

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

**ROZVOJ PRINCIPU PARTICIPACE ZDRAVOTNĚ
POSTIŽENÝCH V KRAJI VYSOČINA**

Vedoucí práce: Doc. Michal Kaplánek, Th.D.
Autor práce: Dana Košáková
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Forma studia: Kombinované

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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.

31.03.2010

.....
Dana Košáková

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Doc. Michalu Kaplánkovi, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení při zpracování bakalářské práce.

Dále děkuji všem ředitelům domovů pro zdravotně postižené bez jejichž pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod.....	6
I. Teoretická část.....	8
1. Participace – úvod do problematiky.....	8
1.1. Vysvětlení pojmu participace.....	8
1.2. Druhy, znaky a stupně participace.....	10
1.2.1. Druhy participace.....	10
1.2.2. Jednotlivé stupně participace.....	11
1.2.3. Osm stupňů participace.....	12
2. Neziskový sektor a významné organizace zdravotně postižených.....	16
2.1. Neziskový sektor.....	16
2.2. Organizace zdravotně postižených v ČR.....	17
2.3. Zdravotně postižení a přijímání informací.....	19
3. Participace a lidská práva.....	20
4. Možnosti participace zdravotně postižených jedinců.....	23
4.1. Definice zdravotně postiženého jedince.....	23
4.2. Začlenění zdravotně postiženého do společnosti.....	24
4.3. Možnosti participace podle jednotlivých druhů postižení.....	26
4.3.1. Druhy postižení a jejich návaznost na možnosti participace.....	27
II. Praktická část.....	32
1. Praktický výzkum.....	32
1.1. Popis cílového souboru.....	32
1.2. Nástroj sběru dat.....	33
1.3. Harmonogram výzkumu.....	33
2. Jednotlivé hypotézy výzkumu.....	33
3. Analýza získaných informací.....	34

3.1.	Princip participace je ve všech oslovených zařízeních aktivně uplatňován.....	34
3.2.	Počet klientů v zařízení není pro uplatnění principu participace..... příliš významným indikátorem	38
3.3.	Zřizovatel zařízení a jeho vliv na uplatňování participace.....	41
3.4.	Domovy vykazují poměrně velkou aktivitu při informování svých klientů o událostech týkajících se chodu daného zařízení.....	43
3.5.	Volnočasové aktivity a míra participace ve vybraných zařízeních.....	44
3.6.	Oslovené domovy spíše neuvažují o rozšíření účasti zdravotně postižených na chodu zařízení.....	48
	Závěr.....	50
	Seznam použitých zdrojů.....	52
	Seznam příloh.....	56
	Příloha č.I.....	57
	Abstrakt.....	62

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Rozvoj principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina“. Tohle téma jsem zvolila především z toho důvodu, že je mi práce se zdravotně postiženými velmi blízká (pracuji jako sociální pracovníce na úseku příspěvku na péči) a domnívám se, že i když se situace v naší republice značně změnila k lepšímu, pořád není postavení zdravotně postižených na takové úrovni, jaké by mělo být.

Problematika zdravotně postižených je velmi širokým tématem a zabývalo se jím ve svých pracích značné množství odborníků. Já se ve své práci se chci zabývat především rozvojem principu participace v souvislosti se zdravotním postižením.

Významů slova participace je mnoho např. ve všeobecné encyklopedii je participace vysvětlována jako účast na něčem, účastenství, podíl. Z politologického hlediska se jedná o přímou účast lidí na procesu rozhodování, na řízení, na správě podniku, obce apod. Přímo souvisí se stylem řízení, zejména s řízením demokratickým.¹ Slovník cizích slov tento výčet ještě rozšiřuje z hlediska obchodního – participace na zisku; z filozofického hlediska jde o jeden ze základních pojmů platónského učení o idejích k určení vztahu jednotlivých věcí k idejím; z hlediska sociologie jde o svazek mezi lidmi založeném na citové afinitě, který je důležitý pro sjednocení v jedné komunitě.²

Obecně je však participace chápána jako účast občanů na společenských procesech, a to jak na procesech rozhodovacích, tak i na aktivitách společenského a politického života. Jde o aktivitu, díky níž dochází k prosazování a zprostředkování zájmů jednotlivce i zájmů širší společnosti.³

Zdravotně postižení mají oproti nám tzv. „normálním“ lidem ztíženou socializaci i míru rozhodování o sobě samém, potažmo o prostředí, ve které žijí. Ne všichni

¹ *Všeobecná encyklopedie*. 6. díl, p-r, s. 54.

² *Akademický slovník cizích slov*. a-ž, s. 571.

³ Srov. Mansfeldová, Z., Koupa, A. (eds). *Participace a zájmové organizace v České republice*, s. 12.

zdravotně postižení žijí v domácím prostředí, značné množství jich žije v ústavech sociální péče. A právě ústavní zařízení v kraji Vysočina, které poskytují péči zdravotně postiženým, jsem si zvolila jako cílový soubor mé práce. V našem kraji působí devět zařízení tohoto typu, což se domnívám, že je dostatečný počet pro to, aby se daly z výzkumu vyvodit určité závěry pro danou oblast.

Hlavní výzkumnou otázkou je pro mě to, zda je princip participace v jednotlivých oslovených zařízeních uplatňován. Pokud ano, tak jakou formou tj. např. formou rady, sdružení či parlamentu a jak často se scházejí. Budu se zajímat také o zkušenosti při zapojování zdravotně postižených do chodu daného zařízení.

Ne všichni obyvatelé ústavů sociální péče mají zájem zapojovat se aktivně do činnosti daného zařízení. Mnohým vyhovují zavedené standardy a nechtějí se účastnit na jejich změnách a aktivizacích. Zaměřit se chci také na tu skutečnost, zda je rozdíl v uplatňování participace ve větších či menších zařízeních a v neposlední řadě také na to, zda je rozdíl v tom, zda se jedná o státní, nestátní či církevní instituci.

Ve své práci tedy nebudu čerpat pouze z odborné literatury, poznatků uvedených na internetu, odborných časopisů a jiných zdrojů, ale především z praktických zkušeností ředitelů a vedoucích pracovníků vybraných ústavů sociální péče pro zdravotně postižené v kraji Vysočina, které jsem si zvolila jako cílovou skupinu pro svůj výzkum.

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvantitativní a jako nástroj sběru dat budu používat dotazník. Samotná bakalářská práce bude tedy kromě úvodu do problematiky tvořena dvěma oddíly a to *částí teoretickou* a *částí praktickou*. V teoretické části bude čtenář nejdříve seznámen se základními pojmy důležitými pro zvolené téma. Bez znalosti souvislostí není možné do problematiky, byť ve velmi omezeném rozsahu, proniknout.

Část praktická bude věnována vyhodnocení dotazníkového šetření a následnému podrobnému popisu zjištěných skutečností. V závěru budou výsledky shrnuty a bude zde odpovězeno na základní výzkumné otázky, které již byly výše uvedeny.

I. Teoretická část

1. Participace – úvod do problematiky

1.1. Vysvětlení pojmu participace

Na úvod je třeba seznámit se se základními pojmy, které jsou důležité pro pochopení dané problematiky. *Participace, neboli podíl* – účastnictví lidí na procesu rozhodování, řízení a také veřejné správy. Participace se v posledních letech stala běžnou součástí demokratického stylu řízení. Je tedy jakýmsi klíčem, který v našem, evropském i celosvětovém měřítku může otevřít nové a velké možnosti výchovy k demokratickému občanství, k současnému i budoucímu uplatnění lidí v životě společnosti.⁴

Uplatněním tohoto pojmu a tím i aktivit jím označovaných (např. volnočasové aktivity, jejich příprava a průběh apod.) se obzvláště od konce osmdesátých let dvacátého století značně rozšířilo. Nabylo svého významu a začalo se hojně uplatňovat především v práci mezi dětmi a mladými lidmi. Participace je současně vzor toho, jak se žije v demokracii, je relevantní pro práci, bydlení, volný čas, výchovu a sociální vztahy. Participace je tedy také otázkou práv a povinností mladých lidí při vytváření budoucí společnosti.⁵

Pojem demokracie je dnes také spjat s hodnotami jako je svoboda a rovnost, se způsoby jednání, kterými jsou bezesporu tolerance a ochota ke kompromisům. Mohlo by se zdát, že volba zastupitelské demokracie je ve všech směrech ideálním řešením. Není to však zcela pravda. Jedním z důvodů je i klesající důvěra ve volené zástupce (což lze demonstrovat na nepříliš velkém zájmu o volby) a v časté ztrátě důvěry v instituce. Tyto aspekty jsou ovlivňovány spokojeností občanů s politicko-

⁴ Národní institut dětí a mládeže: Klíče pro život: Participace [online]. Dostupný na www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klisce-pro-zivot/participace/pojmy-a-zkratky/pojem-participace.

⁵ Tamtéž

ekonomickou situací státu, s dodržováním volebních slibů a s plněním závazků státu vůči svým občanům. To vše vede k pasivnímu přístupu lidí, kteří rezignují na možnost určitým způsobem spolupodílet se na věcech veřejných.⁶

V celé Evropě je dnes participace frekventovaným pojmem, který označuje významné aktivity současného života společnosti. Její potřebu podnítil vývoj posledních desetiletí, který vytvořil předpoklady pro uplatnění jejích různých modelů. Tak se postupně podařilo shromáždit četné pozitivní zahraniční i domácí zkušenosti, které však dosud nejsou zcela dostatečně známy ani v praxi využívány.⁷

Participace je průřezovým zřetelem a přístupem, jehož uplatnění není vázáno jen na některou oblast života a výchovy. Je především principem, východiskem i cílem, který prostupuje (či spíše měl by prostupovat) život a působení rodiny i školy, práce i volného času, kontakty s vrstevníky i médii, státu, obcí i jejich institucí. Spjata je i s problematickou volného času.⁸

S touto myšlenkou a jejím prosazováním je třeba začít již u dětí a mladých lidí. Zvláště znalosti získané v dětství jsou velmi hluboko zakořeněné a správným směřováním a podporováním se mohou dále rozvíjet a přinášet užitek jednotlivci i společnosti. Nestačí však pouze teoretické znalosti a pozorování. Děti a mládež se mají učit demokratickému procesu jako jeho přímí účastníci. Ne tedy jen z teoretických výkladů o demokracii, ale výchovou jakožto participací na demokracii. Také tedy život v rodině, škole, ve třídě, v kolektivech dětí, žáků a studentů má být spravován demokraticky na principu společného rozhodování a ne na neomezené autoritě dospělého vyučujícího.⁹

Ale neměli bychom zapomínat také na lidi handicapované, kteří jsou často z tohoto účastnictví vyřazováni pouze na základě té skutečnosti, že jsou nějakým

⁶ Srov. Mansfeldová, Z., Kroupa, A. (eds.): Participace a zájmové organizace v České republice, s. 13.

⁷ Srov. Hofbauer, B., Participace dětí a mládeže na životě společnosti – přání, potřeba nebo reálná možnost?, s. 5.

⁸ Tamtéž, s. 8.

⁹ Srov. Dlouhá, J a kolektiv: Vědění a participace. Teoretická východiska environmentálního vzdělávání, s. 19.

způsobem postižení. Tito lidé tvoří nemalou část naší společnosti a není tedy spravedlivé, aby byli z tohoto procesu automaticky vyřazováni. A žádný z nás neví, jestli se na základě nějaké nepředvídatelné události neocitne najednou na straně postižených. Nad ní je stejné nebe, ale najednou jej vidíme z úplně jiného pohledu.

Především působením minulého režimu bylo zvykem tuto skupinu obyvatel separovat a společnost dělala, že neexistují, že se o nich neví. Nebyla jim tedy dána žádná možnost, aktivně se podílet jak na chodu společnosti, tak na chodu zařízení, ve kterém byli umístováni. Byla jim zde poskytována komplexní péči, ale nebyla dána možnost žádné seberealizace a uvědomění si sama sebe a svých práv.

