

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

**SPOLEČNOST DUHA A INTEGRACE OSOB
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autorka:
Anna Klápšťová

Praha 2008

Anotace:

Diplomová práce „Integrace mentálně postižených a Společnost DUHA“ se zabývá postavením mentálně postižených v české společnosti. Práce se skládá ze tří základních částí. První zahrnuje definici pojmů, klasifikaci mentální retardace a historii přístupu k mentálně handicapovaným.

Obsahem druhé části je porovnání institucionální a neinstitucionální péče o mentálně postižené. Je zde popis a hodnocení jednotlivých integračních mechanismů. Jedná se zejména o srovnání péče v ústavních zařízeních a chráněného bydlení. Zdrojem této části je má dvouletá praxe ve Společnosti Duha.

Třetí, praktická část, vychází z průzkumu vztahu české veřejnosti k mentálně postiženým. Východiskem je dotazník zahrnující 12 otázek. Vyhodnocení přihlíží k věku, pohlaví a dosaženému vzdělání. Cílem průzkumu je zjistit v základních rysech, jaké je povědomí o problematice mentálně postižených. Zda je pro majoritu tato skupina lidí vůbec zajímavá. Do jaké míry je většinová společnost nakloněná přijetí mentálně postižených.

Vyhodnocení dotazníku zachycuje některé překážky bránící integraci mentálně postižených. Problémem je zejména nízká informovanost o takto handicapovaných a z toho vyplývající nejistota. Mentálně postižení jsou primárně vnímáni jako objekt soucitu a péče. Zároveň je však patrný pozitivní posun v postojích majority k mentálně postiženým. Většina dotazovaných považuje integraci mentálně postižených za aktuální problém a snaží se k takto handicapovaným přistupovat bez předsudků.

Annotation:

This thesis “The Duha Society and Integration of the Mentally Handicapped” takes an in-depth look at the situation of mentally handicapped people in Czech society. Three separate parts comprise this study. The opening piece sets out to define the vocabulary of concepts, classify mental retardation and describe past attitudes toward the mentally ill. Section two contrasts inpatient treatment with outpatient care. The text runs descriptions and evaluations of individual integration mechanisms. Special attention is focused on comparing institutional care with assisted living. In this part, the author draws directly on her two-year internship at the Duha Society.

In the third section, the author ventures out into the real world to determine how Czech society feels about those who have mental illness. The assessment is based on a twelve-question survey that takes into consideration the age, gender and education of each respondent. The aim is to determine the level of awareness, factual knowledge and the willingness to welcome the integration of the mentally handicapped into the society at large.

Results of the poll indicate that barriers to assimilation of people with mental disabilities do exist. The biggest stumbling block that causes general uneasiness is lack of knowledge. The mentally handicapped are generally seen as chronic patients deserving pity.

At the same time, progress in the way people think about these issues is undeniable. Most of those interviewed were motivated to free themselves of preconceptions, conceding that integrating mentally disabled people into the mainstream society was an idea whose time has come.

Klíčová slova

Mentální retardace, integrace postižených, chráněné bydlení, Společnost DUHA.

Keywords

Mental retardation, integration of handicapped persons, protected housing, the DUHA society.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za odborné a trpělivé vedení své diplomové práce. Zároveň děkuji Společnosti DUHA, která mi během dvouleté praxe umožnila nasbírat cenné zkušenosti, bez nichž bych se ve své diplomové práci neobešla. Za účinnou pomoc při zpracování elektronických dat vděčím Mgr. Jaroslavu Cibulkovi.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 12. července 2008

Anna Klápšťová

OBSAH

ÚVOD.....	- 8 -
1. TERMINOLOGICKÉ (RÁMCOVÉ) VYMEZENÍ POJMŮ: SPOLEČNOST DUHA, INTEGRACE, MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	- 9 -
1.1. SPOLEČNOST DUHA.....	- 9 -
1.2. INTEGRACE.....	- 9 -
1.3. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO SPECIFIKA.....	- 10 -
2. KLASIFIKACE A CHARAKTERISTIKA STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	- 12 -
2.1. TRADIČNÍ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE NA ZÁKLADĚ HODNOTY IQ.....	- 12 -
2.1.1. <i>Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)</i>	- 12 -
2.1.2. <i>Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)</i>	- 13 -
2.1.3. <i>Těžká mentální retardace, IQ 20-34(F72)</i>	- 13 -
2.1.4. <i>Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F78)</i>	- 14 -
2.1.5. <i>Jiná mentální retardace (F78)</i>	- 14 -
2.1.6. <i>Nespecifická mentální retardace (F79)</i>	- 15 -
2.2. ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	- 15 -
Shrnutí:.....	- 16 -
3. POJMOSLOVÍ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	- 17 -
Shrnutí:.....	- 19 -
4. HISTORIE PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	- 20 -
Shrnutí:.....	- 23 -
5. INSTITUCIONÁLNÍ A NEINSTITUCIONÁLNÍ PÉČE (KLADY A ZÁPORY).....	- 24 -
5.1. ÚSTAVNÍ PÉČE.....	- 24 -
5.1.1. <i>Aktuální problémy ústavní péče</i>	- 26 -
Shrnutí:.....	- 29 -
5.2. CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ JAKO ALTERNATIVA K ÚSTAVNÍ PÉČI.....	- 30 -
5.2.1. <i>Historie chráněného bydlení a vývoj této služby v ČR, chráněné bydlení a Společnost DUHA</i> -	31 -
5.2.2. <i>Standardy kvality sociálních služeb</i>	- 32 -
5.2.3. <i>Přechod od ústavní formy péče na „chráněného bydlení“ - na příkladu z praxe ve Společnosti DUHA</i>	- 34 -
Shrnutí:.....	- 36 -
5.3. OSOBNÍ ASISTENCE.....	- 36 -
5.3.1. <i>Osobnostní nároky na asistenta a problematika osobní asistence na příkladech z praxe</i>	- 37 -
5.3.2. <i>Etická rovina práce osobního asistenta</i>	- 40 -
Shrnutí:.....	- 42 -
6. PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ.....	- 44 -
Shrnutí:.....	- 45 -
7. PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 46 -
7.1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM:.....	- 46 -
7.2. CÍL ŠETŘENÍ:.....	- 46 -
7.3. METODY A METODIKA ŠETŘENÍ:.....	- 46 -
7.4. ÚKOLY ŠETŘENÍ:.....	- 47 -
7.5. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	- 48 -
7.6. ZÁVĚRY ŠETŘENÍ:.....	- 60 -
ZÁVĚR.....	- 62 -
POUŽITÁ LITERATURA.....	- 64 -
PŘÍLOHA Č. 1.....	- 67 -

Úvod

Ve své diplomové práci se zabývám postavením mentálně postižených v české společnosti. Až do konce 80. let byli tito lidé izolováni od ostatních a umístováni za ústavní zdi. Teprve po roce 1989 se i u nás začal postupně rozvíjet proces deinstitucionalizace a normalizace života lidí s mentálním postižením. Ideálem se stala jejich co největší účast na každodenním životě v otevřené společnosti. Důležitou úlohu v tomto složitém integračním procesu začaly plnit nevládní organizace a různá občanská sdružení, mezi něž patří i Společnost DUHA, působící v Praze od roku 1992. Souběžně s integračním procesem probíhá i rozsáhlá transformace ústavů sociální péče, vedená s maximálně možným důrazem na individualitu a samostatnost klientů.

Všechny zmíněné tendence přinášejí u nás dříve neřešené odborné problémy a vyžadují zároveň závažné změny v postojích majoritní společnosti i samotných handicapovaných. Tzv. „normální“ lidé se smiřují s existencí mentálně postižených, s nimiž se začínají běžně setkávat v dříve neobvyklých situacích. Mentálně postižení jsou vtahováni do otevřeného světa, v němž přebírají dosud nebývalý podíl zodpovědnosti za sebe samé.

Práce je rozdělena do tří základních částí. První zahrnuje definici pojmů, klasifikaci mentální retardace a historii přístupu k mentálně handicapovaným.

Obsahem druhé části je porovnání institucionální a neinstitucionální péče o mentálně postižené, tedy zejména srovnání péče v ústavních zařízeních a v chráněném bydlení. Přináší popis a hodnocení jednotlivých integračních mechanismů, rozvíjených v současnosti nevládními organizacemi. Nejdůležitější formou se při tom stává chráněné bydlení zajištěné osobní asistencí. Jako vždy, i tento účinný integrační nástroj spolu s nespornými výhodami přináší i nové problémy, jejichž možným řešením se rovněž zabývám. Důležitým východiskem této části jsou zkušenosti, které jsem nashromáždila během své dvouleté praxe ve Společnosti DUHA, kde jsem působila jako osobní asistentka.

Třetí, praktická část se opírá o průzkum vztahu české veřejnosti k mentálně postiženým. Zdrojem dat se stal dotazník zahrnující 12 otázek. Průzkum se snažil zjistit aktuální stav povědomí o dané problematice v naší veřejnosti. Jak jsem již konstatovala, pozitivní změny v tomto povědomí jsou důležitým předpokladem celkového úspěchu integrace.

1. Terminologické (rámcové) vymezení pojmů: Společnost DUHA, integrace, mentální postižení

1.1. Společnost DUHA

Společnost DUHA je občanské sdružení zaměřené na integraci osob s mentálním postižením. Byla založena paní Michaelou Frycovou počátkem r.1992 z iniciativy členů Sdružení pro pomoc mentálně postiženým v návaznosti na Nadaci Duha. Posláním sdružení bylo zajišťovat veškerou pomoc pro dospělé lidi s mentálním postižením na jejich cestě k plnohodnotnému životu.

Nejprve začala Společnost DUHA provozovat Domov, potom Centrum denních služeb (dále CDS) a Středisko přechodné péče. V r.1992 přijala nabídku finanční podpory židovsko-americké nadace AJ JDC pro zavádění chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením a začala tento program jako první v republice rozvíjet. V počáteční etapě byly otevřeny chráněné byty, v následujících letech se počet bytů zvyšoval a s tím rostla i komplexnost služeb. V návaznosti přibýval i počet klientů a Duha postupně získávala důležité místo mezi nestátními organizacemi v oblasti poskytování sociálních služeb. Mohla tak ve větším měřítku začít plnit své poslání - **umožnit dospívajícím a dospělým lidem s mentálním postižením žít mimo ústavy.**

Posláním společnosti Duha je nabízet dospělým lidem s mentálním postižením takovou pomoc, podporu a služby, které jim umožní žít normálním způsobem, srovnatelným se životem jejich vrstevníků. Společnost Duha naplňuje své cíle poskytováním sociálních služeb v programech Chráněného bydlení, Centra denních služeb a Podporovaného zaměstnávání. V závislosti na současných evropských trendech je stále více kladen důraz na dodržování práv mentálně postižených klientů.

Při poskytování služeb Duha spolupracuje s řadou neziskových organizací, s úřady státní správy a místní samosprávy, veřejností, dobrovolníky, sponzory a dárci (ŠLOSÁREK 2006).

1.2. Integrace

Integrace je v kontextu této práce chápána jako snaha nalézt pro mentálně postižené přirozené místo v majoritní společnosti a umožnit handicapovaným prožít běžný život srovnatelný s jejich vrstevníky. Ruku v ruce s integračním procesem jde proces deinstitucionalizace - pozvolný odklon od velkokapacitních ústavních zařízení, kde byli postižení shloučeni na jedno místo a izolováni od přirozeného sociálního prostředí.

Integrace je procesem dlouhodobým. K přirozené tendenci segregovat odlišné jedince od společenství (viz Kapitola 4) se v našem prostředí ještě přidružil dlouhodobý stav před rokem 1989, kdy byli handicapovaní v drtivé většině umisťováni do ústavů na okraji společnosti. Ocitali se proto v odlehlých zámeckých areálech a pod. Většinová společnost tak není na kontakt s handicapovanými připravena a neví, jakým způsobem s postiženými komunikovat.

Podmínkou zdárné integrace je vzdělávání a to jak samotných mentálně postižených, tak majority. Integrační proces znamená umožnit lidem s mentálním postižením prožívat svůj život individuálně (s osobní asistencí), žít v běžné komunitě (v chráněném bydlení), naplňovat svou profesní roli (pomocí podporované zaměstnávání).

1.3. Mentální postižení a jeho specifika

Mentální retardace (postižení) je souhrnný název pro poruchy intelektových schopností, které se projevují sníženou adaptabilitou na sociální prostředí. Mentálně postižený člověk není bez pomoci druhých v plné míře schopen porozumět svému okolí a adekvátně se mu přizpůsobit. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, snížená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky (VÁGNEROVÁ 2008, s. 289).

Pro lepší porozumění mentálně postiženým je podstatné uvědomit si některá specifika, která s sebou tato forma postižení přináší. Typickou je **preferenci podnětového stereotypu**. Mentálně postižení lidé se hůře orientují v běžném prostředí, protože obtížněji rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací a obtížněji chápou i jejich vzájemné vztahy. Důsledkem je upřednostňování známého prostředí – svět je pro ně méně srozumitelný a tak se jim může jevit i více ohrožující (VÁGNEROVÁ 2008, s. 292).

Dalším příznačným rysem mentálního postižení je **rigidita myšlení** – ulpívání na určitém způsobu řešení. Preference známého opět funguje jako obrana před subjektivně nesrozumitelnými a neznámými podněty. Postoj k problémům bývá pasivní, obvykle řešení očekávají od někoho jiného, nebo na ně vůbec rezignují. Učení je u těchto lidí převážně mechanické, asociační. Veškeré dovednosti i návyky se fixují ve své rigidní podobě a také bývají stejným způsobem užívány (VÁGNEROVÁ 2008, s. 293 – 294).

Dopady mentálního postižení významně odrážejí i v oblasti emočního prožívání. Pro takto handicapované je charakteristická **nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí**. Jedná se o sníženou schopnost regulovat citové prožívání, důsledkem jsou vypjaté a mnohdy z našeho pohledu nepřiměřené reakce na podněty. Typickou je **koncentrace na přítomnost**.

Mentálně postižený člověk neuvažuje v dlouhodobých horizontech, nepřemýšlí v abstraktních pojmech. Jeho pocity jsou převážně odvozovány od momentálního rozpoložení (stavu?). Mentálně postižení mívají sklony uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran, v závislosti na míře postižení (VÁGNEROVÁ 2008, s. 295 – 298).

Mentální retardace tedy obecně znamená celkově nižší intelektové schopnosti, lidé takto postižení se hůře orientují v okolním světě, jejich vývoj je specifický a zpomalený a mívají sklony k emocionální impulzivitě. To však neznámá, že by takto znevýhodnění lidé měli jiné základní psychické potřeby než ostatní. Jedná se především o potřebu citové jistoty (zázemí) a bezpečí, potřebu seberealizace a potřebu pozitivní zpětné vazby. Rozdíl je pouze v tom, že lidé s mentálním handicapem potřebují k naplnění těchto základních lidských potřeb podání pomocné ruky, citlivost a zájem okolí.

2. Klasifikace a charakteristika stupňů mentální retardace

Pro zachycení hloubi mentální retardace (dále také MR) existuje několik východisek. Ve zdravotnickém kontextu je v současné době základním pramenem pro určení závažnosti mentální retardace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě.¹ Ta dělí mentální retardaci do šesti kategorií (F70-79) na základě hodnoty IQ.

2.1. Tradiční charakteristika mentální retardace na základě hodnoty IQ

2.1.1. Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

Behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba pomoci a podpory jsou obecně bližší jedincům s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Při charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že rozvoj sociálních dovedností bývá od dětství zpomalen. Důsledkem je i opožděné používání řeči a porozumění mluvenému slovu. Lidé s touto diagnózou však většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě.

Lehce mentálně retardovaní dosahují úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Jsou schopni vykonávat domácí práce a docházet do zaměstnání. V sociálně nenáročném prostředí mohou žít zcela bez problémů. Uplatnění jim ztěžuje případná emoční a sociální nezralost. Dochází pak k obtížnému se přizpůsobování kulturním normám a očekáváním, k neschopnosti vyrovnat se s požadavky manželství, nebo výchovy dětí, častým problémem bývá získání a udržení si adekvátního zaměstnání, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. Významnou kompenzační roli zde sehrává výchovné a rodinné působení, později přímá podpora a pomoc osobního asistenta atd.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost
- lehkou mentální subnormalitu
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu)

(ZVOLSKÝ a kol. 1996, s.156; ŠVARCOVÁ 2000)

¹ WHO- World Health Organization- MKN 10, 1992

2.1.2. Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)

U osob 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 (sebeobsluha) 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.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně 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 senzomotorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce komunikace. Úroveň 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 autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak lze s postiženým jednat. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta bývá diagnóza obtížná.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu)

(ŠVARCOVÁ 2000)

2.1.3. 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 kategorie předchozí) 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 samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu
- těžkou oligofrenii

(ŠVARCOVÁ 2000)

2.1.4. Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F78)

Postižení jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy vzděláváním jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, podle odhadů bývá nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reakci na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to zejména u mobilních pacientů, jsou těžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální retardaci
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiotii)

(ŠVARCOVÁ 2000)

2.1.5. Jiná mentální retardace (F78)

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

2.1.6. Nespecifická 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 ze shora uvedených kategorií (ŠVARCOVÁ 2000).

2.2. Alternativní přístupy k hodnocení mentálního postižení

Klasifikace mentálně retardovaných na základě hodnoty IQ má celou řadu oponentů. Bývá upozorňováno, že jde o jednostranný pohled, kdy je člověk s postižením zařazen do určité kategorie na celý život, kde je mu jednou pro vždy přiřknuto, jak se lidé na tom kterém stupni retardace chovají, jakému vývojovému věku odpovídají a někdy dokonce jakou mají životní budoucnost. Často je zdůrazňována nesamostatnost, ovlivnitelnost, pomalost, pasivita a další podobně negativní charakteristiky. Například Martin Lečbych uvádí: „*Jestliže nechceme lidi s mentální retardací dále znevýhodňovat budováním negativního očekávání o jejich možnostech, musíme se vyhnout tradiční klasifikaci všude tam, kde její rizika převažují nad jejími zisky (tedy téměř všude mimo zdravotnický kontext)*“ (LEČBYCH 2005).

Kritika také směřuje k tradičnímu chápání mentální retardace jako deficitu „uvnitř“ jedince a jako jeho „problému“, tedy tzv. deficitnímu modelu. Objevuje se potřeba vytvořit novou definici, která by mentální retardaci vymezila jako proměnnou veličinu danou vztahem jedince a prostředí, tedy tzv. podpůrný model (ŠIŠKA 2005).

Jako příklad podpůrného modelu uvádí ŠIŠKA (2005) klasifikaci a definici mentální retardace podle Americké asociace pro mentální retardaci². Výchozím požadavkem AAMR je, aby na výslednou diagnostiku a klasifikaci mentální retardace navazoval odpovídající systém cílené podpory. Jinými slovy, přidělení nálepky „mentální retardace“ musí vést k profilu potřebné podpory.

AAMR v roce 2002 definovalo mentální retardaci takto: Mentální retardace znamená znevýhodnění (= disability) charakterizované významným omezením intelektových funkcí a omezením v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.

Pro aplikaci definice stanovuje AAMR pět předpokladů:

1. Snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince.
2. Oprávněný posudek bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.

² AAMR (American Association for Mental Retardation), dříve AAMD (American Association for Mental Deficiency) se sídlem ve Washington, D. C.

3. U každého lze nalézt vedle nedostatků i silné stránky.
4. Zjišťování limitů má být doprovázeno vypracováním systému cílené podpory.
5. S vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s MR. Pokud se zlepšení nedostaví, je třeba přehodnotit profil individuální podpory. Stereotyp, podle kterého u lidí s mentálním postižením k žádnému pozitivnímu vývoji tak jako tak nikdy nedojde, není správný (<http://www.aamr.org/>).

