

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Jedinci s mentálním postižením ve
společnosti**

Diplomová práce

Brno 2010

Vedoucí práce:
doc. PhDr. Mgr. Jarmila Pipeková, Ph.D.

Autor práce:
Bc. Martina Kábrtová

Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen
prameny uvedené v seznamu literatury.*

Brně dne 1.dubna 2010

Martina Kábrtová

Poděkování

Upřímně děkuji doc. PhDr. Mgr. Jarmile Pipekové, Ph.D. za odborné vedení, její cenné rady, pomoc a pochopení při zpracování mé diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	5
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.1 ETYMOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE	7
1.2 KLASIFIKACE JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	9
1.3 CHARAKTERISTIKA STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	13
1.4 VZDĚLÁVACÍ SYSTÉM	17
2 JEDINEC S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE SPOLEČNOSTI	23
2.1 POSTOJ SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V HISTORII	23
2.2 INTEGRACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	26
2.3 RODINA DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	30
2.4 SPOLEČENSKÁ STRATIFIKACE A DISKRIMINACE	34
3 PODPORA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	39
3.1 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	39
3.2 SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE A OBČANSKÁ SDRUŽENÍ	41
3.3 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	44
3.4 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	47
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	52
4.1 STANOVENÍ CÍLE, HYPOTÉZ, METODOLOGIE VÝZKUMU A JEHO ČASOVÉ VYMEZENÍ	52
4.2 CHARAKTERISTIKA TECHNIKY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	53
4.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	54
4.4 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	71
ZÁVĚR.....	75
RESUMÉ	77
SUMMARY	77
POUŽITÁ LITERATURA.....	78
PŘÍLOHA	

Úvod

Specifikum dnešní doby nalézáme ve vrcholných objevech vědy, která uvažuje o stvoření samotného života nebo o zásazích do genové výbavy člověka a tím zvládnutí kontroly lidské evoluce. Před dnešní společností stojí jasná otázka, jak s tímto ohromným věděním naložit. Vědní disciplíny, jako je speciální pedagogika, pojednávají většinou o určitých odchylkách od normálu. Co je to ale „normální člověk“ a co je potom „normální společnost“, která onu normalitu určuje? Na normalitu člověka nalézáme tři pohledy. První pojednává o normalitě jako o duševním zdraví, tedy nepřítomnost či protiklad nemoci. Druhý definuje normalitu jako „optimální stav“ a třetí potom vidí normalitu jako nekonečný proces k seberealizaci. Pojetí normality jako nepřítomnosti nemoci je příliš úzké a záporně vymezené, neboť svou pozornost soustřeďuje především na patologii, v našem případě na zkoumání příčin psychických poruch. Musíme tedy svou pozornost věnovat i vymezení pozitivnímu, které je zaměřeno na prevenci duševních chorob, ale především na stanovení takových podmínek, jež by umožňovaly optimalizaci člověka v jeho společenském prostředí. Naším úkolem je hledat podmínky optimálního rozvoje člověka s mentálním postižením dané jeho vlastními možnostmi, schopnostmi a vlohami, ale také v realizaci pro něj co možná nejvhodnějšího sociálního prostředí. Definovat optimální stav se nedařilo velkým zřad psychologie a není se čemu divit. Představíme-li si dokonalého člověka, který za všech okolností jedná dle norem a situace zvládá dle norem, zjistíme, že takový člověk vlastně není normální, ale abnormální. Normalita jako optimální stav je v rozporu s procesuálním charakterem života a lidské existence vůbec, jejíž součástí je schopnost tvůrčí aktivity a svobodného rozhodování. Z hlediska biologického, psychologického, sociálního a filosofického je nejpřijatelnější pojetí lidské normality jako nekonečného procesu k seberealizaci individua v jeho společenských a přírodních podmínkách. Jedná se svým způsobem o nikdy nekončící proces, ve kterém člověk tvoří sama sebe a přetváří realitu, v níž žije. Jedná se o svobodnou a tvořivou interakci člověka s jeho prostředím. Všichni se snažíme být součástí oné těžko definovatelné normality života, stejně tak člověk s mentálním postižením a jeho rodina touží po naplnění základních životních potřeb.

Diplomová práce pojednávající o jedinci s mentálním postižením ve společnosti si klade za cíl zjistit postoj majoritní společnosti vůči jedincům s mentálním postižením

a to jak z pohledu celku, tak z pohledu jejích specifických částí. Na základě různých kritérií práce sleduje pohled určitých společenských skupin na vymezenou problematiku týkající se osob s mentálním postižením. Práce je rozdělena na dvě části, přičemž první je teoretická a druhá výzkumná. Teoretickou část tvoří tři kapitoly a čtvrtá kapitola diplomové práce je věnována výzkumnému projektu, výsledkům výzkumného šetření a závěrům z něj učiněných. První kapitola pojednává zevrubně o problematice mentálního postižení. Tedy jeho vymezení a klasifikace, charakteristika psychických zvláštností jedinců s mentálním postižením a v neposlední řadě jejich vzdělávání. V druhé kapitole nalezneme sondu do historie problematiky osob s mentálním postižením, jejich integraci do společnosti, vymezení nelehké situace rodiny dítěte s mentálním postižením a pojednání o společenské stratifikaci a diskriminaci jedinců s mentálním postižením. Poslední teoretická kapitola nás seznamuje s právy osob s mentálním postižením, společenskými organizacemi a občanskými sdruženími, které vznikly za účelem pomoci těmto jedincům, dále pak s tím souvisejícím sociálním zabezpečením osob s mentálním postižením a jako poslední uvádí třetí kapitola informace o možné podpoře v pracovním uplatnění osob s mentálním postižením.

Závěrečná čtvrtá kapitola zahrnuje výzkum diplomové práce, jehož cílem bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit současný pohled široké veřejnosti na jedince s mentálním postižením a určit, zda-li mají faktory, jako jsou věk, víra a vzdělání respondentů, vliv na postoj vůči jedincům s mentálním postižením. Případně zjistit další faktory, které by mohly mít značný vliv na názor jedinců. Bylo třeba správně položit jasně mířené otázky obsahující morální dilema a pak vyspecifikovat ony faktory, které by mohly mít vliv na odpovědi respondentů dotazníkového šetření. Výzkum byl založen na mých dosavadních odborných vědomostech, zkušenostech s lidmi s mentálním postižením a na různorodosti názorů neodborné společnosti, které jsou od zcela liberálních po naprosto restriktivní. V neposlední řadě jsem chtěla rozpoutat diskusi, která měla vzniknout na základě otázek často vypovídajících o lidskosti každého z nás.

1 Mentální postižení

1.1 Etymologie mentální retardace

Mentální postižení je stěžejním tématem celé této diplomové práce. Je proto důležité hned na jejím počátku upozornit na fakt, že samotný termín mentální postižení je značně zavádějící. Již při vyřčení slova postižení se laické i odborné veřejnosti formují určité představy, na jejichž základě zaujímají postoj vůči jeho nositelům. Je třeba ale jasně vymezit, kam problematika mentálního postižení patří, s čím je nerozlučně spojena a kdo se jí zabývá.

Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie je jednou ze speciálně pedagogických disciplín. Zabývá se edukací osob s mentálním, ale i jiným duševním postižením. Termín psychopedie je na našem území užíván zhruba od poloviny minulého století. Využívá poznatků z vědních oborů jako jsou psychologie, obecná pedagogika, medicína a dalších společenských věd. (Pipeková, J. 2004).

Valenta a Müller nabízejí pohled na psychopedii v širším kontextu jako na: „*Interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným postižením*“ (Valenta, M., Müller, O. 2003, s.4).

Uvedme pohled na terminologické vymezení mentálního postižení z pohledu různých odborníků. Švarcová za mentálně postižené považuje: „*Takové jedince (děti, mládež, dospělí), u nichž dochází k zaostání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačního chování*“ (Švarcová, I. 2006, s. 28).

Valenta (2003) definuje mentální postižení jako vývojovou duševní poruchu, která projevuje sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností, s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií. Z oblasti psychologie popisuje mentální postižení Vágnerová jako: „*Souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*“ (Vágnerová, M. 2004, s. 289). Uvedme v neposlední řadě definici Dolejšího (Dolejší, M. 1983, s.38): „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie*

s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečném genetickém vloh na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“.

Výskyt mentálního postižení v populaci nelze s naprostou jistotou vyčíslit a to z několika důvodů. Dle Pipekové (2006) je problém v nejednotné definici mentálního postižení. Mentálním postižením trpí v České republice zhruba 3% obyvatel.

V pohledu na celkovou světovou populaci uvádí Valenta s Müllerem (2003) toto číslo o jedno procento vyšší a to cca 3-4% s tím, že ve srovnání s lety minulými výskyt má nepatrně stoupající tendenci. Příčiny můžeme spatřovat paradoxně v pokroku vědy i techniky. Dříve zákony evoluce regulovaly počet jedinců v populaci a to s jakýmkoliv postižením. Dnes je lékařská péče a technika na takové úrovni, že je schopna udržet při životě jedince, který by byl v minulosti automaticky bez těchto výdobytků dneška odsouzen ke smrti.

Zajímavé je srovnání výskytu mentálního postižení v případě pohlaví. Jedno tvrzení říká, že ženy bývají postiženy přibližně stejně jako muži, v určitých případech je mírně dominantnější skupina mužského pohlaví (Vágnerová, M. 2004).

Psychopedie je nucena neustále nalézat novou terminologii, neboť většina psychopedických pojmů se po určité době stává společensky nepřijatelná, jelikož nabývá pejorativního zabarvení. Společnost trpící předsudky pak vnímá duševně postiženého jedince na základě špatně zvoleného označení, jako postavu komickou až tragikomickou, jež není hodna respektu. Jako příklad si uveďme stará označení osob trpících některým z duševních postižení, která se po čase plynule stala nadávkou: úchyl, debil, imbecil, idiot, dement, kretén, psychopat, „zvláštník“, mongol, „daun“... . Tyto „nadávky“ společnost do dnešního dne hojně využívá (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Terminologické vymezení mentálního postižení se stává velkým problémem při jeho cizojazyčného interpretaci. „Osoba s mentálním postižením - mentally impaired (disabled) (toto označení v angličtině může vyvolat značně negativní reakci. Opět záleží, s kým mluvíme. Je-li to člověk věci neznalý, neměl by výraz "mentally impaired" vyvolat žádný problém. V rozhovoru s Američanem je možná lepší se tomuto označení vyhnout. Nekonfliktní výraz je v případě dětí - **children with learning disabilities** (dětí

s problémy v učení) nebo children with special needs (děti se zvláštními potřebami) - toto označení se dá použít i pro tělesně a smyslově postižené)“ (www.okamzik.cz).

Například ve Spojených státech amerických a Austrálii je dnes pojem mentální retardace nahrazen výrazem „intellectual disability“, v Anglii potom pojem výše uvedený, tedy „learning disabilities“ (Šiška, J. 2005).

Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace jasně říká, že člověk s mentálním postižením je v první řadě lidská bytost, a až na druhém místě je i „defektní“ (Valenta, M. 2007).

Tento fakt je třeba mít stále na paměti, neboť charakterizujeme-li člověka jako *mentálně postiženého*, automaticky ho vyřadíme ze škatulky *normální*. Posluchač si vytváří na základě této charakteristiky představu člověka mentálně nedostatečného. Jedinci s předsudky a bujnou fantazií mohou vidět pod tímto pojmem člověka, který: neumí číst, ničemu nerozumí, ohrožuje okolí, nemůže pracovat, není samostatný, je nevzdělatelný, nevychovatelný a jeho místo je spíše v ústavní péči. Ale i člověk s mentálním postižením má svůj osobitý charakter, své zájmy a představy o životě. Mentální postižení je pojem tak široký, že škatulkovat všechny jedince, kteří jím trpí do jedné skupiny stejně fungujících osob ve společnosti, je nemožné.

Z těchto informací plynou čtyři zásady, které je třeba při charakteristice jedince s mentálním postižením dodržovat.

1. hovořit o každém jako o člověku, mluvit o lidech,
2. mluvit o tom, co daný člověk dokáže, co má rád, v čem je dobrý, jak žije, co je na něm zajímavého, představovat člověka, kterému nechci uškodit,
3. nepoužívat diagnózy k popisu člověka s postižením,
4. v případě, kdy musíme diagnózu použít – mluvíme o ni jen tehdy, je-li to nezbytně nutné a pouze na místech k tomu určených (ale stále používáme zásadu č.1) (www.dobromysl.cz).

1.2 Klasifikace jednotlivých stupňů mentálního postižení

Psychopedie, jako většina vědních disciplín, vytvořila pro svůj obor klasifikační systém.

Vznik mentálního postižení nemá téměř nikdy jednotnou příčinu, ale jedná se o souhru více faktorů. Uveďme **klasifikaci etiologických faktorů** dle Penrose (Černá, M. 2008, s. 85):

- Příčiny endogenní (genetické, dědičné) dělíme na:
 - dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
 - čerstvé – spontánní mutace
- Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí):
 - vzniklé v raném těhotenství poškozením oplozeného vajíčka
 - vzniklé v pozdním těhotenství intrauterinní infekcí, špatnou výživou nebo inkompabilitou
 - intranatální při abnormálním porodu
 - postnatální při nemoci či úrazu v dětství nebo nepříznivém vlivu výchovy

Mentální postižení dále klasifikujeme **podle doby jeho vzniku** na:

- Prenatální,
 - vlivy dědičné – tzv. familiární mentální postižení),
 - genové mutace aberace – např. Downův syndrom,
 - biologické faktory – onemocnění matky v době těhotenství např. zarděnky, toxoplasmóza, otrava olovem, alkoholismus, nedostatečná výživa
 - chemické faktory jako je rentgenové záření,
 - fyzické faktory jimiž jsou nejčastěji úrazy během těhotenství,
- Perinatální
 - organické poškození mozku při porodu,
 - mechanické poškození mozku např. při klešťovém porodu,
 - hypoxie – nadměrné množství kyslíku v inkubátoru,
 - asfyxie – nedostatek kyslíku při porodu způsobující dušení,
 - předčasný porod, kdy je plod nedonošený a nevyzrálý,
 - těžká novorozenecká žloutenka,
 - stáří rodičky nad 35 let jako rizikový faktor.

- **Postnatální**
 - záněty mozku jako jsou klíšťová encefalitida, meningitida či meningocefalitida,
 - mechanické vlivy mezi něž řadíme traumata, nádorové onemocnění a krvácení do mozku,
 - sociální faktory vznikající v nepodnětném prostředí se projevují jako senzorická, citová a sociální deprivace (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Další klasifikační dělení vzniklo na základě **způsobu vzniku** mentálního postižení, kde hovoříme o tzv.:

- **Vrozeném** mentálním postižení, které je spojeno s poškozením nebo odchylnou strukturou případně vývojem nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním a to cca do druhého roku života dítěte.
- **Získaném** mentálním postižení nazývaném **demence**. Demence je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po 2. roce života. Příčinou je pozdější porucha, nemoc či úraz mozku. Nejčastěji se jedná o zánět mozku, zánět mozkových blan, poruchy metabolismu, intoxikaci nebo degenerační onemocnění mozku. Porucha může být progresivního charakteru nebo se v určité fázi zastaví a nevede k dalšímu zhoršení. Nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně. Složky osobnosti jsou postiženy nerovnoměrně a různou intenzitou. Příznaky demence nalezneme v poruše paměti, orientaci, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, chování, emotivitě a komunikaci. Při demenci dochází k celkové degeneraci osobnosti člověka. Demenci dále dělíme dle věku na dětskou (deteriorace) a stařeckou, ale také dle jejího typu na atroficko-degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatickou.
- **Sociálně podmíněném** mentálním postižení dříve známém pod názvy pseudooligofrenie, sociální debilita či zdánlivá mentální retardace. Ve skutečnosti se totiž o mentální postižení nejedná. Příčinou sociálně podmíněného mentálního postižení je působení vnějšího prostředí, nejedná se tedy o poškození centrální nervové soustavy (CNS). Jedinec není dostatečně stimulován, je výchovně zanedbáván či psychicky deprivován. Dalším důvodem vzniku pseudooligofrenie může být sociokulturně znevýhodněné prostředí jedince. Inteligenční zde bývá snížen v rozmezí 10 až 20 bodů. Objevuje se výrazné opoždění vývoje řeči, myšlení

a schopnosti sociální adaptace. Na rozdíl od mentálního postižení se zde nejedná o stav trvalý a němenný. Změní-li se nepodnětné prostředí a nastolí se vhodné výchovné působení, dojde ke zlepšení stávajícího stavu (Bazalová, B. 2006).

Dle **typu chování klasifikujeme** mentální postižení do následujících tří skupin:

- **Eretický typ**, který je také označován jako astabilní či verzatilní. Jedinec s mentálním postižením eretického typu bývá velice neklidný, komunikuje příliš hlučně, má problémy se soustředěním, bývá hyperaktivní a často zasahuje do rozhovorů ostatních.
- **Torpidní typ** známý také jako apatický se projevuje u jedince s mentálním postižením jako nezájem o komunikaci, jeho mluva bývá pomalá a monotónní.
- **Nevyhraněný typ** jedince s mentálním postižením se vyznačuje střídáním komunikačního období němoty s obdobím hyperaktivní komunikace.

Klasifikace jednotlivých stupňů mentálního postižení podle 10. Revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) dělí mentální postižení hlavně na základě inteligenčního kvocientu (IQ). Mentální postižení dle WHO patří do oboru psychiatrie, proto je označováno jako písmeno F. Oddíl F70 – F79 je pak zcela věnován mentálnímu postižení a toto označení je jeho základním kódem.

„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektové schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2008, s. 236).

- **F70 Lehká mentální retardace**

IQ se pohybuje okolo 50 až 69 body. Stav způsobuje obtíže hlavně v procesu učení. Většina dospělých v pásmu lehkého mentálního postižení je schopno pracovat a úspěšně udržovat sociální vztahy.

- **F71 Středně těžká mentální retardace**

IQ se pohybuje okolo 35 až 49 body. U jedinců se středně těžkým mentálním postižením sledujeme již zřetelné vývojové opoždění zejména v dětství. Mnozí jedinci jsou schopni dosáhnout určité hranice nezávislosti, soběstačnosti, přiměřené míry komunikace a školních dovedností. V dospělosti potřebují různý stupeň podpory a to v činnostech pracovních, tak i sociálních.

- **F72 Těžká mentální retardace**

IQ se pohybuje okolo 20 až 34 body. Jedinec v tomto pásmu mentálního postižení je odkázán k trvalé podpoře svého okolí.

- **F73 Hluboká mentální retardace**

IQ dosahuje nejvýše 20 bodů. Tento stav způsobuje naprostou nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

- **F 78 Jiná mentální retardace**

Mentální postižení nemůžeme přesně určit pro přidružená smyslová či tělesná postižení, poruchy chování a autismus.

- **F 79 Nespecifikovaná mentální retardace**

Jedná se o mentální postižení, ale pro nedostatek jeho znaků nelze jedince přesně zařadit (Pipeková, J. 2006, s. 63).

1.3 Charakteristika stupňů mentálního postižení

„Každý mentálně postižený člověk je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy, přesto se však u většiny z nich projevují v jednotlivých obdobích života charakteristické znaky, které závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace“ (Pipeková, J. 2004, s. 297).

Osobnost jedinců s mentálním postižením bývá narušena ve všech oblastech jejich osobnosti, uvedme obecné charakteristiky jejich narušení, které lze v jiné míře sledovat u každého ze stupňů mentálního postižení.

V oblasti **vnímání** pozorujeme určitou omezenost, zúženost, nediferencovanost, dále je vnímání pomalejší, neaktivní a bývá narušeno rozlišování figury a pozadí. U **myšlení** převládá konkrétnost nad abstraktním myšlením, neschopnost zobecnění, taktéž je značně zpomaleno a je nepřesné. **Komunikační schopnosti** jedinců s mentálním postižením bývají do značné míry ovlivněny symptomatickými poruchami řeči, které se projevují ve všech jazykových rovinách. Opožděný nebo omezený vývoj řeči sledujeme u všech stupňů mentálního postižení. **Paměť** je narušena ve všech svých složkách, tedy

v zapamatování si, udržení v paměti i v následném vybavení si. Jasně výkyvy a sníženou koncentraci sledujeme v oblasti **pozornosti**. **Emoční labilita** se projevuje slabou diferenciací citů, nepřiměřeností, častou neovladatelností a větším sklonem k úzkostným stavům. **Volní vlastnosti** jedinců s mentálním postižením bývají značně slabé. Pozorujeme sníženou schopnost **adaptability** na nové situace, osoby i prostředí. V neposlední řadě u těchto jedinců sledujeme neadekvátně zvýšené či snížené **sebehodnocení**.

- **Lehká mentální retardace**

Ekvivalent tohoto označení bývá uváděn také jako „familiární“. Je často způsobena genetickou transmisí a nepříznivými zevními vlivy jako sociokulturní deprivací, ekonomickým nebo fyzickým strádáním, nedostatkem stimulace. Celkový výskyt u jedinců s mentální retardací je 80% v populaci pak 2,6%. **Etiologie** lehké mentální retardace přibližně připadá okolo :

- 10% negenetickém poškození plodu
- 30% vlivy sociální a kulturní
- 60% určitá polygenní dědičnost

Psychomotorika je do tří let věku dítěte lehce opožděna nebo zpomalena ve vývoji. Výraznější problémy se vyskytují mezi třetím a šestým rokem. Nejvýrazněji se defekt projeví v prvních letech povinné školní docházky. **Jemná a hrubá motorika** je lehce opožděna. Objevují se spíše problémy při koordinaci pohybu. V pozdějším věku až dospělosti jedinci s lehkou mentální retardací jsou obvykle schopni dosáhnout normy. V procesu **učení** pozorujeme sníženou rozumovou kapacitu. K nácviku běžných dovedností a návyků je třeba více času. **Pozornost** je na povrchnější úrovni, spíše krátkodobého charakteru, nestálá nebo ulpívající. **Myšlení** je jednoduché, konkrétní, stereotypní a rigidní, nesamostatné a nepřesné, s infantilními znaky. Problém nastává i v procesu rozvoje logického myšlení. **Paměť** je značně mechanická s individuálně různou kapacitou. **Řeč** může být narušena ve všech svých složkách, zejména v oblastech: porozumění řeči, slovní zásobě, v gramatické stavbě, výslovnosti. Vývoj řeči je opožděn, slovník je ochuzen o abstraktní pojmy. V řeči se vyskytují agramatismy, špatná artikulace, často se objevuje dyslalie. Jedinci využívají řečových stereotypů. Málokdy selžou při běžné komunikaci, avšak do stanou-li se do nové situace, která je určitým způsobem stresující, nedokáží již tyto řečové stereotypy použít (Pipeková, J. 2004). **Emocionalita** jedinců s lehkou mentální retardací se vyznačuje do

jisté míry citovou nezralostí, neadekvátností citů vzhledem k situaci, nízkou sebekontrolou a značnou sugestibilitou (Dolejší, M. 1983). Emocionalita je i u těchto dětí závislá na jejich různě individuálním temperamentu, stejně jako u intaktní populace. Citovou labilitu můžeme sledovat v předškolním a školním věku, projevuje se hlavně jako impulsivnost, úzkostlivost a sugestibilita těchto dětí.

