

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Etika v práci s klienty zbavenými způsobilosti k právním úkonům

Bakalářská práce

Magdalena Šochmanová

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková

6. 7. 2011

Abstrakt

Problematika vztahu k osobám s postižením je v trvalém zájmu společnosti, protože právě na tomto vztahu je možno sledovat kulturní úroveň dané společnosti. Služby, které jsou těmto lidem poskytovány, by měly odrážet současný stav vědeckého poznání z oblastí neurologie, psychologie, sociologie a dalších souvisejících vědních oborů. Teoretická část práce se zabývala problematikou legislativy, etiky, komunikace a autonomie. Výzkum byl prováděn v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku. Ke sběru dat byla využita strategie kvalitativního výzkumu prostřednictvím případových studií, metodou bylo dotazování – technika rozhovoru, zúčastněného pozorování a analýza odborné literatury. Cílem práce bylo zmapovat etické problémy v daných oblastech. Ve výzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka, a pro její zodpovězení byly navrženy čtyři dílčí výzkumné otázky. Na základě odpovědi na hlavní výzkumnou otázku byla formulována hypotéza, která by se mohla stát základem pro následný kvantitativní výzkum. Výsledky práce mohou být využity ke zvýšení kvality služeb poskytovaných ve zkoumaném zařízení a poslouží i širší veřejnosti k rozšíření informovanosti o této problematice.

Abstract

The issues related to persons with disabilities are in the continued interests of the society because it is on this relationship that the cultural standard of the society can be observed. Services that are provided to these people should reflect the current state of scientific knowledge in the areas of neurology, psychology, sociology and other related scientific disciplines. The theoretical section of the thesis dealt with the issues of legislation, ethics, communication and autonomy. The research was conducted in the Home for People with Disabilities in Osek. The strategy of qualitative research through case studies was used for data collection, the methods used were questioning – the technique of interviews, participant observation and the analysis of professional literature. The objective of the thesis was to map ethical problems in these areas. In the research, one main research question was formulated and four partial research questions were formulated to answer the main question. Based on the answers to the main research question, a hypothesis was formulated that could become the basis for subsequent quantitative research. The results of the thesis can be used to improve the quality of services provided in the studied facility and they will also serve the wider public to spread the awareness of this issue.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Etika v práci s klienty zbavenými způsobilosti k právním úkonům vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

6. 7. 2011

.....
Magdalena Šochmanová

Děkuji vedoucí práce Mgr. Dagmar Dvořáčkové za cenné rady a trpělivost při vedení práce. Děkuji pracovníkům a opatrovníkům vybraného zařízení za spolupráci při provádění výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 Současný stav	10
1.1 Způsobilost fyzické osoby mít práva	10
1.1.1 Způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví.....	10
1.1.2 Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům.....	15
1.1.3 Proces omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům.....	16
1.2 Mentální postižení.....	19
1.2.1 Příčina, prevence a diagnostika.....	21
1.2.2 Vztah společnosti k mentálně postiženým	22
1.2.3 Mentálně postižení uprostřed rodiny a komunity.....	24
1.2.4 Integrace osob s mentálním postižením.....	26
1.3 Etika	27
1.3.1 Pojmy v etice	28
1.3.2 Etické problémy pomáhajících profesí.....	29
1.4 Autonomie, heteronomie a koncept salutogeneze	31
1.5 Komunikace s osobami s mentálním postižením	32
1.5.1 Komunikace v pomáhajících profesích.....	34
1.5.2 Specifika komunikace s mentálně postiženými	35
1.6 Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku.....	36
1.6.1 Cíle domova pro osoby se zdravotním postižením v Oseku.....	37
1.6.2 Služby poskytované v Domově pro osoby se zd. postižením v Oseku	38
2 Cíl práce	40
2.1 Operacionalizace otázek	41
3 Metodika.....	44
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	44
3.2 Harmonogram a plán výzkumu	45
3.3 Charakteristika souboru	47
4 Výsledky	49
4.1 Případová studie 1.....	49

4.2	Případová studie 2.....	51
4.3	Případová studie 3.....	53
4.4	Případová studie 4.....	54
4.5	Případová studie 5.....	55
4.6	Případová studie 6.....	56
4.7	Shrnutí dat	57
5	Diskuze	63
6	Závěr.....	69
	Seznam použitých zdrojů.....	73
	Klíčová slova	76
	Přílohy	77

ÚVOD

Téma etiky v práci s klienty zbavenými způsobilosti k právním úkonům jsem zvolila z několika důvodů. Hlavním důvodem je snaha poznat a pochopit problematiku prostředí, ve kterém bych později našla své uplatnění. S tím souvisí i potřeba odpovědi na všechny otázky, které tato práce klade a nalezení teoretických zdůvodnění v odborné literatuře.

Jedním z úkolů této práce je zhodnotit stav legislativy související se zbavením způsobilosti k právním úkonům. Jde o pojem, jenž definuje skupinu lidí, kterými se práce zabývá a je tedy velmi důležité uvědomit si, o jak závažný právní i „lidský“ akt se jedná. Cílem je najít jiné možnosti řešení postavení lidí s mentálním postižením. Zdrojem těchto informací jsou dokumenty organizací, které se těmito otázkami zabývají. Z jejich práce lze pochopit pokrok i přetrvávající problémy v řešení této problematiky.

Osobě se zabavenou způsobilostí soud určí poručníka, který tím na sebe přebírá mimo jiné velkou zodpovědnost. Jaké z tohoto postavení vyplývají nároky z hlediska právního a v první řadě etického? To je velmi závažná otázka současnosti a odpověď na ni je hlavním cílem práce. K zodpovězení by měl posloužit v první řadě kvalitativní výzkum. K tomu, aby byl skutečně přínosem, je třeba uvědomit si dostatečně faktické obsahy pojmů: etika, komunikace, pomáhající profese, autonomie a mnoha dalších. Jen tak mohou být dostatečně formulovány dílčí otázky výzkumu a jejich vyhodnocení může znamenat nějaký přínos.

Odpověď na otázku, proč člověk potřebuje etiku, jsem našla u Erazima Koháka, který říká: *„Plné lidství vstupuje do života lidských společenství teprve svobodou, tedy schopností a možností jednat jinak, než jak pud a návyk káže. Právě touto možností a schopností vstupuje do lidského soužití potřeba výslovných pravidel. Či zcela jednoznačně: potřeba etiky vstupuje do života s plným lidstvím, a to vstupuje do života se svobodou.“* (Kohák, 2004, s. 18) Člověk, který zvažuje, rozhoduje se a hledá dobro, potřebuje etiku jako pomocný nástroj při svém rozhodování i žití. Zároveň si uvědomují, že pro práci v pomáhajících profesích je profesní etika mnohem

důležitější než pro jiné profese, protože dopad neetického chování může způsobit mnoho zlého jinému člověku a škody takto napáchané se jen obtížně napravují.

Téma práce je odrazem mého přesvědčení, že úroveň péče o znevýhodněné zrcadlí skutečnou kulturní úroveň společnosti. Jsem přesvědčena, že materiální zabezpečení a technická úroveň společnosti je jen jakýmsi méně či více barevným obalem, který toho o skutečné kvalitě příliš mnoho nevyovídá.

Zdravotně sociální služby nabízí pomoc těm, kteří se o sebe nejsou schopni postarat sami. Vývoj těchto služeb by měl směřovat k tomu, že každý klient bude jejich služeb využívat, a přitom zůstane svobodnou rozvíjející se bytostí. Není to jistě jednoduchý úkol, ale každý krok směřující tímto směrem je výrazem humánnosti současné společnosti.

1 Současný stav

1.1 Způsobilost fyzické osoby mít práva

Legislativní rámec určuje způsob jednání personálu sociálních ústavů při každodenní práci s klienty. *„Z hlediska základního postoje ke klientům je prvořadým standardem Listina základních práv a svobod České republiky a z ní tato ustanovení:*

- *„Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné. Nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“*
- *„Každý je způsobilý mít práva.“*
- *„Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“*
- *„Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.“*
- *„Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“*
- *„Každý má právo vlastnit majetek“*
- *„Svoboda pohybu a pobytu je zaručena.“*
- *„Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost.“¹*

(Čadilová, 2007, s. 153–154)

1.1.1 Způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví

Způsobilost k právním úkonům znamená, že fyzická osoba může vlastními právními úkony disponovat právy a brát na sebe povinnosti. Každá fyzická osoba plné způsobilosti nabývá dosažením osmnácti let, a také uzavřením manželství před

¹ Listina základních práv a svobod, hlava I.–IV.

dosažením věku zletilosti. Osoby nezletilé mají omezenou způsobilost k právním úkonům. Toto omezení je přiměřené jejich rozumové a volní vyspělosti. (Čadilová, 2007)

Z hlediska tématu práce je třeba se zabývat otázkou, za jakých podmínek je možno omezit způsobilost k právním úkonům fyzické osobě, která dosáhla věku zletilosti, a jak je i poté těmto osobám zajištěna přiměřená právní ochrana. V této souvislosti je podstatným zřízením institutu opatrovnictví.

Osobě se zbavenou či omezenou způsobilostí k právním úkonům soud ustanovuje opatrovníka. „*Nemůže-li být opatrovníkem ustanoven příbuzný fyzické osoby ani jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníkem, ustanoví soud opatrovníkem orgán místní správy, popř. jeho zařízení, jestliže je oprávněno vystupovat svým jménem.*“² V usnesení o ustanovení opatrovníka soud uvede rozsah opatrovnických práv a povinností. Pokud není ustanovena opatrovníkem fyzická osoba, jde o tzv. Veřejného opatrovníka. Tím může být orgán místní správy, nebo jeho zařízení s právní subjektivitou. Proti minulé praxi vstupuje s účinností nového zákona v platnost pravidlo, že opatrovníkem nemůže být osoba nebo instituce, u níž by při výkonu opatrovnictví docházelo ke střetu zájmu. V praxi to znamená, že opatrovníkem nesmí být např. pracovník ÚSP. Docházelo by tím ke střetu zájmu v souvislosti s vyplácením příspěvku na péči a s výběrem sociálních služeb pro opatrovaného. O výběru a typu sociálních služeb u osob s omezenou právní způsobilostí ze zákona rozhoduje opatrovník a neměl by mít tedy jakýkoliv zájem na tom, aby preferoval jistý typ služeb, například ústavní péči v ÚSP, kde je opatrovník zaměstnán. (Čadilová, 2007)

K tomuto střetu zájmu může docházet mimo jiné i při určení stupně závislosti a z toho vyplývající výše příspěvku na sociální péči. Míra závislosti se posuzuje na 36 úkonech týkajících se péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Jednotlivým stupňům závislosti (lehká, středně těžká, těžká, úplná) odpovídá i určitý finanční obnos. Systém posuzování soběstačnosti může být pro příjemce demotivující – se zvýšením

² § 27, odst. 2 a 3, hlava III. Občanského zákoníku

soběstačnosti se může dostat do nižšího stupně závislosti a získat nižší příspěvek na péči. V tomto ohledu hrozí možné riziko osobám žijícím v ÚSP ve chvíli, kdy je ÚSP zároveň jejich opatrovníkem. Není zde totiž jiná instance, která by se aktivně zajímala o rozvoj schopností a dovedností uživatele. V krajním případě by tato situace mohla vést k tomu, že opatrovníci raději nebudou nadále zajišťovat vzdělávání a rozvoj dovedností a samostatnosti klientů, protože by se jim tím snížily finanční prostředky na zaplacení sociálních služeb. Tato situace se netýká pouze ÚSP. (Čadilová, 2007)

Koncepce nového zákona o sociálních službách je založena na snaze maximálně podpořit proces začleňování postižených osob do života většinové společnosti. Změna systému má vést k tomu, aby tito lidé přestali žít v ústraní, v nedůstojných podmínkách, ve velkých rezidenčních zařízeních. (Čadilová, 2007)

Ústavních forem péče by mělo ubývat ve prospěch těch neústavních. Sociální péče by se měla přesunout za klientem do jeho prostředí, a nevytvářet umělé prostředí ústavní. Jsou upřednostňovány takové formy péče, k nimž není klient nucen, protože mají evidentně lepší výsledky. Stírá se tak hranice mezi ústavní a ambulantní péčí a vznikají zařízení schopná poskytovat a dávkovat obojí: docházku i pobyt. V sociálních zařízeních pracuje stále více vysokoškolsky vzdělaných profesionálů, kteří jsou odborníky z hlediska problematiky postižení klientů, ale také z hlediska efektivity různých programů a jejich organizování. (Matoušek, 1995)

V současné době je považováno za prokázané, že velké, tradiční instituce klientům neprospívají, proto v některých zemích již existují zákony limitující jednak velikost ústavů, jednak délku pobytu v nich. Ústavy mění svůj zevnějšek i interiér, aby byly pro klienty co nejpřitažlivější. Dřívější rigidní struktura programů se uvolňuje, klienti mají možnost volit mezi různými nabízejícími se možnostmi denní náplně. (Matoušek, 1995)

Institut opatrovnictví je v našem právním systému velmi dlouho, což lze ukázat například na skutečnosti, že v Císařském nařízení č. 207/1916 ř.z. Řád o zbavení svéprávnosti se upravovaly následující oblasti: Opatrovnictví a poručenství.; Osoby fyzické.; Způsobilost k právním úkonům.; Zletilost v občan. právu.; Omezení a zbavení

způsobilosti k právním úkonům v obč. právu.; Způsobilost k právům a povinnostem v obč. právu.; Osoby právnické. Tato právní úprava vstoupila v platnost 28. 6. 1916 a její platnost skončila 1. 8. 1951.³

V demokratických systémech se stalo běžnou skutečností, že odborné i laické nestátní organizace i jednotlivci monitorují stav legislativy v těchto citlivých oblastech a hlavně případné negativní dopady na kvalitu života jednotlivců, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni a nejsou schopni se dostatečně postarat o svá přirozená občanská a lidská práva. Příkladem takovéto iniciativy jsou: „*Centrum advokacie duševně postižených (Mental Disability Advocacy Center, MDAC) je mezinárodní nevládní organizace se sídlem v Budapešti. Podporuje lidská práva dospělých a dětí s mentálním či psychosociálním postižením. Zaměřuje se na oblast Evropy a střední Asie a používá právní nástroje k podpoře rovnosti a sociálního začleňování. Vizi MDAC je svět, v němž si lidé váží emocionálních, duševních nebo v učení spočívajících odlišností ostatních a respektují autonomii a důstojnost každého jednotlivce. MDAC má status přidružené organizace Rady Evropy. Liga lidských práv je nevládní organizace, která pro zlepšení kvality a důstojnosti života prosazuje v české společnosti lidská práva za pomoci výzkumu, vzdělávání, vedení strategických případů právní cestou, předkládání argumentů a řešení. Liga je členem Mezinárodní federace lidských práv (FIDH) založené v roce 1922 v Paříži.*“⁴

Výsledkem spolupráce těchto dvou organizací bylo vypracování rozsáhlého dokumentu s názvem: Opatrovnictví a lidská práva v České republice a podtitulem Analýza právní úpravy a politiky v oblasti opatrovnictví 2007. Tuto iniciativu podpořilo dalších několik organizací:

³ASPI Wolters Klumer. Právní předpis. [on-line]. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz/cgi-bin/freeq/aspi_5?WVCNCO_776>.

⁴ O MDAC [on-line]. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.reforma.opatrovnictvi.cz/o-organizaci-mdac.html>>

QUIP – Společnost pro změnu
Česká asociace pro psychické zdraví
Kolumbus
SELF HELP Ústí nad Labem
SYMPATHEA, celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných
Fokus Praha
DUHA – integrace osob s mentálním postižením
Poradna pro občanství, občanská a lidská práva
Asociace průvodců v problematice rizikového chování
Proutek
Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita
Karlova v Praze
Výbor dobré vůle Nadace Olgy Havlové.

Zpráva předkládá analýzu právní úpravy opatrovnictví v ČR, která je sledována s ohledem na současné dodržování závazných standardů ochrany lidských práv. Tato právní úprava je rozptýlena v řadě různých zákonů a předpisů. Zpráva proto zkoumá, zda tyto různé zákony a předpisy poskytují přiměřené záruky nutné k tomu, aby právní systém zajišťoval plné respektování standardů ochrany lidských práv. (Center, 2007)

Výsledek výzkumu svědčí o tom, že ačkoliv Ústava České republiky stanoví, že lidská práva lidí s duševním postižením jsou respektována v souladu s mezinárodními standardy, řada legislativních pochybení vede k závažným nedostatkům v celém legislativním rámci. Hlavní závěry v této práci odhalují, že Česká republika ve skutečnosti neplní svůj závazek chránit práva lidí bez plné způsobilosti k právním úkonům, a svědčí o tom, že reformy jsou naléhavě nutné. (Center, 2007)

Součástí zprávy není pouze analýza a hodnocení stávajícího stavu, ale také celá řada konkrétních doporučení, jejichž zapracováním do současné legislativy by nepochybně došlo k významnému zlepšení života mnoha tisíc lidí v České republice.

Zároveň by tím právní úprava opatrovnictví splnila základní mezinárodní standardy.

Čtyři základní doporučení jsou:

1. *„Maximalizovat samostatnost. Zajistěte, aby si dospělé osoby zachovaly právo rozhodovat ve všech oblastech života, v nichž jsou funkčně způsobilé.*
2. *Poskytnout alternativy. Vyžaduje užívání co nejméně omezujících alternativ, které podporují samostatnost a chrání dospělou osobu.*
3. *Předcházet zneužívání. Omezte možnost špatného nakládání s osobami bez plné způsobilosti k právním úkonům.*
4. *Zdokonalit postupy. Poskytněte dostatečné záruky práva dospělé osoby účastnit se smysluplným způsobem celého opatrovnického řízení od samého počátku a po celou dobu opatrovnictví.“* (Center, 2007, s. 6–7)

Tato čtyři základní doporučení jsou ve zprávě doplněna několika body, které řeší konkrétní problémy související s doporučeními. Jako příklad lze uvést požadavek, aby opatrovníci hledali pro dospělou osobu nejméně omezující řešení bydlení (součást 2. doporučení). Výsledkem této a několika dalších iniciativ byla mimo jiné novelizace zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve které byla mnohá z těchto doporučení zohledněna.

