



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

a

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Bakalářská práce

Aspekty soužití s lidmi s mentálním postižením po transformaci sociálních služeb

Vypracoval: Nikoleta Müllerová
Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, Ph.D.

České Budějovice 2013

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

A

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI

**ASPEKTY SOUŽITÍ S LIDMI S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM PO TRANSFORMACI
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Autor: Nikoleta Müllerová

Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, Ph.D.

Studijní program Sociální pedagogika, specializace Výchovná a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 28. 6. 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Aspekty soužití s lidmi s mentálním postižením po transformaci sociálních služeb“ 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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce PaedDr. Erice Nehrerové, Ph.D. za rady, připomínky a metodické vedení, které mi byly poskytnuty při zpracovávání bakalářské práce.

Anotace

Práce pojednává o problematice začleňování osob s mentálním postižením do běžné populace. Na základě dotazníkového šetření analyzuje probíhající transformaci sociálních služeb v ČR a zaměřuje se na průběh komunikace s veřejností. Hledá odpovědi na otázky jak je veřejnost připravena na soužití s lidmi s mentálním postižením a zda existují stereotypy v chování k těmto lidem. Přináší návrhy jak předcházet konfliktním situacím při adaptaci v novém prostředí a jak se vzájemně respektovat.

Klíčová slova

mentální postižení, transformace sociálních služeb, integrace osob s mentálním postižením, konfliktní situace při soužití s lidmi s mentálním postižením, komunikace s lidmi s mentálním postižením

Annotation

This paper deals with the problems and issues with integration of mentally ill individuals into common population. Based on analytical surveying the document analyzes ongoing transformation of social services in the Czech Republic and focuses on the progress and development of ongoing communication with public in this regard. It seeks answers to questions related to the preparedness of the common population to coexist with people suffering from mental illness and tries to answer questions dealing with possible existence of stereotypes in behavior towards these individuals. This material puts forward proposals on how to prevent conflicting situations during the adaption of these individuals in a new environment and on how to build mutual respect between the involved parties.

Key words

mental handicap, transformation of social services, integration of mentally ill individuals, conflicting situations in living with mental handicapped people, communication with mental handicapped people

Úvod	7
1 Charakteristika základních pojmů.....	8
2 Sociální služby od dob jejich vzniku po současnost.....	13
2.1 Historie sociálních služeb.....	13
2.2 Rozvoj ústavních zařízení	15
2.3 Vývoj po roce 1989	17
2.3.1 Principy poskytování sociálních služeb po r. 1989	17
2.3.2 Zákon o sociálních službách	18
2.3.3 Změny v oblasti sociálních služeb	19
3 Proces transformace a deinstitucionalizace	21
3.1 Výsledky analýzy rizik transformace	22
3.1.1 Nejvyšší rizika procesu transformace	23
3.2 Shrnutí	27
4 Praktická část	29
4.1 Cíle	29
4.2 Charakteristika použitých metod, zkoumaného souboru a fáze výzkumu	29
4.3 Výzkum a jeho výsledky	31
4.3.1 Průběh a vyhodnocení obecného dotazování	32
4.3.2 Průběh a vyhodnocení experimentu	39
4.3.3 Průběh a vyhodnocení výsledků z obce, kde již funguje vzájemné soužití s osobami s mentálním postižením	40
4.4 Shrnutí	42
4.5 Doporučení	44
Závěr	48
Použitá literatura a prameny.....	50

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Výsledky výzkumu postojů účastníků systému sociálních služeb (z r. 2007/2008)

Příloha č. 2

Zařízení zapojená do transformace sociálních služeb

Příloha č. 3

Výsledky analýzy Národního centra pro podporu transformace

Příloha č. 4

Dotazník

Příloha č. 5

Vyhodnocení průzkumu – grafické zpracování

Úvod

Cílem této práce je analyzovat probíhající transformaci služeb v České republice – konkrétně ústavů sociální péče pro osoby s mentálním postižením. Zaměřit se především na průběh komunikace s veřejností a pokusit se odpovědět na následující otázky: Jak je veřejnost připravena na plánované soužití se spoluobčany s postižením po transformaci sociálních služeb? Existují stereotypy v chování k lidem s mentálním postižením? Jakým způsobem ovlivní transformace život v daných obcích a městech, které při transformaci spolupracují i nespolupracují? Jak předcházet konfliktním situacím při adaptaci v novém prostředí? Jak se s novými sousedy vzájemně respektovat?

Toto téma jsem si vybrala, neboť zařízení sociální péče, ve kterém pracuji, poskytující pobytové služby pro bezmála sedmdesát klientů s mentálním postižením, právě prochází transformací. Díky tomu mám jedinečnou příležitost setkávat se s pozitivními i negativními reakcemi všech účastníků (přímých i nepřímých), získávat drahocenné poznatky a zkušenosti v praxi a ráda bych je zúročila v této práci. Mým záměrem je připravit praktické rady pro komunikaci, které by bylo možné využít v praxi v další transformační vlně.

V této bakalářské práci jsou zpracovány jak doposud známé teoretické poznatky a výsledky analýz, tak i fakta zjištěná z provedeného průzkumu.

1 Charakteristika základních pojmů

Sociální služba

Zákon o sociálních službách vymezuje tři základní oblasti služeb:

- *sociální poradenství*, které je nedílnou součástí všech sociálních služeb;
- *služby sociální péče*, jež napomáhají osobám zabezpečit základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez pomoci jiné osoby (§ 39-52 zákona č. 108/2006 Sb.);
- *služby sociální prevence*, které napomáhají předcházet sociálnímu vyloučení osob ohrožených sociálně negativními jevy (§ 53-70 zákona č. 108/2006 Sb.).

Sociální služby jsou dále členěny také podle místa jejich poskytování na:

- *terénní služby* - jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije (pečovatelská služba, osobní asistence aj.);
- *ambulantní služby* - klient dochází do specializovaných zařízení (poradny, denní stacionáře, kontaktní centra);
- *pobytové služby* - jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně žije (domovy pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením).

V pobytových zařízeních sociálních služeb jsou rovněž podle zákona č. 108/2006 Sb. poskytovány sociální služby lidem, kteří mají stabilně zhoršený zdravotní stav a musí jim být zajištěna i zdravotní péče.

Podle § 38 zákona č. 108/2006 Sb., hlavní smysl služeb sociální péče spočívá v tom, že napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožňují jim tak v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života společnosti a v situaci, kdy toto není možné z důvodu jejich zdravotního stavu, jim zajišťují důstojné prostředí a zacházení. Služby sociální péče jsou obsaženy v § 39 až 52 zákona č. 108/2006 Sb., přičemž pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny např. služby osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním

postižením, aj.. *Služby sociální prevence* pak mají za cíl zabránit sociálnímu vyloučení osob z důvodu krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucí ke konfliktu se společností (§ 53 zákona č. 108/2006 Sb.).

Podle Matouška jsou „sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně širšího společenství.“ (Matoušek 2007, s. 9)

Komunitní služby

jsou služby poskytované v rámci dané komunity, lokálně. Cílem je napomoci lidem, kteří kvůli nemoci nebo z jiného důvodu, nejsou schopni sami plně naplňovat své běžné hmotné, sociální a duchovní životní potřeby, tento handicap vyrovnat a umožnit jim setrvání v přirozeném lidském společenství a žití produktivního života kvalitativně srovnatelného se životem ostatní, zdravé populace.

Osoba se zdravotním postižením

Podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, je za osobu se zdravotním postižením považována fyzická osoba, která je:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní ve třetím stupni (dále jen osoba s těžším zdravotním postižením),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní v prvním nebo druhém stupni,
- c) rozhodnutím úřadu práce vydaným krajskou pobočkou Úřadu práce uznána zdravotně znevýhodněnou. Z uvedené definice vychází i zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb. v platném znění).

Zdravotně znevýhodněná osoba je fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za *dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav* se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků

lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění. Těmto osobám se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Tu zabezpečuje Úřad práce (dále jen ÚP), místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením, ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace i jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace představuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Mentální postižení (mentální retardace)

Pojem mentální postižení neboli mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); příčiny mentální retardace jsou velice různorodé, ale lze je rozdělit do dvou kategorií: *dědičnost a organické postižení centrální nervové soustavy*, ke kterému mohlo dojít během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození. Jednoznačně lze určit příčiny mentálního postižení u syndromů vyvolaných *genetickými poruchami* (*Downův syndrom* neboli trizomie 21, *Turnerův syndrom*, *Klinefelterův syndrom*), *metabolickými poruchami* (fenylketonurie), *intoxikací* (FAS neboli fetální alkoholový syndrom) nebo následkem *traumat* (hypoxie nebo asfyxie při nedostatečném přísunu kyslíku během porodu). V mnoha případech ale příčinu nelze jasně a přesně stanovit. Projevuje se např.: zpomalenou chápavostí, sníženou logickou pamětí, nedostatečnou slovní zásobou, neobratností při vyjadřování, impulzivností, hyperaktivitou, těkavostí pozornosti, citovou vzrušivostí, opožděným psychosexuálním vývojem, zvýšenou potřebou péče a bezpečí, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.

Přirozené sociální prostředí

je podle Michalíka rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby

a sociální vazby k dalším osobám, s nimiž sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. (Michalík, 2008)

Sociální začleňování - integrace

je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu:

- 1. „Integrace je plným začleněním a splynutím postiženého se společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí.*
- 2. Adaptace je o něco nižší fáze socializace a charakterizujeme ji jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám. Přirozeně záleží na osobnosti (volní vlastnosti), schopnostech a potřebách postiženého jedince, jak se dovede včlenit mezi ostatní zdravé i postižené lidi. Cílem je dosažení optimální míry sociální samostatnosti.*
- 3. Utilita označuje již jen sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen. Takový jedinec již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se ani přes plnou terapeutickou péči nemůže zcela socializovat.*
- 4. Inferioritu charakterizujeme jako nejnižší stupeň socializace, pro niž je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti. Jedinci jsou naprosto nesamostatní, odkázaní na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. V případě předcházejících tří stupňů socializace lze mluvit o určité latentní nebo reálné poruše sociálních vztahů, naproti tomu u inferiority se sociální vztahy nevytvářejí vůbec, ani primitivní socializace není možná a proto dochází k segregaci.“ (Novosad, 1997, s. 9 - 13)*

Je třeba si uvědomit, že ačkoliv je integrace všeobecně chápána jako cílový stav a smysl sociální péče, v mnoha případech tento stav není trvalý. Jeho stabilita závisí na vnějších okolnostech i na samotném uživateli a jeho zdravotním stavu, věku apod.

Sociální vyloučení

Je vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. (Michalík, 2009)

Plán rozvoje sociálních služeb – transformační plán

Je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů. Měly by být zpracovány jak v obcích, tak v podobě krajských plánů (Michalík, 2009).

Zřizovatel sociálních služeb

Je organizace, která má právo zřídit zařízení poskytující sociální služby (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V ČR jím mohou být obce, kraje a MPSV. Obce mohou zřizovat v rámci své působnosti sociální služby buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace se samostatnou právní subjektivitou. Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb dále mohou být i nestátní neziskové organizace: občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby a také fyzické osoby.

Transformace sociálních služeb

Je proces, který mění velkokapacitní ústavní služby pro lidi s různými druhy postižení na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky. (www.trass.cz)

2 Sociální služby od dob jejich vzniku po současnost

V Evropě můžeme hovořit o dvou souběžně působících motivech pro poskytování sociálních služeb a ty se v podstatě v průběhu dějin nemění. Podle Matouška služby byly a jsou stále motivovány snahou pomoci chudým nebo jinak sociálně znevýhodněným lidem, a zároveň se do nich promítá zájem osob (nebo skupin) disponujících mocí na udržení společenské rovnováhy. *„Problém chudiny byl již od dob starověkých despotických říší předmětem zájmu panovníků. Ve starověku a později i po značnou část středověku se však společnost před chudými bránila a převážně chudobu trestala. Represivní postoj k chudým – a také k jiným lidem žijícím na okraji společnosti – se ostatně v dějinách vícekrát vracel v různých podobách. V určitých specifických situacích a vůči specifickým společenským skupinám jej lze zaznamenat v našem typu společnosti dodnes.“* (Matoušek 2007, s. 17)

2.1 Historie sociálních služeb

Jak uvádí Procházka, ve středověku se pomoc chudým soustředila především v kláštorech a stala se svébytnou činností křesťanských společenstev při farnostech a katedrálách. Svou sociální roli později přebíraly také městské správy. *„Byla to vždy výsada osobností (jejichž význam a úcta jim přinesly mnohdy posmrtné svatořečení či blahoslavení) nebo míst (klášterů, poutních míst, katedrál a jejich okolí) a času (pevné bylo sepětí dobročinnosti ve spojení s církevním rokem a jeho svátky).“* (Procházka, 2012, s. 17)

Na našem území patří k nejvýznamnějším osobnostem charitativní činnosti Anežka Česká (Anežka Přemyslovna, 1211-1282). Tato „česká princezna“ založila v roce 1232 špitál při klášteře sv. Františka, ve kterém pomáhala lidem v tísní, nemocným a chudým poutníkům bez přístřeší. *„Vzápětí po její smrti začaly vznikat legendy o Anežce, jež velebily její dobročinnost a milosrdenství i zájem o státní záležitosti. Je nezpochybnitelné, že v českém prostředí byla průkopnicí v organizování chudinské a nemocniční péče.“* (Procházka, 2012, s. 17) Další významnou postavou byla Zdislava z Lemberka (1220-1252). O jejím krátkém životě se dozvídáme především z legend. Je však patrné, že díky její spolupráci s dominikány se jí podařilo do Čech přivést nejnovější medicínské poznatky a postupy. Procházka jako další příklad uvádí také Jana Milíče z Kroměříže (1325-1347). *„Milíčova činnost v sobě odráží znaky*

a podstatu středověké filantropické práce. Je výsledkem obrovského individuálního nadšení, vlastního příkladu a nezdolné činnosti. Je lokálně omezena na „projekty“, které dokáže jedinec zvládnout a fyzicky obsáhnout. Dostává se jí od panovníků či státu jen nepatrné a nesystematické podpory, je však obdivována a zanechává výraznou stopu v lidské kultuře.“ (Procházka, 2012, s. 18)

Za zmínku jistě stojí i významný jihočeský šlechtic Jan Nepomuk Buquoy, který „na svých statcích začal od sedmdesátých let 18. století uskutečňovat osvětskými myšlenkami určené komplexní reformní dílo hospodářské, sociální, společenské, výchovně politické a nábožensko-pastorální povahy (www.kouhoutikriz.org/data/w_buquo.php). Buquoy a jeho spolupracovníci dobře pochopili začarovaný kruh chybějícího vzdělání a hmotné nouze a vytvořili systém, který posléze přejala podstatná část habsburské monarchie.“ (Procházka 2012, s. 40) Jak uvádí Margarete von Buquoy: „Tento tzv. „Armeninstitut“ se zásadně odlišoval od tehdejších chudobinců, byl institucí zřízenou ke shromažďování a rozdělování milodarů a almužen na celém panství, čímž se stal jakýmsi předobrazem veřejné sociální péče na základě dobrovolnického dárcovství. Znamenalo to rozhodný krok od církevní, často velkorysé, přece jen však spíše příležitostně poskytované dobročinné péče barokních dob k veřejné a co možno obsáhlé pomoci potřebným.“

(www.kouhoutikriz.org/data/w_buquo.php).

Osvícenství, tedy u nás vláda Marie Terezie a Josefa II., je spojeno se vznikem nových institucí pro hendikepované. Byla to zásluha především Josefa II., který transformoval různé typy do té doby církevních ústavů do podoby světských zařízení, spravovaných státem školenými a státem řízenými úředníky. O osoby s různým postižením se začíná pečovat v ústavech, kde jsou sice zajišťovány jejich základní fyziologické potřeby, ale bohužel už většinou nezbývá prostor na jejich rozvoj nebo intenzivnější individuální péči, která je v těchto případech naprosto nezbytná. Mnoho z těchto ústavů se zachovalo dodnes a stále slouží stejnému účelu. „Myšlenkové a pracovní stereotypy lidí pracujících v těchto zařízeních se dají sledovat desítky let před reálný socialismus, až do hloubky 19. století. Tzv. reálný socialismus mohl v ústavech s úspěchem navazovat na centralistické, absolutistické ambice rakouské monarchie z konce osmnáctého a počátku devatenáctého století.“ (Matoušek, 1995, s. 44)

2.2 Rozvoj ústavních zařízení

V době svého vzniku byla ústavní zařízení svým způsobem revoluční řešení otázek: „Jak se postarat o osoby s jakýmkoliv hendikepem, kteří se ocitli na pokraji společnosti? Kde by mohli žít? Jak jim zajistit bezpečí a zároveň také před nimi ochránit společnost?“ V těchto objektech našli potřební to základní, co jim umožňovalo přežít: střechu nad hlavou, jídlo, postel, oblečení a svým způsobem i pocit bezpečí. O vše se staral stát. Tato zařízení však měla svá omezení, která se s postupem času stávala stále více a více nepřijatelná a nutně vedla k potřebě modernizace. Zřejmě největším problémem byla jejich přeplněnost. Ačkoliv existovalo dělení dle věku na kojenecké ústavy, dětské domovy a zařízení pro dospělé, ve skutečnosti v praxi moc nefungovalo. V kojeneckých ústavech zůstávaly děti i do věku 10 let a více, neboť pro ně nebylo místo v dětských domovech pro hendikepované a ty se zase s postupem času stávaly zařízeními pro dospělé, protože jejich obyvatelé neměli kam odejít a prostě zestárli v těchto zařízeních.

Podle Matouška byly ústavy vždy pokusem o umělý domov, asyl; měly poskytovat jistotu, a to i v těch případech, kdy byly vybudovány proto, aby chránily společnost, nikoliv lidi, kteří v nich přebývali. Měly svůj vnitřní řád udržovaný soubory pozitivních a negativních sankcí, svou hierarchii, folklor, svůj slovník i atmosféru. Vůči vnějšímu světu byly více či méně uzavřené; vstup do nich byl kontrolovaný. Mezi klienty a personálem existovala hranice podobná rodinné mezigenerační hranici. Přístupnost určitých míst v ústavu byla regulována pravidly. Byla kontrola nad tím, kdo, s kým a kde může být v kontaktu. (Matoušek, 1995)

Funkce ústavů můžeme nahlížet z pohledu zájmů společnosti nebo z hlediska individua. Tyto zájmy se pak mohou shodovat nebo zásadně různit. „*Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: Zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování.*“ (Matoušek 1995, s. 19)

Matoušek dále uvádí zvláštní fenomén ústavu, kdy dochází k tomu, že personál je v něm zaměstnán jako v každé jiné organizaci, avšak pro klienty je ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Střet vzájemných očekávání pak představuje

ústřední problém ústavní péče. „*Personál považuje klienty za objekt své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty.*“ (Matoušek, 1995, s. 17)

Matoušek dále uvádí tři hlavní funkce ústavů:

- *podpora a péče,*
- *léčba, výchova a resocializace*
- *omezení, vyloučení a represe.*

Jak dále popisuje i v takovém zařízení si člověk může odpočinout od „civilní“ zátěže, od podmínek, v nichž jinak musel žít. Je však třeba si uvědomit, že v těchto zařízeních je klient do značné míry vydán všanc specifickému režimu. Personál má mocenskou převahu a je vždy v pokušení ji zneužít. Zejména pokud jsou klienty děti, lidé s mentálním hendikepem nebo nemocní a staří.

Podle Matouška je nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu tzv. *hospitalismus*, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život. V těchto zařízeních má klient plné zaopatření. Je mu navařeno, postaráno o jeho finance, je v teple, někdo mu organizuje práci, někdo vytváří příležitost k mimopracovním aktivitám, někdo mu pere, žehlí, někdo obstarává předměty potřebné k životu (pokud už nebyly obstarány a dány k dispozici předem) atd. Klient se stýká s omezeným počtem osob (spoluobytelé ústavu, zaměstnanci) a obvykle v omezeném prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Je pro něj samozřejmě snazší orientovat se v tomto redukovaném světě s redukovanými odpovědnostmi, než v komplexním, nepřehledném, širém vnějším světě. (Matoušek 1995, s. 107)

Většina našich ústavů však byla původně stavěna za zcela jiným účelem, než kterému slouží a není tedy divu, že konstrukčně neodpovídají stávajícím nárokům na zařízení pro poskytování pobytových služeb. Máme zařízení v bývalých zámcích a rezidencích, nemocnice, které byly původně klášterem, či starobincem apod. Velmi často se také jedná o památkově chráněné budovy, kde veškeré stavební práce musí být schváleny příslušným orgánem památkové péče a které nesmějí být radikálně přestavovány.

Díky izolaci České republiky po roce 1948 došlo i k pozastavení vývoje v oblasti poskytování sociálních služeb. Chyběly nám příležitosti ke srovnávání úrovně těchto

služeb s vyspělými státy. Dá se říci, že k žádné výraznější modernizaci a změnám nedocházelo. První inovace pak nastávají po roce 1989.

2.3 Vývoj po roce 1989

Po roce 1989 dochází v oblasti poskytování sociálních služeb k významným změnám. Postupně se uvolňuje centrální vliv státní sociální správy a dochází i k rozšíření forem poskytování pomoci sociálně potřebným. Velký význam má také změna postavení uživatelů sociálních služeb (klientů) a celková profesionalizace sociální pomoci. Dalším zásadním krokem pak je přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve kterém jsou již zakotveny standardy poskytování sociální péče.

2.3.1 Principy poskytování sociálních služeb po r. 1989

Od počátku 90. let byly postupně uváděny do života nové principy poskytování sociálních služeb. Tyto principy jsou běžně uplatňovány v sociálních systémech vyspělých evropských zemí. Jak uvádí Víšek a Průša, jedná se především o následující:

- demonopolizace sociálních služeb,
- decentralizace státní sociální správy,
- demokratizace sociální správy,
- pluralizace financování sociálních služeb,
- změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb,
- pluralizace forem poskytování sociálních služeb,
- přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,
- personifikace sociální pomoci,
- profesionalizace sociální pomoci.

Ve vědomí občanů, ale i v zákonodárné činnosti je tak postupně uplatňována zásada, že za vlastní životní úroveň je odpovědný především každý občan, resp. rodina. Nově se vytvořila hierarchie subjektů sociální pomoci, kde každý subjekt získal postupně své nové postavení a roli. Nejvýznamnějším subjektem se přitom stala právě rodina. Rodina je chápána jako *„nejpřirozenější sociální skupina, která je schopna na základě vzájemné spolupráce jednotlivých členů a jejich vzájemné solidarity zabezpečit péči o své členy a formovat jejich hmotné i duchovní potřeby od dětských*

let až do stáří. Poskytuje základní sociální jistotu a bezpečí, v níž se uspokojují základní životní potřeby jejích členů, kteří si s přihlédnutím ke svým možnostem a schopnostem poskytují vzájemně ochranu, podporu a pomoc.“ (Víšek, Průša, 2012).

Na druhé straně vnitřní politické napětí vedlo k určité destrukci dosavadních struktur nestátních - tehdy tzv. společenských organizací. Např. na místo Svazu invalidů vzniklo 106 politicky nevýznamných subjektů. Již v 1. pololetí r. 1990 byl v rámci novelizace zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, umožněn přístup k realizaci sociálních služeb i obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím (Víšek, Průša, 2012). Toto rozhodnutí významně přispělo k rozšíření nabídky poskytovaných služeb. Chybělo však komplexnější pojetí, které by přineslo pravidla i do financování poskytovaných služeb, umožňovalo jejich objektivní srovnávání a kontrolu apod. To mělo být předmětem zákona o sociálních službách.

2.3.2 Zákon o sociálních službách

První návrhy nového systému sociální pomoci se datují již do roku 1994, avšak teprve v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který spolu s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006Sb., o pomoci v hmotné nouzi) přinesl očekávanou změnu systému sociální péče. *„Zákon představuje po mnoha letech legislativního vakua nesporný pokrok. Posiluje úlohu klienta jako objednavatele služby. Zvyšuje nároky na poskytovatele služeb, všem poskytovatelům – státním i nestátním – vytváří stejné podmínky pro činnost. Poprvé od r. 1998 definuje kvalifikační předpoklady pro práci v sociálních službách. Vytváří předpoklady pro kontrolu kvality sociálních služeb.“* (Matoušek 2007, s. 50 – 51) Tomuto zákonu jsou však vytýkány i některé zásadní nedostatky. Nezabývá se otázkou dostupnosti služeb ani potřebné kapacity služeb. *„Spoléhá na princip „nákupu služeb“, jenž nemůže stoprocentně garantovat, že budou služby v nezbytné kvalitě a v dostupném místě poskytovány všem lidem, kteří je budou potřebovat. Smluvní vztah mezi poskytovatelem a příjemcem sociální služby také automaticky negarantuje stejný typ rovnosti, jaký mají prodávající a zákazník v běžných tržních vztazích. Řada klientů sociálních služeb má omezenou kapacitu posuzovat možnosti a volit pro sebe nejlepší alternativu.“* (Matoušek 2007, s. 50 – 51) Problémem je také financování těchto služeb, což velmi znesnadňuje jakékoliv

plánování a sestavování rozpočtů. Mnohdy jsou organizace nuceny fungovat v rámci „provizorních rozpočtů“, což vede k jejich destabilizaci. *„Dotace na služby nejsou zaručeny ani státem, ani kraji. Fungování systému tedy bude záviset na rozhodování odpovědných úředníků a na tom, kolik prostředků do systému bude stát celkově uvolňovat.“* (Matoušek 2007, s. 50 – 51)

2.3.3 Změny v oblasti sociálních služeb

Do polistopadového vývoje sociálních služeb zasáhly také společensko-politické změny na přelomu 80. a 90. let. Na mnoho objektů, v nichž byly sociální služby poskytovány, byly uplatněny na počátku 90. let restituční nároky, což znamenalo nutnost nahradit tyto objekty výstavbou nových moderních zařízení, která byla pro poskytování sociálních služeb mnohem vhodnější. *„V souvislosti s realizací II. fáze reformy veřejné správy došlo k převedení zřizovatelských funkcí k většině zařízení sociálních služeb z bývalých okresních úřadů především do samosprávné působnosti jednotlivých krajů. Přitom bylo nutno mít na zřeteli především tyto skutečnosti:*

- *sociální služby jsou poskytovány v zařízeních, která by měla sloužit především lidem v místní lokalitě a obce by proto měly mít dobrý přehled o jejich využití a potřebě - z tohoto titulu bylo žádoucí, aby tato zařízení byla podle principu subsidiarity převáděna především na obce a města,*
- *v těchto zařízeních je umístěno zpravidla pouze minimum občanů obce, města nebo regionu, ve kterém se zařízení nachází, a s ohledem na systém financování těchto zařízení zřizovatel musí služby dotovat z vlastních rozpočtů, přičemž domovské obce nemají k těmto občanům žádné povinnosti (není naplněn princip participace).“* (Víšek, Průša, 2012)

Realita tedy neodpovídala představě, se kterou se k těmto změnám přistupovalo. Legislativa také pokulhávala, neboť kompetence jednotlivých krajů a obcí byly upraveny pouze obecně a reforma veřejné správy tak v oblasti sociálních služeb nenaplnila svoje hlavní poslání - přiblížení služeb občanům. *„Základní příčinou této skutečnosti byl fakt, že ministerstvo financí neposkytlo městům a obcím garance za zachování finanční participace státu při financování sociálních služeb, a proto byla naprostá většina sociálních zařízení převedena nikoli na jednotlivé obce a města tak, jak se původně předpokládalo, ale na krajské úřady.“* (Víšek, Průša, 2012) Nestátní

sektor byl financován formou nenárokových ročních dotací a byl tedy zcela závislý na podpoře státu. „*Nezávislost a kritičnost nestátního sektoru zcela vymizela. Možnost provádění sociálních služeb nestátními službami byla kodifikována již na jaře 1990. Uplynulo více než 20 let a MPSV nebylo schopno vytvořit regulérní nárokový systém jejich financování, zejména služeb sociální prevence.*“ (Víšek, Průša, 2012)

Jak uvádí Michalík, ačkoliv se jednalo o změny rozsáhlého a složitého systému, jaký představují sociální služby, a bylo zřejmé, že se tyto změny neobejdou bez průvodních jevů, které mohou přinášet účastníkům mnohé problémy, chyběl souběžně probíhající monitoring změn a jejich dopadů na jednotlivé účastníky. O výzkum dopadů se tak mnohdy staraly pouze neziskové organizace apod. (Michalík 2008, s. 113).

Jeden výzkum byl prováděn také za účelem zjištění postojů účastníků systému sociálních služeb po zavedení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jeho výsledky byly publikovány v roce 2008. Provedený výzkum již odráží změny, které byly spojeny s platností nového zákona. Jak vyplývá z tohoto výzkumu (viz. Příloha č. 1.), přijetí zákona o sociálních službách bylo i přes některé jeho nedostatky jednoznačně krokem správným směrem a výrazně posunulo další vývoj v oblasti sociálních služeb. (Michalík, 2008) Aby jednotlivá zařízení splňovala požadavky (standarty poskytování sociálních služeb), které jim zákon ukládá, byli jejich zřizovatelé nuceni přistoupit k radikálním změnám, které vedou k deinstitucionalizaci těchto služeb.

