

# **Sociální šetření očima osob s tělesným postižením a sociálních pracovníků Magistrátu města Zlína**

Bc. Monika Horsáková

---

Diplomová práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika HORSÁKOVÁ**  
Osobní číslo: **H10650**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální šetření očima osob s tělesným postižením  
a sociálních pracovníků Magistrátu města Zlína**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociálního šetření, sociálního pracovníka a osob s tělesným postižením.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu v oblasti sociálního šetření, sociálního pracovníka a osob s tělesným postižením.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**MATOUŠEK, O. A KOL. Sociální služby. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.**

**NOVOSAD, L. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.**

**SLOWÍK, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.**

**ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.**

**VÁGNEROVÁ, M., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.**

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Mgr. Ivana Marášková**

Ústav pedagogických věd

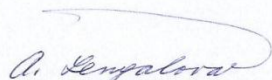
Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2011**

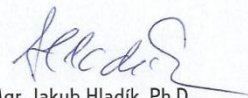
Termín odevzdání diplomové práce:

**27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*



## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

22.3.2012



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na vysvětlení pojmů tělesné postižení, sociální pracovník/pracovnice, na problematiku sociálního šetření prováděného sociálními pracovníky/pracovnicemi s občany s tělesným postižením a na popis souvisejících témat s danou problematikou.

Cílem práce je pak také zjistit, jak taková sociální metoda – sociální šetření – v domácnostech občanů s tělesným postižením na ně působí, a také jak na samotné sociální pracovníky/pracovnice, jak ji vnímají a jaký dopad má tato metoda - sociální šetření na občany a na dané sociální pracovníky/pracovnice.

Klíčová slova: metoda sociální práce s jednotlivcem – sociální šetření, tělesné postižení, sociální pracovník/pracovnice.

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on explaining the concepts of disability, social worker, the issues of social survey conducted by social worker with people with disabilities and describing topics related to this topic.

The aim of thesis is also to determine how such a method of social - social investigation - in the households of those citizens with disabilities and act on them as well as on social worker itself as perceived and what impact does this method - on social investigation citizens and the social worker.

Keywords: method of social work with individuals - social investigation , disability , social worker.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Mgr. Ivaně Maráškové, za ochotu, cenné rady a připomínky, které mi poskytovala během zpracování mé diplomové práce.

Poděkování také patří mé rodině za trpělivost, podporu a vstřícnost.

Zároveň prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Naslouchejte lidem a oni vám řeknou, kdo jsou.“*

J. King

*„Nikdy nepodceňujte naslouchání. Je to jedna z nejdůležitějších dovedností, kterou se můžete naučit.“*

M. LeBoeuf

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM.....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	13
1.2 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	15
1.2.1 Definice pojmu a dělení .....	15
1.2.2 Nestátní neziskové organizace .....	17
1.2.3 Typologie klientů .....	18
1.2.4 Asertivita při práci s klientem .....	19
1.2.5 Sociální poradenství občanům s tělesným postižením.....	20
1.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK PŘI PRÁCI S JEDNOTLIVCEM .....	21
1.3.1 Role sociálního pracovníka .....	21
1.3.2 Etický kodex sociálních pracovníků .....	23
1.3.3 Syndrom vyhoření .....	24
<b>2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>26</b>
2.1 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	26
2.2 KOMPENZACE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ .....	27
2.2.1 Možnosti pořízení zvláštních pomůcek.....	28
2.3 CHARAKTERISTIKA OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....	29
2.3.1 Definice pojmu tělesné postižení .....	29
2.3.2 Společnost a její vliv na občany s tělesným omezením .....	30
2.3.2.1 Předsudky okolí a diskriminace vůči osobám s tělesným postižením .	31
2.4 VZDĚLÁVÁNÍ A ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....	34
2.4.1 Vzdělávání občanů s tělesným omezením .....	34
2.4.2 Zaměstnávání občanů s tělesným postižením .....	35
2.4.2.1 Práce jako nástroj seberealizace .....	36
2.5 JEDINEC S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A RODINA .....	36
<b>3 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM .....</b>	<b>39</b>
3.1 VYSVĚTLENÍ POJMU SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ.....	39
3.2 PRACOVNÍCI PROVÁDĚJÍCÍ SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ Z DŮVODU POSKYTNUTÍ DÁVEK, ČI SOCIÁLNÍCH PŘÍSPĚVKŮ .....	40
3.3 DŮVODY K PROVÁDĚNÍ SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ .....	41
3.4 DALŠÍ KROKY PO VYKONÁNÍ SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ .....	42
3.4.1 Posuzování zdravotního stavu občana se zdravotním postižením .....	42
3.5 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ A SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK .....	43
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>45</b>
4.1 MOTIVACE K VÝZKUMU .....	45
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU .....	45
4.2.1 Výzkumný problém.....	45
4.2.2 Hlavní výzkumný cíl .....	45
4.2.3 Dílčí výzkumné cíle pro občany s tělesným postižením:.....	46



4.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
4.4	POJETÍ A DRUH VÝZKUMU .....	47
4.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	47
4.5.1	Způsob výběru.....	48
4.5.2	Charakteristika výzkumných vzorků.....	48
4.6	METODY SBĚRU DAT .....	49
4.7	ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU .....	51
4.8	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	52
<b>5</b>	<b>ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT.....</b>	<b>53</b>
5.1	POSTUP PŘI OTEVŘENÉM KÓDOVÁNÍ.....	53
5.1.1	Seznam kategorií a kódů .....	53
5.1.2	Popis kategorií a výroky občanů s tělesným postižením .....	56
5.1.3	Popis kategorií a výroky sociálních pracovníků.....	57
5.2	INTERPRETACE DAT, SHRUTÍ VÝSLEDKŮ OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ.....	58
5.3	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ .....	60
5.3.1	Kostra analytického příběhu .....	62
5.4	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ .....	63
5.4.1	Příběh – občané s tělesným postižením .....	63
5.4.2	Příběh – sociální pracovníci .....	65
<b>6</b>	<b>ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>67</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH 1.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH 2.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH 3.....</b>	<b>79</b>

## ÚVOD

Po bakalářském studiu na UTB ve Zlíně – Oboru Sociální pedagogika, jsem nastoupila jako sociální pracovnice na Magistrát města Zlína Odbor sociálních věcí na Oddělení dávek sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tato práce mě ovlivňuje i v osobním životě, denně se setkáváme s různě postiženými lidmi a nasloucháme jejich osudům. Proto jsem se rozhodla spojit moji práci na Magistrátu s diplomovou prací a napsat téma zaměřené na tuto problematiku. Tedy metodu sociální práce s jednotlivcem – a to sociální šetření s občany s tělesným postižením.

Sociální šetření je úkon provádějící sociálním pracovníkem, který vede řízení o příspěvku, či o dávce. Sociálním šetřením – metodou práce s jednotlivcem se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném prostředí z hlediska péče o vlastní osobu (soběstačnost). Sociální šetření jako takové a postup při sociálním šetření se liší při různých typech dávek sociální péče, o které klient na daném úřadu zažádá. Dávky jsou pak určeny ke zmírnění sociálních důsledků zdravotního postižení jedince a k podpoře sociálního začlenění daných osob do společnosti. Většina dávek sociální péče je podmíněna provedením již zmíněného sociálního šetření.

Tato metoda práce s jednotlivcem – sociální šetření je také zdrojem údajů či informací pro klientskou dokumentaci a patří k metodám používaným při vypracovávání případové studie klienta v sociální práci. Zbývá poznamenat, že během sociálního šetření se také očekává od sociálního pracovníka, že podá základní sociální poradenství a informace občanovi – kam se dále má obrátit pro pomoc a pomůže při zprostředkování kontaktů na další odborníky.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na tři základní úseky a to na kapitulu Sociální práce s jednotlivcem (zde je vymezena sociální práce obecně a také sociální poradenství, sociální pracovník), dále kapitulu, která nese název Osoby se zdravotním postižením (zde se charakterizuje osoba s tělesným postižením, zdravotní postižení a také začlenění osob se zdravotním omezením (tělesným omezením) do společnosti, jejich vzdělávání, zaměstnávání apod.) a kapitulu s pojmenováním Sociální šetření u osob s tělesným postižením (zde

se popisuje metoda práce s jednotlivcem – sociální šetření, další postup po vykonání sociálního šetření apod.).

Cílem empirické části – kvalitativního výzkumu je pak zjistit, jak občané s tělesným postižením a sociální pracovníci vnímají metodu sociální práce s jednotlivcem, a to sociální šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM

## 1.1 Vymezení sociální práce

Sociální práci definuje Matoušek (2008, str. 200-201) následovně: „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“ Jako sociální problémy jsou nejčastěji uváděny chudoba, diskriminace, zanedbávání výchovy dětí a další stěžejní problémy. Cílem je zejména poskytování sociální pomoci, podpory.

„*Sociálna práca, ako spoločensky akceptovaná forma pomoci jednotlivcovi, skupine či spoločnosti, je prítomná v ľudskej histórii od jej začiatku. Nie je to fenomén, ktorý sa objavil až s nezamestnanosťou, drogami či násilím. Objavila sa v ľudskej spoločnosti spolu s otázkami - možem niekde hľadať pomoc? A kde?*“ (Levická a kol., 2007, str. 17).

Sociální práce se zabývala třemi oblastmi – existence člověka; člověk a jeho bytí ve společnosti – v rodině – v interakci s druhými lidmi – a oblast zaměřená na řešení problémů jedince a obohacení tím tak jeho života. (Levická a kol., 2007).

Formulace cíle sociální práce se samozřejmě různí, a to s ohledem jak na společenský a kulturní, tak i historický kontext. Jedna z nejstarších definic sociální práce In Hanvey a Philpot (1996) tvrdí, že: „*Sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci.*“ Tuto definici v inverzní podobě aktualizovali a tvrdí, že: „*Sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají.*“ Tento způsob určení neustále poskytuje prostor pro posunování hranic oboru, ale ne všichni jsou takovou neurčitou formulací nadšení a uspokojeni. (Navrátil, 2001).

„*Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívajíc teorii lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti.*“ (Niederle, 2009, str. 88).

Bez cílené sociální práce, pomoci a sociálních služeb, jako instrumentů a současně produktů sociální politiky, by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, čímž by bylo znemožněno uplatnění jejich lidských i občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení. Systém sociální pomoci a služeb se aktivuje zejména tehdy: když jsou ohrožena práva občana; když se občan nachází ve hmotné či existenční nouzi a není schopen zabezpečit své potřeby vlastními silami; je-li občan znevýhodněn při uspokojování svých (pro ostatní běžných) potřeb a (nebo) žije ve stavu sociálního vyloučení; když mu tyto situace jednoduše hrozí. (Novosad, 2009).

Existují také metody sociální práce, jsou to specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina a komunita. Sociální práce s jednotlivcem je uskutečňována v průběhu rozhovoru sociálního pracovníka s klientem, a to „tváří v tvář“. Komunikace tedy probíhá přímo, nezprostředkovaně. (Slowík, 2010).

Metoda sociální práce s jednotlivcem zahrnuje sociální šetření a také v neposlední řadě i sociální poradenství. Sociálním šetřením a poradenstvím se budu ještě ve své práci dále zabývat.

*„Socialna práca je vo svetě v súčasnosti vnímaná ako multidisciplinárna vedná oblasť, ktorá disponuje špeciálnymi metódami práce a teoreticky je zameraná na oblasť sociálnej starostlivosti o jednotlivca, skupinu, komunitu či spoločnosť, ako aj na prípravu odborníkov do tejto oblasti.“* (Levická a kol., 2007, str. 20).

Předmětem sociální práce je klient, zkoumání procesu selhávání klienta a odhalování faktorů tohoto problému, zkoumání procesu socializace a resocializace klienta, metody a formy práce s klientem, příprava odborníků apod.

Subjektem sociální práce je potom sociální pracovník, sociální asistent, poradce, dobrovolník nebo jiný odborník působící v sociální oblasti. (Levická a kol., 2007).



## 1.2 Sociální poradenství

### 1.2.1 Definice pojmu a dělení

*„Slovo poradenstvo je odvodené od slova radit', čím sa mylne vytvára dojem, že poradca je človek, ktorý dáva rady, hotové návody a riešenia, disponuje prostriedkami, ktoré klientovi okamžite pomôžu zvládnuť situáciu či vyriešiť problém.“* (Schavel, Oláh, 2010, str. 14).

Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení jeho nepříznivé životní situace. Sociální poradenství a služby musí být poskytovány v souladu s dodržováním lidských práv a základních svobod všech osob.

Sociální poradenství se dělí na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

*„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace.“* Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Sociální poradenství je jedna z nejdůležitějších činností sociálního pracovníka – měla by být samozřejmostí a „vybaveností“ každého pracovníka v sociálních službách.

*„Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých osob a sociálních skupin daných osob.“* Nejčastěji se dané poradenství objevuje v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a popřípadě domácího násilí. Často je i součástí odborného poradenství půjčování různých kompenzačních pomůcek jak pro občany s tělesným, zrakovým či sluchovým postižením.

(Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Poradenství je základní službou v pomáhajících profesích všude tam, kde se snažíme podpořit člověka v aktivním zacházení s jeho nepříznivou životní situací a v řešení nastalých nesnází, které na něj čekají v jeho nelehkém životě. (Novosad, 2009).

*„Sociálně poradenstvo je odborná činnost' zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenství.“ (Schavel, Oláh, 2010, str. 27).*

Problematika sociálního poradenství se stává aktuální v období, kdy se kumulují sociální problémy. V současné době se neustále zvyšuje počet lidí, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, na pomoc profesionálů, na pomoc od státu, a nejsou tak tím schopni řešit svoji aktuální situaci sami. (Schavel, Oláh, 2010).

Poradenství rozdělil také Matoušek (2003, str. 142) a to následovně: *„V užším smyslu, tj. poskytování informací, jež si klient vyžádá a které potřebuje k řešení problému; v širším smyslu, takto chápané poradenství umožňuje navíc klientovi prozkoumat své přednosti i slabiny a nalézt účinné strategie ke zlepšení jeho života; v nejširším smyslu, cílem poradenství může být i získání nového pohledu na sebe i druhé lidi a získání nových potřebných dovedností.“*

Poradenství se také zaměřuje na pomoc klientovi, rozpoznat příčiny jeho problému a realisticky jej začít řešit; pomoc klientovi při přijetí svobodného rozhodnutí i jeho důsledků; pomoc klientovi ujasnit krátkodobé i dlouhodobé osobní cíle a jejich případná modifikace; umožnění lepšího sebepoznání, poznání vlastních slabin i předností; dosažení kladného sebehodnocení, sebedůvěry, rozvíjení schopností důvěřovat sobě i ostatním lidem. (Novosad, 2009).

Jak již bylo výše uvedeno, součástí odborného poradenství je i zprostředkování různých zvláštních – kompenzačních pomůcek jak pro občany s tělesným, zrakovým, tak i sluchovým postižením. U postižení pohybového aparátu jsou to nejčastěji - šikmé schodišťové plošiny, schodolez, elektrické či mechanické vozíky apod. U zrakových postižení – pořízení asistenčních či vodících psů a u sluchových postižení například pořízení bezdrátových zařízení umožňující poslech televize, pořízení vibračního budíku, světelného signalizačního zařízení bytového zvonku apod.

*„Základním sociálním poradenstvím se rozumí i poskytování potřebných informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo o způsobech jejího předcházení. Základní*

*sociální poradenství je obsaženo ve všech druzích sociálních služeb jako základní činnost, kterou jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.*“ (Králová, Rážová, 2007, str. 53).

Poradenství je jednoduše realizováno prostřednictvím rad, informací o právech a povinnostech, dále odkazováním na pomoc u dalších odborníků, také pomoci zprostředkovat kontakt s komunitou i rodinou, a vést jedince k schopnosti bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci v jeho životě. (Matoušek a kol., 2005).