1.2. Druhy, znaky a stupně participace

1.2.1. Druhy participace

- a) participace *politická*: tento druh participace vyjadřuje podíl lidí na rozhodování o základních otázkách rozvoje společnosti a života lidí,
- b) participace *ekonomická*: je tou participací, která umožňuje lidem spolurozhodování o pracovních otázkách a činnosti pracovních kolektivů,
- c) a participace *sociální*: vycházející z příslušnosti k sociálním skupinám a z dobrovolného členství ve spolcích, sdruženích a organizacích.¹⁰

Participace vede naši společnost k rozšiřování komunikačních schopností a dovedností. Významně rozšiřuje schopnost přijímat a zpracovávat dostupné informace. Směřuje a vede také k přijetí zodpovědnosti za rozhodování a uvědomění si svého podílu na chodu společnosti. Uplatňují se tedy různými způsoby a mají odlišný územní dosah. Může to být rozsah od místních zařízení přes různé typy obcí

¹⁰ Národní institut dětí a mládeže: Klíče pro život/Participace[ONLINE]. Dostupný z www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klisce-pro-zivot/participace/pojmy-a-zkratky/pojem-participace.

přes region až po celostátní působnost. V posledních letech se v rostoucí míře rozvíjejí také v měřítku mezinárodním, kontinentálním i celosvětovém.¹¹

Účast veřejnosti má velmi významnou hodnotu. Zvyšuje demokratickou legitimitu rozhodovacích procesů i politik, problém se diskutuje a řeší více na veřejnosti. Jsou tedy reprezentováni vědci, úředníci, volení politici, občanská sdružení, ale i zástupci z řad běžných občanů. Dalším významným přínosem je obohacení konstruktivní debaty o názory a zkušenosti např. místních obyvatel, kteří v dané lokalitě žijí, nebo jiných neexpertních aktérů. Veřejné projednávání tak přispívá vyšší kvalitě rozhodování a výsledného řešení.¹²

Nástrojem participace se tady stávají různé samosprávné aktivity a struktury. Jsou to především zástupci, delegáti či mluvčí jednotlivých skupin obyvatel, výbory či rady (např. výbor pro zdravotně postižené, rada zdravotně postižených) a jejich setkávání a vyměňování si znalostí a zkušeností, a také sněmy či zástupci v parlamentu, kteří přímo působí na tvorbu zákonů a dalších legislativních opatřeních. *Základními znaky participace* jsou především spolupráci mezi skupinami na různých úrovních, kde jsou si všichni účastníci navzájem rovni a jsou aktivně využívány jejich znalosti a zkušenosti. Vztahy mezi účastníky musí být jasné a zřetelné.¹³

1.2.2. Jednotlivé stupně participace

Vzhledem k té skutečnosti, že se participace postupně stala jakýmsi módním heslem, je užitečné stanovit kritéria, která nám umožní rozeznat skutečnou participaci, tzn. způsob zapojení účastníků nejen na samotných programech, ale také na jejich plánování a hodnocení.

¹¹Srov. Hofbauer, B., Participace dětí a mládeže na životě společnosti – přání, potřeba nebo reálná možnost?, s. 5-6.

¹²Srov. Stöckelová, T., Biotechnologizace: legitimita, materialista a možnosti odporu, s. 94.

¹³ Srov. Hofbauer, B., Participace dětí a mládeže na životě společnosti – přání, potřeba nebo reálná možnost?, s. 5-6.

S. Arnesteinová popsala koncem šedesátých let dvacátého století ve svém modelu osm stupňů účasti dospělých občanů USA v procesech veřejného plánování a tím tedy i jejich participaci na veřejném životě, tedy jakýsi „žebříček participace“. Na její model navázal Hart, který jej adaptoval na práci s dětmi. Podle něj skutečná participace začíná až od čtvrté příčky, předchozí jsou spíše pasivní formou.¹⁴

Tento model je dle mého názoru jakýmsi modelem univerzálním. Dá se tedy použít i na jiné oblasti, ne pouze jako model práce s dětmi. I občané zdravotně postižení mají touhu po účasti na životě kolem sebe a i na ně a jejich, byť specifické, potřeby je tento žebříček stále aktuální. Záleží samozřejmě na konkrétním druhu postižení, protože od něj se odvozuje i míra možnosti aktivního zapojení. Toto téma je širší oblastí a zaslouží si větší pozornost, bude proto více rozvedeno v dalších kapitolách, které se budou zabývat jednotlivými kategoriemi postižení v návaznosti na možnostech participace.

1.2.3. Osm stupňů participace

1. Manipulation (*manipulace*) – účastníci jsou pouze pasivními recipienty rozhodnutí. Často nerozumí důvodům, které rozhodnutí předcházeli.¹⁵ Je tou nejnižší příčkou, kdy např. děti jsou užívány jako poradci, ale nedostávají žádnou zpětnou vazbu. Výzkumy mínění a referenda mohou být příkladem takové manipulace, neboť účastníci nechápou smysl a účel těchto nástrojů a málokdy jsou informováni o skutečném smyslu a účelu své participace v nich.¹⁶

2. Dekoration (*dekorace*) – účastníci se aktivně podílejí na připravených volnočasových aktivitách, ale nezasahují do jejich formy (nijak je nemění).¹⁷

¹⁴ Vidláková, J.: RVP – metodický portál [ONLINE]. Dostupný na <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>.

¹⁵ Tamtéž.

¹⁶ Srov. Kovařík, J. a kol.: Dětská práva, právní podvědomí, participace dětí a sociální služby, s. 121.

¹⁷ Vidláková, J.: RVP – metodický portál [ONLINE]. Dostupný na <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>.

Dekorace se vztahuje na případy, kdy např. děti oblečené do vhodných triček mohou zpívat nebo tančit, ale téměř nevědí, oč vlastně jde a nemají možnost zasahovat do organizace. Dospělí se ani nesnaží, aby děti něco nadchlo.¹⁸

3. Tokenism (*formální participace*) - účastníci nebo jejich zástupci se účastní i na přípravě různých akcí.¹⁹ „Tokenismus“ je třetím stupínkem, který je možné popsat i tak, že děti jsou užívány jako panel na konferencích, aniž by byly připraveny a mohly se poradit s vrstevníky, které mají reprezentovat.

Dalších 5 stupňů se týká opravdové participace.²⁰

4. Assigned but informed Jedná se o uvědomělou participaci, která je ale určena shora. Účastníci chápou aktivity i jejich smysl.²¹ Jsou tedy vybraní, ale již informovaní o projektu, který vybrali a naplánovali dospělí. Účastníci rozumění významu projektu a vědí, proč se zapojily a že v něm hrají nějakou smysluplnou úlohu.²²

5. Consulted and informed - aktivity jsou sice navrhovány a řízeny nadřízenými, ale přitom jsou konzultovány i s účastníky. Rozhodnutí provádějí vedoucí, zohledňují přitom názory účastníků.²³

6. Adult-initiated, shared decisions with participants (*vedoucí jsou iniciátoři, ale na rozhodování se podílí i účastníci*) - účastníci se podílejí na rozhodování v

¹⁸ Srov. Kovařík, J. a kol.: Dětská práva, právní podvědomí, participace dětí a sociální služby, s. 121.

¹⁹ Vidláková, J.: RVP – metodický portál [ONLINE]. Dostupný na <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>.

²⁰ Srov. Kovařík, J. a kol.: Dětská práva, právní podvědomí, participace dětí a sociální služby, s. 121.

²¹ Vidláková, J.: RVP – metodický portál [ONLINE]. Dostupný na <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>.

²² Srov. Kovařík, J. a kol.: Dětská práva, právní podvědomí, participace dětí a sociální služby, s. 121.

²³ Vidláková, J.: RVP – metodický portál [ONLINE]. Dostupný na <http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>.

oblastech předem vymezených dospělými (vedoucími). Názory účastníků jsou nejen zohledňovány, ale účastníci se podílejí i na rozhodování.

7. Participants-initiated and directed (*účastníci sami aktivitu vymysleli a vedou ji*) – iniciátory a organizátory jsou sami lidé, kterých se aktivita týká.

8. Participants-initiated, shared decision with adults (iniciátoři a organizátoři jsou sami účastníci, ke spolurozhodování pozvou vedoucí) - fungující participace účastníků.²⁴

Cílem lidské společnosti, či společenského systému, je co nejúplnější uspokojení individuálních a skupinových potřeb a zájmů. O potřebách se v odborné literatuře obvykle mluví spíše z hlediska jednotlivce, o zájmech z hlediska společenského. Zájem je nejsilnějším praktickým pojítkem jednotlivců, skupin a také celé společnosti. Aby zájmy mohly být uspokojeny, je třeba množství protikladných konkrétních zájmů sladit a prosadit. Jedním ze způsobů jsou např. volby s výběrem reprezentantů agregovaných zájmů, které získaly podporu veřejnosti. Zájmy se dají vymezit také jako sdílené požadavky skupin nebo sdružení, které kladou na společnost, až už v podobě místní komunity, či politické reprezentace, anebo na sebe sama.²⁵

Mluvíme-li o zprostředkování zájmů, rozlišujeme:

- a) sféry, v nichž procesy zprostředkování a realizace zájmů probíhají: je to např. intermediární systém a rozhodovací systém a jejich průniky s nepolitickým, politickým a administrativním systémem;

²⁴ Tamtéž.

²⁵ Srov. Mansfeldová, Z., Kroupa, A. (eds.): Participace a zájmové organizace v České republice., s. 11.

- b) procesy zprostředkování: tj. intermediární proces v jeho třech fázích (artikulace, manifestace a agregace zájmů), rozhodovací proces, proces realizace zájmů;
- c) aktéry uvedených procesů zprostředkování zájmů, kterými jsou politické strany, odbory, nejrůznější zájmové skupiny, třetí sektor, nejnověji i masmédiá.²⁶

Se zprostředkováním zájmů, a především s jejich prosazováním, úzce souvisí aktivita občanů tedy jejich *participace*. Participace je všeobecně chápána jako účast občanů na společenských procesech, a to jak na procesech rozhodovacích, tak na aktivitách společenského a politického života. Podrobněji lze rozdělit participaci na společenskou (angažovanost v nejrůznějších oblastech života) a politickou.²⁷

Aby se takto participace mohla realizovat, musí k tomu existovat základní předpoklady: motivace (osobní hodnoty, normy a zájem jedince nebo vliv okolí), zdroje (čas, sociální statut, příslušnost k určité profesní skupině apod.), zapojení do sociálních sítí. Nejvíce bývá sledována především institucionalizovaná participace především prostřednictvím politických stran, sdružení, asociací, odborů, neziskových organizací, veřejná správa apod. Předpokladem participace, a také jejím důsledkem je interpersonální důvěra a důvěra v samotné instituce. Za podstatnější zmínku ve vztahu ke zdravotně postiženým jistě stojí neziskový sektor, který do této oblasti významně zasáhl a také organizace zdravotně postižených, které si výrazně podílejí na participaci těchto občanů ve věcech veřejných.²⁸

²⁶ Tamtéž, s.11.

²⁷ Tamtéž, s. 11-12.

²⁸ Tamtéž, s. 12.

2. Neziskový sektor a významné organizace zdravotně postižených

2.1. Neziskový sektor

Neziskový sektor má v českých zemích velmi významnou tradici. Jiným výrazem je nevládní organizace, v současné době se prosazuje také označení „čtvrtý sektor“. Spolková činnost má bohatou historickou tradici. Tyto spolky a nadace vlastnily a spravovaly řadu ústavů a zařízení. Tradice byla přetrhána v době po sobě jdoucích totalitních režimech, kdy byla svobodná iniciativa občanů nežádoucí.²⁹

Teprve rok 1989 přinesl zásadní změnu a neziskový sektor patří k těm oblastem, které prošly nejdynamičtějšími změnami. Doslova den po dni začaly vznikat tisíce nových neziskových organizací. Svou činnost také obnovily zrušené a zakázané organizace. V roce 1990 již bylo registrováno více než 2 500 různých sdružení v roce 1999 již jich bylo registrováno více než 71 000. Jakkoliv můžeme za neziskové organizace považovat i organizace státní, obvykle jsou chápány jako *součást neziskového sektoru v užším slova smyslu především občanská sdružení, nadace a obecně prospěšné společnosti*.³⁰

Vznikaly postupně tak, jak byly chronologicky přijímány příslušné zákony. Nejdříve vznikla občanská sdružení a to na základě vůbec prvního zákona a to Zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Zákon o obecně prospěšných společnostech (č. 248/1995 Sb.) přinesl možnost založit nový organizační typ. Který reaguje na potřebu podnikat v nepodnikatelské, tedy neziskové sféře. Reaguje na potřeby některých organizací, jejichž financování by mělo být zajištěno vlastními příjmy. Právní úprava nadací byla po roce 1990 soustředěna do nevýrazném a stručného ustanovení občanského zákoníku, který předpokládal přijetí speciálního zákona. To se stalo až v roce 1997 (Zákon č. 227/1997 Sb.). Nadace jsou odlišné od

²⁹ Srov. Michalík, J.: Postižení, společnost, právo in Renotiérová, M., Ludíková, L., Speciální pedagogika, s. 105.

³⁰ Tamtéž.

ostatních nestátních organizací, protože jde o sdružení majetku, nikoliv primárně o lidské aktivity. Jako jediný organizační typ představují nadace zdroj finančních prostředků pro existenci a aktivity ostatních neziskových organizací.³¹

2.2. Organizace zdravotně postižených v ČR

Společenské a politické uvolnění po listopadu 1989 vytvořilo podmínky pro rozvoj občanských iniciativ. Snad nejvýrazněji se tato skutečnost projevila právě při vzniku a budování organizací hájících zájmy zdravotně postižených občanů. Občanská sdružení vznikala jednak na půdě předlistopadového Svazu invalidů, který prošel složitou transformací přes Federaci organizací zdravotně postižených až po současnou podobu Sdružení zdravotně postižených ČR a jednak vznikaly desítky a stovky nových organizací – sdružení.³²

Organizace lze podle jejich působnosti na ty, které sdružovaly zdravotně postižené na základě specifické vady např. Svaz neslyšících, Česká unie nevidomých, atd., či organizace typu Sdružení rodičů a přátel dětí se zdravotním postižením, kde druh postižení nebyl pro účely sdružování určující.