3 Proces transformace a deinstitucionalizace

Projekt Ministerstva práce a sociálních věcí „Transformace sociálních služeb“ navazuje na předchozí projekt „Podpora transformace sociálních služeb“. Hlavní cíl projektu spočívá v podpoře přechodu klientů z ústavní služby do služby komunitní a ve zkvalitnění sociálních služeb, které by měly být poskytovány na základě individuálních potřeb jednotlivců. Do projektu je zapojeno 40 zařízení ze všech krajů ČR, vyjma Prahy (viz. Příloha č. 2., tab. 2.), (www.trass.cz).

Projekt je realizován Odborem implementace fondů EU a Odborem sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí. Projekt je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. Vytváří na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. *Komunitní služby* více podporují jejich uživatele v zapojení se do společnosti a na trh práce. Do projektu je zapojena řada subjektů a jeho součástí má být i práce s povědomím veřejnosti, aby byli lidé se zdravotním postižením opouštějící ústavy přijati do běžného společenství. Klíčové aktivity projektu jsou:

- konzultace a supervize určené zejména pro pracovníky v sociální péči (zaměstnance v přímé péči apod.)
- propagace transformace a deinstitucionalizace a komunitních služeb
- vzdělávání pracovníků v sociální péči a klientů
- vyhodnocení průběhu procesu transformace a jejich dopadů.

Transformace je pojímána jako prosazení a naplnění lidských práv lidí se zdravotním postižením a způsob, jak dosáhnout nastavení sociálních služeb tak, aby byly založeny na individualitě a vytvořily síť, která bude působit jako prevence vstupu do ústavu (<http://www.mpsv.cz/cs/14597>).

Je zcela zřejmé, že život v ústavním zařízení mnohdy ani zdaleka neodpovídá současným potřebám člověka a právům na soukromí a důstojný život. *„Pro některé lidi jsou však ústavy jedinou možností umožňující důstojnou existenci. Neuvážené rušení ústavů prováděné pod praporem deinstitucionalizační doktríny, není dobré ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu. Je nutné počítat s tím, že moderní*

rodina je stále méně ochotna pečovat o své hendikepované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování.“ (Matoušek, 1995, s. 23)

3.1 Výsledky analýzy rizik transformace

Jedná se o analýzu, která byla zadána MPSV a která přinesla konkrétní náměty, na které je třeba se zaměřit, aby se předcházelo rizikům spojených s transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb. K identifikaci rizik bylo využito následujících zdrojů:

1. *Transformační plány jednotlivých zařízení* – každý poskytovatel zapojený do projektu Podpora transformace sociálních služeb vytváří transformační plán, který se věnuje plánování samotného procesu transformace včetně identifikace jednotlivých rizik procesu a jejich řízení. Jedná se především o části 4. 1. SWOT analýza zařízení pro proces transformace a 4.5 Analýza rizik.
2. *Rozhovory s pracovníky v zařízeních* zapojených do přípravné fáze.
3. *Zkušenosti ze zahraničních projektů.*
4. *Brainstorming* s regionálními pracovníky Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb v jednotlivých krajích.
5. *Zpětná vazba od externích hodnotitelů* z Modelového hodnocení v zařízeních zapojených do projektu Podpora procesů v sociálních službách - v rámci projektu byla realizována aktivita hodnocení kvality daných služeb. Účelem této aktivity bylo zjistit úroveň poskytovaných služeb v porovnání s vybranými standardy kvality sociálních služeb a poskytnout pracovníkům zařízení zpětnou vazbu k míře kvality poskytované sociální služby.
6. *Rizika zmíněná během vzdělávacích akcí.*
7. *Podněty k rizikům od ostatních pracovních skupin.*
8. *Připomínky a podněty* například od zařízení a krajů zapojených do projektu nebo od zástupců MPSV ČR.
9. *Názory odborníků v pracovní skupině.*

Pro stanovení rizikovosti byla zvolena metoda Risk Priority Number (RPN) = Hodnota priority rizika. Tento výpočet je velmi často využíván pro analýzy chybovosti/rizik a jejich dopady na daný proces/oblast. RPN hraje důležitou roli ve výběru priorit/aktivit vedoucích k prevenci rizik.

Čím je parametr RPN vyšší, tím větší ohrožení procesu transformace uvedené riziko představuje (<http://www.mpsv.cz/cs/14597>).

3.1.1 Nejvyšší rizika procesu transformace

Z výsledků průzkumu jasně vyplývají největší rizika, která jsou s transformačním procesem spojena. Mezi čtyři nejvýznamnější patří (viz. Příloha č. 3., tab. 3.):

- nejsou vytvořeny mechanismy zabraňující přijímání nových klientů do ústavních zařízení ani mechanismy zabraňující jejich vzniku
- nedostatek vhodných nemovitostí (pozemků)
- nedostatek peněz pro zřízení nových služeb
- postupné zhoršování zdravotního stavu uživatelů

Na druhém místě jsou pak shodně následující rizika:

- nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele služby,
- zvýšený tlak na setrvání ve stávajících podmínkách „protože se do zařízení již tolik investovalo“,
- konflikty s veřejností,
- nevhodný výběr pozemků pro realizaci transformace,
- neočekávaně drahý provoz nové služby,
- nepravidelnost plateb,
- zaměstnanci špatně odhadnou schopnosti/dovednosti uživatelů (podceňují nebo přeceňují),
- zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci,
- obavy zaměstnanců z „nového“
- riziko zneužití uživatele včetně zneužití osobních údajů,
- poskytovatel nevhodně zvolí personální a materiální podmínky transformované služby u některých uživatelů
- opatrovníci nemají zájem na větší autonomii uživatelů.

Vzhledem k zaměření této práce se zaměříme na rizika, která se týkají osob zapojených do transformace a komunikace mezi nimi.

Rizika ve vztahu k osobám zapojených do transformace

Mezi nejdůležitější účastníky patří samozřejmě uživatelé služeb, jejich rodinní příslušníci a opatrovníci. Velký vliv mají také pracovníci přímé péče, střední a vyšší management a v neposlední řadě jsou to vazby na region a na místní komunitu.

Uživatelé

(viz. Příloha č. 3., tab. 4.)

Z výsledků je zřejmé, že za dvě největší rizika jsou považována:

1. odmítnutí uživatelů účastnit se procesu transformace
2. obavy z nedostatečného finančního zajištění uživatelů.

Důvody mohou být různé:

Ad 1) Může se jednat o osoby vyššího věku, kterým vyhovuje stávající způsob života, a nechtějí na něm již nic měnit. Mají obavy z neznámého, z toho, že přijdou o své známé a přátele, se kterými doposud žili nebo se znali ze sousedství. Chtějí dožít v klidu. Nebo se např. jedná o nejisté jedince, kteří mají strach ze všeho neznámého a raději chtějí zůstat ve stávajících podmínkách, protože jakýkoliv přesun i do výrazně lepšího prostředí by pro ně znamenal velký stres.

Ad 2) V současnosti nejsou provozovatelé těchto zařízení po finanční stránce soběstační a jsou závislí na externím financování ze strany zřizovatele, fondů apod. Ve chvíli, kdy se poskytované služby zkvalitní a tím pádem i prodraží, by pro mnoho klientů s nízkými invalidními důchody i s nízkým příspěvkem na péči byly zcela nedostupné. Je tedy třeba řešit celkově financování ze strany zřizovatele a také možnost přivýdělku klientů. Jejich uplatnění na trhu práce by tak výrazně zlepšilo možnost jejich integrace.

Další významná skupina rizik stejné úrovně pak zmiňuje nepřijetí uživatelů v dané lokalitě, ovlivňování ze strany rodiny, opatrovníka apod., nezvládnutí samostatného

způsobu života a nedostatek příležitostí a podmínek pro smysluplné trávení času. Toto jsou již přímo podněty pro praktickou část práce, kde se zaměříme na problematiku přijetí uživatelů služeb ze strany veřejnosti a na vliv vzájemné komunikace.

Rodinní příslušníci a blízké osoby

(viz. Příloha č. 3., tab. 5.)

Zde identifikujeme jedno riziko, které sice nepatří do „nejvyšších rizik“, může ale zcela zásadním způsobem ovlivnit rozhodnutí uživatelů, zda budou mít zájem o nové služby a to: nesouhlas rodin některých uživatelů s jejich stěhováním a větším osamostatněním. To je možné opět vysvětlovat mnoha důvody. Např. to může být z důvodů větší vzdálenosti mezi stávajícím bydlištěm a místem nového bydliště (prodražení nákladů spojených s návštěvami, ztráta kontaktu apod.) nebo nedůvěra v nový systém (strach z vysokých nákladů na provoz, neznalost prostředí, zaměstnanců atd.). I zde spatřujeme velký prostor pro komunikaci a zprůhledňování připravovaných změn v poskytovaných službách.

Opatrovníci

(viz. Příloha č. 3., tab. 6.)

V této skupině je zásadní riziko, které je v naprostém rozporu s cílem transformace: někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů.

Jak je to možné? Jak se stane, že osoba, která by měla mít ten největší zájem na pokrocích svých svěřenců a zvyšování jejich soběstačnosti apod. je naopak proti? Možná je důvodem právě systém přiznávání příspěvků na péči. Díky tomu, že se některý z uživatelů stane schopnější, přichází tím o nemalé finanční prostředky a to může jemu příp. i jeho opatrovníkovi zkomplikovat život. Může se totiž stát, že díky svým pokrokům po přehodnocení příspěvku na péči již nebude moci nadále využívat některých služeb, protože na to nebude mít prostředky. Zda je to etické, však není třeba se ptát.

Zaměstnanci přímé péče

(viz. Příloha č. 3., tab. 7.)

Za nejvyšší rizika v této skupině jsou považována (se stejnou vahou) následující:

1. zaměstnanci špatně odhadnou možnosti/schopnosti uživatelů (podceňují/přeceňují)
2. zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci,
3. obavy zaměstnanců z nového.

Pokud se tedy zaměříme na výše uvedená rizika, můžeme vycházet z následujícího:

Ad 1) Podcení-li zaměstnanci uživatele v jeho schopnostech, nejspíše se stane to, že je v nové situaci překvapí, jak skvěle všechny změny zvládá. Horší je, pokud zaměstnanci uživatele přecení a ve skutečnosti se pak ukáže, že klient nový styl života nezvládá, není na něj dostatečně připraven. V tomto případě by mělo být myšleno na to, aby bylo možné klientovi poskytnout potřebnou míru podpory, případně jej přesunout do jiného zařízení, kde mu bude poskytnuta větší péče a kde bude mít dostatek času a prostoru na to, aby se déle připravoval na změnu, učil se větší soběstačnosti postupně a bez zbytečných stresů.

Ad 2) Toto je zcela v kompetenci zaměstnavatele. Je třeba poskytnout dostatečná školení příp. jiné formy vzdělání, aby se toto riziko zmenšilo, či zcela eliminovalo.

Ad 3) Zde jsou podstatné vedlejší důvody, proč se bojí nového. Může to být proto, že nechťejí nejistotu, bude to pro ně znamenat významnou změnu z pohledu dojíždění za prací apod. nebo je to čistě z důvodů neochoty zvýšit své pracovní úsilí v případě potřeby. Zde opět hraje důležitou roli zaměstnavatel, a pokud nepomůže větší angažovanost, sdílení důležitých informací, vzájemná komunikace a podpora, je třeba pomýšlet na propuštění takového zaměstnance.

Na druhém místě z pohledu hrozícího rizika v této skupině se řadí:
- odpor některého personálu vůči změnám. Toto může být velmi podstatné riziko, neboť začnou-li nespokojení zaměstnanci dávat najevo svou neochotu a nesouhlas s transformací, může to ovlivnit nejen jejich kolegy, ale i uživatele a v širším kontextu i veřejnost. Tito lidé mají zpravidla snahu odůvodňovat svou nespokojenost a tím mohou do společnosti „vynášet“ informace, které mohou být zkreslené nebo se vůbec nemusí zakládat na pravdě, ale kterým se dá snadno uvěřit a pak může docházet ke změně postojů veřejnosti k transformaci.

Vyšší a střední management

(viz. Příloha č. 3., tab. 8.)

Hlavními riziky jsou: rozpory v týmu (někteří jsou pro transformaci, jiní proti) a nepříznivý vliv se zaměstnanců novým pracovním podmínkám (převod z ústavu do chráněného bydlení a tím vytvoření „malých ústavů“).

Zde je nutný zásah topmanagementu a důsledná kontrola dodržování naplňování vizí a poslání zařízení, která musí být v souladu s připravovanou transformací a také dodržování nových pracovních postupů a metod, které odpovídají nově poskytované službě.

Vazby na region a na místní komunitu

Za nejkritičtější v této sféře jsou považovány konflikty s veřejností a nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele. Zároveň se řadí na druhé místo ze všech transformačních rizik. Jedná se tedy o oblasti, které by rozhodně neměly být podceněny a na které se zaměříme v praktické části práce.

3.2 Shrnutí

Poskytování sociální péče prošlo na našem území vývojem, který vycházel z potřeb společnosti řešit otázku péče o potřebné. Ačkoliv jsme v době Rakouska - Uherska udávali směr, kterým se v této oblasti následně ubírala celá monarchie, po 2. světové válce a především pak po roce 1948 u nás nedocházelo k zásadním změnám; sociální péče byla poskytována v ústavních zařízeních a byla centrálně řízena. I přes veškerou snahu jednotlivých zařízení a personálu však tato péče neodpovídala potřebným standardům a tak bylo nutné uskutečnit nějaké změny. První nastaly po roce 1989, kdy se postupně uvolňuje centrální vliv státní sociální správy a dochází k rozšíření forem poskytování pomoci sociálně potřebným. Velký význam má také změna postavení uživatelů sociálních služeb (klientů) a celková profesionalizace sociální pomoci. Dalším zásadním krokem pak bylo přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. I přes některé své nedostatky se jedná o zásadní dokument, který výrazně změnil tvář sociálních služeb v České republice.

Je smutnou skutečností, že komplexní rekonstrukce našeho systému sociálního zabezpečení však zatím stále nedosáhla očekávaných cílů, neboť řada opatření má pouze byrokratický charakter a postrádá potřebnou empatii a zkušenost ze života s postižením. Centrálně řízené poskytování služeb nezohledňuje individuální potřeby klientů. Současným ideálem je směřování k tomu, aby lidé s handicapem mohli využívat běžné zdroje, tedy takové, jež poskytují služby široké veřejnosti. Jedinec, pokud to jeho stupeň postižení umožňuje, by měl být na sociální službě co nejméně závislý a nemělo by se stát, aby služby řídily jeho život

Z provedených průzkumů vyplývá, že lidé s postižením chtějí žít stejný život jako lidé „normální“. Rádi by našli pracovní i společenské uplatnění, které by jim přineslo uspokojení a možnost seberealizace. Touží po životě ve společnosti svých blízkých. Chtějí se sami rozhodovat a nést odpovědnost za svá rozhodnutí i rizika s tím spojená. Péče v ústavních zařízeních jim to však neumožňuje a svým způsobem je vyčleňuje z běžného života. Proto se v současnosti od zřizování podobných institucí upouští a vytváří se nová moderní zařízení, která odpovídají dnešním potřebám. Dbá se především o respektování soukromí klientů, jejich pohodlí a práva na důstojný život. Stávající poskytovatele sociálních služeb, kteří sídlí v nevyhovujících objektech, pak čeká radikální transformace spojená s přestěhováním do nových, zpravidla podstatně menších objektů, které jsou koncipovány jako běžné rodinné domy či byty. Smysl však budou mít pouze ta zařízení, která svůj režim odvodí od individuálních potřeb uživatele a budou jej omezovat jen v minimální nutné míře.

Aby tato transformace proběhla úspěšně a přinesla očekávané výsledky, je třeba se vyvarovat klíčových úskalí, která jsou s ní spojená. V rámci praktické části se tedy zaměříme na rizika, která jsou spojena s přijetím transformačních opatření širokou veřejností a s integrací osob s postižením do běžného života.

4 Praktická část

4.1 Cíle

Vzhledem k výsledkům analýzy rizik transformace, kdy jedním z nejvýznamnějších bylo riziko konfliktů s veřejností, je cílem praktické části zjistit, jak je veřejnost připravena na soužití s lidmi s mentálním postižením. Bakalářská práce hledá ve své praktické části odpovědi na následující otázky: Existují stereotypy v chování k lidem s mentálním postižením? Jaké mají občané zkušenosti se soužitím s lidmi s mentálním postižením?

Dá se předpokládat, že veřejnost nemá dostatečné informace o dané problematice a ani zkušenosti z kontaktu s osobami s mentálním postižením a tudíž nebude mít velké povědomí o této problematice a bude se soužití s těmito osobami spíše bránit.

Zaměřujeme se tedy na efektivitu komunikace s veřejností v otázkách soužití s lidmi s mentálním postižením a jeho cílem je zjistit, nakolik je možné změnit nebo alespoň ovlivnit názory na osoby s mentálním postižením.

4.2 *Charakteristika použitých metod, zkoumaného souboru a fáze výzkumu*

První z dvou hlavních použitých metod je dotazníkové šetření. Použitý dotazník je součástí přílohy (Příloha č. 4. Dotazník). Tato metoda byla vybrána z důvodu své objektivnosti a také rychlosti získání mnoha informací v poměrně krátkém časovém úseku. Otázky v dotazníku jsou většinou uzavřené se škálou možných odpovědí. V některých případech jsou otázky otevřené. Z odpovědí pak vyplývá, nakolik se lidé běžně setkávají s osobami s mentálním postižením, jaké k této problematice mají informace a především, jaký mají k těmto lidem vztah, co si o nich myslí, jak se cítí při setkání s nimi apod. Na výzkumnou otázku „Jak je veřejnost připravena na plánované soužití se spoluobčany s postižením po transformaci sociálních služeb?“ odpovídají otázky v dotazníku č.: 9. – 13., 15. – 18. a 20. - 22. Na otázku „Existují stereotypy v chování k lidem s mentálním postižením?“ pak odpovídají otázky č.: 1. – 8. a 19. Jedna otázka je pak položena čistě za účelem zjištění, zda vůbec mají povědomí o probíhající transformaci zařízení nabízejících pobytové služby nejen pro

tyto osoby (otázka č. 14). Jedna otázka byla položena za účelem zjištění, jaké vážnosti se těší pracovníci v zařízeních pro osoby s mentálním postižením (otázka č. 23) a prostor byl věnován také postřehům a jiným sdělením respondentů (otázka č. 24.).

Druhou použitou stěžejní metodou je metoda experimentu. Ten byl proveden za účelem zjištění, nakolik lze ovlivnit mínění o lidech s mentálním postižením. Uskutečněn byl v osmých a devátých třídách ZŠ v různých městech (Praha, Pacov). Experiment neboli pokus, chápeme jako soubor jednání a pozorování, jehož účelem je ověřit, či vyvrátit předpoklad, hypotézu nebo poznatek, které vykazují příčinné vztahy určitých proměnných. Jedná se o empirickou metodu výzkumu nebo vědeckého ověření. Osoby, které se zúčastňují experimentu, jsou subjekty. Výběr subjektů se uskutečňuje podle jistých znaků. V našem případě se jedná o věk a místo bydliště. Podle Gavory je experimentální skupina skupinou subjektů, ve které se uskutečňuje experimentální působení. Experiment musí mít několik základních prvků. Musí v něm být alespoň dvě skupiny osob, které fungují v různých podmínkách. Tyto podmínky se přísně kontrolují a na konci experimentu se jejich vliv vyhodnotí (Gavora, s. 129). V tomto konkrétním případě budou dvě experimentální a tři kontrolní skupiny, aby se vyloučil vliv jiných, než zkoumaných činitelů.

Pokus se od prostého pozorování liší tím, že při něm aktivně ovlivňujeme podmínky. U pozorování se naopak snažíme svůj vliv co nejvíce minimalizovat. Jistě by bylo zajímavé tento výzkum obohatit i o pozorování aktérů experimentu v přímém kontaktu s osobami s mentálním postižením. Pro nedostatek času a náročnost na organizaci však nebylo možné jej provést.

Experiment byl vybrán z důvodu objektivnosti a možnosti jeho zopakování v budoucnosti a také protože při něm bylo možné využít již zrealizovaného projektu. Jedná se o projekt, na kterém jsme pracovali v našem domově pro osoby s mentálním postižením, kde pracují. Konkrétně jde o film, který byl natáčen pouze s herci s mentálním postižením z Polska, Ukrajiny, Slovenska a České republiky. K tomuto projektu byl natočen také film o filmu, kde je velmi dobře vidět, jak je práce s těmito lidmi náročná. Zároveň zde mají příležitost vyjádřit se ke vzájemné spolupráci

i osoby, které se s mentálně postiženými setkali poprvé a netušili, co od toho setkání mohou čekat. Právě samotná zkušenost několikadenního soužití a vzájemné spolupráce jim mnohdy velmi ovlivnila jejich další hodnocení těchto lidí.

Na počátku přípravy experimentu byly stanoveny následující předpoklady:

1. Žáci ZŠ nemají dostatečné znalosti o problematice lidí s mentálním postižením.
2. Díky této neznalosti se budou soužití s lidmi s mentálním postižením bránit.
3. Promítnutí pozitivního filmu o lidech s mentálním postižením a poskytnutí informací o projektu a natáčení ovlivní výsledky plynoucí z dotazníku.

V experimentální skupině (vždy se jedná o celou třídu ZŠ) je tedy nejprve představen výše zmíněný projekt a v krátkosti se pohovoří o průběhu natáčení. Následně je žákům promítnut film o filmu a teprve poté jim jsou rozdány dotazníky k vyplnění. V kontrolních skupinách je postup obrácen. Nejprve žáci vyplní dotazníky a poté jim je představen zmíněný projekt a promítnut opět film o filmu. Je otázkou, zda se i během takto krátké doby podaří žákům předat alespoň pár informací o lidech s mentálním postižením, které jim umožní „otevřít oči“ a tyto osoby vnímat z jiného pohledu, než na jaký byli doposud zvyklí (pokud je vůbec nějak vnímali).

Část dotazníků pak pochází z místa, kde již došlo k soužití běžné populace s osobami s mentálním postižením. Tyto dotazníky jsou samostatně vyhodnoceny, aby bylo zřejmé, zda a jak se názor na osoby s mentálním postižením liší. Zde odpovídáme na otázku „Jakým způsobem ovlivní transformace život v daných obcích a městech, které při transformaci spolupracují i nespolupracují?“

Závěrečná doporučení pak odpovídají na výzkumné otázky: „Jak předcházet konfliktním situacím v novém prostředí?“ a „Jak se s novými sousedy vzájemně respektovat?“ a mohou být vodítkem nejen pro širokou veřejnost, ale i pro zaměstnance sociálních služeb.

4.3 Výzkum a jeho výsledky

Výzkum probíhal ve městech: Praha, Pacov, dále České Budějovice a ve vesnici Šanov na Moravě. Během měsíců březen – květen, bylo celkem zpracováno 182 dotazníků. Počet žen 88, počet mužů 94. Zaměřili jsme se především na žáky

osmých a devátých tříd ZŠ, a dále na věkovou hranici 16 – 25 let. Pro získání většího spektra názorů jsme oslovili i ostatní kategorie, aby bylo možné si udělat obrázek, zda a případně jak se mínění o osobách s mentálním postižením mění s věkem.

4.3.1 Průběh a vyhodnocení obecného dotazování

Během dotazování nenastaly žádné komplikace, které by měly vliv na výsledky průzkumu. Lidé byli většinou vstřícní a po vyplnění dotazníku mělo mnoho z nich potřebu získat o této problematice více informací.

Počet respondentů dle věkových skupin byl následující:

- 9 – 12 let: 1
- 12 – 15 let: 105
- 16 – 25 let: 35
- 26 – 40 let: 16
- 41 – 60 let: 17
- 60 a více let: 8.

Dle rozdělení na místo bydliště byl počet respondentů:

- vesnice 46
- malé město 40
- větší město 19
- velké město 77.

Výsledky průzkumu jsou zpracovány graficky v příloze – Příloha č. 5 Vyhodnocení průzkumu. V první části (grafy č. 1 – 50) se jedná o souhrnné výsledky. V případech, kdy se ukázalo, že je poměrně velká rozmanitost v názorech mladších a starších respondentů, jsme doplnili grafy o rozlišení věkových hranic, případně místo bydliště. Ve druhé části je pak vyhodnocení experimentu (grafy č. 51 – 61). Ve třetí části je vyhodnocení výsledků z vesnice, ve které již žije několik osob s mentálním postižením v nově postavených domcích a jsou již více než dva roky součástí běžného života této vesnice (graf č. 62 -76).

Otázka č. 1: Setkal jste se někdy s osobou se zdravotním postižením?

Téměř všichni respondenti se někdy setkali s osobou se zdravotním postižením. K těmto setkáním dochází nejčastěji na ulici (31%), dále pak v nemocnici (15%), v obchodě (14%), v sousedství (14%), ve škole (13%) a v práci (7%). Jako jiná místa setkání uvádí někteří respondenti MHD a dále návštěvu u známých, kde žije osoba se zdravotním postižením.

V grafu č. 3 je pak vidět, jak se mění škála míst setkání se zdravotně postiženou osobou dle věku a pohlaví. U mladších respondentů je zřejmý nárůst počtu setkání především ve škole, což může být způsobeno v posledních letech snahou o integraci osob s postižením do běžných tříd. V grafu č. 4, kde je vyhodnocení otázky č. 1. dle místa bydliště, je patrný rozdíl mezi vesnicí a malým městem a větším a velkým městem. Je zřejmé, že setkání s těmito lidmi ve větším a velkém městě jsou běžnější a odehrávají se nejčastěji právě na ulici, v obchodě i v sousedství. Může to být dáno nejen počtem obyvatel a tedy i vyšší pravděpodobností setkání se zdravotně postiženým člověkem, ale i tím, že se do měst lidé se zdravotním znevýhodněním stěhují za účelem komfortnějšího bydlení, větší příležitosti na trhu práce i pro trávení volného času a v neposlední řadě širší a komplexnější nabídkou služeb zdravotní i sociální péče. Nejčastěji pak respondenti potkávají osoby s mentálním postižením (35%), tělesným postižením (34%), osoby se zrakovým postižením (21%) a s postižením sluchu (10%). Nízké procento u sluchově postižených osob může být způsobeno tím, že na první pohled nemusí být vůbec zřejmé, že se jedná o osobu s tímto handicapem.

Otázka č. 2 byla otevřená a bylo třeba vlastními slovy popsat, co si respondent představuje pod pojmem „mentální postižení“. Zde se ukázalo, že zejména věková skupina 12 – 15 let má problém s rozlišením, co je mentální a co tělesné postižení. Většinu definic však můžeme považovat za více, či méně výstižné. Pro představu uvádíme několik komentářů:

„No, mentální postižení znamená, že nemá tolik rozumu a že se špatně narodil.“

„Chová se jako malé dítě.“

„Že mluví divně, baví se divně.“

„Musí se o něj starat druhý člověk.“

„Porucha těla i mysli. Nemůže chodit.“

„Člověk, který je tělesně znemožněn dělat některé aktivity.“

„Že se člověk narodí už postižený tak, že mu plně nefunguje mozek a mezi ostatními lidmi nezapadá, protože např. nemá dost vysoké IQ pro normální školy apod.“

„Něco se zvtlo, ať už při porodu nebo ještě v břiše, ale ten člověk prostě v hlavě nefunguje tak jak má.“

„Že má nějakou vadu, která nejde odstranit.“

„Porucha mozku, nechápe a nezvládá některé věci.“

Více než 80% respondentů pak uvádí, že se někdy setkali s mentálně postiženým člověkem. Největší frekvence setkání se uskutečňuje opět na ulici 36%, dále pak v obchodě a ve škole (shodně 13%), v nemocnici (11%) a v práci (pouhých 5%). Místo setkání s osobou s mentálním postižením dle věku a pohlaví (graf č. 10) a místa bydliště (graf č. 11) je pak obdobný jako při setkání s osobou se zdravotním postižením.

Otázky č. 4 a 5 měly objasnit úroveň znalostí o problematice mentálního postižení. Z grafů č. 12 – 15 vyplývá, že velká část respondentů dala chybné odpovědi. Se zvyšujícím se věkem, kdy lidé získávají i více informací, dochází i ke snižování počtu chyb. Z grafu č. 15, kde je vyhodnocení otázky č. 4 dle věku a pohlaví, je zřejmé, že respondenti ve věkových skupinách 12 – 25 let považují za mentální postižení i hluchotu, či slepotu, zatímco věkové skupiny od 26 let již tato postižení jako mentální neuvádějí. Výjimkou jsou ženy ve skupině 26 – 40 let, kde se i tato diagnóza objevila.

Grafy č. 16 – 24 reflektují odpovědi z otázek č. 6 – 10. Z dílčích výsledků vyplývá, že méně než polovina respondentů (47%) někdy viděla nějaký pořad o lidech s mentálním postižením. Nejvíce ženy mezi 41 – 60 lety. Při následné diskuzi po vyplnění dotazníku však mnoho respondentů uvedlo, že si v dané chvíli na žádný pořad nemohli vzpomenout, nebo si neuvědomovali, že se jednalo o pořad o lidech s mentálním postižením. Jako příklad pak byly nejčastěji uváděny

dokumenty na ČT2, pořady na ČT1 např. „Pomozte dětem“ a dále filmy: „Forrest Gump“, „Rainman“ anebo nový seriál „Gympl s ručením omezeným“, kde se objevila dívka s Aspergerovým syndromem.

O lidech s mentálním postižením četlo ještě méně respondentů (41%). Jako zdroje jsou pak uváděny noviny, časopisy a internet. Zde je zřejmé, že se o tuto problematiku zajímají opět nejvíce ženy ve věku 41 let a více.

