

Osoba se zdravotním postižením v systému sociálních služeb na Vsetínsku

Bc. Denisa Nikischerová

Diplomová práce
2018/2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Denisa Nikischerová**

Osobní číslo: **H170503**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Osoba se zdravotním postižením v systému sociálních služeb na Vsetínsku**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, problematiky osob se zdravotním postižením a sociální péče.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

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, Oldřich. Slovník sociální práce. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

21. listopadu 2018

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2019

Ve Zlíně dne 21. listopadu 2018

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

L.S.

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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 14. 4. 2019

1) 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 nahlížení 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). Odpírá-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 výdělků jím 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 výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá osobami se zdravotním postižením v systému sociálních služeb na Vsetínsku. Teoretická část vymezuje terminologii a teoretická východiska z oblasti sociální péče, sociálních služeb a problematiky osob se zdravotním postižením. Praktická část předkládá empirický výzkum zaměřený na zkoumání aspektů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, a to pohledem sociálních pracovníků. Cílem práce je identifikovat aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením za využití rozhovorů.

Klíčová slova:

Sociální služba, sociální práce, sociální pomoc, sociální péče, zdravotní postižení

ABSTRACT

This master thesis is focused on health disabilities of people registered in social services system in Vsetín region. Theoretical part deals with specification of definitions in the area of social care and services and the question of people with health disabilities. The Practical part presents the empirical research focused on investigation of aspects, which influence the usage of social services in Vsetín region by people with health disabilities. The research was mainly based on the outlook of social workers on this topic. The goal of this thesis is to evaluate the valuable information gathered from the interviews with disabled people, thus identifying the aspects that affect the usage of the social services in Vsetín region.

Keywords:

Social services, social work, social assistance, social welfare, disability

Děkuji tímto Mgr. Jakubu Hladíkovi, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení mé diplomové práce, a zároveň za cenné rady při jejím zpracování.

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

OBSAH

ÚVOD.....	5
I TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 SOCIÁLNÍ STÁT A SOCIÁLNÍ POLITIKA STÁTU.....	8
1.1 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	10
1.2 SOCIÁLNÍ POMOC VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	13
1.3 SOCIÁLNÍ PÉČE VE VZTAHU K OSOBĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	15
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	18
2.1 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	21
2.2 DRUHY A FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	22
2.3 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	24
2.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	26
3 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	30
3.1 KLASIFIKACE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	31
3.2 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM SOUČÁSTÍ SPOLEČNOSTI	33
3.3 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE.....	35
3.4 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JAKO PŘEDMĚT ZÁJMU SOCIÁLNÍ PRÁCE	37
3.5 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO MOŽNOST UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	42
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4.3 VÝZKUMNÉ CÍLE	43
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU.....	44
4.5 POJETÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	45
4.6 METODA SBĚRU DAT A ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	45
5 ANALÝZA DAT.....	49
5.1 STRUKTURÁLNÍ NEDOSTATKY	49
5.2 INDIVIDUALITA JEDINCE	52
5.3 STRAŠÁCI	57
5.4 VLIVEM RODINNÉHO ZÁZEMÍ.....	60
5.5 NEINFORMOVANOST BRZDOU	62
5.6 NA VÁŽKÁCH	65
6 INTERPRETACE DAT.....	69
7 NÁVRHY A DOPORUČENÍ PRO PRAKTICKÉ VYUŽITÍ	75
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Naše společnost je složena z mnoha sociálních skupin. Za jednu ze sociálních skupin můžeme označit osoby se zdravotním postižením. Stát se prostřednictvím svých opatření a zásahů snaží o ochranu práv všech svých obyvatel. Některým jedincům či skupinám však musí stát věnovat větší pozornost, a to kvůli jejich zranitelnosti a omezeným možnostem samostatně hájit svá práva. V diplomové práci se zaměříme na jednu z forem pomoci, a to na sektor sociálních služeb.

Otázkou zůstává, jak lidem se zdravotním postižením vynahradit, vykompenzovat jejich život se zdravotním postižením? Asi úplně nelze. Asi se nám to, i přes obrovskou snahu a prostředky, nikdy zcela nepodaří. Musíme však neustále hledat možnosti, jak poskytnout osobám se zdravotním postižením plnohodnotný život. A právě sociální služby zde vytvářejí velký prostor pro neustálý možný rozvoj v poskytování kvalitní péče a podpory těchto osob. Mnohdy se stává využívání sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a pečující osoby nedílnou součástí jejich běžného života.

V teoretické části práce se soustředíme na vymezení pojmů z problematiky osob se zdravotním postižením, dále zasadíme osobu se zdravotním postižením do kontextu sociálně péče, sociální práce a sociálních služeb.

Prostřednictvím realizace kvalitativního výzkumu zmapujeme, jakým způsobem osoby se zdravotním postižením využívají sociální služby na Vsetínsku, a to pohledem sociálních pracovníků ze sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Odkryjeme, jak sociální pracovníci nahlízejí na aspekty, které mohou ovlivňovat využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením na Vsetínsku.

Hlavním cílem práce je identifikovat jednotlivé aspekty, činitele, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, a zároveň navrhnout možné způsoby, metody, postupy, techniky, jak s těmito aspekty pracovat.

Na základě výpovědí odborníků z praxe, sociálních pracovníků s dlouholetou praxí v oboru sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením vypracujeme souhrn možných metod práce s osobou se zdravotním postižením a pečujícími osobami, kterými můžeme pozitivně působit na činitele, které ovlivňují využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením na Vsetínsku.

Za pomoci vytvořeného konceptu metod práce můžeme přispět ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb, a tím také k životu osob se zdravotním postižením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ STÁT A SOCIÁLNÍ POLITIKA STÁTU

Sousloví sociální stát se skládá ze dvou slov, a to sociální a stát. Níže se seznámíme s významem každého z nich samostatně, a pak následně vymezíme jejich spojení dle jednotlivých autorů.

Knausová (2005, s. 9-10) rozlišuje tři úrovně **pojmu „sociální“**. Ve významové rovině první chápe sociální jako synonymum ke slovu společenský, tj. týkající se společnosti, v rovině druhé je sociální chápáno jako snaha o zlepšení životních podmínek osob a společnosti. Významová rovina třetí se soustřeďuje již k řešení specifických nouzových situací.

Stát definuje Tomeš (2010, s. 110) jako specifickou formu organizace společnosti, která se odlišuje od jiných forem společnosti především politickou mocí, definovaným územím, vlastním majetkem a obyvatelstvem.

Sociální stát chápe Večeřa (2001, s. 11) jako podobu moderního státu. Sociální stát zajišťuje vedle sociálních aktivit všechny běžné funkce státu, ať už jde o činnosti obrácené směrem dovnitř státu, nebo navenek. Sociální stát je tedy specifickou politickou institucí společnosti, proto je důležité ho vymezit v souvislosti se zkoumanou problematikou.

Tomeš (2010, s. 120) vymezuje sociální stát jako produkt historického vývoje společnosti a veřejně organizované solidarity. V evropském pojetí se jedná o roli státu vůči občanům, zaručuje právo na důstojnost, svobodu, solidaritu a participaci na veřejném životě společnosti.

Kaczor (2015, s. 11) definuje **sociální systém** takto: „*Sociálním systémem rozumíme komplex zákonů a institucí, které jsou výrazem preferencí vládnoucí politické reprezentace a jejichž prostřednictvím se má sociální politika v konkrétním státě provádět. Mění-li se tedy politická reprezentace, mění se zpravidla i sociální politika a sociální systém jakožto nástroj k jejímu uskutečňování.*“

Tomeš (2014, s. 21) definuje **sociální právo** jako odvětví veřejného práva, které upravuje veřejné intervence, zásahy do soukromoprávních vztahů v zájmu sociální ochrany občanů.

Politiku lze dle Knausové (2005, s. 10) charakterizovat jako soubor aktivit, jimiž je společnost řízena, jedná se o konkrétní opatření a způsoby jednání různých subjektů na nejrůznějších úrovních, které ovlivňují společenskou realitu.

Sociální politika se dle Krebse zabývá volbami mezi konfliktními politickými cíli a zabývá se tím, jak jsou záměry formulovány, prosazovány a realizovány v sociálních službách. Jedná se o soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu

nebo o udržení a fungování svého nebo jiného (státního, obecního) sociálního systému. (Krebs, 2015, s. 22)

Dalším autorem, který vymezuje sociální politiku, je Tomeš (2001, s. 20) definuje jako soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a fungování sociálního systému.

Na význam sociální politiky poukazují Oláh, Schavel, Ondrušová (2008, s. 79). Dle těchto autorů spočívá význam sociální politiky v záměrném rozvoji člověka a způsobu jeho života, ve zlepšování životních podmínek lidí a zabezpečení jejich sociální suverenity v rámci konkrétních politických a hospodářských možností daného státu. V nejvšeobecnější rovině můžeme spatřovat význam sociální politiky ve starostlivosti o blahobyt lidí.

Tomeš (2001, s. 16) uvádí, že státní sociální politika směřuje především k sociální ochraně občanů. Státní sociální politika realizuje plnění svých základních cílů pomocí programů a plánů, sociální doktrínou, která je dána ústavou a právními předpisy. Ty určují metody prevence, terapie a rehabilitace sociálních problémů občanů a ochrany jejich nezadatelných sociálních práv. Sociální politika usiluje pomocí sociálního práva a sociálních institucí o sociální ochranu lidí. Povinností státu je tedy tuto ochranu dostatečně zabezpečit.

O přiblížení sociální politiky a o její zasazení do kontextu politik se pokouší Krebs (2015, s. 17-18), vymezuje sociální politiku a dodává, že: „...sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života.“ A dále poukazuje na to, že sociální politika v moderní společnosti je její součástí, snaží se o rozvoj sociální sféry a hledá odpovědi na specifické otázky, na které nereagují a neodpovídají ostatní sféry společenského života.

Sociální politikou se zabývá i Beblavý (2009, s. 10). Beblavý vnímá sociální politiku jako jednu oblast veřejné politiky, která se primárně zabývá tím, jak by společnost měla pomoci lidem, kteří jsou vystaveni důsledkům znevýhodnění či selhání trhu nebo rodiny.

Matoušek a kol. (2007, s. 178) poukazuje na dva důležité nástroje realizace sociální politiky ve vztahu k určitým skupinám obyvatel, v našem případě ke skupině osob se zdravotním postižením, a to na sociální služby a sociální práci v nich vykonávanou.

Dalším pojmem, který je zapotřebí vymezit je dle Tomeše (2010, s. 33) sociální ochrana. **Sociální ochrana** je označení pro soubor všech soustav a nástrojů, kterými se provádí zabezpečení záměrů sociální ochrany usilující o sociální začlenění všech občanů státu a o snahu bojovat proti jejich sociální vyloučenosti.

1.1 Sociální zabezpečení ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Naším prioritním cílem nyní je vymezit pojem **sociální zabezpečení** a s ním související termín **sociální bezpečnost**. Tomeš (2010, s. 31-32) poukazuje na rozdíl mezi pojmy sociální zabezpečení a sociální bezpečnost. Sociální zabezpečení směřuje k určitému stavu (zabezpečování) a sociální bezpečnost je poté výsledným stavem. Sociální zabezpečení zahrnuje pouze soustavy povinných dávek a služeb, na něž má každý občan nárok ze zákona. Pro evropské státy platí, že je občanům zaručeno právo na životním minimum, tedy na zabezpečení jedince i v případě, kdy nemá právní nárok na veřejnou dávku či službu. Zmíněné právo se realizuje sítí sociální pomoci a sociální péče, jež poskytují potřebným jedincům dávky, podpory a hradí služby z veřejných fondů. Právní nárok na tyto dávky však vzniká občanovi, jen v případě, že splní podmínky, které jsou ověřovány kompetentními veřejnými orgány. Tomeš definuje termín sociální bezpečnost a říká, že: „*Obecně se jím označuje skutečnost, že občan není vystaven nebezpečí existenční likvidace.*“

Petrášek (2014, s. 26) poukazuje na **rovnost přístupu a možností všech občanů státu** v oblasti vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnání a sociálního zabezpečení. Avšak aby byly tyto možnosti také realizovatelné, je potřeba v některých oblastech sociální politiky zvláštních opatření a nástrojů, které mají poskytnout osobám se zdravotním postižením vyrovnání příležitostí.

K **systému rovných šancí** se také vyjadřuje Matoušek (2011, s. 10) a uvádí, že je zapotřebí znevýhodněným jedincům vyrovnávat šance na společenské uplatnění, jelikož každý člověk má hodnotu, kterou nelze odvodit z jeho postavení a zásluh. Dodává dále, že ve 20. století byla vymezena skupina lidských práv, a to práva sociální. Každý člověk má právo na práci, na vzdělání, na přiměřené pracovní podmínky, na životní úroveň, na rodinu a také právo na státní ochranu v určitých sociálních situacích, což se v České republice nazývá souhrnným pojmem - sociální zabezpečení.

Sociální zabezpečení je zajišťováno prostřednictvím:

- sociálními příjmy (princip pojištění a prostých dávek);

- sociálními službami;
- sociálními azyly (formy azylů využívaných zejména při selhání přirozených zdrojů suverenity a bezpečnosti). (Krebs, 2015, s. 184)

Nyní se soustředíme na systém státního sociálního zabezpečení. Legislativou upravující systém státního sociálního zabezpečení je Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Systém státního sociálního zabezpečení se skládá ze tří oblastí, a to:

- sociálního pojištění,
- státní sociální podpory a
- sociální pomoci.

Sociální pojištění se dělí na dvě oblasti, a to důchodové pojištění a nemocenské pojištění.

Důchodový systém je založen na povinném základním důchodovém pojištění podle Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dále Zákona č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů a Zákona č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů. Z důchodového pojištění se vyplácí důchody:

- starobní,
- invalidní,
- vdovský, vdovecký a
- sirotčí. (ČR, 1995)

Vzhledem k tématu práce se budeme více zabývat důchodem invalidním. Nejprve si však vymežíme pojem invalidita.

Invalidita je porucha zdraví, která je dlouhodobého až trvalého charakteru a má za následek pokles či ztrátu schopnosti pracovat. (Arnoldová, 2016, s. 182)

Tomeš (2010, s. 216) definuje invaliditu následovně: „*Obecně vzato za invaliditu označujeme stabilizovanou fázi nemoci se zdravotním postižením dlouhodobějšího rázu. Invaliditu chápeme jako významnější přechodné nebo trvalé tělesné či duševní poškození nebo ztrátu určité funkce či části organismu s následnou sníženou pracovní schopností, popř. společenským uplatněním.*“

Invalidní důchod slouží k vyrovnání příjmu občana, jehož schopnost soustavné výdělečné činnosti je snížena z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Arnoldová, 2016, s. 182)

Tomeš (2010, s. 223-224) se věnuje **pojímání zdravotního postižení a znevýhodnění jako sociální události**. Zdravotní postižení či znevýhodnění jsou pojmy širšího rázu než pojem invalidita. Ne každá osoba se zdravotním postižením má nárok na invalidní důchod. Zdravotní postižení se stane sociální událostí za předpokladu, kdy ztíží ekonomické či pracovní uplatnění, případně si vyžádá mimořádné náklady a služby na začlenění se do sfér veřejného života.

Výše invalidního důchodu se odvíjí v závislosti na zjištěném stupni invalidity. Invalidní důchod se dělí na invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně, na invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně a na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v **míře poklesu pracovní schopnosti jedince**. Invalidita je vymezena jako pokles pracovní schopnosti, který nastal z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, a to v rozsahu nejméně o 35 %. Podle míry poklesu pracovní schopnosti jedince zákon o důchodovém pojištění rozlišuje 3 stupně invalidity.

V případě, že pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. (CSSZ, 2018)

System nemocenského pojištění poté upraveno Zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Ze systému nemocenského pojištění jsou vypláceny peněžité dávky, a to:

- nemocenské,
- peněžité pomoc v mateřství,
- ošetřovné a
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství.

Státní sociální podpora je upravena Zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují následující dávky, a to:

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,

- příspěvek na bydlení,
- porodné a
- pohřebné.

Sociální pomoci, jakožto třetímu pilíři sociálního zabezpečení, se budeme věnovat v následující samostatné podkapitole, a to z důvodu koncepce tohoto pilíře, kdy do sítě podpůrných prostředků sociální pomoci patří i oblast sociálních služeb a dávek osobám se zdravotním postižením.

1.2 Sociální pomoc ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Vymezením sociální pomoci se zabývá Tomeš (2010, s. 37) a uvádí, že pojem sociální pomoc, nahradil starší termín chudinská péče či chudinská podpora. Tomeš dále říká, že sociální pomoc: „*Označuje jednu z nejstarších forem přerozdělování, kterou stát pomáhal těm, kdo to prokazatelně potřebovali. Pojem sociální pomoc lze definovat také jako pomoc poskytovanou sociálním subjektem osobám ve stavu nouze k uspokojování jejich základních potřeb v nezbytném či přiměřeném rozsahu. Nové pojetí sociální pomoci klade větší důraz na aktivní úlohu objektu (klienta) sociální pomoci a na jeho občanskou odpovědnost za sebe a svoji rodinu.*“ Také dodává, že občan není své odpovědnosti zbaven ani ve stavu nouze, kterou není schopen vlastními silami překonat. Prostředky ze soustavy sociální pomoci se poskytují až po vyčerpání jiných zdrojů ze soustavy sociálního pojištění a státní sociální podpory, nebo pokud tyto dávky a služby samy o sobě nestačí k překonání tíživé sociální situace. Dávky sociální pomoci jsou poskytovány formou peněžitou, věcnou nebo se realizují formou služeb.

Sociální pomoc je poté upravena Zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších podpisů. Dalšími právními předpisy související jsou zejména Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Ze sociální pomoci jsou vypláceny dávky v hmotné nouzi, a to:

- příspěvek na živobytí,
- doplatek na bydlení a
- mimořádná okamžitá pomoc.

Jak poznamenává Krebs (2015, s. 302) sociální pomoc **slouží k zabezpečení základních životních potřeb** jedinců v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků či v takových sociálních situacích, kdy jedinec není schopen sám ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečit své základní životní potřeby. „*Základními životními potřebami občana se rozumí jeho základní biologické, psychické a sociální potřeby, a to na úrovni přijatelné pro společnost a nevedoucí k jeho vyloučení ze společnosti.*“ (Krebs, 2015, s. 322)

Sociální pomocí se dle Matouška (2016, s. 200) rozumí peněžní či věcné dávky a služby poskytované za určitých podmínek, na základě určitých kritérií a průzkumu majetkových poměrů jednotlivcům nebo rodinám, které se nacházejí na spodní hranici příjmového žebříčku nebo pod určitou úrovní sociálního minima.

Mezi **základní nástroje sociální pomoci** řadíme poradenství, prevenci sociálně patologických jevů, sociálně-právní ochrana, dávky sociální pomoci a sociální služby (Krebs, 2015, s. 306).

Jak už jsme dříve v textu práce zmínili, do systému podpurných prostředků systému sociální pomoci spadají i dávky pro osoby se zdravotním postižením, které upravuje Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Legislativní rámec zde konkretizuje podmínky pro poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování, dále průkaz osoby se zdravotním postižením. Osobě se zdravotním postižením se poskytuje **příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku**. Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením, a to průkaz se symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, o kterém se budeme níže zmiňovat. Podmínkou pro uznání nároku na příspěvek na mobilitu také je, že osoba se opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována, a zároveň jí nejsou poskytovány pobytové sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má jedinec, který má těžkou vadu nosného, pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení či těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Příspěvek na zvláštní pomůcku může být poskytnut např. na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému. (ČR, 2006)

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, poté upravuje druhy a typy zvláštních pomůcek, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku. Uvedená vyhláška také upravuje **dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením**, a to průkaz TP, ZTP nebo ZTP/P. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. (ČR, 2011)

1.3 Sociální péče ve vztahu k osobě se zdravotním postižením

Arnoldová (2016, s. 66-67) hovoří o **sociální péči jako o součásti sociální politiky**, kdy bývá definována jako úsilí o uspokojování uznávaných sociálních potřeb dávkami a službami sociální péče na základě sociálního systému státu. Sociální péče zajišťuje podporu občanům, kterým nejsou životní potřeby dostatečně zabezpečovány příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového, nemocenského zabezpečení či jinými příjmy. Dále občanům, jejichž zdravotní stav nebo věk, popřípadě jiný aspekt nedovoluje překonat samostatně obtížnou životní situaci či nepříznivé zdravotní poměry. Sociální péče napomáhá uspokojit objektivně uznané potřeby, a to hmotné, psychické i sociální.

Pro lepší vhled do problematiky sociální péče a jejího zacílení si představíme vymezení od Matouška (2016, s. 198), který definuje **pojem sociální péče jako formu společenské solidarity** a dle něj představuje redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj osoby. Dále Matoušek uvádí, že u nás je na tento pojem pohlíženo úžeji, jako na synonymum pro sociální pomoc, která je dle stávající legislativní součástí sociálního zabezpečení. Sociální péči se tedy rozumí finanční dávky, věcné dávky a taktéž služby.

Tomeš (2018, s. 25) se ve své publikaci zabývá termínem **solidarita**. Tomeš uvádí, že solidarita může být chápána jako pospolitost ve smyslu držet pohromadě, soudržnost ve společnosti lidí, jež mají společné zájmy, a zároveň jako určitá dohoda, která je založena na rovnoprávnosti, vzájemnosti a rovnosti mezi účastníky.

Na pojem **sociální péče neboli social welfare** můžeme nahlížet ze dvou hledisek. Sociální péči v užším smyslu definujeme jako souhrn opatření, která společnost vytvořila, aby zvládla sociální problémy, které se ve společnosti vyskytují. Druhé pojetí, tedy v širším smyslu, chápeme sociální péči jako synonymum sociálních dávek a služeb. (Tomeš, 2010, s. 34-35)

Novosad (2009, s. 75) konstatuje, že cílem moderní a perspektivní péče o osoby se zdravotním postižením by mělo být zpřístupnit šance, a tím jim zajistit rovnost příležitostí. Jako řešení vidí adresnou a diferencovanou podporu osoby se zdravotním postižením, podporu jejich rodin a podporu rozvoje speciálních služeb, v nichž se stává klient zákazníkem, který zná své potřeby a možnosti a volí si takové služby, které nejvíce vyhovují z praktického hlediska i z hlediska vlastní důstojnosti.

Příspěvkem na péči jako podpůrným nástrojem při péči o zdraví osob se zdravotním postižením se zabývá Tomeš (2011, s. 166-167) a poznamenává, že zdravotnictví je důležitou složkou sociálního zabezpečení, která je často hrazena samotným jedincem. Péče o zdraví jedinců s postižením zajišťují dále sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Příspěvek na péči má poté primárně sloužit k nákupu potřebné služby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů uvádí, že příspěvek na péči je určen osobě, která je závislá v určitém rozsahu na pomoci jiné fyzické osoby. Tento příspěvek slouží na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb osob.

Pokud hovoříme o nároku na příspěvek na péči, vždy se musí u jedince jednat o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Za **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** považujeme zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok, a zároveň narušuje funkční schopnosti, které jsou potřebné pro zajišťování základních životních potřeb. (ČR, 2006) Tento příspěvek dále upravuje Vyhláška č. 505/2006 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Při posuzování nároku na příspěvek na péči se bere v potaz věk posuzované osoby. V případě, že je posuzovaná osobě do 18 let věku, může být uznána osobou:

- závislou v I. stupni, jestliže není schopna zvládat tři základní životní potřeby;

- závislou ve II. stupni, jestliže není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb;
- závislou ve III. stupni, jestliže není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb;
- závislou ve IV. stupni, jestliže není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

V případě, že je posuzované osobě nad 18 let věku, může být uznána osobou:

- závislou v I. stupni, jestliže není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby;
- závislou ve II. stupni, jestliže není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb;
- závislou ve III. stupni, jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb;
- závislou ve IV. stupni, jestliže není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. (ČR, 2006)

Mezi posuzované základní životní potřeby patří následující:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost, která se neposuzuje u osoby mladší 18 let. (ČR, 2006)

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V oblasti sociálních služeb došlo v posledních desetiletích k řadě významných změn. Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 9-10) poukazují na **proměny v sociálním systému** po roce 1989, kdy došlo v ČR v souvislosti s politicko-ekonomickými změnami k zahájení procesu transformace v oblasti sociálních služeb. Celý proces transformace sociálního systému a sociální politiky byl výrazně ovlivněn také skutečností, že nový zákon o sociálních službách vznikl více než deset let, což sociální služby podstatně omezovalo v jejich rozvoji. Opravdový rozvoj v oblasti sociální služeb nastal až s účinností Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Řídící, metodická a koordinační činnost v oblasti sociální péče a sociálních služeb zůstala v dikci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Matoušek (2011, s. 9) definuje **sociální službu** jako službu, která je poskytována osobám společensky znevýhodněným, za účelem zlepšení kvality jejich života, začlenění do společnosti, nebo jako ochrana společnosti před riziky, jejichž jsou tyto osoby nositeli. Sociální služby zohledňují osobu uživatele, jeho rodinu, skupiny, do kterých patří, popřípadě zájmy širšího společenství.

Sokol, Trefilová (2008, s. 59) definují **oblasti, jež mají cíleně sociální služby podporovat**, a to:

- zachování či rozvoj soběstačnosti uživatele služby,
- navrácení do vlastního domácího prostředí,
- zachování či obnovení původního životního stylu,
- rozvíjení schopností uživatelů a v případě, že je to možné, umožnit jim vést samostatný život,
- snížení sociálního a zdravotního rizika, jež souvisí se způsobem života uživatele služeb,
- zajištění důstojného zacházení a prostředí pro uživatele služby.

Matoušek (2011, s. 11) připomíná, že sociální služby jsou v užším, rezortním pojetí součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativou jsou zařazeny do oblasti sociální pomoci.

Rozlišením pojmů služba sociální péče a sociální služba se zabývá Vojtíšek (2018, s. 28-30). Nejprve se však věnuje vymezení termínu **služba sociální péče**. Využívá pojem služba

sociální péče pro označení služby, jejímž objednatelem je zároveň příjemce podpory a péče. Jedná se o služby, u kterých se o jejich úhradě rozhoduje primárně klient. Tímto se Vojtíšek pojmově vymezuje od souhrnného pojmu sociální služby, které zároveň zahrnují i služby sociální prevence, jejichž objednavatelem je subjekt sociální politiky a jež se zaměřují na objekty sociální politiky. Tyto služby se poskytují bezplatně.