Sociální poradenství (odborné) je definováno Matouškem (2008, str. 200) a to: *„Odborné sociální poradenství je specializovaná odborná činnost zaměřená na zjištění rozsahu a charakteru obtížné sociální situace, zjištění příčin vzniku, poskytnutí informací o možnostech řešení a usměrnění osoby při volbě a uplatňování forem sociální pomoci.*“ Součástí tohoto poradenství se také často uvádí terapeutická činnost a jednou z forem poradenství je také pomoc po telefonu (tzv. linky důvěry).

### **1.2.2 Nestátní neziskové organizace**

*„Vedle orgánů státní správy a orgánů samosprávy jsou významnou skupinou poskytovatelů sociálních služeb i nestátní subjekty. Jsou jimi zejména nestátní neziskové organizace (NNO) - občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, humanitární organizace církví a fyzické osoby.*“ (Králová, Rážová, 2003, str. 16).

Tyto NNO (Nestátní neziskové organizace) jsou často tvořeny i dobrovolníky, kteří mají chuť pomáhat druhým a nechtít za to žádné finanční ohodnocení, což si myslím, že je na dnešní dobu velice úcty hodné. To, že pořád ještě mezi námi existují i lidé, co mají srdce a rádi druhým pomohou bez finančního zisku!

*„Ich prirodzenou súčasťou je aj podpora dobrovoľníckej činnosti, vytváranie a podpora svojpomocných skupín.*“ (Schavel, Oláh, 2010, str. 74).

Dobrovolníky v sociálních službách definuje také Matoušek (2008, str. 48) a to: *„Jsou to lidé, poskytující podporu a pomoc bez nároku na odměnu – někdy po patřičném zaškolení –*

*buď samostatně, nebo ve spolupráci s placenými profesionály.*“ Činnost dobrovolníků v ČR upravuje také zákon o dobrovolnictví.

*„Dalším zvláštním druhem neziskového nestátního subjektu jsou nadace. Ty však mohou činnost poskytovatel sociálních služeb pouze financovat, nemohou samy služby poskytovat.“* (Matoušek, 2007, str. 12).

Poradenská činnost orientovaná na zdravotně a sociálně znevýhodněnou klientelu musí respektovat a překonávat některé společenské rysy, které se u těchto lidí mohou ve zvýšené míře vyskytovat. Patří k nim zejména: citová a podnětová deprivace, vliv možného působení frustrace a stresu; zkušenostní deficity a nezažité kompetence k rozhodování i zacházení s vlastním životem; obtíže při zvládnutí emancipace, procesu osamostatňování; adaptační potíže i nízká důvěra ve vlastní schopnosti a možnosti; poruchy sebepojetí, např. zkreslené sebehodnocení nebo ambivalentní vztah k vlastní osobě; emocionální labilita, neadekvátní prožívání a sebeprožívání; izolovanost od okolí a společnosti, snížená sociabilita, komunikační bariéry s druhými, problematická sociální interakce; nezkušenost v partnerských a mezilidských vztazích; často nedostatečná motivace k životu, vyplývající z neujasněných nebo nejistých životních perspektiv a hodnot. (Novosad, 2009).

### 1.2.3 Typologie klientů

Práce s klienty je někdy velice náročná, protože máme hned několik typů – druhů klientů a ke každému musíme přistupovat samozřejmě vždy individuálně. Každý jsme totiž individualita sama o sobě a vyžadujeme rozdílný přístup.

#### Tedy typologie klientů a jejich charakteristika:

úzkostný typ (typické je schoulené držení těla, klopení zraku, váhání, podléhání panice, stydlivost, výčitky...)

úzkostně – agresivní typ (typický je křečovitě vzpřímený postoj, bojovně odměřený pohled, nervozita, pocity křivdy, útočnost...)

narcistně – agresivní typ (je zde časté upravování zevnějšku, sebevědomá sebe prezentace, sarkasmy...)

bezohledně – agresivní typ (typické je hlučné chování, nepřátelský výraz obličeje, pomalé myšlení, vulgární výrazy, nekultivované jednání...)

pedantický typ (je zde pevné držení těla, pečlivá úprava zevnějšku, přímý pohled, precizní pečlivost, zdrženlivost vůči novým věcem...)

nepřístupný typ (typická je klidná a pomalá chůze, skeptická rozmrzelost, distanc od skupin, nedůvěra, negace, vulgarita, ironizace...)

historionský typ (charakteristická jsou prudká gesta, živá mimika, řeč je emocionálním výlevem, agrese a autoagrese...). (Novosad, 2009).

#### 1.2.4 Asertivita při práci s klientem

Při práci s různými typy klientů je také velice důležitá a účinná asertivita. „*Asertivní jednání je takové jednání, které není ani pasivní ani agresivní. V rámci sociálního výcviku existuje v současné době možnost trénovat i speciálně asertivní dovednosti. Asertivita je způsob komunikace a jednání, kterým člověk vyjadřuje a prosazuje upřímně, otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje jak pozitivní, tak i negativní. Při nácviku asertivního jednání či asertivních reakcí nestačí naučit se jen správným slovům, ale celkovému stylu a tónu komunikace. Základem je situační přiměřenost a slušnost v jednání.*“ (Novosad, 2009, str. 180).

Z neasertivních „pověř“ či modelů chování, které jsme si v průběhu života osvojili většinou díky výchově (ale také díky temperamentu, předpojatosti a sociálnímu prostředí), vznikla formulace asertivních práv, jež jsou založena na předpokladu, že s námi nikdo nemůže úspěšně manipulovat, pokud mu to sami neumožníme svým chováním a jednáním.

Asertivní způsob jednání lze uplatnit i v širokém spektru aktivit, jimž je vlastní mezilidská komunikace. To znamená, že i v poradenském procesu může být jak klient, tak poradce asertivní, v ideálním případě se tak utváří předpoklad rovnocenného a efektivního vztahu mezi lidmi, i jejich celkové psychické spokojenosti a vyrovnanosti. Schopnost používat asertivní techniky i akceptovat je, užívá-li jich ten druhý, není univerzální či přirozená, souvisí s povahovými vlastnostmi člověka i s jeho sociální inteligencí. Proto berme asertivní jednání jako jednu z možností, jak dobře, otevřeně, účinně a smysluplně komuniko-

vat, prosazovat své zájmy a zároveň se ohleduplně, spravedlivě chovat k ostatním lidem. Asertivita nám není vrozená, ale musíme se jí naučit. Někdy se jí učíme celý život. (Novosad, 2009). Při práci v sociální oblasti bychom ji měli co nejvíce brát na zřetel.

Asertivní techniky by měl znát každý poradce a měl by je také umět vhodně použít. Poradce by si měl dát pozor zejména na to, aby klienta zbytečně nezatěžoval odbornými výrazy, také aby ke klientovi necítil nesympatie či předsudky, zbytečně klienta „nenálepkoval“ a hlavně, aby poradce – pracovník u klienta vzbudil důvěru a pocit bezpečí a příjemné prostředí, kam se bude klient rád vracet a žádat o pomoc či podporu.

### **1.2.5 Sociální poradenství občanům s tělesným postižením**

Při poradenském kontaktu s lidmi s tělesným postižením je dobré vědět, respektovat a uvědomovat si, že klientům s poškozenou hybností horních končetin dělává potíže s psaním, potřebuje-li si klient udělat poznámky, může mu body z jednání, termíny nebo doporučené kontakty zapsat na počítači nebo okopírovat příslušnou pasáž zákona či vyhlášky pracovník; dále obavy ze zranění (bolest a obtížná, dlouhodobá hojitelnost), pádu, nezdaru a „ztrapnění“ (resp. diskreditace) často vedou u lidí s tělesným postižením při zátěži patrné neobratnosti, trémě, úzkostlivosti a zvýšenému psychickému napětí, jež se manifestuje i tělesnými projevy jako jsou pocení, dechové obtíže, ztížená artikulace apod. Zejména u spastiků (spasticita - zvýšené, vůlí neovlivnitelné svalové napětí) zátěžové situace zhoršují projevy jejich postižení – proto by sociální pracovník neměl spěchat a měl by se snažit udržet klidnou, vstřícnou atmosféru. Vlídne pokyny typu „uklidněte se, vydýchejte se, odpočiňte si, ať se uvolníte“ mívají zcela opačný účinek. Není-li klient vozíčkář, je slušné nabídnout samozřejmě místo k sezení. Odmítne-li klient místo k posazení, není to nezdvořilost, ale ví, co dělá. Křesla či měkké pohovky mnoha klientům s tělesným postižením nevyhovují (kvůli postižení páteře, kloubů, snížené svalové síle apod.) – nepříjemný až bolestivý posez a obtížné, nedůstojné vstávání jim jednoduše nedělá dobře. Optimální bývá dát klientovi vybrat z více typů sedacího nábytku. Vhodná bývá stabilní židle s područkami, v níž klient sedí s nohama opřenými o zem, a o kterou se může opřít při vstávání nebo změně polohy. Také prostorová dispozice kanceláře – poradny musí zohlednit fakt, že lidé na vozíku i o berlích potřebují širší průchod mezi nábytkem (cca 1,5 m), manipulační prostor pro vozík by měl být minimálně cca 1,6 x 1,6 m; mnohým lidem



s tělesným postižením dělá potíže jak určitý pohyb, koordinace pohybů, změna polohy, udržení rovnováhy, tak i samotná cesta do poradny, na úřad apod. Tomu je potřeba přizpůsobit jak interiér budovy, tak i přístup do ní a prostor před ní – dostatečné místo pro parkování atd. Uvědomme si však, že zejména dodatečné kompenzace či odstranění architektonických (stavebně – technických) bariér a zpřístupnění instituce, poradny lidem s tělesným postižením může přinést pro někoho řešení a překážky pro druhé, tzn., že např. nájezdové rampy, schodišťové plošiny apod. představují (nejsou-li vhodně označeny) velké nebezpečí pro zrakově postižené občany. (Novosad, 2009).

Sociální pracovník by měl zejména při komunikaci s jedincem se zdravotním postižením a nejen s ním klást důraz na aktivní naslouchání, na empatii, a na akceptaci druhé osoby jako jedince se specifickými potřebami a odlišnostmi. Pracovník by měl mít i dostatečné znalosti a dovednosti, dále analytické schopnosti, logické myšlení, přátelskou a upřímnou povahu, zájem o klienta, charisma, určitou dávku sebevědomí, sebejistotu, citlivost, chuť pomáhat druhým a schopnost určité sebereflexe.

Připomeňme si, že komunikace je setkání a sdílení mezi lidmi, takže obtíže a problémy nemůžeme hledat pouze u jednoho, ale vždy u obou komunikačních partnerů. (Slowík, 2010).

### **1.3 Sociální pracovník při práci s jednotlivcem**

#### **1.3.1 Role sociálního pracovníka**

Vymezení sociálního pracovníka se uvádí v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který byl účinný od 1. ledna 2007 a to následovně: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.*“

Sociální pracovník je tedy osobou, která sociální služby přímo poskytuje. Jeho úkolem je také služby koordinovat, vyhledávat klienty, případně služby plánovat a hodnotit.

Sociální pracovník ve velké většině případů zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje, zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány.

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je i způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle daného zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.. Dále je také u sociálního pracovníka důležité správné chování a vystupování, dovednosti, vědomosti, zkušenosti, schopnosti, talent a inteligence a také určitá motivace a chuť pomáhat druhým lidem. (Králová, Rážová, 2007).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách také stanovuje sociálním pracovníkům povinnost dalšího vzdělávání tím, že absolvují specializační vzdělávání zajišťované vysokými a vyššími odbornými školami, účastní se akreditovaných kurzů, odborných stáží a různých školicích akcí. (Matoušek, 2007).

Vzdělávání během praxe také uvádí Matoušek (2008). Jeho cílem je posílení kompetencí pracovníků poskytujících sociální služby. Jednoduše má zlepšit schopnosti pracovníků reagovat na potřeby klientů, schopnost přispívat k cílům vlastní organizace a také napomáhat vlastnímu profesionálnímu rozvoji.

Práce pomáhajících profesionálů – tedy i sociálních pracovníků jistě není snadná a měla by v sobě spojovat profesionalitu s lidskostí. Současně ji však může významně ulehčit a zefektivnit postojová otevřenost pomáhajících a zejména jejich snaha o pochopení specifických potřeb lidí s postižením, obtíží i běžných denních starostí těch, v jejichž prospěch a s nimiž mají pracovat. Pomáhající musí vnímat celkový kontext a dimenze klientovy životní situace, již si sám nevybral, ale se kterou musí naučit žít. Právě porozumění je cestou vedoucí k nedeformovanému a respektujícímu přístupu k lidem s postižením, což napomůže i lepší vzájemné komunikaci a ušetří čas i síly oběma stranám. (Novosad, 2009).

Sociální pracovník a jeho role se neustále mění a vyvíjí. U sociálního pracovníka je nejdůležitější se zaměřovat na pravidla, vystihující úkoly a způsob pomoci danému občanu - klientovi. Jsou to orientace na chování klienta, orientace na řešení daného problému, pozitivní orientace na klienta, krok za krokem k pozitivní změně, flexibilita – schopnost se při-

způsobovat a orientace na budoucnost, na výsledky společné práce s klientem. (Navrátil, 2001).

Role sociálního pracovníka je definována i Matouškem (2008). Sociální pracovník je často konfrontován s problémy klientů, ve kterých nemůže být neutrální a nemůže je jen tak přehlížet. Sociální pracovník by také neměl oddělovat své „civilní“ a „profesionální“ já. Jeho reakce a návody k řešení daného problému jsou často pro klienta důležitých vodítkem, jak pozitivně dospět k vyřešení a možné prevenci problému do budoucnosti.

*„Poradce, terapeut, pedagog, psycholog, sociální pracovník, lékař aj. pracující s klientem by si měli za všech okolností uvědomovat, do jak nelehkého úkolu se pouští, a že jejich kompetence, možnosti, vědomosti a schopnosti nejsou neomezené. Přeceňování se, nezměrná víra ve vlastní um a odbornou intuici může často klienta i samotného poradce přivést do obtížných až nebezpečných situací.“* (Novosad, 2009, str. 189).

### 1.3.2 Etický kodex sociálních pracovníků

U sociálních pracovníků je také stěžejní tzv. etický kodex, který musí být respektován a dodržován.

Představy o tom, jak by měla osobnost sociálního pracovníka vypadat obsahuje etický kodex sociálního pracovníka, který obsahuje následující požadavky na sociální pracovníky. Jedná se o spravedlivost, zodpovědnost, morální bezúhonnost, důvěryhodnost, úctu a slušnost, zdvořilost a respektování soukromí. (Levická a kol, 2007).

#### „Etický kodex sociálních pracovníků:“

1. *znalosti, dovednosti a zkušenosti jsou využívány ku prospěchu všech společenských skupin a jedinců*
2. *úcta ke klientům jako jedincům a zajištění jejich důstojnosti a práv*
3. *žádné vlastní předsudky, ani tolerance předsudků u jiných, co se týče původu, rasy, stavu, pohlaví, sexuální orientace, věku, postižení, víry, společenského přínosu nebo postavení klientů*

4. *podpora aktivity klientů a jejich účasti na rozhodnutích a vymezení poskytovaných služeb*
5. *stálý zájem o klienty, dokonce i tehdy, není-li možné pomoci jim, nebo i tam, kde je ohrožena vlastní bezpečnost*
6. *profesionální odpovědnost má přednost před profesionálním zájmem*
7. *odpovědnost za úroveň služeb a jejich pokračování (kontinuitu), včetně vzdělávání a výcviku*
8. *spolupráce s ostatními v zájmu klientů*
9. *jasné jednání vůči veřejnosti, týkající se činností prováděných sociálním pracovníkem nebo činností vyplývajících z poslání organizace, poskytující sociální služby*
10. *podpora příslušných etnických a kulturních odlišností v poskytovaných službách*
11. *informační důvěryhodnost a zveřejňování informací jen se souhlasem klienta, nebo výjimečně při hrozbě vážného nebezpečí*
12. *vytváření takových podmínek v institucích zaměstnávajících sociální pracovníky, které jim umožní respektování těchto zásad.*“ (Novosad, 2009, str. 120-121).