Zhruba dvě třetiny respondentů (63%) pak uvádějí, že o lidech s mentálním postižením slyšeli mluvit. Nejvíce jsou uváděny rozhovory a přednášky ve škole, v rodině a pak odborné přednášky (většinou se zdravotní tematikou).

Z uvedených výsledků vyplývá, že o danou problematiku se v každém věku více zajímají ženy. Nejvýznamnější rozdíl je pak ve věkových skupinách od 41 let. U této otázky se neprokázal žádný rozdíl mezi respondenty žijícími na vesnici či ve městě.

Jedna třetina respondentů by se o této problematice chtěla dozvědět více v případě, že by se jim narodilo takto postižené dítě (30%) nebo že by jejich známý měl takto postižené dítě (18%), případně by se takto postižený člověk objevil v práci, či ve škole (17%) nebo v sousedství (13%). Z toho tedy vyplývá, že je na místě se zaměřit na problematiku komunikace a věnovat více úsilí sdělování bližších informací k transformačnímu procesu, zejména pak informacím o typech, příčinách a projevech postižení, jejich „nebezpečnosti“ budoucím sousedům, příp. spolupracovníkům apod. Pro 4% respondentů je však mentální postižení takové tabu, že rozhodně odmítají získávat jakékoliv další informace.

Z pohledu respondentů by pak nejpřijatelnější formou předání informací měl být internet (39%), TV pořad nebo dokument (36%). Menší zájem pak byl o přednášky (19%) či noviny a časopisy (6%). Tento výsledek je v přímé závislosti na četnosti zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích, kdy z jiných průzkumů vyplývá, že mladá generace upřednostňuje internet před TV a dalšími médii.

Otázky 11, 12, 16 – 18 a 20 – 23 jsou zaměřeny na zjištění pocitů z lidí s mentálním postižením. Z grafu č. 25 vyplývá, že 40% respondentů má obavy z osob s mentálním postižením. Důvody jsou různé. Nejvíce převládá ten, že se k nim respondenti neumí chovat (27%). 21% neví, zda nejsou nebezpeční, v 19ti% vzbuzují

soucit a 17% neví, zda by jim rozuměli. Někteří respondenti však uvedli jako důvod i to, že k lidem s mentálním postižením cítí odpor (3%). Přesto při otázce, zda by lidem s mentálním postižením dokázali pomoci, uvedlo více než 70% respondentů, že ano (graf č. 28).

Pokud srovnáme výsledky opět dle věku a pohlaví (graf č. 27), vyplývá nám z nich, že ženy s lidmi s mentálním postižením mají spíše soucit a necítí se v jejich společnosti dobře, zatímco u mužů převládá názor, že neví, jak se k nim mají chovat, zda by jim rozuměli a objevuje se také obava z toho, že by se mohli nějak nakazit.

V grafu č. 29 je pak vyhodnocení otázky č. 12 opět dle věku a pohlaví. Z tohoto znázornění je zřejmé, že muži mají silnější pocit, že by byli schopni člověku s mentálním postižením pomoci. Ženy mají podstatně větší problém s tím, si to vůbec představit, ale jinak významná většina uvádí, že by možná uměla takovému člověku pomoci.

Z otázek č. 16 – 18 je zřejmé, že jsou respondenti poměrně tolerantní, ale nepřejí si být s osobou s mentálním postižením v bližším kontaktu. Z průzkumu vyplývá, že jim činí podstatně menší potíž sníst jídlo připravené takovouto osobou, než si s ní jít zatančit. Nabízí se hypotéza, že vzhledem k nízkému povědomí o mentálních poruchách a zejména vzhledem k faktu, že většina respondentů nepřichází do fyzického kontaktu s těmito osobami (otázka č. 3), je vykazovaná vyšší tolerance spíše konstatování chtěného stavu respondentů než popisem faktického, reálného chování, neb k němu neměli příležitost.

Otázky č. 13 – 15, 19, 20 a 23 mají poskytnout doplňující informace pro doporučení pro probíhající transformaci. Ačkoliv se dnes směřuje k integraci osob s postižením do přirozeného prostředí, z provedeného průzkumu vyplývá, že je stále ještě 39% lidí, kteří si myslí, že by lidé s postižením měli žít ve speciálních zařízeních. Nejvýznamnější rozdíl je pak mezi muži a ženami ve věkové skupině 61 let a více, kdy ženy uvádějí, že by měli lidé s mentálním postižením žít v rodině, zatímco muži je vidí ve speciálních zařízeních s nepřetržitou péčí (graf č. 31). Velká část respondentů však uvádí, že by Tito lidé měli žít mezi normální populací (28%), v rodině (26%), či v rodině a ve speciálních zařízeních s časově omezeným pobytem (6%).

Na jednu stranu je to dobrý signál, neboť stále více lidí vnímá osoby s postižením jako běžnou součást přirozeného životního prostředí. Na druhou stranu je však velmi silná i „opozice“, kterou je třeba přesvědčit, že ústavní péče zdaleka není tím nejlepším, natož jediným řešením ani pro postižené jedince, ani pro zbytek veřejnosti.

Na přímou otázku, zda někdy slyšeli o transformaci sociálních služeb v ČR, odpovědělo „ne“ 88% respondentů a zbývajících 12% uvedlo, že se o ní dozvědělo od rodinných příslušníků, případně známých, kteří pracují v transformovaných zařízeních. Pouze v jednom případě uvedl respondent, že se o ní dozvěděl ze zpráv. Z toho jasně vyplývá, že je třeba veřejnost daleko více informovat o připravovaných změnách ve všech dostupných médiích a to oficiální cestou. Ta neoficiální, kterou se zatím většina informací šíří, může mít několik úskalí. Jak již vyplývá z průzkumu Národního centra pro podporu transformace uváděného v teoretické části práce, rizika spojená se zaměstnanci jsou jedna z nejvyšších. Pokud se tedy nebude informovanosti a loajalitě vlastních zaměstnanců v transformovaných zařízeních věnovat dostatečná péče, je možné, že by nevhodně zvolená sdělení z jejich úst v nepravou chvíli mohla vést k řadě nedorozumění a třeba i k odmítnutí osob s postižením veřejností. Škoda by mohla být o to větší, že lidé pracující s osobami s mentálním postižením se těší poměrně velkému obdivu (graf č. 49). Je však velmi povzbuzující, že 77% respondentů by nevadilo mít za souseda člověka s mentálním postižením. U zbývajících 23% může být o to náročnější je přesvědčit, aby své obavy ztratily.

Zajímavé je i hodnocení poskytované péče o osoby s mentálním postižením (otázka č. 19, graf č. 40). 48% respondentů neví, jaká je úroveň poskytované péče, 30% si myslí, že je odpovídající, 16%, že je spíše nedostatečná, 5% že je o ni postaráno více, než o běžnou populaci a 1% ji považuje za rozhodně nedostatečnou. V grafu č. 41, kde je opět rozdělení dle věku a pohlaví, vidíme, že ženy ve věkové skupině 26 – 40 let odpovídají, že je spíše nedostatečná, nebo rozhodně nedostatečná. Vzhledem k tomu, že tato skupina patří k respondentům s největším množstvím informací (dle předcházejících výsledků), můžeme se domnívat, že informace o stavu sociálních služeb sdělovaných v běžně dostupných médiích jsou spíše negativní.

Vyhodnocení otázky č. 21 „Myslíte si, že byste mohl/a pracovat s člověkem s mentálním postižením?“ v grafu č. 46 dle věku a pohlaví umožňuje sledovat drobné rozdíly mezi muži a ženami. Ženy jsou ochotnější pro spolupráci s osobou s mentálním postižením, zatímco muži ji v některých případech zcela odmítají (věková skupina 12 – 15 a 26 – 40 let).

Dále je třeba se připravit na skutečnost, že v případě nesnází, či jakýchkoliv problémů s osobou s mentálním postižením se budou lidé obracet na opatrovníka, či na jeho rodinu (otázka č. 15). Pro nová zařízení je to opět výzva, neboť spoluobčané nebudou v mnoha případech vědět, kdo je opatrovník jejich nových sousedů, případně kde by měli hledat nějaké rodinné příslušníky a budou se zcela jistě obracet přímo na zaměstnance poskytující běžnou péči v těchto zařízeních. Je nutné se na to připravit a poskytnout zaměstnancům potřebné informace a případně školení v takové míře, aby se cítili sebejistí pro řešení nějakého sporu apod.

Závěr dotazníku je pak věnován připomínkám a postřehům. Následující jistě stojí za zamyšlení.

„Myslím si, že by se měla zlepšit péče o lidi s mentálním postižením u nás v ČR. Co jsem slyšela, jsou tyto osoby omezeny např. ohledně financí apod.“ (žena; 12 – 15 let, Praha)

„Má babička i můj děda pracují přes 30let v takovém ústavu v Tuchořicích. Jsem na to zvyklá. Vyrůstala jsem mezi nimi. Jsem ráda, když nastaví ruku, abych si s nimi plácla. Vidím, jakou z toho mají radost.“ (žena; 12 – 15 let, Praha)

„Někdo pracuje s dětmi (učitelé), jiní s nemocnými (doktoři) a já si myslím, že pracovat s mentálně postiženými není nic výjimečného. Je to práce, jako každá jiná. Je k tomu potřeba kvalifikace a potřebné vlastnosti (ochota, trpělivost). Akorát tím chci říct, že si nemyslím, že je to práce nějak nadřazená ostatním, jak to mnozí říkají.“ (muž; 12 – 15 let, Praha)

„Myslím si, že o většinu takových lidí je dobře postaráno. Člověk by byl radši v normálním prostředí, ale záleží na tom, zda ho přijme.“ (žena; 12 – 15 let, Praha)

4.3.2 Průběh a vyhodnocení experimentu

Experiment byl prováděn na ZŠ v Praze ve dvou osmých a dvou devátých třídách a na ZŠ v Pacově v sedmých až devátých třídách. Pracovně jsou pražské třídy nazvány M1 – M4. Experimentální skupinou byla skupina M1 a M3. Kontrolní skupinou M2 a M4. Samostatné vyhodnocení experimentu je součástí přílohy č. 4, grafy č. 51 – 60. Výsledky jsou zároveň zapracovány do souhrnných výsledků (věková skupina 12 – 15 let). V Pacově se jednalo čistě o kontrolní skupinu, kde byly rozdány dotazníky bez další prezentace či promítání filmu. Nedošlo tedy k žádnému bezprostřednímu ovlivňování názoru respondentů.

Počet respondentů byl následující:

- M1 7 muži / 9 ženy
- M2 7 muži / 11 ženy
- M3 7 muži / 9 ženy
- M4 14 muži / 4 ženy
- Celkem 35 muži / 33 ženy
- Pacov 17 muži / 19 ženy

Cílem experimentu bylo prokázat, nakolik se dá během velmi krátké doby jedné školní hodiny (45 minut) ovlivnit názor lidí na osoby s mentálním postižením. Za tímto účelem byl tedy v experimentálních skupinách M1 a M3 nejprve promítnut film o lidech s mentálním postižením a teprve poté jim byly rozdány dotazníky. V kontrolních skupinách M2 a M4 byl průběh opačný. Nejprve jim byly rozdány dotazníky a teprve poté promítnut film. V pacovské kontrolní skupině pak byly pouze rozdány dotazníky bez jakéhokoliv bezprostředního vlivu na respondenty.

Předpoklady byly následující:

1. Žáci ZŠ nemají dostatečné znalosti o problematice lidí s mentálním postižením.
2. Díky této neznalosti se budou soužití s lidmi s mentálním postižením bránit.
3. Promítnutí pozitivního filmu o lidech s mentálním postižením a poskytnutí informací o projektu a natáčení ovlivní výsledky plynoucí z dotazníku.

Vzhledem ke skutečnosti, že se žáci dopouštěli poměrně velkého počtu chyb u otázek ověřujících znalosti o vzniku, příčinách a diagnózách mentálního postižení, můžeme konstatovat, že se předpoklad č. 1 potvrdil. Naopak předpoklad č. 2 se nepotvrdil, neboť počet procent respondentů, kterým by nevadilo mít za souseda osobu s mentálním postižením je vyšší, než u obecných výsledků – celkem 81% oproti 77% ze souhrnných výsledků (graf č. 59).

Z provedeného průzkumu jsou patrné drobné rozdíly a posuny v názorech u skupin M, ale nejedná se o zásadní odchylky mezi kontrolními a experimentálními skupinami. Je možné spíše tvrdit, že existuje rozdíl mezi skupinami M a kontrolní skupinou z Pacova. Z toho se dá usuzovat, že samotný fakt fyzické přítomnosti někoho, kdo se danou problematikou zabývá, má za následek vyšší aktivitu a zájem respondentů o danou problematiku.

Významnější odchylky jsou pak při vyhodnocení otázek č. 16 – 18 (grafy č. 55 – 57). Zde je patrné, že ve skupinách M jsou výsledky mírně optimističtější. Žáci byli otevřenější pro vzájemnou interakci s osobami s mentálním postižením.

Největší rozdíl byl v projeveném zájmu o danou problematiku. Je třeba říci, že obě experimentální skupiny M1 a M3 projevily velký zájem o zhlédnutí celého filmu, z něhož jim byla představena pouze ukázka ve formě filmu o filmu, a celkově se více zapojovaly a byly aktivnější. Proto doporučujeme tento fakt zohlednit při výběru komunikační strategie.

4.3.3 Průběh a vyhodnocení výsledků z obce, kde již funguje vzájemné soužití s osobami s mentálním postižením

V této části průzkumu bylo osloveno celkem 9 respondentů. Z toho 5 žen a 4 muži. Rozvržení dle věku bylo následující:

- 16 – 25 let 3 osoby
- 26 – 40 let 3 osoby
- 41 – 60 let 1 osoba
- 60 a více 2 osoby

Vyhodnocení dílčích výsledků je součástí přílohy č. 4, grafy č. 62 – 76. Z těchto výsledků je zcela zřejmý posun v mínění respondentů. Nejvýznamnější změna je především u otázky č. 10, kde 100% respondentů uvádí, že nemají obavy z osob

s mentálním postižením. Stejně tak u otázky č. 19 uvádí 100% respondentů, že by jim nevadilo mít za souseda člověka s mentálním postižením. To vidíme jako zcela zásadní změnu oproti ostatním respondentům bez ohledu na věk, pohlaví i místo bydliště.

I v dalších otázkách je zaznamenána pozitivní změna mínění. Např. otázka č. 12 „Kde by měli žít osoby s mentálním postižením?“ Na tuto otázku uvádí 45% respondentů v rodině, 33% mezi normální populací, 11% v rodině a ve speciálních zařízeních s časově omezenou péčí a pouze 11% je pro umístění ve speciálních zařízeních. Podobně pozitivnější jsou i reakce na otázky 15 – 17. V grafu č. 69 (vyhodnocení otázky č. 16) uvádí 89% respondentů, že se budou chovat jako doposud. Souhrnné výsledky jsou pro srovnání uvedeny v grafu č. 34. Velký posun je pak v případě vyzvání k tanci, kdy více než polovina respondentů (56%) půjde klidně tančit, zatímco u souhrnných výsledků je to pouze 17% (graf č. 36). V restauraci se pak všichni respondenti shodli na tom, že nezáleží na tom, kdo připravuje jídlo, že člověk s mentálním postižením je jako každý jiný. Jedná se opět o významnou změnu, neboť v obecných výsledcích jsou i respondenti, kteří by jídlo odmítli, či raději odešli z restaurace (graf č. 38). Dále pracovat s osobou s mentálním postižením by určitě mohlo 45% z respondentů, spíše ano 44% a pouze 11% spíše ne (graf č. 74). Stejný poměr procent je pak v případě opatrovnictví (graf č. 75). I zde nastal posun oproti souhrnným výsledkům (grafy č. 45 – 48). Pokrok je zaznamenán i v hodnocení péče o osoby s mentálním postižením. Zde uvádí 56% respondentů, že je péče odpovídající.

O tom, že se zcela jistě zlepšil standard poskytovaných služeb pro osoby s mentálním postižením v této obci, není zcela jistě pochyb. Uživatelé „chráněného bydlení“ v Šanově našli nový domov a po počátečních obavách a stesku po svých přátelích z původního zařízení se dobře zabydleli. Našli si nové přátele mezi sousedy a novými spolupracovníky a ty staré se jim daří pravidelně vídat. Důležité však je, že tato změna se pozitivně odrazila i v životě obce. Ostatní spoluobčané si zvykli na soužití s osobami s mentálním postižením bez větších problémů a dnes je považují za plnohodnotné sousedy.

Odpověď na otázku „Jakým způsobem ovlivní transformace život v daných obcích a městech, které při transformaci spolupracují i nespolupracují?“ je tedy zřejmá.

Pro uživatele nové služby je to zcela jistě významná změna a zkvalitnění vlastního bydlení a možnosti sebeuplatnění. Pro obyvatel obce je to pak nejen pracovní příležitost, ale i možnost poznat lidi s mentálním postižením lépe a udělat si o nich skutečně objektivní názor. V obou případech se jedná o změnu pozitivní.

Dovolíme si také uvést jednu poznámku od respondenta - muže; 41 – 60 let:

„Někdy strach z neznámého zapříčiní zmatečné vyhodnocení situace a ve finále ono soužití „normálních“ lidí s „postiženými“ může být přínosem především pro ty „normální“.“

4.4 Shrnutí

Respondenti se dnes běžně setkávají s lidmi s tělesným či mentálním postižením. Jsou jim částečně známy příčiny vzniku mentálního postižení, ale jejich znalosti jsou nepřesné či neúplné. Podobně je tomu i při určení, ve kterých případech se jedná o mentální postižení. Zde jsou odpovědi opět ne zcela správné.

Více než 40 % respondentů uvádí, že mají obavy (strach) ze setkání s osobou s mentálním postižením. Při analýze důvodů těchto obav jsou velmi často uváděny právě ty, které se vztahují k nedostatku informací (nevím, zda není nebezpečný; nevím, jestli se od něj nemůžu nakazit; neumím se k němu chovat; nevím, jestli bych mu rozuměl). Obecně lze tedy říci, že veřejnosti chybí informace.

Dá se říci, že informace o transformačním procesu veřejnost až na výjimky vůbec neregistruje. Tyto výjimky jsou pak lidé, kteří jsou v bezprostředním kontaktu s lidmi pracujícími v transformovaných zařízeních a získávají veškeré informace od nich. Na to je třeba brát ohled při sdělování informací zaměstnancům v transformovaných sociálních službách, při jejich motivaci a snaze o získání jejich loajality.

U mladších respondentů dochází k setkávání s mentálně či jinak postiženými osobami již v rámci školní docházky, což je jistě velkým přínosem. Projevuje se zde příznivý vliv integrace znevýhodněných osob do běžné populace. Je zde zřejmá i větší tolerance a ochota pomoci, či spolupracovat s těmito lidmi. Tato ochota pro spolupráci je obecně větší u žen než u mužů.

Celkově je ochota veřejnosti přijmout osoby se znevýhodněním na velmi dobré úrovni. Stejně tak ochota jim pomoci, či s nimi spolupracovat. Bohužel však významná část veřejnosti (39%) by stále ještě nechala žít tyto osoby ve speciálních zařízeních. Téměř polovina respondentů pak uvádí, že ani neví, zda je u nás péče o tyto osoby dostatečná. Více než 20% by si pak osobu s mentálním postižením za souseda vůbec nepřálo. Není tedy sporu, že stále existují stereotypy v chování k lidem s mentálním postižením a že veřejnosti chybí vlastní zkušenosti z jednání s těmito osobami.

V praktické části jsme hledali odpověď na otázku, zda je veřejnost připravena na soužití s lidmi s mentálním postižením. Z provedených průzkumů vyplývá, že i přes nedostatek informací a neznalost problematiky jsou více než dvě třetiny respondentů připraveny na soužití s lidmi s mentálním postižením. Někdy s většími či menšími obavami. Předpoklad, že se veřejnost bude díky obavám pramenících z nedostatku informací soužití s lidmi s mentálním postižením bránit, se tedy potvrdil jen částečně.

Při provádění experimentu jsme chtěli zjistit, nakolik se dá mínění lidí ovlivnit jen krátkou prezentací a promítnutím filmu. Z výsledků vyplynulo, že už pouhá přítomnost osoby, která se o danou problematiku zajímá a má o ní potřebné informace, působí na změnu názoru a ve spojení s prezentací způsobuje tolerantnější přístupy respondentů k lidem se znevýhodněním a zvyšuje jejich aktivitu a zájem o danou problematiku. Je tedy možné konstatovat, že mínění lidí lze poměrně rychle měnit v souvislosti s představením konkrétního příkladu spolupráce s osobami s mentálním postižením a především předáním potřebných informací.

Nejzajímavější a nejvýraznější posun v názorech však nastává až ve chvíli, kdy skutečně dojde k běžnému kontaktu veřejnosti s osobou se znevýhodněním. To je zřejmé ze všech výsledků zpracovaných v obci Šanov. Sousedství s osobami s mentálním postižením v rámci projektu „chráněného bydlení“ přineslo obci po počátečních rozpacích možnost naučit se žít s těmito lidmi. Dnes tam již nikoho nepřekvapí, že se tito lidé objeví na fotbalovém utkání nebo na mysliveckém bále. Naopak jsou zvyklí je dennodenně vídat např. při práci pro obec nebo třeba při sousedské výpomoci. Zde se podařilo dosáhnout toho, že jsou lidé s postižením přijati ostatní populací a ta ztratila obavy z toho, že s jejich příchodem např. stoupne

kriminalita v obci nebo budou jejich děti v nějakém ohrožení. Avšak i sousedé s mentálním postižením musí respektovat určité hranice a není možné, aby „zneužívali“ svého postižení k různým formám obtěžování svých sousedů apod. I tady ještě zbývá prostor pro zlepšení a pro vzájemnou toleranci.

Domov, bezpečí, právo na vzdělání, na pracovní uplatnění a seberealizaci, prostředí, ve kterém se budu cítit dobře a kde o sobě budu moci rozhodovat sám, přiměřená zdravotní i sociální péče, společenský život a účast ve věcech veřejných. To jsou hodnoty, které jsou důležité nejen pro zdravou populaci, ale i pro osoby se znevýhodněním.

Lidé s postižením se musí sami podílet na utváření pomoci či podpory, kterou od společnosti potřebují a očekávají. Každý sám zná nejlépe své schopnosti, možnosti a potřeby. Centrálně řízené poskytování služeb sociální péče však nezohledňuje individuální potřeby a zvláštnosti uživatelů. Proces integrace osob s postižením do společnosti však bude možné uskutečnit pouze za předpokladu, že každý z nás bude připraven na toto soužití. Postupné omezování ústavních zařízení, podpora péče v rodinách, zřizování nových služeb „chráněného bydlení“, poskytování doplňkových služeb,... to vše směřující k tomu, aby člověk se znevýhodněním dosáhl co největší úrovně nezávislosti a kontroly nad svým životem, bude možné uskutečnit jen s obrovskou dávkou vzájemné tolerance a respektu k potřebám druhých.

Je nutná osvěta většinové veřejnosti, aby chápala jedince se znevýhodněním jako rovnoprávné občany se svými právy a povinnostmi. Je třeba odstraňovat bariéry a to nejen ty fyzické, ale i psychické. Někteří lidé se setkání s postiženým člověkem vyhýbají, protože nevědí, jak mu pomoci, jak s ním komunikovat, či jak se k němu chovat.

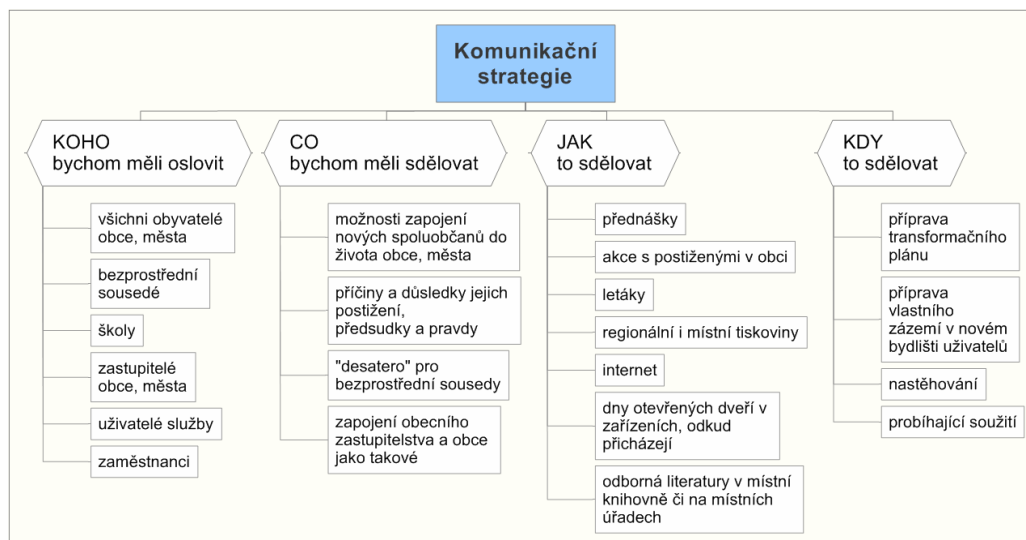
4.5 Doporučení

„Integrace musí být vnímána jako dvoustranný proces ovlivňování zdravých i zdravotně znevýhodněných. Nemůžeme proces integrace chápat jako „normalizování“ handicapu. Hlavním kritériem k určení stupně integrace je kvalita společenských vztahů. Sociální práce musí využívat princip partnerství a handicap vnímat víc jako sociální než fyzické znevýhodnění.“ (Mojžíšová, 2008, s. 127-128)

Ze zpracovaných výsledků vyplývá, že důležitým předpokladem úspěšného zvládnutí procesu transformace je komunikace s veřejností.

V tabulce č. 1 je zpracován pro větší přehlednost návrh, na co by se při sestavování komunikační strategie nemělo zapomenout.

Tabulka1



Zdroj: vlastní

Nejprve bychom si měli uvědomit, koho chceme oslovit. Jiné informace je třeba sdělovat zastupitelům obce a jiné např. sousedům. Obsah sdělení je důležitý i v souvislosti s načasováním. Jiné informace je třeba podávat při přípravě transformačního plánu a jiné pak při probíhajícím soužití.

Je nutné podávat informace zejména o typech, příčinách a projevech postižení, předsudcích, které jsou s nimi občas spojeny a především nezkreslovat eventuelní ohrožení, které může být s daným postižením spojeno (nezveličovat jej, avšak ani nebagatelizovat). Velmi důležité je zvolit vhodnou formu těchto informací a médium pro jejich přenos. Jde je opět velká možnost využít i nových technologií. Poskytovat informace prostřednictvím internetu, místního či regionálního tisku, pořádat přednášky apod. Je však třeba dbát práva na ochranu osobnosti a sdělovat pouze to, co nám zákon umožňuje.

Jednou z možných forem by pak mohlo být osobní setkání s lidmi s mentálním postižením. Zjistí-li člověk na vlastní oči, že mu nic nehrozí, je to ten nejlepší způsob, jak ho přesvědčit. Bylo by tedy dobré, kdyby tato setkání nebyla jen formou

např. „otevřených dveří“ v rámci transformovaného zařízení, neboť tyto akce vyžadují poměrně velkou aktivitu ze strany budoucích sousedů. Je vhodnější přenést aktivitu na stranu uživatelů služeb např. jejich účastí na společenských akcích, případně jiných akcích obce (sběr odpadků na Den Země, zapojení do hasičské či rybářské soutěže, pomoc s organizací Dne dětí apod.).

S předáváním informací je vhodné začít již na ZŠ (nejlépe na druhém stupni). Nejlepší je samozřejmě pokud by žáci měli možnost mít spolužáka se zdravotním znevýhodněním a tím pádem se s danou problematikou seznamovali přirozenou cestou z dennodenního kontaktu. Pokud žáci tuto možnost nemají, je dobré jim alespoň v rámci výuky (např. občanská nauka) předávat informace takovou formou, aby pro ně byly záživné. Vhodné jsou např. podobné projekty jako „Mikola Šuhaj loupežník“ nebo další snímky připravované osobami se znevýhodněním např. pro Mental Power Prague Film Festival. Je důležité navázat dobrou spoluprací nejen s vedením školy, ale také s jednotlivými vyučujícími, kteří se mohou účastnit akcí pořádaných transformovanými zařízeními spolu s žáky. Dochází-li k osobnímu kontaktu, je účinek daleko větší a děti se tak zbavují strachu a obav z osob s mentálním či jiným postižením.

Přesto je třeba si uvědomit, že pro část respondentů je mentální postižení takové tabu, že rozhodně odmítají získávat jakékoliv další informace. Tyto osoby pak není dobré za každou cenu přesvědčovat. Daleko účinnější je nechat působit jejich prostředí, které s integrací znevýhodněných osob nemá takový problém a je pravděpodobné, že se postupně bude měnit i jejich radikální názor.

Důležité je vyzdvihnout výhody, které může přinést soužití se spoluobčany s mentálním postižením. Může to být pracovní příležitost pro občany obce, anebo naopak výpomoc osob s postižením v obci, či přímo sousedská výpomoc (samozřejmě za podmínek respektování Zákoníku práce).

Pro nejbližší spoluobčany – blízké sousedy, by pak mohl být zpracován postup – např. desatero, které by jim pomohlo při řešení nestandardních situací, ke kterým bude zcela jistě docházet a u kterých nemusí být vždy zajištěna přítomnost

zaměstnance daného zařízení. Za zvážení by jistě stálo i zřízení „horké“ linky, na kterou by se v případě potřeby mohli i anonymně obracet.