V nenáročném sociálním prostředí jsou schopni fungovat zcela bez problémů, avšak nesmíme zapomínat na důsledky mentálního postižení, které se projeví v případě, že je jedinec značně emočně a sociálně nezralý, např. se obtížně přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí. Samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získávání a udržení zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. bývají pro jedince s lehkým mentálním postižením mnohdy značným problémem (srov. Pipeková, J. 2004, Bazalová, B. 2006, Švarcová, I. 2000).

- **Středně těžká mentální retardace**

Pro tento stupeň mentálního postižení se dříve používala následující označení: střední slabomyslnost či oligofrenie, střední mentální subnormalita či imbecila. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 12%, množství středně těžce mentálně postižených v populaci je potom 0,4% (Pipeková, J. 2006). Ve většině případů lze diagnostikovat organickou etiologii. U některých případů spatřujeme dědičný podklad, zejména u chromozomální aberace. Dále jsou příčinou infekce organismu (především infekce CNS) a traumata. Jedinci nacházející se v tomto pásmu mentální retardace také často disponují dětským artismem či jinou pervazivní vývojovou poruchou, dále pak somatickým postižením a neurologickým postižením zejména epilepsie (Švarcová, I. 2000). **Psychomotorický vývoj** dosahuje v šesti až sedmi letech zhruba úroveň tříletého dítěte. Vývoj hrubé i jemné motoriky je značně zpomalen s trvalým stavem celkové neobratnosti, nekoordinovanosti pohybů a neschopností jemných úkonů. Samostatnosti v **sebeobslužných činnostech** dosahují spíše částečné, většina z nich potřebuje dohled a pomoc po celý život. Rozvoj myšlení a řeči bývá výrazně opožděn s přetrvávajícími problémy po celý život. **Myšlení** se vyznačuje stereotypem, rigiditou a nepřesností. **V řeči** pozorujeme značnou jednoduchost a výskyt agramatismů. Jednoduchost se objevuje také v případě paměti, která disponuje malou kapacitou. **Emocionalita** jedinců se středně těžkou mentální retardací je labilní a nevyrovnaná, nezdědka kdy se u nich objevují afektivní stavy, nepřiměřené reakce, nestálost nálad a impulzivita (Pipeková, J.

2006). **Vzdělávání** jedinců pohybujících se v tomto pásmu mentálního postižení je značně limitované, ale i přesto jsou mnozí schopni zvládnout trivium. Vzdělávají se většinou v základních školách speciálních nebo v integraci (při stanovených podmínkách integrace), následně pak v praktických školách. V dospělosti jsou tito jedinci schopni vykonávání jednodušších manuálních činností, většinou pod odborným dohledem (chráněné dílny, chráněná pracoviště). Většina z nich je schopna sociální komunikace s okolním světem. (Švarcová, I. 2000).

- **Těžká mentální retardace**

Příčiny vzniku tohoto stupně mentálního postižení mohou být genetické nebo negenetické. Do druhé jmenované skupiny řadíme hlavně poškození zárodečné buňky, malformaci CNS či infekci, jejichž důsledkem jsou těžké poruchy struktury a funkce činnosti mozku. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 7%, v populaci pak 0,3%. Již v předškolním věku spatřujeme výrazné opoždění **psychomotorického vývoje**. Neobratnost celého pohybového systému způsobuje dlouhé osvojování pohybů. Objevují se časté somatické vady včetně jasných příznaků poškození CNS. Míra **sebeobsluhy** je velice závislá na dlouhodobém tréninku, na jehož základě si může jedinec osvojit základní hygienické návyky, někteří nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. **Psychické procesy** jsou v tomto případě již silně omezeny, převážně v koncentraci pozornosti a v rozvoji komunikativních dovedností. Řeč obsahuje zpravidla jednotlivá slova nebo pouhé skřeky, u některých se vůbec nevytvoří. **Emocionalita** je u jedinců s těžkou mentální retardací velice afektivní, vyznačující se nestálostí nálad a impulzivitou. V tomto případě je jedinec schopen poznávat blízké osoby. Vyžadují celoživotní dohled, neustálou podporu a péči druhých. Výchova a vzdělávání je silně omezena nejčastěji na - Rehabilitační program ZŠ speciální (Pipeková, J. 2006).

- **Hluboká mentální retardace**

V případě hluboké mentální retardace se většinou jedná o organickou etiologii. Neurologická či jiná tělesná postižení, která značně ovlivňují hybnost jedince, zde bývají častým doprovodným handicapem. Dále sledujeme u hluboké mentální retardace častý výskyt nejtěžších forem pervazivních vývojových poruch, zvláště pak atypický autismus. Výskyt tohoto stupně postižení bývá 1% mezi jedinci s mentálním postižením a 0,2% v celkové populaci. **Porozumění** jednoduchým požadavkům nebo instrukcím je pro tyto jedince velice komplikované. Omezení pohybu zde bývá značné, spíše však úplné a jedinci jsou tak zcela imobilní. Bývá narušen sluch i zrak, tedy i podmíněné

vnímání. Komunikace je nonverbální, uskutečňována na základě skřeků a grimas. Jedinci s hlubokou mentální retardací nejsou schopni dosáhnout ani základní úrovně **sebeobsluhy**, vyžadují tedy trvalou a celoživotní péči druhých osob. Pozorujeme totální porušení afektivní sféry s sebedestruktivními sklony. Okolí nejsou tito lidé schopni rozeznávat, takže ani blízké osoby. Tyto osoby se nedožívají vyššího věku (Pipeková, J. 2006).

1.4 Vzdělávací systém

První edukační zkušenost dítě získává obvykle ve své rodině, proto by mu jeho okolí mělo nabídnout dostatečné množství výchovných podnětů, přirozených vývojových situací a postupně ho připravovat na změnu prostředí, která přijde se vstupem do adekvátního vzdělávacího systému.

„Vzdělávání obohacuje každého člověka s mentálním postižením, zkvalitňuje jeho život tím, že podněcuje jeho aktivitu, podporuje samostatnost a nezávislost, vybavuje jej potřebnými znalostmi a sociálními dovednostmi, které může uplatnit ve společenském styku. Vzdělávání také život usnadňuje: usnadňuje orientaci v životním prostředí, podporuje rozvoj jednotlivých stránek osobnosti, kapacit a potencionálních schopností, posiluje komunikaci a pozitivně působí na komplexní rozvoj každého jedince“ (Černá, M. 2008, s. 167).

• Raná intervence

Soustavu služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám představuje včasná intervence. Jejím cílem je předcházet postižení, eliminovat či zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby by měly být poskytovány hned od zjištění rizika nebo postižení. Jedná se o všechna odborně použitá opatření, za účelem zlepšení kvality organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a zdravý vývoj osobnosti. Uvedené služby v České Republice zajišťují střediska rané péče, jejichž profesní náplní je včasná diagnostika; komplexní přístup a péče o dítě; medicínsko-terapeutická podpora a pedagogicko-psychologická podpora, včetně poradenských služeb.

Služby jsou orientovány na celou rodinu postiženého dítěte, která úzce spolupracuje s těmito odborníky: lékaři, psychologové, speciální pedagogové a terapeuti. Raná intervence pro děti s mentálním postižením a jejich rodiny je

zajišťována prostřednictvím speciálně pedagogických center pro mentálně postižené (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006).

- **Speciálně pedagogické centrum (SPC)**

Speciálně pedagogické centrum je školské poradenské zařízení poskytující žákům s mentálním postižením a jejich rodinám komplexní péči a podporu. Zpravidla je součástí mateřské školy speciální, základní školy praktické nebo speciální, SPC lze provozovat jako samostatné účelové zařízení. Jeho činnost je upravena vyhláškou č. 72/2005 Sb. a zákonem 561/2004 Sb. Péče a podpora SPC je prováděna ambulantně na jeho pracovišti nebo návštěvami pedagogického personálu centra ve školách a školských zařízeních, přímo v místě bydliště dítěte s mentálním postižením. Klienty centra jsou děti od tří let věku až do ukončení vzdělávání. Speciálněpedagogická centra prostřednictvím svých odborných zaměstnanců (psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník) poskytují svým klientům tyto služby:

Provádí depistáž; vedení přesné evidence; komplexní speciálněpedagogická a psychologická diagnostika; poskytování poradenského a metodického servisu rodičům; integrace; monitoring integrace; osvěta společnosti; řeší otázky profesní orientace a kariérového poradenství; podílení se na řešení problémů rodin; organizace diagnostických pobytů celých rodin; spolupráce s ostatními poradenskými pracovišti a dalšími organizacemi zabývajícími se problematikou mentálního postižení (Vyhláška č. 72 Sb.).

- **Předškolní vzdělávání**

Předškolní vzdělávání tvoří významnou součást výchovně-vzdělávací roviny. U dětí s mentálním postižením se může uskutečňovat v:

- **mateřské škole (MŠ)** (formou individuální nebo skupinové integrace),
- **speciální třídě při mateřské škole,**
- **mateřské škole speciální.**

Mluvíme o období od dovršení třetího roku života po vstup do školy, tedy cca šestého roku života. Do této doby byla základnou výchovného působení rodina dítěte. Při předškolním vzdělávání tuto činnost pomalu přebírají instituce (MŠ, MŠ speciální, stacionáře, apod.), které navazují na práci rodiny a doplňují ji tak, aby byl zajištěn optimální rozvoj dítěte (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006).

Nezbytným principem v MŠ speciální je **individuální přístup** ke každému dítěti, který je podmíněn aktuálními vývojovými potřebami a mentální úrovní dětí. Dále

jsou zde sociální úkoly, které jsou uskutečňovány jednak v rámci připravování dětí s mentálním postižením na život ve společnosti, ale také hraje nezbytnou roli při respektu péči pro jejich rodiny. V neposlední řadě má MŠ speciální funkci diagnostickou, která musí být permanentní (Pipeková, 2004). Závazným dokumentem podmiňujícím edukaci v rámci předškolního vzdělávání je Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006). Dále do předškolního vzdělávání řadíme Přípravnou třídu základní školy a tzv. Přípravný stupeň základní školy speciální. Pro děti pětileté nebo děti s odkladem školní docházky, které pocházejí hlavně ze sociálně znevýhodňujícího prostředí je určena **přípravná třída základní školy**. Tato forma vzdělání není součástí povinné školní docházky, je bezúplatná a naplňuje se maximálně do patnácti žáků ve třídě. Legislativní úpravu přípravných tříd nalezneme ve školském zákoně 561/2004 Sb. a ve vyhlášce 48/2005 Sb. Obsah vzdělávání je určen dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Je zde uplatňován individuální přístup a speciálněpedagogická diagnostika. Na konci školního roku je vypracována zpráva o průběhu předškolního vzdělávání (Pipeková, J., 2006).

Přípravný stupeň základní školy speciální je určen dětem s těžkým mentálním postižením starších pěti let nebo dětí, kterým byl z důvodů zdravotního postižení povolen odklad povinné školní docházky, a to se souhlasem zákonného zástupce na základě doporučení školského poradenského zařízení a odborného lékaře. V přípravném stupni se tyto děti vzdělávají po dobu jednoho až tří let. Cílem přípravného stupně je připravit žáky s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením na absolvování základní školy speciální případně alespoň její části. Obsah vzdělávání na přípravném stupni vychází ze Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy (Švarcová, I., 2006).

- **Základní školství**

Žáci s mentálním postižením mají možnost plnění povinné školní docházky dle stupně jejich postižení v následujících typech školských zařízení (Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných):

- v **základní škole** (formou individuální nebo skupinové integrace),
- v **základní škole praktické**,
- v **základní škole speciální**,

- v **základní škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení** (formou individuální nebo skupinové integrace).

Základní škola praktická (ZŠ praktická) je primárně určena pro žáky s lehkým mentálním postižením, kteří mají takové rozumové nedostatky, pro které nejsou schopni s úspěchem zvládat základní školu běžného typu (Pipeková, J. 2006).

Žáci zde plní povinnou školní docházku po dobu devíti let, které se dělí na dva stupně a to na 1. stupeň (1.-5. ročník) a 2. stupeň (6.-9. ročník). Pomocí speciálního přístupu umožňuje žákům dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a návyků. Záměrem je dosáhnout maximální možné míry zapojení jejich žáků do společnosti a jejich připravenost na profesní dráhu (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006).

Vzdělávací proces na tomto typu školy je plně přizpůsoben úrovni psychického i fyzického rozvoje žáků a jak dále uvádí literatura (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006, s. 66): *„Vzhledem k variabilitě schopností a úrovni vědomostí, dovedností a návyků žáků s lehkým mentálním postižením je nezbytné při vzdělávání uplatňovat nové přístupy, speciální metody, formy práce odpovídající jejich specifickým osobnostem za přispění podpůrných opatření. Učitelé vytvářejí v rámci celého edukačního procesu podnětné a tvůrčí prostředí, které stimuluje žáky, kteří nepodávají nejlepší výkon.“*

Základní škola praktická připravuje své žáky především na jejich pracovní zařazení v budoucím životě, proto je zde vybudován fungující systém kariérového poradenství a celkový koncept školy je zaměřen spíše na praktické dovednosti než-li velké množství teoretických znalostí. Žák na této škole získává **stupeň základní vzdělání**.

Obsah a podmínky vzdělávání na ZŠ praktických je upraven těmito programy: **Vzdělávací program zvláštní školy**, který bude platný po přechodnou dobu, než se zcela přejde na následující: **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením**, který od školního roku 2007/2008 přešel v platnost v 1. a 6. ročnících a postupně bude zaveden plošně ve všech ročnících a všech základních školách praktických (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006).

Základní škola speciální (ZŠ speciální) navazuje svým pojetím na výchovu v rodině, případně na předškolní typ vzdělávání v mateřské škole příslušného typu či přípravný stupeň ZŠ speciální. Žáci ZŠ speciální spadají převážně do skupiny jedinců se

středně těžkým a těžkým mentálním postižením nebo vícenásobným postižením a také žáci s autismem. Obsah i forma vzdělávání jsou těmto žákům plně přizpůsobeny. Délka povinné školní docházky je zde 9 let, přičemž může být prodloužena do 17 let žáka a v určitých případech až do 26. roku života žáka. Žák ZŠ speciální získává stupeň **základy vzdělání** (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2006).

„Základní škola speciální se od škol běžného typu značně odlišuje, a to především mírou využívaných speciálně pedagogických prostředků a organizačními formami vzdělávání (silně individuální přístup, vyučovací hodina je rozdělena na více jednotek), dále pak strukturou a skladbou rámcového učebního plánu (důraz především na kompetence komunikativní, sociálně-personální a pracovní)“ (Valenta, M., Müller, O. 2007, s.92).

Speciální pedagogové se zaměřují hlavně na osvojení sebeobsluhy a dovednosti používat předměty denní potřeby. Žáci ZŠ speciální dosahují stupně základy vzdělání. Vzdělávání na školách tohoto typu je realizováno dle **Vzdělávacího programu pomocné školy**, který v budoucnosti zcela nahradí, již na pilotních školách realizovaný, **Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální**.

Pro žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením je využíván Rehabilitační program základní školy speciálních v tzv. rehabilitačních třídách. Těžištěm práce dle tohoto programu spočívá v komplexním speciálně pedagogickém a rehabilitačním působení s důsledným respektováním individuálních zvláštností a potřeb žáků.

- **Profesní příprava – střední školství**

Profesní přípravu mohou mladiství s mentálním postižením realizovat hned několika způsoby, dle jejich individuálních schopností. Například úspěšný absolvent ZŠ praktické může navštěvovat po splnění podmínek pro přijetí **střední odborné učiliště**. Jedná se však spíše o ojedinělý případ, spíše se mnozí absolventi ZŠ praktických vzdělávají na **odborném učilišti** s ukončením závěrečnou zkouškou a vydáním vysvědčení – pokud se jedná o dvouleté studium nebo s ukončením závěrečnou zkouškou s výučním listem v případě tříletého učebního oboru. V učebních oborech se klade důraz na praktické dovednosti vedoucí k pozdějšímu uplatnění na trhu práce.

Další možností pro mladistvé se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří ukončili povinnou školní docházku v ZŠ praktické, ZŠ speciální, v nižším než devátém ročníku ZŠ je zde **Praktická škola dvouletá**. Žáci si zde doplňují všeobecné vzdělání, které dosáhli v průběhu plnění povinné školní docházky a osvojují si praktické dovednosti

převážně v oblastech ručních prací, přípravě pokrmů a chodu domácnosti, také se zde prohlubují vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů.

Praktická škola jednoletá je pak určena žákům s těžkým zdravotním postižením, kteří ukončili vzdělání na úrovni ZŠ speciální, případně ZŠ praktické. Navazuje se na vědomosti a dovednosti nabyté při povinné školní docházce žáků, ale především se klade důraz na osvojení manuálních dovedností. Žáci jsou připravováni na práci v chráněných pracovištích, na pomocné a úklidové práce v zařízeních sociálního či zdravotnického typu. Odborné předměty jsou koncipovány tak, aby prohlubovaly dovednosti a vědomosti nabyté na ZŠ speciální, obsahují např. rodinnou výchovu, ruční práce a praktická cvičení (Valenta, M., Müller, O. 2007).

2 Jedinec s mentálním postižením ve společnosti

2.1 *Postoj společnosti k osobám s mentálním postižením v historii*

Deprese je s velkou pravděpodobností jako první z duševních chorob historicky doložena literaturou a to již okolo roku 1900 před naším letopočtem. Byla popsána v lékařském dokumentu nazývaném Eberův papyr. Depresi popisuje také Starý zákon v souvislosti s králem Saulem, kterého sužovala. Zde také nalezneme první zmínku o muzikoterapii (Davidova hra na lyru). Opatření Lykurgovo bychom mohli považovat za určitou formu prevence proti duševním chorobám, tvrdil že, požívání lihovin má negativní vliv na plod těhotné ženy a jeho budoucí duševní vývoj (Valenta a kol. 2003).

V dobách **antiky** nalezneme výklady duševních poruch, relativně bohatě je popisují různé antické školy. Choroby jako byla melancholie, mánie či delirium byly z etiologického hlediska chápány zejména z organického hlediska. Hippokrates upozorňoval na to, že mentální postižení vyplývá z poruch mozku. Stoikové a epikurejci spatřovali spojitost mezi společností a jejím dopadem na jedince. Velká osobnost antického lékařství byl Galén, jež definoval symptomatické psychické poruchy. Galenos Claudius rozlišoval slabomyslnost vrozenou od získané. To vše ale nemělo vliv na tehdejší život společnosti, kdy jedinci jakkoli výrazněji postižení byli automaticky odsouzeni k záhubě na nechvalně známé spartské skále. Tuto řeckou tradici převzal, s určitou modifikací skály na řeku i starověký Řím (Valenta, M., Müller, O. 2007). **Ve středověku** by se dal postoj společnosti k osobám s mentálním postižením ve středověku definovat jako nejednoznačný a určitým způsobem pokrytecký. Nabízejí se nám různé pohledy na tuto problematiku a to například z pohledu sociálního či kulturního vývoje jednotlivých krajin nebo samotná vůle jejich panovníků. Oproti dobám předešlým se přešlo od vyvražďování narušených jedinců k jejich vykořisťování, tedy alespoň těch, kteří byli schopni pracovat. Z pohledu církve byly osoby s mentálním postižením spatřovány jako plody ďábla a na tomto základě je pronásledovala. Mnohé oběti z řad osob s mentálním postižením skončily v inkvizičních procesech, po nichž následovalo mučení či jistá smrt. Společnost obecně chápala duševní postižení jako trest Boží a vyhýbala se kontaktu s těmito lidmi. Určité změny nastaly s nástupem feudalismu, kdy získala katolická církev dominantní postavení v Evropě. Církev ve

jménu lásky k bližnímu svému změnila pohled i na duševně choré. Můžeme tedy hovořit o určité počáteční formě charitní činnosti. Ani zde však nepanovala naprostá jednotnost v názorech na tuto problematiku. Luteráni a kalvinisti v duchu učení Martina Luthera a Jana Kalvína považovali osoby s mentálním postižením za nečisté, zplodněné ďáblem a tedy odsouzeníhodné. Obdobu dnešního sociálního zabezpečení osob s mentálním postižením chtěli zavést židovští scholastici, kteří žádali osvobození duševně chorých od trestní zodpovědnosti a povinnost poskytnutí péče intaktní společnosti (Vančová, A. 2005). Jedna ze středověkých institucí se stala nelichotivou inspirací pro tehdejší umělce a to zejména spisovatele a malíře, byly to tzv. lodě bláznů, které sloužily coby předchůdci koncentračních táborů pro lidi s duševními poruchami. Tito lidé měli být naloženi na loď, která plula bezcílně po evropských řekách a mořích. Radnice měst se zbavili nežádoucích bláznivých obyvatel, ale také sloužili jako očištec jejich duší, jelikož směřovali do míst poutních, takže se mohlo pokrytecky věřit v jejich zázračné uzdravení (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Starověká společnost bohužel neuplatňovala žádný speciální přístup k osobám s mentálním postižením, nemohlo tak docházet ke zlepšení či odstranění postižení. Její péče o tyto jedince spočívala pouze v zabezpečení jejich základních potřeb k přežití. Péči zastávaly azyly při klášterech. Nekonal se velký skok od vykořisťování a zabíjení k důstojnému žití osob s mentálním postižením, takže i zde ti jedinci, kteří byli schopni práce, museli pomáhat za ošacení, jídlo a ubytování. Od pátého století vznikaly při těchto klášterech špitály, v nichž jedinci s mentálním postižením nacházeli útočiště. Nacházeli se zejména ve větších městech Evropy (Kolín nad Rýnem, Řím, Paříž, atd.), dále pak světská zařízení v Cařihradě a Jeruzalémě (Vanová, A. 2005). Alpské oblasti se vyznačovaly vysokým výskytem endemického kretenismu, což je vrozená vývojová porucha, způsobená stravou obsahující nedostatečné množství jódu. V důsledku toho vznikaly azyly pro kretény ve Švýcarsku a v Rakousku. V té době vznikly v Anglii zákony upravující vztah společnosti k osobám s mentálním postižením (Vančová, A. 2005). **Renesance** neznamenal přiblížení se člověku pouze v uměleckých odvětvích, ale i v případě lékařství a jemu příbuzných disciplínách. Výše zmíněné lodě bláznů s osobami zdravotně postiženými se staly výzkumným materiálem pro basilejského lékaře Felixe Plattera (+1614). V jeho díle Pojednání o nemocech ducha jasně definuje hranici mezi poruchami vědomí, psychózami v dnešním slova smyslu a mentálním postižením, které nazval Imbecilita mentis (Valenta, M., Müller, O. 2009). Renesance je úzce spojena se jménem velkého myslitele a humanisty a to J. A. Komenského (+1670),

který považoval za důležité vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Myšlenka to byla více než pokroková a pro budoucnost osob s mentálním postižením nezbytná. Za úspěch ve vzdělání u dětí s mentálním postižením považoval Komenský jejich naučení se styku s druhými lidmi a určité zjemnění mravů. **Osvícenství** bylo dobou, ve které vznikaly velké špitály a internační budovy, jež byly polosoudními institucemi. Jejich funkce nebyla tedy lékařská, nýbrž vězeňská a blázní byli umísťováni do věznic spolu s trestanci v jiném případě do nemocnic mezi nemocné. Změna, která v tomto období nastala byla v pohledu na tyto jedince a to z hlediska sociálního. Počátkem 18. století nastala doba velkých ústavů, kam jsou segregováni kromě jedinců s mentálním postižením také vojáci, žebráci a kriminálníci. O humanizaci v péči o mentálně postižené se zasloužil Philips Pinel, který poskytl těmto jedincům morální léčbu a nový pohled na nemocného člověka (Pipeková, J. 2006). Novověk s sebou přinesl kritiku polyfunkčních internačních zařízení, a tak mohly v 19. století vzniknout specializované ústavní zařízení, kterými byly nemocnice, trestnice, polepšovny a starobince. Jednou z nejvýznamnějších osobností 19. století u nás byl Karel Slavoj Amerling (1884), který bezplatně zřídil první ústav pro slabomyslné a to v rámci celého Rakousko-Uherska, bylo jím Ernestinum založené roku 1871. Amerling byl propagátorem základního vzdělání svých klientů, pro které zřídil ruční a zemědělské práce, pevný režim dne s nácvikem sebeobslužných činností a hygieny. Další významnou postavou je lékař a vědec Karel Herford (1940), jehož zásluhou byl prosazen individuální přístup k osobám zdravotně postižených osob a zavedení chorobopisů vycházejících z vědeckých diagnostických metod (Valenta, M., Müller, O. 2009). Pedopatologickými otázkami se zabíral také František Čáda (1918), významný český psycholog, pedagog a filozof. Jeho přičiněním vznikl Pedologický ústav v Praze, který byl později přejmenován na Ústav pro výzkum dítěte. Čáda se věnoval handicapované mládeži, což úzce souviselo s prací charitativní. Zasloužil se o pořádání sjezdů konaných v letech 1909, 1911 a 1913 pro výzkum a výchovu mládeže s handicapem, ty později přispěly k zakládání nových škol a zlepšení celkové kvality života jedinců s mentálním postižením (Monatová, L. 1998).

