

# **Životní obtíže a problémy specifických skupin**

**Sociální okolnosti, které přiměly obyvatele Ústavu sociální péče ve Starém Městě k využití rezidenční služby.**

Emilie Sobková

---

červen 2006



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
Univerzitní institut

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Univerzitní institut

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2005/2006

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Emilie SOBKOVÁ**

Studijní program: **B 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Životní obtíže a problémy specifických skupin**

Zásady pro vypracování:

1/zpracování teoretické studie

2/zpracování rešerží k praktické části

3/zpracování metodologické složky práce

4/zpracování kombinované metodiky výzkumu

5/zpracování závěrů a doporučení

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Cangelosi, J.S. Strategie řízení třídy. Praha: Portál, 1994.

Martin, M.et.al. Jak řešit problémy dětí se školou. Praha: Portál, 1997.

Pařízek, V. Učitel v nezvyklé školní situaci. Praha: SPN, 1990.

Říčan, P. Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha: Portál, 1996.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Soňa Vávrová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**3. března 2006**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**13. června 2006**

Ve Zlíně dne 3. března 2006



prof. Ing. Roman Prokop, CSc.

*prorektor*

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.

*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce předkládá základní informace o ústavní péči obecně, o životě znevýhodněných jedinců v Ústavu sociální péče ve Starém Městě a o příčinách, které přivedly tyto lidi k využití rezidenční služby.

Vypovídá o problémech a obtížích lidí s mentálním postižením a o hledání nových cest, vedoucích ke zlepšení kvality jejich života prostřednictvím integrace, normalizace a humanizace. Součástí této práce je anketa o humanizaci života lidí využívajících sociální služby.

V praktické části pak narativní rozhovor s uživatelem Ústavu sociální péče ve Starém Městě a příklad analýzy případu.

**Klíčová slova:** ústav sociální péče, mentální postižení, normalizace, integrace, humanizace

## **ABSTRACT**

Bachelor s work introduces basic general information about the institutional care for the mentally ill, about the life of disabled people living in The institution of social care in Stare Mesto and about cause which brought these people to use residenta services.

It tells us about probléme and difficulties of the mentally ill people and about Cindiny some new wals to také Berger care of them through the ontegration, normalisation and humanity. There is a public inquiry which tells us about humanisation of the life of the people usány the social services, as a part of the work.

In the practical part of the work there is an interview with one of the resident sof The institution of social cere in Stare Město. Also an analysis of a case can be found here.

**Keywords:** institutional care, difficulties of the mentally, integration, normalisation, humanity

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Soni Vávrové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také paní Jančaříkové Ludmile, vedoucí Ústavu sociální péče ve Starém Městě za vstřícnost a laskavost.

V neposlední řadě děkuji všem klientům, kteří mi poskytli informace a nové zkušenosti.

## OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 ÚSTAVNÍ PÉČE .....</b>	<b>11</b>
1.1 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY ÚSTAVNÍ PÉČE .....	13
1.2 RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE.....	15
<b>2 CHARAKTERISTIKA OSOB ŽIJÍCÍCH V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE .....</b>	<b>19</b>
2.1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....	19
2.1.1 Příčiny mentální retardace a možnosti prevence.....	24
<b>3 OKOLNOSTI VEDOUcí K VYUŽÍVÁNÍ REZIDENČNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....</b>	<b>28</b>
3.1 ALTERNATIVY K ÚSTAVNÍ PÉČI.....	30
3.2 MOŽNOSTI PODPORY RODINY .....	30
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
<b>4 METODOLOGICKÁ KAPITOLA .....</b>	<b>35</b>
<b>5 ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE VE STARÉM MĚSTĚ .....</b>	<b>36</b>
<b>6 SOCIÁLNÍ PROBLÉMY RODIN S DÍTĚTEM S POSTIŽENÍM .....</b>	<b>40</b>
6.1 DRUHY PORUCH VÁZANÉ NA JEDNOTLIVÉ FUNKCE RODINY: .....	41
6.2 ROZDĚLENÍ PORUCH FUNKCÍ RODINY PRO ÚČELY VÝZKUMU .....	42
<b>7 SOCIÁLNÍ OKOLNOSTI VEDOUcí K UMÍSTĚNÍ OBYVATEL DO ÚSP STARÉ MĚSTO .....</b>	<b>45</b>
7.1 ANALÝZA ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU VYBRANÝCH KLIENTŮ .....	47
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>59</b>

## ÚVOD

Životní obtíže a problémy specifických skupin, potažmo lidí s mentálním i kombinovaným znevýhodněním, se staly námětem pro zpracování této bakalářské práce. Pracuji v ústavu sociální péče pro dospělé a s těmito lidmi jsem v každodenním pracovním kontaktu. Zajímalo mě, jaké sociální okolnosti přiměly obyvatele tohoto residenčního zařízení k využití jejich služeb. Překvapivé bylo pro mě zjištění, že někteří uživatelé strávili za zdmi různých sociálních zařízení podstatnou část svého života. To mě přimělo k myšlence porovnat současné trendy v ústavnictví s těmi minulými, nastínit postoj společnosti k lidem s mentálním postižením dnes a několik desítek let zpět a změřit kvalitu nebo vyspělost společnosti podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy-poněvadž společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.

V oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. Hlavními úkoly v této oblasti je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin obyvatelstva před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním služeb. Klade se důraz na důstojnost, rozvoj nezávislosti a autonomie každého člověka – uživatele sociálních služeb, jejich účast na běžném životě a zejména respekt k jejich přirozeným i občanským právům.

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí.

Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace. Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je ale to, jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří je využívají. Zaváděním standardů, které jsou orientovány na podporu nezávislosti na sociální službě, přispěje ve svém konečném důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoliv plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem. Očekávaným vý-



sledkem těchto změn je zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby. To by mělo vést k rozvoji alternativních sociálních služeb a snížení počtu čekatelů na ústavní péči. Sociální služby se pak stanou opravdu veřejnou službou, která je včas dostupná všem, kdo ji potřebují.

Bylo by jistě nejlépe, kdyby všichni lidé s mentálním postižením mohli žít samostatným životem, ale mnohým z nich v tom brání závažnost jejich postižení a tito lidé pak potřebují humánní, laskavou, ale dobře technicky a personálně zajištěnou každodenní pomoc.

Cílem této práce je seznámit veřejnost s tím, že i ústavní péče se dá proměnit v „přátelské sociální služby.“ Výsledky získané zpracováním ankety o humanizaci ústavu vypovídají o změnách v myšlení pracovníků sociální péče. Základním návodem je vždy schopnost podívat se na službu očima jejího uživatele.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚSTAVNÍ PÉČE

Postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době procházejí vývojem plným různých peripetií. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk s mentálním postižením „patří“ do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli nezřídka svým okolím považováni za „podivíny“, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z něhož „stejně nikdy nic nebude“. Tyto předsudky se tradovaly velmi dlouho a byly často zdrojem velkých nedorozumění i uvnitř rodin dětí s mentálním postižením. Vedly nezřídka k tomu, že rodiče své postižené děti skrývali, jednak před nepochopením svého okolí, jednak ze strachu, aby je „nemuseli dát do ústavu“. Jak shodně uvádějí matky dětí s Downovým syndromem, byli již v porodnicích lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky přesvědčovány, aby si dítě ani nebraly domů, aby si na ně nezvykaly a hned po narození je předaly do ústavní péče. Není známo, jaký zájem mají zdravotníci na tom, aby děti s postižením byly svěřovány institucím, ale u mnohých z nich tento přístup tvrdošijně přetrvává.

Ústavy sociální péče jsou podle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuelně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a jednak v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se však v praxi nedodrhuje a rozdíly mezi ústavami pro mládež a pro dospělé se postupně stírají, což je vzhledem k mentálnímu věku uživatelůne zcela logické.

Pro mentálně postižené se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání. V některých případech suplují práci škol a mateřských škol, kam by děti s mentální retardací měly být zařazovány. Perspektivně se předpokládá, že děti s mentální retardací již nebudou osvobozovány od povinného vzdělávání a ve věku povinné školní

docházky budou povinně navštěvovat školy. V péči o dospělé tato zařízení supluje činnost chráněných pracovišť, kam by dospělí lidé s mentálním postižením měli docházet.

Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny mentálně postižených dětí představují velkou pomoc. Rodina v průběhu týdne může žít běžným či srovnatelným způsobem života jako jejich okolí, životem, kdy rodiče mohou vykonávat svá zaměstnání a dostatečně se věnovat svým nepostiženým dětem. O víkendu se mohou starat o dítě se specifickými potřebami, které tak neztrácí kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi. Děti v týdenních zařízeních zpravidla žijí velmi spokojeným životem, protože se mají stále na co těšit. V průběhu týdne se těší domů na rodiče a sourozence a koncem víkendu již zase vzpomínají na své kamarády v zařízení a chystají se za nimi.

Umístění dítěte do ústavu s celoročním pobytem znamená velmi vážné rozhodnutí, které rodičům často přináší výčitky svědomí a traumata z pocitu selhání. Péče o některé děti (i dospělé) s mentálním postižením je však natolik náročná, že někdy není v silách rodičů, zejména matky, na níž zpravidla leží největší část tohoto těžkého úkolu, potřeby postiženého člověka dlouhodobě uspokojovat. Její vyčerpání se pak promítá do výchovy sourozenců postiženého dítěte, do partnerského soužití a často dochází k rozpadu rodiny nebo její izolaci od ostatní společnosti. K této situaci se mohou připojit i problémy ekonomické, problémy bytové a situace rodiny se postupně stává neúnosnou a umístění postiženého člena rodiny v ústavu sociální péče bývá jediným možným řešením.