### 1.3.3 Syndrom vyhoření

Výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým lidem totiž vyžaduje určité osobnostní dispozice, vzdělávání a mnohdy ochotu přinášet oběti. (Jankovský, 2003).

Dále si také musí sociální pracovníci a pracovníce v sociálních oblastech uvědomovat, že i oni mají nárok na trochu volna a svobody. Že nelze neustále podávat maximální výkony. Může pak totiž dojít i k tzv. syndromu vyhoření (burn out). Sociální pracovníci si musí dle mého názoru rozlišit pracovní a osobní vztahy. Také by si měli sociální pracovníci dát pozor na „ventilování“ svých citů – sympatií či antipatií před klienty apod. A v neposlední řadě mlčenlivost, profesionální tajemství je základním předpokladem úspěchu práce s klientem. Vždyť sociální pracovník je také jen člověk, ne robot a potřebuje jednoduše čas od času oddech a odpočinek.

Již výše zmíněný syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevujících se zpravidla u velmi angažovaných pracovníků. S postupem času dochází k stagnaci až rezignaci. Člověk je jednoduše frustrován a reaguje podrážděně na své okolí. Syndrom vyhoření

se objevuje u těch pracovníků, kteří se v zaměstnání setkávají s druhými lidmi – tedy se týká zejména pomáhajících profesí. Vyčerpání pracovníka pak může být jak tělesného rázu, tak emocionálního vyčerpání, a také může vést k duševnímu kolapsu. (Jankovský, 2003).

Typickými příznaky syndromu vyhoření jsou ztráta smyslu pro danou činnost, ztráta empatie, podceňování poradenské činnosti, chladný přístup ke klientům, minimum energie věnované práci, zneužívání svého postavení, pocity vyčerpanosti, konflikty s nadřízenými, s kolegy, důraz na plat a další. (Schavel, Oláh, 2010).

Syndromu vyhoření lze také předcházet, a to pozitivním přístupem k práci a určitým nadhledem k práci a ke klientům. Sociální pracovník by měl myslet i na svou vlastní osobu a na své potřeby a neměl by se nechat prací úplně pohltit. Vždy by měl myslet na řádnou prevenci syndromu vyhoření.

Dále lze do prevence syndromu vyhoření řadit například i pravidelnou supervizi, kvalitní přípravu na profesi, omezení administrativní práce, omezení počtu klientů, vyčlenit si pracovní náplň a definici role poradce, dále se vzdělávat, účastnit se školení a kurzů a klást důraz na seberealizaci, seberozvoj a další užitečné rady jak se zaměřit na prevenci syndromu vyhoření (burn out) a předcházet tak problémům, které mohou vyústit až do závažných psychických problémů. (Schavel, Oláh, 2010).

## 2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

### 2.1 Vysvětlení základních pojmů

Podle Světové zdravotnické organizace je postižení – „*Částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.*“ (Novosad, 2009, str. 12).

Postižení ovšem nemusí znamenat snížení kvality života jedince nebo jeho neschopnost pracovat. Jestliže jedinec přesto není zaměstnán, žije v osamělosti, je odkázán na pomoc druhých, citově a podnětově strádá, je to proto, že nebyly využity mechanismy podporující vyrovnávání příležitostí a kompenzující překážky, které jedinci způsobuje život se závažným postižením, což jej znevýhodňuje oproti jiným lidem ve společenství, v němž žije. Člověk by se měl snažit opět se zařadit do běžného života a vyrovnat se s jeho zdravotním omezením jak jen nejlépe dokáže.

Zdravotní postižení - handicap jsou víceméně společenskými pojmy, odvíjejícími se ze vztahu mezi tělesným, smyslovým nebo psychickým poškozením a společenským prostředím. Pojem zdravotní postižení se ale stále více ukazuje jako nevýstižný, protože lidské zdraví je primárně více vztahováno k absenci či výskytu nemoci nebo poruchy, což je jedna věc, avšak komplex příčin i důsledků toho, že je něco poškozeno – tzn. je postižena určitá oblast lidské existence, a jedinec může být kvůli tomu znevýhodněn, je věc druhá. Společnost se pak často k jedinci chová, jako by byl na okraji společnosti a do kolektivu jednoduše nepatřil. Záleží pak na dané osobnosti jedince, jak se dokáže s takovou situací vypořádat. (Novosad, 2009).

Existují jedinci, kteří se se svým osudem srovnávají jednodušeji, než druzí, kteří se s takovou situací – jako „být postižený – být odlišný“ srovnávají mnohem složitěji. Také bez pochyb záleží, zda je postižení vrozené, či získané vlivem úrazu během života. Všechny aspekty jsou velice individuální a nelze je zobecňovat. Každý by si zřejmě měl svým problémem nejprve projít sám, určitým způsobem se s ním vyrovnat a poté hledat popřípadě pomoc u odborníků a jiných profesionálů. V neposlední řadě samozřejmě pomoci rodiny a nejbližších kamarádů jsou také velice důležité. Jsou to ti, na které se většinou obracíme, když nám „není jednoduše dobře a potřebujeme cítit lásku a pochopení.“



„Znevýhodnění – angl. *handicap* – se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které mu ztěžuje nebo znemožňuje naplnit roli, jež je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“ (Slowík, 2010, str. 23).

„WHO – Světová zdravotnická organizace hovoří také o tom, že jedinec s nějakou poruchou či nějakým postižením není automaticky handicapován – znevýhodněn, k znevýhodnění dochází až následně, jakmile má jedinec redukováný přístup k životním příležitostem, nemůže uspokojovat své lidsky přirozené potřeby přiměřeným způsobem a k jeho seberealizaci, socializaci a pracovnímu i společenskému uplatnění společnost přistupuje pod optikou stigma akcentujícího odlišnost a nedostačivost jedince.“ (Novosad, 2009, str. 84-85).

Invalidita je pak v podstatě jakékoliv omezení nebo neexistence schopností, vyplývající z postižení, které jsou nutné k vykonávání činností či úkonů tím způsobem a v takovém rozsahu, jenž se považuje za normální (standardní). Uvedený pojem v podstatě úzce souvisí s postižením, poruchou a znevýhodněním.

## 2.2 Kompenzace zdravotního postižení

Znevýhodnění (handicap) jedince v denních aktivitách a přístupech k životním šancím, příležitostem i společenskému uplatnění nevzniká samotným zdravotním postižením či funkční poruchou, ale rozvíjí se až sekundárně, tedy v návaznosti na bariéry všeho druhu, při absenci kompenzujících opatření, postoje okolí a ladění sociální interakce. (Novosad, 2009).

Handicap tedy vzniká jako následek absentujících či nedostatečných sociálně-kompenzačních opatření kolem nás. Například při rovných vzdělávacích příležitostech, zpřístupněném pracovním uplatnění, vybavení kompenzačními pomůckami, podpoře formou osobní asistence, vstřícném společenském klimatu a bezbariérovém řešení životního prostředí nemusí být tělesně či jinak postižený jedinec vůbec (nebo jen minimálně) handicapován a omezován okolím.

*„Kompenzační pomůcky jsou takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují disabilitu klienta při některé konkrétní činnosti.“ (Votava, 2003, str. 137).*

Kompenzační pomůcky se také dělí dle toho, jakou disabilitu kompenzují; dle toho, jakou činnost kompenzují a podle způsobu a distribuce pomůcek. U nás v ČR existuje hned několik firem, zabývajících se distribucí či vyráběním kompenzačních pomůcek všech typů pro různá postižení. (Votava, 2003).

Mezi nejčastější kompenzační pomůcky usnadňující život lidem s tělesným handicapem patří invalidní (ortopedický) vozík, hole, berle apod. V dopravě se často setkáváme s úpravou dopravních prostředků směrem k těmto uživatelům – nájezdové plošiny apod. Problémem však je, že většinou tyto zvláštní – kompenzační pomůcky pro osoby s postižením jsou zbytečně předražené a tím taky často běžnému člověku nedostupné.

U zrakově postižených občanů jsou to pak nejčastěji kompenzační pomůcky jako Pichtův psací stroj, česky mluvící hodinky, vodící psi pro nevidomé apod.

U sluchově postižených občanů jsou to pomůcky jako světelné signalizace bytového zvonku, bezdrátové zařízení umožňující poslech televize apod.

Jeden z nejdůležitějších faktorů je také existence osob se zdravotním postižením v jejich obydlí. Aby tito lidé mohli samostatně žít a pohybovat se ve svých bytech, musí je mít k tomu také řádně přizpůsobené. Překážky, které jim v dosažení jejich blahobytu brání, jsou označovány jako architektonické bariéry, liší se podle typu postižení. Na bezbariérové úpravy bytu jsou danými úřady poskytovány příspěvky. (Votava, 2003).

### **2.2.1 Možnosti pořízení zvláštních pomůcek**

Zvláštní pomůcky pro osoby se zdravotním postižením jsou buď hrazeny zdravotními pojišťovnami nebo jsou poskytovány příspěvky na jejich pořízení od Sociálních odborů daných úřadů.

Pomůcky, které jsou nazývány jako zvláštní pomůcky zdravotnické techniky jsou uveřejňovány v číselníku, dle kterého jsou hrazeny příslušnou pojišťovnou občana s daným postižením. Obvykle je pojišťovny hradí v základním provedení. Tyto pomůcky předepisuje

odborný lékař a u každé pomůcky jsou uvedeny odbornosti, které ji mohou předepsat (například ortoped, neurolog apod.). (Votava, 2003).

Příspěvky na pořízení zvláštních pomůcek jsou poskytovány Sociálními odbory úřadů. Většina příspěvků však nekryje celou cenu pomůcky a jsou často doporučovány ministerstvem práce a sociálních věcí i spoluúčasti občanů na jejich pořízení. Je to z důvodu, aby si klient pomůcky více vážil a staral se tak lépe o její revizi a funkčnost. Často je pak ukládáno Sociálními odbory úřadů, aby klient pomůcku vlastnil minimálně pět let. Při nesplnění doby vlastnictví 5 let se vrací poměrná část poskytnutého příspěvku.

Kolem nás je spousta nedostatků, které si jako zdraví jedinci ani neuvědomujeme, ale občan s tělesným postižením bude mít problémy s architektonickými bariérami, sluchově postižený občan zase se značením, které by mělo nahrazovat nebezpečné zvuky kolem nás a zrakově postižený občan s překážkami, které sám nevidí a brání mu tak v pohybu a způsobuje mu různá zranění. (Slowík, 2010).

## 2.3 Charakteristika osoby s tělesným postižením

### 2.3.1 Definice pojmu tělesné postižení

Matoušek (2008) definuje tělesné postižení jako postižení buď vrozené nebo získané a týkající se buď pohybové soustavy nebo jiné orgánové soustavy. Omezuje člověka v jeho pohybu a narušuje také jeho psychickou stránku – psychickou rovnováhu člověka.

Definici pojmu - tělesné postižení zmiňuje i Jankovský (2001, str. 31) a to: „*Tělesným (somatickým) postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte). Jedná se především o poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít též o různé poruchy pohybového a nosného aparátu. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně projevit také na vývoji osobnosti člověka s postižením.*“

Pojem tělesného postižení bývá obvykle redukován pouze na postižení pohybového ústrojí. Jako tělesně postižená je obecně vnímána osoba, jejíž pohybový handicap je zjevný a nedá se přehlédnout. U některých jsou patrné i problémy v komunikačních schopnostech.

Tělesné postižení je také zmíněno Votavou a kol. (2003, str. 13): „*Jedná se především o poruchy hybného ústrojí, tedy osoby, jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie a traumatologie nebo revmatologie.*“

Z postižení získaných v dospělosti sem patří stav po cévní mozkové příhodě, následky poranění míchy, mozku, amputace končetin a jiné. Z postižení v dětském věku jsou to dětská mozková obrna (DMO), vrozený rozštěp míchy, poruchy růstu a jiné.

### **2.3.2 Společnost a její vliv na občany s tělesným omezením**

Determinanty ovlivňující život lidí s tělesným postižením ve společnosti je možné v zásadě rozdělit na subjektivní a objektivní, z nichž některé je možné změnit, a některé jsou neměnné a můžeme je pouze kompenzovat či dodatečně eliminovat jejich negativní působení.

Subjektivní činitelé – zdravotní stav a omezení, která z něho vyplývají, tj. chronické onemocnění nebo již trvalé zdravotní postižení, jež není možné plně terapeuticky zvládnout, a které zásadním způsobem ovlivňuje mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince. Osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné učení (působením rodiny, školy, společnosti); vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů; schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána zejména charakterovými vlastnostmi dané osobnosti.

Objektivní činitelé – společenské vědomí, přetrvávající předsudky, postoje k postižené populaci; stav životního prostředí, který posuzujeme z hlediska: podílu na četnosti výskytu postižené populace vlivem stavu životního prostředí; sociální politiku, tedy vztah státu ke znevýhodněným lidem; vzdělávací politiku, tedy úroveň zprostředkování výchovy, vzdělání a profesní přípravy lidem se zdravotním postižením; politiku zaměstnanosti, tedy vůli a možnost vytvářet pracovní místa a zabezpečit tak využití nadání a schopností lidí

s handicapem; sociální služby, tedy takové služby, které budou adresně, adekvátně, eticky a důstojně uspokojovat potřeby lidí s postižením a kompenzovat tak omezení nebo překážky, jež vyplývají z konkrétního typu zdravotního znevýhodnění. (Novosad, 2009).

Zdravotně postižení občané jsou ve svém životě nuceni čelit různým problémům a překážkám, které „zdravá“ populace nezná nebo má větší prostor a širší možnosti pro jejich řešení. Osoby se zdravotním postižením mají však stejné potřeby jako ostatní lidé, na to bychom neměli zapomínat. Výrazným příkladem je i Maslowova hierarchie potřeb. Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každodenního života všech lidí. Rozdíl může nastat jen v uspokojování těchto potřeb. Znamená to, že člověk s jakýmkoli zdravotním postižením může v individuální míře potřebovat určitou pomoc, podporu či kompenzaci při uspokojování svých potřeb. Tato pomoc není nijak zvláštní – je to soubor opatření, která zpřístupní možnosti realizovat dané potřeby člověka. (Novosad, 2009).

*„Neklesající, ba naopak rostoucí podíl lidí se zdravotním postižením ve struktuře společnosti je dán jednak sumou endogenních vlivů (vrozené, dědičné, rodové dispozice) a exogenních vlivů (úrazy, nemoci, stav a odolnost organismu ve vztahu k prostředí, výchova, životní podmínky atd.), působících na vývoj a život jedince, a jednak pokrokem lékařské vědy, který např. dává velké šance na přežití i velmi těžce nedonošeným a nezralým, avšak potenciálně nějak postiženým novorozencům, kteří by jinak zemřeli. To se obdobně týká i lidí, kteří utrpěli velmi těžký úraz s dříve fatálním následkem – úmrtím, a kteří nyní tyto úrazy přežívají, ale přes veškerou rehabilitační péči jim zůstávají závažné funkční poruchy či postižení.“* (Novosad, 2009, str. 29).

### **2.3.2.1 Předsudky okolí a diskriminace vůči osobám s tělesným postižením**

Handicapující důsledky zdravotního postižení bývají zesilovány nejen mezilidskými, architektonickými i dopravními bariérami, ale též obavami, neinformovaností či předsudky veřejnosti, které jsou často bohužel negativní. V této souvislosti lze zmínit čtyři druhy předsudků vůči osobám s tělesným postižením. Jsou to paternalisticko – podněcující, odmítavé, protektivně – paušalizující, idealizující.

Zde je jejich charakteristika:

Paternalisticko – podněcující – okolí se často chová tak, že lidé s postižením si zaslouží soucit a charitativní přístup, často se objevuje označení jako chudák, oběť, a jejich situace je brána jako tragédie.