Sociální služby jsou specializované činnosti, jež mají pomoci jedinci řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Jelikož jsou příčiny vzniku nepříznivé sociální situace různé, existuje velké množství druhů sociálních služeb. Je však důležité si uvědomit, že poskytnutí sociální služby nedokáže v plné míře odstranit tyto příčiny. Poskytnutí sociální služby má osobě pomoci, respektive podporovat jeho vlastní aktivitu vedoucí k řešení jeho nepříznivé sociální situace. Z uvedeného tedy vyplývá, že každá sociální služba musí být poskytována tak, aby maximálně podporovala samostatnost a svébytnost člověka a chránila jeho důstojnost. (Arnoldová, 2016, s. 9)

Michalík (2008, s. 12) definuje **nepříznivou sociální situaci** jako: „*oslabení nebo ztráta schopnosti (a to z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů) řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením*“. Sociální vyloučení poté chápe jako vyčlenění jedince z běžného života společnosti a znemožnění jeho opětovného zapojení do něj z důvodu nepříznivé sociální situace.

Malík Holasová (2014, s. 15) hovoří o **triádě sociálních služeb**. Do této triády se řadí poskytovatel, zadavatel a příjemce sociální služby. Zadavatelem sociální služby neboli plátcem služby se stávají obce, kraje. Poskytovatelem neboli dodavatelem sociální služby chápeme osobu či organizaci, která službu poskytuje. Příjemce sociální služby, jak už bylo výše zmíněno, osoba, které sociální službu využívá a je pro ni určena.

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 10) zároveň uvádí, že po roce 1989 došlo v oblasti sociálních služeb k velkým změnám, do určité míry došlo ke komercializaci sociálních služeb. Svou tradiční roli začal zastávat opět občanský a církevní sektor, nezastupitelnou roli poté získal sektor neziskový. V místech, kde neplnily svou funkci samosprávy či poskytovatelé zřizovaní obcemi, městy či kraji, zajistil nabídku a poskytování sociálních služeb právě neziskový sektor s podporou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a regionů.

Na **základní zásady v poskytování sociálních služeb** poukazují Pipeková, Vítková a kol. (2014, s. 175). Rozsah a forma pomoci, podpory, která je poskytována prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost jedince. Daná pomoc musí vycházet z individuálně stanovených potřeb osob, musí působit na jedince aktivně, podporovat jeho rozvoj v samostatnosti a směřovat k jeho sociálnímu začlenění.

Sociální služby jsou všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům. Sociální služby si kladou za cíl zvýšení kvality života klienta, případně i ochranu zájmů společnosti. (Matoušek, 2016, s. 203)

Dalším hojně využívaným pojmem v oblasti poskytování sociálních služeb je klient. Malík Holasová (2014, s. 13) definuje termín **klient**, a uvádí, že tento pojem byl zaveden v sociální práci a označuje adresáty sociální práce. Klient může být také v moderním smyslu vnímán jako zákazník, zadavatel služeb. V oblasti sociální práce se vyskytují synonyma ke slovu klient ve smyslu příjemce pomoci, a to zákazník, příjemce služby, adresát či uživatel služby.

Uživatelem sociálních služeb poté většinou rozumíme osoby v nepříznivé nebo tíživé sociální situaci, které využívají sociální služby. Tento termín však nemá v naší legislativě ukotvení. Současná teorie i praxe v oblasti poskytování sociální služby chápe pojem uživatel jako kohokoli, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby. (Pilát, 2015, s. 141-142)

Malík Holasová (2014, s. 14) dále poznamenává, že vnášení požadavků trhu do sociální práce zavedlo **chápání klienta jako zákazníka**. Z tohoto hlediska je kladen velký důraz na individuální potřeby a možnosti klienta. V tomto pojetí jsou individuální požadavky a spokojenost klienta prioritou v poskytování služeb, orientace na zákazníka je tedy hlavním cílem kvality. Aby si klient mohl zaplatit poskytnutí sociální služby dle vlastního přání a představ, byl zaveden institut příspěvku na péči.

Pilát (2015, s. 67-68) konstatuje, že **potřeby uživatelů sociálních služeb** a jejich zjišťování jsou ústředními nástroji při plánování sociální služeb i jejich poskytování. Autor také podotýká, že jedním z největších, ale také nejčastějších omylů v oblasti plánování sociálních služeb je skutečnost, že této oblasti se věnuje pozornost pouze v analytické fázi procesu komunitního plánování, přičemž bez ohledu na skutečnost, že potřeby uživatelů se dynamicky vyvíjejí, v některých případech zcela mění. Pilát uvádí, že dostupnost sociálních služeb a potřeby osob v určité oblasti jsou jednoznačně ve vzájemném vztahu, dostupnost by měla

tedy odpovídat na potřeby těchto osob. Pilát také dodává, že znalost potřeb uživatelů sociálních služeb se musí stát základním informačním zdrojem při vytváření komunitního plánu sociálních služeb. Komunitní plán má dle něj vycházet vstříc potřebám jejich uživatelů, a to s ohledem na místní možnosti a podmínky.

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 17) hovoří o **smluvním základu poskytování sociálních služeb**. Zájemce o poskytování sociální služby uzavírá dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem. Smlouva o poskytování sociálních služeb se obecně řídí občanským zákoníkem.

Na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je zřízen **Registr poskytovatelů sociálních služeb**, který napomáhá informovanosti, dostupnosti, a zároveň k efektivnímu využívání sociálních služeb. Kaczor konstatuje, že neinformovanost ve svém důsledku způsobuje nedostatečné využívání některých sociálních služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb taktéž slouží jako nástroj kontroly, a to ve smyslu možnosti ověřit si, zdali je sociální služba oficiálně registrována, a tedy odborně i právně kompetentní k jejímu poskytování. (Kaczor, 2015, s. 232-233)

2.1 Zákon o sociálních službách

Michalík (2008, s. 6) konstatuje, že přijetím nového zákona a postupnou přeměnou sociální péče na moderní pojetí sociálních služeb došlo ke skutečné **humanizaci jejich poskytování**. Jak Michalík dodává, nastala změna v postavení uživatelů sociálních služeb. V současné době je uživatel sociální služby dle legislativní úpravy v rovnoprávném postavení vůči poskytovatelům.

Smysl zákona o sociálních službách vytyčují Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 16). Prvním základním cílem je zabezpečení sociální péče všem jedincům, kteří ji nezbytně potřebují, a také sjednání nápravy právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli. Zákon vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, který se zakládá na dobrovolnosti, rovnoprávnosti, individuálním přístupu, na snaze o nevyčleňování uživatelů sociálních služeb z přirozeného prostředí ve společnosti. Důraz začal být kladen také na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli a osobami jim blízkými s cílem podpořit uživatele sociálních služeb k převzetí částečné odpovědnosti za řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociální služby.

Michalík (2008, s. 10) hovoří o tom, že primárním cílem současné legislativní úpravy sociálních služeb má být především vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách představuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci v určitém druhu nepříznivé sociální situace. Jako podporu a pomoc můžeme chápat takové spektrum činností, jež jsou nezbytné pro sociální začlenění jedince do společnosti a důstojné podmínky pro život, které odpovídají úrovni rozvoje společnosti. Mezi **charakteristiky poskytované pomoci** Michalík řadí dostupnost (z hlediska typu pomoci, územní dostupnost, informační dostupnost, ekonomická dostupnost), efektivitu (odráží potřeby člověka), kvalitu, bezpečnost (nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy osob) a hospodárnost (efektivní nakládání s finančními prostředky).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v první řadě zásadně mění přístup k osobám, které chtějí sociální služby využívat, případně už tak dělají. Zákon zaručuje všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci pomoc či podporu. Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 17) uvádějí **nové instituty, jež přinesl zákon**. Mezi tyto instituty patří smlouva o poskytování sociálních služeb, příspěvek na péči, registrace poskytovatele sociálních služeb, fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce poskytování sociálních služeb. K dispozici je definovaných 34 druhů sociálních služeb. Nárok na bezplatné poskytování sociálního poradenství může občanům pomoci orientovat se v nabídce poskytovatelů sociálních služeb. Občané mohou volit z nabídky sociálních služeb nebo využít podporu vlastní rodiny, příp. služby kombinovat. Zákon jasně definuje a následně trvá na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb, jako je zachování důstojnosti a lidských práv osob, které sociální služby využívají. Dále vymezuje individuální rozměr poskytovaných služeb, což znamená, že poskytovatel musí vycházet z potřeb konkrétní osoby, nikoliv skupiny osob či z potřeb poskytovatele služby.

2.2 Druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby můžeme rozdělit do dvou základních kategorií, a to na skupinu sociálních služeb státních a obecních a na skupinu sociálních služeb nestátních. Státní i obecní sociální služby mohou být smlouvou svěřeny nestátním organizacím či společenství občanů. Vedle těchto služeb mohou vznikat i soukromoprávní sociální služby povolené státem nebo provozované se státní podporou. (Matoušek a kol., 2007, s. 178)

Základní **druhy sociálních služeb** jsou dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů následující:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

Nyní si jednotlivé druhy sociálních služeb přiblížíme a konkretizujeme, v jakých případech jsou tyto služby využívány.

Sociální poradenství se dělí na základní poradenství (poskytnutí potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace klienta) a na odborné sociální poradenství (je zaměřeno na potřeby konkrétních cílových skupin uživatelů a zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí). **Služby sociální péče** mají pomoci osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v těch případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. **Služby sociální prevence** napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Cílem služeb sociální prevence je tedy pomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (sociálně patologické jevy, trestná činnost atd.). (Zatloukal, 2008, s. 16-19)

Formy poskytovaných sociálních služeb jsou pobytové, ambulantní a terénní. **Pobytové sociální služby** jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních poskytujících sociální služby. **Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými uživatel služby dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. **Terénními službami** se rozumí služby, které jsou uživateli služby poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí. (ČR, 2006)

Pokud se budeme zabývat odlišným dělením sociálních služeb, než jsme již uvedli, můžeme sociální služby dělit dle toho, zdali jsou poskytovány uživatelům za účelem dosažení zisku, jestli jsou poskytovány bezúplatně či za úplat. O tomto dělení sociálních služeb se zmiňuje Matoušek a kol. (2007, s. 173) a dodává, že sociální činnosti a poskytování sociálních služeb může být i podnikatelským programem. Služby hrazené (kupované) státem nebo občany mohou být provozovány za úplat a se ziskem. Zapsané spolky, nadace, obecně prospěšné

společnosti, zájmové a církevní organizace a podpůrné spolky patří mezi sociální subjekty, které vedle státu nejčastěji usilují o pomoc občanům. Sociální programy jsou jejich cílem, nikoli jen prostředkem k dosažení jiných záměrů. Realizují je, ne za účelem zisku. Někdy se souhrnně označují jako „neziskové“ nebo jako „třetí sektor“ (vedle prvního – státního a druhého – neziskového).

2.3 Kvalita sociálních služeb

V západoevropských zemích se problematika kvality sociální práce a sociálních služeb začala více rozvíjet v 80. letech 20. století a v České republice na přelomu 20. a 21. století. V počátcích vývoje byly přebírány modely kvality z podnikatelského sektoru. (Malík Holasová, 2014, s. 7)

Matoušek a kol. (2007, s. 173) zdůrazňuje, že **stát musí garantovat základní ústavní práva svým občanům**, tudíž se zaručuje za to, že poskytované služby mají zákonem stanovenou úroveň a rozsah. Z tohoto důvodu stát vytváří mechanismy kontroly těchto služeb.

Michalík (2008, s. 11) poukazuje na **zásady pro měření kvality sociálních služeb** a uvádí následující hlavní zásady pro měření kvality sociálních služeb:

- zásada ochrany lidských práv klienta (poskytovatel sociální služby musí bezpodmínečně zajistit dodržování lidských práv uživatele služby),
- zásada individualizace služby (služba musí vycházet z potřeb uživatele, jsou stanoveny prostředky a cíle k jejich naplnění),
- zásada odbornosti (musí být zajištěna struktura a počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného vzdělávání),
- zásada provozního zabezpečení (prostředí poskytované sociální služby musí být důstojné a zajistit možnost přirozeného způsobu života).

Kontrola úrovně poskytovaných sociálních služeb se dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, nazývá **inspekce poskytování sociálních služeb**. Je prováděna krajskými úřady, zároveň také Ministerstvem práce a sociálních věcí. Předmětem inspekce může být kontrola plnění podmínek pro registraci, plnění povinností poskytovatelů či kvalita poskytovaných sociálních služeb. Inspekci poskytování sociálních služeb nyní provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí, a to u poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, a u dalších poskytovatelů sociálních

služeb specifikovaných v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Inspekce se provádí vždy v místě poskytování sociálních služeb. Inspekci provádí inspekční tým, který tvoří nejméně tři členové, v případě, že jde o inspekci pobytových sociálních služeb, a nejméně dva členové v ostatních případech. Alespoň jeden člen inspekčního týmu musí být zaměstnancem státu zařazeným k výkonu práce v ministerstvu. (ČR, 2006) Kvalita sociálních služeb je definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií, která jsou uvedena ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (MPSV, 2019)

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce hodnotí pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je vymezena úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a klientem. (ČR, 2006)

Inspekce se provádí vždy v místě poskytování sociálních služeb. Inspekci provádí inspekční tým, který tvoří nejméně tři členové, v případě, že jde o inspekci pobytových sociálních služeb, a nejméně dva členové v ostatních případech. Alespoň jeden člen inspekčního týmu musí být zaměstnancem státu zařazeným k výkonu práce v ministerstvu. (ČR, 2006)

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011, s. 24-25) konstatují, že **standardy kvality** jsou základním měřítkem, kterým si stát za pomoci orgánu – inspekce kvality, ověřuje, zdali poskytovatelé sociálních služeb splňují podmínky pro výkon jejich činnosti, které jim ukládá Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, Vyhlášce č. 505/2006 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ale také i Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Standardy kvality sociálních služeb se zabývají kvalitativní povahou poskytovaných služeb, tím, jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jaká je povaha vztahu mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob. (MPSV, 2019)

Jak uvádí Pipeková, Vítková a kol. (2014, s. 187) významnou pomůckou pro poskytovatele sociálních služeb se staly právě standardy kvality sociálních služeb. Skýtají soubor požadavků, kterými Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR definuje úroveň kvality sociálních služeb, jež musí poskytovatelé služeb splňovat.

Malík Holasová (2014, s. 32) dodává, že kvalitu služeb ovlivňuje to, jak službu vnímá klient při poskytování služby, a také ji ovlivňují očekávání klienta.

Standardy kvality sociálních služeb se dělí do tří oblastí, a to do **oblasti procesních standardů**, do **oblasti personálních standardů** a do **oblasti provozních standardů**. Celkově se jedná o patnáct standardů, kritérií, jimiž se kontroluje kvalita poskytovaných sociálních služeb. Nyní si dané standardy představíme, a zároveň rozdělíme do zmíněných oblastí, kategorií.

Do oblasti procesních standardů řadíme standardy, které upravují následující:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb;
2. Ochrana práv osob;
3. Jednání se zájemcem o sociální službu;
4. Smlouva o poskytování sociální služby;
5. Individuální plánování průběhu sociální služby;
6. Dokumentace o poskytování sociální služby;
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby;
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

Do oblasti personálních standardů řadíme standardy, které upravují následující:

9. Personální a organizační zajištění sociální služby;
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců.

Do oblasti provozních standardů řadíme standardy, které upravují následující:

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby;
12. Informovanost o poskytované sociální službě;
13. Prostředí a podmínky;
14. Nouzové a havarijní situace;
15. Zvyšování kvality sociální služby. (MPSV, 2019)

2.4 Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením

Pro účely práce se zaměříme na sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé sociální služby si přiblížíme s vymezením jejich činnosti.

Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které řadíme do služeb sociální péče, jsou osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora

samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje následující **sociální služby sociální péče pro osoby se zdravotním postižením**.

Osobní asistence je terénní sociální služba, jež je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Sociální služba osobní asistence se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní sociální služba, jež je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato sociální služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob či v zařízeních sociálních služeb.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní sociální služby, jež jsou poskytovány osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Průvodcovské a předčitatelské služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, jež je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové sociální služby, jež jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Centra denních služeb poskytují ambulantní sociální služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře poskytují ambulantní sociální služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové sociální služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové sociální služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem se poskytují pobytové sociální služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v domovech se zvláštním režimem při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Chráněné bydlení je pobytová sociální služba poskytovaná osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Nyní se zaměříme na sociální služby, jež spadají do služeb sociální prevence. Opět si tyto služby přiblížíme tak, jak je vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které řadíme do služeb sociální prevence, jsou tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, sociální rehabilitace.

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní sociální služby, které jsou poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní sociální služby, které jsou poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní sociální služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Terapeutické komunity poskytují pobytové sociální služby i na přechodnou dobu pro osoby, které jsou závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních sociálních služeb, nebo formou pobytových sociálních služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (ČR, 2006)

3 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Snahy o definování pojmu postižení vyvrcholilo v roce 1980, kdy Světová zdravotnická organizace vydala Mezinárodní klasifikaci poškození, omezení a postižení. Vymezení Světové zdravotnické organizace rozlišuje tedy poškození, omezení, postižení. Poškození může být tělesného, smyslového či mentálního charakteru a nemusí za každých okolností vést u jedince k omezení všech jeho schopností a dovedností. I za předpokladu, že omezení u jedince způsobí zúžení některých kompetencí, nemusí to tudíž nutně znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění neboli handicapu. Pokud se nyní vrátíme k Mezinárodní klasifikaci funkční schopnosti, postižení a zdraví, tak zde představuje postižení nadřazený pojem pro poškození na organické úrovni (fyzické funkce a tělesné struktury), omezení je vnímáno na individuální úrovni (aktivity) a handicap, jak už bylo zmíněno, poukazuje na možný společenský dopad postižení neboli na společenskou úroveň. Uvedené úrovně působí ve vzájemné interakci spolu s faktory kontextu, což jsou faktory prostředí a osobní faktory. (Pipeková, Vítková a kol., 2014, s. 79-80)

V odborné literatuře se také často setkáváme s pojmy, jako je vada, porucha, defekt, znevýhodnění, handicap, postižení. Pro srovnání s Mezinárodní klasifikací funkční schopnosti, postižení a zdraví si uvedeme vymezení klíčových pojmů pohledem dalších autorů.

Fischer, Škoda, Svoboda a Zilcher (2014, s. 19) tyto pojmy následně definují. **Vada, porucha či defekt** je označení pro narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. S pojmem defektivita, jako s další terminologií z oblasti osob se zdravotním postižením, pracuje Potměšilová a kol. (2013, s. 7). Defektivitou se nejčastěji označuje vada, porucha. Vadu či poruchu poté vnímáme jako to, jak jedinec sám přijímá své postižení, a zároveň jak toto přijetí ovlivňuje jeho začleňování do společnosti. **Postižení** můžeme definovat jako omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnosti způsobem nebo v rozsahu, který je pro jedince považován za normální. Novosad (2009, s. 12) poukazuje na definici Světové zdravotnické organizace, která postižení definuje jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu. **Handicap** neboli znevýhodnění se projevuje jako určité omezení, které vyplývá pro osobu z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj s přihlédnutím na specifika jeho osoby, normální.

Deficit Valenta (2014, s. 14) vnímá jako odchylku od normy. Disabilitu jako postižení, omezení funkce, ztráta orgánu, části těla apod., která může či nemusí vést k handicapu. Handicap poté pojímá jako znevýhodnění jedince s disabilitou ve společnosti.

Na novou definici Světové zdravotnické organizace poukazuje Oláh, Hučík, Hučíková a kol. (2016, s. 253). Tato definice hovoří o třech úrovních postižení, a to o biologickém postižení, o somatopsychické poruše funkcí a o interpersonální neboli sociální úrovni.

Pipeková (2010, s. 98) hovoří o tom, že v pedagogickém pojetí vnímáme za postižené všechny osoby, které jsou v učení, v sociálním chování, v komunikaci, v psychomotorických schopnostech natolik omezeny, že jejich participace na životě ve společnosti je značně ztížena.

3.1 Klasifikace zdravotního postižení

Michalík a kol. (2011, s. 34) se věnuje **klasifikaci zdravotního postižení**. Nejčastěji se zdravotní postižení dle něj dělí na postižení:

- tělesné,
- mentální (včetně duševního postižení a poruch autistického spektra),
- zrakové,
- sluchové,
- řečové.

K uvedeným formám zdravotního postižení je však nutno zařadit postižení:

- kombinované (kombinace jednotlivých postižení, nemocné civilizačními chorobami).

Potměšilová a kol. (2013, s. 3) vymezuje zdravotní postižení jako postižení mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vady řeči, poruchy autistického spektra, souběžné postižení s více vadami, vývojové poruchy učení a chování. Zdravotní znevýhodnění představuje zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo zdravotní poruchy, které vedou k poruchám učení či chování.

Zdravím a jeho definicí se zabývá Pipeková (2010, s. 87) a poukazuje na vymezení Světové zdravotnické organizace, která definuje **zdraví** jako stav naprosté fyzické, psychické pohody, tedy ne pouze jako absenci nemoci. Z uvedené definice vyplývá, že potřebný nástroj pro měření zdraví musí v komplexnosti obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a váž-

nosti nemoci, ale taktéž odhad celkové spokojenosti, kvality života jedince. Světová zdravotnická organizace vymezuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v životě, společnosti v kontextu své kultury a nastaveného hodnotového systému, a to v kontextu jeho cílů, očekávání, norem a obav.

Ve společnosti dochází často k záměně termínu osoba se zdravotním postižením s osobou zdravotně znevýhodněnou. Pro mnohé jedince představují tyto pojmy synonyma, avšak není tomu tak. V následujících odstavcích si vymezíme tyto termíny, a zároveň poukážeme na jejich rozdílnost.

Jak jsme již nastínili v předešlých kapitolách práce dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, chápeme **osobu se zdravotním postižením** jako osobu, která byla uznána orgánem sociálního zabezpečení za invalidní v prvním, v druhém, v třetím stupni, či byla uznána za osobu se zdravotním znevýhodněním.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů poté upřesňuje termín **osoba zdravotně znevýhodněná** následně: „*Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu...*“ Zároveň však není osoba zdravotně znevýhodněná ta, která byla uznána za osobu invalidní v prvním, v druhém či ve třetím stupni invalidity. (ČR, 2004)

Vágnerová (2014, s. 155-156) rozlišuje primární postižení a sekundární znevýhodnění, jež má jinou etiologii. Primární postižení dle Vágnerové zahrnuje chorobné změny, jež představují omezení předpokladů k normálnímu rozvoji funkcí. Sekundární znevýhodnění vzniká jako důsledek působení různých faktorů, přednostně sociálních faktorů, které mohou vyvstávat z primárního postižení. Dalšími faktory, které mohou přispět ke vzniku sekundárního znevýhodnění, čili sekundárního handicapu jsou osobnostní vlastnosti osoby se zdravotním postižením a chování a postoje ostatních lidí.

Falvo (2009, s. 9) poznamenává, že **způsob, jakým jednotlivci prožívají, vnímají chronické onemocnění nebo postižení**, zahrnuje mnoho různých oblastí a je **ovlivněn řadou faktorů**, včetně následujících:

- osobní faktory (pohlaví, rasa, věk, složky osobnosti, zkušenosti);
- sociální a rodinné vztahy, sociální podpora;

- životní prostředí;
- kultura;
- socioekonomický status;
- aktivity jedince (životní styl jedince);
- cíle jednotlivce.

Míra zdravotního stavu je dle Falva závislá na souhře zdravotního stavu jedince a těchto faktorů.

Novosad (2009, s. 18-19) rozděluje **determinanty ovlivňující život lidí s postižením** na subjektivní a objektivní činitele. Mezi **subjektivní činitele** patří zdravotní stav jedince a omezení, která z něho vyplývají, osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné učením. Dále mezi subjektivní činitele řadíme vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů, schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci či vnější vlivy, na kterých je osoba závislá. Naopak mezi **objektivní činitele**, tedy ty, které jsou osobou s postižením těžko ovlivnitelné, patří společenské vědomí, postoje společnosti k jedincům s postižením, stav životního prostředí, sociální politika státu, vzdělávací politika, politika zaměstnanosti a sociální služby.

3.2 Osoba se zdravotním postižením součástí společnosti

V dnešní době se označení postižený člověk nahrazuje jinou terminologií, jako např. znevýhodněný člověk, jedinec se speciálními potřebami, a to z více důvodů. Jedním z nich je, že nastal obrovský posun ve formálně-právním posuzování postavení osob se zdravotním postižením. Osoba se zdravotním postižením není pouze předmětem začleňování do společnosti, ale přispívají k její celkové rozmanitosti. Postižení nejsou odlišní, mají pouze v určitých fázích svého života specifické potřeby. (Pipeková, 2010, s. 99)

V odborné literatuře se můžeme setkat s rozdílnými přístupy společnosti k osobám s handicapem, tyto přístupy můžeme chápat jako pohled, jednání a chování společnosti k jedincům s postižením napříč historií lidstva.

Jedním z autorů, který se zabývá **přístupy společnosti k osobám se zdravotním postižením**, je Slowík (2016, s. 12-14) a uvádí následující přístupy:

- represivní přístup,
- charitativní přístup,
- humanistický přístup,

- rehabilitační přístup,
- preventivně-integrační přístup,
- inkluzivní přístup.