Rozvoj vědy o dítěti s patologickými projevy (pedopatologie) umožnil vznik pomocných škol, na kterém se podíleli lékaři, psychologové a sociologové. Běžné školy nedokázaly vytvořit optimální podmínky pro děti s mentálním postižením, které jim pomocné školy nabízely. Jednalo se o speciální vzdělávací obsahy, speciální metody práce, pomalejší tempo apod. Pro lepší rozvoj dětí s mentálním postižením tak byly

vytvořeny adekvátní podmínky (Váňová, R. 1996). Hlavním úkolem pomocných škol bylo využití každé schopnosti dítěte, rozvinout ji a dosáhnout toho, aby se bylo později dítě schopno zabezpečit a uplatnit se v praktickém životě. Situace v péči o děti s mentálním postižením se v této předválečné době dále vyvíjela, v roce 1923 se legislativně zavedla do učitelských ústavů nauka o výchově slabomyslných. Největší význam pro rozvoj pomocných škol bylo roku 1928 vydání „Učebních osnov a výchovné směrnice škol úchylných dětí“, tento dokument kromě jiného vymezoval určení pomocných škol. V roce 1929 pak vyšel zákon o pomocných školách, který uzákonil docházku do tohoto typu škol povinnou pro některé děti. V roce 1936 bylo Československé republice 365 pomocných tříd, počet nebyl stále dostačující, i přesto, že se za první republiky zdesetinásobil (Pipeková, J. 2001). **Období po druhé světové válce** (mezi lety 1948 – 1989) je v duchu budování základů legislativní podpory speciálního školství. Z osobností určujících vývoj oboru v tomto období musíme jmenovat dva naše speciální pedagogy, a to Miloše Sováka a Františka Kábeleho. Hlavně Kábele společně s dalšími osobnostmi významně posunul hranici a ovlivnil vývoj oboru speciální pedagogika. Před rokem 1989 jsem se mohli ve výjimečných případech setkat se vzděláváním dítěte s mentálním postižením v běžném typu školského zařízení. Šlo pouze o výjimky, které nebyly do té doby legislativně ošetřeny, ale prosadili si je sami rodiče, tudíž vše bylo na libovůli personálu školy (Michalík, J. 1999). **Po roce 1989** nastává celková reforma speciálního školství, jakožto i celkové situace v české společnosti. Cílem tohoto období se stala transformace velkých ústavů sociální péče a zlepšení jejich materiálního vybavení. Dále pak hlavně komplexnost péče o klienty a celková změna v přístupu k nim, tzn. nezaměřovat se pouze na uspokojování jejich biologické potřeby, ale rozvíjet také jejich zájmy, posilovat dovednosti a vést je k soběstačnosti (Pipeková, J. 2006).

2.2 Integrace osob s mentálním postižením

Pojem **integrace** je úzce spojen s pojmy **jinakost** a **normalita**, proto je důležité specifikovat blíže i je. Definujme si tedy jinakost, která představuje odchylku od standardu způsobu existence člověka. Je příbuzná s individualitou osobnosti, která je ale na rozdíl od jinakosti, chápána jako jev zcela běžný. Tato jinakost totiž vyvolává všeobecný pocit narušení konvenčnosti společenských poměrů. Nositele jinakosti určitým způsobem může omezovat nebo znevýhodňovat. Historické hledisko jinakosti

ukazuje snahu o překonání a prevenci v pohledu na člověka s handicapem. Je tedy nutné klást si i nadále otázku: Jak objevit účinné způsoby, jež by společnost odvrátili od dysfunkčního chování, tedy v našem případě, jak lidi naučit většímu soucitu, vyšší míře empatie, neagresivnímu chování atd. (Valenta, M. a kol., 2003). **Abnormalitu**, nebo-li jinakost pochopíme jednodušeji, definujeme-li normalitu. Její stanovení je úkolem diagnostiky. Kriteria normality jsou prakticky normativní, tedy nemohou být ani pravdivá, ani nepravdivá. Každý sociální útvar si vytváří normy, které následně vytvoří normativní systém. Mluvíme-li o normě, hovoříme o konkrétním postulátu, reálně ohraničeném, splňujícím podmínku adresnosti a sankcionalizace. Normy jsou relativní a disponují několika významnými charakteristikami. První je fakt, že normy, které jsou dnes závazné, kdysi neplatily a je docela možné, že v budoucnu přestanou stávající normy platit. V druhém případě musíme mít na paměti, že u různých národů platí různé normy. Třetí případ nás potom upozorňuje na relativitu v případě jednotlivých společností, kde jsou normy diferenciovány dle příslušnosti k určité skupině či sféře. (Nováková, Z. 2004)

K základním jevům rozvoje osobnosti a utváření kvality života jedinců se zdravotním postižením patří právě integrace. Do jaké míry je integrace úspěšná a možná, ovlivňuje především míra samostatnosti a nezávislosti jedince s postižením. Integrace se týká jak vlastní osobnosti člověka s postižením, tak i jeho socializace. Jako vnější projev integrace vnímáme vzniklé partnerské vztahy jedince s postižením s jedinci intaktními, a to na různých úrovních ve spojitosti se společensky uznávanými schopnostmi a aktivitami postiženého. Nutná je pozitivní aktivita jedinců s postižením, jelikož je důležitým předpokladem pro utváření jejich sociálních vztahů. Mezi hlavní prostředky integrace řadíme sociální rehabilitaci, enkulturaci, speciální výchovu a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění (Jesenský, J. 1993).

Definujme si tedy samotnou **integraci**, dle Jesenského (1995, s.15) se jedná o: „Dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“. Jesenský zde hovoří o tzv. pedagogické integraci, do které řadíme školní, mimoškolní a integrační působení, dále působení rodiny, kulturních a dalších institucí, každé pedagogické ovlivnění člověka, které si klade za cíl integraci jedinců zdravotně postižených mezi intaktní.

Defektologický slovník potom integraci chápe jako: „*Sjednocování postojů, hodnot, chování, jednání a směřování aktivit. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při vzájemném kontaktu, přičemž může dojít ke stresům, konfliktům a problémům narušujícím rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost*“ (Edelsberger, T. 2000, s. 143).

Tato práce se zabývá hlavně problematikou člověka s mentálním postižením a jeho socializace v majoritní společnosti. Potom tedy musíme nezbytně hovořit o sociální integraci, kterou lze chápat jako proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti. Jedná se jev naprosto přirozený, který se týká každého člena společnosti (Slowík, J. 2007).

Integrace je diskutovaným tématem nejen u nás, ale v celosvětovém měřítku ,a to již řadu let. V devadesátých letech 20.století nebyl celosvětově řešen jen problém samotné podstaty integrace osob se speciálními potřebami, ale i pojmosloví týkající se této oblasti. Odborníci se zabývali rozdíly v konceptech integrace a inkluze, které v České republice často splývají v jeden pojem (Nováková, Z. 2004). Definujme si proto pojem inkluze dle Slowika (2007, s.32): „*Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení. Inkluzivní postoj spočívá v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech. V inkluzivním přístupu jsou tedy osoby s postižením zapojovány do všech běžných činností jako lidé bez postižení. Pokud je to možné, nejsou přitom využívány žádné speciální prostředky a postupy. Pouze v situacích, kdy je to nezbytně nutné, nastupuje adekvátní pomoc a podpora.*“ Zde spatřujeme zásadní posun od integračních postupů, které jsou postaveny na zajištění speciálních prostředků, podpory a péče pro osoby s postižením. Díky nim mohou být tyto osoby následně zapojeny do většiny činností běžného společenského života.

Vzniklo mnoho členění a pohledů na integraci. Integrace se člení např. na širší a dílčí. Širší integrace pojednává o integraci jedinců se zdravotním postižením do společnosti, zatímco integrace dílčí řeší vztah zdravotně postižených, tedy problematika integrace v zaměstnání, volného času a sportu a zejména o tzv. integraci školskou (Michalík, J. 2001). Rozlišujeme dva základní přístupy v integraci a to tzv. asimilační a adaptační (koadaptační). **Asimilační přístup** by se dal charakterizovat jako z počátku společensky snazší, celkově však méně výhodný. Postižení je zde záležitostí konkrétního jedince, sociální integrace je přímo závislá na jeho schopnosti přizpůsobit se společenské majoritě, tedy psaným i nepsaným pravidlům a normám. Integrace

představuje v tomto případě ztotožnění se jedinců s postiženým majoritě. **Přístup adaptační** je potom pro společnost z hlediska časového zpočátku náročnější, ale celkově však výhodnější. Zdravotní postižení je společným problémem konkrétních osob tak celé společnosti. Sama společnost reaguje na snahu jedince o sociální integraci tím, že mu buduje podmínky k její realizaci. Integrace je zde na bázi partnerství, přizpůsobování je vzájemné (srov. Jesenský, J. 1996, Slowík, J. 2007).

Následující dělení se týká integračních stupňů, které stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1976. Jedná se o integraci z hlediska míry účasti v sociálně společenských procesech:

- Sociálně integrovaný: postižení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech,
- Účast inhibovaná: postižení nese určité znevýhodnění, které znamená mírné omezení v plné činnosti,
- Omezená účast: znemožňuje plnou účast při obvyklých společenských činnostech, jedná se např. o manželství, sexuální život apod.,
- Zmenšená účast: důsledkem postižení není jedinec schopen navázat náhodné kontakty a jejich účast na společenském životě je omezena na často jen na rodinné či pracovní vztahy.
- Ochuzené vztahy: omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendence ke zlepšení,
- Redukované vztahy: v důsledku postižení je jedinec schopen udržovat vťahy pouze k určité skupině či jednotlivci,
- Narušené vztahy: jedinec není schopen udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny,
- Společensky izolované: jedná se o případ naprosté segregace, míra integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost (srov. Michalík, J. 2001; Slowík, J. 2007).

Integrace žáků s mentálním postižením do běžné základní školy nese svá určitá specifika. Na toto téma se vede řada veřejných diskusí a odborných polemik. Je většinou zainteresovaných označována jako velice problémová a kontroverzní. Aby byla vůbec školská integrace žáků s mentálním postižením do školství možná a hlavně kvalitní, musí být pro ni vytvořeny nezbytné podmínky. Naším úkolem je být dobrými poradci pro rodiče těchto dětí a podílet se na plánování jejich vzdělávací cesty.

Nesmíme primárně vycházet např. ze stupně jeho mentálního postižení, ale z jeho aktuálních možností a přání zákonných zástupců. V ojedinělých případech dokáže rodina ve spolupráci s nejbližším okolím (včetně školského) vytvořit a přizpůsobit podmínky tak, že je i dítě s těžším zdravotním postižením schopné úspěšně zvládnout vzdělávání formou integrace. Je zde ale stále možnost upřednostnit formu speciálního vzdělávání, i když jsou možné předpoklady pro úspěšné zvládnutí vzdělávacího programu základní školy. Je proto nutné rodičům vždy podat dostatek informací o výhodách či nevýhodách vzdělávání ve speciálním typu vzdělávacího zařízení nebo v integrované formě, aby zhodnotili případný přínos a možná rizika pro své dítě, tedy žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Hlavní podmínky, které je třeba vytvořit pro žáka s mentálním postižením v integraci jsou dle Valenty tři. Žák s mentálním postižením není schopen vcelku plnit učební plán a vzdělávací program ZŠ, je tedy nezbytné uplatnit principy vnitřní diferenciací ve vyučování. Druhou podmínkou je pak zajištění podpory ve vyučování v podobě asistenta pedagoga, jelikož učitel nemá možnost věnovat v průběhu vyučování nadměrnou péči integrovanému žákovi na úkor třídy. Třetí podmínku Valenta spatřuje v uplatňování speciálních programů behaviorální terapie, z důvodu specifických projevů chování žáka s mentálním postižením, který by tak mohl narušovat průběh vyučování. Také je třeba zajistit možnost využívat i jiný prostor mimo třídu pro individuální práci se žákem s mentálním postižením. Tyto tři podmínky však musí být pro úspěšnou realizaci školské integrace žáků s mentálním postižením doplněny řádným legislativním a finančním zabezpečením celého procesu (Valenta, M. a kol. 2003).

2.3 Rodina dítěte s mentálním postižením

Většina z nás vyrůstala v rodině, která nás ovlivňovala od samého počátku a ovlivňuje nás do dnes, stejně tak i naše maličkost má podstatný vliv na celou naši rodinu. U jedince s mentálním postižením je tento fakt výrazně umocněn.

Toto téma je mi velice blízké i proto, že jsem měla sama možnost žít přes půl roku v rodině s mentálně postiženým dítětem. Jsem si díky tomu vědoma obrovské zátěže, kterou rodina prochází každý den. Jednalo se o německou rodinu s desetiletým chlapcem se zdravotním postižením, který trpěl těžkým až hlubokým mentálním postižením s dalšími přidruženými vadami. Patologie rodinného prostředí byla až do očí bijící. Ať už se jednalo o interní vztahy mezi rodinnými příslušníky nebo vztahy

s vnějším okolím. I přestože jsem nebyla členem této rodiny, pobyt v ní mi značně ovlivnil mou duševní pohodu. Upřímně se nedokážu vžít do situace rodiče, který přišel o svá očekávání, sny a přání. Pouze vím, jak vypadá jeho život, znám jeho pláč a smutek, ale také radost z každého úspěchu jejich potomka, který by byl pro jiného naprosto nepodstatným zrnkem písku v poušti.

Odborná literatura o této problematice pojednává různě, v jednom se ale všichni shodují, jedná se o zásadní zatěžkávací zkoušku celé rodiny, která začíná v momentě **sdělení diagnózy**. Matoušek (2003) spatřuje jistou analogii v reakci rodiny na zjištění mentálního postižení jejich potomka s reakcí rodiny, která přišla o některého jejího člena. Nejdříve je ztráta vnitřně popírána, stejně jako reakce rodičů na diagnózu o mentálním postižení dítěte, která je dle jejich názoru chybná. Až poté přicházejí na řadu silné emoční reakce, po kterých následuje určité smíření. Matoušek uvádí určité fáze, kterými si rodiče dítěte s postižením všeobecně musí projít, o těchto fázích hovoří i Vágnerová (2003), která kategorizuje tyto čtyři fáze:

1. **Fáze šoku a popření** s sebou přináší iracionální myšlení, kdy situaci nejsou rodiče schopni akceptovat a popírají ji. Silně bývá ohrožena rodičovská seberealizace, přichází deprivace z budoucnosti, je narušen pocit bezpečí a soudržnosti rodiny.
2. **Fáze postupného vyrovnání** bývá značně ovlivněna různými faktory. Zejména emočním vyladěním rodičů, zralost jejich osobnosti, množství dosavadních životních zkušeností a v neposlední řadě kvalita vzájemného citového vztahu. Nesmíme opomenout aktuální fyzický a psychický stav. Typickým znakem této fáze také bývají tzv. psychické obrany, při kterých dochází u rodičů ke změnám jejich prožívání, uvažování a chování. Může se to projevit např. jako útok, kdy rodiče bojují s nepříjemnou situací. Tento relativně zbytečný boj je veden většinou proti zdravotnickému personálu nebo samotným členům rodiny. Další cestou vyrovnání se s problémem může být únik ze situace v podobě odložení dítěte do jiné péče či odchod jednoho z rodičů od rodiny. Únik získává někdy i podobu fantazie nebo substituce (náhrada jednoho zdroje uspokojení jiným, dostupnějším). Kladnou substitucí pak může být např. aktivita v nějakém sdružení, negativní pak třeba alkohol. Důležitou roli v této fázi hraje vnější podpora rodiny a to jak pomocí dostatečným množstvím nezbytných informací, tak projeveným upřímným zájmem pomoci.
3. **Fáze smlouvání** je typická určitým vyrovnáním se s postižením dítěte. Úzkosti a deprese pomalu ustupují a rodiče se začínají na situaci dívat racionálnějším

pohledem. Tato fáze má různě dlouhé trvání a přináší s sebou jistou naději ve zlepšení stavu a částečným přijetím dříve tolik odmítané reality.

4. **Fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti** je fází poslední a ne každý rodič je schopen jí dosáhnout. Akceptovat dítě takové, jaké je a jeho možnosti rozvoje není pro žádného rodiče jednoduché, ale je to možné. I v této fázi však mohou dále přetrvávat neadekvátní obranné postoje, které mohou dítě buď omezovat nebo naopak přetěžovat v jeho rozvoji.

K tomu, aby se rodina byla schopná vyrovnat s nečekanou a těžkou životní situací, je třeba k problému přistupovat racionálně. O ideální adaptaci rodiny mluvíme tehdy, pokud je rodinný život uspořádán tak, aby naplňoval potřeby jak dítěte s postižením, tak i potřeby všech jejích ostatních členů.

Mezi tyto potřeby řadíme dostatečnou a **vhodnou informovanost** o stavu a možnostech dítěte s mentálním postižením. Podání informací je stěžejní krok, který musí být vykonán s citem, včas a pravdivě. Tím se dostáváme k nutné **emocionální podpoře** rodiny, která může přijít jak od specialistů, tak formou psychoterapie. V neposlední řadě rodině nesmí chybět nezbytná **finanční a sociální podpora**. Zejména pokud se chceme vyhnout umístování dětí s postižením do institucionální péče, musíme poskytnout rodině maximální podporu v těchto sférách. Ať už se jedná o pomoc specialistů, zřizování denních zařízení, možnost krátkodobého umístění mimo rodinu. V neposlední řadě osvětová činnost ve společnosti, která stále není zcela připravena na integraci osob s mentálním postižením (Bartoňová, M., Bazalová B., Pipeková, J. 2006).

Přístup, který by měl být uplatňován rodiči dítěte s mentálním postižením je v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je. Rodiče by se měli pokusit dodržovat následující **obecné zásady**:

- snažit se vychovávat své dítě co nejlépe, odpovědně a to jak k dítěti, tak i k sobě a společnosti,
- čerpat a vstřebávat poznatky o vývoji a výchově svého dítěte,
- dbát na zásadu důslednosti při vyžadování požadavků a to vždy v jednotě celé rodiny a později i školy,
- být vytrvalý při vyžadování a kontrole požadavku,

- ovšem tyto požadavky musí odpovídat mentální úrovni a unavitelnosti, tedy individuálním potřebám, dítěte,
- nesnažit se, aby dítě dosáhlo úrovně vrstevníků - za každou cenu (Fischer, S., Škoda, J. 2008).

Nesmíme ovšem zapomínat na fakt, že ne všichni rodiče vidí situaci stejně a ani jejich reakce na obdobnou situaci nejsou identické: *„Do odlišných reakcí rodičů se promítají jejich individuální charakteristiky a také jejich různé způsoby řešení aktuálních problémů. V každé rodině se uplatňuje jiná tradice v pohledu na nemoc a zdraví, která je utvořena v závislosti na tom, kdo, kdy a jak byl v dřívějších generacích rodiny nemocný“* (Vančura, J. 2007, s.37). Někteří rodiče vyrovnaně přijímají i závažné postižení dítěte a naopak jiní rodiče se nejsou schopni smířit s lehkým postižením jejich potomka. Dále je důležitý vliv dítěte na jeho rodiče. Bylo dokázáno několika studiemi, že rodiny dětí s Downovým syndromem neprožívají tolik stresu, jako rodiny dětí s poruchami chování či autismem. Nejtěžším obdobím je pro rodinu s dítětem s mentálním postižením pravděpodobně jeho adolescence (Vančura, J. 2007).

Rodina je vystavena neustálému internímu tlaku, který je tvořen mezi jejími členy, ale také tlaku z okolního prostředí. Obojí plyne z odlišných vzorců chování, které jsou uplatňovány jedinci s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením nejsou schopni porozumět obecně platným hodnotám a normám, pochopit jejich podstatu. U takového jedince nestačí pouhé porozumění pravidlům, ale hlavně jejich aplikaci za určité situace. V případě, kdy má dítě lehké mentální postižení je uplatňování pravidel relativně snadným úkolem a její nositelé často reagují přiměřeně, nelze vždy tyto standardní reakce očekávat. Důvod nalezneme v odlišném zpracování informací a ve sklonu k jinému způsobu reagování. Člověk s mentálním postižením je řízen především emocionálními impulsy. *„Mají zvýšenou pohotovost k afektivním reakcím, které nedovedou přijatelným způsobem ovládat. Nepříjemné, afektivní a někdy i agresivní projevy reakcí na situaci, které nerozumí a nejsou schopni zvládnout. Problematické chování může být výrazem neschopnosti vyjádřit svoje aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelným způsobem. Taková aktivita (např. bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování) slouží ke komunikaci s okolím, jejich prostřednictvím mu sdělují subjektivně důležité informace“* (Fischer, S., Škoda, J. 2008, s. 97).