AAMR považuje za klíčové pro pochopení hloubky mentální retardace vazbu mezi jedincem s mentálním handicapem, prostředím a podporou. Jedná se o hodnocení potřeb jedince ve vztahu k jeho prostředí. Nové pojetí definice poskytuje základ pro zachování větší zodpovědnosti za fungování mentálně retardovaného na vnějším prostředí. Pokud se například dítě s nižším IQ učí pomaleji, od školy se očekává, že poskytne podporu potřebnou pro setrvání dítěte v normálním vzdělávacím prostředí, namísto odsunutí do zvláštního výchovného zařízení (ŠIŠKA 2005, s.10-11). Právě tento převrat v chápání mentální retardace přináší posun od segregace k integraci.

Shrnutí:

Existuje celá řada přístupů ke klasifikaci a diagnostice mentální retardace (např. podle etiologie, klinických symptomů, vývojových období...). Jednotlivé modely se vzájemně prolínají a doplňují. K zodpovědné diagnostice mentální retardace nikdy nestačí jen jediné kritérium. Co se mi ale jeví jako nejpodstatnější, je to, že mentální retardace znamená kromě snížené schopnosti osvojovat si vědomosti, dovednosti a návyky především handicap sociální. Takto znevýhodněný člověk se během svého života s velkou pravděpodobností setká s obtížemi při naplňování sociálních rolí charakteristických pro osoby stejného věku a stejného pohlaví. Snižovat negativní důsledky mentálního postižení v naplňování sociálních rolí, tj. eliminace sociálního handicapu, je jedním ze stěžejních úkolů organizací poskytujících služby lidem s mentálním postižením (Luckasson et al. 1992, cit. in: ŠIŠKA 2005, s.12).

3. Pojmosloví mentální retardace

Postupná změna přístupu k mentálně postiženým se názorně odráží v terminologii s touto oblastí spojenou. Pohled do nepříliš dávné historie pojmosloví dokládá, že dřívější snahou bylo postižené jedince dobře identifikovat, náležitě zařadit a izolovat od „normální“ populace do speciálních zařízení. V lepším případě do zvláštních vzdělávacích výchovných programů, v horším do ústavních zařízení, psychiatrických a jiných léčení, domovů důchodců apod.

Proces deinstitucionalizace se v naší zemi pomalu rozbíhá až od začátku devadesátých let, kdy se začaly objevovat programy s nabídkou alternativ k ústavní péči. O neutěšené situaci v ČR referuje například zpráva Helsinského výboru ještě v roce 1996: *„Zdravotně postižené osoby nemají tedy možnost volby stejně jako rodiče postižených dětí. Finanční náklady na ústavy jsou obrovské, rodina, která pečuje o zdravotně postiženého člena v domácím prostředí, nedostane ve srovnání s tím prakticky nic... máme velkou naději, že se Česká republika stane velkým skanzenem, kam se budou lidé z civilizovaných zemí jezdit dívat na mentálně postižené děti umístěné do klecích, na mladé zdravotně postižené osoby, které žijí bez motivace a perspektivy v domovech důchodců...“* (Helsinský výbor 1996, cit. in: ŠÍŠKA 2005, s.26).

Od roku 1989, kdy se naše země otevřela světu, je patrný pozvolný odklon od monopolu ústavní péče. Pod vlivem zahraničních trendů vznikla a vzniká řada nestátních organizací a občanských sdružení nabízejících množství programů a služeb jako alternativu k doposud dominující péči státu. Ruku v ruce s tímto procesem probíhá i změna terminologie. Ve své praxi (ve Společnosti DUHA) z let 2005-2007 jsem se sama ještě setkávala v lékařských posudcích z osmdesátých let s termíny jako oligofrenie,³ debilita, imbecilita... Tyto označovaly hloubku postižení na základě hodnoty IQ (debilita odpovídá pásmu lehké mentální retardace, imbecilita znamená střední mentální retardaci, prostá idiocie je těžká mentální retardace a těžká idiocie označuje hlubokou mentální retardaci⁴). Takové pojmy byly spolu s dalšími shledány jako příliš stigmatizující a v současné době, kdy převážil vedlejší pejorativní obsah, se již nepoužívají. Stejně tak byl i výraz „oligofrenik“ nahrazen termínem „osoba s mentální retardací“. Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve potom, na druhém

³ Oligofrenie - pojem řeckého původu označující slabomyslnost, tedy nedostatečný vývoj osobnosti člověka s důsledkem snížených rozumových schopností.

⁴ Rozdělení oligofrenie na stupně stanovila 1. 1. 1968 mezinárodní statistická klasifikace nemocí.

místě, postižení. V obecné rovině se pak o mentálně retardovaných začíná hovořit jako o jedincích se speciálními vzdělávacími potřebami (ČERNÁ a kol. 1995).

Další převratnou změnu znamená upuštění od termínů vzdělávatelný/nevzdělávatelný - vzhledem k možnosti nástupu do školní docházky, u těžce retardovaných pak vychovatelný/nevychovatelný (ZVOLSKÝ a kol. 1996). To byla „nálepka“, která dítě označila na celý život a už bylo velmi problematické se jí zbavit. Děti „vzdělávatelné“ byly pak zařazovány do zvláštních pomocných škol, děti „vychovatelné“ byly zbaveny povinné školní docházky a jejich výchovu zastřešovaly ústavy sociální péče s tzv. výchovnými úseky. Dětem označeným jako „nevychovatelné“ se dostalo pouze základní zdravotní a sociální zabezpečení v tzv. zdravotních odděleních (HEISSIGEROVÁ 2002).

Výše zmiňovaná terminologie dokládá dřívější chápání mentálního postižení jako trvalého a neměnného stavu jedince. „Zvláštní péče“ byla automaticky a zpravidla napořád poskytována ve „zvláštním prostředí“, ať už to byla škola, ústav, léčebna apod. V současných koncepcích je patrný příklon k vnímání postiženého jako plnohodnotné jedinečné osobnosti, i když se specifickými vzdělávacími potřebami. Ty se však mohou v průběhu života objevit a kdykoliv opět zmizet. Proto je nutné potřebnou podporu poskytovat pouze tehdy a tam, kdy a kde se objeví (ŠIŠKA 2005, s. 14).

Pro utěšenější život handicapovaných je třeba si uvědomit závažnost a dopad stigmatizující terminologie. Minulá označení, jako je mentální defektnost, subnormalita nebo jiná pojmenování uvedená výše, vesměs zdůrazňující negativní lidskou odchylku, podle mého názoru zpětně ovlivňují i prožívání vlastní identity mentálně retardovaných a v důsledku toho i jejich chování. K integraci takto postižených je ale potřebná změna pohledu většinové společnosti na mentálně retardované a k tomu taková terminologie rozhodně nepřispívá. Z vlastní zkušenosti s klienty společnosti Duha vím, že vždy velmi citlivě reagovali na způsob, jakým s nimi okolí komunikovalo. V případě komunikace v zajetí starých klišé se obvykle stáhli zpět a naplnili negativní očekávání. Při otevřené komunikaci bez předsudků ale jejich sebevědomí povyroستlo a proběhl rovnocenný rozhovor. (Do značné míry tedy hráli role, jaké jim byly přiřknuty). Nevím, kdo z nás tzv. normálních, by při každodenním diskreditujícím chování okolí vůči své osobě mohl dlouhodobě obstát bez psychických následků. Jinakost je sama o sobě frustrující a handicap ještě velmi často umocňují vnější sociálně znevýhodňující vlivy.

I samotný pojem mentální retardace (MR) prošel svým vývojem a není zdaleka bezproblémový. Původně převládající výraz oligofrenie, či mentální defektnost je postupem doby nahrazován MR pro zdůraznění určité přechodnosti a relativnosti stavu. Termínu

„mentální retardace“ dáváme přednost v množství jiných označení, která jsou často svými důsledky nešťastná. Směřují totiž k tomu, aby byla užívána spíše v absolutním než relativním smyslu a vylučují vážné úsilí o nápravu poruch spojených s opožděným vývojem. Sám pojem retardace navozuje pocit dočasnosti opožďování ve vývoji, což je odborníky pokládáno za výhodu a za jeden z psychologických předpokladů pro překonání fatalistických názorů na možnost odstranění této poruchy (DOLEJŠÍ 1978, s.27).

Jen krátce bych chtěla závěrem této kapitoly zmínit situaci ve vyspělých západních zemích, kde diskuse o terminologii probíhá v daleko větším měřítku, z našeho pohledu mnohdy až absurdním. V USA upřednostňují pojem „člověk s postižením“ (person with disability), termín „handicapovaný“ považují za pejorativní. V některých zemích se z důvodu diskreditujícího obsahu starších názvů zavádějí nové pojmy jako např. postižení intelektu (intellectually disabled people - Austrálie, USA), nebo obtíže ve vzdělávání (people with learning difficulties - Velká Británie). Ve Velké Británii bylo snahou respektovat pojmoslovím názory samotných postižených lidí. Změny v terminologii zde iniciovalo hnutí sebeobhájců - svépomocné hnutí mentálně postižených – People First. Termín „learning difficulties“ stvrdila od roku 1994 i legislativa (ŠIŠKA 2005, s.14).

Shrnutí:

Postupná proměna pojmosloví v oblasti týkající se mentálního postižení potvrzuje zvýšenou citlivost odborníků k lidem takto handicapovaným a dokládá celkovou změnu přístupu k mentálně retardovaným. Mezi hlavní posuny ve vnímání problému patří chápání mentálního postižení jako otázky jedinečného světa člověka a jeho blízkých, na rozdíl od dob minulých, kdy se velkému počtu lidí s mentální retardací přisuzovaly společné neměnné vlastnosti. Zdá se, že začíná přechod od skupinové definice pomocí negativních vlastností a negativního vlivu na společnost ke snaze podporovat jedince v dosažení jeho pozitivně společensky vnímaného místa v jeho vlastní komunitě (ŠIŠKA 2005, s. 19 - 20).

4. Historie péče o lidi s mentálním postižením

Název této kapitoly je lehce nadsazený. Rozhodně si nedělám ambice podat ucelený pohled na historický vývoj vztahu k postiženým. Jde mi spíše o zamyšlení nad kořeny některých stereotypů a předsudků, jejichž historické podmínění si často ani neuvědomujeme.

Obava a strach z odlišného je biologickou přirozeností a je tedy stará jako lidstvo samo. Jedinci, kteří nevykazují znaky druhu, nejsou rozpoznáni jako příslušníci sociální skupiny. Pokud navíc nepřispívají k zabezpečení materiálního přežití, jde jen o důvod navíc k jejich segregaci (v krajním případě usmrcení, čehož je nejznámějším příkladem starověká Sparta). Zatížený jedinec byl navíc často vnímán jako prostředník (reprezentant) nadpřirozených, povětšinou negativních sil, jako je uhranutí, očarování. Strach z nadpřirozeného způsoboval, že péče o postižené spočívala v magických ochranných symbolech nebo např. v exorcismu, tedy náboženského rituálu, jehož pomocí je z označených za posedlé vymýtán zlý duch, což nezdědka končilo smrtí „uzdravovaného“. Tělesný nebo mentální defekt byl považován za jakési znamení (stigma), varující před potenciální hrozbou. Přitom je, myslím, zajímavé uvědomit si, že stigmatizujícími jsou zejména ty odchylky, které mají nežádoucí dopady v sociálních projevech, tedy v komunikaci a zevnějšku. Postižení mohlo být segregováno a zamítáno i jakožto odklon od estetické normy. Mám na mysli antické Řecko a Řím a jeho „kalokaghatia“ - tedy soulad krásy ducha a těla, jakožto kulturního ideálu.

Nahlédnutí do minulých dob a přístupu k postiženým v nich, skýtá obecně spíše krutý obrázek. Z antiky se nám sice zachovaly informace o tzv. „asklepieion“⁵, kde se o potřebné starali kněží a lékaři, zároveň je však znám i tzv. rituál „vyobcování šílence“ (ČERNOUŠEK 1994, s. 30). Segregace, vyobcování postiženého ze společnosti znamenalo de facto ortel smrti.

Středověk vnáší do péče o nesoběstačné požadavek „charitas“ (křesťanské lásky). Pokud dochází k péči, odehrává se intuitivně v malé komunitě (v rodinných strukturách - extramurální péče), nebo v kláštrech. I v těchto dobách však docházelo k vyhánění postižených za městské hradby, často je pak čekal život žebravých poutníků, trmácejících se od jedné městské brány ke druhé. Z Norimberské kroniky se navíc dozvídáme, že postižení byli předváděni za poplatek jako podivná monstra a zprávou o krutosti těchto časů může být i výtvarný odkaz Hieronyma Bosche (např. obraz *Loď bláznů*) a dalších umělců. Období

⁵ Asklepieion - chrám zasvěcený bohu lékařství Asklepiovi, při každém z Asklépiei vznikly léčebné lázeňské ústavy, zvláště proslulé v Epidauru a na osrově Kóu. S Asklépieiem na Kóu je spojeno jméno slavného lékaře Hippokrata a s Asklépieiem v Pergamu jméno neméně slavného Galéna (viz Slovník antické kultury, Praha 1974)

středověku lze charakterizovat jako střet snahy léčit s přirozenou tendencí odlišné vyobcovat. (FOUCAULT 1992, s. 13-15).

K zajímavé změně dochází v době osvícenství v 17. stol. V této době vzniká, nejprve na území Francie, řada velkých špitálů určených pro chudinu a sociální případy všeho druhu. Bez ohledu na formu postižení nebo onemocnění, vyléčitelnost či nevyléčitelnost, věk, pohlaví, společenské postavení, zde mají být ubytováni a živeni. Tyto tzv. všeobecné špitály nebyly léčebným zařízením, spíše se jednalo o polosoudní strukturu a pořádkovou instanci monarchistického a měšťanského řádu. Veškerá a neomezená moc v těchto zařízeních byla koncentrována v rukou správců (s jejich neomezenou mocí). S lidmi, kteří se zde často nedobrovolně ocitli, se jednalo spíše jako s vězni, běžnou praktikou bylo užívání kůlů, pranýřů, podzemních cel atd. Všeobecné špitály se brzy rozprostírají po celé Francii a tento jev postupně nabírá celoevropských rozměrů. V německy mluvících zemích vznikají nápravná zařízení zvaná Zuchthausern, další vznikají v 2. polovině 17. stol. v Basileji (1667), Vratislavi (1668), Frankfurtu (1684) atd. V 18. stol. přibývají po Evropě další a další (Lipsko, Halle, Kassel, Turgau ad.). Foucault ve své knize proto označuje osvícenství jako období „internace“. Samotné postižení (odchylka od normy) je poprvé viděno sociálně z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společnosti. Z tohoto úhlu pohledu může být nahlížena internace jako ekonomická a sociální pojistka a má hodnotu objevu (FOUCAULT 1992).

Světlo do problematiky péče o duševně choré (mezi které v té době spadali i mentálně postižení) vnesl lékař Philipp Pinel, právem považovaný za zakladatele psychiatrie jako specializovaného vědního oboru. Učinil tak v Paříži v období Francouzské revoluce. V roce 1793 byl pověřen Národním konventem provést reformu péče o duševně nemocné. Podmínky ve kterých postižené v té době zastihl, byly zoufalé. Byli umístěni ve sklepních místnostech, na slámě, ve špíně, měli nedostatečnou a nepravidelnou stravu a na rukou pouta. Úmrtnost v těchto zařízeních byla obrovská. Pinel dal okamžitě duševně nemocným sejmut pouta. Pacienty, kteří tam byli bezdůvodně, nechal propustit. Začal se starat o lepší hygienu i kvalitnější stravu. Vymohl pro pacienty postele a opatřil také oblečení. Pro některé postižené s lehčími formami poruch zavedl vycházky. Phillip Pinel předešel svou dobu, zaváděl léčbu prací, používal psychoterapie. Není pochyb o tom, že Pinelovo dílo znamenalo velký pokrok a vznik moderní, či spíše opravdové psychiatrie.

V jiných zemích (např. v Čechách v Praze u milosrdných bratří) nebyl stav péče o handicapované o mnoho lepší. Ale právě Čechy měly štěstí na osobnost naprosto

srovnatelných kvalit a zásluh jako byl samotný Pinel. Jednalo se o lékaře, pedagoga a filosofa Karla Slavoje Amerlinga.

S touto všestrannou osobností je v Čechách ve svých počátcích spojena organizovaná péče o mentálně postižené. V roce 1871 se Karel Slavoj Amerling ujal vedení Ernestina, nově zřízeného ústavu pro slabomyslné děti na Hradčanech, prvního svého druhu v Rakousku - Uhersku. K. S. Amerling zde vypracoval komplexní program péče, byl ustanoven ředitelem a zároveň vykonával bezplatně funkci lékaře. MUDr. Amerling, který viděl svůj vzor v J. A. Komenském, dovedl Ernestinum k výborné pověsti a významnému vlivu v celoevropském měřítku. V duchu ideje, že lepší vzdělání povznese národ, se snažil vychovat i ty nejzávažněji postižené.

Organizačně byl ústav rozdělen do tří oddělení. První by se v dnešní terminologii dalo označit jako diagnostické. Ústavní svěřenci zde byli jen dočasně, aby na základě lékařského a pedagogického pozorování byli zařazeni do jednoho z dalších oddělení. Druhé oddělení si kladlo za cíl, aby svěřenci byli po odchodu z ústavu schopni samostatného výdělků. Vedle osvojení základní gramotnosti a výcviku v nezbytné sebeobsluze (hygienické návyky atd.), zde byla snaha procvičovat obratnost ve vybraných řemeslech, práci v domě, zahradě i na poli tak, aby děti měly v dospělosti možnost nezávislého života mimo ústavní zařízení. Třetí oddělení plnilo funkci azylu pro ty s nejhlubším postižením.

Svěřencům Ernestina byla na svou dobu věnována ojediněle komplexní péče. V Amerlingem vedeném ústavu byla zdůrazňována maximální možná individualizace. U každého dítěte byla vedle typologie a diagnosticky zaznamenávána rodinná anamnéza, zájmy a záliby. Velký přínos spočíval v prioritě vzdělávání postižených a rozšiřování dovedností. Ze svých pedagogicko-psychologických poznatků K. S. Amerling vypracovával komplexní záznamy, sepsal řadu publikací a z těchto cenných materiálů čerpali jeho nástupci. (EISOVÁ 1983, s. 5-8).

Poslední jméno, které bych chtěla alespoň zmínit, je MUDr. Karl Herfort. Karel Herfort (1871-1940), zakladatel české dětské psychiatrie, navázal na Karla Slavoje Amerlinga, zpřesnil a zdokonalil dokumentaci a fotodokumentaci. Svá pozorování doplňoval kazuistikami s podrobnými údaji o rodině, o charakteristice rodinného prostředí. Mnohé záznamy doplnil rodokmeny, údaji o škole a poznámkami o schopnostech a dovednostech chovanců. Dokumentoval také písemné projevy ústavních svěřenců. Své osobní poznatky doplnil zkušenostmi z ciziny (Švýcarsko, Německo) a svůj zájem upřel i na postižené po propuštění z ústavu. K Ernestinu za jeho správy přibýly dvě třídy pomocné školy, s cílem naučit děti jednoduchým činnostem a pokud možno i řemeslným dovednostem. Vedle celé

řady dalších vědeckých přínosů Karel Herfort analyzoval pojem „slabomyslnost“ a určil její stupně, typy a příčiny. Z dnešního hlediska působí jako jeho největší přínos důraz na potřebu vzdělání mentálně handicapovaných, apel na součinnost více odborníků v péči o postižené (lékař, psycholog, sociolog, pedagog) a v neposlední radě nárok na vzdělávání učitelů - speciálních pedagogů. S přítelem Josefem Zemanem a jinými učiteli pomocných škol vybudoval pedopatologii – základ dnešní speciální pedagogiky (EISOVÁ 1983, s. 9-13). Až v 19. století můžeme hovořit o zlomu, kdy se péče o mentálně postižené stala specializovaným vědním oborem a začaly se formovat základy novodobého přístupu k této skupině lidí.