Historicky nejstarším z přístupů je **přístup represivní**, vyskytující se ve starověku, který je spojen se zbavováním se nemocných a jakkoliv postižených členů společnosti. Následující **přístup charitativní** hledí na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství, ochrany, pomoci a lásky k bližnímu, kdy pomoc přichází ze strany církve a státu. V daném období jsou zakládány klášterní špitály a hospice. Novověk již přináší další přístup – humanistický. **Humanistický přístup** zdůrazňoval potřebnost zabývat se doposud poněkud opomíjenou tělesnou stránkou člověka. S rozvojem vědeckého poznání a medicíny se rozvíjí specializovaná péče o osoby s handicapem, a to již se zřetelem na konkrétní handicap jedince. Na osobnost člověka začíná být nahlíženo jako na celek, který je tvořen složkou fyzickou, psychickou, duchovní a sociální. Charakteristickým znakem tohoto období je zakládání ústavů a škol, které se zabývají péčí o osobu s postižením. Znakem období následujícího, ve kterém je upřednostňován **rehabilitační přístup**, je propojení léčby s výchovou a vzděláváním, a to na přelomu 19. a 20. století. Po roce 1945 se začal ve vyspělých zemích rozvíjet **preventivně-integrační přístup**, který je spojen s cíleným zaměřením se na prevenci vzniku postižení a zároveň snahou o integraci osob s handicapem do majoritní společnosti. Na našem území se tento přístup začíná výrazně projevovat až na počátku 90. let 20. století. Současným záměrem společnosti je rozvoj **inkluzivního přístupu**, který se snaží o naprosto přirozené začleňování osob s handicapem do majoritní společnosti.

Se soužitím osob ve společnosti, jsou bezesporu spjaty **normy**, které jsou danou kulturou formovány a uznávány. Dle Slowíka (2016, s. 23) norma představuje určité ustálené měřítko či pravidlo chování a jednání pro jedince. S pojmem norma se pojí termín **normalita**. Normalitu můžeme definovat jako stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu, který odpovídá té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.

Vágnerová (2014, s. 20-21) popisuje sociokulturní pojetí normy. Pojednává o hodnocení normality, jakožto socio-kulturně podmíněný jev, který se odvíjí od komplexu norem a očekávání společnosti. To, co odpovídá běžným očekáváním o plnění určité sociální role, bývá považováno za normální. Míra tolerance dané společnosti k jednotlivým odchylkám od normy může být různá. Sociokulturní norma se poté odráží ve stereotypch postojů k lidem s určitou odlišností.

Na tendenci lidí stranit se odlišných jedinců a jejich rodin poukazuje Matoušek, Pazlarová (2014, s. 101), přičemž jsou následně tyto rodiny ohroženy sociální izolací. Rodina osoby se zdravotním postižením může být druhotně traumatizována, a to právě negativní reakcí svého okolí. Z tohoto důvodu by měly být podporovány všechny společenské kontakty rodiny. Vágnerová (2014, s. 183) poukazuje také na **stigmatizující postižení**, kdy nejde ani tak o dané omezení psychických či somatických funkcí, ale mnohem více o vnímání a hodnocení ostatních členů společnosti. Stigma tedy není vlastností jedince, ale je mu sociálně přisouzeno.

Renotiérová, Ludíková (2006, s. 32-33) poukazuje na fakt, že reálná úroveň **integrace či inkluze** osob se zdravotním postižením do společnosti se ukazuje až v kritických momentech života společnosti. Část majoritní společnosti stále vnímá osoby se zdravotním postižením jako skupinu zranitelnou. Uvádí však také, že společnost se posunula dopředu, stále více se i prostřednictvím médií intaktní společnost seznamuje se životem a specifiky osob se zdravotním postižením.

Novosad (2009, s. 13) představuje **sociologii zdravotního postižení** jako aplikovanou sociologickou vědu, která se zabývá studiem sociálních aspektů zdravotního postižení, patologií sociálního prostředí a jeho vlivem na vznik a rozvoj zdravotního znevýhodnění jedince. Zdravotní postižení jedince je zde bráno jako sociální jev.

Sociálním modelem postižení se zabývají Pipeková, Vítková a kol. (2014, s. 13). Sociální model postižení pracuje s důsledným rozdělováním poruchy/vady, jakožto fyzické charakteristiky jedince a postižení coby následek této poruchy v sociálním prostředí. Ústředním motivem tohoto modelu je předpoklad, že osoby se zdravotním postižením jsou skupinou, která je ve společnosti diskriminována. Sociální model tedy postižení vnímá jako záležitost vztahu mezi osobami se zdravotním postižením a diskriminující společností. Z výše uvedeného vyplývá, že postižení je důsledkem společenských bariér, nevyplyvá tudíž automaticky z fyzické poruchy a s ní souvisejícího omezení v tělesné funkčnosti.

3.3 Osoba se zdravotním postižením v České republice

Záměrem této podkapitoly bude zasadit osobu se zdravotním postižením do společenského kontextu v České republice. Dle Michalíka a kol. (2011, s. 31) tvoří osoby se zdravotním postižením významnou skupinu občanů, a to přibližně 10 % obyvatel České republiky. Zdra-

votní postižení se však dotýká mnohem vyššího počtu jedinců, jelikož většina osob se zdravotním postižením žije v rodinách. Osob, které jsou tedy v různé míře zasaženy důsledky zdravotního postižení, je daleko vyšší. Zdravotní postižení lze chápat jako téměř automatický předpoklad k zařazení jeho nositele do systému sociálně péče, charitativních či podobných aktivit.

Arnoldová (2016, s. 162) ukotvuje **postavení osob se zdravotním postižením v sociálním systému**. Arnoldová poukazuje na to, že v ČR tvoří lidé se zdravotním postižením významnou skupinu obyvatel, přibližně se jedná o 10 % obyvatel. Dále hovoří o tom, že mezi nejčastěji se vyskytujícím zdravotním postižením je postižení mentální, duševní, tělesné, zrakové, sluchové a řečové. Specifickou skupinou jsou poté osoby s kombinovaným postižením či civilizačním onemocněním. Dle autorky je povinností každého demokratického státu zajistit občanům se zdravotním postižením takové podmínky pro život, které jsou srovnatelné s podmínkami intaktních občanů. Každá společnost by měla respektovat a napomáhat k tomu, aby osoby se zdravotním postižením měly stejná práva jako ostatní, a zároveň by měl stát vytvořit prostor pro posílení odpovědnosti za rozhodování o vlastním životě a zajistit přístup ke všem společenským zdrojům – tudíž dohlížet na poskytování rovných příležitostí.

Potměšilová a kol. (2013, s. 9-10) se zabývá **základním legislativním ukotvením**, jež je spojeno s osobami se zdravotním postižením.

S nadnárodní platností jsou to následující dokumenty:

- Všeobecná deklarace lidských práv;
- Evropská konvence o ochraně lidských práv a svobod;
- Deklarace práv zdravotně postižených osob;
- Úmluva o právech dítěte;
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

S platností v České republice jsou to následující dokumenty, zákony a vyhlášky:

- Ústava České republiky;
- Listina základních práv a svobod;
- Národní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením;
- Zákon o sociálních službách;

- Zákon o posuzování invalidity;
- Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy;
- Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních;
- Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami;
- Školský zákon;
- Zákoník práce;
- Zákon o zaměstnanosti;
- Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením;
- Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

3.4 Osoba se zdravotním postižením jako předmět zájmu sociální práce

V této podkapitole se zamyslíme nad osobou se zdravotním postižením jako nad předmětem zájmu sociální práce. Nejprve si však musíme definovat pojmy související.

Matoušek a kol. (2013, s. 11) „*Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“

Jak uvádí Malík Holasová (2014, s. 11) **sociální práce** se realizací sociálních služeb podílí na sociálním začleňování a ochraně práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci.

O organizovaném a zabezpečovaném systému redistribuce zboží a služeb prostřednictvím státu hovoří Matoušek a kol. (2013, s. 24-25) a poznamenává, že sociální práce je jeho součástí. **Cílem sociální práce** je uspokojování sociálních potřeb klientů a zajištění kontroly, příp. změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní.

Strieženec (2006, s. 132) považuje sociální práci za neoddělitelnou součást sociální péče a proto její funkce a cíle vycházejí za souladu s funkcemi a cíli celé společnosti. Jedná se o konkrétní práci při realizaci sociální politiky na jednotlivých úrovních a v různých oblastech života lidí a společnosti jako celku.

Povahou sociální práce a způsobem jejího výkonu se zabývá Oláh, Schavel, Ondrušová (2008, s. 73) a diskutují o tom, že povaha sociální práce a způsob jejího výkonu jsou v podstatné míře determinované koncepcí sociální politiky státu, posláním institucí, jež sociální práci vykonávají a také tím, jak se formuje a prakticky vykonává veřejná správa.

Truhlářová, Levická, Smutek (2014, s. 606-608) hovoří o **Úmluvě o právech osob s postižením**, přičemž tuto úmluvu vnímají jako právní zdroj politik vůči osobám se zdravotním postižením, který by měl být postupně implementován v našem prostředí. Vyzdvihují však také důležitost zmíněného dokumentu, jakožto zdroj hodnotové orientace i konkrétních podnětů pro praktickou práci s osobami se zdravotním postižením, poukazuje na důležitost dodržování lidských práv všech jedinců. Autoři uvádějí, že lidská práva jsou konceptem, který **významným způsobem formuje oborovou optiku sociální práce a dalších společenskovedních disciplín.**

S výkonem sociální práce také dozajista souvisí oblast pracovního uplatnění sociálního pracovníka. Profesi sociálního pracovníka se budeme zabývat v nadcházející podkapitole, přičemž se zaměříme i na propojení sociální práce se sociální pedagogikou, a to s ohledem na pracovní uplatnění sociálního pedagoga.

3.5 Sociální pracovník jako možnost uplatnění sociálního pedagoga

Jelikož sociální pedagog stále není zakotven v katalogu prací, může jedinec po studiu tohoto oboru působit v resortu práce a sociálních věcí jako sociální pracovník, a to dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Na silnou provázanost neboli úzký vztah mezi sociální pedagogikou a sociální prací poukážeme za pomoci předkládaných definic odborníků. Spojitost mezi těmito vědními disciplínami můžeme však nalézt nejen v cílové skupině těchto oborů, ale i v případě výkonu profese sociálního pracovníka, jak již bylo zmíněno.

O vztahu sociální práce a sociální pedagogiky pojednává Kraus (2014, s. 56), a zároveň konstatuje, že tento vědní obor má k sociální pedagogice nejbližší vztah. Vztah sociální pedagogiky a sociální práce je pojímán různě, a to především v souvislosti se vznikem a vývojem obou disciplín. Hroncová (2008, s. 171) hovoří však o tom, že sociální pedagogika je vědní oborem teoretičtějším a všeobecnějším, kdežto sociální práce je vědou spíše praktičtější a více aplikovanou.

Na rozdílnost mezi sociální pedagogikou a sociální prací poukazuje Kraus (2014, s. 58) a dodává, že obě disciplíny mají stejné funkce, ale zároveň i svou autonomii. Poukazuje na objekt jejich zájmu a působení. Sociální pedagogika se dle něj zabývá v podstatě celou společností, sociální práce se však již zaměřuje na jedince či skupiny sociálně potřebné, problémové.

O sociální pedagogice jako o životní pomoci pojednává Bakošová (2011, s. 24). Sociální pedagogika je dle Bakošové disciplína, jejímž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži i dospělým osobám v hledání optimálních forem pomoci a kompenzování nedostatků. Podstatou je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy.

Michalík a kol. (2011, s. 14-15) pracuje s termínem **pomáhající profese**. Pomáhající profesi chápe jako profesi, která je orientována na potřeby člověka a její podstatným rysem je takové jednání vůči jinému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb, poskytování podpory a pomoci. Do pomáhajících profesí jsou řazeni psychologové, lékaři, sociální pracovníci, terapeuti, vychovatelé, speciální pedagogové. Do charakteristik těchto profesí můžeme dle Michalíka a kol. zařadit:

- požadavky na speciální či specializované vzdělání,
- zaměření na individuální potřeby jedince,
- speciální požadavky na strukturu osobnosti,
- důležitá role praxe a dalšího vzdělávání,
- vyšší riziko syndromu vyhoření,
- ctění etických norem,
- specifické komunikační schopnosti.

Nyní se zaměříme na samotné povolání sociálního pracovníka. **Předpoklady k výkonu a podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka** vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon však charakterizuje také jiné pracovní uplatnění v sociálních službách, a to pracovníka v sociálních službách. Rozdíl mezi profesí sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách spočívá především v zákoně definované odbornou způsobilostí k výkonu daného povolání, a zároveň také v náplni jejich práce. Dále si budeme konkretizovat tyto povolání.

Matoušek (2016, s. 151) uvádí, že dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je pracovník v sociálních službách pracovník, který vykonává přímou obslužnou péči o klienty, základní výchovnou činnost, upevňování potřebných návyků a pečovatelskou práci.

„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, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (ČR, 2006)

Ve vztahu k občanům se zdravotním znevýhodněním jsou působištěm sociálních pracovníků úřady (orgány místní státní správy a místní samosprávy na úseku sociálních věcí), dále zařízení sociální péče, zdravotní péče či různá nestátní zařízení. Náplň práce sociálních pracovníků v sociálních službách je značně rozmanitá. Zahrnuje sociální depistáž, terénní sociální práci, diagnózu, řešení sociálně-právních a sociálně-zdravotních problémů uživatelů sociální služby, poradenské služby, diagnostické, výchovné a psychologické činnosti, zastupování klientů při soudních a správních řízeních, práci s rodinou klienta, zprostředkování kontaktů na další instituce a odborníky, spolupráci s ostatními odborníky při řešení nepříznivé sociální situace uživatele sociální služby. Zahrnuje i činnosti metodické a analytické. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 96-97)

Sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby realizovali jejich sociální cíle, plány či projekty, programy, aby uspokojovali sociální potřeby sociální objektům (klientům). Sociální pracovníci poskytují informace a rady, zastupují a pracují s klienty. Sociální pracovníci mají znalosti základů sociologie, zdravotní, psychologie, práva a sociální politiky, se kterými mají být schopni diagnostikovat konkrétní potřeby jednotlivce a navrhnout řešení. Sám avšak neposkytuje psychologické, právní, zdravotní či jiné odborné služby, ale odkáže klienta na vhodného odborníka. (Matoušek a kol., 2007, s. 179-180)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměříme na metodologie výzkumného šetření, jež budeme realizovat. Nejprve si vymežíme výzkumný problém, který budeme za pomoci výzkumného šetření zkoumat. K výzkumnému problému si stanovíme výzkumné otázky, které se prostřednictvím výzkumu budeme snažit zodpovědět. Následně si stanovíme výzkumné cíle, vycházející z výzkumných otázek. Dále si představíme výzkumný soubor, kritéria pro jeho výběr a způsob jeho výběru. V nadcházejících podkapitolách se budeme poté věnovat pojetí výzkumného šetření, metodě sběru dat a způsobu zpracování získaných dat.

4.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem výzkumného šetření je identifikace aspektů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, pohledem sociálních pracovníků.

Výzkumný problém - identifikace aspektů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, byl zvolen na základě důležitosti zkoumat tyto aspekty a zároveň tak poskytnout možnosti, způsoby ovlivnění těchto aspektů k dosažení optimálního využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Zkoumání problematiky života osob se zdravotním postižením je důležitým aspektem pro tvorbu užitečných nástrojů pomoci, k poskytnutí rovných šancí a příležitostí, a zároveň pro dosažení maximální úrovně jejich života. Pro efektivní nastavení kompenzačních prostředků a prostředků pomoci, v našem případě sociálních služeb, je nutné tedy důkladný průzkum zaměřený na aspekty, jež ovlivňují využívání sociálních služeb.

K vymezenému výzkumnému problému jsme si stanovili následující výzkumné otázky.

4.2 Výzkumné otázky

HVO: Jaké jsou aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením pohledem respondentů?

DVO 1: Jak respondenti nahlíží na strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku?

DVO 2: Jak respondenti hodnotí poskytované sociální služby na Vsetínsku pro osoby se zdravotním postižením s ohledem na skutečné potřeby a možnosti těchto osob?

DVO 3: Jak respondenti nahlízejí na strach osob se zdravotním postižením z neznámého a na závislost těchto osob na využívané sociální službě jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku?

DVO 4: Jak respondenti nahlízejí na vliv rodiny a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

DVO 5: Jak respondenti nahlízejí na neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

DVO 6: Jaké jsou další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením pohledem respondentů?

4.3 Výzkumné cíle

HVC: Identifikovat aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

DVC 1: Odhalit nahlížení respondentů na strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku.

DVC 2: Odkrýt hodnocení poskytovaných sociálních služeb na Vsetínsku pro osoby se zdravotním postižením s ohledem na skutečné potřeby a možnosti těchto osob.

DVC 3: Popsat nahlížení respondentů na strach osob se zdravotním postižením z neznámého a na závislost těchto osob na využívané sociální službě jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku.

DVC 4: Popsat nahlížení respondentů na vliv rodiny a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku.

DVC 5: Popsat nahlížení respondentů na neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku.

DVC 6: Identifikovat další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

4.4 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Výzkumným souborem pro realizaci výzkumného šetření jsou sociální pracovníci, kteří pracují v sociálních službách pro osoby se zdravotním postižením, a to v regionu Vsetín.

Ze základního výzkumného souboru sociálních pracovníků, kteří splňují výše zmíněné atributy, jsme poté dále vybírali respondenty do výběrového souboru dle délky praxe v oblasti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Jelikož je pro naše výzkumné šetření stěžejní zachytit zkušenosti sociálních pracovníků z praxe v tomto odvětví sociálních služeb, stanovili jsme si hranici pro minimální působení sociálních pracovníků v odvětví sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, a to pět let.

Prvním kritériem pro stanovení výběrového souboru respondentů je tedy zastávání funkce sociálního pracovníka, a to dle náležitostí vymezených v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

Druhým kritériem pro stanovení výběrového souboru respondentů je zastávání funkce sociálního pracovníka v sociální službě pro osoby se zdravotním postižením.

Třetím kritériem pro stanovení výběrového souboru respondentů je minimálně pětileté působení v oblasti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením.

Čtvrtým kritériem pro stanovení výběrového souboru respondentů je, aby ve složení výběrového souboru byl minimálně vždy jeden respondent – sociální pracovník, který bude mít zkušenosti s výkonem práce v jednotlivých formách poskytovaných sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, tzn. v oblasti ambulantních, terénních i pobytových sociálních služeb.

Na základě uvedených kritérií pro stanovení výběrového souboru bylo zapotřebí zvolit záměrný výběr respondentů. Gavora (2010, s. 64) poznamenává, že záměrný výběr se provádí na základě určených relevantních znaků, které jsou důležité pro dané zkoumání. Výzkumník se při výběru respondentů opírá o pedagogickou teorii, své zkušenosti, znalosti, vědomosti a úsudek.

První fází bylo respondenty vybírat postupem zvaným výběr úsudkem neboli účelovým výběrem. Výběr účelový je typický nepravděpodobnostní, záměrný výběr. Výzkumník, který je znalý kontextů zkoumané problematiky, vybere jednotlivé prvky sám. Badatel při svém výběru vychází z výzkumných záměrů, a zároveň z uvažované podoby zkoumání. (Reichel, 2009, s. 83) Druhou fází výběru bylo získat respondenty za pomoci výběru nabalováním

neboli tzv. snowball čili v překladu sněhová koule. Jak Reichel dále poukazuje, je výběr nabalováním vhodnou metodou výběru ve specifických oborech, které jsou badateli neznámé, pro které neexistují seznamy. Na počátku je několik málo respondentů požádáno, aby každý určil další jedince, které považuje za vhodné do výběru zařadit. Poté jsou tito jmenováni dotazováni na totéž, čímž narůstá množina tipů.

Na základě stanovených kritérií byli vybráni sociální pracovníci, z čehož bylo ochotno navázat spolupráci a účastnit se výzkumného šetření celkem pět osob.

4.5 Pojetí výzkumného šetření

Pro pojetí výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup. Hendl (2016, s. 61) uvádí, že kvalitativní výzkum nejčastěji probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí a využívá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, různé formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem kvalitativního výzkumu je získat popis zvláštností případů, vytvářet hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Jak Hendl konstatuje, má plán výzkumu pružný charakter. Z toho vyplývá, že plán výzkumu se ze stanoveného základu rozvíjí, mění a přizpůsobuje daným okolnostem a doposud získaným výsledkům.

Pro širší náhled do problematiky kvalitativního přístupu ve výzkumném šetření představíme další vymezení kvalitativního výzkumu. U kvalitativního výzkumu jde o do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev, fenomén a získat o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, až po nasbírání dostatečného množství dat může výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v získaných datech objevují. (Švaříček, Šedřová a kol., 2014, s. 24)

Hendl (2016, s. 50) poukazuje na přednosti kvalitativního výzkumu a říká, že kvalitativním výzkumem získáváme podrobný popis a vhled při zkoumání jednotlivce, skupiny, události či fenoménu. Výzkumné šetření zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje studovat procesy, navrhnout teorie, dobře reaguje na místní situace a podmínky, zkoumá lokální (idiografické) příčinné souvislosti, pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.

4.6 Metoda sběru dat a způsob zpracování dat

Jak uvádí Švaříček, Šedřová a kol. (2014, s. 159-160) rozhovor je nejhojněji používanou technikou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Je označován jako hloubkový rozhovor, který

můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho respondenta zpravidla jedním výzkumníkem za pomoci několika otevřených otázek. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou tedy dotazováni členové určité specifické skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání či událostí, kterým disponují členové dané skupiny. Za dva hlavní typy hloubkového rozhovoru poté považujeme polostrukturované rozhovory, které vycházejí z předem připraveného seznamu témat a otázek a nestrukturované rozhovory (narativní rozhovory).

Na základě studia odborné literatury z oblasti kvalitativního výzkumu, jsme zvolili pyramidový model vytváření hlavních otázek rozhovoru dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2014, s. 166). Dle tohoto modelu se pro nás stává z hlavní výzkumné otázky otázka základní, dílčí výzkumné otázky se pro nás stávají otázkami specifickými. Z otázek specifických poté vycházíme pro tvorbu tazatelských otázek, tedy hlavních otázek rozhovoru.

Do seznamu témat a otázek k polostrukturovanému rozhovoru jsme zařadili následující:

TO 1 (tazatelská otázka): Jak vnímáte současnou strukturu sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku?

TO 2 (tazatelská otázka): Považujete nabídku sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku za dostačující? Jaký je Váš názor na návaznost a dostupnost poskytovaných sociálních služeb na Vsetínsku? Nyní mám na mysli všechny formy sociálních služeb – ambulantní; pobytové, terénní. Svou odpověď, prosím, zdůvodněte s ohledem na Vaše zkušenosti.

TO 3 (tazatelská otázka): Reflektují nabízené sociální služby pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku individuální potřeby a možnosti těchto osob? Prosím, svou odpověď opět zdůvodněte. Popřípadě uvádějte konkrétní příklady z Vaší praxe či ze zkušeností.

TO 4 (tazatelská otázka): Jsou případně nějaké další sociální služby, které byste na Vsetínsku uvítala? O jaké sociální služby byste spektrum sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku rozšířila? Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.

TO 5 (tazatelská otázka): Jak nebo v čem by dané sociální služby konkrétně měly pomáhat? Čemu by se konkrétně měly věnovat? Co byste od daných sociálních služeb očekávala a potřebovala?

TO 6 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv (dopad) strach osob se zdravotním postižením z neznámého na využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Jaký má, dle Vašeho

názoru, vliv (dopad) závislost těchto osob na doposud využívané sociální službě na další využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Lze tyto aspekty vnímat jako jedny z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Prosím, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

TO 7 (tazatelská otázka): Jakým způsobem pracujete s těmito faktory, se strachem klientů z neznámého či s jejich závislostí na využívané sociální službě? Popište prosím konkrétní metody, techniky, postupy.

TO 8 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo při práci se strachem z neznámého a závislostí klienta na využívané sociální službě pomoci (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

TO 9 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv rodina, pečující osoby na využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Lze tento aspekt vnímat jako jeden z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Prosím, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

TO 10 (tazatelská otázka): Jakým způsobem pracujete s rodinou, pečujícími osobami? Popište prosím konkrétní metody, techniky, postupy.

TO 11 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo při práci s rodinou, pečujícími osobami pomoci (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

TO 12 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob v oblasti sociálních služeb na využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Lze tento aspekt vnímat jako jeden z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Prosím, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

TO 13 (tazatelská otázka): Jakým způsobem pracujete na informovanosti a předávání informací osobám se zdravotním postižením a pečujícím osobám? Popište prosím konkrétní metody, techniky, postupy.

TO 14 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo přispět k informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

TO 15 (tazatelská otázka): Jaké jsou, dle Vašeho názoru, další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

TO 16 (tazatelská otázka): Jakým způsobem by se, dle Vašeho názoru, dalo pracovat s těmito aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

Jako design neboli způsob zpracování dat v kvalitativním výzkumu jsme si stanovili fenomenologickou analýzu.

Ve světě známá interpretační fenomenologická analýza je nedávno vyvinutý a rychle se rozšiřující přístup v kvalitativním šetření. Vznikla a je nejvíce známá v psychologii, ale stále častěji je přijímána těmi, kteří pracují v příbuzných disciplínách v oblasti humanitních, sociálních a zdravotních věd. (Smith, Flowers, Larkin, 2009, s. 1)

Hendl (2016, s. 268) poukazuje na podstatu fenomenologické analýzy v kvalitativním výzkumu. Dle něj fenomenologická analýza usiluje o zachycení významů lidské zkušenosti. Cílem fenomenologického zkoumání je zodpovědět otázku: Co znamená daná zkušenost? Hendl také předkládá postup realizace a vyhodnocení výzkumu s designem fenomenologické analýzy. První fází je provedení hloubkových rozhovorů s vybranými jedinci se zaměřením na určité prožitky či zkušenosti. Výzkumník poté zkoumá invariantní struktury ve zkušenosti respondenta (nazýváno esence zkušenosti). Dále výzkumník hledá společné rysy u několika respondentů. Po analýze dat výzkumník vypracuje zprávu, která obsahuje popis prožívaných zkušeností, který má čitateli umožnit vcítění a prožití dané situace. Účelem takto zaměřeného výzkumného šetření je přispění k porozumění určitým fenoménům, aby bylo možno na ně adekvátně reagovat a přijmout určitá opatření.

Smith, Flowers a Larkin (2009, s. 32) uvádí, že fenomenologická analýza se zabývá podrobným zkoumáním zkušeností v lidských životech. Cílem je provést výzkumné šetření způsobem, který co nejvíce umožňuje, aby zkušenost respondenta byla vyjádřena vlastním způsobem a nikoli podle předem definovaných kategorií systémů. Fenomenologická analýza bere v potaz idiografický přístup, situaci účastníků v jejich konkrétních kontextech, zkoumání jejich osobních pohledů a vždy se věnuje podrobnému zkoumání každého případu předtím, než se přesune k obecnějším tvrzením.

