční a agresivní
- báli jsme se o své děti
- bojíme se jich
- přišli bychom o soukromí, obtěžovali by nás
- nechtěl/a jsem mít problémy s ostatními obyvateli, kteří byli proti, tak jsem souhlasil/a
- celá transformace (rušení ústavů) a následné začlenění lidí s postižením do komunity je novinkou, není to vyzkoušené („pokus-omyl“), co když to selže
- klienti Domova na to nejsou připraveni
- nedostatek informací (nikdo s námi o tom nehovořil a neprobral to)
- nevěděli jsme, kdo by se o ně v domě staral, zda by tam byl nějaký dohled či by zde hospodařili zcela sami
- jiné, uveďte:

11) Co myslíte, že především ovlivnilo Váš negativní názor? (možno více odpovědí)

- vlastní zkušenost s lidmi s mentálním postižením
- zkušenosti známých, přátel
- názor a postoj ostatních obyvatel města
- anonymní letáky vylepené v obci („chcete žít s mentálně nebezpečnými občany“)
- informace z médií (noviny, rádio, zprávy v TV)

- něco jiného, uveďte co:

12) Kdo si myslíte, že jsou klienti DOZP Zašová, kteří se měli do Vašeho města přestěhovat? (možno více odpovědí)

- lidé s duševním onemocněním (schizofrenie, deprese)
- lidé s Demencí, Alzheimerovou chorobou
- dospělí lidé s mentálním postižením
- lidé s poruchami chování
- děti s mentálním postižením
- lidé s tělesným postižením
- lidé závislí na návykových látkách
- nevím
- jiné, uveďte jaké:

13) Setkali jste se s klienty DOZP Zašová, kteří se měli do Vašeho města stěhovat?

- ano
- ne

14) Měli jste, podle Vašeho názoru, dostatek informací o této situaci (o důvodech stěhování, o konkrétních lidech, kterých se to mělo týkat a o tom jak bude život lidí v těchto domcích vypadat)?

- ano
- ne

15) Odkud jste se dozvěděli, že mají být ve Vašem městě vystaveny domky pro lidi s mentálním postižením? (možno více odpovědí)

- zastupitelé města
- pracovníci Domova
- sousedé a přátelé
- anonymní letáky vylepené v obci („chcete žít s mentálně nebezpečnými občany“)
- schůze, beseda v obci
- média (noviny, rádio, TV, ...)
- jiné, uveďte jaké:

16) Změnili byste s odstupem času svůj názor?

- změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a
- nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále souhlasil/a
- stále by mi to bylo jedno

- změnil/a, s výstavbou domků bych nesouhlasil/a
- nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále nesouhlasil/a

17) Proším, zdůvodněte svou odpověď:

18) Dle Vašeho posouzení, bydlíte v blízkosti lokality (ul. Nad Fojstvím a Rožnovská), kde měly být vystaveny domky pro klienty Domova?

- ano
- ne
- nevím, kde se tyto ulice nachází

19) Jste:

- muž
- žena

20) Váš věk

- 18 -29 let
- 30-49 let
- 50-69 let
- 70 let a více

21) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- střední (výuční list)
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

PŘÍLOHA III: PŘEPIS ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU Č. 1

Co si představíte pod pojmem člověk s mentálním postižením? (např. jak se mentální postižení projevuje, jak se podle Vás, takový člověk chová/může chovat apod.)
Člověk s vrozenými potížemi v učení. Má limity v rozumových schopnostech a schopnosti abstrahovat teoretické poznatky do praktického života. Je důležité učení se zkušeností.
Jednodušší myšlení, nesamostatnost, agrese, vlídnost, radost i z maličkostí.
Jelikož od malička navštěvuji lázně a patřím k těm, co měli více štěstí. Myslím si, že člověk mentálně postižený je ten, co se o sebe nedokáže sám postarat. Má např. 15 let, ale chováním (mentálně) připomíná osmileté dítě. Starají se o něho rodiče, sociální pracovníci a jim podobní.
Už vzhledově nevypadá "normálně".
Je to člověk, který má snížený intelekt. Může mít v některých oblastech jako je samostatnost, pozornost, učení apod. určitá omezení.
?
Liší se to podle závažnosti onemocnění...
Retardovaně
Dle typu postižení - lehké mentální (změny nálad), těžké (agrese).
-
Záleží jak kdo - někteří lidé to ani nedávají najevo, ale někteří melou páté přes deváté atd....
Psychosomatické potíže, špatná stabilita těla, jak tělesné tak psychické problémy... mentální postižení není jen fyzického vzhledu!!! Psáno všeobecně...
Mentálně postiženým se nevyhýbám, jsou lidé jako my, jen chování některých je lepší jak chování zdravých.
Záleží samozřejmě na typu a stupni postižení, ale chování člověka s mentálním postižením je možná "výraznější", ale nijak zvlášť jiné. Nejčastěji mají problémy s komunikací a sociálními dovednostmi.
Snížený intelekt, chování dle věku a temperamentu – od vlídného až po sexuálně neukojeného jedince.