Shrnutí:

Původní tendence lidských společností vnímala postižené jedince převážně negativně, jako reprezentanty temných sil apod. Středověk přinesl do vztahu k postiženým požadavek křesťanské charitas, ale opravdu pozitivní zlom čekal až na zakladatelské osobnosti 18. a 19. století (P. Pinel, K. S. Amerling atd.) a na jejich dílo.

5. Institucionální a neinstitucionální péče (klady a zápory)

5.1. Ústavní péče

Ideálem a cílem péče o mentálně postižené je umožnit jim v maximální možné míře účast na životě v otevřené společnosti, činit svá vlastní rozhodnutí a mít život ve svých rukou. Systém péče před politickými změnami v roce 1989 tyto ideály ani zdaleka nenaplnoval. V době, kdy byl uplatňován takřka neměnný model ústavní péče a segregovaného vzdělávání lidí s postižením, nelze o integraci lidí se specifickými potřebami hovořit (ŠIŠKA 2005, s. 25).

Během 90. let u nás vznikla řada nestátních organizací a občanských sdružení, jako alternativa k monopolu státem poskytované péče v ústavních zařízeních. Deinstitutionalizace je však dlouhodobý proces a musí jej provázet celková změna postoje společnosti k postiženým. Rozhodně se však nedomnívám, že by ústavní péče měla zaniknout úplně. Myslím, že má v hierarchii sociálních zařízení své důležité místo. Vždy bude, bohužel, určité procento handicapovaných odkázaných na tuto formu pomoci, jde však o to, aby se počet klientů v těchto zařízeních minimalizoval a aby se i nadále měnil přístup ke klientům v nich.

Situaci v ÚSP naznačuje např. emotivní výpověď jedné ze zaměstnankyň z počátku devadesátých let: „... pokoje jsou většinou po 6 klientech stejného pohlaví. Každý má svou zamykatelnou skříň, ale klíč od ní má u sebe sestra. Jídlo se podává v pravidelných intervalech (jidelniček se pravidelně opakuje), je na něj vymezena příslušná doba, krátká. A tak je rychlejší, když se jídlo namixuje a sestra nebo spíše ošetřovatelka svěřence sama nakrmí. Je to rychlejší i proto, že je šikovná a umí krmit, i když člověk leží. Nejlepší je vše smíchat v umělohmotné misce a společně s léky, které se podávají stále a automaticky, nalít lžiči do krku. Kdyby se chtěl svěřenec najíst sám, třeba jen rohlíku, jistě by to sestry přijaly s nevolí - a) trvá to dlouho, b) nadělá nepořádek. Kdo se dostane do ústavu už v dětství, je v sedmi letech zbaven povinnosti školní docházky. V patnácti nikdo svěřenci nevyřídí občanský průkaz, v osmnácti takového člověka zbaví soudce způsobilosti k právním úkonům, ačkoli ho nikdy neviděl. Rozsudek mu nedoručí, protože by to stejně nepochopil. Vojenská správa doručí ústavu modrou knížku, aniž by svěřenec někdy stál před odvodní komisí. Ve velkém světě, po které po mnoha letech přestane toužit, by se cítil bezradně a ztraceně“.

(ZDRAŽILOVÁ 2005).

Přes tuto autentickou výpověď by bylo chybou vidět ve všech ústavních zařízeních zdroj „veškerého zla“ v péči o mentálně postižené. Nepochybuji o tom, že v celé řadě ÚSP

personál vykonává své nelehké povolání zodpovědně a v nejlepší možné míře. O nutnosti započaté transformace však není pochyb. I péče v ústavních zařízeních by měla vycházet z individuality klienta a nabízet i těm s těžší formou postižení smysluplnou náplň dne. Právě nedostatek činnosti, nuda, má stěžejní podíl na vzniku tzv. problémového chování, které je ve velkých zařízeních, zatížených nedostatkem kvalifikovaného personálu, řešeno podáváním utlumujících léků, nebo pomocí v současnosti tolik diskutovaných tzv. klecových lůžek.⁶ Bohužel, častým problémem zabraňujícím změnám k lepšímu je nedostatek financí. O tom, že se stav postupně zlepšuje, však vypovídá například proměna Diagnostického ústavu sociální péče v Tloskově, malé vesnici asi 60 km jižně od Prahy.

Před rokem 1989 byl šlechtický statek, ve kterém bydlí v současné době 239 mentálně postižených mužů a žen, klasickým příkladem zastaralého přístupu k handicapovaným lidem. V obrovských sálech zde přebývalo velké množství klientů bez náznaku soukromí. Jediným vytržením z všedních dnů byla sklizeň brambor. Od té doby se však domov v Tloskově proměnil v jedno z nejmodernějších zařízení v Čechách. V barevně omítnutých domech žijí obyvatelé v jedno- či dvojlůžkových pokojích po čtyřech nebo pěti v jednom bytě. Partnerské páry pak mají k dispozici prostornou společnou místnost. Ti s nejlehčí formou postižení mají možnost bydlet ve vlastním malém bytě, do kterého jeden ze 154 pracovníků (v sociálních službách) zavítá jen tehdy, když je to opravdu za potřeby. Každý klient má přiděleného tzv. „klíčového pečovatele“, který má přesný přehled o tom, na jaké terapie a jiné aktivity jeho svěřenec chodí. Do nabídky činností patří vedle zaměstnání mimo ústav (ve stavební firmě, restauraci, či zemědělství) také práce v jedné ze sedmi dílen. Pro méně schopné je zde denní stacionář, kde je možné např. vyrábět svíčky, či věnovat se jiným zájmovým aktivitám. V areálu je navíc farma i kavárna, ve které obsluhují sami postižení (STRÁNSKÝ 2008).

Tento ideál mezi ústavy mohl vzniknout nejen díky kvalitnímu vedení, ale zejména díky financování rekonstrukce Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV). Právě nedostatek peněz bývá ovšem jednou z největších překážek ve zkvalitnění životních podmínek mentálně postižených. Mezi další neméně důležité předpoklady úspěšné transformace ústavů sociální péče patří přeškolení nebo výměna převážně zdravotnického personálu za sociální pracovníky.

Zdravotní personál většinou klade důraz na dodržování hygieny a na zdravotně uspokojivé podmínky, ale na ostatní, snad dokonce podstatnější aspekty života, se nemá kdo zaměřit. Pro pozitivní změnu je klíčovou podpora samostatnosti klientů. S obyvateli ÚSP je třeba zacházet jako s dospělými a rovnocennými lidmi, nevykonávat za klienty nic, co by, i

⁶ Lůžka se zvýšenou postranicí.

když s jistými obtížemi a třeba pomaleji, zvládli sami. Paradoxně právě přehnaná péče a obava z přenesení zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí na klienty samotné, vede k umělému a nesvobodnému světu v mnohých ústavních zařízeních.

Sama povaha ústavní péče s sebou nese automaticky jistá rizika. Ústav je v podstatě pokusem společnosti vytvořit potřebné náhradní zázemí, domov pro ty, kteří se nemohou začlenit do běžné společnosti. Zároveň se před nimi společnost snaží chránit. Předpokladem udržitelného chodu jsou pak pravidla vnitřního fungování, kterým se obyvatelé musí přizpůsobit. Ústavní péče je pro řadu postižených jedinou možností, jak mít zajištěnou důstojnou existenci. Závislost jejich vztahu je možnou živnou půdou pro manipulaci a zneužívání ze strany personálu. Jedná se do jisté míry o svět sám pro sebe, ústavní péče jde do značné míry proti základním principům integrace. Klasická forma ústavní péče funguje na základě zjednodušení světa, činí jej předvídatelným a omezeným. Klienti ve stejný čas usínají a vstávají, ve stejný čas usedají ke stejnému jídlu, na jehož přípravě se nepodílejí, večer usedají k totožnému televiznímu programu, dny tak plynou v ubíjející jednotvárnosti, bez možnosti individuálních prožitků. Na jednu stranu se tak usnadňuje klientům orientace v denním řádu, ale zároveň se jim brání prožívat svůj vlastní život.

Přes všechna rizika, která s sebou ústavní péče nese, nelze ji tedy považovat za jednoznačný přežitek. Myslím, že na ústavní sociální péči bude spíše kladena stále vyšší míra požadavků tak, aby postupně svůj režim přizpůsobovala individuálním potřebám klientů a omezení vůči nim uplatňovala jen v minimální a nutné míře, tak jak bylo popisováno na příkladu ústavu v Tloskově.

5.1.1. Aktuální problémy ústavní péče

V současné době bývají velmi často ve spojitosti s ústavními zařízeními zmiňovaná tzv. klecová lůžka. Jejich problematiku do našich médií prvotně vnesla autorka Harryho Pottera spisovatelka Joanne Rowlingová, což ve veřejnosti, mnohdy i odborné, vyvolalo vlnu nevole. Mohli jsme se dočíst ostrá odmítnutí poukazující na nekvalifikované a zaujaté názory cizinky zcela odtržené od naší reality. Brzy se však ukázalo, že tento problém v ČR, ať už na něj upozornil kdokoliv, existuje a je opravdu aktuální.

Na základě ustanovení zákona o sociálních službách⁷ je ústavům zakázáno omezovat bez akutního a vážného důvodu volný pohyb svých svěřenců. Že je však realita poněkud odlišná, zjistili a dokázali novináři z britské BBC a z českého zpravodajského serveru www.aktuálně.cz. V České republice žije 70 tisíc dětí a dospělých v ústavech a psychiatrických léčebnách. Podle expertních odhadů je přibližně 10 procent z nich

⁷ Zákon o sociálních službách - 108/2006 Sb., účinný od 1. ledna 2007.

zadržováno v klecových lůžkách (<http://www.mpsv.cz>). Rozpoutala se tak řada vzrušených debat, kdy personál obhajoval svůj postoj vždy stejně - potřebou zabránit klientům v sebepoškození nebo napadání ostatních. Nedělám si nárok na kvalifikované posouzení, na které straně sporu je pravda. Myslím si ale, že otevření této diskuze je každopádně prospěšné. Upozorňuje totiž na daleko hlubší problémy, spojené s péčí o mentálně postižené, jejichž přirozeným důsledkem klecová lůžka jsou. Některé z nich bych se nyní pokusila zachytit.

Jeden ze základních problémů vidím v rigiditě personálu v některých současných zařízeních. Vládne zde nastavený harmonogram dne a ten, kdo se není schopen vlivem svého postižení přizpůsobit, stává se snadno tzv. problémovým klientem, kterého je třeba, samozřejmě v jeho vlastním zájmu, utlumit léky nebo uzavřít za vysoké postranice postele. Že lze při pružném reagování a vůli hledat nová řešení, nebezpečné situace minimalizovat a ve velké většině jim předcházet úplně, dokládá například církevní zařízení Christophorushaus v severoněmeckém městě Göttingen. Idea přeměnit ústavní zařízení ve skutečný domov se zde stala realitou a to pro 140 dospělých mužů a žen, mezi které patří autisté, spastici, hluchí, němí, nevidomí. Někteří jen zírají do prázdna, jiní zase bez přestání křičí, nebo musí být neustále v pohybu. Lůžka s mříží bychom zde přesto hledali marně.

Sebepoškození klientů se zde snaží aktivně předcházet, odstraňovat jeho příčiny a ne jen zamezovat důsledkům postižení. K agresivitě vůči své vlastní osobě nebo svému okolí dochází většinou tehdy, když klient nevidí jiné východisko z pro něj neúnosné situace, nebo trpí-li nedostatkem podnětů. Sám sociální pedagog ústavu v Göttingen k tomu říká: „*Když postižený člověk například neustále bouchá hlavou do zdi nebo si rozdírá kůži, pak je to výrazem obrovské nudy. Bolest je pro tyto lidi jedinou možností, jak si opatřit alespoň nějaký druh stimulace*“ (STRÁNSKÝ, 2008).

Mezi zdejší obyvatele patří i třiatřicetiletý autista Marco. Pokud se dostane do stresové situace, což je pro něj například hlučné prostředí nebo společnost neznámých lidí, reaguje záchvaty agrese vůči sobě i ostatním, zvláštními pohyby, křikem, nutkavým opakováním určitých slov a gest. Tým zaměstnanců Christophorushausu má dobře zmapované situace, které u Marca nežádoucí chování spouští. Pro případ, že se přes veškerou snahu nepodaří vyvolání stresové reakce vyhnout, osvědčila se u tohoto konkrétního klienta nabídka možnosti úniku. Má k dispozici místnost, kam se může stáhnout, pokud se dění kolem pro něho stává neúnosným. Místnost je speciálně upravena, na stěnách jsou tlusté matrace, radiátor je zavěšený vysoko pod stropem, aby se minimalizovalo riziko poranění. Zaměstnanci se dokázali díky svému pružnému přístupu vypořádat i s dalšími na první pohled těžko řešitelnými problémy. Jiný zdejší muž trpící autismem rozmačkal každou

žárovku na kterou přišel, strhával obrazy ze stěn a podlahu svého pokoje pomazával exkrementy. Řešení se však i v tomto případě našlo: žárovky chrání kovová mřížka, obrazy visí trochu výš, a pokoj má takovou podlahu, kterou lze jednoduše vyčistit.

Přes všechnu péči samozřejmě hrozí, že se tito „problematičtí“ obyvatelé Christophorushausu mohou někdy zranit. Místní zodpovědné pracovníky by však nikdy nenapadlo chránit je před touto hrozbou uvazováním či mřížemi. *„Pokud v Německu chcete člověka připoutat nebo jenom zavřít do místnosti, potřebujete pro každý jednotlivý případ povolení soudu. A i když ho máte, jsou tu jistá rizika.“* říká zdejší sociální pedagog. *„Třeba kurtovací pásy usmrtily během pár posledních let několik lidí v domovech důchodců tady v okolí. Příbuzní si stěžovali u soudu - a lékaři nás tehdy velmi důrazně upozornili, že kurtovat člověka může být velmi nebezpečné (STRÁNSKÝ 2008).*

Dalším častou překážkou na cestě ke zlepšení situace v ústavech a v péči o MP obecně, je právě nedostatečná míra ochoty přijmout zodpovědnost za rizika spojená se samostatnějším životem klientů. Pracovníci těchto zařízení si jednoduše nechtějí komplikovat průběh pracovního dne, když je navíc nikdo v jejich úsilí nepodpoří. Složitá hledání prostředků k odstranění nežádoucího chování navyšují možnost, že dojde u klienta ke zranění a oni z to ponесou následky. V této logice je samozřejmě výhodnější „problémového“ klienta rovnou zabezpečit klecovým lůžkem nebo léky se sedativním účinkem. Ale opět, nechci být k těm, kdo v ústavech pracují, nespravedlivá. Jde o celkové nastavení práce s mentálně postiženými a obecný přístup společnosti, která vidí v handicapovaných v lepším případě objekt soucitu, převládá tendence pečovat a dohlížet. Pro zaměstnance se pak v takovém ovzduší jeví míra rizika, spojená s větší volností klientů, jako neúnosná. Zaměstnanci, který má práce nad hlavu a nemá oporu ve svém zaměstnavateli a společnosti vůbec (neboť přece on v konečném důsledku nese zodpovědnost), nemůžeme mít za zlé, že raději svého svěřence uzavře do „bezpečí“ chráněného lůžka.

Paradoxně největší potíž bývá s těmi nejbližšími, u kterých bychom předpokládali, že právě oni budou mít snahu umožnit maximálně bohatý a aktivní život svým dětem a blízkým. V obavách z poškození zdraví svých potomků a svěřenců jsou ochotni potlačit jejich ostatní potřeby. Názory rodičů jsou také jedním z častých důvodů, proč mnohé ústavy v ČR stále používají lůžka s klecovými postranicemi. Vedoucí domovů žijí pod neustálým Damoklovým mečem, že rodiče ihned podají žalobu, jakmile se jejich dítěti něco stane. Většina ústavů proto ani v nejmenší míře nechce riskovat, že se jim něco přihodí (STRÁNSKÝ 2008).

Tyto zkušenosti nejsou podmíněny prací v ÚSP. Také já, ze své praxe v oblasti chráněného bydlení, vím, jak bylo mnohdy obtížné získat podporu opatrovníků na cestě

k většímu osamostatnění u našich klientů. *Když se například Pavel (43), jeden z uživatelů služeb společnosti Duha, rozhodl pro samostatné dojíždění do dílen, nejtěžším krokem bylo získat podporu opatrovníka, jeho staršího bratra. Ten byl rezolutně proti a svůj odmítavý postoj odůvodňoval obavou z epileptického záchvatu. V tomto případě nakonec pomohla Pavlova vytrvalá snaha podporovaná osobním asistentem dosáhnout vyčteného cíle. Asistent tak dlouho doprovázel svého svěřence na cestě do dílen - nejprve za ním, s připravenou pomocnou rukou, později ve stejném vagónu tramvaje či metra, ale na opačném konci a v závěru ve vagóně vedlejším, aby byl Pavel stále pod dohledem, ale přitom jel vlastně sám. Jednoho dne Pavel nabyl dostatek sebevědomí a suverénně trasu zvládal. Jeho nadšení z této vybojované bitvy nakonec zlomilo i obavy staršího bratra, který za Pavla nese právní zodpovědnost.*

Přijde mi smutné, že i blízcí handicapovaných podceňují jejich schopnosti a brání jim v plnohodnotnějším životě. Samozřejmě, dá se namítnout, že jejich pohnutky jsou ušlechtilé, ale dokud nepřiznáme fakticky (nejen literou zákona) lidem s mentálním postižením rovnoprávnost s ostatními občany, tedy včetně přijetí rizik se samostatností spojenými, nebude možný žádný významný posun v jejich životech.

Shrnutí:

Až do roku 1989 byl v naší zemi uplatňován takřka výhradně model péče ve velkokapacitních ústavních zařízeních. Z hlediska požadavku integrace s sebou nese život v ústavech sociální péče celou řadu problémů. Mezi ty základní patří koncentrace handicapovaných ve velkém množství na jedno místo, navíc většinou zasunuté někam do ústraní. Mentálně postižení jsou tak izolováni mimo běžné sociální struktury a nemají možnost žít přirozeným způsobem. V současné době probíhá transformace této formy péče. Nejviditelnější je postupná změna exteriéru i interiéru dřívějších uniformních ústavů. Primárním požadavkem je však maximálně možný důraz na individualitu a samostatnost klientů. Součástí pozitivních změn je výměna převážně zdravotnického personálu za sociální pracovníky tak, aby byl splněn základní předpoklad úspěšné transformace - převažující tendenci „pečovat“ nahradit v maximální možné míře přenesením zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí na klienty samotné. Je zapotřebí nabídnout i těm s těžší formou postižení smysluplnou náplň dne – i jako prevenci proti nežádoucímu chování (sebepoškozování atd.). Jedině tak může být přesunuto těžiště zájmu z obavy o zdraví klientů na naplnění jejich individuálních životů a rozvíjení jejich schopností.

5.2. Chráněné bydlení jako alternativa k ústavní péči

Lidé s mentálním postižením mají vlivem svého handicapu specifické potřeby, vyžadující jistou (individuální) dávku podpory, aby mohli prožít svůj život plnohodnotně. Jednou z forem, jak jim tuto podporu poskytnout a zároveň minimalizovat zásah do svébytnosti jejich existence, je „chráněné bydlení“. Integraci definujeme jako začlenění handicapovaných do společnosti, umožněním života srovnatelným s jejich vrstevníky. V nedávné minulosti byla jedinou alternativou k extramurální péči (péče v rodině) existence ve velkokapacitních ústavních zařízeních. Ani jedna z těchto forem při nejlepší vůli ideály integrace naplnit nemůže. Mentálně postižený člověk není věčné dítě a stejně jako většina ostatních má potřebu samostatného života, dle vlastních představ. Mít pevné zázemí, domov, je základní lidskou potřebou. Pokud chceme postižené integrovat do společnosti - přejeme si a usilujeme o to, aby žili co nejpřirozeněji a podle svého - musíme jim naplnění této potřeby umožnit.