5 ANALÝZA DAT

Realizované polostrukturované rozhovory byly podrobeny přesné transkripci a posléze byl text rozdělen na jednotky, tyto jednotky označeny kódy. Kódy byly následně abecedně seřazeny do seznamu kódů. U každého kódu je specifikováno, kde se nachází text, který reprezentuje. Text rozhovoru je označen vždy prvním písmenem jména respondenta, se kterým byl rozhovor uskutečněn. Rozhovor č. 1 nese označení „A“, rozhovor č. 2 má označení „B“, rozhovor č. 3 „C“, rozhovor č. 4 „D“ a rozhovor č. 5 „E“. Souřadnice umístění kódu obsahují vždy písmenné označení rozhovoru a číslo řádku textu rozhovoru např. „A 26“.

Dané kódy byly následně přeskupeny a seskupeny do kategorií dle významových souvislostí. Z těchto kategorií byly poté ještě vytvořeny nadřazená témata. Témata jsou následující: „Strukturální nedostatky“, „Individualita jedince“, „Strašáci“, „Vlivem rodinného zázemí“, „Neinformovanost brzdou“ a „Na vážkách“.

V následujících podkapitolách se s jednotlivými tématy blíže seznámíme, ve výňatcích z přepisu rozhovoru si přiblížíme význam jednotlivých kategorií a uvedeme je tak do kontextu celého tématu.

5.1 Strukturální nedostatky

Téma „Strukturální nedostatky“ zahrnuje informace o struktuře nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku. Respondenti vypovídají o tom, jak nahlízejí na současnou strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: kapacita, terénní sociální služby, pobytové sociální služby, ambulantní sociální služby, nevyřešené oblasti.

Na nedostatečnou kapacitu v některých zařízeních sociálních služeb na Vsetínsku poukazuje respondent ve své odpovědi A 23-25: *„V rámci toho Vsetínska, když se na to podívám jako na celek, tak určitě ty služby tady jsou, ale prostě nemají dostatečnou kapacitu a nemůžou pokrýt tu potřebu toho celého regionu, ...“*

Pokud se budeme zabývat jednotlivými formami poskytovaných sociálních služeb, nyní formou terénní, z odpovědí respondentů vyplývá, že je nedostatek terénních sociálních služeb E 58: *„...co se týče terénních služeb, tak určitě posílení jakýchkoliv a všech služeb.“*

Konkrétně by respondenti uvítali sociální služby, které by se zaměřovaly na osoby s tělesným postižením, přičemž by respondenti pokládali za přínosné zajištění konkrétní služby, a to služby odlehčovací A 46-49: „*Tak v tu chvíli víme, že například terénní služby pro osoby s tělesným postižením je málo. Chybí tady taková odlehčovací služba, která by to třeba zajišťovala každodenně, 24 hodin denně a bylo by tam dostatečně volných míst.*“ E 48-50: „*Co si myslím dál, že chybí nebo co pro mě je tady nedostatečné jakákoliv forma odlehčovací služby. Určitě zase, jsou tady odlehčovací služby, ale kapacita je naprosto nedostačující a to je služba, která chybí, podle mě...*“

O problémech v uspokojení poptávky v sektoru pečovatelských služeb promlouvá respondent C 25-28: „*Protože v podstatě sociální služby jsou velká škála služeb, takže některá ta poptávka může být uspokojena dostatečně, někde je pořadník a pečovatelské služby například mají tak dlouhý pořadník, že nejsou schopni uspokojit půl roku dopředu. Půl roku ti lidé čekají, v podstatě jsou v akutní tíživé situaci.*“

Respondenti také vyzdvihují fakt, že na Vsetínsku chybějí také sociální služby pobytové pro osoby s mentálním postižením, jež by klienty podporovaly v běžných činnostech při starostlivosti o vlastní osobu A 133-135: „*Když si vezmu ubytovací kapacity, tak poskytnout nějaké zázemí, ubytování, nějakou podporu v bydlení. Ty osoby třeba s nějakým mentálním postižením, jsou osoby, které při tom bydlení prostě potřebují pomoc s financema, s nákupama, s vařením třeba, takovou tu pomoc v péči o sebe.*“ Za nedostatečné vnímají respondenti zajištění pobytových služeb pro osoby s kombinovaným postižením B 48-49: „*...si myslím, že je docela nedostatek pro lidi s kombinovaným postižením. DZR, domovy se zvláštním režimem, když vlastně mají kombinace s mentálním a psychiatrickým onemocněním,...*“ K této situaci se vyjadřuje další respondent D 86-92: „*Domov se zvláštním režimem, který by byl pro lidi, kteří nedokážou být v chráněných bydleních, ale ani ne v domově se zdravotním postižením. Jsou to lidi, kteří mají kombinaci mentálních postižení s psychiatrickými diagnóza, a to jsou velmi těžké případy, protože tihle lidi mají silnou medikamentaci, mají hodně prášků, berou, což má na ně taky nějaký dopad, a zároveň je tam velká nevyzpytatelnost v chování, musí být často úplně sami, nedej bože, když je tam ještě autismus v tom, to potřebujete úplně jiný typ služeb a to třeba jsou málo početné služby,...*“

Jako za další specifickou cílovou skupinu sociálních služeb můžeme považovat osoby se zdravotním postižením, jež dosáhly důchodového věku. O vhodnosti zřízení pobytových služeb pro tyto osoby hovoří respondent E 19-20: „*...že hodně rodičů by uvítalo takovou kombinaci domova pro seniory s domovem pro osoby se zdravotním postižením,...*“

Další z respondentů konkretizuje podobu, typ pobytové sociální služby, kterou by uvítal, a to podobu komunitní B 5-6: „*Jsou tam nějaké díry, myslím si, že určitě chybí pobytové služby komunitního typu.*“

Respondenti poukazují na významnou mezeru v sociálních službách na Vsetínsku, a to na nedostatek pobytových sociálních služeb pro osoby s těžším mentálním postižením a pro osoby s poruchami autistického spektra E 13-15: „*Co vnímám jako nedostatečné v celém Vsetínsku, to jsou služby pobytové, které si myslím, že chybí významně. Chybí hlavně pobytové služby pro lidi s autismem, pro lidi s těžším mentálním postižením,...*“

Dotazovaní se dále shodují na podstatném problému v síti sociálních služeb na Vsetínsku, který skýtá nedostatek sociálních služeb pro specifickou cílovou skupinu – pro osoby s poruchami autistického spektra A 52-53: „*Takže v tu chvíli prostě často slycháme v praxi, že chybí služby pro osoby s poruchou autistického spektra.*“

Respondenti hovoří o celé škále sociálních služeb pro osoby s poruchami autistického spektra, jež v současné struktuře sociálních služeb na Vsetínsku chybějí A 136-139: „*V případě třeba té osoby s poruchou autistického spektra, tak musí tam být nějaká ta služba, která bude pomáhat těm osobám, že... Musí být prostě zajištěn někdo, ne nějaká asistence, někdo prostě, nějaký sociální pracovník, kdo jim bude pomáhat s financema, kdo jim bude nápomocný v běžných činnostech.* C 56-58: „*Opět si myslím, že chybí forma terénní pro ty lidi, kteří mají poruchu autistického spektra a to třeba i těžší formu, takže je to na těch pečovateli, na rodinných příslušnících, opatrovnících.*“

Dotazovaní uvádí, že na Vsetínsku se jedná o nedostatek v oblasti ambulantních sociálních služeb – sociálně terapeutických dílen a stacionářů, denních i týdenních stacionářů se zaměřením na osoby s kombinovaným postižením a opět na osoby s poruchami autistického spektra B 8-11: „*Co tak vnímám, myslím si, že i sociálně terapeutické dílny tady chybí a myslím si, že i denní stacionář určitě, pro osoby s mentálním postižením a hlavně pro osoby s kombinovaným zdravotním postižením a pro autisty. To si myslím, že tady není. Naším cílem, naší organizace je, aby byl denní stacionář pro autisty, pro osoby s poruchou autistického spektra.*“ B 28: „*Určitě ty denní stacionáře, ty si myslím, že tady úplně chybí. Všeobecně. Jako o palčivém problému hovoří o nedostatku denních stacionářů respondent D 14-17: „...ale co je fakt palčivý problém, tak je záležitost toho, že tu není denní stacionář.*“

pro lidi se zdravotním postižením, s horším typem postižením, s kombinacemi vad i v kombinaci s autismem apod. Byť tu máme takovou škálu těchto služeb, tak oni nemůžou přijmout tyto lidi a oni propadají prostě přes ty služby.“

Respondenti hovoří také o nutnosti řešení situace osob se zdravotním postižením, mladých osob, které vycházejí ze vzdělávacích institucí C 18-21: *„Co tady na tom trhu služeb chybí je stacionář pro lidi s mentálním postižením, s těžkým mentálním postižením s prvky autismu. Podle mého názoru je v současné chvíli důležité se zaměřit i na lidi s Aspergerovým syndrom nad 26 let a poruchou autistického spektra napříč všemi věkovými skupinami.“* E 29-31: *„Co se týče ambulantních služeb na Vsetínsku, určitě chybí služby pro lidi s autismem po ukončení školní docházky, respektive ve věku od osmnácti výše, ...“*

O nedostatečném zajištění oblasti služeb, které by se věnovaly nácviku pracovních dovedností a připravovaly osoby se zdravotním postižením na začlenění se do pracovního procesu, promlouvá další z respondentů C 33-35: *„Chybí podle mě i ambulantní, chybí i chráněné dílny, které by navazovaly na současný stav těch služeb a třeba i nějaká tréninková pracoviště, kde by ti lidi byli posunuti do pracovního procesu.“* C 263-264: *„Ocenila bych na trhu práce víc chráněných dílen, které by nabízely služby srovnatelné s normálním trhem práce v určitých pozicích a službách.“*

Do sociálních služeb, jež by respondenti pokládali za přínosné zařadit, spadají služby, které by osoby se zdravotním postižením podporovaly v nácviku práce s potřebnými kompenzačními pomůckami D 39-44: *„Myslím si, že by bylo potřeba rozšířit tyflo servis k nám, oni tedy mají nízké úvazky, aby třeba mohli být víc v terénu, co třeba si pořídí asistenční psy, nebo nějaké nové kompenzační pomůcky a učí se s tím žít, přímo v lokalitě, kde oni žijí ti lidé. A to tady ještě tak moc rozvinuté není. A to je kvůli tomu, že tohle dělá jenom tyflo servis, což je super, oni jsou velmi profesionální, ale mají tam málo úvazků prostě... To jsme se už jako bavili s těma lidma, že by bylo potřeba, aby se to líp ošetřilo.“*

5.2 Individualita jedince

Téma „Individualita jedince“ shrnuje informace o poskytovaných sociálních službách na Vsetínsku pro osoby se zdravotním postižením, a to s ohledem na skutečné potřeby a možnosti těchto osob. Respondenti zde hovoří o tom, jak hodnotí poskytované sociální služby na Vsetínsku pro osoby se zdravotním postižením, se zřetelem na skutečné potřeby a možnosti těchto osob.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: v blízké budoucnosti, místně nedostupné, omezený výběr, návaznost, reflektování individuálních potřeb, interní nastavení služeb.

Respondenti uvádí, že je velkým problémem nevhodné řešení budoucí nepříznivé sociální situace potenciálních klientů sociálních služeb A 7-9: *„Blbě je, že pokud my nevíme, že je třeba o to zájem, rodičové bydlí s dětmi a ještě nechcují řešit tuto situaci, tak my nevíme, že třeba v rámci jednoho roku budou potřebovat bydlení pro to svoje dítě.“* Respondent dále dodává, že A 115-120: *„Chybí určitě nějaké ubytovací místa pro osoby s duševním onemocněním. Na druhou stranu, třeba z praxe vím, že ti lidi to třeba taky nepotřebují hned, ...“* (...) *„Což je prostě problém, protože až to budou jednou potřebovat, tak ty místa nebudou. Což z praxe je nejdůležitější furt mluvit o tom, že mají projevit o to zájem, mluvit, dotazovat se nejenom u nás, ale i na městě a tak.“*

Ve spojení s předcházejícím problémem respondenti zmiňují nepřípravenost některých typů pobytových sociálních služeb na pobyt žen v těchto zařízeních A 63-68: *„Pobytové služby jsou tady řešené, ale říkám, je to zase o tom zájmu. Teď máme nějakou strukturu nastavenou, ale je tam možnost se měnit, furt se mluví o tom, že tu budou pro ženy pobytové služby. Ale pokud ty ženy neprojeví zájem, tak to bude tady pořád pro muže jo...A pokud nebudeme mít přihlášky od žen, tak ty služby nebudou vědět, že mají být pro ženy. Teďka momentálně, pokud by ženy hypoteticky měly zájem o nějaké místa, tak je to o tom, že my o nich víme, ale ty služby o nich neví, nemají na to jak reagovat.“* Další z respondentů dodává C 41-45: *„Vznikají nová chráněná bydlení, tak uvidíme, jak obstojí. Tam si myslím, že určitě je nutno jim dát čas. Já si myslím, že handicapem je v uvozovkách, to že jsou to služby pro lidi, kteří prošli ústavní péčí a ta integrace do budoucna lidi z rodin, nebo integrace žen do toho prostoru jejich bude velmi...Bude to vyžadovat citlivost v tom přístupu těch pracovníků, ...“* Na nepřípravenost personálního obsazení těchto zařízení poukazuje respondent E 73-77: *„I ti zaměstnanci, co si budeme povídat, přecházejí vlastně ze služby, kde se věnovali pouze mužům a já osobně jsem byla přítomna na jednání, kde problém bylo jenom to, že jsme přijeli jednat společně s rodičem jako jeho podpora, a zároveň zájemcem o sociální službu byla žena. A už to byl problém, protože nebyli připraveni ani na toaletu, ani na hygienu, ani na vlastně potřeby té ženy. Tak už to bylo vlastně cítit, že je překvapení a velký problém.“*

O místní nedostupnosti a o obtížích osob se zdravotním postižením s dojížděním do vzdálenějších sociálních služeb hovoří respondenti následovně A 20-23: *„...potom návazné služby, které se třeba týkají zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Takže myslím si, že jako na Vsetínsku jako takovém, ty služby třeba jsou, ale muselo by se třeba za nima dojíždět, což*

je pro mnoho lidí se zdravotním postižením prostě problém. Dojet si za službou už třeba patnáct kilometrů, šestnáct nebo třicet jo...“ Jiný respondent poukazuje na totéž a doplňuje D 20-24: *„Jinak vlastně jsou nuceni ti rodiče jezdit do Nového Jičína, což je už jiný kraj. A tam má Diakonie, tak tam má denní stacionář, ale tam je obrovský pořadník a zase si myslím, že je to úplně nepraktický, aby někdo, kdo bydlí třeba na Vsetíně, aby každý den vozil dítě do denního stacionáře do Nového Jičína. Na to až ty příspěvky nejsou tak štedré, aby to tak mohlo všechno jako podchytit.“* O nevhodném centrování některých sociálních služeb hovoří další z respondentů E 43-48: *„...což je třeba od i Valmezu poměrně daleko a myslím si, že pro ty rodiče, třeba ze Zašové, vozit to dítě jako by do Kelče, není úplně komfortní a jako by využití i té služby i toho dne toho rodiče, že třeba mohl by být zaměstnaný, protože má někde dítě. Přijde mi, že na té cestě stráví poměrně hodně času. Že je to služba, která není nějak centrována. Že je určitě lepší mít to někde jakoby rozumně ve středu, aby měli všichni jako by stejné možnosti toho využití.“* E 441-445: *„Určitě dostupnost, dojezdnost.“* (...) *„Vůbec v zimním období úklidu sněhu, kdy nejsme prioritní vlastně nějaká oblast a zóna, tudíž to může být limit proto, že někdo nevyužívá tu sociální službu. Protože prostě se velice obtížně dostane.“*

Jako jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením na Vsetínsku, lze vnímat i omezený výběr dostupných sociálních služeb pro tyto osoby A 32-35: *„Ale ten člověk si může vybrat, nebo normální člověk si může vybrat z více služeb, když chce třeba kadeřníka nebo nějakou normální službu, ale když je v tom městě jenom jedna, tak prostě jde do ní. Když mu třeba nevyhovuje nebo když třeba nemají tolik dnů, co potřebuje, tak v tu chvíli vlastně nemá tu jinou možnost než chodit do té služby.“* Jiný respondent dodává E 119-121: *„...ale pokud klient vlastně nemůže si vybrat, vlastně z té nabídky, protože třeba to ORP je chudé na ty sociální služby pro vlastně tu jeho cílovou skupinu a jsou třeba jenom dvě sociální služby, tak vlastně on...Jeho potřeby pravděpodobně nebudou sanovány, protože není služba, která by mu je poskytla.“*

Respondenti ve svých odpovědích uvádějí potřebnost zajistit návaznost mezi sociálními službami pro osoby se zdravotním postižením B 54-61: *„Udělat jako návazné ty služby, jako kdyby komplex těch služeb. Že vlastně když máme chráněné bydlení, aby byla vždycky na tom Vsetínsku sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení a potom třeba i nějaké sociálně terapeutické dílny. A aby to vlastně navazovalo, přesah těch sociálních služeb vlastně i potom do toho zaměstnání. Aby ti lidé když jdou nějakým tím vývojem,...“* (...) *„Ale*

aby to bylo jako kdyby návazné ty služby, aby to mělo nějaký smysl.“ Dotazovaný dále reflektuje B 197: *„Já si myslím, že je důležité, aby byla návaznost těch služeb, aby to mělo nějakou kontinuitu.“*

K potřebnosti vnímání individuality jedince se zdravotním postižením a jeho specifických životních potřeb, se ve spojení s využíváním sociálních služeb vyjadřuje respondent C 81-83: *„Sociální služby by se primárně měly zaměřit na individuální potřeby těch konkrétních lidí, kteří by měli o tu službu zájem. Podle toho jak by byla ta služba zřízena, tak by měly naplňovat ten svůj záměr. A očekávala bych, že ti klienti budou mít naplněny ty potřeby, které jsou pro ně důležité, ...“* O profesionální deformaci a slepotě a o možném dopadu na samotného uživatele sociální služby mluví respondent E 135-138: *„Ale my mnohdy z té naší profesionální deformace a slepoty se snažíme prostě ho vpasovat do toho a do tohohle, čímž ho držíme v té službě a v podstatě a podle mě i mnohdy snižujeme ty jeho schopnosti. Možná, že by se dokázal rozvinout prostřednictvím jiných forem než prostřednictvím té sociální služby. A takto... Neříkám, že všechny klienty, ale mnohdy některé klienty možná zbytečně až srážíme jakoby dolů.“*

Dotazovaní se zamýšlejí nad konkrétní oblastí lidského života, a to nad oblastí partnerských vztahů. Partnerské vztahy osob se zdravotním postižením ve spojení s využíváním sociálních služeb je velkým tématem současné doby C 252: *„...jsem do budoucna zvědavá, jakým způsobem, jaké bude otevření se těm partnerským otázkám.“* C 254-256: *„Jestli k tomu bude dostatečné portfolio, pokrytí. A zajímá mě třeba i ta skutečnost do budoucna, jak by se dalo zrealizovat, aby ti dva, kteří se našli ve světě, mohli být spolu v jedné domácnosti, ...“* C 258-259: *„Zajímá mě, jak se sociální služby Vsetín postaví k té problematice partnerství v těch svých chráněných bydleních, ...“*

Respondent se vyjadřuje ke způsobům reflektování individuálních potřeb a možností osob se zdravotním postižením sociálními službami, o způsobech a metodách, s kterými pracují C 123-128: *„Citlivě sledujeme sociální situaci toho klienta. Měli jsme zkušenost s klientem, který byl lehce depresivní. A ten jeho psychický stav znepokojoval samozřejmě pracovníky v naší službě i rodinu. O té situaci se s klientem hovořilo a podnikly se kroky směrem ke službě Iskérka, takže jsme hovořili s opatrovníkem, s klientem samotným, podnikli jsme kroky k zahájení jednání se zájemcem v Iskérce. Šli jsme tam s opatrovníkem a s klientem na jednání se zájemcem.“*

Jako vhodný nástroj pro práci s individualitou a specifickými potřebami a možnostmi osoby se zdravotním postižením a jeho fungováním v systému sociálních služeb dle respondenta slouží případová konference D 175-179: „*A je potřeba pracovat na tom, aby všichni poskytovatelé byli profesionální a dokázali si jasně vymezit nesobecky, říct si, jaká je potřeba, reálná potřeba klienta, klidně se k tomu sejít, udělat si případovou konferenci, jak se tomu říká a říct si, my jsme schopni poskytnout tohle, my tady tohle. Ale všechno to je za cíle, že nám jde o toho klienta a pro to jeho blaho.*“

Na nerespektování individuálních potřeb a možností každého jedince se zdravotním postižením v některých zařízeních sociálních služeb poukazuje respondent D 130-138: „*Potírá to tu individualitu těch lidí. A to se mi prostě nelíbí. A stejně tak do sociální rehabilitace jsme nemohli přijímat lidi, nebo nám to tedy dovolili do 67 let. Nám řekli, že senioři v 67 letech nemají, se nechtějí aktivizovat a podobné řeči a že mají chodit do denních stacionářů. Jenomže když se tím začnete víc zabývat, pokud je někdo v chráněném bydlení nebo v DOZP a měli chodit do denního stacionáře, tak tam dochází k duplicitnímu financování dvou služeb, což vlastně... Ano, šlo by to, že by se vlastně podělil ten příspěvek na péči, ale ze zákona by z kontrolního orgánu byl problém, jak to, že stejnou vyhláškou činnost poskytuje určitý typ služby, když on má za to hrazený celý příspěvek na péči a tak... To je takový kolotoč potom všeho. Takže to si myslím, že není podchycené...“ Další z respondentů poznamenává E 84-92: „*Přijde mi, že sociální služby si spíše přizpůsobují ten chod té sociální službě sobě, než tomu klientovi, protože je to jednodušší pro tu sociální službu. Je to samozřejmě i díky tomu, jaké mají možnosti, ale hodně mi přijde i díky tlaku krajského úřadu na nějaké plnění indikátorů, tak mi přijde, že jako by ta služba se přeorientovává na to, co jako by chce ten kraj, co chce ministerstvo, co chce nějaká nárazová kontrola, která už třeba nikdy nepřijde ve stejném složení příště. Takže příště přijde někdo jiný a chce to samozřejmě jinak. A ta služba jako by se tak nějak mezi tím vším pohybuje a do toho vlastně se v nejlepší víře, věřím tomu, snaží ještě dělat jako by to, co by chtěl a potřeboval klient, a jak on by chtěl řešit tu svou nepříznivou sociální situaci.*“*

O konkurenci v oblasti poskytování sociálních služeb a o možném dopadu konkurenčního chování na využívání sociálních služeb osob se zdravotním postižením promlouvá respondent D 200-202: „*Kdy jsem fakt viděla ty dopady, že to hodně ovlivňovalo a hrálo se tam na konkurenci. Tyhle klienty vám nedáme, my potřebujeme mít takový limit... To je ... Konkurence je mezi sociálními službami...“*

Respondenti také poukazují na vhodnost spolupráce mezi jednotlivými institucemi, které pracují s osobami se zdravotním postižením, aby byla zajištěna co možná největší kontinuita v poskytování služeb těmto osobám, konkrétně se respondent zmiňuje o spolupráci se základní školou praktickou E 429-431: „*Nesnažíme se vlastně dostat se, nebo informovat přímo v základní škole praktické. Takže jakoby ta větší spolupráce by nebyla úplně od věci.*“

5.3 Strašáci

Téma „Strašáci“ pojednává o možném strachu osob se zdravotním postižením z neznámého a o závislosti těchto osob na využívané sociální službě. Respondenti se vyjadřují k tomu, jak nahlízejí na strach osob se zdravotním postižením z neznámého a na závislost těchto osob na využívané sociální službě jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: kořeny, vnitřní strachy, metody zvládnání situace.