Nabídnout rodině pomoc při péči o dítě s mentálním postižením je povinností každé kulturní společnosti. Nemusí to však být vždy péče institucionální, což v našich podmínkách znamená umístění dítěte v celoročním ústavu. Ústavní péče je stále častěji zdrojem kritiky ze strany rodičů postižených dětí i zainteresované veřejnosti. V posledních letech se objevili i jejich radikální odpůrci, kteří začali ústavy označovat jako „koncentráky“ apod. a dožadovali se jejich rychlé likvidace.

## 1.1 Charakteristické znaky ústavní péče

„Podle zákona č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení, se v ústavech sociální péče pro mentálně postižené poskytuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby osobní vybavení a umožňuje se s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění. V ústavech pro děti a mládež se má poskytovat též výchova a vzdělávání.“<sup>1</sup> Ústavy sociální péče mají dosud v péči o lidi s mentálním postižením ničím nezastupitelné poslání a plní úkoly, na jejichž plnění není v současné době připravena žádná jiná instituce ani žádný jiný subjekt. Představy o jejich okamžitém zrušení jsou proto nejen naivní, ale i nezodpovědné. Na tom nic nemění skutečnost, že současné, zejména velké ústavy sociální péče poskytují péči do značné míry nehumánní, působí represivně, segregáčně a nerespektují základní lidská práva svých klientů, včetně jejich ústavou garantovaného práva na vzdělání.

Proto lze jenom přivítat skutečnost, že hlavním cílem sociální politiky v oblasti ústavní péče je zahájení transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené a přípravou nového zákona o sociálních službách.

„Současný postoj k ústavům sociální péče se promítá do hledání nových cest, které by vedly ke zlepšení péče o lidi s těžkými formami postižení, a lapidárně se dá vyjádřit třemi základními trendy: **integrace, normalizace a humanizace**.“<sup>2</sup>

O integraci lidí s mentálním postižením bylo již mnoho napsáno, podstatně méně potom realizováno. Ve svém principu představuje **integrace** překonání nepřirozeného oddělení lidí s mentálním postižením od světa lidí nepostižených, zdravých. Integrace nepředstavuje negaci mentálního postižení, takže nelze počítat s tím, že všichni lidé s mentálním postižením se plně zapojí do světa nepostižených. Jinak vyjádřeno, jen určité, nevelké množství lidí mentálně postižených je schopno plně se integrovat do společnosti. Jsou to zpravidla

---

<sup>1</sup> CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP, 2002.

<sup>2</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001, str. 12.

lidé jen velmi lehce postižení, dobře sociálně zakotvení, kterým však ani dosud nikdo v jejich integraci nebránil. Integrace má své velké možnosti, ale i své limity.

Požadavek **normalizace** v ústavní péči znamená, že i postižení lidé mají a často mohou žít poměrně normálním životem, podobně jako jejich nepostižení spoluobčané. Mohou chodit do školy a v dospělém věku do zaměstnání, mohou mít své přátele a blízké lidi, mohou mít své zájmy a koníčky, mohou mít i svůj majetek a věci, které jim zpříjemňují život.<sup>3</sup>

Představa člověka s mentálním postižením uzavřeného za zdmi ústavu a trávícího většinu svého života na lůžku, v místnosti připomínající nemocniční pokoj je z tohoto hlediska velmi nehumánní a nemoderní, i když víme, že v ústavech sociální péče žijí i velmi těžce postižení jedinci, u nichž všechny snahy o zlepšení kvality jejich života silně narážejí na jejich vlastní limity.

S oběma těmito trendy těsně souvisí a podmiňuje je **humanizace**, a to nejen humanizace péče o postižené, ale humanizace celé společnosti, která ve svých postižených spoluobčanech uvidí a bude respektovat rovnoprávné členy vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče a jež jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost.

Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření podmínek pro jejich život. I lidé s mentálním postižením by měli mít možnost rozvíjet své lidské kvality, uplatnit všechny své lidské schopnosti a navazovat lidské vztahy. Ti, kdo jsou nepostižení, schopní a zdraví, by měli něco se svých potencialit umět věnovat těm, k nimž byl osud méně laskavý.

---

<sup>3</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

## 1.2 Rizika ústavní péče

Ústavní péče je stále častěji zdrojem kritiky. V posledních letech se objevili i její radikální odpůrci a dožadovali se jejich likvidace. Protipólem tohoto přístupu je představa, že v ústavní péči o lidi s mentálním postižením je všechno v pořádku a není třeba na ní nic podstatného měnit. Do dnešních dnů se někteří pracovníci sociálních služeb domnívají, že mentálně postiženým k životu stačí zdravotní péče analogická péči při pobytu v nemocnici. Za zbytečné považují zajištění soustavného vzdělávání dětí ve věku povinné školní docházky, a to i v současné době, kdy se připravuje nový zákon o vzdělávání, v němž by v souladu se zvyklostmi zemí Evropské unie měl být zrušen paragraf o osvobození dětí od povinného vzdělávání. Některá zařízení si nedělají starosti ani s pracovním uplatněním svých klientů, ani s jejich zájmovými a rekreačními aktivitami a o integračních možnostech vůbec neuvažují. Každodenní přemíra „volného času“, v němž se u některých mentálně postižených, kteří ještě zcela neupadli do apatie, projevuje „neklid“, „nekázeň“ či „agresivita“, se pak řeší podáváním tlumivých léků nebo prášků na spaní. Tato praxe se týká zvláště velkých ústavů se zdravotnickým režimem, takže postihuje poměrně velký počet osob s mentální retardací.<sup>4</sup>

### Cesty ke zlepšení kvality života lidí v rezidenčních zařízeních sociálního typu

Cesty k humanizaci života lidí s postižením mohou být velmi rozličné a každý o nich může mít svoji vlastní představu. Názory a představy lidí, kteří pracují v ústavech sociální péče, jsou opřeny o jejich vlastní praktické zkušenosti a o konkrétní znalost potřeb lidí s mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že v této oblasti není k dispozici dostatek studií a odborná literatura, z níž by bylo možno vycházet, opírám se o výsledky ankety, která byla uvedena v knize I. Švarcové.<sup>5</sup> Anketa byla zaměřena na získání autentických názorů pracovníků, kteří jsou s lidmi s mentálním postižením v každodenním kontaktu. Svě před-

---

<sup>4</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

<sup>5</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001, str. 140 – 144.

stavy o možnostech humanizace ústavní péče o osoby s mentálním postižením písemně sdělilo 28 pracovníků ústavu sociální péče pro mentálně postižené s celoročním provozem, ve věkovém rozpětí od 22 do 58 let, mezi nimiž byli 3 muži a 25 žen.

Výraz „**humanizace života**“ podle mínění účastníků ankety vyjadřuje fakt, že rovnost šancí pro všechny byla porušena a že má být vytvářeno trvalé úsilí o její obnovení. Toto úsilí má vynakládat celá společnost jako svou povinnost vyplývající z vědomí naprosté rovnosti všech lidských bytostí.

Každé zařízení, denní, týdenní i celoroční by se mělo snažit o zlepšování kvality života každého jedince. Především je zapotřebí:

- rozvíjet možnosti a schopnosti každého klienta a posilovat jeho sebevědomí
- snažit se o integraci
- přejmenovat zařízení, aby to nebyl ústav, ale třeba Domov Duha
- kultivovat bydlení: snížit počet osob v jedné místnosti
- ložnice změnit na obývací pokoje
- umožnit dětem pohyb na zemi, na kobercích
- minimalizovat zdravotní personál a nahradit ho pedagogickými pracovníky
- otevřít dům pro všechny návštěvy
- vyjít a vyjet na vozících mezi lidi
- provádět nácvik zvládnání samoobslužných činností
- prosadit zřízení školy: přípravné, rehabilitační, večerní
- prosadit zavedení pracovní terapie
- pořádat prodejní výstavy výrobků: představují styk klientů s okolím
- zajistit možnost práce mimo ústav



Stále více jsou nastolovány požadavky demokratizace života v ústavech:

- Obyvatelé dostali nové označení: klienti. Klient je ten kdo si platí svůj pobyt v zařízení. Je ústavnímu personálu rovnocenným partnerem.
- Klient má právo na určité soukromí, každý kdo vstupuje do jeho pokoje by měl zaklepat.
- Klient si nemusí denně ráno měřit teplotu.
- Klient má právo na správné a slušné oslovování. V žádném případě se dospělí klienti neoslovují Franto, babi, dědo. Zdraví lidé v civilizovaném světě by si tuto familiárnost také stěžii nechali líbit. Tykání je vhodné v případě, že si je někdo vysloveně přeje nebo je mezi klienty a personálem vzájemné.
- Klient má právo vyslovit své názory, sdělit své pocity.
- Když nemá hlad, nemusí jíst, nikdy nemusí jíst to, co mu nechutná.
- Může si uvařit čaj nebo kávu nebo o ně požádat.
- Má právo převléci si šaty.
- Má právo jít na procházku i sám, pokud je toho schopen.
- Klient se může podle svých schopností podílet na chodu ústavu, např. pomáhat v jídelně, při úklidu, zalévat květiny, shrabat seno, česat ovoce.
- Je třeba hledat smysluplný způsob existence. Umožňovat klientům, aby se měli stále na co těšit (vycházky, výlety, cesty vlakem, autobusem, návštěvy divadel, koncertů, besídky, taneční zábavy).
- Klient by se měl účastnit práce v chráněné dílně, k níž by měl být motivován finanční odměnou.
- Věřícím klientům umožnit účast na mších v kostele.