Dělit můžeme organizace i z hlediska územní působnosti. Existují celostátní, krajská i místní sdružení. Úkolem a účelem sdružení s celorepublikovou působností je především formování a obhajoba specifických potřeb občanů s postižením. Tato velká občanská sdružení zpravidla vytvářejí své organizační celky s regionální či místní působností. Existují i sdružení s několika desítkami tisíc členů. Naproti tomu místní občanská sdružení mívají jen několik málo členů. V celém polistopadovém vývoji sehrály největší roli z celostátního hlediska dvě organizace a to jmenovitě ***Sdružení zdravotně postižených a Sbor zástupců organizací zdravotně postižených (SZOZP)***.

Členská základna prvního sdružení je tvořena především občany zdravotně postiženými nebo občany, kteří o tyto osoby pečují. V současné době tvoří Sdružení

³¹ Tamtéž., s. 106.

³² Tamtéž., s. 107.

zdravotně postižených sedm občanských sdružení a to jsou: Svaz tělesně postižených v ČR, Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sdružení pro životní prostředí v ČR a Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí.³³

Druhá organizace byla založena v roce 1991 a to převážně organizacemi, které vznikaly nově pro roce 1989. Od počátku se Sbor zástupců podílel na vytvoření a činnosti Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Tento výbor byl vytvořen roku 1991 jako koordinační, iniciativní a poradní orgán vlády. ***Vládní výbor pro ZP je stálým orgánem vlády České republiky pro problematiku podpory zdravotně postižených občanů. Jeho cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života společnosti. Prostřednictvím svých zástupců ve Výboru se na jeho činnosti podílejí sami občané se zdravotním postižením.***³⁴

Postupem času se však stále více ukazovala, že pro obhajobu zájmu občanů se zdravotním postižením a pro efektivnější komunikace se státními orgány bude nutno vytvořit jednotnou reprezentativní organizaci ZP. ***Na základně dohody Sdružení ZP a Sboru zástupců ZP vznikla roku 2000 Národní rada zdravotně postižených.*** Členy jsou taková občanská sdružení ZP, ve kterých tvoří ZP či jejich zákonní zástupci nadpoloviční většinu individuálních členů. Rovnoprávnost a nezávislost je dána už tím, že členství v Národní radě umožňuje všem organizacím účastnit se řešení všech problémů v koordinaci s ostatními členskými organizacemi, avšak neupírá jim právo být členem dalších uskupení na národní i mezinárodní úrovni. Nejznámějšími mezinárodními organizacemi jsou např. Evropské fórum zdravotně postižených (European Disability Forum), Rehabilitation International a Disabled Peoples International (DPI).³⁵

³³ Tamtéž, s. 106.

³⁴ Tamtéž, s. 107.

³⁵ Tamtéž, 108-113.

Prioritním posláním zmíněných organizací je naplňování práv a obhajoba zájmů výše popisované cílové skupiny. Participace jedinců s postižením lze dosahovat prostřednictvím dostatečného množství srozumitelných a zejména, pro všechny skupiny zdravotně postižených, přístupných informací. Předpokladem účasti lidí s postižením na naplňování ideje rovných příležitostí je bezesporu oboustranná komunikace mezi zdravou-většinovou populací a populací se specifickými potřebami. Ale snaha pouze jedné zúčastněné strany nestačí, je třeba také velmi aktivní přístup lidí s postižením a v neposlední řadě vzájemně trpělivé a ohleduplné naslouchání obou těchto stran, aby bylo nalezeno řešení problému.³⁶

2.3. Zdravotně postižení a přijímání informací

Pro Českou republiku dneška jsou charakteristickým rysem poměrně rozsáhlé změny ve všech oblastech společenského života. Společnost, kterou běžně nazýváme jako „postmoderní“, se mění či stává společností informací.³⁷

Do života všech lidí, občany zdravotně postižené nevyjímaje, pronikají stále výrazněji média. Napomáhají realizaci lidských práv, zejména pokud jde o právo na informace a vyjádření názoru. Napomáhají také vytvářet vstřícnou atmosféru, přinášejí informace majoritní skupině o postavení zdravotně postižených ve společnosti, o profilu a potřebách. A také o jejich zájmech, očekáváních a především problémech. Média tyto informace třídí a předávají dále. Obracejí se i přímo k jednotlivým aktérům. Jsou pro ně zdrojem informací především o situaci mezi nimi navzájem. Kromě své nabídky věcných informací utvářejí však také názory, postoje a hodnoty svých čtenářů, posluchačů nebo diváků.

³⁶ Participace organizací a občanů se zdravotním postižením, Moravskoslezský kraj [online]. Dostupné na http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/wai_0803.html.

³⁷ Srov. Michalík, J.: Postižení, společnost, právo in Renotiérová, M., Ludíková, L., Speciální pedagogika, s. 33-34.

V dnešní době se média stávají především sférou tvůrčí a organizační. Občané se mohou sami podílet na životě své instituce ať se již jedná o školu, sdružení, ústav nebo obec. Možnosti jsou např. formou vlastních časopisů, zpravodajů, televizní relace, rozhovory a reportáže do novin apod..³⁸

Zdravotně postiženým však nejvíce prospívá značný rozvoj informační sítě, která je zvaná obecně, byť nepřesně, internet. Služby poskytované postiženým lze na internetu nalézt na řadě míst. Zde ve stručnosti uvádím pouze ty nejvýznamnější: www.nrzp.cz, www.vlada.cz, www.krizovatky.cz, www.mvcr.cz, www.infoposcl.cz, www.mpsv.cz, www.handicaphelp.cz, www.brailnet.cz, www.internetporadna.cz, www.muzes.cz a mnoho dalších. Další podstatnou změnou je ta skutečnost, že se otázky života zdravotně postižených mnohem více řeší a objevují se na veřejnosti. Mnoho se změnilo k lepšímu, obecně však platí, že pro opravdu objektivní informovanost je třeba ještě hodně udělat. *Právě přístup k informacím tvoří základ, bez něhož není možné se s úspěchem domoci vlastních práv. Tato skutečnost platí pro všechny a pro handicapované zvlášť.*³⁹

3. Participace a lidská práva

V každé době a také v každém lidském společenství nacházím stopy nějaké přítomnosti handicapovaných osob – lidé, kteří se s postižením buď narodili, nebo k němu přišli např. následkem vážného úrazu či onemocnění apod..⁴⁰

Pojem participace souvisí tedy velmi významně s lidskými právy a především s jejich uplatňováním v dané společnosti. V České republice začalo být na problém porušování lidských práv poukazováno teprve od počátku devadesátých let. Tato práva se odvozují od přirozené důstojnosti lidské osobnosti a jsou považována za

³⁸ Srov. Hofbauer, B., Participace dětí a mládeže na životě společnosti – přání, potřeba nebo reálná možnost?, s. 29-30.

³⁹ Srov. Michalík, J.: Postižení, společnost, právo in Renotiérová, M., Ludíková, L., Speciální pedagogika, s. 33-34.

⁴⁰ Slowík, J., Speciální pedagogika, s. 11 – 12.

rovná a nezcizitelná. Ve společnostech podobného charakteru, jako je naše, je pomoc znevýhodněnému bližnímu podporována obecným uznáním základních lidských práv. Postupně se prosadila zastupitelská demokracie využívající tři nezávislé moci: výkonnou (vláda), zákonodárnou (parlament) a soudní (justiční aparát).⁴¹

Vztah k postižení je obecně především výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Stále i v tzv. postmoderní společnosti přetrvává ta skutečnost, že postižený je definován svým postižením a je objektem péče a soucitu. Nebylo tomu tak ovšem vždy, vztah společnosti k postiženým jedincům prošel velmi výraznými změnami od naprosto odmítavého po současný, kdy je patrná snaha o integraci postiženého jedince do společnosti.

Jednou ze základních funkcí práva je organizovat život společnosti a jejích členů. Podstatnou podmínkou toho, aby právo tuto funkci plnilo je, aby právní řád uceleně, přehledně a relativně stabilně spravoval danou oblast společenských vztahů. Teprve pak mají všichni občané možnost se normami seznámit a dodržovat je.⁴²

Nejznámějším dokumentem upravujícím práva zdravotně postižených je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Vychází především z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv. V souladu s tímto pojetím stát lidská práva pouze uznává, prohlašuje a potvrzuje jejich nezcizitelnost a nezrušitelnost.⁴³

Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. Podle článku 3 odst. 1 usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního

⁴¹ Srov. Matoušek, O. a kolektiv: Sociální služby, s. 10.

⁴² Srov. Michalík, J.: Postižení, společnost, právo in právo in Renotířová, M., Ludíková, L.: Speciální pedagogika, s. 36.

⁴³ LZPS[online] dostupná na <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.

pořádku České republiky (Listina) se základní práva zaručují všem bez rozdílu, tedy i osobám zdravotně postiženým.

Ve dvacátém století byla formulována zvláštní skupina lidských práv a to práva sociální. Ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948 je mj. uvedeno právo na práci, na vzdělání, na přiměřené pracovní podmínky, na životní úroveň, na rodinu a také právo na systémovou ochranu při určitých sociálních událostech.⁴⁴

13. prosince 2006 přijala Organizace spojených národů Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Jedná o mezinárodní dohodu o lidských právech, která chrání práva zdravotně postižených lidí. Stanovuje, co se za diskriminaci na základě zdravotního postižení považuje, a na základě které se mohou zdravotně postižení domáhat rovného zacházení v oblasti lidských práv.

Evropská sociální charta vstoupila v platnost 26. února 1965, v článku 15 se zabývá právem tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, a začleněním těchto osob do pracovního procesu⁴⁵

Rada v doporučení 86/379/EHS ze dne 24. července 1986 o zaměstnávání zdravotně postižených osob ve Společenství stanovila orientační rámec, který vyjmenovává příklady pozitivních akcí na podporu zaměstnávání a zdělávání zdravotně postižených osob, a v usnesení ze dne 17. června 1999 o rovných možnostech zaměstnání pro zdravotně postižené osoby zdůraznila význam věnování zvláštní pozornosti zejména přijímání, udržování v zaměstnání, vzdělávání a celoživotnímu učení zdravotně postižených osob.⁴⁶

Práva zdravotně postižených přiznává i Listina základních práv EU. V článku 26 se jim přiznává „právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti.“ Problematikou zaměstnávání osob zdravotně postižených se v České

⁴⁴ Srov. Matoušek, O. a kolektiv: Sociální služby, s. 10.

⁴⁵ Srov. Steinichová, L. Zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností, s. 7.

⁴⁶ Směrnice rady 2000/78/ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání [online], dostupná na <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=612&langId=cs>.

republiky zabývá celá řada právních předpisů, jejich úkolem je vytváření a zlepšování situace zdravotně postižených na pracovním trhu.

Se specifickými stanověními týkajícími se občanů se zdravotním postižením se setkáme ve čtvrté hlavě Listiny, věnované hospodářským, sociálním a kulturním právům.²⁵ Přímo o osobách se zdravotním postižením hovoří článek 29, který uvádí, že tyto osoby mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. Dále že mají právo na zvláštní ochranu v pracovněprávních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání. Tato práva jsou konkretizována v zákoně, především v zákoníku práce (Zákon č.262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů) a v zákoně o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).⁴⁷

4. Možnosti participace zdravotně postižených jedinců

4.1. Definice zdravotně postiženého jedince

Pro vymezení pojmu zdravotně postižený člověk existuje v současné době celá řada klasifikačních přístupů, které jsou užívány při specifikaci jeho znevýhodnění. Kolářková, Kodymová uvádí, že v České republice existuje až několik desítek kvalifikačních přístupů. Ze snah Světové zdravotnické organizace (WHO) o vytvoření jednotného přístupu k posouzení stupňů postižení vzešla Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (ICIDH), jež byla v následujících letech několikrát změněna a současně existuje jako ICIDH-2.⁴⁸

Pokusy o vymezení fenoménu zdravotního postižení vycházely původně z jednostranných hodnocení vrozených nebo získaných vad či poruch. Vysokajová

⁴⁷ Krhutová, L. a kol.: Občané se zdravotním postižením a veřejná správa, s. 47.

⁴⁸ Kolářková, J., Kodymová, P. . Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými in Matoušek, O., (eds.): Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi., s. 89.

uvádí definici zdravotního postižení jako stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady⁴⁹.

Koláčková a Kodymová rozlišují znevýhodnění a specifikuje ho do tří skupin: postižení, omezení v činnostech a omezení ve společenských aktivitách. Při rozlišování typů postižení se nabízí různé klasifikace.⁵⁰

Primárně můžeme rozlišovat mezi postižením vrozeným a postižením získaným během života nebo handicapu rozdělujeme na fyzické, mentální, smyslové, vady zdravotního stavu a vady vázané na duševní onemocnění. Na jednotlivé druhy postižení se váží specifické problémy, které handicap doprovázejí. ***Charakter a stupeň postižení ovlivňuje život postiženého do takové míry, do jaké mu handicap znemožňuje participovat na společenském životě.*** Stupeň handicapu určuje míru pomoci, která je poskytována osobě zdravotně postižené⁵¹.

4.2. Začlenění zdravotně postiženého do společnosti

Typ zdravotního znevýhodnění a také to, jak dlouho je člověk zdravotně postižený, má rozhodující význam pro jeho začlenění do společnosti. Je důležité zvážit, na kolik je osoba svým postižením omezena. Jsou lehké typy postižení, které neznamenají významné bariéry pro sociální integraci, ale také postižení natolik specifická a závažná, které nedávají moc šancí postiženému zapojit se do života. Zvláště v dobách dřívějších byli tito lidé separováni a vytlačováni na okraj společnosti, kde se o nich tzv. „nevědělo“. Na dlouho se tak velmi výrazně přerušily veškeré možnosti začlenění postiženého jedince do majoritní společnosti.⁵²

⁴⁹ Vysokajová, M.: Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení, s. 23-25.