Odmítavé – přístupy jsou ve smyslu – kdy lidé s tělesným postižením jsou spíše přítěží pro společnost a jejich postižení – handicap je trestem, postižený si to zavinil sám, svým vlastním přičiněním či chováním. Osoba s tělesným postižením bývá označována jako invalida či mrzák.

Protektivně – paušalizující – zde je vliv médií, jejichž zpravodajství je povrchní a zavádějící. Vzniká tím tak „blud“, že postižení jsou pouze příjemci různých sociálních dávek a zvýhodnění, které nejsou zasloužené. A jsou zátěží jak pro stát, tak pro společnost. Lidé pak často přistupují k lidem s tělesným postižením dle médií a už je nezajímá, zda je tomu opravdu tak.

Idealizující – příroda těmto lidem nadělila zlepšení ostatních funkcí těla, jako kompenzaci jejich zdravotního stavu – znevýhodnění. Často se objevuje označení jako hrdinové. (Novosad, 2009).

Předsudky jako takové se týkají i rodičovských schopností osob se zdravotním postižením, kdy veřejnost (bohužel i někteří odborníci) často předpokládají, že jejich děti jsou chudáci, „sociální případy“, jimž rodiče nemohou poskytnout všechno, co potřebují a jejichž vývoj i budoucnost je nejistá. Často se pak na tyto osoby se zdravotním postižením pohlíží „skrze prsty“ a jejich děti jsou často ve školách šikanovány a spolužáci se jim vysmívají, že mají postižené rodiče na vozíku apod. Zkušenosti našťěstí ukazují, že získá-li společenské okolí potřebné informace i realistický náhled a podaří-li se navodit co možná přirozený mezilidský kontakt, obvykle se stane fakt, že existují spoluobčané, spolužáci, či spolupracovníci s postižením, běžnou realitou a okolí i jednotlivci je hodnotí podle jejich lidských vlastností a sociální i pracovní adaptability a úspěšnosti. Předsudky pak jednoduše vymizí. (Novosad, 2009).

To však bývá velice těžké a v dnešní době se lidé dle mého názoru moc nesnaží, aby tyto předsudky mizely a nevytvářely se nové. Také často lidé k tělesně postiženým občanům a nejen těmto lidem, přistupují z pozice strachu – kdy je „zdraví lidé“ odmítají, protože se

bojí, jak k těmto lidem (lidem s postižením) správně přistupovat, nepřijímají je takové, jací jsou, neumí je pochopit a respektovat je jako jedinečné osobnosti a zároveň jejich odlišnosti (Slowík, 2010).

*„Paušálně předsudečný, resp. předpojatý postoj vůči lidem s postižením bývá označován také jako disabilismus (neschopnost, omezená schopnost), jehož českým ekvivalentem může být např. předjímání nedostačivosti, paušální problematizace postižení, popírání schopnosti, automaticky zneschopňující přístup či obecné předpokládání neschopnosti.“* (Novosad, 2009, str. 32).

S předsudky také často souvisí i diskriminace. Diskriminací se rozumí způsob jednání, který znevýhodňuje a ponižuje lidi na základě jejich příslušnosti k určité sociální skupině. Je tedy odmítán rovný přístup. Boj proti diskriminaci se stal prioritou už ve všech vyspělých zemích. Avšak boj s diskriminací je během na dlouhou trať. Diskriminaci, které jsou lidé se zdravotním postižením vystaveni, je často založena právě na předsudcích, ale i na nevědomosti okolí o jejich životě, schopnostech a omezeních. Někdy má diskriminace "jen" formu procházení a ignorace, což se projevuje vytvářením a zvětšováním bariér v prostředí a v postojích lidí, kteří nemají zkušenost se zdravotním postižením. Tyto bariéry překážejí osobám se zdravotním postižením zapojit se do aktivit společnosti a zapojit se v podstatě do normálního běhu života.

Pomoc a podpora musí vytvářet podmínky pro maximální nezávislost jedince, nikoli zvyšovat jeho závislost na pomáhajícím, jeho organizaci nebo celé společnosti. (Novosad, 2009).

Je to velice náročná a dlouhá cesta, mnohdy také nemyslitelná, ale pro člověka s postižením nakonec to nejlepší a nejrozumnější řešení. Člověk s postižením, jak už zrakovým, sluchovým, či tělesným, se pak cítí lépe a integrovaně do celé naší společnosti, pokud se začne brzo opět začleňovat mezi ostatní.

Vždyť občané se zdravotním postižením mají stejná práva jako ostatní („zdraví“) lidé – myslí se tím právo na to - být odlišný, právo na důstojný způsob života, právo na integraci do společnosti, právo na svůj názor a na jeho plnění, právo na rovnoprávné občanství a na

nezávislý výběr způsobu života a místa, kde chce žít... práva a povinnosti bychom měli mít všichni stejné!

Když ale osoby se zdravotním postižením dosáhnou stejných práv, měly by také mít stejné povinnosti. Jako součást procesu vyrovnání příležitostí by měla být provedena opatření pomáhající osobám se zdravotním postižením přijmout plnou odpovědnost členů společnosti. (Matoušek a kol., 2005).

## **2.4 Vzdělávání a zaměstnávání osob s tělesným postižením**

### **2.4.1 Vzdělávání občanů s tělesným omezením**

Vzdělávání nemůže být nikomu odepřeno, každý na něj má právo, i lidé s tělesným postižením. Také by se měly děti s tělesným postižením zařazovat i do běžných škol. Měly by vynikat jejich schopnosti, dovednosti, osobnostní rysy a také by se mělo využívat a podporovat jejich nadání a intelektového a systematického vědomostního potenciálu. Posílí to jejich sebevědomí, ctízámostivost, a zlepší vztahy se spolužáky. Je možné, že se tím také zmírní předsudky o lidech s tímto postižením.

Naopak pokud je natolik závažný zdravotní stav dítěte, že není schopno se zařadit do běžného provozu škol, je třeba podporovat rozvoj školských zařízení specializovaných na individualizovanou edukační péči (menší specializovaná zařízení). Zde by však nemělo dojít ke ztrátě kontaktu s okolím, se spolužáky, s vrstevníky a s kulturním i společenským děním.

Ve vztahu ke vzdělávání jedinců s tělesným postižením je podstatnou otázkou také koncepce sociální politiky. To se týká adekvátního sociálního zabezpečení, sociálních služeb a aktivní politiky zaměstnanosti. Celý systém sociální politiky prošel zásadními změnami, jejichž hlavním propagovaným rysem je adresnost, variabilita a diferencovanost jednotlivých prvků či nástrojů tak, aby i lidé s postižením byli stimulováni k řešení vlastní existence. Bude vhodné, budou-li školy sledovat vývoj na trhu práce a nabídnou-li občanům se zdravotním znevýhodněním kromě oborů standardně realizovaných i takové studijní obory, které jim umožní využít nesporný intelektuální potenciál a u nichž bude předpoklad skutečné profesní uplatnitelnosti v praxi. (Novosad, 2009).



Sociální inkluze lidí s tělesným postižením – spočívá v tom, že se zdravotně znevýhodněné dítě zařadí do běžné školy, bez jakéhokoli rozhodnutí zda učivo zvládne či nezvládne. Inkluze je automatické právo, které se nevyužije jen tehdy, když speciální vzdělávání představuje variantu ještě lepší (když by inkluzivní vzdělávání mohlo dítě poškodit). Tomu pak také napomáhají různé kompenzační pomůcky, bezbariérové přístupy, individuální péče, také pomáhají i nižší počty žáků ve třídě, pokud se prokáže, že dítě školní docházkou trpí, nastupuje na řadu další řešení v pohodě nabídky jeho umístění ve speciálním zařízení, stacionáři nebo v domácí péči.

V případě integrace je tomu spíše naopak – dítě s tělesným postižením nejprve navštěvuje různé speciální školské zařízení, poté - zda se bude zdát odborníkům, by mohlo zvládnout běžnou školu a je do ní následně přeřazeno. Někdy souhrn nepříznivých okolností vede k tomu, že se i nadané dítě vrací do speciálního školského zařízení. (Novosad, 2009).

Současně je nutno poznamenat, že integrace a inkluze nejsou protipóly řešení problémů lidí s tělesným postižením, spíše se jejich metodické postupy vzájemně doplňují a prolínají.

#### **2.4.2 Zaměstnávání občanů s tělesným postižením**

Již v době světových válek se objevovaly problémy se zaměstnáváním takto zdravotně postižených občanů. Z bojů se vracela spousta raněných mužů a od té doby se začala uplatňovat rehabilitace. Hlavním cílem pracovní rehabilitace bylo zaměstnat ty nejtíže postižené. Později byl také vytvořen pojem změněná pracovní schopnost (ZPS) – jedinec měl omezenou možnost pracovního uplatnění, případně přípravy na pracovní uplatnění. (Votava, 2003).

Občan se zdravotním znevýhodněním je ale i osoba, která má pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění a běžného života. Obvykle jde o občana, jenž je příjemcem částečného invalidního důchodu a (nebo) byl uznán částečně invalidním.

Zaměstnávání občanů s jakýmkoli postižením je velice problémové a frustrující. Ne každý zaměstnavatel zajistí vše tak, aby se člověk s postižením mohl pohybovat po pracovišti bezpečně a bez zdravotní újmy. Lidé s postižením jsou dle mého názoru neustále v této problematice diskriminováni a omezováni. Ti zaměstnavatelé, kteří se rozhodnou nabídnout

nout pracovní uplatnění jsou často podporováni státem a náklady na zřízení i provoz společensky žádoucích pracovních míst jsou zčásti hrazeny ze státních či obecních prostředků.

Práce patří mezi základní potřeby člověka, i člověka s postižením. Jde často zejména o obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního znevýhodnění sníženou nebo změněnou pracovní schopnost nebo jsou dokonce práce neschopni. Lidé se zdravotním omezením jsou zaměstnávání nejčastěji v rámci chráněných dílen nebo na otevřeném trhu práce. (Matoušek a kol., 2005).

#### **2.4.2.1 Práce jako nástroj seberealizace**

*„Seberealizací rozumíme rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností individua, tedy uplatnění přirozených i utvářených dispozic jedince k určité činnosti, k určité práci či sociální aktivitě.“* (Matoušek a kol., 2005, str. 104).

Seberealizace se však týká i zájmů a činností, které člověk pociťuje jako důležité, a jako taková patří k základním lidským potřebám. Seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce může být u lidí se zdravotním postižením daleko obtížnější než u zdravých jedinců. V řadě případů bylo empiricky prokázáno, že jedinci se zdravotním postižením jsou v individuální míře vybaveni výraznými vlohami pro specifické činnosti při maximálním využití těch funkcí, které postižením jsou ovlivněny jen málo nebo vůbec. Jde o činnosti využívající u smyslově postižených zbývajících smyslů, účelně rozvíjených v procesu redukace a kompenzace. Podobně je možné využít například mentálního potenciálu u osob s těžkým tělesným handicapem. (Novosad, 2009).

## **2.5 Jedinec s tělesným postižením a rodina**

Narození dítěte patří v životě každé rodiny k nejkrásnějším okamžikům. Ovšem vztah rodičů k dítěti se utváří již dlouho před jeho narozením, již v prenatálním období. Dítě je zpravidla toužebně očekáváno, rodiče se pozvolna připravují na jeho příchod a starají se o to, aby se dítě narodilo do bezpečného, milujícího a čistého prostředí. Vytvářejí si o svém

budoucím potomkovi určité představy, vkládají do něj své naděje a přání. Jednou z nejvýznamnějších hodnot pro rodiče je však zdraví jejich dítěte.

Proto si většina zdravých lidí v podstatě vůbec nepřipouští možnost narození nemocného nebo postiženého dítěte. Proto je sdělení závažné diagnózy dítěte pro rodinu vždy hlubokým otřesem. Postižení dítěte znamená pro rodiče nejen ztrátu původního obrazu dítěte, ale může rovněž velkou měrou ovlivňovat jejich sebepojetí. Rodiče mohou subjektivně pociťovat selhání v rodičovské funkci, což se často označuje jako krize rodičovské identity.

Dle mého názoru má rodina s tělesně postiženým dítětem jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl celé rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. Často se pak tato rodina začne izolovat od společnosti a stává se tak mnohdy nechtěnou a odmítanou mezi ostatními.

Pro dítě, které je tělesně postižené, je však velkým přínosem, když se rodina o dítě postará sama a nedá ho do pobytové a obdobné péče. Rodina má totiž výrazné psychoterapeutické, motivační a rozvíjející účinky na dítě a jeho zdravotní stav. Rodiny, které se však starají o své postižené děti jsou dostatečně nedoceny. Rodiče nemají žádné pracovní úlevy, i společnost se na ně často dívá „skrze prsty“. Není proto náhodou, že právě tyto rodiny jsou ohroženy rozvodovostí a dítě zůstává v péči jen jednoho z rodičů, nejčastěji tedy matky. (Novosad, 2009).

Pro znásobení a zefektivnění rodinné péče je nutné každou takovou rodinu podpořit nejen ekonomicky, ale především jí poskytnout odbornou zdravotnickou a speciálně-pedagogickou péči i relevantní psychologický servis, směřovaný jak k dítěti samému, tak i k jeho rodičům – neboť jak již bylo zmíněno – péče o dítě s postižením představuje vysokou míru psychické a fyzické zátěže i stresů, které mohou narušovat nejen osobnost rodičů, ale i samu stabilitu rodiny či manželství. K podpoře rodiny se musí připojit také adresná škála dávek a služeb sociální péče. V neposlední řadě také poradenství poskytované sociálními pracovníky a pozitivní činnost - přístup úřadů a jejich zaměstnanců. (Novosad, 2009).

Nejvíce uplatňovanou formou sociální pomoci ze stran úřadů jsou dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením a celé jejich rodiny, které lze členit na dávky věcné a peněžité, a z hlediska doby poskytování na dávky jednorázové a opakující se. (Kozlová, 2005).

Pro jedince s postižením mají také v neposlední řadě kamarádi velice důležitý význam. Člověka, který postižení získá například až v průběhu života, podpoří jeho kamarádi, jelikož mu pomůžou dostat se do společnosti a rozptýlí ho od postižení a „táhnou“ ho při léčení či rehabilitaci. Mohou mu zajistit i trávení volného času podle jeho zájmů a možností. (Slowík, 2010).

### 3 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ U OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

#### 3.1 Vysvětlení pojmu sociální šetření

Tato metoda práce s jednotlivcem – sociální šetření je zdrojem údajů či informací pro klientskou dokumentaci a patří k metodám používaným při vypracovávání případové studie klienta (tj. kasuistiky) v sociální práci.

*„Sociální šetření se používá zejména v oblasti sociální práce a slouží k analýze klientovy situace, na niž navazuje návrh možných podpůrných opatření.“* (Novosad, 2009, str. 143-144).

Jde o metodu v rozšířeném pojetí orientovanou na zjišťování sociálního zázemí, sociálních vztahů – rodinných vztahů a soběstačnosti klienta. Při zpracování sociálního šetření využijeme, resp. kombinujeme metodu analýzy odborné dokumentace, popisu, pozorování a rozhovoru k vyváženému zpracování údajů získaných od klienta, jeho blízkých z rodiny, z klientova sociálního prostředí i od dalších pracovníků/odborníků, kteří s klientem pracovali či pracují. Následně jsou popsány a vyhodnoceny zejména tyto skutečnosti: sociálně – ekonomický status klienta (dosažené vzdělání, zda pracuje, s kolika členy v domácnosti bydlí, jaký je jeho měsíční příjem, vybavenost bytu ve vztahu k základním potřebám klienta, příčiny snížené pracovní schopnosti klienta, schopnost pracovat či nepracovat a další aspekty) a sociální vztahy klienta (mezilidské vztahy a atmosféra v rodině, klientova soběstačnost, sociabilita, adaptabilita, komunikativnost klienta a další).

Sociální šetření jako takové a postup při sociálním šetření se liší při různých typech dávek sociální péče, o které klient na daném úřadu zažádá. Dávky jsou určeny ke zmírnění sociálních důsledků zdravotního postižení a k podpoře sociálního začleňování jedinců.