1.1.2 Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům lze zbavit či ji omezit v těchto případech (§ 10 občanského zákoníku):

1. *„Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.*
2. *Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů, nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.“* (Čadilová, 2007, s. 154)

Zbavení má za následek úplný zánik způsobilosti k právním úkonům. V praxi to znamená, že tato osoba nemá občanský průkaz a veškerý styk s orgány státní správy za ni zprostředkovává opatrovník. Omezení se vztahuje pouze k těm právním úkonům, které jsou konkrétně uvedeny v rozhodnutí soudu. Jedná se o citelný zásah do osobních práv a svobod člověka, je tedy třeba důkladně posoudit všechny relevantní skutečnosti před nezávislým soudem. Současně je třeba si uvědomit, že omezení či zánik způsobilosti k právním úkonům není totožné s omezením či zánikem lidských práv. (Čadilová, 2007)

Ze zprávy MDAC naproti tomu vyplynulo: Stávající model opatrovnictví je stále více kritizován za to, že neposkytuje dostatečnou ochranu spravedlivého procesu při ustanovování a výkonu opatrovnictví a nezajišťuje právo na sebeurčení. Pouze v několika málo jurisdikcích jako např. v Kanadě a Velké Británii došlo k reformě právní úpravy opatrovnictví a objevily se jiné prostředky ochrany a pomoci lidem s duševním postižením, zejména podpůrné rozhodování. Zákonodárci těchto zemí dali najevo, že považují opatrovnictví za poslední východisko, které se má používat až poté, co všechny ostatní, méně omezující prostředky pomoci a ochrany byly vyčerpány. (Benešová, 2007)

1.1.3 Proces omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům

Pro zbavení osoby způsobilosti k právním úkonům a ustanovení opatrovníka existují dva samostatné právní kroky a mluvíme tedy o dvoufázovém řízení. V prvním kroku soud konstatuje, že osoba není zcela nebo částečně způsobilá k právním úkonům. V druhém kroku je ustanoven opatrovník takové osoby.

Návrh na zahájení soudního řízení podává fyzická osoba, zdravotnické zařízení či jiný státní orgán. Součástí návrhu musí být lékařská zpráva o duševním stavu osoby, o jejíž způsobilosti k právním úkonům se jedná. Pokud ani po vyzvání není tato zpráva předložena, soud řízení zastaví. Podání zjevně neoprávněného a bezdůvodného návrhu na zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům je sankcionováno

finančními postihy. Obecná ustanovení obsažená v § 186–191, hlavě V. občanského soudního řádu upravují průběh řízení před soudem. (Čadilová, 2007)

Ze zprávy MDAC vybíráme: Novela občanského soudního řádu č.205/2005 Sb. napravila největší nedostatky v řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Hlavní změny lze shrnout následovně:

1. Časové omezení možnosti předložit opakovaně návrh na vrácení způsobilosti k právním úkonům (pokud soud zamítl předchozí návrh a prohlásil, že žádné zlepšení duševního zdraví dané osoby nelze očekávat) bylo sníženo ze třech na maximálně jeden rok.
2. Význam názoru dotčené osoby na ustanovení opatrovníka byl posílen, osoba je také oprávněna vybrat si svého zástupce pro řízení a pouze pokud tak neučiní, soud ustanoví opatrovníka pro řízení sám.
3. Opatrovník pro řízení soudem ustanovený soudem musí být podle nového zákona advokát.
4. Soud má nyní výslovně stanovenou povinnost poučit dospělou osobu, o jejíž způsobilost k právním úkonům jde, že má právo si vybrat zástupce pro řízení a o dalších procesních právech a povinnostech.
5. Soud již nemá možnost volného uvážení, zda osobu vyslechne, či ne, ale je povinen tak učinit, kdykoliv o to osoba požádá.
6. Maximální doba, po kterou může být osoba držena v nemocnici kvůli vyšetření způsobilosti, byla snížena ze tří měsíců na šest týdnů.
7. Soud již nemá možnost rozhodnout, aniž by nařídil jednání.
8. Soud již nemá možnost volného uvážení, zda dané osobě bude doručeno rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům v případě, kdy takové doručení by na adresáta mohlo pro jeho duševní poruchu působit nepříznivě, nebo jestliže adresát není s to význam pochopit. Rozhodnutí nedoručit rozsudek je nyní podmíněno výslovným konstatováním znalce, že osoba nemá schopnost toto rozhodnutí pochopit. (Benešová, 2007)

Výrazný posun v řešení této problematiky lze ukázat na následující zprávě: Ústavní soud vydal přelomový nález pod spis. Zn. I. US 557/09 týkající se zbavení

způsobilosti k právním úkonům. Dal za pravdu ženě, které soudy odmítly navrátit způsobilost k právním úkonům i přes to, že trpěla jen lehkou mentální poruchou a byla schopná vést plnohodnotný život ve společnosti. Ústavní soud kritizoval zejména formalistické posudky soudních znaleců a neschopnost soudů zvážit všechny důkazy a okolnosti konkrétního případu. Toto rozhodnutí Ústavního soudu může být prvním krokem ke zrušení institutu, který nepřiměřeným způsobem zasahuje do základních ústavních práv člověka.⁵

Ústavní soud ve svém nálezu poukázal zejména na dva důležité principy. Jednak považuje za nutné vždy dobře zvážit, zda je zásah do základních práv člověka z hlediska ochrany jiné důležité hodnoty nevyhnutelný. Podle ústavního soudu *„samotná skutečnost, že osoba trpí duševní poruchou, ještě není důvodem pro omezení její způsobilosti k právním úkonům osoby omezené.“* Druhým principem je nutnost *„zvážit všechny mírnější alternativy, kterými by bylo možno ještě dosáhnout sledovaného cíle v podobě ochrany konkrétně označených konkurujících práv či veřejných zájmů vyvoditelných z ústavního pořádku, přičemž omezení způsobilosti k právním úkonům musí být vždy považováno za prostředek nejkrajnější.“*⁶

Dle autorů zprávy je toto přelomové rozhodnutí v souladu s vlnou reform opatrovnictví ve státech západní Evropy a je také v souladu s čl. 12 Úmluvy o právech osob s postižením, který mění filozofii ochrany osob s postižením při jejich rozhodování a zavádí tzv. podporované rozhodování.

Ze zprávy MDAC vyplývá, že ministerstvo spravedlnosti poskytlo podrobnější údaje ohledně řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům a stanovení

⁵ QUIP [on-line]. 23. 9. 2009. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/ustavni-soud-kritizuje-zbaveni-zpusobilosti-k-pravnim-ukonum.html>>

⁶ QUIP [on-line]. 23. 9. 2009. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/ustavni-soud-kritizuje-zbaveni-zpusobilosti-k-pravnim-ukonum.html>>

opatrovnictví (viz tabulka č. 3). Z této tabulky vyplývá, že většina jednání skončí úplným zbavením způsobilosti k právním úkonům a je jimi ustanoven opatrovník. Čísla vypovídají pouze o rozhodnutích od roku 2002, a je proto nemožné odhadnout skutečný počet osob bez plné způsobilosti k právním úkonům. (Benešová, 2007)

1.2 Mentální postižení

Dle některých psychologů je mentální postižení souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) používá následující definici: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce. Podobný trend lze nalézt v definici, kterou vytvořili sebeobhájci, tedy dospělí lidé s mentálním postižením: Lidé s mentálním postižením jsou ti, kteří mají problém v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. V posledních letech se též užívá pro tuto cílovou skupinu sociálních služeb termín **lidé s postižením**. Termín akcentuje lidskou podstatu postižených a nejmenuje primárně jejich odlišnost. (Matoušek, 2005)

Dle Aktu o diskriminaci postižených z roku 1995 je “postižená osoba” taková osoba, jež má fyzické nebo mentální postižení, které má značný a dlouhodobý nepříznivý efekt na její schopnost provádět každodenní běžné aktivity. (Cull a další, 2001)

Definice MDAC mentálního postižení zní: Toto slovní spojení označuje lidi, kteří mají duševní omezení různého typu a stupně. V některých zemích se místo něj používá termín „porucha učení“. Stejně jako spojení „duševní onemocnění“ však jeho doslovný překlad z různých evropských a středoasijských jazyků do angličtiny může být zastaralý a pejorativní (např. pojmy jako „duševní zaostalost“, „imbecil“, „nenormální chápání“, „idiocie“, „slabomyslnost“ atd.). (Benešová, 2007)

Jako problematický se jeví samotný termín „mentální retardace“. Pojem v překladu znamená duševní opožděnost, a může být chápán i v jiném významu než oligofrenie, tedy trvalé duševní postižení. U některých dětí byly diagnostikovány známky oligofrenie a vlivem změny prostředí tyto děti dosáhly úrovně svých vrstevníků. U těchto osob lze hovořit o pseudooligofrenii, sociální oligofrenii nebo zdánlivé oligofrenii. (Langer, 1996)

Termín mentální retardace je používán u osoby, jež má určitá omezení mentálních funkcí a dovednosti, jako je komunikace, péče o sebe či jiné a sociální dovednosti. Tato omezení způsobí, že se dítě učí a rozvíjí pomaleji než typické dítě. Dítěti s mentální retardací může trvat déle, než se naučí mluvit, chodit a starat se o osobní potřeby, jako je oblékání, nebo jídlo. Velmi pravděpodobné jsou problémy ve škole. Něco se bude postižené dítě učit déle a některé věci se nenaučí nikdy. Jedno z každých deseti dětí, které potřebují speciální vzdělávání, má nějakou formu mentální retardace.⁷

Z údajů MDAC vyplývá, že úřední údaje o počtu lidí s psychosociálním postižením (duševním onemocněním) a mentálním postižením v České republice chybí. Tímto problémem se opakovaně zabývala Rada vlády pro lidská práva. Z jejich zpráv vyplynulo, že tato problematika je na okraji zájmu veřejnosti, zákonodárců i ochránců lidských práv. Rada zároveň doporučila statisticky monitorovat počty osob s duševním onemocněním, kteří žijí v ústavech sociální péče. Tyto údaje jsou potřebné vzhledem k zvláštnímu charakteru těchto zařízení. Umístěním do těchto ústavů je totiž fakticky omezena svoboda osob s mentálním postižením. Podle údajů ministerstva zdravotnictví bylo v roce 2005 nedobrovolně hospitalizováno 4.929 pacientů. Podle odhadů žilo v roce 2004 v domovech sociální péče asi 16.500 osob dlouhodobě. (Benešová, 2007)

⁷ Definition of Mental retardation. *Medical Dictionary definitions of popular medical terms easily defined on MedTerms*. [on-line]. MedicineNet, Inc., 1996 – 2011. [cit.2011-04-12]. Dostupné z: <<http://www.mediterms.com/script/main/art.asp?articlekey=20174>>.

1.2.1 Příčina, prevence a diagnostika

Příčiny mentálního postižení byly zkoumány v minulosti a pozornost je jim věnována i v současné době, přičemž jsou zohledňovány nejrůznější vlivy biologické i sociální. Příčiny mentální retardace nelze jednoznačně určit pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu a kvalitativní i kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu. Z minulých zkoumání je možno připomenout například výzkum hledání vztahů mezi rodovou zátěží a následky u potomků. Ze sociologických faktorů byl zkoumán například vliv hmotné a kulturní úrovně rodiny, vzdělání rodičů, počet dětí v rodinách. Pro značný rozsah nelze podrobněji analyzovat dosavadní výzkumy a názory z nich vyplývající. Kromě autorů zastávajících se převážně vlivů hereditárních, vlivů kolem koncepce, v nitroděložním životě a kolem porodu, se objevují názory nevylučující i vliv sociální. Tato širší variabilita vyplývá z nedostatečných metodologických možností pro poměrně obtížné vydělování faktorů. Je totiž obtížné používat modelu klasického experimentu a exaktně vydělovat jednotlivé podmínky z celé struktury biologických a sociálních podmínek, v nichž se jedinci a jejich rody vyvíjejí. (Langer, 1996)

Další obtíže se objevují v tom, že přes určitý pokrok v genetice v poslední době nelze vystopovat většinu příčin majících svůj původ v chromozomální sféře. Nejsou známy ani faktory, které ovlivňují intelektovou úroveň a její specifické typy z hlediska genetické struktury v zárodečných buňkách, a to jak normálních, tak i patologických jedinců. Lékařská literatura uvádí význam mozkového kmene pro normální mentální vývoj a chování. Dále bylo zjištěno, že vývoj jemných zakončení a rozvětvení dendritů nervových buněk je ovlivňován prostředím. Mozek savců je zranitelný při toxických, metabolických a nutričních poruchách, a to zvláště v prenatalním a časném postnatalním období. (Langer, 1996)

Dalším důležitým faktorem jsou různé fyzikální a chemické zásahy do normálního vývoje organismu, jako jsou různé drogy, alkohol, nikotin, chemikálie a některé léky. Význam zde má i mechanické poškození mozku. Například Göllnitz hovoří o poškozeních před narozením, o porodních poruchách a o poruchách po narození, a to o vlivech rentgenových a radiových paprsků na vajíčko, o chronickém

působení jedů, duševních strádáních a infekčních chorobách matky, avitaminózách, toxoplazmóze, faktoru Rh apod. Kolem porodu dochází podle autora často k porodním traumatům a ke krvácení do mozku, což mívá za následek ranou mozkovou obrnu a intelektové defekty většího stupně. Po narození může dojít vlivem infekčního onemocnění mozku k encefalitidám a meningitidám. (Langer, 1996)

Problematika možné prevence vzniku mentální retardace zasahuje do mnoha vědeckých odvětví, jako je medicína, sociologie, psychologie, školství, kultura a právo. K preventivním opatřením patří informování budoucích rodičů o možných negativních vlivech drog, alkoholu, kouření a léků. Stejně významné jsou i informace o dalších faktorech, jako je věk rodičů. Studium osobnosti slabomyslných může ukázat na celou řadu faktorů naznačujících i preventivní možnosti. (Langer, 1996)

Diagnostika mentálně retardovaných nastupovala v minulosti až po problémech, které se projevily s nástupem dítěte do školy. Předpokládalo se, že s výjimkou velmi těžkých postižení nelze mentální defekt v předškolním věku diagnostikovat. V současné době je možno nechat vyšetřit dítě v pedagogicko-psychologické poradně, případně na oddělení dětské psychiatrie. V současné době existují dvě velké oblasti zabývající se diagnostikovaním dětí a mládeže, a to jednak oblast poradenské a klinické psychologie, případně oddělení dětské psychiatrie, a jednak oblast školská zajišťující diagnostikování a hodnocení přímo učiteli nebo vychovateli, jde-li o internátní formu školského zařízení. (Langer, 1996)

1.2.2 Vztah společnosti k mentálně postiženým

Někteří filozofové se domnívají, že civilizovanost společnosti se pozná podle vztahu majority k jedincům, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni ať už tělesně nebo duševně. V totalitních společnostech byla dlouhodobě problematika mentálně postižených osob řešena jejich umístěním v ústavech někde na venkově, jakoby společnost uklizením těchto jedinců byla na pohled zdravější a „normálnější“. Společnost je ale také rodina postiženého, ve které již nabízené řešení nebylo zdaleka

tak jednoduché. Rodičům byla možnost umístění dítěte v ústavu nabízena hned při narození postiženého dítěte a mnohdy lékaři v podstatě přesvědčovali rodiče, že je to jediné možné řešení. Zhodnotit tedy vztah společnosti k mentálně postiženým před dvaceti a více lety se jeví jako téměř nemožné. Postižení žili v naprosté většině mimo většinovou společnost a s jistou nadsázkou lze tvrdit, že vzájemné vztahy neexistovaly nebo byly velmi omezené. To samozřejmě neplatí o odbornících, tedy lidech, kteří se na péči o postižené podíleli. O změně vztahu odborníků k těmto lidem svědčí způsob referování o těchto osobách v odborné literatuře. Během posledních let se v knihách objevuje mnohem komplexnější pohled na tyto osoby, přestalo se o nich psát jako o pouhých nositelích určité diagnózy a stali se z nich lidé se specifickými problémy a potřebami. Důležitým faktorem je fungování státního aparátu. Co dělají státní instituce pro zlepšení postavení lidí s mentálním postižením? Základní funkcí státu je oblast legislativy, této otázce je věnována samostatná kapitola. Další oblastí je tvorba různých koncepcí, které mají přispět ke zlepšení společenské situace. Jako příklad byl vybrán Národní plán podpory integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009 přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17. 8. 2005 č. 1004 aktualizovaný na základě usnesení vlády ČR ze dne 27. 6. 2007 č. 710. Tento dokument deklaruje snahu ČR odstranit bariéry, které brání v zařazení lidí se zdravotním postižením do všech oblastí života ve společnosti. Národní plán obsahuje kolem stovky opatření, ze kterých bylo vybráno několik bodů, které ilustrují snahu o zlepšení postavení právě osob s mentálním postižením:

Zajímavým úkolem je například požadavek vypracovat analýzu řešící organizační, ekonomické, obsahové, personální a metodické aspekty nového způsobu vzdělávání a postupného rozšiřování vzdělávacích příležitostí dětí dosud osvobozovaných od povinné školní docházky. Vytvářet podmínky pro zvyšování kvality života osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. Mj. formou zřízení „aktivačních center“ ve školách samostatně zřízených pro žáky s mentálním postižením, naplňujících vzdělávací a integrační potřeby těch osob, které nevyužívají služeb sociálních zařízení a nejsou schopny zaměstnání ani v chráněných dílnách. Nadále rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem především optimalizací sítě tříd pro tyto

děti, žáky a studenty, pokračováním v zavádění systémových poradenských služeb pro klienty s autismem ve všech krajích České republiky. Vypracovat analýzu a nově navrhnout formulaci právní úpravy ochrany práv zvláště ohrožených skupin osob se zdravotním postižením (osoby stížené duševní poruchou) a to posílením práv těchto osob v řízeních, které se jich týkají (zejména institut způsobilosti k právním úkonům) a přijetím podrobnější úpravy práv a povinností opatrovníka těchto osob. (Kolektiv, 2005)

1.2.3 Mentálně postižení uprostřed rodiny a komunity

V předchozí kapitole byla zmíněna skutečnost, že v minulosti byla preferována ústavní péče před životem osob s mentálním postižením v jejich rodině. V současné době je snahou všech zúčastněných vytvoření takových podmínek, aby se o postižené mohli starat jejich nejbližší. Předpokládá to širokou podporu ze strany státu, odborné veřejnosti a také mnoha sdružení, která v poslední době za tímto účelem vznikla.