⁵⁰ Koláčková, J., Kodymová, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými in Matoušek, O., (eds.): Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, s. 91.

⁵¹ Novosad, L.: Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, s. 71.

⁵² Tamtéž.

Handicapovaní lidé mají mimořádné a speciální potřeby – to je mylná teorie, kterou vytvořili zdraví jedinci na základě stigmatizace a předsudečného vnímání handicapovaných osob. Skutečnost je však taková, že potřeby handicapovaných osob se v zásadě neodlišují od potřeb zdravých lidí, ale výrazně se liší ve způsobu uspokojování a realizování těchto lidských potřeb. Jde totiž o to, že pro handicapované osoby jejich funkční nebo orgánová postižení představují významnou překážku, která jim brání v uspokojování jejich veškerých potřeb tak, jako to běžně dělá zdravá populace. Tento zásadní rozdíl je třeba si uvědomit a respektovat jej při práci s postiženými.

Není proto pravda, že by handicapovaní měli jiné, nadstandardní potřeby než – li zdraví jedinci. Potřeby handicapovaných jsou individuální, diferencované podle druhu a rozsahu jejich handicapu. Jelikož je skupina handicapovaných velmi heterogenní skupinou, také jejich potřeby jsou rozličné.

Pokud lidé nemohou své potřeby realizovat, vede to k frustraci a depresím, které zažívá při neuspokojení svých potřeb také člověk handicapovaný. Někteří postižení lidé se dokonce uzavírají do svého světa, překážky v realizaci jejich potřeb vedou k výkyvům nálad a pocitům bezmocnosti. Při vleklých a opakovaných potížích mohou tyto emoce vést až k problémům s integritou jedince. Handicapovaným lidem brání v uspokojování potřeb různé faktory (fyzické a sociální bariéry), které jim ***znemožňují participovat v běžném životě společnosti stejným způsobem, jako to dělají zdraví lidé.***⁵³

⁵³ Tamtéž.

4.3. Možnosti participace podle jednotlivých druhů postižení

Participace např. mládeže na společenském a politickém dění je jednou z významných složek fungování demokratické společnosti. Umožnit mladým lidem podílet se na rozhodovacích procesech (zejména těch, které se jich bezprostředně týkají) a aktivně je do těchto procesů zapojovat je tak cílem politiky jak národních států, tak i Evropské unie. Mladí lidé se vyznačují nejnižším zájmem o politické a veřejné dění. Tento nezájem je dán jak určitým celkovým „znehucením“ z politiky, tak právě i pesimistickým pocitem o možnostech a smysluplnosti vlastní participace, pocitem, že i když se aktivně zapojí, stejně nic nezmohou.⁵⁴

Participace vede děti a mládež k rozvoji komunikačních schopností a dovedností, schopnosti přijímat a zpracovávat informace, vede je k přijetí odpovědnosti za rozhodování a uvědomění si vlastních práv a povinností. Děti a mládež, které mají zájem o dění kolem sebe, dobrovolně přebírají spoluodpovědnost za dění ve společnosti. Získávají možnost vyjádřit se k tématům, které se jich týkají, čímž také dochází k posilování právního vědomí, vědomí budoucího plnohodnotného občana. Zapojit mladou generaci do veřejného dění znamená udělat krok k lepší budoucnosti. Přínosy jejich názorů pomáhají společnosti získávat novou dynamiku.⁵⁵

Co však zdravotně postižení? Jejich možnosti participace jsou odlišnější a jejich zapojení je mnohem náročnější než u nás, zdravých jedinců. I když se přístup k postiženým radikálně změnil, přesto o této oblasti víme stále velmi málo. Ale měli bychom se zajímat a snažit se pomoci, vždyť už třeba zítra na té samé straně můžeme stát i my.....

⁵⁴ Národní institut dětí a mládeže MŠMT, národní registr výzkumů o dětech a mládeži [online]. Dostupný na http://www.vyzkum-mladez.cz/registr_detail.php?kod=&lang=CZ&id=201.

⁵⁵ Národní parlament dětí a mládeže [online], dostupný na http://participace.cz//index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=86.

4.3.1. Druhy postižení a jejich návaznost na možnosti participace

Každé jednotlivé postižení handicapuje postiženého jedince jiným způsobem. Já se ve své práci chci zaměřit především na osoby s mentálním postižením, kteří jsou stěžejní klientelou ústavů pro zdravotně postižené jimž se chci podrobněji věnovat v části praktické. K mentálním postižením jsou však často přidrženy další vady, proto se zde pokusím stručně definovat nejčastější druhy postižení a skutečnosti vyplývající z těchto omezení.

Obor zabývající se problematikou sluchově postižených se nazývá surdopedie (řecky surdos tj. hluchý). Cílem surdopedie je komplexní péče o sluchově postižené. Pro účastnictví na životě společnosti je tedy nejtěžší bariérou komunikace. Sluchově postižení špatně vytvářejí mezilidské vztahy, trpí společenskou izolací. Oproti jiným zdravotně postiženým se vyčleňují ze společnosti.

Mají výrazné tendence vyčlenit se jako jistá národnostní menšina (vlastní jazyk, školy, kultura). Většina zdravotně postižených má jednu organizaci, neslyšící mají mnoho menších organizací. Dorozumívají se nonverbální sociální komunikací tj. mimikou, gesty, znakovým systémem apod. Vytváří si vlastní znakový jazyk, který má svou syntaxi i gramatiku, odlišnou od mluveného slova.⁵⁶

Dnešní moderní doba přináší pro tuto skupinu mnoho možností jak se účastnit na životě veřejném. Legislativa ČR se také snaží ulehčit situaci zdravotně postižených např. formou příspěvků a mimořádných výhod. V případě, že není přidruženo mentální postižení, mohou zcela samostatně vystupovat a jednat. ***S využitím všech dostupných zdrojů mohou žít plnohodnotný život a aktivně se participovat na životě veřejném.***⁵⁷

Velkou pomocí jsou dnes nové komunikační kanály a moderní technika zvláště počítače, internet apod. Neslyšící se sice stále ostýchají vstupovat do komunikace se všemi, ale i tak se jejich vztahová síť a sociálně kulturní obzory výrazně rozšiřují

⁵⁶ Renotířová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s. 175

⁵⁷ Tamtéž, s.179-188.

právě díky možnostem e-mailu, chatu nebo snadno dostupným informacím z internetu. Stále častěji se můžeme setkávat i s dalšími formami zpřístupňování mediálního obsahu pro sluchově postižené osoby: tlumočení televizního zpravodajství do znakové řeči, titulky pro neslyšící, teletext apod.⁵⁸

Dalším oborem je oftalmopedie, která se zabývá výchovou, vzděláváním a sociálním začleněním zrakově postižených do společnosti. Podoborem je tyflopédie (tyflo – slepec). Ztráta zraku nebo jeho výrazné omezení narušuje integraci jedince do společnosti. Zlepšují se však možnosti začlenění, od dětství je poskytována odborná pomoc – střediska rané péče, speciální mateřská škola, běžná mateřská škola se speciální třídou, integrace do běžné základní školy nebo ve speciálních třídách a další návazné vzdělání.

Pomocí Braillova písma dokáží nevidomí číst, mohou také poslouchat zvukové knihy, dále nacvičují sebeobsahu, samostatný pohyb. ***V případě, že handicap není doplněn mentálním postižením, se mohou zrakově postižení účastnit života veřejného a bez větších obtíží rozhodovat o sobě samých.***⁵⁹

Zrakem získáváme až 90 % všech dostupných informací. Jeho snížení či absence je tedy závažným problémem. Významnými pomocníky jsou jak kompenzační pomůcky, tak pomůcky na bázi PC tj. speciální hardware (digitální zvětšovací lupy, elektronické zápisníky, hmatové displeje, speciální tiskárny apod. a speciální software (hlasové výstupy, softwarové lupy, programy pro zpracování tištěného textu, programy se speciálními funkcemi). Významný je také Pichtův psací stroj, diktafon a všeobecně známé pomůcky jako je bílá hůl, speciální hodinky, teploměry atd.⁶⁰

Tělesné postižení přetrvávající nebo trvalé nápaditostí, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, sociální a emocionální výkony. Příčinou je poškození pohybového nebo podpůrného aparátu nebo jiné organické poškození. Somatopedie se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným

⁵⁸ Slowík, J., Speciální pedagogika, s. 82.

⁵⁹ Renotířová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s. 191-206.

⁶⁰ Slowík, J., Speciální pedagogika, s. 63.

postižením. *Pro participaci mají pohybové potíže značný význam, jedinec se může cítit společností ostrčený a znevýhodněný.* Překážkou je také to, že ne na všechna místa se může takto postižený jedinec přepravit. Má však možnosti se prosazovat a ovlivňovat svůj život nezávisle na ostatních.⁶¹

Zcela zásadním problémem lidí s tělesným postižením je tedy jejich omezená mobilita a invalidita. Mnozí tělesně handicapovaní lidé pociťují velmi markantní rozpor mezi vlastní psychickou nezávislostí a třeba i naprostou fyzickou závislostí na péči nebo podpoře poskytované druhými lidmi.

Přestože je pohybové nebo zdravotní omezení velmi závažným handicapem, společenská integrace takto postižených je relativně snazší oproti případům lidí s jinými druhy postižení. Dokonce i respektování určitých společenských pravidel vůči zdravotně postiženým občanům nabývají na důležitosti. Tento respekt je ovšem stále povětšinou povrchní a neznamená skutečné porozumění situaci tělesně postižených a jejich potřebám. S nepochopením se setkávají často také na úřadech a při oficiálním osobním kontaktu, kde by za normálních okolností byli být přijímáni jako partneři v jednání. Mají pocity méněcennosti, když s nimi okolí jedná, jako by zdravotní postižení znamenalo automaticky také handicap mentální a komunikační.⁶²

Z hlediska umožnění principu participace je nejvýraznějším problémem mentální retardace. Je to vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti. Je to vrozený nebo získaný defekt rozvoje rozumových schopností, nedosažení odpovídajícího stupně mentálního vývoje vzhledem k věku. Jde o trvalý stav.

Nejvýraznějším rysem i z hlediska participace je celkové snížení intelektových schopností (schopnost myslet, učit se, přizpůsobit se požadavkům okolí. Mentálně postižený jedinec potřebuje vždy někoho, kdo bude dohlížet na jeho činnosti. Není schopen posoudit následky svých činů. Není možné mu tedy předat zodpovědnost za vlastní život. Může se do jisté míry aktivně účastnit – participovat např. na chodu

⁶¹ Renotiérová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s. 209.

⁶² Slowík, J.: Speciální pedagogika, s. 104.

zařízení ústavní péče, ale možnosti jsou velmi omezené a musejí být pečlivě uzpůsobeny rozumových schopnostem daného jedince za nutnosti stálého dohledu a pomoci druhé osoby.⁶³

Ze všech možných druhů postižení je právě mentální handicap obecně vnímám jako nejméně přijatelný. Zvláště lidé s těžkým mentálním postižením pociťovali ještě v nedávné době podoby výrazně segregáčního přístupu k vlastní existenci.⁶⁴

S mentální retardací se často pojí kombinované postižení (především dětská mozková obrna), které je typické tělesnou neobratností, nerovnoměrným vývojem, zvýšenou pohyblivostí a neklidem, nesoustředěností, střídáním nálad, výkyvem v dušení činnosti apod. Často jsou v kombinaci duševní vývoj a snížený intelekt, provázené poruchami řeči, chování, epileptickými záchvaty, smyslovými postiženími.⁶⁵

S mentální retardací úzce souvisí také obor nazývaný logopedie (řecky logos znamená slovo). Je to obor, který se zabývá fyziologií a patologií komunikace lidskou řečí (rozvoj řeči, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe). Cílem je logopedické potíže odstranit, překonat nebo alespoň v maximální možné míře zredukovat narušenou komunikační schopnost, předcházet jejím poruchám a rozvinout ji.

Řeč je specifickou lidskou vlastností, která slouží ke sdělováním myšlenek, pocitů, přání a to verbálně i neverbálně. ***Základním sdělovacím prostředkem je řeč mluvená. Je společensky podmíněna, čerpá podněty ze společenského prostředí, zde se také realizuje. Je tedy výrazným prostředkem pro participaci jedince.*** Jejím omezení dotyčného buď zcela vyřazuje (stud, špatná výslovnost, neochota druhého naslouchat) nebo velmi značně omezuje. Je třeba co nejrychlejší odborná pomoc, aby nedošlo k nenapravitelným změnám. Také lidem s mentálním postižením je třeba poskytnout

⁶³ Renotiérová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s.161-162.

⁶⁴ Slowík, J.: Speciální pedagogika, s. 118.