Idea chráněného bydlení toto do značné míry splňuje. Řečí zákona je chráněné bydlení chápáno jako „pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního onemocnění), jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popř. individuálního bydlení.“⁸ (ŠVARCOVÁ 2006, s. 177).

Nyní se pokusím přiblížit fungování chráněného bydlení z praktičtějšího hlediska. Organizace věnující se péči o mentálně postižené zajistí byt v běžném domě mezi běžnými občany a do tohoto bytu se nastěhují lidé s handicapem. Chod takto vzniklé domácnosti je zajišťován za pomoci osobní asistence. Tím hned vyvstávají dva základní problémy, nedostatek vhodných bytů a nedostatek asistentů. Důsledkem je to, že výběr obyvatel bytu bývá do jisté míry kompromisním řešením. Musí se zde sžít skupinka lidí, která nebývá vždy stoprocentně sourodá, počet klientů by však neměl převyšovat počet členů běžné rodiny (max. 6 osob) a každý by měl mít k dispozici soukromý prostor. V čem však tkví nejpodstatnější rozdíl oproti ústavním zařízením, každý by zde měl mít možnost prožívat den v maximální možné míře individuálně. Obyvatelé těchto bytů mohou zažívat pro nás ostatní běžné věci, jako mít vlastní klíč od bytu, přicházet a opouštět byt podle potřeby, vybrat si jídlo podle vlastní chuti, nebo třeba i jen to, mít možnost být se sebou sám, relaxovat ve svém pokoji.

Hlavní hodnota, kterou chráněné bydlení přináší, je možnost žít v běžném prostředí, které na rozdíl od ústavního motivuje k samostatnosti a podněcuje proti pasivitě. Obyvatelé chráněných bytů by měli být vedeni k rozhodování o věcech, které se jich týkají, je

⁸ Zákon o sociálních službách č.108/2006 §51.

respektována jejich dospělá role. To s sebou nese samozřejmě i větší zodpovědnost. Život v chráněném bydlení je na jednu stranu činorodější, ale zároveň i méně pohodlný. Tím, že se klienti aktivně spolupodílejí na fungování domácnosti, jsou na ně kladeny větší nároky v celé řadě oblastí. Kromě toho, že v maximu svých možností udržují byt v čistotě, obstarávají nákupy, připravují jídlo, strukturují si svůj vlastní čas, musí se především mezi sebou dohodnout. Osvojují si přirozeným způsobem umění kompromisu, jedinec mnohdy musí ustoupit zájmu ostatních, nebo musí své stanovisko formulovat tak, aby i ostatní přesvědčil. Vedle praktických dovedností se zde tedy v neposlední řadě rozvíjejí i dovednosti sociální.

5.2.1. Historie chráněného bydlení a vývoj této služby v ČR, chráněné bydlení a Společnost DUHA

Historie chráněného bydlení není nikterak dlouhá a to ani v těch státech na západ od našich hranic, kde se tato služba poskytovaná handicapovaným vyvíjí přeci jen delší dobu. Její počátky souvisejí s koncem 2. světové války, kdy otřesné události spojené s válečným konfliktem vedly ke snaze o pozitivní změny v oblasti lidských a občanských práv. Prvotní názor, že chráněné bydlení je formou péče jen pro ty méně postižené a ti ostatní (s přidruženou epilepsií, nevidomí, s hlubší mentální retardací, s pohybovými problémy a pod.) patří pod zdravotní dohled ve specializovaných ústavních zařízeních, praxe postupně vyvrací. Ukazuje se, že i ti s nejtěžšími handicapem prosperují daleko lépe v podmínkách domova s možností individuální péče. Jedinou, ale bohužel značně limitující překážkou je nedostatečná kapacita chráněného bydlení a nedostatek adekvátního personálu.

V České republice jako první začala tuto službu nabízet Společnost DUHA a to od roku 1992. Brzy se k ní připojily další organizace - Společnost Pohoda, Domov Ondřej, Diakonie církve českobratrské, Modrý klíč, Nadace BONA a jiné mimopražské organizace. Za toto nepříliš dlouhé období se i v našich podmínkách potvrdilo, že chráněné bydlení je nejlepší dostupnou formou péče pro každého postiženého, který nemůže žít zcela samostatně. Míra handicapu pouze zvyšuje nároky na asistenci.

Závěr této podkapitoly věnuji Společnosti DUHA v souvislosti se službou chráněného bydlení. V současné době poskytuje společnost Duha své služby přibližně 42 klientům ve 14 chráněných bytech rozmístěných po celé Praze. Duha nabízí jak individuální bydlení, tak skupinové s maximálním počtem 5 klientů. Obyvatelé CHB navštěvují dopoledne zaměstnání nebo docházejí do CDS, které nabízí pracovní programy v různých dílnách. Rozsah služeb je upraven dle individuálních potřeb konkrétních klientů, někde stačí pár hodin v týdnu, jinde jsou nutné noční služby. Pro každou domácnost jsou vytvořena pravidla, od kterých se odvíjí míra poskytované podpory v daném bytě. Chod domácnosti je zajišťován za pomoci asistenta.

Rozsah služeb je flexibilně přizpůsobován nastalým situacím v životě klientů. Při poskytování služeb se dbá na to, aby nebylo zbytečně pečováno o klienty i v situacích, které zvládají sami. Snahou je také dát klientům možnost rozhodovat o tom, jakým způsobem a v čem se jim má pomáhat (ŠLOSÁREK 2006).

5.2.2. Standardy kvality sociálních služeb

Rámcem pro poskytování této služby jsou tzv. Standardy kvality sociálních služeb.⁹ Standardy vešly v platnost v roce 2002 a vznikaly celá tři léta předchozí. Utvářely se v dlouhodobé a široké diskusi mezi uživateli i poskytovateli sociálních služeb ve snaze definovat a shrnout to, co se dnes od kvalitní sociální služby očekává. Standardy jsou rozděleny do tří základních částí, z nichž nejdůležitější jsou **procedurální standardy**. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat, jak službu přizpůsobit potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmu a podobně. Dalším stavebním kamenem jsou **personální standardy**, věnující se personálnímu zajištění služeb a v neposlední řadě **provozní standardy**, soustředěné na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality (materiály MPSV, 2008).

5.2.2.1. Základní principy Standardů kvality sociálních služeb a chráněné bydlení v praxi

Ve Standardech kvality sociálních služeb je zakotveno, že pobyt v chráněném bydlení začíná zkušebním obdobím, kterému předchází projednání podmínek a okolností vstupu. Se zájemcem je poté sepsána předběžná smlouva o zkušebním pobytu. Pak nastává samotné zkušební období, tedy možnost chráněné bydlení vyzkoušet a zjistit na vlastní kůži, co od této služby očekávat. Zásadou je, že klient je v maximální možné míře účasten ve všech fázích přijímacího procesu, který je v optimálním případě završen uzavřením dlouhodobé smlouvy, kde je jasně definováno, jakým způsobem bude služba naplňována. Dlouhodobé smlouvě předchází revize, které se účastní všechny relevantní strany, včetně případných spolubydlících (materiály MPSV, 2008).

Chráněné bydlení tvoří ucelený komplex služeb. Vedle ubytování a pomoci při chodu domácnosti je jeho nedílnou součástí zajištění kontaktu se sociálním prostředím, poradenství obecně a pomoc při prosazování práv a zájmů klientů. Jedním ze základních principů chráněného bydlení je umožnit vznik a rozvoj přirozených sociálních vazeb. Jde o to, aby

⁹ V současné době probíhá příprava nového dokumentu, který se zaměřuje na jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. Předpokládaným termínem dokončení je listopad/prosinec 2008.

mentálně postižení nebyli izolováni na okraji společnosti. Jedná se o opačný přístup oproti tendenci z dob před rokem 1989, kdy bylo snahou handicapované schovat někde daleko od měst, nejlépe do pohraničí, nebo za zdi pustnoucích zámeckých areálů. Chráněné bydlení je poskytováno v bytě nebo rodinném domku, který je součástí běžné zástavby. Vnější i vnitřní prostředí by se mělo co nejvíce blížit podmínkám života běžné komunity a co nejvíce propojovat život klientů s životem ostatních. Samozřejmostí je využívání běžných služeb fungujících i pro ostatní občany. Klienti jsou podporováni a vedeni k orientaci v běžných úkonech jako je například nákup v supermarketu, návštěva pošty či jiných úřadů, zdravotního střediska nebo naplňování volnočasových aktivit - tím myslím zajít si na hřiště, do bazénu, divadla, kina apod.

Co se týká vnitřního uspořádání bytu, musí být vždy zajištěno důstojné prostředí s atmosférou domova. Každý, kdo byt či domek obývá, má k dispozici svůj soukromý uzamykatelný prostor, který sdílí s dalšími jen na základě vlastní volby. V jednom pokoji by však měli být ubytováni vždy maximálně dva lidé. Právo zařídit si svůj domov podle vlastního vkusu je samozřejmostí. Chráněné bydlení funguje na principu komunitního způsobu života. Vedle soukromých pokojů jsou tedy v každé bytové jednotce i společné prostory, počínaje předsíní, chodbou, přes sociální zařízení (WC, koupelna), až po kuchyň, jídelnu, či centrální místnost (obývací pokoj), kde se všichni mohou sejít ke společným činnostem. I tady je snaha, aby prostředí nevykazovalo rysy uniformní instituce, ale skutečně působilo jako osobitý domov.

Nejpřirozenější a nejpřímější součástí sociálních vazeb jsou vztahy se sousedy. Zde zároveň vyvstávají i největší úskalí. V každém domě je vždy určité procento nájemníků, které hledí na mentálně postižené spoluobyvatele jako na možné riziko (strach z vytopení nevhodnou manipulací s vodou, z požáru a pod.), nebo s nedefinovatelnou averzí a pocitem, že handicapovaní nepatří do běžného života a je jim lépe ve specializovaných zařízeních. Setkala jsem se i s názorem, že přítomnost chráněného bytu snižuje tržní hodnotu celé nemovitosti. Ze své praxe však mohu říci, že obavy jsou většinou po krátké době minimalizovány a chráněná domácnost se brzy stává přirozenou součástí domu. Naopak mnohdy ostatní naváží s obyvateli chráněného bytu nadstandardní až přátelské vztahy, zvyknou si se s nimi denně potkávat, učí se vzájemné komunikaci, v čemž vidím z hlediska integrace ten nejpodstatnější přínos. Klienti jsou samozřejmě poučeni, jak se v krizových momentech chovat, na koho se v případně potřeby obrátit o pomoc. Asistence je navíc naplánována tak, aby minimalizovala případná rizika.

Další součástí problematiky chráněného bydlení jsou finance a otázky s nimi spojené. Je nezbytně nutné, aby byly veškeré majetkové vztahy (k nemovitosti i zařízením) předem vyjasněny a podchyceny v písemné smlouvě týkající se vlastnictví a nájmu nemovitosti. Klienti ze svých důchodů a mezd přispívají na nájem, elektřinu, plyn, telefon. Další část jejich financí jde do společné pokladny, určené k pokrytí výdajů na stravu a hygienické potřeby. Chráněné bydlení je službou agentury. Pokud je třeba v bytě investovat do rekonstrukce nebo nakoupit nové vybavení, přebírá agentura garanci a hradí náklady s tím spojené. Agentura také svým klientům garantuje minimální výši kapesného po odečtení všech nezbytných nákladů, a to v hodnotě 700,- Kč. Pokud se stane, že tato částka klientovi nezbude, přispívá agentura na nájem. Co je však nejpodstatnější, klient má právo o svých financích rozhodovat. I když je mnohdy nutné, aby mu s jejich vedením a rozpočtem domácnosti pomáhal asistent, musí se klient na tomto aktivně podílet, ke svému výdělků má volný přístup a má zajištěn přehled o tom, jak se s jeho prostředky nakládá.

V dnešní době bezhotovostních plateb bývají otázky financí mnohdy velmi ošemetné a asistent musí vynakládat značné diplomatické úsilí, aby klientovi přiblížil, kam jeho peníze mizí a že je potřeba vždy pečlivě uvážit, jak s prostředky naložit. Při veškeré snaze o integraci, peníze se ke klientovi téměř vždy dostávají přes asistenta, který je více či méně spravuje. Naprostá většina mentálně postižených musí vystačit opravdu s málem, po odečtení nejn nutnějších výdajů zbývá skutečně malá částka, ze které si klienti hradí náklady spojené s volnočasovými aktivitami, jako jsou kulturní či sportovní akce, oblečení, nebo něco malého pro radost. Obtíž vyjít při tom všem se 700,- Kč není asi třeba zdůrazňovat. Asistent tak má na sobě jeden z nelehkých úkolů: citlivě pomoci klientovi s nakládáním s jeho financemi, pokud možno bez direktivního přístupu a s možností volby s penězi hospodařit.

V rámci sociálních vazeb je potřebná spolupráce s rodinnými příslušníky, blízkými a známými klienta a to vždy na základě jeho přání a cílů péče. Pokud to neodporuje zájmům klienta, jsou blízké či známé osoby přizvány k plánování péče popř. se na ní přímo podílejí. Při konfliktu klienta s rodinou nebo blízkými se pracovníci snaží reagovat co nejcitlivěji a být nápomocni při řešení situace tak, aby se problém bezvýhodně nevyhrocoval, přičemž primárním je pro organizaci za všech okolností zájem klienta.

5.2.3. Přejchod od ústavní formy péče na „chráněného bydlení“- na příkladu z praxe ve Společnosti DUHA

Během dvouleté praxe ve Společnosti DUHA jsem měla v oblasti služby chráněného bydlení možnost nasbírat cenné zkušenosti, podle nichž se dle mého mínění jednoznačně potvrdilo, že chráněné bydlení je v současné době nejlepší dostupnou formou péče o mentálně

retardované. Troufám si tvrdit, že tomu tak je i u lidí se závažnějším typem postižení. Míra handicapu pouze zvyšuje nároky na asistenci. Toto mé tvrzení se opírá o zkušenosti nabyté během transformačního procesu, kdy organizace zrušila Domov DUHA a přestěhovala jeho obyvatele do chráněných bytů.

„Domov“ byl pilotním projektem DUHY a znamenal důležitý krok s cílem nabídnout mentálně postiženým jiný život než ve velkých ústavech. Ale ač zde byla snaha o co nejindividuálnější přístup, přeci jen šlo o kumulaci klientů v jednom místě, což si pro zdárné fungování vždy vynucuje větší svázanost pravidly. Navíc, Centrum denních služeb (dále CDS) poskytující klientům možnost práce v dílnách, které DUHA také provozovala, sídlilo ve stejné budově. Obyvatelé domova tak trávili téměř veškerý čas v jedné budově, což ideálům integrace značně odporuje. Společnost DUHA záhy spolu s přibývajícemi zkušenostmi rozjela projekt chráněných bytů, existence Domova však přetrvávala až do roku 2006. Jedním z argumentů bylo i to, že tamní klienti nejsou pro život v bytech s asistencí „vhodní“ kvůli příliš závažnému postižení. Žili zde například lidé s četnými epileptickými záchvaty, vozičkáři, lidé s nedostatečnou sebeobsluhou v hygieně, autisté. To vše vyvolávalo představu, že chod Domova musí být zajišťován s primárním důrazem na zdravotní hledisko. Společnost DUHA se však profiluje jako organizace vedená snahou umožnit svým klientům život uprostřed společnosti. Domov DUHA přes všechny progresivní záměry ideu integrace v mnoha aspektech popíral. Po přijetí Standardů kvality v sociálních službách bylo zřejmé, že je potřeba přistoupit ke změnám.

Okolnosti si vynutily zrušení Domova ve velmi krátkém čase. Během několika týdnů se jeho obyvatelé ocitli ve zcela nové existenční situaci. Doba to byla značně dramatická jak pro nás asistenty, tak především pro klienty samotné. Panovaly velké obavy ze zhoršení jejich zdravotního stavu, a to zejména u epileptiků, kde provázanost četnosti epileptických záchvatů s mírou stresu (jakou změna denního režimu bezesporu představuje) je známým faktem, jakož i u autistů, u nichž se předpokládá potřeba co nejstálějšího prostředí (včetně zařízení pokoje apod.). Můžu však prohlásit, že tyto obavy se nepotvrdily, a pokud ano, tak jen v ojedinělých případech a na přechodnou dobu.

Život přestěhovaných byl změněn od základů. Kromě orientace v neznámém prostředí si nová adresa vynutila i každodenní dojíždění do CDS a zpět a potřebu sžít se v nově seskupených domácnostech. Pro asistenty pak přibýly noční služby a povinnost některým klientům větší měrou pomáhat v samoobslužných činnostech, mezi které spadá hygiena, oblékání, stravování. Odměnou za vynaložené úsilí ale byl jednoznačný pokrok u mnoha klientů. Rychlost, s jakou se s novými podmínkami všichni vyrovnali, byla opravdu velkým

překvapením. Mnohdy bylo třeba vstávat až o dvě hodiny dříve než byli klienti zvyklí. Novější forma bydlení klientů navíc vynucuje větší dávku samostatnosti a vystavuje je širší měrou nárokům i v sociální sféře. Vystává potřeba dohodnout se na rozdělení činnosti spojené s údržbou domácnosti, na tom co se bude vařit, jak se budou trávit volné dny.

Stačilo pár týdnů a nikdo by nevěřil, že tito lidé byli před krátkou dobou považováni za odkázané na ústavní formu péče. A to například i u takových klientů jako je Daniela (34), trpící vcelku závažnou formou autismu. *Právě u této dívky jsme se společně s jejími rodinnými příslušníky mnoho obávali, jak bude na změnu reagovat. Pro minimalizaci adaptačního šoku byl na radu zdravotníků její pokojík zařízen co nejshodněji s tím, který měla v domově a všichni jsme se snažili o maximálně citlivý přístup. O mnoho více jsme však pro ni udělat nemohli, i ona musela převrátit svůj denní režim a zvyknout si na nové prostředí. Musím podotknout, že se s Danielou vlivem jejího postižení velmi těžko komunikuje, pocity nespokojenosti se u ní dají vyčíst víceméně jen z projevů fyzického neklidu, z tendence opakovat neustále dokola určitou větu a ze snahy být co nejvíce s matkou. Velmi pozitivně nás všechny překvapilo, že Daniela si po pár týdnech odjezd k rodičům přestala vynucovat, maminku nechávala ochotně odejít, což jsme u ní z dřívějšíka neznali. Nejen, že neměla výrazné problémy se změnou životního tempa, ale podnětnější prostředí se po čase začalo pozitivně projevovat i na jejích komunikačních dovednostech. Velkou radostí pro nás všechny například bylo, když Daniela, která původně pasivně čekala, až ostatní připraví večeři, se sama zvedla a prostřela stůl, nebo když začala logicky používat slova „nechci/chci“ při diskuzi o možném společném víkendovém programu.*

Shrnutí:

Chráněné bydlení je pobytová služba, která umožňuje v maximální možné míře prožívat handicapovaným lidem svůj život individuálně a integrovaně v přirozených sociálních strukturách. Chráněné bydlení je uceleným komplexem služeb - vedle ubytování a pomoci při chodu domácnosti je jeho nedílnou součástí zajištění kontaktu se sociálním prostředím, poradenství obecně a pomoc při prosazování práv a zájmů klientů. Rámcem poskytování této služby jsou od roku 2002 tzv. Standardy kvality sociálních služeb.

5.3. Osobní asistence

Klíčovým nástrojem pro deinstitucionalizaci a normalizaci života lidí s mentálním postižením je osobní asistence. Tato služba je nově vymezena zákonem 108/2006 sb. § 39. Můžeme se zde dočíst: „Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení,

jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“

Obecně bývá osobní asistence definována jako pomoc, jež zahrnuje služby, které zmírňují důsledky postižení jedince při všech jeho činnostech. Vznikla v 60. letech 20. století v USA z podnětu samotných postižených, kteří se nechtěli smířit s podmínkami, ve kterých žili. Na rozdíl od pečovatelské služby by měla být osobní asistence poskytována bez omezení místa, bez omezení času a bez závazně vymezených úkonů (MATOUŠEK 2003, s. 137). Služby v rámci osobní asistence by měly být definovány uživatelem. Její rozsah a náplň je flexibilní a aktivně reaguje na situaci ve které se klient aktuálně nachází. Osobní asistence je vhodný způsob, jak umožnit mnohým lidem s postižením žít mimo ústavní zařízení.