V publikaci o specifické výchově zdravotně postižených dětí autorka nechává promlouvat na téma péče o postižené v rodině samotné rodiče: *„Určitě by nejvíc pomohlo, kdyby za mnou přišel lékař a vysvětlil mi, že to, co se stalo nyní mě, se stává i jiným rodinám, které se s tímto problémem po čase vypořádají a žijí kvalitní život. Dále by mi velice pomohly informace od maminky, která takové dítě má, která už má nějaké zkušenosti, je na té nelehké cestě před námi. ... Určitě by pomohlo, kdyby přišel zkušený psycholog, který má zkušenost s postiženými dětmi, a navázal s maminkou kontakt. ... Člověk si v té situaci, zahlcen katastrofickými prognózami, vůbec nepředstaví, že jsou někteří lidé, kteří by mu mohli pomoci, že zkrátka není sám.“* (Chvátalová, 2001, s. 63)

Ve výpovědích několika rodičů se opakují podobné názory, které ilustrují situaci, že jde o problémy z oblasti lékařské etiky, včasné a dostatečné informovanosti o sociálních podmínkách a možnostech pomoci ze strany státu i občanských sdružení.

Tuto funkci běžně v západních demokraciích naplňují právě různá dobrovolnická sdružení, církevní zařízení, nadace a obecně prospěšné společnosti. (Chvátalová, 2001)

Mezi klasickým ústavem a pobytem v původní rodině leží ještě celá řada alternativ. Autor připomíná jednu z nich, a to svépomocné skupiny. Jsou to skupiny lidí, kteří se navzájem sami vyhledali na základě sdílené potřeby nebo stejného typu problému. Informační centra zřizovaná v poslední době ve velkých městech mohou nabídnout zájemci s jasně definovanou potřebou až desítky svépomocných skupin, na jejichž činnosti by mohl participovat, a všechny jsou dobře dosažitelné z místa, kde zájemce žije. Svépomocným skupinám je společný étos neoficiálnosti, dobrovolnosti, solidarity a nehierarchických vztahů. Profesionálové na jejich činnosti neparticipují vůbec, nebo jen velmi omezeně, jako přizvaní hosté. Někteří sociologové vidí v těchto skupinách jednu z mála nadějných tendencí nové doby. Rozmach tohoto hnutí je interpretován jako reakce na slábnutí role primárních skupin a také jako kompenzace všude pronikajícího vlivu moderního státu a neosobních byrokratických organizací. Nedůvěřivost členů svépomocných skupin vůči profesionálům byla větší v době, kdy hnutí vzniklo, než dnes. Zejména skupiny zaměřené na pomoc lidem zdravotně nebo jinak hendikepovaným docházejí v současnosti k závěru, že spolupráce s profesionály může členům skupiny prospět. Laici a profesionálové začínají ve svépomocných skupinách uzavírat rozmanité druhy spojení. (Matoušek, 1995)

Další alternativou může být komunitní podpora. Vytváření komunit, v nichž žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení, představuje alternativu k ostatním službám v oblasti bydlení. Cílem je vytvořit domov pro lidi s mentálním postižením a společné bydlení s lidmi bez postižení nahrazuje pomoc asistentů. V komunitě je práce rozdělena podle schopností jejich členů. Rozvoj lidí s postižením zde probíhá prostřednictvím běžných činností buď spontánně, nebo podle individuálního plánu. Pokud je součástí komunity i chráněná dílna, jedná se o relativně uzavřené společenství s jistou mírou nezávislosti. (Matoušek, 2005)

1.2.4 Integrace osob s mentálním postižením

Obecné principy a cíle práce s postiženými směřují k maximální integraci lidí s mentálním postižením do společnosti. Vše směřuje k tomu, aby lidé s mentálním postižením mohli využívat běžné zdroje, tedy instituce, jež poskytují služby veřejnosti. Předpokladem je maximální míra samostatnosti klientů a podpora ze strany sociálních služeb by měla být poskytována skutečně jen v záležitostech, které klient nezvládá. Služby by měly být poskytovány podle standardizované metodiky posuzování postižení, která nemůže spočívat jen ve stanovení míry rozumových schopností, ale musí mapovat adaptační schopnosti a dovednosti posuzovaného člověka. Ideálně by takové hodnocení měla dělat jiná organizace než ta, která klientovi poskytuje péči. (Matoušek, 2005)

Předpokladem integrace mentálně postižených je v první řadě přítomnost těchto lidí v běžném prostředí. Dalším krokem v tomto směru je možnost rozvíjení schopností a dovedností těchto lidí tak, aby se mohli zapojit do fungování společnosti. Stejně důležitým krokem k integraci je i osvětové působení na většinovou společnost, informování o možnostech těchto lidí, o tom, v čem potřebují pomoci a co mohou zvládnout sami. Cílem osvěty je změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat. (Matoušek, 2005)

Cílem práce s postiženými je i směřování k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby stále více pro sebe dělal sám klient. Každý člověk se může v něčem zlepšovat a následně zvládat některé činnosti sám. Zároveň má právo dát najevo, že už se zlepšovat nechce. Důležitým kritériem je vzdělatelnost. Všichni mají schopnost se vzdělávat a rozvíjet se. Otázkou není, kdo se může vzdělávat, ale jakým způsobem je to možné. Při sociální práci s dětmi s mentálním postižením se klade důraz na rozvoj dovedností, které jim umožní vzdělávat se v běžné škole nebo škole se speciálním vzdělávacím programem. (Matoušek, 2005)

1.3 Etika

Etika patří mezi základní pojmy, kterými se zabývá obecná filozofie od Sokrata po postmoderní filozofy. Pro vymezení pojmu jsem vybrala definici Koháka z jeho publikovaných přednášek, které odezněly na Filozofické fakultě v akademickém roce 2003–2004. V obecném chápání pojem *etika* ztotožňujeme s pojmem *morálka* a jedná se o soubor zvyklostí a pravidel, podle kterých je v té které společnosti vhodné jednat. Etické jednání je takové, které je za každých okolností chápáno jako dobré. Pokud se budeme chtít zabývat etikou hlouběji a dojít i ke konkrétním řešením etických problémů pro určité skupiny lidí a profese, nabízí nám Erazim Kohák následující určení: „*Etika je hledání zásad dlouhodobě udržitelného soužití člověka s člověkem a lidstva se světem všeho života.*“ (Kohák, 2004, s. 14)

Takto chápaná etika dovoluje všem zúčastněným aktivní podíl na vytváření etických pravidel. Nejde tu už o pouhá pravidla, po jejichž původu se není třeba pít, protože jsou považována za samozřejmá a vychází ze zvyklostí dané společnosti. Příkladem jsou dále zmíněné etické kodexy určitých profesních skupin. Tyto dokumenty vznikly na základě široké diskuze odborníků i laiků, kteří jsou na dané problematice zainteresováni. Bylo třeba mnoho vědecké práce z různých oblastí, aby se nakonec došlo ke shodě, že právě ta která pravidla chování jsou etická, tedy správná a dobrá.

Z publikace *Etika pro pomáhající profese* byla vybrána následující definice etiky: „*Etika je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné zásady, na nichž morálka jako předmět etiky stojí.*“ (Jankovský, 2003, s. 22) Jinými slovy řečeno, etika je teorií morálky.

1.3.1 Pojmy v etice

Morálka je praktické uplatnění etiky. Jde o soubor pravidel a norem, které určují správnost chování a jednání členů určitého společenství. Morálka je definované přesvědčení o tom, co je správné, dobré a společensky přijatelné. Autorka konstatuje, že svou morálku má každý obor lidské činnosti, tedy i ošetrovatelství. Pokud bychom se na etická učení dívali jako na nauky o povinnostech, má každý obor vymezen okruh povinností. V ošetrovatelství jde navíc o rozhodnutí, co je pro pacienta prospěšnější. Morálka v ošetrovatelství zahrnuje vše, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému. Na rozdíl od mnoha jiných profesí, jejichž činnost nemá výrazný morální dopad, u těch ošetrovatelských mají určitý morální dopad téměř všechny jejich úkony. (Kutnohorská, 2007)

Morální problém vzniká ve chvíli, kdy se nabízí několik řešení a z hlediska zvyklostí není jasné, které řešení je morální, tedy správné. V této chvíli je nutno podotknout, že řešení je zpravidla v rukou jednoho či více lidí a je tedy velmi závislé na subjektivní mravnosti toho, kdo řešení vybírá. Různé etické kodexy by v těchto chvílích měly sloužit jako pomůcka při odpovědném rozhodování. (Kutnohorská, 2007)

Morální dilema vzniká ve chvíli, kdy se nabízí alespoň dvě alternativy řešení a žádná z nich nenabízí optimální a eticky nesporná řešení. Autorka soudí, že k morálním dilematům vedou konflikty a rozpory jako důsledek nutnosti rozhodovat i v situacích s nepředvídatelnými následky. (Kutnohorská, 2007)

Konsekvencialismus je etická teorie založená na předpokladu, že jednání a rozhodování je etické nebo mravní, pokud jeho výsledkem je více výhod než nevýhod nebo taková, která povedou k většímu dobru pro co největší počet lidí. Základem této metody je tedy přihlížení k následkům jednání, k jeho užitečnosti. (Munzarová, 2005)

Tím jsme se dostali k **utilitarismu**, tedy k etické teorii, která považuje za dobré to, co je užitečné. Dnešní představa, že prospěšnost utilitaristů znamená egoisticky osobní a k tomu krátkodobý prospěch, nebo dokonce vulgární chamtivost pod heslem „maximalizace zisku“, je hrubým zkreslením původního idealismu

utilitaristů. Tato teorie byla velmi blízká Masarykovu pojetí „humanismu“ a cituje utilitaristickou zásadu největšího štěstí čili *greatest happiness principle*: „*Jednej tak, aby z tvého jednání vzešlo co nejvíce dobra a co nejméně utrpení pro co největší počet lidí.*“ (Kohák, 2004, s. 136)

Deontologismus odpovídá na otázku správnosti počínání tím, že specifikuje závazky a mravní povinnosti. Autor o deontologismu hovoří jako o formalismu v etice a připomíná, že ať již mluvíme o náboženské etice nebo Kantově osvícenské etice, vždy předpokládáme, že k morálnímu chování nás zavazuje naše *lidství*. Jde o etiku, která vychází z předpokladu, že morální zásady jsou jasné a platí a priori, pro každou situaci a zcela absolutně. Deontologismus předpokládá existenci morálního zákona, ať už ho najdeme v podobě křesťanského desatera nebo Kantova kategorického imperativu. (Kohák, 2004)

V publikaci Zdravotnická etika od A do Z autorka připomíná **etiku práv** jako teorii, dle které se nejprve stanoví práva a morální nároky jednotlivců včetně hierarchie těchto práv. Morální jednání je následně takové, které tato práva respektují. Nevýhodou této teorie je skutečnost, že nenabízí řešení v případech, kdy vzniknou konflikty mezi právy jednotlivců či skupin. (Munzarová, 2005)

U stejné autorky najdeme zmínku i o další etické teorii, tedy o **intuicionismu**. Řešení etických dilemat spočívá v přirozené schopnosti jednotlivce vnímat, co je dobré a správné. Problematické se zdá přesvědčení ostatních, že právě toto řešení je správné. (Munzarová, 2005)

1.3.2 Etické problémy pomáhajících profesí

Pomáhající profesí rozumíme taková povolání, při kterých dochází k bezprostřednímu kontaktu s lidmi, kteří potřebují nějakou péči nebo pomoc. Nejčastěji se jedná o povolání z oblasti zdravotnictví a sociálních služeb. Příkladem konkrétních profesí jsou lékaři, zdravotní sestry, učitelé, sociální pracovníci či terapeuti. Ze samotné povahy

práce u těchto profesí vyplývá, že pracovníci v pomáhajících profesích musí během výkonu svého povolání řešit mnoho etických problémů. (Jankovský, 2003)

Základní etické problémy v sociální práci se týkají toho, kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, kolik pomoci a péče poskytnout, aby sloužily k rozvoji osobnosti klienta, podstatná je i volba nejvhodnější formy sociálních služeb. Z hlediska etiky mohou nastat situace, kdy dojde k některému z následujících konfliktů. Zájem samotného sociálního pracovníka je jiný než zájem klienta, klient má konflikt s jiným občanem, klienti jsou v konfliktní situaci s ostatní společností a v neposlední řadě může mít sociální pracovník konflikt se svým zaměstnavatelem.

Etika v pomáhajících profesích spadá mezi tzv. profesní etiky. Tento pojem se používá pro oborovou nebo stavovskou etiku, tedy etiku uplatňující se v určitých profesních oborech. Stanovuje pravidla a principy, kterými by se pracovníci měli řídit při výkonu svého povolání. Kodifikací neboli sepsáním etických norem pro určité profese vzniká kodex, který se tak stává závazným pro všechny zúčastněné. Jde o stanovení norem, které mají za úkol udržovat stanovené standardy v rámci dané profese. Sociologové mají pro tento proces termín *vznik profesionální ideologie*. (Kopecká, 2008)

Příkladem etického kodexu může být kodex ICN (Mezinárodní rada sester) přijatý v roce 1973 nebo etický kodex IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků). Oba tyto dokumenty byly přijaty i v České republice a na jejich základě vznikly podobné profesní kodexy. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky i kodex zdravotních sester jsou v plném znění součástí příloh této práce. V zásadě mají tyto dokumenty následující strukturu:

1. Etické zásady
2. Pravidla etického chování – ve vztahu ke klientovi, zaměstnavateli, kolegům, ke svému povolání, ke společnosti.

3. Vymezení eticky problémových okruhů a postupy při řešení etických problémů.⁸

Z hlediska specifikace etického přístupu k mentálně postiženým osobám platí podobná pravidla přístupu k těmto lidem, která jsou vyjmenována v kapitole o komunikaci s touto skupinou klientů. Pro všechny zúčastněné je zároveň závazná Deklarace práv duševně postižených lidí – rezoluce schválená valným shromážděním OSN v roce 1971. Jde tedy o již zmiňovanou etiku práv, tedy etiku, která vychází z deklarovaných práv mentálně postižených. Znění celé deklarace je součástí příloh této práce. Pro ilustraci byl na tomto místě vybrán bod 2.: *„Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.“* (Fišerová, 2003, s. 56)

1.4 Autonomie, heteronomie a koncept salutogeneze

Autonomie je definována jako schopnost vést život podle vlastních pravidel a jedná se o jeden z důležitých cílů ve vztahu mezi pracovníky v pomáhajících profesích a jejich klienty. Opakem autonomie je **heteronomie**, kterou lze popsat jako stav, kdy je člověk kontrolován a řízen a má minimální možnost rozhodovat o svém životě. Je zároveň třeba rozlišovat mezi autonomií a nezávislostí. I člověk, který je z důvodu jakéhokoliv hendikepu závislý na pomoci blízkých lidí nebo odborníků, může být autonomní, protože rozhoduje o zásadních otázkách své existence i o způsobu, jak bude přijímat potřebnou pomoc. Heteronomní závislý člověk naproti tomu potřebuje nejen pomoc při realizaci svých potřeb, ale zároveň i pomoc při důležitých životních rozhodnutích. Hranice mezi nezávislostí a závislostí je velmi často nezřetelná. (Nečasová, 2004)

Autorka článku dále srovnává přístup klasické medicíny a koncept **salutogeneze** ve vztahu k pacientům s duševním omezením. Klasická medicína

⁸ Česká asociace sester. *Tiskoviny*. [on-line]. CAS, 2008. [cit.2011-04-12]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>.

diagnostikuje postižení a cílem péče je správné ošetřování a zajištění bezpečí osob. Oproti tomu koncept salutogeneze vychází z porozumění situace a směřuje k objevování faktorů, které stimulují pozitivní prvky. Východiskem je fakt, že každý člověk má jistý potenciál, na kterém lze stavět při rozvíjení jeho schopností směřujících k autonomii. Postižený člověk je vnímán jako bytost se stejnými potřebami jako má zdravý jedinec, jen má omezené schopnosti je uspokojovat. Pro pečující z tohoto konceptu vyplývá, že jejich úkolem není pouze zajištění potřeb klienta. Jejich práce se stává mnohem tvořivější a smysluplnější, zároveň tento přístup vyžaduje mnoho empatie, speciálních dovedností a individuální přístup ke každému klientovi. (Nečasová, 2004)

Problematikou autonomie se zabývají i státní instituce podílející se na tvorbě konceptu sociální politiky. V Bílé knize o sociálních službách je zmíněna autonomie jako základní princip sociální práce. Služby by měly podporovat nezávislost, respektovat rozdíly a respektovat lidi jako jednotlivce, směřovat k zajištění jejich důstojnosti, individuality, práv a odpovědnosti. Pro ilustraci je zde uváděn příklad mentálně postiženého klienta, který několik let žil v Domově pro lidi s mentálním postižením zdánlivě spokojeným životem. Při příchodu nového vedení domova projevil přání samostatného života v bytě, kde žil původně s matkou. Za pomoci asistenta se tento klient naučil uspokojovat všechny své životní potřeby a získal svou autonomii.⁹

1.5 Komunikace s osobami s mentálním postižením

Slovníkový pojem „komunikace“ je objasňován jako spojení, přenos, sdělování, veřejná doprava, dopravní cesta. Původ tohoto slova můžeme najít v latinském výrazu „communicare“, což znamenalo sdílet, radit se a jde o slovo odvozené od výrazu „communis“, tedy společný.