⁶⁵ Renotiérová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s. 216-117.

logopedickou péčí. V resortu MPSV je poskytována jako součást komplexní rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb.⁶⁶

Tito lidé často končí v ústavech sociální péče. Jejich kvalita a možnosti se neustále zlepšují a umožňují postiženým lidem žít důstojný život a aktivně se účastnit na životě okolo nich. Při návštěvě většiny ústavů pro postižené lze zjistit, že postižení jsou v průměru znatelně spokojenější než ostatní lidé. Také oni přitakávají svému životu a nikdo z nás nemá právo jim tento statek upírat. Důstojnost lidské existence spočívá podstatně v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat.⁶⁷

Z výše uvedeného je zřejmé, že každý handicap omezuje možnosti participace jiným způsobem. Aktivita a vlastní činnost samotných lidí se zdravotním postižením může velmi pozitivně ovlivnit vnímání naší majoritní společnosti, a také velmi výrazně posílit vliv této skupiny občanů na dění v okolním světě. V současné době je zdůrazňována především změna v přístupu k lidem s postižením. A tak, že již nejsou pouhé objekty, o jejichž osudu rozhodují jiní, ale preferuje se přístup, který aktivizuje potenciál člověka s omezením a dává prostor k jeho uplatnění. V této souvislosti je zdůrazňován význam svépomocných i profesionálních nestátních organizací zastupujících zájmy lidí se zdravotním znevýhodněním.

A lidmi žijícími v domovech pro osoby se zdravotním postižením se budu zabývat ve své praktické části. Především skupinou mentálně postižených a lidmi s kombinovaným postižením, kteří jsou nejčastějšími klienty daných zařízení.

⁶⁶ Renotiérová, M., Ludíková, L. a kolektiv: Speciální pedagogika, s. 170.

⁶⁷ Rotter, H., Důstojnost lidského života; Základní otázky lékařské etiky, s. 25.

II. Praktická část

1. Praktický výzkum

1.1. Popis cílového souboru

Pro téma své bakalářské práce „Rozvoj principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina“ jsem si zvolila jako cílový soubor vedoucí pracovníky domovů pro zdravotně postižené v našem kraji. Všech devět těchto zařízení bylo v rámci provedeného výzkumu osloveno a díky jejich spolupráci jsou získané poznatky dále analyzovány a zpracovávány.

Výzkumnou metodu pro svou práci jsem zvolila kvantitativní a jako nástroj sběru dat byl použit standardizovaný dotazník. Otázky jsem se snažila formulovat tak, aby byly jasné a srozumitelné a to z toho důvodu, aby nedocházelo ke zkreslování poskytovaných informací.

I v dotazníkovém šetření je prostor pro vyjádření vlastních názorů a především pro získání informací, které by mě samotnou při přípravě dotazníku nenapadly. Praxe vypadá vždy jinak než teorie a tato forma pro mě byla ta nejlepší možnost, jak se dozvědět i ty informace, které v literatuře popsány nejsou.

Postup byl u všech zařízení stejný. Nejdříve jsem oslovila ředitele daného zařízení (jednotlivá zařízení byla vyhledána v registru poskytovatelů sociální péče kraje Vysočina), protože bez jejich souhlasu ke spolupráci by nebyla realizace výzkumu možná. Vyplnění dotazníků se aktivně zúčastnilo osm vedoucích pracovníků domovů, pouze v jednom případě byl předán k vyplnění sociálním pracovním daného domova, což na výsledku nemá podle mého názoru žádný vliv. Vedoucí pracovníci byli velmi ochotní a bez jejich pomoci by nemohla tato část mé práce vzniknout.

1.2. Nástroj sběru dat

Jako nástroj sběru dat byl zvolen dotazník. Dotazníky byly jednotlivých respondentům distribuovány po předchozí domluvě e-mailem, do některých zařízení i osobním předáním. V některých zařízeních proběhl osobní rozhovor i s klienty.

Dotazníky byly distribuovány do domovů pro osoby se zdravotním postižením v kraji Vysočina a to jmenovitě: Diagnostický ústav sociální péče Černovice, Diakonie ČCE – středisko v Myslibořicích, Dům sv. Antonína v Mor. Budějovicích, Ústav sociální péče pro mentálně postižené Těchobuz, Ústav sociální péče Jinošov, Ústav sociální péče Křižanov, Ústav sociální péče Ledec nad Sázavou, Ústav sociální péče Lidmaň a Ústav sociální péče Zboží.

1.3. Harmonogram výzkumu

Distribuce a sběr dotazníků probíhal od 01.01.2010 – 31.01.2010, poté proběhlo jejich zpracování a následná analýza získaných informací.

2. Jednotlivé hypotézy výzkumu

- ✓ Hypotéza 1: Princip participace klientů je v daném zařízení aktivně uplatňován.
- ✓ Hypotéza 2: Na míru uplatňování participace klientů zařízení má významný vliv počet zdravotně postižených klientů a také zřizovatel zařízení.

- ✓ Hypotéza 3: Zařízení uplatňují participaci klientů i při plánování volnočasových aktivit.
- ✓ Hypotéza 4: Jednotlivá zařízení mají zájem o rozšíření stávající formy participace svých klientů.

3. Analýza získaných informací

3.1. Princip participace je ve všech oslovených zařízeních aktivně uplatňován

Dle závěrů vyplývajících ze zpracovaného výzkumu na téma zdravotně postižení dle ČSÚ vyplývá, že v naší republice žije odhadem 1 015 548 zdravotně postižených osob tj. asi 9,87 % všech obyvatel. Přesný počet není znám z toho důvodu, že není možné udělat souhrnnou statistiku zdravotně postižených. Tento údaj dle Zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, představuje tzv. citlivý údaj a ten je možné zpracovávat jen se souhlasem subjektu, jehož se týká. Je tedy zřejmé, že veškeré statistiky jsou víceméně zprostředkované.

V ústavní péči žije dle přibližné statistiky zhruba 54 323 zdravotně postižených jedinců.⁶⁸ Toto číslo jistě není malé a klienti si zaslouží veškerou možnou péči, která by v rámci možností nahradila rodinné prostředí klientů. Údaje pouze pro kraj Vysočina nejsou známy, nadále tedy budu, co se počtu klientů v domovech pro zdravotně postižených týče, vycházet z výsledků svého provedeného dotazníkového šetření.

Na základně provedeného dotazníkového šetření byla zjištěna velmi významná skutečnost a to, že *princip participace je v zařízeních oslovených v rámci mého*

68 ČSÚ - Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07 v online verzi dostupné na <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>.

výzkumu aktivně uplatňován. Tato skutečnost je asi nejvýraznější skutečností celého výzkumu. Dokazuje tak opravdovou změnu v přístupu ke zdravotně postiženým jedincům v našem kraji. Klienti již nejsou pouhými loutkami v rukou personálu. Mají svá vlastní práva a možnosti, jak se prosadit a tyto možnosti jsou jim personálem potažmo vedením domova umožňovány.

Tato skutečnost je o to významnější, že se téměř ve všech zařízeních jedná o klientelu mentálně postižených občanů popř. o klientelu smíšenou se seniory. Práce s touto cílovou skupinou je velmi náročná a veškeré aktivity se musejí složitě přizpůsobovat jejich rozumových schopnostem. U smíšených zařízení je situace ještě složitější o korigování soužití a společných i specifických aktivit všech obyvatel domova.

Velmi rozdílnou oblastí jsou dílčí možnosti participace, které jsou v jednotlivých zařízeních umožňovány. Každé zařízení je trochu jiné a jiné jsou tedy i možnosti a aktivity zprostředkovávané klientům. Podrobněji budou i s dalšími indikátory rozpracovány v následujících kapitolách.

Na otázku č. 4 viz. příloha č. I – Dotazník, jakou formou uplatňují účast klientů na provozu svého zařízení odpověděly 2/3 dotázaných tou možností, že klienti vzhledem ke svému handicapu (mentální postižení a k němu přidružené další kombinované vady) nejsou schopni účastnit se na chodu organizace.

Zbylé tři zařízení uvedly, že se zdravotně postižení podílejí na chodu daného zařízení formou členství ve voleném výboru obyvatel, další možností byla ta, že se zástupci zdravotně postižených účastní pravidelných porad výboru obyvatel s ředitelem domova a poslední odpověď domova pro zdravotně postižené byla nejobsáhlejší.

Byla zde uvedena možnost účasti na stravovací komisi, dále účast na pravidelných schůzkách, na kterých mohou sdělovat pověřeným pracovníkům svá přání a připomínky k chodu zařízení. Dále stále v tom jednom konkrétním zařízení mohou sdělovat jakékoliv své podněty a připomínky k chodu organizace

prostřednictvím svého klíčového pracovníka nebo písemnou formou (pokud jsou alespoň v omezené míře schopni psaného projevu) do schránky přání a stížností.

Z výše uvedeného by se mohlo zdát, že ostatních šest zařízení žádnou účast svých klientů na chodu zařízení neuplatňuje. V dotazníkovém šetření však všechna oslovená zařízení na otázku č. 7. Naše zkušenosti se zapojováním klientů do chodu organizace jsou: pozitivní, spíše pozitivní, spíše negativní, negativní, jiné a na otázku č. 8. Návrhy obyvatel hodnotíte jako: podnětné, spíše podnětné, spíše nepodnětné nebo jiné odpověděla následovně:

Zkušenosti všech devíti domovů se zapojováním jejich klientů do chodu zařízení jsou spíše pozitivní a návrhy svých obyvatel hodnotí jako spíše pozitivní, v jednom případě jenom pozitivní. Nebyla zde zaznamenána žádná negativní reakce ani jiná možnost, kde by bylo zdůvodněno např. to, proč vedení domova nebere nebo nemůže brát na připomínky svých obyvatel zřetel.

Tato skutečnost dokazuje, že i v těchto zařízeních je uplatňována jistá forma participace a to poměrně dosti významně. Klienti sice nejsou organizováni do výborů, rad či jiných sdružení, ale je jim nasloucháno a jejich příspěvky a návrhy jsou vyhodnocovány a v rámci možností daného zařízení i uplatňovány, pokud jsou vyhodnoceny jako přínosné.

Klienti oslovených zařízení jsou vesměs mentálně postižení. Tato skupina je velmi obtížně zvladatelná a její intelektové schopnosti jsou na různé úrovni. Nejde tedy jistě veškeré jejich připomínky a názory zohledňovat, protože nejsou schopni plně posoudit důsledky svého jednání. Často jsou i zbaveni způsobilosti k právním úkonům nebo je jejich způsobilost omezena.

To však neznamená, že z jejich podnětů nemohou vyplynout na povrch zajímavé skutečnosti, které umožní přizpůsobit chod zařízení, samozřejmě v rámci příslušných zákonů a ty jsou často velmi svazující a omezující, lépe jejich vlastním představám. Oni jsou přímými aktéry dění v domově a vidí svůj pobyt z druhé strany oproti vedoucím, pečovatelům a dalším pracovníkům.

A právě tento pohled může být velmi přínosný. Důležitá je oboustranná komunikace a hlavně důvěra. I mentálně postižený jedinec velice citlivě rozpozná, jak k němu druhý člověk přistupuje. Sama jsem se mnohokrát při své dosavadní praxi přesvědčila, že jejich „šestý smysl“ je často mnohem citlivější než u nás, zdravých jedinců. Arogance a povyšování k ničemu dobrému nikdy nevede. Je velmi pozitivní, že je uplatňován dialog a ne monolog. Jen vzájemná spolupráce může vésti ke spokojenosti obou stran. Je vždy mít na paměti, že je třeba respektovat důstojnost každého jedince. Není naší zásluhou, že jsme se narodili zdraví a je tedy naší povinností pomáhat k co největší soběstačnosti ostatním.

Tato skutečnost je často obsažena již v mottech, která mají jednotlivá zařízení na svých webových stránkách a jiných propagačních materiálech. Pro zajímavost uvádím dvě z nich: Diagnostický ústav Černovice: „*Starajíce se o štěstí druhých, nacházíme své vlastní.*“, ÚSP Těchobuz „K tomu, aby člověk dobře viděl, nestačí mít otevřené pouze oči. K tomu je potřeba otevřít srdce.“ (Cézanné)

Samotná slova samozřejmě nic tak podstatného neznamenaají, ale i při osobních návštěvách jednotlivých zařízení je patrná spokojenost klientů a vstřícný postoj personálu k jejich potřebám. Mnohé z nich získaly ocenění týkajících se kvality poskytovaných služeb pro jejich klienty, což také o mnohém vypovídá.

Domov je často skutečně jediným domovem, který klienti mají. Často jinou rodinu nemají, nebo se o ně nechtějí či nemohou postarat. Je tedy velmi důležité, aby se cítili součástí domova. Tuto skutečnost si třeba mnozí z nich ani neuvědomují, ale pro jejich psychickou pohodu je důležitá. Každý potřebuje mít svůj „pocit důležitosti“, že třeba jeho nápad byl alespoň částečně realizován, že byl pochválen, jeho výrobek či obrázek byl oceněn.

Život se často skládá z maličkostí a právě mentálně postižení lidé si jej často umí vychutnat lépe než my. I drobná pozornost, hezké slovo, projevený zájem, to všechno jsou věci, které umí velmi ocenit a projevená radost a spokojenost, je tou největší odměnou za projevené úsilí. Hypotéza č. 1 se tedy výzkumem víceméně potvrdila.