5.3.1. Osobnostní nároky na asistenta a problematika osobní asistence na příkladech z praxe

Práce osobního asistenta mentálně postižených osob nebývá zdaleka jednoduchá. Poměrně vysoké nároky klade na asistentovu trpělivost, duševní odolnost, psychickou vyrovnanost, sebeovládání, empatické jednání a komunikační dovednosti. Nechci ale vzbuzovat zdání, že asistentem mentálně postižených může být jen osobnost naprosto mimořádných kvalit. Rozhodující je podle mého chut' do této práce, otevřenost, přirozená dávka empatie, jistá míra autority a zejména důkladná duševní hygiena.

Základní podmínkou umožňující práci asistenta je schopnost navodit atmosféru vzájemné důvěry. Klient musí asistenta vnímat jako osobu, na kterou se může kdykoliv obrátit se svými problémy, osobu, která za všech okolností jedná v jeho prospěch a které může svěřit bez obav své důvěrné údaje. Zároveň je však nezbytně nutné dbát na přiměřenost vzájemných vztahů. Asistent musí mít profesionální a rovnocenný přístup ke všem klientům a v žádném případě u nich nesmí podporovat přílišnou závislost na své osobě. Závislý vztah je škodlivý pro obě strany, především však poškozuje samotného klienta (např. už jen emočním stresem po výměně asistenta).

Primárním účelem poskytované služby je naučit klienta v co největší míře samostatnosti a poskytnout mu zkušenost svobodného rozhodování i s případnými riziky. Klient se učí běžným dovednostem spojeným s chodem domácnosti (vaření, praní, nakupování, smysluplné trávení volného času) a zároveň upevňuje své sociální schopnosti. Je třeba si uvědomit, že pro mentálně postižené mohou být problémem i základní úkony. Klient by se měl naučit respektovat potřeby ostatních spolubydlících i za cenu kompromisu, formulovat svá přání a požadavky od výběru jídla až po trávení volného času, hospodařit

s penězi, upevňovat bazální samoobslužné návyky a podílet se na hladkém chodu domácnosti. Asistent se snaží podpořit klienta k zodpovědnému přístupu k jemu samému i k jeho okolí.

Běžnými problémy, se kterými se asistent ve službě potýká, je pasivita klientů, nevhodné stravovací i hygienické návyky, sobeckost, neochota vyjít vstříc potřebám ostatních a zlozvyky spojené s ohrožením zdraví. Asistent musí najít vhodnou formu jak korigovat chování klientů tak, aby nepůsobil příliš autoritativně a direktivně. Naopak ideálem je navodit takovou situaci, kdy změny vycházejí z klientů samotných. Konkrétním příkladem může být situace, kdy klient s dietním režimem má nechuť dodržovat pravidla s tím spojená.

U jedné z klientek, se kterou jsem pracovala, byl diagnostikován diabetes mellitus 2. typu, na základě kterého bylo potřeba zavést určitá stravovací omezení a změnit tak její životosprávu v samých základech. Klientka má problém s přijímáním autorit a s respektováním vymezených pravidel. Odmítala dodržovat lékařem stanovenou dietu, kterou vnímala jako útok na svá práva a svobody. Situaci řešila po svém, tajným hromaděním sladkostí všeho druhu, dojídaním se po odchodu asistenta ze služby a utrácením veškerých vlastních financí za dietou zakázané potraviny. Věc se stávala neúnosnou a bylo potřeba najít akceptovatelné řešení. Vhodnou cestou k pozitivní změně se nakonec ukázala snaha přijatelnou formou zprostředkovat klientce informace a společně pracovat na zvnitřňování nových pravidel nutných k zvrácení nepříznivého vývoje. Informace podané lékařem nebyly dostatečně přizpůsobeny formě postižení, a tudíž je klientka nerespektovala. Bylo zapotřebí, aby pochopila příčinu a rizika své nemoci a změnila své zaběhnuté způsoby chování. To byl odrazový můstek k řešení vyvstálé situace. Za aktivní účasti klientky jsme vypracovaly seznam vhodných a nevhodných potravin, našly jsme zástupné produkty za klientkou oblíbené pochutiny a zapojily jsme nejenom samotné asistenty, ale i ostatní spolubydlící. Motivací pro klientku byla další návštěva lékaře, kde se nastolená pravidla odrazila v lepším výsledku testu. Za náš úspěch považuji to, že hodnoty vykázané lékařem byly klientce srozumitelné a nabyly pro ni konkrétních rozměrů. V současné době se dále pracuje na upevňování dohodnutých pravidel, která se přizpůsobují aktuálnímu vývoji jejího zdravotního stavu.

Asistent by si měl neustále uvědomovat, že svou přítomností zasahuje do soukromí klienta. Respektování intimního prostředí klientů je základním etickým nárokem osobní asistence a začíná od takových samozřejmostí jako je zazvonění u dveří (i přesto, že má asistent k dispozici klíče od klientova bytu), nebo domluva na způsobu oslovování (vykání, tykání, forma jména). Celkově musí mít asistent stále na paměti, že vstupuje a pohybuje se v domově druhých osob. Ačkoli to v praxi mnohdy vypadá tak, že asistent v bytě jemu

svěřeném tráví několik dnů v týdnu, přesto musí vždy vyčkat, až ho domácí pozvou dál a chovat se v bytě v souladu s respektováním jejich soukromí.

V popisu služby osobní asistence vycházím ze zkušeností ve Společnosti DUHA a musím říci, že většina zdejších klientů je už natolik znalá svých práv, že překračování hranic asistentem umí rozpoznat a dát najevo případnou nespokojenost.

Jako příklad mohu uvést vlastní zkušenost, kdy si nově příchozí asistentka v rámci příslužby¹⁰ bez optání uvařila čaj, navíc v domácnosti ženy, která je velmi citlivá na jakékoli narušování soukromí. Utváření vzájemného vztahu "asistent – klient" se tak v samých počátcích zkomplikovalo natolik, že klientka služby nově příchozí asistentky po nepovedené příslužbě pak dlouhou dobu odmítala.

Osobní asistence s sebou nese nejen zásah do domácího prostředí klienta, ale i do jeho chování a jednání. Asistent z podstaty své práce koriguje jednání klienta, ale v žádném případě za něj přímo nerozhoduje a přebírá zodpovědnost za jeho činy jen do jisté míry. Je třeba si uvědomit, že i negativní zkušenost je forma učení a nezbytný předpoklad vývoje. Asistent se mnohdy ocitá v situaci, kdy ví, že klientovo rozhodnutí není dobré, ale bylo by chybou mu neumožnit prožít i případné negativní důsledky. Jedině na takových zkušenostech lze příště stavět. Asistent mimo jiné sdílí i intimity klienta, má přístup k informacím o zdravotním stavu, o rodinných poměrech, a dalších sférách osobního života, což s bohužel sebou nese riziko možného zneužívání klienta asistentem. Zejména z tohoto úhlu pohledu jsou na asistenta kladeny závažné morální nároky.

Je politováníhodnou skutečností, že tato práce často přitahuje psychicky labilní osobnosti, které mívají mnohdy tendenci ovládat druhé, v krajním případě mohou mít i patologické sklony. Někteří lidé, kteří jsou neúspěšní v běžné společnosti, volí tuto práci ve jménu logiky – neboť, kde jinde už by měli být přijati, než u mentálně postižených. Mají pocit, že alespoň pro handicapované budou dost dobří. Je nelehkým úkolem organizace nastavit filtrační mechanismy během přijímacího procesu tak, aby své klienty před takovými lidmi ochránila.

Mezi další stejně škodlivá rizika patří tzv. „spasitelský komplex“, kterým si dotyčný saturuje svou vlastní potřebu důležitosti. Chybou je i neadekvátní očekávání vděku od klientů, což je i častou příčinou vyhoření¹¹ asistenta. Klient nám nemá být vděčný za to, co pro něho děláme, naopak, vděk by byl dokladem toho, že svou práci vykonáváme špatně. Snahou a

¹⁰ Příslužba v terminologii Společnosti DUHA - společná služba v rámci chráněného bydlení, nejčastěji dvou asistentů, z nichž jeden přebírá praktické zkušenosti od druhého.

¹¹ Syndrom vyhoření: stav emocionální vyčerpanosti z přemíry dlouhodobého pracovního stresu. Postihuje zejména pracovníky v sociální a zdravotnické sféře (přímá práce s lidmi). Syndrom se projevuje celkovým snížením pracovní výkonnosti a stavu apatie.

cílem činnosti asistenta není uspokojovat vlastní ego, ale být pomocnou rukou klientovi, usnadňovat mu situace, na které sám nestačí a naplňovat integrační poslání organizace.

Jednou z nástrah práce asistenta je přirozená tendence většiny z nás, a to potřeba oblíbenosti. Asi každý, kdo se asistencí zabývá, chce mít se svými „svěřenci“ pěkný vztah. Na tom samozřejmě není nic odsouzeníhodného, naopak, je to jedna ze základních podmínek, abychom tuto práci vůbec mohli smysluplně vykonávat. Je však důležité, na jakém základě je tento vztah vystavěn. Pokud si pozitivní atmosféru zajišťujeme různými dárky a ústupky, nebo protěžováním určitých klientů, můžeme si být jisti (kromě toho, že svou práci neděláme dobře), že se nesetkáme s dobrým výsledkem. V rámci osobní asistence se stoprocentní jistotou dojdeme dříve či později do bodu, kdy bude třeba použít autoritu. Mnohdy je třeba unavené osazenstvo bytu například zaktivovat k úklidu nebo k jiné méně populární činnosti, nehledě na to, že život přináší i daleko závažnější situace. V takový moment si se svou povrchně vybudovanou oblíbeností příliš nepomůžeme. Věc je o to riskantnější, že si protěžováním a ústupky často „kupujeme“ tzv. náročnější klienty, se kterými bývá těžké pořízení a s nimiž si neumíme jiným způsobem poradit.

Klienti přirozeně u nového asistenta zkouší, kam až mohou zajít, obzvláště mají-li pocit, že je ostatní omezují (například co se týká alkoholu, léčiv, cigaret). Nebývá výjimkou, že si pak vymínou účast na nějaké neoblíbené aktivitě tím, že dostanou to, co jim bývá v jejich očích neprávem odepíráno. Asistence je týmovou činností, pracovní tým se pravidelně schází na poradách, kde si asistenti vzájemně vyměňují zkušenosti a pod odborným vedením hledají východiska z nesnadných situací. Pro to, abychom mohli asistenci opravdu dělat a být klientům prospěšní, je třeba zahodit uspokojení krátkodobého potěšení z toho, jak nás mají klienti rádi, ale vidět svou činnost ve vzdálenější perspektivě, byť za cenu méně populární role. A hlavně, neváhat každý svůj krok nejprve probrat v rámci týmu ostatních spolupracovníků. Pro dosažení cílů je nezbytná koordinace všech asistentů, kteří musí najít společný optimální postup. Pokud by každý z asistenčních pracovníků jednal na vlastní pěst, jediné čeho by se dosáhlo, by byl naprostý chaos.

5.3.2. Etická rovina práce osobního asistenta

Osobní asistence otevírá vždy celou řadu etických nároků. Zejména tato skutečnost platí právě asistence u osob s mentálním handicapem.

Základním etickým pravidlem je respektování specifčnosti klientovy osobnosti. Asistent v žádném případě nesmí přetvářet klienta „ku svému obrazu“, byť by ho k tomu vedly ty nejryzejší pohnutky. Asistent ve své práci vychází z předpokladu, že každý z nás, tedy i člověk s mentálním postižením, je jedinečná a neopakovatelná bytost, která má právo

na sebevyjádření a seberealizaci. Pracovník mu k tomu pomáhá individuálním přístupem a respektováním zvláštností klientova chování, vyjadřování a prožívání.

Dalším etickou zásadou v této profesi je dodržování práva na soukromí ve všech situacích: při osobní hygieně, způsobu trávení volného času, v kamarádkých a partnerských vztazích apod. K tomu se váže právo na důvěrnost sdělení: data a informace vyžaduje vždy jen za účelem poskytování služeb a vždy klienta o tom informuje.

Asistent ponechává klientovi právo na přiměřené riziko. Jeho snahou není rozhodovat za klienta, ale zpřístupnit mu všechny informace o možných důsledcích jeho chování takovou formou, aby se byl schopen rozhodovat samostatně. Bez prožitku negativního dopadu nevhodného chování není umožněn pozitivní posun. Klient se do situace neustále vrací a naše mentorování pak postrádá kýžený efekt. Asistent podporuje klientovo právo na sebevyjádření, počínaje samostatným výběrem oblečení nebo jídla, po výběr kamarádů či partnera. Pracovník celkově jedná tak, aby bránil důstojnost a lidská práva svých klientů, chrání klienta před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním a ponižováním. Pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům, tzn. respektuje míru jejich postižení a jejich jedinečnost (ŠLOSÁREK 2005, s.3).

5.3.2.1. Zneužívání asistenta klientem

Pokud obrátíme běžně předpokládané pořadí zneužívaného a zneuživatele, nabízí se zajímavý úhel pohledu. Součástí etické problematiky spojené s péčí o mentálně postižené je i problematika zneužívání asistenta klientem. Ač by to mnohého nenapadlo, není tento jev zdaleka okrajový. K situacím, kdy klient manipuluje nebo přímo zneužívá asistenta za účelem vlastního prospěchu, dochází velmi často. Může se jednat o rozmanité podoby citového vydírání, různé formy obtěžování, nebo i přímou agresi.

Mám bohužel zkušenost, že organizace začínající asistenty na možnost této komplikace upozorňují nedostatečně a může se pak snadno stát, že asistent jednoduše nerozpozná prvotní signály a nastalý problém se zbytečně vyhrocuje. Asistent, který na takovou situaci není připraven, má pak pocit vlastního selhání a nejistota z toho vyplývající vede k tomu, že není schopen otevřít diskuzi o svých pracovních nesnázích včas.

Může se jednat například o zdánlivě náhodné doteky, nebo jakoby nechtěné obnažování, které nezkušený asistent snadno podcení a které může považovat za důsledek postižení. Během praxe jsem se například setkala s tím, že jeden klient močil do skříně ve svém pokoji, aby si vynutil pozornost asistentky. Později své „oblíbenkyni“ bral oblečení (včetně bot) a přímo během její služby se do něj oblékal. Je pravdou, že toto byl poněkud extrémnější případ.

Běžněji se stává, že klient předstírá, že něco neumí, aby asistent pracoval za něj. Navíc je asistenční pracovník nepřímo zodpovědný za stav chráněného bytu a jako takový se pak může dostat do situace, kdy raději vlastnoručně provede všechny náležitě práce za klienty, než aby podstupoval zdlouhavější proces přesvědčování a motivace svých svěřenců.

Vzpomínám si, že jedna z našich klientek, silná kuřačka, zjistila, že když si chtěla na jisté asistentce vynutit cigaretu, stačilo ji zastrašovat předstíranými záchvaty vzteku. Tato klientka byla schopna za den vykouřit neuvěřitelné množství cigaret, a proto bylo zapotřebí na lékařský popud sáhnout po restriktivním opatření a její kouření postupně omezit. To se u ženy setkalo přirozeně s nelibostí. Během každé služby se pokoušela vynutit si nějaké cigarety navíc. Na zmiňovanou asistentku brzy vyvinula metodu hysterického záchvatu zahrnujícího křik, mlácení věcmi a zuřivé pobíhání po bytě. Asistentka ve snaze nevhodnému chování zabránit a navíc i ze strachu z klientky jí raději cigarety vydala, čímž jí v jejím chování nepřímo podporovala. Navíc tak asistentka komplikovala práci ostatním členům asistenčního týmu.

Ve všech těchto případech je důležité rozpoznat moment, kdy se nám situace vymyká z rukou a co nejdříve problém předložit ostatním členům týmu a započít se společným hledáním řešení. Jedinou možnou prevencí je dobrá informovanost a orientace v chování klienta. Jakékoli nestandardní situace je třeba okamžitě konzultovat a hledat řešení například pomocí supervize.¹²

Vůbec nejdůležitější je splňovat základní předpoklad pro tuto práci, kterým je (podle mého názoru) schopnost se jasně vymezit, stanovit si jasná pravidla kam až může klient zajít, citlivě reagovat na první náznaky nevhodného chování a vhodnou formou upozornit klienta, že je nám jeho chování nepříjemné a že se nechová vhodně. S tímto přístupem lze dle mých zkušeností zabránit naprosté většině možných problémů. Navíc, zkušenost s nutností „vymezit se“ je trvalým přínosem, který si většina asistentů z této práce odnáší.

Shrnutí:

Asistent nemá klienta měnit, má se snažit ho pochopit a přijmout takového, jaký je. Nevnucovat mu své vidění světa, ale respektovat jeho názory. Náplní asistentké práce není vykonávání činností za klienta, ale prohlubování jeho vlastní samostatnosti.

Cílem je, aby asistence byla poskytována v co nejmenší možné míře. Asistent nesmí přebírat za klienta rozhodování, musí mu být schopen předestřít důsledky jeho jednání, aby se mohl rozhodnout sám, i s přiměřenými riziky z toho vyplývajícími. Asistent musí za všech okolností stát při svém svěřenci, rozhodovat vždy v jeho prospěch, bránit jeho důstojnost.

¹² Supervize: odborná diskuze poskytovaná nezávislým odborníkem.

Jeho úkolem je napomáhat klientovi využívat všechna jeho práva a učit ho zodpovědnosti k sobě samému i okolí. Asistence je týmovou činností, každý asistent projednává jednotlivé pracovní kroky na týmových poradách, v jejichž čele je koordinátor týmu. Osobní asistence otevírá celou řadu etických nároků.

6. Podporované zaměstnávání

V rámci problematiky integrace dospělých osob s mentálním postižením nelze opomenout metodu tzv. podporovaného zaměstnávání. Jedná se o službu určenou lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí a jejichž schopnosti nutné pro uplatnění na otevřeném trhu práce jsou z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální podporu poskytovanou před nástupem do práce i v jejím průběhu (<http://www.osmyden.cz>).

Cílovou skupinou pro poskytovatele této služby jsou vedle zdravotně postižených i lidé se sociálním handicapem – lidé odkázaní na azylové domy, bezdomovci, lidé vyléčení z drogové závislosti, lidé po ukončení výkonu trestu apod.

Historie podporovaného zaměstnávání handicapovaných na otevřeném trhu práce začíná v USA během druhé světové války. Nedostatek pracovních sil ve zbrojním průmyslu byl tehdy řešen i zapojováním mentálně postižených obyvatel ústavních zařízení. Jejich dovednosti byly pro mnohé překvapující. Schopnost učit se a pracovat, kterou postižení prokázali, spolu se sílicím hnutím za lidská a občanská práva v šedesátých a sedmdesátých letech, se staly jedním z impulsů k deinstitucionalizaci i v oblasti zaměstnávání osob s postižením (ŠIŠKA 2005, s.52).

V Evropě zahájila svou činnost první agentura podporovaného zaměstnávání v roce 1986 ve Velké Británii. Brzy vznikaly po Evropě další agentury, v roce 1995 se pak rozběhl projekt postavený na principech podporovaného zaměstnání také v Praze. Expanzivní trend této služby stále pokračuje. Stávající agentury, které zprostředkovávají práci handicapovaným, zaštiťuje **Česká unie pro podporované zaměstnávání** (<http://www.rovnasance.cz>).