**Závěr z ankety**

Humanizace v ústavech sociální péče spočívá v zásadních změnách postoje ke klientovi, v respektování jeho důstojnosti, nedirektivním přístupu, v nahrazení paternalistického přístu-

pu přístupem partnerským. V ústavech je zapotřebí vytvářet atmosféru klidu a pochopení, dát najevo, že nás problémy klientů opravdu zajímají, bránit se syndromu vyhoření.

„Neexistuje nějaký celkový návod, ale opět platí, že každá instituce má svůj individuální osud, své individuální podmínky a je třeba hledat individuální cestu. Ale základní návodem je vždycky schopnost podívat se na člověka, který je předmětem tzv. péče jako na spoluobčana“.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004.

## 2 CHARAKTERISTIKA OSOB ŽIJÍCÍCH V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE

V ústavech sociální péče nacházejí své domovy lidé se zdravotním handicapem, lidé s mentálním postižením či s kombinovanými vadami. Taktéž lidé se smyslovým postižením a lidé, kteří hledají domov ze sociálních důvodů.

### 2.1 Mentální retardace

#### Charakteristika osob s mentální retardací<sup>7</sup>

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- lehká mentální retardace
- středně těžká mentální retardace
- těžká mentální retardace
- hluboká mentální retardace
- jiná mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace

#### **Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F 70)**

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

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

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi pro-

---

<sup>7</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

spívá výchova a vzdělání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče a podobně.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je artismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost
- lehkou mentální subnormalitu
- lehkou oligofrenii

**Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F 71)**

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají úplně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní.. někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský artismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené

verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích o těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu
- středně těžkou oligofrenii

### **Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)**

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu
- těžkou oligofrenii

### **Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)**

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a při nejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potře-

by a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluže.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu
- hlubokou oligofrenii

### **Jiná mentální retardace (F78)**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzoricke nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s artismem či u těžce tělesně postižených osob.

### **Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné se shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS
- mentální subnormalitu NS
- oligofrenii SN

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ85-69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně vyvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin než je poškození mozku (sociální zanedbalost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady a podobně), se nepovažují za mentálně postižené.

### 2.1.1 Příčiny mentální retardace a možnosti prevence

Při narození mentálně postiženého dítěte nebo při pozdějším odhalení jeho mentální retardace se zájem rodičů dítěte i jejich okolí často zaměří na otázku příčiny této skutečnosti.

Žádají od lékařů jasné a jednoznačné vysvětlení, jak a proč k mentálnímu poškození dítěte došlo. K tomuto zájmu je vede nejen obava, aby se postižení neopakovalo při případném narození dalšího dítěte, ale nezdůvěřivost i přání najít toho, kdo tuto skutečnost „zavinil.“

Žádný viník však obvykle neexistuje. K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku

mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska. Hledisko akcentující dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezo-  
hledňovalo vlivy genetické.

Mentální opoždění může být způsobeno jak příčinami endogenními-vnitřními, tak exogenními-vnějšími. Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mo-



hou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. Exogenní faktory se dále člení podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Jako **nejčastější příčiny mentální retardace** se uvádějí:

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce ( př. zarděnková embriopatie, kongenitální syfilis )
- postnatální infekce ( př. zánět mozku )
- intoxikace ( toxémie matky, otrava olovem )
- kongenitální toxoplasmóza

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie

Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza-kretenismus, fenylketonurie a další).

Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).

Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).

Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).

Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů).

Vážné duševní poruchy.

Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek).

Jiné a nespecifické etiologie.

Následky poškození mozku, bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako encefalopatie.<sup>8</sup>

Mentální postižení poměrně často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti, nebo dokonce zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektová i vzdělanostní úroveň je nízká. Podnětnost takového rodinného prostředí bývá nedostatečná. Tito rodiče své děti nepříznivě ovlivňují dvojitým způsobem:

- předávají jim horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností
- nejsou schopni poskytnout jim přiměřenou výchovu, protože na ni sami intelektově nestačí.<sup>9</sup>

Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen, dá se s mírnou nadsázkou říci, že se nachází spíše na počátku než v závěrečných fázích svého vývoje. Jeden z nejvýznamnějších autorů prací o mentální retardaci, K. Matulay, uvádí, že všechny dosud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámý, respektive neurčený původ. Další vývoj poznání v této oblasti, k němuž v poslední době přispívá i nové technické vybavení klinických pracovišť např. počítačovými tomografy, by měl vést k odhalování dalších možných příčin mentální retardace, které jsou dosud neznámé, a k jejich prevenci.

Cestou do slepé uličky pro rodiče mentálně postižených dětí je usilovné a neutuchající hledání příčin mentálního postižení v těch případech, na něž medicína dosud nezná odpověď. Cestou ke zhoubě rodiny je pokus hledání viny a viníků tam, kde žádná vina neexistuje.

---

<sup>8</sup> RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2003.

<sup>9</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.

je. Tímto přístupem pak trpí celá rodina i postižené dítě, které, ať jeho postižení předcházelo a jeho příčinou se stalo cokoli, je vždycky nevinné.

Jedinou schůdnou cestou k řešení těžké situace, do níž se dostává každá rodina, ve které se narodilo postižené dítě, je aktivizace sil a převzetí a spravedlivé rozdělení odpovědnosti ve společné péči o ně.<sup>10</sup>

Aby byl výčet uživatelů rezidenčních zařízení sociálního typu úplný, je třeba se zmínit, že v těchto zařízeních nacházejí své domovy i lidé s psychiatrickou diagnózou, často v kombinaci s jiným handicapem. Mentálním nebo somatickým.

---

<sup>10</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

### 3 OKOLNOSTI VEDOUcí K VYUŽívÁNí REZIDENČNí SOCIÁLNí SLUŽBY

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emoční stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Optimistický přístup k možnostem rozvoje dětí s mentální retardací vede ke stále důraznějšímu akcentování funkce rodiny pro život a vývoj dítěte.

Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost, někteří autoři zejména narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která může člověka v životě potkat. Ve svém dítěti už před jeho narozením většina lidí vidí pokračovatele sebe sama a celého svého rodu, dědice všech svých schopností a dobrých vlastností. Do dětí vkládáme své naděje, očekáváme od nich splnění svých tužeb a přání a naplnění smyslu svého života.

Poznání rodičů, že s jejich dítětem „není něco v pořádku“, pro ně obvykle znamená veliký šok. Radost a naděje zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu a nezdělanosti i pocit viny za to, že právě jejich dítě není takové jako ostatní. Většina lidí se totiž domnívá, že mají „právo“ na zdravé dítě a v narození postiženého dítěte vidí obrovskou „nespravedlnost“. Bývá těžké rodičům vysvětlit, že právo na zdravé dítě-bohužel-nikdo uzákonit nemůže a že příroda bývá mocnější než lidská spravedlnost. Pocitem křivdy nad narozením postiženého dítěte se člověk musí protrpět. Nakonec by však měl najít sílu přijmout dítě takové, jaké je, a snažit se je vést a vychovávat tak, aby jeho život byl co nejšťastnější, nejpřirozenější a nejlidštější. Rodiče dospělých mentálně postižených dětí, kteří se smířili s osudem a přijali těžký úkol vychovávat mentálně postižené dítě, nebývají nešťastní. Ve svém dítěti velmi často nacházejí tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy neopustí, nezradí, ale ani záměrně a úmyslně nezarmoutí.

Skutečnost, že se narodilo postižené dítě, zastihne většinou oba jeho rodiče zcela nepřipravené. Nevědí a nechápou, co se s jejich dítětem stalo, nevědí, jak bude jeho vývoj pokračovat a co všechno je v životě čeká. Nevědí, jak s dítětem zacházet, jak s ním jednat, jak jej vychovávat. Bohužel je stále ještě nedostatek kvalifikovaných a dostatečně citlivých odborníků, kteří by mohli pomoci rodičům v řešení mnoha složitých, ale i zcela praktických každodenních problémů.<sup>11</sup>

Ne nadarmo se říká, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny. Rodina s postiženým dítětem se musí vyrovnat i s různými předem nepředvídatelnými reakcemi svého okolí. Někteří přátelé a známí odejdou. Třeba ani ne proto, že by byli zlí, mohou být pouze zaskočení situací a nevědí, jak reagovat na dítě ani jak se chovat k rodičům. rodiče postižených dětí bývají přecitlivělí a mohou i zcela nevinnou poznámku nebo dotaz pochopit jako netaktnost a projev bezcitnosti.

I na netaktní a necitlivé poznámky si však musí časem zvyknout, zejména tehdy, pokud je jejich dítě vzhledově odlišné a budí bezděčnou pozornost svého okolí. Na druhé straně se však setkají s chápavými a dobrými lidmi, kteří jim pomohou, ať už dobrým slovem nebo skutkem, v situacích, v nichž se budou cítit bezradní.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Jaký postoj k mentálně postiženému dítěti je nejvhodnější, nelze asi v obecné rovině vyjádřit, každé dítě je jiné a různí jsou i rodiče. Patrně nejméně vhodným způsobem je odmítání dítěte. Jestliže se oba rodiče nedokážou vyrovnat s faktem, že jejich dítě je postižené, mají zpravidla tendenci umístit je do zařízení sociální péče a ponechat je jeho vlastnímu osudu. Tento přístup lze lidsky pochopit, ale z hlediska dítěte jej nelze považovat za vhodný. Dítě, zejména v raných etapách svého vý-

---

<sup>11</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

voje, potřebuje citlivou mateřskou péče, citové zázemí rodiny individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života.