Jeto taky člověk akorát má jiné myšlení a chování. Někteří jsou na tom hůř a zase někteří lépe. Většinou jsou neškodní a zvládají své chování
Člověk trpící poruchou chování.
Snížená inteligence, nepředvídatelné chování, potřeba pomoci s běžnými činnostmi.
Dle mého je mentální postižení široký pojem. Může to být člověk s nějakou lehkou mozkovou dysfunkcí, trochu jednodušší, ale pro okolí nijak nebezpečný, začlenitelný do normálního samostatného života. Také to ale může být někdo s těžkým poškozením, kdo není schopný se starat sám o sebe, naopak může být nebezpečný, protože takoví pacienti si například neuvědomují svou fyzickou sílu, neovládají svou sexualitu atd. Tito by zřejmě bez jistého zařízení, které se o ně stará, nemohli fungovat, především pak s ohledem na jejich vlastní bezpečí.
Může se chovat agresivně.
Má nižší intelekt, pomaleji chápe dotazy, nedokáže přesně formulovat odpovědi, potřebuje v některých, zejména právních činnostech pomoc druhé osoby.
Nechová se přiměřeně svému věku a okolí, má svůj svět
Člověk s mentálním postižením má snížené IQ, taky má problémy se sebeobsluhou.
To se liší podle stupně mentálního postižení, od celkem samostatného člověka s lehkou retardací až po těžce retardovaného člověka, který je imobilní a inkontinentní.
Agresivita, obtěžování
Takový člověk, jehož postižení mu brání v samostatném způsobu života.
Člověk s mentálním postižením se dle mého názoru projevuje tak, že je od ostatních odlišný už na pohled, posléze i ve stylu mluvení a vyjadřování. Ale je to člověk jako ostatní!!
Dělají čurbes atd....
Necítím se v přítomnosti těchto osob dobře. Mám špatný pocit.
Že mu to nemyslí tak jak zdravému. Nedochází mu třeba, že ukájet se na veřejnosti není vhodné. Může přehnaně – agresivně reagovat na výsměch, pošklebky, atd. Může i nemusí být nebezpečný, sobě i okolí. Bohužel může být nebezpečný.
Omezen v rozumových, případně pohybových dovednostech, pomalejší chápání, občas nutnost pečovatele.

Mentálně postižené lidi s širokou škálou povahových rysů. Každý jedinec je osobnost s jinými povahovými rysy.
Chovají se jako děti, nepřemýšlejí nad tím, co dělají.
Nižší IQ, mentálně nižší věk, než je skutečnost.
Žije si ve vlastním vnitřním světě, může navenek obtížně komunikovat, nemusí být schopný se o sebe postarat v dostatečné míře, vše samozřejmě záleží na stupni a druhu postižení.
Jeho mentální věk je snížen či zastaven na určité věkové hranici – či-li pak se chová nebo chápe věci pouze jako člověk v daných letech...například jako 5-ti leté dítě.
Člověk s mentálním postižením se podle mého názoru chová nepředvídatelně a reaguje na změny ve svém životě, kde je přivyklý na stereotyp a narušení tohoto stereotypu může vést i k narušenému a nepředvídatelnému chování.
...
Člověk s mentálním postižením je člověk s různě závažným poškozením mozku. Toto poškození mozku limituje rozum postiženého člověka a ten pak může mít potíže s činnostmi, které člověku bez tohoto postižení nečiní žádné problémy. Takový člověk může mít potíže např. při jednání s úřady, ale při vážnějším postižení např. taky s nákupem v supermarketu, apod.
Záleží na tom, jaká je hloubka postižení - hekají, vydávají zvuky ...
rozumově slabší
není normální
Člověk, který se o sebe nemůže starat sám. Může být nebezpečný sobě i okolí. Jsou však různá stadia nemoci (postižení).
-
Je to člověk, který potřebuje dohled, radu, pomoc při řešení každodenních činností. Je upřímný, pozorný.
Má své rituály, které nemění. Nemají přehled o okolním životě.
Záleží, jak je mentálně postižený a zda je vzdělavatelny
Hodně důvěřivý. Myslí si, že jej nikdo neokrade, neublíží.
Takoví co bydlí nebo se běžně vyskytují mezi "námi" jen těžko je poznáme. Jenom ty "extrémy" - Downův syndrom nebo schizofreniky.