Se způsobem fungováním této služby jsem se osobně setkala v rámci práce asistentky ve Společnosti DUHA. Snažili jsme motivovat klienty k hledání práce mimo chráněné dílny a pokud s tímto záměrem přišli sami, maximálně jejich úsilí podpořit. Podporované zaměstnávání s sebou nese řadu cenných výhod. Vedle přivýdělku se klientům nabízí vzácná možnost dostat se mimo komunitu mentálně postižených. Jedním ze základních principů podporovaného zaměstnávání je, že pracovní místo pro handicapované je v běžném prostředí na otevřeném trhu práce a jde o hodnotnou smysluplnou pracovní náplň. Dalším nesporným přínosem je nárůst klientova sebevědomí. Ti, kteří měli to štěstí a podařilo se pro ně najít trvalé zaměstnání, mnohdy o tento úspěch opírají svou sebedůvěru a získávají si tak i respekt mezi ostatními klienty. Se svou pracovní rolí se velmi často identifikují, při seznamování

s takovým člověkem hned v úvodu slýcháme „já jsem zahradník“, „pomáhám v kuchyni“, „uklízím“ apod.

Ten, kdo se rozhodne pro hledání práce, je kontaktován s tzv. pracovním konzultantem. Během pravidelných konzultací se začne odvíjet proces, v němž je nejprve zjišťováno, jakou práci by klient chtěl vykonávat, pro jakou splňuje předpoklady apod. V další fázi spolupráce, při samotném vyhledávání pracovního místa, pak koordinátor (konzultant) ve spolupráci s uživatelem (klientem) stanovuje postupné kroky, které vedou ke zlepšení klientovy situace v zaměstnanosti. Jedná se o dlouhodobou aktivní spolupráci, přičemž za úspěch lze považovat i „pouhé“ získání nových schopností a dovedností zvyšujících uživateli šanci při hledání zaměstnání (<http://www.rovnasance.cz>).

Tato služba je však časově omezena na dva roky, když se do té doby nepodaří nalézt odpovídající zaměstnání, klient z tohoto programu vypadává a v případě zájmu se musí přihlásit znovu.

Pokud vše probíhá optimálně a pro člověka s handicapem se podaří místo na pracovním trhu nalézt, vstupuje do vztahu „uživatel – konzultant“ další subjekt, a to zaměstnavatel. I on potřebuje podporu a dostatek informací, které má konzultant povinnost zprostředkovat. Konzultant v začátcích svého klienta doprovází na pracoviště a učí ho všemu potřebnému, zajišťuje optimální komunikaci mezi novým zaměstnancem a zaměstnavatelem a napomáhá klientovi se začleňováním mezi ostatní spolupracovníky. Nejprve tráví s klientem v zaměstnání celou jeho pracovní dobu, postupně je tento čas zkracován, přičemž konečným cílem je úplná klientova samostatnost. Konzultant klientovi napomáhá řešit právní stránku věci. Při sepisování a podpisu smlouvy či jiných listin dbá na to, aby handicapovaný rozuměl obsahu dokumentu a uzavíraným závazkem z nevědomosti nepoškodil své zájmy.

Shrnutí:

Významným nástrojem pro přímou integraci mentálně postižených je program podporovaného zaměstnávání. Jedná se o vyhledávání smysluplné, placené a konkurence schopné práce, a to za aktivní součinnosti konzultanta, klienta i zaměstnavatele. Hlavním přínosem je umožnění člověku s postižením pracovat na běžném pracovišti a být v kontaktu se spolupracovníky bez postižení. Přímým důsledkem je pak pro klienta vedle finančního ohodnocení nárůst sebevědomí, osvojování sociálních dovedností a zaujetí pozitivní a aktivní role v majoritní společnosti.

7. PRAKTICKÁ ČÁST

7.1. Výzkumný problém:

Předmětem šetření je problematika postojů společnosti k mentálně handicapovaným. Od počátku 90. let dochází v této oblasti k závažným změnám, šetření se proto zaměřuje na pokus o zachycení základních tendencí, které se v uvažovaných postojích projevují.

7.2. Cíl šetření:

Mým základním cílem se stalo srovnání dvou skupin lidí, rozlišených v první řadě podle věku. Prvou skupinu tvoří respondenti do 30 let a druhá skupina zahrnuje starší respondenty. Lze předpokládat, že na formulaci názorů mladších lidí se bude významně projevit společenský pohyb v 90. letech, zatímco názory starších mohou ještě odrážet residua situace před rokem 1989. Záměrem bylo zjistit, jsou-li mezi oběma skupinami skutečně podstatné rozdíly. Cílem šetření tedy neměl být pouhý popis současného stavu, ale pokus o zachycení tendencí, které se v uvažovaných postojích projevují.

Zároveň mne zajímal vztah mezi obecně deklarovanými představami a konkrétními postoji zástupců majoritní části společnosti k mentálně postiženým. Během své praxe osobní asistentky jsem totiž opakovaně sledovala, že mezi obecně používanými deklamacemi a konkrétním každodenním jednáním bývá až příliš často nápadný rozdíl.

V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, jaké je v základních rysech společenské povědomí o problematice mentálně postižených, zda je pro majoritu tato skupina lidí vůbec zajímavá a jejich integraci považují za aktuální problém. Pokoušela jsem se tedy dozvědět, do jaké míry je většinová společnost nakloněna a připravena přijmout mentálně postižené mezi sebe, do běžné společnosti.

7.3. Metody a metodika šetření:

Jako metodu šetření jsem zvolila dotazník o 12 uzavřených otázkách (příloha č. 1), u nichž jsem vždy nabídla výběr ze tří až čtyř odpovědí. U dvou z otázek jsem navíc zařadila možnost vlastní respondentovy odpovědi. Otázky jsem se snažila formulovat takovým způsobem, aby je bylo možné ve stejné formě předložit všem věkovým kategoriím a lidem různého stupně vzdělání.

Dotazník jsem zhotovila jednak v tištěné formě a jednak ve formě elektronické. Podařilo se mi oslovit celkem 172 respondentů, které jsem rozčlenila na základě věku, pohlaví a dosaženého vzdělání. Východícím kritériem se stal věk respondentů. První věková

skupina do 30 let zahrnuje 98 respondentů, druhá 74 dotazovaných osob. Podrobnější rozdělení na základě věku se mi neosvědčilo, vytvářelo totiž příliš malé a nevyrovnané skupiny (první pokus zacházel se skupinami po šesti letech).

Druhým kritériem bylo rozlišení podle pohlaví, dotazníková akce zahrnuje 103 žen a 69 mužů. Tuto nerovnováhu jsem se pokusila zmírnit procentuálním srovnáním.

Jako třetí kritérium jsem brala k úvaze nejvyšší dosažené vzdělání (viz tab.1.). Vcelku snadné bylo získat dostatek absolventů vysokých škol, přístup k dalším skupinám byl však komplikovanější. Aby spektrum dotazovaných bylo co nejširší, zahrnuje jsem například i jednu gymnaziální třídu. Obtížné pro mne bylo i získat dostatečný počet starších respondentů. Sběr dat zůstal z uvedených důvodů poněkud nevyrovnaný a výsledky šetření je proto třeba posuzovat především na obecné úrovni.

Tabulka 1 - Rozvrstvení respondentů podle věku a vzdělání

	<i>celkem</i>	ZŠ	SŠ	VŠ
do 30 let	98	32	17	49
nad 30 let	74	0	34	40

7.4. Úkoly šetření:

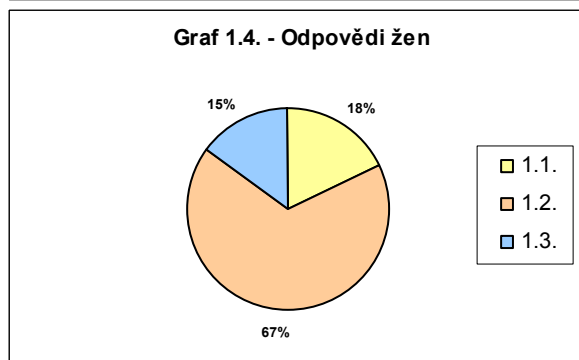
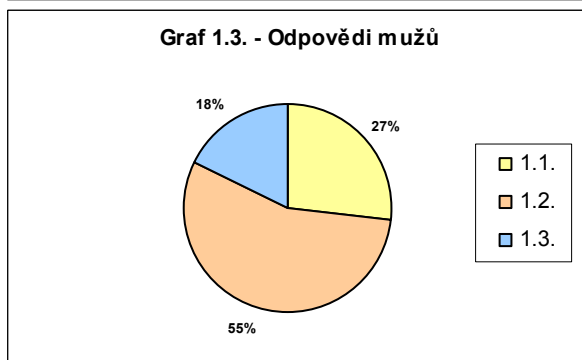
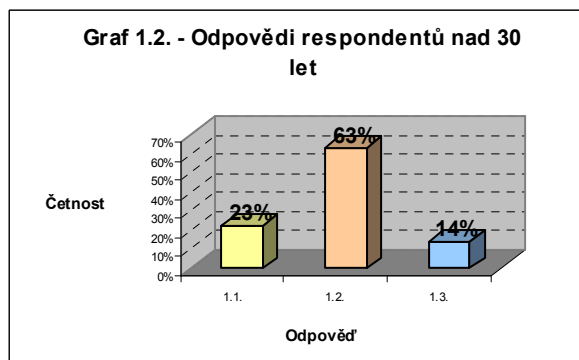
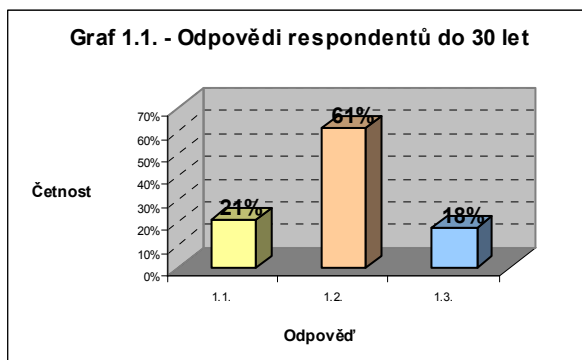
Hlavní úkoly šetření spočívají v otestování následujících hypotéz:

- 1. Předpokládám, že ve společnosti probíhají pozitivní změny v přístupu k mentálně postiženým a otevírání společnosti po roce 1989 se odráží zejména v postojích mladších respondentů.**
- 2. Předpokládám, že přetrvává rozdíl mezi obecnými proklamacemi otevřeného přístupu a individuálními postoji v konkrétních každodenních situacích.**
- 3. Předpokládám, že ve vztahu k mentálně postiženým převládá nejistota plynoucí často z nedostatečné informovanosti majoritní společnosti.**
- 4. Předpokládám, že mentálně postižení bývají primárně vnímáni jako objekt soucitu a ve vztahu k nim převládá tendence k jejich infantilizaci. Ženy oproti mužům charakterizuje vyšší míra soucitu.**
- 5. Předpokládám, že mentální postižení má ve srovnání s ostatními handicapami nejzávažnější sociální dopad.**

7.5. Výsledky šetření a jejich interpretace

Otázka č.1. - Máte nějakou osobní zkušenost s mentálně postiženými?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
1.1. Nemám.	36	18	18	13	7	7	3	10	20	5	11	7	9	16
1.2. Spíše výjimečnou	104	37	67	21	38	31	10	18	59	16	29	27	18	45
1.3. S mentálně postiženými se setkávám často.	27	12	15	8	9	9	2	6	17	4	6	4	6	10

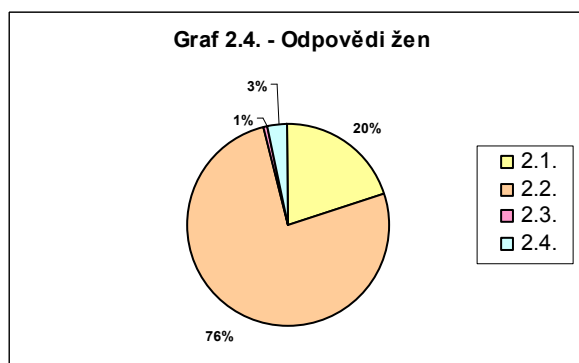
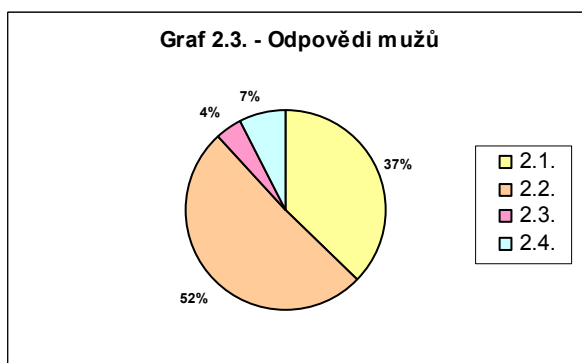
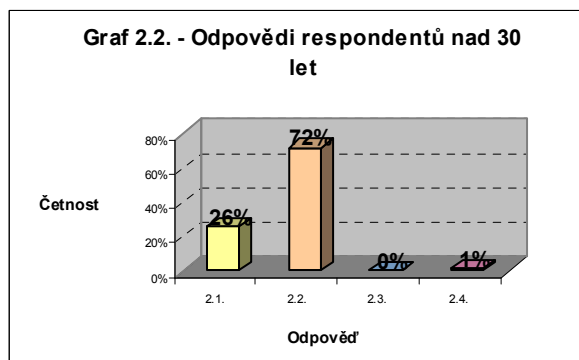
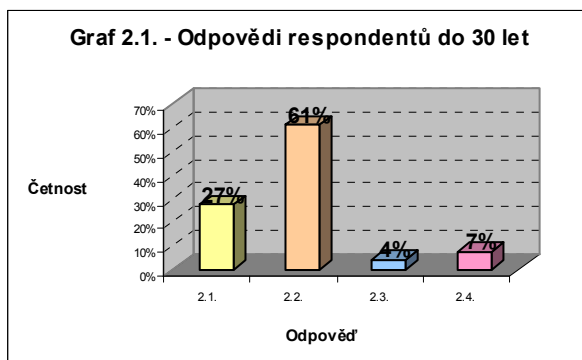


Výrazně převažující část dotazovaných mužů i žen deklaruje *spíše výjimečnou* zkušenost s mentálně postiženými. V tomto ohledu se neprojevují žádné zásadní rozdíly mezi posuzovanými kategoriemi. Nápadný ovšem zůstává zřetelný rozdíl v odpovědích mužů a žen, první k uvedené odpovědi hlásí ze 66%, druhá z 87%. Zřejmě se zde projevuje citlivější a empatičtější vnímání žen, které si svého okolí (nabízejícího většině z nás shodné podněty) pravděpodobně více všimají.

Bilanci otázky č. 1 přisuzuji význam při posuzování hodnoty následujících otázek. Otázka 1 totiž naznačuje, do jaké míry další odpovědi vycházejí z konkrétních zkušeností, nebo jsou proklamovány na základě obecně sdílených představ.

Otázka č.2. - Jak byste charakterizoval(a) člověka s mentálním postižením?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
				2.1. Jako jedince, který nemá schopnost dospět (věčné dítě)	45	25	20	14	12	9	3	14	26	11
2.2. Jako svébytnou osobnost se specifickými potřebami	110	34	76	20	38	31	12	15	58	14	38	27	25	52
2.3. Jako nesvéprávného jedince bez vlastní osobnosti	4	3	1	3	1	2	0	2	4	0	0	0	0	0
2.4. Jinak (charakterizujte)	8	5	3	4	3	4	0	3	7	1	0	0	1	1

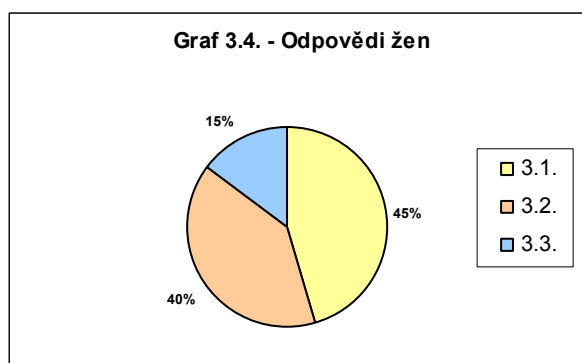
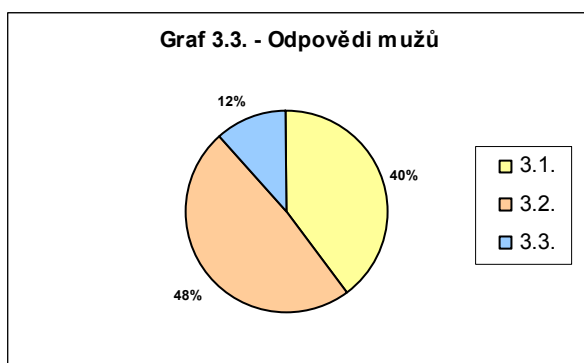
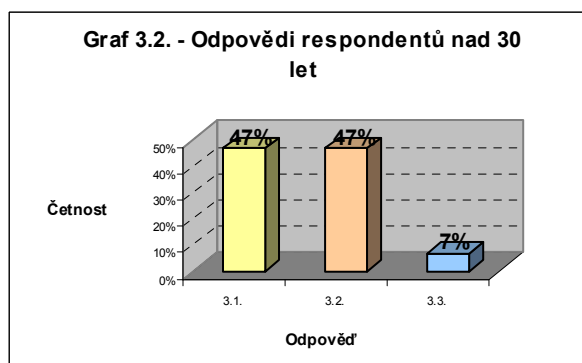
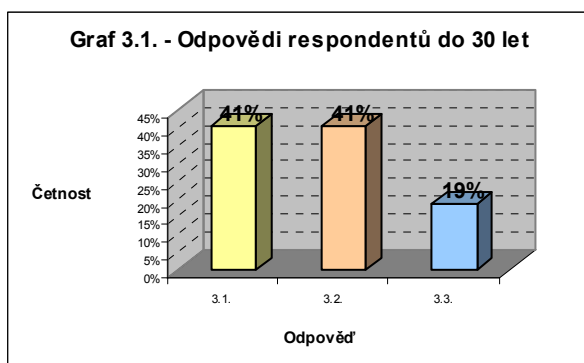


Většina respondentů zvolila variantu *svébytné osobnosti se specifickými potřebami*. K tomuto hodnocení se dominantně hlásí respondenti všech uvažovaných kategorií, nápadně vyšší je však opět tato tendence u žen. Druhou poměrně často vybranou odpovědí je varianta *jedince bez schopnosti dospět*. Tato tendence k „infantilizaci“ je signifikantně vyšší u mužů. Vzdělání ani věk odpovědi na otázku č. 2 nijak zásadně neovlivnily.

Bilance otázky č. 2 svědčí podle mého přesvědčení o závažné tendenci respondentů vyhovět pozitivnímu obrazu a odpovědět tak zároveň shodně s očekáváním tazatele.