O sociálním šetření se provádí písemný záznam sociálním pracovníkem na daný tiskopis. (Králová, Rážová, 2007).

Je v podstatě nutné pojmově odlišovat sociální šetření jako jeden z postupů uplatňovaných v rámci sociální práce od šetření obecného, používaného pouze pro ověření údajů. V rámci

sociálního šetření dochází nejen k určitému ověření údajů, které osoba uvedla k dokreslení své sociální situace, ale i k posouzení vztahů v rámci rodiny i vztahů osoby žádající o pomoc k širšímu sociálnímu okolí. Takové šetření a při něm získané informace neslouží (nemusí sloužit) primárně pro dávkové účely, ale právě pro sociální práci. (Niederle, 2009).

### **3.2 Pracovníci provádějící sociální šetření z důvodu poskytnutí dávek, či sociálních příspěvků**

Sociální šetření provádí sociální pracovník, který vede řízení o příspěvku, o dávce. Sociálním šetřením – metodou práce s jednotlivcem se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném prostředí z hlediska péče o vlastní osobu (soběstačnost). Pokud žije daná osoba v zařízení sociálních služeb, provádí se sociální šetření v tomto zařízení.

Osoba má povinnost podrobit se danému sociálnímu šetření. Pokud se však rozhodne nepodrobit se sociálnímu šetření, například tak, že neumožní vstup do bytu sociálnímu pracovníkovi, může to být důsledkem nepřiznání jeho příspěvku, dávky. Na tuto skutečnost musí být však osoba předem upozorněna.

Samotná návštěva sociálního pracovníka během sociálního šetření má svá pravidla. Jde zejména o navázání prvního kontaktu a to pozitivního, dále o analýzu obtížné situace klienta, a poté nalezení možných řešení a cest vedoucích ke změně. Často jsou se sociálními pracovníky spojovány i různé předsudky, že pracovníci pouze kontrolují majetek, sledují, zda je v domácnosti pořádek či nepořádek apod.

Zaměstnanci správních orgánů jsou na základě souhlasu žadatele o dávku, o příspěvek, příjemce dávky a osob společně posuzovaných oprávněni v souvislosti s plněním úkolů podle zákona o hmotné nouzi (z. č. 111/2006 Sb.) vstupovat do obydlí, v němž tyto osoby žijí, a to s cílem provádět sociální šetření. Zaměstnanci konají tuto činnost na základě zvláštního oprávnění vydaného příslušným orgánem. Náležitosti daného průkazu, kterým se prokazují zaměstnanci oprávněni k provádění sociálního šetření podle věty první, stano-

ví prováděcí právní předpis. O sociálním šetření podle věty první se vždy učiní záznam ve spise na daném tiskopisu... Záznam ze sociálního šetření.

Pokud však žadatel o dávku, o příspěvek, příjemce dávky nebo osoba společně posuzovaná tím, že nedají souhlas se vstupem do obydlí sociálnímu pracovníkovi, znemožní provedení sociálního šetření k ověření skutečností rozhodných pro nárok na dávku nebo její výši, může jim být žádost o dávku zamítnuta nebo dávka odejmuta, popřípadě snížena její výše.

(Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi).

### 3.3 Důvody k provádění sociálního šetření

Sociální šetření může být také prováděno z důvodu poskytnutí příspěvku na péči (PnP). Zde se zejména zaměřuje na posuzování péče a o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti (I. stupeň – lehká závislost, II. stupeň – středně těžká závislost, III. stupeň – těžká závislost, IV. stupeň – úplná závislost) - hodnotí se schopnost zvládat úkony jako například příprava stravy, mytí těla, koupání nebo sprchování, chůze po rovině, orientace v přirozeném prostředí, orientace v čase, přemísťování předmětů denní potřeby, dodržování léčebného režimu – podávání léků apod.

A dále posuzování soběstačnosti – komunikace slovní, písemná, také mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, obsluha běžných domácích spotřebičů, udržování pořádku v domácnosti apod.

Sociální šetření pak také může být prováděno z důvodu poskytnutí příspěvku na zakoupení – pořízení zvláštních kompenzačních pomůcek - když si klient požádá na daném úřadě o jednorázovou dávku sociální péče na pořízení zvláštní pomůcky - například u osob s tělesným postižením o schodolez, nebo o šikmou schodišťovou plošinu, u osob se zrakovým postižením o Pichtův psací stroj nebo o zvětšovací televizní/kamerovou lupu a u osob se sluchovým postižením o bezdrátové zařízení umožňující poslech televize; nebo o bezbariérové úpravu bytu – koupelny – WC, nebo o zakoupení či úpravu motorového vozidla pro tělesně postižené občany, je vždy potřeba provést sociální šetření a to sociální pracovníci/pracovníkem v místě trvalého bydliště žadatele o dávku, v jeho přirozeném prostředí.

### 3.4 Další kroky po vykonání sociálního šetření

Tato metoda s jednotlivcem – sociální šetření se provádí po podání žádosti na úřadě v prostředí žadatele, ve kterém žije – z důvodu nestrannosti posoudit žadatele v prostředí pro něj přirozeném. Obecně se zaměřuje zejména na účel sociálního šetření, zdravotní stav (diagnózu zdravotního postižení, schopnost sebeobsluhy, schopnost provádět intimní úkony, schopnost sociálního života, popřípadě využití kompenzačních pomůcek, vyřízení příspěvku na péči (PnP) a využití sociálních služeb), dále se zaměřuje na ošetřující lékaře žadatele, osoby žijící ve společné domácnosti s klientem (SPO – společně posuzované osoby), celkové majetkové poměry jednotlivce i jeho rodiny (SPO - společně posuzovaných osob) apod.

Výsledky či poznatky ze sociálního šetření se posléze stávají podkladem pro stanovení strategie sociální intervence (podpůrného zásahu), nejčastěji vedoucí k poskytnutí určité sociální dávky, příspěvku nebo rezidenční (např. pobyt v domově, sociální hospitalizace) či terénní sociální služby (např. pečovatelská služby, osobní asistence). Navržená a realizovaná podpora bývá dlouhodobá a její efekt by měl být průběžně monitorován. Skládá se z posloupných i souběžných kroků či opatření ve prospěch klienta, na nichž kooperuje řada odborníků (např. lékař, ošetřovatel, psycholog, pedagog, sociální pracovník, osobní asistent či asistent chráněného bydlení, pracovní poradce..) (Novosad, 2009).

#### 3.4.1 Posuzování zdravotního stavu občana se zdravotním postižením

Po vykonání sociálního šetření sociálním pracovníkem se často spolupracuje s Lékařskou posudkovou službou Okresní správy sociálního zabezpečení (LPS OSSZ), kdy posudkový lékař posuzují zdravotní stav občana se zdravotním omezením po obdržení požadavku správního orgánu (Žádost o posouzení zdravotního stavu žadatele). Posudkový lékař často spolupracuje i s praktickým lékařem občana a na závěr vyhodnotí zjištěné údaje a následně porovná se záznamem ze sociálního šetření. V Posudku o zdravotním stavu uvede posudkový lékař výsledek o zdravotním stavu, a poté správní orgán vyhodnotí, zda má občan nárok či nemá nárok na danou dávku sociální péče, příspěvek o které si požádal u správního orgánu a také se rozhodne o výši dané sociální dávky, příspěvku. Poté se vydá rozhod-



nutí, které se zašle žadateli o dávku sociální péče doporučeně. Po nabytí právní moci rozhodnutí se daná dávka, příspěvek žadateli vyplatí.

Posuzování zdravotního stavu ve vztahu k sociálním dávkám – „*Posuzování občanova zdravotního stavu a průčeschnosti probíhá v následující posloupnosti: ošetřující praktický lékař posuzovaného občana vyhotoví zdravotní dokumentaci na základě vlastního vyšetření i lékařských zpráv dalších odborných lékařů; lékař místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení zkontroluje správnost a úplnost zdravotní dokumentace, provede její analýzu a seznámí posuzovaného občana s výsledkem posouzení, včetně poučení o možnostech dalšího postupu.*“ (Novosad, 2009, str. 252-253).

Lékař Okresní správy sociálního zabezpečení Lékařské posudkové služby v podstatě provádí zjišťovací prohlídku. S výsledkem je pak povinen informovat posuzovaného občana. Výsledkem je posouzení invalidity, bezmocnosti, míry postižení dítěte, změněné pracovní schopnosti, apod. (Matoušek, 2008).

### 3.5 Sociální šetření a sociální pracovník

Zbývá poznamenat, že během sociálního šetření se také očekává od sociálního pracovníka, že podá základní sociální poradenství a informace občanova - kam se dále má obrátit pro pomoc a pomůže při zprostředkování kontaktů na další odborníky.

Nelze však reálně očekávat, že každý sociální pracovník v sociálních službách pracující s lidmi s postižením bude ovládat techniky práce s lidmi se všemi možnými typy postižení. Půjde spíše o výjimku, když bude pracovník umět znakovou řeč i Braillovo písmo a dokáže manipulovat s vozíkem, dalšími pomůčkami i doprovázet nevidomého. Nicméně určitý dovednostní základ je více než potřebný s tím, že pokud slouží „poradna klientům“ s převazujícím typem postižení, je nezbytné, aby se poradce – sociální pracovník na jejich specifika specializoval a uměl reagovat na potřeby člověka buď s tělesným, zrakovým, či sluchovým postižením.

**Každý pracovník v sociální oblasti by měl mít základní znalosti v oboru a přehled jak pomoci občavům s různým typem postižení a měl by umět poradit a zprostředkovat kontakty na další odborníky!**

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 4.1 Motivace k výzkumu

Výzkumná část mé diplomové práce se zabývá metodou práce s jednotlivcem – sociálním šetřením, kdy cílem je zjistit jaký názor na něj mají sociální pracovníci/pracovnice a občané s tělesným postižením, se kterými je prováděno dané sociální šetření.

Sociální šetření je úkon, který provádí sociální pracovníci z důvodu poskytnutí dávek sociální péče. Je to problém, který zasluhuje větší pozornost, a určitě by neměl být opomíjen.

Jak jsem již uváděla v úvodu mé práce, pracuji jako sociální pracovnice na úřadu a sociální šetření jsem již několikrát sama prováděla.

Proto jsem se rozhodla zabývat se problematikou sociálního šetření i z pohledu občanů se zdravotním postižením (tělesným postižením) nejen tedy z pohledu pracovníků vykonávající danou metodu s jednotlivcem. Sociální šetření je zajisté zásah do soukromí jednotlivců a je potřeba ho neustále vylepšovat a vykonávat tak, aby to bylo pro občany se zdravotním postižením co nejmenším narušením jejich soukromí a jejich identity.

### 4.2 Výzkumný problém a cíle výzkumu

#### 4.2.1 Výzkumný problém

Jak vnímají občané s tělesným postižením a sociální pracovníci Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení dávek pro seniory a osoby se zdravotním postižením sociální šetření?

#### 4.2.2 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak je sociální šetření vnímáno a jaký mají k němu postoj občané s tělesným postižením a sociální pracovníci Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení dávek pro seniory a osoby se zdravotním postižením. V závěru práce budou také vymezeny možná doporučení pro praxi.

#### **4.2.3 Dílčí výzkumné cíle pro občany s tělesným postižením:**

Zjistit povědomí občanů s tělesným postižením o sociálním šetření.

Zjistit názor osob s tělesným postižením na sociální šetření, která jsou podmínkou pro poskytnutí dávek sociální péče pro ně určených.

Zjistit změny, které by osoby s tělesným postižením přivítaly na průběhu sociálního šetření.

Zjistit, jak se připravují na sociální šetření občané s tělesným postižením.

Zjistit, jaké pocity v nich vyvolává situace při sociálním šetření.

#### **Dílčí výzkumné cíle pro sociální pracovníky:**

Zjistit názor na sociální šetření, která jsou podmínkou pro poskytnutí některých dávek sociální péče.

Zjistit, doporučení ke změně ze strany sociálních pracovníků.

Zjistit, jak se sociální pracovníci připravují na sociální šetření.

Zjistit, jaké pocity v nich vyvolává situace při sociálním šetření.

Zjistit, jak sociální pracovníci vnímají občana s tělesným postižením při sociálním šetření.

### **4.3 Výzkumné otázky**

Hlavní výzkumný problém definuje podstatu výzkumu, vyžaduje ale zároveň i určitou konkretizaci v podobě těchto výzkumných otázek:

#### Výzkumné otázky směřované k výzkumnému vzorku osob s tělesným postižením:

Jaké je povědomí občanů s tělesným postižením o sociálním šetření?

Jaké jsou názory občanů s tělesným postižením na sociální šetření, která jsou podmínkou pro poskytnutí dávek sociální péče?

Jaká je příprava občanů s tělesným postižením na prováděné sociální šetření?

Jaké jsou pocity při situaci, jako je sociální šetření?

Jaké úpravy na sociálním šetření jako takovém, by doporučili občané s tělesným postižením změnit?

Výzkumné otázky směřované k výzkumnému vzorku sociálních pracovníků:

Jaký je názor sociálních pracovníků na sociální šetření?

Jaké jsou doporučení sociálních pracovníků na zlepšení metody práce s jednotlivcem - sociálního šetření?

Jaká je příprava sociálních pracovníků na sociální šetření?

Jaké jsou pocity při situaci, jako je sociální šetření?

#### **4.4 Pojetí a druh výzkumu**

Z důvodu stanoveného výzkumného problému a hlavního a dílčích výzkumných cílů jsem zvolila kvalitativní výzkum. Tematické zaměření vyžaduje osobnější a citlivější přístup, empatii a komunikaci „tváří v tvář.“ Za neméně důležitý je i bezprostřední kontakt s klientem – empatické naslouchání. Z toho důvodu je kvalitativní výzkum vhodnější.

Švaříček a Šedřová (2007) uvádí, že podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozproštěný sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy. Teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.

#### **4.5 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor je rozdělen na dva výzkumné vzorky a ty tvoří 4 občané s tělesným postižením (registrovaní na Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí) a 4 sociální pracovnice pracující na Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

#### 4.5.1 Způsob výběru

Způsob výběru výzkumných vzorků byl záměrný. Respondenti byli vybráni (občané s tělesným postižením) dle typu postižení, dle jejich dostupnosti (trvalé bydliště) a v neposlední řadě i možnosti dané jejich zdravotním stavem.

Respondentky – sociální pracovnice byly vybrány z oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením záměrně a předem byly seznámeny s uskutečňováním polostrukturovaných rozhovorů. Nesečkala jsem se s pozitivními ohlasy. Z důvodu nedostatku času mi bylo sděleno, že by bylo pro sociální pracovnice Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením vhodnější, kdyby byly rozhovory nahrazeny otázkami v tištěné podobě. Data byla zpracována stejně kvalitativním výzkumem jako data z polostrukturovaných rozhovorů.

#### 4.5.2 Charakteristika výzkumných vzorků

Z důvodu ochrany soukromí a identity budou uváděni všichni respondenti v diplomové práci anonymně. Budou označeni pořadovými čísly od 1 do 8. Respondenti s označením 1 – 4 budou občané s tělesným postižením a čísla od 5 – 8 budou označovat sociální pracovnice.

##### 1. Občané s tělesným postižením

**Respondent 1** - respondent číslo 1 má 20 let, je svobodný, žije s rodiči v rodinném domě ve Zlíně a zatím je studentem na vysoké škole ve Zlíně, jeho tělesné postižení je vrozené vlivem DMO (dětské mozkové obrny).

**Respondent 2** - respondent číslo 2 má 37 let, je svobodný, žije s přítelkyní v bytě v panelovém domě ve Zlíně a pracuje jako designer kuchyní, jeho tělesné postižení je paraplegie (nehybnost) dolních končetin vlivem úrazu.

**Respondentka 3** - respondentka číslo 3 má 36 let, je svobodná, žije sama v bytě v panelovém domě ve Zlíně a je momentálně nezaměstnaná, její tělesné postižení je vrozené, svalová atrofie.