V rodinách, kde postižené dítě odmítá jen jeden z rodičů (častěji otec než matka), nebývá situace příliš perspektivní a nezřídka vede i k rozpadu rodiny. Rozpad rodiny s mentálně postiženým dítětem má mnohem závažnější důsledky než rozpad jiné rodiny. Tíha starostí a péče o postižené dítě klade vysoké nároky na oba rodiče. Zůstane-li jeden z rodičů s postiženým dítětem osamocen, může se péče o ně stát úkolem nad jeho síly.

Nabídnou rodině pomoc při péči o dítě s mentálním postižením je povinností každé kulturní společnosti. Nemusí to však být vždy péče institucionální, což v našich podmínkách znamená umístění dítěte v celoročním ústavu.

### **3.1 Alternativy k ústavní péči**

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřující k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.

### **3.2 Možnosti podpory rodiny**

Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. Jednou z nových forem jsou služby osobní asistence. V typické podobě to jsou služby vymezené a řízené uživatelem a jsou vnímány převážně jako služby pro osoby s postižením fyzickým, které potřebují pomoc při každodenních aktivitách, jako je osobní hygiena nebo příprava jídla.

U lidí s mentálním postižením se nepředpokládá, že by dokázali definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami. Proto je v mnoha zemích, podobně jako u nás rozšířena tendence osoby s mentálním postižením z oblasti péče osobních asistentů vylučovat. Pokud tyto osoby potřebují intenzivní pomoc, bývají tradičně odkazovány na ústavní nebo jinou sociální péči.

Hlavním principem, na jehož základě byly formulovány požadavky na vznik a fungování osobní asistence, bylo dosažení maximální možné míry osobní nezávislosti zdravotně postižených osob. Toto je jeden z důvodů, proč se ostatní skupiny postižených lidí (zejména osob s tělesným postižením) stavějí nepříznivě, někdy až nepřátelsky ke zřizování osobní asistence pro mentálně postižené. Za nejpodstatnější princip osobní asistence považují „nezávislý život“ (independent living) a ve zřizování osobní asistence pro mentálně postižené vidí pouze jinou formu protekcionismu.<sup>12</sup>

I člověk s mentálním postižením je živá bytost nadaná vůlí a potřebuje mít možnost tuto svoji vůli uplatnit. Potřebuje vlastní prostor, v jehož rámci by se mohl občas svobodně a samostatně rozhodnout, aby nebyl po celý svůj život ovládán, postrkován a manipulován jako loutka bez duše. Míra této svobody samozřejmě závisí na jeho možnostech, schopnosti posoudit důsledky vlastního jednání a rozhodnout se správně. Každopádně by měl mít možnost spolurozhodovat o všech záležitostech, kde se nabízí výběr z několika celkem rovnocenných možností. Měl by mít možnost volby, co chce dělat ve svém volném čase, při rozdělování práce by měl alespoň občas mít možnost rozhodnout se, která práce ho baví a která nikoliv.

Práce osobního asistenta mentálně postižených osob je mimořádně náročná. Asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem života, advokátem svého klienta, ale především

---

<sup>12</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

jeho blízkým člověkem, který s ním bude prožívat jeho život a bude myslet nejenom za něj, ale také s ním a bude to s ním myslet dobře.

Odměna osobních asistentů je obvykle hrazena:

-školou či školským úřadem z vlastních prostředků či prostředků příplatku na zdravotní pojištění

-z prostředků poskytnutých obcí, jde o případy, kdy má obec zájem na tom, aby dítě s postižením nemuselo odejít do internátu nebo ústavu

- ze zdrojů neziskových organizací, občanských sdružení rodičů, nadací...

- z prostředků rodičů.<sup>13</sup>

### **Pěstounská péče**

U nás tato forma péče o děti nebo dospělé s mentálním postižením není dosud vžitá, ale z literatury se dovídáme, že v mnoha zemích je běžné, že rodina ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě s mentálním postižením, o něž se jeho vlastní rodiče nemohou starat. Někteří lidé se v rámci pěstounské péče starají o děti nebo i dospělé s mentálním postižením za úplatu, jiní pouze za úhradu nutných nákladů. Existují i majetné rodiny, které přijmou do své péče jedno i více dětí s velmi těžkým postižením a dlouhodobě se o ně starají. Motivy této činnosti mohou být různé, ale je známo, že v některých zemích se považuje péče o postižené lidi za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka nebo celé rodiny.

### **Neformální komunitní péče**

V rámci vzrůstajícího společenského zájmu o postižené roste zájem komunity o pomoc rodině v péči o postižené, do níž se zapojují sousedé, přátelé rodiny a spolupracovníci rodičů postiženého dítěte. Smyslem této činnosti je pomoci rodičům zvládat náročnou péči o

---

<sup>13</sup> MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UP, 1999.



postižené dítě. Zájem o vztahy uvnitř komunity přináší celou řadu pozitivních aspektů v rámci těchto neplacených služeb, z nichž některé mohou být zprostředkovány a řízeny různými agenturami a některé fungují zcela neformálně na základě přátelských a sousedských vztahů.

Hlavními požadavky na neformální služby pro osoby s jakýmkoliv druhem postižení jsou požadavky stability, flexibility, bezpečnosti a kvality.

### **Služby dočasné výpomoci**

Jsou určeny zejména pro osamělé osoby pečující o mentálně postižené děti nebo dospělé, které se snadno mohou dostat do situace, kdy tuto péči nemohou zvládnout, nejčastěji pro náhlé onemocnění, úraz nebo závažné zhoršení zdravotního stavu.

Prvními vlaštovkami v tomto směru jsou v našich podmínkách tzv. stanice první pomoci, které pomáhají rodičům postižených lidí řešit různé krizové a náročné situace.

V některých městech existují i neformální domluvy větších skupin rodičů postižených osob, kteří jsou v telefonickém spojení a v případě naléhavé potřeby si vzájemně zajišťují péči o postiženou osobu.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

#### 4 METODOLOGICKÁ KAPITOLA

Cíl výzkumu je provést analýzu okolností, které přiměly obyvatele Ústavu sociální péče ve Starém Městě k využití této rezidenční služby. Domnívám se, že nejčastější příčinou umístění handicapovaného jedince do některého sociálního zařízení bylo přesvědčení, že zde mu bude poskytnuta všestranná péče, kterou v domácím prostředí není možné realizovat. Předmětem výzkumu jsou sociální okolnosti a objektem uživatelé Ústavu sociálních služeb ve Starém Městě, 16 mužů a 48 žen, jejichž věkový průměr činí 55 let. Ve své práci jsem použila metodu studia sociálních dokumentů, analýzu dokumentů, rozhovor a narativní vyprávění.

## 5 ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE VE STARÉM MĚSTĚ

Motto:“ Konstruujeme sociální službu tak, jako bychom byli jejími potencionálními uživateli.“

Ústav sociální péče ve Starém Městě se poprvé otevřel svým čekajícím klientům 1.11.2001. Záměrem OÚSS Uherské Hradiště, nyní Sociální Služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace, bylo nahradit kapacitu velehradského ústavu několika menšími zařízeními, rozmístěnými po celém regionu hradištského okresu. Tak byly vybudovány další ústavy, které spolu s ústavem staroměstským jsou logickým pokračováním koncepce, která výrazně humanizuje integraci komunit handicapovaných občanů do společnosti.

Budovu ústavu tvoří dva ubytovací pavilony A a B, zrcadlově k sobě situované, na něž navazuje pavilon C. Zde je umístěno hospodářské zázemí pro celý areál. Stavba ústavu je zanořena do nerovného terénu, tudíž jedna část-severovýchodní je dvoupodlažní a protilehlá třípodlažní.

Celý objekt skýtá 32 dvoulůžkových pokojů, které jsou rozčleněny na 4 oddělení do dvou pavilonů. Každé oddělení čítá 8 pokojů a ty jsou svým výhledem situovány do malého nádvoří se zahradou.

Na každém podlaží ubytovacího pavilonu je umístěna společenská místnost, určena dennímu pobytu, stravování a zábavě klientů. Na ni navozuje přípravná stravy-malá čajová kuchyňka. V protilehlé části oddělení je umístěna vyšetřovna. Je to místnost ošetřovatelů se samostatným sociálním vybavením. Nechybí umývárna se sprchou, koupelna s vanou a další sociální zařízení. Každý pavilon má ze strany dvora skrytý ohoz. V krajních sekcích obou pavilonů je umístěno požární únikové schodiště.

V suterénu se nachází centrální kuchyně a prádelna, jsou zde umístěny sklady a nejnižší stanice lůžkových výtahů. Vedle bočního vstupu pro zaměstnance je vybudována garáž pro služební vozidlo.

Spojnicí obou traktů A a B tvoří prostorný kuloár, který je i reprezentačním prostorem našeho ústavu. K další vybavenosti patří společenská místnost pro klienty, čajová kuchyňka, lékařská ordinace, pracovna vrchní sestry a sociální pracovnice. Duchovní potravu mohou klienti čerpat každou neděli ze mše svaté, která probíhá v ústavní kapli. Aby život našich obyvatel byl pestrý, k tomu slouží rehabilitační místnost s mechanoterapií, vodoléčba, tělocvična a posilovna.

Celková zastavěná plocha: 2 726,10 m<sup>2</sup>

Obestavěný prostor: 20 665 m<sup>2</sup>

Průměrná plocha pokojů: 23 m<sup>2</sup>

Kapacita kuchyně: 200 stravovacích jednotek /den

Kapacita prádelny: 300kg/den

Zřizovatelem ÚSP-D je Krajský úřad Zlínského kraje. Úhrada za pobyt v zařízení je stanovena krajským úřadem podle platné vyhlášky. Všichni obyvatelé mají dvoulůžkové pokoje se stejným vybavením, platí stejnou úhradu. V současné době činí úhrada 6 096Kč měsíčně.