Otázka č. 3. - Mají podle Vás mentálně postižení stejná práva jako všichni ostatní?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
3.1. Ano	73	27	46	15	24	14	10	15	39	12	22	17	17	34
3.2. Ne	73	33	40	21	18	27	5	7	39	12	22	20	14	34
3.3. Nevím, nikdy jsem se o to nezajímal(a)	23	8	15	6	12	5	1	12	18	2	3	3	2	5

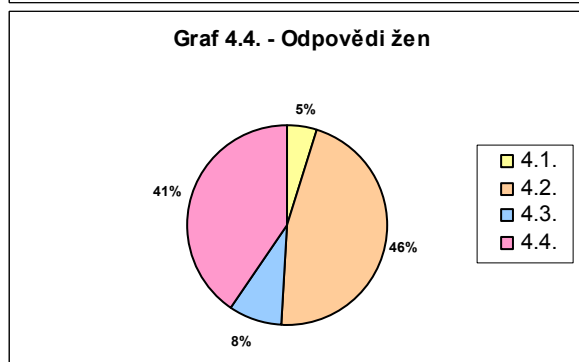
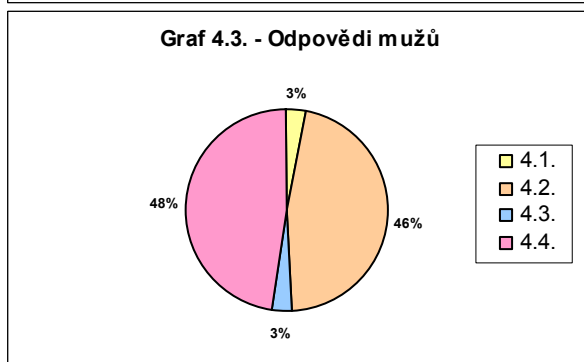
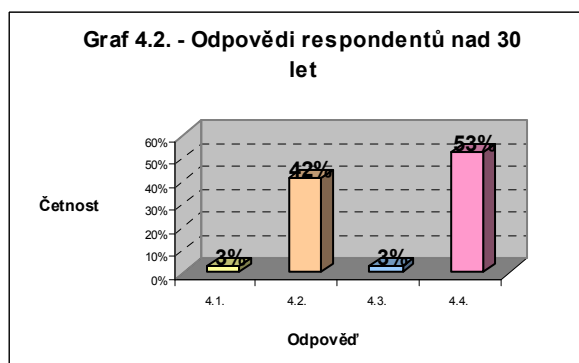
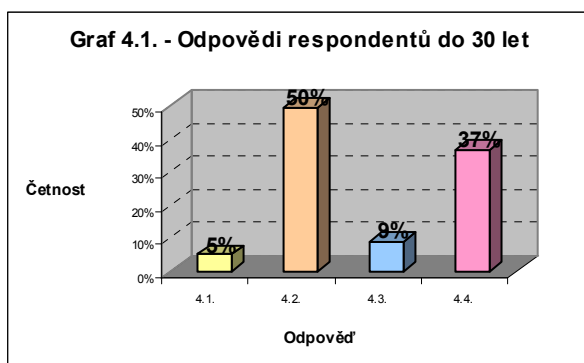


Otázka práv mentálně postižených je v současnosti velmi aktuální. Mimo jiné se i na ní projevuje vstup České republiky do Evropské unie, jakož i zájem unijních orgánů. Hlavní problém nespočívá v samotné existenci právních norem, ale v jejich faktickém naplňování. Jedním z důsledků mentálního postižení bývá totiž omezená schopnost využívat svá občanská práva.

Otázkou č. 3 jsem si chtěla ověřit, do jaké míry je povědomí o rovnoprávnosti mentálně postižených u nás rozšířené. Výsledek šetření ukázat v podstatě dvě rovnocenné skupiny. Na jedné straně se objevili ti respondenti, kteří si tuto skutečnost uvědomují, na druhé straně se projevila zhruba shodná četnost těch respondentů, kteří postižené za rovnoprávné nepovažují. Překvapivě malá část dotazovaných si přiznala neznalost daného problému. Neprojevila se ani očekávaná větší informovanost mladších respondentů.

Otázka č.4. - Jaké pocity ve Vás převažují při setkání s mentálně postiženými?

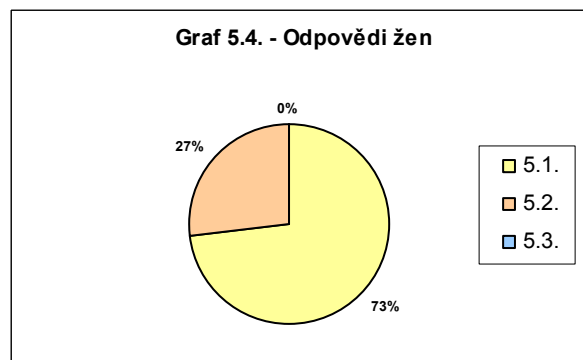
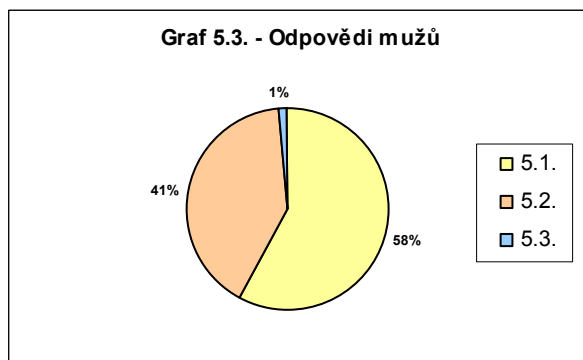
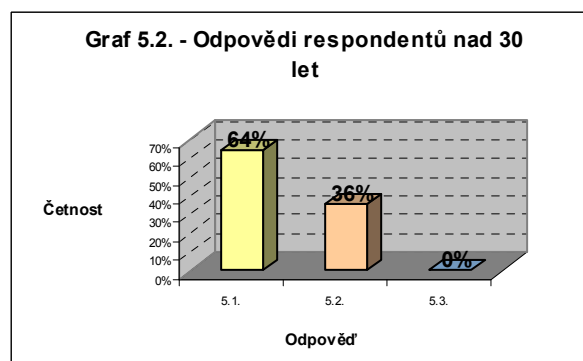
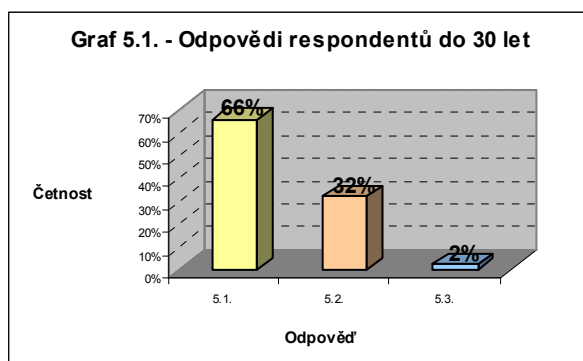
	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
4.1. <i>Lhostejnost</i>	7	2	5	2	3	4	1	0	5	0	2	1	1	2
4.2. <i>Nejistota</i>	80	31	49	19	31	22	9	19	50	12	18	15	15	30
4.3. <i>Strach či ohrožení</i>	11	2	9	1	8	0	0	9	9	1	1	2	0	2
4.4. <i>Jiný pocit ...</i>	75	32	43	19	18	20	4	13	37	13	25	21	17	38



Otázka č. 4 patří mezi otázky zjišťující postoje respondentů v konkrétních situacích. Podle očekávání převládá *nejistota* v postoji k mentálně postiženým. Druhou nejčastější odpovědí je *jiný pocit*, kde respondenti většinou hovořili o soucitu a lítosti. Tato výpověď se objevovala napříč všemi kategoriemi. Za pozitivní můžeme pokládat nízkou prezenci dalších postojů, tj. *lhostejnosti* a pocitu *strachu* či *ohrožení*. Lze povšimnout, že u mladších převažuje oproti *soucitu* varianta nejistoty, u starších je tento poměr opačný.

Otázka č. 5. - S kým byste v případě potřeby nejnázne navázal(a) kontakt?

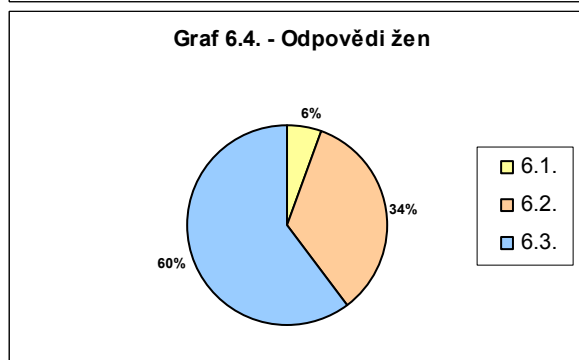
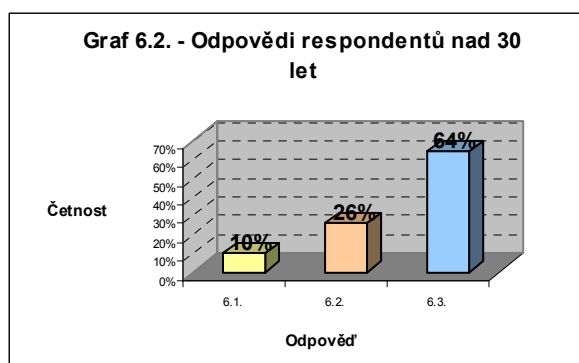
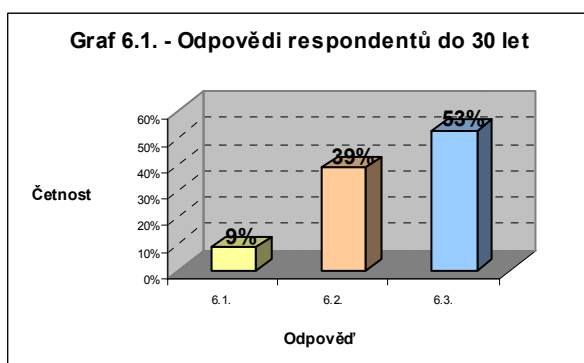
	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
5.1. S vozíčkářem	107	45	62	26	36	28	14	20	62	19	26	26	19	45
5.2. S nevidomým	55	32	23	17	13	12	8	10	30	15	10	14	11	25
5.3. S mentálně postiženým	1	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0



Otázka č. 5 jednoznačně potvrdila výchozí očekávání. Mentální postižení se zcela jasně projevilo jako nejvíce sociálně stigmatizující forma handicapu. Tento fakt bezvýhradně platí u všech posuzovaných kategorií. Stojí za pozornost, že jako sociálně nejméně stigmatizovaná kategorie se projevili vozíčkáři, poměrně příznivě se ukázal i vztah k nevidomým..

Otázka č. 6. - Přejde Vám vhodné mentálně postiženému člověku tykat?

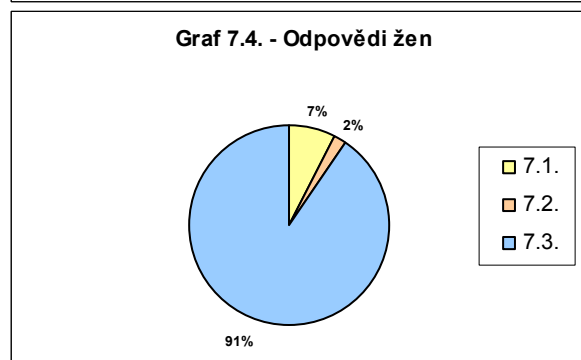
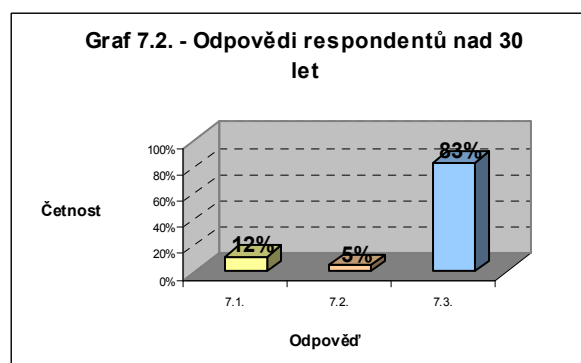
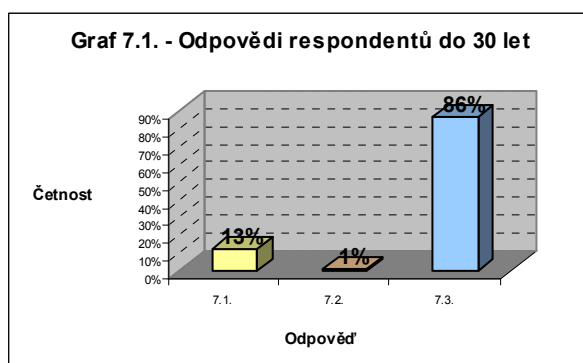
	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SS	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SS	celkem
6.1. Ano, je lhostejné, zda tykám či vykám, nevidím rozdíl	15	10	5	5	3	3	2	3	8	5	2	3	4	7
6.2. Ano, usnadňuje mi to navázání kontaktu	54	24	30	17	19	12	8	16	36	7	11	8	10	18
6.3. Ne, dospělému není vhodné tykat	94	36	53	22	27	29	7	13	49	14	31	27	18	45



V této otázce jsem očekávala svědectví konkrétního každodenního chování k mentálně postiženým. Přestože značná část respondentů v předchozích otázkách deklarovala rovnoprávnost postižených a velmi podstatná část respondentů je proklamativně považuje za svébytné osobnosti, mnoho z nich dává přednost tykání, což je podle mého přesvědčení v přímém rozporu. Nepochybně zjišťujeme další potvrzení tendence k infantilizaci mentálně postižených a jejich sociálně nízkého statusu. Vzdělání ani věk nehrají významnou roli. Vycházíme-li ale z mého šetření, je patrný rozdíl v přístupech mužů a žen. Muži v souladu s předchozími odpověďmi mají k nízkému hodnocení mentálně postižených vyšší tendenci. Ženy v 80% zvolily variantu vykání.

Otázka č.7. - Vadilo by Vám, kdyby si k Vám v restauraci nebo např. v dopravním prostředku přisedl mentálně postižený?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
7.1. Ano, ale vydržím, je mi trapné dát najevo odmítavý postoj	20	13	7	9	3	9	2	1	12	4	4	4	4	8
7.2. Ano, obtěžuje mne to natolik, že si přisednu	4	2	2	1	0	0	1	0	1	1	2	1	2	3
7.3. Ne, beru ho jako kohokoliv jiného	138	53	85	32	51	38	12	33	83	21	34	31	24	55

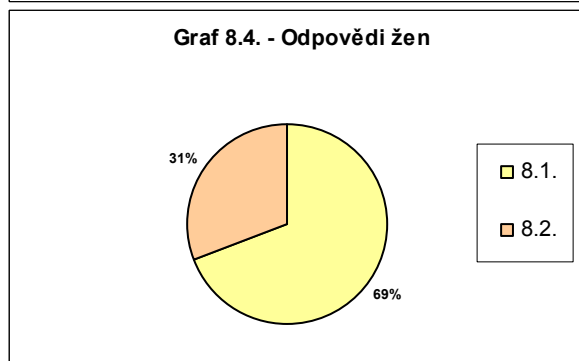
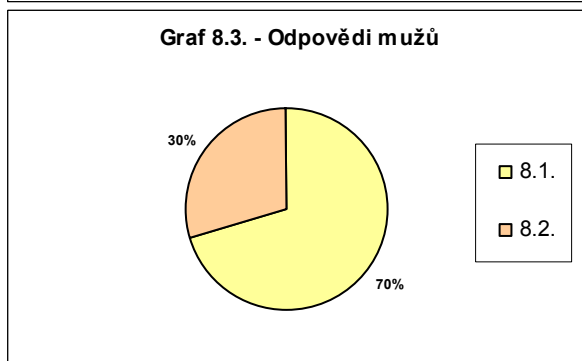
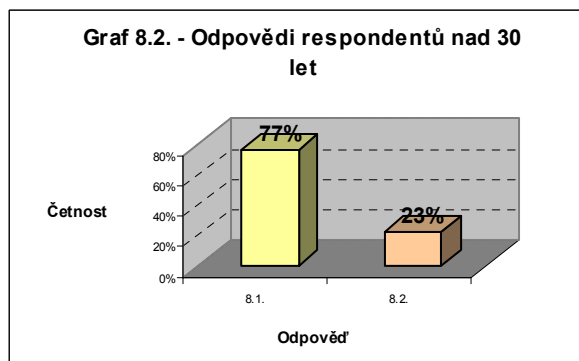
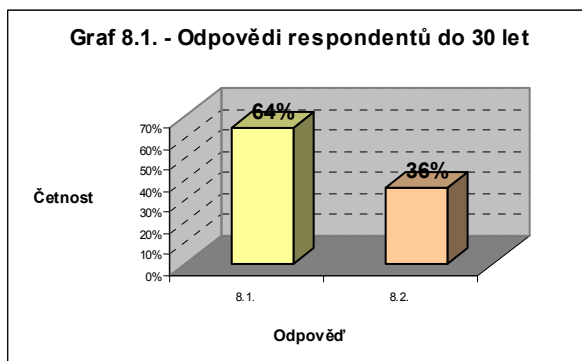


Odpovědi na otázku č. 7 působí velmi pozitivně a optimisticky. Otázkou však zůstává, do jaké míry jsou podmíněny obecnou idealizační tendencí a snahou vyhovět očekávání tazatele. Opět se neprojevily signifikantní rozdíly mezi věkovými ani vzdělanostními skupinami. U mužů se výrazněji ukázala skupina, která pro sebe jinak nepříjemný kontakt považuje za společensky správné vydržet.

Nezbývá než připomenout, že pozitivní výsledek otázky č. 7 bývá v častém rozporu s každodenní realitou, která přináší mnohem větší problémy, než by se ze shromážděných dat mohlo zdát.

Otázka č.8. - Setkal(a) jste se někdy s pojmem "chráněné bydlení"?

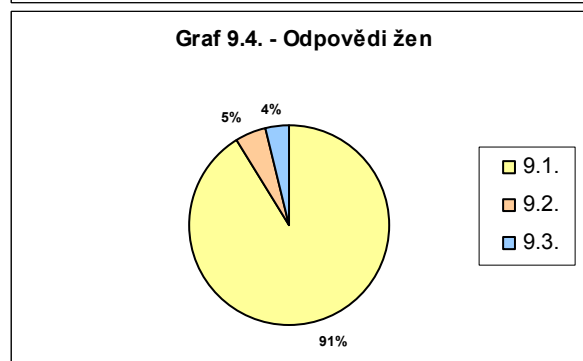
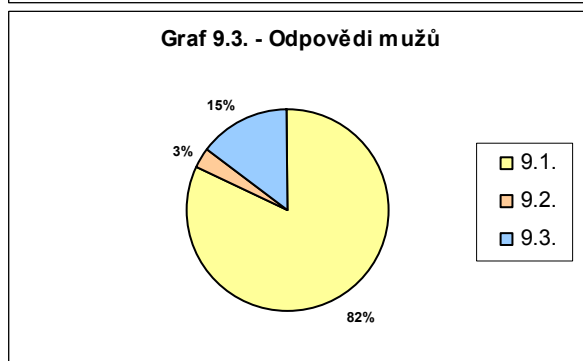
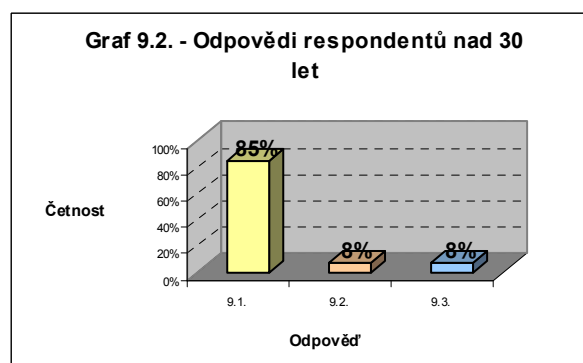
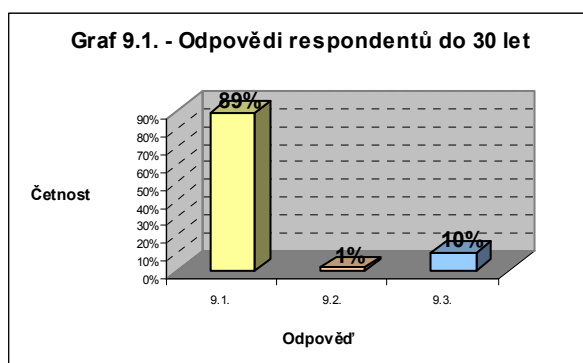
	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
8.1. <i>Ano</i>	112	47	65	25	36	37	9	15	61	22	29	19	32	51
8.2. <i>Ne</i>	49	20	29	16	18	10	5	19	34	4	11	11	4	15



Tato otázka byla zařazena ve spojitosti s otázkou následující a má úzce informační charakter. Napříč spektrem posuzovaných kategorií se ukázalo poměrně značné povědomí o službě chráněného bydlení.

Otázka č. 9. - Pokud ano, vadil by vám takový byt v blízkosti Vašeho bydliště?