**Respondentka 4** - respondentka číslo 4 má 28 let, je vdaná, žije s manželem v rodinném domě ve Zlíně a pracuje jako analytik u nejmenované české firmy, její tělesné postižení je způsobeno vlivem úrazu, porucha funkčnosti míchy a páteře.

## 2. Sociální pracovnice

**Respondentka 5** - respondentka číslo 5 má 40 let, pracuje jako sociální pracovnice celkem 15 let a z toho na Magistrátu města Zlína 5 let, respondentka vystudovala vysokou školu – bakalářské studium ve Zlíně.

**Respondentka 6** - respondentka číslo 6 má 44 let, pracuje jako sociální pracovnice celkem 22 let, z toho na Magistrátu města Zlína 5 let, respondentka momentálně studuje vysokou školu – bakalářské studium ve Zlíně.

**Respondentka 7** - respondentka číslo 7 má 24 let, pracuje jako sociální pracovnice 10 měsíců a to na Magistrátu města Zlína, respondentka vystudovala vysokou školu – magisterské studium ve Zlíně.

**Respondentka 8** - respondentka číslo 8 má 26 let, pracuje jako sociální pracovnice 4 roky a to na Magistrátu města Zlína, respondentka vystudovala vysokou školu – magisterské studium ve Zlíně.

## 4.6 Metody sběru dat

Jako základní metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor z toho důvodu, že je to kontakt osobnější, a také z důvodu proniknutí hlouběji do dané problematiky. A v neposlední řadě rovněž s ohledem na zdravotní stav respondentů (občanů s tělesným postižením).

U sociálních pracovnic byly polostrukturované rozhovory nahrazeny tištěnou podobou otázek z rozhovorů, jak je výše uvedeno.

Se souhlasem všech respondentů byly prováděny rozhovory s předem připravenými otázkami a poté byly data doslovně přepsány do tištěné podoby.

Rozhovor s občany s tělesným postižením:

1. Kolik je Vám let?
2. Jakou máte diagnózu tělesného postižení? Zda je Vaše zdravotní omezení vrozené či získané vlivem úrazu?
3. Pobíráte/Pobíral/a jste dávky sociální péče na Magistrátu města Zlína pro Vás určené, které byly podmíněny sociálním šetřením danou sociální pracovníci? A jaké dávky to byly?
4. Některé dávky sociální péče jsou často podmíněny již zmíněným sociálním šetřením v domácnostech klientů sociálními pracovníci – jak vnímáte tento způsob zjišťování sociální situace?
5. Proč si myslíte, že se sociální šetření provádí v domácnostech klientů?
6. Pokud u Vás již proběhlo sociální šetření, uveďte, jaký máte na něj názor?
7. Jaký pocit ve Vás zachovalo sociální šetření a samotná návštěva sociálního pracovníka/pracovnice?
8. Popište, jak probíhalo sociální šetření prováděné danou sociální pracovníci ve Vaší domácnosti? Jak na Vás působila sociální pracovníci a její vystupování? Co byste například sociálním pracovnícům doporučil/a změnit během dalšího sociálního šetření? Čeho by se měly pracovníci například vyvarovat a na co by se naopak měly zaměřit?
9. Co Vás napadá, když si vzpomenete na otázky, které byly kladeny při sociálním šetření?
10. Jak vnímáte otázky, které se týkají Vašeho zdravotního omezení?
11. Jak vnímáte při sociálním šetření příchod sociálních pracovníc z úřadu k Vám do domácnosti? Jak se připravujete na dané sociální šetření? Jak to na Vás všechno působí?
12. Jaký jste měl/a pocit z osoby daného sociálního pracovníka/pracovnice?
13. Na závěr bych se Vás chtěla zeptat, zda Vás ještě něco napadá k této „problematice sociálního šetření?“

„Rozhovor“ se sociálními pracovníci:

1. Kolik je Vám let?



2. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovníce? A jak dlouho pracujete jako sociální pracovníce na Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením?
3. U jakých typů dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením se provádí sociální šetření sociálním pracovníkem/pracovnicí?
4. Některé dávky sociální péče jsou tedy podmíněny sociálním šetřením v domácnostech klientů sociálními pracovníky/pracovnicemi – jak vnímáte tento způsob zjišťování sociální situace?
5. Jak se cítíte, když jako sociální pracovníce přicházíte do domácnosti občana se zdravotním omezením?
6. Jaký máte postoj k okruhu otázek, které jsou dány při sociálním šetření?
7. Jak vnímáte otázky, které jsou kladeny občanům s tělesným postižením na jejich zdravotní omezení?
8. Jaké máte pocity při sociálním šetření?
9. Jak se připravujete na sociální šetření?
10. S jakými reakcemi se setkáváte při oznámení provedení sociálního šetření?
11. Na co se nejčastěji zaměřujete a dotazujete během sociálního šetření?
12. Jak vnímáte osobu se zdravotním postižením?
13. Které dovednosti považujete za potřebné a pomocné – přínosné při návštěvě u klienta se zdravotním postižením?
14. Jak byste na závěr zhodnotila názor k přínosu sociálního šetření při poskytování dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením?

#### **4.7 Organizace a průběh výzkumu**

S přípravou kvalitativního výzkumu jsem začala v měsíci říjnu roku 2011. Během tvorby otázek do polostrukturovaných rozhovorů se jejich podoba měnila a bylo tedy nutné vybrat smysluplně jednotlivé otázky tak, aby vystihovaly podstatu zkoumané věci. Polostrukturované rozhovory jsou rozděleny jednotlivě pro sociální pracovníce a pro osoby s tělesným postižením.

Samotný výzkum se uskutečnil v měsících listopadu a prosinci roku 2011 s osobami s tělesným postižením a sociálním pracovním byly rozdány otázky do výzkumu v tištěné podobě. Vyplněné – zodpovězené otázky od pracovníků se mi vrátily všechny zpět.

Rozhovory s osobami s tělesným postižením byly vždy uskutečňovány v jejich domácím prostředí proto, aby se cítili dobře a uvolněně. Rozhovory byly vždy domluveny několik dnů předem. Občané byli osloveni telefonicky, zda by byli ochotni se účastnit mého výzkumu. Odpovědi byli vždy pozitivní. Prováděné rozhovory v jejich domácím prostředí trvaly cca hodinu. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenávány na diktafon a poté doslovně přepisovány. Nebyly nijak kráceny ani nijak upravovány.

Sociální pracovníci byly osloveny, zda by byly ochotny se podílet na mém výzkumu. Odpovědi byly „sice pozitivní“, ale nesouhlasily s formou rozhovorů, byly tedy po domluvě nahrazeny tištěnou podobou otázek. „Dotazníky“ jim tedy byly rozdány a cca po týdně vyplňování sesbírány. Zodpovězené otázky se mi vrátily všechny zpět.

Poté bylo v roce 2012 provedeno zpracování a interpretace získaných dat od všech respondentů pomocí kódovacích postupů metody zakotvené teorie.

#### **4.8 Způsob zpracování dat**

Veškeré rozhovory s občany s tělesným postižením byly doslovně přepsány do tištěné podoby (transkripce dat), a tištěné odpovědi sociálních pracovníků zpracovány pomocí otevřeného kódování metody zakotvené teorie.

Strauss a Corbinová (1999) charakterizují zakotvenou teorii jako teorii induktivně odvozenou ze zkoumaného jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a ověřena systematickým shromažďováním různých údajů o zkoumaném jevu a následnou analýzou těchto údajů.

Jak uvádí výše uvedení autoři, kódování v zakotvené teorii představuje proces procházející v zásadě třemi stadii, jimiž jsou - *otevřené kódování*, *axiální kódování*, *selektivní kódování*. Axiální kódování je technikou navazující na otevřené kódování. Selektivní kódování je pak výběr jedné klíčové kategorie, kolem které je organizován základní analytický příběh.

## 5 ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT

### 5.1 Postup při otevřeném kódování

První fází zakotvené teorie je otevřené kódování. Nashromážděná data byla rozdělena na významové jednotky a byly jim přiřazeny určité kódy. Poté mezi vzniklými kódy byly hledány souvislosti a byly seskupovány podle jejich podobnosti. Tento proces se označuje jako kategorizace. Poté se tyto kategorie pojmenovaly a doplnily o vytvořené kódy. Dále jsem doplnila popis kategorií o nejdůležitější a nejstěžejní výroky respondentů.

#### 5.1.1 Seznam kategorií a kódů

Seznam vytvořených kategorií a kódů u respondentů (1 – 4) – občané s tělesným postižením:

1. Kategorie – Diagnóza

*Vytvořené kódy* – vrozené postižení, získané vlivem úrazu, vrozené postižení, vlivem úrazu

2. Kategorie – Pocity při sociálním šetření

*Vytvořené kódy* – stres, nepříjemné pocity, pozitivní pocity, neutrální pocity, trochu nepříjemné

3. Kategorie – Názor na pracovníci

*Vytvořené kódy* – příjemná, připravená, dobrý dojem, milá, žádný problém, ochotná, vstřícná, v pohodě

4. Kategorie – Průběh sociálního šetření

*Vytvořené kódy* – normální, příjemné, časově nenáročné, profesní úroveň, super, nedostatek informací

5. Kategorie – Typy k zlepšení

*Vytvořené kódy* – forma dialogu, konverzace, povídání, nenásilná - pohodová forma, neměnit, v pořádku, více poradenství, školení lidí, zlepšení služby lidem, více informovanost

6. Kategorie – Kladené otázky

*Vytvořené kódy* – nepříjemné, normální, žádný problém, v pohodě, v normě, nevadí

7. Kategorie – Přístup k sociálnímu šetření

*Vytvořené kódy* – žádný problém, žádná příprava, běžná příprava

Seznam vytvořených kategorií a kódů u respondentek (5 – 8) – sociální pracovnice:

1. Kategorie - Délka praxe

2. Kategorie – Názor na sociální šetření

*Vytvořené kódy* – nedílná součást správního řízení, důležitost pro rozhodování, nutnost pro posouzení, vypovídající hodnota, důležitost, přiměřený způsob zjišťování sociální situace, optimální způsob

3. Kategorie – Pocity při sociálním šetření

*Vytvořené kódy* – klidná atmosféra, bez obav, individuální, uvolněný pocit, obavy, přirozenost, bez předsudků, objektivnost, profesionalita

4. Kategorie – Kladené otázky

*Vytvořené kódy* – nezbytně nutné, nezatěžování klienta, velmi osobní, běžné, formální, obtížná formulace, diskrétnost, takt, ohleduplnost, okruhy otázek, nezbytnost informací, základní, nevtíravé, nepříjemné

5. Kategorie – Příprava

*Vytvořené kódy* – podklady, doložení, nezbytnost, příprava osnovy otázek, spis klienta, prostudování, příprava formuláře či protokolu, psací potřeby, zákony a vyhlášky, vyhledání adresy

6. Kategorie – Zjišťování souvislostí

*Vytvořené kódy* – předmět žádosti, charakter bydlení, soběstačnost, sebeobsluha, zdravotní stav, diagnóza, majetkové poměry, příjmy, náklady spojené s bydlením, četnost využití, vhodnost, osoby žijící ve společné domácnosti, využití příspěvku

7. Kategorie – Vnímání osoby s postižením

*Vytvořené kódy* – jako ostatní lidé, integrace do života, obdiv, soucit, individuální přístup, jedinečná lidská bytost, handicap, kompenzace omezení

8. Kategorie - Dovednosti

*Vytvořené kódy* – naslouchání, vcítění, koordinace, komunikativnost, přehled, znalosti, ochota poradit, stabilita, vyrovnanost, plánovat, profesionalita.

### 5.1.2 Popis kategorií a výroky občanů s tělesným postižením

Níže tedy uvádím popis některých kategorií o nejdůležitější a nejtěžší výroky respondentů – **občanů s tělesným postižením**, aby bylo zřejmé, kdo z respondentů dané citace pronesl. Respondenti jsou označeni podle zkratk z charakteristiky respondentů. Tedy:

- Respondent 1
- Respondent 2
- Respondent 3
- Respondent 4

#### Kategorie 2 – Pocity při sociálním šetření

Zde byly u respondentů velice odlišné názory. Například respondent č. 1 spíše uvedl negativní pocity: „*Tak, no tož stresovalo mě to šetření, přece jenom je to takový cizí člověk a člověk prostě neví co od toho čekat no. No nebylo mi to příjemné mluvit s někým cizím při tom šetření.*“ Zatímco jiní respondenti zase uvedli opačný pocit – a to pozitivní, jako například respondent č. 2: „*Vůbec s tím nemám problém, беру to v pohodě. Je potřeba to ověřit z důvodu možného zneužití. Jo, беру to v pohodě.*“ Objevil se však také neutrální názor a to od respondentky č. 3: „*Já si myslím, že vždycky záleží na té pracovníci. Jak to celé vlastně působí. Jo a ta pracovnice, co tu byla, byla moc příjemná a milá. Vůbec mi to nevadí, neřeším to, tento způsob zjišťování.*“

#### Kategorie 5 – Typy k zlepšení

V této části rozhovoru se většinou respondenti shodli, že jim chybí nejvíce při sociálním šetření více poradenství a informací. Například respondentka č. 4 uvedla, že: „*Pracovnice přišly včas, měly s sebou podklady, byly ochotné, ale vcelku jsem čekala více informací – poradenství jako o tom, co vlastně můžu, na co mám nárok a tak. O co si mám třeba ještě zažádat. Mohly mi více poradit. To je takové možná doporučení, aby se pracovnice víc zaměřovaly na to poradenství, protože my nevíme kam jít a o co můžeme žádat. Nikdo nám to pořádně neřekne a potom si všechno musíme zjišťovat sami a od ostatních.*“

### Kategorie 6 – Kladené otázky

Zde respondenti uváděli různé názory, zda jim vadí například mluvit o svém handicapu nebo ne apod. Například respondent č. 1 uvedl, že: „*No právě, to mě bylo jako osobně dost nepříjemné mluvit o mém zdravotním stavu, ale tak já to беру spíš tak, že je to její práce, že se zeptat musí. Jinak já o tom spíš jako nemluví, no. Jako vadilo mi, že prostě toho člověka neznám a musím mu to říkat, nebo popisovat a tak.*“ Zatímco respondent č. 2 to viděl úplně opačně a mluvit o svém postižení se sociální pracovníci mu nedělá vůbec žádné problémy. „*S tím jsem neměl problém. Jsou to prostě otázky, které se musí říct. Beru to tak, jak to je. Neměl jsem s tím žádný problém.*“

#### 5.1.3 Popis kategorií a výroky sociálních pracovníků

Nyní uvádím popis některých kategorií o nejdůležitější a nejstěžejní výroky respondentek – **sociálních pracovníků**, aby bylo zřejmé, která z respondentek dané citace uvedla. Respondentky jsou označeny také podle zkratk z charakteristiky respondentů. Tedy:

- Respondentka 5
- Respondentka 6
- Respondentka 7
- Respondentka 8

### Kategorie 2 – Názor na sociální šetření

Zde popisovaly respondentky vcelku různorodé názory. Nejvíce o nezbytnosti provedení sociálního šetření v domácnosti žadatelů, z důvodu proniknutí do života jednotlivce a to u respondentky č. 5. Respondentka č. 6 také uvedla, že: „*Sociální šetření slouží pro ověření údajů, které klient uvede do své žádosti o dávku sociální péče na úřadě.*“ Také se často ve výpovědích opakoval názor, že: „*Díky metodě sociálního šetření je jednodušší rozhodovat o výši dávky sociální péče*“ to uvedla i respondentka č. 7.

### **Kategorie 6 – Zjišťování souvislostí**

Zde se respondentky nejvíce shodovaly a to u zaměření se na zdravotní stav, na předmět žádosti jako takové, na stav bydlení žadatele, na příjmy a majetkové poměry jak žadatele, tak i společně posuzovaných osob v domácnosti, dále na četnost využití zvláštních pomůcek a na ošetřující lékaře.