Jde o to, aby při vytváření pohodlného a bezpečného domova pro osoby s mentálním postižením o své pohodlí a bezpečí nepřišli jejich sousedé. Práva jednoho končí tam, kde zasahují do práv druhého. Je tedy třeba důkladně vyškolit i personál těchto zařízení, aby si v případě potřeby věděl rady a znal práva a povinnosti uživatelů, kterým poskytuje potřebnou péči. V mnoha případech to bude právě personál, který bude čelit nestandardním situacím a bude nucen je řešit.

Závěr

„Vše se má tak, že skutečnost, stejně jako krajina, nabízí bezpočet perspektiv a všechny jsou stejně pravdivé a autentické. Jediná nepravá perspektiva je ta, která chce být jediná.“

Ortega (Vybíral, 2003)

Cílem této práce bylo analyzovat probíhající transformaci sociálních služeb a odpovědět na otázku, zda je společnost připravena na vzájemné soužití s lidmi s mentálním postižením po transformaci sociálních služeb. Prostřednictvím zpracovaných analýz a vlastního výzkumu se nám podařilo na tyto otázky najít uspokojivou odpověď, čímž byl cíl této práce splněn.

Je však třeba si uvědomit, že se jedná o velice složitou problematiku, která nespočívá pouze na ochotě veřejnosti přijmout, či nepřijmout tyto osoby ve vzájemném soužití. Jde také o možnosti jejich vzdělávání, uplatnění na trhu práce, v podpoře jejich samostatnosti apod. a to vše za předpokladu, že se najde způsob financování těchto nově poskytovaných služeb, který bude stabilní, průhledný a plánovatelný.

Společnost je i přes některé výhrady, obavy a neznalost problematiky ochotna mezi sebe tyto osoby přijmout. Důležitá je však příprava samotného soužití v každé lokalitě a nastolení vzájemného respektu a tolerance.

Poznatků této práce by mohlo být využito nejen ve stávající transformační vlně, ale i pro přípravu komunikačních strategií ve vlnách dalších.

Zcela jistě by bylo zajímavým přínosem obohatit tuto práci o skutečná pozorování interakce osob s mentálním postižením a veřejnosti v rámci modelových situací, které byly uváděny v dotazníku (přítomnost na taneční zábavě, v restauraci, či např. hledání pomoci osobou s mentálním postižením).

Zároveň by bylo dobré zopakovat experiment s promítáním filmu a experimentální skupinu vytvořit v Pacově. Určitě by bylo zajímavé sledovat s časovým odstupem, jak se názor na osoby s mentálním postižením vyvíjí.

Osobně mi tato práce pomohla v pochopení chování některých osob, které se brání soužití s lidmi s mentálním postižením. Uvědomila jsem si, že pro někoho je obava z neznámého tak silná, že představuje vnitřní bariéru, kterou je třeba postupně odstranit. Přinesla mi však také ujištění v tom, že směr, kterým se poskytování péče potřebným ubírá je správný a ačkoliv to bude stát ještě hodně úsilí, je třeba vytrvat.

Cílem moderní péče o lidi s postižením by měla být rovnost příležitostí. Zaslouží si žít plnohodnotný život se všemi radostmi a starostmi, co přináší. Každý jedinec je schopen se učit a rozvíjet svoje dovednosti, pokud mu k tomu dáme příležitost. Komplexní transformace našeho systému sociálního zabezpečení však zatím nedosáhla očekávaných cílů a před námi je ještě spousta práce.

Použitá literatura a prameny

BUQUOYOVÁ, von M. Dvě stě let od vysvěcení kostela Panny Marie Dobré rady v Pohoří na Šumavě. In MAREŠ, J. (ed.) *Kohoutí kříž. Šumavské ozvěny*. Dostupné v elektronické verzi na: www.kouhoutikriz.org/data/w_buquo.php.

GAVORA, P. *Výskumné metody v pedagogike*. Univerzita Komenského Bratislava, 1997.

JEŽEK, M. Začleňování lidí s mentálním postižením. *Sociální služby*. 2010, roč. 12., č. 11, s. 32, ISSN 1803-7348.

KELLER, J. *Dvanáct omylů sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-09-5.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-86429-41-5.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Praha: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7.

MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-074-4.

NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním znevýhodněním*. Technická univerzita Liberec, 1997. ISBN 80-7083-268-1.

PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publioshing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.

SURYNEK, A.; KOMÁRKOVÁ, R.; KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

ŠUSTROVÁ, M. *Mentálně postihnutie*. Trnava: Slovak Academic Press, 1999. ISBN 80-88908-30-2.

VYBÍRAL, Z. *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-812-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Závěrečná zpráva výzkumu postojů uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb. Institut rozvoje sociálních služeb, 2008. Dostupné v elektronické podobě na www.poradnaprouzivatele.cz.

www.mpsv.cz

www.trass.cz

www.nrzp.cz

PŘÍLOHY

Příloha č. 1.

Výsledky výzkumu postojů účastníků systému sociálních služeb (z r. 2007/2008)

Zjištěné údaje umožňují přijmout následující obecné závěry:

- *nový systém sociálních služeb je hodnocen jako pozitivní krok v jejich postupné transformaci,*
- *veřejné správě se podařilo (a to s přihlédnutím ke všem nedostatkům) zvládnout přechod na nové prvky systému,*
- *příspěvek na péči, jako jeden z rozhodujících institutů nového modelu služeb a pojetí závislosti, je uživateli hodnocen jako krok správným směrem,*
- *přes mediálně velkou kritiku posuzování potřeb – závislosti – se jedná o menšinu uživatelů, kteří mohou podat kritická svědectví. I menšina však může v absolutních četnostech základního souboru nabýt velikosti několika desítek tisíc uživatelů,*
- *poprvé u nás přinesl výzkum validní údaje o potřebné době péče – náročnosti péče o osoby v jednotlivých stupních závislosti na péči,*
- *uživatelé sociálních služeb (dále jen USS) v drtivé většině odmítají zavedení poukázkového systému poskytování příspěvku na péči,*
- *USS ve velké míře využívají a i do budoucna hodlají využívat péči v domácím prostředí,*
- *USS projevíli velkou míru střízlivosti při hodnocení výše příspěvku na péči. Až na výjimky nepožadují jeho „nadměrné“ či nereálné navýšení,*
- *přesto uživatelé uvádějí, že odměna fyzických osob (de facto realizovaná z příspěvku) o ně pečujících je naprosto nedostatečná,*
- *zvláště vystupuje předchozí zjištění do popředí při hodnocení doby péče, kterou USS – pobíratelů příspěvku na péči potřebují,*
- *USS sami sebe hodnotí jako znalé a orientované v novém prostředí, přičemž odpovědi na jednotlivé položky tento jejich postoj výrazně nepotvrzují,*

- výzkum potvrdil, že zejména ve složitějších odborných otázkách (smlouva, úhrada za služby, jednání o uzavření smlouvy apod.) představují uživatelé zranitelnou skupinu a jsou nejen z povahy věci, ale i na základě naměřených dat ve zřejmé nevýhodě oproti poskytovatelům,
- většina uživatelů hradí nyní vyšší částky za služby (než do roku 2006), jen výrazná menšina však za toto plnění obdrží službu ve vyšší kvalitě,
- velmi malá část uživatelů je v současné době v nějaké formě zaměstnaneckého poměru,
- předchozí zjištění se týká i osob o ně pečujících,
- USS jsou ve své většině optimističtí při hodnocení dalšího vývoje služeb a očekávají větší a vyšší podporu státu v této oblasti.

Příloha č. 2.

Zařízení zapojená do transformace sociálních služeb

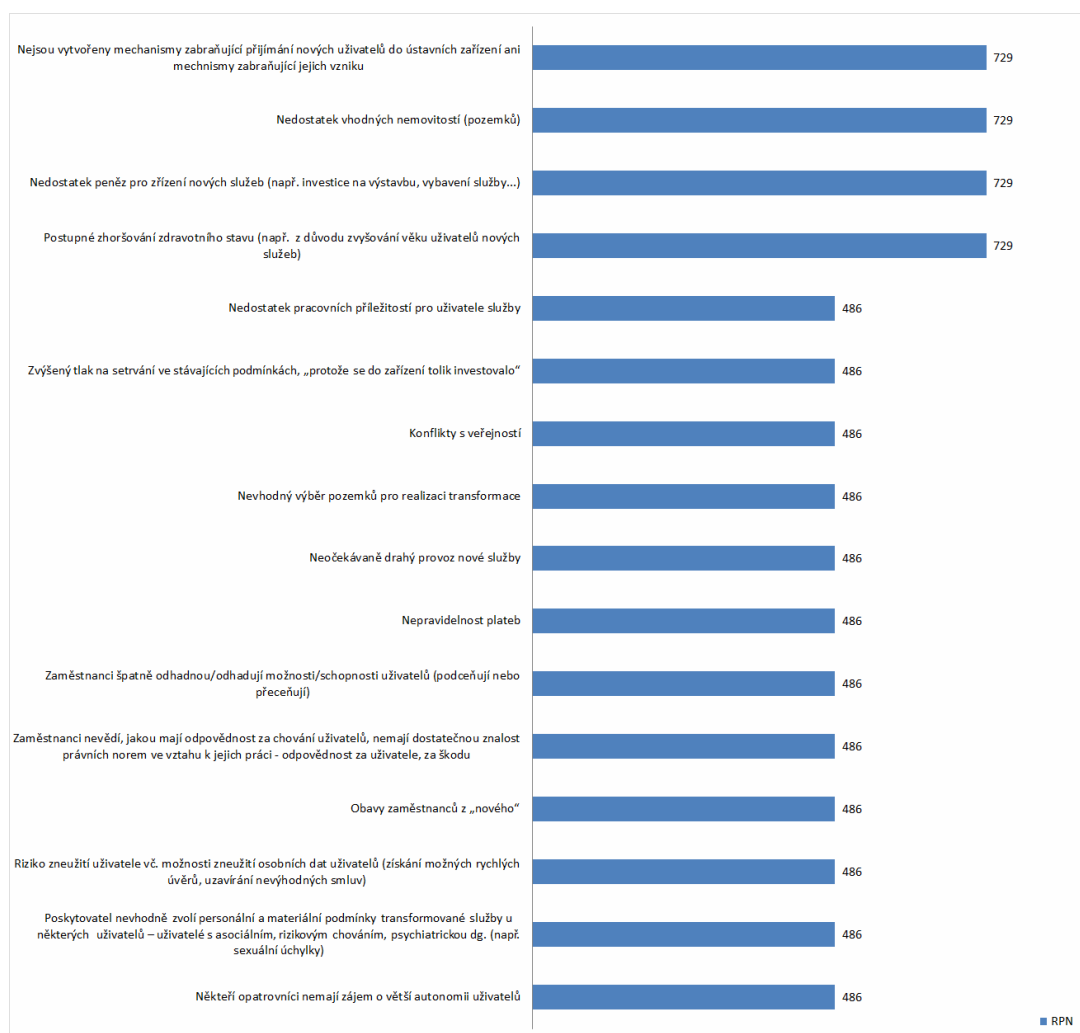
Tabulka 2 Zařízení zapojená do transformace

Kraj	Zařízení
Jihomoravský	Srdce v domě, p. o.
	Domov Horizont, p. o.
	Paprsek, p. o.
	Zelený dům pohody, p. o.
	Zámek Břežany, p. o.
Jihočeský	Centrum sociálních služeb J. Hradec - Domov Pístina, p. o.
Karlovarský kraj	Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, p. o.
	DOZP "PATA" v Hazlově, p. o.
Královéhradecký kraj	Barevné domky Hainice, p. o.
Liberecký kraj	Domov Sluneční dvůr, p. o.
	Domov pro osoby se zdravotním postižením Mařenice, p. o.
Moravskoslezský kraj	Harmonie, p. o.
	Zámek Nová Horka, p. o.
	Zámek Dolní Životice, p. o.
Pardubický kraj	Domov sociálních služeb Slatiňany, p. o.
Plzeňský kraj	DOZP Stod, p. o.
Středočeský kraj	Vyšší Hrádek, p. s. s.
	Centrum u Bartoloměje, p. s. s.
	Nalžovický zámek, p. s. s.
	Rybka, p. s. s.
	Domov Svatý Jan, p. s. s.
Ústecký kraj	DOZP Hlíňany, p. o.
	Ústav sociální péče Lobendava, p. o.
	Domov pro osoby se zdravotním postižením Brtníky, p. o.
	Centrum sociální pomoci Litoměřice, p. o. Domov na zámku Liběšice
Kraj Vysočina	Domov bez zámku, p. o.
	Domov Háje, p. o.
	Domov Jeřábina, p. o.
	Ústav sociální péče Křižanov, p. o.
	Denní a týdenní stacionář Jihlava, p. o.
Zlínský kraj	Sociální služby Vsetín, p. o. - Domov pro osoby se zdravotním postižením
	Sociální služby Uherské Hradiště, p. o. - DOZP Velehrad - Salašská
Přímo řízené MPSV	Centrum sociálních služeb Tlaskov
	Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni
	Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch
	Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích
	Centrum Kociánka se sídlem v Brně – Králově Poli
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb	

Příloha č. 3.

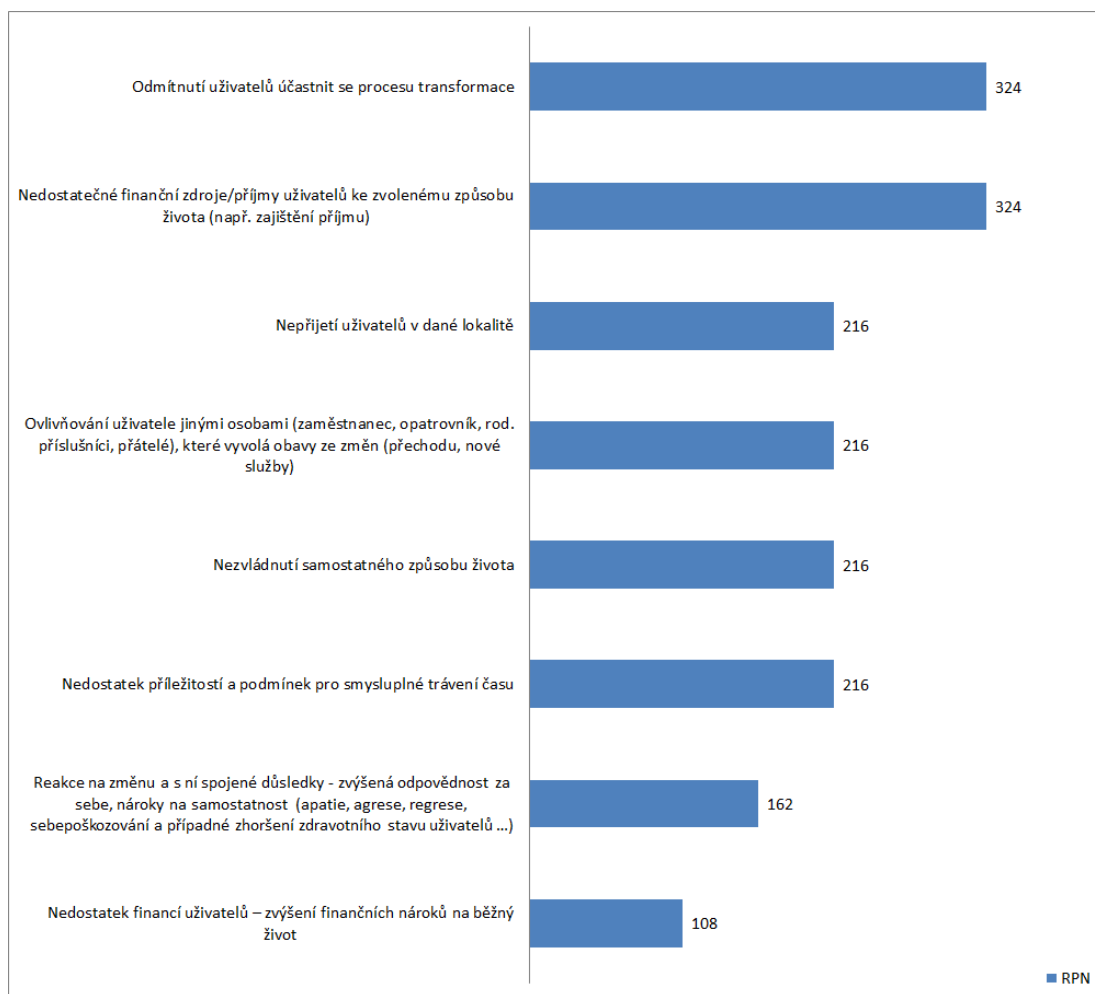
Výsledky analýzy Národního centra pro podporu transformace

Tabulka 3 Top rizika procesu transformace



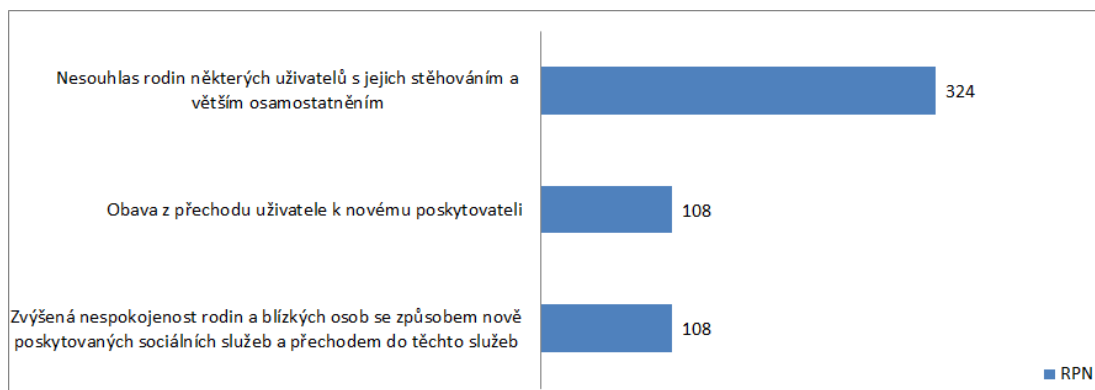
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 4 Uživatelé



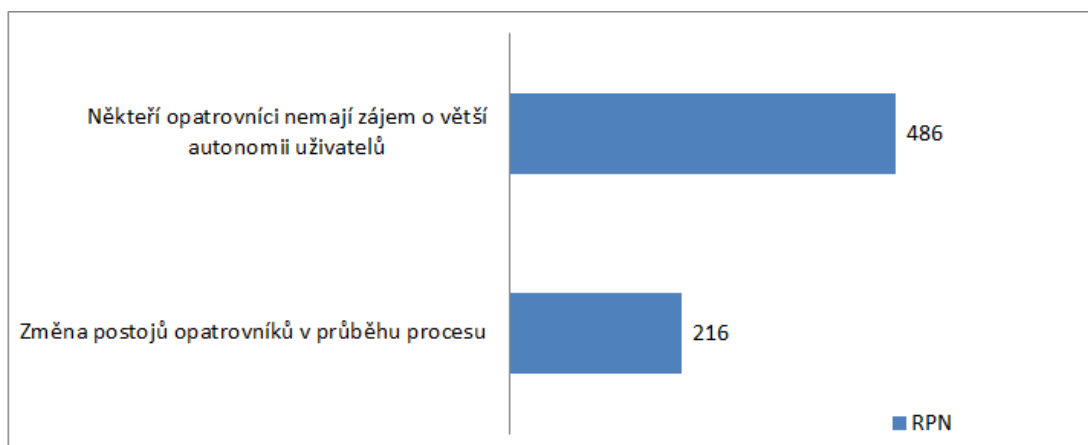
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 5 Rodinní příslušníci + blízké osoby



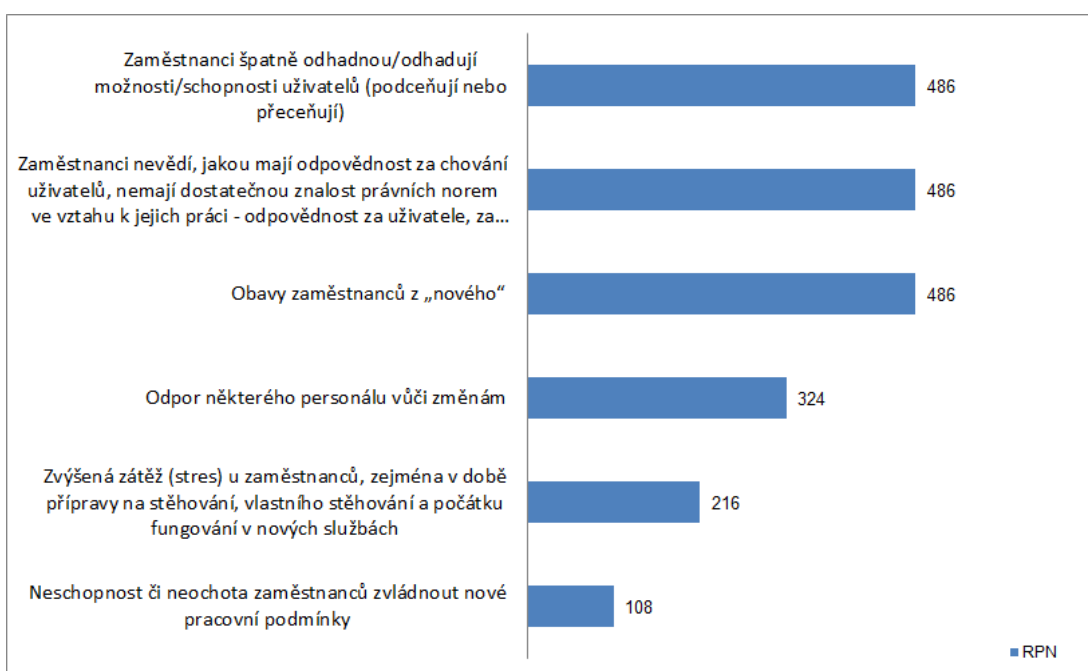
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 6 Opatrovníci



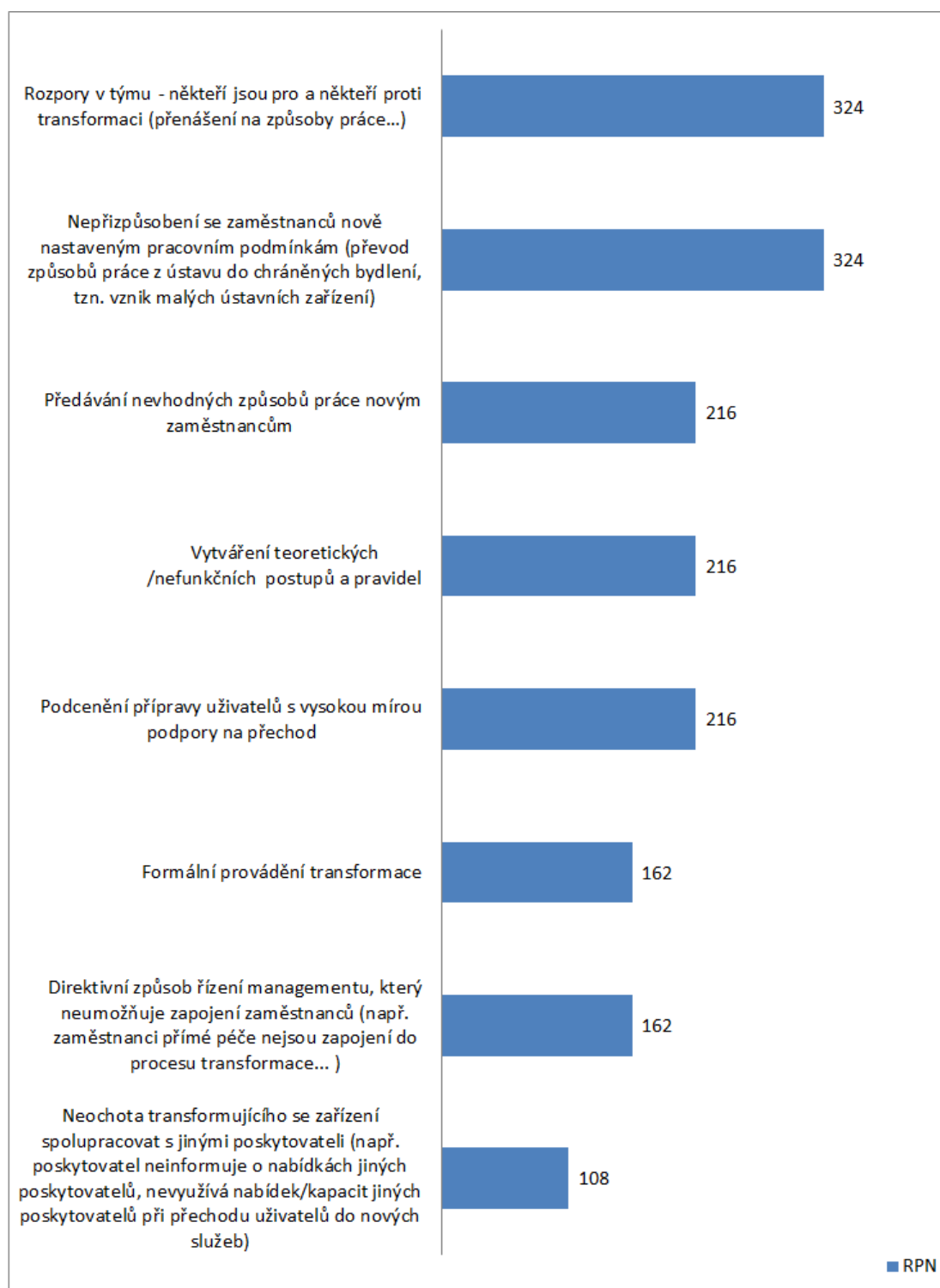
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 7 Zaměstnanci přímé péče



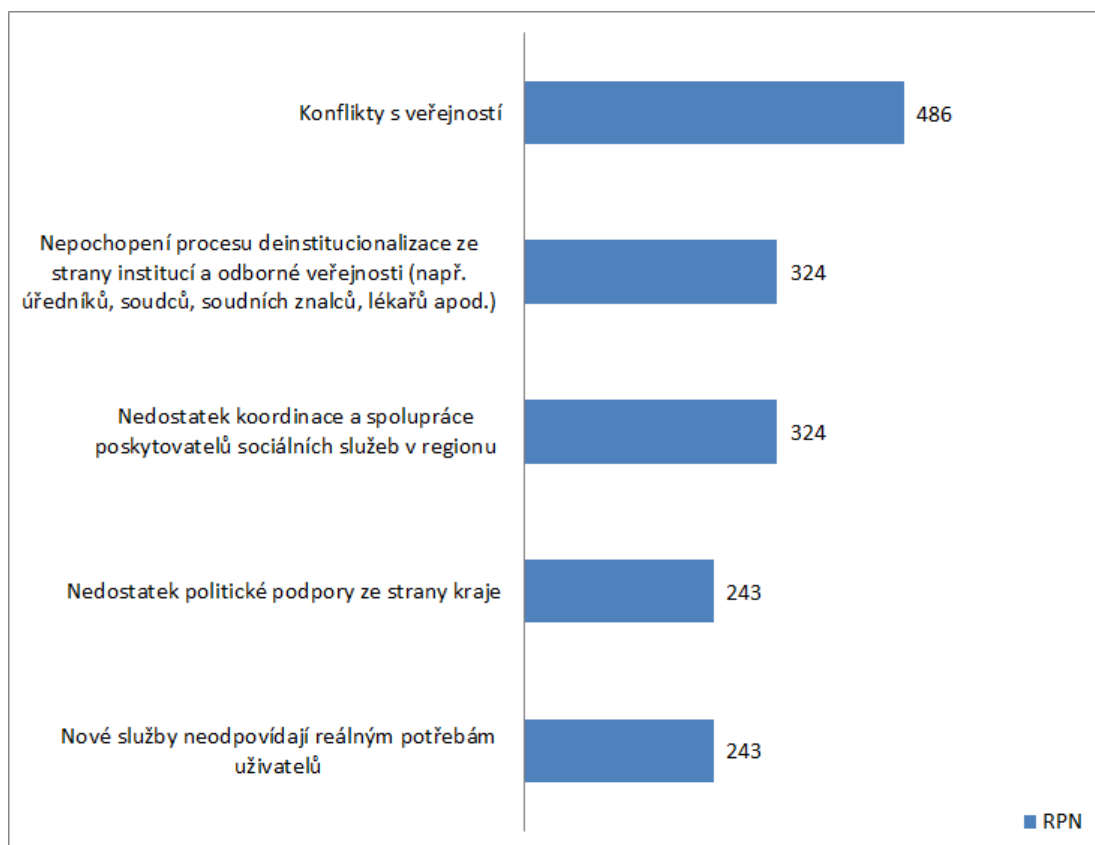
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 8 Vyšší a střední management



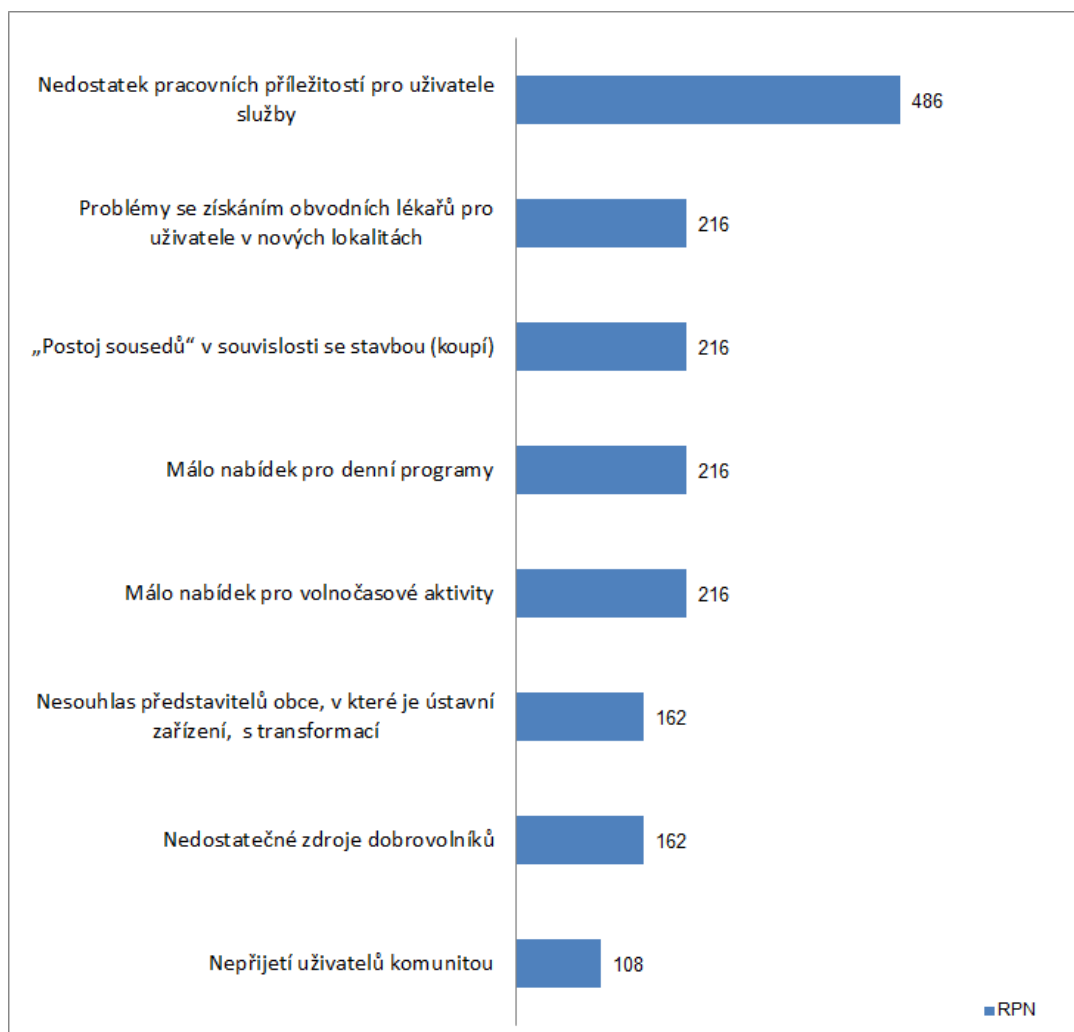
Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 9 Vazby na region



Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Tabulka 10 Vazby na místní komunitu



Zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

Příloha č. 4.