⁹ MPSV. *Bílá kniha*. [on-line]. 2010 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.

Pro tuto práci bude relevantní význam slova komunikace jako sdělování, tedy přenos informací mezi dvěma a více subjekty. V literatuře se používá termín lidská komunikace, aby se oddělila velká oblast technické komunikace. Pro lepší pochopení struktury a fungování lidské komunikace bylo vytvořeno mnoho modelů, ze kterých je zřejmá nejen struktura, ale i možné problémy. Vybraný model je jeden z prvních a byl vytvořen v roce 1949, jeho autory jsou Claude Shannon a Warren Weaver, inženýři pracující pro Bell Telephone Labs ve Spojených státech. Původní model měl jen pět lineárních prvků, prvek označující šum byl přidán dodatečně. Podrobnější vysvětlení tohoto komunikačního modelu (viz příloha č. 4).¹⁰

Autorka v úvodu ke své publikaci *Praktická komunikace v medicíně* soudí, že se v současné době pojmu komunikace nadužívá. Pro většinu z nás by asi bylo skutečně mnohem přijatelnější, kdybychom se vrátili k používání slovních spojení, která jsou méně obecná a kromě samotného faktu, že jde o přenos informací, sdělují i něco o tom, kdo a jak komunikuje. Přesto bychom mnohem častěji spolu mohli mluvit, bavit se, vyprávět si, rozmlouvat, diskutovat, besedovat a sdělovat si zážitky, místo komunikování. Autorka v tomto směru navrhuje používat pojem komunikace v širším slova smyslu, tedy nejen v rovině verbální. (Linhartová, 2007)

Autoři v publikaci *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče* nabízí rozdělení různých druhů komunikace:

1. Podle formy – komunikace činy (svým konáním sdělujeme), komunikace neverbální (sdělení prostřednictvím postojů, mimiky, vzhledu apod.) a komunikace verbální (používáme mluveného jazyka).
2. Podle záměru – záměrná a nezáměrná komunikace.
3. Podle účasti vědomí – vědomá a nevědomá (často něco sdělujeme, aniž bychom si toho byli vědomi).
4. Podle způsobu projevu – kognitivní (racionální) a afektivní komunikace.

¹⁰ Chandler, Daniel. *The Transmission Model of Communication* [on-line]. 8.7.2008 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.aber.ac.uk/media/Documents/short/trans.html>>.

5. Podle přístupu – pozitivní a negativní komunikace.
6. Podle shody obsahu – shodná (konzistentní) a neshodná komunikace.
7. Podle charakteru vztahů – asertivní, agresivní a pasivní komunikace.
8. Podle počtu komunikujících – interpersonální, skupinová, masová a mezikulturní komunikace.
9. Podle způsobu – jednosměrná, dvousměrná komunikace.

Poněkud podrobněji se zastavíme u 10. druhu podle sociálních vazeb:

- *dyadická intimní komunikace*: mezi dvěma lidmi, kteří jsou vůči sobě upřímní a otevření
- *dyadická, jednostranně řízená komunikace*: mezi dvěma lidmi, kdy jeden z nich respektuje podřízenost vůči druhému
- *komplementární komunikace*: je to reciproční komunikace z pozice doplňujících rolí (například lékař – pacient)
- *metakomunikace*: komunikace o komunikaci (hodnocení nějaké komunikace nebo její interpretace)
- *tváří v tvář*: dva subjekty komunikují a hledí si rovnocenně do tváře
- *postranní komunikace*: běžně o ní hovoříme jako o pomlouvání
- *zprostředkovaná komunikace*: sdělení je zprostředkováno někým nebo něčím, nejběžnějším příkladem jsou prostředky masové komunikace, televize, rádio, tisk. (Havlík, 2004)

1.5.1 Komunikace v pomáhajících profesích

V publikaci Komunikace pro zdravotní sestry se uvádí, že komunikační schopnosti jsou předpokladem úspěšného uplatnění ve všech pomáhajících profesích. Slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem či klientem a dlouho se víceméně předpokládalo, že jde o schopnost, kterou je jedinec více či méně nadán. V poslední době v této oblasti převládá názor, že jde o dovednost, kterou je možno rozvíjet prostřednictvím odborně vedeného tréninku. (Venglářová, 2006)

Z hlediska praktického uplatnění je zajímavá technika nedirektivního rozhovoru. Tento způsob vedení rozhovoru vychází ze zásad na klienta zaměřené psychoterapie. Základním principem je nedirektivita, což znamená, že zdravotník podporuje k rozhovoru klienta, nabízí svou přítomnost, neprojevuje svou převahu, nenabízí řešení a neprosazuje své názory. Dalším předpokladem úspěšného nedirektivního rozhovoru je empatie, tedy vcítění se do pocitů a situace pacienta či klienta. Autorky v této souvislosti připomínají, že míra empatie by měla být přiměřená situaci a vždy by měl být zároveň zachován profesionální odstup. Jako poslední je zmíněna emoční blízkost. Jde postoj, který vyjadřuje zájem o celkovou situaci a osobnost klienta či pacienta. (Venglářová, 2006)

1.5.2 Specifika komunikace s mentálně postiženými

Specifika komunikace s mentálně postiženými spočívá v respektování faktu, že takový člověk prochází odlišným psychosociálním vývojem. Na úrovni projevu lze sledovat biologickou determinaci vývoje, tedy stupeň postižení, poškození smyslů a vývoj motoriky. Současně je třeba vzít v úvahu, jakými sociálními prostředními klient prošel, bude z toho vycházet i úroveň sociálních dovedností. Venglářová uvádí několik zásad komunikace s těmito klienty:

1. K postiženému přistupujeme jako k jiným pacientům s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám.
2. Zachováváme pravidla společenského chování a současně odhadneme úroveň postižení i schopnost porozumění.
3. Hovoříme přímo s klientem, případné dotazy na doprovod si necháme na závěr rozhovoru.
4. Přizpůsobíme způsob komunikace mentální úrovni klienta.
5. Sledujeme neverbální projevy.
6. Základem je trpělivost a tolerance.
7. K dospělému se chováme partnersky, ne jako k dítěti.

8. Volíme krátké a jasné věty a stále si ověřujeme porozumění ze strany klienta.
9. Volíme pomalejší tempo řeči. (Venglářová, 2006)

Autor publikace, věnující se metodám v poradenské práci vyjmenovává stejné zásady vedení smysluplného rozhovoru jako Martina Venglářová a dodává následující fakta. Většina klientů s poruchou intelektu má narušeno abstraktní myšlení a jisté analyticko-syntetické funkce, naproti tomu mechanická paměť může být v pořádku. Rozhodování může být impulzivní, zkratkovité, rovněž kolísání emočního ladění, nálady, je běžné. (Novosad, 2006)

Autorka publikace Psychopatologie pro pomáhající profese charakterizuje komunikaci mezi zdravým jedincem a osobou s mentálním postižením tím, že v této komunikaci je obsaženo méně empatie, je schematičtější, protektivnější a obvykle trvá kratší dobu. (Vágnerová, 2002)

1.6 Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku

Domov pro osoby se zdravotním postižením vznikl v roce 1955, kdy bylo rozhodnuto, že objekty zámku a bývalého velkostatku budou využity jako chlapecký zaopatřovací ústav České katolické charity se sídlem v Českých Budějovicích. Po celkové adaptaci zde našlo domov prvních deset svěřenců a o dva roky později už jich zde bydlelo sto. V té době o klienty pečovaly řádové sestry, které postupně doplnili civilní zaměstnanci. Od roku 1989 už je ústav provozován bez účasti řádových sester. V současné době je provozovatelem Jihočeský kraj.¹¹

V letech 1999–2002 byl celý areál kompletně zrekonstruován a byly vybudovány nové objekty, které daly vzniknout skutečně modernímu komplexu, jenž

¹¹ DOZP. *Z historie DOZP Osek* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dosp-osek/sekce/index.php?id=65&kde=2>>.

nabízí svým klientům sociální služby odpovídající nejvyšším evropským standardům. Celková kapacita domova je sto padesát lůžek a mimo to nabízí i ambulantní služby. Pokoje jsou vybaveny sociálním zařízením a běžným nábytkem včetně kvalitní polohovatelné postele tak, aby spolu s doplňky, o nichž rozhodují klienti, vytvářely příjemné prostředí domova. Kromě osobních pokojů je v domově mnoho místností pro společné setkávání, rehabilitaci, vzdělávání a pracovní terapeutické či volnočasové aktivity.¹²

1.6.1 Cíle domova pro osoby se zdravotním postižením v Oseku

Domov pro osoby se zdravotním postižením byl zřízen pro poskytování služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, zejména mentálního případně kombinovaného postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.¹³

Výchovnou část domova tvoří šest oddělení po 15 klientech na jedno či dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Pečují o ně vychovatelé a pracovníci sociální péče. Jednotlivá oddělení tvoří samostatné komunity, a proto jsou zde místnosti pro společný čas uživatelů. Zdravotní úsek je rozdělen na 4 oddělení po 15 užívatelích ubytovaných na třech nebo čtyřlůžkových pokojích. Péči zajišťují zdravotní sestry a pracovníci sociální péče, kteří mají na každém oddělení sesternu.¹⁴

¹²DOZP. *Z historie DOZP Osek* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dosp-osek/sekce/index.php?id=65&kde=2>>.

¹³ DOZP. *Z historie DOZP Osek* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dosp-osek/sekce/index.php?id=65&kde=2>>.

¹⁴ DOZP. *Z historie DOZP Osek* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dosp-osek/sekce/index.php?id=65&kde=2>>.

Organizace byla zřízena za účelem poskytování pobytových a sociálních služeb dospělým osobám, které jsou posouzeny jako plně invalidní. Hlavním cílem všech pracovníků domova i jeho vedení je zajištění důstojného a kvalitního života pro všechny klienty. Poskytované fakultativní služby stanoví organizace vnitřním předpisem včetně stanovení výše úhrady za jejich poskytování.¹⁵

Poskytuje stravování uživatelům služeb, zaměstnancům, osobám, které dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, osobám se zdravotním postižením, studentům praktikantům, dobrovolníkům a krátkodobě i jiným zájemcům. Provádí nahodilý prodej drobných výrobků zhotovených v rámci aktivizačních činností uživatelů. Pronajímá bytové a nebytové prostory a plochy včetně poskytování základních služeb s pronájmem spojených. Služby poskytované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, které jsou předmětem hlavní činnosti krajem zřizované organizace, jsou službami obecného hospodářského významu. Poskytováním těchto služeb nedochází k narušování pravidel hospodářské soutěže, jejich financování ze státních prostředků tudíž není posuzováno v rámci veřejné podpory.¹⁶

1.6.2 Služby poskytované v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku

Kromě pobytových služeb poskytuje domov pro své klienty celodenní stravování a širokou škálu lékařských a vzdělávacích služeb. Pravidelně v domově ordinují praktická lékařka, odborný lékař psychiatr, neurolog a stomatolog. Kromě toho je další lékařská péče zajištěna na příslušných regionálních odborných pracovištích nemocnic.

¹⁵ DOZP. *Zřizovací listina* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <http://www.dozp-osek/upload/zr_list_DOZP_Osek.doc>.

¹⁶ DOZP. *Zřizovací listina* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <http://www.dozp-osek/upload/zr_list_DOZP_Osek.doc>.

Pro tyto klienty je zajištěna špičková rehabilitace. Klienti mohou využívat podvodní masáže, vířivé, perličkové i uhličité koupele. Cvičením v rehabilitačním bazénu (posuvné dno, které umožňuje libovolně nastavit hloubku vody) lze dosáhnout postupného zlepšování funkce pohybového aparátu. Za pomoci lymfovenu lze zmírňovat otoky dolních končetin, magnetoterapie a ultrazvuková léčba slouží ke zlepšování zdravotního stavu uživatelů po úrazech. Inhalacemi dochází ke zkvalitnění dýchání při astmatu a po virózách. Součástí rehabilitace jsou klasické, relaxační a baňkové masáže i laserterapii. Klienti mohou využívat i posilovnu, kde jsou jim k dispozici různé druhy posilovacích strojů, balanční plošina, ortopedy a ribstole. Imobilní uživatelé plně využívají dva motomechy (motorem podporovaný léčebný pohybový přístroj) k procvičování méně pohyblivých horních i dolních končetin.¹⁷

Součástí vzdělávání i rehabilitace a léčení je arteterapie zahrnující širokou škálu léčebných postupů, které pomáhají řešit psychické problémy pomocí umění, fantazie, naší představivosti. Nedílnou součástí služeb domova jsou vzdělávací činnosti, kde jsou kromě celkových ročních plánů vypracovány i individuální vzdělávací a výchovné plány pro každého jednotlivého klienta. Výchovná a vzdělávací práce s uživateli služeb zahrnuje sedm základních oblastí. Je to rozumová výchova, řečová výchova, smyslová výchova, pracovní výchova, tělesná výchova, výtvarná výchova a hudební výchova.¹⁸

Velmi oblíbenou terapií je mezi klienty hypoterapie. Zaměstnanci domova jsou i ošetřovatelky koní, které hypoterapii zajišťují a zároveň se starají o koně a stáje.¹⁹

¹⁷ DOZP. *Poskytované služby* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dozp-osek/poskytovane-sluzby-cenik/>>.

¹⁸ DOZP. *Poskytované služby* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dozp-osek/poskytovane-sluzby-cenik/>>.

¹⁹ DOZP. *Poskytované služby* [on-line]. DOZP, 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dozp-osek/poskytovane-sluzby-cenik/>>.

2 Cíl práce

Cílem práce bylo nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku (dále jen HVO):

„S jakými etickými problémy se setkává personál a opatrovníci klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením v Oseku?“

Byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které povedou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky (dále jen DVO):

DVO 1: „Jak jsou vnímány právní úpravy ve vztazích mezi osobami s omezenou způsobilostí a osobami, jež o ně pečují?“

DVO 2: „Je nutné zohledňovat v péči o klienty morální a etické aspekty?“

DVO 3: „Jaké jsou zásadní rozdíly mezi komunikací dvou zdravých subjektů a komunikací opatrovníka (pracovníka DOZP Osek) s osobou s mentálním postižením?“

DVO 4: „Jak je vnímán problém autonomie klienta, a je prospěšný koncept, který vede k větší samostatnosti a soběstačnosti klienta?“

DVO odpovídají svou koncepcí obsahu teoretické části práce. Z tohoto hlediska by se daly rozdělit do následujících okruhů:

- a) Otázky týkající se legislativy.
- b) Otázky z oblasti etiky.
- c) Otázky týkající se problematiky komunikace.
- d) Otázky vztahující se k problematice autonomie.

2.1 Operacionalizace otázek

Pro konkrétní výzkum byla použita operacionalizace hlavní výzkumné otázky. Operacionalizovaná definice představuje množinu procedur, jež popisují aktivity požadované k tomu, abychom empiricky došli k realizaci toho, co definice popisuje. (Hendl, 2005)

Tabulka 1 Operacionalizace otázek – legislativa

DVO	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
Jak jsou vnímány právní úpravy ve vztazích mezi osobami s omezenou způsobilostí a osobami, jež o ně pečují?	Pomohly právní úpravy vzniklé v posledních letech zkvalitnit život osobám s mentálním postižením?	Jaký máte názor na právní úpravy z posledních 10 let? Pocítil jste nějaký rozdíl?
	Jaké jsou zkušenosti s účastí na soudním řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům?	Pokud jste byl účastníkem soudního řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům, kdo podával návrh na zahájení řízení?
	Jaké jsou zkušenosti s právní úpravou, jež zakazuje opatrovnictví zaměstnance ústavu z důvodu možného konfliktu zájmu?	Souhlasíte s legislativním opatřením, jež zakazuje opatrovnictví zaměstnance ústavu? Setkal jste se někdy v minulosti s konkrétním případem konfliktu zájmu?

Tabulka 2 Operacionalizace otázek – etika

DVO	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
Je nutné zohledňovat v péči o klienty morální a etické aspekty?	Jaká je informovanost o etických pravidlech týkajících se péče o postižené?	Znáte nějaká etická pravidla důležitá pro vzájemný vztah pečujících osob k jejich klientům?
	Došlo v posledních 10 letech ke změně vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením?	Vnímáte v posledních 10 letech změnu vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením?
	Existují ve většinové společnosti stále předsudky vůči osobám s mentálním postižením?	Setkal jste se v souvislosti s péčí o klienta(y) s nějakými předsudky ze strany lidí z většinové společnosti?

Tabulka 3 Operacionalizace otázek – komunikace

DVO	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
Jaké jsou zásadní rozdíly mezi komunikací dvou zdravých subjektů a komunikací opatrovníka (pracovníka DOZP Osek) s osobou s mentálním postižením?	Jaká je charakteristika komunikace s osobou s mentálním postižením?	Co považujete za zásadní rozdíl při komunikaci s klienty oproti běžné komunikaci?
	Jak častá a o čem je komunikace ?	Jak často a z jakých důvodů komunikujete s klienty?
	Kdo určuje téma a způsob komunikace?	Určujete téma komunikace vy, nebo klient?
	Může klient iniciovat potřebnou komunikaci?	Může klient iniciovat potřebnou komunikaci?
	Jak probíhá komunikace klientů mimo ústav?	Zajišťujete komunikaci klientů mimo ústav?