Počet obyvatel - 64. Z toho 16 mužů a 48 žen. Průměrný věk obyvatel je 55 let. Převažují klienti s těžším postižením. Na invalidní vozík je upoutáno 18 obyvatel, pět klientů je zcela ležících. Více než polovina obyvatel je inkontinentní. Dále zde máme klienty s diabetem, epilepsií, slepotou a hluchoněmé. O ně i o ostatní se nepřetržitě stará kolektiv 40 zaměstnanců, většina na zdravotním úseku při přímé péči o obyvatele.

Výchovný úsek zapojuje do své činnosti všechny uživatele služeb. Dle stupně postižení má vypracovanou koncepci, podle níž postupuje při zaměstnávání jednotlivých klientů. Zručnější využívají všechny techniky malování, modelují, tvoří z hlíny, pracují na stavu, chova-

jí zvířátka a pravidelně se o ně starají. Za doprovodu hudby tančí, cvičí - máme k dispozici rehabilitační balony, míčky, žíněny, dřevěné ribstoly, nástěnný koš na sportovní hry a rotopedy. K další činnosti výchovného úseku je podpora klientů v sebeobsluze.

Když nám to počasí umožní, téměř denně chodíme na krátké vycházky po okolí, pro uživatele s těžším postižením nám dobře poslouží přilehlá zahrada. Pravidlem se staly výlety do bližších i vzdálenějších míst. Skýtá se nám návštěva hradu Buchlova a okolí, zámku v Buchlovicích, rekreační oblast Salaše, Lázně Leopoldov a další. Z těch vzdálenějších se těší velké oblibě jednodenní výlet do ZOO Lešná. Každoročně také připravujeme rekreační pobyty našich klientů v přírodě. Život zpestřujeme také plavbou lodí po Moravě a vyhlídkovými lety nad našim regionem.

Navázali jsme spolupráci s členy „Maltézske pomoci“ i s okolními školami. Dobrovolníci přicházejí za našimi klienty si popovídat, potěšit je a také informovat, co se děje nového ve světě.

Co se týče těžce handicapovaných klientů, zde upřednostňujeme individuální přístup. Snažíme se navázat kontakt laskavým slovem, zpěvem, pohlazením, pochvalou, povzbuzením. Vycházíme z požadavku, že sociální služby musí být individuálně přizpůsobeny potřebám jednotlivých klientů a klient musí mít možnost ovlivňovat jejich průběh. Zajímáme se o osobní přání, zájmy a cíle lidí, abychom jim byli schopni poskytovat služby cíleně a efektivně s využitím potenciálu jednotlivých uživatelů.

Naším cílem je vytvářet příležitosti, které umožní lidem v nepříznivé sociální situaci, přístup ke všem službám poskytovaným veřejnosti, možnost žít v prostředí, přibližující se domácímu prostředí, naplněném láskou a porozuměním. Udržovat vztahy s rodinou a dalšími lidmi, obohatit svůj život smysluplnou prací a pocitem užitečnosti.

Neustále se vzdělávat, pracovat na sobě, vylepšovat nedostatky-byť jen krůček po krůčku.

Posláním pracovníka sociálních služeb je zachovávat a rozvíjet důstojný život všech, kteří naše služby potřebují.

Data ke své analýze jsem čerpala ze sociálních spisů vedených o jednotlivých klientech. Svoji pozornost jsem zaměřila na čas strávený v různých rezidenčních zařízeních.

### Čas strávený v ústavech sociální péče (tab. 1)

	10 a méně let	10 a více let	20 a více let	30 a více let	40 a více let	50 a více let
počet uživatelů residenč- ní služby	9	7	13	10	16	8

Zdroj: Vlastní výzkum, Ústav sociální péče Staré Město, březen 2006.

Podle tohoto výzkumu je patrné, že většina nynějších uživatelů služeb Ústavu sociální péče ve Starém Městě prožila velkou část svého života v různých sociálních zařízeních.

Je třeba položit si otázku: „Jaké okolnosti přiměly tyto lidi k využití sociální služby?“  
Konkrétně: „Jaké sociální okolnosti přiměly obyvatele Ústavu sociální péče ve Starém Městě k využití rezidenční služby?“

Odpověď hledejme na začátku, kdy se dítě narodí -do jaké doby a do jaké rodiny.

## 6 SOCIÁLNÍ PROBLÉMY RODIN S DÍTĚTEM S POSTIŽENÍM

Očekávání narození dítěte představuje pro rodiče naděje pro budoucnost. Pocity mimořádné radosti, hrdosti a plánů jsou narušeny, narodí-li se miminko s postižením. Způsob, jakým je odborníky rodičům sdělena tato zpráva, může být určujícím faktorem postojů rodičů k dítěti a jeho budoucnosti. Od odborníků se očekává, že tuto situaci profesionálně zvládnou. informace rodičům, pokud možno oběma najednou, o zvláštních potřebách jejich dítěte, by měla přijít co nejdříve. Přítomnost dítěte u tohoto rozhovoru zmenšuje riziko, že rodiče dítě odmítnou. První rozhovor je jistě velmi emocionální, intenzivní, méně racionální, ale přesto otevřený. Měl by stavět dítě do pozitivního a pravdivého světla. Posílit v rodičích názor, že budou schopni novou situaci zvládnout. V dalších rozhovorech je třeba poskytnout rodičům informace o zvláštních potřebách dítěte a službách, které mohou dále využívat. Kvalita vedení a podpory rodičů je určujícím faktorem úspěšnosti dalšího rozvoje dítěte.

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte mívají typický průběh. Dostatek dostupných informací, sociální opory a odborného vedení může rodičům pomoci rychleji projít od šoku, zklamání a někdy vzájemného obviňování či sebeobviňování labyrintem psychických obranných mechanismů (popření, rezignace, únik, agrese) ke zralému realistickému přístupu ve zvládnání nové situace.

Narození postiženého dítěte představuje pro rodinu velkou změnu. Rodinnou atmosféru lze v tomto případě charakterizovat, analyzovat a také řešit jen při přísném vymezení charakteru a typu rodiny, tedy při jednoznačném určení předmětu a cíle zkoumání. Rodinné společenství má totiž zcela jinou podobu i společenský dosah, jde-li, např. o rodinu plnící náležitě všechny své funkce nebo o rodinu narušenou. V řešení poruch rodiny lze v podstatě rozlišovat tři základní metodologické přístupy:

- a) etiopatogenetický, definující příčinu poruchy, dobu a místo jejího vzniku, způsobu rozvoje i působení,
- b) symptomatický, popisující či hodnotící stupeň a charakter poruchy rodiny a jejího vlivu na člena či členy této primární skupiny společenské,
- c) terapeutický, hodnotící potřebu a spotřebu společenské aktivity, ať již jakékoliv povahy, k překonání poruchy rodinné.



Příčin poruch rodiny se zřetelem k dítěti je velké množství a jsou nejrůznějšího charakteru. Pramení z chyb v jednotlivých člancích systému jednotlivec-rodina-společnost a v jejich vzájemné interakci. Důsledky se pak promítají do všech složek tohoto systému. Poruchy mohou být vázány na jednu, několik či všechny čtyři základní funkce rodiny.<sup>15</sup>

### **6.1 Druhy poruch vázané na jednotlivé funkce rodiny:**

**Biologicko-reprodukční funkce:** nebudu rozvádět.

#### **Porucha ekonomicko-zabezpečovací funkce**

Primární selhání ekonomicko-zabezpečovací funkce rodiny pramení z toho, že se rodiče nemohou nebo nechťejí zapojit do výrobního procesu společnosti a tak zabezpečit pro sebe a svou rodinu dostatek prostředků k životu. Zde je nejzřetelněji patrná závislost rodiny a jejího života na společenském systému. Selhání ekonomické-zabezpečovací funkce je podmíněno některými patologickými rysy osobnosti, například mentální retardace rodičů, různé psychické anomálie, alkoholismus, delikvence, příživnictví apod. rodina trpí nedostatkem všech potřeb k životu. Vztah ke společnosti je přitom vážně narušen.

Ekonomicko-zabezpečovací funkce rodiny se netýká jen materiální stránky, nýbrž i oblasti sociální s jejími psychologickými, právními a dalšími aspekty, sociální jistoty rodiny, její pevnosti a trvalosti. Tyto aspekty se současně váží na emocionální funkci rodiny. Proto je tato funkce rodiny vždy narušena v bezprostřední souvislosti s poruchami ekonomicko-zabezpečovací funkce.

---

<sup>15</sup> DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986.

### **Porucha emocionální funkce**

Emocionální funkce rodiny je významná, a proto jakákoliv její porucha zasahuje všechny ostatní sféry života uvnitř rodiny i v jejím vztahu ke společnosti.

Z hlediska dítěte ohrožuje porucha emocionální funkce rodiny především klidnou, vyrovnanou rodinnou atmosféru. Dítě je o ni připraveno rodinným rozvratem, právě třeba narozením postiženého dítěte, nedostatečným zájmem rodičů, odmítáním rodičů, vyústující někdy až v opuštění, sociální osiření či dokonce týrání a zneužívání.

### **Porucha socializačně- výchovné funkce**

Ve vztahu k dítěti se ve všech funkcích rodinných jeví funkce socializačně výchovná jako nejdůležitější.

