

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením**

**Society's Attitude to People with Mental Disability**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Ivana Nováková

Autor:

Petra Mrázková

Praha 2016

## **Poděkování**

Můj velký dík patří PhDr. Ivaně Novákové za pomoc při vedení práce, za trpělivost a užitečné informace.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Petra Mrázková

## **Anotace**

Tato práce si bere za cíl zmapování postojů, reakcí a informovanosti veřejnosti v oblasti problematiky mentálního postižení. Dále je důležitým tématem, zda faktor víry určité vrstvy společnosti může ovlivňovat přístup k lidem s postižením.

Teoretická část informuje o třech tématech a tím je vymezení problematiky mentálního postižení, vznik a formování postojů a důležitost spirituality v životě. U praktické části bude věnována pozornost rozdílnosti postojů a reakcí u skupiny věřících a nevěřících respondentů. K výzkumu bude použita kvantitativní metoda sběru dat a to dotazník.

## **Annotation**

The aim of this study is mapping attitudes of society, reactions and knowledge of mental disability. The other important topic is factor of society's belief, which can influence approach to mental disability.

Theoretical part informs about three topics and that is staking issue of mental disability out, forming and shaping attitudes and the importance of spirituality in life. In practical part will be taking heed of differences of attitudes and reactions between religious people and atheist. For research will be used quantitative method, that is questionnaire.

## **Klíčová slova**

postoje společnosti, informovanost společnosti, mentální postižení, faktor víry, spiritualita, stigmatizace

## **Keywords**

attitudes of society, knowledge of society, mental disability, factor of belief, spirituality, stigmatization

# Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| Úvod .....   | 8         |
| <b>1. Mentální postižení .....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1. Základní terminologie a vymezení mentálního postižení .....           | 9         |
| 1.2. Klasifikace mentálního postižení.....                                 | 11        |
| 1.3. Etiologie.....  | 13        |
| 1.3.1. Exogenní etiologie .....  | 14        |
| 1.3.2. Endogenní etiologie .....   | 15        |
| 1.4. Postižené dítě a rodina .....   | 17        |
| 1.4.1. Postoj rodičů k dítěti s postižením .....                           | 17        |
| 1.4.2. Vyrovnávání se s náročnou situací.....                              | 18        |
| <b>2. Postoje.....</b>   | <b>19</b> |
| 2.1. Základní koncept a definice postojů .....                             | 19        |
| 2.2. Historická podmíněnost postojů k lidem se zdravotním postižením ..... | 21        |
| 2.2.1. Postoje ve starověku .....  | 22        |
| 2.2.2. Postoje ve středověku.....  | 22        |
| 2.3. Postoje k lidem s mentálním postižením v moderní době .....           | 24        |
| 2.3.1. Předsudky a stigmatizace .....                                      | 26        |
| 2.3.2. Světové výzkumy postojů společnosti k lidem se ZP.....              | 29        |
| <b>3. Spiritualita jako psychoterapeutický prostředek .....</b>            | <b>35</b> |
| 3.1. Vymezení pojmu spiritualita .....                                     | 35        |
| 3.2. Spiritualita jako duchovní potřeba.....                               | 36        |
| 3.3. Vliv spirituality na život jedince .....                              | 37        |
| <b>4. Výzkumné šetření.....</b>  | <b>40</b> |
| 4.1. Cíl výzkumu.....  | 40        |
| 4.2. Způsob provedení výzkumu .....  | 41        |
| 4.3. Rozbor a vyhodnocení dotazníkového šetření .....                      | 41        |

|                                  |   |           |
|----------------------------------|---|-----------|
| 4.3.1.                           | Demografické údaje o výzkumné skupině .....                   | 41        |
| 4.3.2.                           | Informovanost o problematice mentálního postižení.....        | 45        |
| 4.3.3.                           | Emoční prožívání respondentů.....                             | 47        |
| 4.3.4.                           | Zkušenost respondentů s lidmi s mentálním postižením.....     | 50        |
| 4.3.5.                           | Charakteristické vlastnosti lidí s mentálním postižením ..... | 52        |
| 4.3.6.                           | Integrace dětí s MP do běžných škol.....                      | 54        |
| 4.3.7.                           | Seberealizace a péče o osoby s mentálním postižením .....     | 55        |
| 4.4                              | Shrnutí dotazníkového šetření .....                           | 59        |
| <b>Závěr</b>                     | .....   | <b>61</b> |
| <b>Seznam použité literatury</b> | .....   | <b>63</b> |
| <b>Summary</b>                   | .....   | <b>69</b> |

## Seznam zkratek

|        |  |
|--------|--|
| AAIDD  | Americká asociace pro mentální a vývojové vady                                 |
| AAMR   | Americká asociace pro mentální retardaci                                       |
| ADHD   | Hyperaktivita spojená s poruchou pozornosti                                    |
| BRFSS  | System dohlížející nad riskantním chováním                                     |
| CDC    | Centrum pro kontrolu a prevenci poruch   |
| CNS    | Centrální nervová soustava   |
| DMO    | Dětská mozková obrna   |
| HIV    | Virus lidské imunitní nedostatečnosti  |
| HSCIC  | Informační centrum pro zdraví a sociální péči                                  |
| IQ     | Intelligenční kvocient   |
| LMD    | Lehká mozková dysfunkce  |
| MKN    | Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů |
| MP     | Mentální postižení   |
| MR     | Mentální retardace   |
| s.     | Strana   |
| SAMHSA | Zneužívání drog a správa služeb duševního zdraví                               |
| WHO    | Světová zdravotnická organizace  |
| ZP     | Zdravotní postižení  |

## Úvod

Všichni jsme jen lidé. Lidé s chybami, kteří nejsou dokonalí. Každý z nás na sobě musí celý život pracovat, neustále se učit a zdokonalovat, abychom se alespoň přiblížili této dokonalosti. A můj názor je, že pokud si přiznáme, že nikdo z nás není dokonalý a pravděpodobně ani nebude, změní se nám pohled na okolí. Najednou si uvědomíme, že všude okolo jsou lidé se stejnými chybami a neřestmi, jako jsme my samotní. Proto není třeba dělat rozdíly, všichni máme stejný základ. A tehdy budeme schopni tolerovat a lépe přistupovat k lidem, na kterých je tato nedokonalost vidět nejvíce.

Už nějakou dobu pracuji se zrakově postiženými dětmi, z nichž většina má kombinované postižení právě v oblasti mentální, a začala jsem si všímat přístupu okolí k těmto klientům. Opravdu mě mrzí, že musím říct, že mé zkušenosti s reakcemi společnosti na osoby s postižením nejsou pozitivní. Dle mého názoru je důležité vědět, co si veřejnost myslí o těchto jedincích. Proto jsem se rozhodla zkoumat postoje veřejnosti a tím si potvrdit nebo vyvrátit předpoklady. Myslím, že každý jedinec si zaslouží rovné chování bez souzení a vytváření předsudků druhými lidmi.

Tato práce se v teoretické části zabývá základním vymezením problematiky mentálního postižení, definováním a formováním postojů včetně pohledu na to, jak je pozitivně posilovat a v neposlední řadě je v této části věnována pozornost spiritualitě.

V praktické části budu srovnávat výpovědi respondentů s přihlédnutím k příslušnosti k nějakému náboženskému vyznání či spirituálnímu zaměření. Tím si budu potvrdit či vyvrátím předem formulované předpoklady. Tyto postoje a chování intaktní společnosti k lidem s mentálním postižením budu sledovat pomocí kvantitativní metody a jako techniku sběru dat jsem zvolila dotazník. Cílem mého výzkumného šetření je zjištění názorů okolí na osoby s mentálním postižením a zároveň zahrnout faktor víry, který má dle mého názoru vliv na charakter člověka, a tím i na více tolerantní přístup k lidem s postižením.

## 1. Mentální postižení

### 1.1. Základní terminologie a vymezení mentálního postižení

K pojmu mentálního postižení se odborná veřejnost dopracovala až během posledních 10 let, kdy hlavním důvodem bylo označení dřívějšího pojmu **mentální retardace** za společensky méně vhodné a tedy se využilo „změkčení“. Dnes se nejvíce používá pojmenování **člověk s mentálním postižením**, čímž se vyjadřuje skutečnost, že jde na prvním místě o člověka, a že postižení je jen jedním z mnoha osobnostních rysů dotyčného (Švarcová, 2000). Valenta (2012) i Černá (2008) se shodují, že se mentální postižení používá především ve speciálně pedagogické praxi a je chápán více široce, než původní konkrétnější pojem mentální retardace. Valenta (2012, s. 30) vysvětluje **mentální postižení** takto: *„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popřípadě psychosociálního) charakteru.“*

Zatímco ve zdravotnictví, především psychiatrii a klinické psychologii jsou pojmy mentální postižení a mentální retardace chápány jako synonymum.

Termín mentální retardace se začal používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace **WHO** roku 1959 v Miláně, který postupně nahrazoval většinu stávajících pojmů. V Terminologickém speciálněpedagogickém slovníku UNESCO z roku 1983 vydaným právě touto organizací se můžeme dočíst, že: *„Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.“* (in Černá, 2008, s. 79)

Müller (2002) zdůrazňuje, že výše zmíněný pojem může mít širší i užší význam. V odborných publikacích se s ním můžeme setkat v užším smyslu u **oligofrenie**, což je opoždění duševního vývoje organicky podmíněného poškozením CNS, vzniklého v prenatálním, perinatálním či postnatálním vývojovém období, tudíž na podkladě dědičném a vrozeném. Širší použití mentální retardace se vyskytuje u

**demence.** Tu popisuje Švarcová (2000) jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince.

Dalším dnes méně používaným termínem je **pseudooligofrenie** neboli stavy napodobující zaostávání vývoje rozumových schopností vycházející z jiných důvodů než je poškození mozku. Jsou jimi například děti výchovně zanedbané, osoby s emočními poruchami a smyslovým postižením (Švarcová, 2008).

Edelsberger (2000, s. 302) ztotožňuje mentální retardaci s výše zmíněnou oligofrenií, kterou v pedagogickém směru nazývá slabomyslností. V tomto slovníku většina pojmů související s mentálním postižením splývá a znamenají totéž: „*U nás bývá mentální retardace ztotožňována s termíny oligofrenie, mentální postižení, mentální deficiencie, subnorma.*“

Definováním mentální retardace se zabývá kromě WHO i Americká asociace pro mentální postižení **AAMR** (dnes transformovaná na AAIDD = American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). O jedné z „novějších“ definic AAIDD z roku 2002 mluví Šiška (2005, s. 10): „*Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“

S touto definicí se váže pět předpokladů pro její aplikování:

- 1) Je nutné posuzovat sníženou aktuální funkčnost v závislosti na prostředí charakteristické pro daný věk a kulturu jedince.
- 2) Akceptuje se kulturní a jazyková rozmanitost, tedy rozdíly v komunikaci, vnímání, chování a pohybových možnostech.
- 3) Každý jedinec vlastní jak slabé stránky, tak i ty silné.
- 4) Při zjišťování limitů společně vypracováváme systém cílené podpory.
- 5) S vhodnou individuální podporou posilujeme možnost celkového zlepšení kvality života člověka s MR (Šiška, 2005).

Dále bychom neměli opomenout důležitý znak mentálního postižení, na kterém se shoduje většina odborníků, a tou je **trvalost** porušení psychických schopností. V případě možnosti zlepšení psychických funkcí a uzdravení se nejedná o mentální postižení.

Také Černá (2008) upozorňuje, že někteří autoři rozlišují pojmy mentální retardace a mentálního postižení dle IQ postižených osob. U mentálního postižení jsou to osoby s IQ nižším než 85 a u mentální retardace s IQ pod 70.

Na zakončení této podkapitoly bych ještě uvedla, že i přes spoustu definic a pojmů, jež se nám naskytly, nemůžeme u žádné z nich s jistotou tvrdit, že je ta nejvíce vystihující. Každý autor do definice zahrnul svůj pohled a to právě obohacuje naši českou psychopedii<sup>1</sup>.

## 1.2. Klasifikace mentálního postižení

Klasifikací duševních nemocí a přidružených zdravotních problémů se zabývá **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)**, která vydává a neustále aktualizuje revize, na nichž se podílí WHO spolu s dalšími odborníky, komisemi a konferencemi z celého světa. Již několik let platí revize MKN-10, jelikož je výhodnější ji aktualizovat než vytvářet úplně nové revize. Poslední aktualizace má platnost od 1. dubna 2014.

Klasifikaci mentálního postižení nalezneme pod kódy **F70 – F79** a dozvídáme se zde, že se stupeň mentální retardace většinou měří standardizovanými testy inteligence. Zároveň jsou důležité škály určující stupeň sociální adaptace v určitém prostředí a dále je k diagnóze nezbytné určení všeobecných intelektových funkcí. Dále je třeba zdůraznit podstatnou věc a to, že tato revize počítá se změnou a zlepšováním intelektuálních schopností a sociální přizpůsobivosti v závislosti na individuálních terapiích. Ke stupňům postižení se také uvádí rozsah poruch chování dle těchto bodů:

- 0 Žádná nebo minimální porucha chování
- 1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- 8 Jiné poruchy chování
- 9 Bez zmínky o poruchách chování

---

<sup>1</sup> Speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá zkoumáním zákonitostí vývoje, výchovy a vzdělávání osob mentálně retardovaných a psychicky postižených (Edelsberger, 2000, s. 291).

Členění stupňů mentální retardace dle MKN-10 (2014):

- **F70 Lehká mentální retardace:** IQ se pohybuje mezi 50 až 69. Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.
- **F71 Střední mentální retardace:** IQ dosahuje hodnot 35 až 49. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti.
- **F72 Těžká mentální retardace:** IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34. Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.
- **F73 Hluboká mentální retardace:** IQ dosahuje nejvýše 20. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.
- **F78 Jiná mentální retardace**
- **F79 Neurčená mentální retardace**

Švarcová (2000) více specifikuje kódy F78 a F79. Kategorie „Jiné mentální retardace“ se využívá tehdy, když je stanovení stupně MR obtížné či nemožné z důvodu přidružených senzoryckých nebo somatických poškození, například u nevidomých, neslyšících a jiné. Kategorie „Neurčená mentální retardace“ se používá v případech prokázání MR, ale kvůli nedostatku informací ji nelze více identifikovat.

Z klasifikace MKN si lze všimnout chybějícího pásma IQ a to v hodnotách od 70 do 80 (85). Toto pásmo někteří autoři nazývají hraničním pásmem stupně inteligence na úrovni mírného až hlubokého podprůměru. Názory na jeho zařazení se různily, proto bylo vyňato z revize MKN-10 a dnes ho zde nenajdeme. Ovšem Müller (2002, s. 16) zdůrazňuje, že by toto hraniční pásmo mělo být bráno na vědomí: „*Do zmíněného pásma spadá početná skupina osob, které nemůžeme zařadit do kategorie mentální retardace, ale které ani v nejlepším případě nedosahují průměrnou mentální úroveň. Většinou jde o osoby z výchovně a sociálně nepodnětného prostředí – osoby duševně infantilní, s poruchami vědomí, s DMO, s LMD (dnes se místo termínu lehká mozková*

dysfunkce používá ADHD) – *osoby neurotické, nemocné, fyzicky oslabené – osoby s poruchami percepce.*“

Tito jedinci jsou nejvhodnější skupinou pro integraci a jejich schopnosti se mohou v případě rehabilitace zlepšit na úroveň absolvování základní školy. Je to také pásmo, které někteří autoři odborné literatury nazývají oligofrenií.

Švarcová (2000) dále poukazuje na nedostatečnou diagnostiku jedinců s mentálním postižením na základně měření IQ. Hodnoty IQ jsou jednoznačně nestabilní, takže při opakovaném měření lze získat odlišné výsledky. Faktory ovlivňující výsledek IQ mohou být například momentální psychická dispozice testované osoby, časový odstup, forma kladení otázek, kvalita, konstrukce a vhodnost testu pro osobu s MR. Dolejší (1978 in Švarcová, 2002) spatřuje důležitá tato psychologická kritéria pro diagnostiku osob s mentálním postižením:

- celkové výsledky inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ nebo mentálním věkem
- profil výsledků v jednotlivých subtestech inteligenčních zkoušek
- zhodnocení výsledků specifických zkoušek zaměřených na některé psychické funkce a osobní vlastnosti
- výsledky výukových zkoušek
- charakteristika vývoje řeči
- charakteristika citového vývoje a vývoje regulace chování
- výsledky somatického, psychologického a neurologického vyšetření.

### 1.3. Etiologie

Edelsberger (2000, s. 94) charakterizuje etiologii jako: „*Nauku o příčinách nemoci, poruch, vad a ostatních chorobných stavů. Tato nauka se stále zdokonaluje a prohlubuje v důsledku rozvoje různých vědních oborů.*“

Na začátek této podkapitoly chci zmínit, že etiologie tohoto druhu postižení je značně komplikovaná a různorodá, a skoro u 50% případů není známa příčina MR. Dalo by se říct, že čím je stupeň mentální retardace lehčí, tím je větší pravděpodobnost, že přesná příčina nebude moci být zjištěna. (Beirne-Smith, 2002 in Černá, 2008.)

Každá osoba s mentálním postižením je svojí individualitou i co se týká příčin vzniku MR a jeho dalších kombinací. Nejméně jednoznačné je určení, zda mají na tento problém vliv pouze biologické jevy nebo i jevy sociální.

Konkrétní rozdělení příčin se u každého autora mírně liší. Většinou se shodují v rozdělení na **endogenní** příčiny neboli genetické (dědičné) a **exogenní**, kde hraje vliv prostředí a působí od momentu početí přes porod až do raného dětství. Více se zaměřím na etiologii, kterou popisuje Matulay (1986):

### 1.3.1. Exogenní etiologie

Mozek vyvíjejícího se embrya je velice citlivý na jakékoli vlivy včetně značného působení genů. Patogenními činiteli mohou být nejen nepříznivé exogenní účinky, jako jsou infekce, špatná výživa, intoxikace a podobně, ale i genové chromozomové a genové mutace.

Matulay upozorňuje na to, že vnější faktory mohou vystupovat jako činitelé, které spouštějí projevy endogenní patologie a nemusí být vždy bezprostřední příčinou. Navíc je tu možnost, že se vyskytnou exogenní vlivy kombinované s genetickými, což dost stěžuje definování etiologie. Dále můžeme tyto faktory dělit dle časového působení a to na prenatální (vrozené), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu a v raném dětství).