Tabulka 4 Operacionalizace otázek – autonomie

DVO	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
<p>Jak je vnímán problém autonomie klienta, a je prospěšný koncept, který vede k větší samostatnosti a soběstačnosti klienta?</p>	<p>Co je zásadní pro autonomii klientů?</p>	<p>Co považujete z hlediska samostatnosti klientů za zásadní?</p>
	<p>Jaké jsou možnosti opuštění areálu ústavu?</p>	<p>Mají klienti možnost samostatných vycházek mimo areál ústavu?</p>
	<p>Rozhodují klienti o místě, kde žijí?</p>	<p>Mohou klienti rozhodovat o svém spolubydlícím a o zařízení či výzdobě pokoje?</p>
	<p>Jaké jsou možnosti klientů plánovat svůj čas?</p>	<p>Podílejí se klienti na plánování a organizaci svého času?</p>
	<p>Jak se hospodaří s finančními prostředky klienta?</p>	<p>Kdo hospodaří s finančními prostředky klienta? Disponují klienti samostatně nějakou částkou?</p>
	<p>Je dostatečně zajištěn kontakt klientů s jejich blízkými a většinovou společností?</p>	<p>Jak je zajištěn kontakt klientů s jejich blízkými a většinovou společností?</p>

3 Metodika

Pro výzkum v této práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tento termín se užívá pro jakýkoliv výzkum, k jehož výsledkům se nedošlo použitím statistických metod. Data se deduktivně analyzují a interpretují. (Hendl, 2005)

Jeho úkolem je doplnit kvantitativní výzkum o nepředpokládané nebo neznámé faktory, které sociální a sociálně psychické jevy ovlivňují nebo s nimi souvisejí. (Surynek, 2001)

Kvalitativní výzkum byl vybrán proto, že jeho hlavní charakteristiky odpovídají záměru a cílům práce. V práci jsem se zaměřila na problematiku etických aspektů péče o mentálně postižené a výsledkem výzkumu by měl být axiologický pohled na život postižených a těch, kdo o ně pečují. V rámci výzkumu by měla být zodpovězena otázka o roli osobních hodnot, morálky a etiky. Další charakteristikou kvalitativního výzkumu je snaha získat pokud možno celistvý pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku a na pravidla, která fungují v dané oblasti. I tato charakteristika odpovídá záměru práce a potvrzuje tedy správnost výběru této metody. (Hendl, 2005)

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Jedním ze základních přístupů kvalitativního výzkumu je výzkum pomocí případové studie. Zaměřuje se na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládáme, že prostřednictvím důkladného poznání jednotlivých případů lépe porozumíme ostatním podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí. Případová studie byla zvolena proto, že odpovídá záměru a cílům práce. Z hlediska typu případové studie jde o mnohapřípadovou studii. (Hendl, 2005)

Výzkumnou metodou získávání dat pro kvalitativní výzkum bylo zvoleno dotazování technikou rozhovoru a zúčastněné pozorování. Následovala analýza a interpretace dat, přičemž cílem bylo nalézt propojení mezi nimi a výzkumnými otázkami. Analýza probíhala uvnitř jednotlivých případů a porovnávána byla mezi jednotlivými případy. Na základě analýzy odborné literatury a struktury teoretické části práce byly stanoveny okruhy otázek, na které by se měl rozhovor zaměřit. Otázky byly připraveny předem dle jednotlivých okruhů. Pořadí otázek přirozeně vyplývalo z probíhajícího rozhovoru, přičemž otázky byly pokládány otevřenou formou.

V publikaci *Základy kvalitativního výzkumu* autor vysvětluje, že otevřená otázka dovoluje dotazovanému zvolit si rozsah i formu odpovědi. Dává možnost zvolit jakýkoliv směr probíhajícího rozhovoru a dovoluje použití přirozeného jazyka, volbu vlastních formulací. (Strauss, 1999)

Pro záznam rozhovorů byl použit diktafon. Jednotlivé odpovědi byly pro účely výzkumu porovnány a souhlasné i odlišné názory přehledně zpracovány v kapitole *Vyhodnocení rozhovorů*. Záznam rozhovorů je uchován v archivu autorky.

3.2 Harmonogram a plán výzkumu

Výzkum jsem realizovala dle pravidel pro kvalitativní výzkum, pro konkrétní způsob realizace jsem se rozhodla na základě studia metodologie a zvolila způsob, který nejlépe odpovídal zvolené problematice.

Plán výzkumu prostřednictvím mnohapřípadové studie se skládá z následujících kroků:

- Příprava – volba výzkumného tématu a metodologie a studium teorie o dané problematice
- Definice výzkumné otázky pomocí dílčích výzkumných otázek
- Výběr případu, určení sběru a analýzy dat
- Příprava sběru dat

- Analýza a interpretace dat
- Příprava zprávy – cílem je vykreslit a přiblížit případ v jeho komplexnosti a umožnit čtenáři kriticky posoudit průběh studie (Hendl, 2005)

Příprava výzkumu, definice výzkumné otázky a stanovení dílčích výzkumných otázek proběhlo během roku 2009 na základě studia použité literatury a po předběžném stanovení cíle práce.

Ve stejném roce bylo vybráno zařízení, ve kterém žijí lidé s mentálním postižením, a mohla bych zde najít vhodné respondenty pro plánovaný výzkum. Následně jsem navázala písemný styk s vedením vybraného ústavu a začala jednat o možnosti a podmínkách realizace svého výzkumu.

K samotnému sběru dat došlo až v roce 2011, aby byla získaná data aktuální při odevzdání bakalářské práce. Při přípravě sběru dat jsem několikrát jednala se zaměstnanci ústavu o nejvhodnějším termínu sběru dat tak, aby nebyl narušen běžný provoz ústavu a zároveň byli přítomni i někteří z opatrovníků. Nakonec byl jako nejvhodnější termín sběru dat zvolen konec týdne, kdy je v ústavu vždy kromě zaměstnanců i několik opatrovníků. Součástí přípravy sběru dat byla i konzultace s pracovníkem ústavu o vhodném čase, místě a způsobu konkrétních rozhovorů a pozorování.

Samotný sběr dat proběhl ve dnech 26. – 30. 5. 2011 v několika prostorech DOZP Osek. Průběh jednotlivých rozhovorů byl zaznamenán diktafonem a je k dispozici v archivu autorky. Součástí sběru dat byla prohlídka celého ústavu, jednotlivých oddělení i specializovaných pracovišť. Zúčastnila jsem se jako pozorovatel běžného programu, který je pro klienty připravován. Rozhovor s posledním z respondentů proběhl v jeho pracovně na obecním úřadu.

Analýza a interpretace dat byly zpracovány během měsíců května a června, stejně jako příprava závěrečné zprávy. Cílem této zprávy bylo vykreslit a přiblížit případ v jeho komplexnosti a umožnit čtenáři kriticky posoudit průběh studie.

3.3 Charakteristika souboru

Výzkum probíhal v DOZP Osek v květnu 2011. Výběr výzkumného souboru byl proveden metodou záměrného výběru. Záměrný (účelový) výběr je takový postup, kdy jsou vyhledáváni účastníci dle určitých vlastností, stavu či příslušnosti k určité sociální skupině. Jedná se nejrozšířenější metodu výběru pro kvalitativní výzkum. Záměrný výběr může být prostý, tedy vybíráme ty účastníky, kteří splňují určitá kritéria a jsou ochotní s námi komunikovat. Jedná se o poměrně kvalifikovaný přístup, který předpokládá jisté množství znalostí a informací. Záměrný výběr přes instituce je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb institucí, určených pro cílovou skupinu, o kterou se zajímáme. (Miovský, 2006)

V tomto případě byla zvolena při výběru spolupráce se sociálním pracovníkem ústavu, který v této instituci zajišťuje kvalitu služeb, jež jsou předmětem výzkumu.

Účastníci výzkumu byli vybíráni ze dvou skupin. První skupinu tvoří zdravotní a sociální personál Domova pro osoby se zdravotním postižením v Oseku (dále jen N1), druhou skupinu tvoří opatrovníci klientů domova (dále jen N2). Obě skupiny jsou z řad osob pečujících o klienty, kteří nejsou těžce zdravotně postižení, tzn. že se nejedná o klienty trvale upoutané na lůžko. Pro soubor N1 byla stanovena tato kritéria: osoba je zaměstnancem DOZP Osek déle než jeden rok, jeho pracovní zařazení předpokládá přímý každodenní kontakt s klientem, při výkonu své práce přichází alespoň občas do styku s opatrovníky klientů. Pro soubor N2 byla stanovena následující kritéria: osoba je opatrovníkem klienta DOZP Osek, opatrovnictví vykonává déle než jeden rok. Na základě kritérií jsem prostřednictvím sociální pracovnice DOZP Osek zaslala dopis se žádostí o účast na výzkumu (viz příloha č. 5) deseti potencionálním účastníkům. Tento postup byl zvolen s ohledem na ochranu osobních údajů všech zúčastněných. Se sociální pracovnicí DOZP Osek byly konzultovány i okruhy pro dílčí výzkumné otázky, stejně jako možnosti konkrétních dotazů, které povedou k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku.

Pro případovou studii byla nakonec použita data získaná od šesti respondentů, jejichž odpovědi splnily kritéria. Tři z těchto respondentů byli z řad opatrovníků a tři jsou pracovníky ústavu. Při konečném výběru bylo přihlédnuto i k ochotě spolupracovat a podělit se o zkušenosti s někdy velmi osobními zážitky a zkušenostmi tak, aby bylo co nejméně narušeno právo na soukromí zúčastněných. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, tedy předem připravený dokument, který stanoví podmínky užití získaných dat.

V níže uvedených tabulkách jsou demografické údaje o respondentech.

Tabulka 5 Demografické údaje respondentů ze skupiny N1

respondent	pohlaví	délka zaměstnání	vzdělání	funkce
1	ženské	11 let	střední pedagogické a speciální pedagogika	vedoucí oddělení pracovník sociálních služeb
2	ženské	4 roky	vyšší odborné	sociální pracovnice
3	mužské	36 let	střední odborné, dvouletá pedagogická specializace	pracovník v sociálních službách

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 Demografické údaje respondentů ze skupiny N2

respondent	pohlaví	délka péče	vztah k opatrovanému
4	ženské	47 let	rodič
5	ženské	13 let	rodič
6	mužské	3 roky	opatrovník ze zákona

Zdroj: vlastní výzkum

4 Výsledky

V této kapitole jsou prezentována data získaná v kvalitativním výzkumu. Výsledky jsou rozčleněny dle čtyř okruhů podle témat DVO. Po shrnutí výsledků v daném okruhu je formulován dílčí výzkumný závěr.

4.1 Případová studie 1

Pracovnice v sociálních službách pracuje v DOZP 11 let, v současné době jako vedoucí oddělení. Vystudovala Střední pedagogickou školu a později si rozšířila kvalifikaci studiem speciální pedagogiky.

Na otázku, zda zná respondentka nějaké legislativní změny z posledních deseti let, odpověděla, že žádné konkrétní změny zákona nezná a není si vědoma toho, že by nějaké změny ovlivnily v pozitivním slova smyslu život osob, o které pečuje. Respondentka nebyla účastníkem soudního řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům. Legislativní opatření, jež má zabránit možnému střetu zájmů zaměstnance ústavu při zastupování klienta, považuje za nadbytečné a domnívá se, že to komplikuje život opatrovníkům, klientům i zaměstnancům ústavu.

Respondentka nezná žádný konkrétní mezinárodně uznávaný kodex pro práci s mentálně postiženými, ale domnívá se, že všechna potřebná pravidla jsou obsažena v provozním řádu ústavu. Kromě toho pracovníci ústavu absolvují jednou měsíčně školení, která se mimo jiné zabývají i touto problematikou. Další pravidla chování a přístupu ke klientům jsou součástí pracovní smlouvy, ve které je vymezen rozsah a způsob vykonávané práce. Respondentka se domnívá, že obecný přístup většinové společnosti k osobám s mentálním postižením se za posledních deset let radikálně změnil. Jako příklad uvedla situaci, kdy cestuje s klienty veřejnou dopravou a lidé se k jejím svěřencům chovají mnohem přirozeněji a jsou k nim otevření nebo dokonce přátelští. S předsudky vůči postiženým se respondentka setkala minimálně a například s genderovými předsudky se setkává mnohem častěji.

Respondentka přirovnala komunikaci s klienty ke komunikaci se čtyřletým dítětem. Komunikace mezi klientem a personálem ústavu probíhá neustále a podle tématu je iniciátorem pracovník či klient. Některá témata jsou u klientů obzvlášť oblíbená, zajímá je, zda bude např. „odpolední kafičko“ a u tohoto tématu vydrží vždy dlouhou dobu. V některých případech musí pracovník ústavu intuitivně poznat potřeby klienta a začít o jeho potřebách komunikovat, případně najít způsob komunikace tak, aby klient porozuměl a jeho potřeby byly naplněny. Kromě míry postižení určují způsob komunikace i určitá pravidla, která se snaží v zájmu porozumění dodržovat. Například je třeba zamezit hovoru několika klientů najednou tak, aby se navzájem nepřekřikovali a nebylo slyšet jen ty nejhlasitější.

Z hlediska samostatnosti klienta považuje respondentka za klíčové, zda se klient dokáže sám obsloužit a provést osobní hygienu. Je si vědoma toho, že pro klienty samotné to zdaleka tak důležité není, ale je to samozřejmě různé. Klienti se mohou spolupodílet na rozhodnutí o tom, s kým budou bydlet a jakými doplňky si vyzdobí pokoj, který představuje jejich domov. Všechny tyto změny jsou omezeny domovním řádem, v rámci kterého se klienti pohybují. Co se týká denního programu, je připraven určitý program, kterého se mohou účastnit, ale nikdo je k ničemu nenutí. Je zde i prostor pro volný čas, který klienti tráví dle své volby. Na samostatné vycházky chodí jen několik klientů se souhlasem opatrovníka, ostatní chodí s vychovatelem. Dle názoru respondentky by mohli na samostatnou vycházku chodit i mnozí další klienti, ale problematické řešení odpovědnosti za klienty v době jejich opuštění areálu ústavu to nedovoluje. Klienti mohou používat jeden společný telefon. Hovory jim vytáčí pracovníci ústavu a v průměru této možnosti využijí jednou týdně. Na dotaz, kdo a jakým způsobem hospodaří s finančními prostředky klienta, respondentka uvedla, že s penězi hospodaří vedoucí oddělení a sociální pracovnice. Klienti mají radost, pokud mohou s nějakou menší částkou hospodařit samostatně. Například na výletě klienti dostanou padesát korun, které utratí podle sebe. Mají z této situace radost a určitě to přispívá k jejich většímu sebevědomí a rozvíjí to jejich samostatnost. K samostatnosti dle respondentky přispívají i časté kontakty s většinovou společností. V souladu s touto

myšlenkou jsou pořádány různé kulturní, společenské a sportovní akce, například Osekfest. Klienti chodí na hřiště v obci a pracovníci s nimi jezdí často i do města.

4.2 Případová studie 2

Dalším respondentem je žena, která v DOZP pracuje jako sociální pracovníce. Má vyšší odborné vzdělání a tuto funkci zastává čtyři roky. Tato respondentka mi ukázala všechna oddělení a uvedla mě do situace na jednotlivých pracovištích. Mimo jiné pro vysvětlení situace uvedla: *„Máme problém s tím, když přijde někdo z domova a není zvyklý na ústav. Musíme ho naučit, jak to zde chodí a co smí a nesmí dělat. Je to hodně těžké. Jediné problémy jsou s nově příchozími. My si musíme zvyknout na ně a oni na nás. Dochází k různým střetům, protože my chceme a oni ne. Dva kluky tu máme padesát let a ti už to mají takhle zažité a jinak by žít nechtěli. Mají tu bezpečí. Když se tento ústav založil, tak nikdo nesměl mentálně postižené vidět, museli tu být zavření. Já bych je naučila jezdit autobusem, nakupovat, aby byli více samostatní a mohli se zapojovat do běžného života. Ústavy ve městech mají oproti nám velkou výhodu.“* Respondentka dále uvedla, že v ústavu je deset oddělení. Z toho je šest sociálních oddělení (dříve výchovných) a čtyři oddělení zdravotní, kde jsou klienti s těžšími postiženími v kombinaci s těmi zdravotními. V ústavu pracují jako vychovatelé i dva muži.

Respondentka zná právní úpravy z posledních deseti let a domnívá se, že z pohledu klientů nedošlo k žádné pozitivní změně. Pracovníkům ústavu prý přibyla administrativa a zkomplikovalo jim to tedy práci. Respondentka nikdy nebyla účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Nepracuje v ústavu dost dlouho na to, aby se mohla setkat se střetem zájmu v situaci, kdy klienta před úřady zastupoval zaměstnanec ústavu (byl jeho opatrovníkem).

Při práci s klienty a vedení zaměstnanců respondentka vychází z etických kodexů ošetřovatelů a pracovníků ve zdravotnictví. Na otázku, zda se změnil vztah

většinové společnosti k mentálně postiženým, odpověděla: „*Dokud je nepoznáte, tak jste plni předsudků a opovrhujete jimi. Když je lidé poznají, tak už kluky berou jako sobě rovné. Osobní zkušenost je hodně důležitá.*“ Na žádost o konkrétní příklad nějakého předsudku popsala následující situaci. „*Když například rezervujeme stůl v restauraci pro 30 postižených lidí, tak nejsou všichni ochotni nám vyhovět.*“

Zásadní rozdíl v komunikaci dvou zdravých lidí a komunikací zdravého člověka s postiženým vidí respondentka v tom, že někteří klienti hovoří, ale s některými je třeba se domluvit jinými než verbálními prostředky. Rozhovor se prý většinou stáčí stále k tomu samému, je to dost stereotypní a je třeba si na to zvyknout. Iniciátor komunikace je různý podle situace. Když klienti něco potřebují, začnou komunikovat oni. Pokud od nich něco potřebuje pracovník ústavu, komunikace probíhá podle něho a je na něm, zda se nakonec domluví. Na dotaz, zda mohou klienti komunikovat se svými blízkými, respondentka uvedla, že mohou telefonovat. Někteří mají dokonce svůj mobilní telefon, do kterého jim pracovník ústavu dokupuje kredit dle pokynů opatrovníka.