3.2. Počet klientů v zařízení není pro uplatnění principu participace příliš významným indikátorem

Je počet klientů v domově nějak výrazněji důležitý pro uplatňování principu participace? I na tuto otázku jsem se snažila pomocí dotazníkového šetření získat odpovědi a z nich vyvodit příslušné závěry.

Předem se již dá teoreticky předpokládat, že zařízení, kde je nižší počet klientů, budou zařízení mnohem více rodinného typu než ta zařízení, kde je velký počet klientů. V malých zařízeních je většinou rodinnější atmosféra, lidé se navzájem mnohem lépe znají. Většinu věcí dělají spolu a jsou automaticky aktivně zapojováni do chodu zařízení.

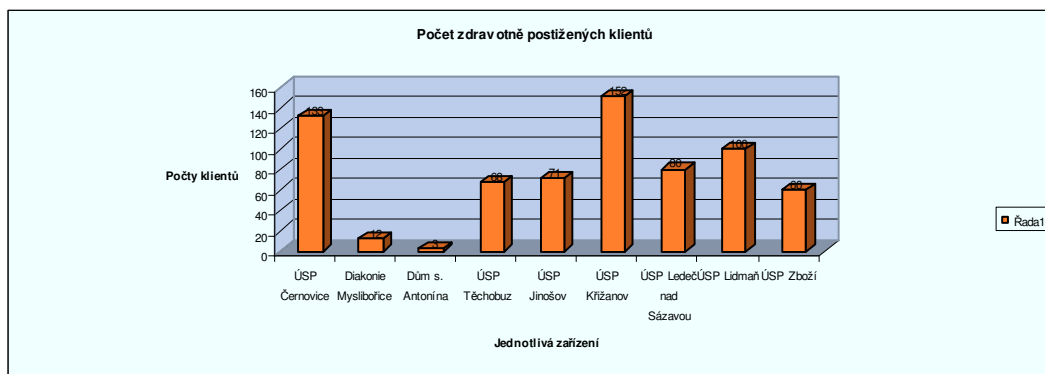
Oproti tomu v zařízení s velkým počtem klientů se dá předpokládat, že zde nebudou tak blízké vztahy. Lidé se navzájem tolik neznají, je zde větší anonymita. Je tedy možné, že v těchto zařízeních bude uplatňována spíše organizovanější forma participace, kde jsou zájmy klientů hájeny a prezentovány spíše prostřednictvím volených zástupců do rady, výboru či jiného sdružení obyvatel.

Jak je tomu skutečně ve vybraných zařízeních v kraji Vysočina se pokusím odpovědět v následujícím textu. Pro přehlednost zde uvádím tabulku i graf, kde jsou uvedeny skutečné počty zdravotně postižených v oslovených zařízeních. Údaje jsou to značně rozdílné, liší se v řádech desítek klientů.

Tabulka č. 1

ÚSP Černovice	Diakonie Myslibořice	Dům sv. Antonína	ÚSP Těchobuz	ÚSP Jinošov	ÚSP Křižanov	ÚSP Ledeč n.S.	ÚSP Lidmaň	ÚSP Zboží
133	12	3	68	71	152	80	100	60

Graf č. 1



Počty klientů jsou tedy značně různé. Různé jsou i přístupy, které jsou v daných zařízeních ke klientům uplatňovány. Osobně jsem byla velmi překvapená výsledkem z Domu sv. Antonína v Mor. Budějovicích, kde žije nejnižší počet zdravotně postižených klientů – 3, zbylou část tj. 85 klientů tvoří senioři. Pan ředitel Chloupek v dotazníku odpověděl, že sice nemají přímo radu, ale zdravotně postižení se účastní pravidelných porad výboru obyvatel s ředitelem domova, i když nejsou přímo jeho členy. Členy výboru jsou senioři, protože se jedná o zařízení smíšeného typu. Zde bych právě vzhledem k velmi nízkému počtu klientů, jejichž společným handicapem je mentální postižení v kombinaci s dalšími vadami, očekávala, že se nebudou aktivně účastnit např. na poradách a budou spíše pasivně očekávat pokyny personálu domova bez vlastního výraznějšího zapojení.

Také Diakonie ČCE v Myslibořicích vykázala velmi zajímavý výsledek. Zde žije 12 obyvatel se zdravotním postižením z celkového počtu 169-ti klientů, kteří obývají domov pro seniory a pečovatelský úsek. I přes velmi nízký počet zdravotně postižených klientů je zde patrná výrazná snaha o jejich zapojení do chodu organizace.

Zdravotně postižení jsou spolu se seniory voleni do výboru obyvatel a mají tak možnost se účastnit porad vedení domova. Neúčastňují se všech porad, volí svoji účast podle aktuálního programu schůzí a témat, která jsou na nich projednávána.

Samotný výbor obyvatel se běžně schází 1x za čtvrtletí, pokud nenastane nějaká významná událost, která si žádá mimořádné svolání výboru obyvatel.

Dalších sedm zařízení již má podstatně vyšší podíl zdravotně postižených (nejnižší stávající počet je 60 obyvatel). Avšak z těchto zbylých zařízení je participace např. formou rady či výboru uplatňována pouze u dvou těchto zařízení. Osobně jsem čekala mnohem vyšší počet, téměř stoprocentní. Frekvence setkávání se také výrazně liší: v jedné instituci je to 1x za měsíc a ve druhé pouze 1x za půl roku. Ve druhém případě jde tedy víceméně o formální záležitost.

Zbylá zařízení žádnou podobnou formu participace neuplatňují navzdory vysokému počtu obyvatel. Nelze tedy na základě zjištěných skutečností říci, že by měl počet klientů nějaký výrazný vliv na tuto skutečnost. Vždy záleží na konkrétním typu zařízení a také na jeho vedení. Ne každý se k otázce zapojení klientů staví stejně.

Druhou variantou je také to, že klienti sami nemají přílišný zájem tímto způsobem vstupovat do vztahů s vedením domova. Z dotazníků, kde byla uvedena rada či výbor vyplynulo, že se účastní pouze některých porad a v jednom případě, že se z vlastního rozhodnutí spíše nezúčastňují.

Tato skutečnost je však také indikátorem toho, že klienti se cítí spokojeni a nemají žádnou výraznější potřebu se projevat a zasahovat aktivně do chodu daného zařízení. Zvláště klienti mentálně postižení nemají často takové nároky jako „normální“ duševně zdraví lidé. Často jsou výrazně spokojenější se svým životem v daném zařízení než je jejich okolí. Tím spíše, že se podmínky pro život v ústavech či nově domovech sociální péče výrazně zlepšily a to nejenom změnou legislativy, ale především změnou přístupu naší společnosti. Život těchto lidí již není tabu, veřejnost se poměrně dosti zajímá o jejich podmínky k životu a všechny tyto skutečnosti mají na život klientů dílčí vliv.

Za zajímavý poznatek považuji také zmíněnou možnost využít svého klíčového pracovníka, jehož prostřednictvím mohou klienti předávat své podněty vedení domova. Tento člověk může být pro klienty velmi důležitý. Vědí, že se mohou se svými problémy obrátit právě na něj. Je jim srozumitelně vysvětleno, kdo je tento

pracovník a že se na něj mohou s veškerými osobními záležitostmi obrátit. Není to jenom o tom, že formálně je někdo určen, aby byla naplněna litera zákona, a ve skutečnosti funguje pouze na papíře. Mentálně postižení jedinci potřebují dohled a pomoc po celý svůj život.

3.3. Zřizovatel zařízení a jeho vliv na uplatňování participace

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila také na oblast té problematiky, zda má při uplatňování principu participace nějaký vliv zřizovatel daného zařízení. Vycházela jsem z té skutečnosti, že může být odlišný přístup k problematice u zařízení především církevního a státního typu.

V církvi je lidská důstojnost přiznaná člověku při jeho narození po staletí hluboce zakořeněná. Spíše na státní úrovni byly s uznáním této skutečnosti značné problémy a celé naší společnosti trvalo dosti dlouho, než se zbavila určitých předsudků. I když se situace značně změnila k lepšímu, je stále ještě mnoho co zlepšovat a máme všichni před sebou ještě dlouhou cestu.

Kalkulovala jsem i s tou skutečností, že kraj Vysočina je na druhém místě v porovnání míry religiozitou ve všech krajích ČR. Kraj Vysočina dle posledního sčítání lidu v roce 2001 vykázal podíl věřících osob ve výši 46,1 %. Vyšší míra byla zjištěna pouze ve Zlínském kraji. Duchovní hodnoty mají tedy na území našeho kraje výraznou tradici.⁶⁹

Z oslovených zařízení jsou pouze dvě církevního typu a to jmenovitě Dům sv. Antonína a Diakonie ČCE – středisko v Myslibořicích. Zřizovatelem dalších sedmi zařízení je kraj Vysočina. Z toho množství se jistě nedají vyvozovat žádné obecné závěry, přesto mi přišlo zajímavé tyto skutečnosti porovnat.

⁶⁹ Vysočina – tématický atlas, KÚ ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci, s. 4. [online]. Dostupný na http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/zobraz_dok.asp?id_org=450008&id_ktg=300333&p1=4569.

V obou církevních zařízeních je uplatňována forma participace obyvatel na chodu domova prostřednictvím výboru obyvatel, kam jsou voleni společně se seniory. Obě zařízení jsou shodná i tím, že se nejedná o klientelu pouze pro zdravotně postižené, ale o klientelu smíšenou se seniory.

Oproti tomu však např. ÚSP pro mentálně postižené muže v Jinošově vykázal největší aktivitu, co se týče začleňování svých klientů do chodu zařízení – jmenovitě: účast na stravovací komisi, pravidelné schůzky, na kterých mají možnost sdělovat pracovníkům svá přání a připomínky, další možnost prostřednictvím klíčového pracovníka nebo písemnou formou do schránky stížností. Také v ÚSP v Lidmani je ustanovená rada zdravotně postižených, i když se schází poměrně sporadicky.

Ostatní zařízení žádnou takovouto formu participace nevykazují. Všechny se však aktivně zajímají o připomínky a podněty svých klientů a snaží se na ně dle svých aktuálních možností reagovat. Zajisté nelze vyhovět všem připomínkám, zvláště u typu klientely mentálně postižených jedinců, kdy připomínky a podněty odpovídají rozumových schopnostem jednotlivých klientů a je nutné je často velmi výrazně selektovat, protože přání jsou často nereálná a nadsazená.

Nelze tedy objektivně říci, že právě skutečnost, že je zřizovatelem církevní organizace či kraj má nějaký klíčový význam pro uplatnění principu participace. Tato skutečnost vychází spíše z aktivity jednotlivých ředitelů i dalších pracovníků, kteří se svým klientům každý den věnují a snaží se jim zajistit co nejlepší podmínky pro život v daném zařízení. V církevních zařízeních je větší důraz na zachování tradičních náboženských hodnot a na život v souladu s Boží vůlí. Je zde větší účast duchovních i pastoračních asistentů, pravidelné mše apod. Tyto možnosti však umožňují být v omezenějším rozsahu i ostatní zařízení a je tedy zřejmé, že respektují vyznání a osobnost svých klientů.

Na základě získaných informací zpracovaných v obou předchozích kapitolách nelze s určitostí říci, že by počet klientů v daném zařízení a zřizovatel domova měli nějaký významnější podíl na participaci klientů. Tato hypotéza se tedy zcela nepotvrdila.

3.4. Domovy vykazují poměrně velkou aktivitu při informování svých klientů o událostech týkajících se chodu daného zařízení

Participace, jak již bylo zmíněno, souvisí také výrazně s lidskými právy. A jedním ze základních práv každého z nás je také právo na informace. Klienti mají právo vědět, co se děje v jejich zařízení, protože veškeré změny a události se potom logicky dotýkají i jich samých. Samozřejmě si vzhledem k myšlenkových schopnostem zcela nebo vůbec neuvědomují, jaká jsou jejich práva a z nich také vyplývající určité povinnosti. To však není žádným objektivním důvodem k jejich nerespektování.

Je mnoho různých možností jak podporovat komunikaci mezi vedením domova a klienty. Z mého výzkumu vplynuly jako nejčastěji využívané možnosti vzájemné komunikace tyto: svolání schůze s účastí všech obyvatel, formou nástěnky na veřejně přístupném místě, prostřednictvím klíčového nebo sociálního pracovníka, prostřednictvím rady nebo výboru zdravotně postižených, přímo uživatelům v jednotlivých bytech a na pravidelných setkáních v jednotlivých komunitách.

Jednoznačně preferována je tedy z výše uvedeného možnost osobní komunikace. Je zajisté tou nejúčinnější a nejlepší formou komunikace, zvláště s mentálně postiženými. Každá z uvedených možností má své klady i zápory.

Údaje uvedené např. na nástěnce na veřejně přístupném místě sice nejsou špatnou možností, ale ne každý z klientů domovů je schopen informaci přečíst a hlavně porozumět jejímu obsahu. Tato forma se tedy dotýká pouze klientů např. s lehčí formou mentální retardace a u zařízeních smíšených se seniory, kteří mají dostatečné duševní schopnosti ke čtení a porozumění psanému textu.

Z mého pohledu sociálního pracovníka se mi jako nejlepší jeví možnost předávání informací jednotlivcům samotným nebo menším skupinám či komunitám. Je zde dostatečný prostor pro vysvětlení daného problému či stávajících nejasností. Klienti se také neruší navzájem jako při větším společenství.