#### a) Prenatální faktory

Pod tyto faktory lze zařadit celý výčet patogenních vlivů, jenž působí v době od početí do porodu. Jedním z nich mohou mít různé druhy **infekcí**, například virové – chřipka, plané neštovice, herpes, zarděnky, příušnice apod. Z ostatních infekcí můžeme zmínit syfilis, HIV, toxoplazmózu a listeriózu.

Mezi další patogenní vlivy patří rentgenové záření nebo **léky** či jiné chemické látky, s kterými přišla matka během těhotenství do styku. S tím souvisí i špatná výživa matky, jež může mít neblahé následky na vývoj plodu.

Na vývoj plodu mají vliv i **hormonální poruchy**, jako je diabetes mellitus nebo hypotyreóza (snížená funkce štítné žlázy).

Jako poslední je nezbytné zmínit **fetální alkoholový syndrom**, kvůli němuž často vznikají závažné poruchy dítěte včetně MR.

#### b) Perinatální faktory

U těchto faktorů jde především o důsledky komplikovaného porodu a jeho mechanické účinky. Jsou jimi různé druhy **porodního úrazu**, například mechanické poškození hlavičky při průchodu porodními cestami, jenž může mít za následek vnitřní krvácení. Také při **předčasném odloučení placenty** dochází ke krvácení a poškození dýchacího centra. Častá bývá i asfyxie na základě nedostatečného zásobení plodu kyslíkem.

Problémem může také být **nízká porodní hmotnost** a nezralost (Černá, 2008).

#### c) Postnatální faktory

Dle Matulaye jsou postnatální faktory nejméně významné při vzniku MR oproti výše zmíněným. Zmiňuje především **neuroinfekce** CNS a úrazy hlavy.

Černá (2008) doplňuje tuto etiologii o příklady neuroinfekcí, jimiž může být otrava olovem, encefalitida nebo meningitida. Dále zmiňuje **faktory prostředí**, jako je zanedbávání dítěte a špatné zacházení, úrazy hlavy, podvýživa a deprivace.

### 1.3.2. Endogenní etiologie

Endogenní příčiny jsou zakódované už v nejjemnějších buňkových systémech pohlavních buněk včetně různých genetických chyb. Tato oblast je dost ošemetná z toho důvodu, že stále nemáme dostatek informací o tom, zda se určitý problém nacházel v plodu před narozením nebo zda se vyvíjí i během života.

Pod genetické chyby můžeme zařadit „čerstvé“ **mutace** vzniklé v této generaci nebo chyby způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků (Blehová, 1978 in Černá, 2008). Pod tyto mutace spadají také **chromozomální aberace**, které někteří autoři zařazují pod prenatální vlivy MR.

Matulay zdůrazňuje, že se při těchto aberacích většinou vyskytuje lehčí stupeň retardace než při jiných formách aberací. Do této skupiny patří například Downův syndrom, Klinefelterův syndrom nebo Turnerův syndrom.

**Downův syndrom** je způsoben trizomií 21. chromozómu, což znamená, že místo 2 chromozómů má každý tento jedinec navíc třetí chromozóm v buňkách celého těla. Tato trizomie způsobuje zpravidla lehkou až střední mentální retardaci, určité společné tělesné znaky, vrozené srdeční vady a další zdravotní komplikace.

**Klinefelterův syndrom** způsobuje porucha počtu pohlavních chromozómů a vyskytuje se pouze u mužů. Postižena je především řeč v expresivní složce, kdežto receptivní schopnosti bývají v normě. Může se vyskytnout lehká mentální retardace, ale ve většině případů s tím souvisí spíše specifické poruchy učení. Často mají tito jedinci problémy s obezitou v důsledku ubývajících svalového tonusu<sup>2</sup>.

**Turnerův syndrom** se vyskytuje u žen a je provázen sexuálními poruchami, jako je neplodnost z důvodu zakrnění pohlavních orgánů, poruchami růstu a řeči. Mentální úroveň bývá na hranici normy (Černá, 2008).

Na konec této podkapitoly o etiologii chci zmínit dle mého velice důležitou připomínku Matulaye (1986) a to, že mozek je nesmírně přizpůsobivý a po celý život schopný vývoje jak regresivního, tak progresivního. Vznikají nové nervové spoje, které jsou schopné do určité míry nahradit ty, které odumřeli následkem poškození. Některé buňky nemusí být mrtvé, jen přežívají a s vhodnými podmínkami se regenerují. Matulay doporučuje dodržovat tyto body pro zvýšení funkční schopnosti mozku:

- správná výživa s dostatkem vitamínů a minerálů
- pocit bezpečí a blízkost rodičů
- citlivý přístup k potřebám dítěte
- senzorická a motorická stimulace.

---

<sup>2</sup> Základní napětí svalových vláken mezi počátkem a úponem svalu (Edelsberger, 2000).

## 1.4. Postižené dítě a rodina

Do této práce jsem zařadila i tuto podkapitolu, jelikož si myslím, že je nezbytné vědět, jakým způsobem se k dětem s mentálním postižením chovat, co na ně platí, jak je motivovat a trochu nahlédnout do jejich „světa“. Protože pokud chceme, aby se změnil postoj společnosti k lidem s postižením, je třeba začít v tom nejužším místě a to v rodině. Protože pokud se nedokážeme naučit pracovat s našimi vlastními dětmi, tak jak to pak můžeme chtít po cizích?

Většina odborníků se shoduje na tom, že už samotné narození dítěte s mentálním postižením je velmi traumatizující událost. Do dětí vkládáme své naděje a očekávání, stávají se smyslem našeho života. Proto poznání, že dítě není zdravé, bývá pro rodiče velký šok. Ale to hlavní, co je třeba udělat, je diagnózu přijmout a vyrovnat se s ní. Jedině tak lze dítěti pomoci a učinit ho v rámci určitých možností šťastné.

Švarcová (2000) používá výraz, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny. Je tomu tak, narození postiženého dítěte ovlivní chod celé rodiny. A mnohdy rodičům ztěžuje situaci i chování okolí. Občas se stane, že přátelé a známí odejdou, jelikož sami nevědí, jak reagovat a jsou zaskočeni situací. Dost často bývají rodiče postižených dětí přecitlivělí a mohou chápat nevinnou poznámku jako projev netaktnosti. Zároveň je ale potřeba být schopen odolávat nepříjemným poznámkám a pohledům intaktní společnosti.

### 1.4.1. Postoj rodičů k dítěti s postižením

Základem správné výchovy je pozitivní přístup. Nedá se s jistotou říct, který postoj je ten nejlepší vzhledem k různé individualitě rodičů i dítěte. Ovšem nejvhodnější jak pro dítě s postižením či bez něj, je brát ho a mít rád takové, jaké je (Švarcová, 2000).

Aby rodiče dokázali dobře a objektivně poznat svou ratolest včetně jeho možností a schopností, je třeba využívat pomoc kvalifikovaných odborníků, například lékařů, psychologů a speciálních pedagogů. Klíčem ke správnému postoji je trpělivost a láska.

Může se stát, že rodiče svoji roli nezvládnou a zaujmou k dítěti nejméně vhodný postoj, kterým je odmítání. Dochází k němu tehdy, když se rodiče nedokážou se situací vyrovnat. Dítě potřebuje citlivou mateřskou péči, zázemí rodiny a individuální přístup, které se projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života (Švarcová, 2000).

Pokud dítě odmítá jeden z rodičů, pak situace v rodině nebývá příznivá a mnohdy vede k rozpadu rodiny. Ten má o dost větší důsledky než rozpad jiných rodin. Zůstane-li péče o dítě na bedrech jednoho rodiče, může pak být výchova nad jeho síly. Stejně tak je špatný příliš ochranný přístup, jenž s sebou nese izolaci vůči okolí a nízké požadavky na dítě.

Jako další nesprávný postoj k výchově označuje Švarcová (2000) snahu vycvičit dítě takovým způsobem, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků bez ohledu na jeho možnosti.

### 1.4.2. Vyrovnávání se s náročnou situací

Matějček (2001) shrnuje reakce rodičů na diagnózu svého dítěte do několika fází. První z nich je **duševní otřes** neboli šok, provázený silnou úzkostí. Může k němu dojít náhle nebo se postupně hromadit. K tomuto otřesu dochází především z důvodu zhroucení ideálů, které rodiče měli o dítěti a životě s ním.

Druhou fází bývá **beznaděj** a zoufalství. Rodina si začíná uvědomovat dosah situace, ale ještě nedokáže hledat východisko. Tato fáze může trvat i několik měsíců a čím delší ta doba je, tím je atmosféra v rodině horší.

Třetím obdobím je **obranná fáze**, jež má několik forem a u každé rodiny probíhá s jinou intenzitou. Jednou z forem je **popření skutečnosti**. Příkladem můžou být situace, kdy rodiče nevěří, že je to jejich dítě nebo že jim bylo vyměněno v porodnici. Dále se mohou rodiče domnívat, že existuje lék nebo operace, která by to „spravila“. Na tomto období je nejhorší to, že rodiče vynakládají úsilí po dlouhou dobu nesprávným směrem.

Další obranný mechanismus je **hledání viníka**, který obsahuje známky agrese vznikající z dlouhodobé úzkosti. Dle Matějčka (2001) má agrese ozdravnou funkci tím, že snižuje napětí. Ovšem co se týká společenského hlediska, tak je to dost problematické. Zvyšuje konflikty v rodině nebo v okolí. Vina bývá hledána nejčastěji u nejbližších, například manžela, manželky, prarodiče, tchýně.

Tento agresivní přístup bývá někdy zaměřený i dovnitř, na **sebeobviňování**. Doprovází ho pocity zklamání nad sebou samým a vlastní ponížení, které může vést až k depresím. Tehdy až rodiče zvládnou tyto obranné fáze, nastoupí proces přijetí dítěte.

## 2. Postoje

Každý jsme individualita s různým charakterem, temperamentem a tedy různým způsobem prožívání, ale minimálně jedno máme společné. Formují nás naše názory a způsob reagování na určité podněty okolí, a které nás tímto i charakterizují. A právě z důvodu toho, že těchto podnětů z okolí přichází denně nespočítatelně mnoho, musí náš mozek být schopný vybrat ty nejdůležitější. A tak využívá zjednodušující funkci, s níž si vytvoříme o určité věci velmi rychlý, i když dost zobecněný názor. Takto zobecněné názory mohou vyústit v postoje.

### 2.1. Základní koncept a definice postojů

Aby si člověk vůbec mohl vytvořit postoj, je třeba být součástí nějaké kultury, která zastává určité hodnoty, normy a zvyky. **Kultura** ovlivňuje posuzování společenských jevů, zda jsou považovány za žádoucí či nikoli (Štech, Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

Právě od druhých lidí, kteří tvoří tuto kulturu, přejímáme hodnoty i již vytvořené postoje. Tedy ne vždy si musí jedinec vytvořit postoj sám na základě svých zkušeností, ale vyrůstá s obecně přijímaným postojem druhých a bere ho za svůj.

A jak postoj definují autoři odborných publikací? Hayesová (2007, s. 95) nabízí definici Fishbeina a Ajzen (1975): „*Postoje jsou naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost.*“

Štech, Vágnerová a Hadj-Moussová (1997, s. 19) popisují postoj jako: „*Odvozenou motivační dispozici, která má svůj vnitřní i vnější projev. Jeho vnitřní součástí tvoří složka citová a kognitivní neboli poznání a celkové hodnocení situace. Vnější projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým, dosti podobným a predikovatelným způsobem chování.*“ Dále upozorňují, že nám postoje **zjednodušují orientaci** ve světě, i když tato orientace může být dost nepřesná v případě, je-li více ovládána citovou než rozumovou složkou. Snadnější orientací je myšleno, že lze lépe porozumět a předpovědět chování jedince vycházejícího z jeho relativně trvalých postojů. Tedy tyto postoje činí chování jedince srozumitelnějším a předvídatelnějším.

Jak již bylo zmíněno výše, vytváření postojů podléhá sociokulturnímu působení a formují se učením. Ovšem Hayesová (2007) zmiňuje Eysencka a Wilsona (1975) dle

kterých jsou postoje z velké části vrozené a to z toho důvodu, že i některé osobnostní rysy jsou vrozené – například stabilita a neuroticismus, a ty jsou právě základem postojů. Tuto teorii podporuje především skutečnost, že u členů určité rodiny se často objevují podobné rysy a shodné postoje. To ale může naopak potvrzovat fakt, že se tu předávají stejné postoje z důvodu probíhajícího učení.

Smith, Bruner a White (1964, in Hayesová, 2007) se domnívají, že postoje plní v životě lidí 3 hlavní funkce, jimiž je hodnocení objektů, sociální přizpůsobení a externalizace.

Funkce **hodnocení objektů** nám zjednodušuje hledání možností, jak na určitou situaci či objekt reagovat. Při minulé zkušenosti se škodlivým objektem si vyvineme negativní postoj, díky kterému se pak podobné situaci v budoucnu vyhneme a nebudeme muset pokaždé znovu objevovat jeho škodlivost.

Do **sociálního přizpůsobení** bychom mohli zahrnout různé sociální funkce, jako je posilování sociálních vztahů a zvyšování skupinové soudržnosti. Podobnými postoji ve skupině si zároveň utužujeme sounáležitost a především sociální identifikaci. Tajfel (1978, in Hayesová, 2007) vidí silnou sociální identifikaci jako hlavní důvod špatné odstranitelnosti předsudků mezi sociálními skupinami. Touto identifikací si hluboce zvnitřňujeme členství ve skupinách, jež je spojené s naší sebeúctou.

**Externalizace** funguje na základě spojování nevědomých motivů s něčím, co probíhá v bezprostředním okolí. Na tomto nevědomém podkladu pak vzniká postoj k objektu. V tomto případě například nedostatek uspokojení některé důležité potřeby může vyvolat negativní postoj k objektu této potřeby.

Jako poslední je důležité zdůraznit, že vývoj přesvědčení závisí na **přístupu k informacím**. Dle Smitha a jeho kolegů (in Hayesová, 2007) se názory lidí vyvíjejí v důsledku touhy porozumět světu a proto je pro vyvrácení názorů a tedy pochopení špatného postoje nezbytné, aby se ve společnosti vyskytovaly různé zdroje informací a pohledy na svět. Jedině tak může jedinec změnit svůj příliš zobecněný postoj.

## 2.2. Historická podmíněnost postojů k lidem se zdravotním postižením

Tato podkapitola je pro vývoj postojů k lidem se zdravotním postižením velmi důležitá, jelikož dnešní pohled společnosti je právě odvozen a předáván po několik dějinných epoch prostřednictvím kultury. I přes to, že lidstvo prošlo velkými změnami, jak v kulturní oblasti, tak rozumové, tak je stále třeba brát na zřetel historické souvislosti. Přece jenom naše kultura, jak ji známe dnes, v sobě pořád nese původní prvky sahající do různých století starých několik set i tisíc let.

Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová (1997) mluví o určitém **ideálu**, který stanovuje kultura. Tento ideál je v souladu s potřebami a filozofií kultury a z toho pak vyplývají základní normy, určující co je špatné a co dobré. I emocionální reakce, způsoby chování či přijímání nebo odmítání určitého jevu spadají do kulturního vzorce.

Odmítání jedince, který vykazuje známky odlišnosti, ať už fyzické či psychické je založeno na **pudech sebezáchovy**. Vše co se nějak vymyká normě je ohrožující, jelikož je to neznámé a nepředvídatelné. Na tomto základě funguje i odmítání slabších jedinců nevykazujících znaky druhu u zvířat. Tento mechanismus zajišťuje přežití a i dnes v mnohých kulturách zůstává jeho vliv (Štech, Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

Titzl (2000) upozorňuje, že na počátku dějin byl postižený člověk brán jako jedna z podkategorií celkově chudého a slabého obyvatelstva. V této kategorii se mohli dále vyskytovat vdovy, sirotci nebo cizinci. Běžně se na postižené jedince neupínala pozornost, z této anonymity vystoupili až v případě, že dosáhli vyššího společenského postavení.

Postoje lidí se také mohly formovat na základě **zabezpečení ekonomické situace** skupiny. Jedinec, který nevykazuje stejné kvality jako zbytek jeho příslušníků, bude vždy potřebovat více péče a materiálního zabezpečení než jedinci zdraví. A proto ne každá skupina či společnost si může dovolit vynakládat více materiálních prostředků pro péči o postiženého, jenž v některých případech nemusí skupině přinést žádný užitek (Štech, Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

### 2.2.1. Postoje ve starověku

Starověk se vymezoval hojným výskytem mýtů o obrech nebo lidech či tvorech mající určité fyzické odlišnosti. Nejedna sbírka mýtů se zmiňuje o tzv. kentaurovi, který byl napůl koněm a napůl člověkem. I přesto, že nemůžeme brát doslova tyto mýty, je zřejmé, že jejich základ lze vidět v časté existenci fyzicky postižených jedinců nejspíše v důsledku degenerací<sup>3</sup>. Mnohokrát bylo chápáno toto postižení jako trest od bohů za hříchy.

Titl (2000) zmiňuje úryvky mýtů, v nichž se neštěstí člověka připisuje jeho provinění. Nikdo není bez viny, a proto utrpení není nespravedlivé. Každý dostane to, co si zaslouží. Podobnou ideu zastává i samotná Bible. Bůh má vždy nějaký důvod pro to, co stvořil a vždy je k lidem spravedlivý. Zároveň tyto starověké texty radí, aby se lidé postiženým jedincům neposmívali a pokud je to možné, tak jim nabídli pomoc a ochraňovali je.

Tomuto vzorci se vymyká Starověké Řecko a Řím, které uznávalo estetický ideál krásy těla a ducha, dle kterého se posuzovaly kvality člověka. A proto byli odmítáni jedinci, jež do těchto kritérií nezapadají. Titl (2000) konkrétně cituje šestnáctý oddíl kapitoly o Lykúrgovi, kde se popisuje, jak nakládali řekové s dětmi, které byly slabé nebo nehezké. Odnášeli je na místo Apothetai, což byla propast, jež tyto děti zbavila života. Podle této kultury bylo považováno usmrcování postižených jedinců za přínosné pro společnost.