Na dotaz, co považuje respondentka za nejdůležitější z hlediska samostatnosti klientů, odpověděla, že by měli mít možnost pracovat, aby měli životní smysl a cítili se lépe. K možnosti samostatných vycházek uvedla, že v celém zařízení je asi dvacet klientů, kteří této možnosti mohou využívat. O svých spolubydlících prý rozhodovat mohou, ale k přesunům většinou dochází v situaci, kdy někdo umře nebo přijde někdo nový. Co se týká zařízení a výzdoby pokojů, je to dost limitováno možnostmi, protože v původních plánech se s ničím podobným nepočítalo. Problémem je třeba možnost umístění osobního televizoru na pokoji. Výzdoba pokojů je věcí klientů. O programu klienti částečně rozhodují, rozhodují o tom, na které terapie chtějí chodit. Stejně tak rozhodují o tom, jak budou trávit volný čas. Respondentka má na starosti finance klientů a konkrétním lidem je rozděljuje určitá sociální pracovnice. Na otázku, jak je zajištěn kontakt s většinovou společností, odpověděla: „*Jezdíme na výlety a na rekreace, také jezdíme na velikonoční a vánoční trhy, někdo chodí do kostela. Ale myslím si, že by měli být častěji zváni ostatní lidé k nám, aby věděli, jak to tu chodí.*“

Rodina a přátelé mohou přijít kdykoliv.“ Na závěr rozhovoru ještě respondentka dodala, že zajímavý pohled na problematiku bych dostala tak, že bych zkusila hovořit s některými klienty. Někteří z méně postižených klientů prý mají pocit, že nic nesmějí a jsou tady zavření.

4.3 Případová studie 3

Dalším respondentem ze skupiny zaměstnanců ústavu je starší muž, který v ústavu pracuje od roku 1975. Nejdříve pracoval jako řidič, později se po úrazu přeškolil na pracovníka v sociálních službách. Má střední odborné vzdělání a dvouletou pedagogickou specializaci.

Na dotaz, zda vnímá respondent právní úpravy, které proběhly za posledních deset let, nedokázal jasně odpovědět a bylo vidět, že příliš neporozuměl dotazu. Řekl, že lidé si mohou myslet, že dříve se zde chlapci měli hůře, ale že tomu tak není a v ústavu se s nimi vždy jednalo jako s rovnoprávnými lidmi. Přestože respondent pracoval v ústavu i před výše zmíněnými právními úpravami, nebyl nikdy účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům.

Respondent se domnívá, že pohled většinové společnosti na mentálně postižené se možná změnil. Řekl, že i dříve s klienty jezdili na výlety a snažili se je integrovat, ale dnes je situace lepší, protože se o této problematice více mluví. Předsudky mezi lidmi jsou prý ale i dnes a hodně lidí se prý diví, jak může takovou práci dělat.

Zásadní rozdíl v komunikaci s postiženými vidí respondent v tom, že zdravý člověk se musí umět vcítit do situace postiženého a komunikaci přizpůsobit. Byla jsem při tom, když tento respondent komunikoval s klientem znakovou řečí. Řekl mi, že klient je hluchoněmý a on se s ním domluví, přestože standardní znakovou řeč neovládá. Iniciátorem komunikace je prý vždy ten, kdo něco potřebuje, někdy klienti chtějí komunikovat, jindy nikoliv.

Z hlediska samostatnosti považuje respondent za nejdůležitější dostatek soukromí klientů. O spolubydlícím a výzdobě si prý klienti mohou v rámci možností rozhodnout. Je třeba zde dodržovat určitý denní režim, ale volný čas tráví dle své volby. Respondent by přivítal možnost, aby mohli klienti pracovat, protože je užitečná činnost baví a dodalo by jim to sebevědomí. Klienti prý mají určitou finanční částku jako kapesné a s tou nakládají dle svého. Na samostatné vycházky chodí jen někteří klienti a je opravdu problém, jak v této situaci vyřešit zodpovědnost za jejich bezpečnost. Část klientů má i své mobilní telefony, ale tato situace občas zkomplikuje pracovníkům ústavu život, protože kromě klientů musí hlídat, případně hledat i jejich mobilní telefon. Kontakt s většinou společnosti je zajišťován prostřednictvím různých výletů, klienti chodí i do kostela a v okolních vesnicích je tedy všichni lidé znají.

Nakonec respondent zhodnotil současnou situaci ústavu: „*Myslím, že dříve to bylo lepší. Drželi jsme více pohromadě než dnes. Nyní je všechno nucené a napjaté. Dříve to bylo přirozenější, bylo to zde více přátelské. Dnes se všechno papíruje a je to zbytečná ztráta času.*“

4.4 Případová studie 4

Opatrovníci pětadesátiletého klienta je jeho pětáosmdesátiletá matka, která o něj dlouhá léta pečuje společně s manželem. Její syn je v ústavu od roku 1967 a s péčí v ústavu je celá rodina velmi spokojená. Ústav se stal pro klienta skutečným domovem, k rodičům jezdí na návštěvu a má s nimi hezké vztahy, ale za domov považuje ústav.

Respondentka nepovažuje změny z posledních let za důležité pro život jejího syna. Byla účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům a návrh na zahájení tohoto řízení podávala společně s manželem.

Respondentka si myslí, že vztah většinové společnosti k postiženým se zlepšuje. Čím jsou lidé mladší, tím lépe snášejí společnost postižených. S nejhorsšími reakcemi se respondentka setkala u lidí v důchodovém věku. Když jsem respondentku

požádala o uvedení nějakého konkrétního předsudku, se kterým se v poslední době setkala, řekla mi: *„Často cestuji vlakem a již několikrát se nám stalo, že člověk při zjištění přítomnosti postiženého sbalí věci a opustí kupé.“*

K otázkám na téma komunikace se respondentka vyjádřila v tom smyslu, že s komunikací se svým synem nemá žádný problém a stejně bezproblémová je i komunikace s pracovníky ústavu. V případě potřeby volá do ústavu a syna k telefonu přivolají, on sám telefon nemá a používá ho s nechutí.

Respondentka si myslí, že možnost samostatného fungování jejího syna je velmi omezena jeho postižením a pro ni je mnohem důležitější stálý dozor. Je jí známo, že syn může spolurozhodovat o svém spolubydlícím a výzdobě pokoje. Smysl peněz nechápe a nemá tedy pro něj žádný význam, zda disponuje nějakou finanční částkou. Na otázku, jak je v ústavu zajištěn kontakt s většinovou společností, respondentka celkem překvapivě odpověděla: *„Chtěla bych, aby se s jinými lidmi příliš nestýkal, cítí se bezpečněji v ústavu.“*

Na konec rozhovoru klientka dodala, že největší problém pocituje v tom, že až zemře ona i její manžel, bude odkázán na opatrovnictví ze zákona.

4.5 Případová studie 5

Další opatrovnící, se kterou jsem hovořila, byla žena středního věku, která kromě postiženého syna pečuje ještě o dvě zdravé děti. O opatrovnictví se velmi intenzivně zajímá a mimo jiné pracuje aktivně ve Sdružení rodičů postižených dětí. V této souvislosti navštívila respondentka několik podobných ústavů u nás i v zahraničí a má tedy možnost srovnání práce v jednotlivých zařízeních.

Respondentka nechtěla hodnotit legislativní změny z posledních deseti let. Poté poznamenala: *„Hlavním problémem je medializace a celkový systém v naší republice. Chtějí rušit něco, čemu vůbec nerozumí, například síťová lůžka. Také je vše*

otázkou peněz, ty hraji hlavní roli.“ Respondentka byla účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům a podávala návrh na jeho zahájení.

Změnu ve vnímání mentálně postižených respondentka vidí velmi zřetelně. Pro ilustraci dodala: *„Když byl syn malý, tak na něj na ulici divně koukali. Já jsem nikdy nerozlišovala zdravé a nemocné dítě, ale za zády jsem slyšela leccos. Dnes je situace jiná, to musí poznat každý.*“

Komunikace se synem pro respondentku nepředstavuje žádný problém. V případě potřeby může syn telefonovat ze společného mobilního telefonu, který je k dispozici na oddělení.

Na dotaz, co považuje respondentka za nejdůležitější z hlediska možné samostatnosti syna, odpověděla: *„To nemůžu říct, syn není vůbec samostatný, stále někoho potřebuje. Kdyby byl samostatný, nikdy bych ho sem nedala.*“ Přesto si může vybrat spolubydlicího i výzdobu pokoje. Co se týká otevřenosti ústavu, respondentka uvedla: *„Určitě se to hodně zlepšilo, ale pan ředitel o to asi moc nestál. Stála bych o širší spolupráci s rodiči a opatrovníky.*“ Zároveň respondentka vyjádřila potřebu zveřejnění více informací například na internetu a vyjádřila politování nad tím, že v ústavu přestalo vyvíjet činnost Sdružení rodičů klientů. Zároveň by respondentka přivítala jakoukoliv aktivitu, která povede k větší otevřenosti ústavu.

4.6 Případová studie 6

Posledním respondentem je muž, který vykonává opatrovnictví pro 35 klientů v rámci výkonu státní správy (je opatrovníkem ze zákona). Setkala jsem se s tímto mužem na jeho pracovišti, a přestože byl na podobné rozhovory zvyklý, bylo vidět, že nejde o problematiku, kterou by se dobrovolně a intenzivně zaobíral. Výkon opatrovnictví se stal do jisté míry formální záležitostí a ve skutečném životě není respondent většinou ani schopen rozeznat klienty, u kterých vykonává opatrovnictví, od těch ostatních.

Respondent je velmi dobře obeznámen s legislativními změnami v oblasti opatrovnictví a domnívá se, že tyto velmi administrativně i jinak zatížily výkon státní správy v místech, kde sídlí podobná zařízení. Respondent nebyl účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Možnost kolize zájmů při zastupování klienta pracovníkem ústavu považuje respondent za minimální. Nebezpečí konfliktu zájmů se dle jeho názoru zbytečně přeceňuje a pracovníci ústavu mají ke klientům tak blízký vztah, že jsou to právě oni, kteří mohou nejlépe znát a tlumočit jejich potřeby.

Za posledních deset let se situace vztahu většinové společnosti k mentálně postiženým, dle respondentova názoru, nijak nezměnila a místní obyvatelé jsou na soužití s klienty OÚZ zvyklí po dlouhá léta. Přesto se občas respondent setká s předsudky zdravých lidí vůči klientům. Klienti jsou pravidelnými diváky na místních fotbalových zápasech a občas se ozvou nějaké nevhodné výkřiky ze strany hostujících hráčů fotbalových týmů.

Překvapivé odpovědi se mi dostalo na otázky související se způsobem a četností komunikace s klienty. Respondent s klienty vůbec nekomunikuje a vše potřebné zprostředkovávají pracovníci ústavu.

Respondent neodpověděl na otázku, co je podstatné pro možnou samostatnost klientů. Co se týká oblastí financí, opatrovník řeší větší nákupy, ale i při těchto rozhodnutích spoléhá vždy na názor pracovníků ústavu. K otevřenosti ústavu respondent řekl: „*Myslím, že ústav je poměrně uzavřený. Například v Mačkově mohou některá zařízení užívat i lidé mimo ústav a větší otevřenost by pomohla všem zúčastněným.*“ Současně se odmítl vyjádřit k tomu, zda je otevřenost ústavu zakotvena v koncepci ústavu a vyjádřil naději, že s novým vedením dojde ke změně.

4.7 Shrnutí dat

V této kapitole bylo provedeno shrnutí výsledků z jednotlivých případových studií. Tyto výsledky byly uspořádány do čtyř okruhů dle dílčích výzkumných otázek.

V následující tabulce jsou zpracovány poznatky z rozhovorů s respondenty vedoucí k zodpovězení DVO 1: „Jak jsou vnímány právní úpravy ve vztazích mezi osobami s omezenou způsobilostí a osobami, jež o ně pečují?“ Většina z respondentů má povědomí o legislativních změnách z posledních let, nikdo z nich je nepovažuje za užitečné. Z pracovníků ústavu nikdo nebyl účastníkem soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Z řad opatrovníků to byli rodiče, kteří se soudního jednání účastnili a podávali návrh na jeho zahájení. Možný konflikt zájmů při zastupování klienta pracovníkem ústavu nikdo z dotázaných nepovažuje za možný ani nebezpečný a nikdo se s projevem tohoto konfliktu nikdy nesetkal.

Tabulka 7 Přehled získaných dat – legislativa DVO 1

	Jaký máte názor na právní úpravy z posledních 10 let? Pocítil jste nějaký rozdíl?	Pokud jste byl účastníkem soudního řízení o omezení způsobilosti k právním úkonům, kdo podával návrh na zahájení řízení?	Souhlasíte s legislativním opatřením, jež zakazuje opatrovnictví zaměstnance ústavu? Setkal jste se někdy v minulosti s konkrétním případem konfliktu zájmů?
respondent 1	Nezná, nepocítila změnu.	Nebyla.	Považuje za nadbytečné.
respondent 2	Zná, nedošlo k pozitivní změně.	Nebyla.	Nemůže posoudit.
respondent 3	Neporozuměl dotazu.	Nebyl.	Neodpověděl.
respondent 4	Zná, nepovažuje je za důležité.	Byla, podávala návrh.	Neodpověděla.
respondent 5	Považuje změny spíše za negativní.	Byla, podávala návrh.	Neodpověděla.
respondent 6	Zná, změny hodnotí negativně.	Nebyl.	Nepovažuje možnost kolize za důležitou.

Zdroj: vlastní výzkum

V následující tabulce jsou zpracovány poznatky z rozhovorů s respondenty vedoucí k zodpovězení DVO 2: „Je nutné zohledňovat v péči o klienty morální a etické aspekty?“ Z dotazovaných pouze jeden zná etické kodexy pro ošetřovatele a pracovníky ve zdravotnictví. Všichni kromě jediného respondenta vnímají pozitivní změny ve vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením. Všichni respondenti se setkali s nějakými předsudky vůči těmto osobám.

Tabulka 8 Přehled získaných dat – etika DVO 2

	Znáte nějaká etická pravidla důležitá pro vzájemný vztah pečujících osob k jejich klientům?	Vnímáte v posledních 10 letech změnu vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením?	Setkal jste se v souvislosti s péčí o klienta(y) s nějakými předsudky ze strany lidí z většinové společnosti?
respondent 1	Nezná, řídí se provozním řádem.	Vnímá radikální změny k lepšímu.	Setkala, ale minimálně.
respondent 2	Zná.	Neodpověděla.	Setkala.
respondent 3	Nezná.	Změnila k lepšímu.	Setkal.
respondent 4	Neodpověděla.	Situace se stále zlepšuje	Setkala.
respondent 5	Neodpověděla.	Vidí zřetelné změny k lepšímu.	Setkala.
respondent 6	Nebyl tázán	Nezměnila.	Setkal

Zdroj: vlastní výzkum

V další tabulce jsou zpracovány výsledky k DVO 3: Rozdíly v komunikaci spatřují respondenti z řad zaměstnanců různé u jednotlivých klientů dle jejich postižení. Opatrovníci rodiče se se svými dětmi naučili komunikovat, poslední z respondentů se

s klienty nesetkává osobně. Komunikace v ústavu probíhá neustále a je přizpůsobována tak, aby klienti porozuměli. Klienti mohou kdykoliv iniciovat komunikaci, ta má jistá pravidla. Možnost komunikace mimo ústav je zde zajištěna dostatečně.

Tabulka 9 Přehled získaných dat – komunikace

	Co považujete za zásadní rozdíl při komunikaci s klienty oproti běžné komunikaci?	Jak často a z jakých důvodů komunikujete s klienty?	Určujete téma komunikace vy nebo klient?	Může klient iniciovat potřebnou komunikaci?	Zajišťujete komunikaci klientů mimo ústav?
resp. 1	Přirovnala ke komunikaci se čtyřletým dítětem.	Neustále.	Dle situace.	Ano.	Ano, mohou telefonovat.
resp. 2	Způsob musí odpovídat postižení klienta.	Stále.	Dle potřeby.	Ano.	Ano, někteří telefonují i samostatně.
resp. 3	Potřeba vcítění a přizpůsobení.	Neodpověděl.	Dle situace.	Ano.	Ano, s telefony je ale problém.
resp. 4	Bez problému.	Netázána.	Netázána.	Netázána.	Syn telefonuje.
resp. 5	Bez problému.	Netázána.	Netázána.	Netázána.	Syn telefonuje.
resp. 6	Nekomunikuje.	Netázán.	Netázán.	Netázán.	Netázán.

Zdroj: vlastní výzkum

V následující tabulce jsou zpracována získaná data k DVO 4: „Jak je vnímán problém autonomie klienta, a je prospěšný koncept, který vede k větší samostatnosti a soběstačnosti klienta?“ Pracovníci ústavu považují za nejdůležitější pro samostatnost klientů jejich sebeobsloužení, možnost pracovat a větší soukromí. Opatrovníci se touto problematikou nezabývají. Možnost samostatných vycházek mimo areál ústavu mají jen někteří klienti a většinu rozšíření této možnosti brání vznik možných komplikací. Klienti mají možnost ovlivnit, s kým bydlí i to, jak bude vypadat místo, které je jim domovem. Jistou možnost mají i při rozhodování o denním programu, vše je závislé na schopnostech klientů a možnostech ústavu. Rozdílná situace pro jednotlivé klienty je i v tom, zda disponují nějakou finanční částkou. Pracovníci ústavu si uvědomují, že pokud je klient schopen nějakou finanční částkou disponovat, přispívá to k jeho autonomii a hledají možnosti, jak to umožnit. Všichni respondenti se shodli, že vztah většinové společnosti k osobám s mentálním postižením se vyvíjí pozitivním směrem a větší otevřenost ústavu povede k lepší integraci postižených do většinové společnosti.