Respondenti hovoří o strachu z neznámého a o tom, co pro osobu se zdravotním postižením znamená začít využívat sociální službu, se kterou nemá předchozí zkušenosti A 166-169: „*Je to takové vystoupení z komfortní zóny, kdy jsem doma, ležím si tady na sedačce, dívám se na tu televizi...Najednou bych měl někam chodit...Tak je to takové to, vystoupit ze své komfortní zóny. Pro osoby s mentálním postižením je to zrovna to, co znají třeba celý život. Jsem doma, jsem tady spokojený, tak proč bych měl někam jako chodit...*“ Další respondent udává C 98-100: „*Tak když se zaměříme na klienty s mentálním postižením, tak je to cílová skupina, která ano, může mít strach z neznámého. A když se zaměříme na skupinu lidí na skupinu osob s poruchou autistického spektra, tak pro ně je ta změna přímo ohrožující.*“ O možném vlivu strachu z neznámého na budoucím využívání sociální služby promlouvá jiný respondent E 148-150: „*...jestli je to jakoby strach nebo obava. Spíše mně to přijde...Ale jo, jako můžete to být strach nebo obava právě z toho, že on neví, do čeho jde, a myslím si, že to je velmi stresující pro toho klienta a pro vůbec jakoby to prvotní nastavení, to jak se on bude cítit v té službě...*“

O vlivu věku osoby se zdravotním postižením na prožívání strachu z neznámého informuje respondent E 151-154: „*Přijde mi, že u těch mladších klientů to jsou naprosto rozdílné světy. To jsou klienti, kteří jsou více orientovaní i jejich rodiče už fungují nějakým jiným způsobem. A u starších klientů, teď pokud můžu vlastní zkušenost využít, sociální služby byly často ta-*

kovým strašákem v té rodině. “ Dále respondent poodhaluje své myšlenky v nadcházející výpovědi E 160-164: „*Většinou u těch starších klientů je to o tom, že oni musí neviditelní, nenápadní a hodní a takhle i vstupují do té sociální služby. Když budu takový, tak to bude v pohodě. Kdyžto ten mladší klient mi přijde...Ano, může mít obavu jako, jak tam bude. Ale určitě nemá až takové...Není ale připraven přijít a být jako nějak, snažit se jakoby zalíbit těm zaměstnancům.*“ (...) „*Věk tam určitě hraje roli v těch obavách...*“

Mezi důvody strachu z neznámého, z určité změny respondenti řadí vnímání změny jako určitého osobního trestu, respondent uvádí A 182-185: „*V tu chvíli vlastně on nedokáže posoudit a to je ten strach, proč bych tam měl chodit, takové proč mě trestáte, proč bych měl něco měnit, když já jsem tady přece spokojený, nic jsem neudělal. Jo, jsou to takové obavy z toho, co jsem tady udělal, že mě posílají dál...*“ Dalšími důvody může být neznalost nového prostředí, nových osob, strach z dalšího životního kroku A 194-195: „*...ve formě zázemí, tady všechny znám, až budu mít třeba ataku, tam na mě nebude nikdo zvědavý. A pak je to ta životní, strach z toho dalšího kroku.*“ Respondent dále hovoří o nedostatku představitosti klienta vzhledem k novému prostředí A 202-204: „*Někdy chybí i ta představa. Z praxe vím, když se tam jdu podívat, najednou to není neznámá věc. Vidiš to tam zblízka, jdeš tam na návštěvu a najednou vidíš, vždyť to není nic špatného, budu tam chodit v nějaký den a zkusím to.*“

Mezi metody práce, techniky, které pomáhají v práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého, respondenti považují primárně rozklíčování situace, tedy rozklíčování toho, z čeho má daný klient skutečně obavy A 208-209: „*...technikou je tedy mluvit o tom, povídat si o tom, co ta změna přinese, co se skrývá za tím strachem, jestli je to ta nevědomost nebo něco jiného.*“ A 234-235: „*...rozklíčovat, co za ním je. Říct si bojím se, a čeho, jestli jsou to opravdu jen takovými bubáci a pak se s tím seznámím a zjistím, že to nic špatného není.*“ Respondenti také poukazují na další metody práce, techniky, které pomáhají v práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého, a to využití podpůrných informačních materiálů A 210: „*...nějaké prohlížení fotek, webových stránek na internetu, podívat se, kde to je, na mapu...*“ jiný dotazovaný poukazuje na další možnosti E 235-241: „*U jedné klienty jsem využila filmu, který měla ta sociální služba na internetu o sobě.*“ (...) „*Pak máme pro klienty, kteří umí číst a čtenému rozumí, tak máme vlastně katalogy,...*“ (...) „*Dobré je, když jsou tam fotky, že to jim hodně řekne a máme samozřejmě klienty, kteří se orientují na počítači. Takže si vyhledají tu informaci sami a poté je to vlastně kombinace toho, co si oni vyhledali a toho rozhovoru vlastně,...*“ Dotazovaní také zmiňují návky,

například v oblasti komunikace A 217-220: „*Pak můžeme třeba trénovat, můžeme mít nácviky, ať už jsou to třeba ty nácviky rozhovorů, když si půjdu něco vyřídit, kam si půjdu vyřídit příspěvek, jak si třeba budu žádat o dávky, jak budu nakupovat, co budu nakupovat... Takže vůbec téma nácvikama těch činností v rámci té změny.*“ Možné jsou také nácviky neboli přehrávání potencionálních situací E 243-247: „*Pak máme takové u některých klientů takové přehrávání jakoby toho, jak to třeba někde jindy vypadá. Máme jakoby takové přehrávání.*“ (...) „*Že když je to třeba služba chráněného bydlení, tak jsme si zkoušeli jakože, jak ten den tam vypadá.*“

Další metodou je motivace B 101: „*Tak snažíme se je určitě motivovat, aby začal využívat jinou sociální službu.*“ Jiný respondent dodává C 242-245: „*To těžce, protože když tam člověk není sám motivovaný pro tu změnu, tak i když by se snažilo dalších patnáct lidí z vnějšku, tak ta změna bude velmi, proces té změny bude velmi pomalý nebo žádný, i přes tu snahu těch zúčastněných, takže... Dosáhnout na tu motivaci nebo obsáhnout, vystihnout tu motivaci těch lidí, to co by pro ty lidi bylo tou motivací.*“ Návštěva sociální služby, kterou by mohl klient potencionálně využívat, se také dle výpovědí respondentů jeví vhodnou metodou k práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého B 109-110: „*Určitě třeba nějaká návštěva. Vzít toho klienta, aby se šel do té služby podívat. Ukázat mu to. Nějaké takové cvičné pobyty v těch službách.*“ Další z dotazovaných uvádí D 209-211: „*...jak už jsem tady uváděla, že je to o té důvěře, že mi věří. A pak už když té osobě věří a ta je pomáhá provádět tím procesem. Proto jsme taky dělali, že třeba osoby, kteří s nimi pracovali, znali je, důvěřovali jim, tak chodili třeba s nima do těch návazných služeb. Byla tam ta domluva, že tam bude třeba dvakrát s tím klientem ta naše pracovnice.*“ U pobytových sociálních služeb by respondenti volili jako vhodnou metodu nácvikové bydlení E 256-257: „*Co jako by mohlo pomoci, tak je něco jako trénink... Měl by jít klient do chráněného bydlení, tak něco jako tréninkové bydlení.*“

O závislosti osob se zdravotním postižením a o možném dopadu této závislosti na využívání sociálních služeb promlouvají respondenti A 179-180: „*Určitě je to závislost na službě, a tam spadá určitě i ta neinformovanost, neznalost toho prostředí.*“ Závislost osoby se zdravotním postižením na využívané sociální službě a její vliv na využívání sociálních služeb hodnotí další respondent B 77-80: „*Ahmm, tak to velký. To si myslím, že je velká závislost. Aj když vezmu ambulantní služby... Když si vezmu tady centrum pro osoby se zdravotním postižením tady ve Valmezu. Tam jsou v podstatě klienti, kteří jsou tam deset, patnáct let a berou to jako stacionář, chodí tam každý den, každý den tam dělají ty stejné činnosti.*“

Respondenti také hovoří o vlivu té samotné sociální služby na snižování závislosti osoby se zdravotním postižením na využívané sociální službě C 107-110: „*Myslím si, že velký, protože jsou tam zabydlení a cítí se tam jako doma a nemají důvod příliš aktivně vyhledávat změnu, pokud ta struktura té organizace nebo i ti pracovníci v té organizaci nemají dostatečný náhled na tu situaci, že si tam ty klienty vlastně ochraňují a nějakým způsobem pěstují.*“

5.4 Vlivem rodinného zázemí

Následující téma „Vliv rodinného zázemí“ informuje o tom, jak respondenti nahlízejí na vliv rodiny a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: práce s rodinou, síla vlivu, negativní vliv, rodičovská skupina.

Respondenti vypovídají o práci s rodinou, o možnostech práce s rodinou a rodinným zázemím osoby se zdravotním postižením A 285-286: „*...samozřejmě dobrý sociální pracovník pracuje i s tím zázemím, zajímá se o něj, ale nemá na to tolik dostatek času, aby si třeba zval každý týden tu rodinu, aby ji vtáhl do té péče vůbec všeobecně.*“ Respondent C 167-169 udává, že: „*Tak s rodinou a pečujícími osobami máme pravidelné schůzky, ve kterých hodnotíme ten proces, který je tady u nás.*“ Respondent E 310-312 poukazuje na základní metodu práce v práci s rodinou – na rozhovory: „*...formou individuálních rozhovorů, kdy sociální pracovníci hovoří s vlastně s rodičem nebo pečujícím o budoucnosti vlastně, o možnostech dalšího rozvoje, o řešení nepříznivé situace. I s vlastně, prostřednictvím jiné sociální služby nebo i veřejně dostupných sociálních služeb.*“ Mezi nástroji práce s rodinou respondenti zařazují spolupráci s jiným odborníkem A 225-226: „*...že to je i o tom dát nějaké psychologické doporučení k psychologovi, kde se bude víc pracovat třeba psychologicky na tom...*“ Dále jsou to kurzy pro rodiče a rodičovská setkání A 291-293: „*...takový kurz pro rodiče a to bylo super, rodiče se tam setkávali, dokázali si mezi sebou říct, jak to mají těžké, jak je to blbé, co je dobré, co jim pomohlo, ale zároveň se utvrzovali v síle toho, jak je to prostě všechno...Jak si prostě potáhnout tu svoji káru dál...*“ stejný respondent podotýká, že A 314-315: „*Já jsem se v praxi potkala s rodičovskou skupinou, a i to si myslím, že to je dobré.*“ O přednáškách a ukázkách jako o vhodných metodách práce s rodinou promlouvá respondent D 278-280: „*Ukázky, přednášky...Že jim třeba uděláme nějakou přednášku na*

nějaké téma. Takže takhle si je postupně jak kdyby získáváme, jako partneři, že jim jako pomáháme v té jejich situaci, že to s námi mohou řešit.“

O svépomocných skupinách promlouvá respondent C 84-86: *„Že ta spolupráce bude nějakým způsobem provázaná, včetně třeba těch svépomocných skupin, aby si měli kde vylít to srdíčko, aby zase oni měli tu podporu, když nesou tu tíži na těch bedrech.“*

Na možné rozpory mezi potřebami osob se zdravotním postižením a přáními rodiny poukazují respondenti A 228-232: *„Nebo jestli je to rozhodnutí klienta třeba proti té rodině, to jsou potom zase dva směry. To se klient může rozhodnout, že chce. I v rámci informovanosti se bavíme o nějakých návazných službách a já bych se tam chtěl podívat a rodina řekne, proč bys tam měl chodit, když nepotřebuješ. Pak je to takové to, na co se nemyslí, že je to ta práce s rodinou, která nechápe, proč by ta změna měla přijít.“* Další z respondentů uvádí, že B 122-125: *„Ta rodina, jak jsem říkala. Buďto se ta rodina zajímá, chce ty služby, anebo se nezajímá a nechce ty služby. Fakt jsem se setkala s rodinami, které nechtěly a neměly zájem využívat ty služby. Určitě to zaleží na tom, jak ta rodina chce nebo nechce. Některé rodiny využívají a my se i v rámci nějaké osvěty snažíme těm rodinám.“* O vlivu rodiny a rodinného zázemí na využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením informuje také respondent D 160-163: *„Já si myslím, že to má velký vliv. A proto je důležité, aby v těch sociálních službách měli předchystané první nějaké aktivity typu, kterými můžu navázat důvěru jak s rodinou nebo s blízkými těch klientů budoucích, protože musí, mají ty oporné osoby, nebo prostě komu věří. A když pak ty osoby pak provedou, tak můžou to stigma nebo tu obavu můžou i nějak zminimalizovat.“* Daný respondent podhaluje své zkušenosti D 253-255: *„Pokud oni se s tím prostě ztotožní, tak oni to vysvětlí tomu svému dítěti nebo tomu potencionálnímu klientovi, proč je to pro něho přínosné. A hlavně tomu musí věřit. Když to tam není, tak oni je tam prostě nepustí.“* Respondent E 283-287 poukazuje na příklad ze své vlastní praxe: *„Máme klientku, která chce využívat další sociální služby, která by i chtěla bydlet někde...Ale ta rodina v podstatě jí pořád říká, proč? My se o Tebe budeme starat, budeš bydlet doma... A vlastně dochází k tomu, že klientka je nespokojená s tím, že nemůže využít to, co by chtěla využít. Nejenom další sociální služby, ale i nějakou formu vzdělávání třeba.“*

O negativním vlivu rodinného zázemí na klienta, tudíž na využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením hovoří respondenti A 270-271: *„V tu chvíli to má třeba negativní vliv, protože ten člověk by se mohl někam dál posunout a ta rodina...“* Jiný re-

spondent přibližuje své zkušenosti takto C 100-103: „*A to nezmiňujeme ty rodinné příslušníky, kteří jsou pro určitou skupinu lidí s mentálním postižením handicapem a brzdí je v tom jejich drajfu, jsou zúskostnělí a můžou mít strach a oni to pak přenášejí na to dítě a chrání ho až třeba do toho důchodového věku.*“ A dále dodává, že C 152-154: „*Podle mého názoru ta pečující rodina, která má velmi silnou emoční vazbu na klienta, je opravdu v mnoha případech handicapem pro samotného klienta, protože její členové jsou do určité míry vystrašení, zúskostnělí, mají opravdu spoustu strachů, které brzdí toho klienta v tom rozletu.*“ Respondent E 294-296 také vypovídá o možném negativním vlivu rodinného zázemí: „*Takže to mi přijde, že ano, rodiče drží, mají ohromnou moc a pečující osoby a málokdy si uvědomují jakoby to, že vlastně nepřímo jako připravují vlastně tomu svému blízkému velice nepříjemné do budoucna chvílky a stres.*“

Respondent D 259-261 vytyčuje další problematickou oblast v životě osoby se zdravotním postižením, a to možnou závislost pečujících osob na osobě se zdravotním postižením, o kterou pečují: „*Často pak i zjistíte, že ten rodič si nepřeje být vlastně bez toho dítěte, protože zjistíte, že ten rodič sám je závislý na tom dítěti. A zná jenom ten život s tím klientem a to je další věc. To je obrovsky palčivý problém.*“ Dotazovaný dodává ke své výpovědi D 338-340: „*...jsou to asi nějaké ty osobní problémy těch lidí samotných, těch rodin. Protože prostě třeba nedokážou se od nich odpoutat... Nebo ho nedokážou svěřit někomu jinému to dítě, aby se o něj, o to dítě staral někdo jiný. Že mají strach, že nedostanou tu adekvátní péči.*“ S tímto fenoménem dále sociální pracovníci pracují, a to následujícím způsobem, jak poukazuje respondent D 347: „*Tak s tímto pracujeme hodně individuálně a pomaličku. Za prvé to pojmenování.*“ a dodává D 378-379: „*Prostě jsme to pojmenovali, to, jak jsou na sobě závislé, že je potřeba udělat to jinak. Jaké jsou rozměry, co se může stát ji, co to může nabídnout ji. Taková psychologie, taková možná i terapie.*“

5.5 Neinformovanost brzdou

Téma „Neinformovanost brzdou“ podkrývá, jak respondenti nahlíží na neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: dopad neinformovanosti a neznalosti, informační zdroje, předávání informací.

O neinformovanosti a nevědomosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako o jednom z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, respondenti vypovídají A 325-326: „*Jako za mě určitě, ta neinformovanost a nevědomost jsou tou překážkou, tou brzdou v tom přehledu těch služeb člověka.*“ Stejný respondent upřesňuje svou přechodí odpověď A 252-257: „*Pokud mluvím z praxe, je to do velké míry, je to určitě nějaká neznalost zákona, myslím si, že to tak je, že mnoho rodičů prostě nemá jasnou, ucelenou představu o tom, jaký je systém sociálních služeb.*“ (...) „*...tak velice těžko, tak velice těžko ti rodiče, rodina, pečující osoba chápe to, co třeba u nás nelze či naopak nelze z nějakého důvodu, co se musí.*“ Další respondent dodává B 68-73: „*Je to neznalost. Ale myslím, že to je takový propad spíše u rodin. Rodina má doma dítě s nějakým zdravotním postižením a vůbec neví, že nějaké sociální služby jsou. Nebo si řeknou, že tam chodit nebudou a už se nezajímají o to, že by mohli chodit do nějaké jiné služby. To si myslím, že je problém. Oni když mají děti s nějakým tím zdravotním postižením, tak nikam nechodí a bývají doma. S tím se hodně setkávám. Že to si myslím, že je nějaká obava z neznáma. Prostě neznalost, že se o to ty rodiny nezajímají.*“ O velkém vlivu neinformovanosti a nevědomosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob na samotný život těchto osob poukazuje respondent D 296-297: „*Má to velký vliv v tom, že oni si nejsou prostě vědomi, jak kdyby až co všechno, jak moc si můžou zkvalitnit život jako pečující, tak i ti lidi.*“

Mezi informační zdroje, které mohou osobám se zdravotním postižením a pečujícím osobám poskytnout důležité informace respondenti řadí jarmarky či propagační akce sociálních služeb A 337-339: „*Na Rožnovsku a vlastně i na Vsetínsku probíhají ty jarmarky neziskovek jednou ročně, je i týden neziskových organizací, ale je to jen jednou ročně.*“ O dalších možnostech zajištění dostatečné informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob hovoří další respondent B 171-174: „*Školy, lékaři, snažíme se dávat letáčky, výroční zprávy, snažíme se být i normálně v tisku. Že prostě facebook, web...Ale normálně tisk. Já jsem se setkala s tím, že přišli lidi do kurzu, že o nás četli v novinách. Takže jsme udělali to, že jsme otevřeli kurz, napsali jsme o tom článek do nějakého Jalovce, deníku, plátku, co tady je. A fakt ti lidi přišli, že o nás četli.*“ O předávání informací rozhovorem, osobním kontaktem s osobu se zdravotním postižením a pečující osobou informuje respondent C 200-202: „*Osobní kontakt, rozhovor, předání informací aktuálních za dané období. Hodnotíme ten proces tady. A když vidíme v tom procesu, že je potřeba zmínit i něco jiného, než je práce s tím klientem, tak tu informaci od nás ten opatrovník nebo rodič dostává.*“ Jiný respondent

dodává souhrn metod, způsobů, jakým se snaží navyšovat informovanost osob se zdravotním postižením a pečujících osob A 358-367: „*Tak určitě jsou to informační schůzky, ať už s poskytovateli návazných služeb, ať už jsou to schůzky jenom s nějakým sociálním pracovníkem té konkrétní služby, určitě využíváme emailovou komunikace, takže všechny nové informace o projektech, o rozjždění nějakého sociálního podniku, o tom, že se otvírá nějaká návazná sociální služba a podobně, takže emailem se posílají informace. Jinak mají rodiče i klienti možnost se na cokoli zeptat, doptat. Myslím si, posílá se to i dopisem, takže ti, kteří nejsou tolik počítačově, takže se to posílá vždy i dopisovou formou. Takže se posílají informace o projektech, o službách, o vzdělávání, do kterého by se klienti mohli zapojit, a to ve dvou vlnách, protože vždycky to může vypadnout nebo se cokoli stát, tak ať se to připomene. Přemýšlím, jako ještě jinou metodu...Snažíme se třeba upozorňovat na nějaký dobrý článek, určitě máme informační vývěsní tabule.*“

Další z respondentů by považoval za vhodné více medializovat sociální služby D 329-331: „*No, mohli by pouštět třeba i něco v televizi...Třeba před zprávama...O tom, jaké jsou možnosti sociálních služeb. Nevím, jak to víc dostat do medializace...Jako do televize, do médií, aby třeba byli i nějaké střípky.*“ O větších medializaci sociálních služeb mluví další respondent a dodává i jiné možnosti medializace, že E 412-416: „*...třeba na veřejnosti, tak je to možná takový nějaký sloupek jako třeba v místních novinách, pravidelný. Kde vlastně by pečující věděli, že vychází jednou za čtrnáct dnů. Tak jednou za čtrnáct dnů by věděli, že vychází článek o nějaké sociální službě. Presentace té sociální služby. Určitě i presentace v médiích. Zase je tady nějaká místní televize, takže kdyby tam byla pravidelná rubrika jakoby ze sociálních služeb.*“

Z výpovědí respondentů vyplývá, že by k vyšší informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob přispělo také, kdyby byli více informováni pracovníci na sociálních odborech a lékaři, kteří by poté tyto informace a vědomosti předávali zainteresovaným osobám. Respondent E 422-425 říká: „*...určitě větší informovanost lidí na sociálním odboru, protože myslím si, že hodně pečujících osob je směřováno právě na sociální odbory. A opravdu si myslím, že mnohdy sociální odbory naprosto netuší, co za sociální služby jako existují vlastně, co ty sociální služby dělají. A to samé jsou určitě výchovní poradci, jak v základní škole praktické, tak na běžných základních školách.* A dodává E 433-434: „*Ale samozřejmě mocná autorita jsou lékaři, kteří...Ale přijde mi, že nevdělanost lékařů v tomto, v této oblasti je obrovská.*“ Dotazovaný C 230-232 přidává, že by bylo vhodné zajistit do-

statečnou informovanost pečujících osob již v raném stádiu péče o osobu se zdravotním postižením: „*Napadá mě podchytit to už v tom raném stádiu, takže aby měli dostatečné informace lékaři a ten odborný personál v nemocnicích.*“

Důležitým nástrojem je dle respondentů propagace své činnosti samotnými sociálními službami, o této skutečnosti promlouvá respondent E 93-99: „*Přijde mi, že chybí osvěta o tom, o čem jsou sociální služby. Je to samozřejmě chyba i sociálních služeb, které neumí jako by vysvětlit, popsat a vlastně mezi veřejnost dostat to, proč vlastně, co je jejich účelem, jo... To si myslím, že je velký problém sociálních služeb. Je to problém na straně vlastně těch sociálních služeb, není to na straně té veřejnosti. Ta nemusí být takto informována. Ale sociální služby přijde mi, že se málo prezentují tak, aby veřejnost pochopila, co vlastně dělají.*“

5.6 Na vážkách

Téma „Na vážkách“ představuje další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Respondenti zde poukazují na další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, a to s ohledem na jejich zkušenosti z praxe.

Do tohoto tématu jsme zařadili kategorie: finanční nejistota, podpora zvenčí, předaná zkušenost.

Jako jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, identifikovali respondenti finanční aspekt. V případě, že je sociální služba poskytována za úplatu, mají osoby se zdravotním postižením či pečující osoby obavy z přílišných finančních nákladů na tyto služby a omezení finančních prostředků. Respondent A 170-175 uvádí: „*Potom při vstupu do nějaké služby, která je placená, tak bych řekla, že je to strach, že přijdu o část příspěvku. Mám příspěvek, za ten si většinou platím třeba léky nebo něco. A když bych měl platit nějakou službu, třeba stacionář nebo donášku obědů, což není sociální služba, ale Charita má na starosti rozvoz obědů, nebo nějakou asistenci, tak přijdu vlastně o část svých peněz a je to o tom strachu, že si pak třeba něco nezaplátí, třeba lázně.*“ Tentýž respondent dodává A 215-217: „*Například zajímám se o chráněné bydlení, jdu se tam podívat, ale pak budu řešit a mám ten strach z toho, že nebudu mít dostatek financí, strach, že to nezvládnou.*“ Jiný respondent B 199-200 poukazuje také na nedostatečné finanční prostředky jedinců, kteří by chtěli využívat placených sociálních služeb: „*Jenže to je placená služba. Takže klienti, kteří bydlí v samostatné domácnosti, na to*

nemají, ... “ Další respondent předkládá svůj pohled na finanční aspekt, jež ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením E 272-281: „Jeden aspekt jsou finance, kdy samozřejmě, pokud klient využívá neplacenou sociální službu, třeba což je sociální rehabilitace nebo sociálně terapeutická dílna a má přejít třeba z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, nebo z důvodu, že ta sociální služba může z nějakého důvodu zaniknout, do placené sociální služby, denního stacionáře, tak si myslím, že mnohdy tam ten klient nepřejde, protože ty finance jsou opravdu nemalé. Myslím si, že mnohdy rodiny nevnímají rozdíl mezi těmi sociálními službami a nechápou, proč by měl najednou za sociální službu platit. Myslím si, že to jeden z důvodů, proč nenastupují do chráněných bydlení dříve, než už je to opravdu nebo i do domovů pro osoby se zdravotním postižením, než už je to opravdu nutné. Protože prostě za první oni mají pocit, že zvládnou tu péči a za druhé zase si myslím, že je to u některých i o financích, když zjistí při jednání se zájemcem o službu, jak to je s financemi.“

O možné obavě osob se zdravotním postižením a pečujících osob ze ztráty nároku na invalidní důchod poukazuje respondent A 192-194: „*Že jsem třeba v sociální rehabilitaci a jsem veden k tomu, že jdu třeba do sociálního podniku nebo na nějaké podporované místo, a v tu chvíli mám strach, že přijdu o jistoty ve formě důchodu... “* Strach ze ztráty nároku na příspěvek na péči je taktéž aspektem, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením, o tomto strachu vypovídá B 159-163: „*Víte, to souvisí i s příspěvky na péči. Ty rodiny nechtějí dát to dítě pryč. To je ta nevědomost, že si myslí, že když dítě dají do nějaké služby nebo někam, tak o ten příspěvek přijdou. S tím se vážně často setkávám. Nebo když mluvíme o tom, že člověk s mentálním postižením nebo se zdravotním postižením mohl jít do práce, tak ta rodina řekne, že ne, protože si myslí, že přijdou o důchod, o příspěvek na péči.“* Další z dotazovaných poukazuje na své zkušenosti z praxe v sociálních službách D 232 -236: „*...prostě mají strach, že přijdou o ty příspěvky na péči na ty svoje děti. Ale zase jako divte se jim, oni veškerou vlastně vzdělávání, kariéru obětovali péči o dítě a jsou to pěkné peníze, ale taky vezte si to, co všechno stojí...Ty léky, ta péče, ty specifická péče, všechno, co oni potřebují, jo...A teďka vy je dáte do sociální služby a oni jsou fakt šikovní, vy je osamostatníte, jdou na přezkum a oni jim sníží invaliditu...“*

Respondenti vnímají za přínosné provádět osvětu, šířit informace o sociálních službách a osobách se zdravotním postižením v širší veřejnosti, jež může celkově dopomoci k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti, ovlivnit využívání sociálních služeb těmito osobami. Tuto osvětu by dle respondentů měly provádět samotné sociální služby. Respondent B 133-139: „*Určitě právě děláme tu osvětu, chodíme do škol na přednášky v rámci*

sociální rehabilitace. Potom, co jsme dělali, to jsme vlastně i v rámci města měli takovou osvětovou činnost. I v rámci města jsme v podstatě s tím naším tréninkovým pracovištěm chodili za odborníkama. Šli jsme na městský úřad, na úřad práce, šli jsme tady do návazných služeb nebo do chráněných bydlení a snažili jsme se těm lidem, co se zaměřují na osoby se zdravotním postižením, těm odborníkům říct, že je tu taková možnost tréninkového pracoviště. Když prostě někdo přijde na ten úřad za nějakou sociální pracovníci nebo za opatrovníci, tak aby se vědělo, že vůbec tady něco takového je.“ Respondent B 148-150 dále dodává: „Já si myslím, že by bylo dobré informovat i lékaře. Psychiatry a ty... Aby věděli, kam mají ty lidi poslat. Oni neví, ani praktický lékař. To by bylo taky dobrý, nějaký letáčky. I je v rámci té komunikace nějak zasvětit, aby věděli v té problematice, věděli co nejvíce.“ Další z respondentů představuje svůj pohled na osvětu v širší veřejnosti C 266-270: „...aby je přijala i ta společnost. Mají co nabídnout... Aby se třeba mluvilo i o těch předsudcích, školy... Ta integrace už probíhá v mateřských školách, normálních školách, nevím, do jaké míry je to funkční nebo nefunkční. Asi je to i náročné pro všechny ty zúčastněné. Aby bylo co nejméně těch předsudků a aby byla společnost otevřená k té jinakosti, která může být obohacující.“