Dotazník

- ☐ ŽENA
 - ☐ MUŽ
-

VĚK

- ☐ 9 – 12 LET
- ☐ 12 – 15 LET
- ☐ 16 – 25 LET
- ☐ 26 – 40 LET
- ☐ 41 – 60 LET
- ☐ 60 A VÍCE LET

BYDLÍM

- ☐ NA VESNICI
- ☐ NA MALÉM MĚSTĚ (do 10 tis. obyvatel)
- ☐ VE VĚTŠÍM MĚSTĚ (10 tis. – 100 tis. obyvatel)
- ☐ VE VELKÉM MĚSTĚ (nad 100 tis. obyvatel)

VZDĚLÁNÍ

- ☐ ZÁKLADNÍ
- ☐ VYUČEN/A
- ☐ VYUČEN/A S MATURITOU
- ☐ SŠ S MATURITOU
- ☐ VOŠ
- ☐ VŠ

PRACUJI V OBORU

- ☐ ŠKOLSTVÍ
 - ☐ ZDRAVOTNICTVÍ
 - ☐ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
 - ☐ FINANČNÍ SLUŽBY
 - ☐ OSTATNÍ SLUŽBY (kadeřnice, prodavačka,...)
 - ☐ VEŘEJNÁ SPRÁVA
 - ☐ PRŮMYSL
 - ☐ OSVČ
 - ☐ STUDENT
 - ☐ JINÉ.....
-

1. Setkal/a jste se někdy se **zdravotně postiženým** člověkem?

ANO

NE

Pokud ano, při jaké příležitosti? (můžete označit více odpovědí)

- ☐ V SOUSEDSTVÍ
- ☐ V PRÁCI
- ☐ V OBCHODĚ
- ☐ V NEMOCNICI
- ☐ NA ULICI
- ☐ VE ŠKOLE
- ☐ JINDE (uveďte prosím kde).....

O jaký druh postižení se jednalo?

- ☐ TĚLESNÉ POSTIŽENÍ
- ☐ SLEPOTA
- ☐ HLUCHOTA
- ☐ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ
- ☐ JINÉ.....

2. Víte, co znamená, když se řekne, že někdo má **mentální postižení (je mentálně postižený)**?

Pokuste se krátce popsat, co si pod tím představujete.

.....

3. Setkal/a jste se někdy s **mentálně postiženým** člověkem?

ANO

NE

NEVÍM (nejsem si jistý/á, zda bych takového člověka poznal/a)

Pokud ano, při jaké příležitosti? (můžete označit více odpovědí)

- ☐ V SOUSEDSTVÍ
- ☐ V PRÁCI
- ☐ V OBCHODĚ
- ☐ V NEMOCNICI
- ☐ NA ULICI
- ☐ VE ŠKOLE
- ☐ JINDE (uveďte prosím kde).....

4. Jak se může stát, že je člověk mentálně postižený? (můžete označit více odpovědí)

- ☐ JE TO DĚDIČNÉ
- ☐ NAKAZÍ SE
- ☐ MATKA V TĚHOTENSTVÍ UŽÍVÁ DROGY NEBO KOUŘÍ
- ☐ MATCE SE V TĚHOTENSTVÍ STANE ÚRAZ
- ☐ NAKAZÍ SE OD KLÍŠTĚTE
- ☐ STANE SE ÚRAZ A DOJDE K POŠKOZENÍ PÁTEŘE
- ☐ DÍTĚ SE NARODÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ BEZ ZNÁMÉ PŘÍČINY

5. U které z těchto diagnóz se jedná o mentální postižení? (můžete označit více odpovědí)
- ☐ DYSLEKTIK, DYSGRAFIK, DYSKALKULIK
 - ☐ STAŘECKÁ DEMENCE
 - ☐ SLEPOTA
 - ☐ HLUCHOTA
 - ☐ KVADRAPLEGIK
 - ☐ ALZHEIMROVA CHOROBA
 - ☐ ASPERGERŮV SYNDROM
 - ☐ DAWNŮV SYNDROM
6. Viděl/a jste někdy pořad (TV, internet, ...) o lidech s mentálním postižením?
- ANO (jaký?)..... NE
7. Četl/a jste někdy o lidech s mentálním postižením?
- ANO (kde?) NE
8. Slyšel jste někdy o lidech s mentálním postižením vyprávět?
- ANO (při jaké příležitosti?)..... NE
9. Za jakých podmínek byste se chtěl dozvědět více informací o této problematice?
(můžete označit nejvíce tři odpovědi)
- ☐ NARODILO BY SE MI POSTIŽENÉ DÍTĚ
 - ☐ MŮJ ZNÁMÝ BY MĚL TAKTO POSTIŽENÉ DÍTĚ
 - ☐ V SOUSEDSTVÍ BY ŽIL TAKTO POSTIŽENÝ ČLOVĚK
 - ☐ MĚL/A BYCH TAKTO POSTIŽENÉHO KOLEGU V PRÁCI (VE ŠKOLE)
 - ☐ SETKÁVAL BYCH SE S TĚMITO LIDMI PRAVIDELNĚ NA ULICI (NA VSI)
 - ☐ ZAMILOVAL/A BYCH SE DO TAKTO POSTIŽENÉHO ČLOVĚKA
 - ☐ NIKDY
10. Jaká forma získání informací by pro vás byla nejpřijatelnější? (můžete označit nejvíce tři odpovědi)
- ☐ TELEVIZNÍ POŘAD - DOKUMENT
 - ☐ ODBORNÁ LITERATURA
 - ☐ NOVINY, ČASOPISY
 - ☐ PŘEDNÁŠKA (KURZ)
 - ☐ INTERNET
11. Máte obavy/strach ze setkání s člověkem s mentálním postižením?
- ANO NE
- Pokud ano, z jakého důvodu? Zakroužkujte prosím maximálně tři důvody.
- ☐ Nevím, zda není nebezpečný (zda mi neublíží).
 - ☐ Nevím, jestli se od něj nemůžu nějak nakazit.
 - ☐ Neumím se k němu chovat.

- ☐ Nevím, jestli bych mu rozuměl.
- ☐ Vzbuzuje ve mně soucit.
- ☐ Vzbuzuje ve mně odpor.
- ☐ Necítím se v jeho společnosti dobře, je mi trapně.

12. Uměl/a byste takovému člověku pomoci v případě potřeby?

(označte prosím pouze jednu odpověď)

- ☐ URČITĚ ZA KAŽDÝCH OKOLNOSTÍ ANO
- ☐ OBVYKLE ANO
- ☐ MOŽNÁ ANO
- ☐ NE
- ☐ VŮBEC SI TO NEDOVEDU PŘEDSTAVIT

13. Kde by se podle Vás nejlépe žilo lidem s mentálním postižením? (označte prosím pouze jednu odpověď)

- ☐ VE SPECIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH S VYŠKOLENÝM PERSONÁLEM S 24 HODINOVOU PÉČÍ (celoživotně)
- ☐ V RODINĚ A VE SPECIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH S VYŠKOLENÝM PERSONÁLEM S ČASOVĚ OMEZENOU PÉČÍ (DENNÍ STACIONÁŘE, ODLEHČOVACÍ SLUŽBY)
- ☐ V RODINĚ
- ☐ MEZI „NORMÁLNÍ“ POPULACÍ (POUZE SE ZVÝŠENOU PÉČÍ)
- ☐ V MALÝCH VESNIČKÁCH, KDE BY ŽILI POUZE LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A KDE BY SE O NĚ STARAL VYŠKOLENÝ PERSONÁL

14. Slyšel/a jste někdy o transformaci sociálních služeb v České republice?

ANO NE

Pokud ano, v jaké souvislosti? Prosím ve zkratce napište.

.....

15. Kam byste se obrátil/a, kdybyste měl/a nějaký problém s osobou s mentálním postižením?

Např.: Neustále by k vám chodil zvonit, bouchat na dveře a dožadoval by se pozvání na návštěvu. Jednalo by se o dospělého člověka, kterého znáte od vidění, ale více o něm nevíte.

- ☐ NA OMBUDSMANA
- ☐ NA POLICII
- ☐ NA OBECNÍ ÚŘAD
- ☐ NA OPATROVNÍKA
- ☐ NA JEHO RODINU
- ☐ JINAM.....

16. Představte si, že byste byli na taneční zábavě (na diskotéce) a přišla by tam skupinka osob a během chvilky by bylo zřejmé, že se jedná o osoby s mentálním postižením. Jak byste se chovali?

(označte pouze jednu odpověď)

- o VŮBEC SE O NĚ NEBUDU ZAJÍMAT
- o BUDU JE NENÁPADNĚ SLEDOVAT - ZAJÍMÁ MĚ, JAK SE BAVÍ
- o BUDU SI NA NĚ DÁVAT POZOR, ABY MI NĚCO NEUDEĚLALI (NEBO MĚ NEOKRADLI)
- o BUDU SE SNAŽIT JE IGNOROVAT A PŘEHLÍŽET
- o BUDU SE NADÁLE CHOVAT JAKO DOPOSUD
- o RADĚJI ODEJDU

17. Představte si, že zůstanete na zábavě a najednou vás jedna z těch osob vyzve k tanci. Jak se zachováte?

(označte pouze jednu odpověď)

- 0 KLIDNĚ PŮJDU TANČIT
- 0 PŮJDU TANČIT, ALE JEN ZE SLUŠNOSTI (NENÍ MI TO PŘÍJEMNÉ)
- 0 VYZVÁNÍ SLUŠNĚ ODMÍTNU
- 0 HRŮZA! TANČIT NEPŮJDU ANI NÁHODOU
- 0 RADĚJI ODEJDU

18. Jste v restauraci a objednáte si jídlo. Z restaurace je výhled do kuchyně a vy si všimnete, že jídlo připravuje osoba s postižením (tzv. „mongoloidní typ“). Jak se zachováte?

(označte pouze jednu odpověď)

- o NA TOM PŘECI NEZÁLEŽÍ. JE TO ČLOVĚK JAKO KAŽDÝ JINÝ
- o NELÍ BI SE MI TO, ALE NIC NEŘEKNU
- o ŘEKNU OBSLUŽE, ŽE TO JÍDLO NECHCI
- o BUDU SE TVÁŘIT, ŽE MI NENÍ DOBŘE A RADĚJI ODEJDU
- o S CHUTÍ JÍDLO SNÍM

19. Myslíte si, že je u nás péče o lidi s mentálním postižením dostatečná?

- ☐ ANO, VÍCE NEŽ O BĚŽNOU POPULACI
- ☐ ANO, JE ODPOVÍDAJÍCÍ
- ☐ NE, JE SPÍŠE NEDOSTATEČNÁ
- ☐ NE, JE ROZHODNĚ NEDOSTATEČNÁ
- ☐ NEVÍM (nemám s tím žádné zkušenosti)

20. Vadilo by Vám mít za souseda člověka s mentálním postižením?

ANO NE

Pokud ano, z jakého důvodu? Prosím napište.

- ☐ Nevím, zda nejsou nebezpeční (zda mi neublíží).
- ☐ Nevím, jestli se od něj nemůžu nějak nakazit.
- ☐ Neumím se k němu chovat.
- ☐ Nevím, jestli bych mu rozuměl.
- ☐ Vzbuzují ve mně soucit.
- ☐ Vzbuzují ve mně odpor.
- ☐ Necítím se v její společnosti dobře, je mi trapně.
- ☐ Jiné.....

21. Myslíte si, že byste mohl pracovat s člověkem s mentálním postižením?

- ☐ ANO, URČITĚ
- ☐ SPÍŠE ANO
- ☐ SPÍŠE NE
- ☐ URČITĚ NE
- ☐ VŮBEC SI TO NEDOVEDU PŘEDSTAVIT
- ☐ NEVÍM, NEJSEM SCHOPEN/A TO POSOUDIT

22. Myslíte si, že byste mohl dělat opatrovníka osobě s mentálním postižením za předpokladu, že byste měl potřebné informace pro výkon této funkce?

- ☐ ANO, URČITĚ
- ☐ SPÍŠE ANO
- ☐ SPÍŠE NE
- ☐ URČITĚ NE
- ☐ VŮBEC SI TO NEDOVEDU PŘEDSTAVIT
- ☐ NEVÍM, NEJSEM SCHOPEN/A TO POSOUDIT

23. Jak se díváte na lidi, kteří pracují s osobami s mentálním postižením?

- ☐ MAJÍ MŮJ OBDIV
- ☐ DĚLAJÍ POTŘEBNOU PRÁCI
- ☐ JE TO PRÁCE, JAKO KAŽDÁ JINÁ
- ☐ NECHÁPU, JAK S NIMI NĚKDO MŮŽE PRACOVAT
- ☐ NEZABÝVÁM SE TÍM, JE MI TO JEDNO

24. Prostor pro vaše postřehy, jiná sdělení, která nebyla v dotazníku.

.....

.....

VELICE VÁM DĚKUJI ZA VAŠE ODPOVĚDI A VÁŠ ČAS.

NIKOLETA MÜLLEROVÁ

STUDENTKA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

OBOR SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

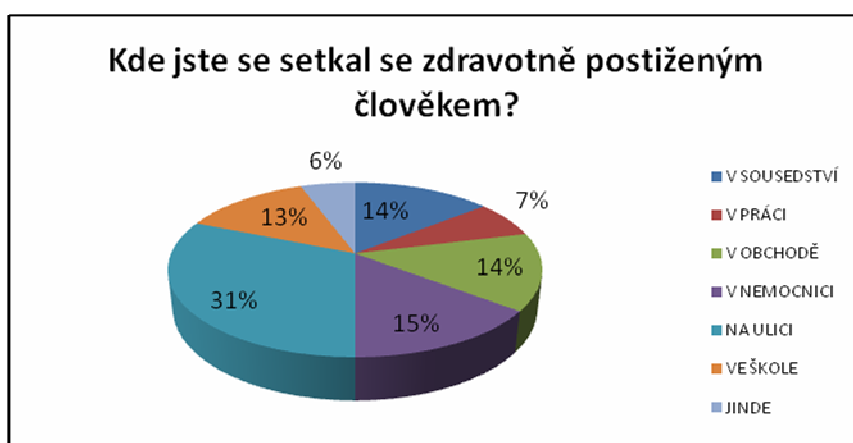
Příloha č. 5

Vyhodnocení průzkumu – grafické zpracování

Graf 1 Otázka č. 1



Graf 2 Místo setkání s postiženým člověkem



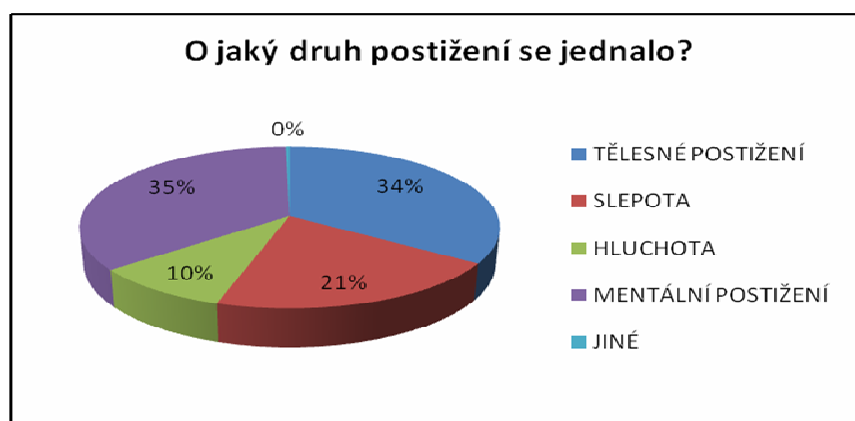
Graf 3 Vyhodnocení otázky č. 1. dle věku a pohlaví



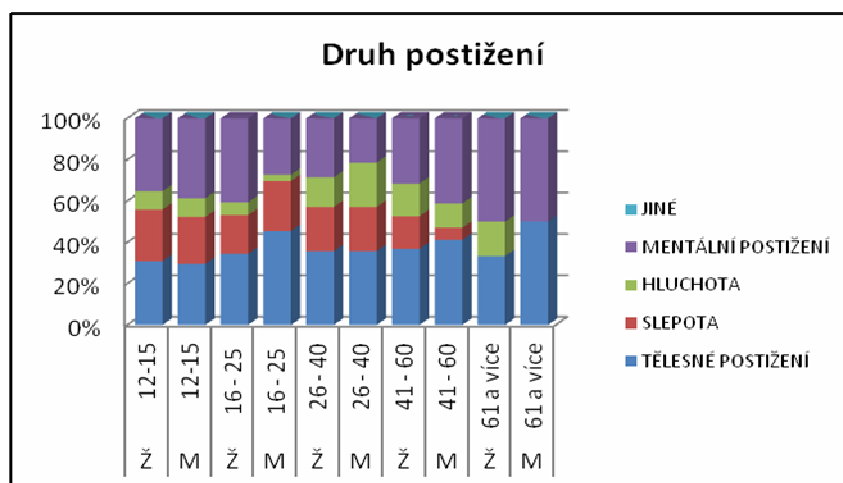
Graf 4 Vyhodnocení otázky č. 1 dle místa bydliště



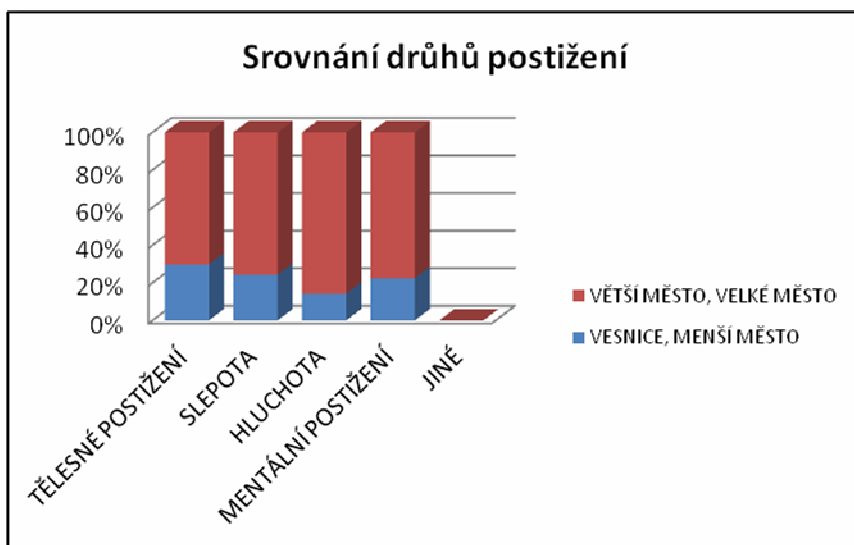
Graf 5 Druh postižení



Graf 6 Vyhodnocení otázky č. 1. dle věku a pohlaví



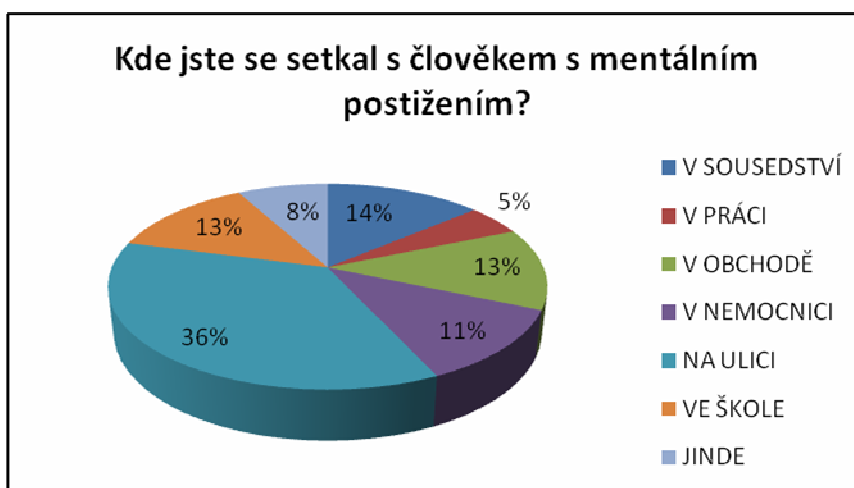
Graf 7 Vyhodnocení otázky č. 1 dle místa bydliště



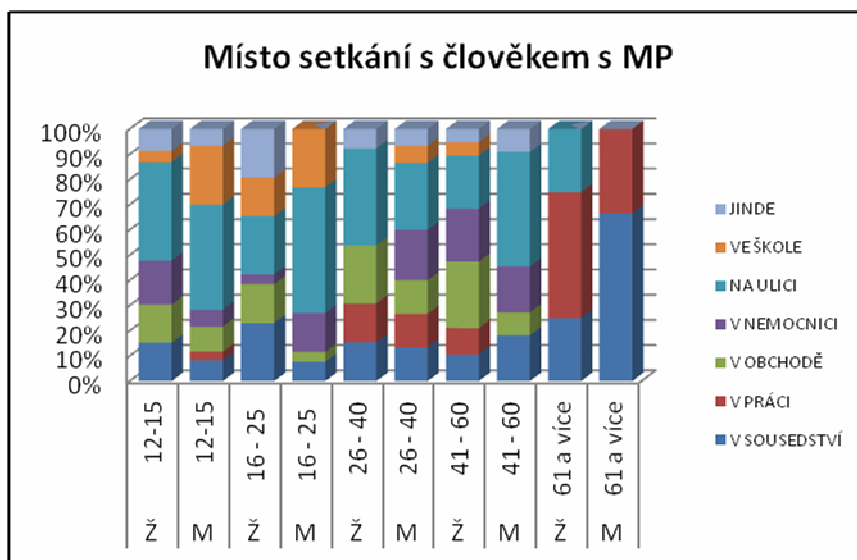
Graf 8 Otázka č. 2.



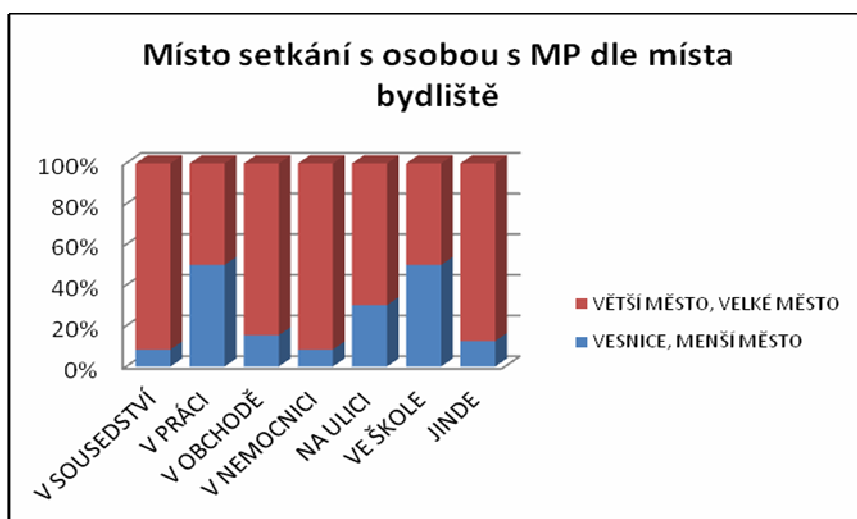
Graf 9 Místo setkání s člověkem s mentálním postižením



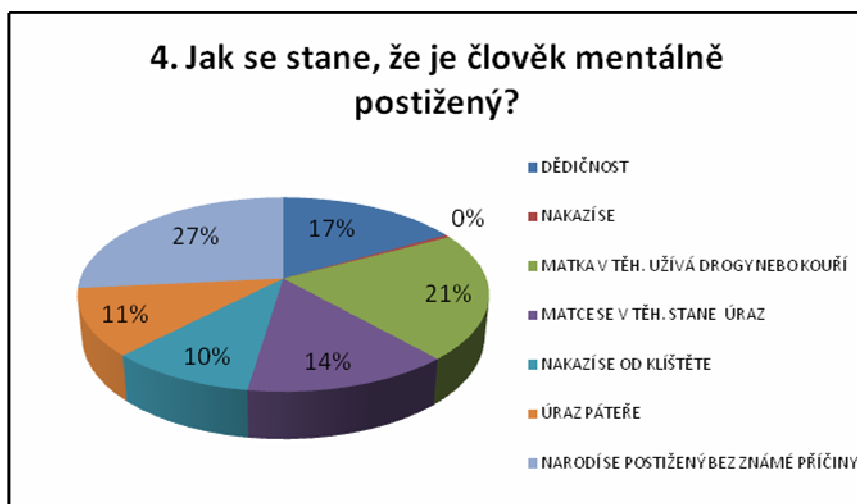
Graf 10 Rozdělení dle věku a pohlaví



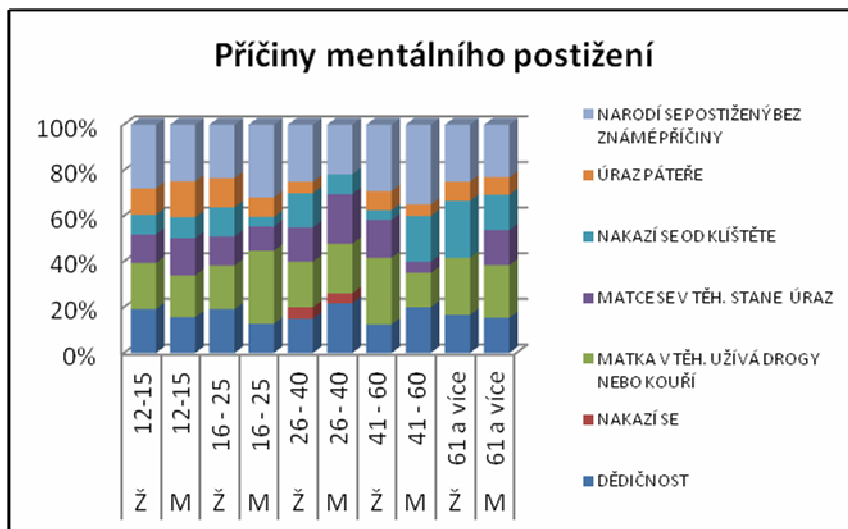
Graf 11 Vyhodnocení otázky č. 2. dle místa bydliště



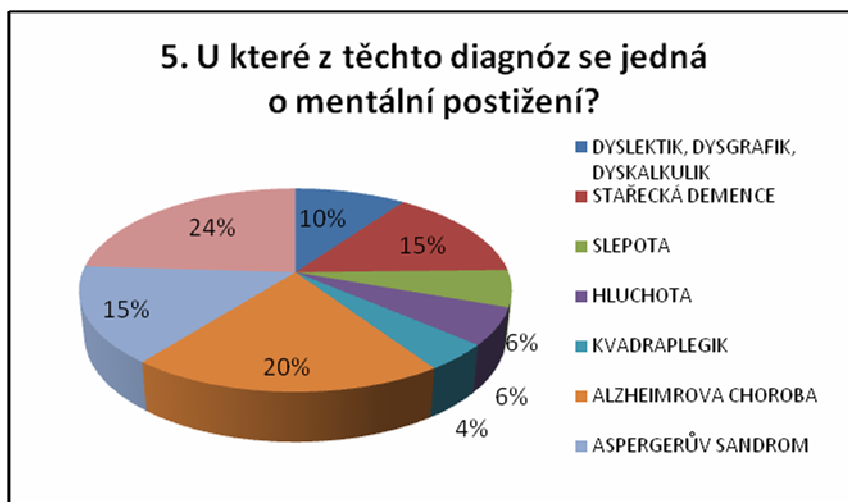
Graf 12 Otázka č. 4.