Tabulka 10 Analýza získaných dat – autonomie 1. část

	Co považujete z hlediska samostatnosti klientů za zásadní?	Mají klienti možnost samostatných vycházek mimo areál ústavu?	Mohou klienti rozhodovat o svém spolubydlícím a o zařízení či výzdobě pokoje?
respondent 1	Samoobsluha.	Jen někteří.	Ano, ano.
respondent 2	Možnost pracovat.	Asi 20 klientů.	V rámci možností.
respondent 3	Dostatek soukromí.	Je to problém.	Ano, ano.
respondent 4	Důležitější je dozor.	Neodpovídala.	Ano, ano.
respondent 5	Neví.	Syn nechodí.	Ano, ano.
respondent 6	Neodpověděl.	Neví.	Neví.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11 Analýza získaných dat – autonomie 2. část

	Podílejí se klienti na plánování a organizaci svého času?	Kdo hospodaří s finančními prostředky klienta? Disponují klienti samostatně nějakou částkou?	Jak je zajištěn kontakt klientů s jejich blízkými a většinou společností?
respondent 1	Ano, částečně.	Pracovníci ústavu. Někdy 50 Kč.	Účastí na různých akcích.
respondent 2	V rámci možností.	Pracovníci ústavu.	Výlety, rekreace, s rodinou kdykoliv.
respondent 3	Částečně.	Mají kapesné.	Výlety, kostel, různé akce.
respondent 4	Ano.	Nechápe smysl peněz.	O otevřenost ústavu nestojí.
respondent 5	Neodpovídala.	Neodpovídala.	Hodně se zlepšilo.
respondent 6	Neodpovídal.	Já a pracovníci.	Malá otevřenost.

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

Výzkum proběhl v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku. Autorka nejprve telefonicky kontaktovala sociální pracovníci ústavu a následně navštívila zařízení, aby se blíže seznámila s prostředím domova, pracovníky i klienty. Samotný výzkum proběhl v měsíci květnu v prostorech domova, pouze respondent 6 s autorkou hovořil v kanceláři, kde pracuje.

Výzkum byl rozdělen dle dílčích výzkumných oblastí na čtyři části. DVO 1 zjišťovala, jak jsou vnímány právní úpravy ve vztazích mezi osobami s omezenou způsobilostí k právním úkonům a osobami, jež o ně pečují.

V prvním dotazu mě zajímalo, jak hodnotí respondenti účinnost legislativních změn, které měly zlepšit postavení osob s mentálním postižením.

Všichni, kdo se podílejí na péči o postižené, se pohybují v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je v tomto případě velmi důležitý, protože jde o zásah do života klientů. Právo zásahu musí být legitimní, protože zajišťuje ochranu klientů. (Matoušek, 2003)

Souhlasím s Oldřichem Matouškem, že definování práv a povinností pečujících je podstatné pro zajištění kvalitní péče. Tato skutečnost se potvrdila při výzkumu v ústavu. Z odpovědí respondentů sice vyplynulo, že z řad pracovníků ústavu má širší povědomost o zákonech dotýkajících se péče o osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům pouze respondent 2, tedy sociální pracovnice ústavu. Ostatní zaměstnanci se při výkonu svého povolání řídí vnitřním řádem a dodržují podmínky zakotvené v pracovních smlouvách, přičemž legislativní požadavky jsou promítnuty v těchto pravidlech. Všichni oslovení pracovníci mají středoškolské vzdělání a není zde tedy předpoklad, že by se v právních dokumentech samostatně orientovali. Situaci, kdy vše potřebné je ve vnitřním řádu a pracovních smlouvách, považuji v tomto případě za optimální. Respondenti z řad rodičů a opatrovníků měli většinou mnohem větší právní

povědomost o problematice, protože svěřené osoby zastupují ve většině úředních záležitostí a byli účastníky soudního řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Všichni respondenti řekli, že se současnými právními úpravami nemají žádné problémy a daná situace jim plně vyhovuje.

Výzkumem jsem se snažila zjistit, jak se v praxi osvědčilo pravidlo, že opatrovníkem nemůže být osoba nebo instituce, u níž by při výkonu opatrovnictví docházelo ke střetu zájmu. K dotazování jsem přistupovala s předpokladem, že by tím docházelo ke střetu zájmu v souvislosti s vyplácením příspěvku na péči a s výběrem sociálních služeb pro opatrovaného. O výběru a typu sociálních služeb u osob s omezenou právní způsobilostí ze zákona rozhoduje opatrovník a neměl by mít tedy jakýkoliv zájem na tom, aby preferoval jistý typ služeb, například ústavní péči v ÚSP, kde je opatrovník zaměstnán. (Čadilová, 2007)

Z odpovědí respondentů naproti tomu vyplynulo, že nikdo z pracovníků ústavu nepovažuje za důležité pravidlo, dle kterého nemůže opatrovnictví vykonávat osoba nebo instituce, u níž by mohlo docházet ke střetu zájmu. Ani pracovníci, kteří byli v ústavu zaměstnáni před účinností výše zmíněných novel, se nikdy nesetkali s konkrétním projevem konfliktu zájmů. Respondent 6 je zástupce místní samosprávy, který zastupuje 35 klientů ústavu. Z jeho pohledu je legislativní úprava, která zakazuje zastupování klienta zaměstnancem ústavu z důvodu možného konfliktu zájmů zbytečná a nesmyslná. Současná situace, kdy zastupuje velké množství klientů z titulu pracovníka místně příslušné obce, vede k tomu, že zastupuje před úřady zájmy osob, které ve skutečnosti ani osobně nezná a nemá nejmenší tušení o jejich individuálních přáních a potřebách. Mimo to tato činnost finančně i časově zatěžuje výkon státní správy v obci. Oslovení rodiče se nikdy nesetkali s konkrétním projevem konfliktu zájmů. Domnívám se, že k objektivnímu zhodnocení situace by byl třeba i pohled zastupovaných osob a mnohem vyšší počet respondentů. Přesto by stálo za uvažování, zda by v této situaci bylo vhodné zhodnotit konkrétní účinky této legislativní úpravy a případně začít hledat jiné vhodné řešení.

DVO 2 řešila, jestli je nutné zohledňovat v péči o klienty morální a etické aspekty. Kodifikací neboli sepsáním etických norem pro určité profese vzniká kodex, který se tak stává závazným pro všechny zúčastněné. (Kopecká, 2008)

Lze nalézt i skeptické pohledy na význam kodifikace pravidel chování pečujících osob. Jedním z argumentů je skutečnost, že mnoho aspektů sociální práce není možné vyjádřit soustavou pravidel a povinností, stejně jako předpoklad hodnotového konsenzu veřejnosti a profesionálů. (Matoušek, 2003)

Na otázku o obsahu a znalosti etických norem odpovídali pouze respondenti ze skupiny zaměstnanců ústavu. Pouze respondentka 2 věděla o existenci etických kodexů ošetřovatelů. Všichni ostatní mají menší či větší povědomost o etických pravidlech, a zdá se, že požadavky na pracovníky v této oblasti jsou zakotveny v pracovních smlouvách a provozních předpisech. Na základě prováděných rozhovorů jsem došla k názoru, že etické kodexy mají význam pro definování základních hodnot dané profese. Na druhou stranu není v praxi bezpodmínečně nutné, aby přesné znění kodexů znali všichni pečující. Souhlasím s Matouškem, že kodifikace zdaleka nevyřeší všechny problémy v této oblasti.

Cílem osvěty je změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat. (Matoušek, 2005)

Snažila jsem se pomocí výzkumu zjistit, zda respondenti vnímají přínos výše zmíněné osvěty a zda se změnil pohled většinové společnosti na postižené. Z výzkumu vyplynulo, že všichni respondenti hodnotí vývoj vztahů většinové společnosti k mentálně postiženým kladně. Příčinu zlepšení situace respondenti spatřují ve větší otevřenosti ústavů a v tom, že mnohem častěji dochází ke kontaktům s mentálně postiženými. Společně s Matouškem se domnívám, že tento směr je správný. Je třeba hledat příležitosti, kde se mohou setkávat postižení se zdravými. Ukázalo se, že mezi mladými lidmi je situace mnohem lepší, a dle mého je to důsledek pedagogického působení v současných školách. Je třeba dále pracovat v této oblasti s budoucími

pedagogy. Stálo by za úvahu navázat trvalou spoluprací pedagogických fakult s konkrétními ústavy sociální péče.

Ve vzájemných vztazích mezi individuem a veřejností je významným principem právě veřejné mínění. Jde o neoficiální jev a je velmi problematická otázka možné manipulace. (Jankovský, 2003)

V souhlasu s tímto autorem z dotazů na konkrétní předsudky vyplynulo, že stále existují problematické situace, ale většina uváděných předsudků není nijak nebezpečná. Předpokládám, že nějaké předsudky se ve společnosti budou objevovat vždy. Bojovat s předsudky se dá velmi těžko a jde o dlouhodobou záležitost, na kterou má vliv celková atmosféra ve společnosti. Velký vliv mohou mít v této oblasti média, stejně jako literatura, umění a sport. Je třeba působit na všechny, kteří se připravují na povolání v těchto oblastech, protože mladí lidé jsou nejpřístupnější potřebným změnám.

DVO 3 zjišťovala, jaké jsou zásadní rozdíly mezi komunikací dvou zdravých subjektů a komunikací opatrovníka s osobou s mentálním postižením. Specifika komunikace s mentálně postiženými spočívá v respektování faktu, že takový člověk prochází odlišným psychosociálním vývojem. (Venglářová, 2006)

Souhlasím s názory výše uvedené autorky. Z odpovědí všech respondentů vyplynulo, že rozdíl v komunikaci je daný postižením klienta a je věcí zkušenosti pracovníků ústavu, zda se s klientem domluví. O vysoké odborné úrovni personálu svědčí schopnost pracovníka komunikovat i s hluchoněmým klientem. Pro opatrovníky klientů je komunikace velmi důležitá v případě, že opatrovnictví vykonávají rodinní příslušníci. Ti se samozřejmě se svými blízkými naučili komunikovat, a přestože nemají žádné odborné vzdělání, našli vhodný způsob, jak se s nimi domluvit. Naprosto odlišná je situace, kdy byl určen jako opatrovník zástupce místní samosprávy. Tam ke komunikaci vůbec nedochází a dle mého názoru jde o stav, který není v zájmu klientů.

U znevýhodněných klientů je vhodně vedená komunikace předpokladem získání důvěry a navázání spolupráce. Je třeba rozumět typu postižení a klientovým speciálním a specifickým potřebám. (Linhartová, 2007)

Souhlasím s názorem Linhartové a tento názor evidentně sdílí i oslovení pracovníci. Z rozhovorů s respondenty jsem zjistila, že komunikace mezi pracovníky ústavu a klienty probíhá stále, jejím iniciátorem je ten, kdo potřebuje vyřešit nějaký problém, ale existují jistá pravidla, která mají vzájemnou komunikaci usnadnit. Téma komunikace může klient kdykoliv ovlivnit. Pokud má nějakou potřebu, může kdykoliv o cokoli požádat. Trochu komplikovanější je situace, kdy potřebuje něco sdělit pracovník ústavu. Záleží na jeho schopnostech, zda najde vhodný způsob komunikace, aby ho klienti vyslechli a pochopili. V ústavu je pamatováno i na komunikaci klientů s blízkými a přáteli mimo ústav pomocí mobilních telefonů. Tato možnost je využívána dle možností jednotlivých klientů a konkrétní případy jsou řešeny s opatrovníky klientů. Pro pracovníky ústavu to někdy přináší různé komplikace, ale všichni chápou, že je tato možnost pro klienty velmi důležitá.

DVO 4 řeší, jak je vnímán problém autonomie klienta, a zda je prospěšný koncept, který vede k větší samostatnosti a soběstačnosti klienta. Také člověk, který je z důvodu jakéhokoliv hendikepu závislý na pomoci blízkých lidí nebo odborníků, může být autonomní, protože rozhoduje o zásadních otázkách své existence i o způsobu, jak bude přijímat potřebnou pomoc. (Nečasová, 2004)

Otázky v této části výzkumu měly pomoci zmapovat úroveň autonomie a to, co považují z hlediska samostatnosti klientů za nejdůležitější oslovení respondenti. V odpovědích z řad zaměstnanců se objevila schopnost sebeobsloužení, možnost pracovat a větší soukromí. Při bližším dotazování bylo zjištěno, že v dřívější době klienti běžně docházeli za prací mimo ústav a v areálu bylo i zahradnictví, kde našli práci všichni, kdo měli potřebné schopnosti. Za tuto práci dostávali odměnu, která pro ně představovala podobnou hodnotu, jako pro zdravého člověka mzda. Cítili se tím pádem mnohem lépe a byli sebedůvěrní. V současné době z různých administrativních a legislativních důvodů klienti nepracují. Opatrovníci z řad rodičů nevnímají

samostatnost svých dětí jako problematickou a odpověděli, že pokud by byly samostatné, nebyly by v ústavní péči. V této souvislosti se ukazuje, že samostatnost je opravdu tím podstatným, co odděluje lidi s postižením od běžné populace. Každý i malý krok, který povede k větší samostatnosti klientů, je symbolickým krokem z ústavní péče. Souhlasím s tvrzením Nečasové, že i člověk s hendikepem může být autonomní. Bohužel výzkum dle mého názoru neprokázal žádné zlepšení situace v souvislosti s touto problematikou a některé změny v posledních letech se dají vnímat jako krok zpátky. Naproti tomu je třeba souhlasit s názory níže uvedeného autora.

Ústavy mění svůj zevnějšek i interiér, aby byly pro klienty co nejpřitažlivější. Dřívější rigidní struktura programů se uvolňuje, klienti mají možnost volit mezi různými nabízejícími se možnostmi denní náplně. (Matoušek, 1995)

V dalších několika otázkách jsem zjišťovala, nakolik samostatní jsou klienti právě tohoto ústavu a jak vypadá prostředí ústavu i celkové klima v něm. Z odpovědí jsem zjistila, že klienti mohou spolurozhodovat o svém spolubydlícím, o výzdobě pokoje a částečně o denním programu. Pokoje několika klientů jsem v rámci prohlídky ústavu navštívila. Rozdílnost výzdoby v jednotlivých pokojích byla viditelná a odrážela osobnost jejich obyvatel. Poněkud komplikovanější se ukázala situace u možnosti samostatných vycházek mimo areál ústavu. Dle názoru zaměstnanců by tato možnost mohla být přístupná mnohem většímu počtu klientů, ale situaci komplikuje fakt, že i po opuštění ústavu, má za klienty ústav plnou právní odpovědnost. Domnívám se, že jde o závažný problém, který by měla řešit legislativa i vedení ústavu.

Koncepce nového zákona o sociálních službách je založena na snaze maximálně podpořit proces začleňování postižených osob do života většinové společnosti. (Čadilová, 2007)

V souladu s tímto trendem všichni respondenti hodnotili pozitivně snahu začleňovat klienty do většinové společnosti. Pouze jediný respondent by přivítal větší otevřenost ústavu. Nicméně všichni se shodli na tom, že čím víc se budou klienti setkávat s ostatními lidmi, tím lépe budou většinovou společností integrováni.

6 Závěr

Cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na HVO: „S jakými etickými problémy se setkává personál a opatrovníci klientů Domova se zdravotním postižením v Oseku?“

Výzkum byl prováděn v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku. Všichni zaměstnanci ústavu i opatrovníci byli přívětiví a velmi ochotně odpovídali na dotazy. Někteří z nich vyjádřili radost nad tím, že průzkum je prováděn prostřednictvím osobního pozorování a dialogů. V minulosti byla většina průzkumů v tomto zařízení prováděna pouze metodou zaslání písemných dotazníků. Pro všechny zúčastněné byl mnohem příjemnější osobní kontakt a možnost odpovědět dle svého uvážení. Součástí výzkumu byl celodenní pobyt v zařízení, při kterém došlo k podrobnému seznámení s prostředím jednotlivých oddělení. Následný výzkum byl díky tomuto předchozímu seznámení veden s mnohem větší znalostí a s hlubším pochopením rolí jednotlivých respondentů. Rozhovory byly vedeny v různých prostorech ústavu tak, aby prostředí bylo co nejpřirozenější pro respondenty.

Pro zodpovězení HVO byly pro výzkum určeny 4 DVO z těchto oblastí: legislativa, etika, komunikace a autonomie. Prostřednictvím etických kodexů a zákonů z oblasti opatrovnictví stát zajišťuje etický přístup k osobám s postižením, proto byla vybrána DVO 1. DVO 2 se zabývala přímo etikou. Oblast komunikace je důležitá proto, že jejím prostřednictvím dochází k vzájemné interakci pečujících a postižených. Způsob komunikace mimo jiné určuje, zda je tato služba etická či nikoliv, proto byla zvolena DVO 3. Autonomie klientů je tím podstatným, co je přibližuje většinové společnosti a je opět otázkou etického přístupu, jestli se většinové společnosti přiblíží více či méně a to se odráží i v DVO 4.

Na základě DVO, se podařilo odpovědět na HVO. Cíl práce byl splněn, přestože by se našlo jistě i mnoho dalších oblastí, ve kterých se etické problémy vyskytují.