Z hlediska mentálního handicapu se nedá příliš spoléhat na to, že informace budou předány ostatním obyvatelům domova tak, jak byly zamýšleny vedením domova. Je jistě lepší předávání relevantních informací „pojistit“ druhou osobou, která má s klienty blízký vztah a je jim schopna informace předat. I z tohoto důvodu je důležitou osobou klíčový pracovník či sociální pracovník, který se může věnovat intenzivněji menší skupince klientů. Personální možnosti jsou však často nedostačující a není zdaleka tolik času pro individuální práci s klienty, kolik by bylo skutečně potřeba.

Poměrně velká pozornost je také věnována tomu, aby klienti zvládli komunikaci i se svým okolím např. prostřednictvím sítě internet nebo mobilního telefonu. Klienti, kteří mají lehčí formy mentální retardace zvládají základní obsluhu PC, dokáží se např. připojit na chat a zúčastňují se internetových diskuzí, komunikují s rodinou nebo také s partnery a známými, které získaly např. během setkání či společenských akcí pořádaných jejich či ostatními zařízeními.

Klienti také přispívají písemně či obrázky do časopisů vydávaných daným zařízením a občas také do oblastních zpravodajů. I tím zvyšují povědomost o jejich zařízení a vlastním životě a pomáhají tak komunikaci mezi nimi a okolním světem. Domov je tak lépe integrován do obce a lidé mají povědomí o činnostech, které jsou v daném zařízení provozovány. Napomáhají také dny otevřených dveří, které jsou pravidelně otevírány ve všech oslovených zařízeních a těší se hojně účasti široké a nejen místní veřejnosti.

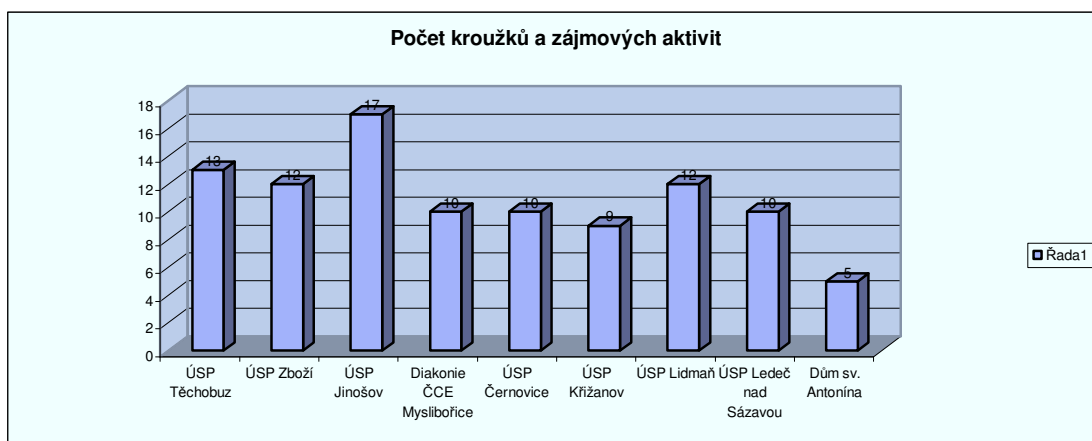
3.5. Volnočasové aktivity a míra participace ve vybraných zařízeních

Participace souvisí také velmi významně s problematiku trávení volného času. Naštěstí i v ústavech sociální péče již je poměrně dosti bohatá nabídka aktivit, na kterých se zdravotně postižení klienti mohou podílet. Jednotlivé aktivity jsou pečlivě vybírány klientům na míru. Vždy musí být samozřejmě zajištěn odborný dozor.

Klienti mohou volně vstupovat do jednotlivých kroužků a v případě nezájmu o danou činnost z nich také vystupovat. Tyto aktivity jsou nedílnou součástí života klientů. Napomáhají nejenom rozvoji tvořivosti, ale upevňují i vzájemné vztahy. Výrobky jsou prodávány na výstavách, veletrzích pro zdravotně postižené, při dnech otevřených dveří a při mnoha dalších příležitostech. Částky jsou to víceméně symbolické, ale přispějí do rozpočtu a pomohou uradit např. další materiál pro výrobu.

Jaký je však v domovech rozsah participace klientů ve volnočasových aktivitách? I na tuto skutečnost jsem se snažila získat odpovědi ve svém výzkumu. Bylo zjištěno, že ve všech zařízeních figurují jak stálé kroužky a jiné zájmové aktivity, tak jednorázové akce. Nabídka je velmi bohatá a každý z klientů si může vybrat tu svou, která je právě pro něj ta pravá. Známý jsou především uklidňující účinky prostřednictvím působení zvířat. I péče o drobná domácí zvířata má velmi dobrý vliv a pomáhá převzít zodpovědnost. Klienti se učí, že je třeba se o zvířata postarat a že nejsou jen na hraní, ale jsou s nimi spojeny i povinnosti. Přehled počtu kroužků a jiných aktivit je znázorněn v následujícím grafu č. 2.

Graf č. 2



Z výše uvedeného je zřejmé, že rozsah aktivit je značný. Nejsou zde započítávány jednorázové akce, jako např. oslavy narozenin, plesy, maškarní apod. Podstatnou skutečností je však především to, že klienti mají možnost ovlivňovat chod jednotlivých akcí a volit si ty, o které mají největší zájem.

Na otázku č. 11 znění: Mohou si klienti vybrat, jakou aktivitu chtějí vykonávat? Odpovědělo shodně všech 9 zařízení, že klienti si mohou volit aktivity podle svého přání a nejsou tedy k žádným aktivitám nuceni.

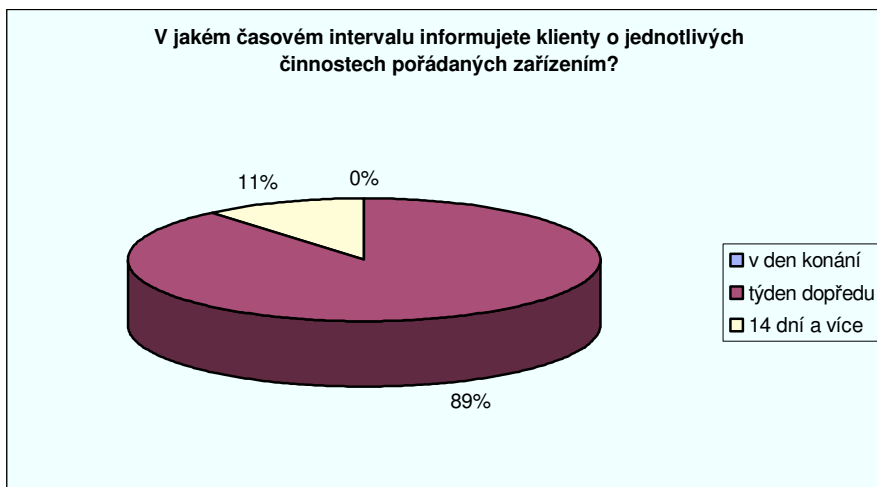
Také na otázku č. 12: Dáváte klientům možnost rozhodovat o programu např. výletu nebo hry? Pokud ano, napište stručně, jak. I zde byly zvoleny všemi zařízeními pouze dvě možnosti a to možnost ano a spíše ano. Klienti převážně rozhodují formou hlasování o možnostech aktivit, které jim předkládají pověřeni pracovníci organizující akci.

Je samozřejmé, že vzhledem k typu postižení není možné svěřit klientům např. organizaci výletu nebo celé hry, ale je dobré je aktivně zapojit do rozhodovacího procesu a dát jim možnost se vyjádřit k tomu, co chtějí, aby se za akce podnikalo.

Vesměs ve všech zařízeních se tyto aktivity setkávají s velkou odezvou, klienti hojně navštěvují kroužky, starají se o domácí zvířata apod. S velkým nadšením se zúčastňují akcí pořádaných domovem. Navštěvují se také navzájem různá zařízení mezi sebou. Oslovená zařízení však mezi sebou nespolupracují, mají uzavřená jiná partnerství, která utužují pravidelnými akcemi.

Jedinou menší rezervu jsem shledala v otázce č. 13 – tj. V jakém časovém intervalu informujete klienty o chystaných činnostech? Jaké byly odpovědi je zobrazeno v následujícím grafu. č. 3.

Graf. č. 3



Ze zobrazeného grafu je zřejmé, že drtivá většina oslovených zařízení informuje své klienty po pořádaných akcích pouze zhruba jeden týden dopředu. Osobně se mi tento časový interval zdál zprvu velmi krátký a nedostatečný. I mentálně postižení klienti mají své aktivity, mohou čekat návštěvu nebo jet sami k rodině na dovolenku apod. Tuto otázku jsem z tohoto důvodu dodatečně telefonicky konzultovala s řediteli oslovených zařízení.

Vesměs mi byla všemi sdělena podstat pořád ta stejná informace a to: tato skutečnost je dána pouze tím, že klienti jsou vždy velmi rozrušení a netrpěliví. Když se dozví, že se bude pořádat nějaká podobná akce, tak se neustále chodí ptát, kdy už to bude, kdy se pojedě, kam, co se tam všechno bude dít atd. Tato skutečnost je jakýmsi, byť příjemným, narušením jistého stereotypu, který v domovech panuje. Většina z nich potřebuje mít pravidelný řád a vybočení z něho znamená problémy ve všech běžných denních činnostech. Často také trpí nějakou formou autismu, kde je pravidelný režim přímo nutností pro hladký průběh dne.

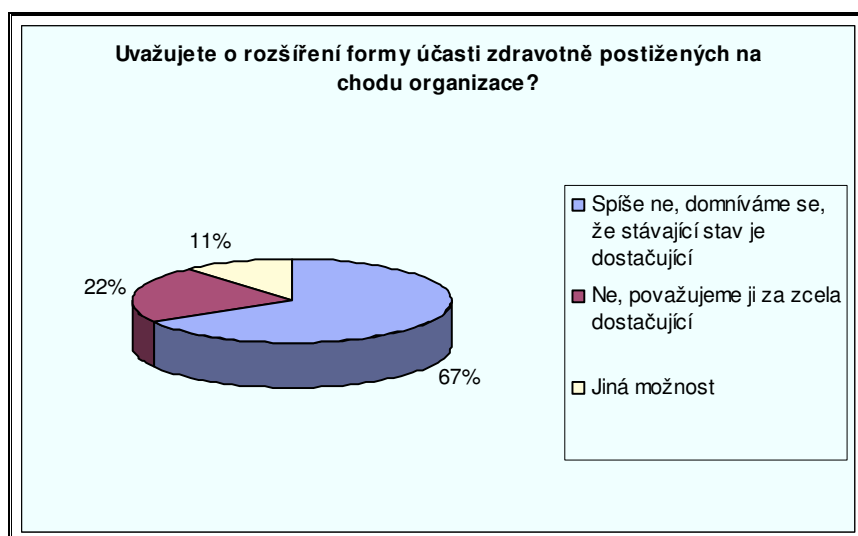
Zřetelně se zde ukázalo, jak se liší mé laické představy od reality, kterou jsem nebyla schopna dobře uchopit. Pracovníci domova mají zájem informovat objektivně svoje klienty, ale uvedený krátký časový harmonogram je pouze v jejich zájmu, aby

je skutečnost, že se např. pojedete na výlet, již dopředu nerozrušovala a nenarušovala činnost zařízení. Není tedy bráněním participace, ale slouží především pro ochranu klidu klientů, pro mnohé z nich představuje každé větší rozrušení např. možnost vzniku epileptického záchvatu apod..

3.6. Oslovené domovy spíše neuvažují o rozšíření účasti zdravotně postižených na chodu zařízení

Na otázku č. 13, zda oslovená zařízení uvažují o rozšíření stávající účasti zdravotně postižených na chodu zařízení, téměř všechna odpověděla buď možností, že spíše ne, dvě zařízení odpověděla ne, považujeme ji za zcela dostačující a jedno zařízení zvolilo variantu jiná možnost. Odpověď byla taková, že pro jejich mentální postižení je to nereálné. Pro lepší orientaci vkládám graf č. 4.

Graf č. 4



Právě tato oblast má podle mého názoru největší rezervy z celého výzkumu. Doposud je ze všech zjištěných informací patrná poměrně velká snaha o začlenění zdravotně postižených klientů, o kvalitu služeb a oboustrannou komunikaci.

Výsledky však ukazují jistou menší stagnaci v této oblasti. Asi nikdy se nedá říci, že by něco bylo tak geniální a bezchybné, že by se to nedalo udělat ještě lépe. Je však jistě snadné soudit situaci zvenku po teoretické stránce nebo z kratší návštěvy v daném zařízení. Realita bývá vždy odlišná, často i velmi odlišná, od teorie. Přesto se mi forma jednoznačného utnutí tohoto tématu nejeví jako nejlepší a je pro mě i jistým zklamáním tohoto výzkumu.

O něco větší naději dává odpověď typu „spíše ne, domníváme se, že stávající stav je dostačující“. Zde již názor není tak striktní a jsou zde o něco lepší vyhlídky do budoucna k otevření tohoto tématu. Vývoj i v sociální oblasti jde neustále dopředu a neustále se objevují nové podněty a možnosti, jak dělat svoji práci ještě kvalitněji.