Důležitým bodem tohoto tématu je další dítě v rodině, tedy **sourozenec** dítěte s mentálním postižením. Těžká situace se neodráží pouze na psychice rodičů, ale ovlivňuje celkové ladění rodiny. Je zde velice důležité vysvětlit dalšímu dítěti v rodině

přijatelným způsobem problematiku postižení jeho sourozence. Rodičovská pozornost je mnohdy soustředěna na dítě s handicapem nebo v opačném případě na dítě zdravé. Proto je třeba najít rovnováhu. Rodiče by dítě bez handicapu měli připravit na případné negativní reakce okolí, kterým bude muset čelit. Vysvětlit mu, proč jsou například určitá pravidla ve výchově uplatňována jiným způsobem vůči jeho sourozenci apod. (Opatřilová, D. 2006).

U dítěte s mentálním postižením hraje rodina klíčovou roli v jeho edukaci, při níž nelze pouze spoléhat na vzdělávací instituce, speciálně vzdělávací centra a další odbornou péči zvenčí. Právě až spolupráce rodiny a odborníků může vytvořit funkční prostředí pro dítě s mentálním postižením.

2.4 Společenská stratifikace a diskriminace

Pojem **sociální stratifikace** je vztažen k nerovnému rozdělení práv a privilegií, povinností a odpovědnosti, odměn a majetku, moci a vlivu v rámci postavení jednotlivých členů ve společnosti. V podvědomí nás všech existuje jakási skupinová hierarchie v rámci nerovných ekonomických požitků v úrovni moci. A právě sociální stratifikace má ohromný a trvalý vliv na lidskou interakci a instituce. Sociální nerovnost je potom důsledek této stratifikace proto, že jisté skupiny jsou v rámci společenského uspořádání postaveny výše, díky tomu ovládají zdroje bohatství, včetně moci a mohou tak čerpat například kvalitnější vzdělání či lékařskou péči. Nejedná se však o nic neobvyklého, sociální nerovnosti jsou v určité míře normálním znakem každé společnosti (Sekot, A. 2006).

Předsudky a diskriminace vznikají na základě odlišností mezi minoritou a majoritou, kdy právě osoby s mentálním postižením tvoří v našem případě mnohdy minoritu, které se právě předsudky a diskriminace dotýkají značně. Jilčík (1999, s.53) uvádí: „*Sociální diskriminací rozumíme fakt a způsob omezování nebo poškozování určitých společenských skupin v jejich právech a nárocích. Původně se sociální diskriminace projevovala jako omezení nebo odmítnutí práv určité kategorie obyvatel pro pohlaví, rasu či náboženství. Skryté bývaly přidružené důvody hospodářské a politické. Sociální diskriminace může mít charakter státní, oficiální, nebo charakter lokální, nelegální, neformální. Spočívá v záměrném znevýhodňování určitých subjektů vytvářením nerovných hospodářských, politických a právních podmínek. Často brání v rozvoji svébytné kultury, v přístupu ke vzdělání, ve výkonu povolání, v seberealizaci.*“

Jaké jsou asi myšlenky, které mnohým proběhnou hlavou, pokud zaslechnout: „To je ten postižený“? Velká většina si při tomto výroku automaticky vytvoří některý druh dojmů, které se budou týkat uvedeného jedince. Takový náhled se odborně nazývá stereotyp, nebo-li zobecněná představa o osobnosti a s ní spjaté očekávání vztažené jak k celé skupině, tak k jednotlivci, jenž je jejím členem. Jedná se o mechanicky přiřazenou vlastnost na základě přisouzeného sociálního statusu. Stereotypy nám do života přinášejí jakousi lehkost, jelikož nám umožňují obrovská zjednodušení neobvykle složitěho sociálního světa. Literatura vidí stereotypy jasně: „Jejich vliv na naše vnímání druhých lidí lze vyjádřit tak, že na mnohé jedince nahlížíme nikoliv v termínech jeho jedinečných a neopakovatelných charakteristik, ale v termínech jeho příslušnosti k jednotlivým skupinám“ (Jirásková, V. a kol., 2004, s. 176).

Pokud si lidé vytváří negativní stereotypy, výsledkem bývá vždy diskriminace. Vysvětleme si tedy pojem sociální diskriminace, dle výkladu sociologického slovníku: „*Jedná se o zvláštní případ, v němž jsou popřeny normativní zásady rovnosti a stejného zacházení se všemi členy sociálního útvaru. Jedná se zejména o neoprávněné rozlišování jedinců, skupin (vrstev, tříd atp.), hodnot apod. na základě jejich příslušnosti k určité sociální (profesní, politické, stratifikační, náboženské atp.) nebo biologické (rasové) kategorii a zvýhodňování jedněch vůči druhým*“ (Geist, B. 1992, s. 68). Diskriminace může vést k vyloučení z práce, ze vzdělávacích šancí a může mít za následek u členů určitých skupin postihy a útlak v nejrůznějších oblastech (Jirásková, V. a kol. 2004).

Sociologie popisuje příčiny a důsledky nerovnosti primárně v terminologii sociální organizace a sociální struktury, kterou tvoří např. sociální pozice, sociální role či sociální status jedince. Chápe pak nerovnost dvěma způsoby. Tím **prvním** jsou nerovné vztahy prvků sociální struktury, tedy určité role, pozice a statusy, jenž jedinec zastává. **Druhým** způsobem je pak nerovnost jedinců, kteří se v sociální struktuře pohybují, tzn. jak jsou jedinci zařazováni do systému sociální stratifikace ve vztahu k ostatním jedincům a ve společnosti jako celku, dále do této skupiny řadíme nerovnost celých sociálních kategorií a skupin, což se v našem případě týká jedinců s handicapem, přesněji jedinců s mentálním postižením. První případ hovoří o vlastnosti každého sociálního systému, který má tendenci své sociální pozice, kdy má každá spojitost s určitou mocí či prestiží, hierarchicky uspořádat. Druhý případ pak vypovídá o nerovnosti jedinců a sociálních skupin, která plyne více z povahy jimi aktuálně zastávané pozice než z jejich osobních vlastností. Obě hlediska se samozřejmě

vzájemně podmiňují a kombinují, neboť určité pozice umožňují větší kultivaci lidského kapitálu než jiné. Hovoříme-li pak o rovnosti či nerovnosti, musíme si uvědomit, že mohou být sdílené na základě připsaného, i když v dnešní době spíše získaného statusu (Mareš, P. 1999).

Status je pozice člověka v sociální struktuře, přímo se jedná o pozici, kterou jedinec v oblasti sociálního života zastává. Existuje ale velké množství těchto oblastí, existuje i tzv. pluralita statusů, což znamená, že jeden jedinec může být zároveň např. studentkou, partnerkou, dcerou a fotografkou. Ke každému ze statusů se vážou práva a povinnosti, které jsou vyjádřeny konceptem sociálních rolí. Vysvětleme si tedy pojem sociální role. Jedná se prakticky o chování, které je od jedince očekáváno v určité situaci (Montoussé, M., Renouard, G. 2005). Pro nezasvěcenou společnost tvoří jedinci s mentálním postižením sice lidskou bytost, která ovšem postrádá většinu výše zmíněných statusů a rolí. Kdyby měl člen majoritní společnosti vyjmenovat role člověka s mentálním postižením, jistě by mu to dělalo nemalý problém.

Jakým způsobem si společnost utváří postoj vůči anonymnímu jedinci s mentálním postižením se pokusíme vyložit dále. **Postoje** by se daly definovat jako základní principy vztahování lidí k věcem, k situacím a k druhým lidem, které bývají definovány jako naučené sklony reagovat příznivě nebo nepříznivě na předměty, situace nebo druhé osoby, na jejich chování nebo na jejich osobní přesvědčení. Postoje mohou mít různý rozsah – a to od velice pozitivních např. k milovaným osobám, až po vysoce negativní zastávané vůči subjektivně nepříjemným jedincům. Psychologové rozlišují tři základní složky každého postoje, jedná se o složky: emocionální, konativní a kognitivní složku. Ve složce emocionální je obsažena pozitivní či negativní emoce utvořená o člověku či předmětu, k němuž se postoj daného člověka vztahuje. Složka konativní potom vyjadřuje dispozici nebo pohotovost k určitému typu jednání. Poslední složka kognitivní zahrnuje veškerá přesvědčení, myšlenky, ale i osobitý způsob výkladu, jaký si člověk vytváří o objektech postojů. Uvedme si příklad osoby s těžším stupněm mentálního postižení. Tato osoba u někoho může vzbuzovat pocit antipatií a odporu (emocionální složka), může vést ke koupi odborné literatury zabývající se určitým typem postižení (konativní složka), a přesvědčení, že je dobré vyhnout se jakýmkoli rizikovým situacím v těhotenství, které by zapříčinili případné postižení nenarozeného dítěte (kognitivní složka).

Vytváření postojů si můžeme potom přiblížit na klasické teorii I.P. Pavlova v jeho experimentu se psy. Lidé si podobně utvářejí asociace, tedy spoje mezi určitými

objekty a emocionálními reakcemi, které je provázejí – zde se jedná o tzv. klasické podmiňování. Dále mluvíme o tzv. operativním podmiňování, kdy se jedná již o postoje, které jsou posilovány slovně (verbálně) a souhlasnými gesty (neverbálně) těch, na kterých nám záleží (rodina). V opačném případě, kdy jedinec zaujímá postoje vyvolávající posměch druhých, má v pozdější době tendence tyto postoje přetvářet. Chce-li tedy jedinec patřit do skupiny zastávající odlišné postoje (pro skupinu prioritní), musí vzít tyto postoje nejprve za své, až pak se může stát členem takové skupiny. Nehodlá-li někdo tyto nejdůležitější postoje sdílet, hrozí mu trest, sociální izolace, posměšky nebo úplné vyloučení. Existuje také tzv. **zprostředkované učení**, při kterém se člověk učí některé věci od druhých lidí, nejčastěji v případě, když jedinec nemá vlastní přímou zkušenost. Touto cestou často získávají děti své názory, představy, zaujatosti či výhrady od svých rodičů. Nemají-li například vlastní zkušenost s osobami odlišné rasy, etnické příslušnosti nebo s osobami s mentálním postižením, mohou přijmout za své předsudky svých rodičů vůči příslušníkům těchto skupin. Zprostředkovaně se učíme postojům také z knih, novin, televize a filmu (Jirásková, V. a kol. 2004).

Dojem je jednou z důležitých atribut postoje, který vůči určitým osobám zaujímáme. Existují determinanty, které značně ovlivňují proces formování dojmu. Na straně posuzované osoby i posuzovatele existuje větší počet charakteristik, které ovlivňují proces utváření dojmu. Posuzovatel prožívá krátkodobé psychické stavy např. v podobě očekávání, ale také stabilnější psychické struktury, jimiž jsou určitá schémata a stereotypy. U pozorované osoby hraje důležitou roli kromě jiného její fyzická charakteristika a nápadnost chování. Z výzkumů vyplývá, že negativní nebo extrémní chování upoutává větší pozornost a má silnější vliv na proces formování dojmu. *„Podobně fyzická nápadnost se promítá do výsledného dojmu výrazněji. Tendence přisuzovat fyzicky nápadným lidem nápadnější projevy chování je příkladem zdánlivé korelace, která znamená, že osoba percipuje vztah, který ve skutečnosti neexistuje. Jev zdánlivé korelace je jedním z možných zdrojů negativních stereotypů o příslušnících minoritních skupin“* (Výrost, J., Slaměník, I. 2008, s. 186). Dalšími znaky podstatně ovlivňujícími proces formování dojmu o druhé osobě jsou např. rysy obličeje (atraktivita, infantilita), charakteristiky hlasu, postoj těla, gesta apod.

Sociálně podmíněná chudoba, takto by se dal nazvat fenomén, který můžeme spatřovat u duševně či tělesně handicapovaných jedinců. Tyto osoby jsou určitým způsobem vyloučeny z trhu práce, některé handicapy dokonce naprosto vstup na trh

práce znemožňují. Vedou tak tyto jedince k životu závislém na relativně nízkých sociálních dávkách a stávají se důvodem diskriminace postižených. Také ale nesmíme zapomínat na zvláštní náklady, které život s handicapem přináší. Tyto náklady nesou buď handicapované osoby samy nebo jejich rodiny, které se o ně starají. Patří sem nezbytné pomůcky, nutné a nákladné úpravy interiéru, samozřejmé zvýšené náklady na lékařskou péči, možnou větší spotřebu energie, platba některých nezbytných služeb a mnoho dalších nákladů, které jsou často neúnosné pro člověka s handicapem, tak i pro jeho blízké. Když se oba pohledy na tuto situaci sloučí, tedy malá či žádná možnost výdělku plus zvýšené životní náklady, dostáváme se k výše jmenované sociálně podmíněné chudobě (Mareš, P. 1999).

3 Podpora osob s mentálním postižením

3.1 *Práva osob s mentálním postižením*

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“ (www.psp.cz).

Termín lidská práva (human rights) se stala nezbytným stavebním kamenem nejen pro právní vědu, ale také pro politiku, filozofii a mnoho dalších odborných disciplín. Určují místo člověka ve společnosti, který zde díky jejich uplatňování může žít jako plnohodnotná společenská bytost (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007). Každý jedinec je dle právních norem považován za tzv. fyzickou osobou. Tato fyzická osoba má způsobilost k právům (a povinnostem), způsobilost k právním úkonům a způsobilost k protiprávním úkonům. První jmenovaná způsobilost k právům a povinnostem vzniká u fyzické osoby narozením a zaniká její smrtí. Jedná se o právní subjektivitu. Způsobilost k právním úkonům člověk získává postupně, její naplnění získáváme po dovršení osmnáctého roku života. Způsobilost k právním úkonům je na rozdíl od způsobilosti k právům, lze omezit či člověka této způsobilosti úplně zbavit. Děje se tak kromě jiného také v případě duševního či mentální handicapu, kdy jedinec není schopen činit právní úkony. V tomto případě soud určí takové osobě opatrovníka. Pro mnoho lidí z těchto definic plyne, že člověk s mentálním postižením nemá žádná práva kvůli jeho nesvéprávnosti. V šedesátých letech 20.století se proti tomuto tvrzení začali ozývat organizace rodičů dětí s mentálním postižením. Na mezinárodní úrovni tak vznikla Evropská liga společností mentálně handicapovaných, jež si vytýčila za cíl hájit zájmy osob s mentálním postižením bez ohledu na národnost, rasu a přesvědčení a to v následujících oblastech: léčebné, bytové, vzdělávací, přípravy na povolání, zaměstnání a sociálních služeb (Pipeková, J. 2006).

Právní situace osob s mentálním postižením se tak postupně transformovala až do její dnešní podoby. Jedinci s mentálním postižením obtížně komunikují, tento fakt je zbavuje možnosti prosazovat svá práva. Na tomto základě Valné shromáždění Organizace spojených národů vyhlásilo Deklaraci o právech mentálně postižených osob. Tato mezinárodní deklarace vyzývá národní úrovně organizací zabývající se touto problematikou, aby dbali na dodržování těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znaleců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobeno periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí (Švarcová, I. 2000).

Z výše uvedeného morálního kodexu vyplývá, že i člověk s mentálním postižením má právo svobodně rozvíjet a naplňovat svůj život. Dodržování lidských práv je velice důležité i z pohledu hlavních aktérů, tedy jedinců s mentálním postižením. Lidská práva sama osobě jsou výdobytkem moderní společnosti. Proto respekt k právům tvoří nezbytnou podmínku skutečného začlenění lidí s mentálním postižením do naší společnosti. Oblastí, kde se tato práva projevují v maximální míře jsou sociální služby. Poskytovatelé si uvědomují existenci nejspolehlivějšího ukazatele vypovídajícího o

kvalitě služeb, které nabízí svým uživatelům. Někdy poskytovatelé sociálních služeb naráží na mantinely, jako jsou např.: otázka bezpečnosti, odpovědnosti, omezení dané nevhodnými prostory, nedostatek personálu apod. Ale i přesto zůstávají práva lidí s mentálním postižením zásadním požadavkem, a tím se stávají hlavním znakem sociální služby (www.imy.cz).

„Velká část společnosti si stále není vědoma schopností lidí s mentálním postižením a jejich práv na bydlení v komunitě, práci, volební hlas a ochranu před zneužíváním a lhostejností. Lidem s mentálním postižením se nedostává úcty, na níž mají jako občané nárok. Často nemají ani podporu potřebnou k tomu, aby svých práv využívali. Přes velké pokroky na všech úrovních politického života základní práva lidí s mentálním postižením nebyla dosud plně uznána a zajištěna“ (www.Dobromysl.cz).

3.2 Společenské organizace a občanská sdružení

Po listopadu 1989 nastal zvrát v náhledu na celkovou problematiku jedinců se zdravotním postižením, tedy i jedinců s mentálním postižením. Začala vznikat řada nestátních neziskových organizací (NNO), která si kladly za úkol poskytovat služby, které jedincům se zdravotním postižením umožní žít a pracovat v běžném prostředí mezi zdravými lidmi. Tyto organizace tak reagovaly na nedostatky, které stát do určité doby v poskytování služeb zanedbával. V dnešní době se situace změnila a NNO se staly rovnocenným partnerem v poskytování sociálních služeb státem zřízeným organizacím s nesporným podílem na decentralizaci zdravotní a sociální péče. Jedná se tak o širokou škálu poskytovatelů sociálních služeb v podobě občanských sdružení, nadací a nadačních fondů, obecně prospěšných společností, církevních a náboženských společností a jejich zařízení, které svou činností přispívají ke zkvalitnění života lidí s mentálním postižením, jejich integraci do společnosti a aktivním zapojením na trhu práce (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Uvedme jedny z nejvýraznějších NNO, které poskytují služby sociální péče lidem s mentálním postižením v České republice:

- **Máme otevřeno**

Jedná se nestátní neziskovou organizaci, občanské sdružení pro integraci lidí s postižením. Jeho cílem je podpora lidí se speciálními potřebami a to převážně jedinců s mentálním postižením a autismem. Vypomáhá těmto lidem s obhajobou jejich práv, uplatněním na trhu práce a volnočasových aktivitách. Toto občanské sdružení intenzivně

usiluje o rozvoj dobrovolnictví a oslovuje širokou veřejnost, aby umožnila lidem s handicapem být její součástí. Organizace své cíle naplňuje pomocí svých programů. Mezi nejznámější patří pracovní tréninkový program kavárna Vesmírna a tranzitní program, který si klade za úkol integrovat jedince s mentálním postižením na pracovní místa mezi „zdravé lidi“(www.mameotevreno.cz).

- **Rytmus**

Občanské sdružení Rytmus je další nestatní neziskovou organizací, která vznikla za účelem pomoci lidem se znevýhodněním s aktivním zapojením a seberealizací. A to zejména v oblastech vzdělávání a pracovním uplatněním v běžném prostředí. Nabízí aktivity z oblasti pracovního uplatnění jako je například sociální rehabilitace (podporované zaměstnávání a tranzitní program), pracovní rehabilitace, poradenská činnost v oblasti zaměstnání. Dále aktivity v oblasti inkluze dětí se znevýhodněním, kam řadí hlavně osobní asistenci, poradenství s výběrem škol, zastoupení rodičů dětí s postižením při jejich jednání s úřady a školami, publikační činnost a další činnosti. Dále se Rytmus o.s. zabývá poskytováním dvou typů sociálních služeb. První z nich je sociální rehabilitace poskytovaná metodou podporovaného zaměstnávání. Druhou poskytovanou sociální službou je osobní asistence (www.rytmus.org).

- **SPMP – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o.s.**

Jedna z nejznámějších nestátních neziskových organizací v ČR určená lidem s mentálním a kombinovaným postižením, jejich rodinám a dalším odborníkům. SPMP působí jak na národní, regionální, tak i na lokální úrovni – má více než osm tisíc členů. Její náplní je hájit práva a zájmy lidí s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodin. Tuto činnost provádí pomocí následujících aktivit: osvětová činnost, odstraňování předsudků, poskytování sociálních služeb, podpora transformace ústavní péče na komunitní služby. Vzdělávací činnost, atd. To vše s cílem zlepšit podmínky života občanů s mentálním postižením (www.spmpr.cz).

- **SPOLU Olomouc**

Tato nestátní nezisková organizace vznikla v roce 1995 primárně pro jedince s mentálním postižením v olomouckém regionu. Chce těmto lidem umožnit seberealizaci v běžných životních podmínkách obvyklých pro jejich vrstevníky. Mezi cíle a náplň činnosti SPOLU Olomouc patří poskytování sociálních služeb včetně sociálního poradenství dle zákona 108/2006, poskytování školicích a poradenských

služeb (doplňkové činnosti, prodej služeb, ..), informační, osvětové aktivity směrem k uživatelům služeb a veřejnosti, atd. (www.spoluolomouc.cz).

- **Společnost DUHA**

Toto občanské sdružení vzniklé v roce 1992 se zabývá integrací osob s mentálním postižením. Jako poslání si DUHA klade poskytování sociálních služeb dospělým lidem s mentálním postižením a spolupracovat s nimi na rozšíření jejich životních možností a to vše za neustálé reflexe společenských podmínek. Svým klientům nabízí programy Chráněného bydlení, Centrum denních služeb a v neposlední řadě i Podporované zaměstnávání (www.spolecnostduha.cz).

- **POHODA**

Právní formou patří POHODA k další nestátní neziskové organizaci a je tedy občanským sdružením. Zabývá se poskytováním sociálních služeb, podporuje normální, důstojný a plnohodnotný život občanů s mentálním a kombinovaným postižením, případně organickým postižením mozku v místní komunitě. Jedná se o služby, jež do maximální možné míry podporují soběstačnost těchto lidí, pěstují jejich kompetence a respektují jejich osobnost, názory a individuální potřeby. Kromě těchto činností se POHODA zabývá sexualitou výše zmíněných lidí, která patří ke kvalitě života každého z nás (www.pohoda-help.cz).

- **APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem**

Na úvod je třeba zmínit, že občanské sdružení APLA funguje celorepublikově s působností na Jižní Moravě, Vysočině, Jižních Čechách, Středních Čechách a Praze, Severních Čechách a v Hradci králové. Jejím primárním účelem je rozsáhlá aktivita v rámci cílové skupiny, jíž jsou osoby s poruchou autistického spektra (PAS). Spolupracuje se všemi ostatními institucemi zodpovědnými za příslušné programy v oblasti péče o osoby s PAS. Cílem APLY je zkvalitnění života těmito lidmi a jejich postupná integrace do společnosti (www.apla.cz).