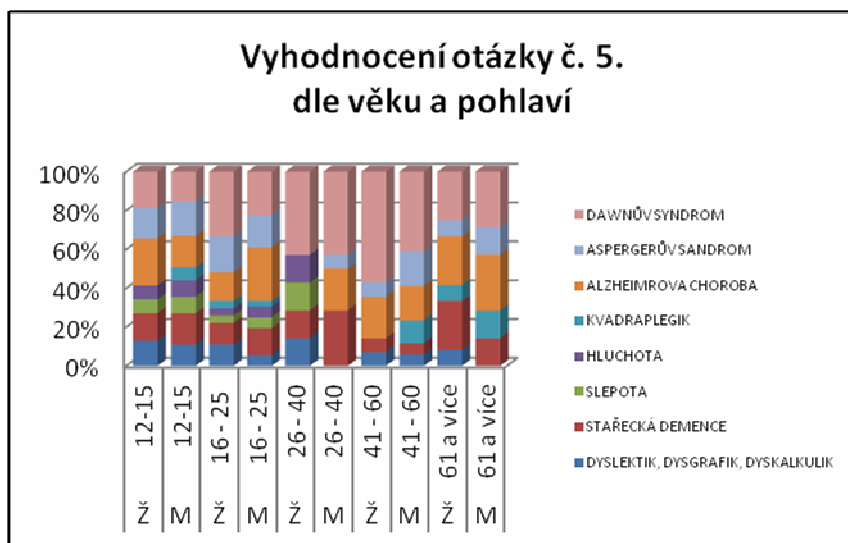
Graf 13 Vyhodnocení otázky č. 4. dle věku a pohlaví



Graf 14 Otázka č. 5.



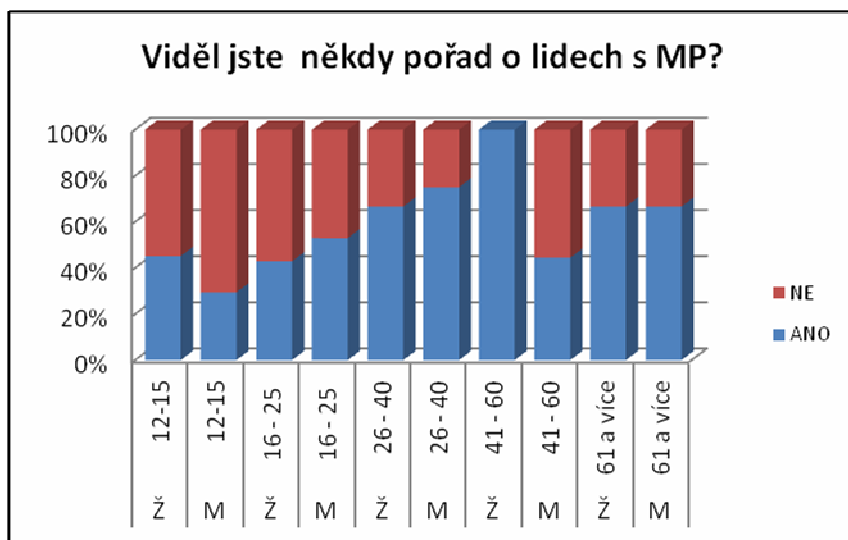
Graf 15 Diagnóza mentálneho postihení



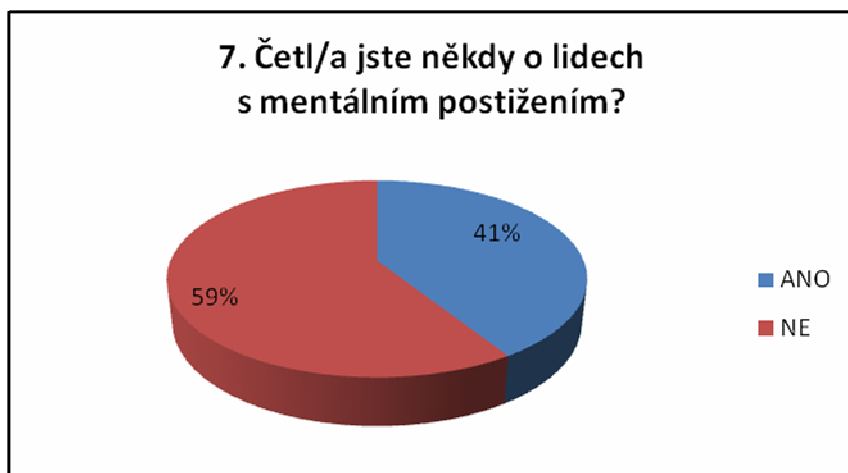
Graf 16 Otázka č. 6.



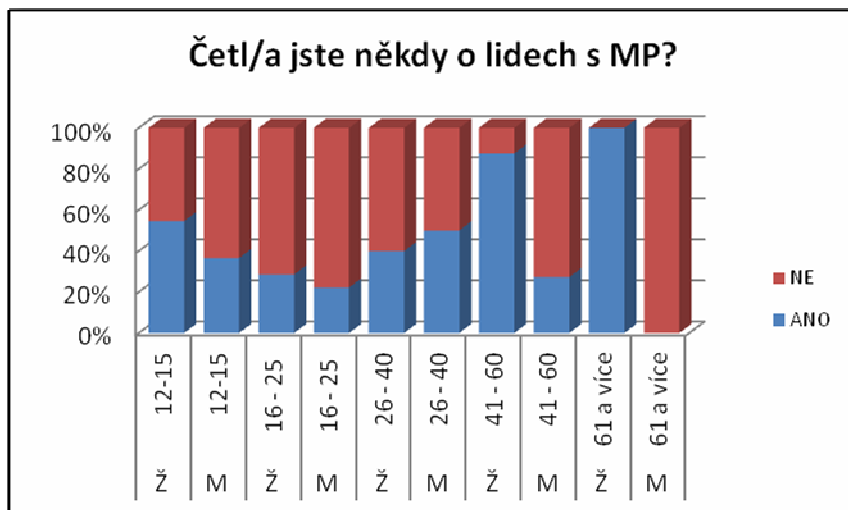
Graf 17 Vyhodnocení otázky č. 6 dle věku a pohlaví



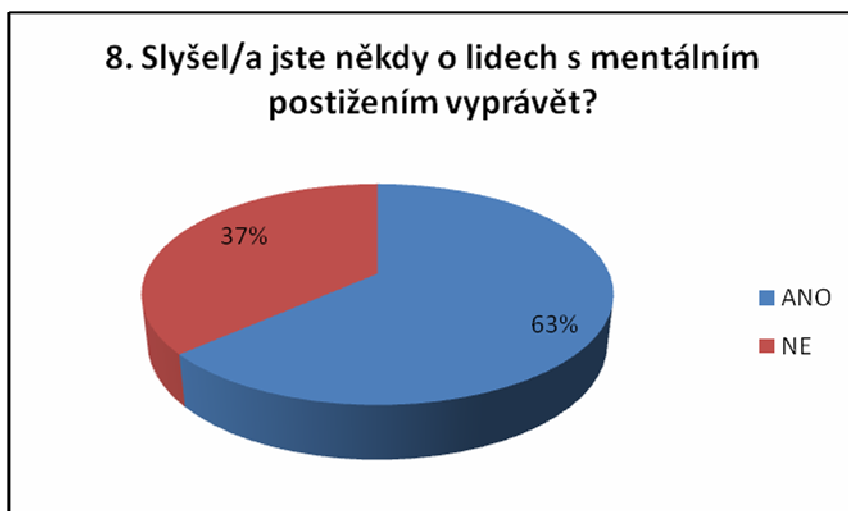
Graf 18 Otázka č. 7.



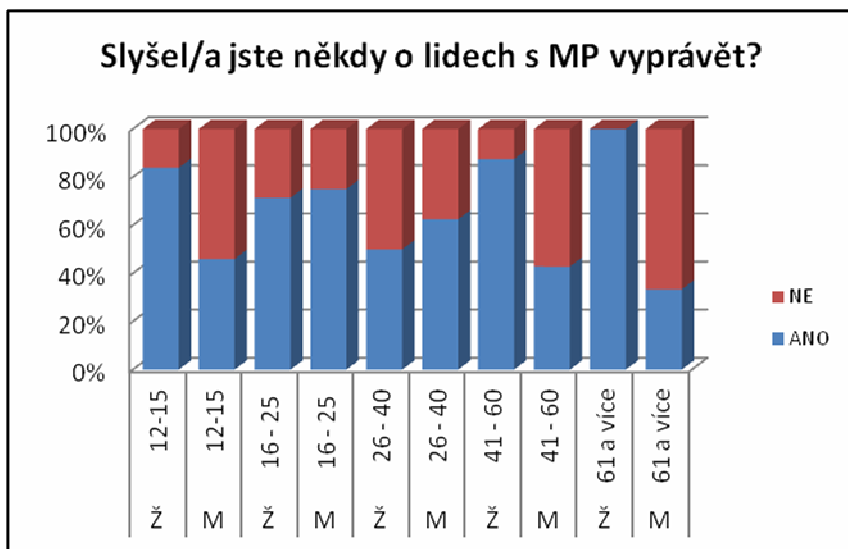
Graf 19 Vyhodnocení otázky č. 7 dle věku a pohlaví



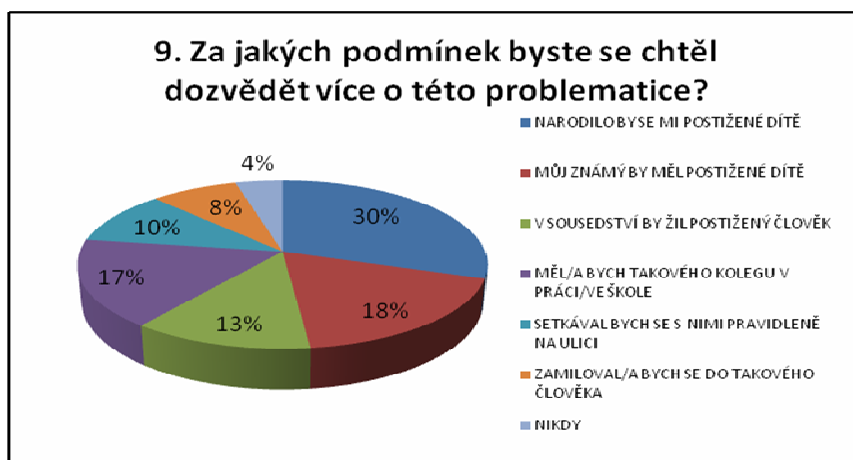
Graf 20 Otázka č. 8.



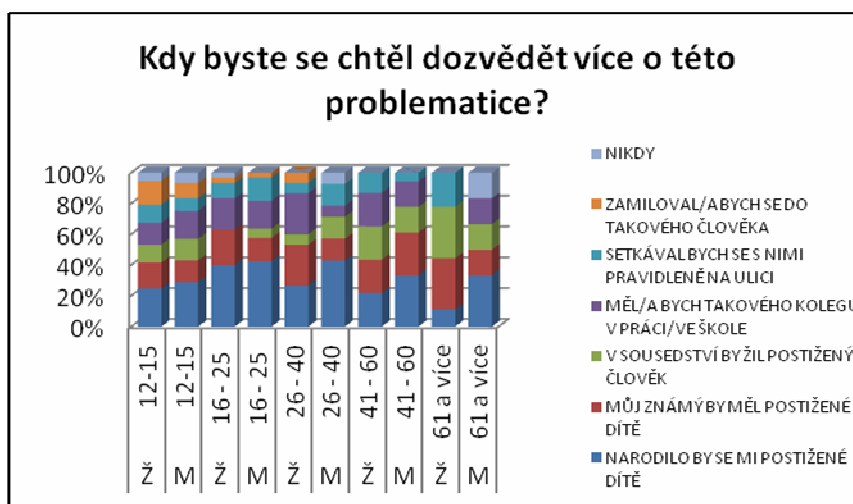
Graf 21 Vyhodnocení otázky č. 8. dle věku a pohlaví



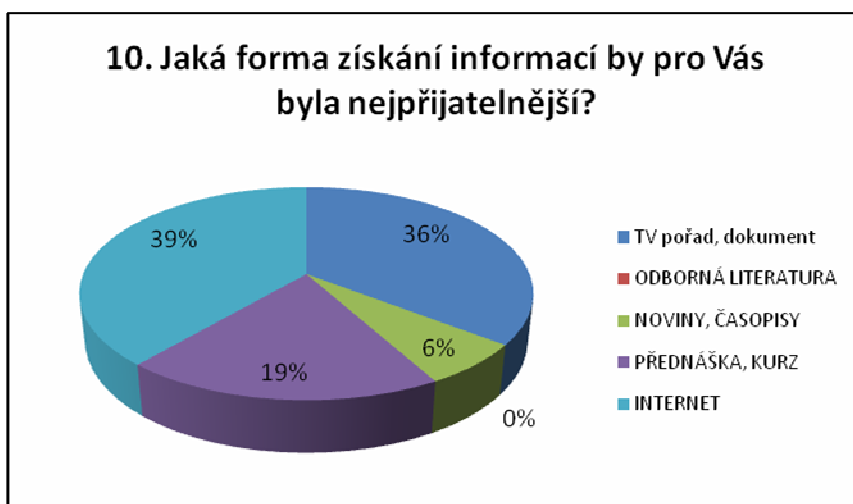
Graf 22 Otázka č. 9.



Graf 23 Vyhodnocení otázky č. 9. dle věku a pohlaví



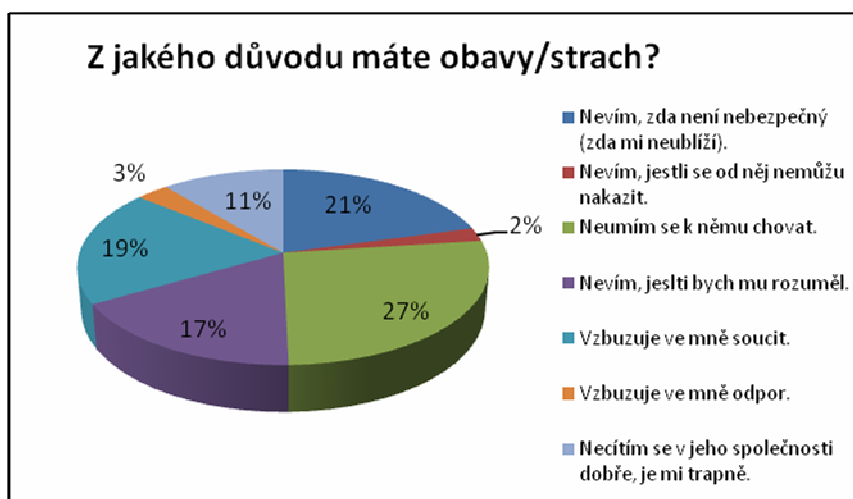
Graf 24 Otázka č. 10.



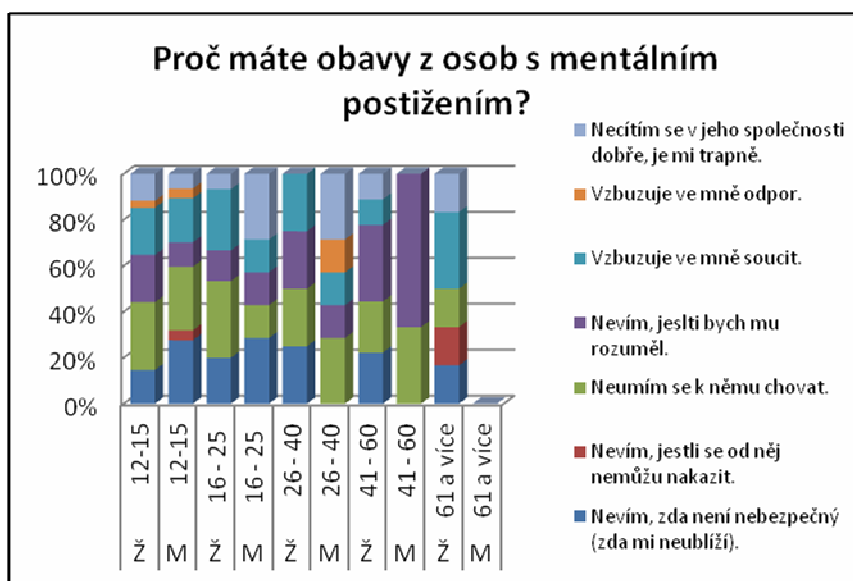
Graf 25 Otázka č. 11



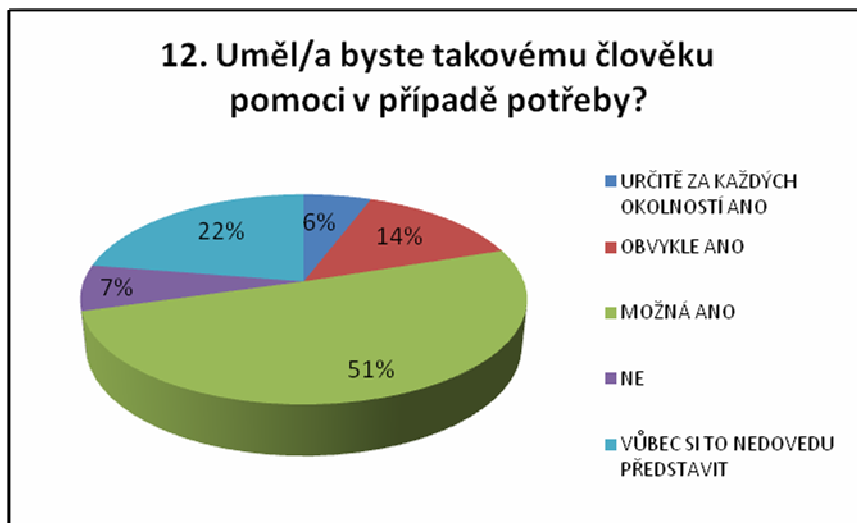
Graf 26 Důvody obav z osob s mentálním postižením?



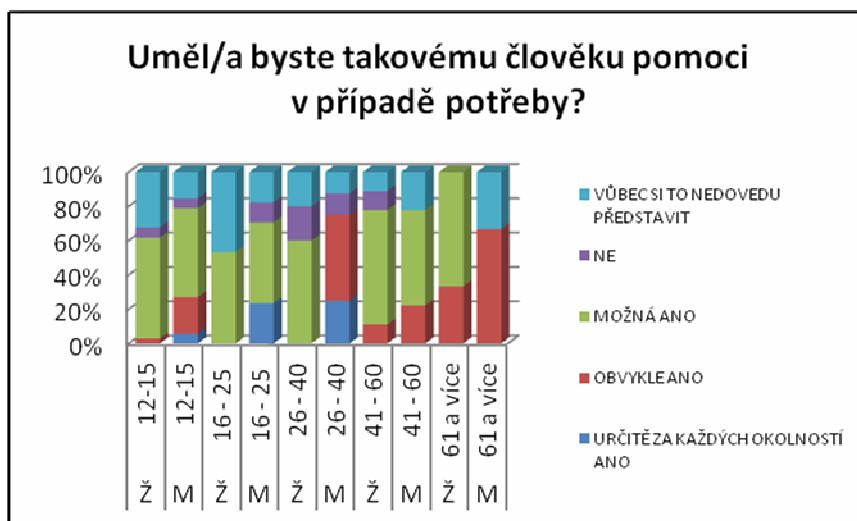
Graf 27 Vyhodnocení otázky č. 11. dle věku a pohlaví



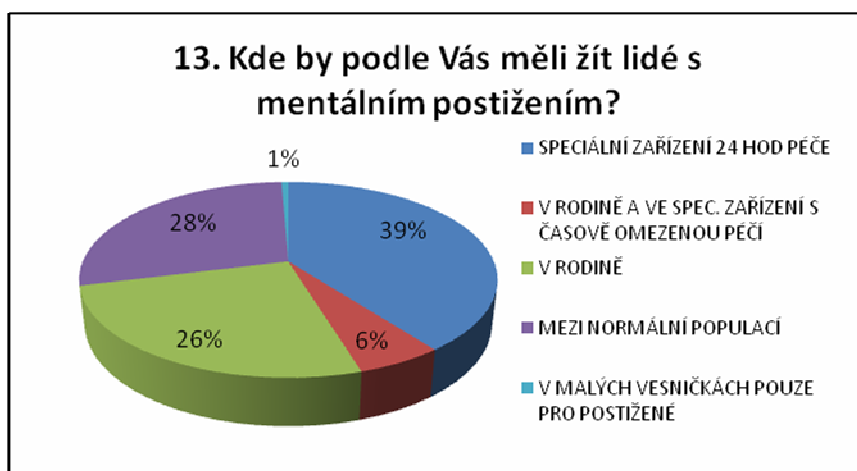
Graf 28 Otázka č. 12.



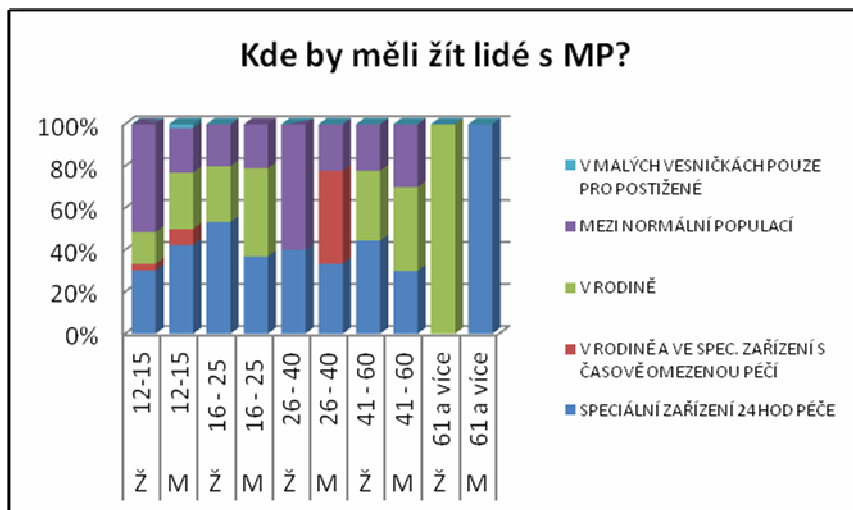
Graf 29 Vyhodnocení otázky č. 12. dle věku a pohlaví



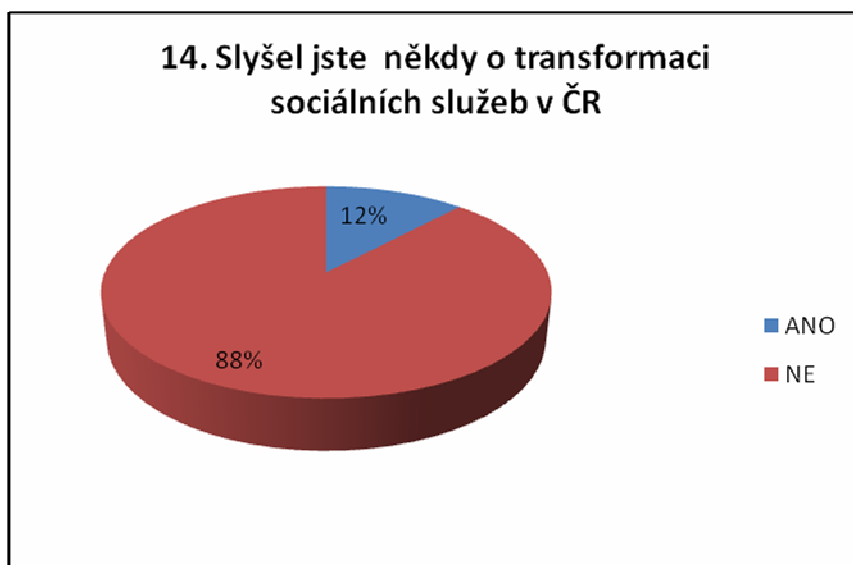
Graf 30 Otázka č. 13.



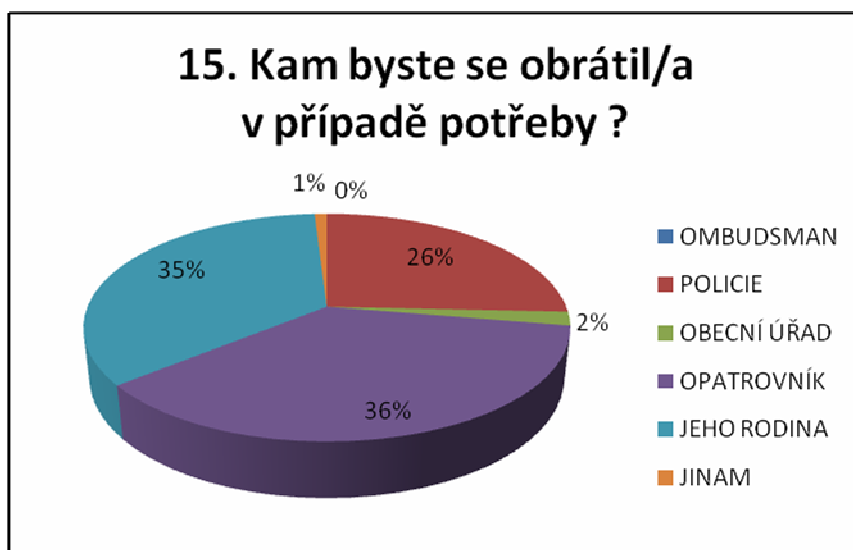
Graf 31 Vyhodnocení otázky č. 13. dle věku a pohlaví



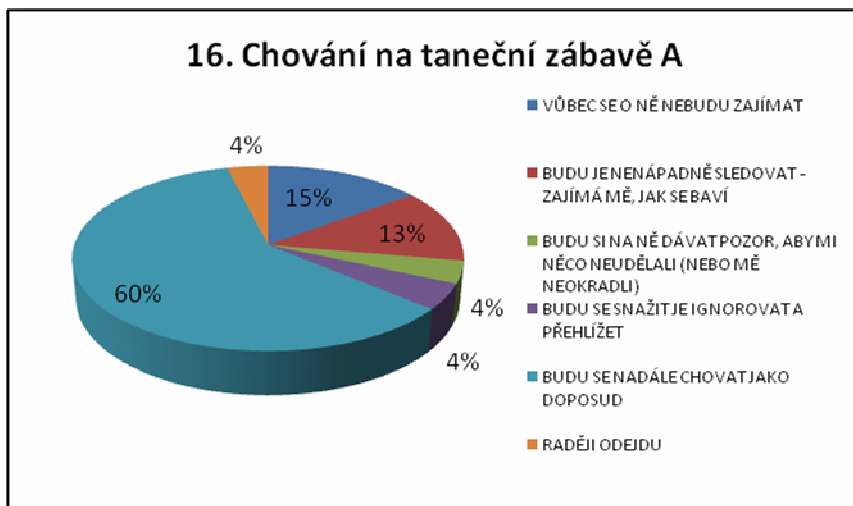
Graf 32 Otázka č. 14.



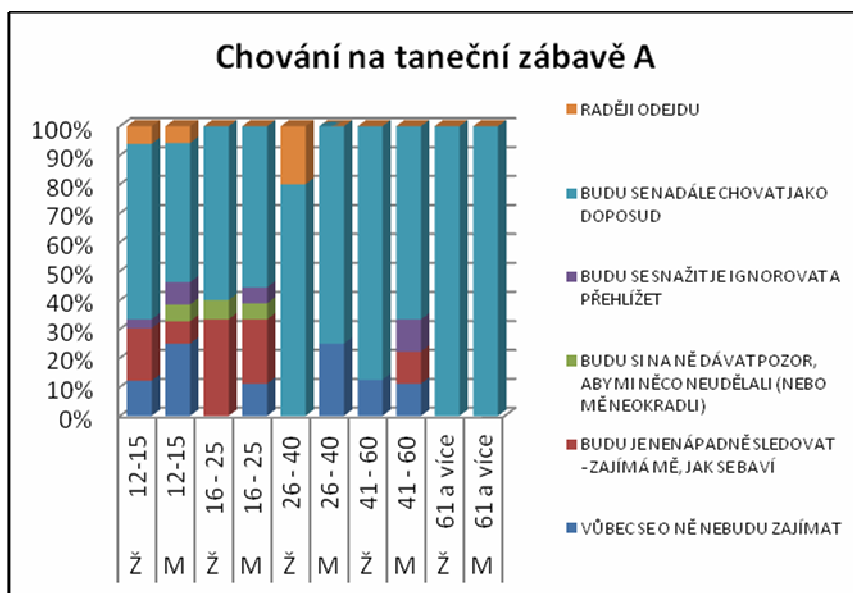
Graf 33 Otázka č. 15.