Třeba lidé trpící autismem.
Chování je nevyzrálé, chovají se podobně jako děti, neumí ovládat své emoce. Záleží ovšem na typu postižení.
-
-
-
Určitá omezení v každodenním životě, kdy je zapotřebí pomoc od bližních, od okolí. Podle stupně postižení.
Jsou např. usměvaví, někteří nedokážou dobře komunikovat.
postížený na vozíku
-
Nechová se normálně, hlasitě vykřikuje.
Jsou rozpoznatelní vzhledem (v obličeji), chovají se dětinsky.
Neumí domýšlet důsledky, neorientuje se v pravidlech většinové společnosti, má jiné sociální vnímání.
Člověk, který se neumí plnohodnotně postarat sám o sebe.
Jsou snadno zneužitelní a mají takový svůj svět.
rozumově slabší
Jsou různé druhy MP, těžko popsat do tak krátkého textu.
Chová se jak dítě, některé věci nechápe, může být nevyzpytatelný ve svém chování – ale to jsou i zdraví lidé!
-
Nepředvídatelně
Může se chovat různě. Může být zakřiknutý nebo i hlučný. Nebo nemusí být nic poznat. Je mnoho druhů mentálního onemocnění.
-
-
-
-
nemocný člověk
Nemocný člověk, chová se upřímně.

-
-
Takový člověk se chová jako dítě. Je "pomalejší". Druzí by měli mít s nimi větší shovívavost a trpělivost, ale můžou být i nebezpečné k sobě i druhým.
-
-
Člověk s mentálním postižením se nemusí na první pohled patrně projevit. Až při bližším kontaktu.
Určitý způsob retardace člověka.
Hůře komunikuje, někdy je to spojené i s horším pohybem, omezené myšlení, časté opakování, u některých zkratové jednání...
Jsou více zranitelní a neumí se dobře orientovat ve společnosti.
Mentální postižení je velký pojem, který může souviset s různými projevy chování. Zároveň záleží na stupni a druhu postižení.
Člověk, který užívá sedativa a dle stupně závažnosti nemoci je můžeme členit jako lidi s lehčím těžším i nejtěžším onemocněním.
-
-
Je duševně nemocný? Je dost družný?
Zmatený, dezorientovaný, dětský vůči svému věku.
Záleží na tom, jak velké postižení je. Některý postižený mluví např. nesrozumitelně, jiný vydává jenom "skřeky" apod.
-
Zastavení mentálního vývoje, neschopnost posoudit kdy by ho chtěl někdo zneužít... (finančně, okradení, zneužití...)
Člověk s mentálním postižením je člověk, který potřebuje naši pomoc, péči a lásku. A taky odbornou péči a pomocnou ruku při řešení nezdolatelných úkolů a úkonů.
Typický vzhled, potíže s řečí, s hybností, chování podle stupně postižení - od klidného až po nezvladatelnou agresivitu.
Neschopnost se dále vzdělávat, zastavení duševního vývoje, záleží taky na stupni postižení (lehké-hluboké), různé IQ, různé projevy – od neschopnosti vnímání