- **SIMP – Sdružení pro integraci mentálně postižených**

Jedná se o občanské sdružení s mottem: „Solidarita, integrace, motivace a podpora, v tom je síla společnosti i jedince. Pomáhá jedincům s mentálním postižením při jejich uplatnění na trhu práce. Umožňuje těmto lidem zařazení do Střediska pracovních dovedností. Pro rodiče a opatrovníky lidí s mentálním handicapem nabízí kurzy souhrnných dovedností, také osobní asistenci (www.simp.cz).

Kromě výše charakterizovaných NNO jmenujme další existující vybrané asociace, kluby a sdružení pro osoby s mentálním postižením dle Valenty a Müllera (2009) se jedná o následující: Alfa Human Service, AKORD, ASISTENCE, Asociace muskulárních dystrofií v ČR, Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, Centrum komplexní péče pro děti s poruchami vývoje, Centrum samostatného života, CID – Centrum integrace dětí a mládeže, Czech Abilympics Association, Člověk zpět k člověku, Diakonie ČCE, ESET-HELP, FOKUS Praha, GREEN DOORS, HEWER, Já – člověk, Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, MOBILIS, Nadace Dětský mozek, Nadace Integrace, Nadace Vize 97, Národní centrum domácí péče – Asociace domácí péče, OMEGA, PONTICUS, PROSAZ, SOAP, Společenství Dobromysl, Studio Oáza, Život 90.

3.3 Sociální zabezpečení osob s mentálním postižením

Sociální zabezpečení jedinců s mentálním postižením je nutno posuzovat v kontextu historie postoje společnosti vůči lidem s mentálním postižením a postižením vůbec, jelikož v této problematice je vše otázkou vývoje. Od doby, kdy byli jedinci s postižením segregováni do velkých ústavů sociální péče, kde byli rozděleni dle pohlaví a věku, uplynulo již několik let. Situace se začala měnit po roce 1989. Švarcová (2000, s.138) uvádí: *„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.“*

Institucionální péče vyvolávala v posledních letech odborné diskuse na téma integrace, normalizace a humanizace. Kde **integrace** představuje překonání nepřirozeného vydělení jedinců s mentálním postižením ze světa lidí nepostižených, jedná se tedy o snahu začlenění člověka s postižením do majoritní společnosti. **Normalizace** předkládá skutečnost, že i lidé s postižením mohou žít relativně normálním životem stejně jako jejich vrstevníci. Každý jedinec má právo na kvalitní a smysluplný život. **Humanizace** zde zastupuje roli rovnocennosti mezi jedinci s postižením a majoritou, pomoc při zvládnutí jejich handicapu a poskytnutí rovnocenných šancí v životě (Švarcová, I. 2000).

V tomto duchu vznikalo nové pojetí systému sociálních služeb, které vychází z cíle moderní sociální politiky, která se zaměřuje na zlepšení kvality komplexní péče o osoby se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Legislativní podporou pro sociální zabezpečení výše zmíněných osob se **stal zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**, jehož cílem je zajištění zvýšení kvality služeb a péče o uživatele sociálních služeb. Služby by se na jeho základě měly stát dostupnými pro všechny uživatele a měly by směřovat k jejich potřebám. Zákon apeluje především na již zmíněnou **integraci, podporu nezávislosti** (svobodné rozhodování a možnost volby) a **ochranu znevýhodněných osob** (uplatňování práv, potřeb a zájmů). Odstraňuje a zmírňuje znevýhodnění. Poskytovatelé sociálních služeb mají ze zákona povinnost získat oprávnění k jejich poskytování, jen za těchto podmínek mohou být zapsáni do registru poskytovatelů služeb. Přichází tak transformace systému přijímání klientů péče sociálních služeb, kdy se uživatelem stane osoba, která pomoc a podporu prostřednictvím sociálních služeb opravdu potřebuje, a to na základě stanovení pravidel pro posuzování nepříznivé situace. Změny také nastávají v systému poskytování služeb, což zahrnuje problematiku uzavírání smluv a dohod, sestavování plánů služeb a jejich financování. Kvalita služeb je stavěna na první místo, a to prostřednictvím tzv. standardů kvality sociálních služeb. Hlavní změnu v systému sociálních služeb charakterizuje odborná literatura takto: „*Nový systém sociálních služeb umožňuje poskytovatelům přesnější vymezení jejich rozsahu, uživatelům sociálních služeb možnost výběru poskytovatele služeb, který nabízí pro uživatele nejvhodnější sociální službu. Základním nástrojem fungování nového modelu sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči*“ (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007, s. 98).

Příspěvek na péči je vyplácen ve formě nově vzniklé sociální dávky, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Příspěvek je přímo určen uživateli, ne tedy poskytovateli. Dle zákona rozlišujeme čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného, na jejich základě odvozujeme výši příspěvku.

Podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. §32 rozlišujeme tyto základní **druhy** sociální péče:

- Sociální poradenství tvoří nedílnou součást všech sociálních služeb.
- Služby sociální péče mají za cíl zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiného člověka,
- Služby sociální prevence slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Zákon dále vymezuje v §33 **formy** poskytování sociálních služeb, které jsou poskytovány jako:

- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, ve kterých člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně. V souvislosti s jedinci s mentálním postižením se především jedná o domovy pro seniory či lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením.
- Ambulantními službami rozumíme takové, za nimiž člověk dochází do specializovaných zařízení, jakou jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, ve kterém člověk žije, tedy převážně v domácnosti (v místě pracoviště, vzdělávání nebo místě volnočasových aktivit). Jedná se především o pečovatelskou službu, osobní asistenci (www.mpsv.cz).

Poskytování sociálních služeb se uskutečňuje prostřednictvím zařízení sociálních služeb. Zákon zde jasně vymezuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb, které se týkají pomoci při zvládání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, podpora základních pracovních návyků. Zajištění fyzické a psychické soběstačnosti napomáhají osobám služby sociální péče, dále pak i zapojení do běžného života společnosti. Mezi služby sociální péče, které jsou Zákonem o sociálních službách určeny jedincům s mentálním postižením řadíme: služby osobní asistence, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a ránu péči. Pro osoby s rizikem sociálního vyloučení, můžeme zařadit mezi možnosti využití služeb sociální péče v podobě sociálně aktivizačních služeb pro osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny, které mají pozitivní vliv na zdokonalování pracovních návyků a dovedností pomocí sociální terapie (Bartoňová a kol., 2007).

Podmínky pro poskytování sociálních služeb určují již výše zmíněné **Standardy kvality sociálních služeb** (vydané MPSV v roce 2002) lze považovat za první komplexní pokus o řešení kvality sociálních služeb u nás.

Standardy jsou rozděleny do tří základních kategorií:

- Procedurální – stanovují, jak mají služby vypadat
- Personální – věnují se personálnímu zajištění služeb
- Provozní – definují podmínky pro poskytování služeb (Bartoňová a kol., 2007).

Tyto standardy byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i s poskytovateli sociálních služeb a slouží jak jejich uživatelům, tak i poskytovatelům a jejich pracovníkům. Pilířem standardů je povinnost zařízení respektovat základní lidská práva uživatelů služeb mezi které řadíme: ochranu osobní svobody, soukromí, osobních údajů, právo na svobodné rozhodování, ochranu před jakoukoliv formou zneužívání, před nucenými pracemi, diskriminací apod. Standardy dále určují obraz kvalitní sociální služby a jsou souborem měřitelným a ověřitelným dle stanovených kritérií. Měřená kritéria mají funkci zpětnovazební, na jejich základě se reaguje napravují případné nedostatky. Standardy mají obecnější charakter, jsou tedy snadno použitelné pro všechny druhy sociálních služeb. V případě sociálních služeb, které patří k veřejným službám, se kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samostatných uživatelů, ale i zájmů zadavatelů. Tato kvalita je určena souborem kritérií (vlastností a charakteristik), která by měla ovlivňovat schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin, tedy uživatelů i zadavatelů. Dle těchto kritérií by mělo být zřetelně viditelné, zda-li služby podporují osobní růst a nezávislost uživatele. Kvalitní sociální služba podporuje jednotlivé uživatele v naplňování konkrétních cílů, kterých chtějí prostřednictvím sociální služby dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé situace (Valenta, M., Müller, O. 2009).

3.4 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Výzvou pro teorii i praxi speciální pedagogiky je problematika přechodu jedince s mentálním postižením ze školního prostředí do dospělosti, tedy do jeho profesního života a částečného či úplného osamostatnění se. Je třeba si proto klást otázku: Co bude po škole? Jedná se především o pracovní uplatnění člověka s mentálním postižením, ale také otázku dalšího vzdělávání, o další pedagogický doprovod individuálního procesu

mladých dospělých při bydlení a utváření volného času. Integrace do profesního života zde získává nový rozměr kvality života (Doležel, R., Vítková, M. 2007).

Pro jedince s mentálním postižením je vstup na volných trh práce jedním z nejdůležitějších projevů společenské emancipace, který tvoří pro tyto osoby jakousi satisfakci za dosavadní výchovně-vzdělávací činností a mohou tak v praxi využít kompetence nabyté za dob školní docházky. Tento důležitý životní krok přináší do života každého člověka nesporné výhody v podobě zvýšení sebeúcty a sebevědomí, poskytuje větší kontrolu nad vlastním životem, rozšiřuje zájmy a nové sociální kontakty, přináší sociální výhody, zlepšuje každodenní dovednosti, naplňuje představy o vlastním pracovním uplatněním, lépe využívá vlastní schopnosti při výkonu práce, podporuje roli dospělého člověka, nabízí možnost získání společenského respektu, umožňuje zapojení mezi běžnou společností apod (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Další klady profesního uplatnění, které spatřuje v ekonomické nezávislosti a zvýšení životního standardu, pozitivní ohlas společnosti na zaměstnání lidí se zdravotním postižením, pracovní místo v integrovaném prostředí odstraňuje bariéry mezi pracovníkem s postižením a jeho okolím, práce zde funguje jako další stádium vzdělávání a sebezdokonalování, placené zaměstnání zvyšuje samostatnost a nezávislost jedince s postižením na jeho okolí. Pipeková (2006, s.102) uvádí: *„Druh práce, peníze, které prací vyděláváme, a možnosti, které tím získáváme, to vše ovlivňuje naše sebevědomění, naše postavení ve společnosti a stupeň svobody, volnosti na úrovni ekonomické a sociální. Poskytnout osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání neznamena jenom umožnit jim výdělek, ale přiznat jim jejich sociální postavení v rámci rodiny a společnosti.“*

Pracovní rehabilitace je právem osob se zdravotním postižením stanovené zákonem o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. a zabezpečována je prostřednictvím úřadu práce, který spolupracuje s pracovními rehabilitačními středisky, případně jinou formou na základě dohody s úřadem práce. Tato činnost je zaměřena na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením, zahrnuje především poradenskou činnost pro volbu povolání spolu s teoretickou a praktickou přípravou. Teoretická a praktická část přípravy zahrnuje přípravu na budoucí povolání, přípravu k práci a speciální rekvalifikační kurzy. Jedná se o cílenou činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání. Trvání je možné maximálně po dobu 24 měsíců. Realizace přípravy k práci je prováděna jednak

na pracovišti jejího zaměstnavatele, které je přizpůsobeno stavu jedince s možností využití podpory asistenta, dále pak v chráněných pracovních dílnách a na chráněných pracovních místech, v neposlední řadě pak i ve vzdělávacích zařízeních státu, církevních institucích, občanských sdruženích a dalších právnických či fyzických osob. Úloha úřadu práce je spolupracovat s osobou se zdravotním postižením v sestavení individuálního plánu pracovní rehabilitace s ohledem na její možnosti a situaci na trhu práce. Obsahem tohoto individuálního plánu je předpokládaný cíl pracovní rehabilitace, formy pracovní rehabilitace, předpokládaný průběh a v neposlední řadě termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace (srov. Opatřilová, D., Zámečníková, D. 2005; Krejčířová, O. a kol. 2005).

Osoby se středním či těžším stupněm mentálního postižení se v mnohých případech realizují v pracovním procesu pod dohledem, mluvíme pak o **chráněných pracovištích**. „*Chráněná pracoviště poskytují zaměstnání, což je služba jakéhokoli zaměstnavatele, jejímž cílem je poskytnout chráněné pracovní místo (vytvořené na základě písemné dohody s úřadem práce a provozované nejméně po dobu dvou let) pro osobu se zdravotním postižením. Toto pracovní místo je účelově zařízené a vybavené tak, aby na něm docházelo k aktivizaci, upevnění a rozvoji pracovních návyků a budování pracovních dovedností*“ (Valenta, M., Müller, O. s. 236). To vše za předpokladu akceptování schopností konkrétního uživatele, jehož soběstačnost je v určitých směrech natolik snížena, že potřebuje dlouhodobou pomoc (Černá, M. 2008).

Chráněné dílny jsou specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost nebo se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce, poskytují jim však pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Lidé pracující v chráněných dílnách získávají stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem a zdravotnímu stavu, mohou tak vytvářet hodnoty stejně jako většina populace. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. v §76 jasně definuje chráněnou dílnu jako pracoviště zaměstnavatele, které je vymezeno na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnání osob se zdravotním postižením. Chráněná dílna musí zaměstnávat nejméně 60% těchto zaměstnanců a musí být v provozu nejméně 2 roky ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření takového pracovního místa je poskytnut zaměstnavateli příspěvek od úřadu práce, který může činit pro osobu se zdravotním postižením osminásobek, maximálně však dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství pro osobu těžším zdravotním postižením. Postup práce je zde stanoven individuálními plány klientů, kdy se pro každého z nich hledá z nabízených možností uplatnění ta nejvhodnější podle

individuálních schopností a dovedností. Cílem je rozvíjet u zaměstnanců samostatnost, zodpovědnost a spolupráci s ostatními při práci na pracovišti. Chráněné dílny mají svůj režim, který je podmíněn zdravotnímu stavu klientů. Trénink pracovních dovedností, pracovního režimu a práce v kolektivu patří mezi hlavní náplň chráněných dílen. Smyslem této pracovní rehabilitace je průprava pro práci v nechráněných podmínkách. Vyhodnocení individuálního rehabilitačního plánu provádí supervizor (psychologa nebo psychiatra) a sociální pracovníce, kteří spolu se zaměstnancem a pracovními terapeuty společně hodnotí dosahování stanovených cílů a společně hledají cesty k řešení případných problémů. Vedoucí terapeut je zodpovědnou osobou za chod výrobního programu, rehabilitaci klientů a za finanční hospodaření dílny v rámci daných předpisů (Pipeková, J. 2006).

Podporované zaměstnávání usiluje o plnohodnotnou integraci člověka s mentálním postižením na trh práce. Představuje službu určenou lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Z určitých důvodů jim jejich schopnosti nedovolují získat a zachovat si zaměstnání. Tito lidé potřebují individuální, dlouhodobou podporu poskytovanou před, ale i po nástupu do práce. Vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí se zdravotním postižením je smyslem podporovaného zaměstnávání. Jeho cílem je získání a zachování si vhodného pracovního místa, čímž se zvyšuje míra samostatnosti jeho uživatelů. Orientace služby je zde přímo na konkrétního uživatele a konkrétní pracovní místo. Zprostředkovatelem této služby je vyškolený pracovní tým, který je připraven pomoci zaměstnanci ve všech potřebných oblastech. Služba bývá časově vymezena na dobu dvou let, tento limit se však může přizpůsobit individuálním potřebám zaměstnance. Jeden z hlavních rysů podporovaného zaměstnávání je opačné pořadí v získávání dovedností a znalostí potřebných pro výkon zaměstnání. Trénink pracovních dovedností probíhá totiž až v daném zaměstnání a uživatel podporovaného zaměstnávání se přizpůsobuje a vzdělává přesně v tom, co pracovní místo a zaměstnavatel vyžadují. Standardně je zde zahrnuta pracovní asistence, zastupování a pomoc při jednání s úřady, poradenství a individuální konzultace, doprovázení apod. Nejen zaměstnanec, ale i zaměstnavatel zde má právo na podporu v souvislosti s administrativou týkající se přijetí uživatele do pracovního poměru, dále s úpravou pracovního místa a pracovní náplně, s vytvořením dalších vhodných podmínek vyhovujících všem zúčastněným. U jedinců s mentálním postižením se jedná především o zaměstnání typu čištění a úprava zeleniny, třídění a kompletace zboží, úklidové práce apod. Zaměstnávání osob s mentálním postižením

vůči jejich vysokému zájmu o pracovní uplatnění je však bohužel nepoměrné. Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci mají ze zákona povinnost zaměstnat osobu se zdravotním postižením, realita je ovšem taková, že pouze mizivé procento z nich je ochotno takovou osobu přijmou do pracovního poměru. Podporovaného zaměstnávání by mělo vždy plnit následující podmínky: **Aktivní přístup uživatele programu podporovaného zaměstnávání** (uživatel není pasivním příjemcem služeb, ale samostatně se rozhoduje a řídí svou kariéru i její časový horizont); **okamžité umístění na pracovní místo a trénink uživatele přímo na pracovišti; zaměstnání v běžném pracovním prostředí** (pracovní místo se nachází na volném trhu práce, tudíž uživatel pracuje po boku lidí bez zdravotního postižení); **průběžná podpora** (ze strany asistenta je poskytována fyzická podpora dle individuálních potřeb uživatele, asistent dále pomáhá s získáváním pracovních i sociálních dovedností s cílem postupného osamostatnění uživatele).

„Lidé s mentálním postižením patří mezi skupiny nejvíce ohrožené sociálním vyloučením. Přes stále se zdokonalující motivační systémy zůstává dlouhodobá nezaměstnanost osob s postižením palčivým humanitárním problémem Evropské unie“ (Bartoňová, M., Pipeková, J., Vítková, M..2005, s.. 128).

4 Faktory ovlivňující postoj společnosti k jedincům s mentálním postižením

4.1 Stanovení cíle, hypotéz, metodologie výzkumu a jeho časové vymezení

Výzkum se zabývá postojem společnosti vůči osobám s mentálním postižením a faktory, které do značné míry tento postoj ovlivňují. Výzkum byl realizován v letech 2009 a 2010 mezi širší veřejností.

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo:

1. Zjištění současného postoje majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením.
2. Určit faktory, které postoj majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením znatelně ovlivňují.

Hypotézy

H1: Lidé vyznávající určitý druh víry více odmítají interrupci u ženy, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením, než lidé nevěřící.

H2: Lidé nad 40 let nesouhlasí s právem na rodičovství jedinců s mentálním postižením častěji než lidé mladší.

H3: Lidé s vyšším dosaženým vzděláním jsou více tolerantní vůči lidem s mentálním postižením než lidé s nižším dosaženým vzděláním.

Metodologie výzkumu

Výzkumná část diplomové práce je založena na statistickém zpracování dat z dotazníku. Bylo využito explorační metody kvantitativního výzkumu. Statistické zpracování dat z dotazníku bylo provedeno v programu Microsoft Excel pomocí kontingenčních tabulek a grafů.

Časový harmonogram:

Příprava výzkumu	srpen – říjen 2009
Předvýzkum	listopad – prosinec 2009
Výzkum	prosinec 2009 – únor 2010
Vyhodnocení a interpretace	únor – březen 2010

4.2 Charakteristika techniky výzkumného projektu

Dotazník obsahoval celkem 13 otázek (viz příloha č. 1) a byl rozdělen na dvě části. První část dotazníku zahrnovala 6 uzavřených otázek, které zjišťovaly postoj respondenta k určité problematice týkající se osob s mentálním postižením. Jednalo se především o otázky obsahující morální dilema pro respondenta. Uveďme definici morálky a dilematu pro upřesnění, kdy morálka je: „Mravní kodex, soubor principů posuzovaných z hlediska dobra a zla a řídících chování a jednání lidí dané společnosti“ (Hartl, P. 2004, s. 140). Definici dilematu odborná literatura chápe jako volbu mezi dvěma stejně přijatelnými možnostmi (Hartl, P., Hartlová, H. 2004). Druhá část dotazníku byla zaměřena na zkoumané faktory, tedy na sociodemografické údaje o respondentovi, týkající se jeho pohlaví, věku, vzdělání, příjmů, víry, rodičovství a bydliště. Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené. V první části dotazníku bylo využito škály odpovědi od ano, spíše ano, spíše ne po ne. Výzkumu této diplomové práce předcházela předvýzkum, dle kterého byly modifikovány či přeformulovány určité otázky a možné volby odpovědi na základě reakcí respondentů. Dotazník předvýzkumu se velice podobal dotazníku výzkumu diplomové práce. Rozdíl byl hlavně v možných odpovědích na první část otázek s morálním dilematem, kdy měli respondenti na výběr pouze z možnosti ano – ne. Tento fakt mnohým respondentům nevyhovoval, proto jsem možnost volby rozšířila o spíše ano a spíše ne.

Dotazníky byly zpracovány pomocí univariační a bivariační analýzou.

Výběr zkoumaných osob

Dotazníkový soubor šetření měl celkem 521 respondentů. Dotazník diplomové práce byl respondentům předkládán ve dvou formách. Papírová verze dotazníku byla určena pro respondenty bez přístupu k internetu (hlavně věková kategorie 60 let a víc). Mezi ostatní respondenty byla vytvořena webová verze tohoto dotazníku

(prostřednictvím webové stránky www.vyplnto.cz), která byla šířena pomocí mnohých internetových aplikací (e-mail, umístění dotazníku na webové stránky: www.Rodina.cz, www.facebook.com, apod.). Výběr respondentů byl do jisté míry náhodný, z velké části byl však tvořen uživateli internetu, nebyl tedy omezen na určitý kraj či lokalitu. Vlastní iniciativou jsem se snažila oslovovat respondenty všech věkových kategorií, obou pohlaví, s různým stupněm vzdělání atd. V závěru se výzkumného šetření zúčastnilo 436 respondentů pomocí webového dotazníku a jeho identickou papírovou verzi vyplnilo zbývajících 85 respondentů.

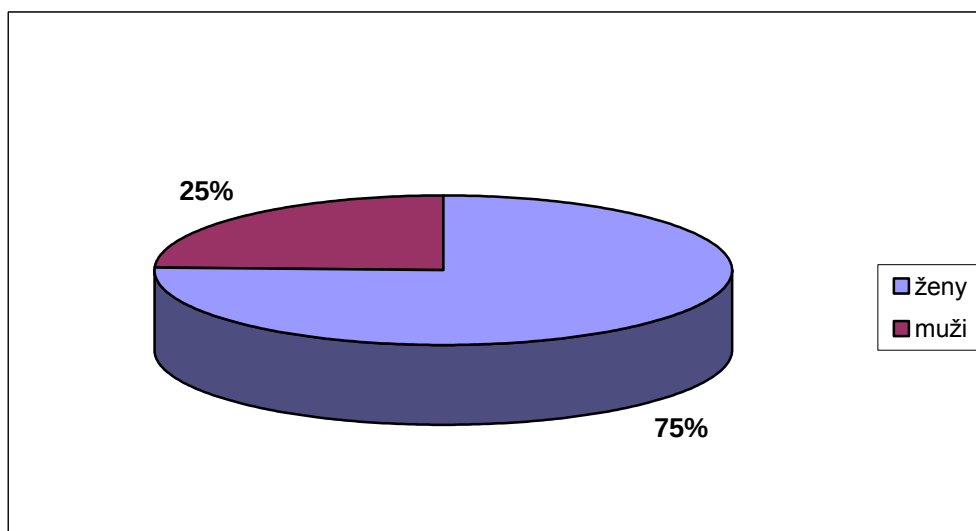
4.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Soubor N byl tvořen 521 respondenty. Pro zpracování dotazníku byla zvolena univariační a bivariační analýza. Univariační analýza slouží převážně k vyhodnocení sociodemografických otázek dotazníku, ale také vypovídá o celkovém pohledu na problematiku postoje všech zúčastněných respondentů vůči osobám s mentálním postižením. Bivariační analýza v tomto výzkumu potom porovnává vztahy mezi sociodemografickými otázkami a otázkami s morálním dilematem. V neposlední řadě je bivariační analýza použita k potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Univariační analýza výzkumu

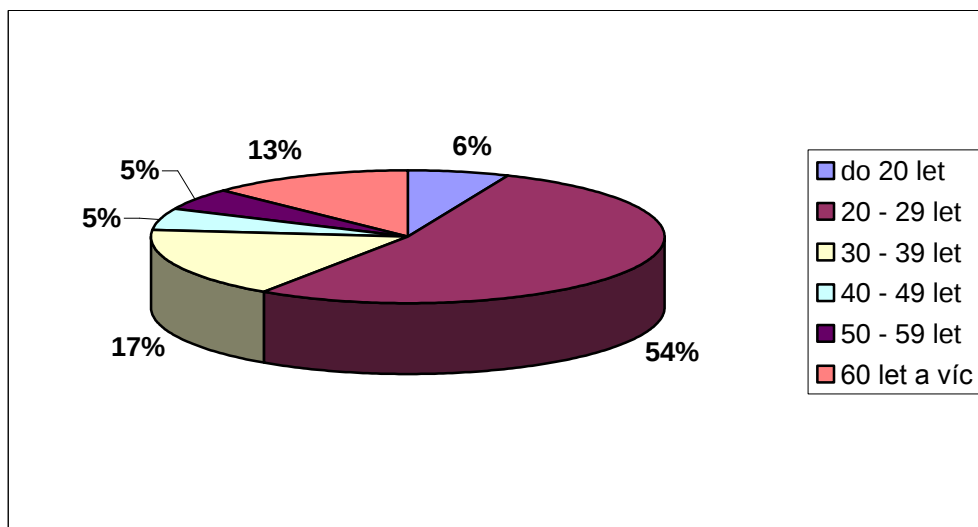
a) Sociodemografická charakteristika respondentů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



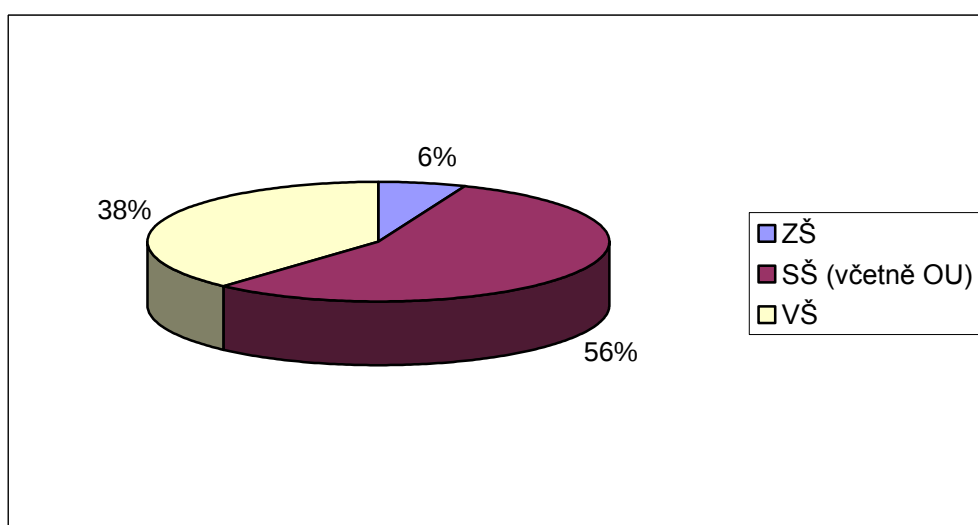
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 393 žen (75% z celkového počtu respondentů) a 128 mužů (25% z celkového počtu respondentů).

Graf č. 2: Věk respondentů

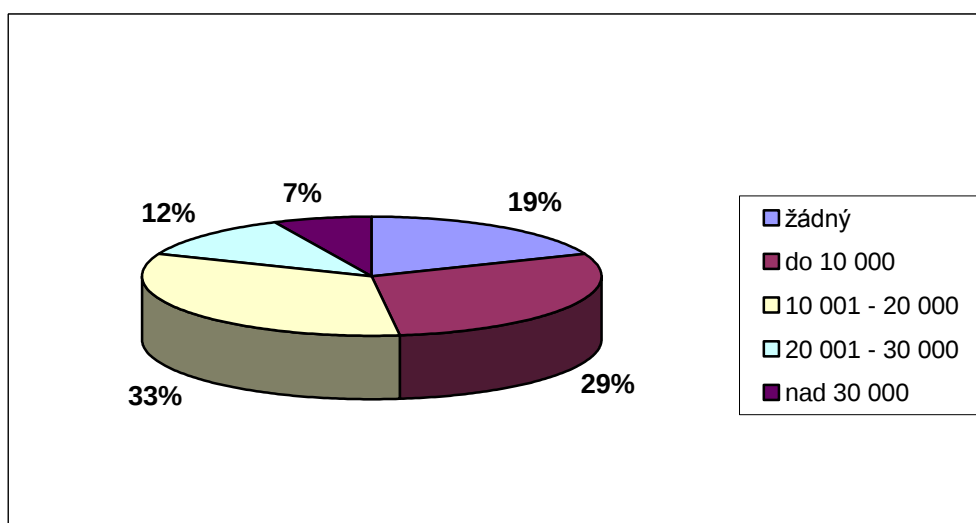


Věkové kategorie respondentů byly rozděleny do šesti skupin, kdy první skupinu tvořili lidé ve věku do dvaceti let a poslední skupinou byla věková kategorie respondentů ve věku 60 let a víc. Nejvyšší počet respondentů 276 měla věková kategorie 20 – 29 let. Nejmladší věkovou kategorií tvořili jedinci do 20 let o počtu 33 respondentů. Věkové kategorie 30 – 39 o 91 respondentech, kategorie 40 – 49 let o 27 respondentech, skupina 50 – 59 let byla tvořena taktéž 27 respondenty a poslední věková kategorie 60 let a víc byla zastoupena 67 respondenty.

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

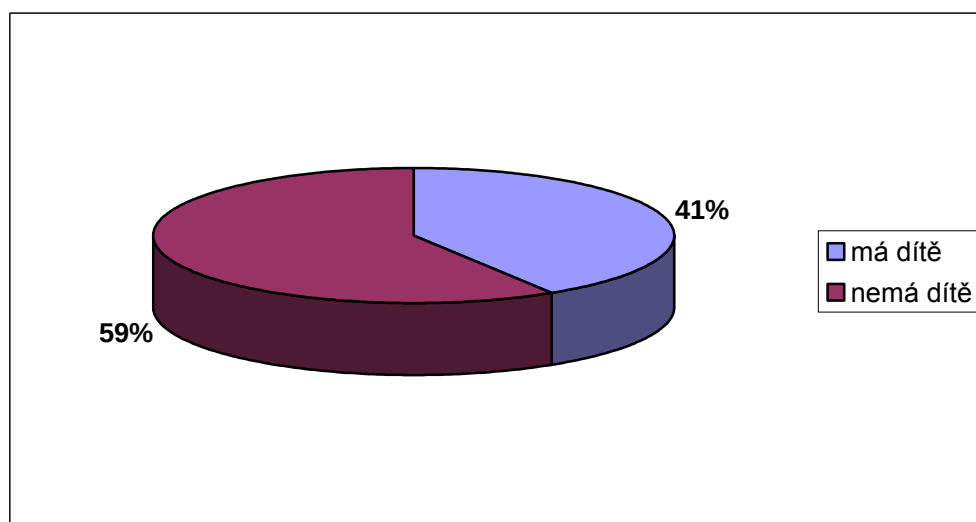


Graf č. 4: Příjmy respondentů v Kč



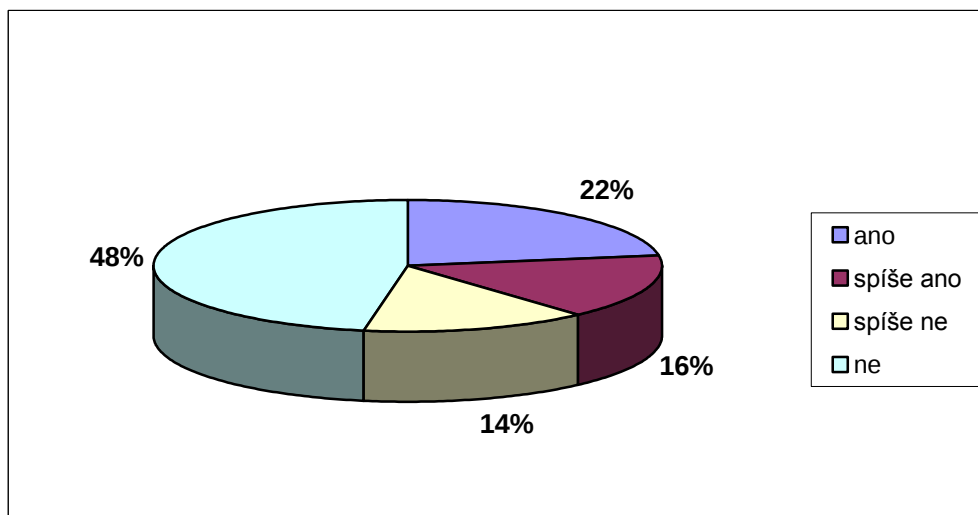
Respondenti byli rozděleni dle jejich měsíčních příjmů do pěti skupin. První tvořili respondenti s nulovým příjmem, jichž bylo 98. Skupina s příjmem do 10 000 Kč byla zastoupena 153 respondenty. Respondentů s příjmy do 20 000 Kč bylo 172. Příjmy mezi 20 001 – 30 000 Kč uvedlo 62 respondentů a poslední skupinu s příjmy nad 30 000 Kč tvoří 36 respondentů.

Graf č. 5: Rodičovství respondentů



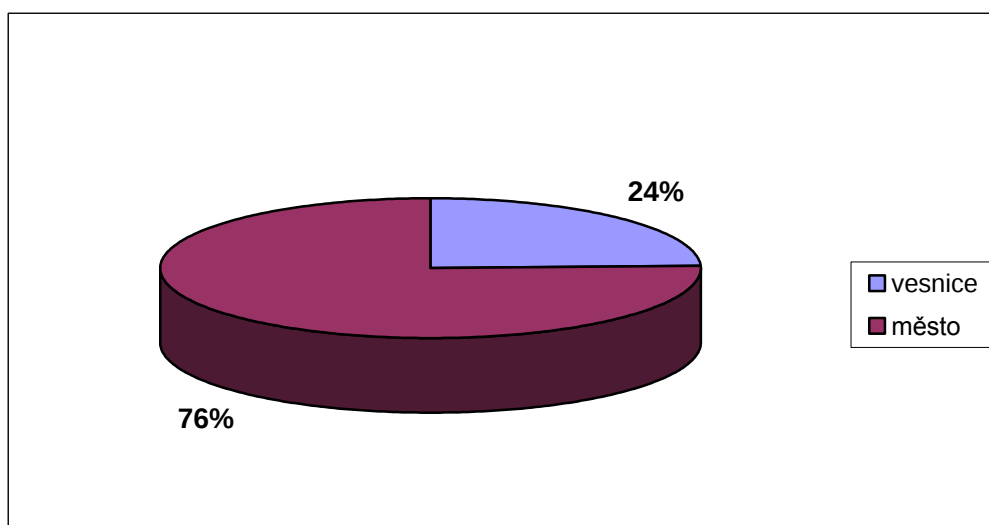
Respondenti zde vytvořili dvě skupiny, kdy první skupinu zastupovali ti, kteří již mají dítě či děti, rodičů mezi dotazovanými bylo tedy 214. Druhá skupina bezdětných respondentů byla tvořena 307 jedinci.

Graf č. 6: Otázka víry u respondentů



Na otázku zda-li je respondent věřící odpovědělo 117 ano a 83 spíše ano. Spíše ne byla odpověď 75 respondentů a jasné ne potom odpovědělo zbývajících 246 respondentů.

Graf č. 7: Bydliště respondentů

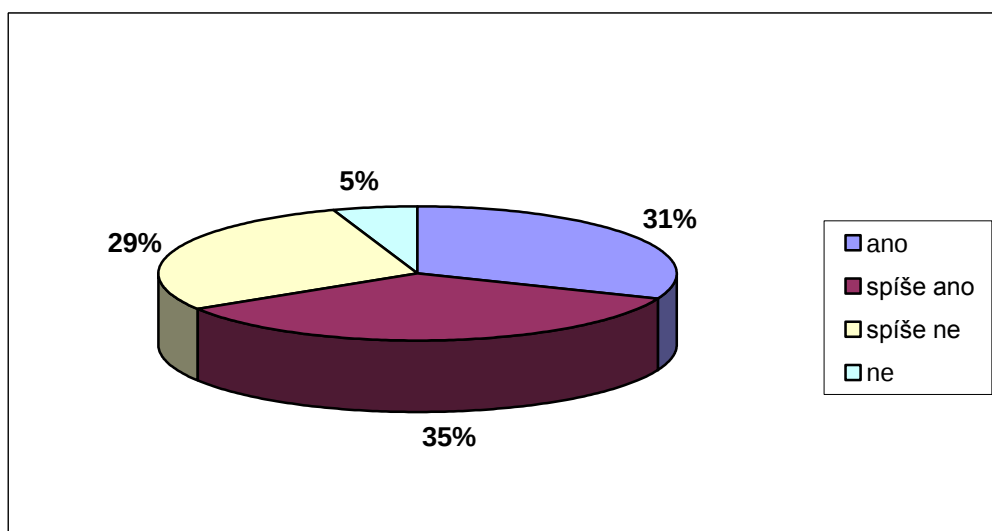


Lokalita, ve které respondenti bydlí byla rozdělena na skupiny vesnice a město. Respondentů žijících na vesnici bylo 127. Zbýlých 394 respondentů žije ve městě.

b) Rozbor jednotlivých otázek

1. *Posadili byste se dobrovolně vedle jedince s očividnými znaky mentálního postižení v prostředí hromadné dopravy?*

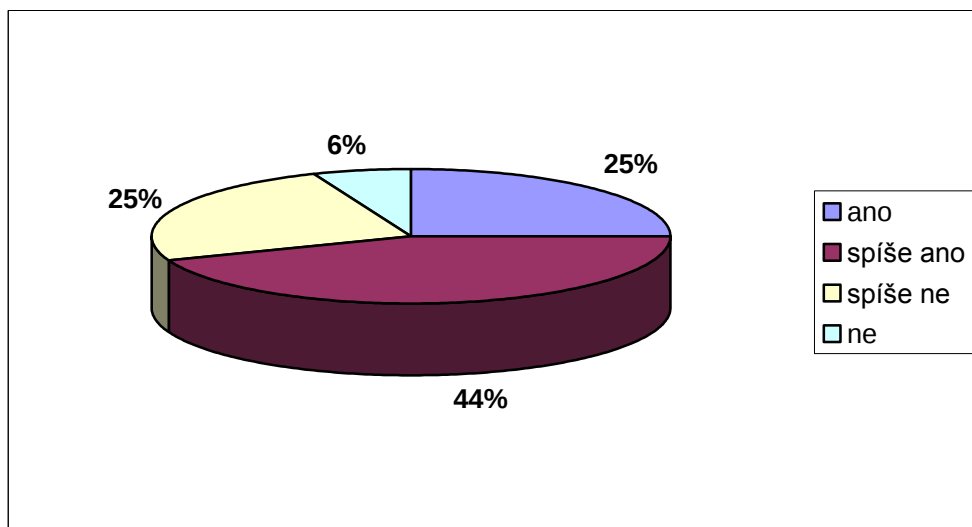
Graf č. 8: Otázka č. 1



Vedle osoby s očividnými znaky mentálního postižení by se bez problémů posadilo 162 respondentů. S menší nejistotou odpovědělo 182 respondentů spíše ano na tutéž otázku. Spíše by se vedle takového člověka neposadilo 150 respondentů. A pouhých 27 respondentů by se vedle člověka s očividnými znaky mentálního postižení neposadilo v prostředí hromadné dopravy.

2. Pokud máte možnost přispět libovolně vysokou finanční částku na jedince s mentálním postižením, přispějete?

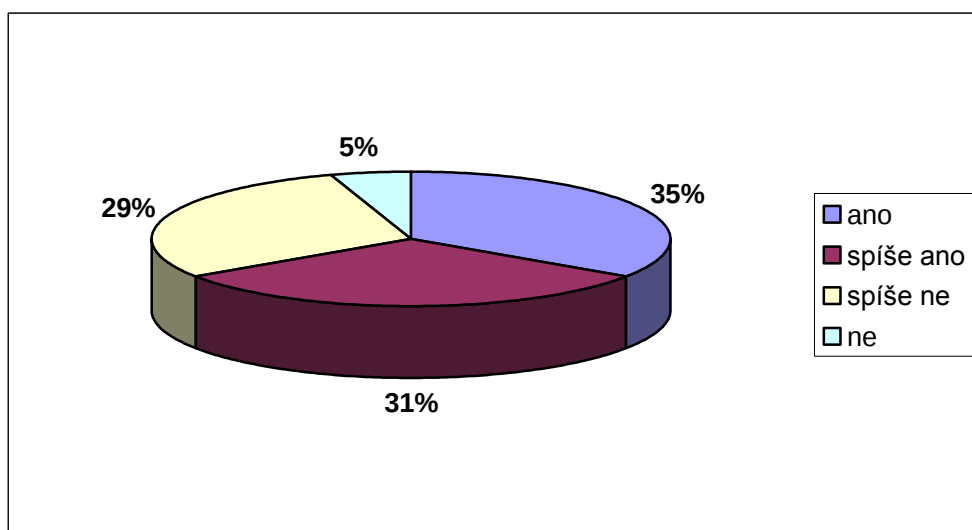
Graf č. 9: Otázka č. 2



Více než polovina respondentů by reagovala kladně, přispělo by určitě 130 respondentů a 231 respondentů by přispělo s vysokou pravděpodobností také. Ve stejné situaci by spíše nepřispělo 128 respondentů a určitě by nepřispělo 32 dotázaných.

3. Myslíte si, že se jedinec s mentálním postižením může uplatnit na trhu práce a přispívat tak společnosti?

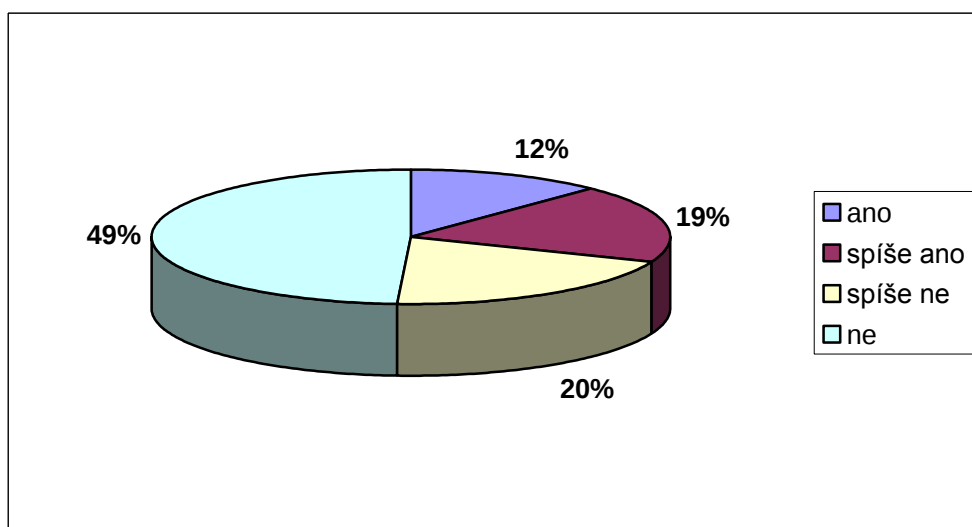
Graf č. 10: Otázka č. 3



179 dotázaných se domnívá, že je možné, aby se člověk s mentálním postižením uplatnil na trhu práce a přispíval tak společnosti, dalších 163 respondentů odpovědělo také kladně, ale již s menší jistotou. Menší skupinu tvořili lidé, s opačným názorem, tedy že člověk s mentálním postižením nenalezne na trhu práce takové uplatnění, aby přispíval společnosti. Spíše ne odpovědělo 153 respondentů a s jistotou potom odpovědělo ne pouze 26 respondentů.

4. *Považujete život duševně zdravého člověka za cennější než život jedince s mentálním postižením?*

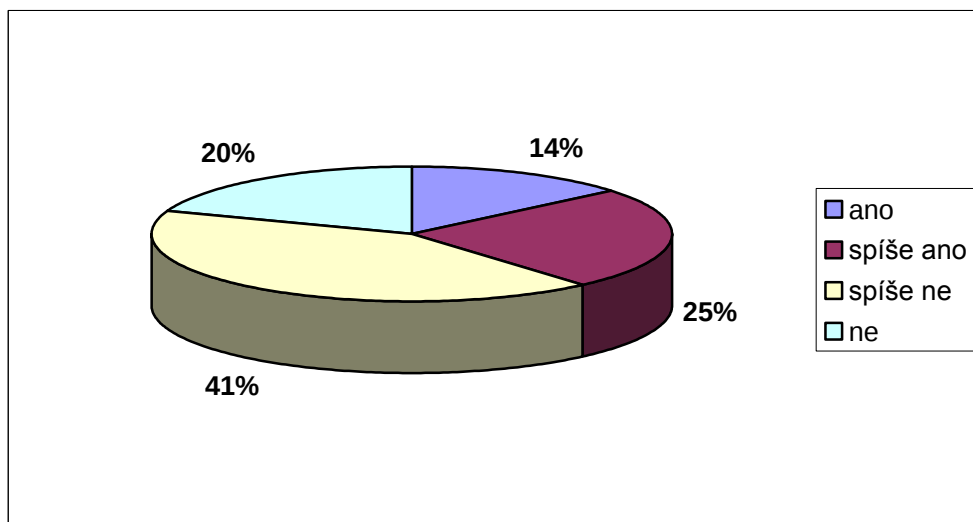
Graf č. 11: Otázka č. 4



Kladně na výše uvedenou otázku odpovědělo 64 respondentů. Dalších 98 respondentů si taktéž spíše myslí, že život duševně zdravého jedince je cennější než život člověka s mentálním postižením. Naproti nim celých 103 dotázaných na tuto otázku odpovědělo spíše ne. Jasně ne zvolila téměř polovina všech dotázaných, tedy celých 256 respondentů.

5. *Měli by mít jedinci s mentálním postižením právo počít potomka a založit tak úplnou rodinu?*

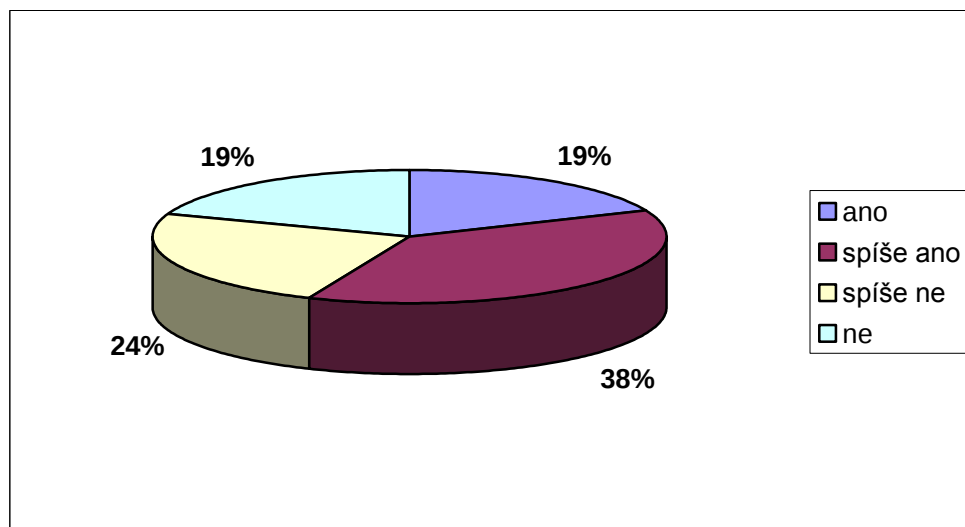
Graf č. 12: Otázka č. 5



Právo člověku s mentálním postižením na založení vlastní rodiny přiřklo 73 respondentů a 128 respondentů odpovědělo taktéž kladně s odpovědí spíše ano. Více než polovina respondentů se přiklání k záporným odpovědím. Variantu spíše ne zvolila nejpočetnější skupina 218 respondentů. Dle 102 respondentů by jedinci s mentálním postižením neměli taková práva mít.

6. *Myslíte si, že by měla těhotná žena, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením podstoupit interrupci?*

Graf č. 13: Otázka č. 6

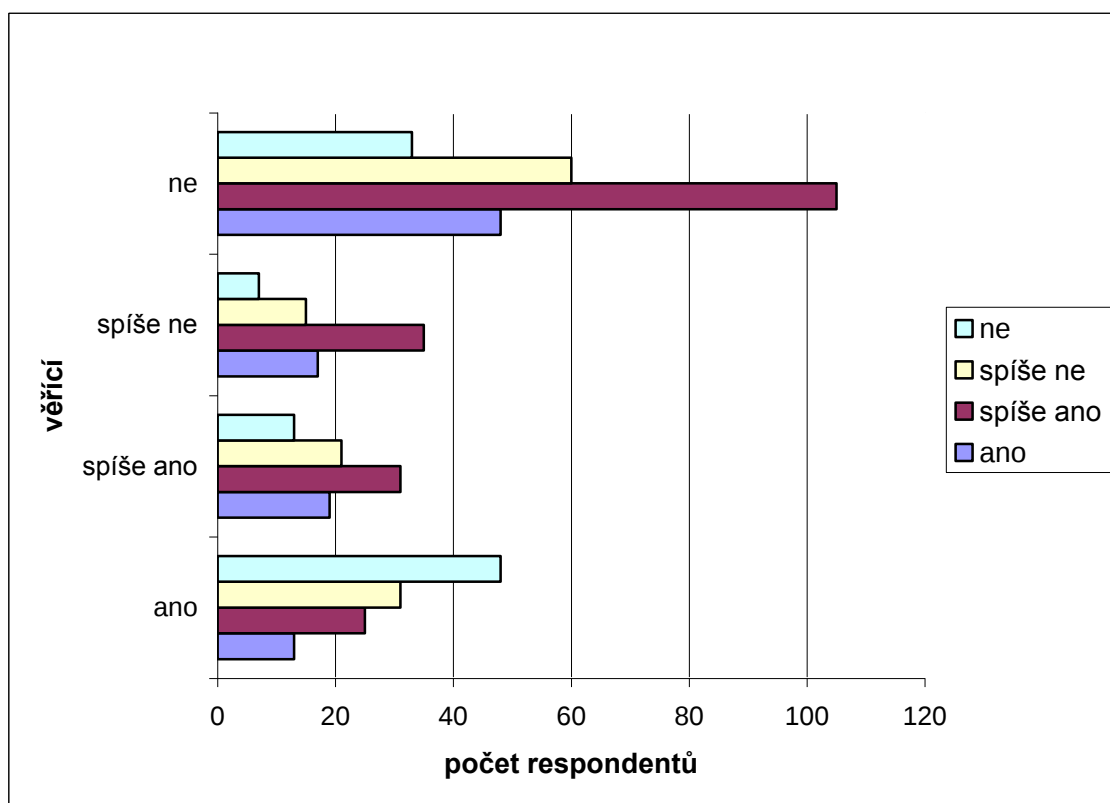


Více než polovina dotazovaných odpověděla na tuto otázku kladně, tedy že by těhotná žena s vysokým rizikem narození dítěte s mentálním postižením měla podstoupit interrupci. Menší část z nich tj. 97 respondentů odpovědělo ano, větší část - 197 odpovídalo již s menší jistotou spíše ano. Zápornou odpověď spíše ne zvolilo 126 dotázaných. S interrupcí ženy s výše zmíněným rizikem nesouhlasilo 101 respondentů.

Bivariační analýza dat

Hypotéza 1: Lidé vyznávající určitý druh víry více odmítají interrupci u ženy, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením, než lidé nevěřící.

Graf č. 14: Vliv víry respondentů na otázku č. 6



Tabulka č.1: Vliv víry respondentů na otázku č. 6

věřící	odpověď na otázku č. 6				celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
ano	13	25	31	48	117
spíše ano	19	31	21	13	84
spíše ne	17	35	15	7	74
ne	48	105	60	33	246
celkem	97	196	127	101	521

Pomocí bivariační analýzy porovnáváme soubor odpovědí respondentů na otázku (č. 6): „Myslíte si, že by měla těhotná žena, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením podstoupit interrupci?“ se souborem odpovědí respondentů na otázku: „Jste věřící?“.

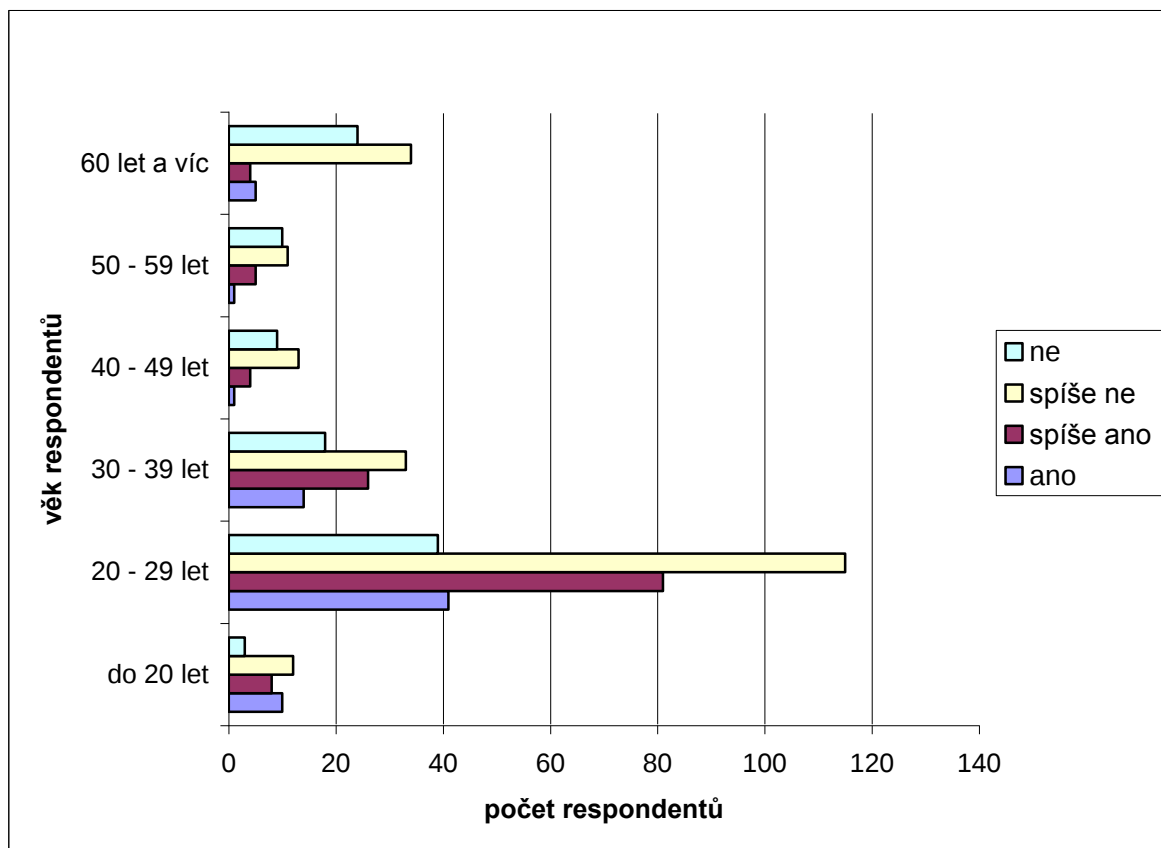
Jak vyplývá z grafu č.14 a tabulky č. 1, můžeme si povšimnout hned na první pohled jasného rozdílu mezi tím, jak odpovídali respondenti věřící vůči respondentům nevěřícím. Nejpatrnější rozdíl sledujeme právě u těchto dvou skupin respondentů. Kdy by 68% věřících respondentů, což je více než dvě třetiny z nich bylo proti či spíše proti interrupci u ženy s výše zmíněným rizikem narození dítěte s mentálním postižením. Naproti tomu respondenti nevěřící odpovídali v 62% na otázku č. 6 kladně, tedy ano nebo spíše ano. Dle nich by žena s takovým rizikem měla potrat podstoupit.

Skupina respondentů, která na otázku víry odpověděla spíše ne, taktéž inklinuje k názoru, jako skupina nevěřících respondentů a to v 67%, tedy opět celé dvě třetiny z nich by byly pro plánované ukončení těhotenství této ženy.

Skupina respondentů, která na otázku víry odpověděla spíše ano, se překvapivě přiklání k odpovědi ano a spíše ano na otázku č.6, tedy podobně jako soubor respondentů nevěřících a spíše nevěřících. Celých 60% spíše věřících respondentů souhlasilo s interrupcí u těhotné ženy s vysokým rizikem narození dítěte s mentálním postižením.

Hypotéza 2: Lidé nad 40 let nesouhlasí s právem na rodičovství jedinců s mentálním postižením častěji než lidé mladší.

Graf č. 15: Vliv věku respondentů na otázku č. 5



Tabulka č. 2: Vliv věku respondentů na otázku č. 5

Věk	odpověď na otázku č. 5				celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
do 20 let	10	8	12	3	33
20 - 29 let	41	81	115	39	276
30 - 39 let	14	26	33	18	91
40 - 49 let	1	4	13	9	27
50 - 59 let	1	5	11	10	27
60 let a víc	5	4	34	24	67
celkem	72	128	218	103	521

Porovnáváme zde dva soubory odpovědí na otázku (č. 5): „Měli by mít jedinci s mentálním postižením právo počít potomka a založit tak úplnou rodinu?“ Prvním souborem jsou věkové kategorie respondentů a druhý je tvořen škálou odpovědí na otázku č. 5 v rozmezí: ano, spíše ano, spíše ne a ne.

Podíváme-li se pozorně na graf č. 15, můžeme si povšimnout jasné klesající tendence kladných odpovědí s narůstajícím věkem respondentů. Lidé do 20 let jsou benevolentnější, více než polovina z nich 55% si myslí, že by lidé s mentálním postižením měli takové právo mít. Skupina respondentů ve věku 20 – 29 let v 56% odpověděla na stejnou otázku ne či spíše ne, se stejnými procentuálními výsledky pak odpovídala i věková skupina respondentů 30 – 39 let. Věková kategorie respondentů 40 – 49 let již znatelně inklinovala k odpovědím ne a spíše ne a to v 81% případů. Respondenti ve věku 50 – 59 let odpovídali podobně a v 78% případů se přiklonili také k odpovědím ne a spíše ne. Poslední věková kategorie respondentů byla tvořena jedinci ve věku 60 let a staršími odpovídala nejradikálněji ve srovnání s ostatními respondenty jiných věkových kategorií. Celých 87% z nich odpovědělo ne či spíše ne. Dle nich by lidé s mentálním postižením neměli mít právo na početí potomka a založení úplné rodiny.

Hypotéza 3: *Lidé s vyšším dosaženým vzděláním jsou více tolerantní vůči lidem s mentálním postižením než lidé s nižším dosaženým vzděláním.*

Tabulka č. 3: Vliv vzdělání respondentů na toleranci vůči jedincům s MP

Otázka č.	respon - denti	Vzdělání respondentů					
		ZŠ		SŠ		VŠ	
		odpovědi respondentů					
		ano	ne	ano	ne	ano	ne
1.	počet	20	12	187	103	137	62
	%	62	38	64	36	69	31
2.	počet	20	12	211	79	130	69
	%	62	38	73	27	65	35
3.	počet	19	13	188	102	134	65
	%	59	41	65	35	67	33
4.	počet	9	23	97	193	56	143
	%	28	72	33	67	28	72
5.	počet	13	19	99	191	88	111
	%	41	59	34	66	44	56
6.	počet	15	17	173	117	105	94
	%	47	53	60	40	53	47

V tabulce č. 3 jsou zaznamenány odpovědi respondentů na všech šest otázek s morálním dilematem z dotazníku. Porovnáváme zde dva soubory odpovědí

respondentů. Prvním souborem je jejich nejvýše dosažené vzdělání a druhým pak jejich odpovědi na otázky s morálním dilematem:

1. Posadili byste se dobrovolně vedle jedince s očividnými znaky mentálního postižení v prostředku hromadné dopravy?
2. Pokud máte možnost přispět libovolně vysokou finanční částku na jedince s mentálním postižením, přispějete?
3. Myslíte si, že se jedinec s mentálním postižením může uplatnit na trhu práce a přispívat tak společnosti?
4. Považujete život duševně zdravého člověka za cennější než život jedince s mentálním postižením?
5. Měli by mít jedinci s mentálním postižením právo počít potomka a založit tak úplnou rodinu?
6. Myslíte si, že by měla těhotná žena, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením podstoupit interrupci?

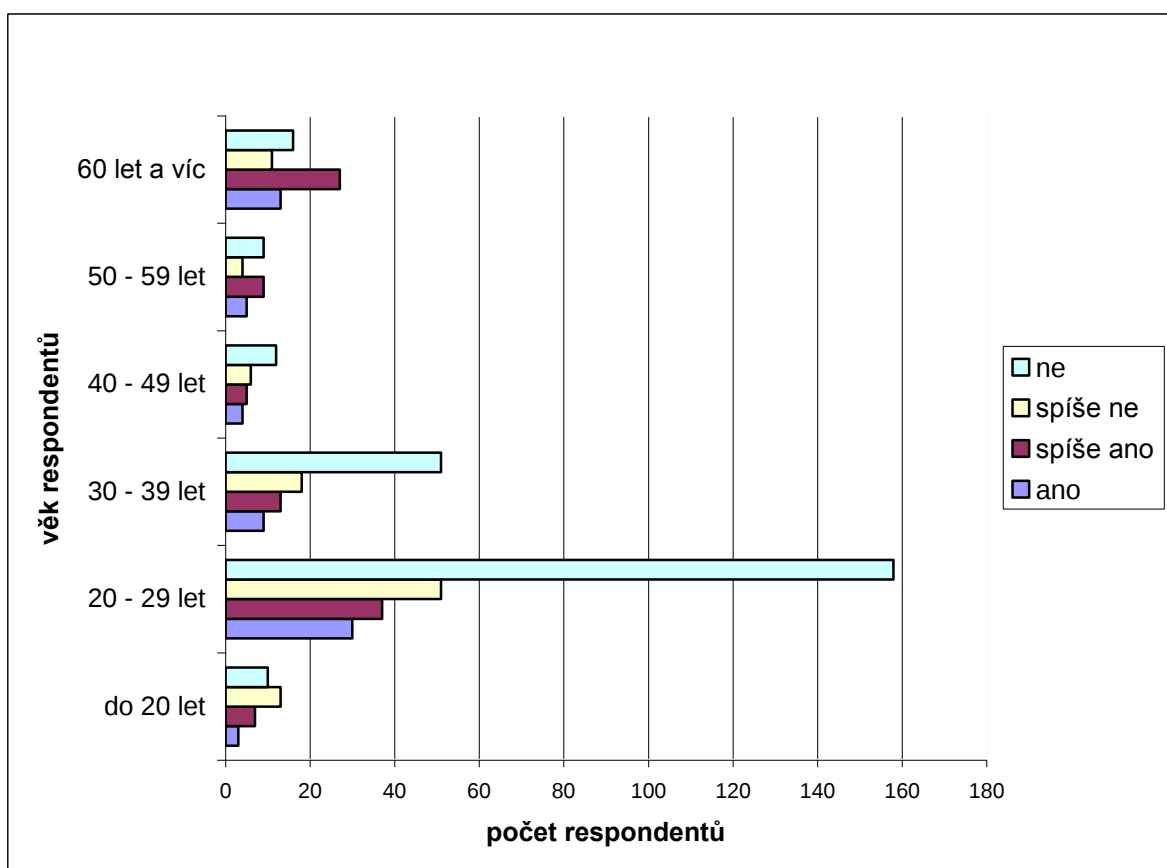
Odpovědi na tyto otázky byly pro větší přehlednost sloučeny v případě ano a spíše ano na ANO, v případě ne a spíše ne na NE. Otázky č. 4 a č. 6 byly pro větší přehlednost zvýrazněny žlutě, jelikož spíše kladnou odpověď (zvýrazněna v tabulce zelenou barvou) ve prospěch osob s mentálním postižením zde tvoří záporné odpovědi.

Z tabulky č. 3 vyplývá, že nejvýše dosažené vzdělání respondentů nehrálo klíčovou roli u odpovědí na otázky s morálním dilematem (č. 1 – č. 6). Neprojeví se zde znatelné rozdíly tolerance či netolerance ze strany respondentů s vyšším vzděláním. Pouze u otázek č. 2 a č. 3 můžeme vidět nepatrnou vzrůstající tendenci v toleranci respondentů vůči osobám s mentálním postižením s vyšším stupněm dosaženého vzdělání respondentů.

Zajímavosti vyplývající z bivariační analýzy zkoumaných dat

- Výsledky odpovědí dle věkových kategorií respondentů na otázku (č. 4): „Považujete život duševně zdravého člověka za cennější než život jedince s mentálním postižením?“

Graf č. 16: Vliv věku respondentů na otázku č. 4



Tabulka č. 4: Vliv věku respondentů na otázku č. 4

věk	odpovědi na otázku č. 4				Celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
do 20 let	3	7	13	10	33
20 - 29 let	30	37	51	158	276
30 - 39 let	9	13	18	51	91
40 - 49 let	4	5	6	12	27
50 - 59 let	5	9	4	9	27
60 let a víc	13	27	11	16	67
celkem	64	98	103	256	521

Z grafu č. 16 a tabulky č. 4 může postřehnout zřetelné rozdíly v názorech respondentů na otázku č. 4 z hlediska jejich věku. Trendu se mírně vymyká pouze věková kategorie respondentů do 20 let, která se přiklání ve 30% případů k odpovědím ano a spíše ano a ve zbylých 70 % případů k odpovědím spíše ne a ne.

Zajímavé výsledky shledáváme u následujících věkových kategorií počínaje lidmi ve věku 20 – 29 let. Tito respondenti v 58% případů odpovídali jasné ne, 18% z nich spíše ne, odpovědi ano a spíše ano pak zvolilo 24% respondentů této věkové

kategorie. V souhrnu celých 76% respondentů nepovažuje život duševně zdravého člověka za cennější než život člověka s mentálním postižením.

Další věková kategorie respondentů ve věku 30 – 39 let odpovídala na tutéž otázku téměř stejně, jako skupina předchozí. V závěru odpovědi respondentů ano a spíše ano činily rovněž 24% a odpovědi spíše ne a ne zbylých 76%.

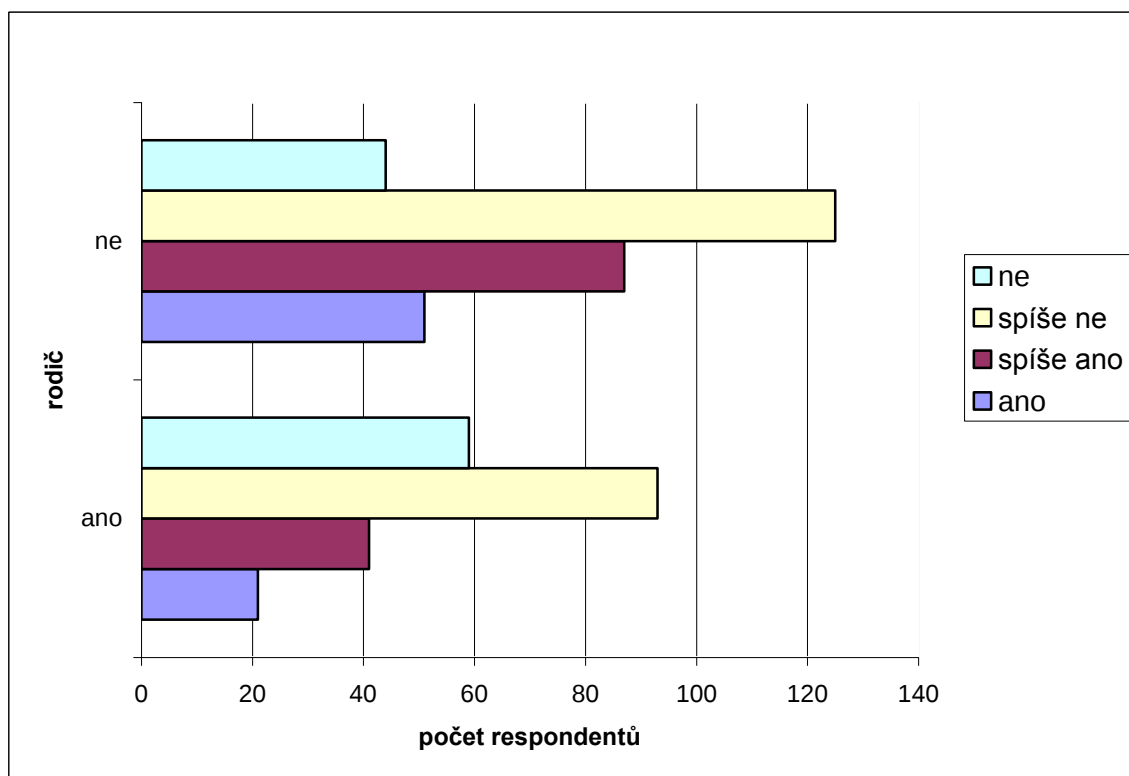
Rozdíly v odpovědi na otázku č. 4 můžeme pozorovat u respondentů ve věku 40 – 49 let, kteří ve 44% případů odpovídali jasné ne, spíše ne ve 22% případech. Celých 34% respondentů této kategorie se přiklánělo k odpovědím ano a spíše ano, tedy že život jedince duševně zdravého je cennější než život člověka s mentálním postižením.