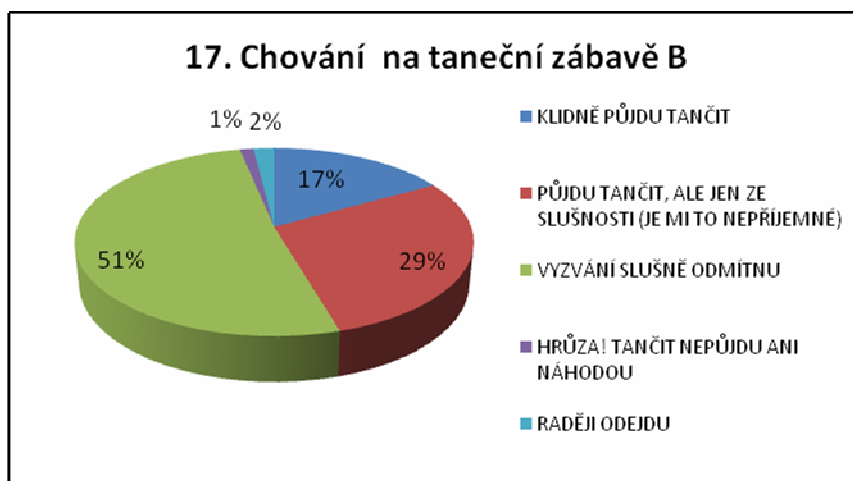
Graf 34 Otázka č. 16.



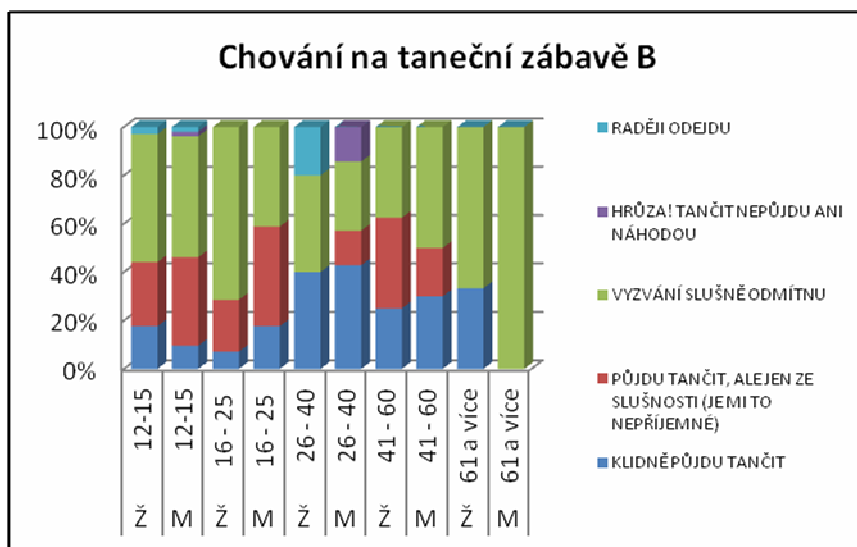
Graf 35 Vyhodnocení otázky č. 16. dle věku a pohlaví



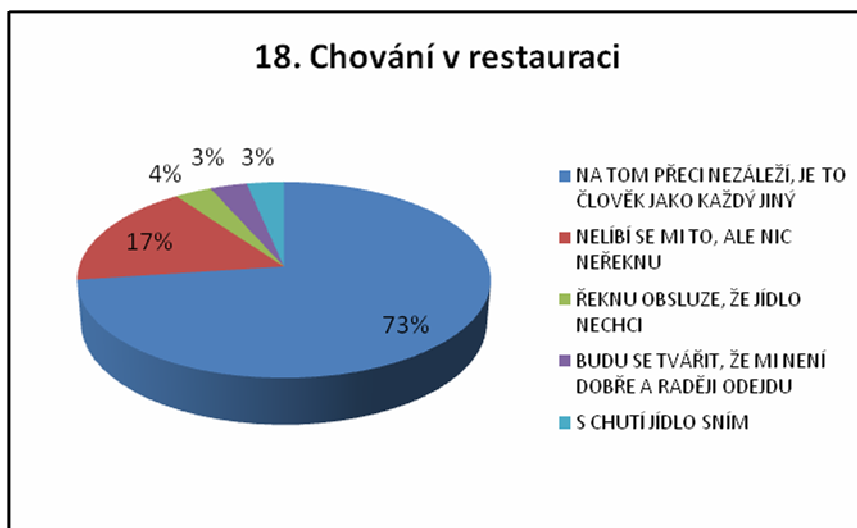
Graf 36 Otázka č. 17.



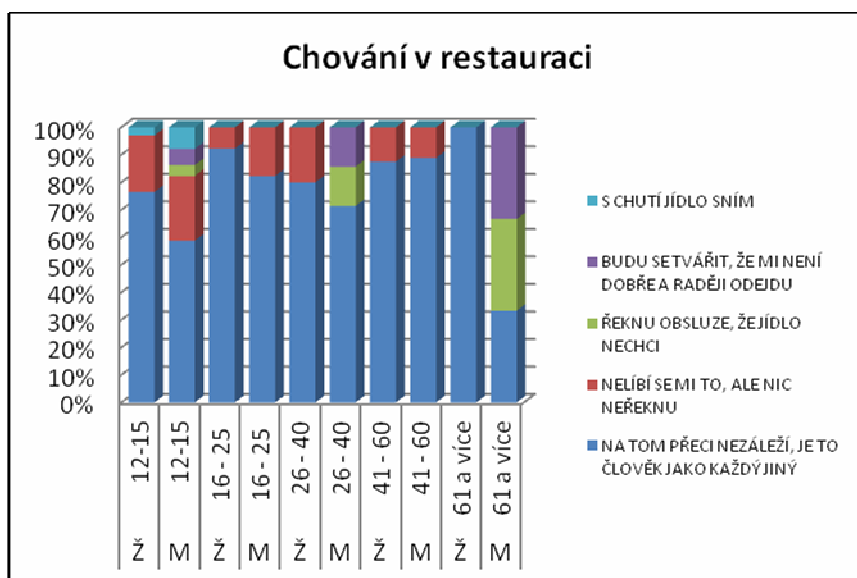
Graf 37 Vyhodnocení otázky č. 17 dle věku a pohlaví



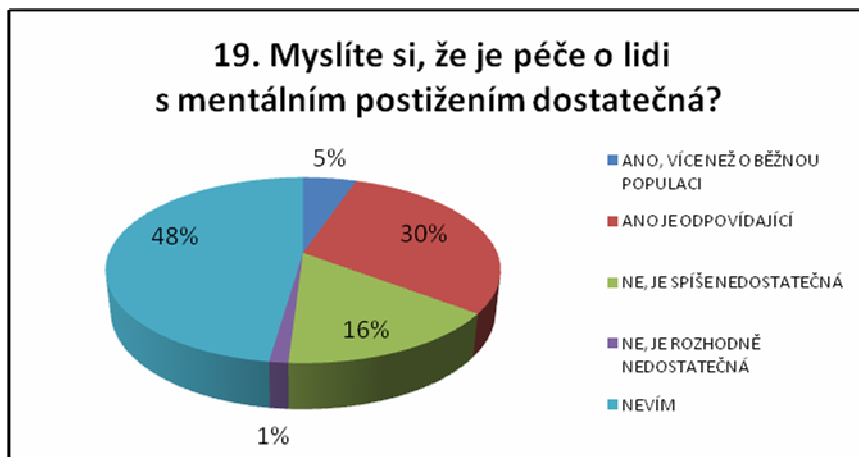
Graf 38 Otázka č. 18.



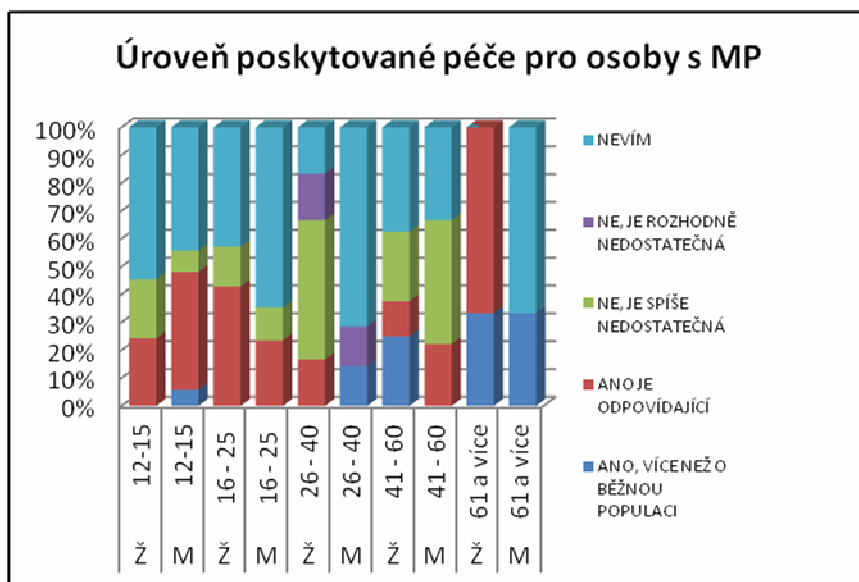
Graf 39 Vyhodnocení otázky č. 18. dle věku a pohlaví



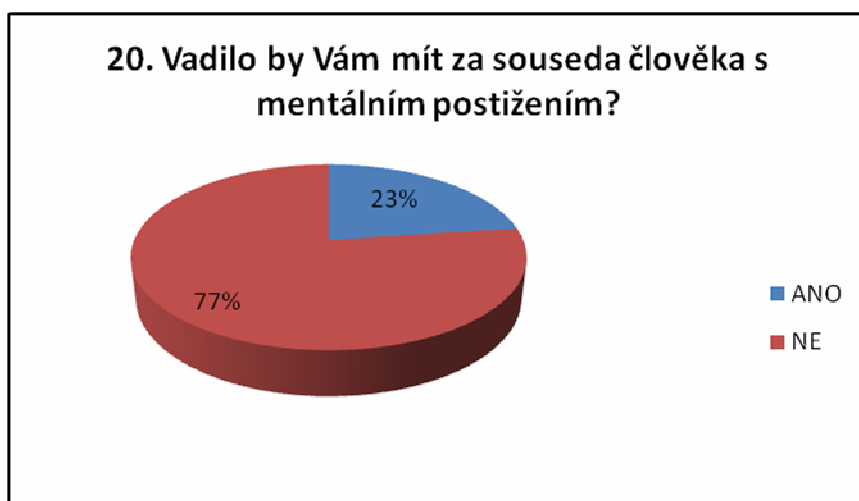
Graf 40 Otázka č. 19.



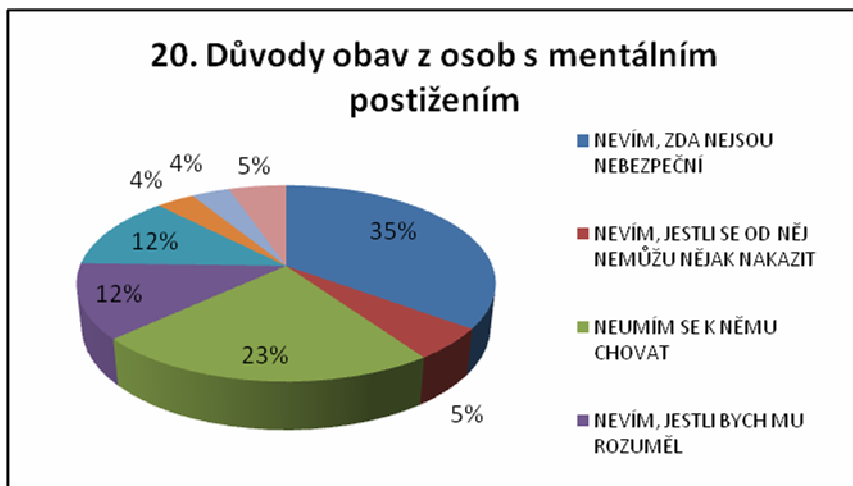
Graf 41 Vyhodnocení otázky č. 19. dle věku a pohlaví



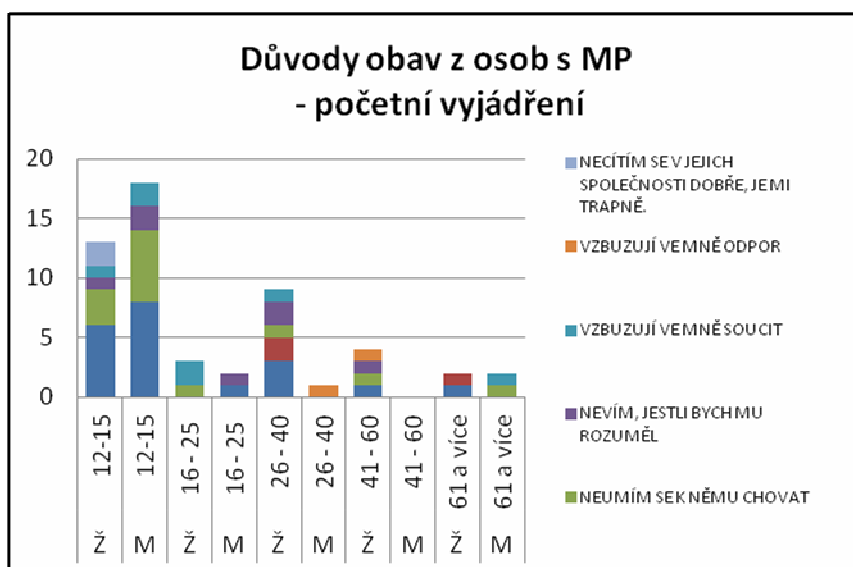
Graf 42 Otázka č. 20.



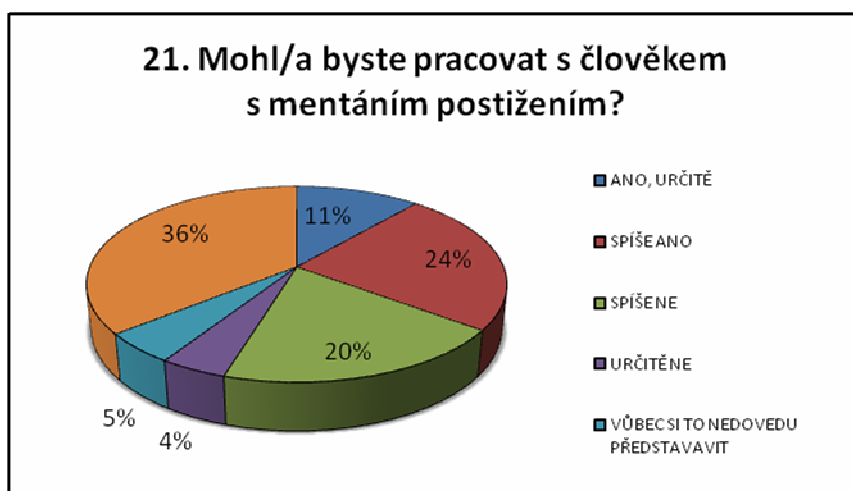
Graf 43 Otázka č. 20. odůvodnění



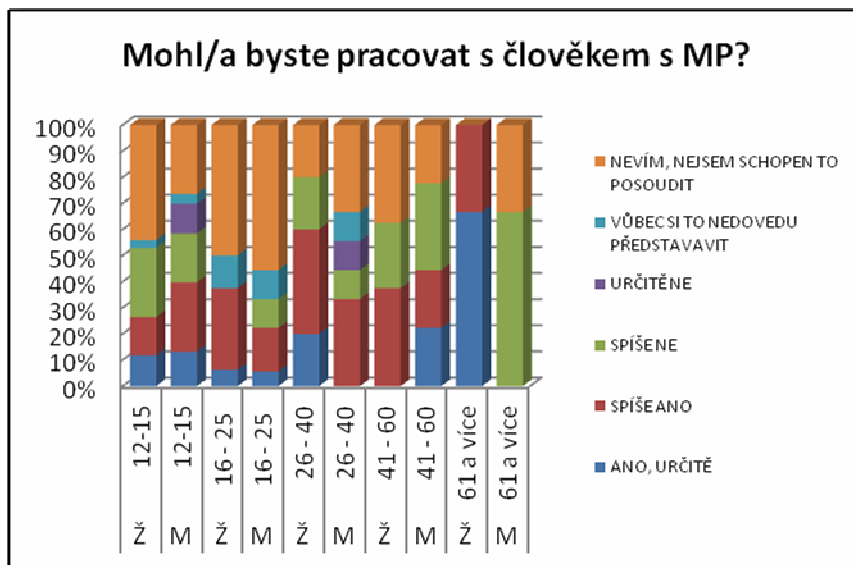
Graf 44 Vyhodnocení otázky č. 20. dle věku a pohlaví



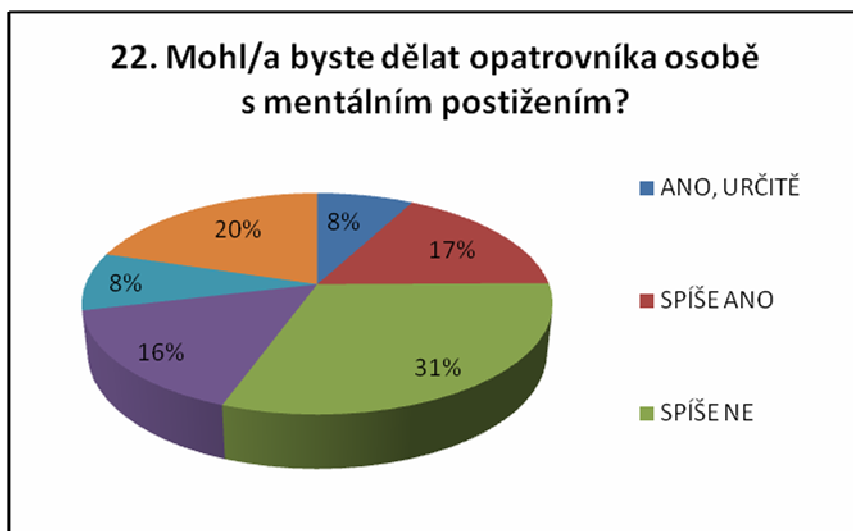
Graf 45 Otázka č. 21.



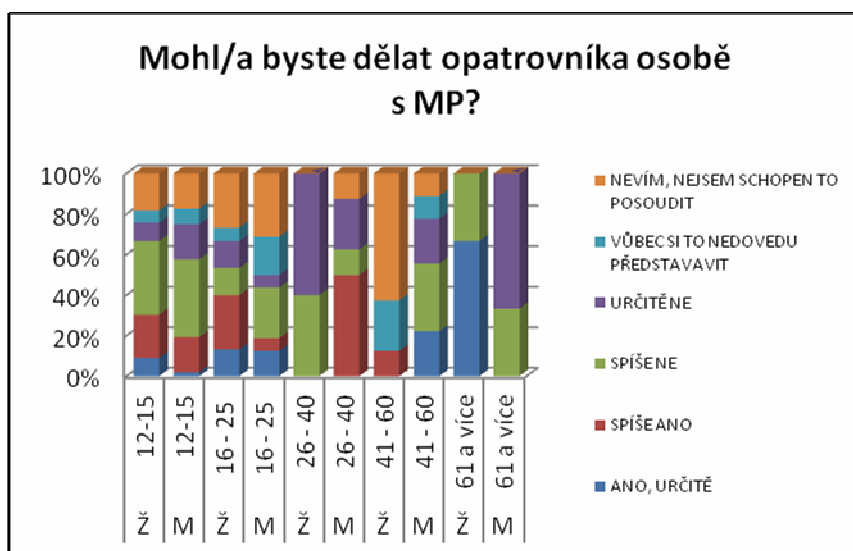
Graf 46 Vyhodnocení otázky č. 21. dle věku a pohlaví



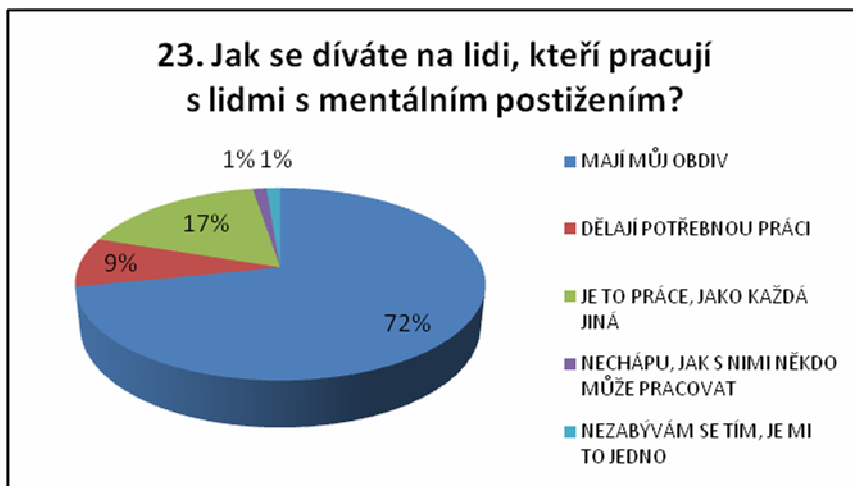
Graf 47 Otázka č. 22.



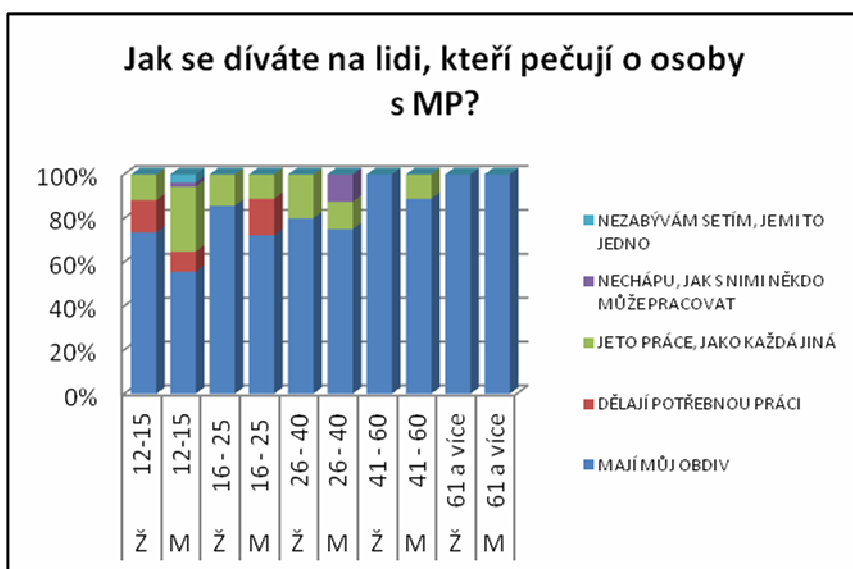
Graf 48 Vyhodnocení otázky č. 22. dle věku pohlaví



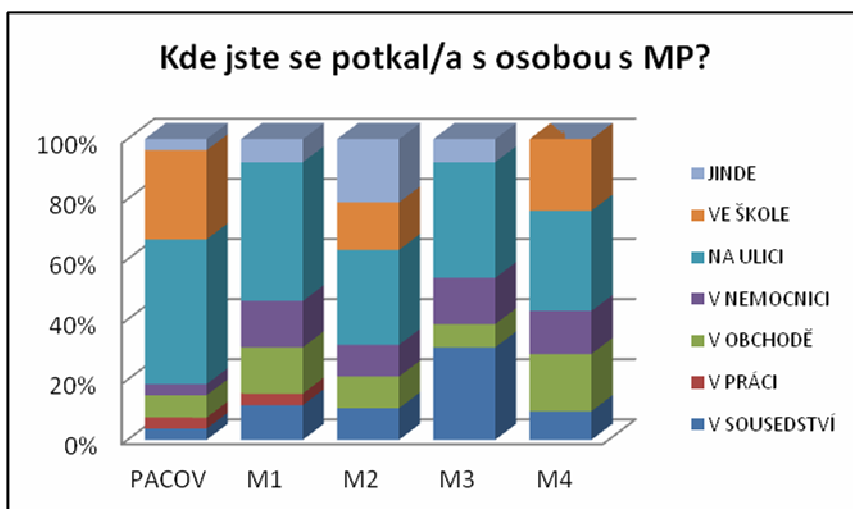
Graf 49 Otázka č. 23.



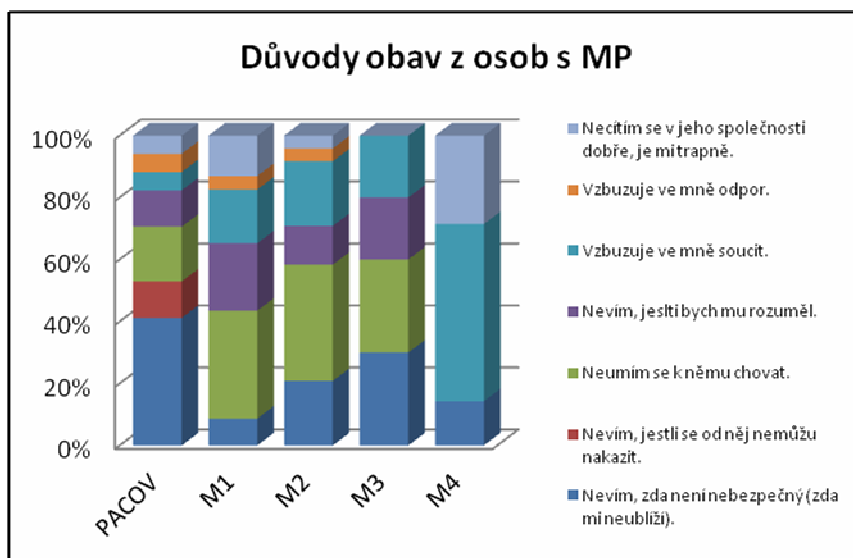
Graf 50 Vyhodnocení otázky č. 23. dle věku a pohlaví