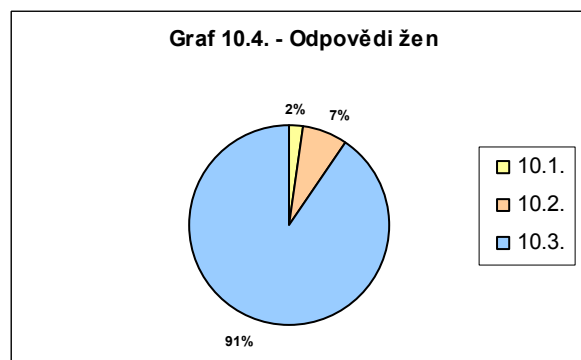
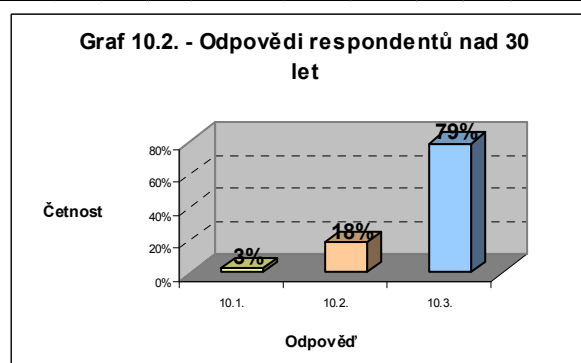
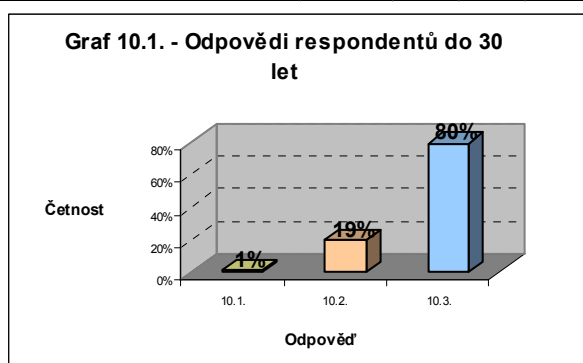
	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
9.1. Nevadilo, považuji to za přirozené	121	50	71	28	37	35	10	20	65	22	34	35	21	56
9.2. Vadilo, obával(a) bych se nepříjemných následků	6	2	4	1	0	1	0	0	1	1	4	1	4	5
9.3. Vadilo, je jim lépe ve specializovaných zařízeních	12	9	3	5	2	2	3	2	7	4	1	1	4	5



Pokud by odpovědi na otázku č. 9 odpovídaly skutečnosti, žili bychom ve společnosti s neobyčejně pozitivními předpoklady pro integraci mentálně postižených. Poměry ve věkové a vzdělanostní struktuře opět neukázaly žádné závažné rozdíly. Zznamenejme ovšem, že u mužů se projevila relativně větší četnost těch, podle nichž je pro mentálně postižené lepší život ve specializovaných zařízeních.

Otázka č.10. - Domníváte se, že mentálně postižení mohou být nějakým přínosem pro společnost?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
10.1. Ne, mentálně postižení jsou jen přítěží	3	1	2	1	0	0	1	0	1	0	2	2	0	2
10.2. Ne, ale ostatní mají povinnost o ně pečovat	31	24	7	15	3	11	0	7	18	9	4	5	8	13
10.3. Ano, každý máme určité schopnosti a dovednosti, kterými lze ostatní obohatit	130	44	86	26	48	33	14	27	74	18	38	31	25	56

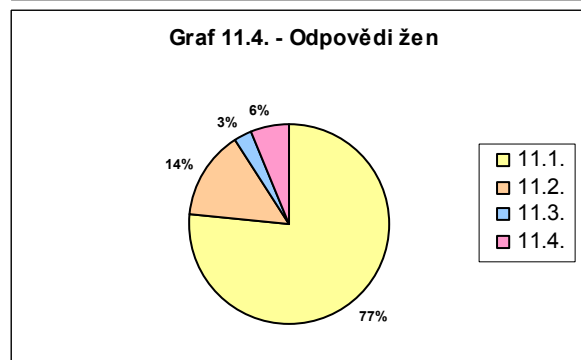
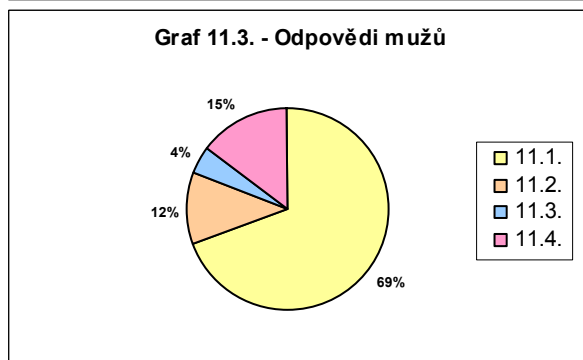
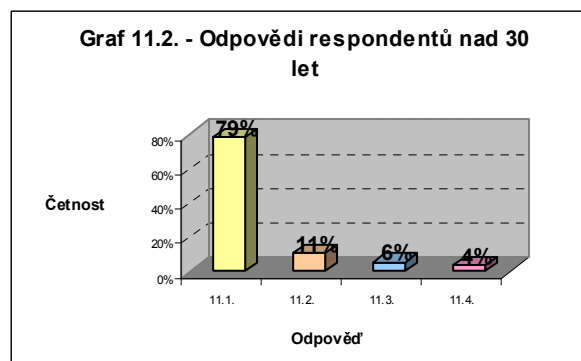
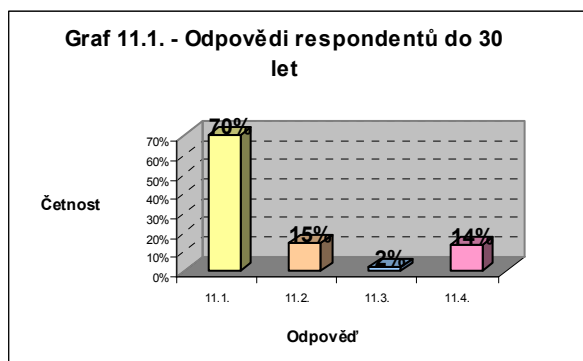


Přímočaře formulovaná obecná otázka opět svádí k idealizovaným odpovědím. I tak je důraz na společenský přínos mentálně postižených, deklarovaný napříč posuzovanými kategoriemi respondentů, nesporně pozoruhodný. Obě věkové skupiny hodnotí mentálně postižené jako přínosné pro společnost. Tentokrát se ovšem projevil opravdu výrazný rozdíl mezi stanovisky mužů a žen. Vysvětlení mohou být různá, osobně se domnívám, že jedním z důležitých faktorů je věcnější uvažování mužů, kontrastující se soucitnou tendencí žen.

Dotazník bohužel nemohl usilovat o podstatně konkrétnější odpovědi, které by uvažovaný přínos dokázaly blíže specifikovat.

Otázka č. 11 - Myslíte, že naše společnost je mentálně postiženým otevřená?

	celkem	muži	ženy	Věk do 30 let					Věk nad 30 let					
				muži	ženy	VŠ	SŠ	ZŠ	celkem	muži	ženy	VŠ	SŠ	celkem
11.1. Ne, společnost má ještě hodně co dohánět	123	47	76	28	39	33	10	24	67	19	37	30	26	56
11.2. Ano, nijak diskriminováni nejsou	22	8	14	5	9	6	2	6	14	3	5	5	3	8
11.3. Ano, zájem o ně mi přijde přehnaný	6	3	3	1	1	1	1	0	2	2	2	1	3	4
11.4. Nevím, nezajímám se o to	16	10	6	8	5	7	2	4	13	2	1	2	1	3



Odpovědi na otázku č. 11 lze chápat jako pozoruhodnou společenskou sebereflexi. Ačkoliv předchozí odpovědi vykreslovaly obraz značně otevřené společnosti, závěrečnou otázku ovládá pocit dluhu vůči handicapovaným. Společný jmenovatel zdánlivého rozporu můžeme spatřovat v idealizaci postojů velké části respondentů.

Nejdůležitější a nesporně kladná stránka spočívá pro mne v tom, že respondenti vnímají problematiku integrace mentálně postižených jako aktuální téma, jímž se jsou ochotni zabývat a přemýšlet o něm.

Otázka č. 12 – Postrádáte v tomto dotazníku nějakou důležitou otázku?

Nabídku doplňující otázky nikdo z respondentů nevyužil, jejich poznámky se soustřeďovaly na diskusi o pojetí dotazníku, na obecnou problematiku mentálně postižených atd.

7.6. Závěry šetření:

Předpokládám, že ve společnosti probíhají pozitivní změny v přístupu k mentálně postiženým a otevírání společnosti po roce 1989 se odráží zejména v postojích mladších respondentů.

O pozitivních změnách ve vztahu k mentálně postiženým, které u nás probíhají od roku 1989, není pochyb, vyhodnocená data však nezachytila signifikantní rozdíl mezi mladšími a staršími respondenty. Lze se tedy domnívat, že názorové posuny se týkají společnosti jako celku a změněné přístupy běžně akceptují i lidé, jejichž výchova probíhala už před rokem 1989.

Předpokládám, že přetrvává rozdíl mezi obecnými proklamacemi otevřeného přístupu a individuálními postoji v konkrétních každodenních situacích.

Tento předpoklad se v plném rozsahu potvrdil. Danou skutečnost můžeme ostatně považovat za přirozenou, tvoří zřejmě zákonitou součást každého obdobně složitého společenského procesu. Respondenti se na jedné straně programově hlásí k otevřeným přístupům, na druhé straně se však s jejich každodenními nároky obtížně a postupně vyrovnávají.

Předpokládám, že ve vztahu k mentálně postiženým převládá nejistota plynoucí často z nedostatečné informovanosti majoritní společnosti.

Tuto otázku se nepodařilo relevantním způsobem posoudit. V dotazníku se ovšem projeví rozpory mezi pocitem dostatečné informovanosti a mnohem skromnější realitou. Příkladem může být otázka č. 3, zaměřená na problematiku rovnoprávnosti mentálně postižených.

Předpokládám, že mentální postižení má ve srovnání s ostatními handicapami nejzávažnější sociální dopad.

Oprávněnost tohoto předpokladu se jednoznačně potvrdila u otázky 5.

Předpokládám, že mentálně postižení bývají primárně vnímáni jako objekt soucitu a ve vztahu k nim převládá tendence k jejich infantilizaci. Ženy oproti mužům charakterizuje vyšší míra soucitu.

Tento předpoklad se zcela jednoznačně ve výsledcích šetření potvrdil. Ženy mívají větší tendenci k emotivnímu vztahu k handicapovaným. Odpovědi mužů působí na první pohled méně empaticky, důvodem ale může být i věcnější pohled na sociální problémy. Infantilizace zůstává základním znakem přístupu k mentálně postiženým, nápadným projevem zůstává častá tendence k tykání.

Tendence k infantilizaci je symptomem velmi závažné stránky celkové problematiky mentálně postižených. Ve svých důsledcích totiž mentálně postiženým komplikuje cestu k životu srovnatelnému s jejich vrstevníky. Mentálně postižený není věčné dítě, ale stejně jako většina ostatních má potřebu samostatného života podle vlastních představ. Prvořadým předpokladem integrace je uvědomění si této skutečnosti.

ZÁVĚR

Od počátku devadesátých let se v důsledku celkového společenského pohybu začal pozvolna měnit i přístup k lidem zatíženým nějakou formou handicapu. Tyto změny se přirozeně dotýkaly i lidí postižených mentální retardací. Začaly vznikat nevládní organizace a občanská sdružení, které rozbíjejí do té doby monopolní ústavní péči poskytovanou státem. Pozvolna tak vyvstával požadavek integrace a normalizace života lidí s mentálním handicapem.

Mentální postižení totiž znamená vedle snížených intelektových schopností i nižší adaptabilitu na sociální prostředí a znevýhodnění ve schopnosti naplňování sociálních rolí. Požadavek integrace přináší v první řadě snahu tato negativa zmírnit. Ideálem a cílem péče o mentálně postižené je umožnit jim v maximální možné míře účastnit se života v otevřené společnosti, činit svá vlastní rozhodnutí a mít život ve svých rukou. Systém péče před politickými změnami v roce 1989 tyto ideály ani zdaleka nenaplňoval.

Do doby, kdy byl u nás uplatňován takřka neměnný model ústavní péče a segregovaného vzdělávání lidí s postižením, nelze o integraci lidí se specifickými potřebami hovořit. Problematika mentálně retardovaných byla řešena jejich izolováním od běžné společnosti pod převážně lékařský dohled. Postižené čekal život přísně svázaný pravidly, kdesi v ústraní zapadlých zámeckých areálů apod. Snaha o integraci postižených s sebou nese předpoklad zcela odlišné tendence. Cílem se stalo umožnit mentálně postiženým prožít život srovnatelný s jejich vrstevníky v majoritní společnosti. Jedním ze základních nástrojů, jak tento ideál naplnit, je služba chráněného bydlení.

Chráněné bydlení je pobytová služba, která umožňuje v maximální možné míře prožívat handicapovaným lidem svůj život individuálně a integrovaně v přirozených sociálních strukturách. Jedná se o ucelený komplex služeb - vedle ubytování a pomoci při chodu domácnosti je jeho nedílnou součástí zajištění kontaktu se sociálním prostředím, poradenství obecně a pomoc při prosazování práv a zájmů klientů. Rámcem poskytování této služby jsou od roku 2002 tzv. Standardy kvality sociálních služeb. Chráněné bydlení je úzce provázáno s osobní asistencí.

Asistent nemá klienta měnit, má se snažit ho pochopit a přijmout takového, jaký je. Nevnučovat mu své vidění světa, ale respektovat jeho názory. Náplní asistentské práce není vykonávání činností za klienta, ale prohlubování jeho vlastní samostatnosti.

Cílem je, aby asistence byla poskytována v co nejmenší možné míře. Asistent nesmí přebírat za klienta rozhodování, musí mu být schopen předestřít důsledky jeho jednání, aby se mohl rozhodnout sám, i s přiměřenými riziky z toho vyplývajícími. Asistent musí za všech

okolností stát při svém svěřenci, rozhodovat vždy v jeho prospěch, bránit jeho důstojnost. Jeho úkolem je napomáhat klientovi využívat všechna jeho práva a učit ho zodpovědnosti k sobě samému i okolí. Asistence je týmovou činností, každý asistent projednává jednotlivé pracovní kroky na týmových poradách, v jejichž čele je koordinátor týmu. Osobní asistence otevírá celou řadu etických nároků.

Neméně významným nástrojem pro přímou integraci mentálně postižených je program podporovaného zaměstnávání. Jedná se o vyhledávání smysluplné, placené a konkurence schopné práce, a to za aktivní součinnosti konzultanta, klienta i zaměstnavatele. Hlavním přínosem je umožnění člověku s postižením pracovat na běžném pracovišti a být v kontaktu se spolupracovníky bez postižení. Přímým důsledkem je pak pro klienta vedle finančního ohodnocení nárůst sebevědomí, osvojování sociálních dovedností a zaujetí pozitivní a aktivní role v majoritní společnosti.

Předložená diplomová práce se nezabývala jen teoretickou stránkou vymezené problematiky, studované především na základě odborné literatury. Věnovala se i zhodnocování praktických zkušeností, získaných během praxe osobní asistentky ve Společnosti DUHA. Tyto zkušenosti významně doplnilo dotazníkové šetření, které přiblížilo alespoň některé aktuální tendence přístupu české majoritní společnosti k postiženým.

Nejpodstatnější výsledek své diplomové práce vidím v dokladech pozitivních tendencí, které se přes všechny nesnáze v naší společnosti postupně prosazují.

POUŽITÁ LITERATURA

BLAŽEK, Bohuslav - OLMROVÁ, Jiřina - KUČERA, Jiří. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. Praha: Avicenum, 1988.

BLATNÝ, Marek - SVOBODA, Mojmir (eds.). *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Akademie věd České republiky, Psychologický ústav, 1999.

ČERNÁ, Marie a kol. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-086-4.

DOLEJŠÍ, Mojmir. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1978.

EISOVÁ, Alena. *Kapitoly z dějin psychopedie: určeno pro posluchače fakult pedagogických*. Praha: Univerzita Karlova, 1983.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1993. ISBN 80-7106-085-2.

HEISSIGEROVÁ, Ivona. *Problematika dospělých osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta, 2000. Vedoucí diplomové práce Dr. Jaroslava Zemková.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X (brož.)

LEČBYCH, Martin. *Modely mentální retardace*. Psychologie dnes, 2005, ročník 11, číslo 6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-85850-76-1 (brož.).

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-473-7.

STRÁNSKÝ, Matěj. *Na cestě z klecí*. Respekt č. 11. Praha: 2008 (www.respekt.cz)

ŠÍŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. 80-246-0992-4 (brož.)

ŠLOSÁREK, Jan. *Koncepce služeb pro občany s mentálním a kombinovaným postižením, metodika služby chráněného bydlení*. Praha: 2006, interní materiál Společnosti DUHA.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. ISBN 80-86039-30-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-414-4 (váz.).

VÁGNEROVÁ, Marie - HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana - ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha: Portál, 2004.

ZDRAŽILOVÁ, Gabriela. *Chráněné bydlení kontra Ústav sociální péče*. Rukopis diplomové práce.

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Internetové zdroje

<http://www.aamr.org>

<http://www.aktuálně.cz>

<http://www.mpsv.cz>

<http://www.osmyden.cz>

<http://www.rovnasance.cz>

Příloha č. 1

DOTAZNÍK O POSTOJI K MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM

(Vyznačte, prosím, možnost, která se nejvíce blíží vašemu postoji, případně doplňte jinou.)

Respondent

věk:

pohlaví:

vzdělání:

1. Máte nějakou osobní zkušenost s mentálně postiženými?

- nemám
- spíše výjimečnou
- s mentálně postiženými se setkávám často

2. Jak byste charakterizoval(a) člověka s mentálním postižením?

- jako jedince, který nemá schopnost dospět (věčné dítě)
- jako svébytnou osobnost, se specifickými potřebami
- jako nesvéprávného jedince bez vlastní osobnosti
- jinak (charakterizujte):

3. Mají podle Vás mentálně postižení stejná práva jako všichni ostatní?

- ano
- ne
- nevím, nikdy jsem se o to nezajímal(a)

4. Jaké pocity ve Vás převažují při setkání s mentálně postiženým

- lhostejnost
- nejistota
- strach/ohrožení
- jiný pocit (charakterizujte):

5. S kým byste v případě potřeby nejnáze navázal(a) kontakt?

- s vozíčkářem
- s nevidomým
- s mentálně postiženým

6. Přejde Vám vhodné mentálně postiženému člověku tykat?

- ano, je lhostejné zda takovému člověku tykám, nebo vykám, nevnímá rozdíl
- ano, usnadňuje mi to navázání kontaktu
- ne, dospělému člověku není vhodné tykat

7. Vadilo by Vám, kdyby si k Vám v restauraci, nebo např. v dopravním prostředku přisedl mentálně postižený?

- ano, ale vydržím, je mi trapné dát najevo odmítavý postoj
- ano, obtěžuje mě to natolik, že si přisednu
- ne, беру ho, jako kohokoliv jiného

8. Setkal jste se někdy s pojmem „chráněné bydlení“?

- ano
- ne

9. Pokud ano, vadil by Vám takový byt v blízkosti Vašeho bydliště?

- nevadilo, považuji to za přirozené
- ano, obával(a) bych se nepříjemných následků
- ano, je jim lépe ve specializovaných zařízeních

10. Myslíte si, že mentálně postižení mohou být nějakým přínosem pro společnost?

- ne, mentálně postižení jsou přítěží společnosti
- ne, ale ostatní mají povinnost o ně pečovat
- ano, každý má určité dovednosti a schopnosti, kterými může ostatní obohatit

11. Máte pocit, že naše společnost je mentálně postiženým otevřená?

- ne, společnost má ještě mnoho co dohánět
- ano, nejsou nijak diskriminováni
- ano, zájem o ně mi přijde přehnaný
- nevím, nezajímám se o to

12. Postrádáte v tomto dotazníku nějakou důležitou otázku (jakou)?