abstraktních pojmů po neschopnost vnímání, artikulace, apod.
Člověk s MP má nižší intelekt. Podle stupně debilita, imbecilita, idiocie pak můžeme rozdělit i projev člověka s postižením od vzhledu a chování nerozlišitelného od ostatních lidí po ležícího člověka nehybného, vydávajícího neartikulované zvuky, odkázaného na péči ostatních.
Je v běžném životě nesamostatný, zranitelný. Má stále návyky z ústavu, těžce nese změny.
Záleží na tom, o jakou mentální retardaci jde.
Neúplné duševní vývoj, který postihuje inteligenci a projevuje se nedostatečnou řečí, ale i motorickými a sociálními schopnostmi.
-
Člověk, který potřebuje ke zvládnání běžných denních úkonů pomoc, podporu a dohled.
Není schopen se o sebe v určitých oblastech postarat, rozhodovat, má snížený intelekt, nerozumí některým spojitostem/souvislostem.
Mentální postižení má různé formy. U někoho na první pohled není poznat vůbec. Většinou tito lidé jinak chápou běžné situace a v některých případech reagují nepředvídatelně. Potřebují určitou rutinu a známé lidi kolem sebe.
Člověk ve větší části odkázaný na pomoc druhého, neschopen rozhodovat, nesvéprávný. Někteří jsou usměvaví někteří naopak agresivní, nedokážou ovládat své chování...
Člověk, který se o sebe nedokáže sám postarat.
Spíš jak se k nim máme chovat my. Spousta lidí neví, a to je asi ta chyba, chybí osvěta. Znam lidi, kteří žijí vedle postižených dlouho, každý den.
Prvně se musí rozdělit pojem mentální postižení tělesné nebo psychické, a zda je nebo není tento člověk nebezpečný jak sobě tak lidem v okolí.
Člověk s mentálním postižením např. nemůže mluvit, omezený chůzí, omezené vjemy chování.
-
Záleží na tom, jak je postižený.
nevím přesně
Škála chování je různá, od nezájmu o okolí, standartní chování až po agresivní chování ve vypjatých situacích. Dle závažnosti postižení.

Mentální retardace u člověka je postižením, kdy zaostává vývoj rozumových, psychických vlastností. Poruchy v adaptačním chování. Je to vlastně trvalé snížení rozumových schopností.
-
-
Chovají se jako děti, prožívají silně emoce.
-
Chová se nevyzpytatelně, opožděná motorika, nemusí umět psát, číst, počítat, jednoduchá řeč.
Záleží na typu postižení. Jedná se o člověka, který se zastavil v nějaké vývojové etapě svého života. Jsou to věčné děti.
Nemám s nimi zkušenosti.
Tzv. "věčné děti", které potřebují dohled a žít v podmínkách, které odpovídají jejich speciálním potřebám.
-
Je to člověk, který se o sebe nedokáže sám postarat v plné péči.
Jinak uvažuje, má např. neobvyklé reakce, tzv. vybočuje z normálu, někdy to však na první pohled nemusí být patrné.
Rozumové a fyzické zaostávání ve vývoji.
Takový člověk je stále dítě. Musí být pod dohledem. Bývají výbušní, nedá se předpokládat, co udělají.
-
-
Lidé snadno zmanipulovatelní, "velké děti", lidé s poruchami chování.
Člověk, který své chování nemá pod kontrolou.
-
Takový člověk má problémy s koncentrací na různé věci.
Většinou nesvéprávný člověk a je odkázaný na pomoc druhého. Nezodpovídá za své činy.
Chová se hlučně, jako malé dítě, vím, že za to nemůže, ale myslím si, že potřebuje odbornou stálou péči s dohledem. Vyčleňuje ve společnosti.
Neočekávaně

Neorientuje se v dění okolo, není většinou schopný se o sebe postarat. Potřebuje někoho, kdo by mu pomáhal.

V rámci praxe jsem se setkala jakožto zdravotní sestra a asistent pedagoga s dětmi s autismem a děti po DMO. Těchto je mi líto a nemám z nich strach. Ale s dospělými lidmi s mentálním postižením jsem v kontaktu delší dobu nebyla.

Člověka se zdravotním znevýhodněním v oblasti mentální, dle stupně postižení s různorodými projevy, často kombinovanými s postižením tělesným. Specifické projevy chování, často nepředvídatelné atd....