## **6.2 Rozdělení poruch funkcí rodiny pro účely výzkumu**

Ve svém výzkumu jsem zařadila rodiče znevýhodněných jedinců, tohoto času uživatelů rezidenční služby ve Starém Městě do tří kategorií:

### **a) Rodiče se nemohou starat o dítě**

Jestliže se rodiče o děti nemohou starat, je možno důvody spatřovat jednak v přírodních podmínkách a situacích (různé přírodní katastrofy či uměle znečištěné prostředí), jednak v poruchách fungování celé společnosti, jako jsou epidemie, nezaměstnanost, dále v poruchách fungování rodinného systému, např. velký počet dětí. A konečně v jedincích samotných, členech rodiny. Nejtěžší situace pro rodinu je smrt jednoho nebo obou rodičů, jejich chronické onemocnění, invalidita apod. Ve všech těchto případech jsou péče o dítě obvykle provázány zájmem o dítě.

**b) Rodiče se nedovedou starat o dítě**

Jestliže se rodiče nedovedou starat o dítě, důvody k tomu lze hledat především v rodinném systému a pak v jedincích samotných. V podstatě jde o situace, kdy rodiče nejsou sto zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby. A to buď proto, že jsou značně nezralí či velmi mladí, nebo proto, že nejsou schopni vyrovnat se zvláštními situacemi, jako je např. narození handicapovaného dítěte, rozvod jejich manželství a vztah k dítěti, přijetí dítěte do náhradní rodinné péče atd. Konečně pak sem možno zařadit situace, kdy rodiče nejsou schopni přijmout základní společenské normy. Zvláštním problémem vázaným k posledním dvěma situacím je porušená struktura s stabilitou rodiny z nejrůznějších příčin a nejrůznějšího charakteru. Hlavní mechanismus poruchy jde opět prostřednictvím nedostatečného uspokojování potřeb dětí s celou řadou důsledků pro jejich vývoj. Zájem rodičů o dítě v těchto případech může být velmi různý, od nadměrného přes formální až nezájem.

**c) Rodiče se nechtějí starat o dítě**

Třetí kategorie poruch rodinných z hlediska socializačně výchovné funkce jsou situace, kdy se rodiče o dítě nechtějí starat. Příčinou zde je porucha osobnosti rodičů samých ať pro jejich maladaptaci, disharmonický vývoj a nejrůznější typy psychopatií, jež jim zabraňují ovšem při jejich plné právní odpovědnosti-plnit náležitě všechny rodičovské role a úkoly, jež jsou od nich společností očekávány. Zájem rodičů o dítě v těchto případech je minimální nebo žádný. V popředí je celá řada situací, kdy rodiče neposkytují náležitou péči dětem, poněvadž se nesmíří a nepřijmou fakt, že jejich dítě se narodilo tělesně či mentálně postižené. Problém bezprostředně souvisí s vyzríváním osobnosti rodičů.<sup>16</sup>

Nezájem rodičů o dítě může dostoupit takové intenzity, že prospěch a další vývoj dítěte je vážně ohrožován. Podpora a pomoc zde končí a dítě je zpravidla umístěno do některého sociálního zařízení.

---

<sup>16</sup> DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986.



## 7 SOCIÁLNÍ OKOLNOSTI VEDOUcí K UMÍSTĚNí OBYVATEL DO ÚSP STARÉ MĚSTO

Zde nabízím porovnání přístupu společnosti k handicapovaným do roku 1990 a pak následující léta.

Podmínky života lidí s postižením v ústavní sociální péči do roku 1990 byly zpravidla výrazně horší. Nejdůslednější segregace byla připravena pro tisíce dětí s mentálním postižením, případně kombinovaným postižením, které byly umístěny v ústavech s celoročním pobytem.

Nejednalo se jen o odložení dítěte ze strany rodičů. Tito byli k takovému kroku nuceni řadou shodně působících tlaků ekonomických, sociálních a psychologických. Samozřejmě že existovali i rodiče, stejně jako u dětí zdravých, kteří uvedeným tlakům podléhali velmi rádi a ochotně.

Situace vedla ke zřizování zcela odlidštěných hromadných velkokapacitních institucí pro stovky občanů s postižením. V ústavech sociální péče bydlely tisíce občanů celý svůj život v naprosto nedůstojných podmínkách. Byla jim upírána základní lidská práva a přirozené potřeby. Situace v tehdejší ústavnictví byla velmi složitá-většina personálu bez patřičného vzdělání, neexistence jakýchkoliv podstatnějších komunikačních kanálů se zahraničím, většina ústavů s tzv. celoročním pobytem bez možnosti rodičů cokoliv ovlivnit. Naprostá absence kontroly a dohledu ze strany zřizovatelských institucí. Situace v ústavech mnohdy připomínala více vězení než pobyt pro občany s mentálním postižením. Samozřejmě i zde byly výjimky obětavých a zapálených pracovníků. Obecnou charakteristikou těchto let však bude spíše „bucnout syndrom“ než kreativita a snaha po zlepšení životních podmínek. Právě absence kontrolních mechanismů, neexistence „klientského vztahu“ vedly v mnoha případech k situacím, které lze bez nadsázky označit jako páchaní trestních činů vůči klientům ústavů. Zejména se jednalo o neoprávněnou a nadměrnou medikaci, která vedla k trvalým poškozením zdraví klientů, zneužívání jejich pracovní síly, objevovaly se případy pohlavního zneužívání-častěji mezi ubytovanými klienty navzájem, řidčeji ze strany personálu. Takřka vždy se ústavy dopouštěly jednání, které bychom dnes označily za ome-

zování osobní svobody. I přes tyto skutečnosti se na umístění v ústavu sociální péče s celoročním či alespoň s týdenním pobytem čekalo i řadu let. Nebyly výjimkou situace, kdy lékař sděloval rodičům právě narozeného dítěte se závažnou genetickou poruchou, která se ovšem projevovala až v mladším školním věku, aby si ihned o umístění do ústavu zažádali. Zpětně se tak prohluboval pocit nezbytnosti a závislosti společnosti na segregovaným institucím.

Přitom úsilí, v některých případech spíše neúsilní, o změnu poměrů v systému sociální pomoci obecně, a ústavnictví speciálně, se datuje od počátku 90.let. Již v roce 1991 začala diskuse o transformaci tehdejšího systému sociálního zabezpečení. Jednalo se o vybudování tří nových pilířů, obecně známého systému důchodového pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Právě se subsystémem státní sociální pomoci začaly být spojovány nové naděje komunit zdravotně postižených.

Také nelze všechny nedostatky svádět na „nedokonalou legislativu“. Existuje řada oblastí, kde transformace mohla pokročit i prostřednictvím „soft“ norem, tedy interních normativních směrnic resortu. Například formy chráněného bydlení se rozvíjí již několik let.

Několik let se hovoří o tzv. standardech kvality sociálních služeb.

V této oblasti dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. Ministerstvo práce a sociálních věcí se snaží na tyto posuny reagovat pomocí systémových změn, které zajišťují poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání.

služeb a jejich v r ů s t á n í do životů jak zaměstnanců tak uživatelů sociálních zařízení, čímž se postupně mění tvářnost těchto rezidenčních zařízení.

Některá sociální zařízení však rigidně setrvávají u starých metod.

„ Standardy jsou založeny na naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky. Výchozím principem je snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb. Ve standardech jsou proto definovány takové požadavky na kvalitu služeb, které budou zárukou vyrovnání příležitostí uživatelů sociálních služeb ve společnosti.

Standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování dobrých a účinných sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života<sup>17</sup>.

Upozorňuji zde opět na chybějící formu vymezení pojmu mentálního postižení a nutnost přijetí definice, která bude zohledňovat sociální dopady postižení. Stále platné právní normy definují cílovou skupinu uživatelů ústavní péče kruhem: „do ústavů se přijímají občané, kteří.....potřebují ústavní péči“. Prováděcí vyhláška zná pouze blíže neurčený pojem „mentálně postižení“. Nejbližší vhodný termín, známý z Mezinárodní klasifikace nemocí zní „mentální retardace“.

Dále je třeba se podívat na právní postavení lidí v ústavech: „Pohled' na člověka v ústavní péči jako spoluobčana, teprve to tě přiměje ke skutečné změně“<sup>18</sup>.

### 7.1 Analýza životního příběhu vybraných klientů

Podle tabulky z vlastního výzkumu, která nám uvádí stáří klientů a čas strávený v různých rezidenčních zařízeních sociálního typu, bych se chtěla pozastavit nad těmi, kteří zde strávili méně než 10 let. Z podrobné analýzy sociálních okolností jednotlivých uživatelů jsem dospěla k tomuto výsledku.

Jsou to lidé, kteří se narodili do úplných rodin, navštěvovali základní školu, někteří se i vyučili a pracovali. V popředí se však vyskytují poruchy osobnosti – emoční nestabilita, nevládnutelná impulzivita, pohotovost k agresivnímu až k autoagresivnímu jednání, pohotovost k disociativní (dle dřívější terminologie hysterické) produkci. Důsledkem je těžká porucha sociální přizpůsobivosti v kombinaci s lehkou mentální retardací.

---

<sup>17</sup> *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2002.

<sup>18</sup> CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004.

Dále organické poruchy mozku v důsledku nevyléčitelné choroby a následná demence.

Schizofrenie s lehkou mentální retardací.

Výčet těchto onemocnění předpokládá invalidizaci a omezení ve způsobilosti k právním úkonům, což je chápáno na bázi ochranné.

V domácím prostředí vidím nebezpečí v četných konfliktech s nejbližšími osobami, péče o takto postižené jedince je relativně značně náročná pro nutnost individuálního přístupu.

### **Životní příběh J. B.**

**J.B. narozena v roce 1981, tohoto času Ústav sociální péče ve Starém Městě**

Rodiče: otec Josef, 1935, zdrav, seřizovač

matka Marta, 1943, učitelka, zemřela

sourozenci – bratr, sestra

Rodinná anamnéza: matka matky hysterická osobnost, jinak bez přítěže.