Všech devět oslovených zařízení však vykovává svoji práci opravdu kvalitně a zodpovědně. Rozhodně není důvod končit tento výzkum pesimisticky. Je však v tomto případě nutné přiznat, že hypotéza č. 4 byla nepotvrzena. A otázka této výzkumné části zůstává nadále otevřená.

Závěr

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma Rozvoj principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina. Zvolila jsem jej především proto, že se o problematiku zdravotně postižených aktivně zajímám ve svém zaměstnání (sociální pracovník úseku příspěvku na péči) a bylo pro mě zajímavou zkušeností podívat se na danou problematiku úplně z jiného úhlu než doposud.

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvantitativní a jako nástroj sběru dat dotazník. Osloveno bylo devět domovů pro zdravotně postižené v našem kraji a všichni byli ochotni spolupracovat. Touto cestou ještě jednou děkuji všem ředitelům oslovených domovů, že mi dali možnost nahlédnout do interních záležitostí domova a získat tak poznatky potřebné pro můj výzkum. Bez jejich pomoci by tento výzkum nemohl být nikdy realizován.

Cílem mé práce bylo především zjištění míry participace zdravotně postižených v oslovených domovech pro zdravotně postižené. Výzkum byl rozdělen do 4 hlavních oblastí podle jednotlivých stanovených hypotéz. Hlavním výsledkem pro mě byla ta skutečnost, že princip participace je v daných zařízeních v různých formách aktivně uplatňován a je zde respektována lidská důstojnost každého klienta. Toto zjištění bylo zároveň cílem mé práce a tímto se domnívám, že byl cíl splněn.

Práce byla rozdělena do dvou oblastí a to na část teoretickou a část praktickou. V části teoretické je čtenář stručně seznámen se základními pojmy důležitými pro pochopení tématu jako je participace, druhy participace a významu participace pro společnost a samozřejmě také s pojmy týkajícími se oblasti zdravotně postižených.

Část praktická navazuje na teoretický koncept a zabývá se vymezením základních hypotéz a především analýzou získaných poznatků a informací. Jednotlivé hypotézy zde byly na popsány na základě nashromážděných poznatků z dotazníkového šetření.

Tím nejpodstatnějším pro mě je to, že je o zdravotně postižené v domovech dobře postaráno a péče o tuto klientelu ušla již velký kus cesty. Další velký kus máme jistě

my všichni před sebou, ale jsem přesvědčena o tom, že je již vykročeno tím správným směrem. Hlavním cílem má být především spokojený klient.

I na základě velké míry vstřícnosti prokázané jednotlivými zařízeními soudím, že mají velký zájem o své klienty a snaží se jim napomoci k lepšímu a spokojenému životu v co nejpříjemnějším prostředí a s co největší možnou mírou participace těchto klientů. Vedení domovů vykazuje velkou vstřícnost ke svým klientům a dává jim v rámci jejich rozumových schopností co největší možnost účastnit se na chodu domova a v co největší možné míře rozhodovat o sobě samých.

Téma participace je velmi zajímavé a nabízí široké možnosti dalšího využití. Jako velký nedostatek shledávám především velmi omezený počet zdrojů týkajících se tohoto bezesporu velmi atraktivního tématu. Tato skutečnost značně omezuje především při získávání teoretických poznatků.

Téma participace je citováno především při práci s mládeží, o participaci zdravotně postižených se příliš nemluví, i když téma zdravotně postižení je citováno v médiích dnes a denně. O jejich účasti na věcech veřejných se mluví běžně, a to především prostřednictvím neziskových organizací, které velmi výrazně hájí práva zdravotně postižených.

O možnostech participace v domovech pro zdravotně postižené se příliš, či spíše vůbec, nemluví. I z tohoto pohledu mi přišlo dané téma jako velmi aktuální a neotřelé. Umožnilo mi získat mnoho zajímavých zkušeností a hlavně přesvědčení, že na prvním místě je klient a jeho spokojenost.

Seznam použitých zdrojů

1. DLOUHÁ, J. a kolektiv. *Vědění a participace. Teoretická východiska environmentálního vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1656-8.
2. HOFBAUER, B. *Participace dětí a mládeže na životě společnosti: Přání, potřeba nebo reálná možnost?* 1. vyd. Praha: Institut zájmového vzdělávání MŠMT : Duha - sdružení dětí a mládeže pro volný čas, přírodu a recesi, 2002. ISBN 80-717-789-275.
3. KOVAŘÍK, J. *Dětská práva, právní povědomí, participace dětí a sociální služby*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7040-531-7.
4. Krhutová, L. a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-903-65-809.
5. MANSFELDOVÁ, Z., KROUPA, A. (eds.) *Participace a zájmové organizace v České republice*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN 80-86429-53-9.
6. MATOUŠEK, O., (eds.). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.
7. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

8. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha, Portál 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
9. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. za kolektiv. *Akademický slovník cizích slov*. Vyd.1.(dotisk 2000). Praha: Academia, nakl. AV ČR, 1998. ISBN 80-200-0982-5.
10. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kolektiv. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
11. ROTTER, H.. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. Přel. M. Slovajs. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, spol. s.r.o., 1999. Přel. z Die Würde des Lebens. ISBN 80-7021-302-7.
12. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. (dotisk 2., 2009). Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
13. STEINICHOVÁ, L. *Zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností*. 1. vyd. Praha: Pragoeduca, 2001. ISBN 80-858-569-64.
14. STÖCKELOVÁ, T. *Biotechnologizace: legitimita, materialista a možnosti odporu*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7330-152-1.
15. *Všeobecná encyklopedie: v osmi svazcích*. 7.díl, ř-š. Praha: DIDEROT, 1999. ISBN 80-902555-9-0.
16. VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2000. ISBN 80-24-600-579.

Elektronické zdroje:

1. Národní institut dětí a mládeže MŠMT: *Klíče pro život. Pojem participace* [online]. © 2004.[cit. 09.02.2010].

Dostupný na www:

<http://www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klice-pro-zivot>

2. Národní institut dětí a mládeže MŠMT: *Národní registr výzkumů o dětech a mládeži* [online]. NIDM MŠMT, [RSnet s.r.o.](http://www.rsnet.cz) © 2004.[cit. 09.02.2010].

Dostupný na www:

http://www.vyzkum-mladez.cz/registr_detail.php?kod=&lang=CZ&id=201

3. RVP – metodický portál. ISSN: 1802-4785.: Jitka Vidláková: *Podoby žákovské participace* [online]. [cit. 09.02.2010].

Dostupný z www:

<http://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/1675/PODOBY-ZAKOVSKÉ-PARTICIPACE.html/>

4. Moravskoslezský kraj: *Veřejná správa: Participace organizací a občanů se zdravotním postižením*. © 2010 Moravskoslezský kraj. [cit. 11.02.2010].

Dostupný na www:

http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/wai_0803.html

5. Parlament České republiky: *Poslanecká sněmovna. Listina základních práv a svobod* [online]. © 1995-2010, Parlament České republiky, Kancelář Poslanecké sněmovny. [cit. 11.02.2010].

Dostupný na www.

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

6. Evropská komise: *Zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti. Evropské právní předpisy-Směrnice o rovném zacházení v zaměstnání 2000/78/ES* [online]. [cit. 10.02.2010].

Dostupný na www:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=612&langId=cs>

7. Národní parlament dětí a mládeže: *Program participace* [online]. © 2005 – 2010. [cit. 10.02.2010].

Dostupný na www:

http://participace.cz//index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=86

8. Český statistický úřad: Publikace. *Práce, sociální statistiky* [online]. Praha: © Český statistický úřad, 2009. Aktualizováno dne 12.06.2008. [cit. 15.02.2010].

Dostupný www:

<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

9. Krajský úřad Vysočina: *Tematický atlas Vysočiny* [online]. Krajský úřad kraje Vysočina 2002–2008 webmaster@kr-vysocina.cz. [cit. 16.02.2010].

Dostupný www:

http://extranet.kr-vysocina.cz/download/pdf/edice/Atlas_Vysociny.pdf

Seznam příloh

Příloha č. I: Dotazník

Příloha č. I – Dotazník

Dobrý den! Jmenuji se Dana Košáková a jsem studentkou III. ročníku kombinovaného studia oboru Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na základě našeho telefonního rozhovoru Vás prosím o vyplnění přiloženého dotazníku pro bakalářskou práci na téma: Rozvoj principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina. Za vyplněný dotazník předem děkuji.

Dotazník

1) Zřizovatelem našeho zařízení je:

Kraj, obec

Soukromá osoba

Nestátní organizace

Církevní organizace

Jiná možnost (vypište jaká).....

2) Jsme zařízení:

Pouze pro klientelu zdravotně postižených

Smíšené (např. zdrav. postižení a senioři apod.)

Jiné (vypište jaké).....

3) Počet zdravotně postižených v našem zařízení:

4) Účast klientů na chodu zařízení uplatňujeme formou: (zaškrtněte 1 odpověď)

Rady zdravotně postižených (uved'te počet osob) v radě.....

Voleným předsedou , který se účastní porad vedení našeho zařízení

Jiným způsobem (vypište)

.....
.....
.....
.....

Klienti vzhledem ke svému handicapu nejsou schopni se účastnit na chodu organizace

Na otázky 5-6 odpovězte pouze v případě, že je účast klientů na chodu zařízení aktivně uplatňována:

5) Zástupci zdrav. postižených se účastní:

Všech porad vedení

Pouze některých

Sami volí svou účast podle programu porady

Spíše se nezúčastňují

6) Rada či jiná organizace zdrav. postižených se schází:

Každý týden

1x za 14 dní

1x za měsíc

1x za čtvrtletí

1x do roka

Jiná možnost.....

7) Naše zkušenosti se zapojováním našich klientů do chodu organizace a to jakýmkoliv způsobem jsou:

Pozitivní

Spíše pozitivní

Spíše negativní

Negativní

Jiné (vypište jaké)

.....

.....

.....

.....

8) Návrhy obyvatel hodnotíte jako:

Podnětné pro organizaci

Spíše podnětné

Spíše nepodnětné

Nepodnětné

Jiné.....

9) Informace o chodu zařízení jsou klientům předávány:

Prostřednictvím rady zdrav. postižených

Svoláním schůze s účastí všech obyvatel

Formou nástěnky

Jinou formou:

10) Počet zájmových kroužků a jiných volnočasových aktivit v našem zařízení je:

.....

11) Mohou si klienti vybrat, jakou aktivitu chtějí vykonávat?

Ano, vždy

Spíše ano

Spíše ne

Ne

12) Dáváte klientům možnost rozhodovat o programu např. výletu nebo hry?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

13. V jakém časovém intervalu informujete klienty o chystaných činnostech?

V den konání

Týden dopředu

14 dní dopředu a více

14. Uvažujete o rozšíření formy účasti zdravotně postižených na chodu organizace?

Ne, považujeme ji za zcela dostačující

Spíše ne, domníváme se, že stávající stav je dostačující

Spíše ano

Ano

Ještě jednou děkuji za vyplněný dotazník.

Abstrakt

KOŠÁKOVÁ, D. *Rozvoj principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina*. České Budějovice 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce M. Kaplánek.

Klíčová slova: participace/rozvoj principu participace, zdravotně postižení/mentálně postižení, domov pro zdravotně postižené, volný čas.

Práce se zabývá rozvojem principu participace zdravotně postižených v kraji Vysočina. Výzkum byl realizován za spolupráce ředitelů domovů a jeho cílem je zjistit uplatňování míry participace u klientů daných zařízení. Teoretická část charakterizuje základní pojmy jako např. participace, její druhy a dopady participace na život společnosti. Dále definuje zdravotně postiženého jedince, jednotlivé druhy postižení a jejich vliv na uplatňování participace.

Praktická část obsahuje analýzu dat získaných dotazníkovými šetřeními v provedeném v devíti zařízeních pro zdravotně postižené v kraji Vysočina. Všechna zařízení aktivně uplatňují princip participace a poskytují svým klientům komplexní služby i řadu možností, jak trávit volný čas. A především všechny domovy respektují důstojnost každého člověka. Kvalita jednotlivých zařízení nespočívá v tom, zda jsou státní, nestátní či církevní. Záleží především na kvalitě lidí, kteří v nich pracují. Dělají-li svou práci s láskou, jsou oni i jejich klienti spokojeni.

Abstract

Development of participation principle at health handicapped in region Vysocina.

Keywords: participation / development of participation principle, health handicapped / mentally handicapped, hospice for health handicapped, leisure time.

This thesis deal with development of participation principle at health handicapped in region Vysocina. Research was realized in cooperation with hospice directors and its goal is find out assertion rate of participation at clientship of mentioned establishment. Theoretical part describe basic notions, as for example participation, its types and participation impact for society life. Further thesis define health handicapped person, single types of handicap and their influence for assertion of participation.

Practical part includes data analysis obtained by interview performed in nine establishment for health handicapped in region Vysocina. All establishment assert actively participation principle and provide their clientship complex services and many possibilities as spend leisure time. And above all each of hospices respect honour of everyone. Quality of single establishment doesn't depend if they are national, privat or religious. It depends first of all for quality of people, who work there. If they perform their work with pleasure then everybody are satisfied.