PŘÍLOHA IV: PŘEPIS ODPOVĚDÍ NA OTÁZKU Č. 19

Nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále souhlasil/a
Nemusela bych svůj postoj měnit, s nastěhováním lidí s mentálním postižením jsem již dříve souhlasila (byla jsem pro).
Pokud tu časem má být dům pro seniory, proč nedat šanci i lidem, kteří mají problém se začlenit do života tady u nás a vést normální život...
Nevidím v tom problém – pokud je to stále potřeba a pomůže to zajistit důstojnější a snazší život klientům domova. Z mého pohledu nebudou občanům Zubří nijak "překážet".
Některé klienty znám osobně a vím, že by si nejen přáli, ale i zvládli tento způsob bydlení. Samozřejmě s citlivou pomocí sociálních pracovníků.
Někteří jsou schopní, mají právo na život mimo ústav, ale s pracovníkem, který může pomoci a poradit v případě potřeby.
-
-
-
Jsou to lidé, kterým je třeba pomáhat a nestránit se jich.
Je to dobře pro postižené, pro většinovou společnost – buduje to v nás naše lidství - soucit, respekt k životu, obohacuje nás to bezprostředností postižených, pomáhá nám to nebýt sebestřední a přijímat odlišnost druhých.
Byla jsem s nimi kdysik v přímém kontaktu. Nemyslím si, že jsou nebezpeční.
-
-
-
-
-
-
I tito lidé by měli dostat možnost se začlenit do společnosti.
-
-
-
Již tenkrát jsem byla přesvědčena, že soužití s vybranou skupinou nebude nebezpečné a jen minimálně obtížné (např. komunikace). Lidé s lehkým postižením mohou žít mimo ústav, pokud je jim pomáháno s věcmi, které nezvládnou (vyřizování na úřadech, péče o peníze, což ovšem nezvládají i zdraví lidé).

MP mají stejné právo žít jako ostatní, jen je zapotřebí věnovat velkou pozornost postupnému začleňování i od raného věku a připravit atmosféru u ostatních lidí. bohužel naše společnost v tom nemá zkušenost transformace je novinkou.
-
-
Tito lidé musejí mít nějaký domov.
Každý z nás potřebuje domov a lásku!
Vyrůstala jsem s postižením v rodině, mám zkušenosti.
I tito lidé mají právo na svůj domov.
Necítím se ohrožen postiženými osobami.
-
Nevidím důvod, proč by takoví lidé nemohli v Zubří bydlet.

Nezměnil/a, s výstavbou domků bych stále nesouhlasil/a
Měla jsem možnost potkat klienty ústavu v pekárně v Zašové a nebylo mi to moc příjemné, někteří klienti vydávali pouze zvuky, navíc domky by stály jen kousíček od nás. Nemám nic proti nemocným lidem, není to výsměch nebo něco takového, ale nedělá mi to dobře, když bych někoho takového potkávala nebo slyšela každý den. Navíc se mluvilo o tom, že by zde klienti bydleli sami, a když jsem je viděla, tak mi nepřipadalo, že by dokázali žít "bez" dohledu.
Nebylo by to vhodné pro nikoho, oni neznají normální život a nikdy ho znát nebudou, potřebují neustálý dohled.
-
Nechci, aby chodili kolem, u Tesca jestli nemám cigaretu... jsou tu 2 bezdomovci a štve mě to.
Mnohem rizikovější spoluobčané
Od roku 2011 jsem nedostala nové informace, kvůli kterým bych změnila názor. Sama jsem po nich ani nepátrala, nebyl důvod. Možná, že v případě, že bych měla o celé záležitosti více informací z více zdrojů, svůj postoj bych přehodnotila.
Okolí tomu nevyhovuje, bylo by to jak pro ne tak pro obyvatele hodně těžké než by si na ně zvykli.
V Zašové byli tito lidé neustále hlídáni. Teď by to byl šok jak pro nás tak i pro ně. Lidé s hlubší mentální retardací mají problém se o sebe postarat. Potřebují péči 24 hodin denně.

Neříkám, že všichni jsou stejní, ale lidé ze Zašové by nebyli schopni se pohybovat po Zubří bez dozoru. Má to někdo odzkoušené? Co přímo ten jedinec udělá, nebo jak se zachová. Tito lidé se nechají ovlivnit, a nejen že to může způsobit zlo jemu, ale taky se může stát obětí dítě, nebo jiný občan Zubří.
Již bylo několikrát uvedeno. Nic se nezměnilo.
Není důvod zdůvodňovat. S výstavbou nesouhlasím z principu.
Zubří je mladé a zároveň malé město. Myslím si že umístění klientů DOZP by se nás všech hodně dotýkalo.
Znám osobně několik postižených. Jsou to jen mé osobní obavy.
Viz odpověď u otázky č. 7 a č. 8, názor jsem nezměnila.
-
Tito lidé musí mít péči !!!!! Neumí disponovat s prostředky a starat se o sebe.
strach o děti, transformace je pokus-omyl (viz ot. 10)
Již jsem napsala...agresivní, strach o děti, vzbuzují ve mě strach a odpor.
-
-
Po odborné stránce neznám tuto problematiku a nejsem si jistá, jestli v Zubří máme kvalifikované odborníky.
Mentálně postižené ze Zašové potkávám v autobuse a některé bych opravdu nechtěl, aby s nimi potkávaly moje děti. Myslím si že držet někde více mužů pohromadě bez žen je problémové.
deptalo by mě to...
I když v dané lokalitě nebydlím, mám také malé dítě a z toho důvodu si dokážu představit obavy obyvatel z dané lokality. Měla bych obavu nechat dítě bez dozoru i na vlastní zahradě neboť i jedno ublížení dítěti (např. fyzické) může mít nedozírné následky na jeho psychický vývoj
-
NE
-
Spoustu špatných věcí, které se odehrávají v ústavech, Vám nikdo neřekne!! Nikdy nevíte, co ten člověk udělá. Nedovedu si představit, jak se sami starají o domácnost a finance. Nikdy to nedělali, nemuseli a v "dospělosti" se to mají naučit. A po sexuální stránce si nedovedu představit, jak to mají!

-
Vím, že tam jsou lidé s těžkými i lehkými psychickými poruchami i mentálními. Vadí mi jejich hlučnost a jiné mimické vlastnosti.

Stále by mi to bylo jedno
Domky by se nenacházely v mém nejbližším okolí, takže by mi to bylo docela jedno.
No i ti jsou lidé a potřebují někde žít.
V dané lokalitě už nebydlím, takže se nedokážu objektivně rozhodnout.
Je mi to prostě jedno, je to starost odpovědných orgánů.
-
-
-
My bydlíme dost daleko od navrhovaných lokalit a máme už větší děti, tak nemáme takový strach.
-
bydlím úplně jinde, tak jsem se o to moc nezajímala.
Nemůžu se rozhodnout je tam ano/ne.
Přímo se mě a mé rodiny nedotýká.
V podstatě s integrací souhlasím, musí být ale posouzeny všechny faktory, vhodně vybraní klienti a zajištěna zpětná vazba.
Jsou to taky lidé a mají svá práva.
Musela bych mít více informací, které mi scházely.
Nevím
Nevidím důvod, proč by to mělo něčemu vadit.
Málo informací jen jedna paní povídala.
-
Mám spoustu svých starostí
-

Změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a (v roce 2011 mi to bylo jedno)
Jsou to také lidi.
Nikdy jsem nebyla proti, několikrát jsem klienty DOZP Zašová viděla na akcích Zašové či města Zubří, nebo v autobuse a nemyslím si, že by měli naše město nějak ohrožovat
-
Nevadí mi to. Ti lidé někde žít musí.
Lehké formy by mi na ulicích nevadily.
-

Změnil/a, s výstavbou domků bych souhlasil/a (v roce 2011 jsem nesouhlasil/a)
Změnila bych názor, pokud by okolí bylo dostatečně informováno o tom, jaký režim by klienti měli a podle čeho by se do těchto domků klienti vybírali. S ohledem na to, kdo a jak často by nad nimi ještě měl dozor.
Za podmínky vhodnější lokality a následného...
S výstavbou domků bych eventuálně souhlasila za podmínek bližších informací o těchto klientech, za předpokladu, že informace budou pro mě pozitivní.
Bylo-li by jasné, jací lidé tu budou žít, budou-li mít asistenty k dispozici nebo budou muset s problémy potkávat sami, asi bych souhlasila.
Upřesnit kdo a s jakým postižením by tu bydlel a jak by bylo o ně postaráno.
Podle toho o co by se jednalo...
Pokud by tito postižení byli pod stálou kontrolou, souhlasila bych.
Nedostatek informací o tom s jakými postiženími lidé v DOZP Zašová žijí. Určitě mi je těchto lidí líto a odpor k nim nemám. Ale určité obavy z toho aby nebyli agresivní, mám. Proto v otázce č. 9 odpovídám spíše ne. Navíc jsem se o tom, že stěhování DOZP probíhá, dozvěděla v době, kdy už byly petice podepsané a jednání už probíhalo.