Na sociální politiku státu, jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením, pohlíží respondent D 244-248: „...i ten stát by měl změnit to myšlení, aby trochu pomohl různé tyhle ty předsudky těm rodičům snížit, a tím pádem se ten strach sníží. Teďka nemluvím o tom strachu, že tam budou asi jiní lidé jo, ale tam je ten větší strach o to, co tím vlastně oni získají... A do čeho se oni mohou dostat, do jaké situace. A tohle neřeší jenom ten poskytovatel, to řeší stát prostě. Ten ukládá ty předpisy.“

Dalším z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením, je dle respondentů předaná zkušenost s využitím sociální služby. Respondenti se vyjadřují k předávání pozitivní i negativní zkušenosti a hodnotí možný vliv na využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením. Předávání pozitivní zkušenosti komentuje respondent A 239-245: „Teďka mě ještě napadlo, že pozitivní zkušenost. Je to, když třeba v rámci té služby se potká někdo, kdo už tu změnu vyzkoušel, kdo tím prošel. Myslím si, že to je hodně dobrá věc, protože najednou člověk zjistí, že v rámci dílny vyzkoušel někdo jinou službu. Deset klientů se o tom baví, jde vidět, že pracují s tím strachem a najednou když je tam ta pozitivní zkušenost a přichází člověk šťastný, veselý, je obohacen o nové podněty, lidi, zážitky, zkouší si nové techniky, novou nějakou práci, najednou mluví o nějaké muzikoterapii, dramaterapii, potkává se tam s mužem v sociální službě. Pozitivní zkušenost,

to je super, ... “ Další respondent se vyjadřuje k využití příkladů dobré praxe B 174-177: „*Ale i dobrá praxe. Že se říká, že jste dobří a ti lidi si to mezi sebou řeknou. Já si myslím, že ti lidi, ty matky mají nějakou komunitu. Že se setkávají, potkají se někde v centru nebo v sociální rehabilitaci, tak to si prostě řeknou. Taková ta dobrá praxe, že se šíří.*“ Respondent E 230-235 poukazuje také na předávání pozitivní zkušenosti samotným klientem dalším klientům, kdy vyzvedává srozumitelnost předávané informace pro příjemce těchto informací: „*Také využívám vlastně příkladů jakoby dobré praxe nebo zkušenosti. Těch klientů, kteří využívají další sociální službu. Kdy ten klient je vlastně v roli takového člověka, který uznává ty ostatní, a vlastně já tomu říkám jejich jazykem. Vlastně jim předává informace, protože já je předávám nějakým způsobem a on jim dokáže říct pravděpodobně pro ně mnohdy přijatelnějším způsobem. Co tam dělá, jak to tam chodí... Což si myslí, že pro klienty je přínosné.*“

O předávání negativní zkušenosti a o možném dopadu na využívání sociální služby osobou se zdravotním postižením poté hovoří respondent E 371-377: „*...protože tak, jak jsem mluvila o tom sdílení zkušeností v té otázce předtím, tak na druhou stranu, pečující si sdílí spíše ty negativní zkušenosti, tudíž jedna, jeden pečující dokáže teď v uvozovkách napáchat tolik škody tím přenesené té svoji negativní zkušenosti, nebo to, co slyšel někde... A ti rodiče nebo ti pečující samozřejmě věří tomu, protože my v těch sociálních službách jsme ti na té druhé straně. A oni jsou na té druhé straně. Takže věří samozřejmě tomu, že to tak je. A už nemají chuť pátrat po tom, jít se třeba podívat do té návazné sociální služby, protože ví, že to je tam špatně, ví, že takhle je to špatně. Tak to určitě jakoby má vliv velký.*“ A dále respondent dodává E 392-393: „*Sdílená špatná zkušenost zapříčiní to, že klient, že pečující trvá na tom, aby klient setrval v téhle sociální službě, protože tu další už nepotřebuje.*“

6 INTERPRETACE DAT

Při interpretaci dat přejdeme k zodpovězení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek za pomoci vyhodnocení dat, které jsme získali od dotazovaných respondentů.

HVO: Jaké jsou aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením pohledem respondentů?

Mezi aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením respondenti, řadí nedostatky ve struktuře sociálních služeb na Vsetínsku. Respondenti hodnotí kapacitu v některých zařízeních sociálních služeb na Vsetínsku za nedostatečnou a poukazují tak na nemožnost pokrytí potřeb osob v daném regionu prostřednictvím sociálních služeb, dotazovaní též zmiňují absenci některých sociálních služeb v dané oblasti. Dotazovaní také poukazují na místní nedostupnost a na obtíže osob se zdravotním postižením s dojížděním do vzdálenějších sociálních služeb, což souvisí s nevhodným centrováním některých sociálních služeb. Respondenti konstatují, že lze strach osob se zdravotním postižením z neznámého a závislost těchto osob na využívané sociální službě považovat za jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku. Vliv rodiny a pečujících osob jako jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, vnímají respondenti jako významný, mnohdy určující. Dotazovaní se shodují na tom, že dochází k častým rozporům mezi potřebami osob se zdravotním postižením a přáními rodiny. O neinformovanosti a nevědomosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako o jednom z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, respondenti vypovídají jako o překážce, brzdě v optimálním využívání sociálních služeb. Jako jeden z aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, identifikovali respondenti finanční aspekt. V případě, že je sociální služba poskytována za úplatu, mají osoby se zdravotním postižením či pečující osoby obavy z přílišných finančních nákladů na tyto služby a omezení finančních prostředků. Dotazovaní také poukazovali na obavy osob se zdravotním postižením a pečujících osob ze ztráty nároku na invalidní důchod či nároku na příspěvek na péči. Respondenti vnímají za přínosné provádět osvětu, šířit informace o sociálních službách a osobách se zdravotním postižením v širší veřejnosti, jež může celkově dopomoci k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti, ovlivnit využívání sociálních služeb těmito osobami. Sociální politiku státu lze, dle respondentů, také považovat za jeden z možných aspektů, který

ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením. Dalším z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením, je dle respondentů seznámení se se zkušeností s využitím sociální služby, jež je osobám se zdravotním postižením a pečujícím osobám předávána prostřednictvím jiné osoby.

DVO 1: Jak respondenti nahlíží na strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku?

Na strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku pohlíží respondenti jako na nedostačující. Respondenti hodnotí kapacitu v některých zařízeních sociálních služeb na Vsetínsku za nedostatečnou a poukazují tak na nemožnost pokrytí potřeb osob v daném regionu prostřednictvím sociálních služeb. Konkrétně by respondenti považovali za přínosné zřízení sociálních služeb, které by se zaměřovaly na osoby s tělesným postižením, a to služeb odlehčovacích, pečovatelských a také služeb, jež by zajišťovaly péči o osoby se zdravotním postižením, mladých osob, které vycházejí ze vzdělávacích institucí. Respondenti také vyzdvihují fakt, že na Vsetínsku chybějí také sociální služby pobytové pro osoby s mentálním postižením, jež by klienty podporovaly v běžných činnostech při starostlivosti o vlastní osobu. Za nedostatečné vnímají respondenti zajištění pobytových služeb pro osoby s kombinovaným postižením, pro osoby s těžším mentálním postižením, pro osoby s poruchami autistického spektra, taktéž pro osoby se zdravotním postižením, které dosáhly důchodového věku. Dotazovaní se dále shodují na podstatném problému v síti sociálních služeb na Vsetínsku, který skýtá nedostatek sociálních služeb pro specifickou cílovou skupinu – pro osoby s poruchami autistického spektra. Jedná se i o nedostatek sociálně terapeutických dílen a stacionářů, denních i týdenních stacionářů se zaměřením na osoby s kombinovaným postižením a opět na osoby s poruchami autistického spektra. Ze získaných informací respondentů vyplývá, že dalším prostorem ke zlepšování poskytovaných sociálních služeb je prostor v zajištění oblasti služeb, tréninkových pracovišť, které by se věnovaly nácviku pracovních dovedností a připravovaly osoby se zdravotním postižením na začlenění se do pracovního procesu. Do sociálních služeb, jež by dále respondenti pokládali za přínosné zařadit, spadají služby, které by osoby se zdravotním postižením podporovaly v nácviku práce s potřebnými kompenzačními pomůckami.

DVO 2: Jak respondenti hodnotí poskytované sociální služby na Vsetínsku pro osoby se zdravotním postižením s ohledem na skutečné potřeby a možnosti těchto osob?

Respondenti uvádějí, že je velkým problémem nevhodné řešení budoucí nepříznivé sociální situace potencionálních klientů sociálních služeb. Mnohdy totiž dochází k tomu, že mnoho potencionálních klientů pobytových sociálních služeb žije stále v rodinách, je předpoklad, že budou uživateli sociálních služeb v příštích letech, avšak v současné době pro ně nejsou volná místa v daných sociálních službách. O potřebnosti navýšení kapacity v těchto sociálních službách však nejsou obeznámeny kompetentní orgány. Ve spojení s předcházejícím problémem respondenti zmiňují nepřipravenost některých typů pobytových sociálních služeb na pobyt žen v těchto zařízeních. Dotazovaní také poukazují na místní nedostupnost a na obtíže osob se zdravotním postižením s dojížděním do vzdálenějších sociálních služeb, což souvisí s nevhodným centrováním některých sociálních služeb. S ohledem na skutečné individuální potřeby a možnosti osob se zdravotním postižením poukazují respondenti na omezený výběr dostupných sociálních služeb pro tyto osoby, přičemž nemusí být vždy tyto sociální služby vhodné či dostačující pro každého jedince. Respondenti ve svých odpovědích uvádějí potřebnost zajistit návaznost mezi sociálními službami pro osoby se zdravotním, aby byla zajištěna kontinuita v jejich poskytování. Dále respondenti upozorňují na určité aspekty v poskytování sociálních služeb, které mohou ovlivnit respektování či nerespektování individuálních potřeb a možností osoby se zdravotním postižením, a to na profesionální deformaci a slepotu, na konkurenci a konkurenční chování v oblasti sociálních služeb. Respondenti také poukazují na vhodnost spolupráce mezi jednotlivými institucemi, které pracují s osobami se zdravotním postižením, aby byla zajištěna co možná největší kontinuita v poskytování služeb těmto osobám.

DVO 3: Jak respondenti nahlíží na strach osob se zdravotním postižením z neznámého a na závislost těchto osob na využívané sociální službě jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku?

Respondenti konstatují, že lze strach osob se zdravotním postižením z neznámého a závislost těchto osob na využívané sociální službě považovat za jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku. Mezi důvody strachu z neznámého, z určité změny respondenti řadí vnímání změny jako určitého osobního trestu, neznalost nového prostředí, nových osob, strach z dalšího životního kroku, nedostatek představitosti klienta vzhledem k novému prostředí. Respondenti konstatují, že vliv na prožívání strachu z neznámého má i stáří daného klienta. Mezi metody práce, techniky, které pomáhají v práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého, respondenti považují primárně rozklíčování situace, tedy rozklíčování toho, z čeho má daný klient skutečně obavy. Respondenti

také poukazují na další metody práce, techniky, které pomáhají v práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého, a to využití podpurných informačních materiálů, nácviky, například v oblasti komunikace, nácviky neboli přehrávání potencionálních situací, motivace, návštěva sociální služby, kterou by mohl klient potencionálně využívat, dle výpovědí respondentů se jeví vhodnou metodou k práci se strachem osob se zdravotním postižením z neznámého u pobytových sociálních služeb taktéž metoda nácvikového bydlení. Respondenti pokládají také závislost klienta na doposud využívané službě za určující faktor, který ovlivňuje další využívání sociálních služeb touto osobou. Respondenti také hovoří o vlivu té samotné sociální služby na snižování závislosti osoby se zdravotním postižením na využívané sociální službě. Se závislostí klienta na využívané sociální službě je zapotřebí pracovat i v dané sociální službě, kterou klient využívá.

DVO 4: Jak respondenti nahlíží na vliv rodiny a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

Vliv rodiny a pečujících osob jako jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, vnímají respondenti jako významný, mnohdy určující. Dotazovaní se shodují na tom, že dochází k častým rozporům mezi potřebami osob se zdravotním postižením a přáními rodiny. Přičemž přání rodiny a její následný vliv na osobu se zdravotním postižením je markantní. Z výpovědí respondentů vyplývá, že se dá hovořit o negativním vlivu rodinného zázemí na klienta, v mnoha případech je rodina handicapem pro samotného klienta, protože její členové jsou do určité míry uzavření změnám a brzdí toho klienta v tom rozletu a rozvoji. Respondenti ve svých odpovědích poukazují také na další problematickou oblast v životě osoby se zdravotním postižením, a to možnou závislost pečujících osob na osobě se zdravotním postižením, o kterou pečují, což může mít samozřejmě také dopad při rozhodování o využívání sociálních služeb touto osobou. Respondenti vyzdvihují důležitost práce s rodinou a poukazují na základní metody v práci s rodinným prostředím. Mezi tyto metody respondenti řadí rozhovory, spolupráci s jiným odborníkem, kurzy pro rodiče a rodičovská setkání, přednášky a ukázky, založení svépomocných skupin.

DVO 5: Jak respondenti nahlíží na neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako na jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

O neinformovanosti a nevědomosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako o jednom z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, respondenti vypovídají jako o překážce, brzdě v optimálním využívání sociálních služeb. Dotazovaní tedy hodnotí aspekt informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob jako na jeden z aspektů, jež ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Mezi informační zdroje, které mohou osobám se zdravotním postižením a pečujícím osobám poskytnout důležité informace respondenti řadí jarmarky či propagační akce sociálních služeb, kontakt a předávání informací se sociálními službami, informační schůzky s poskytovateli návazných služeb, informační vývěsní tabule v sociálních službách. Respondenti by však považovali za vhodné více medializovat sociální služby, a to prostřednictvím televize či novin. Z výpovědí respondentů také vyplývá, že by k vyšší informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob přispělo, kdyby byli více informováni pracovníci na sociálních odborech a lékaři, kteří by poté tyto informace a vědomosti předávali zainteresovaným osobám. Důležitým nástrojem pro prohloubení informovanosti v oblasti sociálních služeb je dle respondentů propagace vlastní činnosti samotnými sociálními službami.

DVO 6: Jaké jsou další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením pohledem respondentů?

Jako jeden z aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, identifikovali respondenti finanční aspekt. V případě, že je sociální služba poskytována za úplatu, mají osoby se zdravotním postižením či pečující osoby obavy z přílišných finančních nákladů na tyto služby a omezení finančních prostředků. Dotazovaní také poukazovali na obavy osob se zdravotním postižením a pečujících osob ze ztráty nároku na invalidní důchod. Respondenti identifikovali další aspekt, jenž ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením, a to strach ze ztráty nároku na příspěvek na péči. Respondenti vnímají za přínosné provádět osvětu, šířit informace o sociálních službách a osobách se zdravotním postižením v širší veřejnosti, jež může celkově dopomoci k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti, ovlivnit využívání sociálních služeb těmito osobami. Tuto osvětu by dle respondentů měly provádět samotné sociální služby. Sociální politiku státu lze, dle respondentů, považovat za jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením. Dalším z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postiže-

ním, je dle respondentů předaná zkušenost s využitím sociální služby. Respondenti se vyjádřili k předávání pozitivní i negativní zkušenosti a považují její vliv na využívání sociálních služeb osobami se zdravotním postižením za velký.

7 NÁVRHY A DOPORUČENÍ PRO PRAKTICKÉ VYUŽITÍ

V kapitole návrhy a doporučení pro praktické využití se zaměříme na shrnutí informací o aspektech, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, a nastíníme možnosti, způsoby ovlivnění těchto aspektů k dosažení optimálního využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

Vhodným nástrojem k optimalizaci využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením, je dozajista úprava samotné struktury nabízených sociálních služeb vhodných pro tyto osoby. Jak z výzkumného šetření vyplynulo, je kapacita v některých zařízeních sociálních služeb na Vsetínsku nedostatečná a nedochází tak k dostatečnému pokrytí potřeb osob se zdravotním postižením v daném regionu. Konkrétně by bylo zapotřebí zřízení sociálních služeb, které by se zaměřovaly na osoby s tělesným postižením, a to služeb odlehčovacích, pečovatelských a také služeb, jež by zajišťovaly péči o osoby se zdravotním postižením, mladých osob, které vycházejí ze vzdělávacích institucí. K nedostatečnému pokrytí poptávky dochází na Vsetínsku i v oblasti pobytových sociálních pro osoby s mentálním postižením, jež by klienty podporovaly v běžných činnostech při starostlivosti o vlastní osobu. Zmíněné pobytové sociální služby by se měly zaměřit na osoby s kombinovaným postižením, na osoby s těžším mentálním postižením, na osoby s poruchami autistického spektra, taktéž na osoby se zdravotním postižením, které dosáhly důchodového věku. Podstatným problémem v síti sociálních služeb na Vsetínsku je nedostatek sociálních služeb pro specifickou cílovou skupinu – pro osoby s poruchami autistického spektra. Jedná se i o nedostatek sociálně terapeutických dílen a stacionářů, denních i týdenních stacionářů se zaměřením na osoby s kombinovaným postižením a právě na osoby s poruchami autistického spektra. Ze získaných informací z výzkumného šetření vyplývá, že dalším prostorem ke zlepšování poskytovaných sociálních služeb je v zajištění oblasti služeb, tréninkových pracovišť, které by se věnovaly nácviku pracovních dovedností a připravovaly osoby se zdravotním postižením na začlenění se do pracovního procesu. Za přínosné by se dalo považovat i poskytování služeb, jež by osoby se zdravotním postižením podporovaly v nácviku práce s potřebnými kompenzačními pomůckami. Jelikož mnohdy dochází k tomu, že velké množství potencionálních klientů pobytových sociálních služeb žije stále v rodinách a je oprávněný předpoklad, že budou uživateli sociálních služeb v příštích letech, avšak v současné době pro tyto osoby nejsou volná místa v daných sociálních službách, je nutné uvažovat o potřebnosti navýšení kapacity v těchto sociálních službách. Velkým problémem však zůstává

nevčasné řešení budoucí nepříznivé sociální situace potencionálních klientů sociálních služeb. Pečující osoby či samotní jedinci se zdravotním postižením nedávají včas na vědomí zprávu o potřebnosti vytvoření míst kompetentním orgánům, které by na jejich žádost mohly reagovat a potřebná místa do budoucna vytvořit. U některých typů pobytových sociálních služeb na Vsetínsku je potřeba připravit zázemí na pobyt žen v těchto zařízeních. Jako podstatné se jeví také zajistit místní dostupnost poskytovaných sociálních služeb, a to s ohledem a na obtíže osob se zdravotním postižením s dojížděním do vzdálenějších míst, což souvisí s nevhodným centrováním některých sociálních služeb. Výsledky výzkumného šetření poukazují na další aspekt, na který bychom měli pomýšlet při tvorbě struktury sociálních služeb na Vsetínsku, a to vytvoření návaznosti mezi sociálními službami pro osoby se zdravotním, aby byla zajištěna kontinuita v jejich poskytování. Pozitivně se také jeví navázání spolupráce mezi jednotlivými institucemi, které pracují s osobami se zdravotním postižením, aby došlo na komplexní provázanou péči o tyto osoby. Dále je nutné odstranit z oblasti poskytování sociálních služeb určité aspekty, které mohou ovlivnit respektování či nerespektování individuálních potřeb a možností osoby se zdravotním postižením - profesionální deformaci a slepotu, konkurenci a konkurenční chování v oblasti sociálních služeb.

Z výsledků výzkumného šetření je také patrné, že lze strach osob se zdravotním postižením z neznámého a závislost těchto osob na využívané sociální službě považovat za jeden z možných aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb na Vsetínsku. Je tudíž důležité s tímto aspektem pracovat v rámci individuální práce s klientem i jeho sociálním prostředím, potažmo rodinným zázemím. Vliv rodiny a pečujících osob na osobu se zdravotním postižením lze označit jako jeden z určujících aspektů, který determinuje využívání sociálních služeb. Často dochází k rozporům mezi potřebami osob se zdravotním postižením a přáními rodiny. Přičemž přání rodiny a její následný vliv na osobu se zdravotním postižením je markantní.

Jako překážka, brzda v optimálním využívání sociálních služeb se jeví neinformovanost a nevědomost. Je tedy potřebné prohlubovat informovanost osob se zdravotním postižením a pečujících osob prostřednictvím různých prostředků, můžeme jmenovat např. jarmarky či propagační akce sociálních služeb, kontakt se sociálními službami, informační schůzky s poskytovateli návazných služeb, informační vývěsní tabule v sociálních službách, medializaci sociálních služeb, a to prostřednictvím televize či novin. Z výpovědí respondentů také vy-

plývá, že by k vyšší informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob přispělo, kdyby byli více informováni pracovníci na sociálních odborech a lékaři, kteří by poté tyto informace a vědomosti předávali zainteresovaným osobám.

Jako jeden dalších aspektů, který ovlivňuje využívání sociálních služeb lze označit finanční aspekt, který souvisí se sociální politikou státu. V případě, že je sociální služba poskytována za úplatu, mají osoby se zdravotním postižením či pečující osoby obavy z přílišných finančních nákladů na tyto služby a omezení finančních prostředků. Je tudíž nasnadě zamyslet se nad finančními prostředky osob se zdravotním postižením a zajistit jim adekvátní finanční zázemí, aby se mohly dle svých individuálních potřeb a možností, v co nejvyšší míře začlenit do společnosti. Pokud zůstaneme u finanční oblasti, dochází k častým obavám ze strany osob se zdravotním postižením a pečujících osob ze ztráty nároku na invalidní důchod či nároku na příspěvek na péči při využití sociálních služeb. K odstranění těchto obav může dopomoci opět větší informovanost osob se zdravotním postižením a pečujících osob. Za přínosné lze považovat také šíření osvěty o sociálních službách a osobách se zdravotním postižením v širší veřejnosti, jež může celkově dopomoci k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti, ovlivnit využívání sociálních služeb těmito osobami.

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali osobami se zdravotním postižením v systému sociálních služeb na Vsetínsku.

Nejprve jsme si vymezili teoretická východiska z oblasti sociální péče, sociálních služeb a problematiky osob se zdravotním postižením. Následně za využití empirického výzkumu, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů bylo zkoumáno, jak sociální pracovníci ze sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením nahlízejí aspekty, které mohou ovlivňovat využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Naším cílem bylo identifikovat aspekty, které mohou ovlivňovat využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením a vymezit možnosti, způsoby ovlivnění těchto aspektů k dosažení optimálního využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly vytvořeny tak, aby dávaly respondentům možnost hodnotit jednotlivé aspekty, které mohou ovlivňovat využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Mezi tyto aspekty jsme zařadili samotnou strukturu nabízených sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku, strach osob se zdravotním postižením z neznámého, závislost těchto osob na využívané sociální službě, vliv rodiny a pečujících osob, neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob o oblasti sociálních služeb.

Dále jsme pro dotazované vytvořili prostor pro výklad osobních zkušeností a zážitků z praxe v oblasti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, taktéž pro určení dalších možných aspektů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením. Daný výzkum nám pomohl nahlédnout do životů osob se zdravotním postižením, do potřeb a možností těchto osob a osob pečujících, dále nám ukázal obraz o využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením.

Zkoumání problematiky života osob se zdravotním postižením je důležitým aspektem pro tvorbu užitečných nástrojů pomoci, k poskytnutí rovných šancí a příležitostí, a zároveň pro dosažení maximální úrovně jejich života. Starostlivost, péče a zvýšená pozornost o osoby určitým způsobem znevýhodněné by měla být součástí sociální politiky každého státu. Stát by měl prostřednictvím svých zásahů napomáhat k co největší samostatnosti a sociálnímu začlenění osob se zdravotním postižením do intaktní společnosti. Mezi znaky vyspělého státu by měla tedy patřit dobře propracovaná síť finanční i nefinanční podpory osob

se zdravotním postižením a jejich rodinám. Pro efektivní nastavení kompenzačních prostředků a prostředků pomoci, v našem případě sociálních služeb, je nutné tedy důkladný průzkum zaměřený na potřeby osoby se zdravotním postižením a jejich rodin.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. 1. díl.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247- 5147-4.
- [2] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. 2. díl.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247- 5148-1.
- [3] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty.* Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied, 2011. ISBN 978-80-970675-0-2.
- [4] BEBLAVÝ, Miroslav. *Sociálna politika: vysokoškolská učebnica.* Prešov: ADIN, 2009. ISBN 978-80-89244-47-8.
- [5] Csz.cz [online]. Copyright, ©2018 ČSSZ [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.csz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>
- [6] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [7] ČESKO. Zákon č. 589 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 1992, částka 118. Dostupný také z: < <http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1992-589/zneni-20160701.htm>>
- [8] ČESKO. Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 1995, částka 31. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/1995-117/zneni-20160101.htm>
- [9] ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 1995, částka 41, s. 1986-2011. Dostupný také z: http://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb41-95.pdf
- [10] ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupný také z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.1.2016.PDF

- [11] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 118, s. 3593-3604. Dostupný také z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7334>>
- [12] ČESKO. Zákon č. 110 ze dne 14. března 2006 o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1300. Dostupný také z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=62336&nr=110~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [13] ČESKO. Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1305. Dostupný také z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62337&nr=111~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [14] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021. Dostupný také z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63146&nr=505~2F2006&rpp=15#local-content>>
- [15] ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf>
- [16] ČESKO. Zákon č. 426 ze dne 6. listopadu 2011 o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 149. Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-426>>
- [17] ČESKO. Zákon č. 427 ze dne 6. listopadu 2011 o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 149. Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-427/zneni-20160101.htm>>
- [18] ČESKO. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění poz-

- dějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2011-388/zneni-20150101.htm>
- [19] ČESKO. Vyhláška č. 389 ze dne 29. listopadu 2011 prováděcího předpisu k zákonu č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136, s. 5026. Dostupný také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75674&nr=389&rpp=15#local-content>
- [20] FALVO, Donna R. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Fourth edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009. ISBN 978-0-7637-4461-8.
- [21] FISCHER, Slavomil, Jiří ŠKODA, Zdeněk SVOBODA a Ladislav ZILCHER. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.
- [22] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [23] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [24] HRONCOVÁ, Jolana, Ingrid EMMEROVÁ a Blahoslav KRAUS. *K dějinám sociální pedagogiky v Evropě*. V Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7414-072-3.
- [25] KACZOR, Pavel. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 2015. ISBN 978-80-245-2096-4.
- [26] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.
- [27] KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.
- [28] KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5264-8.
- [29] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

- [30] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- [32] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [33] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [34] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [35] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [36] MICHALÍK, Jan. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7.
- [37] MICHALÍK, Jan. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 80-903658-1-7.
- [38] MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [39] Mpsv.cz [online]. Copyright, ©2019 MPSV [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf
- [40] Mpsv.cz [online]. Copyright, ©2019 MPSV [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>
- [41] Mpsv.cz [online]. Copyright, ©2019 MPSV [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf
- [42] NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
- [43] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

- [44] OLÁH, Michal, Milan SCHAVEL a Zlatica ONDRUŠOVÁ. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Vyd. 2. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008. ISBN 80-969449-6-7.
- [45] OLÁH, Michal, Ján HUČÍK, Alena HUČÍKOVÁ, et al. *Sociálna práca v praxi: (najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce)*. Bratislava: Iris, 2016. ISBN 978-80-89726-58-5.
- [46] PETRÁŠEK, Josef. *Sociální politika*. Vyd. 2., dopl. a rozš. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014. ISBN 978-80-7452-033-4.
- [47] PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.
- [48] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [49] PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.
- [50] POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-179-1.
- [51] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [52] RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- [53] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0095-8.
- [54] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4.
- [55] SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.
- [56] STRIEŽENEC, Štefan. *Teória a metodológia sociálnej práce: vybrané problémy*. Vyd. 1. Trnava: Tripsoft, 2006. ISBN 80-9693-904-1.