U posledních dvou věkových kategoriích pozorujeme radikálnější pohled na problematiku otázky č. 4. Věková kategorie respondentů 50 – 59 jasné ne a spíše ne vyslovila ve 48% případů, převládaly zde poprvé odpovědi spíše ano s 19% respondentů a spíše ano s 33% respondentů, tedy celkem 52% respondentů zastávalo názor, že život duševně zdravého člověka je cennější než život jedince s mentálním postižením.

Věková kategorie respondentů starších 60 let potom vykazovala následující výsledky. Jasné ne na otázku č. 4 odpovědělo již pouhých 24% respondentů, spíše ne 16% respondentů. Odpověď spíše ano zvolilo 19% respondentů a celých 41% vyslovilo jasné ano, v souhrnu celých 60% respondentů ve věku 60 a více let se přiklonilo k názoru, že život duševně zdravého jedince je cennější než život jedince s mentálním postižením.

- Výsledky odpovědí podmíněné případným rodičovstvím respondentů vůči otázce (č. 5): „Měli by mít jedinci s mentálním postižením právo počít potomka a založit tak úplnou rodinu?“

Graf č. 17: Vliv rodičovství respondentů na otázku č. 5



Tabulka č. 5: Vliv rodičovství respondentů na otázku č. 5

Rodič	odpověď na otázku č. 5				celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
ano	21	41	93	59	214
ne	51	87	125	44	307
celkem	72	128	218	103	521

Na otázku ohledně rodičovství jedinců s mentálním postižením odpovídali respondenti kteří sami rodiči jsou i respondenti bezdětní.

Respondenti, kteří jsou rodiči jednoho nebo více dětí byli ve výběru odpovědí na otázku č. 5 určitým způsobem obezřetnější. K variantě ne se přiklonilo 28% z nich, spíše ne pak volilo celých 43%, tedy v souhrnu bylo proti založení rodiny osobou s mentálním postižením 71% respondentů z řad rodičů.

Naproti tomu skupina bezdětných respondentů byla v otázce rodičovství osob s mentálním postižením o poznání benevolentnější. Odpověď jasné ne zde zvolilo 14 %

respondentů, spíše ne pak 41% bezdětných respondentů. Rozdíly byly patrné u odpovědi spíše ano, kde si tuto odpověď zvolilo 17% respondentů a jasné ano pak odpovědělo 28% respondentů. Tedy 45% bezdětných respondentů bylo pro to, aby osoby s mentálním postižením měly právo na početí potomka a založily tak úplnou rodinu.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit současný postoj majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením.

V mnohých případech nedělá lidem problém sdílet s obou s mentálním postižením sedadlo v prostředku hromadné dopravy, dále se mnozí domnívají, že se člověk s mentálním postižením může zařadit aktivně na trh práce a přispívat tak společnosti. Ve většině případů jsou lidé ochotni přispět určitým finančním obnosem na jedince s mentálním postižením. Potěšující zprávou je, že více než dvě třetiny lidí nepovažují život jedince s mentálním postižením za méněcenný oproti životu zdravého člověka. K čemu se společnost staví spíše záporně je pak otázka rodičovství osob s mentálním postižením. Dalším kontroverzním tématem je interrupce u ženy, u které bylo zjištěno riziko početí dítěte s mentálním postižením, kdy se více lidí přiklání k její realizaci, tedy nenarození takového dítěte. Podle odpovědí respondentů na otázky s morálním dilematem můžeme říci, že současný postoj majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením je spíše kladný. Je zde znatelný pokrok, co se týče pohledu lidí na jedince s mentálním postižením a jejich přijetím do společnosti. Společnost si je podle všeho vědoma náročné životní situace v případě narození dítěte lidem s mentálním postižením či v opačném případě narození dítěte s mentálním postižením matce zdravé.

Druhým cílem bylo určit faktory, které tento postoj majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením znatelně ovlivňují. K dosažení tohoto cíle byly stanoveny tři hypotézy ověřované v letošním roce.

Výsledky výzkumu byly zhodnoceny formou univariační a bivariační analýzy.

Hypotéza 1: Lidé vyznávající určitý druh víry více odmítají interrupci u ženy, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením, než lidé nevěřící.

Tato *hypotéza* byla potvrzena.

Z výzkumu vyplynulo, že lidé věřící, tedy ti respondenti, kteří odpověděli jasné ANO na otázku 'Jste věřící?', nesouhlasí s interrupcí u ženy, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením. Otázka sociodemografická zabývající se vírou respondenta nebyla záměrně přesněji specifikována, proto dále stručně uvedu pohled nejznámějších náboženství na otázku interrupce.

Je všeobecně známo, že křesťanství má od počátku vůči interrupcím odmítavý postoj. V Bibli samotné zmínku o interrupci sice nenalezneme, ale odpůrci interrupcí z řad křesťanů vidí zastání přímo v desateru a jeho přikázání nezabiješ (resp. nebudeš vraždit), které tuto otázku plně řeší. Interrupce ostře odmítají katolická církev, pravoslavné církve i drtivá většina evangelikálních větví protestantismu. Buddhismus nemá na interrupci jednotný názor, obecně však zastává vůči potratu spíše negativní postoj. Hinduismus povoluje potrat pouze v případech ohrožení života budoucí matky, případně je-li plod nějak poškozen. Stejně tak nazírá na potrat i Islám, ale pouze do doby čtvrtého měsíce těhotenství, jelikož po něm už má nenarozené dítě duši. Jako poslední uvedu Judaismus, který se v názoru na interrupci rozchází. Tradiční pojetí této víry potrat povoluje, protože dle ní není dítě až do porodu člověkem. Moderní pohled Judaismu je značně ovlivněn křesťanstvím a potrat odmítá, pouze v případě ohrožení života matky lze potrat vykonat (www.wikipedia.cz).

Při stanovení hypotézy jsem počítala s věřícími respondenty převážně z řad křesťanů, kteří jsou v mnohých případech striktně proti interrupci za všech okolností. Záporné odpovědi *ne* a *spíše ne* (v 68%) z řad věřících na otázku ohledně interrupce za předpokladu narození dítěte s mentálním postižením, mě příliš nepřekvapily. Skupiny respondentů odpovídající na otázku víry jakkoliv jinak než jasné *ano* potom odpovídaly všichni v šedesáti či více procentech případů kladně, tedy že by těhotná žena s rizikem narození dítěte s mentálním postižením měla podstoupit interrupci. Z toho vyplývá, že lidé vyznávající určitý druh víry jsou více proti interrupci u ženy, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením než lidé nevěřící.

Hypotéza 2: Lidé nad 40 let nesouhlasí s právem na rodičovství jedinců s mentálním postižením častěji než lidé mladší.

Tato *hypotéza* byla potvrzena.

Otázka rodičovství lidí s mentálním postižením je velmi diskutovaným tématem, ať u laické veřejnosti nebo v odborných kruzích. Názory jsou různé, od relativně liberálních až po restriktivní. Je však důležité pamatovat si, že rodičovská práva by měla být vždy spjata s povinnostmi, tedy že právo plodit děti by měl mít pouze ten, kdo je schopný a ochotný se o ně starat. Je jasné, že tato podmínka není závislá pouze na intelektu budoucího rodiče. Tuto problematiku však nelze ošetřit zákonem tak, abychom dosáhli ideálního stavu, tedy aby byli všichni rodiče schopni a ochotni starat se o své děti. U osob s mentálním postižením není zásadní otázkou, zda-li se jim narodí dítě s postižením či bez něj, ale zda se o něj dokáže postarat. Rodiče s mentálním postižením nejsou často schopní se s požadavky výchovy rovnat, proto je obvyklé, že jim pomáhají prarodiče a příbuzní (Valenta, M., Müller, O. 2009, s.52). Hypotéza H2 zkoumala rozdílnost názoru dle věku respondentů na rodičovství osob s mentálním postižením. Věk respondentů zde byl pro mě určující, neboť se domnívám, že ve 40 letech člověk již zcela dospěl a vytříbil si své názory na podkladě osobní životní zkušenosti. Lidé starší čtyřiceti let vědí, co obnáší povinnosti spjaté s rodičovstvím, životním a žitím vůbec. Mladší generace tuto zkušenost v mnohých případech teprve získávají a názor si postupně tvoří. Tato domněnka se mi potvrdila. Zatímco respondenti do 40 let věku odpovídali relativně liberálně a téměř v polovině případů přiřkli lidem s mentálním postižením právo na početí potomka, respondenti nad 40 let věku těmto osobám právo na početí dítěte odepřeli v cca 80% případů.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že názor respondentů na právo jedinců s mentálním postižením na rodičovství, je značně ovlivněn jejich věkem.

Hypotéza 3: Lidé s vyšším dosaženým vzděláním jsou více tolerantní vůči lidem s mentálním postižením než lidé s nižším dosaženým vzděláním.

Tato *hypotéza* byla vyvrácena.

Tato hypotéza byla založena na mé domněnce, že se vzděláním roste vědění, tedy i určitý všeobecný přehled člověka. Člověk tak nemusí být vzdělán přímo v oboru speciální pedagogiky, psychologie či medicíny, ale pod pojmem mentální postižení je

schopen vytvořit si určitou představu. Tuto představu je mnohdy schopen doplnit o další informace, jako je druh postižení a jeho možná příčina. Domnívala jsem se, že na tomto základě člověk na jedince s mentálním postižením reaguje, a je případně tolerantnější vůči těmto osobám. Z výzkumu nevyplynulo, že by lidé s vyšším stupněm dosaženého vzdělání byli vůči jedincům s mentálním postižením tolerantnější než méně vzdělání lidé. Ani jedna z otázek s morálním dilematem v dotazníku nebyla značně ovlivněna vzděláním respondentů.

Z výzkumu vyplynulo, že tolerance lidí vůči jedincům s mentálním postižením není ovlivněna jejich nejvýše dosaženým vzděláním.

Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala člověkem s mentálním postižením, který je součástí společnosti. Sama společnost je těžko definovatelný pojem, na který můžeme nahlížet různými pohledy. Každá společnost, ať už v užším či širším smyslu slova, se vyznačuje určitým souborem norem, jenž je nutné dodržovat pro její fungování. Člověk s mentálním postižením je stejně tak jejím členem jako kdokoliv jiný, je její součástí, článkem, který tvoří část jejího obrazu. Je proto nutné, aby si tento fakt společnost stále uvědomovala a na jeho základě tvořila optimální podmínky pro její fungování. Vše je otázkou vývoje, změny nepřicházejí samy od sebe, ale jsou důsledkem usilovného hledání lepšího řešení. To, co v minulosti společnost považovala za ideální řešení, je dnes pro mnohé těžko pochopitelné. Nelze s určitostí říct, jak bude problematika lidí s mentálním postižením řešena v daleké budoucnosti, ale již dnes je zřejmé, že trend v péči o osoby s mentálním postižením má vzrůstající tendenci a řešení otázky jejich socializace a integrace je čím dál více diskutovaným tématem. Společnost začíná být vůči lidem s postižením různého charakteru benevolentnější a nahlíží na jejich problém mnohem lidštějším způsobem než tomu bylo např. ještě před padesáti lety, což v historickém kontextu považujeme za velice krátký časový úsek. Člověk s mentálním postižením není již pouze živou bytostí bez lidské hodnoty, ale stává se pod tlakem různých vlivů, jako jsou vědecký a lékařský pokrok, vyšší úroveň vzdělání, zdokonalující se právní legislativa, rozšíření systému sociální péče a rozvoj různých organizací na podporu handicapovaných osob, především člověkem. Transformací charakteristiky tohoto jedince z mentálně retardovaného na člověka s mentálním postižením, udělala společnost velký pokrok, ač se to tak nemusí na první pohled zdát.

Z výzkumné části diplomové práce vyplývá, že názory na problematiku mentálního postižení se v mnohých případech rozcházejí, ale převažuje kladný postoj k osobám s mentálním postižením nad záporným. Lidé jsou ve většině případů připraveni na soužití s jedinci s mentálním postižením. Jsou schopni jim v mnohých případech finančně pomoci, jsou si vědomi jejich užitečnosti a uplatnitelnosti na trhu práce a nepovažují jejich životy za méněcenné, než životy zdravých lidí. Ale jak dále z výzkumu vyplynulo, lidé by spíše eliminovali riziko spojené s přírůstem jedinců s mentálním postižením do společnosti. Zkoumané faktory ovlivňující názory lidí na otázky týkající se jejich postoje vůči osobám s mentálním postižením se ukázaly

v určitých případech jako určující. Ve výzkumu bylo stanoveno celkem sedm zkoumaných faktorů, přičemž dva z nich dle výsledků výzkumu měly velký vliv na odpovědi respondentů. Jednalo se o věkové kategorie respondentů a jejich víru. Ukázalo se, že lidé ve věku nad 40 let nejsou pro to, aby jedinci s mentálním postižením měli právo na založení vlastní rodiny, tedy na početí potomka. Další skupinou lidí, která zastávala odlišný názor než ostatní skupiny, byli lidé věřící, kteří ve většině případů nesouhlasili s interrupcí u ženy, u které bylo zjištěno riziko početí dítěte s mentálním postižením. Ostatní faktory, jako bylo například vzdělání nebo příjmy respondentů, se ukázaly být méně určujícími ve výběru odpovědi dotazovaného. Zajímavé však bylo pozorovat reakce respondentů na dotazníkové šetření. V mnohých případech se rozpoutaly vášnivé diskuse na téma člověka s mentálním postižením v kontextu s jednotlivými otázkami z dotazníku. Lidé si byli nuceni sáhnout do svědomí a většina z nich o otázkách přemýšlela v souvislostech a z různých hledisek.

Člověk s mentálním postižením byl, je a bude vždy součástí společnosti. Z etických a morálních důvodů nelze tento fakt ovlivnit. Každá lidská bytost je jedinečnou a nenahraditelnou součástí nás všech. Je důležité si to stále uvědomovat a nevyčleňovat ze společnosti určité jedince na základě jejich odlišnosti, jelikož by se nám mohlo stát, že my sami se staneme těmi, jež jsme dříve určili jako nežádoucí.

.

Resumé

Téma mé diplomové práce zní: „Jedinec s mentálním postižením ve společnosti“. Jedním z cílů práce bylo zjistit současný postoj majoritní společnosti vůči osobám s mentálním postižením. Druhým cílem bylo určit faktory, které ovlivňují tento postoj. Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. První vymezuje pojem mentální postižení a jeho klasifikaci a charakteristiku jeho jednotlivých stupňů a vzdělávací systém osob s mentálním postižením. Druhá se věnuje historii, integraci, rodině, společenské stratifikaci a diskriminaci osob s mentálním postižením. Třetí kapitola pojednává o podpoře plynoucí od majoritní společnosti k lidem s mentálním postižením.

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na postoj společnosti k osobám s mentálním postižením a na faktory, které mají na tento postoj vliv. Pro výzkum byla použita metoda dotazníku. Stanovené hypotézy byly ověřeny. Ukázalo se, že společnost zastává spíše kladný postoj vůči lidem s mentálním postižením. Byla prokázána existence faktorů jako je věk a víra, které ovlivňují názor lidí na problematiku osob s mentálním postižením.

Summary

The theme of my thesis is called: „People with intellectual disability in the society“. The first goal of this thesis was to find the present attitude of majority society to people with intellectual disability. The second goal was to provide factors that determine this attitude. The theoretical part is made of three chapters. The first chapter defines the term intellectual disability and its classification, characteristics of its separate levels and education system of people with intellectual disability. The second chapter follows history, integration, family, social stratification and discrimination of people with intellectual disability. The third chapter deals with subvention flowing from majority society to people with intellectual disability.

The research part of this thesis is oriented on position of majority society to people with intellectual disability and on the factors which have influence on this position. For the research was used the method based on a questionnaire. Stated hypotheses were verified. It was showed that society has more positive opinion on people with intellectual disability. The existence of factors as age and religion, which affect the opinion of society on people with intellectual disability, was verified.

Použitá literatura

- BARTOŇOVÁ, M. BAZALOVÁ, B. PIPEKOVÁ, J.: *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 150s. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M.: *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, 2005. 201 s. ISBN 80-86633-4.
- BAZALOVÁ, B.: *Psychopedie*. In: Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006, 330 s. ISBN 80-7315-120-0.
- ČERNÁ, M. (ed.): *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLEJŠÍ, M.: *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3., uprav. a dopln. vyd. Praha: Avicenum, 1983.
- DOLEŽEL, R., VÍTKOVÁ, M.: *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-143-0.
- EDELSBERGER, T.: *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- FISCHER, S., ŠKODA, J.: *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GEIST, B.: *Sociologický slovník*. Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 774 s.. ISBN 80-7178-303-x.
- HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 311 s.. ISBN 80-7178-803-1.
- JESENSKÝ, J. a kol.: *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.
- JESENSKÝ, J.: *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993. 129 s.
- JESENSKÝ, J.: *Speciální pedagogika*. Praha: UK, 1996. roč. 6, č. 3. Příspěvek k rozvoji integrace zdravotně postižených, s. 2 – 17. ISBN 0862-1632.
- JILČÍK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L.: *Sociologie 2, Úvod do sociálně patologických jevů*. Brno: Institut mezioborových studií, 1999. 63 s.
- JIRÁSKOVÁ, V., KOŤA, J., PELCOVÁ, N., PEŠKOVÁ, J., PROKEŠ, V., PURKRÁBEK, M., RÝDLOVÁ, H., SEMRÁDOVÁ, I., SCHLEGELOVÁ, J.: *Základy*

- společenských věd*. Praha: EUROLEX BOHEMIA s.r.o., 2004. 851 s. ISBN 80-86432-66-1.
- KREJČÍŘOVÁ, O. a kol.: *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha: Rytmus, 2005, s. 87. ISBN 80-903598-1-7.
- MAREŠ, P.: *Základy sociologie*. Praha: sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-61-3.
- MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
- MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UP, 1999. 135 s. ISBN 80-244-0077-4.
- MONATOVÁ, L.: *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
- MONTOUSSÉ, M., RENOUEAU, G.: *Přehled sociologie*. Praha: Portál, 2005. 335 s. ISBN 80-7178-976-3.
- NOVÁKOVÁ, Z.: Integrace, inkluze, „Škola pro všechny“. In: Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika*. In: Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, 466s. ISBN 80-7315-071-9.
- OPATŘILOVÁ, D. (ed.): *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MU, Pdf, katedra speciální pedagogiky, 2006. 300 s. ISBN 80-210-3977-9.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D.: *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Copyright, 2005, s. 132. ISBN 80-210-3718-0.
- PIPEKOVÁ, J. (ed.): *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006, 330 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J.: *Intervence ve výchově a vzdělávání jako součást socializačního procesu osob se středně těžkou mentální retardací*, Brno: MU, Pedagogická fakulta, disertační práce, 2001. 177 l.
- PIPEKOVÁ, J.: *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- PIPEKOVÁ, J.: *Pedagogika osob s mentálním postižením - psychopedie*. In: Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, 466 s. ISBN 80-7315-071-9.

- SEKOT, A.: *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2006. 258 s. ISBN 80-7315-126-X.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H.: *Psychopatologie a psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- ŠÍŠKA, J.: *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. 2. rozšířené a přepracované vydání Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. – 2. vyd. , Praha 2008. 860 s. ISBN: 978-80-904259-0-3.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z.: *Psychologie handicapu* 2. část., 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, fakulta pedagogická, 2003. ISBN 80-7083-764-0.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd .Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178- 802-3.
- VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. 366 s. ISBN 80-7320- 039-2.
- VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postižených*. Bratislava: Sapia, 2005. ISBN 80-96897- 6-6.
- VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.
- VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, 466 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.: *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

APLA. [online], [cit. 23.11. 2009].

Dostupný na WWW: < <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.11> >.

Listina základních práv a svobod. [online], Česká národní rada, 16.12. 1992, [cit. 22.1. 2010]. Dostupný na WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

Máme otevřeno. [online], [cit. 23.11. 2009].

Dostupný na WWW: <<http://www.mameotevreno.cz/html/index.php>>.

O síle slova a mentálním postižením. [online], [cit. 14.1. 2010]. Dostupný na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=704>>.

Pohoda – společnost pro normální život s postižením. [online], [cit. 23.11. 2009]. Dostupný na WWW: <<http://www.pohoda-help.cz/>>.

Práva lidí s mentálním postižením. [online], [cit. 13.1. 2010]. Dostupný na WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=49>>.

Religion and abortion. [online], [cit. 25.3. 2010]. Dostupný na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_and_abortion>.

Rytmus. [online], [cit. 23.11. 2009] Dostupný na WWW: <<http://www.rytmus.org/index.php/organizace/51-verejny-zavazek.html>>.

SIMP. [online], [cit. 23.11. 2009]. Dostupný na WWW: <http://www.simp.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=28>.

SPMP ČR. [online], [cit. 23.11. 2009]. Dostupný na WWW: <<http://www.spmpr.cz/>>.

Společnost Duha. [online], [cit. 23.11. 2009]. Dostupný na WWW: <<http://www.spolecnostduha.cz/ospolecnostiduha.html>>.

Spolu Olomouc. [online], [cit. 23.11. 2009]. Dostupný na WWW: <<http://www.spoluolomouc.cz/zakladni-informace/vize-poslani-cile>>.

Vyhláška 72 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online], MŠMT, 9.2. 2005, [cit. 15.2. 2010]. Dostupný na WWW: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.

Základní slovní zásoba k problematice zejména zrakově postižených s anglickými ekvivalenty. [online], [cit. 21.11. 2009]. Dostupný na WWW: <<http://www.okamzik.cz/poradna/terminologie.htm>>.

7. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

8. Váš věk:

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

9. Vaše dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské (včetně OU)
- c) vysokoškolské

10. Vaše příjmy za měsíc v Kč:

- a) žádné
- b) do 10 000
- c) 10 001 – 20 000
- d) 20 001 – 30 000
- e) nad 30 000

11. Máte dítě/děti?

- a) ano
- b) ne

12. Jste věřící?

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

13. Vaše bydliště:

- a) vesnice
- b) město