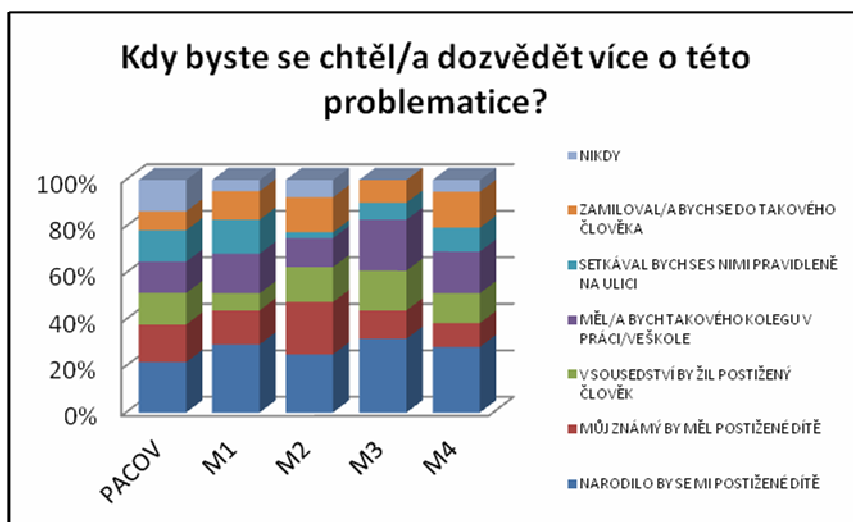
Graf 51 Vyhodnocení experimentu



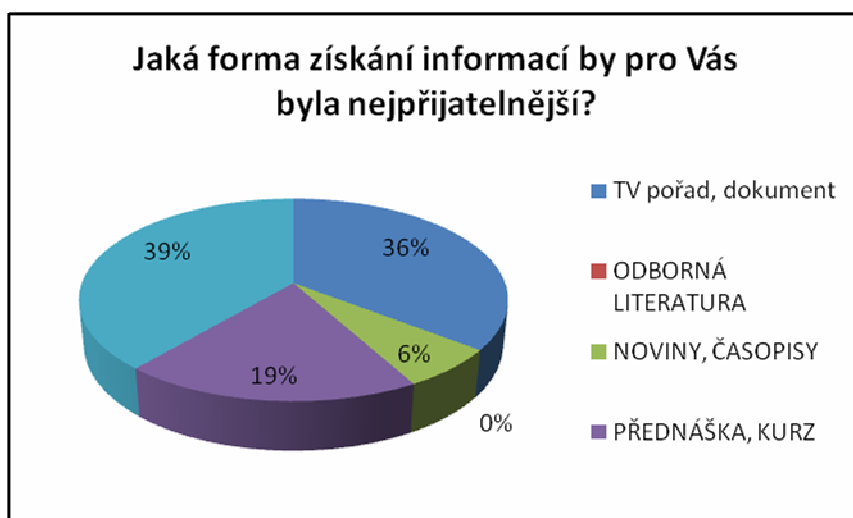
Graf 52 Vyhodnocení experimentu



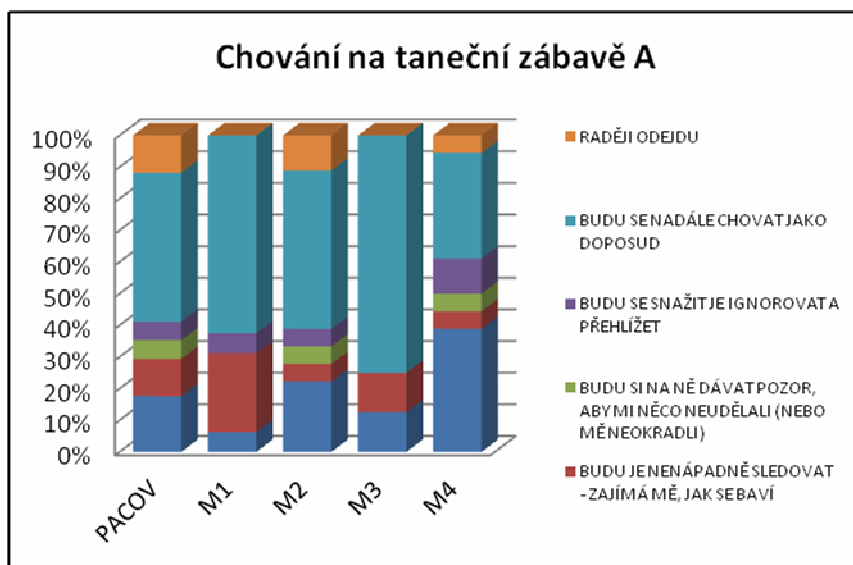
Graf 53 Vyhodnocení experimentu



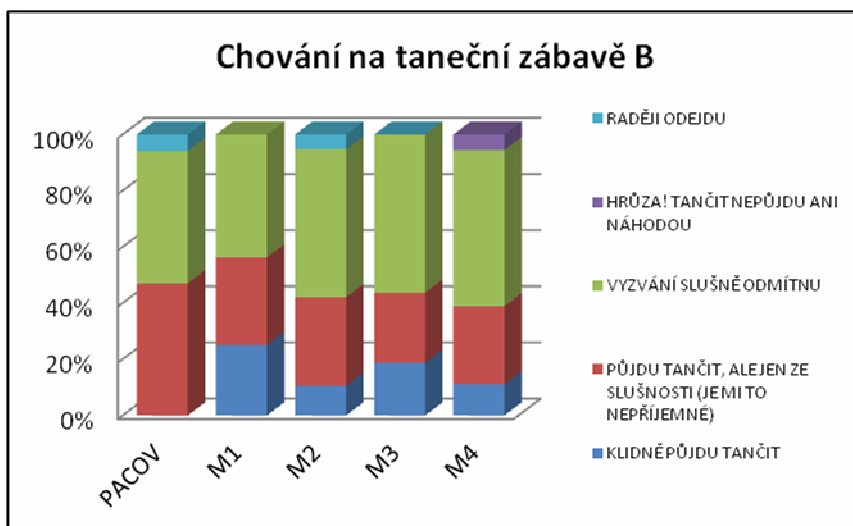
Graf 54 Vyhodnocení experimentu



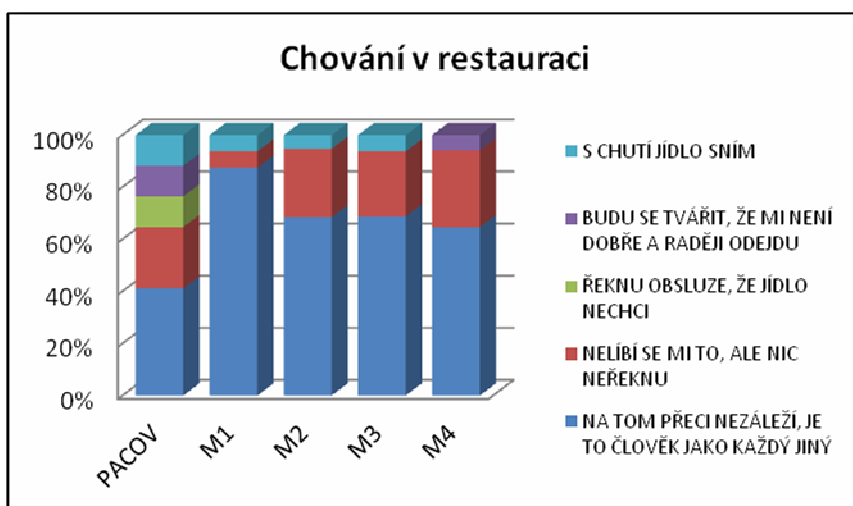
Graf 55 Vyhodnocení experimentu



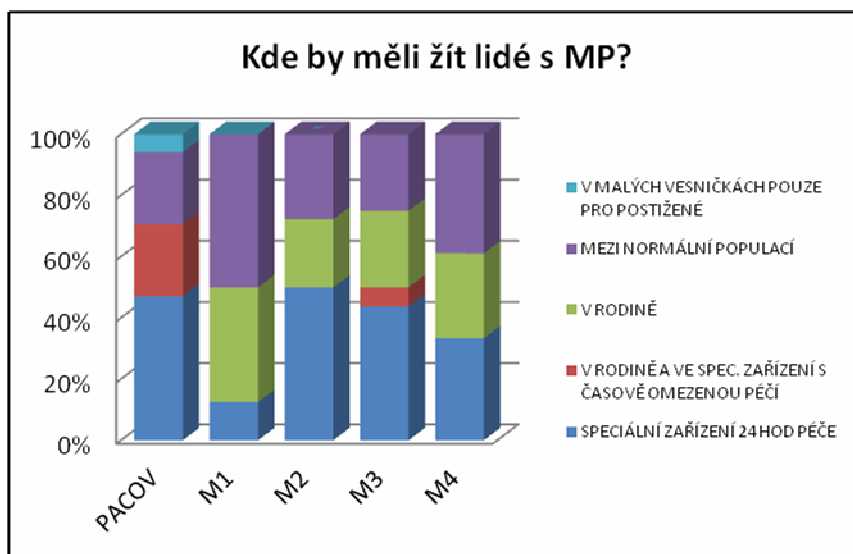
Graf 56 Vyhodnocení experimentu



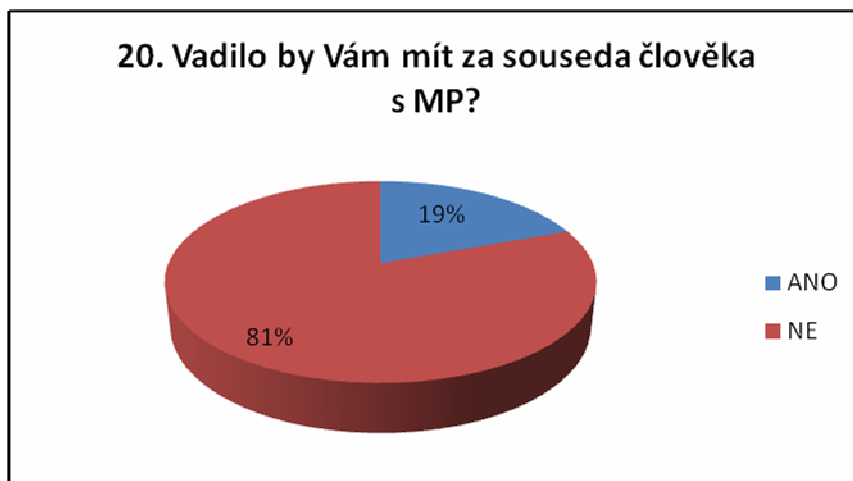
Graf 57 Vyhodnocení experimentu



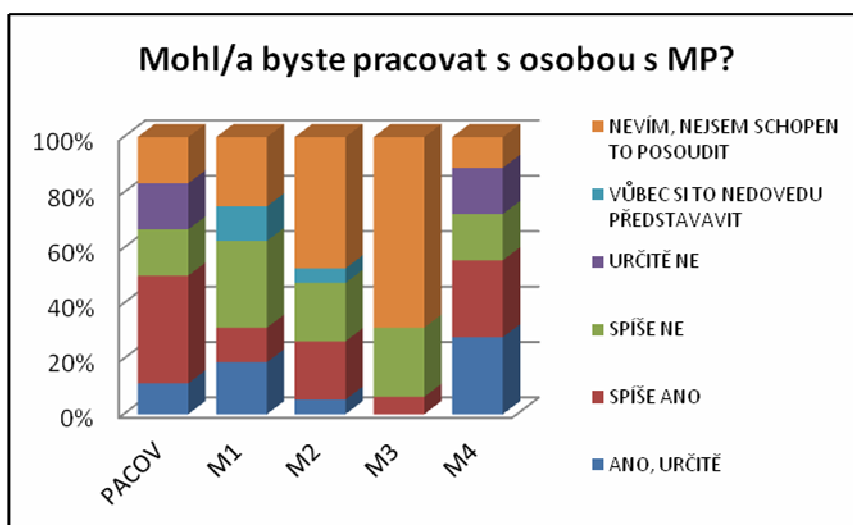
Graf 58 Vyhodnocení experimentu



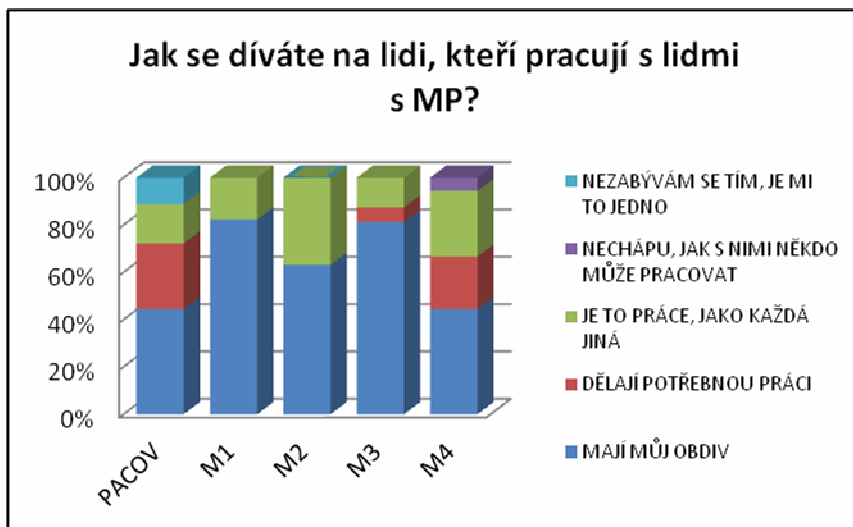
Graf 59 Vyhodnocení experimentu



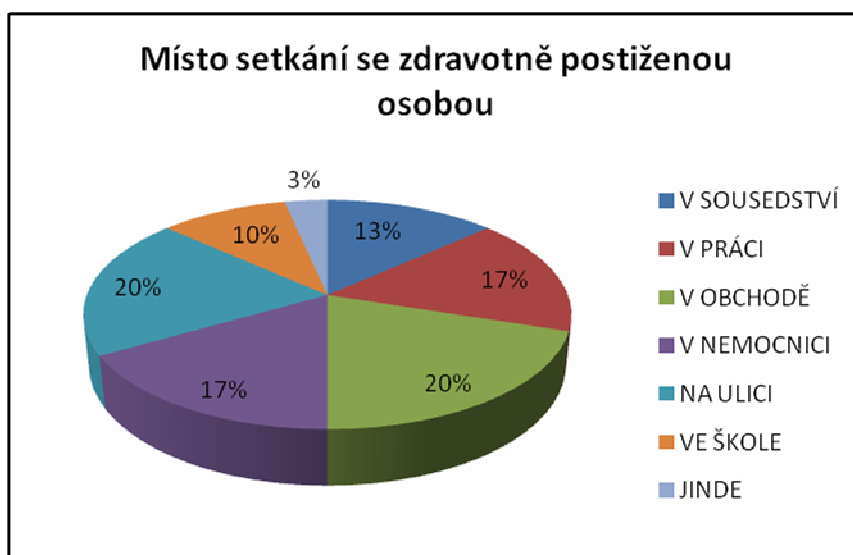
Graf 60 Vyhodnocení experimentu



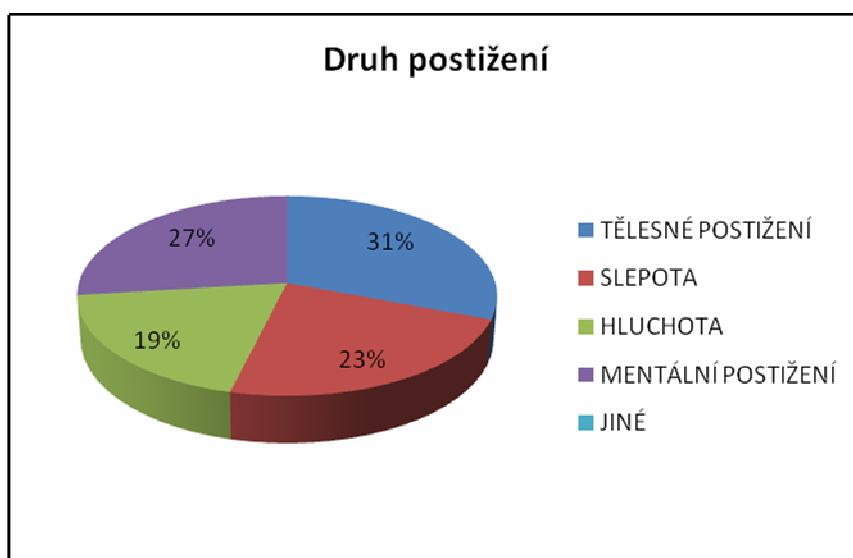
Graf 61 Vyhodnocení experimentu



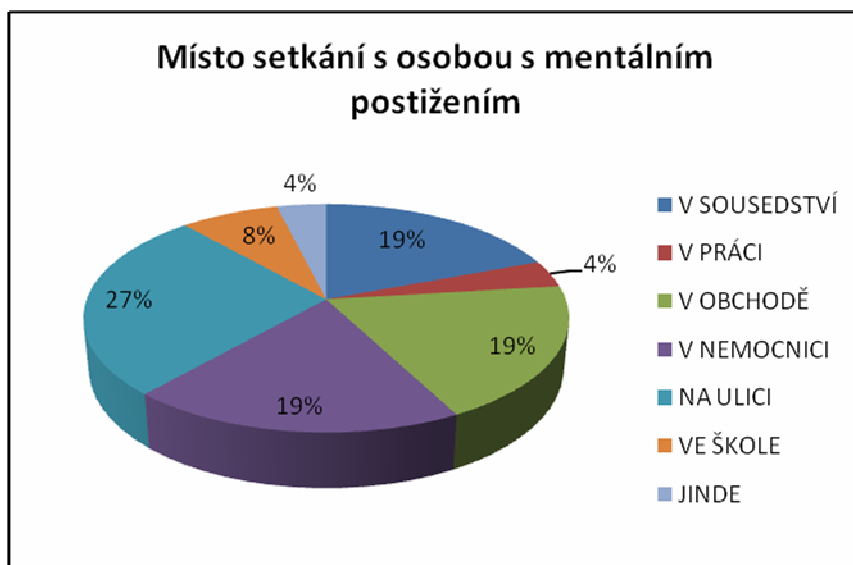
Graf 62 Vyhodnocení Šanov



Graf 63 Vyhodnocení Šanov



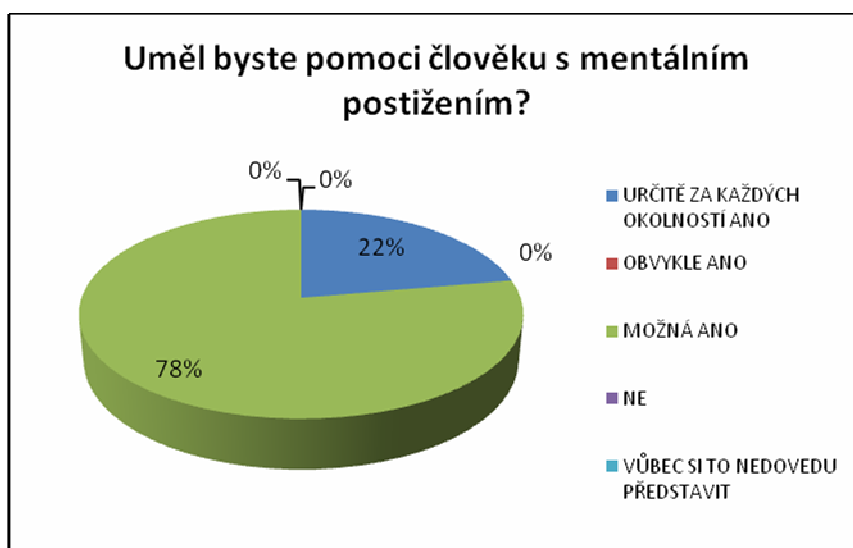
Graf 64 Vyhodnocení Šanov



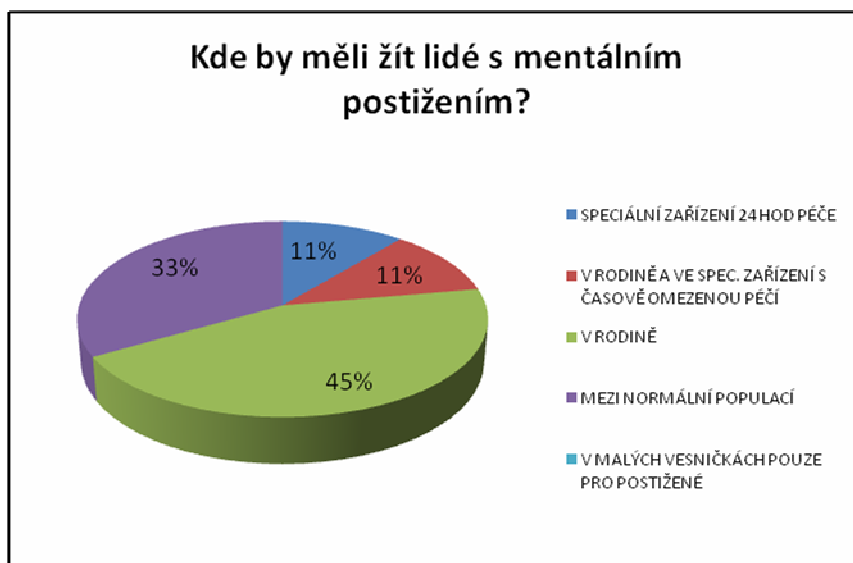
Graf 65 Vyhodnocení Šanov



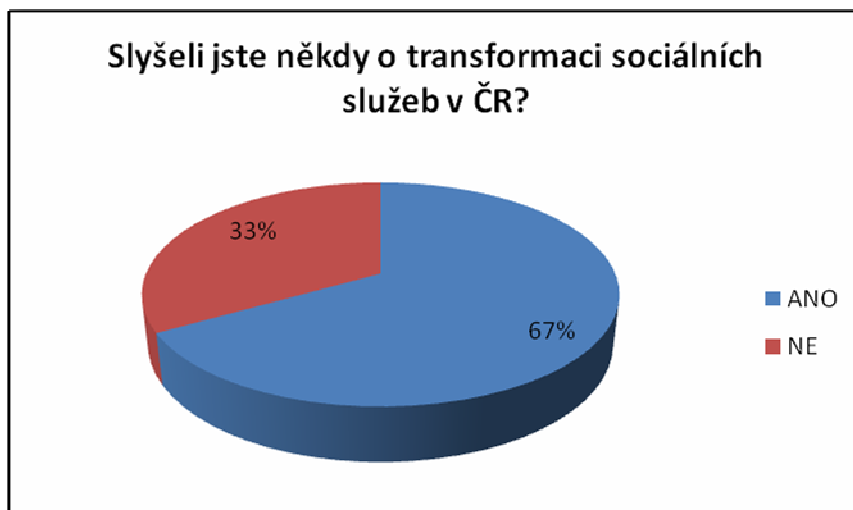
Graf 66 Vyhodnocení Šanov



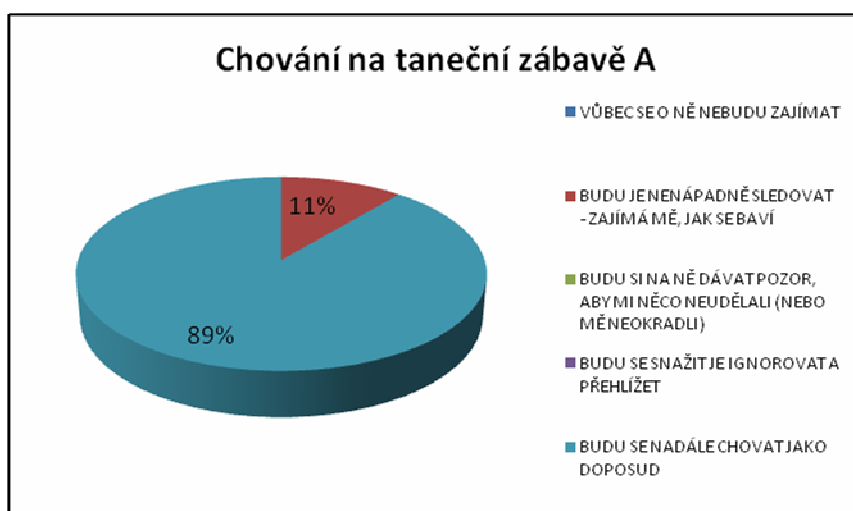
Graf 67 Vyhodnocení Šanov



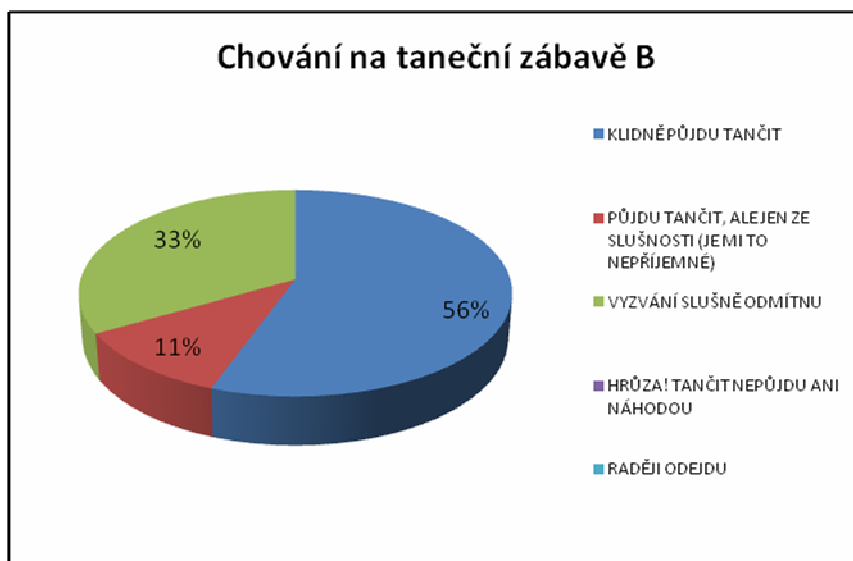
Graf 68 Vyhodnocení Šanov



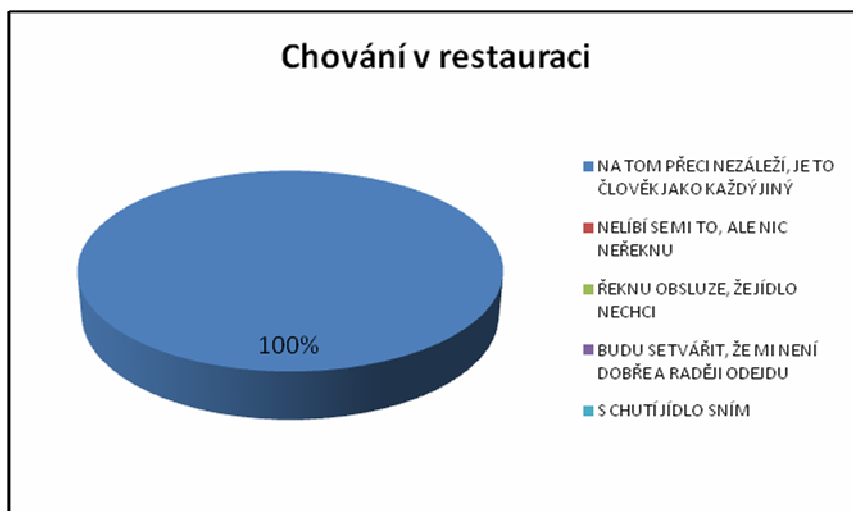
Graf 69 Vyhodnocení Šanov



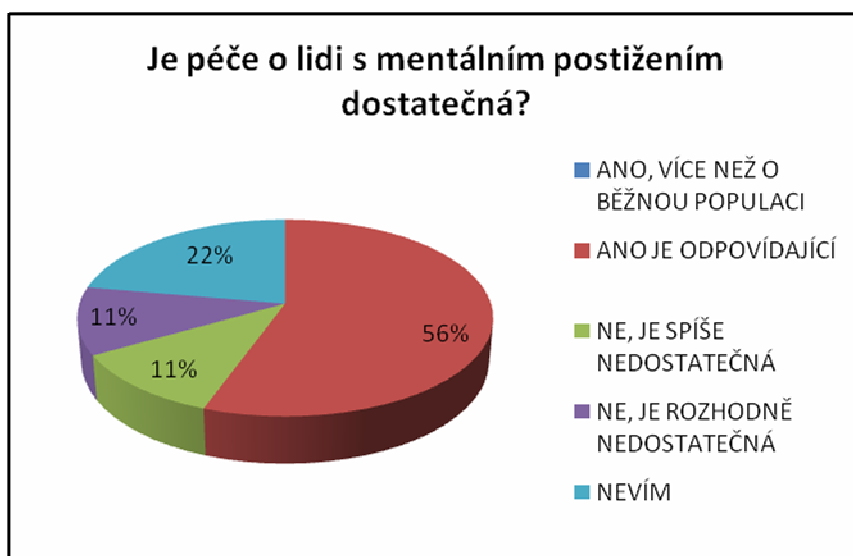
Graf 70 Vyhodnocení Šanov



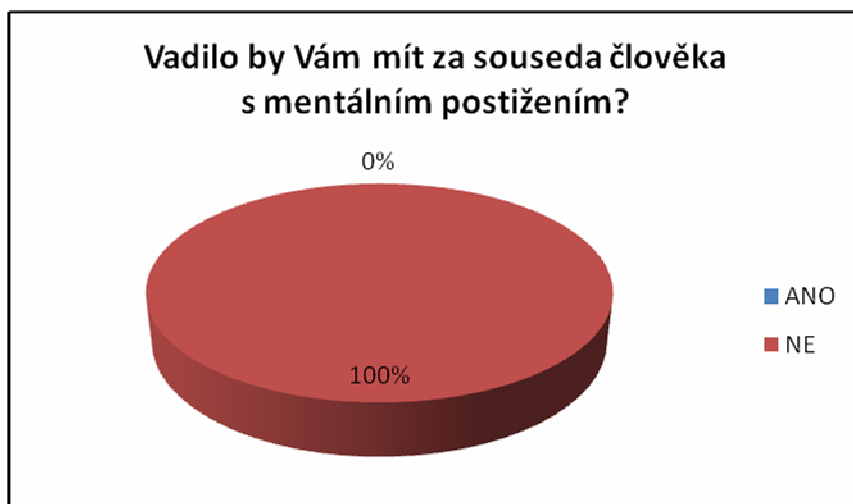
Graf 71 Vyhodnocení Šanov



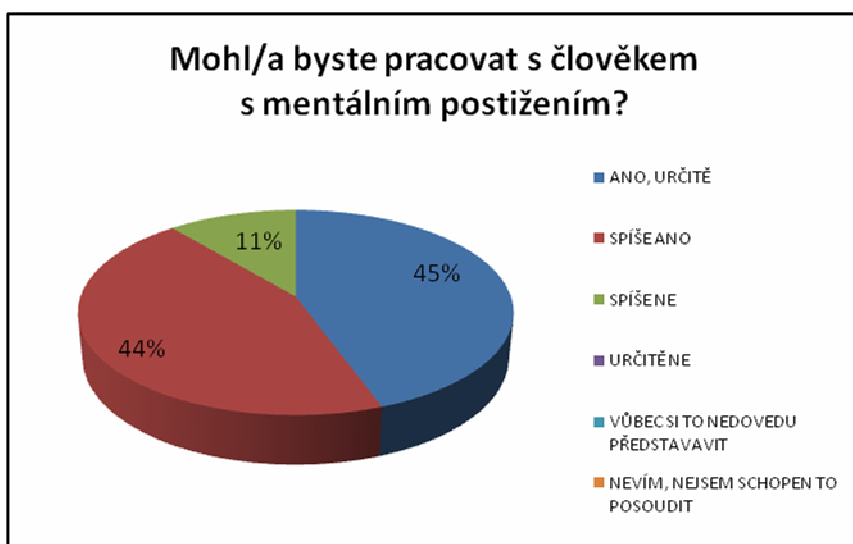
Graf 72 Vyhodnocení Šanov



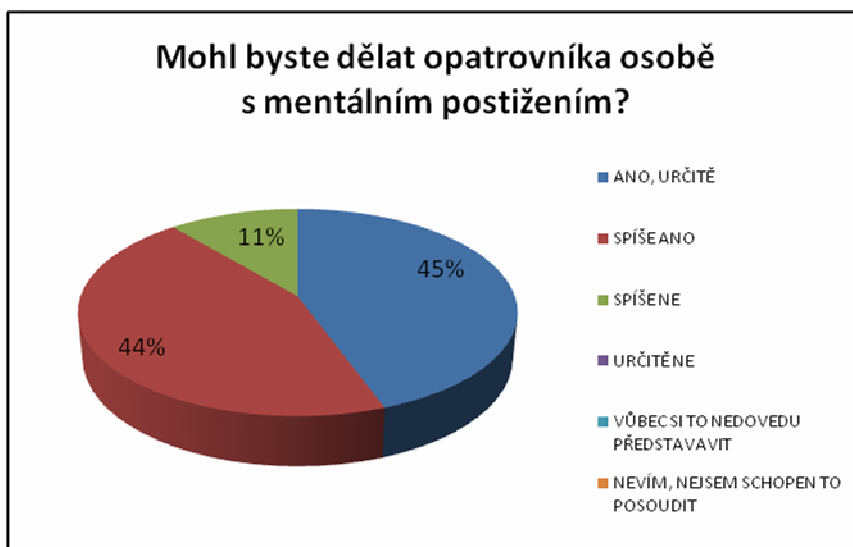
Graf 73 Vyhodnocení Šanov



Graf 74 Vyhodnocení Šanov



Graf 75 Vyhodnocení Šanov



Graf 76 Vyhodnocení Šanov