- [57] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [58] TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- [59] TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.
- [60] TOMEŠ, Igor a kolektiv. *Sociální právo České republiky*. 1. vyd. Praha: Linde Praha, a. s., 2014. ISBN 978-80-7201-938-0.
- [61] TOMEŠ, Igor. *Povinná sociální solidarita*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3835-5.
- [62] TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ a Martin SMUTEK. *Sociální práce v kontextu lidských práv*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Texty k sociální práci. ISBN 978-80-7435-533-2.
- [63] VÁGNEROVÁ, Marie a Marie VÁGNEROVÁ. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [64] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [65] VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- [66] VOJTÍŠEK, Petr. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3709-9.
- [67] ZATLOUKAL, Leoš. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. Monografie. ISBN 978-80-244-2128-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČR	Česká republika
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
Sb.	Sbírka zákonů
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor č. 5

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 5

T: Souhlasíte s nahráváním tohoto rozhovoru?

R: Ano.

T: Tak přejdeme k první otázce.

TO 1 (tazatelská otázka): Jak vnímáte současnou strukturu sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku?

R: Tu strukturu vnímám jako nevyváženou a nevyrovnanou, protože Vsetínsko má tři ORP, z toho Vsetín a Valašské Meziříčí mají zastoupení těch služeb určitě větší než ORP Rožnov pod Radhoštěm, který je na sociální služby opravdu chudý. V současné době se to určitě zlepšilo, v poslední době, díky transformaci DOZP Zašová, ale pořád chybí v ORP Rožnov důležité sociální služby, jako je denní stacionář pro osoby s mentálním postižením nebo pro osoby s autismem a vůbec pro osoby s autismem jakékoliv sociální služby. Sice v ORP Rožnov má dosah i služba z Valašského Meziříčí, ale je to spíše okrajové nebo nárazové, není to určitě nic, co by se dalo říct ano, tato služba je tu zastoupena tak, že všichni, kteří by ji potřebovali využít, ji mohou využívat. Co vnímám jako nedostatečné v celém Vsetínsku, to jsou služby pobytové, které si myslím, že chybí významně. Chybí hlavně pobytové služby pro lidi s autismem, pro lidi s těžším mentálním postižením, i když vím, že jsou tu domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale díky transformaci DOZP Zašová jsou ty domovy v podstatě zaplněny a nějaké jako by volné kapacity, které byly deklarovány při, třeba při vyjednávání či stavbě těch domů jsou v podstatě velmi, velmi omezené. Dále si myslím, že... Což je taková moje úvaha, myslím si, že hodně rodičů by uvítalo takovou kombinaci domova pro seniory s domovem pro osoby se zdravotním postižením, což mám dojem, že je jedna služba, kterou provozuje charita někde v Jihomoravském kraji, úplně přesně nevím, možná Prostějovsko. A z vlastní zkušenosti vím, že hodně rodičů by uvítalo takovou službu. Myslím si, že by to možná bylo i proveditelné, ale nejsou tu vlastně ty příklady dobré praxe, pravděpodobně, protože taková kombinace sociálních služeb, vlastně nevím o ní, kromě té jedné...

TO 2 (tazatelská otázka): Považujete nabídku sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku za dostačující? Jaký je Váš názor na návaznost a dostupnost poskytovaných sociálních služeb na Vsetínsku? Nyní mám na mysli všechny formy sociálních služeb – ambulantní; pobytové, terénní. Svou odpověď, prosím, zdůvodněte s ohledem na Vaše zkušenosti.

R: Tak zkusím ještě doplnit, jako kdyby do té jedničky. Co se týče ambulantních služeb na Vsetínsku, určitě chybí služby pro lidi s autismem po ukončení školní docházky, respektive ve věku od osmnácti výše, protože vím, že ano jsou tyto služby třeba ve Valašském Meziříčí, je centrum Áčku, ale oni mají služby do osmnácti let, nemýlím-li se. A vlastně přijde mi zvláštní nebo přijde mi neefektivní od toho kraje, že oni vlastně dublují ty služby sociální, mají vlastně stejnou jako by věkovou strukturu, jako když ti lidé chodí do školy, takže vlastně v ten moment jsou nějakým způsobem sanováni a vzděláváni a připravováni na něco a pokud dále mohou, tak samozřejmě přecházejí do běžného života, ale pokud nemohou, tak vlastně končí, protože ty služby jsou jim jakoby, chodí do školy, ale zároveň jsou jim poskytovány sociální služby. Takže to mi přijde, že potom ti rodiče i ti klienti nemají na výběr. Z mojí zkušenosti...Možná je to nějak jinak ale, myslím si, že to je velký problém. Určitě další ambulantní služba, která chybí, tak je právě kvalitní a dostupná služba denního stacionáře, buď zase pro osoby s autismem a hlavně pro osoby s těžším mentálním postižením, anebo s nějakou poruchou chování s přidruženou diagnózou. Třeba mentální postižení a porucha chování nebo psychiatrická diagnóza. A to si myslím, že má problém jak ORP Valašské Meziříčí i ORP Rožnov, i když ORP Valašské Meziříčí tu službu má, ale vlastně jako by na okraji toho ORP, je to vlastně město Kelč, což je třeba od i Valmezu poměrně daleko a myslím si, že pro ty rodiče, třeba ze Zašové, vozit to dítě jako by do Kelče, není úplně komfortní a jako by využití i té služby i toho dne toho rodiče, že třeba mohl by být zaměstnaný, protože má někde dítě. Přijde mi, že na té cestě stráví poměrně hodně času. Že je to služba, která není nějak centrována. Že je určitě lepší mít to někde jakoby rozumně ve středu, aby měli všichni jako by stejné možnosti toho využití. Co si myslím dál, že chybí nebo co pro mě je tady nedostatečné jakákoliv forma odlehčovací služby. Určitě zase, jsou tady odlehčovací služby, ale kapacita je naprosto nedostačující a to je služba, která chybí, podle mě, v ORP Valmez, v ORP Vsetín, tak ORP Rožnov. I když určitě ano, jsou. My tady máme vlastně jeden na celém Vsetínsku jeden týdně stacionář pro osoby s vlastně jako by nejenom s mentálním postižením, ty diagnózy jsou tam širší, ale je to v naprosto nevhodném domě, v nevhodných podmínkách. Oni teď pracují na tom, aby se to zlepšilo, ale na celé Vsetínsko jeden...Což je velmi málo. Určitě...A zase, nemůžou tam některé, někteří lidé, třeba s diagnózou autismus. Myslím si, že je velmi těžké, aby přijali takového člověka. Co se týká terénních sociálních služeb, u těch terénních já přiznám se, že se úplně neorientuju profesně nebo jako ty moje odpovědi budou takové, že já profesně nějakým způsobem působím, takže se zajímám spíše o jednu oblast, ale co se týče terénních služeb, tak určitě posílení jakýchkoliv a všech služeb. U terénních

služeb tak přijde mi, že...Já si teď dovolím takovou polemiku. Ne, že by ty služby nebyly, ale podle mě neplní svoji funkci. Přijde mi, že pokud máte člověka, který potřebuje doprovod do nějaké sociální služby nebo potřebuje doprovod kamkoliv a osobní asistence ani sociální rehabilitace není schopná mu ten doprovod zajistit, protože prostě s tím má problém, tak to mi přijde jako zvláštní, že pokud jsem registrován nějakým způsobem a pravděpodobně je to jedna z mých vlastně jakoby povinností ze zákona, neříkám jenom do sociální služby, ale třeba i doprovod na nějakou volnočasovou aktivitu a prostě oni toho klienta odmítnout, protože tohle pro ně jako není klient, tak to mi přijde jako zvláštní, určitě.

T: Chcete ještě něco dodat? Samozřejmě během rozhovoru se můžete kdykoliv k čemukoliv vrátit, když Vás ještě něco napadne.

R: U těch pobytových sociálních služeb, co ještě vlastně bych zmínila, že může být takový, což bude pravděpodobně v dalších otázkách...Ale pobytové sociální služby na Vsetínsku jsou v současné době spíše nekoedukované, že vlastně tou transformací se zaplnila pouze muži, což znamená, že třeba rodiče nechtějí tam dávat dcery do zařízení, kde by byla jediná žena mezi muži, kteří třeba dvacet, třicet let žili jenom mezi samými muži. I ti zaměstnanci, co si budeme povídat, přecházejí vlastně ze služby, kde se věnovali pouze mužům a já osobně jsem byla přítomna na jednání, kde problém bylo jenom to, že jsme přijeli jednat společně s rodičem jako jeho podpora, a zároveň zájemcem o sociální službu byla žena. A už to byl problém, protože nebyli připraveni ani na toaletu, ani na hygienu, ani na vlastně potřeby té ženy. Tak už to bylo vlastně cítit, že je překvapení a velký problém.

T: Dobře, děkuji. Opět jste nakousla odpověď na další z mých otázek.

TO 3 (tazatelská otázka): Reflektují nabízené sociální služby pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku individuální potřeby a možnosti těchto osob? Prosím, svou odpověď opět zdůvodněte. Popřípadě uvádějte konkrétní příklady z Vaší praxe či ze zkušeností.

R: Přijde mi, že určitě se snaží, určitě ano...Ale určitě ne vždycky ten člověk dostane nebo jako i když přijde do sociální služby, je uvědomělý a ví, co by i vlastně ta sociální služba měla poskytovat, tak ne vždycky se to podaří. První příklad, který jsem uvedla z praxe, jsem uvedla v otázce číslo dvě. Přijde mi, že sociální služby si spíše přizpůsobují ten chod té sociální službě sobě, než tomu klientovi, protože je to jednodušší pro tu sociální službu. Je to samozřejmě i díky tomu, jaké mají možnosti, ale hodně mi přijde i díky tlaku krajského úřadu na nějaké plnění indikátorů, tak mi přijde, že jako by ta služba se přeorientovává na to, co jako by chce ten kraj, co chce ministerstvo, co chce nějaká nárazová kontrola, která už třeba

nikdy nepřijde ve stejném složení příště. Takže příště přijde někdo jiný a chce to samozřejmě jinak. A ta služba jako by se tak nějak mezi tím vším pohybuje a do toho vlastně se v nejlepší víře, věřím tomu, snaží ještě dělat jako by to, co by chtěl a potřeboval klient, a jak on by chtěl řešit tu svou nepříznivou sociální situaci. Někdy se také stává, že klient ani nechce tak řešit jako by tu nepříznivou sociální situaci, ale jako by trávení času. S tím mám zkušenosti. Přichází i zákonní zástupci, kteří chtějí jako by takovou hlídací službu většinou. Jakože taková...Přijde mi, že chybí osvěta o tom, o čem jsou sociální služby. Je to samozřejmě chyba i sociálních služeb, které neumí jako by vysvětlit, popsat a vlastně mezi veřejnost dostat to, proč vlastně, co je jejich účelem, jo...To si myslím, že je velký problém sociálních služeb. Je to problém na straně vlastně těch sociálních služeb, není to na straně té veřejnosti. Ta nemusí být takto informována. Ale sociální služby přijde mi, že se málo prezentují tak, aby veřejnost pochopila, co vlastně dělají.

T: Dobře, přejdeme tedy k další otázce.

TO 4 (tazatelská otázka): Jsou případně nějaké další sociální služby, které byste na Vsetínsku uvítala? O jaké sociální služby byste spektrum sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Vsetínsku rozšířila? Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.

R: Budu se opět opakovat. Určitě to budou služby ambulantní, ambulantní služby pro osoby s autismem a pro osoby s těžším mentálním postižením. Tam je to proto, protože, myslím si, z vlastní zkušenosti vím, že třeba na Rožnovsku je šest žádostí, na městě leží, vlastně rodičů, kteří, jejichž děti končí v základní škole praktické, která mimochodem také vytváří takové jakoby prostředí. Zvláště, když tam dítě může setrvat do určitého věku, tudíž oni vlastně jakoby sanují i ty sociální služby a potom jakoby nikdo nebere v potaz, že je někde nějaká skupina, která je někde uměla držena proto, protože, já si to myslím osobně, že to je uměle. A potom najednou z rozhodnutí vlastně, před kterým stojí základní škola praktická, která neprodlouží vlastně pobyt těch lidí v základní škole praktické. Pak najednou je deset, patnáct lidí, kteří nejsou na to připraveni, rodiče nic nehledali, očekávali, že budou tam ty jejich děti a najednou prostě oni neví, nemají, kam jít a chybí pro ně sociální služby. Takže určitě denní stacionář a určitě více. Určitě týdenní stacionář. To si myslím, že je služba, která chybí. A odlehčovací služba, protože odlehčovací služba je něco jiného než osobní asistence. I osobní asistence, kdyby byla ještě konkurence současné osobní asistence v každém městě, tak si myslím, že by to jenom prospělo. Protože je to takový monopol a klient si vlastně nemůže vybrat...To je jakoby největší potíž, pokud klient vlastně...Já neříkám, že mají být v každém městě dvě, tři sociální služby, které se dublují, ale pokud klient vlastně nemůže si vybrat,

vlastně z té nabídky, protože třeba to ORP je chudé na ty sociální služby pro vlastně tu jeho cílovou skupinu a jsou třeba jenom dvě sociální služby, tak vlastně on... Jeho potřeby pravděpodobně nebudou sanovány, protože není služba, která by mu je poskytla.

TO 5 (tazatelská otázka): Jak nebo v čem by dané sociální služby konkrétně měly pomáhat? Čemu by se konkrétně měly věnovat? Co byste od daných sociálních služeb očekávala a potřebovala?

R: Já si myslím, že sociální služby by měly více pracovat na tom, aby klient nesetrvával v těch sociálních službách. Aby opravdu v té sociální službě byl pouze proto, co třeba v té zkušební době nebo v mapování potřeb toho klienta vzejde. Jako to, co on aktuálně potřebuje řešit prostřednictvím té služby. Ale aby se to nestávalo, protože skoro každá sociální služba má kontakt s nějakým prostředím a aby se nestávalo právě to, že jako vlastně on tady vlastně nemusí chodit, ale je to ten kontakt s tím prostředím. Kdyby byl doma, tak by vlastně úplně zakrněl. Přijde mi, že sociální služby hodně jedou i na této vlně a málo jakoby klienta směřují k využívání běžně dostupných služeb jako třeba dobrovolnických služeb, že možná hodně klientům by stačilo využití dobrovolnické služby a nemuseli by docházet do sociální služby. Možná toto... Jakoby méně se snažit toho klienta držet a hledat jakoby to, co, v čem by on ještě mohl růst, pokud by ten klient jakoby to chtěl. Pokud ten klient je jakoby... Nepotřebuje to... Že mi vidíme, že by to potřeboval, neznamena, že on to v ten daný okamžik chce a je to jeho nepříznivá situace. Jeho nepříznivá situace může být úplně něco jiného. Ale my mnohdy z té naší profesionální deformace a slepoty se snažíme prostě ho vpasovat do toho a do tohohle, čímž ho držíme v té službě a v podstatě a podle mě i mnohdy snižujeme ty jeho schopnosti. Možná, že by se dokázal rozvinout prostřednictvím jiných forem než prostřednictvím té sociální služby. A takto... Neříkám, že všechny klienty, ale mnohdy některé klienty možná zbytečně až srážíme jakoby dolů.

TO 6 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv (dopad) strach osob se zdravotním postižením z neznámého na využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv (dopad) závislost těchto osob na doposud využívané sociální službě na další využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Lze tyto aspekty vnímat jako jedny z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Prosím, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

R: U těch samotných osob se zdravotním postižením určitě ta obava... Já mám ze zkušeností... Nevím, jestli je to jakoby strach nebo obava. Spíše mně to přijde... Ale jo, jako můžete

to být strach nebo obava právě z toho, že on neví, do čeho jde, a myslím si, že to je velmi stresující pro toho klienta a pro vůbec jakoby to prvotní nastavení, to jak se on bude cítit v té službě. A ze zkušeností jakoby, rozdělila bych to na dva jakoby druhy těch klientů. Na klienty starší a na klienty mladší. Přejde mi, že u těch mladších klientů to jsou naprosto rozdílné světy. To jsou klienti, kteří jsou více orientovaní i jejich rodiče už fungují nějakým jiným způsobem. A u starších klientů, teď pokud můžu vlastní zkušenost využít, sociální služby byly často takovým strašákem v té rodině. Budeš-li něco, půjdeš tam...Kdežto u mladších klientů je to... Mají více informací mi přijde... Že mladší klienti se zdravotním postižením, ti lidé mají určitě více informací o tom, jakoby by třeba, kam jdou, ví, že existuje i něco jiného...Orientují se mnohdy i na sociálních sítích, takže více sledují v televizi i pořady, které jakoby mají k nim nějakou souvztažnost. Když to u těch starších lidí, kteří třeba buď jdou z nějakých DOZP anebo jdou z rodin, kde rodič má třeba šedesát let, tak je to hodně i zkreslené představy i od rodičů, od rodin. I z toho, co oni sledují a jak to vnímají. Většinou u těch starších klientů je to o tom, že oni musí neviditelní, nenápadní a hodní a takhle i vstupují do té sociální služby. Když budu takový, tak to bude v pohodě. Kdyžto ten mladší klient mi přijde...Ano, může mít obavu jako, jak tam bude. Ale určitě nemá až takové...Není ale připraven přijít a být jako nějak, snažit se jakoby zalíbit těm zaměstnancům. Já nevím, jako bych to popsala. Ale přijde mi, že to rozdělení na ty...Věk tam určitě hraje roli v těch obavách...Jakoby, co bude a určitě hraje věk roli i v tom, že pokud já přecházím jako klient do pobytové služby, tak si myslím, že to je ohromný, stresující moment v životě, jak těch rodičů, tak toho klienta. Kdežto když rodič posílá mladší vlastně svoje dítě do týdenního stacionáře nebo pobytové služby, tak on se adaptuje postupně a pak jakoby těm stresovým situacím není tolik vystavován. Jako ten člověk, který třicet let někde žil a teď vstupuje do naprosto něčeho neznámého a musí to být neskutečné pro něho.

T: Dobře. Budeme se nyní věnovat dalšímu aspektu, který může ovlivnit využívání sociálních služeb na Vsetínsku. Jaký má, dle Vašeho názoru tedy, vliv neboli dopad závislost těchto osob na doposud využívané sociální službě na další využívání sociálních služeb na Vsetínsku? Uveďme si příklad, že ten klient využívání např. 10, 15 let nějakou sociální službu a nyní by měl navštěvovat nějakou jinou, další sociální službu.

R: Určitě. Zase by to možná dvě hlediska. Jedna věc je přechod, naprosté ukončení využívání jedné služby a přechod do té druhé. Tak tam si myslím, že ta adaptace je jakoby...Že ta závislost vytvořená na té službě, že ten klient jakoby nepřijme tu novou sociální službu až tolik, jakoby dobře. I když všechno podle mě závisí na přípravě a na tom, jak je ten

klient připravený využívat tu sociální službu. Budu zase hovořit z vlastní zkušenosti, pokud můžu... Klienti transformované DOZP Zašová v podstatě, teď to hodně přeženu, ale ze dne na den se museli změnit, ze dne na den se z tykání přešlo na vykání a ze dne na den začali najednou využívat sociální služby. A což pro ně nebyl takový problém, jako když vlastně přišlo k tomu stěhování z DOZP do chráněného bydlení. A to jsme tady měli klienty, kteří to vůbec nechápali, nepochopili, proč opouští prostředí, pro ně nevhodné, ale pro ně to je domov. A určitě to velice těžce nesou do teď a nechápou, proč se museli odstěhovat. Takže myslím si, že hodně je to o práci s tím klientem a o vysvětlení proč a o tom prostoru, pokud je to možné. O prostoru vlastně věnovaném tomu, proč by měl využívat další službu, proč vlastně chodí do nějaké další sociální služby. A pokud přechází nebo využívá jakoby další sociální službu, tak i tam to může být, tak i tam může být problém. Myslím, že pokud je klient závislý na jedné sociální službě, tak z mojí zkušenosti nechápe, proč má využívat další sociální službu, nechápe to mnohdy rodina, což je velký boj, jakoby proč by ten člověk měl využít další sociální službu, vysvětlování závislosti. Tady nevím, jestli to vysvětluju dobře, já jako vím, co bych chtěla říct, ale nevím, jak to mám říct, jo...Jakoby ten dopad je takový, že klient se určitě hůře adaptuje v té nové sociální službě, nese si tam sebou ty návyky a to jak to chodilo v té sociální službě, ve které byl hodně dlouho. A vlastně nemusí se vždy jakoby povést to, že v té nové sociální službě setrvá právě proto, že to nesplňuje vlastně to, co on zná. Pro to i ta adaptační doba je dlouhá, proto i možná může být neúspěch v té sociální službě, který může po zkušební době skončit tím, že klientovi není prodloužena smlouva, protože se jeví jako klient, který třeba do té sociální služby nespadá. Možná to, to je to... To, že vlastně mnohdy je tak institucionalizovaný až tak, že není schopný jakoby fungovat v nějaké další sociální službě. A pokud tam fungovat musí, jakože tam být musí, tak je to pro něho stresující a spolupráce s takovým klientem, třeba sociálního pracovníka, který s ním má něco mapovat, musí být velice obtížná.

T: Lze tedy tyto aspekty vnímat jako jedny z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku?

R: Určitě.

T: Dobře. Chcete nějak svou odpověď zdůvodnit? S ohledem na Vaši praxi, zkušenosti?

R: Paradoxně, jak jsem hovořila o tom, že sociální služby chybí na Vsetínsku. Tak toto je jeden z důvodů, proč nevyužívají ti klienti další sociální službu, i když mohou. Protože prostě jsou zvyklí v té jedné sociální službě a obávají se využít tu další. Nebo nechápou, proč by

měli chodit ještě někam jinak, když v podstatě tady budou až do důchodu v téhle sociální službě.

T: Chcete ještě něco dodat k této otázce? Nebo můžeme přejít k další?

R: Můžeme přejít.

TO 7 (tazatelská otázka): Jakým způsobem pracujete s těmito faktory, se strachem klientů z neznámého či s jejich závislostí na využívané sociální službě? Popište prosím konkrétní metody, techniky, postupy.

R: Tak určitě formou rozhovorů, kdy je klient informovaný o tom, že existují i jiné sociální služby, že sociální služba, kterou využívá, nebude... Že není napořád. Že ji využívá z nějakého důvodu. A ten důvod může pominout a potom se může stát, že bude, že už tady nebude chodit, protože to nebude potřebovat. Což je to nejlepší v podstatě, co se jakoby může třeba udát. Nebo taky ne, samozřejmě, jak kterému klientovi. Vlastně to v rozhovoru vysvětluju. Aby klient neměl pocit, že pouze s ním je toto probíráno a je na něho činěný nějaký nátlak, jakoby jeden na jednoho, tak i formou skupinových rozhovorů, kde klienti vlastně ve skupině je jim podávána vlastně ta samá informace jako v individuálním rozhovoru. A oni jakoby v té skupině mohou možná i klást otázky, které by se třeba obávali klást třeba při individuálním rozhovoru, kdy to mnohdy vnímají, když se to týká jejich budoucnosti nebo věcí, které jakoby jsou takové více oficiální, tak vždycky, tak vždycky, ale většina klientů má takovou jakoby ostych, obavu. To přece neřeším, to řeší mamka... Ve většině případů. Takže tímto. Také formou exkurzí, kdy se vlastně jdeme podívat do nějaké možné sociální služby návazné. Tak vlastně to, jak to tam vypadá, jdeme se podívat, seznámit se s těmi pracovníci. Je to samozřejmě vždycky domluvené. Takže oni vidí, mohou se na něco zeptat. Jdeme třeba i vícekrát, aby opravdu vlastně viděli, že je to služba, která vlastně, je i podobné, kde je, aby si uměli představit. Protože jedna věc je, když se o tom hovoří, druhá věc je, když to opravdu vidí. Také využívám vlastně příkladů jakoby dobré praxe nebo zkušenosti. Těch klientů, kteří využívají další sociální službu. Kdy ten klient je vlastně v roli takového člověka, který seznamuje ty ostatní, a vlastně já tomu říkám jejich jazykem. Vlastně jim předává informace, protože já je předávám nějakým způsobem a on jim dokáže říct pravděpodobně pro ně mnohdy přijatelnějším způsobem. Co tam dělá, jak to tam chodí... Což si myslí, že pro klienty je přínosné. Potom jsme využili třeba u jedné klienty... U jedné klienty jsem využila filmu, který měla ta sociální služba na internetu o sobě. Protože ona ráda si vyhledává informace. Takže si vyhledala informace a poté si pustila ten film, kde bylo vlastně to, jak to chodí v sociální

službě. Pak máme pro klienty, kteří umí číst a čtenému rozumí, tak máme vlastně katalogy, kde se můžou právě podívat na to, co sociální, která služba...Dobré je, když jsou tam fotky, že to jim hodně řekne a máme samozřejmě klienty, kteří se orientují na počítači. Takže si vyhledají tu informaci sami a poté je to vlastně kombinace toho, co si oni vyhledali a toho rozhovoru vlastně, který je. A pak třeba i té exkurze, kdy on vlastně je v té sociální službě. Pak máme takové u některých klientů takové přehrávání jakoby toho, jak to třeba někde jindy vypadá. Máme jakoby takové přehrávání. To tady třeba nepatří, ale jak to je třeba u doktora, jak to je třeba vlastně, když někde jdu a ještě jsem nikdy nebyl u lékaře třeba. Mnohdy je to paradoxně u žen třeba gynekolog, kdy třeba nebyly dlouhé roky, tak mají obavu a ptají se, jak to tam chodí, tak i třeba si zkusíme...Že když je to třeba služba chráněného bydlení, tak jsme si zkusili jakože, jak ten den tam vypadá. Že jsme měli klienta, který nám to říkal a tak jsme měli vlastně, že tohle je můj pokoj a tady teď si musím uklízet. A ten klient nám to přímo jako ukazoval, přehrával, jak to tam dělá. Což jako pro jednu klientku naprostý šok, že si to musí uklidit sama. Jakože třeba řekla, že to nebylo nikde napsané, že si musí uklízet. Takže i to bylo třeba cenná zkušenost.