### 2.2.2. Postoje ve středověku

V době středověku svět sužovaly morové epidemie a časté války, tedy docházelo k velkému vymírání obyvatelstva a přibývalo těch, kteří potřebovali péči druhých. Ať už to byli lidé zasaženi nějakou nemocí, či tělesně postižení z důsledku válčení a možných úrazů. Velmi časté bylo malomocenství, které způsobovalo vytváření uzlů ve tkáních nabývajících na objemu a postupně se rozpadajících, čímž

---

<sup>3</sup> Degenerace v biologickém smyslu označuje přenášení vadných či podprůměrných dědičných vloh z jednoho jedince na druhého. Jedním z důvodů může být rozmnožování jedinců v rámci jednoho rodu v důsledku nedostatečné vzdělanosti (Edelsberger, 2000).

docházelo k znetvoření těla jedince. Lidé postiženi touto chorobou byli odmítáni a izolováni od společnosti (Titzl, 2000).

Co se týká psychického postižení, tak v této době bylo známo hlavně šilenství, pod které spadalo nám dnes známé mentální postižení a další psychické poruchy. Ve většině případů se tyto poruchy připisovaly za vinu nadpřirozeným silám a čarodějnictví (Štech, Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

Pro středověk byl dále charakteristický nárůst náboženství a víra lidí v lepší podmínky po smrti. Život tehdejších obyvatel byl ovlivněn především křesťanstvím a židovstvím, s čímž souvisí četba Bible a hledání odpovědí na životní otázky právě v ní. I přes to, že se v biblických textech setkáme s názorem, že bychom měli pomáhat všem, kdo nějakým způsobem strádají, tak vliv některých církví narušuje tuto pozitivní tendenci a postoj k lidem s postižením se stává ambivalentním. Můžeme se setkat s texty, kde postižení nemají stejná práva jako lidé bez zdravotních vad. Například knězem se mohl stát jen člověk bez tělesného postižení či nemoci (Titzl, 2000 in Lv 21, 16-24).

Zároveň ale mají postižení jedinci Hospodinovo zaslíbení, že je bude ochraňovat a potrestá každého, kdo jim bude škodit (Titzl, 2000 in Sf 3,19). Také novozákonní evangelia zmiňují možnost uzdravení prostřednictvím Mesiáše, kterým byl dle Bible Ježíš. Ježíš měl konat zázraky a uzdravovat malomocné a tělesně či smyslově postižené.

Lze tedy říct, že biblické texty sice nabádaly k ochraně slabších, ale stále tu zůstávala nerovnost, kterou lidé s postižením nemohli překonat. Tato situace se začala zlepšovat až v průběhu novověku s postupným nárůstem vzdělanosti, propojováním kultur a globalizace.

I přes to, že dnes svět překypuje mnoho informacemi a vyskytujeme se ve vyspělé době, stále mohou v lidském myšlení přetrvávat mytologické či magické prvky, které ovlivní naše chování při setkání s něčím neznámým (Štech, Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

### 2.3. Postoje k lidem s mentálním postižením v moderní době

Lidstvo udělalo velký pokrok v humanizaci práv a zákonů, v demokratizaci a dalších opatřeních, která ukazují na vyspělost společnosti. Neustále se projednávají nové možnosti, jak pomoci těm, kteří si sami v životě neporadí. Každý rok vzniká mnoho neziskových organizací a společností, jež nabízejí různé služby, které mají zlehčit tíživé situace. Ale i když je téma lidí s postižením dost medializováno, stále se setkáváme s odmítáním či nepochopením laické a intaktní veřejnosti.

Tuto podkapitolu bych uvedla citátem Adriana D. Warda, autora mnohých publikací o právech lidí, kteří nenabývali právní způsobilosti: *„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená* (Švarcová, 2000, s. 11).“ Nemohu než souhlasit, podle tohoto vzorce by měla dnes jednat každá země na světě.

Skupina jedinců s mentálním postižením je jedna z nejpočetnějších, co se týká zdravotního postižení a i přesto je o nich intaktní společnost málo informovaná. Z toho vyplývá i rozpačitý či nepřátelský postoj okolí spojený s nejistou společenskou situací (Švarcová, 2000).

I dnes je mnoho lidí přesvědčeno, že jedinci s tímto handicapem nejsou vzdělavatelni, a aby s nimi rodiče neměli práci, měli by je dát do ústavu. Což se ukazuje jako velká chyba, i Matulay (1986) upozorňuje na škodlivost odloučení dítěte od matky způsobující těžkou újmu na sociálním a intelektuálním vývoji dítěte.

Švarcová (2000, s. 12) poukazuje na tři hlavní „trendy“ v péči o děti a dospělé s mentálním postižením. Jako prvním skoro nezbytným opatřením je **integrace**. Definuje ji jako *„postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do hlavního proudu společenského života.“*

Integrace je dnes velmi probírané téma, především v souvislosti se školstvím. Řeší se otázky, zda je pro děti s MP vhodnější být integrované do běžných škol nebo pro ně vytvářet samostatné školy. Většina odborníků se domnívá, že by společnosti prospěly třídy složené jak z intaktních dětí, tak dětí s postižením. Děti by si zvykaly na různorodost a naučily by se, jak se k takovým jedincům chovat a jak jim pomáhat.

Ovšem na druhé straně může nastat situace, kdy se jedinec s MP ocitne v kolektivu netolerantních dětí s předsudky, a takové prostředí by mu mohlo jediné ublížit.

Další trend zmiňuje Švarcová **normalizaci**. Tímto pojmem je myšleno, že by lidé s MP měli žít normálním životem jako ostatní spoluobčané, pokud je to možné. Především jde o život v láskyplném prostředí rodiny, navštěvování školního zařízení, které nabízí všestranný rozvoj a také mít možnost zabývat se zájmovými činnostmi. V neposlední řadě by neměla chybět možnost seberealizace v profesní oblasti a připravování se na budoucí povolání.

Posledním trendem, který souvisí s těmi předchozími, je **humanizace**. Nejde zde jen o humanizaci ve vztahu k lidem s postižením, ale humanizaci celé společnosti. Je třeba v těchto jedincích vidět rovnoprávné členy, kteří mají možnost volby a svobodu ve vedení života dle svého uvážení. Lidská práva včetně práva na důstojnost se týkají všech, i lidí s postižením.

Humanizace by měla zasahovat do všech oblastí společnosti včetně výchovy a vzdělávání. Už dnes neplatí názor, že mentální retardace je postižení trvalé a tudíž nejsou tito jedinci vzdělavatelni. Naopak se čím dál více prokazuje, že při působení vhodných pedagogických a psychologických prostředků lze dosáhnout zlepšení rozumových funkcí (Švarcová, 2000).

Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová (1997) vidí jako jeden z faktorů, které ovlivňují postoje společnosti k lidem s postižením v **medicinizaci**. Zvýšení prestiže medicíny mění sociální toleranci k běžným odchylkám. Dnes je stále více lidí považováno za nemocné i přesto, že mají být i nevýznamné potíže. Tímto se na jedné straně zmírňuje negativní přístup k nemocným z důsledku nezavinění současného stavu. Ovšem na druhé straně medicínská oblast řeší i problémy, který by měly být svěřeny spíše psychologům či pedagogům.

Dále může být negativem fakt, že zdravotní postižení začíná být především problémem člověka samotného nikoli celé společnosti. To zbavuje společnost spoluzodpovědnosti a umožňuje izolovat jedince s postižením do speciálních zařízení. Tím je společnost ochuzená o zkušenosti s postiženými lidmi, což se projeví na netolerantních postojích (Chromý, 1984 in Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová, 1997).

### 2.3.1. Předsudky a stigmatizace

K postojům se váží i negativní důsledky nedostatečné informovanosti společnosti v různých sociálních oblastech. V této podkapitole se budu zabírat dvěma důsledky a to předsudky a stigmatizací.

#### a) Předsudky

V dnešním světě jsme každý den vystavováni mnoha podnětům a je pochopitelné, že si vytváříme určité kategorie a předběžné obrazy o okolí, abychom se mohli snáze orientovat. Ale v mnoha případech bývají tyto kategorie a obrazy velmi zjednodušené a nesprávné. Na základě těchto kategorií a obrazů se nám vytváří názor na určitou věc, či člověka. A někdy se z názoru může stát přesvědčení, jež vyústí v předsudek.

Allport (2004, s. 38) předsudek definuje jako: *„Příznivý či nepříznivý postoj vůči osobě anebo věci, který člověk zaujímá předem, bez opravdové zkušenosti nebo bez ohledu na ni.“* Předsudek může být tedy jak příznivý tak nepříznivý, ovšem člověk mající předsudky nebere v potaz všechny okolnosti a dost často si vytváří postoj z jedné zkušenosti, míchá je s fámami a zobecňuje ho bez náležitého opodstatnění.

K předsudkům se vyjadřuje také Hayesová (2007, s. 121): *„Předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná alternativní vysvětlení.“* Toto je důležitá charakteristika předsudku. I když budeme předkládat člověku s předsudky racionální vysvětlení, nikdy svůj postoj nezmění.

Rozdíl mezi ukvapeným soudem a předsudkem je takový, že ukvapený soud se může pod světlem nových poznatků změnit. Předsudek se brání všem důkazům a nevyhne se emocionálnímu odporu. Obvykle se předsudek také projevuje v tom, jak jednáme s příslušníky zavrhané skupiny (Allport, 2004).

Existuje mnoho důvodů, proč vznikají předsudky a u žádného z nich nelze s jistotou říci, jak jim zabránit. Odborníci zabývající se tímto tématem vytvořili různé teorie a většina z nich je vysvětlena na podkladu biologickém. Například mohou předsudky vznikat z důvodu ochrany jedinců společných genů, a pokud dojde ke kontaktu s jiným druhem, tak je to pro rod ohrožující. Další teorie bere v potaz typ

osobnosti. Jedinci, kteří byli vychováváni rodiči prosazující tvrdou disciplínu, velmi často inklinují k vytváření předsudků (Hayesová, 2007).

Ať jsou důvody jakékoli, je velmi těžké předsudky odstranit, ba skoro nemožné. Hayesová (2007, s. 127) shrnula 5 základních bodů, které je třeba dodržet, abychom alespoň snížili výskyt předsudků. Jsou jimi:

- I. *Zúčastnění musejí mít rovnoprávné postavení.*
- II. *Musí být příležitost k osobnímu kontaktu.*
- III. *Je nutný kontakt s nestereotypními jedinci.*
- IV. *Kontakt mezi skupinami musí být podporován společností.*
- V. *Měla by existovat příležitost ke spolupráci.*

Myslím, že tyto body jsou opravdu výstižné a potvrzují skutečnost, že je třeba každého osobně poznat a setkávat se s ním dostatečně dlouho, abychom získali několik různých úhlů pohledu. Stejně tak je i důležité, aby se zapojila široká veřejnost včetně médií, která mají ve 21. století neuvěřitelný vliv na postoje a podporovala větší toleranci a informovanost v různých oblastech života.

## b) Stigmatizace

Stigmatizace úzce souvisí s předsudkem, jelikož vychází z potřeby kategorizovat okolní jevy a upozorňuje na odchylky vymykající se normálu.

Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová (1997, s. 26) zmiňuje, že „*jakékoli trvalé nebo chronické onemocnění může být hodnoceno jako stigma.*“ Je to právě z toho důvodu, že tato onemocnění jsou nejvíce viditelná a snadno označitelná.

„*Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech (zevnějšek, komunikace atd.), které vyvolávají odpor a bývají často spojeny s představou, že je jedinec či jeho předkové nějakým způsobem zavinili (Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová, 1997, s. 26).*“ Čím více je nějaká odchylka viditelnější a rozdílnější než je bráno za společensky akceptovatelné, tím je stigma větší.

Goffman (2003) se hojně zabývá tímto tématem v jedné ze svých publikací a rozděluje stigma na tři typy. Prvním typem je **ošklivost tělesná**, kam můžeme zařadit

různé tělesné vady. Druhým typem jsou **vady charakteru**, doprovázející odlišné způsoby chování a patří sem duševní poruchy, alkoholismus, homosexualita, uvěznění a další. Pod poslední typ stigmatu patří **kmenové odlišnosti** z pohledu rasy, náboženství a národa. U všech těchto typů stigmat platí, že jsou stigmatizovaní jedinci bráni jako méněcenní, čímž snižujeme jejich životní šance.

Stigma ve skutečnosti není reálnou vlastností jedince, ale získává ji prostřednictvím postojů, které zastává společnost. Tím stigmatizace defektu ovlivňuje jeho roli a částečně i identitu, a důsledkem bývá změna chování okolí, například v oblasti úrovně komunikace a práv (Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová, 1997).

Goffman (2003) dále upozorňuje, že stigma se projevuje podobně jako předsudek. Na základě jedné původní nedokonalosti mají lidé tendenci připisovat dané osobě s defektem celou řadu nedokonalostí, které ani nemusí mít reálný základ. Když lidé jednají s tímto jedincem s nedostatečnou úctou a pozorností, než by on sám očekával, tak důsledkem tohoto jednání je jeho zjištění, že některé z těchto připisovaných atributů společnost v tomto chování ospravedlňuje.

Takto postižený jedinec přejímá postoje společnosti vůči svému defektu a postupně objevuje důsledky různých stigmat. Každý postoj veřejnosti obsahuje i většinou nepříznivá očekávání a obrazy o tomto jedinci, čímž mu znemožňují se vymanit z tohoto začarovaného kruhu. Tato očekávání totiž mohou do značné míry ovlivnit jednání subjektu i přesto, že nemusí být opodstatněné a opakovaně ho přesvědčovat o jeho nedokonalostech (Štech, Vágnerová a Hadj – Moussová, 1997).

Z tohoto důvodu je velmi důležité pracovat na pozitivním posilování interakcí mezi intaktní společností a lidmi s postižením. Je to přinejmenším v zájmu nás všech, aby společnosti mohli být tito jedinci užiteční. Dle mého je to jen o tom, aby se veřejnost sblížila s jedinci s postižením už ve školách, kde získají zkušenosti a informace, jež můžou využít v dalším kontaktu. Samozřejmě je i důležitá podpora státu a dalších orgánů včetně médií. Jak popisuje Chromý (1984) důvěrnost vztahu zaručuje menší stigma, jelikož blízcí lidé neberou negativní atribut za vyčerpávající charakteristiku a jsou schopni v těchto jedincích vidět rovnoprávnou osobu s různými vlastnostmi.

### 2.3.2. Světové výzkumy postojů společnosti k lidem se zdravotním postižením

V této poslední podkapitole se budu zabývat třemi výzkumy z různých částí světa, které zkoumají postoje společnosti k lidem se zdravotním postižením. Přijde mi zajímavé alespoň trochu nastínit výsledky, k nimž autoři dospěli. Bude se jednat o výzkumy ve Spojených státech amerických, v Anglii (Londýně) a na Slovensku. Všechna data těchto výzkumů jsem získala v elektronické podobě.

#### a) Anglický výzkum

Originální název tohoto výzkumu je „Attitudes to Mental Illness – 2011 survey report“<sup>4</sup> a vychází z předchozích výzkumů, jež byly prováděny od roku 1994. Hlavním aktérem je Department of Health neboli Ministerstvo zdravotnictví v Anglii, které sponzoruje a spolupracuje s Health and Social Care Information Centre. HSCIC je národní poskytovatel informací, dat a IT systémů pro komisaře, analytiku a klinické lékaře pracující v oblasti zdraví a sociálních služeb.

Tento výzkum má především monitorovat, jak se mění postoje společnosti k lidem s mentálními poruchami a z odpovědí respondentů se snaží vyvodit, co lze zlepšit, aby byly postoje pozitivnější.

Ke sběru dat byla využita technika rozhovoru, jehož se zúčastnilo okolo 1700 dospělých ve třech věkových kategoriích 16-34 let, 35-54 let a 55+, vybraných náhodným počítačovým výběrem. Respondenti byli tázáni sto padesáti vyškolenými pracovníky vždy v domově každého respondenta. Výzkum probíhal od února do března roku 2011.

Rozhovor se skládal ze 4 okruhů otázek a tvrzení, u kterých měli respondenti uvést, jak moc souhlasí či nesouhlasí:

- a) Strach a vyloučení lidí s mentálními poruchami
- b) Pochopení a tolerance mentálních poruch

---

<sup>4</sup> Informace jsem čerpala z elektronického zpracování, které je volně dostupné na webových stránkách Health and Social Care Information Centre. Lze si tu vyhledat článek o výzkumech z různých oblastí: <http://www.hscic.gov.uk/pubs/attitudestomi11>

- c) Integrace lidí s mentálními poruchami do společnosti
- d) Příčiny mentálních poruch a potřeba speciálních služeb

U prvního okruhu „**Strach a vyloučení lidí s mentálními poruchami**“ se vyskytovala například tato tvrzení: „Nebydlel bych poblíž někoho, kdo je duševně/mentálně nemocný.“, „Lidem s mentální poruchou by neměla být ponechána žádná míra zodpovědnosti.“, „Je děsivé vědět, že v mém sousedství bydlí lidé s mentální poruchou.“

Po srovnání s výzkumem z roku 1994 se procento souhlasu s těmito tvrzeními snížilo o čtvrtinu, což můžeme považovat za pozitivní aspekt. Co se týká rozdílu v odpovědích různých věkových skupin, tak bylo dospěno k závěru, že nejstarší věková skupina 55+ vykazovala nejvíce negativní postoje k lidem s mentálními poruchami stejně jako mužská skupina respondentů oproti ženské skupině.

U druhého okruhu „**Pochopení a tolerance mentálních poruch**“ uvedu jako příklad tato tvrzení: „Všichni máme zodpovědnost poskytnout nejlepší možnou péči lidem s mentálními poruchami.“, „Lidé s mentálními poruchami si nezaslouží naše sympatie.“, „Potřebujeme více tolerantních postojů k lidem s mentálními poruchami v naší společnosti.“, „Investování peněz za služby pro psychické zdraví je plýtváním peněz.“

Když srovnáme vyjádření respondentů z roku 1994 a 2011 tak nesouhlas s netolerantními tvrzeními klesl z 92% na 86%. Dále se v tomto okruhu otázek projevilo, že nejmladší skupina dotazovaných ve věku 16-34 let zastává nejméně tolerantní postoje ze všech skupin. Rozdíly v postojích opačných pohlaví byly stejné jako u předchozího okruhu a to tak, že mužská skupina respondentů vykazovala méně tolerantní postoje než ženská skupina.