### **Kategorie 8 - Dovednosti**

Zde byly názory víceméně podobné – „*Nejvíce se opakovala empatie a naslouchání*“, jak uvádí i respondentka č. 8, dále ochota, přirozenost, asertivita, profesionalita, nezaujatě hodnotit, schopnost organizovat (respondentka č. 7), a také v neposlední řadě znalost zákonů a vyhlášek – (respondentka č. 8).

## **5.2 Interpretace dat, shrnutí výsledků otevřeného kódování**

### Občané s tělesným postižením

Rozhovory uskutečňované s respondenty s tělesným postižením mi poskytly informace, které by byly hodny využít pro zlepšení přístupu k těmto lidem při sociálním šetření prováděného pracovníci. Z rozhovorů jsem předpokládala, že budou občané s tělesným postižením komunikativní, ochotní a že budou uvádět nejvíce chybějící poskytování poradenství, což se mi také rozhovory potvrdilo. Komplexně lze z rozhovorů vyvodit, že sociální šetření není pro osoby s tělesným postižením nic příjemného, ale účastnit se na dané metodě musí, jednoduše se přizpůsobí. Respondenti také často v rozhovorech uváděli, že jsou s přístupem sociálních pracovníků a jejich připraveností při sociálním šetření spokojeni, také často uváděli i jejich profesionalitu, jen jim schází více poskytování informací kam a kdy se mají obrátit pro pomoc, a také více poskytování sociálního poradenství. Poradenství zejména ohledně zvláštních pomůcek například, dále ohledně možností o co si požádat, na co mít nárok, a zejména o co kdy požádat, aby něco zbytečně člověk „nepropásl.“ Otázky, kladené občanům při sociálním šetření jsou nejvíce stresující a nepříjemné týkající se jejich zdravotního stavu – zdravotního omezení. Skoro všichni respondenti uváděli, že jim to není příjemné, zejména mluvit o svém zdravotním stavu s „cizím“ člověkem. Uvá-



děli zároveň také, že záleží na tom, jak sociální pracovnice otázky pokládají a na kolik se daných osob „vyptávají“. Vše je to v podstatě o určité empatii a schopnosti naslouchat druhým. Tak, aby se pracovnice při rozhovoru dozvěděly vše podstatné pro stanovení výše dávky, a nebo jiného účelu sociálního šetření, ale také aby žadateli o danou dávku nezpůsobily svým přílišným vyptáváním nepříjemné asociace spojované se sociálním šetřením a se sociálními pracovníci.

Sociální pracovnice by se měly snažit, aby vždy odcházely od žadatele s dobrým pocitem a dobře vykonanou prací. Respondenti také uváděli různá doporučení – jak právě například změnit do budoucna při konání sociálního šetření proškolení pracovníků, dále také znalosti o zvláštních pomůckách, rozšířit znalosti o jednotlivých postiženích, nejvíce však bylo zmiňováno již výše uvedené chybějící sociální poradenství při sociálním šetření, kdy dostatečné poskytování informací respondentům nejvíce chybí. Cílem by tedy mělo být v podstatě zlepšení služby jako takové poskytované sociálními pracovníci lidem s postižením při sociálním šetření a zaměřovat se nejvíce na sociální poradenství.

### Sociální pracovnice

Rozhovory byly nahrazeny tištěnou podobou otázek. Čekala jsem tedy stručnější odpovědi, ale některé respondentky mě příjemně překvapily svou rozepsaností. Respondentky nejčastěji uváděly, že sociální šetření je nedílnou součástí správního řízení a že bez této metody práce s jednotlivcem by to opravdu nešlo. Nejčastěji také respondentky uváděly, že díky sociálnímu šetření se více přibližují osobnosti žadatele a lépe tak mohou jedinci dále radit, co je potřeba například ještě vyřídit, kam se ještě obrátit apod. Odpovědi respondentek mě někdy překvapily. To co občané s tělesným postižením vytýkali, pracovnice uváděly jako činnosti, které běžně vykonávají – zejména poskytování dostatečného množství informací při sociálním šetření. Již z tohoto důvodu je vhodné využít výsledky pro zlepšení přístupu pracovníků při sociálním šetření. Zejména tedy uvědomění si chyb při jednání s klienty.

Respondentky dále shodně uváděly, že je pro ně osoba s postižením vnímána jako každá jiná individualita, člověk se stejnými potřebami a se stejnými právy jako každý jiný. Dále se respondentky také shodly na tom, a to i s osobami s tělesným postižením, že otázky týkající se zdravotního stavu nejsou v žádném případě nikomu příjemné, ale zeptat se musí. Je tedy potřeba vycítit míru dotazování a účelně zjistit jen to nejdůležitější a dále se zbytečně nevyptávat. Respondentky uváděly i pocity při sociálním šetření – všechny uvedly,

že se snaží o profesionalitu – přistupovat ke všem bez předsudků a případných antipatií, ale jedna respondentek uvedla, že je to dáno zejména i typem klienta. Pokud je klient uzavřený, málomluvný, komunikace je horší a o to složitější je samotný průběh sociálního šetření. Jednodušší je potom spolupráce s klienty, kteří ochotně spolupracují a otevřeně si s pracovníci povídají, nejvíce byli tedy uváděni senioři. U otázky dotazování během sociálního šetření se všechny respondentky naprosto shodly. Je to zejména dáno tím, že se musí pracovníce držet určité osnovy během konání sociálního šetření. Proto někdy nepříjemné otázky musí pokládat a zjišťovat, „jak se věci ve skutečnosti mají.“ Jedna respondentka také uvedla myšlenku, že při rozhovoru se nesmí klient nutit k rychlým odpovědím, je spíše lepší jedinci naznačit otázku a nechat ho mluvit, popřípadě se tedy doptat co nezaznělo od samotného klienta. U dovedností potřebných při své práci se respondentky různily. Uváděly různé dovednosti – nejvíce však byla zmíněna empatie, naslouchání a profesionalita. U dvou respondentek také „zazněla“ znalost zákonů, vyhlášek, jednoduše právních předpisů. Respondentky však neuvedly například již několikrát zmiňované poskytování sociálního poradenství či poskytování informací.

Respondentky (sociální pracovníce) by měly na svých přístupech při sociálních šetření ještě hodně zapracovat a to zejména na dostatečných znalostech v dané problematice, na dostatečné přípravě – znalosti dalších odborníků a schopnostech doporučit je, a v neposlední řadě také na prohlubování znalostí všech právních předpisů. Poskytování sociálního poradenství a dostatečného množství informací je však základem.

### 5.3 Axiální kódování

Jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007) axiální kódování je technikou navazující na otevřené kódování. Cílem je spojování kategorií. Za tímto účelem se používá paradigmatický model – který se značí rovnicí:

$$(A) \text{ Příčinné podmínky} - (B) \text{ Jev} - (C) \text{ Kontext} - (D) \text{ Intervenující podmínky} - \\ (E) \text{ Strategie jednání a interakce} - (F) \text{ Následky}$$

Dále jsem tedy ve své práci postupovala tak, že jsem vytvořené kategorie přepracovala – přejmenovala, upravila a vsadila do daného paradigmatického modelu. Vytvořila jsem tak

dvě tabulky – jak tabulku paradigmatického modelu občanů s tělesným postižením, tak tabulku modelu sociálních pracovníků.

Tab. 1. Paradigmatický model – občané s tělesným postižením

<b><u>Příčinné podmínky</u></b>	<b><u>Jev</u></b>	<b><u>Kontext (souvislost)</u></b>	<b><u>Interven. podmínky (ovlivňující)</u></b>	<b><u>Strategie jednání a interakce</u></b>	<b><u>Následky</u></b>
<i>Kladené otázky</i>	<i>Sociální šetření</i>	<i>Pocity při soc. šetření</i>	<i>Přístup k soc. šetření</i>	<i>Typy k zlepšení</i>	<i>Typy a samotné zlepšení</i>
<i>Průběh soc. šetření</i>		<i>Názor na pracovníci</i>	<i>Diagnóza</i>		

Tab. 2. Paradigmatický model – sociální pracovníci

<b><u>Příčinné podmínky</u></b>	<b><u>Jev</u></b>	<b><u>Kontext (souvislost)</u></b>	<b><u>Interven. podmínky (ovlivňující)</u></b>	<b><u>Strategie jednání a interakce</u></b>	<b><u>Následky</u></b>
<i>Kladené otázky</i>	<i>Sociální šetření</i>	<i>Pocity při soc. šetření</i>	<i>Příprava</i>	<i>„Zlepšení“ dovedností</i>	<i>Samotné zlepšení</i>
<i>Délka praxe</i>		<i>Vnímání osoby s postižením</i>	<i>Názor na soc. šetření</i>		
			<i>Zjišťování souvislostí</i>		

Nyní jsem z paradigmatických modelů vyčlenila centrální kategorie a to *sociální šetření* jak u tabulky občanů s tělesným postižením, tak u tabulky sociálních pracovníků.

Centrální kategorie se dále uvedou do vztahu k ostatním kategoriím a zároveň se vytváří „kostra analytického příběhu“ kolem centrálních kategorií (popis). Předěl axiálního a selektivního procesu totiž není jednoznačný – kroky se prolínají a přecházejí do fáze selektivního kódování.

### 5.3.1 Kostra analytického příběhu

#### Občané s tělesným postižením

Jako centrální kategorie – základní jev je v tabulce uvedeno sociální šetření – což je také nestěžejní bod v „příběhu.“ Jako příčinné podmínky jsou uvedeny kladené otázky – protože vždy záleží na typu otázek, které jsou pokládány při sociálním šetření a dále také otázky samotné ovlivňující další průběh sociálního šetření. Názor či pohled na sociální šetření také úzce souvisí s pocity při sociálním šetření a také z dojmu, jak na občany s tělesným postižením působí sociální pracovníci svým vystupováním a také svojí připraveností. Jako intervenující - ovlivňující podmínky je uveden přístup k sociálnímu šetření a typ diagnózy klienta. Dále je v tabulce uvedena i strategie jednání a interakce – kdy v podstatě nestěžejní jsou právě doporučení – typy k zlepšení od občanů s tělesným postižením co a kde zlepšit tak, aby se sociální šetření stalo lepším a propracovanějším... aby se pohled a názor na sociální šetření co nejvíce zlepšoval a rozvíjel. Jako následky jsou uvedena samotná zlepšení na závěr.

#### Sociální pracovníci

Jako centrální kategorie – základní jev je v tabulce uvedeno sociální šetření – což je také nestěžejní bod v „příběhu.“ Jako příčinné podmínky jsou uvedeny kladené otázky při sociálním šetření – protože to, jakým způsobem sociální pracovníci podává otázky a do jaké míry se žadatelé o dávku „vyptávají“ je velice důležité a zároveň to ovlivňuje i další průběh sociálního šetření a vůbec celý pohled na sociální šetření. Také je v tabulce uvedena délka praxe jako další příčinná podmínka. Zkušenosti jsou v dnešní době totiž k nezaplacení. S centrální kategorií také úzce souvisí pocity při sociálním šetření a vnímání osoby s posti-

žením. Jako intervenující - ovlivňující podmínky jsou uvedeny příprava na sociální šetření, názory na sociální šetření a zjišťování souvislostí. Dále je v tabulce uvedena i strategie jednání a interakce – takové „zlepšení“ dovedností při práci. A jako následky je zmíněno samotné zlepšení sociálního šetření.

## 5.4 Selektivní kódování

Jak již bylo výše uvedeno, selektivní kódování zahrnuje výběr jedné klíčové kategorie, kolem které je organizován základní analytický příběh. (Strauss, Corbinová, 1999).

Všechny ostatní kategorie jsou poté vztahovány k jediné centrální kategorii, v mém výzkumu kolem dvou kategorií.

Nyní jsem tedy popisovala vztahy mezi kategoriemi a centrálními kategoriemi u obou typů respondentů jak občanů s tělesným postižením, tak sociálních pracovníků a vytvořila jsem tím tak „analytické příběhy“, které jsem v závěru výzkumu porovnávala.

Popsané vztahy v příbězích mohou ověřit se získanými daty na začátku výzkumu. Tím se dovrší metoda zakotvené teorie.

### 5.4.1 Příběh – občané s tělesným postižením

Názor či pohled na sociální šetření ze strany osob s tělesným postižením je jev, který je potřeba neustále rozvíjet a zlepšovat. Sociálním šetřením se zjišťují různá podstatná data, která jsou nutná pro určení výše dávky při rozhodování apod. Proto je nutné tuto metodu práce s jednotlivcem neustále vypracovávat a snažit se na ní co nejvíce zapracovat. Občané s tělesným postižením vnímají sociální šetření jako něco, co se musí jednoduše provést, ale už si tuto metodu práce nespojují s něčím příjemným a to by se mělo zásadně změnit. U občanů s tělesným postižením je nutné se zaměřit zejména na kladení otázek, které jsou pokládány při sociálním šetření. Otázky zejména týkající se zdravotního stavu jsou velmi choulostivé a citlivé, kdy ne každý jedinec s postižením je se svým zdravotním stavem smířen a lehce o něm mluví. Samozřejmě nejen otázky týkající se zdravotního stavu při šetření ovlivňují další průběh samotného šetření. Jsou to i otázky jiného typu týkající se například bydlení, rodiny, majetkových poměrů, příjmů osob žijících v rodině apod. Je

nutné, aby byla vycítěna míra „vlezlosti otázek“ tak, aby se otázky neminuly účinkem, ale aby zbytečně klienta nezatěžovaly. V kontextu se sociálním šetřením jsou také důležité prvky, jako jsou pocity při šetření. Jak se občané s tělesným postižením cítí – jak vnímají sociální pracovníce ve svém domácím prostředí, do jaké míry jim sociální šetření narušuje jejich soukromí a identitu. Respondenti často uváděli, že jim přítomnost sociálních pracovníků nevádí, ale není jim to také zrovna příjemné. Sociální šetření by proto mělo v lidech s postižením zanechat pozitivní pocity (ohlasy), aby rádi na danou pracovníci a samotný průběh šetření vzpomínali a rádi se dále obraceli o pomoc či o rady. To je zejména cílem sociálního šetření – spokojenost občana se sociálním šetřením a popřípadě se sociální pracovníci. Zatím tomu tak zcela není. Jako ovlivňující podmínka je také důležitá příprava na sociální šetření – přístup k sociálnímu šetření. To, zda má občan s tělesným postižením zájem o pomoc, kdy si nachystá potřebné materiály a případné dotazy na pracovníce. Dát jednoduše najevo svůj vnitřní zájem a „dychtivost“ po pomoci. Za ovlivňující podmínky jsou také uváděny diagnózy tělesného postižení. Myslím si, že je velkým rozdílem narodit se s postižením a nebo postižení teprve získat během života a to například úrazem. U obou případů je to samozřejmě nepříjemná „věc“, ale dle mého názoru je horší varianta získaného postižení během života – vlivem úrazu. Přece jenom je člověk najednou „znevýhodněn“ a trvá mu déle než se s takovou změnou vyrovná, než když se již s postižením narodí. Jako strategie jednání a interakce jsou nejvíce podstatná doporučení – typy k zlepšení při sociálním šetření. Myslí se tím zejména do budoucnosti. Na čem by se mělo více zapracovat, co občanům při sociálním šetření vadí, co by změnili apod. U respondentů – občanů s tělesným postižením jde zejména o poskytování dostatečného množství informací, poradenství kam se osoba s postižením má dále obracet o pomoc, zprostředkování také kontaktů na další a další odborníky v oblasti pomoci osobám s tělesným postižením například. Občané s tělesným postižením by se měli cítit po každém sociálním šetření ujištěně že ví, kam se obrátit dále pro podporu a jak si usnadnit již tak komplikovaný život způsobený postižením, jak už vrozeným, tak získaným vlivem úrazu. Občan s tělesným postižením by neměl být po vykonání sociálního šetření v rozpacích nebo v nejistotě. Tato doporučení jsou nejvíce cennými informací, které je možno využít pro zkvalitnění práce směřované k lidem s tělesným i jiným postižením.