TO 8 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo při práci se strachem z neznámého a závislostí klienta na využívané sociální službě pomoci (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

R: Když bych jakoby to nebrala jako tak z toho, co mám dělat ze zákona jako sociální služba, tak si myslím, že určitě...Co jako by mohlo pomoci, tak je něco jako trénink...Měl by jít klient do chráněného bydlení, tak něco jako tréninkové bydlení. Něco jako že, nebude už bydlet doma, ještě není v chráněném bydlení, ale mohl by si vyzkoušet, jaké to je, když bydlí v nějakém bytě. Tak nevím, jestli je to jakoby možné...Vím, že třeba v některých zařízeních to právě tak měli, že byl domov pro osoby se zdravotním postižením, který se transformoval, a oni vyčlenili nějaké pokoje, které byly v režimu už chráněného bydlení. Tudíž oni si vařili v tom pokoji, měli tam pračku, měli tam ... Prostě prádlo se nedávalo do prádelny jako všem. Měli tam pračku...Tak něco takového, protože ta služba si to pravděpodobně i mohla obhájit, jakože tohle může dělat...Takže takové tréninkové...To určitě, to si myslím, že ano, že to by jim pomohlo určitě. Nevím, teď nenapadá mě nic víc.

T: Dobře, děkuji. Přejdeme tedy k další otázce.

TO 9 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv rodina, pečující osoby na využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Lze tento aspekt

vnímat jako jeden z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Prosim, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

R: Tak rodina nebo pečující osoby mají určitě velký vliv na to, do jaké sociální služby bude vlastně člověk, o kterého oni pečují, docházet, jaké sociální služby bude využívat a jestli vůbec bude využívat ještě nějaké další návazné sociální služby. Jeden aspekt jsou finance, kdy samozřejmě, pokud klient využívá neplacenou sociální službu, třeba což je sociální rehabilitace nebo sociálně terapeutická dílna a má přejít třeba z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, nebo z důvodu, že ta sociální služba může z nějakého důvodu zaniknout, do placené sociální služby, denního stacionáře, tak si myslím, že mnohdy tam ten klient nepřejde, protože ty finance jsou opravdu nemalé. Myslím si, že mnohdy rodiny nevnímají rozdíl mezi těmi sociálními službami a nechápou, proč by měl najednou za sociální službu platit. Myslím si, že to jeden z důvodů, proč nenastupují do chráněných bydlení dříve, než už je to opravdu nebo i do domovů pro osoby se zdravotním postižením, než už je to opravdu nutné. Protože prostě za prvé oni mají pocit, že zvládnou tu péči a za druhé zase si myslím, že je to u některých i o financích, když zjistí při jednání se zájemcem o službu, jak to je s financemi... A myslím si, že lidi, kteří jdou z rodin, tak vlastně jakoby mnoho těch lidí to má nastaveno tak, že přece oni jsou povinni se starat o toho člověka. A i když ten člověk, a teď budu mluvit z vlastní zkušenosti... Máme klientku, která chce využívat další sociální služby, která by i chtěla bydlet někde... Ale ta rodina v podstatě jí pořád říká, proč? My se o Tebe budeme starat, budeš bydlet doma... A vlastně dochází k tomu, že klientka je nespokojená s tím, že nemůže využít to, co by chtěla využít. Nejenom další sociální služby, ale i nějakou formu vzdělávání třeba. Tak klientka, která by mohla být jakoby už v poměrně mladém věku, by mohla bydlet vlastně v nějaké službě, využívat tu službu... A vlastně zároveň jakoby žít i doma a ti rodiče by věděli třeba, že až nebudou moci o ni pečovat, tak o ní bude jakoby postaráno. Tak vlastně toto znemožňují a vlastně potom bohužel jsou klienti ve věku padesáti pěti, šedesáti let vystavováni ohromnému stresu z toho, že třeba přijdou o rodiče, nebo o jednoho z rodičů a ten druhý není schopen se postarat a ještě z toho stresu, že volné místo bude třeba až 150 km od místa bydliště, od rodiče, který bude mít osmdesát let a nebude moci tam jezdit. A ten klient nebude moci sám jezdit za ním. Takže to mi přijde, že ano, rodiče drží, mají ohromnou moc a pečující osoby a málokdy si uvědomují jakoby to, že vlastně nepřímou jako připravují vlastně tomu svému blízkému velice nepříjemné do budoucna chvílky a stres. Protože prostě to zvládnout, vlastně velkou zátěžovou situaci... V cizím prostředí, s cizími lidmi,

*keré vřbec neznám. A na mřstř, keré vřbec nemusřm břt deset kilometrř od toho, od trva-
leho bydliřtř, je nřco nepředstavitelnř. J je chpu na jednř stranř, ře vlastnř pokud mř-
řou, tak se starajř a peřujř, a vlastnř mřli to tak celř řivot. Urřitř ale na druhř stranř, i kdyř
my se tady třeba snařřme v nař socilnř sluřbř, jsme se snařili o nřjakou osvřtu, tak slř-
chme i od sedmdestiletřch rodiřř, ře oni jeřtř nejsou v tom vřku, kdyby tohle mřli řeřit,
tak to je...To je jako zvlstnř...Ano, takře drřř velkou, jakoby ař moc velkou moc nad třm
klientem. Ale nejsou to samozřejmř vřichni, to zase ne. Abych zase neřekla, ře vřichni rodiře,
nebo vřichni peřujřcř osoby to tak dřlajř nebo ře vřichni to dřlajř kvřli peněžřm...To zase
urřitř ne. A nřkteřř peřujřcř by paradoxnř chtřli a chtřli by vřce pro to svř dřtř nebo pro
toho vlastnř o koho peřujř, tak jakoby chtřli, aby vyuřřval dalř socilnř sluřby. Ale nemřře,
protože tady nejsou. Tak to je taky takovř...*

*TO 10 (tazatelsk otzka): Jakřm zpřsobem pracujete s rodinou, peřujřcřmi osobami? Po-
piřte prosřm konkrřitnř metody, techniky, postupy.*

*R: Takře zase je to formou individulnřch rozhovorř, kdy socilnř pracovníci hovořř
s vlastnř s rodiřem nebo peřujřcřm o budoucnosti vlastnř, o mořnostech dalřřho rozvoje, o
řeřenř nepřřznivř situace. I s vlastnř, prostřednictvřm jinř socilnř sluřby nebo i veřejnř do-
stupnřch socilnřch sluřeb. Potom formou, jak jsem uř zmřnila, takovřch jako přednřek,
kdy mřli jsme třeba takovř cyklus s psychologem, s prvnřkem, kdy vlastnř oni byli přřpra-
veni odpovřdat vlastnř na otzky třch peřujřcřch. Přřřel jeden jedinř rodiř na ty přednřky.
Tohle opravdu se neosvřdřilo. Coř bylo...My jsme byli přřekvapeni, ře přřřel jenom jeden.
Potom pro rodiře jsme udřlali vlastnř setknř s řřradem prce, aby se mohli zeptat opravdu
v tř skupinř. Mnohdy se řlovřk třeba zept. Mme takovou zkuřenost, ře vřce neř kdyř
by...Schov se jakoby za tu skupinu. Potom jsme vlastnř s peřujřcřmi pracovali i takovřm
zpřsobem, ře jsme uspořřdali setknř s...Vlastnř tady na Vsetřnsku jsou Socilnř sluřby Vse-
třn, keré vlastnř drřř pobytovej sluřby vřechny, jakoby vlastnř od toho vřku 18 let ař do
seniorskřho vřku a přřjela vedoucř třch socilnřch sluřeb, vedoucř třch vlastnř jednotlivřch
sluřeb, takře ředitelka třch sluřeb a vedoucř, přřjeli socilnř pracovníci a peřujřcř se mohli
ptt na cokoliv. Vřdřli to, vřdřcky to vř dopředu, ře mřřou se přřpravit, mřřou se ze-
ptat...Takře tohle. Nevřm, jestli to tady patřř, ale iniciovali jsme vznik klubu rodiřř, kdy oni
si mřřou na nřjakřch svřch setknřch vymřřňovat informace a zkuřenosti o tom, co vlastnř
se dřje, jak postupujř třeba oni konkrřitnř v nřjakřm přřpadř. A byl to jeden z vlastnř z třch
impulsř, proř iniciovat to setknř, proř nedřlat nřjakř ty aktivity jako ta socilnř sluřba, ale
proř vthnout i ty peřujřcř do toho vlastnř, aby oni vřdřli nebo mřli prostor a mořnost se*

setkat. A teď odhlédnuli od těch sociálních služeb, tak samozřejmě jsou jakoby vlastně i v orgánech vedení, třeba konkrétně naší sociální služby. Aby vlastně měli možnost i na nějakém rozhodování o tom, kam směřuje ta sociální služba, proč jsou některé věci tak, jak jsou, proč je návaznost, proč směřujeme zrovna k nějaké participaci s jinými sociálními službami, a pak si to mohli třeba v tom klubu rodičů předat a potom třeba vyvolat nějaké jednání. Že by potřebovali se třeba setkat právě s těmi sociálními službami. Tak možná takovým způsobem.

T: Dobře, napadají Vás nějaké další metody, techniky, postupy, jak pracovat s rodinou, pečujícími osobami?

R: Napadá mě ještě, že nabízíme rodičům i třeba zprostředkování s psychologem, kdyby chtěli. Měli jsme tu takový případ, vlastně rodiny, která nevěděla jakoby jak nebo co řešit. Že nám zvenku se to jevílo velmi logické, ale je to vůbec v té situaci nenapadlo, tudíž jsme zprostředkovali třeba mamince, která najednou prostě se ocitla před 24 hodinovou péčí o syna a ona prostě potom říkala, že jí vůbec nenapadlo, že ona by mohla... Ona říkala, ano, pro toho syna to já nemám problém. Ale tohle jí třeba nenapadlo. Takže i takhle jsme připravili pomoc. A nabízíme, i když ne vždy o to ta rodina stojí, jenom, aby věděli, že je to možné.

TO 11 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo při práci s rodinou, pečujícími osobami pomoci (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

R: Svépomocné skupiny. Myslím si, že nevím o tom, že by třeba tady fungovala svépomocná skupina, kde by, ne rodiče z jedné té sociální služby, ale že by se mohli setkávat rodiče i různě starých lidí, o které pečují. A že by si mohli vyměňovat svoje zkušenosti a vlastně ty příklady dobré praxe, se kterými se setkali. To si myslím, že je něco, co určitě chybí. A potom, myslím si, že by pomohlo to, kdyby rodiny cítily jakoby nějakou větší angažovanost, třeba i ze strany politické, protože myslím si, a tady se to ukázalo v ORP Rožnov, že před volbami, které byly nedávno, už se nikdo ani neobtěžoval tu sociální stránku dát do těch volebních programů. Že si myslím, že je to pro rodiče takový signál o tom, že třeba v tomto ORP je to, že to prostě nikoho nezajímá. Myslím si, že kdyby na radnici byl někdo tak aktivní, jako je aktivní třeba v centru pomoci obcím, centrum služeb obcí. Kdyby vlastně město mělo něco podobného, já neříkám, že to musí každý týden nebo měsíc se scházet, ale aby ten rodič věděl, že tohle funguje. Že nemusím prostě to řešit nějak složitě. Ale když vím, že se někam obrátím, tak že je tam někdo, kdo opravdu minimálně mi odpoví a nezapadne to. Zase mluvím

z vlastní zkušenosti. Kdy vlastně je tady matka, která opravdu aktivně chce řešit situaci svoji, vlastně s dcerou, které nebude prodloužen pobyt v základní škole praktické a ona prostě mi řekla, že jednala se starostou, s místostarostou, ale že vždycky jí bylo přislíbeno, že dostane tu odpověď. Ale nikdy ji nepřišla ani ta odpověď. A až na tu moji intervenci vlastně jí přišla odpověď. Ale já nejsem zaměstnanec radnice, já jako přijde mi, že je to jakoby minimálně jakoby neslušné a politicky určitě nekorektní, jakoby neodpovědět jako starosta někomu, jako na nějaký dotaz, žádost. Minimálně stačilo říct ano, obraťte se na sociální odbor třeba. Protože já chápu, že starosta, místostarosta nemůžou z titulu, že prostě nemůžou vědět všechno. Tak ale ví, kde se to na tom úřadě řeší. Tak velký zase ten úřad není.

T: Dobře, pokud už nechcete nic dodat, přejdeme k další otázce.

TO 12 (tazatelská otázka): Jaký má, dle Vašeho názoru, vliv neinformovanost a nevědomost osob se zdravotním postižením a pečujících osob v oblasti sociální služeb na využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Lze tento aspekt vnímat jako jeden z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Prosím, opět svou odpověď zdůvodněte s ohledem na Vaši praxi a zkušenosti.

R: Určitě velký, protože tak, jak jsem mluvila o tom sdílení zkušeností v té otázce předtím, tak na druhou stranu, pečující si sdílí spíše ty negativní zkušenosti, tudíž jedna, jeden pečující dokáže teď v uvozovkách napáchat tolik škody tím přenesené té svoji negativní zkušenosti, nebo to, co slyšel někde...A ti rodiče nebo ti pečující samozřejmě věří tomu, protože my v těch sociálních službách jsme ti na té druhé straně. A oni jsou na té druhé straně. Takže věří samozřejmě tomu, že to tak je. A už nemají chuť pátrat po tom, jít se třeba podívat do té návazné sociální služby, protože ví, že to je tam špatně, ví, že takhle je to špatně. Tak to určitě jakoby má vliv velký. Na klienty, myslím si, že z mojí zkušenosti, že klienti jsou více otevření tomu něco zkusit, pokud překročí tu obavu z toho, tak jsou jakoby více otevření, ale potom ten rodič řekne, ne, pro tebe to není. Vaříš doma...Tak proč by si chodila tady. Protože si odnese třeba z prezentace v sociální službě, že se tam vaří. A on pak jakoby neslyší to ostatní. Nebo ta prezentace není vedena vhodným způsobem a on si pak řekne, dobře, takže moje dcera...My ji učíme celý život, že tohle, tohle, tohle zvládne sama, a proto tam má chodit? Aby ji učili tohle, když mi už jsme ji to naučili? To je prostě mnohdy samozřejmě chyba těch sociálních služeb, že třeba jakoby... Ted' mě nenapadá to slovo...Ale jakoby supervizně nenechají někoho zvenku podívat se na tu jejich prezentaci nebo na to vlastně, jakým způsobem prezentují tu službu, aby vlastně zjistili, co vlastně jakoby sdělují. A jakým

způsobem to sdělují, jestli je to srozumitelnou formou. Nebo jestli je to takovou formou, kdy ten rodič třeba se obává říct, že nerozumí, co se tam děje. Že nerozumí klient, to se taky stává...Ale pokud nerozumí ani ten pečující. A v té službě to nikdo nezachytí, tak to je špatně, určitě.

T: Lze tedy tento aspekt vnímat jako jeden z možných činitelů, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

R: Určitě, ano. Určitě. Sdílená špatná zkušenost zapříčiní to, že klient, že pečující trvá na tom, aby klient setrval v téhle sociální službě, protože tu další už nepotřebuje. Protože Maruška řekla, že tam to je takhle, je to stejné, jak tady. Tak proč by tam chodil...Určitě ano.

TO 13 (tazatelská otázka): Jakým způsobem pracujete na informovanosti a předávání informací osobám se zdravotním postižením a pečujícím osobám? Popište prosím konkrétní metody, techniky, postupy.

R: Tak. Takže systém předávání těch informací je od klasického na sociálních sítích, v tištěné formě, formou letáků, což všechno je pro osoby, u kterých předpokládáme, že umí číst, orientují se, jsou schopny využívat sociální síť. Přes vlastně informování pomocí piktogramů přizpůsobené vlastně alternativní a augmentativní komunikaci s tím klientem. Máme smlouvy jak v tištěné podobě klasické, tak ale i v podobě právě i piktogramů, aby tomu ten člověk porozuměl, pokud neumí číst. A potom samozřejmě nejvíce informací předáváme jakoby ve formě rozhovorů. Rozhovorů, které jsou zase přizpůsobené tempu a schopnosti toho člověka. Takže sociální pracovník musí zvládat jak rozhovor s pečujícím, tak rozhovor prostě s klientem, který je orientován a je schopen, tak s klientem, který potřebuje to tempo rozhovoru jiné, tak s klientem, který nekomunikuje běžným způsobem a sociální pracovník musí umět využít, umět komunikovat s takovým klientem prostřednictvím alternativní a augmentativní komunikace.

TO 14 (tazatelská otázka): Co by dále, dle Vašeho názoru, mohlo přispět k informovanosti osob se zdravotním postižením a pečujících osob (vyjma Vašich současně používaných metod, technik, postupů)?

R: Když bych to vzala, že to není v té sociální službě, je to vlastně třeba na veřejnosti, tak je to možná takový nějaký sloupek jako třeba v místních novinách, pravidelný. Kde vlastně by pečující věděli, že vychází jednou za čtrnáct dnů. Tak jednou za čtrnáct dnů by věděli, že vychází článek o nějaké sociální službě. Presentace té sociální služby. Určitě i presentace

v médiích. Zase je tady nějaká místní televize, takže kdyby tam byla pravidelná rubrika jakoby ze sociálních služeb. Já neříkám, že každý týden, ale třeba jednou za dva měsíce, na což by bylo upozorněno třeba na stránkách, že teď vyjde jako rozhovor o tom, o tom, tak by to bylo jakoby určitě dobré. Tady je tzv. týden neziskových služeb, nebo jarmark neziskových služeb, takže tam. Tam nechodí vlastně... Já mám takovou zkušenost, že pečující osoby vlastně vyhledávají službu až v momentě, kdy ji potřebují a potom se právě obrací na někoho, kdo tu službu už využívá. Tam může dostat dobrou nebo špatnou informaci. Takže co ještě jiného, tak je určitě větší informovanost lidí na sociálním odboru, protože myslím si, že hodně pečujících osob je směřováno právě na sociální odbory. A opravdu si myslím, že mnohdy sociální odbory naprosto netuší, co za sociální služby jako existují vlastně, co ty sociální služby dělají. A to samé jsou určitě výchovní poradci, jak v základní škole praktické, tak na běžných základních školách. Ty informace, které dostávají ti pečující, ať těch dětí, které jsou vlastně integrované, tak v základní škole praktické ve speciálních třídách. Tak informace, které dostávají, jsou naprosto zkreslené. Jako myslím si, že... Třeba za moji kariéru tady výchovní poradce ze základní školy praktické byl jednou, ale ne proto, aby se tady přišel informovat o něčem. A to už... A z naší strany to samozřejmě také... Nesnažíme se vlastně dostat se, nebo informovat přímo v základní škole praktické. Takže jakoby ta větší spolupráce by nebyla úplně od věci. Nejsem třeba zastáncem tvorby nějakých katalogů, protože pokud je nikdo neaktualizuje. Tak když je vytiskli dneska, tak to neznamená, že za půl roku to tak bude. Takže to nejsem. Ale chápu, že ne každý na tom internetu je, aby si tu informaci vyhledal. Ale samozřejmě mocná autorita jsou lékaři, kteří... To už je úplně mimo. Jako opravdu, to jsou ve většině případů starší lidé, kteří žijí v době imbecility, idiocie, debilnosti a pro ně opravdu většinou je jediná rada jako – dejte ho někam, protože... Jako já to беру, jakože oni se na to dívají z nějaké stránky, které rozumí. Ale přijde mi, že nevdělanost lékařů v tomto, v této oblasti je obrovská. A teď nemyslím o těch jejich inteligenci či vzdělanosti, ale o tom, že se nechtějí dále vzdělávat, ale radí. A to je na tom tragické.

TO 15 (tazatelská otázka): Jaké jsou, dle Vašeho názoru, další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

R: Určitě dostupnost, dojezdnost. To, že ne všechny sociální služby jsou situovány někde v centru města. Samy jsme příkladem sociální služby, která je a teď to řeknu jakoby trochu v nadsázce, ale ve vyloučené lokalitě, ve smyslu dojezdnosti, ve smyslu dopravní obslužnosti. Vůbec v zimním období úklidu sněhu, kdy nejsme prioritní vlastně nějaká oblast a zóna, tudíž

to může být limit proto, že někdo nevyužívá tu sociální službu. Protože prostě se velice obtížně dostane. Ne každý vlastní auto, ne každý je schopen dojít pěšky z města, kdy to je skoro dva kilometry. Takže to bych vnímala určitě jako jeden aspekt. A to nejenom tady. To určitě, i pokud půjdu na Vsetínsko, někde na Valašsko-Kloboucko, bude to ten samý problém. Že pokud bydlím v nějaké vesnici, kdy do nejbližší sociální služby budu mít deset, patnáct kilometrů, autobus tam pojede dvakrát za den, třikrát, tak tu službu využívat nebudu. A možná mě ještě něco napadne k tomu. Jsem chtěla ještě něco říct, ale teď mi to úplně někam uteklo.

T: Vy jste zmínila ten aspekt dostupnosti, dojezdnosti.

TO 16 (tazatelská otázka): Jakým způsobem by se, dle Vašeho názoru, dalo pracovat s těmito aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením?

R: Tak určitě každá nějaká ta obec na Vsetínsku vždycky tvoří nějaký dopravní plán. Tím tady je to jeden dopravce, takže při tvorbě třeba jízdních řádů, takže určitě pokud bychom byli přizváni nebo... Jsou dva zase takové pohledy. Pokud by ti, kdo tvoří vlastně, radnice vždycky spolupracuje, takže pokud by je napadlo, že by se mi mohli obrátit, že by se mohli i zeptat sociálních služeb, jestli náhodou to, jak jezdí doprava, jaká je dostupnost, jestli k tomu mají, co říct. A druhá věc je, aby se ty sociální služby snažily samy, aby to město vědělo, že oni chtějí na tom participovat, což tady je příklad dobré praxe, kdy s tím, že tady chybí naprosto veřejná doprava městská, tak jsme se snažili opravdu, aby město vědělo, že my potřebujeme jako komunikovat při tvorbě jízdního řádu, takže ne, že by se to povedlo, ale minimálně město ví, že bychom to chtěli. Stejně by to nezměnili. Druhá věc je, že se zavedlo tzv. senior taxi. Je to senior taxi, ale mohou to využívat i osoby se zdravotním postižením. To vzniklo z pracovních skupin, že jsme to neustále dokola diskutovali, samozřejmě, kdyby nebyla vůle na radnici, tak by to nevzniklo. Ten tlak ze zdola se tady vyplatil, což je dobré. Určitě... Dobré je snažit se dát vědět. Zase příkladem dobré praxe je to, že... My se snažíme už dlouho... Ale konečně bude chodník. Jakoby chodník, který prodlouží tu bezpečnost. Což pro někoho může být taky limit. Nemůže tam chodit, protože po té cestě to svoje dítě nepošlu, takže ne. A já můžu jezdit jen dva dny v týdnu k vám, ale on bych chtěl chodit tři dny v týdnu, je to vhodné, ale já ho prostě nepošlu bez chodníku. Takže ne že bychom to mohli až tak nějak ovlivnit, ale podařilo se při velkých jednáních, to že bude tady chodník. To si myslím, že... A samozřejmě další využívání sociálních služeb... Tak snažit se o tu širší, dostat jakoby do střednědobého plánu sociálních služeb více služeb. Protože je vidět, že třeba v rámci

Zlínského kraje, v rámci Uhersko-Hradišťa, Otrokovicka ta nabídka je naprosto jiná. Pořád je to jeden Zlínský kraj, který drží i Vsetínsko a na Vsetínsku je ta nabídka naprosto odlišná. Takže vlastně pokud by byly sociální služby v širším spektru, využívalo by je více klientů. Klienti, kteří jsou v současné době doma. Protože třeba nemohou docházet do sociální služby, není tady pro ně žádná služba. Tak i to...I ta práce na té vyšší úrovni. Což je jakoby i na krajské úrovni. Což mimochodem nás čeká za čtrnáct dní.

T: Napadají Vás nějaké další možné aspekty, které ovlivňují využívání sociálních služeb na Vsetínsku osobami se zdravotním postižením? Nebo Vás napadá ještě něco, co jste třeba chtěla zmínit, teď jste si vzpomněla? Nebo chcete ještě něco dodat k Vaším předchozím odpovědím?

R: Asi ne.

T: Tak jestli tedy můžeme ukončit rozhovor, tak já tedy děkuji.