Osobní anamnéza: těhotenství a porod bez komplikací, ve 39 letech matky. Do 1 roku dívka hodně plakávala, další vývoj bez komplikací, jen špatná výslovnost s následnou logopedickou péčí. Od 5 let navštěvuje mateřskou školu, kterou špatně snáší. Do školy nastoupila o rok později, zde již bez problémů, prospěchově velmi dobrá. v 5. třídě šikanována spolužáky, řešeno přestupem na jinou školu. V 6. třídě mírné zhoršení prospěchu s nástupem nemoci, baví ji číst, kreslit. Povahově je spíše uzavřená, nemá mnoho kamarádek.

3.7.1995: od dubna tohoto roku náhlá změna chování, kdy dívka inadekvátně vulgárně nadává rodičům, ve škole je klidná, bez nápadností. Zpočátku si rodiče mysleli, že jde jen o pubertální chování, dětská lékařka rodičům sdělila, že mají vyčkat, zda se dívka sama nezklidní. Nyní však řada nápadností, svědčících o psychické poruše. Subjektivně chce jít z domu, nejraději by bydlela ve škole, odmítá být s rodiči, nemá je ráda, nemá ráda nikoho, jen paní učitelku. Vulgární i na veřejnosti, během vyšetření na očním oddělení před lékařkou nepříjemná na matku, vulgární. Doma i nadále hodně agresivní, ráno po probuzení třeba i ½ hodiny kýve sebou v posteli, opakuje vulgární slova, grimasuje, hovoří o tom, jak



je dům, ve kterém bydlí „škaredý“, a všichni lidé v něm také, žádá matku, aby dům podpálila.

Psychologické vyšetření: v popředí poruchovost v sociálním chování, tendence k autismu, hostinní zaměřenost vůči rodičům, emoční zploštělost, poruchy myšlení a vnímání, zhoršený kontakt s realitou směřující k psychotické desintegrovanosti.

Objektivně lucidní, orientována, naváže verbální kontakt, patrná hostilita a paranoidita vůči rodičům, ke kterým je i před cizími lidmi verbálně agresivní, vulgární. Efektivita nepřiléhavá, celková emoční aplanace. Pokud je ponechána bez zevní stimulace, objevuje se tichá samomluva. Inadekvátní chování, např. personálu tyká. V motorice naznačena katonní ztuhlost, grimasování.

V roce 1995 během prázdnin hospitalizována na dětském oddělení Psychiatrické léčebny Brno-Černovice .

Během pobytu klientka autistická, nezapojuje se mezi ostatní, samotářská, nevyhledává své vrstevníky, nevyžaduje ani kontakt s ošetřujícím personálem. Přestaly vulgarismy, vymizely stereotypie v chování. Při pravidelné medikaci neuroleptiky již bez paranoidních projevů, stále podrážděnost, destruktivní tendence rovněž zmizely (dříve kopání do dveří, křik).

Pacientka propuštěna na žádost matky. Matka chce, aby dcera nastoupila do kmenové školy ihned na začátku školního roku.

Dg. schizotypní porucha s heboidními projevy vázanými na domácí prostředí.

1996 – ve škole má velmi dobré výsledky, baví ji všechny předměty , dle matky vymizela podrážděnost a afekty s destruktivními projevy.

1999 - Při dlouhodobé neuroseptické medikaci stav stabilizován. Původně měla nastoupit na střední školu do Val. Klobouk a bydlet na internátě, proto zavedena medikace nepotními neuroleptiky, aby byla zajištěna pravidelnost terapie. Koncem srpna pak změna, dochází do školy ve Starém Městě, takže může být kontrolována i perorální terapie. Ve škole průměrný prospěch, trvá nápadnost v chování.

2000 – Přes dlouhodobou medikaci neuroleptiky trvají nápadnosti v motorice a v chování, nyní na přání otce ukončila docházku do školy, poněvadž zemřela matka. Otec vede do-

mácnost, J. mu někdy pomáhá (umyje nádobí). Zájmy: rádio, hudba, televizi nesleduje již rok, protože je porouchaná a na opravu nemají peníze.

2002 – od doby kdy zemřela matka je situace J. problematická. Otec nezvládá domácnost, neumí nakládat s penězi, propadá alkoholu. Ona sama se o sebe nepostarává, chodí neupravená. Po několikaměsíčním finančním deficitu v úhradě za bydlení a neochotou spolupracovat s příslušnými orgány – vystěhování z bytu. Otec nemá představu, kde budou bydlet.

Pacientka hospitalizována v Psychiatrické léčebně v Kroměříži z důvodů nyní hlavně sociálních. Na případ je upozorněn sociální referát Městského úřadu.

10.10.2002 pacientka přijata k celoročnímu pobytu do Ústavu sociální péče ve Starém Městě.

#### **Souhrn, rozbor, posudek:**

Jedná se o mladou ženu, pocházející z úplné rodiny starších rodičů s negativní psychiatrickou zátěží. Otec je povoláním technik, matka učitelka. Posuzovaná se narodila své 39leté matce jako poslední, třetí dítě v pořadí. Dva starší sourozenci, dcera a syn jsou zdraví. Výchova byla rozdílná u obou rodičů - otec mírnější, matka přísnější - avšak tělesně nikdy trestána nebyla. S rodiči si rozuměla, z domova neutíkala, mimo domov se netoulala. Na své dětství vzpomíná dobře. Těhotenství i porod byl bez komplikací, stejně jako její časný vývoj. Nebyla nikdy vážněji tělesně nemocná, operacím se nepodrobila, úrazy hlavy spojené s bezvědomím neměla. Prostředí mateřské školky špatně snášela, vše se upravilo nástupem do základní školy. Ve škole se poměrně dobře učila. V 5. třídě byla údajně šikánována spolužáky, což bylo řešeno přestupem na jinou školu. V necelých 14 letech u ní dochází k poruchám chování, rodiči zpočátku vysvětlované pubertálním věkem, ale při jejich vystupňování byla předvedena k pedopsychiatrické lékařce, která pro suspekci na duševní chorobu doporučila pozorování eventuelně léčbu na psychiatrické klinice. Zde konstatována duševní porucha a posuzovaná následně léčena na dětském oddělení Psychiatrické léčebny Brno-Černovice. Zde se projevovala jako samotářská, artistická. Nezapojila se do kolektivu ostatních dětí. Po medikaci se její problematické poruchy chování zmírnily, proto na žádost matky propuštěna do domácího prostředí a ambulantní péče, aby mohla dokončit základní školu. Po základní škole nastoupila na střední školu v místě bydliště, kde ji

však učení nebavilo a ze školy odchází. V tomto období umírá matka na rakovinu kostní dřeně, otec nezvládá domácnost, propadá alkoholu. Jako neplatiči jsou vystěhováni z bytu. Vzhledem k vyhocené sociální situaci rodiny byla přijata do Psychiatrické léčebny Kroměříž (spíše ze sociálních důvodů) a následně Ústav sociální péče ve Starém Městě s celoročním pobytem.

Posuzovaná v současné době odpovídá osobnosti se sníženým intelektem až do pásma lehkého defektu. Má infantilní chování, v myšlení jednoduchá, pasivní, důvěřivá, snadno ovlivnitelná a zneužitelná. Tyto její charakteristiky osobnostní, ani zjištěné intelektové jsou důsledkem proběhlého psychotického schizofrenního procesu, který u ní vedl k poklesu nejen intelektu, ale i ke změně jejich osobnostních charakteristik až do obrazu defektu osobnosti. V rámci tohoto postprocesuálního defektu je posuzovaná ovlivnitelnější, zranitelnější a zneužitelnější oproti zdravé populaci. Z tohoto důvodu jí byla doporučena právní ochrana – ustanovení opatrovníka ve věcech hospodaření a nakládání s majetkem nad 500 Kč a jako prevence nerozvážných rozhodnutí s případnými následky.

### **L.B. narozena v roce 1987, tohoto času Ústav sociální péče ve Starém Městě**

Rodiče: otec Oto, kovoobráběč

matka Jarmila, t.č. nezaměstnaná

sourozenec, Přemysl, narozený 1991.

Rodinná anamnéza: otec ethylik, matka glaukom, deprese, stav po hysterektomii, bratr astma. Rodiče jsou rozvedeni pro otcův alkoholismus.

Osobní anamnéza: gravidita normální, porod bez komplikací, v 11ti měsících se objevují epileptické záchvaty-kompenzováno antiepileptiky.

Návštěva mateřské školy od 4 do 8 let, dvakrát odročena školní docházka, od 2.tř. zvláštní škola, 9. třídu opakovala. Dle matky s ní byly vždycky výchovné problémy, v 11ti letech napadena sexuálním agresorem (místní obyvatel, ethylik). Nedošlo k pohlavnímu zneužití,

jen ji přiškrtil, pak veselá, za čas vulgární, občas agresivní. Tento stav je doprovázen somatickými znaky- ochrnutí, ztráta řeči. Pak se dověděla, že agresor se oběsil, tím znervózněna, vyhrožování suicidiem.

Osobnostní zvláštnosti: fixace na matku, infantilita, vulgarismy, suicidiální sklony, teatralnost.

Duben 2000-pokus o skok z balkonu z 1. patra. Psychiatrická léčebna Opava

Přijata na doporučení ambulantního pedopsychiatra, děvče se obávalo zůstat doma vzhledem k suicidiálním úvahám, efektivní labilitě, dráždivosti, negativismu, agresi verbální i fyzické.