Třetí okruh „**Integrace lidí s mentálními poruchami do společnosti**“ obsahuje například tato tvrzení: „Lidé s mentálními poruchami by měli mít stejné právo pracovat jako všichni ostatní.“, „Nejlepší terapií pro osoby s mentálními poruchami je být součástí běžné společnosti.“, „Nikdo nemá právo vyčleňovat osoby s mentálními poruchami z jejich okolí.“, „Ústavní zařízení jsou zastaralými prostředky pro léčbu lidí s mentálními poruchami.“

U této části výzkumu bylo dospěno k závěru, že v roce 2011 byly postoje dotazovaných méně pozitivní než v roce 2010, tedy klesl souhlas s pozitivně laděnými

tvrzeními asi o 5%. Stejně jako u předchozího okruhu vykazovala nejmladší skupina dotazovaných nejméně tolerantní postoje než ostatní skupiny a dále mužská skupina.

Čtvrtý okruh „**Příčiny mentálních poruch a potřeba speciálních služeb**“ se zabývá reakcemi na tato tvrzení: „Je tu dostatečně mnoho služeb pro osoby s mentálními poruchami.“, „Jednou z hlavních příčin mentálního onemocnění je nedostatek sebekázně a silné vůle.“, „Mluvit s lidmi s mentálním onemocněním je o něco jednodušší než se zdravou populací.“

U těchto příčin mentálních poruch vzrostl souhlas v roce 2011 u prvního tvrzení o 13%, ale u druhého tvrzení naopak klesl o 7%. U třetího tvrzení zůstal souhlas na stejném procentu a to 16%. Jako v předchozích okruzích se objevily nejvíce negativní postoje u nejmladší skupiny dotazovaných a u mužů.

Dále k těmto čtyřem okruhům byly dodány další tvrzení například o vztazích s lidmi s mentálními poruchami. Týkají se především bydlení s těmito lidmi, práci, sousedství a přátelství. 33% dotazovaných mají blízkého přítele s mentální poruchou a 82% z nich v tomto přátelství hodlá pokračovat. Dále 72% dotazovaných by bydlelo nebo pracovalo s lidmi s mentálními poruchami.

#### b) Americký výzkum

Centra pro kontrolu a prevenci chorob (Centers for Disease Control and Prevention) a Správa služeb pro zneužívání návykových látek a mentálního zdraví (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) začali v roce 2005 spolupracovat, aby odhalili postoje k mentálním poruchám. Tato spolupráce zároveň podpořila vytvoření národní kampaně SAMHSA bojující pro stigmatizaci. CDC se pak zapojilo do Systému podporující dohled nad faktorem riskantního chování (Behavioral Risk Factor Surveillance System). BRFSS je národní systém, který využívá telefonních průzkumů a sbírání dat po celých Spojených státech amerických, týkající se zdraví. Tento systém v roce 2007 a 2009 zprostředkoval výzkum o problematice

mentálních poruch a stigmatizace. Výzkumu „Attitudes toward Mental Illness“<sup>5</sup> se zúčastnilo v roce 2007 35 států a roku 2009 16 států.

Pochopení postojů je důležité pro celý stát, protože pomůže odhalit nezbytné informace, které mohou zlepšit služby a zároveň redukovat stigmatizaci a odstraňovat bariéry mezi lidmi s postižením a intaktní společností.

Jako metoda sběru dat byl použit rozhovor, který měl indikovat stupeň souhlasu se dvěma tvrzeními. První tvrzení se týkalo efektivnosti léčby mentálních poruch: „Léčba může pomoci lidem s mentálními poruchami dosáhnout normálního života.“ A druhé tvrzení zjišťovalo vnímání respondentů na postoje společnosti k lidem s mentálními poruchami: „Lidé jsou všeobecně ohleduplní a soucitní k lidem s mentálními poruchami.“ Respondenti měli pomocí škály odpovědět, jak moc souhlasí či nesouhlasí s tvrzením.

Napříč výzkumu ve všech státech v roce 2007 i 2009 většina respondentů v 80% souhlasila, že léčba může pomoci lidem s mentálními poruchami dosáhnout normálního života. Co se týká druhého tvrzení, že lidé jsou ohleduplní a soucitní k osobám s mentálními poruchami, tak zde souhlasilo okolo 35-67% respondentů.

Také lze z výzkumu vyvodit, že hispánská část obyvatel a další, kteří vystudovali méně než střední školu, silněji nesouhlasili, že je léčba efektivní. Dále lidé, kteří se někdy léčili s duševní poruchou nebo se s ní někdy setkali a lidé s chronickými onemocněními silněji nesouhlasili, že je společnost ohleduplná a soucitná. Stejně tak nesouhlasili i respondenti, kteří byli nezaměstnaní či vydělávali méně peněz či ti, kteří žijí v oblastech s méně profesionálními zařízeními pro osoby s mentálním onemocněním.

### c) Slovenský výzkum

Tento výzkum byl publikován v časopise Československá psychologie z roku 1999 a nese název „Pojem zdravotné postihnutie v životnej skúsenosti ľudí“<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Informace jsem čerpala z elektronického zpracování, které je volně dostupné na webových stránkách Centers for Disease Control and Prevention:

[http://www.cdc.gov/hrqol/Mental\\_Health\\_Reports/pdf/BRFSS\\_Full%20Report.pdf](http://www.cdc.gov/hrqol/Mental_Health_Reports/pdf/BRFSS_Full%20Report.pdf)

<sup>6</sup> Informace jsem čerpala z článku v časopise Československá psychologie z roku 1999, ročník 43.

Autorkou je Kvetoslava Repkova a výzkum provedla pod záštitou Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky v Bratislavě.

Technikou sběru dat byl dotazník, jehož se zúčastnilo 811 osob slovenské národnosti různého věku, různé zkušenosti se zdravotním postižením, různého profesního povolání a pohlaví. Výzkum probíhal v období od září roku 1998 až do února 1999 a obsahoval jen jednu instrukci a to: „Napište 5 slov, která se Vám vybaví, když zaslechnete spojení zdravotní postižení.“

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké asociace se vážou lidem k pojmu zdravotního postižení. Autorka vycházela z předpokladu, že v asociacích respondentů se bude odrážet například historie přístupu společnosti k lidem se zdravotním postižením, realita života se zdravotním postižením, účinnost intervenčních nástrojů a postupů nebo představy a tužby lidí, kteří mají přímou zkušenost s nějakým postižením.

Dále byla zaměřena pozornost na to, jak se liší slovní obrazy u lidí, kteří mají přímou zkušenost se zdravotním postižením (ať už v rodině, nebo u sebe samého) a u těch, kteří ji nemají.

Výsledky výzkumu byly zpracovány do devíti slovních kategorií a to:

1. Choroba, zdravotnictví, druh zdravotního postižení, pomůcky – těchto asociací se vyskytovalo nejvíce, okolo 38%.
2. Handicapy, znevýhodnění – slovní obrazy o tom, co přináší život s postižením. Například *problém s uplatněním, diskriminace, snížená kvalita života*.
3. Negativní prožívání – tato kategorie patřila mezi třetí nejčastější. Patřily sem asociace typu *strach, bolest, smutek, hněv*.
4. Pozitivní životní filozofie – sem patří slovní obraty jako *svoboda, smysl života, hodnoty, pokora*.
5. Vztahové bariéry – upozorňují na slovní obrazy respondentů vyjadřující nepochopení okolí. Například *ponižování, předsudky, chudáček, mrzák*.
6. Pomoc, starostlivost – asociace této kategorie mají spíše neutrální náboj a poukazují na skutečnost odkázání jedince na pomoc jiných.
7. Pozitivní vztahy – patří sem asociace související s ochotou okolí podpořit člověka se zdravotním postižením. Jsou to *tolerance, obětavost, nekonečná láska, rodina*.

8. Legislativa – v této kategorii jde o asociace zdůrazňující potřebu speciálních postupů. Jsou jimi *charita, ústavní zařízení, sbírky, speciální olympiády*.
9. Životní aktivity – zde bychom našli slovní obraty související s aktivitami lidí se zdravotním postižením.

Těchto devět kategorií bylo dále rozděleno do skupin dle pozitivního, neutrálního či negativního náboje. Do pozitivního náboje patřila čtvrtá a sedmá kategorie, do neutrálního náboje lze zařadit první, šestou, osmou a devátou kategorii a jako negativní náboj tu jsou druhá, třetí a pátá kategorie. Nejvíce byly zastoupené asociace s neutrálním nábojem (50%). Za nimi následovaly slovní obrazy s negativním charakterem ve 32% , což není úplně málo. Autorka si to zdůvodňuje názorem, že po dlouhou dobu bylo zdravotní postižení bráno ze špatného hlediska, tedy většina společnosti tyto jedince především litovala a neposkytla jim možnost samostatnosti a podpory. Nejméně časté byly asociace s pozitivním nábojem v 17%.

Dále bylo pozorováno, jak se liší asociace u lidí, kteří mají přímou zkušenost se zdravotním postižením a u těch, kteří ji nemají. Celkově vyšly najevo tyto skutečnosti:

- U porovnávaných skupin byla nejrovnoměrněji zastoupena kategorie „Pomoc, starostlivost“.
- Respondenti, kteří neměli přímou zkušenost se ZP, uváděli především asociace s negativním nábojem.
- Respondenti se ZP uváděli pragmatičtější asociace, tedy vyjadřovali se k postižení realisticky a brali ho z více pohledů, například ve zdravotnictví, vzdělávání, zaměstnání a jiné.
- U respondentů, kteří měli v rodině zdravotně postiženého člena, se vyskytovaly nejčastěji asociace s pozitivním nábojem.

Autorka z těchto výsledků vyvozuje, že lze vyvrátit laický názor, že lidé s přímou zkušeností s ZP mívají negativní postoj ve vztahu k životní situaci. Dále vyvozuje poznání, že lidé bez ZP mají někdy tendence přehánět závažnost problémů lidí se ZP.

### 3. Spiritualita jako psychoterapeutický prostředek

Může se zdát, že do tématu mentálního postižení nepatří tato kapitola, ale ve skutečnosti spiritualita souvisí se vším, nebo alespoň dle mého názoru. Názvem této kapitoly jsem chtěla vystihnout, na co se v oblasti spirituality zaměřím, tedy jak jsou duchovní potřeby důležité pro každého člověka a jak mohou pomoci nejen lidem věnujícím se pomáhajícím profesím, ale i samotným pacientům či klientům.

#### 3.1. Vymezení pojmu spiritualita

Spiritualitu vymezují autoři publikací různými způsoby. Vojtíšek, Dušek a Motl (2012) definují pojem spirituality na základě latinského slova *spiritualis*, které v překladu znamená *duchovní*, odvozeného od *spiritus*, jenž znamená *duch* nebo *dech*. Tento latinský název odkazuje na křesťanskou tradici spojenou s působením Ducha svatého na člověka, čímž ho nasměruje správnou cestou a pomůže mu v uvědomění své existence.

Z této definice můžeme chápat spiritualitu jako „*vnitřní život člověka, iniciovaný působením Ducha a prodchnutý Bohem, jeho duchovní život* (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012, s. 10).“

Na výše zmíněný pojem *spiritus* navazuje i Swinton (2001), který v překladu tohoto slova *dech* vidí analogii procesu dýchání, udržující člověka při životě a bez nějž bychom nemohli existovat. Duch (spirit) je zásadním dechem života, dodávající člověku existenci a oživující ho. Swinton tedy spiritualitu chápe jako něco více, než jen vnitřní duchovní život člověka, ale jako jeho neodmyslitelnou součástí, bez níž bychom existovali jen stěží.

Dle Smelého a Dudy (2013) se nejčastěji používá slovo spiritualita jako pojmenování duchovnosti a lidé se spirituálním zaměřením se považují za lidi se smyslem pro duchovno a pro které jsou materiální věci méně důležité či nedůležité.

Spiritualitu lze považovat za složku osobnosti, jež se formuje vnímáním posvátného, rozvíjí se ve vztahu k němu a variabilně tento vztah projevuje (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Vojtíšek, Dušek a Motl zároveň předpokládají, že je spiritualita obecnou charakteristikou člověka, jež se vyskytuje u každého člověka, ale v různém stupni. Dále je důležité podotknout, že i přes možnou vyskytující se posvátnost, se spiritualita neváže na žádné náboženství či církve. Nemá žádná závazná pravidla či tradice, ale v některých existenciálních otázkách se může dotýkat nějakého konkrétního náboženství (Swinton, 2001).

Duda a Smelý (2013, s. 33) spojují spiritualitu se sebetranscendencí, tedy tím, co nás přesahuje a způsobem existence včetně zkušenosti. Poukazují na to, že v ní jde o *„hodnoty a vztahy člověka k sobě, k jiným lidem, k přírodě, k životu a k tomu, co ho převyšuje a zároveň naplňuje.“*

### 3.2. Spiritualita jako duchovní potřeba

Od začátku druhého tisíciletí výrazně vzrostl počet nevěřících vzhledem k nedůvěře v náboženské instituce. Za to se začalo více lidí zaměřovat na svoje vnitřní zážitky a kladli si existenciální otázky, což připravilo úrodné pole pro rozkvet spirituality. Současně s jejím rozvojem se začala přikládat důležitost osobnímu seberozvoji zahrnující i odpovědi na to, co je smyslem našeho života nebo co je po smrti.

Svatošová (2012) zdůrazňuje potřebnost pokládání si těchto existenciálních otázek především u nemocných či umírajících pacientů. Nazývá to spirituálními potřebami, které má každý bez rozdílu, ovšem nejvíce se jimi lidé začnou zabývat, když je postihne nějaká tragická událost či nemoc. V té chvíli je pro pacienty či klienty důležité vědět, že jejich život měl smysl a že jim bylo odpuštěno.

Zažívat trápení spojené s nemocí je samo o sobě velmi zatěžující a právě zaměření se na spirituální potřeby a hledání odpovědí může ulehčit nejen nemocným, ale i jejich rodině. I když to může znít necitlivě, kolikrát nemoc lidem pomůže v přehodnocení svého žebříčku hodnot a zaměřit se na duchovně hodnotnější věci než se doposud zaměřoval (Svatošová, 2012).

Dále tato autorka spatřuje lásku jako univerzální duchovní potřebu, jež je společná všem a je to touha a potřeba milovat a být milován. Potřeby jsou samozřejmě hodně individuální, každopádně spiritualita podněcuje člověka k lásce a

odpuštění. Dále je důležité přijmout vše, co máme i s negativy a problémy a pokud se s tím nesmíříme, nemůžeme pokračovat dál v seberozvoji.

Spiritualita je dle Swintna (2001) nápomocná i lidem s duševními poruchami. Tito lidé prožívají dost velké odmítnutí společností včetně stigmatizace a proto je pro ně potřebné naplňování duchovních či spirituálních potřeb.

Vzhledem k tomu, jak je naplňování spirituálních potřeb nezbytné nejen pro osoby nemocné či s nějakou přítěží, lze nazvat oblast spirituality jako psychotherapeutický prostředek, který může buď sám o sobě ulehčit prožívání těžkostí, nebo psychoterapii efektivně doplňovat. O tom se zmiňují Vojtíšek, Dušek a Motl (2012), že psychotherapie usnadňuje rozvíjení spirituální roviny včetně práce s hodnotovým a etickým systémem (in Říčan, 2007a).

Dále Říčan (2002, s. 224) se vyjadřuje k tématu spirituality, kde upozorňuje na psychologické poznatky váženého psychoanalytika Carla Gustava Junga. Ten dospěl k názoru, že náboženství či víra v posvátné „*je klíčem k psychotherapii mnoha pacientů*“. Také vidí velký vliv spirituality na duševní zdraví. Člověk, který je duševně a duchovně zdravý by si měl být jist smyslem svého života a podle toho k němu přistupovat.

Pro osoby s duševním onemocněním využívá Swinton (2001) terapii založenou na spirituální péči. Ta zahrnuje empatický, chápatelý přístup poskytující podporu těmto lidem. Zároveň jim spirituální péče nabízí možnosti odpovědi na to, jak se s touto situací vypořádat včetně objevení smyslu toho, proč se to děje. Dle Říčana (2002) je pro osoby žijící chaoticky spiritualita či náboženství terapií v tom, že jim poskytne řád, který by je mohl usměrňovat a vést lepší cestou.

### **3.3. Vliv spirituality na život jedince**

Čím je lidstvo starší, tím více se zaměřuje na hmotu a tím méně věnuje duchovnímu rozvoji. A to je dle mého názoru jeden z důvodů, proč ve společnosti ubývají mravní a morální zásady. Ještě před několika generacemi se lidé obraceli k bohům a měli víru, která je udržovala v určitých mezích. Je pravda, že extrémně prožívané náboženství může být také na škodu, ale ve většině případů je víra

usměrňovačem a tím, co člověku dává jistotu. V této podkapitole se budu zabývat tím, jak může spiritualita člověku pomoci v životní cestě a jaký může mít vliv na osobnost.

O důležitosti správného duševního rozvoje se odborníci zmiňují především v souvislosti s mezilidskými vztahy a pomáhajícími profesemi. Vojtíšek, Dušek a Motl (2012) upozorňují, že spiritualita je složkou osobnosti, která podporuje porozumění sobě i druhým, tudíž se může uplatňovat v aktivním pomáhajícím jednání. Dále ji lze využít k udržení či zlepšení jak psychického, tak fyzického zdraví.

O nezpochybnitelném vlivu spirituality na mezilidské vztahy mluví také Duda a Smělý (2013). Především křesťanská spiritualita je zaměřena na poznání sebe, své identity, na jejímž základě vzniká solidarita s ostatními lidmi. Ten, kdo zná své nedostatky a slabosti snáze přijímá druhé. Tito autoři také zmiňují pokoru, jako charakteristiku křesťanské spirituality, jež přispívá k lásce k druhým, neodsuzuje, ale uznává druhé.

Podobně se vyjadřuje i Svatošová (2012) o spirituální péči, která je velmi prospěšná lidem pracujícím v sociálních službách. Základem této spirituální péče je jednání respektující jedinečnost a důstojnost každého člověka včetně projevů úcty.

Dále bychom si mohli všimnout, že většina známých náboženství jako buddhismus, křesťanství nebo islám, dává rady, jak se vypořádat se svými nešvary, jak usměrňovat negativní emoce či jak dosáhnout nesoudícího postoje a jak vycházet s druhými lidmi (Vojtíšek, Dušek a Motl, 2012). Tyto cenné informace mají za úkol v lidech vytvářet vlastní morální zásady a hranice.

Že duchovní prožitek stimuluje mravní jednání, potvrzuje mimo jiné Říčan (2002). Kontakt s posvátnem či nějakým sebe přesahujícím zážitkem probouzí cit lásky k lidem. Také se s rozvojem spirituality formuje svědomí, jež je regulačním mechanismem celé společnosti. Jak upozorňuje Říčan (2002), lidé s citlivým svědomím jsou absolutně nezbytní pro správné fungování společnosti.

Dalším aspektem rozvoje spirituality je pozitivní vliv na pohodu a celkové psychické a tím i fyzické zdraví člověka. Swinton (2001) tomuto aspektu věnuje celou kapitolu a zmiňuje výzkumy z let 1982 až do roku 1990, zabývající se působením spirituality na zdraví člověka. Výsledky přinesly zjištění, že lidé motivováni vnitřním „průvodcem“ měli lepší duchovní zdraví. Toto duchovní či spirituální zdraví souvisí

s dobrým sebehodnocením, sebevědomím, nadějí a snižuje míru stresu, agresivity a vzniku konfliktů.

Swinton (2001) udává další výzkum, zkoumající vliv spirituality na zaměstnanost britských asijských mužů. Zjistilo se, že existuje vztah mezi způsobem zvládnání stresových situací a spiritualitou. Ti muži, kteří byli nezaměstnaní, měli zároveň horší psychické zdraví a špatnou schopnost zvládat stres. K zvládnání stresu může také pomoci věřící skupina. Ta člověku poskytne sociální podporu, dodá mu jistotu, naději a sílu v překonávání překážek. Z výzkumu tedy vyplývá, že muži, kteří byli spirituálně zaměřeni, jsou více chráněni před škodlivými psychickými dopady nezaměstnanosti. Zároveň víra lidem dodá nejen jistotu do budoucnosti, ale i jistotu v sebe a zvyšuje jim šanci na získání nového zaměstnání.

Jiným výzkumem se zabýval Fitchett (1997 in Swinton, 2001). Zkoumal pacienty psychiatrie a jejich duchovní potřeby. Vyšlo najevo, že zabývání se duchovnem a posvátnem poskytovalo těmto pacientům podporu a lépe se vyrovnávali se svými nemocemi. Také pociťovali, že nejsou na svůj problém sami a že na ně někdo ze shora dohlíží. Také Říčan (2002) upozorňuje, že k náboženství se hojně uchylují lidé s duševními poruchami, jelikož ve víře nalézají porozumění a oporu.

Američtí badatelé Koenig a Larson (2001 in Říčan, 2002) z několika statistik vyzkoumali, že věřící lidé méně trpí úzkostmi a depresemi, jelikož vnímají svůj život jako smysluplnější. Tedy prožívají život šťastněji, mají menší sklony k sebevraždám a užívání omamných látek.

Jak lze vidět z předchozích podkapitol, existuje mnoho autorů, kteří přikládají spiritualitě velký význam. Nejde vůbec o to, v co člověk věří, jestli v Buddhu nebo v Ježíše Krista, jestli věří v reinkarnaci nebo na osud. Hlavní je víra a nezáleží na předmětu. Bez víry nemůže mít život člověka smysl a směr. Největší význam víry bych viděla v tom, že nám pomáhá se lépe vypořádat s nepříjemnými životními událostmi, jelikož člověk ví, že v tom špatném je i něco dobré. Pomáhá nám se na svět dívat i z té lepší stránky a tím nám částečně zpřijemňuje životní cestu. A pokud je člověk šťastný, tak může štěstí rozdávat ostatním a to je přece přání každého. Konec konců víra nás učí milovat a bez lásky by nebyl život.

## 4. Výzkumné šetření

Rok od roku si všímám čím dál častějšího nárůstu nových sdružení a institucí, nabízející péči či seberealizaci pro osoby nejen s mentálním postižením, ale pro kohokoli, kdo se vyskytl v těžké životní situaci a potřebuje pomoc či podporu. Zároveň se o tuto problematiku zajímají média, která zprostředkují zviditelnění různých organizací, s čímž souvisí i získání sponzorů a více finančních prostředků. Média mohou sehrát velmi významnou úlohu v rozšiřování podvědomí společnosti o aspektech života, jež mohou potkat každého z nás. Právě proto jsem se rozhodla využít jedno z médií a to internet, abych oslovila veřejnost a získala názory lidí na problematiku mentálního postižení.

### 4.1. Cíl výzkumu

V této výzkumné práci jsem se zaměřila na problematiku mentálního postižení. Zajímá mě především přístup společnosti k lidem s mentálním postižením v různých oblastech jejich života, jak moc se mezi lidmi vyskytují předsudky a zkreslené obrazy a také co si sami respondenti myslí o postoji společnosti.

Z mých vlastních zkušeností s výše zmíněnou cílovou skupinou vyplynuly předpoklady, o nichž se domnívám, že se mi buď potvrdí, nebo vyvrátí prostřednictvím tohoto sběru dat. Nejvíce mě zajímají rozdíly mezi odpověďmi respondentů, kteří mají blízký vztah k víře a těmi, kteří jsou nevěřící. V teoretické části jsem tomuto tématu věnovala kapitolu, jež poukazuje na spojitost mezi duchovním životem člověka a jeho přístupem k ostatním lidem.

Stanovila jsem čtyři předpoklady, jejichž platnost budu ověřovat během vyhodnocení dotazníku. V těchto předpokladech jsou zahrnuta témata podpory, přístupu a informovanosti o problematice mentálního postižení, jež budou buď potvrzeny či vyvráceny na základě odpovědí respondentů:

#### Předpoklad číslo 1:

*Spirituálně zaměřené lidé mají větší tendenci pomáhat a podporovat osoby s mentálním postižením než lidé bez víry.*

Předpoklad číslo 2:

*Většina respondentů se domnívá, že se postoj společnosti k lidem s mentálním postižením zlepšuje.*

Předpoklad číslo 3:

*Informovanost společnosti o problematice mentálního postižení je dle názoru respondentů dostatečná.*

Předpoklad číslo 4:

*Nejvíce přínosná v oblasti získávání informací o mentálním postižení jsou pro respondenty média.*

## **4.2. Způsob provedení výzkumu**

Jako kvantitativní techniku sběru dat jsem použila dotazník. Ten jsem rozesílala respondentům pomocí sociálních sítí na internetu. Výběr respondentů byl náhodný, zahrnující všechny věkové kategorie a obě pohlaví.

Dotazník se skládá ze 14 otázek, přičemž první čtyři položky se týkají demografických údajů, jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a víra. Další část otázek v dotazníku se zabývá tématem informovanosti respondentů o problematice mentálního postižení, jejich pohledu na tuto cílovou skupinu včetně názoru na postoj společnosti. V tomto výzkumné šetření jsem použila 11 uzavřených otázek s možností vybrat pouze jednu variantu a 3 polouzavřené otázky.

## **4.3. Rozbor a vyhodnocení dotazníkového šetření**

### **4.3.1. Demografické údaje o výzkumné skupině**

Tohoto sběru dat se zúčastnilo celkem 99 osob různých věkových kategorií od 18 a více let včetně zástupců obou pohlaví.

## POHLAVÍ

Z první tabulky lze vypočítat nepoměr mezi počtem mužů a žen. Mužských respondentů se na tomto sběru dat účastnila pouze jedna pětina. Řekla bych, že to může souviset s tím, že jsou ženy od přírody starostlivější vzhledem k životní úloze mateřství a proto se o sociální témata zajímají více než muži.

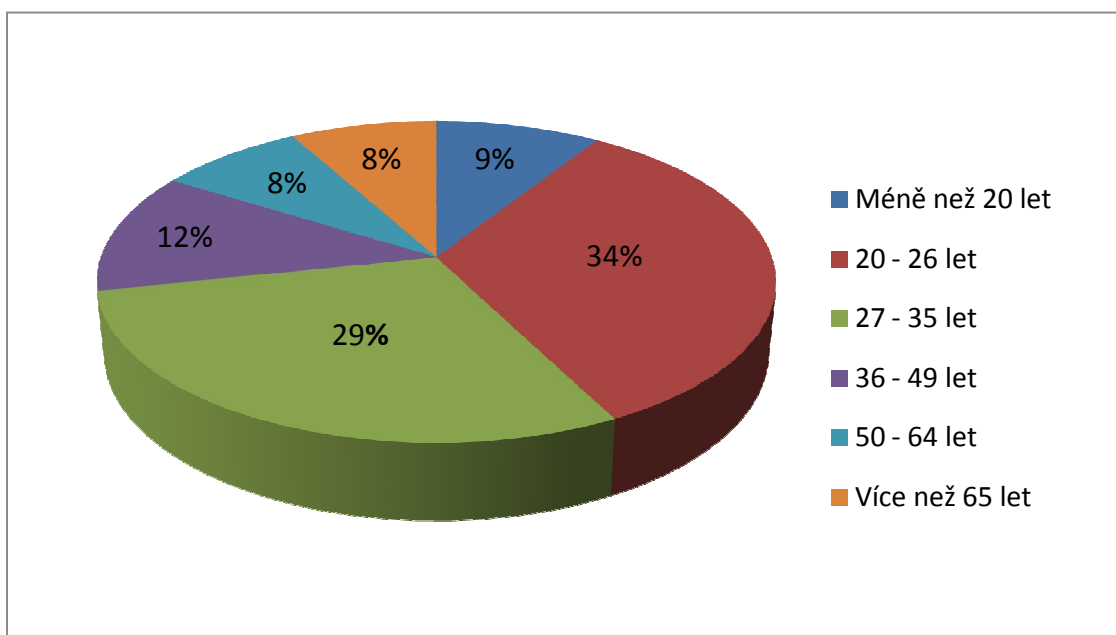
Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

| POHLAVÍ | POČET | POČET V % |
|---------|-------|-----------|
| Muži    | 19    | 19%       |
| Ženy    | 80    | 81%       |
| Celkem  | 99    | 100%      |

## VĚK

Graf č. 1 vyjadřuje procentuální zastoupení věkových kategorií respondentů. Převažuje skupina ve věku 20 až 26 let, kterou následuje druhá početná kategorie respondentů ve věku 27 až 35 let.

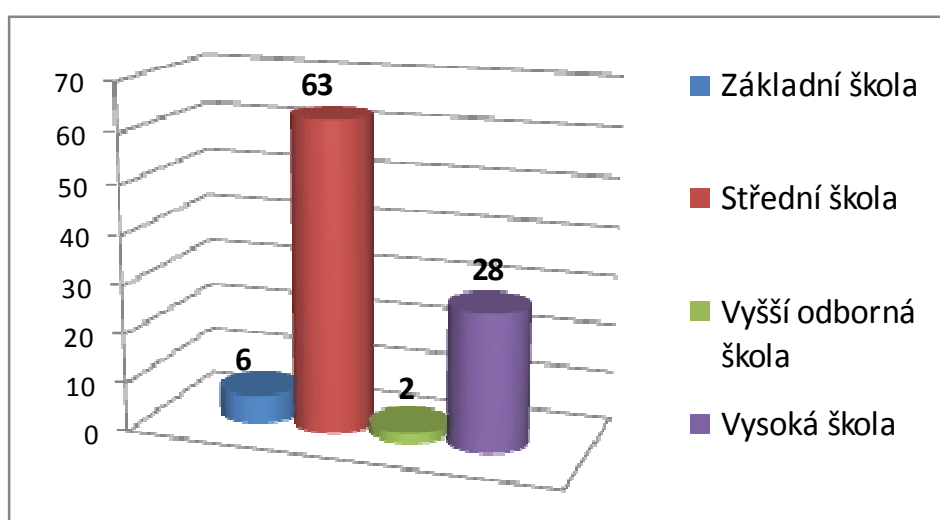
Graf č. 1: Věkové rozdělení respondentů



## NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ

Z grafu č. 2 vyplývá, že nejpočetnější je skupina respondentů, kteří dosáhli nejvyššího vzdělání na střední škole a to 63% ze všech dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti, již zakončili své vzdělávání na vysoké škole a tvoří jednu čtvrtinu všech dotazovaných.

Graf č. 2: Rozdělení respondentů dle maximálního dosaženého vzdělání



## NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ

Tato otázka byla položena jako polouzavřená, takže si respondenti mohli vybrat ze třech předem stanovených odpovědí a v případě nedostatečného výběru mohl dotazovaný vepsat vlastní odpověď do kolonky „jiné“.

Četnost výběru stanovených položek lze vidět na grafu č. 3. Převažuje ve 46% skupina nevěřících respondentů, ale hodně blízko je i část spirituálně zaměřených respondentů se 41%.

Tabulka č. 2: Náboženské vyznání respondentů dle pohlaví

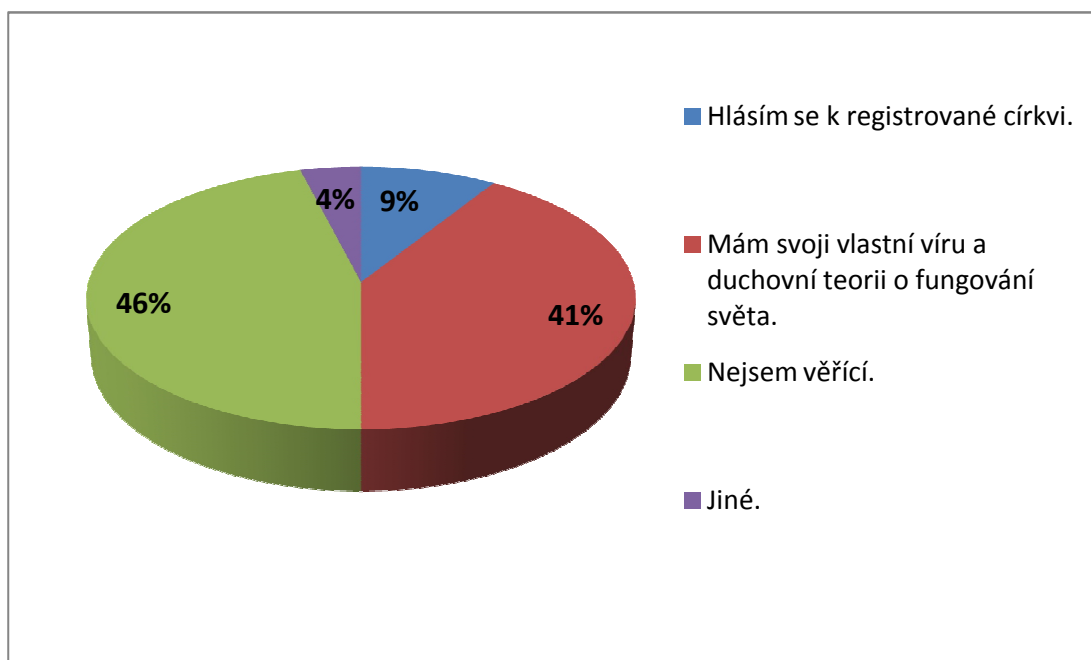
|        | Registrovaná církev | Vlastní duchovní teorie | Nevěřící | Jiné |
|--------|---------------------|-------------------------|----------|------|
| Muži   | 1                   | 7                       | 10       | 1    |
| Ženy   | 8                   | 33                      | 36       | 3    |
| Celkem | 9                   | 40                      | 46       | 4    |

V kolonce „jiné“ jsem zaznamenala čtyři odpovědi: „*Jsem věřící, ale do kostela nechodím.*“ Tato odpověď naznačuje možnou spiritualitu, tedy by šla zařadit i ke skupině, jež má vlastní víru. Další dvě odpovědi byly: „*Křesťanské.*“ a „*ČBCE.*“ Což jsou přímo registrované církve. O poslední odpovědi nevím, co si myslet. Předpokládám, že to byl nějaký vtipálek a měl potřebu se zviditelnit. Zněla takto: „*Věřím v ducha B&D a kouzlo felační ryby!*“

Tabulka č. 2 ukazuje na rozdíly ve víře mužů a žen. Z celkového počtu mužských respondentů je více jak polovina (52%) nevěřících a 42% věřících. Na základě výsledků mohu tvrdit, že ženy mají bližší vztah k víře, jelikož více jak polovina respondentek (55%) věří ať už ve svoji duchovní teorii, nebo se hlásí k registrované církvi. Zbytek respondentek ve 45% odpovídal, že nejsou věřící.

Po součtu výpovědí respondentů hlásících se k registrované církvi s respondenty věřících ve vlastní víru vyplývá, že 53% všech dotazovaných je spirituálně zaměřeno. Tento výsledek mě překvapil, jelikož stav dnešní společnosti úplně neodpovídá stavu duchovní společnosti. Předpokládám, že společnost, v které převažuje víra, podporuje jinou hodnotovou orientaci lidí a jiný způsob života, zaměřený spíše na uspokojování duchovních a citových potřeb než těch hmotných. Z mého pohledu je naše česká společnost pořád více materiální než duchovní.

Graf č. 3: Náboženské vyznání respondentů



#### 4.3.2. Informovanost o problematice mentálního postižení

Na grafu č. 4 si lze všimnout, že většina respondentů na otázku „**Myslíte si, že máte o problematice mentálního postižení dostatek informací?**“ odpovídají v 50%, že mají o této problematice dostatek informací. To mohu považovat za pozitivní jev, naznačující zájem společnosti o méně samostatnou část obyvatelstva včetně vědomí, jak k nim přistupovat. Tímto se potvrzuje stanovený předpoklad číslo 3, že informovanost společnosti o problematice mentálního postižení je dle názoru respondentů dostatečná. Každopádně musíme také brát v úvahu, že je to jejich úsudek, jenž nemusí znamenat, že dotyčný opravdu ví, jak se chovat v přítomnosti mentálně postiženého jedince.

Obě pohlaví jsou na tom podobně, co se týká rozdílu v četnosti odpovědí. Ženy i muži nejčastěji volili položku „Myslím, že informovaný/á jsem dost.“ Méně častá byla odpověď „Moc toho o mentálním postižení nevím, ale chtěl bych se dozvědět více.“ Nejméně častý byl výběr položky „O problematiku mentálního postižení se nezajímám, tudíž nejsem informován.“ Každopádně muži si připadají více informovaní než ženy a to o 15%, za to ženy mají více zájem se dozvědět více a to také o 15%.

Další otázka týkající se informovanosti respondentů je zaměřena na využívání zdrojů k získání znalostí respondentů o mentálním postižení: „**Odkud jste se o mentálním postižení nejvíce dozvěděl/a?**“ Tabulka č. 3 ukazuje jako nejvíce využívaný zdroj informací o MP média a to ve 48%. Dále jedna čtvrtina dotazovaných se dozvěděla většinu poznatků ve škole a jedna šestina od rodičů či příbuzných.

Výsledky tedy potvrzují předpoklad číslo 4, že nejvíce přínosná v oblasti získávání informací o mentálním postižení jsou pro respondenty média. V dnešní době hrají média obrovskou úlohu v předávání poznatků, zpráv a informací všeho druhu, ale bohužel často mohou být zkreslené a nepřesné. Mohou mít jak pozitivní přínos, tak i negativní.

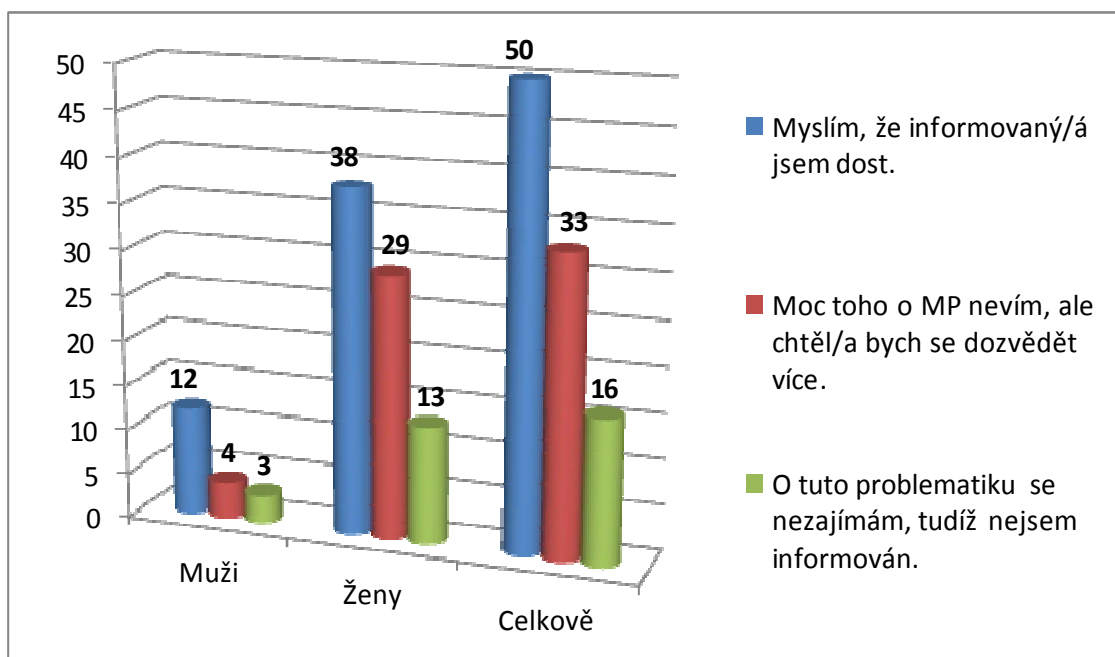
Nejvíce využívaným médiem se stává internet, kde si oproti televizi, rádia nebo novin může každý udělat názor sám a vyhledat téma, které ho zajímá. Přínosnou vlastností masmédií je zviditelnění různých případových studií, organizací a tím získání sponzorů a dárců, o nichž by se běžná veřejnost neměla možnost dozvědět, což lze hojně využívat právě v oblasti sociální péče.

Tuto otázku jsem položila jako polozavřenou, tudíž respondenti měli možnost si vybrat ze třech předem stanovených odpovědí anebo napsat vlastní odpověď. Tuto možnost využilo celkem 9 osob. Jejich odpovědi se dotýkají tří základních témat a to je: praxe, samostudium a osobní zkušenost. U praxe to bývá práce v nějaké organizaci, či praxe při škole: „*Studium a vlastní praxe 50 let s lidmi s mentálním postižením.*“ Nebo „*Praxe v ústavu sociální péče.*“ Osobní zkušenost se dotýká respondentů v blízkém okruhu přátel nebo rodiny: „*Mám v rodině mentálně postiženého.*“

Tabulka č. 3: Zdroje informací o problematice mentálního postižení

| ZDROJ INFORMACÍ    | POČET | PROCENTA |
|--------------------|-------|----------|
| Média              | 47    | 48%      |
| Škola              | 28    | 28%      |
| Rodiče či příbuzní | 15    | 15%      |
| Jiné               | 9     | 9%       |

Graf č. 4: Informovanost respondentů o problematice mentálního postižení



### 4.3.3. Emoční prožívání respondentů

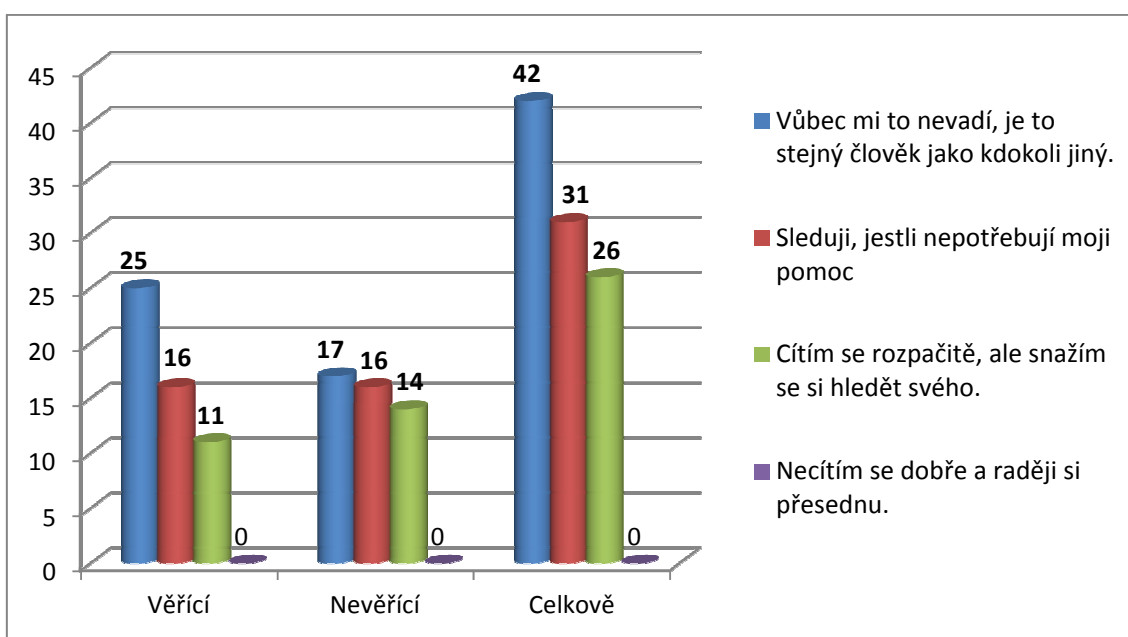
Na otázku: „**Jaké máte pocity, když si v dopravním prostředku blízko Vás sedne člověk s mentálním postižením?**“ odpovídali respondenti ve 42%, že jim to nevadí a berou ho jako každého jiného. Skoro jedna třetina dotazovaných sleduje, zda nepotřebuje pomoc a jedna čtvrtina se cítí rozpačitě. Žádný z respondentů nevybral položku „Necítím se dobře a raději si přisednu“.

Sledovala jsem spojitost mezi pocity respondentů, kteří jsou věřící nebo spirituálně zaměřeni a nevěřícími. Předpokládala jsem, že věřící respondenti budou brát jedince s mentálním postižením jako rovnocenné a budou schopni jim nabídnout pomoc ve větší míře než nevěřící respondenti. Výsledky na grafu č. 5 ukazují, že se věřící respondenti ve 48% cítí v blízkosti osoby s MP stejně jako v blízkosti jakékoli jiné osoby. Nevěřící respondenti se takto cítí v menší míře a to ve 36%. Pomoc by nabídlo 30% věřících a nevěřících 34%. Rozpačitě se cítí více skupina nevěřících a to ve 30% a skupina věřících ve 21%.

Z těchto výsledků zatím nelze usuzovat, zda se potvrdil předpoklad číslo 1, že spirituálně zaměřeni lidé mají větší tendenci pomáhat a podporovat osoby s mentálním postižením než lidé bez víry. Sice věřící skupina dotazovaných ve větší

míře vnímá jedince s mentálním postižením bez rozdílu, ale co se týká nabídnutí pomoci, tak převažuje větší výběr u nevěřících respondentů. Dále je třeba brát v úvahu i výsledky v dalších položkách dotazníku, kde se budu tímto předpokladem více zabývat.

Graf č. 5: Rozdíly v prožívání při kontaktu s MP jedincem mezi věřícími a nevěřícími



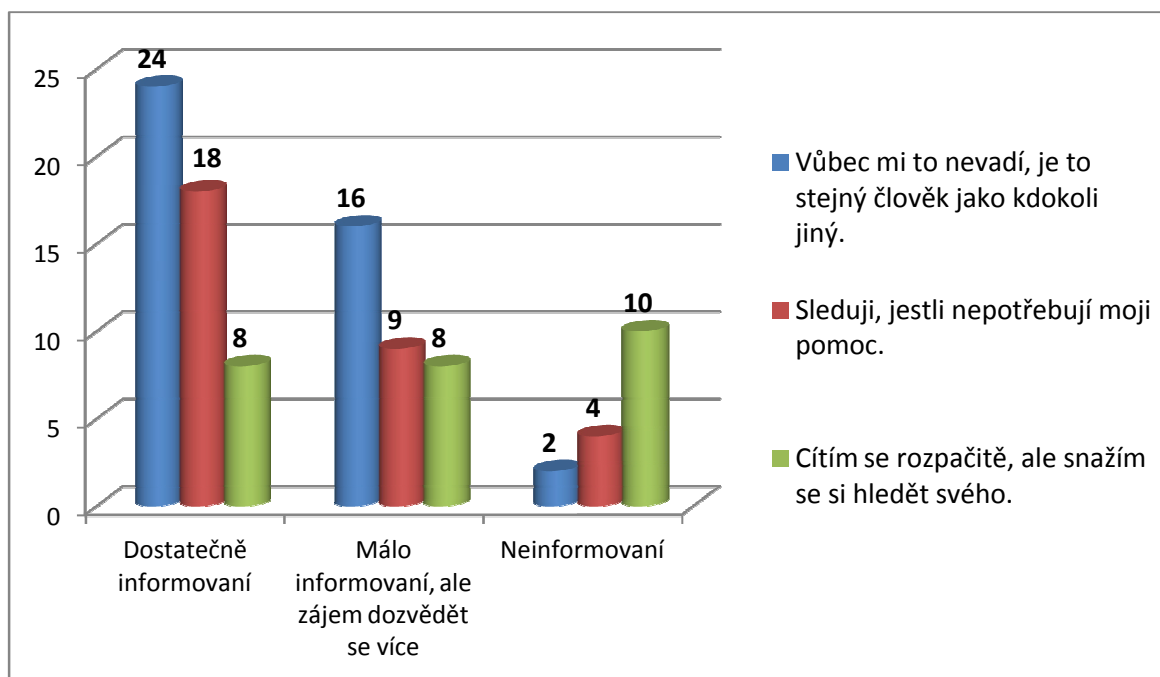
Dále mi přišlo zajímavé se zaměřit na odpovědi respondentů u položky informovanosti a srovnat je s jejich pocity. Z mého úsudku lidé, kteří mají dostatek poznatků o problematice mentálního postižení, se cítí méně rozpačitě a více tolerují odlišnost těchto jedinců. A tudíž nedostatečně informovaní respondenti se následně budou cítit nejistě, vzhledem k nedostatku zkušeností.

Výsledky na grafu č. 6 ukazují, že nejvíce rozpačitě se cítí respondenti, kteří nemají dostatek poznatků o mentálním postižení a to v 63%. Pomoc by nabídla nejvíce skupina dostatečně informovaných respondentů ve 36%. A 48% dotazovaným nevádí jedinci s mentálním postižením a berou je jako každého jiného. Toto procento se vyskytuje jak u dostatečně informovaných respondentů, tak u těch, jež sice nejsou dostatečně informovaní, ale chtěli by se dozvědět více.

Je překvapivé, že se většina respondentů ze skupiny méně informovaných shodla na tom, že se v blízkosti člověka s MP cítí stejně, jako vedle kohokoli jiného. Je to celkem velký rozdíl oproti skupině respondentů, kteří se o tuto problematiku

nezajímají, kde tuto možnost vybralo pouze 12% jedinců. Vidím možný důvod v tom, že lidé, kteří nemají moc poznatků o problematice MP, ale chtějí se dozvědět více, sice třeba neví, jak efektivně nabídnout pomoc, ale už tento zájem poukazuje na menší výskyt předčasných soudů a větší toleranci k odlišnostem.

Graf č. 6: Rozdíly mezi pocity informovaných a neinformovaných respondentů o MP



Tabulka č. 4 ukazuje výpovědi respondentů na otázku: „**Jak byste se zachovali, pokud by na Vás člověk s mentálním postižením začal mluvit a žádal by Vás o pomoc?**“ Velmi mile mě překvapilo, že 93% všech dotazovaných by si člověka s MP vyslechlo a nabídlo mu pomoc. Nenašel se ani jeden respondent, který by bez zájmu prošel a pomoc nenabídl. Jeden dotazovaný by se omluvil a šel dál. Poslední skupina 6 respondentů netuší, jak s člověkem s mentálním postižením mluvit a neví, jak by zareagovali.

Předpokládám, že nelze počítat s absolutní upřímností dotazovaných. Často se respondenti různých výzkumů snaží stavět do lepšího světla, ať už vědomě či nevědomě a podle toho volí i odpovědi, které se od nich očekávají. A navíc teoretická představa toho, jak bychom reagovali, nemusí vždy odpovídat realitě.

Tabulka č. 4: Výběr reakcí respondentů na prosbu člověka s MP

| ODPOVĚĎ  | POČET | PROCENTA |
|--|-------|----------|
| Dělal/a bych, jako že neslyším a šel/šla dál.        | 0     | 0%       |
| Zastavil/a bych se a omluvil/a se, že pospíchám.     | 1     | 1%       |
| Vyslechl/a bych si ho a zkusil/a mu poskytnout radu. | 92    | 93%      |
| Nevím, netuším jak s takovými lidmi mluvit.          | 6     | 6%       |

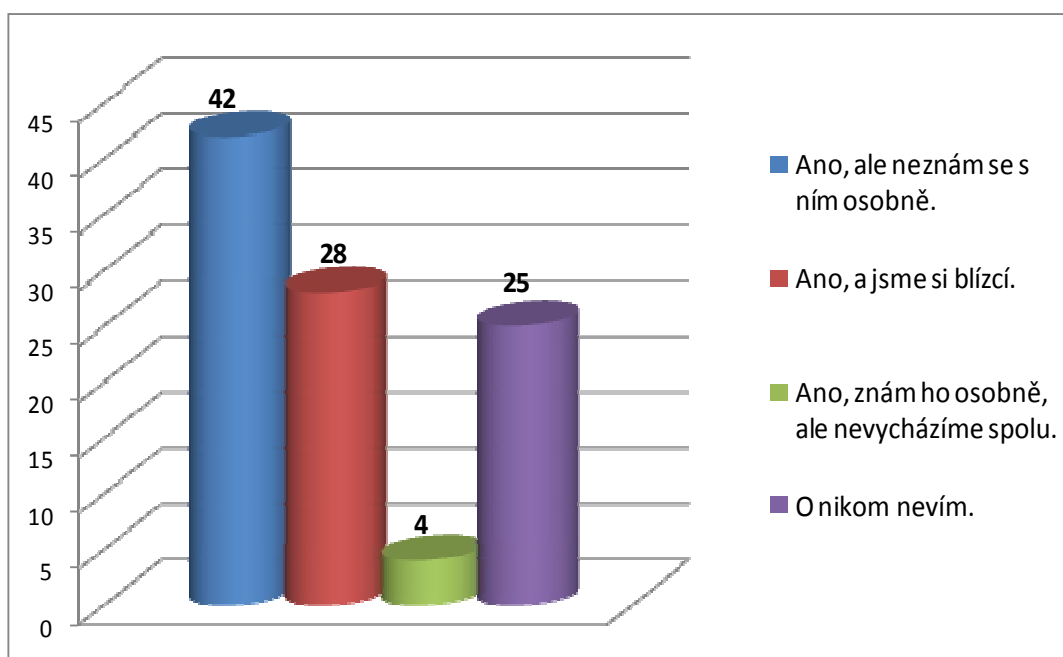
U této otázky jsem chtěla zkoumat rozdíly ve výpovědích respondentů na základě vztahu k víře. Ale vzhledem k výsledkům, kde by opravdu velká většina dotazovaných poskytla pomoc osobě s MP, ztrácí smysl tento faktor hodnotit. Mohu tedy konstatovat, že se prozatím nepotvrdil předpoklad číslo 1, stejně jako v předchozí položce dotazníku.

#### 4.3.4. Zkušenost respondentů s lidmi s mentálním postižením

Do tohoto dotazníku jsem zahrнула i otázku: „**Víte o někom ze svého okolí, kdo má mentální postižení?**“. Myslím, že je zajímavé se na základě této otázky dozvědět, jak jsou lidé všímaví, co se týká mentálního postižení a také, jestli osobní známost může ovlivnit pocity a postoj k jiným lidem s MP.

Graf č. 7 shrnuje celkovou četnost odpovědí respondentů. Největší skupina dotazovaných ve 43% ví o lidech s MP v jejich okolí, ale nezná se s nimi osobně. Druhá nejpočetnější skupina se s nimi osobně zná ve 28%. Jedna čtvrtina dotazovaných přímo nezná ve svém okolí žádného člověka s mentálním postižením a 4% respondentů se zná osobně s člověkem s MP, ale nevychází s ním.

Graf č. 7: Kontakt respondentů s lidmi s mentálním postižením

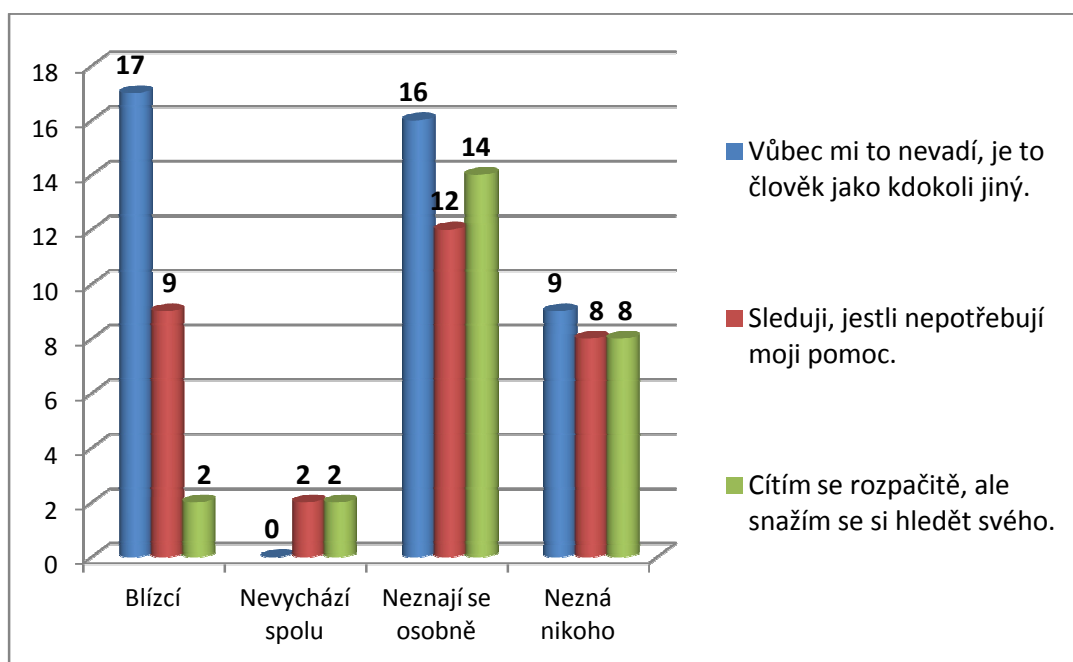


Dále jsem srovnávala na grafu č. 8 výpovědi dotazovaných na základě toho, zda znají někoho s mentálním postižením, s výběrem jejich pocitů z předchozí kapitoly o emočním prožívání respondentů. Ti respondenti, kteří znají osobně někoho s MP a jsou si blízcí, procentuálně nejvíce berou lidi s mentálním postižením takové, jaké jsou a to v 61%. Skupina respondentů, kteří ví o někom s MP, ale neznají ho osobně volili tuto položku ve 38%. Nejméně ji volili respondenti, jež žádného člověka s mentálním postižením neznají ve 36%.

Dále 32% respondentů jak ze skupiny těch, co jsou si s lidmi s MP blízcí, tak ti, kteří nikoho takového neznají, vybrali odpověď, že sledují, zda dotyčný s mentálním postižením nepotřebuje jejich pomoc. Ti, co o člověku s MP ví ze svého okolí, ale ne osobně volili tuto položku ve 29%. Nejvíce rozpačitě se cítí skupina dotazovaných, jež zná člověka s MP neosobně ve 33% a následuje ji o procento méně respondentů, kteří nikoho s MP neznají. Respondenty, jež znají osobně člověka s MP, ale nevychází spolu, do toho rozboru nezahrnuji z důvodu malého vzorku, celkově tito respondenti byli jen 4.

Z výsledků tedy vyplývá, že čím jsou si respondenti bližší s lidmi s mentálním postižením, tím je jejich tolerance k jiným lidem s MP větší. Dá se říct, že zde hraje roli jakýkoli předešlý kontakt s osobami s mentálním postižením, jenž může být jedním z faktorů ovlivňující pocity lidí.

Graf č. 8: Možný vliv známosti lidí s MP na pocity respondentů



#### 4.3.5. Charakteristické vlastnosti lidí s mentálním postižením

Není třeba debatovat o tom, že se každý z nás rodí jako jedinečná osobnost, u které bychom těžko hledali stejný zrcadlový obraz. Ale i přesto, se u některých typů lidí setkáme s podobnými charakteristikami. V oblasti speciální pedagogiky to platí dvojnásob. Vzhledem k přítomnosti poruchy se i vývoj postiženého člověka dotýká určitých oblastí a probíhá podobným způsobem jako vývoj jiných osob se stejnou poruchou. A na základě toho se můžeme setkávat s podobným formováním charakteru lidí se stejným nebo podobným postižením.

O lidech s mentálním postižením je známé, že z důvodu nižšího intelektu nejsou například tak snadno schopni domyslet důsledky svého chování jako intaktní společnost. Stejně tak nedokážou myslet v souvislostech a proto se často stávají oběťmi různých podvodníků, kterým slepě důvěřují.

Zajímalo mě, jak to vidí respondenti a proto jsem jim položila v dotazníku tuto otázku: **„Jakou vlastností byste charakterizoval/a skupinu lidí s mentálním postižením?“** Respondenti měli na výběr ze šesti stanovených položek anebo mohli vepsat vlastní odpověď do kolonky „jiné“. Tato otázka byla teda položena jako polouzavřená.

Tabulka č. 5 vyjadřuje počet zvolených odpovědí dotazovanými. Nejvíce respondentům připadají lidé s MP spontánní ve 38%. Skoro jedna čtvrtina si myslí, že jsou osoby s MP důvěřiví a 18% se zdají být přátelští. Také 12% dotazovaných zvolilo možnost snadno zmanipulovatelní (sugestibilní), 6% otevřenost a vlastnost lenivost nevybral nikdo.

Vlastní odpověď napsali 4 respondenti. Jedna z nich zní takto: *„Nijak bych je necharakterizovala, každý je jiný.“* Ostatní tři výpovědi jsou si podobné, jelikož kombinují více stanovených položek: *„Otevření, spontánní, důvěřiví, přátelští.“* *„Spontánní a přátelští.“* *„Všechny předešlé skupiny.“*

Výsledky považuji za příznivé, jelikož žádný respondent nevybral nelichotivou vlastnost lenivost. Z toho lze usuzovat, že se veřejnost zaměřuje spíše na jiné pozitivnější charakteristiky, jako je třeba přátelskost. Jedním z důvodů, proč většina dotazovaných zvolila spontánnost, by dle mého názoru mohl být fakt, že komplexně společnost nejvíce vidí projevy jedinců s MP, jež nemají limity držící jejich jednání na uzdě. Okolím si těchto jedinců všimne hlavně v případě, kdy dělají něco neobvyklého, spontánního, co si běžně intaktní jedinec nedovolí.

Tabulka č. 5: Charakteristika lidí s MP dle respondentů

| CHARAKTERISTIKA | POČET | PROCENTA |
|-----------------|-------|----------|
| Spontánní       | 38    | 38%      |
| Důvěřiví        | 22    | 22%      |
| Přátelští       | 18    | 18%      |
| Sugestibilní    | 12    | 12%      |
| Otevření        | 5     | 6%       |
| Leniví          | 0     | 0%       |
| Jiné            | 4     | 4%       |

#### 4.3.6. Integrace dětí s MP do běžných škol

Pohled na integraci mentálně postižených je choulostivé téma, které se řeší rok od roku více. Vyjadřují se k němu různé známé osobnosti a politici skrze média, ale stále naše česká společnost nemá ucelený názor. Je to problematické už z důvodu toho, že aby mohla úspěšná integrace proběhnout, je třeba velké spolupráce s ministerstvy, pedagogy i spolužáky.

V tabulce č. 6 lze vidět, že více jak polovina respondentů souhlasí s integrací dětí s mentálním postižením do škol. Naopak 32% dotazovaných s ní nesouhlasí a 13% o tomto tématu nepřemýšlelo. Z výsledků tedy vyplývá, že většina lidí je schopna tolerovat a podporovat jedince s MP ve školách.

*Tabulka č. 6: Názor respondentů na integraci dětí s MP do škol*

| NÁZOR   | POČET | PROCENTA |
|---|-------|----------|
| Jsem pro celkovou integraci. Může to obohatit obě strany a děti bez postižení se aspoň naučí, jak s postiženými jedinci jednat a jak jim smysluplně pomoci. | 54    | 55%      |
| Jsem proti integraci, děti s MP by měly být ve specializovaných zařízeních.   | 32    | 32%      |
| Nepřemýšlel/a jsem o tom.   | 13    | 13%      |

Myslím, že lidé, kteří s integrací do škol nesouhlasí, nemusí být méně tolerantní, ale vidí situaci i z jiného úhlu. Přeci jenom nejsou všechny školy zařízené na integraci a navíc také hodně záleží na kolektivu, v němž by se jedinec s mentálním postižením měl ocitnout. A dalším faktorem je samozřejmě i osobnost integrovaného. V některých případech by integrace mohla dítěti akorát uškodit.

Toto téma je o to více aktuální, vzhledem k vydání novely č. 82/2015 ke školskému zákonu 561/2004 Sb., která mimo jiné upravuje a posiluje prvky inkluzivního vzdělávání. Novela byla schválena v březnu roku 2015 a předpis o inkluzivním vzdělávání vejde v účinnost v září roku 2016. Inkluzivní vzdělávání je založeno na včlenění dětí s postižením do běžných škol, kde by se jim mělo dostávat

stejných podmínek, jako intaktní společnosti, především za přítomnosti asistenta pedagoga.

Tato novela vzbuzuje rozruch, jedna polovina společnosti ji schvaluje, druhá odsuzuje. Nejvíce nepřijatelná je pro rodiče dětí s postižením z důvodu toho, že o vzdělávání jejich dítěte budou rozhodovat školská poradenská zařízení nebo samotná škola. Rodičům by rozhodně mělo být ponecháno právo se rozhodnout na základě vlastních zkušeností s dítětem. Vždy je třeba vhodnost inkluze posuzovat dle individuálních schopností dítěte a možností konkrétního vzdělávacího zařízení.

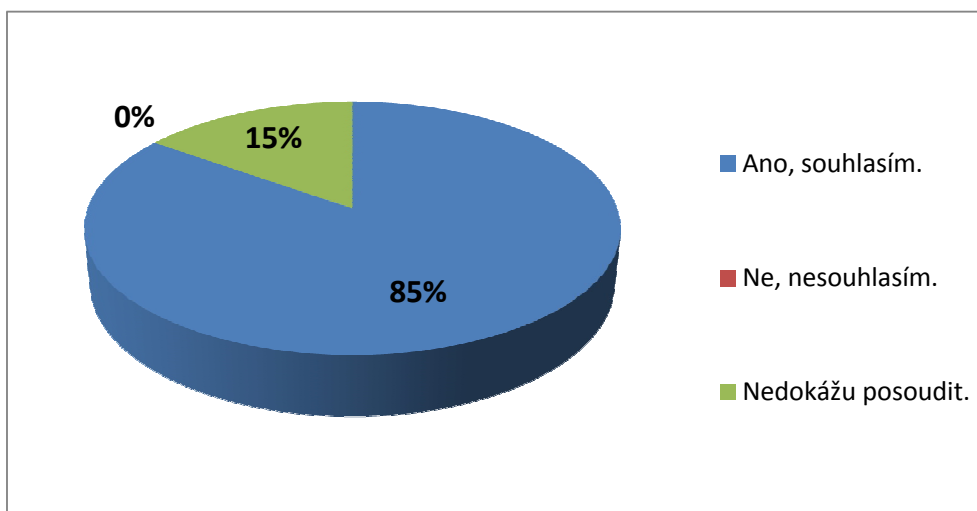
#### **4.3.7. Seberealizace a péče o osoby s mentálním postižením**

Graf č. 9 poukazuje na výpovědi respondentů na otázku: **„Souhlasíte s tím, že tito jedinci mají právo na stejně hodnotný život jako lidé bez postižení?“** Touto otázkou jsem chtěla podnítit zamyšlení u dotazovaných nad tím, čeho mohou lidé s mentálním postižením dosáhnout v životě a jestli mají podobné možnosti jako lidé bez postižení.

Z této otázky lze částečně rozpoznat stigmatizaci a předsudky. Vzhledem k tomu, že je namířena přímo, nelze čekat, že by někdo odpověděl, že nesouhlasí. Tomu odpovídají výsledky. Souhlasí 85% respondentů a 15% nedokáže posoudit. Nikdo nevybral položku, že nesouhlasí. Odpověď „nedokážu posoudit“ mi přijde úniková pro někoho, kdo si myslí, že lidé s MP nedosáhnou stejných možností jako lidé bez postižení, ale nemá radikálně vyhraněný názor, nebo naopak nad něčím takovým nikdy nepřemýšlel a o tuto skupinu lidí se nezajímá.

Každopádně výsledky jsou velmi příznivé a vyplývá z nich, že respondenti nezastávají odsuzující postoj vůči jedincům s mentálním postižením.

Graf č. 9: Názor na právo lidí s MP na stejně hodnotný život jako mají lidé bez MP

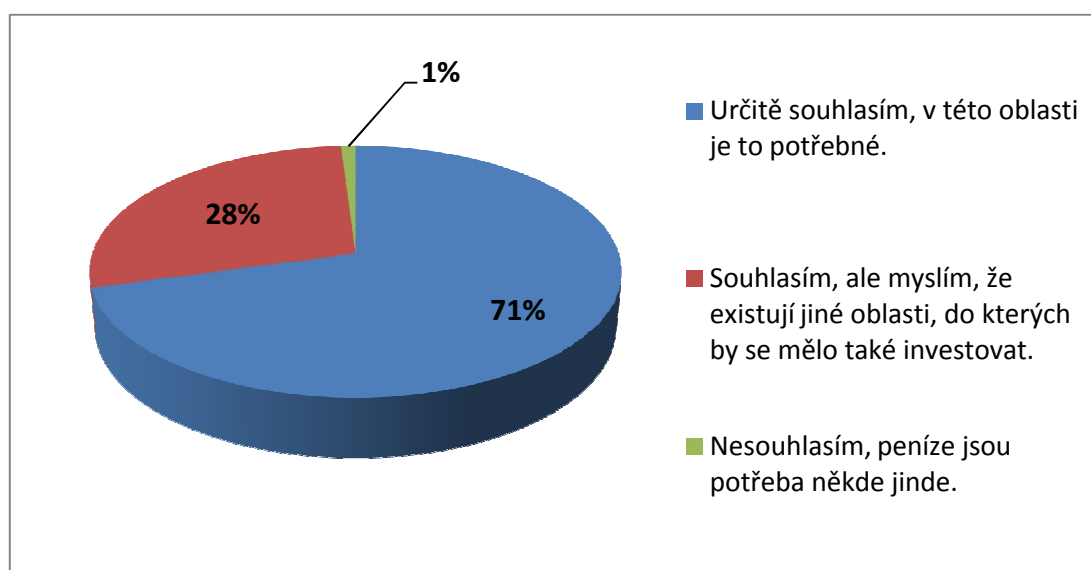


Dále mě zajímalo, co si respondenti myslí o vzniku nových sdružení a organizací, nabízející péči všeho druhu lidem s postižením včetně finančního přispívání od státu a že se tato pozornost na ně zaměřuje čím dál více. Výsledky zpracovává graf č. 10 a otázka byla formulována takto: **„Souhlasíte s tím, že se v poslední době vynakládá dost prostředků na zlepšení kvality života jedinců s postižením a poskytování co nejlepší péče?“**

Největší procento dotazovaných ve 71% odpovídalo, že je to v této oblasti potřebné a souhlasí. Více jak jedna čtvrtina také souhlasí, ale ví i o jiných oblastech, do nichž by se mělo také investovat. Pouze jeden respondent nesouhlasí. Tato položka stejně jako předchozí poukazuje na to, jak respondenti vnímají jedince s postižením či nezářhodněním dle toho, jestli souhlasí s celorepublikovou podporou nebo ne. Výsledky poukazují na tolerantní přístup respondentů k lidem s postižením a na minimální výskyt předsudků.

U této otázky jsem se dále chtěla zabývat rozdíly mezi výpověďmi věřících a nevěřících respondentů, ale vzhledem k 99% převaze souhlasu dotazovaných s celkovou podporou a poskytováním kvalitní péče lidem s postižením, je nelze analyzovat. Na základě předchozích výsledků mohu konstatovat nepotvrzení předpokladu č. 1, že spirituálně zaměřené lidé mají větší tendenci pomáhat a podporovat osoby s mentálním postižením než lidé bez víry.

Graf č. 10: Názor respondentů na podporu a finanční pomoc pro lidi s MP



Poslední otázka v tomto dotazníku zněla: „**Myslíte si, že se postoj společnosti vůči osobám s mentálním postižením zlepšuje?**“ Tabulka č. 7 zaznamenává volby respondentů. Největší skupina 52% dotazovaných si myslí, že postoj společnosti k lidem s mentálním postižením lepší není, jen se o této problematice více mluví. Podle 40% další skupiny respondentů se postoj společnosti zlepšuje a 8% zbylých dotazovaných si myslí, že se nezlepšuje.

Výsledky tedy nepotvrzují předpoklad č. 2 o tom, že se většina respondentů domnívá, že se postoj společnosti k lidem s mentálním postižením zlepšuje.

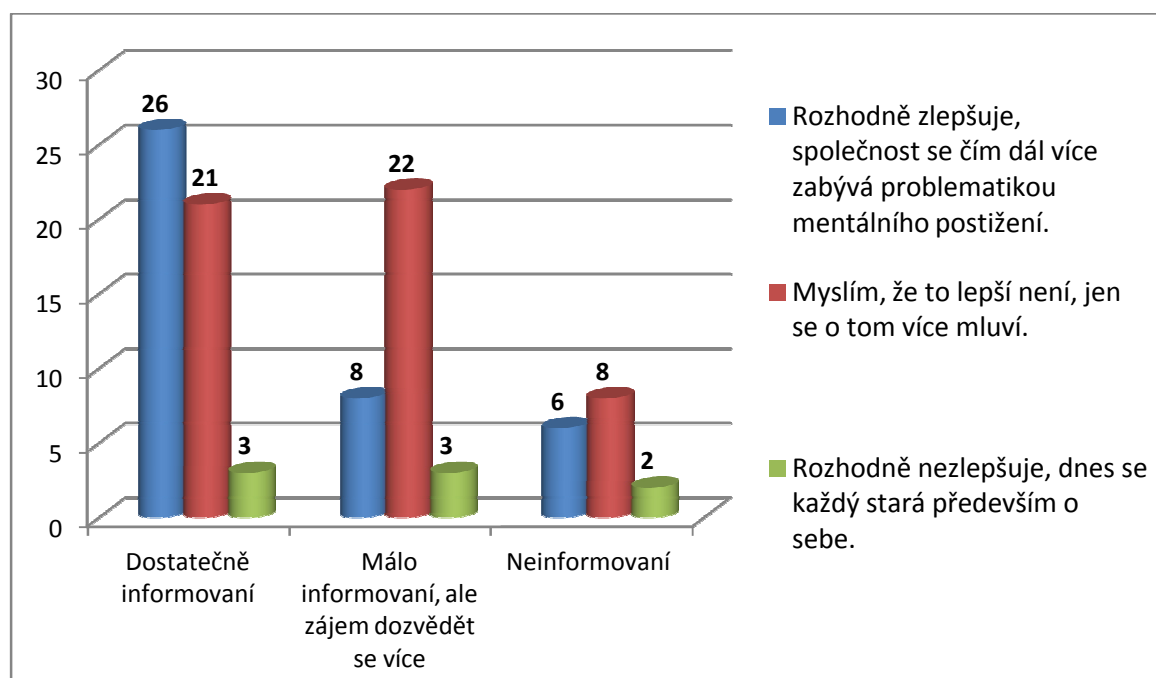
Tabulka č. 7: Názor respondentů na postoj společnosti k lidem s MP

| NÁZOR  | POČET | PROCENTA |
|--|-------|----------|
| Rozhodně zlepšuje, společnost se čím dál více zabývá problematikou mentálního postižení. | 40    | 40%      |
| Myslím, že to lepší není, jen se o tom více mluví.                                       | 51    | 52%      |
| Rozhodně nezlepšuje, dnes se každý stará především o sebe.                               | 8     | 8%       |

Dále jsem se rozhodla porovnat odpovědi respondentů na základě toho, jak jsou nebo nejsou informovaní o problematice mentálního postižení. Rozdíly lze vidět na grafu č. 11. Nejvíce optimističtější byli respondenti, kteří jsou dostatečně informovaní o problematice mentálního postižení a v 52% si myslí, že se postoj společnosti zlepšuje. Méně informovaní respondenti se zájmem se dozvědět více nejčastěji volili názor, že postoj společnosti není lepší, jen se o MP více mluví a to v 67%. Nejméně informovaní respondenti také nejčastěji volili tento názor v 50%, ale zároveň jsou ze všech skupin nejpesimističtější, 13% z nich si myslí, že se postoj společnosti nezlepšuje. Ostatní respondenti tento názor zastávali v 6%.

Tyto výsledky poukazují na určitou spojitost mezi informovaností respondentů o problematice mentálního postižení a jejich názorem na postoj společnosti. Informovaní jedinci mají větší tendenci vidět situaci lépe než nedostatečně informovaní lidé. Vzhledem k tomu, že lidé, kteří mají přehled o problematice MP, snáze přijímají tyto jedince, mohou předpokládat, že i ostatní se budou chovat jako oni. Stejně by to platilo i u neinformovaných lidí, kteří se vzhledem k nedostatku poznatků o MP, mohou častěji uchýlovat k předpojatosti a tím celkový jejich postoj bude negativnější. A toto pak projektují i do ostatních lidí.

Graf č. 11: Možný vliv informovanosti na názor ohledně postoje společnosti k lidem s MP



#### 4.4 Shrnutí dotazníkového šetření

K výzkumu na téma postoje společnosti k lidem s mentálním postižením jsem použila kvantitativní metodu sběru dat a to dotazník. Pomocí internetu jsem rozeslala online dotazník 99 respondentům různých věkových kategorií, ženám i mužům z odlišných částí České republiky. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaký mají přístup respondenti k lidem s mentálním postižením v různých oblastech jejich života.

V oblasti informovanosti se skupina dotazovaných v 50% považovala za dostatečně informovanou v problematice mentálního postižení a tím byl potvrzen předpoklad číslo 3, že **informovanost společnosti o problematice mentálního postižení je dle názoru respondentů dostatečná**. Jako nejvíce přínosným zdrojem informací se staly média, jež jsou ve 21. století hojně využívána. Proto můžeme souhlasit s potvrzením předpokladu číslo 4, že **nejvíce přínosná v oblasti získávání informací o mentálním postižení jsou pro respondenty média**.

Pocity respondentů v blízkosti člověka s MP se ve 48% nijak nezměnily, většina respondentů se cítí stejně jako v blízkosti kohokoli jiného. Rozdíly v emočním vnímání mezi věřícími a nevěřícími se u této položky nepotvrdily a tudíž nepřinesly kýžený výsledek, jenž by ovlivnil potvrzení či vyvrácení hypotézy číslo 1.

Reakce na požádání o pomoc od člověka s mentálním postižením by se u 93% respondentů objevily takové, že si ho vyslechnou a pokusí se mu poskytnout radu.

Většina dotazovaných 43% má určitou zkušenost s lidmi s MP, znají ho z okolí, ale nejsou osobně v kontaktu. Vzhledem k tomu, že je dost prodiskutovávaným tématem faktor známosti na postoj lidí k osobám s mentálním postižením, tak jsem hledala ve výsledcích možnou spojitost. Mohu konstatovat, že se mi to potvrdilo, jelikož 61% respondentů, kteří jsou si blízcí s někým s MP, více tolerují jiné lidi s MP a berou je jako kohokoli jiného.

U výběru charakteristiky lidí s mentálním postižením se shodlo 38% dotazovaných na převládající spontánnosti. Druhá nejčastější charakteristická vlastnost byla zvolena důvěřivost ve 22%.

S celkovou integrací souhlasí 54% dotazovaných a 32% nesouhlasí, dle nich by se měli jedinci s mentálním postižením vzdělávat ve specializovaných zařízeních.

Právo na stejně hodnotný život mají lidé s mentálním postižením dle skupiny 84% respondentů. Žádný respondent nevybral možnost nesouhlasu, což poukazuje na nepřítomnost diskriminace a stigmatizace v tomto výzkumném vzorku.

S vynakládáním prostředků na pomoc a péči o mentálně postižené souhlasí 71% dotazovaných a více jak jedna čtvrtina také souhlasí, ale ví i o jiných oblastech, do nichž by se mělo také investovat. Nesouhlas se objevil pouze u jednoho respondenta, což beru jako další pozitivní výsledek tohoto výzkumu.

Vzhledem k absolutnímu většinovému souhlasu respondentů (99%) jsem se nemohla zabývat rozdíly mezi skupinou věřících a nevěřících a tudíž se nepotvrdil předpoklad číslo 1, že **spirituálně zaměření lidé mají větší tendenci pomáhat a podporovat osoby s mentálním postižením než lidé bez víry.**

U výpovědí na poslední otázku na téma, co si dotazovaní myslí o postoji společnosti k lidem s mentálním postižením, se objevuje většinový pesimismus. Nejvíce respondentů (52%) zastává názor, že se postoj společnosti nezlepšuje, jen se o tom více mluví. Optimistický názor se objevuje u 40% dotazovaných, tedy že se postoj společnosti zlepšuje. Zbylých 8% má pocit, že se postoj společnosti rozhodně nezlepšuje. Výsledky tedy nepotvrzují předpoklad číslo 2 o tom, že **se většina respondentů domnívá, že se postoj společnosti k lidem s mentálním postižením zlepšuje.**

U této položky jsem dále shledala spojitost mezi výpověďmi respondentů, kteří jsou informovaní o problematice mentálního postižení a kteří nejsou. Informovaní jedinci měli více optimistický názor na postoj společnosti než jedinci nedostatečně informovaní.

Když zhodnotím celkovou analýzu dotazníkového šetření, tak jsem velmi potěšena, že respondenti reagovali lépe, než jsem očekávala. Dá se říct, že jsem u žádné položky nenašla odsuzující názor, jenž by naznačoval výskyt negativního a netolerantního postoje mezi lidmi vůči osobám s MP. Naopak na základě výběru odpovědí tohoto výzkumného vzorku se lze domnívat, že jsou dnes lidé více informovaní a tolerantní k lidem s mentálním postižením, a že se postoj veřejnosti opravdu zlepšuje.

## Závěr

Tato práce si brala za cíl zmapovat a objasnit názor společnosti na osoby s mentálním postižením vyplývající z dat, získaných prostřednictvím dotazníku. Důležitým faktorem při analýze těchto dat bylo náboženské vyznání respondentů, jehož vliv může sehrát roli při pohledu lidí na zdravotní postižení a životní nesnáze celkově. Zajímalo mě, zda je postoj společnosti k lidem s mentálním postižením pozitivní či negativní a vycházela jsem ze své prvotní domněnky, že je postoj společnosti spíše negativní.

Stanovila jsem si čtyři předpoklady, které se týkaly podpory, informovanosti o problematice mentálního postižení a názoru respondentů na postoj společnosti. Potvrdily se dva předpoklady číslo 3 a 4 o informovanosti respondentů o mentálním postižení. Došlo zároveň k vyvrácení dalších dvou předpokladů číslo 1 a 2 týkající se podpory a názoru respondentů na postoj společnosti.

První předpoklad týkající se podpory vycházející z náboženského či spirituálního zaměření se sice nepotvrdil v tomto znění, ale i přes to se mnoho odborníků přiklání k názoru, že samotná sebereflexe a udržování duševního zdraví má pozitivní vliv na prožívání samotného jedince a jeho přístupu ke světu. Domnívám se, že se mi nepotvrdilo toto tvrzení proto, že na nabídku pomoci můžeme nahlížet z více úhlů pohledu. Například lze pomoc vidět i tak, že je nabízena na základě podceňování těchto jedinců a mínění, že by si sami v životě neporadili. V tomto případě by se změnilo znění celého předpokladu. Vzhledem k tomu, že by většina nevěřících nabídla pomoc, se lze na základě tohoto druhého úhlu pohledu domnívat, že skupina nevěřících respondentů má opravdu jiný přístup k lidem s mentálním postižením, zahrnující menší míru porozumění. Faktor víry tedy může hrát roli v postoji společnosti, ale je třeba si uvědomit, že to nelze zobecňovat a přisuzovat tomu negativní či pozitivní nálepku.

Celkové výsledky výzkumu naznačují, že se informovanost o problematice mentálního postižení rozšiřuje, a tím se lidé více seznamují se světem zdravotně postižených. Díky větší informovanosti se minimalizuje výskyt negativních postojů a názorů na mentální postižení. Ze sesbíraných dat vyplývá, že je společnost tolerantnější, než byl můj prvotní odhad a že se prognóza do budoucna jeví

v příznivém světle. Soudím, že zde velkou roli hrají média, jež zviditelňují organizace a sdružení a také informují intaktní společnost o poznacích této problematiky.

Většina respondentů si myslí, že se o mentálním postižení hodně mluví, což ale neznamená, že se postoj společnosti zlepšuje. Tento vzorec samozřejmě může platit, ovšem myslím si, že alespoň to málo, co můžeme udělat, je mluvit. Mluvením budeme rozšiřovat poznatky dál, až bude každý vědět, co mentální postižení obnáší a jak k těmto lidem přistupovat. Jak vyplynulo z mého výzkumného šetření, informovanost a bližší poznání hrají rozhodující faktor v postoji lidí k osobám s mentálním postižením a výrazně ho zlepšují.

Do budoucna by bylo vhodné se zaměřit na efektivní inkluzivní vzdělávání, zahrnující i možnost vzdělávat se ve specializovaném školském zařízení, dle individuality dětí a možností škol. Zároveň je nezbytné, aby média využila svých silných stránek a nabízela věrohodné poznatky a nejen o mentálním postižení.

## Seznam použité literatury

### **Prameny:**

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s.

DUDA, Mirón a Igor SMELÝ. *Spiritualita, náboženstvo a adolescent*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, 2013. 108 s.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. 166 s.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s.

MATULAY, Karol. *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1986. 336 s., obr. příl. edícia pre postgraduálne štúdium lekárov.

MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 87 s.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 328 s.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s.

SWINTON, John. *Spirituality and mental health care: rediscovering a 'forgotten' dimension*. Philadelphia: J. Kingsley Publishers, 2001. 221 p.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s.

ŠTECH, Stanislav, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1997. 88 s.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 178 s.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. 248 s.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 349 s.

VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 231 s.

## **Sekundární literatura:**

ALLPORT, Gordon Willard. *O povaze předsudků*. V českém jazyce 1. vyd. Praha: Prostor, 2004, 574 s.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládní narušené identity*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 167 s.

CHROMÝ, Karel. *Sociologie duševních poruch*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotních pracovníků, 1984. 41 s.

*Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 1999, **43**(5). ISSN 0009-062X

## **Slovníky a encyklopedie:**

EDELSBERGER, Tomáš, Miloš SOVÁK (ed.) a Ludvík EDELSBERGER (ed.).  
*Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. 418 s.

## **Elektronické zdroje:**

*Mezinárodní Klasifikace Nemocí: Mezinárodní Statistická Klasifikace Nemocí a Přidružených Zdravotních Problémů Ve Znění Desáté Decenální Revize MKN-10* [online]. 2. přeprac. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013 [cit. 18. 3. 2016]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

*Attitudes to Mental Illness - 2011 survey report*. The Health and Social Care Information Centre [online]. London: The NHS Information Centre for health and social care, 2011 [cit. 11. 4. 2016 ]. Dostupné z:  
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB00292/atti-ment-illn-2011-sur-rep.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Association of County Behavioral Health & Developmental Disability Directors, National Institute of Mental Health, The Carter Center Mental Health Program. *Attitudes Toward Mental Illness: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System*[online]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 2012 [cit. 11. 4. 2016 ]. Dostupné z:  
[http://www.cdc.gov/hrqol/Mental\\_Health\\_Reports/pdf/BRFSS\\_Full%20Report.pdf](http://www.cdc.gov/hrqol/Mental_Health_Reports/pdf/BRFSS_Full%20Report.pdf)

## **Přílohy**

Příloha 1

Dotazník k výzkumnému šetření k bakalářské práci  
na téma Postoje společnosti k osobám s mentálním  
postižením

## DOTAZNÍK

Přeji všem krásný den a moc Vás prosím o vyplnění krátkého dotazníku, který mi slouží k sesbírání dat pro moji bakalářskou práci. Zajímá mě, zda se nějak změnilo postoje okolí k lidem s mentálním postižením spolu s větší medializací a vznikem organizací a zařízení. Moc Vám děkuji za Váš čas.

Petra Mrázková, HTF UK.

### 1. Vaše pohlaví?

- muž
- žena

### 2. Kolik Vám je let?

- méně než 20
- 20-26
- 27-35
- 36-49
- 50-65
- více než 65

### 3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhli?

- základní škola
- střední škola
- vyšší odborná škola
- vysoká škola

### 4. Jste věřící?

- Hlásím se k registrované církvi.
- Mám svoji vlastní víru a duchovní teorii o fungování světa.
- Jsem nevěřící.
- Jiné – prosím, napište jaké:

.....

**5. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice mentálního postižení?**

- Myslím, že informovaný/á jsem dost.
- Moc toho o mentálním postižení nevím, ale chtěl/a bych se dozvědět více.
- O tuto problematiku se nezajímám, tudíž nejsem informován.

**6. Odkud jste se o mentálním postižení nejvíce dozvěděl/a?**

- v médiích (rádio, televize, internet, noviny)
- ve škole
- od rodičů či příbuzných
- jinde – uveďte, prosím, kde:

.....

**7. Jaké máte pocity, když si v dopravním prostředku blízko Vás sedne člověk s mentálním postižením?**

- Cítím se rozpačitě, ale snažím se si hledět svého.
- Necítím se dobře a raději si přesednu.
- Vůbec mi to nevádí, je to stejný člověk jako kdokoli jiný.
- Sleduji, jestli nepotřebují moji pomoc.

**8. Jak byste se zachovali, pokud by na Vás člověk s mentálním postižením začal mluvit a žádal by Vás o pomoc?**

- Dělal/a bych, jako že neslyším a šel/šla dál.
- Zastavil/a bych se a omluvil/a se, že pospíchám.
- Vyslechl/a bych si ho a zkusila mu poskytnout radu.
- Nevím, netuším, jak s takovými lidmi mluvit.

**9. Víte o někom ze svého okolí, kdo má mentální postižení?**

- Ano, ale neznám se s ním osobně.
- Ano, a jsme si blízcí.
- Ano, a znám ho osobně, ale nevycházíme spolu.
- O nikom nevím.

**10. Jakou vlastností byste charakterizoval/a skupinu lidí s mentálním postižením?**

- otevření
  - spontánní
  - snadno zmanipulovatelní (sugestibilní)
  - důvěřiví
  - přátelští
  - leniví
  - jiné - prosím, uveďte jaké:
- .....

**11. Co si myslíte o integraci dětí s mentálním postižením do běžných škol?**

- Jsem pro celkovou integraci. Může to obohatit obě strany a děti bez postižení se aspoň naučí, jak s postiženými jedinci jednat a jak jim smysluplně pomoci.
- Jsem proti integraci, děti s MP by měly být ve specializovaných zařízeních.
- Nepřemýšlel/a jsem o tom.

**12. Souhlasíte s tím, že tito jedinci mají právo na stejně hodnotný život jako lidé bez postižení?**

- Ano, souhlasím.
- Ne, nesouhlasím.
- Nedokážu posoudit.

**13. Souhlasíte s tím, že se v poslední době vynakládá dost prostředků na zlepšení kvality života jedinců s postižením a poskytování co nejlepší péče?**

- Určitě souhlasím, v této oblasti je to potřebné.
- Souhlasím, ale myslím, že existují i jiné oblasti, do kterých by se mělo také investovat.
- Nesouhlasím, peníze jsou potřeba někde jinde.

**14. Myslíte si, že se postoj společnosti vůči osobám s mentálním postižením zlepšuje?**

- Rozhodně zlepšuje, společnost se čím dál více zabývá problematikou mentálního postižení.
- Myslím, že to lepší není, jen se o tom více mluví.
- Rozhodně nezlepšuje, dnes se každý stará především o sebe.

## Summary

The first theoretical part of study called Society's Attitude to People with Mental Disability informs about issue of mental disability, emergence of human attitudes and importance of spirituality in life. Next practical part of this study interprets data of research, attained by questionnaire. Results were covered considering assumptions, two of them were affirmed, the other two were disproved. This assumptions involves knowledge of respondents about mental disability, support and opinion of society's attitude. One of the assumptions includes belief as a factor, that influences more tolerant attitude toward people with disabilities, was not affirmed.

The aim of this study was clarification of knowledge and society's attitude toward people with mental disability and if there is any influence of belief. From results ensues enough tolerant society's attitude toward people with mental disability and it's influenced by closer cognition and knowledge about this issue. To the future will be appropriate to focus on efficient including education and using strenght of mass media by expansion the subconscious about mental disability.