V legislativní oblasti se mnohem lépe orientují opatrovníci než zaměstnanci ústavu, což je logické, protože jsou to oni, kteří klienty zastupují na úřadech. Domnívám se, že by přesto bylo vhodné, aby se v této problematice alespoň částečně orientovali i zaměstnanci ústavu. Zajímala jsem se o to, zda znají právní úpravy z posledních let, konkrétně zákon, který zakazuje opatrovnictví instituce nebo zaměstnance instituce, kde klient žije. Z výzkumu jsem zjistila, že nikdo z dotázaných nepovažuje tuto úpravu za efektivní a někteří z dotázaných si dokonce myslí, že velmi zkomplikovala jejich službu a nezkvalitnila rozhodně život klientů. Nabyla jsem dojmu, že v případě opatrovnictví ze zákona je toto vykonávání víceméně formální a z opatrovnictví se vytratil jakýkoliv osobní a lidský přístup ke konkrétnímu klientovi. Tuto situaci považuji za alarmující a navrhuji provést mnohem širší výzkum této otázky tak, aby mohlo být nalezeno optimální řešení.

Zaměstnanci a opatrovníci většinou neznají konkrétní kodexy, které stanoví pravidla etického chování pro jejich profesi. Ukázalo se, že principy těchto pravidel jsou zakotveny ve vnitřním řádu ústavu a v pracovních smlouvách zaměstnanců. Domnívám se, že by pro všechny zaměstnance ústavu bylo vhodné se seznámit se zásadami etické normy z roku 1991. V současné době je tato norma součástí vzdělání zdravotnického personálu. Pro zaměstnance, kteří vzdělání absolvovali v dřívější době, by bylo užitečné si tyto znalosti doplnit. I přes neznalost konkrétních norem si všichni zúčastnění dostatečně uvědomovali důležitost morálních a etických aspektů při výkonu jejich služby a z pozorování bylo zřejmé, že se ke klientům chovají velmi ohleduplně a ctí jejich přirozená lidská práva. Současně všichni konstatovali, že pohled většinové společnosti na postižené se mění k lepšímu a tito lidé se postupně stále více integrují do většinové společnosti. Domnívám se, že se takto naplňuje sociální politika státu, a přestože určité předsudky se ve společnosti stále ještě vyskytují, situace se vyvíjí správným směrem. Toto vše je výsledkem větší otevřenosti ústavů a stále častějších kontaktů postižených se zdravými. Pozitivní úlohu v tomto procesu sehrávají média, ale také výchova ve školách. Navrhuji v této souvislosti užší spolupráci pedagogických fakult s podobnými zařízeními tak, aby mladí pedagogové byli připraveni předávat své zkušenosti dětem.

Komunikace mezi klienty a pečujícími osobami probíhá neustále a dle mého názoru jsou si všichni zdraví účastníci komunikace vědomi zásadních rozdílů, které tuto komunikaci odlišují od té běžné. Zvládnutá komunikace zajišťuje to, že jsou naplňovány všechny přirozené lidské potřeby klientů. Existují jistá pravidla komunikace, aby byla efektivní, ale v každém konkrétním rozhovoru se pečující přizpůsobuje individuální situaci klienta, se kterým se domlouvá. I v této oblasti je s klienty zacházeno především jako s lidmi a snaha všech je respektovat jejich individuální potřeby i schopnosti. V souvislosti s opatrovnictvím ze zákona, které je zmíněno výše, se ukázalo, že tento opatrovník s klienty ve skutečnosti vůbec nekomunikuje. Zastupuje tedy na úřadech klienty, s nimiž nikdy osobně nehovořil. Dle mého názoru je to velmi nevhodná situace a jde o další argument pro to, aby se situace začala řešit.

Při výzkumu, zda pečující považují za důležitou samostatnost klientů, se ukázalo, že situace je zcela rozdílná u zaměstnanců a opatrovníků. Zaměstnanci ústavu chápou, že samostatnost klientů je tím, co je přibližuje většinové společnosti. Z popisu zaměstnanců jsem pochopila, že v některých oblastech se situace v poslední době změnila k horšímu. Dříve byla pro klienty, kteří chtěli pracovat, zajištěna práce, což přispívalo k jejich pocitu samostatnosti, užitečnosti a k většímu sebevědomí. Myslím, že by stálo za úvahu připravit vhodné projekty, které by opět umožnily smysluplnou práci klientů. Pro rodiče klientů nebyla otázka samostatnosti nijak důležitá a mnohem více je zajímavý fakt, že jsou jejich děti celý den pod odborným dozorem. Zjišťovala jsem, nakolik mohou klienti samostatně rozhodovat o svém domově a denním programu. Zjistila jsem, že v areálu ústavu mohou rozhodovat o svých věcech v závislosti na svých možnostech a schopnostech. Jiná situace je ovšem v případě, že by klient samostatně opustil areál ústavu. Pochopila jsem, že je problematické převzít odpovědnost za klienty, kteří se pohybují bez doprovodu mimo areál. Řešením by dle mého názoru bylo to, že by klienti nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům zcela. Dle možností a schopností jednotlivců, by někteří mohli v jistých případech odpovídat za své jednání a mohli by tedy i samostatně opustit ústav. Domnívám se, že je to v souladu se současnou politikou v této oblasti.

Uvědomuji si, že pro lidi s postižením by bylo ideálním řešením, kdyby se o ně mohli starat ti, kteří je milují a plně respektují jejich lidskost. Současně je mi jasné, že v určitých případech je ústavní péče pro všechny zúčastněné jediným možným řešením. V těchto případech je třeba, aby se eticky a humánně chovali zaměstnanci ústavu a opatrovníci. Jistě existuje velký prostor pro různá zlepšení, přesto mě velmi příjemně překvapilo, že klienti ústavu jsou veselí, přátelští a spokojeně působící lidé a v jednotlivých odděleních vládne skutečně rodinná atmosféra.

Výsledkem výzkumu je hypotéza, že etické aspekty jsou součástí každodenní práce pečujících osob a konkrétní projevy etických problémů a konfliktů by mohly být předmětem dalšího výzkumu.

Seznam použitých zdrojů

1. **Benešová, Zuzana – Kosar, David.** 2007. *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*. Budapest: MDAC, 2007. ISBN 978-963-87395-9-9.
2. **Cull, Lesley-Anne - Roche, Jeremy - Cooper, Jeremy.** 2001. *The Law and Social Work*. New York: PALGRAVE, 2001. ISBN 0-333-24587-5.
3. **Čadilová, Věra - Jůn, Hynek - Thorova, Kateřina a kol.** 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
4. **Fišerová, Jaroslava.** 2003. *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učební text*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2003.
5. **Havlík, Jaroslav - Vurm, Vladimír.** 2004. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. ISBN 80-7040-725-5.
6. **Hendl, Jan.** 2009. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-485-4.
7. **Chvátalová, Helena.** 2001. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál. s.r.o., 2001. ISBN 80-7367-013-5.
8. **Jankovský, Jiří.** 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Nakladatelství TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
9. **Kohák, Erazim.** 2004. *Svoboda svědomí soužití - kapitoly z mezilidské etiky*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. ISBN 80-86429-35-0.
10. **Kolektiv autorů VVZPO.** 2005. *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009. Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009*. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2005. ISBN 80-86734-66-8.
11. **Kopecká, Katarína.** 2008. *Zdravotnícka etika*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.
12. **Kutnohorská, Jana.** 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

13. **Langer, Stanislav.** 1996. *Mentální retardace - etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova.* Hradec Králové: Nakladatelství Kotva, 1996. ISBN 80-900254-6-3.
14. **Linhartová, Věra.** 2007. *Praktická komunikace v medicíně.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
15. **Matoušek, Oldřich - Kodymová, Pavla - Jana Kolářková, Jana - (eds.).** 2005. *Sociální práce v praxi - Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.
16. **Matoušek, Oldřich a kol.** 2001. *Základy sociální práce.* Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-473-7.
17. **Matoušek, Oldřich a kol.** 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-548-2.
18. **Matoušek, Oldřich.** 1995. *Ústavní péče.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
19. **Miovský, Michal.** 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.
20. **Munzarová, Marta.** 2005. *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2.
21. **Nečasová, Mirka.** 2004. Respekt ke klientům na praktickém příkladě. *Sociální práce./Sociálna práca.* 2004, Sv. 4. ISSN: 1213-624.
22. **Novosad, Libor.** 2000. *Základy sociálního poradenství.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
23. **Strauss, Anselm - Corbinová, Juliet.** 1999. *Základy kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
24. **Surynek, Alois - Komárková, Růžena - Kašparová, Eva.** 2001. *Základy sociologického výzkumu.* Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
25. **Vágnerová, Marie.** 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, s.r.o., 2002. ISBN 80-7178-678-0.
26. **Venglářová, Martina - Mahrová, Gabriela.** 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.

27. ASPI Wolters Kluwer. *Právní předpis*. [on-line]. 2009 Wolters Kluwer ČR, a. s. 2010. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <http://sbirka.aspi.cz/cgi-bin/freeq/aspi_5?WVCNCO_776>.
28. Česká asociace sester. *Tiskoviny*. [on-line]. CAS. 2008. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>.
29. **Chandler, Daniel**. Aberystwyth University. *The Transmission Model of Communication*. [on-line]. Aberystwyth University. 2008 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.aber.ac.uk/media/Documents/short/trans.html#Top/>>.
30. Definition of Mental retardation. *Medical Dictionary definitions of popular medical terms easily defined on MedTerms*. [on-line]. MedicineNet, Inc., 2011. [cit.2011-04-12]. Dostupné z: <<http://www.mediterms.com/script/main/art.asp?articlekey=20174>>.
31. DOZP. *Z historie DOZP Osek*. [on-line]. DOZP. 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dozp-osek/sekce/index.php?id=65&kde=2>>.
32. DOZP. *Zřizovací listina*. [on-line]. [cit. 2010-05-20]. DOZP. 2010. Dostupné z: <http://www.dozp-osek/upload/zr_list_DPZP_Osek.doc>.
33. DOZP. *Poskytované služby*. [on-line]. DOZP. 2010. [cit. 2010-05-20]. Dostupné z: <<http://www.dozp-osek/poskytovane-sluzby-cenik/>>.
34. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Bílá kniha*. [on-line]. MPSV. 2010. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.
35. Nález Ústavního soudu ke zbavování způsobilosti. *Quip společnost pro změnu* [on-line]. VIZUS 2009. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000564.pdf>>.
36. O MDAC a Lize. *Reforma opatrovnictví*. [on-line]. GRAFIQUE – Brno. 2010. [cit.2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.reforma-opatrovnictvi.cz/o-organizaci-mdac.html>>.

Klíčová slova

Zbavení způsobilosti k právním úkonům

Mentální postižení

Etika v pomáhajících profesích

Komunikace

Autonomie

Přílohy

Příloha č. 1

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Etické zásady

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

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

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

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí.

Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům, nebo jestliže jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů.

Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života.

Sociální pracovník hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

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

V zaměstnavatelské organizaci vytváří takové podmínky, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky, vyplývající z tohoto kodexu.

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

Ve vztahu ke svým kolegům

Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vykonává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby.

Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků.

Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl nekvalifikovaný pracovník bez patřičného vzdělání.

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

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

Ve vztahu ke společnosti

Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, kterými společnost, vláda nebo přispívají k obtížím a utrpení lidí a nesnaží se o jejich ukončení.

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

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

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

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

Platnost kodexu od 1. 1. 1995.

Společnost sociálních pracovníků ČR.

Příloha č. 2

Deklarace práv duševně postižených lidí

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měli přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení .
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Příloha č. 3

Tabulka počtu osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům
v letech 2001-2007 dle krajů ČR

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	celkem
Praha	25	23	17	17	33	39	40	40	348
Jihočeský	20	7	14	12	22	22	27	18	209
Jihomoravský	12	12	23	16	14	14	18	24	257
Karlovarský	10	5	13	10	5	12	12	16	158
Královéhrad.	18	18	12	22	17	25	31	32	310
Liberecký	8	5	5	8	7	6	7	8	96
Moravskoslezský	28	22	34	55	55	40	44	56	571
Olomoucký	8	9	16	11	23	26	20	26	246
Pardubický	22	12	22	21	30	17	27	46	311
Plzeňský	9	17	9	15	15	8	21	21	221
Středočeský	24	21	29	24	28	44	26	48	492
Ústecký	21	44	36	28	21	18	17	26	437
Vysočina	11	8	10	13	16	17	18	24	208
Zlínský	17	11	10	10	11	16	16	18	194
celkem	233	214	250	262	297	304	324	403	4058

Zdroj: MDAC

Tabulka počtu osob se zbavenou způsobilostí k právním úkonům
v letech 2000 - 2007

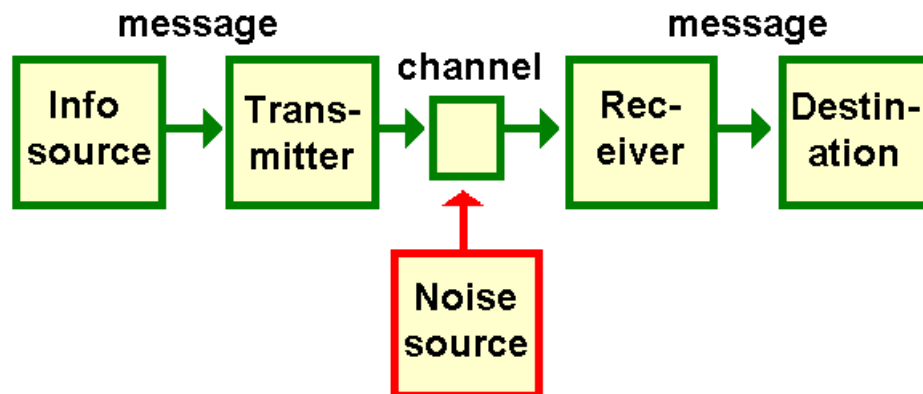
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	celkem
Praha	81	93	76	111	121	126	106	132	1220
Jihočeský	51	52	61	67	78	90	80	131	1097
Jihomoravský	107	100	102	120	125	110	126	157	2419
Karlovarský	51	23	30	28	32	51	30	45	916
Královéhrad.	51	76	65	51	68	56	73	113	1299
Liberecký	28	55	33	39	40	30	48	51	738
Moravskoslezský	144	163	206	202	239	270	214	401	3690
Olomoucký	122	105	105	109	107	137	110	178	2316
Pardubický	74	69	55	49	58	71	69	83	1323
Plzeňský	56	59	56	78	91	88	86	118	1253
Středočeský	115	94	98	99	88	99	118	120	2461
Ústecký	135	143	132	164	137	125	96	128	2454
Vysočina	47	52	43	43	52	43	59	83	1152
Zlínský	68	99	81	78	85	99	80	80	1835
celkem	1130	1174	1143	1238	1321	1395	1295	1820	24182

Zdroj: MDAC

Příloha č. 4

Komunikační model

Vybraný model je jeden z prvních, jež byly vytvořeny v roce 1949 a jeho autory jsou Claude Shannon a Warren Weaver, inženýři pracující pro Bell Telephone Labs ve Spojených státech. Původní model měl jen pět lineárních prvků, prvek označující šum byl přidán dodatečně.



1. Info source - zdroj informací
2. Transmitter - vysílač, kóduje zprávy do signálů
3. Channel - kanál, zde jsou signály upraveny pro přenos
4. Reciver - přijímač, dekóduje zprávu
5. Destinatin - místo, kam zpráva dorazí
6. Noise source - šum je dysfunkční faktor

Autor článku The Transmission Model of Communication Daniel Chandler se domnívá, že v tomto modelu se odráží skutečnost, že byl vytvořen pro účely technické komunikace, že tedy velmi dobře funguje pro binární řešení zadaných úkolů. V oblasti

modelování lidské komunikace spatřuje několik velmi problematických otázek. Většina z nich byla časem zohledněna v modelech komunikace lingvistů, sociologů či psychologů, kteří se těmito problémy zabývali. Na druhou stranu je třeba připustit, že všechny tyto modely z původního Shannon Weaver modelu v podstatě vycházejí, a pro svou jednoduchost a přehlednost neztratil tento model nic ze své vypovídající hodnoty.

Jednou větou dokázal popsat proces komunikace Harold Dwidth Lasswell: „V komunikaci jde o to, kdo hovoří, co říká, komu to říká, jakým způsobem to zprostředkovává a jaký je účinek řečeného.“ Nutno podotknout, že šlo o sociologa, který se zabýval především problematikou masové komunikace, nicméně pro obecný model komunikace je tato stručná charakteristika také platná. (Chandler)

Příloha č. 5

Dopis zasláný osloveným pracovníkům a opatrovníkům pro potřeby výzkumu

Dobrý den,

jmenuji se Magdalena Šochmanová a jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci výzkumu k bakalářské práci Etika v práci s klienty zbavenými způsobilosti k právním úkonům, který vedu v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku se svolením a pomocí vedení tohoto domova, se na vás obracím s prosbou o rozhovor o zařízení a jeho klientech. Můj průzkum je anonymní a slouží pouze k vypracování bakalářské práce.

Předem děkuji za ochotu spolupracovat i za váš čas, který věnujete zodpovězení mých otázek.

Magdalena Šochmanová

V Českých Budějovicích 4. 5. 2011

Magdalena.sochmanova@email.cz

Příloha č. 6

Formulář informovaného souhlasu pro účely výzkumu

Jméno osloveného:

Účel výzkumu:

Součástí bakalářské práce Etika v práci s klienty zbavenými způsobilosti k právním úkonům na ZSF JCU.

Prohlášení autorky výzkumu:

Všechny informace získané při rozhovoru budou použity výhradně pro účely bakalářské práce. Současně bude zachována anonymita a záznam rozhovoru zůstane v osobním archivu autorky výzkumu.

Jméno:..... Podpis:..... Dne:.....

Prohlášení osloveného:

Souhlasím s použitím všech informací získaných při rozhovoru pro účely výše zmíněné bakalářské práce. O účelu výzkumu jsem byl(a) informován(a) autorkou výzkumu, která mě seznámila i s cílem výzkumu a tématem práce.

Jméno:..... Podpis:..... Dne:.....

Tento informovaný souhlas byl vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží oslovený a druhý autorka výzkumu.