Diagnosticky uzavřeno jako smíšená porucha chování a emocí, stav po suicidiálním pokusu se suicidiálními proklamacemi. Z hlediska psychiatrického v popředí poruchy chování a emocí na organickém podkladě v koincidenci se sníženým intelektem. V průběhu hospitalizace docházelo neustále ke konfliktům a napadání spolupacientek, afektům zlosti a nerespektování personálu. Ten musel opakovaně pacifikovat pacientku jak medikamentózně tak fyzicky. Prognosticky nepříznivý stav, nutno zajistit dohled, v případě zhoršení rehospitalizace.

Duben 2004 – 2. hospitalizace v psychiatrické léčebně z důvodů poruch chování a emocí.

Objektivně hodnocena jako kompletně správně orientovaná, spolupracuje. Tendence k nestabilitě, vztahovačná, hyperkritická, nejistá ve vztazích v okolí. Histriónská reaktivita s mutismem, úzkostná pohotovost, projevy agresivity, provokace, snaha upoutat pozornost. Byla nutná pacifikace jak medikamentózní tak fyzická, přeložena na uzavřené ženské oddělení, zde zklidněna, slibuje spolupráci. Po návratu zpět na dětské oddělení již klidná.

Diagnosticky uzavřeno jako dissociativní porucha motoriky, porucha chování a emocí.

V červnu 2004 ukončila zvláštní školu, krátce pobývala v denním stacionáři. Dlouhodobě v péči psychiatrů pro projevy ztížené sociální přizpůsobivosti, hodnocené jako porucha chování a emocí, emoční labilita a impulzivita, sebepoškozovací úmysly.

#### Srpen 2004 – 3. hospitalizace

Přichází v doprovodu své matky, v domácím prostředí neusměrnitelná.

Během krátkého stabilizačního pobytu nebyly patrné poruchy chování, suicidální tendence nesdělovala.

Diagnosticky uzavřeno jako lehká mentální retardace, situační afektivní dekompenzace, epilepsie.

#### Září 2004 – 4. hospitalizace

Doma neklid, agresivní projevy, nezvládnutelná, matka zcela vyčerpaná, následně útěk, hledaná policií. Doma dělala naschvály- shazovala věci, do těsta dala nůžky, pak utekla, byla ráda, že ji hledali.

Diagnosticky uzavřeno jako organicky podmíněná porucha osobnosti, lehká mentální retardace, parciální epilepsie, encefalopatický terén.

#### Leden 2005 – 5. hospitalizace

Přijata s parere výjezdové služby pro suicidální proklamace, opakované stavy agresivity.

Pacientka uvedla, že byla na vánoce s matkou, tam se jí líbí vždy jen několik dní, pak ji začalo zase všechno rozčilovat, vadí ji, že s nimi nebydlí otec (jsou s matkou rozvedeni), pacientka doma navrhla, aby se k nim otec vrátil, matka to odmítla, to pacientku velmi rozčílilo a vztekla kopala do stolu. Taky se jí stává, že když se jí doma nelíbí, tak něco provede – třeba skočí z balkonu. Když chce jít ven a matka jí stojí v cestě, tak ji kopne.

Diagnosticky uzavřeno jako organická porucha osobnosti, lehká mentální retardace, encefalopatický terén.

Červen 2004 – 6. pobyt

Přijata akutně pro suicidální proklamace, agresivitu.

Do Ústavu sociální péče ve Starém Městě nastoupila v březnu 2006 z domácího prostředí.

### **Souhrn, rozbor, posudek**

Jmenovaná byla vychovávána převážně v neúplné rodině svou matkou jako starší ze dvou sourozenců. Opakovaně byla hospitalizována v psychiatrických lůžkových zařízeních nebo byla umístěna přechodně v zařízeních typu ústavů sociální péče.

Je sledována od 11 měsíců života pro epilepsii, poslední doložený epileptický záchvat měla v devíti letech. Dosud užívá antiseptika. Jiné vážné onemocnění neprodělala. Její psychomotorický vývoj byl opožděný a zejména v dospívání se závažnými poruchami chování a emocí na bázi organických změn centrálního nervového systému u dívky lehce mentálně retardované. Absolvovala zvláštní školu, opakovala 9. třídu. Není vyučená, dosud nepracovala.

Od dětství sledována v psychiatrické ambulanci, hospitalizována celkem 6x v psychiatrické léčebně většinou pro změny chování, agresivitu a suicidální proklamace.

Osobnost je nezralá, nese známky organických změn s projevy emoční nestability s výraznou impulzivitou, egocentrismem. Vývoj a diferenciací osobnosti jsou primárně narušeny na bázi encefalopatie, sekundárně pak při epileptickém onemocnění, ve vývoji osobnosti se uplatňují i četné deprivací faktory. Sféra vyšších emocí se nerozvíjí.

Výše popsaná porucha je trvalého rázu a i přes dosud neukončený vývoj osobnosti se jedná o změny nezvratné a z medicínského hlediska nevléčitelné.

Jmenovaná je schopna se jen omezeně orientovat ve standardních životních a společenských situacích, jejich pravidla není schopna pro výše popsanou kvalifikovanou duševní poruchu dodržovat. Není způsobilá si účelně obstarávat své záležitosti, není schopna hos-

podáří s penězi ani s jinými hmotnými prostředky. Taktéž není schopna soustavné a samostatné výdělečné činnosti, je indikován plný invalidní důchod.

## ZÁVĚR

Abychom dospěli k smysluplné odpovědi na otázku „jaké sociální okolnosti přiměly obyvatele Ústavu sociální péče ve Starém Městě k využití tohoto rezidenčního zařízení“ je třeba srovnat přístup široké veřejnosti k handicapovaným dnes a před lety. Dle tabulky o počtu strávených let uživateli tohoto rezidenčního zařízení v různých sociálních rezidenčních zařízeních je patrné, že zde strávili podstatnou část svého života. Naskytá se otázka o přístupu té doby k handicapovaným. Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Před padesáti lety se budovaly velkokapacitní ústavy a všude byl propagován kolektivismus. Nebyly výjimkou případy, kdy lékař sděloval rodičům právě narozeného dítěte se závažnou genetickou poruchou, aby si ihned zažádali o umístění do ústavu. Nejen lékaři, ale i široká veřejnost byla přesvědčena o tom, že zde se dostane handicapovanému dítěti nejlepší lékařské a pedagogické péče. Zpětně se tak prohluboval pocit nezbytnosti a závislosti společnosti na segregovaných institucích.

Dnes víme, že nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s handicapem je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změněnými okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Ještě nedávno byla společenská pomoc rodinám s handicapovanými dětmi na velmi nízké úrovni, veškerá tíha péče o tyto děti spočívala na rodinách. Záleží na vyspělosti a kulturnosti společnosti, jaké dokáže rodině nabídnout alternativy řešení, tak, aby situace byla pro všechny zúčastněné strany co nejpříznivější a aby postižený člen rodiny i jeho rodiče a sourozenci mohli prožít normální a spokojený život.

Postižení je vždy individuální. Je naléhavou výzvou jedinečnému člověku. S jakoukoliv generalizací lidí s postižením je vždy třeba zacházet nanejvýš obezřetně. Člověk s postižením je součástí společnosti, to není nutno dokazovat. Jestliže je takový člověk vykazován na a za její okraj (byť v podobě zlatých klecí), pak není zdravá společnost. Handicap jako sociální rozměr postižení je vždy handicapem ostatních. Člověk



s postižením má jako kdokoliv jiný právo usilovat o štěstí, svobodně se ve své jedinečnosti potvrdit. Navzdory postižení by měl mít se svými vrstevníky srovnatelnou příležitost. Je třeba nabídnout jen takovou službu, která kompenzuje nevýhody z postižení plynoucí. Jestliže je běžné, aby dítě žilo v rodině, -pomozme rodině. Jestliže je běžné, aby se člověk vzdělával, pomáhejme se vzděláním v běžném prostředí. Jestliže je běžné, aby člověk hledal práci, která ho uspokojuje, pomáhejme v hledání i přípravě na takovou práci. Jestliže je běžné, že dospělý člověk vytváří vlastní domácnost, podporujme ho v takovém usilování. Nechceme zvláštní výhody pro člověka s postižením, odmítáme ovšem i zvláštní nevýhody. Nabídněme takovou službu, která umožní srovnat se s běžným počínáním vrstevníků. Službu poskytujme právě a jen tak dlouho a tak intenzívně, jak si člověk s postižením sám vybere a jak si přeje. Nezřizujme velké instituce, které sami vytvářejí politováníhodná a setrvalá postižení, aby si zajistily setrvalý rozpočet. Nepracujme s neschopností, buďme hluboce přesvědčeni o schopnostech. Nepracujme se soucitu, lítosti. Uvědomme si vzájemnou závislost. Učiníme-li něco, nejsme proto dobří, víme jen, že nečiníme-li nic, nesplnili jsme povinnost. Je třeba umožnit konkrétním osobám s nevýhodou startovací pozicí dosáhnout práva a možnosti na vlastní volbou utvářenou cestu životem.

„Netrap se tím, že růže má trny, raduj se z toho, že na trnovém keři kvetou růže“.

**SEZNAM LITERATURY**

1. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973, 117 s.
2. DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 140 s. ISBN 08-040-86
3. CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004, 83. ISBN 80-239-4772-9
4. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UP, 1999.
5. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2003, 290 s. ISBN 80-244-0646-2
6. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002, 24 s. ISBN 80-86-5552-23-3
7. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 178 s. ISBN 80-7178-506-7
8. VÁGNEROVÁ, M, HADJ-MOUSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4
9. VALENTA, M., MULLER, O. *První český speciálně pedagogický cestopis*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-86096-02-5

## SEZNAM TABULEK

<b>Tab. 1</b> – Čas uživatelů strávený v ústavech sociální péče .....	str. 39
---	---------