### 5.4.2 Příběh – sociální pracovnice

Názor či pohled na sociální šetření ze strany sociálních pracovnic je jev, který je potřeba neustále rozvíjet a zlepšovat. Sociálním šetřením se zjišťují různá podstatná data, která jsou nutná pro určení výše dávky při rozhodování apod. Proto je nutné tuto metodu práce s jednotlivcem neustále vypracovávat a snažit se na ní co nejvíce zapracovat. Sociální pracovnice zajisté dělají spoustu chyb, tak jako jiné lidé. Tyto chyby je však možné postupně odstraňovat a zapracovat na jejich případném zmírnění. Jako příčinné podmínky mohou být uváděny otázky během sociálního šetření. Je nutné, aby sociální pracovnice vycítila, kdy a co je nutné říci a co je naopak velmi choulostivé téma a těžce se o něm hovoří. Otázky by měly sociální pracovnice klást systematicky a snažit se zjistit podstatu věci. Respondentky také uváděly, že jim otázky ohledně zdravotního stavu klienta vadí a nejsou jim příjemné, stejně jako občanům s tělesným postižením. Jako další příčinná podmínka je bezpodmínečně délka praxe v sociální oblasti jako sociální pracovnice. Samozřejmě zkušenosti jsou k nezaplacení a mnohdy cennější než znalosti naučené ze škol. Při delší praxi jsou již pracovnice mnohem zkušenější a mohou tím tak lépe připívat ke zkvalitnění sociálního šetření a vůbec přístupu k osobám s tělesným i jiným zdravotním omezením. V kontextu s názorem či pohledem na sociální šetření také souvisí pocity při sociálním šetření, to jak se cítí pracovnice – jak jsou citově labilní – a jak jsou schopny díky svým emocím vést šetření správným směrem. Dát klientovi jistotu, nenechat na sobě znát například osobní problémy či jiné emocionální napětí, které v sobě občas řešíme. Důležitým prvkem jsou také postoje k osobám s tělesným postižením ze strany sociálních pracovnic, tak jak je vnímají. To jak jsou tyto osoby vnímány sociálními pracovníci, jaké k nim přechovávají sympatie či antipatie. V této oblasti je však nejdůležitější profesionalita, nedát na sobě nic znát, jak už osobní problémy, tak popřípadě možné antipatie k dané osobě. Jako intervenující podmínka je uváděna příprava na sociální šetření – to, jak se pracovnice chystá ke klientům, co si bere s sebou na sociální šetření za pomůcky, zda si dopředu nastuduje spisovou dokumentaci žadatele apod. Vhodná připravenost pak působí na občany s tělesným postižením profesionálně a občané pak vidí v sociálních pracovnicích oporu a možnost kam se v případě potřeby obrátit. Jako stěžejní ovlivňující podmínky jsou i samotné názory na sociální šetření. Je vhodné zjišťovat od pracovnic jejich názory na danou problematiku a zjišťovat tak tím možné nedostatky v této metodě práce s jednotlivcem, tak jak to vidí samotná pracovnice z praxe. Sociální pracovnice často berou sociální šetření jako součást řízení o dávku a berou ji jednoduše jako svou „práci.“ To je možná škoda,

pracovnice by měly přistupovat k problematice sociálního šetření lidštěji a více se zaměřovat na práci s lidmi v terénu než na administrativu na daném úřadu. Jako strategie jednání a interakce je prohlubování dovedností, tzv. zlepšení dovedností při práci. Sociální pracovnice by měly více zapracovat na svých dovednostech, zejména na třech základních pilířích a to na empatii, naslouchání a profesionalitě. Ty byly také nejčastěji uváděny v odpovědích respondentek. Jako posledním bodem jsou následky – poučení se z dosavadních chyb a zlepšení celkového přístupu k lidem s postižením a to zejména při sociálním šetření.



## 6 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ VÝZKUMU

Pomocí metody zakotvené teorie jsem se snažila získat informace, které se týkaly problematiky sociálního šetření. Myslím si, že jsem rozkryla zajímavé závěry v mém bádání. Popisem jednotlivých příběhů se vyčlenily zajímavé výsledky.

Nyní tedy porovnávám výsledky jak občanů s tělesným postižením, tak sociálních pracovníků. Dovolím si popsat i určitá doporučení pro praxi.

Ve výsledcích mého výzkumu se objevilo spoustu nedostatků při práci, při sociálním šetření prováděném sociálními pracovníky. Sociální pracovníky mnohdy uváděly názor na sociální šetření spíše z praktického hlediska – že je to metoda, která je součástí jejich práce, že bez této metody by jednoduše řízení o dávce nemohlo pokračovat apod., ale v jejich práci a přístupu mi chybí spíše sociální aspekt – lidskost. Nechci říci, že pracovníky jsou nelidské při jednání s klienty během sociálního šetření, ale spíše berou tuto metodu jako „práci“ a občanům s tělesným postižením jednoduše chybí popovídání si lidštější formou bez striktních otázek a osnov. Často jsou to totiž lidé, kteří jsou upoutáni být doma a málokdy vycházejí ven mezi lidi. Proto jsou většinou rádi, když za nimi někdo přijde a popovídá si s nimi. Doporučovala bych tedy sociálním pracovníkům vždy na začátku sociálního šetření spíše s žadatelem o dávku povykládat o obecnějších věcech, o tom jak se má, co dnes dělal apod. ... navodit přátelskou atmosféru a až poté se začít věnovat osnově otázek, kvůli kterým je vůbec sociální šetření prováděno.

Dále se v závěrech potvrzuje problematika otázek ohledně zdravotního stavu. Jak sociálním pracovníkům, tak občanům s tělesným postižením není moc příjemné hovořit o daném postižení – zabývat se příčinou či diagnózou zdravotního omezení apod. Dle mého názoru je tedy vhodnější upravit do budoucnosti otázky týkající se zdravotního stavu například tím, že se úplně vynechají tyto informace, tyto otázky a budou se pouze čerpat ze zdravotní dokumentace klienta od jeho praktického lékaře.

Dále také například příprava na sociální šetření by mohla být více u sociálních pracovníků propracovanější. Respondenti (občané s tělesným postižením) uváděli, že jim například chybí znalosti ohledně další pomoci kam se obrátit – doporučení na firmy zabývající se zvláštními pomůckami apod. Sociální pracovníky by se měly více zajímat o daného klienta,

zjistit si již před sociálním šetřením o co by ještě mohl klient popřípadě zažádat a již s sebou si vzít tiskopisy na vyřízení dalších dávek sociální péče, o které by si mohl klient relativně požádat nebo seznamy firem zabývajících se zvláštními pomůckami dle typu postižení klienta.

Občané s tělesným postižením také často uváděli, že v nich sociální šetření nezanechává nijak zvláštní pocity, že je tato metoda práce s jednotlivcem ničím nepřekvapila, ale ani nezklamala. Jednoduše měli respondenti (občané s tělesným postižením) neutrální pocity po zkušenosti s provedením sociálního šetření pracovníci. To by bylo hodno také změnit. Sociální pracovníce by mohly být více proškoleny v oblasti komunikace, asertivity, jak jednat s lidmi s postižením apod., pomocí školících kurzů. Ve výsledku by pak klient byl spokojenější s výsledkem práce dané sociální pracovníce a samotné pracovníce o něco vzdělanější v další oblasti práce s jedinci s postižením.

Dále například otázka reakcí při seznámení klienta s provedením sociálního šetření by se mohla více prohloubit a změnit. Předcházet negativním reakcím proč vůbec sociální šetření dělat, k čemu to je apod. by se mohlo způsobem, kdy na stránkách daného úřadu by byly uvedeny důvody provádění sociálního šetření, samotný průběh sociálního šetření a také vzory otázek, okruhy otázek, které jsou kladeny při sociálních šetření. Občané s postižením by se tak mohli předem na okruhy otázek připravit a nebyli by již tak zaskočení či nepříjemně naladěni.

Co ve výzkumu také „zaznělo“ je přístup pracovníc k osobám s tělesným postižením. Zde uvedly všechny pracovníce, že lidi s postižením berou jako všechny ostatní bytosti – se svými právy i povinnosti, a také k nim tak přistupují. To je dle mého názoru v pořádku. Pracovníce nedělají rozdíly mezi „zdravými jedinci“ a „jedinci s postižením.“ Uváděly také, že je to zejména o individuálním přístupu, kdy každý jsme jiný a je nutné tedy přistupovat ke každému člověku zvlášť a individuálně.

U dovednostech při práci často pracovníce uváděly podobné aspekty. Jen mi více chyběly sociální aspekty – jako poskytování rad, informací, poradenství... to nebylo zmíněno skoro vůbec. Proto bych zejména doporučila sociálním pracovnícím, zaměřit se zejména na tyto prvky práce s lidmi s postižením. Občané s tělesným postižením je také často uváděli jako chybějící části při sociálním šetření, jako takové mezery. Zlepšení v této oblasti by tedy bylo více než potřebné.

V závěru mého výzkumu jsem si jisté předpoklady odpovědí potvrdila, ale některé odpovědi respondentů mě i překvapily. Myslím si, že mé výsledky výzkumu by bylo možno využít pro zlepšení a zkvalitnění sociálního šetření prováděného sociálními pracovníky, zejména na Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem vymezila související témata s danou problematikou sociálního šetření a to spojitost se sociální prací obecně, se sociálním poradenstvím, se sociálním pracovníkem, s životem osob se zdravotním postižením (tělesným postižením) – jejich vzdělávání, zaměstnávání, jejich styk s rodinou, s kamarády apod. a kvalitativními charakteristikami vystihnout problematiku sociálního šetření z pohledu občanů s tělesným postižením a sociálních pracovníků Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí. Cílem mé práce bylo zejména i využít znalosti z práce na Magistrátu jako sociální pracovnice a použít je jako podklad pro vypracování mé závěrečné práce v magisterském studiu na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Doufám, že přečtení mé práce bude přínosné a to zejména pro další sociální pracovníky, poskytovatele sociálních služeb... a jiné „odborníky“ pracující v sociální oblasti. Ale v neposlední řadě také například pro osoby se zdravotním postižením jako pro „laiky“, kteří chtějí více proniknout do problematiky sociálního šetření, která jsou nutná pro určení výše dané dávky sociální péče, o které si na Sociálním odboru úřadů požádají.

Provedený kvalitativní výzkum (empirická část mé diplomové práce) mě zcela jistě obohatila o nové poznatky v dané problematice. Umožnila mi širší vnímání problematiky sociálního šetření, a to i z pohledu klienta, tedy nejen subjektivního pohledu sociálního pracovníka pracujícího na úřadu.

Věřím, že má doporučení pro praxi pro zlepšení této metody práce s jednotlivcem budou využity a uplatněny při další práci s osobami s postižením.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

JANKOVSKÝ Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

KRÁLOVÁ Jarmila, RÁŽOVÁ Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: Anag, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.

LEVICKÁ Jana A KOL. *Sociální práce I*. Trnava: Cliva, 2007. ISBN 978-80-969454-2-9.

MATOUŠEK Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál s. r. o, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK Oldřich A KOL. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK Oldřich A KOL. *Sociální služby*. Praha: Portál s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

NAVRÁTIL Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

NIEDERLE, Petr. *Zákon o pomoci v hmotné nouzi a zákon o životním a existenčním minimu*. Praha: Institut pro místní správu Praha, 2009. ISBN 978-80-86976-17-4.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

SCHAVEL Milan, OLÁH Michal. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. ISBN 80-8068-487-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál s. r. o., 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s. r. o. , 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VOTAVA Jiří A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.

ČESKO. Zákon č. 111/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

**apod.** a podobně

**tzn.** to znamená

**tj.** to je

**např.** například

## SEZNAM TABULEK

**Tabulka 1.** Paradigmatický model – občané s tělesným postižením

**Tabulka 2.** Paradigmatický model – sociální pracovníce



## SEZNAM PŘÍLOH 1

1. Kolik je Vám let?
2. Jakou máte diagnózu tělesného postižení? Zda je Vaše zdravotní omezení vrozené či získané vlivem úrazu?
3. Pobíráte/Pobíral/a jste dávky sociální péče na Magistrátu města Zlína pro Vás určené, které byly podmíněny sociálním šetřením danou sociální pracovnící? A jaké dávky to byly?
4. Některé dávky sociální péče jsou často podmíněny již zmíněným sociálním šetřením v domácnostech klientů sociálními pracovníci – jak vnímáte tento způsob zjišťování sociální situace?
5. Proč si myslíte, že se sociální šetření provádí v domácnostech klientů?
6. Pokud u Vás již proběhlo sociální šetření, uveďte, jaký máte na něj názor?
7. Jaký pocit ve Vás zachovalo sociální šetření a samotná návštěva sociálního pracovníka/pracovnice?
8. Popište, jak probíhalo sociální šetření prováděné danou sociální pracovnící ve Vaší domácnosti? Jak na Vás působila sociální pracovníce a její vystupování? Co byste například sociálním pracovnícím doporučil/a změnit během dalšího sociálního šetření? Čeho by se měly pracovníce například vyvarovat a na co by se naopak měly zaměřit?
9. Co Vás napadá, když si vzpomenete na otázky, které byly kladeny při sociálním šetření?

10. Jak vnímáte otázky, které se týkají Vašeho zdravotního omezení?
  
11. Jak vnímáte při sociálním šetření příchod sociálních pracovníků z úřadu k Vám do domácnosti? Jak se připravujete na dané sociální šetření? Jak to na Vás všechno působí?
  
12. Jaký jste měl/a pocit z osoby daného sociálního pracovníka/pracovnice?
  
13. Na závěr bych se Vás chtěla zeptat, zda Vás ještě něco napadá k této „problematice sociálního šetření?“

## SEZNAM PŘÍLOH 2

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovník/pracovnice? A jak dlouho pracujete jako sociální pracovník/pracovnice na Magistrátu města Zlína Odboru sociálních věcí, oddělení pro seniory a osoby se zdravotním postižením?
3. U jakých typů dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením se provádí sociální šetření sociálním pracovníkem/pracovnicí?
4. Některé dávky sociální péče jsou tedy podmíněny sociálním šetřením v domácnostech klientů sociálními pracovníky/pracovnicemi – jak vnímáte tento způsob zjišťování sociální situace?
5. Jak se cítíte, když jako sociální pracovník/pracovnice přicházíte do domácnosti občana se zdravotním omezením?
6. Jaký máte postoj k okruhu otázek, které jsou dány při sociálním šetření?
7. Jak vnímáte otázky, které jsou kladeny občanům s tělesným postižením na jejich zdravotní omezení?
8. Jaké máte pocity při sociálním šetření?
9. Jak se připravujete na sociální šetření?

10. S jakými reakcemi se setkáváte při oznámení provedení sociálního šetření?
11. Na co se nejčastěji zaměřujete a dotazujete během sociálního šetření?
12. Jak vnímáte osobu se zdravotním postižením?
13. Které dovednosti považujete za potřebné a pomocné – přínosné při návštěvě u klienta se zdravotním postižením?
14. Jak byste na závěr vyjádřil/a názor k přínosu sociálního šetření při poskytování dávek sociální péče pro osoby se zdravotním postižením?

**SEZNAM PŘÍLOH 3****Záznam ze sociálního šetření u seniorů a zdravotně  
postiženým spoluobčanů**

Příjmení, jméno žadatele (zákonného zástupce):

Trvalé bydliště (místo pobytu):

Telefonní kontakt:

Účel sociálního šetření:

Zdravotní stav

(diagnóza, schopnost sebeobsluhy – intimní úkony, sociální život – nákupy, vaření apod., ortoped., kompenzační nebo jiné pomůcky, dietní stravování, mimořádné výhody, příspěvek na péči, využití sociálních služeb):

Ošetřující praktický lékař (odborní lékaři, zdravotnická a sociální zařízení, četnost návštěv):

Osoby žijící ve společné domácnosti (rodina):

Celkové majetkové poměry (bydlení - domácnost, příjmy, náklady na domácnost apod.):

Využití (motorového vozidla, zvláštní pomůcky, účel úpravy):

Datum, jméno pracovníka: