

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

*Písemná práce k bakalářské zkoušce*

## **Etická úskalí v sociální práci s lidmi s mentálním postižením v ústavech sociální péče**

Studijní program: **Sociální politika a sociální práce**

Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Vedoucí práce:

**PhDr. Olga Havránková**

Vypracovala:

**Petra Mouchová**

**2006**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

.....

V Benátkách nad Jizerou 20. srpna 2006

## **Poděkování**

Dovoluji si vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Olze Havránkové za její cennou pomoc a připomínky při jejím vypracování. Mé poděkování patří i MUDr. Olze Dostálové za korekce textu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi umožnila studovat na této škole.

## Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Vymezení pojmů .....</b>	<b>6</b>
1.1 Definice uvedených termínů .....	6
<b>2 Zamyšlení nad pojetím etiky, mravnosti, morálky a ctnosti .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Mentální retardace .....</b>	<b>10</b>
3.1 Příčiny vzniku mentálního postižení .....	12
3.2 Četnost lidí s mentálním postižením .....	13
3.3 Jednotlivé stupně mentální retardace .....	13
3.3.1 Lehká mentální retardace .....	13
3.3.2 Středně těžká mentální retardace .....	14
3.3.3 Těžká mentální retardace .....	15
3.3.4 Hluboká mentální retardace .....	16
3.3.5 Jiná mentální retardace .....	17
3.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace .....	17
3.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací .....	17
<b>4 Ústavní péče .....</b>	<b>20</b>
4.1 Denní, týdenní, celoroční ÚSP .....	23
4.2 Alternativní druhy péče o lidi s mentálním postižením .....	25
4.3 Program v ústavech sociální péče .....	26
4.4 Umístění ústavních dětí do náhradní rodinné péče .....	27
4.5 Rizika institucionalizace .....	27
4.6 Transformace ústavní péče .....	28
<b>5 Sociální práce s lidmi s mentálním postižením .....</b>	<b>31</b>
5.1 Integrace lidí s mentálním postižením .....	32
<b>6 Kvalita sociálních služeb v ústavech sociální péče .....</b>	<b>34</b>
6.1 Práva a lidé s postižením .....	38
<b>7 Etika pomáhajících pracovníků v praxi .....</b>	<b>41</b>
7.1 Neetická jednání pomáhajících pracovníků .....	41
7.2 Zneužívání klientů v ústavní péči .....	46
<b>8 Ústav sociální péče Lipník .....</b>	<b>52</b>
<b>9 Závěr.....</b>	<b>59</b>
<b>Soupis bibliografických citací .....</b>	<b>60</b>
<b>Přílohy 1-3 .....</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se opírá o praktickou zkušenost autorky s několikaměsíční prací v ústavu sociální péče. Využívá poznatky ze studia filosofie a sociální práce uplatněné při práci s dětmi i dospívajícími s mentální retardací. Půlroční praxe ukázala nedostatky stávajících pracovníků v oblasti sociálních služeb v ústavním zařízení.

Prvořadým úkolem této bakalářské práce je snaha upozornit společnost na přetrvávající neetické jednání ze strany personálu ústavů sociální péče vůči klientům s mentálním postižením. V této oblasti dosud existuje mnoho neřešených problémů. Široká veřejnost nemá stále v povědomí skutečná práva lidí s mentální retardací.

Během praxe měla autorka možnost seznámit se s prací pomáhajících pracovníků v ústavu sociální péče. Ne o všech se dá říci, že jsou pro svou práci osobnostně disponováni, že se celoživotně vzdělávají, že svou práci mají rádi. Pomáhající profesi nelze vykonávat, aniž by přitom nebyly respektovány určité etické zásady. Neméně důležitým faktorem by měla být ochota pomáhat druhým.

Předložená bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na seznámení s ústavní péčí o lidi s mentálním postižením, porovnává ji s některými jinými formami péče. Zaměřuje se na jednotlivá etická úskalí v sociální práci s danou skupinou. Praktická část vychází z osobní zkušenosti přímé práce s klienty v Ústavu sociální péče pro děti a mládež s mentálním postižením Lipník (Domov pod lípou). Součástí práce je rovněž příloha, zahrnující případové studie, Etický kodex sociálních pracovníků České republiky a fotodokumentaci.

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ

Klíčové pojmy mé práce jsou mentální retardace a etika. V souvislosti s nimi vystávají dále pojmy oligofrenie a demence.

## 1.1 Definice uvedených termínů

**Slovo retardace** odvozeno od latinského retardatio (gen.retardationis), což znamená zdržení, omeškání (PRAŽÁK aj., 1948, s.1152).

**Slovo mentální** je odvozeno od latinského slova mens (gen.mentis) a v překladu je to mysl, (jako duševní schopnost), rozum, duch (PRAŽÁK aj., s.824).

Už jen na základě tohoto překladu je zřejmé, že ve spojení slov „mentální retardace“ jde o „zpoždění mysli“ jako duševní schopnosti. Podívejme se však na definice do odborných publikací. Tyto definice, které se snaží zachytit všechny variace tohoto postižení, jsou ve slovnících poměrně obsáhlé. Vyjímám z nich tedy jen nejdůležitější charakteristiky.

**Mentální retardace** (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.507) je „stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností; organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny; projevuje se v průběhu vývoje jedince; je provázena nižší schopností orientovat se v soc. prostředí; jedinec zaostává za vrstevníky v učení, soc. a pracovních dovednostech i v citovém životě; je často provázena somatickými vadami, poruchami motoriky, citů vůle apod.; stav lze zlepšit intenzivní výchovou.....“ .

MATOUŠEK (2003, s.106) definuje **mentální retardaci** jako „vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat ....“.

Nejstručnější je Praktický slovník medicíny, který uvádí, že „**mentální retardace** je slabomyslnost, duševní zaostalost (opozdění)“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s.276).

Podívejme se však ještě na příbuzná slova – **oligofrenie a demence**. Obojí tyto termíny si již v délce zadají s definicemi ve slovnících jiných oborů. Tedy alespoň ve stručnosti:

„**Demence** je chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s.76). Dále autoři uvádějí, že jde o tři skupiny onemocnění mozku, tj. arteriosklerózu mozkových cév, důsledky otrav (např.alkoholismu) a Alzheimerovu chorobu. Není zde však uvedeno z našeho hlediska důležité rozlišení proti mentální retardaci. Toto rozlišení je teprve u pojmu **oligofrenie**, kterou oba zmínění autoři definují opět stejně jako mentální retardaci, tedy jako „slabomyslnost, duševní zaostalost“. Týká se celé osobnosti se zvláštním postižením rozumových schopností. Na rozdíl od demence se rozvíjí již od dětského věku (tamtéž, s.316).

**Etika** (HARTL a HARTLOVÁ, 2000. s.144) je „*věda o mravnosti člověka, o původu a vývoji jeho morálního vědomí, svědomí a jednání; dle sociobiologů jsou lidské emocionální reakce a na nich založené etické zásady naprogramovány přirozeným výběrem po tisíce generací*“.

Brugger (1994, s.130) stanovil tuto definici : „**Etika** nebo filosofie morálky je filos. vysvětlením a zdůvodněním fenoménu mravního. (Morální může znamenat stejně tak žitou mravnost jako i učení o mravném). Ve svědomí, především ve zkušenosti viny, prožívá jedinec rozdíl mezi vlastním dobrým a špatným jednáním; v kulturách všech národů se nacházejí příkazy, normy chování a hodnotová měřítka, podle nichž je jedno chování schvalováno jako chvályhodné, předepsáno jako povinné, jiné je jako zavrženíhodné zakázáno. Etika jako normativní disciplína (praktická filos.) zkoumá určité mr. normy pro jednotlivé oblasti lidského chování ve smyslu obj. platnosti a zdůvodňuje jejich oprávnění. Je tedy metodou filos. kritické reflexe daností mr. zkušenosti; není čistou empirií či zpětným odkazováním na neanalyzovatelný pouhý cit“.

**Etika profesní** (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.144) představuje „*pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnující jeho práva a povinnosti; pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka*“.

**Etika sociální práce** je „*soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat. V současnosti je formalizován do kodifikovaných pravidel (standardů) schválených profesní komorou. Pravidla fixují žádoucí způsob profesionálního chování. Týkají se klientova práva na seburčení, ochrany klientova soukromí, klientova nároku na služby, způsobu ukončování kontaktu ...*“ (MATOUŠEK, 2003, s.62-63).

## 2 ZAMYŠLENÍ NAD POJETÍM ETIKY, MRAVNOSTI, MORÁLKY A CTNOSTI

Z etymologického hlediska je patrné, že pojem etika nachází svůj původ v řeckém slově *éthos*. Jeho první význam je označením místa pastvy zvířat, jejich stáj, způsob života a chování. U člověka znamená slovo *éthos* zvyk, obyčej, mrav, ale také domov. Z latinského termínu *mos* (původně znamenající „vůle“ daná od boha či panovníka) pak pochází slovo morálka. Mos a *éthos* znamenají taktéž mravní chování jedince, způsob života nebo charakter. Pokusíme-li se etiku definovat, můžeme říci, že je filosofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž stojí morálka (JANKOVSKÝ, 2003). Tak lze říci, že etika je tedy naukou o morálce.

*Morálka* je neodmyslitelně spjata s tradicí. Zahrnuje jistá pravidla, která jsou stanovena určitou společností. Bez těchto podmínek by soužití v dané společnosti nebylo možné. Obecné uznávání mravní normy vychází ze vztahu vlastních potřeb a zájmů k potřebám a zájmům druhých lidí. Morálka hodnotí chování lidí z hlediska dobra a zla, a to v porovnávání se svědomím člověka. Morálka plní funkci poznávací (interpersonální vztahy, vztah ke společnosti), regulativní (chování člověka) a humanizační (zvyšování člověka, lidskost) (JANKOVSKÝ, 2003).

Slovo *mravnost* znamená vědomí člověka o povaze mezilidských vztahů. Mravnost je taktéž otázkou lidského svědomí. Mravně dobré je to jednání, jež je ve shodě se svědomím jednajícího. Při výkonu pomáhajících profesí představuje svědomí velmi důležitý ukazatel. Dobře vyvinuté a zdravé svědomí je jednak projevem profesionality pracovníka a zároveň i poměrně citlivým barometrem spokojenosti s výkonem pomáhajícího povolání. Mravnost



však nelze objektivně posuzovat, neboť nikdo z nás není schopen nahlédnout do svědomí toho druhého. Má-li být jednání posuzováno, pak je to možné pouze z hlediska dodržování daných norem, tedy morálky. Člověk by si měl být vědom toho, že není odpovědný pouze sám za sebe, ale že má odpovědnost především k druhým lidem. Tímto klademe důraz na lidskou důstojnost, rovnost, solidaritu, spravedlnost, lidská práva a v neposlední řadě na nedotknutelnost lidské svobody. Svoboda je ze své podstaty spjata s možností volby. Je důležité, abychom nalézali a především respektovali základní mravní vědomí a hodnoty člověka v této společnosti.

Základním pojmem antické etiky je *ctnost*. Ctnost je celkové zaměření člověka k dobru. Je zapotřebí, abychom se u ní alespoň na chvíli pozastavili. Antika si cenila čtyř základních ctností: *spravedlnosti*, upravující vztahy lidské a vztahy společnosti; *zbožnosti*, jakožto člověka, vytvářejícího si celostný pohled na svět a člověka, který bere život se vší vážností; *statečnosti* s níž žijí lidé na tomto světě svobodně, beze strachu a přes všechny překážky usilují o dobro; a poslední *rozumnosti*, tedy schopnosti člověka řídit se svým vlastním rozumem. Ctnost také umožňuje být nad věcí a nevpustit negativní do oblasti prožívání. Jakkoli se zdá filosofie antiky na míle vzdálená, měla by i přesto být v dnešním člověku, a to především v člověku, který pracuje ve sféře pomáhajících profesí, přítomná, chceme-li, zvnitřněná. Neboť znalostí filosofie a s ní spjaté profesní etiky se můžeme vyhnout některým kolizím či nedorozuměním, plynoucím ze vztahu klient – pomáhající profesionál.

A na konec, jak tvrdí francouzský filosof Emmanuel LEVINAS: „*Vztah k druhému je asymetrický, to znamená, že vůbec nejde o to, zda pomoc druhému je opětována*“ (ADAMOVIČ, 1998, s.130)

### 3 MENTÁLNÍ RETARDACE

Jak už bylo řečeno, mentální retardací (oligofrenií) rozumíme trvalé snížení intelektových schopností. Postižení je vrozené, odlišujeme jej od demence, která se diagnostikuje nejdříve po druhém roce života dítěte jako získaný handicap rozumových schopností (VÁGNEROVÁ, 2002). Při dětské demenci se rovněž užívá názvu deteriorace, což znamená, že úbytek rozumových schopností nemusí být trvalý jako u dospělého člověka. Při deterioraci osobnosti i mentální retardaci je narušena koncepce biopsychosociální jednoty. V literatuře se můžeme dále setkat s pojmem pseudooligofrenie, jejíž příčinou není narušení CNS, nýbrž vzniká v důsledku sociální zanedbanosti. U jedince s mentálním postižením dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.

Na počátku 20.století byli lidé s mentální retardací rozříděni do 3 kategorií v rámci úrovně jejich inteligence: debilita (z řeck. jazyka - hloupý, bláznivý), imbecilita (z lat. - slabomyslný), a idiocie (z řeck. jazyka - zaostalý). Naštěstí se tyto termíny v odborných kruzích už dlouhou dobu nepoužívají. Jsme si však vědomi, že se tyto výrazy staly hanlivými v každodenní komunikaci mezi běžnou populací (SDOROW, 1998, vlastní překlad autorky).

Dle současné revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která vyšla v platnost roku 1992, lze *mentální retardaci* dále dělit do šesti základních stupňů postižení na *lehkou mentální retardaci* (F70), *středně těžkou mentální retardaci* (F71), *těžkou mentální retardaci* (F72), *hlubokou mentální retardaci* (F73), *jinou mentální retardaci* (F78) a *nespecifikovanou mentální retardaci* (F79). Každému stupni pak odpovídá rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu (HORT aj., 2000). Hloubka a míra postižení se u jednotlivců s mentální retardací liší. Mentální retardace má za následek výrazně sníženou úroveň inteligence.

Inteligence je „*všeobecná mentální schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobit své*

*jednání novým situacím a podmínkám života. Je to schopnost řešit problémy, chápat vztahy, myslet abstraktně. Je to souhrn různých schopností, které jsou ve vzájemné korelaci. Jde o operace zahrnující procesy poznání, paměti, divergentního a konvergentního myšlení a hodnocení“ (HORT aj.,2001, s.116).*

Současná psychologie rozlišuje několik druhů inteligence např. emoční, morální, intrapersonální, sociální a několik dalších. Chceme-li diagnostikovat člověka s tímto postižením, porovnááme jeho zachované kompetence s normou, tedy s úrovní inteligence „zdravého“ člověka. Přejídný stupeň mezi normálním intelektem a mentální retardací nazýváme *slaboduchostí*. Klasifikace IQ podle Wechslera uvádí průměrnou hodnotu IQ v pásmu 90-109. IQ u lehké mentální retardace (dále jen MR) se pohybuje v rozmezí 50-69, u středně těžké MR mezi 35-49, u těžké se IQ nachází v rozmezí 20-34 a u hluboké MR je úroveň intelektových schopností pod hranicí 20. Tato rozmezí jsou pouze orientační a nezahrnují individuální zvláštnosti jedince s tímto handicapem (ŠVARCOVÁ, 2006). Velkou roli zde hraje prostředí, ve kterém dítě s mentální retardací vyrůstá a později jako dospívající žije. Díky kvalitní sociálně-výchovné interakci může člověk s mentálním postižením dosáhnout hranice svých možností. Naopak nedostatky ve stimulaci mohou vést ke stagnaci nebo dokonce k úbytku již získaných schopností. Je vysoce pravděpodobné, že dítě, které žije a vyrůstá ve vstřícném přirozeném domácím prostředí, může rozvíjet možnosti svého intelektu v plné míře, zatímco dítě, žijící v prostředí ústavu sociální péče, jen z určité části, neboť mu není věnován dostatek prostoru a času na to, aby své vědomosti rozvíjel.

Mentální retardace zasahuje do všech oblastí vývoje člověka. Jde o globální postižení, které naruší již započatý duševní vývoj, negativně ovlivní biologické procesy zrání, a v neposlední řadě zasáhne oblast sociální. Proto je vhodné označit tuto vývojovou poruchu za problém multidisciplinární.

### 3. 1 Příčiny vzniku mentálního postižení

Historii lidstva doprovází existence odlišné populace od nepaměti. Počet osob s postižením v celosvětovém měřítku stále narůstá. Vysvětlení můžeme hledat v lepší evidenci lidí s mentálním postižením, rovněž i jako důsledek vyvrálejší péče pediatrů o novorozence. Dnes se díky pokročilé vědě rodí i děti, které dříve neměly šanci na přežití. Nejpočetnější skupinu mezi lidmi s postižením však tvoří právě jedinci s mentální retardací. To, co se mění v prostoru a čase, jsou příčiny - proč se děti s mentálním postižením rodí. K mentální retardaci může vést celá řada příčin, které se vzájemně ovlivňují. Společné všem je organické poškození mozkové tkáně. Příčiny vzniku mentálního opožďování dělíme na endogenní, vnitřní a exogenní, vnější. *Vnitřní příčiny* můžeme nazvat slovem *genetické*, ty jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk jednoho nebo obou z rodičů, jsou dědičné neboli hereditární. *Exogenní faktory*, které mohou poškodit doposud normální vývoj dítěte, působí od početí, mohou zasáhnout v průběhu gravidity, u porodu či v poporodní fázi nebo v raném dětství. Dělíme je tedy podle období na *prenatální* (od početí do narození), *perinatální* (těsně před, během a těsně po porodu) a *postnatální* (po narození dítěte). Mezi teratogenní (exogenní) faktory řadíme vlivy fyzikální (např. rentgenové záření), následky úrazů (např. mechanické poškození mozku při porodu), dále pak následky infekcí a intoxikací (virus zarděnek, pásový opar, užívání některých léků, alkoholu či jiných drog). Následek poškození mozku se nazývá *encefalopatie*. Jako další příčiny mentální retardace můžeme uvést: nezralost novorozence, psychosociální deprivace, vážné duševní poruchy, anomálie chromozomů u *Downova syndromu*, jiné a nespecifické etiologie (ŠVARCOVÁ, 2006). Na narození dítěte s mentální retardací se v současné době mohou podílet i civilizační vlivy, které mají negativní dopad na životní prostředí. Častý výskyt mentálního opožďování nacházíme u podobně postižených rodičů. Rodiče, jejichž intelektová a vzdělanostní úroveň je nízká, nejsou často schopni poskytnout dětem dostatečně podnětné prostředí a přiměřenou výchovu. Děti jsou pak nepříznivě ovlivněny do budoucího života. Negativní vliv může mít věk matky

na plod. Ne vždy podstupují ženy po 35. roce věku prenatalní diagnostiku, která dovede diagnostikovat vývoj dítěte s mentálním postižením. Výzkum příčin mentální retardace je v současné době na počátku. Zhruba u 80% dětí postižených mentální retardací, nebyl určen její původ.

Nemalou roli v této oblasti hraje prevence vzniku mentálního postižení. *Primární prevence* se snaží zamezit vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady, *sekundární prevence* pak zabraňuje tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení. Prevencí mentální retardace se zabývá Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM), která vydala desatero zásad. Dodržováním těchto zásad se organizace snaží zamezit vzniku tohoto postižení. Požadavky zahrnují pravidelné návštěvy lékaře před a po početí, včasná ochrana očkovaní matky, zamezení užívání léků, alkoholu, drog či kouření, vyhýbat se infekčním nemocím, vyvarovat se RTG záření atd. (ŠVARCOVÁ, 2006).

### 3. 2 Četnost lidí s mentálním postižením

Celkový počet lidí s mentální retardací ve světě není znám. V České republice žije pravděpodobně 300 tisíc osob s mentálním postižením. Nejvíce mentálně retardovaných se eviduje ve školním věku nebo již v době určování školní zralosti před vstupem do školy. V průběhu školní docházky, kdy dítě prochází vyššími požadavky a nároky na intelekt je už možné porovnání úrovně rozumových schopností mezi školáky. V předškolním věku ještě nejsou všechny děti s tímto postižením rozeznány. Při adolescenci a dospělosti dochází ke splývání osob s lehkým stupněm mentálního postižení s ostatní populací (ŠVARCOVÁ, 2006).

### 3. 3 Jednotlivé stupně mentální retardace

#### 3.3.1 Lehká mentální retardace

Člověk s lehkou mentální retardací je se svými intelektovými schopnosti zhruba na úrovni

dítěte středního školního věku (12 let). Jedinec s tímto stupněm postižení lehce zaostává v psychomotorickém vývoji, je málo zvědavý a zvýšeně sugestibilní. Dítě si na této intelektové úrovni dokáže opožděně osvojit řeč. Malou slovní zásobu dovede využívat v každodenním životě, dokáže udržet konverzaci. Tito lidé využívají pravidla logiky, avšak jejich schopnost předvídat je snižena, mnohdy nedokážou poznat nebezpečí, které jim nebo ostatním hrozí. Při myšlení neuvžívají abstraktních pojmů, ale konkrétního označení (VÁGNEROVÁ, 2002).

Vzdělání absolvují žáci s lehkou mentální retardací v základní škole praktické (původně zvláštní škole), další profesní příprava probíhá na odborných učilištích a jiných praktických školách (ŠVARCOVÁ, 2006). Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním, proto by se jejich výchova měla zaměřovat spíše na rozvíjení dovedností a kompenzování nedostatků. V dospělosti se lidé s lehkou mentální retardací dokážou uplatnit při jednoduchých manuálních pracích, jak na běžných pracovištích, tak v chráněných dílnách. Jejich zaměstnání často vyžaduje vedení a podporu druhých osob.

Většina je soběstačná v základních hygienických návycích, oblékání a stolování, někteří zvládají praktické domácí dovednosti. Život ve společnosti závisí na emoční a sociální zralosti daného jedince. Tito lidé jsou většinou impulzivní, úzkostní, častá je i afektivní labilita. Lehkou mentální retardací mohou doprovázet další vývojové poruchy, poruchy chování, autismus, epilepsie či tělesná postižení. Tato skupina zahrnuje 70 % všech lidí s mentálním postižením.

### **3.3.2 Středně těžká mentální retardace**

Jedinci z této kategorie se nacházejí na úrovni myšlení předškolního dítěte, v dospělosti dosahují intelektu asi šestiletého dítěte (HORT aj., 2000). Předškolním věkem rozumíme celé období od narození až do vstupu do školy. Takové věkové rozpětí s sebou přináší četné vývojové potřeby, které se mohou u jednotlivců lišit. Při střední mentální retardaci je neuropsychický vývoj výrazně opožděný a omezený. Řeč je značně agramatická, výslovnost

většinou hodně nedokonalá, doprovázená patlavostí. Zájem o mluvenou řeč je mnohdy nedostatečný. Vzhledem k nízké koncentraci pozornosti, vydrží dítě naslouchat jen velmi krátkou dobu. Některé děti se na této úrovni intelektu nenaučí mluvit vůbec nebo je jejich slovní zásoba při aktivně užívaných slovech velmi řídká.

V těchto případech může k dorozumívání pomoci nonverbální komunikace, především gestikulace. Schopnost sociální interakce a komunikace je individuální. Někteří jsou aktivní v navazování kontaktu s druhými, zatímco ostatní sociální interakce nevyhledávají. Tyto rozdíly se odvíjejí od povahových vlastností jednotlivců, stejně jako u lidí bez postižení. Vývoj inteligence u většiny zůstává na symbolické (předpojmové) úrovni, myšlení je prelogické. Poruchy motoriky jsou výrazné, i přesto dokáže být člověk s tímto postižením mobilní. Schopnost sebeobsluhy je opožděná a omezená. Dítě často zůstává dlouhý čas na plenách. Při osobní hygieně a stolování není potřeba výrazné pomoci. Pro náladu je typická nestálost a impulzivita, objevuje se zkratkovitě jednání. S pomocí profesionální pedagogické péče jsou děti se střední mentální retardací vzdělavatelné, některé si dokáží osvojit základy čtení, psaní a počítání (ŠVARCOVÁ, 2006). V dospělosti jsou schopni pod odborným dohledem vykonávat jednoduché manuální práce.

Lidé se střední mentální retardací nejsou ani v dospělém věku schopni vést zcela samostatný život, potřebují odborné vedení a dohled, proto jsou mnohdy od dětství častými obyvateli ústavů sociální péče.

Střední mentální retardaci mohou doprovázet rovněž somatická postižení, zejména výskyt epilepsie. Výjimečná není diagnóza dětského autismu a jiných pervazivních vývojových poruch. Z celkového počtu osob s mentálním postižením trpí středně těžkou mentální retardací asi 20 % lidí.

### **3.3.3 Těžká mentální retardace**

Charakteristickým vývojovým stupněm těžké mentální retardace je období batolecího

věku. Typické je postižení kombinované, doprovázené poruchami hybnosti (VÁGNEROVÁ, 2002). V motorice se vyskytují časté stereotypní automatické pohyby. Výrazně snížená úroveň rozumových schopností je doprovázena smyslovými nebo tělesnými vadami. Neuropsychický vývoj dětí je celkově omezený. U těžké mentální retardace se objevují poruchy pudů (sebepoškozování), poruchy emotivity (afektů) i poruchy vůle. Lidé s těžkou mentální poruchou jsou odkázáni k trvalé péči, jednotlivé hygienické návyky si osvojí pouze dlouhodobým nácvikem. Komunikace probíhá převážně nonverbálně, někteří z nich si osvojí několik slov, které dokáží smysluplně užívat. Vzdělávání a výchova osob s těžkou mentální retardací je možná díky kombinované výchovné, rehabilitační a vzdělávací péči. Vykonávají-li práci kvalifikovaní pedagogové, vychovatelé, zdravotníci aj., může péče významně přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality života osob s těžkým mentálním postižením (ŠVARCOVÁ, 2006).

V současné době se eviduje osob s těžkou mentální poruchou zhruba 7 % z celkového počtu lidí s mentální retardací.

### **3.3.4 Hluboká mentální retardace**

Hluboká mentální retardace je vždy provázena trvalou neschopností pohybu. Problém pohyblivosti je ztížen tehdy, je-li člověk po celý život odkázán na lůžko. Tito lidé se dožívají nízkého věku (cca 30 let) v důsledku snížení kvality imunitního systému. Člověk s hlubokou mentální retardací není zpravidla schopen vyjádřit své pocity ani potřeby. Pro svou nesoběstačnost je zcela odkázán na cizí pomoc a neustálý dohled. Lidé s hlubokou mentální retardací bývají zbavováni způsobilosti k právním úkonům. Svůj život tráví v ústavní péči nebo v péči rodiny či blízké osoby. Komunikace je stěžována těžkým postižením všech psychických funkcí. Tito jedinci mají velmi malou možnost porozumět a osvojit si řeč. Pod hranicí IQ 20 je člověk schopen diferencovat známé a neznámé podněty, rozlišovat libé pocity



od nelibých (VÁGNEROVÁ, 2002). Rozeznává-li blízké osoby od neznámých, můžeme u něj vyzpozorovat úsměv jako důležitou součást sociální interakce. Obzvláště častá je diagnostika nejtěžších forem pervazivních vývojových poruch, epilepsie, zrakových či sluchových vad (ŠVARCOVÁ, 2006).

Současný systém výchovy a vzdělávání poskytuje všem dětem bez rozdílu šanci na osobní rozvoj. Vzdělávání těchto dětí vede ke zlepšení psychické úrovně i pohybových dovedností. Neméně důležitou roli zde hraje rehabilitace a individuální péče, která je ovšem velice náročná. Hluboká mentální retardace se vyskytuje u 5 % jedinců s mentálním postižením.

### **3.3.5 Jiná mentální retardace**

Do této kategorie řadíme jedince s mentálním postižením u kterých je stanovení úrovně intelektu obtížné či nemožné. Jsou to lidé nevidomí, neslyšící, těžce tělesně postižení, osoby s autismem či poruchami chování.

### **3.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie zahrnuje osoby s mentální retardací, které není možno zařadit do jedné z výše uvedených stupňů mentálního postižení.

## **3.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací**

Důležitou roli v duševním vývoji člověka hraje proces učení. Toto tvrzení platí i pro děti s nejtěžším stupněm mentálního postižení. „*Učení je aktivní a tvořivý proces, který rozšiřuje genetický program a rozšiřuje možnosti jedince, jeho smyslem je přizpůsobování se novým situacím. Je to schopnost, kterou lze přiměřenou zátěží rozvíjet, jinak zakrní nebo ustrne*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.637). U dětí s mentální retardací je učení omezeno zejména nedostatečným porozuměním učenému, zpomalenou chápavostí, nedostatkem koncentrace pozornosti a sníženou mechanickou či logickou pamětí. Proces učení může narušit chybějící

motivace i poruchy volního jednání (abulie). Na druhé straně si dítě s mentálním postižením nedokáže odříci něco, po čem bezprostředně touží. Tehdy dokáže dlouho vzdorovat, neboť jeho potřeby jsou v rozporu s potřebami ostatních. Takovéto chování bývá projevem nezralé osobnosti dítěte.

Člověk s mentální retardací preferuje podnětový stereotyp. Potřeba zvědavosti je u těchto jedinců výrazně oslabena. Děti bez postižení bývají obvykle aktivnější a nestávají se zcela závislými na zprostředkování informací druhými lidmi jako děti s postižením.

Nízká úroveň rozvoje myšlení souvisí s nedostatečným rozvojem řeči, která je základním nástrojem myšlení. Vývoj inteligence se v lepším případě dostane na úroveň konkrétního myšlení, při lehkém stupni mentální retardace je možné dosáhnout za hranice konkrétnosti. Schopnost abstrahovat a zobecňovat je pro dítě s mentální retardací mnohdy nemožným úkolem. Myšlení lidí s mentální retardací je typické pro svou stereotypnost, rigiditu a ulpívání na určitém způsobu řešení. Přizpůsobit se každodennímu běhu světa, novým situacím či neznámým podnětům je pro některé z nich velmi nesnadné. V těchto situacích se raději stávají pasivními a čekají na pomoc zvnějšku. Jednou ze základních příčin nedokonalého rozvoje myšlení je opožděná a omezená schopnost percepce (vnímání). Rozvoj vnímání závisí na dostatku podnětů, které přicházejí z okolí (VÁGNEROVÁ, 2002).

Sebehodnocení dětí i dospělých s mentální retardací bývá z velké části ovlivňováno názory druhých lidí. Je nekritické, není zcela objektivní a mnohdy ovládané emocemi. Typická je zvýšená sugestibilita.

Při vývoji osobnosti je rovněž zasažena oblast emocionální. Na svůj chronologický věk jsou děti s mentálním postižením emočně nevyspělé (ŠVARCOVÁ, 2006). V cizím prostředí mohou reagovat strachem. Často prožívají úzkost, jsou-li ponechány o samotě nebo v blízkosti neznámých lidí. Jejich reakce bývají mnohdy neadekvátní vnějším podnětům. Nedostatečné ovládnutí citů intelektem se projevuje nadměrným prožíváním, vznětlivostí i agresivním jednáním. Potřeba citové jistoty a bezpečí je pro osoby s mentálním postižením

velmi důležitá. Citová vazba zůstává obyčejně bez větší změny, fixace na druhé přetrvává i v dospělosti. Většina z nich dovede lásku blízkých osob plně opětovat. Tito lidé jsou velmi citliví na bolesti a trápení druhých. Bývají zpravidla velmi ochotní pomoci ostatním lidem.

Vývoj charakteru závisí na výchově a okolním prostředí. Důležitou součástí výchovy je utváření správných návyků, které ovlivňují chování a jednání dítěte s mentálním postižením a usnadňují tak jeho socializaci. Morální rozvoj jedince s mentální retardací vyžaduje značné úsilí vychovatelů. To ovšem neznamená, že je zcela nemožný. Znalost psychických zvláštností dítěte s mentálním postižením umožňuje blízkému okolí zprostředkovaně působit na utváření jeho osobnosti.

## 4 ÚSTAVNÍ PÉČE

Ústav je zařízení, ve kterém nacházejí klienti s různým handicapem dočasný nebo trvalý domov. Tato instituce může být zřizována jednak státem, jednak nestátními organizacemi. Mezi státními a nestátními subjekty můžeme vycítit možnou rivalitu. Jen výjimečně se obě strany nacházejí ve vzájemné spolupráci, respektu a cítí se vůči klientům stejně potřební. Problémem se stávají finance, jež soukromým organizacím ztěžují každoroční chod ústavu. Státní subjekty dostávají pravidelné dotace od státu. Nestátním institucím chodí často finanční prostředky z veřejných zdrojů se zpožděním, takže jsou nuceni předběžně žádat o granty, ne vždy se podaří finance sehnat. Nově přijatý zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.), zajišťuje stejná práva zřizovatelům státních i soukromých ústavů. Sociální služby budou moci poskytovat jen ti zřizovatelé, kteří získají registrační oprávnění pro možnost poskytování sociálních služeb. Zcela nové je zřízení inspekce poskytování sociálních služeb, která zajišťuje ochranu zájmů osob před neprofesionální péčí.

Ne vždy jsou v ústavu zaměstnáni kvalifikovaní pracovníci, kteří přistupují ke klientům jako k individuálnímu subjektu. Někteří zaměstnanci považují nesprávně obyvatele ústavu za objekt své práce, jako je tomu v jiných profesích. V tomto případě jsou v rozporu práva i očekávání klientů a postoje zaměstnanců ústavního zařízení. V nevýhodné pozici se mohou nacházet klienti, kteří přicházejí do ústavní péče nedobrovolně, na žádost rodičů nebo z nařízení ústavní výchovy státem. Ani z tohoto hlediska nesmí být odebrána klientovi možnost k osobní svobodě rozhodování.

Ústavní péči je možné rozdělit do tří modelů, podle doby, po kterou člověk setrvává v daném zařízení. *Klasickým* modelem je péče krátkodobá (například nemocniční pobyt). *Rehabilitační* model péče se využívá v ústavech pro klienty s dlouhodobým handicapem. Model *pečovatelský* je orientovaný na pomoc klientům s trvalým postižením.

V zájmu společnosti plní ústavy funkci ochrany. Typickým příkladem jsou věznice, do nichž se člověk dostává za porušení zákona nebo nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických léčebnách. Trestem se stává vyloučení ze společnosti či různá omezení. Důležitou roli hraje náprava kriminální osoby po dobu pobytu v zařízení a resocializace při návratu do společnosti.

Druhou alternativou jsou instituce, kterým je svěřena péče v zájmu jedince. To jsou například ústavy sociální péče, dětské domovy, domovy důchodců apod., mající za úkol zvyšovat kvalitu života svých klientů, kteří nemohou žít v přirozeném rodinném prostředí. Pracovníci těchto zařízení se pro obyvatele ústavu stávají mnohdy jediným zdrojem podpory a možností být ve vztahu s druhým člověkem.

V některých případech se oba zájmy (společnosti i jedince) slučují. Tímto typem ústavní péče mohou být zařízení pro rizikové děti a mládež, jejichž chování je posuzováno jako společensky nebezpečné. Diagnostické ústavy, výchovné ústavy a vězení pro mládež plní funkci výchovnou a resocializační, popřípadě léčebnou.

Dítěti se daří vyrůstat v klidném a vstřícném domácím prostředí, kde o něj pečují omezený počet blízkých osob. V tomto prostředí si osvojí potřebné dovednosti, jen poté může obstát v chaotickém světě. Aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost, musí být uspokojeno několik základních psychických potřeb. Jednou z nich je potřeba životní jistoty. *„Uspokojení této potřeby zbavuje člověka úzkosti, dodává mu pocit bezpečí a umožňuje mu cílevědomou aktivitu poznávací, pracovní, společenskou. Je naplňována především v mezilidských vztazích“* (MATĚJČEK, 1999, s.56). Autor knihy dále uvádí potřebu stimulace, smysluplného světa, pozitivní identity a otevřené budoucnosti. Tyto potřeby nesmějí být opomíjeny ani u lidí, žijících v kolektivních zařízeních.

Domov je místem, kde má každý své soukromí, své vlastní věci, má právo se svobodně rozhodovat. Je dobré, když se dům či byt omezuje na několik místností, kde se dítě může cítit bezpečně. Jen za těchto okolností může podnikat kroky, které ho vedou k novým

zkušenostem. Ústav má být náhradou jistoty a podpory, kterou dítěti nemohla poskytnout vlastní rodina. Pokud však cestuje z jednoho ústavního zařízení do druhého, jsou u něj patrné známky emoční deprivace. Pro některé děti se prostředí ústavu stane jediným místem, kde tráví většinu svého života. Při dlouhodobém pobytu v těchto zařízeních by se děti měly cítit stejně dobře jako v domácím prostředí. V ústavních zařízeních se setkáváme se zkušeností opačnou. Potřeby zaměstnanců mnohdy znemožňují uplatňování osobních přání klientů. Negativní zkušenosti mají především lidé s mentálním postižením, kteří se nedokáží vzepřít nesprávnému jednání pracovníků. Pokud je ústav nepřístupný lidem zvenčí, usnadňuje zneužívání a znemožňuje kontrolu. Personál má vždy mocenskou převahu nad klienty. Případné stížnosti nebývají vždy akceptovány, neboť argumentace klienta (nebo jeho právního zástupce) se zřizovateli či vedoucímu pracovníkovi jeví jako nedůležité a neopodstatněné. Krátkodobá kontrola nemůže zpravidla vystihnout atmosféru a nepsaná pravidla fungování ústavu.

Dnešní ústavní péče nemusí být pouze přežitkem. Moderní zařízení považují své klienty za svébytné osobnosti a snaží se přizpůsobit jejich individuálním potřebám. Člověk zde není svěřován do péče neosobní instituce, ale konkrétnímu opatrovníkovi, se kterým může navázat bližší vztah.

Pro některé lidi se ústav stane jediným místem, kde můžou žít důstojným životem. Současný svět klade velký důraz na výkon, vzdělání či osobní image. Také rodina prochází celou řadou změn. Není schopna nebo ochotna pečovat o lidi s handicapem. Ústavní péče má pro tyto klienty velký význam, stává se jediným útočištěm před moderní společností, která je stále náročnější. „*Ústav je do jisté míry světem sám pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí*“ (MATOUŠEK, 1999, s.19).

Novější alternativou je neústavní forma péče. Pokud to lze, je člověk s handicapem ponechán v rodinném prostředí, kam za ním dochází sociální pracovník. Jedná-li se o dítě, je

rozumnější, stráví-li dětství ve své rodině, neboť se nepřeruší rodinné vazby. Sociální pracovník hledá v rodiči spojence, snaží se vyzdvihnout jeho klady, a tím ho přivést ke spolupráci. Pravidelně navštěvuje domácnost do doby, kdy se problémy stabilizují a dítěti je věnována řádná péče. Jakýkoli zásah do rodiny se zdá být rozumnějším řešením, než ústavní péče nařízená soudem.

Doposud mohli sociální práci v ústavních zařízeních vykonávat nekvalifikovaní pracovníci. Většina z nich pracuje ve sféře ústavní péče od dob minulého režimu a stále upřednostňuje stejné způsoby práce, nevyhovující současnému trendu. Nový zákon o sociálních službách, který vstoupí v platnost od roku 2007, nařizuje zřizovatelům institucí přijímat pouze zájemce s vyšším odborným vzděláním nebo vysokoškolsky vzdělané profesionály. Stávající zaměstnanci by si měli potřebnou kvalifikaci doplnit.

Je známo, že tradiční obrovské prostory nevyvolávají v člověku pocit rodinné atmosféry. Velikost ústavních zařízení se zmenšuje, některé z nich dosahují pouze velikosti bytů. Chráněné byty jsou určeny malému počtu uživatelů, bydlících v nich s pomocí osobních asistentů. Na druhé straně některá velká zařízení poskytují komplexní služby svým klientům, které mohou být ve společných bytech nedostupné. Mezi ně např. řadíme pracovní zázemí pro různé druhy terapií, rehabilitační místnosti či bazén, některé ústavy nabízejí možnost pěstelských a chovatelských prací. Výhodou je dostatek kvalifikovaných pracovníků různých profesí. Mění se vnější vzhled ústavů, zpravidla nebývá uniformní, i interiér se stává útulnějším. Podle výše uvedeného zákona se budou ústavy sociální péče přeměňovat na *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* nebo *denní či týdenní stacionáře*.

K humánnější formě péče přispívá změna oblečení. Personál už nevidáme v tradičních uniformách, ale v civilních oděvech.

#### 4.1 Denní, týdenní a celoroční ústavy sociální péče

Ústavy sociální péče zajišťují svým klientům celoroční, týdenní, eventuálně i denní péči.

Jsou zřizovány kraji, obcemi nebo Ministerstvem práce a sociálních věcí. V České republice se nachází 211 ústavů sociální péče pro lidi s mentálním postižením, žije v nich přibližně 14 000 klientů (HRADÍLEK a BÁRTOVÁ, 2006). Zařízení by měla sloužit zejména občanům s těžším stupněm mentálního postižení nebo občanům s tělesnými či smyslovými vadami s přidruženým mentálním postižením. Člověk s lehčím stupněm mentální retardace potřebuje ústavní péči v případě, kdy o něj rodina nejeví zájem nebo mají rodiče omezené možnosti v celoroční péči o dítě. Většina dětí je do ústavu přijímána na základě předběžného rozhodnutí soudu, jemuž předchází podnět z oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), z porodnic, z dětských klinik, od okresních pediatrů, někdy i od rodičů a prarodičů dítěte (MATOUŠEK, 1999). Lidé s těžkým stupněm mentální retardace se bez intenzivní péče neobejdou, proto je ústavní péče jedna z možných forem krátkodobé i dlouhodobé pomoci.

Denní stacionáře (ústavy) jsou vítanou alternativou pro člověka, u něhož mentální či pohybové postižení vyžaduje každodenní individuální pedagogickou, výchovnou a rehabilitační péči. Stacionáře mohou dětem nahrazovat mateřské nebo speciální základní školy, dospělým pak chráněná pracoviště, kam pro nedostatek volných míst nemohou docházet. Svým klientům nabízejí činnosti, odvíjející se od jejich potřeb a schopností. Programy se orientují na různé druhy terapií, rehabilitace, výchovnou činnost, volnočasové aktivity atd.

Velkou pomoc pro rodinu, mající dítě s mentálním postižením, představují týdenní zařízení. Je to nejběžnější forma péče u nás. Během pracovního týdne pobývá dítě v ústavním zařízení, víkendy, svátky a prázdniny tráví se svou rodinou. Ačkoli by to mohla laická veřejnost odsoudit, z hlediska morálního je to pro obě strany optimálním řešením. Všichni mají dostatek prostoru pro zaměstnání i volný čas. Žádný člen rodiny se nemusí cítit o cokoli ošizen. Je výhodou, že se vzájemně těší na další shledání. Ve střídané péči (ústavní a rodinné) nejsou zanedbávány psychické potřeby dítěte ani rodičů.

Opuštěné děti s mentálním postižením žijí v ústavech sociální péče pro mládež s



celoročním provozem. Zde jsou vychovávány až do své dospělosti, nejvýše do 26 let. „*Toto ustanovení se však v praxi nedodrží a rozdíly mezi ústavami pro mládež a pro dospělé se postupně stírají, což je vzhledem k mentálnímu věku svěřenců pochopitelné a naprosto správné*“ (ŠVARCOVÁ, 2006, s.162).

Pro ústavní zařízení v ČR je běžná kolektivní výchova. Ústavy sociální péče mají příliš velkou kapacitu, takže individuální práce s dítětem není obvyklá. Počet klientů mnohonásobně převyšuje vícegenerační rodinu žijící pod jednou střechou, vznikají nepřírodně velké homogenní kolektivy. Velké budovy nedokáží vytvořit intimitu a soukromí pro život dítěte. Některé ústavy stále oddělují mužské a ženské pohlaví. Za vhodnější se však považuje prostředí, kde žijí dívky (ženy) a chlapci (muži) dohromady. Přírodně tak mezi sebou navazují přátelství i hlubší vztahy, vzájemně si pomáhají a komunikují. Práce v ústavech sociální péče je v ČR dosud typicky ženskou profesí. Pokud jde o zkušenosti a potřeby dětí, je žádoucí být v kontaktu s oběma pohlavími. Rozšiřují se tak možnosti osvojení si více sociálních rolí. Provozní řád velkých institucí neumožňuje zapojení do běžných činností, které patří k rodinnému životu (vaření, nakupování, cestování městskou dopravou atd.). To se stává nevýhodou pro občany s lehkým stupněm mentální retardace, kteří v dospělém věku opouští ústav a mohou využívat podpory chráněného bydlení.

## 4.2 Alternativní druhy péče o lidi s mentálním postižením

Ve většině malých měst stále nejsou k dispozici služby, které by umožnily rodině žít plnohodnotným životem, aniž by své dítě rodiče museli umístit do ústavního zařízení. Tím je myšlena i respitní (odlehčovací) služba, která umožňuje rodině odjet na několik dní či týdnů mimo domov. Poskytovatel služby pečuje o člověka s mentálním postižením v domácím prostředí nebo v zařízení organizace. Pečovatelská služba je terénní i ambulantní služba, usnadňující náročnou péči rodinám, které se starají o člověka s těžkým stupněm mentální retardace.

Další ze služeb poskytovaných v přirozeném prostředí klienta je osobní asistence. Tato forma pomoci se zaměřuje na jednotlivce. Osobní asistent zprostředkovává klientovi kontakt se společenským prostředím, napomáhá mu při uplatňování jeho práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Aby byla spolupráce na dobré úrovni, musí oboustranně fungovat vztah klienta s asistentem. Je třeba upozornit na to, že asistent za svého klienta nemyslí, pouze mu napomáhá objasňovat situace ve kterých se nachází. Člověk s mentálním postižením má nezpochybnitelné právo rozhodovat o svém životě sám. Práce osobního asistenta je velmi náročná, neboť pomáhající profesionál přejímá vysokou míru osobní zodpovědnosti. Člověk vykonávající tuto profesi musí být vysoce humánní, citlivý a vnímavý k potřebám svého klienta. Měl by mít potřebné teoretické i praktické znalosti v oblasti sociální práce s lidmi s mentální retardací.

#### 4. 3 Program v ústavech sociální péče

Program v celoročních ústavech sociální péče je následující. Děti ve věku povinné školní docházky mají dopoledne vyučování. Ostatní se věnují činnostem odvíjejícím se od jejich schopností. Mají-li možnost, zabývají se vzdělávacími či zájmovými aktivitami zaměřenými na jejich rozvoj. Dětem s nejtěžším stupněm mentálního postižení je věnována nutná fyzioterapeutická péče. Odpolední programy bývají zaměřeny na hru, sport a jinou zábavu. Výhodou je, konají-li se mimo ústavní prostředí. Svůj čas mohou lidé trávit i pasivním odpočinkem. Odpočívat se ovšem dá až po vykonání nějaké aktivity, celodenní odpočívání představuje pasivitu, nudu, dlouhou chvíli, nespokojenost. Klienti by neměli být do ničeho nuceni. Jejich představy o trávení volného času musí být vždy přednější před zájmy pracovníků. Každý ústav může mít jiný program. Záleží na vnitřních i vnějších podmínkách daného zařízení.

Tým interních pracovníků, kteří plní denní program klientů, se sestává ze speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, zdravotních sester a fyzioterapeutů. Externě s klienty

pracují lékaři a psychologové. Podle slov MATOUŠKA (1999) nemá část personálu odbornou kvalifikaci a rekrutuje se z žen bydlících v okolí ústavu. Péče o děti s mentálním postižením je více fyzicky i psychicky náročná. Personál ústavu pracuje ve třísměnném provozu. Prostředky na zaměstnání vyššího počtu odborníků bohužel chybí.

Ústav sociální péče by měl dětem „nahrazovat“ veškerou péči, poskytovat jim ošacení, hračky, uspokojovat jejich další hmotné i nehmotné potřeby.

#### 4. 4 Umístění ústavních dětí do náhradní rodinné péče

Řada dětí s mentální retardací vyrůstá v ústavech od narození. Jejich umístění do náhradní rodinné péče (adopce, pěstounská péče) je v naší společnosti velmi náročné. Stát je v této záležitosti velmi rigidní a úředníci k rodinám často neloajální. Nároky osvojitelů bývají neúměrné „kvalitám“ dětí s postižením. Je-li rodina ochotna přijmout dítě s mentální retardací, naráží na dlouhodobé soudní jednání, které se táhne několik let. Za tuto dobu dítě vyrostе a věkem neodpovídá představám budoucích rodičů žádajících o osvojení. Poté je snahou umístit dítě alespoň do rodiny pěstounské. Většinou se náhradní rodinou stávají lidé nábožensky založení nebo rodiny s více dětmi (není výjimkou, že dětí s postižením mají i více). Je známo, že v některých zemích se považuje péče o lidi s postižením za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka nebo rodiny (ŠVARCOVÁ, 2006). V České republice je proměna postojů k této problematice nezbytná a je i záležitostí dlouhodobou. Pěstounská péče je v ČR doposud netradiční formou péče o osoby s mentálním postižením.

#### 4. 5 Rizika institucionalizace

Známým dopadem institucionalizace na malé děti je deprivací syndrom. Jednou z hlavních příčin deprivace je nedostatek personálu, přičemž na jednoho vychovatele/ku na směnu v našich ústavech připadá dokonce až 14 dětí! Při takovém počtu nemůže dítě navázat

úzký emoční vztah k jedné osobě (náhradní matce) nebo několika osobám v malé sociální skupině (rodině). Dítě vychovávané ve velkém kolektivu má jen malou možnost zaujmout dospělého a vzájemně se věnovat dlouhodobým interakcím. Evropskému standardu by odpovídaly dvě děti na jednoho pracovníka ústavního zařízení. Jen za těchto okolností může být stimulace dítěte dostatečně složitá a variabilní. V některých zemích se praktikují návštěvy dítěte personálem, ještě před jeho umístněním do zařízení. Počáteční pobyt v ústavu tak nemusí být pro dítě traumatizujícím zážitkem.

Společnost často negativně hodnotí ústavní péči v celoročních zařízeních, přitom si neuvědomuje, že v některých případech je nezbytná a při vážném ohrožení zdraví a života dítěte je i „v nejlepším zájmu dítěte“. Je-li však dlouhodobá, představuje pro člověka velkou fyzickou i psychickou zátěž.

*„Deprivované ústavní děti působí ve srovnání se svými vrstevníky vychovávanými v rodinách jako méně nadané, pomalejší (někdy také záchvatovitě hyperaktivní), úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků (jež se vykládají jako spontánní pokus o naplnění nenaplněné potřeby kontaktu); jejich vztahy k lidem jsou mělčí a přelétavější, i když příležitost ke kontaktu vyhledávají až nutkavě“ (MATOUŠEK, 1999, s.65).*

#### 4. 6 Transformace ústavní péče

V současné době prochází ústavní péče procesem transformace. Přežitkem jsou ústavy s odosobněným způsobem péče, zaměřující se na podporu ve smyslu uspokojování základních fyzických potřeb. Pečovatelský model služby není zaměřen na cílený rozvoj dovedností klientů. Později může být vnímán jako projev nezájmu ze strany profesionálů.

Doposud se setkáváme s názory pracovníků, kteří považují vzdělávání dětí s mentálním postižením za zbytečné, dokonce právo lidem na vzdělání upírají. Soustavným problémem v některých celoročních zařízeních je přemíra volného času. Zaměstnanci se nesnaží svým klientům zajistit pracovní uplatnění či zájmové činnosti. Z tohoto důvodu méně průbojně

upadají do apatie, ostatní jsou neklidní až agresivní. Na zařízení se zastaralým systémem budou v brzké době kladeny vyšší požadavky. Smysl mají jen ty ústavy sociální péče, které se neřídí zdravotnickým režimem a které především změnilly formu své práce. Jejich přístup ke klientům je vysoce humánní a plně respektuje základní lidská práva. Péče v nich směřuje k rozvoji individuálních předpokladů každého jedince. Samozřejmá je integrace (inkluze) lidí s mentální retardací do běžného prostředí. Všechna zařízení denní, týdenní i celoroční by měla směřovat ke stejnému cíli, tím je zlepšování kvality života každého jedince.

Ústavy sociální péče s celoročním pobytem mají doposud nezastupitelnou funkci v péči o lidi s mentálním postižením. Názory na zrušení těchto institucí jsou neopodstatněné. Aby se počet dětí, žijících v ústavních zařízeních snížil, je zapotřebí posílit prevenci, která by předcházela selhání rodičů. Je nutné podpořit rodinu formou rané péče, která se rodině poskytuje během prvních let života dítěte s postižením, mimo jiné s mentálním. Podpora spočívá jednak v depistážní činnosti, tedy vyhledávání rodin s mentálně postiženými dětmi, dále do ní patří poradenství zaměřené na to, jak co nejlépe rozvíjet schopnosti dítěte, ale také na to, jaké služby jsou dostupné, na jaké dávky mají rodiče nárok apod. (MATOUŠEK, 2005).

Neopomenutelnou součástí rané péče je psychologické poradenství, které umožňuje rodinám zvládat zátěžové situace, neboť narození dítěte s mentálním postižením je považováno za jednu z nejtěžších životních událostí. Závažnost celého problému spočívá zejména v tom, že se jedná o dítě, ale jeho onemocněním trpí zejména jeho rodiče. Je to velmi bolestná a nesmírně zatěžující cesta, na níž by měli nacházet lidi ochotné a schopné účinně pomoci (odborníky pomáhajících profesí vykazující při své práci vedle vysoké odbornosti i potřebný lidský rozměr). Jejich posláním je především pomoci rodičům vyrovnat se s narozením dítěte s mentálním postižením, a to do té míry, aby byli schopni přijmout danou skutečnost jako úděl, ale úkol, který je zapotřebí splnit. Rodiče mohou postupně nabýt přesvědčení, že i tato tíživá situace může mít určitý smysl (JANKOVSKÝ, 2003). Při

preventivních programech by měl být kontakt s rodinami pravidelný a dlouhodobý.

Další možností, jak snížit počet dětí v ústavní péči, je zkvalitnění terénní sociální práce. Současní sociální pracovníci jsou přetížení počtem svých klientů. Soustavná práce s rodinami se speciálními potřebami je téměř pokaždé náročná a složitá. I přes jejich snahu nemohou věnovat kvalitní péči každé konkrétní rodině, která jejich pomoc potřebuje. Nic na tom nemění fakt, že by se ústavní péče měla minimalizovat. Bylo by dobré, kdyby se do ústavních zařízení přijímali pouze klienti, kteří nemají jinou možnost, a to jen na dobu nezbytně nutnou.

Z hlediska etického ani psychologického není vhodné, aby do ústavu sociální péče pro lidi s mentálním postižením byli umísťováni lidé duševně nemocní. Tito lidé vyžadují jinou péči než osoby s mentální retardací. Hrozí riziko narušování života tamějších obyvatelů ústavu, včetně páchání různých křivd.

## 5 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Díky demokratizaci společnosti po listopadu 1989 se sociální práce s lidmi s mentálním postižením neomezuje pouze na služby v ústavech sociální péče. Narodí-li se rodičům dítě s mentální retardací, dostává se jim zpravidla větší nabídka možností v péči o lidi s mentálním postižením. Rozvíjejí se aktivity, které byly dříve vytlačovány na okraj systému, neboť se nepodřídily centralizovanému režimu. Mezi nejvýznamnější patří budování vlastních zařízení, v nichž organizace začínají přímo poskytovat denní, týdenní a někde i celoroční péči lidem s mentálním postižením.

Sociální pracovník se v této oblasti věnuje především individuální a skupinové práci. Jeho práce spočívá buď v přímém kontaktu s klienty nebo jejich rodinami. V rámci státních i nestátních organizací může nyní více komunikovat se svým okolím jak v republice, tak v zahraničí. Sociální pracovníci jsou v současné době odborníky v pravém slova smyslu, neboť jsou ve své oblasti vzdělávání na úrovni vysokých škol. Jejich vzdělání má celoživotní charakter v podobě různých kurzů, seminářů, sebezkušenostních výcviků, supervizí a samostudia s odbornou literaturou.

Předpokladem kvalitních služeb je nutná spolupráce sociálního pracovníka s dalšími pomáhajícími profesemi s psychologickým, pedagogickým, lékařským či zdravotnickým vzděláním. To je důležité z hlediska různých se potřeb klientů. Sociální pracovníci mohou přispět znalostmi o skupinové dynamice, schopností vést rozhovor, znalostmi z oblasti legislativy a zejména schopností pracovat s klientem v kontextu vazeb na lidi a instituce, jež nejsou součástí chráněných prostředí (MATOUŠEK, 2005).

V praxi je běžné, že mladí vysokoškolsky vzdělaní pracovníci nenacházejí uplatnění ve svém oboru, neboť vedoucí pracovníci organizací upřednostňují dosavadní zaměstnance bez

patříčného vzdělání z důvodů osobních sympatií. To se týká především ústavů sociální péče, které doposud upřednostňují práva zaměstnanců před právy svých klientů. Pokud nejsou lidé s mentální retardací srozumitelně informováni o existujících možnostech, nemohou se ani podílet na rozhodování o podobě služby, která by mohla zkvalitnit jejich život. Chybí potřebná podpora k tomu, aby svých práv využívali. Zaměstnanci se někdy chovají v rozporu s etickým kodexem sociálních pracovníků ČR, neboť nejednají tak, aby chránili důstojnost a lidská práva svých klientů. Částečnou vinu nese i ředitel, který zodpovídá za zkvalitňování úrovně služeb poskytovaných organizací jejím klientům, dále za odbornou přípravu zaměstnanců a jejich další vzdělávání.

## 5. 1 Integrace lidí s mentálním postižením

Sociální pracovník se snaží řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížných životních situacích. Člověk s mentální retardací může být ohrožen nedostatečným respektováním lidských práv, může trpět izolací od vnějšího světa či tím, že nejsou respektovány jeho individuální zvláštnosti a vlastní potřeby. V dnešní době je ideálem sociální práce nasměrovat lidi s mentálním postižením do institucí, které poskytují veřejné služby. Jejich život se tak přiblíží životu lidí bez postižení. To navazuje na představu, co největší samostatnosti klientů. Služba sociálních pracovníků by byla k dispozici pouze v situacích, které klient sám nezvládá. Jestliže se v situaci sám orientuje, měl by mu být dán prostor pro vlastní aktivitu. Proces integrace znamená najít si své místo ve společnosti, uspokojovat své každodenní potřeby, seberealizovat se a akceptovat sebe i okolí. Integrace poskytuje lidem s postižením stejná práva a svobody, jaké mají ostatní lidé. Integrace se neúčastní pouze člověk s mentální retardací či konkrétní instituce, ale především celá společnost.

ŠVARCOVÁ (2006) zastává názor, že integrace je jevem multidisciplinárním. Týká se otázek filosofických, etických, psychologických, pedagogických, biologických a



zdravotnických, ale i ekonomických, politických a legislativních. Společnost má nejčastěji termín integrace v povědomí ve vztahu k integraci žáků a studentů s mentální retardací do škol. Začlenění mezi vrstevníky bez postižení nejlépe probíhá v předškolním věku.

## 6 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE

Alarmující se stala zpráva Auditu kvality služeb v ústavech sociální péče přímo řízených MPSV, který probíhal v letech 2000 - 2001. Výchozím bodem bylo porovnání životních podmínek a možností lidí žijících v ústavech s podmínkami a možnostmi vrstevníků žijících v přirozeném společenství.

V řadě případů se zjistilo, že ústavy nevyvíjejí snahu poskytnout svým klientům příležitost pro kontakt s obcí. Pokud se ústavy sociální péče nacházejí v malých, odlehlých obcích, je integrace obtížná. Problémem jsou předsudky místních obyvatel vůči klientům ústavního zařízení. Pokud místní komunita nemá možnost seznámit se s vnitřním životem ústavu, vznikají mýty o lidech s mentálním postižením. Někdy jsou to právě zaměstnanci z blízkého okolí, kteří nepravdivými pomluvami znesnadňují pozitivní přijetí klientů. Způsobem, jak propojit lidi s mentální retardací s danou lokalitou, jsou kulturní programy přístupné široké veřejnosti. Ve městech nebývá sociální vyloučení tak výrazným jevem.

Některá zařízení stále neumožňují kontakt klientů s rodinou a blízkými přáteli. Snadno pak vzniká napětí mezi příbuznými a pracovníky ústavu. Rodina může vnímat prostředí ústavu jako místo, kde se odehrává něco, co jim není v plné míře přístupné. Nejčastější jsou obavy rodičů z případného špatného zacházení s dětmi, které se nedokáží takovému chování ze strany zaměstnanců bránit. Moderní ústavy se snaží jakýmkoli obavám předcházet tím, že zvou členy rodiny na informační pohovory a umožňují jim co nejčastější návštěvy, nejlépe denně na několik hodin. Vhodná je i soustavná práce s rodinou během vlastní péče.

V zařízeních vznikají zvláštní místnosti, v nichž může klient se svou rodinou pobývat i přes noc. O četnosti návštěv rozhoduje také vzdálenost ústavu od bydliště příbuzných. Ústavní péče by měla být poskytována co nejblíže klientovu původnímu bydlišti.

Podpora rozvoje adaptačních dovedností v oblasti používání veřejných zdrojů je nedostatečná. Vše probíhá na půdě ústavu. Zprostředkování kontaktu s okolním světem je minimální, proto si klienti nemohou osvojit činnosti, které jsou možné pouze na veřejných místech. Cesty mimo ústavní zařízení probíhají převážně ve skupinách.

Uživatelé sociálních služeb až na výjimky nemají dostatek pracovních příležitostí. Zaměstnanci zastávají názor, že lidé s mentálním postižením jsou umístěni v ústavech právě proto, že nedokáží pracovat, není tedy nutné, aby si práci hledali. Proces integrace žáků s mentální retardací do různých typů škol je nahrazován vlastním systémem ústavního vzdělávání. Jednou z možností trávení volného času jsou zájmové aktivity. Někde pracovníci nedostatečně podporují své klienty v rozvoji různých činností. Pro lidi s mentální retardací bývá obtížné představit si, jak mohou trávit svůj čas. Někteří pracovníci se nesnaží najít pro obyvatele ústavu přiměřené volnočasové aktivity. Systém klíčových pracovníků a individuálních plánů péče je zaveden v minimální míře. Ústavy sociální péče málokdy poskytují příležitosti v oblasti vedení domácnosti v míře odpovídající klientovým schopnostem. Mnozí z těchto uživatelů by měli zájem rozvíjet svoje dovednosti pracovními aktivitami, avšak ústavní režim pro to neposkytuje příležitost. Podpora při vytváření či udržení schopnosti pracovat je často nedostačivá. Přitom přínos z práce klientů pro ústav je smysluplný. Samotná činnost přináší užitek a uspokojení. V případě, kdy klienti s mentálním postižením vykonávají práci za někoho ze zaměstnanců, je nutné jim svěřený úkol důkladně objasnit.

*„Obecně platí, že čím více se klienti mohou podílet na provozu ústavu, tím je pro ně ústav lepším místem“ (MATOUŠEK, 1999, s.103).*

Ve většině ústavních zařízeních nemají partnerské páry prostor pro rozvoj důvěrných vztahů, jelikož se jim nedostává společného zázemí. Ačkoli se snížil počet klientů v jednom pokoji, schází potřebné množství samostatných bytových jednotek, které se přibližují běžnému způsobu bydlení nebo partnerskému soužití. Samotný pobyt v ústavu je už ztrátou

soukromí, neboť v ústavních zařízeních obyvatelé sdílí malé prostory, aniž by si mohli sami vybrat s kým a kde chtějí trávit čas. Z tohoto hlediska jsou nuceni se neustále přizpůsobovat jak režimu, tak potřebám druhých klientů.

Velký důraz je kladen na zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením. Příkladem je povinný celodenní odběr stravy, který nezohledňuje individuální potřeby jedinců a často je chápán jako nadbytečné omezení. V ústavu by měly být vytvořeny podmínky pro to, aby se klienti mohli o svých potřebách rozhodovat sami. Péče o tělesné zdraví je v ústavech sociální péče na dobré úrovni.

To samé nelze konstatovat o duševním zdraví. V ústavech sociální péče se téměř nikdy neuvažuje o psychoterapeutické pomoci. Přestože je jejím cílem podpora osobnostního rozvoje a relaxace lidí s mentálním postižením, služba není využita, i když ji naše zdravotnictví může nabídnout. Psychoterapie usnadňuje člověku s mentální retardací komunikaci s okolím. Pokud se uskutečňuje ve skupině, můžeme terapii chápat jako formu setkávání lidí.

Žádoucí změny přináší canisterapie a hippoterapie. Kontakt se zvířaty je jednou z metod, která zprostředkuje nové zážitky a podněty, vytrhuje lidi s mentálním postižením z denního stereotypu ústavního života.

Užitečnou metodou, kterou lze využívat v oblasti sociální práce s lidmi s mentálním postižením může být preterapie. Preterapie je metoda, která pomáhá při komunikaci s klienty, jejichž schopnost navázat nebo udržet psychický kontakt je narušena (PROUTY, 2005).

Pracovní a umělecké terapie mohou být pojímány i jako způsob trávení volného času. Zvláštní nabídkou využití času pro lidi s nejtěžším stupněm mentální retardace je netradiční forma péče tzv. snoezelen, při němž se celkově uvolní a mohou prožít něco nového. Omezený prostor na pokojích, stálá přítomnost ostatních klientů, neosobní přístup zaměstnanců, to vše může vytvářet napětí, stres a špatnou orientovanost člověka s mentální retardací. Snoezelen (ŠVARCOVÁ, 2006, s.128) vytváří prostředí, v němž nejsou zaměstnány smysly komplexně,

nýbrž se v něm člověk s postižením může soustředit jen na některý smyslový podnět, např. na čichání, hmatání, chutnání a další, což mu umožňuje zažívat libé pocity a nabízet nové zkušenosti.

Další variantou je psychorelaxační místnost, kde se lidé s mentální retardací mohou přenést do světa zvuků, barev, světél a fantazie.

Lidé s těžkým, ale i středně těžkým stupněm mentální retardace nejsou často schopni používat běžné verbální metody komunikace. Nemohou nám sdělit slovy, jak se cítí, co potřebují nebo jak pocítují naši přítomnost. Někteří pomáhající pracovníci dokáží proniknout do způsobů vnímání a prožívání lidí s těžkým stupněm mentálního postižení, přestože je to velmi složité. Tito odborníci mají za sebou mnohdy dlouholetou praxi a rozsáhlé vědomosti týkající se problematiky lidí s mentální retardací. Většina sociálních pracovníků tuto výhodu nemá, proto je nutné hledat a vytvářet různé náhradní metody sociální komunikace, které by napomohly rozvoji komunikačních dovedností nebo nahradily mluvenou řeč. Tyto metody nazýváme augmentativní (lat. *augmentare* - rozšiřovati) a alternativní komunikací. Augmentativní komunikace podporuje nedostatečně rozvinuté komunikační dovednosti a rozšiřuje mluvenou řeč. Alternativní komunikace mluvenou řeč plně nahrazuje. Nové metody nonverbální komunikace vedou k rozvíjení a humanizaci lidí s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení. Díky alternativním systémům komunikace mají možnost navázat kontakt se svým okolím a aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde dosud byli pouze pasivními a opomíjenými posluchači. I osoby s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace mají právo na to, aby byly uspokojovány jejich potřeby emocionality, lidských vztahů, aby získaly pocit bezpečí, stability a trvalých podmínek a aby byly stimulovány ke svému dalšímu rozvoji (ŠVARCOVÁ, 2006). Zkušenosti z ústavů sociální péče ukazují hrubé nedostatky v praktikování metod alternativních způsobů komunikace a to především u uživatelů s těžkou až hlubokou mentální retardací. Klienti zůstávají bez nutné podpory ve specificky lidské potřebě komunikovat.

Zavedený způsob oslovování je ve většině ústavů v zásadě korektní. Na etický problém narážíme tehdy, přetrvává-li pravidlo asymetrického oslovování mezi personálem a dospělými lidmi s mentálním postižením. Pomáhající nesmí zacházet s dospělými klienty jako s dětmi, přestože se jejich mentální věk může nacházet na této úrovni.

## 6.1 Práva a lidé s postižením

Respektování práv uživatelů ústavů sociální péče je oblastí, v níž jsou shledány relativně nejhorší výsledky. Klienti až na výjimky nemají smluvně zajištěné bydlení (ačkoli je to běžný stav v ústavech celé České republiky, jde o velmi významnou věc). Nezřídka jsou jim odebírány či nejsou vydávány občanské průkazy. Setkáváme se s případy rutinního zbavování způsobilosti k právním úkonům a osvobození od povinné školní docházky. Také množství neoprávněného umístění klientů do ústavů je značné.

Deklarace práv mentálně postižených osob (OSN, 1971) se výslovně zmiňuje o omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, jež musí být jasně určeno a pravidelně kontrolováno. Jestliže někteří lidé s mentálním postižením nejsou schopni účinně využívat svých práv v důsledku hloubky svého postižení a ukáže-li se potřeba omezit tato práva buď částečně nebo úplně, pak tento posudek musí být zformován tak, aby chránil člověka proti jakékoli formě zneužití. V tomto případě má člověk s mentální retardací právo na kvalifikovaného poručníka k ochraně své hmotné i duchovní existence a zájmů (Deklarace práv mentálně postižených osob). Sociální způsobilost člověka s postižením by měli periodicky hodnotit kvalifikovaní odborníci; zrušení či omezení práv musí být odvolatelné u vyšších institucí. Lidé s mentálním postižením mají právo na ochranu před rozhodnutími, která učiní jejich rodiče nebo opatrovníci, pokud tato rozhodnutí ohrožují jejich zdraví, život či tělesnou a duševní pohodu.

Deklarace práv mentálně postižených osob vyhlášená na Valném shromáždění OSN v roce 1971 je důležitým podkladem pro modernizaci péče o člověka s mentální retardací na celém

světě. Určuje standardy rovnocenné péče o tyto osoby a jejich možnosti přístupu ke službám usnadňujícím jejich integraci. Národní a mezinárodní organizace musí zabezpečit, aby tato deklaráce sloužila na ochranu práv těchto lidí.

Základním kamenem úrovně demokracie a humanity každé společnosti je úroveň jejího zájmu o občany, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni. Představy lidí bez postižení o lidech s mentálním retardací bývají stále opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky i neopodstatněnými obavami. Někteří z nás se domnívají, že všichni lidé s postižením by měli být „odkládáni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním na očích. Tento přístup představuje zásadní nepochopení rovnoprávného postavení lidí s určitým handicapem v naší společnosti. Je nezbytné, aby lidé a zvláště pak pracovníci v ústavech sociální péče neviděli mentální postižení jen jako vadný výrobek z dílny matky přírody, ale jako jednu z forem lidské existence, která má i svůj pozitivní potenciál (KOPŘIVA, 1999).

Člověku s mentální retardací se musí dostávat v nejvyšší možné míře stejných práv, jakých využívají ostatní lidé. Spoluobčané s mentálním postižením mají v podstatě stejné potřeby a stejné problémy jako ti ostatní. Mají právo na výchovu, která by rozvíjela v co nejvyšší možné míře jejich schopnosti a kapacitu, měla by se jim dostávat odpovídající lékařská péče, popřípadě fyzikální terapie. Ekonomická jistota a přiměřená životní úroveň musí být stejná u všech lidských bytostí. Deklarace přiznává lidem s mentálním postižením plné právo k vykonávání produktivní práce nebo jakékoli jiné smysluplné činnosti v maximální míře jejich možností. Obsahuje právo žít ve vlastní rodině nebo u pěstounů a podílet se na různých formách veřejného života (je-li nezbytná ústavní péče, měla by být poskytována v prostředí a v podmínkách blízkých se normálnímu životu). Deklarace práv mentálně postižených osob (OSN, 1971) stanoví, že tito lidé musí být chráněni před jakýmkoli vykořisťováním, ponižováním a zneužíváním všeho druhu. Za žádných okolností nelze při jakékoli činnosti s lidmi s mentálním postižením používat nehumánních prostředků, zejména tělesných trestů, fyzického či psychického týrání, omezování osobní svobody či zesměšňování. Toto

stanovisko podporuje další významný dokument přijatý v roce 1987 v rámci Rady Evropy. *Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání* umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří byli zbaveni svobody, s cílem posílit jejich ochranu před týráním a ponižujícím zacházením v ústavech sociální péče i v jiných zařízeních.

Souhrn těchto práv vychází ze stále více pocíťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti (ŠVARCOVÁ, 2006). Aby bylo dosaženo změny vnímání osob s mentální retardací, je nutno změnit hodnoty a zvýšit porozumění na všech úrovních společnosti. Všechny právní mechanismy - ústavní, legislativní, administrativní i soudní, ochraňující děti a dospělé s mentálním postižením, by měly být striktně dodržovány.



## 7 ETIKA POMÁHAJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ V PRAXI

### 7.1 Neetické jednání pomáhajících pracovníků

Ochrana práv klientů se stává základním principem v činnosti poskytovatelů sociálních služeb a měřítkem jejich kvality. Nelze hovořit o kvalitní sociální službě, nejsou-li v jejím průběhu respektována lidská a další práva uživatelů.

Uvedené postoje personálu ústavu sociální péče mohou významně ovlivnit chování a pocity uživatele sociálních služeb. Bez ohledu na to, zda sociální pracovník jedná tzv. v dobré víře a škodlivosti svého jednání si není vědom, nebo že takové jednání dokonce považuje za etické, je jeho počínání mnohdy příčinou podivného nebo obtížného chování uživatelů.

V komunikaci s lidmi s mentálním postižením je důležité vycházet z předpokladu, že tento typ chování může mít skrytý význam. Neverbální způsob komunikace v sobě nese zprávu o snaze člověka vyznat se v dané situaci nebo vyjádřit vlastní pocity. Pracovník musí mít snahu i velmi špatně čitelné projevy rozpoznat a přitom se vyvarovat unáhlenosti svého soudu, ze kterého může vzejít chybné posouzení. Při vynášení zobecněného závěru o člověku je vhodnější krajní zdrženlivost a všímavost situačního kontextu (VYBÍRAL, 2000). Základem pochopení podivného či obtížného chování je proto nehodnotící, respektující postoj pomáhajícího profesionála, uznání klienta jako plnohodnotné bytosti, uznání jeho pocitů a potřeb a hledání odpovědi nikoliv na otázku „proč se člověk s mentální retardací podivně chová“, ale na otázku „co se nám svým chováním snaží klient vyjádřit“ (Standardy kvality sociálních služeb, 2002).

Poslední desetiletí s sebou přináší změnu termínů, jimiž se sociální práce s lidmi s mentální retardací vyznačuje. Dřívější užití odborných výrazů se začalo v běžné komunikaci využívat jako výrazů hanlivých a neodpovídajících základním lidským právům. Nosným problémem jsou zde speciální potřeby člověka, nikoli dané postižení, proto tedy *člověk se*

*speciálními potřebami, člověk s postižením.* Toto označení respektuje rovnost všech lidí, respektuje také to, že člověk s postižením je především lidská bytost a až na druhém místě stojí určité omezení. V rovině lidské důstojnosti jsme si všichni absolutně rovni. Postižení není kletba ani vina. Člověk s postižením nepřestává být plně člověkem a nic neztrácí na své lidské důstojnosti. Pomáhající musí o svém klientovi mluvit především jako o člověku. Pokud chce svého klienta popsat, aniž by ho haněl, mluví o tom, co tento člověk dokáže, co má rád, v čem je dobrý, jak žije, co je na něm zajímavého. Označování klienta podle jeho chování, postižení nebo diagnózy výrazem, který se pak užívá v hovoru o něm v jeho přítomnosti či bez ní je vysoce neetické a dochází k umrtvení zájmu o vnitřní svět člověka. Podle slov Vybírala je „škatulkování“ klienta častým jevem, kterým si pomáhající profesionálové zjednodušují komunikaci (VYBÍRAL, 2000). Opatření nálepkou pracovník člověka odsuzuje a zcela zneschopňuje. Nálepky konzervují stav věcí, proto brání klientovi v jakékoli změně. Nálepkování by nemělo dominovat v kontaktu s těmi, jimž chceme pomáhat. Na tento problém nezapomíná ani Etický kodex sociálních pracovníků České republiky ve kterém se dočteme, že „*sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů*“. Slova nám otevírají cestu k lidem, svět by bez nich nemohl být takový, jaký jej známe. Pokud si přestaneme sílu slova uvědomovat, začneme jej automaticky zneužívat. Slova mají moc a obzvláště to platí u pomáhajících profesích. Obecně je moc pomáhajícího pracovníka větší v ústavních zařízeních, při práci s dospělými a dětmi s mentálním postižením (KOPŘIVA, 1999).

V praxi se setkáváme s pomáhajícími pracovníky, usnadňujícími si praktické každodenní zacházení s klienty tím, že užívají nějaké formy oklamání. Cílem je přimět klienta udělat to, co si pracovník přeje, nebo mu zabránit v jednání, které je z pohledu pracovníka obtížné či nevhodné. Celé pomáhání se tak vzdaluje svému účelu, kterým je orientace na dosahování rozvoje a autonomie klienta (KOPŘIVA, 1999). Pracovník se snadno uchýlí k podvádění, přináší-li krátkodobý úspěch. Pozdější obtížné chování, nepohodu nebo agresi klienta

nespojuje se svými předešlými kroky. Klient si je vědom rozporu ve verbálním a neverbálním projevu pracovníka. Jeho neautentičnost odvádí pozornost od řečeného a uvádí příjemce zprávy ve zmatek. Tento rozpor může působit dlouhodobou nepohodu uživatele služeb.

Personál ústavního zařízení ve snaze přimět člověka k požadovanému jednání nebo naopak ho od určitého jednání odradit využívá dalšího z možné řady neetického jednání s klientem - zastrahování. Pracovník tak nerespektuje klientovo svobodné rozhodnutí a jeho právo udělat to, co považuje sám za potřebné.

Využívání infantilizace v jednání s dospívajícími a dospělými lidmi s mentálním postižením je krajně nevhodné. Dospělí lidé nebo lidé vysokého věku s omezenými rozumovými schopnostmi „nejsou jako malé děti“, není tedy nutné ve všech případech za ně rozhodovat a stavět je do pozice asymetrického vztahu rodič - dítě. Profesionál se vyhýbá výrazům, které se užívají v hovoru o dětech (např. zlobí, hajá, papá), nemluví ve zdrobnělinách, neupravuje člověku bez předchozího souhlasu oděv, netestuje jeho znalosti apod. Ve svém klientovi dovede vidět a respektovat autonomního jedince a partnera v dialogu tak dalece, jak je to jen možné.

Velkou výhodou člověka je jeho schopnost mluvit a rozumět řeči. Pro lidi s mentální retardací je obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu. Brání jim v tom jednak omezenější slovní zásoba, dále pak větší potíže v porozumění celkovému kontextu (VÁGNEROVÁ, 2002). Respektování tempa je jednou z mnoha zásad v sociální práci s klienty s omezenými rozumovými schopnostmi. Pracovník by měl v komunikaci užívat jednoduchá, přesná sdělení, pomalé tempo a pokud možno udržovat oční kontakt. Vyvíjení nátlaku na člověka s mentální retardací, aby vykonával určité činnosti rychleji než je schopen může ovlivnit pocit pohody a zavést ho do ještě větší pasivity a izolace.

Považují-li pomáhající pracovníci člověka s mentální retardací za pouhý prostředek, znamená to, že opomíjejí jeho lidství, mají jej za pouhou věc a selhávají v povinné úctě k němu jako k rozumné bytosti (POPKIN, STROLL, 2000). Tím se v praxi rozumí manipulace

bez přání nebo vědomí člověka, upravování jeho zevnějšku bez jeho souhlasu, změna polohy bez upozornění apod. Zvětčování klientů může být odrazem uzavřených a nepropustných hranic, které si vytvořili pracovníci, aby byli ušetřeni úzkosti a tíhy v kontaktu s těžkými situacemi svých klientů.

V rozporu s humanizačními trendy v péči o lidi s mentálním postižením je ignorování klientů. Pracovníci se často chovají v přítomnosti uživatele služeb jako by nebyl přítomen. Mluví o něm, v horším případě o jeho blízkých, v jeho přítomnosti s další osobou, pohybují se v jeho soukromém prostoru bez předchozího svolení, vchází do pokoje bez zaklepaní nebo si sdělují s ostatním personálem informace o klientově chování a zdravotním stavu. „*Ve vztahu ke klientovi je pracovník povinen chránit klientovo soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Žádnou informaci o klientovi neposkytuje bez jeho souhlasu*“ (Etický kodex sociálních pracovníků České republiky). Morální je jednat s klientem jako s partnerem. Pokud mluvíme v jeho nepřítomnosti, neřekneme nic, co bychom později neřekli jemu. Pomáhající pracovníci by se měli vyhýbat hodnocení svých klientů, neboť pozdější práce bez předsudků je nemožná.

Sebehodnocení člověka s mentální retardací závisí prakticky po celý život na názorech jiných lidí (VÁGNEROVÁ, 2002). Důležitou podmínkou toho, aby si klient vážil sám sebe, je uznání, respekt a ocenění od lidí, kteří o něj pečují. Pracovníci zařízení si bohužel mnohdy nejsou vědomi nekritického přijímání informací ze strany klientů. Nevyhýbají se ponižování, kterým poukazují na neúčinnost a bezcennost člověka s mentální retardací, ani chování, obsahující skrytý nebo zjevný výsměch. Tyto názory přijímá člověk s mentálním postižením zcela jednoznačně, jak danost, bez zjevné korekce. Potřeba sebeúcty je tak frustrována z nedostatku chvály a respektu ze strany pomáhajících.

Vzhledem k omezeným možnostem rozpoznat vztahy, příčina a následek, nebo porozumět dané situaci, je obviňování člověka s mentálním postižením za něco, co způsobil, nebo naopak neudělal, nesprávné. Různým nedorozuměním lze předcházet vhodně podanými informacemi, citlivým jednáním a přijetím klienta i s jeho nedostatky.

Smysl a podstata práv člověka s mentálním postižením jsou ohroženy, nerespektuje-li pracovník klientovo právo na výběr, na svobodnou volbu, nebo pokud vyvíjí nátlak na klienta, aby udělal něco co pokládá za vhodné (např. trvat na tom, aby se klient tepleji oblékl, ostříhal si vlasy, protože je to praktické, najedl se atd.). Dále se jedná o nevhodné chování pomáhajícího, kterým dává najevo, že neuznává to, co jeho klient říká nebo cítí.

Často slyšíme o stigmatizaci lidí s mentální retardací, vyjadřující odpor pracovníků ke klientovi nebo skupině klientů, jako by jejich postižení bylo nakažlivé. Můžeme hovořit o viditelném označení oděvů a jiných osobních věcí, zavedení odlišného přístupu - např. podávání jídel odlišným způsobem, izolace určité skupiny klientů pouze ve vymezených prostorách zařízení, odlišný způsob péče a další podobně neetické způsoby jednání s klienty (Standardy kvality sociálních služeb, 2002).

Je třeba upozornit na to, že v ústavech sociální péče je „problémové“ chování lidí s mentálním postižením doposud často řešeno použitím tzv. restriktivních opatření. Za restriktivní postup považujeme jednání, při kterém personál zařízení překročí hranici psaných i nepsaných etických a zvykových norem upravujících vztahy mezi lidmi. Těži přitom z moci, která vychází z jeho postavení zaměstnance ústavního zařízení.

V poslední době jsou ústavy sociální péče v České republice stále více kritizovány za používání klecových a síťových lůžek. Hlavním argumentem personálu bývá zajištění bezpečí klientů nebo jiných osob. Pravdou ovšem je, že v mnoha případech mohou zaměstnanci situaci řešit i za pomoci jiných způsobů. Možný způsob řešení této situace je odborné vzdělávání a výcviky personálu ve zvládnání afektivních záchvatů a agresivity klienta. V zemích EU užívání restriktivních postupů zákon zakazuje. Přesto i tyto právní předpisy obsahují formulace, které připouštějí jejich užití pouze v situacích ohrožení života či zdraví.

Jako další restriktivní opatření můžeme jmenovat fyzické a mechanické omezení, při kterém dochází k jakémukoli znehybnění člověka. Nepřípustné je i krátkodobé držení klienta v místnosti nebo uzamčené dveře objektu, které nemohou být zevnitř dotyčným člověkem

otevřeny. Někteří pracovníci ústavních zařízení si „ulehčují práci“ podáváním psychofarmak bez souhlasu klienta ve snaze ovlivnit nebo usměrnit jeho chování.

V některých ústavech sociální péče jsou stále porušována práva uživatelů služeb. Přesto pracovníci zařízení sami svou činnost hodnotí jako nejlepší při naplňování práv klientů - „oni přece nejlépe vědí, co klient skutečně potřebuje“, bez ohledu na právní předpisy!

Poskytovatelé si nejsou vědomi závažnosti ochrany práv klientů danou vysokým stupněm jejich právní ochrany a z toho vyplývajících nepříznivých důsledků pro personál a zřizovatele při prokázaném porušení práv člověka s mentálním postižením. V praxi se zapomíná, že ochrana práv klientů není pouze jednorázovým úkolem pro jednu pracovní poradou a zpravidla se netýká jen jednoho okruhu činností nebo jedné skupiny pracovníků (Standardy kvality sociálních služeb, 2002).

*„Organizace musí vnímat klienty jako zákazníky a přitom respektovat jejich práva, individualitu, osobní názor, soukromí, svobodné rozhodnutí či volbu. Ústav v roli poskytovatele musí vytvářet příležitosti k tomu, aby klienti mohli být sami sebou. Rozhodnutí musí vycházet vždy ze vzájemného porozumění, přitom dodržovat Etické principy a Listinu základních práv a svobod. Uživatelé sociálních služeb jsou často vnímáni společností negativně. Klíčem pro přijetí těchto lidí do společnosti je změna přístupu k nim. Právě zaměstnanci v sociálních službách musejí být mezi prvními, kteří dokážou veřejnosti svým pozitivním přístupem představit své klienty a pomoci jim se začleněním do společnosti zdravých lidí“ (PIPEKOVÁ, 2006, s.306).*

## 7.2 Zneužívání klientů v ústavní péči

Velká část společnosti si stále neuvědomuje schopnost lidí s mentální retardací a jejich práva na práci, bydlení v komunitě, volební hlas a ochranu před zneužíváním a lhostejností. Lidem s mentálním postižením se nedostává úcty, na níž mají jako občané nárok. Přes velké pokroky na všech úrovních politického i veřejného života nebyla základní práva těchto lidí

doposud plně uznána a zajištěna.

Ve všech dobách a ve všech zemích zneužíval personál své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování či jinému hrubému zacházení. Nejvíce rizikovou oblastí jsou ústavy sociální péče, v nichž žijí děti, dospělí, případně staří lidé s mentálním postižením (MATOUŠEK, 1999). Základním ukazatelem možného porušování práv je míra závislosti uživatele služeb na jejím poskytovateli. Čím více jsou klienti závislí na péči zařízení, tím pravděpodobnější je možné porušení jejich práv. Dalším rizikovým faktorem je délka poskytované služby, která bývá spouštěcím mechanismem pro snížení „ostráživosti“ daného zařízení vůči možnému porušování práv lidí s handicapem (Standardy kvality sociálních služeb, 2002).

V důsledku několika skandálů kolem týrání dětí v ústavních zařízeních se ve světě v posledních letech věnuje zvýšená pozornost této problematice. Klinická zkušenost a výzkumné práce dokazují, že děti s mentálním handicapem jsou vystaveny riziku týrání a sexuálního zneužívání ve větší míře než jejich vrstevníci, a to často bez postižení. Můžeme si všimnout řady faktorů, které tyto děti činí zranitelnějšími a rizikovějšími než děti „standardní“. Prvním rizikovým faktorem je jejich naprostá závislost na konání a úmyslech pečovatele. Závislost, která je mnohdy celoživotní, se netýká pouze potřeb citových, ale zahrnuje i naplňování tělesných potřeb, spojených s přežitím jako takovým. Pokud tuto závislost zaměstnanec ústavu sociální péče zneužije, je velmi malá pravděpodobnost a šance, že se o tom někdo dozví. Dítě často nemá nikoho, komu by se s tím mohlo svěřit. Dítě s handicapem je proti špatnému zacházení zcela bezbranné z důvodu svého mentálního i přidruženého fyzického omezení. Nemalou roli v situaci těchto dětí sehrává i izolovanost zařízení od místní komunity (PÖTHE, 1999).

Klienti v ústavech sociální péče mohou být zneužíváni i sexuálně. Nejčastěji jde o nátlakové, zneužívající aktivity vynucené fyzickými a psychologickými prostředky. O porušení zákona jde i v tom případě, kdy osoba otevřeně neprotestuje proti těmto aktivitám

(nechápe totiž dostatečně, co se s ní děje). Občas se stane, že některý ze zaměstnanců je homosexuálně pedofilně orientován a svou sexuální potřebu ukájí ve vztahu k dětem, žijících v zařízení. MATOUŠEK uvádí: „*Takto orientovaných lidí bývá v ústavech pro mládež více, než se zdá. Nicméně není nutné u všech požadovat důkladné předběžné psychologické a sexuologické vyšetření. Podstatná není latentní vloha, podstatné je chování. Až realizace sexuální potřeby ve vztahu k nevhodnému protějšku má pracovníka diskvalifikovat*“ (1999, s.120). Děti a dospívající s mentálním postižením jsou v rámci sexuální výchovy obzvláště zanedbávanou skupinou. Sexuální výchova v zařízeních sociálních služeb není vázána učebními osnovami ani závaznými pravidly. Chybí prostor věnovaný prevenci sexuálního zneužívání a obtěžování.

V České republice stále přetrvává u některých pracovníků ústavu mínění, že tělesné tresty jsou běžnou výchovnou metodou. U dětí s mentální retardací jsou zcela nesmyslné a bezpředmětné, pouze zvyšují pohotovost k agresi, a jsou také stresem se všemi možnými dopady na další duševní a tělesné zdraví dítěte. Neustálé tělesné trestání je významným rizikovým faktorem pro vznik tělesného týrání. Dítě se stane obětí v situaci, kdy tělesné napadnutí slouží jako ventil psychického napětí pomáhajícího. Ocitne se tak v pozici obětního beránka sloužícího k vybití negativních emocí mocného dospělého, bez možnosti bránit se. Ubližování dospělého si člověk s mentální retardací nedokáže vysvětlit jinak než svou vlastní špatností nebo nějakým proviněním. Násilí ze strany pečovatele prožívá jako odmítnutí, které potvrzuje jeho špatnost. Postupně může nabývat přesvědčení, že není hoden toho, aby ho měl někdo rád (PÖTHE, 1999). Na týrání nás mohou upozornit různé skutečnosti. Někdy děti nesmyslně napadají okolí, šikanují ostatní klienty, jindy jsou naopak apatické, chovají se, jako by jim bylo všechno jedno.

Postoj personálu ke klientům má být profesionální, nevyhnutelně je však také osobní. Nevyvážená osobnost může hledat ve vztahu ke klientům náhradu za konfliktní vztahy soukromé (MATOUŠEK, 1999). Daný způsob výchovy je nefunkční a nerespektuje práva lidí



s mentálním postižením. Disciplinární trestání v některých ústavech může být považováno jednoznačně za nelidské až kruté. Pracovníci ústavního zařízení by se měli vydat cestou hledání účinnějších i když složitějších výchovných postupů.

Větší bolest než fyzické trestání může za určitých podmínek představovat slovní ponižování, zastrašování či odmítání pocitů a potřeby komunikovat. Navzdory závažnosti dlouhodobých následků pro psychické zdraví člověka je psychické týrání málokdy identifikovatelné a obtížně se prokazuje.

Zneužívání klientů může mít i rafinovanější, jemnější povahu. Personál si například může přisvojovat výsledky jejich práce, klienti mohou dostávat méně stravy jako případnou formu výstrahy či trestu, zaměstnanec ústavu vyloučí člověka ve smyslu fyzickém i psychologickém např. při klubových sezeních, protože „by rušil“ ostatní uživatele, nechá klienta stát přede všemi v rohu místnosti s rukama za zády, zabráni mu v užívání osobního majetku apod.

V praxi se stále setkáváme s nerespektováním práva klientů ústavního zařízení na soukromí a zasahováním do tohoto práva nad míru nezbytnou, např. z hlediska jejich bezpečí.

V ústavech sociální péče postupně zjišťujeme značné nedostatky v zajištění profesionálního personálu. Tato skutečnost značně zvyšuje riziko násilí a ponižování lidí s mentální retardací v ústavní péči. Chybí zajištění odborných a psychologických výcviků zaměřených na práci s klienty. Zatím jen málokde je věnována péče supervizi, která je nezbytnou součástí profesionálního vzdělávání pomáhajících. Je-li supervizor zároveň pracovníkem zařízení, má na paměti v první řadě to, aby supervize pomáhala plnění úkolů organizace. Jednou z jeho legitimních funkcí je i prvek kontroly a řízení pracovníků (KOPŘIVA, 1999).

Prevence ubližování lidí s mentálním postižením by měla být přirozenou součástí systému na ochranu klientů žijících v ústavních zařízeních. Cílem prevence je předejít vzniku traumatizace člověka, zabránit jejímu pokračování a zabránit rozvoji dlouhodobých zdravotních, sociálních a psychologických následků na zdraví osob s mentální retardací. Stát

by měl učinit opatření k zamezení a důslednější kontrole používání tělesných trestů, slovního ponižování a napadání uživatelů služeb ze strany personálu. „*Je třeba prosazovat demokratizaci, zmenšování odstupů mezi pomáhajícími profesionály a klienty, maximum odpovědnosti vůči klientům, svépomoc. Ve všech situacích, v nichž je to možné, mají být klienti definováni jako partneři personálu, nikoli jako osoby podřízené či nesvéprávné*“ (MATOUŠEK, 1999, s.150).

Dosavadní praxe v ústavech sociální péče nezohledňuje citové a sexuální potřeby lidí s postižením. Ve vědomí personálu přetrvává obava, že společné bydlení mužů a žen může přinášet nečekané problémy např. nechtěné těhotenství nebo narušení denního režimu. Jejich trvalá citová deprivace a sexuální frustrace je zpravidla bagatelizována. Totéž platí o náhradních autoerotických praktikách. Někteří jedinci nezvládají techniku masturbace do té míry, aby dosáhli uspokojení. Takový problém by vyřešila jednoduchá rada. Zde ale narážíme na etický problém. Zaměstnanci ústavu se obávají z obvinění ze sexuálního obtěžování. Užíváním vhodných metod nekoitálních sexuálních aktivit však předcházíme nežádoucím nekontrolovatelným projevům sexuálního chování a celkovému emočnímu deficitu osob s mentální retardací (NOVOSAD, 2000).

Zkušenosti ze zařízení, kde žijí muži a ženy společně dokazují, že společný kontakt může přinášet i pozitiva. Klienti lépe zvládají požadavky společenského života, dělají pokroky v sebedisciplíně, v péči o hygienu, jsou k sobě více ohleduplní.

Mnohým osobám s mentálním handicapem je odpíráno právo najít si partnera, uzavřít manželství a založit s ním rodinu. Jsou to nejpřirozenější tužby, které náleží všem lidským bytostem. Rodičovství, plodnost a rizika genetického poškození plodu u lidí s mentální retardací patří mezi další závažné etické otázky o kterých se často diskutuje v odborných kruzích i laické veřejnosti. Humánní je názor, že rodičovská práva by měla být spjatá s povinnostmi. Právo plodit děti by měl mít člověk schopný a ochotný se o ně postarat. Víme, že tato schopnost ne vždy záleží na výši intelektu. Lidé s mentální retardací musí mít v prvé

řadě možnost, kam a na koho se mohou obrátit v případě žádosti o konkrétní pomoc a radu. *„Jasná životní perspektiva a působení harmonického zázemí, které citlivě podporuje touhu po partnerském soužití, je zárukou větší šance uspět při hledání partnera i při vytváření vztahu mezi mužem a ženou. Jedinci „odchovaní“ systémem ústavní péče jsou v oblasti partnerského selhání podstatně rizikovější, chybí jim pozitivní vzory a je třeba jim věnovat včasnou terapeutickou podporu psychologa, sociálního pracovníka i speciálního pedagoga“* (NOVOSAD, 2000, s.38). Někdy je potřeba člověku s mentálním postižením vysvětlit, že šťastný může být i bez dětí. U osob, jejichž sexuální vývoj dozrává a které projevují zájem o pohlavní styk je tedy potřeba řešit otázku antikoncepce. Etické je poskytovat pravdivé informace a nesnažit se vyhýbat této problematice.

Je načase přestat zavírat oči před těmito problémy a nahradit nedokonalá řešení lepšími. Toto téma musí být ve společnosti odtabuizováno. Pochopit citové a erotické potřeby lidí s mentální retardací znamená akceptovat jejich vývoj a sexuální projevy.

## 8 ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE LIPNÍK

ÚSP Lipník ve středních Čechách je zařízení pro děti a mládež s různým stupněm mentálního postižení od lehkého až po středně těžký stupeň mentální retardace. Klienti jsou nezářidka znevýhodněni i tělesným, smyslovým či kombinovaným postižením. V Domově pod lípou nachází zázemí celkem třicet klientů ve věku od tří do třiceti let. Děti přicházejí z funkčních rodin, nebo jsou z nefunkčních rodin odebírány. Náhradní domov zde nalézají děti z dětských domovů, bohužel i nejmenší děti z kojeneckých ústavů.

Ústav tedy zajišťuje týdenní či celoroční péči o hendikepované skupiny klientů v případě, že nelze péči o ně zajistit v prostředí, v němž žijí nebo žili, jiným způsobem. Pozitivním na tak dlouhodobém pobytu shledávám to, že klienti žijí po celý čas v pro ně tak důležitém a zároveň jimi preferovaném známém prostředí, se stálými přáteli a stejnými členy personálu. Nemůžu však zapomínat na škodlivé důsledky ve vývoji osobnosti dítěte, které s sebou přináší taktéž dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení. Hovořím tu o psychické deprivaci dětí, které v ÚSP Lipník vyrůstají dlouhou dobu mimo svou nebo náhradní rodinu. V řadě případů není dostatečně respektována *zásada „nejlepšího zájmu dítěte“* (OSN – Deklarace práv dítěte). Vyberu pouze některé z psychických potřeb dítěte, které mohou být v ústavu zanedbávány nebo v horším případě opomíjeny. Tak tedy například: nezbytnost prožitku někam patřit, mít domov (tedy i soukromí, svůj svět, svá tajemství), neboť blízkost k místu, které je mým domovem je velmi důležitá. Ztratí-li člověk místo, přináší to sebou i fyzický zánik. S tím souvisí potřeba sounáležitosti s rodinou, dále pak umožňující potřebu samoty a soběstačnosti, potřeba společenského uplatnění, potřeba spravedlnosti, spravedlivého hodnocení i jiných „přesahů“. Potřeba poznání (u dětí s mentálním postižením však v omezené míře), potřeba prvotních citových a sociálních vztahů. Potřeba jistoty ve vztazích, jež je pro mentálně postižené jedince obzvláště důležitá. Potřeba kontaktů v jeho různých

podobách: s dětmi stejného věku, blízkými opatrovníky a nejstarší generací, a mnoho dalších potřeb (to vše samozřejmě s přihlédnutím k individualitě dítěte s mentálním postižením, k jeho intelektovým a poznávacím schopnostem).

Člověk je bytostí biopsychosociální, která je ve vztazích a zároveň „má vztah“. Toto jmění ve vztahu člověku pomáhá k jeho sebeurčení či ke kvalitativní změně jeho postavení ve světě. Vztah k druhému, odpovědnost za druhého, porozumění sobě i druhému, možnost otevřít si svět prostřednictvím druhého je ontologickým předpokladem lidského bytí ve světě.

Budova ÚSP Lipník je velmi vkusně a vhodně zařízená. Interiér je barevně vymalován, což na člověka působí dobrým dojmem. Děti a mládež po celé budově vystavují své kresby a výrobky, neboť i to je velmi důležité k tomu, aby se zde cítily spokojeny a byly spjaty s tímto domovem. Pro klienty, kteří žijí v tomto zařízení přes týden a o víkendu se vracejí domů, se hračky od rodičů stávají důležitým pojítkem mezi ústavem a domácím prostředím.

V minulosti se upozorňovalo na problém, který s sebou přinášel nedostatek soukromí a přeplněné místnosti, ve kterých klienti pobývali přes noc. Ústav Lipník nabízí svým klientům útulné pokoje, velikosti odpovídající počtu obývajících. Místnosti jsou vkusně zařízeny dětským nábytkem. Při vstupu do pokoje je na první pohled patrné rozdělení lůžek. Každý příchozí, byť neví, komu postel náleží, ihned zaregistruje maličkosti, připomínající teplo domova. Lůžka na kterých spí děti, jež jsou v ústavu celoročně, působí chladným dojmem. Pobyt na pokojích není možný dle individuálních potřeb klientů, je vymezen denním řádem. Děti, které žijí v ústavu celoročně, nerozlišují bližší osobní věci od věcí, které využívají i klienti ostatní. Tito lidé se nenaučili mít osobní vztah k věcem, které jim patří. Proto hračky, které děti dostaly ke svým narozeninám, svátku či Vánocům, nacházíme obvykle ležet mezi ostatními ústavními hračkami.

Domov pod lípou poskytuje svým obyvatelům pedagogickou, výchovnou, sociální a zdravotnicko-rehabilitační péči. Takto pojímaná služba klade důraz na zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením. Pečovatelský model služby obvykle zahrnuje jednoduché

aktivity, v rámci nichž jde spíše o naplnění volného času klientů, než o cílené rozvíjení jejich dovedností. Tento model péče je zastaralý, avšak v ÚSP Lipník stále preferovaný. Do rámce pedagogické péče je zahrnuta výuka dětí školního věku ve dvou třídách základní školy speciální (pro děti se speciálními potřebami). Výuka probíhá ve skupince čtyř až pěti dětí. O děti se starají dva speciální pedagogové, kteří ke své profesionální výuce využívají audiovizuálních pomůcek, dětských her, pohybových her, ručních prací a malování. Vyučování je rozvrženo celkem do čtyř klasických vyučovacích hodin.

V ÚSP Lipník jsem měla možnost aktivně se zúčastnit jednoho vyučovacího dne. Práce pedagogů byla profesionální, přirozená, pro děti užitečná a zároveň i pro mě velmi přínosná v pozdějším srovnávání s prací vychovatelů.

Domov pod lípou je celkem vhodně umístěn uprostřed malé vesničky ve Středočeském kraji. Zdejší klidné prostředí lemované rozlehlými lesy, je velmi vhodné pro děti a mládež s mentálním, fyzickým či kombinovaným postižením. Nemyslím si, že jsou zde klienti izolováni a separováni od místní společnosti. Časté vycházky ve vesnici umožňují klientům vzájemné a bezproblémové styky s místními obyvateli. Stejně tak je umožněno klientům navštěvovat různé kulturní akce v jiných městech společně s ostatními dětmi (např. divadelní představení, hudební pořady, výstavy atd.). I to je velmi důležité, aby hendikepovaní lidé nezůstávali v izolaci ústavu a včleňovali se do běžného života dané společnosti.

Život dětí a mládeže z Lipníku je v této souvislosti neodmyslitelně spjat s oslavami významných událostí a svátků, s tradicí, která k těmto oslavám zcela zákonitě patří. Tradicí lze vyjádřit to, co se rytmicky prolíná v minulosti a nadále má význam pro současnost i budoucnost. Tradice je neměnná. Je to mrav, pravidlo či zákon, jenž se dědí z generace na generaci. Ač je tradice nepsaná, přesto má v sobě nemalý význam. Pro lidi s postižením (i bez postižení) představuje vytržení z každodennosti světa. Sváteční a všední můžeme pojímat jako přerušování běžného provozu něčím nevšedním. Bohužel ne pro všechny děti je změna denního režimu spojena se zábavou. Typickým znakem poznávacích procesů mentálně

postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětových stereotypů. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim jeví i více ohrožující (VÁGNEROVÁ, 2002). I na toto by především vychovatelé, kteří děti lépe znají, měli brát ohledy, neboť co upřednostňují oni, nemusí být vhodné zároveň pro jejich klienty. Toto stanovisko zohledňuje i etický kodex: „*Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni*“ (Etický kodex sociálních pracovníků České republiky).

Hovořím zde i z vlastní zkušenosti, která mi potvrdila, že vytržení dítěte s mentálním postižením z určitého denního režimu, bývá někdy vysoce deprimující. Můj klient, chlapeček se střední mentální retardací, nevidomý, čtyři roky starý, těžce snáší běžné prohlídky u dětského lékaře a s tím spojenou jízdu autem. Taktéž oslavy svátků se pro něj stávají obdobím zmatků a zbytečného strachu, kterému je vystavován.

V řadě případů je v ústavech sociální péče stále upřednostňována péče zdravotní před péčí sociální, která by se měla především zaměřovat na udržení a rozvoj adaptačních schopností klientů. Přesvědčení mnohých, že hmotné zaopatření je významnější a viditelnější než bohatství duchovní, je mylné. Dítě, žijící v naprosté čistotě, pořádku a hmotném zajištění nemusí být zákonitě šťastnější, než dítě žijící v sociálně slabších podmínkách. Sociální pracovníci by neměli ulpívat pouze na lidském zevnějšku, ale spíše dávat přednost vnitřním hodnotám člověka.

Cílem sociální práce s lidmi s mentálním postižením jak bylo výše uvedeno je poskytnutí služeb či podpory, která by měla být využívána v záležitostech, které člověk nezvládne sám.

Dalším cílem může být integrace lidí s mentálním postižením do společnosti, dále pak rozvíjení jejich schopností a dovedností. Klienti potřebují k učení příležitosti. Samotný kontakt s vychovatelem je nedostačující. Jejich možný potenciál je třeba rozvíjet za pomoci osvojení si specifických dovedností. Vychovatelé si mnohdy neuvědomují, že se člověk s mentálním postižením nenaučí dovednostem pouhým pozorováním jako člověk bez

postižení. K běžným činnostem, jakými jsou uklízení, žehlení, mytí nádobí, stlaní aj. se v Domově pod lípou dostává pouze malé procento klientů. Je to většinou mládež s lehkým stupněm mentálního postižení, které se dostává příležitosti k osobnímu uplatnění svých dovedností. Pracovní terapie je mnohdy zaměňována za činnost, která má přivést klienta k pocitu užitečnosti ze sebe sama. To je mylná představa vychovatelů, kteří se tímto zbavují svých povinností zajistit klientovi náhradní program. Ergoterapie by měla být zaměřena především na rozvoj člověka za pomoci pracovní činnosti, tedy činnosti smysluplné. Důraz je přitom kladen na odpovědnost a určitý řád, který se musí dodržovat. Cílem je pak osvojení si pracovních návyků, které by klient mohl využívat mimo ústavní zařízení. Mladším dětem se v ústavu dostává minimálního prostoru k tomu, aby se uplatnily v nějaké pracovní činnosti a byly tak vedeny k vlastní odpovědnosti. Napadá mě mnoho činností, které by děti mohly zvládnout samy nebo s pomocí vychovatelů. Je však zapotřebí ochoty pracovníků přistupovat ke každému klientovi individuálně a s trpělivostí. „*Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe*“ (Etický kodex sociálních pracovníků České Republiky). Umělecká terapie vede k usnadnění komunikace mezi klientem a pracovníkem. Pomocí verbálních i neverbálních technik můžeme zjistit, co má klient rád, co se mu nelíbí, co by rád dělal, co cítí atd. Vytvářením výtvarných děl a malováním obrázků může klient relaxovat a rozvíjet svou osobnost. Tato terapie je vhodným způsobem, jak využívat volný čas dětí, mládež a dospělých v ústavech sociální péče. V prostorách budovy ÚSP Lipník se nachází keramická dílna. Tu však využívají často jen manuálně zručnější obyvatelé domova. Chybí zde profesionálně vyškolený terapeut, který by do výtvarné terapie zapojil i klienty ostatní. Zdejší tělocvična přímo vybízí k pohybové, taneční nebo hudební terapii. Bohužel i tento prostor je v ústavu nevyužitý. Přes den se klienti věnují stereotypnímu programu. Mají jen malou možnost věci změnit. Chybí jim nové zkušenosti, které by usnadnily výběr či zkvalitnění poskytovaných služeb. Mezi klientem a pracovníkem často vzniká napětí, neboť pouhá informace o možnostech klientovi nestačí. Je zapotřebí klienta podpořit a nabídnout mu



prostor k vyzkoušení něčeho nového.

V Ústavu sociální péče Lipník vykonávají odbornou sociální práci mimo jiných nekvalifikovaní pracovníci bez patřičného vzdělání a výcviku. Organizace se to snaží obejít tím, že své zaměstnance sama proškolí. Myslím si, že samotné školení pracovníků pouze při vstupu do zaměstnání nenahradí několikaleté studium na vysoké nebo vyšší odborné škole a desítky hodin dřiny na své vlastní osobě během psychoterapeutického výcviku. Netvrdím, že znalosti mohou nahradit dlouhodobou praxi v oboru. Jsou však jednoznačně primární předností odborné práce sociálního pracovníka. Znalost psychologie, filosofie, psychoterapie či etického kodexu předurčuje rovnocenný vztah mezi člověkem s mentálním postižením a odborným pracovníkem ústavu. Sociální pracovník zohledňuje biologický věk klienta, dbá na jeho soukromí a zajišťuje jeho potřeby. Je vhodné, aby sociální pracovník zaujal ke svým klientům i jejich rodinným příslušníkům neutrální postoj. Osobní názory, hodnoty, sympatie a přesvědčení se neustále promítají do vztahu klient – sociální pracovník. Přesto je rozdíl mezi pracovníkem, který se snaží zaujmout neutrální pohled a pracovníkem, který hodnotí, na první pohled patrný. Být neutrální neznamena být pasivní nebo se vzniklému konfliktu vyhýbat. „*Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti*“ (Etický kodex sociálních pracovníků ČR).

Sociální pracovník nejlépe porozumí svému postoji či vnitřnímu konfliktu díky sebezkušenostnímu výcviku, v praxi pak díky supervizi. Karel Kopřiva ve své knize Lidský vztah jako součást profese píše: „*Smyslem sebezkušenostního výcviku je uvědomit si svá hlavní citlivá místa, dostat se do kontaktu s nejdůležitějšími vlastními emočními traumaty a najít pro ně pojmenování – aby se tak zmenšila možnost, že si terapeut (v našem případě sociální pracovník) bude své vnitřní problémy odreagovávat na klientech*“ (KOPŘIVA, 1997, s.132).

ÚSP Lipník svým pracovníkům supervizi nezajišťuje. Díky této absenci vznikají na

pracovišti problémy, které se řeší nepřiměřeným, často i neetickým způsobem. Bohužel ani fyzické trestání z ústavu nevymizelo. Chybu bychom měli hledat na straně vedoucího pracovníka, který řídí a kontroluje činnost svých podřízených, dohlíží na kvalitu poskytovaných služeb a hodnotí pracovní výsledky zaměstnanců. (!?)

*„Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání. Neustále se snaží o udržení za zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema“* (Etický kodex sociálních pracovníků ČR).

Každý pracovník je odpovědný za své jednání, což znamená, že od něj můžeme očekávat rozumnou odpověď na otázku, proč jednal takto a ne jinak.

## 9 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byla snaha popsat možná etická úskalí v sociální práci s lidmi s mentálním postižením v ústavech sociální péče.

Přestože ústavní péče je jednou z nejstarších forem péče o lidi s mentální retardací, představuje stále neprobádanou oblast. Ani listopadová revoluce nepřinesla změnu v řadě našich ústavních zařízení. Minulý režim zanechal stopy v profesním výkonu personálu, který při své práci často využívá nehumánních prostředků. Na druhé straně mladší generace pomáhajících profesionálů se snaží stále více nastolovat požadavky demokratizace života v ústavech sociální péče.

Studiem odborné literatury a vlastní zkušeností z praxe jsem dospěla k názoru, že společnost se i nadále musí učit komunikovat a žít s odlišnými jedinci. Toto by mělo být jedním z důležitých aspektů sociální práce s lidmi s mentálním postižením. Ústav by měl být otevřený veřejnosti, což by podpořilo kontrolu práce ústavů na mnoha úrovních, mj. rodinami klientů a širokou veřejností.

I když jsem se během své praxe seznámila s pracovníky, kteří s klienty jednali neetickým způsobem i v rozporu s jejich právy, poznala jsem také jiná zařízení, kde pomáhající odvádějí vysoce profesionální práci. Doufám, že nově přijatý zákon o sociálních službách, který vstoupí v platnost v roce 2007, skutečně nastolí změny v humanizaci ve vztahu k lidem s mentálním postižením v ústavech sociální péče.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ADAMOVIÁ, L.(ed.). *Základy filosofie a etiky*. Praha: Fortuna, 1998, s. 149. ISBN 80-7168-373-6

BRUGGER, W. *Filosofický slovník*. Přel. Ladislav Benyovszky, aj. Praha: Naše vojsko, 1994, s. 130. ISBN 80-206-0409-X

HARTL, P. a HARTLOVIÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s.144, 233, 507. ISBN 80-7178-303-X

HORT, V., aj. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9

JANKOVSKIÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

KOPŘIIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8

MATĚJČEK, Z. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2.rozš.a přep.vyd. Praha: SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1

MATOUŠEK, *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s.62-63, 106. ISBN 80-7178-549-0

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5

PIPEKOVÁ, J., (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozš.a přep.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0

POPKIN, R., STROLL, A. *Filosofie pro každého*. Přel. Karel Berka, Jan Pištěk, Ivana Štekrová. 2.vyd. Praha: Ivo Železný, 2005. 407 s. ISBN 80-237-2942-5

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2.rozš. vyd. Praha: G plus G, 1999. 186 s. ISBN 80-86103-21-8

PRAŽÁK, J.M., NOVOTNÝ, F. a SEDLÁČEK, J. *Latinsko-český slovník*. Praha: Česká Grafická Unie, 1948, s. 824, 1152.

PROUTY, G., aj. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Přel. Dagmar Břejlová. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-949-6

SDOROW, L.M. *Psychology*. 4th ed. Boston: McGraw-Hill, 1998. 655 p. ISBN 0-697-25285-X

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3.akt. a přeprac.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 200. ISBN 80-7367-060-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0

VOKURKA, M. a HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998, s.76, 276, 316. ISBN 8085800-81-0

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2

MATERIÁL MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4

Internetové adresy:

Informační portál Ministerstva práce a sociálních věcí, dostupné na <http://www.mpsv.cz/>

Informační centrum OSN v Praze, dostupné na <http://www.osn.cz/>

HRADÍLEK, L., BÁRTOVÁ, E. *aktuálně.cz*, 21.3.2006, dostupné na <http://www.aktualne.cz/>

## **PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Případové studie

**Příloha č. 2:** Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

**Příloha č. 3:** Fotodokumentace

## **PŘÍLOHA č. 1: Případové studie**

Klient č.1: Zdeněk (\* 2002)

Zdenda se narodil rómské matce jako čtvrté dítě, ve 26. týdnu těhotenství, byl extrémně nezralý novorozenec. Vážil pouhých 550 g a měřil 36 cm, měl stanovenou diagnózu těžké formy retinopatie nedonošených. Gravidita byla nechtěná a nesledovaná, matka po celou dobu tohoto těhotenství nedocházela do těhotenské poradny. Základní údaje o rodičích, sourozencích a rodině nejsou známy, pouze jméno a příjmení matky. Rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, soud nařídil ústavní výchovu dítěte. Kontakt s rodinou Zdendovi chybí. Dnes jsou dítěti čtyři roky.

Diagnostický závěr zní: MKN 10; F 71 mentální retardace středně těžká při dětské mozkové obrně. Amaurosis – naprostá a trvalá ztráta vidění, vrozená.

F 84.4 porucha hyperaktivní spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby. Dítě vykazuje autistické rysy. Je nutná trvalá medikace.

Do ústavu sociální péče Lipník byl Zdenda přijat ve třech letech. Předtím pobýval v Dětském domově v Kladně. V březnu roku 2003 nastoupil do mateřské školy. Zde mu byla věnována dostatečná a především profesionální péče pedagoga a sociálního pracovníka. Ze zápisů je patrné, že dítě dělalo pokroky v sebeobsluze, socializaci, hrubé i jemné motorice a lépe komunikovalo. Mnohé z těchto pokroků se u Zdendy ztratily vlivem nedostatečné kolektivní péče v ÚSP Lipník. Těžká zraková vada a hyperaktivita znemožňují celkové využití mentálního potenciálu dítěte.

Psychomotorický vývoj: Opoždění psychomotorického vývoje je výrazné. Hrubá motorika je nejlépe rozvinutá. Zdenda se stavěl sám v 16 měsících života, samostatná chůze začala ve dvou letech. Nyní je schopen chůze bez cizí pomoci, není trvale upoután na lůžko. Je velice mrštný, rychle běhá. Dokáže velmi rychle vyběhnout schody, dolů chodí velmi nerad. Odmítá chůzi s držením se za ruku dospělého. Raději chodí samostatně s rukama před sebou, aby včas zaznamenal překážku v prostoru. Velmi šikovně a rád leze po výškách.

V herně stále mapuje prostory, vyhledává možnost dělat hluk a posouvat s nábytkem. Otevírá šuplíky a dveře od skříněk. Zde vyhledává různé předměty, které v zápětí odhazuje. Hračky osahává, ocucává a odhazuje. Orientuje se výborně sluchem, jde za zdrojem zvuku, proto zde není podezření na sluchové postižení. Vycházky jsou většinou s kočárkem. Jen někdy má

náladu jít chvíli pěšky. V neznámém prostoru u něj můžeme vyzorovat strach a neklid, v této situaci často křičí. Po chvíli nejistoty si raději sedne na chodník a začne se kývat. Nedaleko zařízení se nachází dětské hřiště, kde to dobře zná. Zde se orientuje podle velké prolézačky, kterou neustále obchází a oťukává. Při této hře se zdá být „šťastný“, někdy se i usmívá.

Individuální práce s dítětem/hra: využívá ozvučené hračky, se kterými manipuluje přiměřeně, umí si je spustit, soustředí se malou chvíli na rozlišení zvuků. Ostatní hračky nevyužívá ke hře, zajímají ho malé předměty – kostičky, korálky, kolečka od autíček. Dává je stereotypně do úst, ťuká s nimi o zuby, olizuje je, záhy upažením odhazuje na zem. Zdenda je velmi aktivní, stále se pohybuje po herně a vše ohmatává. Nerad sedí na židličce či na klíně za účelem ohmatávání hraček na stole. Angažuje se v aktivitách, které pocházejí od něj.

Miluje otevírání a zavírání dveří, u této činnosti by dokázal vydržet celý den. Snažíme-li se ho od dveří odvrátit, vyprovokujeme u Zdendy agresi. Rád si pouští vodu do umyvadla, tekoucí voda u něj vyvolává smích. V herně vyndává hračky z bedny, zpět je nevkládá.

Sociální interakce: Nerad se mazlí, má rád volnost ve známém prostoru. Někdy je rád, když je pohlazený. S ostatními dětmi ani dospělými osobami kontakt nevyhledává.

V novém prostoru je dlouho úzkostný a inhibovaný. Spustí-li se u Zdendy afekt, dokáže kousat, škrábat, také se sebepoškozuje boucháním hlavy do dveří, stolu, zdi nebo o zem. Někdy až do rozbití čela.

Strava: Už od 10 měsíců věku dobře jedl lžičkou, od 13. měsíce je dobrý jedlík, doposud stále přijímá máčenou stravu. Jí překvapivě velké porce, které však odpovídají energetickému výdeji. Nedaří se ho navést na samostatné krmení, musí být stále krmen, sám na lžičku zatím nenabírá. Nedokáže pochopit souvislost mezi lžičkou a stravou na talíři. Pauza v přísunu stravy ho rozzlobí, vyvolá u něj agresi, sám chce dát najevo, kdy má dost. Po skončení jídla hlasitým pláčem a autoagresí vyžaduje přídavek. Při pití si sám vezme hrnek a pije bez cizí pomoci. Často třepe hrnkem a cáká. Krmí se na velké židličce, kde je po většinu doby upevněn na kširách. Zdeněk stoluje s ostatními dětmi.

Při trvalém pobytu v méně stimulující kolektivní péči a absenci vizuálních stimulů se u dítěte rozvíjejí klasické stereotypy – kývání, dumlání. Při posazení můžeme pozorovat výrazný hospitalismus, tehdy Zdenda ztrácí zájem o ostatní lidi a okolní svět, celé hodiny dělá jen automatické pohyby (kývání). Dítě si neustále cucá prsty a strká si je do očí.

Hygienické návyky včetně vyprazdňování: Zdenda je ochotný sedět na nočníku, bývá zde klidný. Často se i vyprázdňuje, ale potřebu nesignalizuje. Na nočníku je nucen strávit někdy i hodinu. Pleny musí nosit neustále. Při ranní hygieně jsou s ním velké potíže, při mytí je velmi



neklidný . Stále si tento rituál nepamatuje.

Řeč: Ve třetím roce se u dítěte začaly objevovat slabiky ma, pa, ne, jej. U jídla slova ham a mňam. Během čtvrtého roku života se tyto slabiky začínají postupně vytrácet.

Komunikace: Zdenda rozumí vlastnímu jménu, některým zákazům a jednoduchým pokynům.

Spánek: Spánkový režim je problematický. Zdeněk usíná okolo 20 – 21 hodiny. V noci se někdy probouzí a hlasitě drncá s postelí. Vzhledem ke zrakovému postižení nepozná, kdy je noc a kdy den. Ráno se brzy probouzí. V postýlce je Zdenda nejvíce přístupný sociálnímu kontaktu, může se zde cítit bezpečně. Zrána je v dobré náladě, v postýlce poskakuje, směje se a dovádí. Rozumí pokynům při oblékání, sám např. natahuje ručičky při oblékání trička. Ani tato činnost však nemůže trvat příliš dlouho, při oblékání stále přetrvává neklid.

Emoční ladění: Zdenda je náladové a plačtivé dítě. Veselý nebývá moc často.

Jeho výchova je velmi náročná, neboť Zdenda vyžaduje speciální přístup. V práci s ním je důležitá především trpělivost pečovatelů. Není schopen zácvičku k sebeobsluze ani jednoduché práci. Domnívám se, že individuální nebo více stimulovaná péče by mu prospěla. Vzhledem ke svým osobnostním zvláštnostem není u většiny vychovatelů oblíben. Mnoho hodin tráví uzavřen v malé ohrádce, neboť mu musí být věnována neustálá pozornost a při nadměrném počtu dětí na jednoho vychovatele to není možné. V ohrádce je zprvu plačtivý a agresivní. Později se usadí a kýve se. Občas vyhledá gumový skákací míč, na kterém poskakuje. K jedné osobě z personálu si vytvořil kladný vztah. Tato vychovatelka mu věnuje dostatečnou a láskyplnou péči. Zdenda ji pozná po hlase. Kontakt s touto osobou je pro Zdendu příjemným zpestřením dne. Tehdy lze u něj vyzorovat změnu chování a emočního naladění.

Klient č. 2: Renda (\*2002)

Renda se narodil v roce 2002 do rómské rodiny, pravděpodobně se čtyřmi dalšími sourozenci. Matce bylo 29 let, tehdy byla nezaměstnaná. Další údaje o otci či rodině nebyly v anamnéze uvedeny. Průběh gravidity je též neznámý.

Ze zápisů z pedagogicko-psychologické poradny je známo, že se jedná o chlapce, jehož umístění do rodiny by bylo velmi problematické, a proto byl Rendík doporučen k přeřazení do ústavu pro děti s autismem. Dříve pobýval v Dětském domově v Milovicích na Nymbursku. Diagnostický závěr: dle MKN-10; F 70 retardace mentální lehká, F 84 poruchy vývojové pervazivní: F 84.0 autismus dětský.

Při chronologickém věku 4 roky jsou jednotlivé složky vývoje nerovnoměrně rozvinuté. Syndrom autismu má negativní dopad na rozvoj osobnosti dítěte. Celkové psychomotorické opoždění se prohlubuje s narůstajícím věkem, výrazné je zvláště v oblasti hry, sociální komunikace a řeči.

Hrubá motorika: Renda chodí samostatně bez cizí pomoci. Při procházkách se rád chytá za ruku dospělého. Chůze ze schodů je pro něj obtížnější, stále se přidržuje zábradlí a druhého člověka. Při chůzi nahoru i dolů nestřídá nohy. Když má radostnou náladu, skáče sounož. Renda umí běhat, ale na vyzvání nepoběží. Často chodí po špičkách.

Při oblékání dokáže spolupracovat, nepamatuje si však, na jakou část těla patří daný druh oblečení.

Jemná motorika: Při kreslení čmárá spontánně na papír, často i mimo na stůl, žádnou kresbu nenapodobí. Dokáže postavit věžičku ze 3-4 kostek. Skládá-li jednoduché obrázky, dlouho mu to trvá, ale zpravidla uspěje. Rád navléká korálky na šňůru. Stránky v knize neobrací jednotlivě. Je motoricky neklidný.

Hra: Při hře se nedokáže soustředit, stále odbíhá od stolu. Často nevydrží u předkládaných hraček ani minutu. Vedení je tedy možné jen krátce. Hra je spíše na úrovni jednoduché manipulace, často nekonstruktivní se zárazy a prvky destruktivity. Na obrázcích nedokáže rozlišit zvířata, ani různé části těla. Stále poťukává prstem o knížku. Renda je výrazně neklidný a těkavý. Pozornost u něj výrazně kolísá a neudrží se potřebou dobu.

Sociální interakce: Sociální kontakt nevyhledává často, fyzický však neodmítá, dokáže se pomazlit. Do očí se dokáže dívat jen krátce. S ostatními dětmi se spontánně nekontaktuje, pouze jim bere hračky. Nesnadno si zvyká na nové situace a změny.

Strava: Renda jí samostatně velkou lžící, hodně bryndá. Často si chodí přidávat. S hrnkem zachází neobratně, proto pije z umělého, jinak mu pití z hrnka neděla větší problémy. Při jeho

stolování je používán manuální způsob omezení pohybu. Renda bývá některými vychovateli znehybněn zezadu, aby neodbíhal od stolu.

Hygienické návyky včetně vyprazdňování: Chlapec je stále na plenách. Na nočník nechodí pravidelně. Za vykonání potřeby je někdy odměněn. Tělesné potřeby však samostatně nesignalizuje. S ostatní hygienou nemá problémy.

Komunikace: Vývoj v oblasti komunikace je narušen vzhledem k pervazivní vývojové poruše. Renda rozumí základním pokynům a dokáže plnit jednoduché instrukce. Zadané úkoly však odmítá plnit. Často se však staví do role pasivního a závislého. Řečový vývoj je opožděný, René vydává nespecifikované křiky.

Emoční ladění chování: Emoční ladění je převážně pozitivní, ale obvykle s výbuchy emocí, záchvaty vzteku bez vnějších důvodů, s výrazným neklidem, který lze obtížně tlumit. U dítěte přetrvávají opakující se stereotypní způsoby chování. Vyskytuje se nepřiměřený smích.

Spánek: Se spánkovým režimem nemá chlapec problémy, pravidelně usíná a probouzí se.

# ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

## 1. Etické zásady

1.1 Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny **v dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1.2 Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3 Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4 Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5 Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

## 2 Pravidla etického chování sociálního pracovníka

### 2.1 Ve vztahu ke klientovi

2.1.1 Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí** vlastní odpovědnosti.

2.1.2 Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2.1.3 Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí.**

**Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4 Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy,** umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5 Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek** sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnání, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6 Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

2. 1. 7 **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.**

## **2. 2 Ve vztahu ke svému zaměstnavateli**

2. 2. 1 Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2 V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3 Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

## **2. 3 Ve vztahu ke kolegům**

2. 3. 1 Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních

odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2 Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2. 3. 3 Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

## **2. 4 Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti**

2. 4. 1 Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2 Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3 Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4 Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5 Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2. 4. 6 Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

## **2. 5 Ve vztahu ke společnosti**

2. 5. 1 Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2 Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3 Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4 Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám

2. 5. 5 Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

**2. 5. 6 Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.**

### **Etické problémové okruhy**

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

#### **A. Základní etické problémy jsou**

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

#### **B. Další problémové okruhy,**

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

#### **C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,**

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

#### **Postupy při řešení etických problémů**

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.



**PŘÍLOHA č. 3: Fotodokumentace**

**Ústav sociální péče Lipník**





















**PŘÍLOHA č. 3: Fotodokumentace**

**Ústav sociální péče Lipník**



















## *Resumé*

písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem:

### **Etická úskalí v sociální práci s lidmi s mentálním postižením v ústavech sociální péče**

Autorka: Petra Mouchová

Na začátku bakalářské práce se věnuji vymezení základních pojmů: především mentální retardace a etika. Pracuji při tom se třemi slovníky: psychologickým, slovníkem sociální práce a lékařským. V další podkapitole se zabývám hlouběji etikou, která by měla být neodmyslitelnou součástí každodenní práce sociálních pracovníků. Při zpracování tématu jsem narážela na nedostatek odborné české literatury z této oblasti, přestože je profesní etika velmi diskutovaná v odborných kruzích.

V další kapitole se zabývám klasifikací mentální retardace. Navazuji částí, popisující život lidí s mentálním postižením, pobývajících v ústavech sociální péče. Věnuji se sociální práci s danou skupinou, která se neomezuje pouze na péči pracovníků v ústavech, ale i na alternativní formy péče lidí s mentálním postižením. Zvažuji možnost umístění dětí z ústavů do náhradní rodinné péče.

Práce zhodnocuje možná rizika institucionalizace a seznamuje s možnostmi zkvalitnění sociálních služeb v této oblasti.

Ve své práci upozorňuji na některé zaměstnance ústavních zařízení, kteří ne vždy pracují podle etického kodexu. Připomínám možnost psychického a tělesného ubližování i sexuálního zneužívání klientů. V posledních kapitolách jsem se zaměřila na charakteristiku ÚSP Lipník pro děti a mládež s mentálním postižením, kde jsem přímo pracovala s dětmi, jejichž případové studie jsou součástí přílohy

# OPONENTSKÝ POSUDEK

## na bakalářskou práci

*Jméno studentky:* Petra Mouchová

*Název práce:* Etická úskalí v sociální práci s lidmi s mentálním postižením  
v ústavech sociální péče

*Celkový počet stran :* 61

*Počet kapitol :* 9 , *podkapitol 1.řádu:* 15 , *podkapitol 2.řádu:* 6

*Počet literárních pramenů :* 22, *internetových zdrojů :*3 (celkem 25)

*Přílohy :* 3, *fotodokumentace:* 12 obrázků

*Volba tématu :* Práce se zabývá tématem vhodně voleným pro zaměření školy. Toto téma je obecně na okraji zájmu, i když je velice potřebné mu věnovat pozornost.

### *Obsah kapitol*

Autorka je velmi dobře orientována ve zvolené problematice, s literaturou umí pracovat, dovede uvažovat o přečteném, kriticky hodnotit a vyslovovat vlastní názor. Pojmy zpracovává důkladně, sleduje i jejich etymologický původ.

Jednotlivé kapitoly jsou spojeny plynule a vzájemně na sebe navazují. Práce je plánovitě členěna a rozmyšlena.

Setkala jsem se s její prací v průběhu její tvorby a přesvědčila jsem se, že pracuje samostatně, systematicky a ukázněně. Její postoj k práci byl zodpovědný a uvážlivý. Práce má část teoretickou a praktickou. V teoretické části oceňuji zdařilé a promyšlené skloubení názorů jednotlivých autorů, jejichž tvrzení dovede říci vlastními slovy a nepoužívá nadměrně a zbytečně, jak se často v bakalářských pracích stává, přímých citací.

Formální úprava práce je vzorná. Způsob citací je zcela podle předepsané normy. Gramaticky se autorka vyjadřuje správně.

### *Připomínky*

Teoretická část nemá vyznačeny vlastní názory, spíše imponuje jako uvážená a dobře provedená kompilace zmiňovaných autorů. Vlastní názory jsou dobře patrné až v praktické části.

Přílohy navazují ve stránkovém číslování na kmenovou část. Vhodnější je číslovat v Příloze stránky od začátku.

### *Výtky*

Na s.6, kde je dvakrát citován Pražák, by mělo podruhé být za jménem „tamtéž“, je citováno jen jméno a stránka.

Na s.43 má být mezi jmény Popkin a Stroll „a“.

Na s.46 2 ř.zdola má být na niž místo na níž, jde o akuzativ.

### *Závěr*

Práce má velmi slušnou úroveň, téma je pečlivě zpracované. Formální stránka splňuje všechny požadavky. Doporučuji ji k obhajobě a příznivému přijetí.



MUDr. Olga Dostálová, CSc.



# PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Studijní obor: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

## POSUDEK BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autorka: **Petra Mouchová**

Název práce: **Etická úskalí v sociální práci s lidmi s mentálním postižením v ústavech sociální péče**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Havránková**

Předložená bakalářská práce si klade za cíl zmapovat etická úskalí, která pojmenovává název. Autorka prošla praxí v ústavním zařízení pro lidi s mentální retardací a byla svědkem situací, které ji vedly k zamyšlení nad úrovní etického přístupu personálu ústavů k hendikepovaným lidem.

Autorka nejprve prozkoumala jev mentální retardace, zabývala se jeho příčinami, věnovala se zvláštnostem lidí s mentální retardací. Načrtla obrysy sociální práce lidí s mentálním postižením, nastínila, co je ústavní péče, jak vypadá a jakým prochází vývojem. Zvláště se zaměřila na kvalitu sociálních služeb v ústavech sociální péče a na práva lidí s postižením.

Autorka ve své práci prokázala svou kompetenci formulovat, usuzovat, propojovat teorii s praxí, pracovat s literaturou. Práce byla psána samostatně, autorka byla zaujata svým tématem, které právem považuje za velmi významné pro další vývoj sociální práce u nás.

Předložená bakalářská práce splňuje všechny obsahové i formální náležitosti. Je přehledná, srozumitelná, v případě dalšího prohloubení tématu v práci diplomové by jí slušelo zúžení záběru.

Práci doporučuji k obhajobě s hodnocením **výborně**.

V Praze, 8.9.2006

PhDr. Olga Havránková

