

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: 7502R022

Název bakalářské práce:

Sociální služby v životě mladých lidí se zdravotním postižením

The Social Services in Life of Young People with Disability

Autor: **Podpis autora:** _____

Radka Košňarová

Na Břehu 31

190 00 Praha 9

Vedoucí práce: PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
70	0	16	16	18	2 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Praze dne: 28. 4. 2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Radka Košňarová
Adresa: Na Břehu 31, 190 00 Praha 9

Bakalářský studijní program: Sociální péče
Studijní obor: Sociální pracovník

Název bakalářské práce: Sociální služby v životě mladých lidí se zdravotním postižením
Název BP v angličtině: Social Services in Life of Young People with Disability

Vedoucí práce: PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Termín odevzdání: 30.4.2006

V Liberci dne 28.1.2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Radka Košňarová

Datum: 28.1.2005

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování sociálních služeb z pohledu mladých lidí se zdravotním postižením ve věku 15 - 23 let.

Cíl práce:

Cílem práce je analýza poskytovaných sociálních služeb na území hlavního města Prahy, z hlediska jejich dostupnosti i potřeb mladých lidí se zdravotním postižením. Součástí práce je dále analýza informovanosti mladých lidí se zdravotním postižením o službách a zjištění, do jaké míry jsou nabízené služby mladými lidmi využívány.

Předpoklad práce:

Předpokladem bakalářské práce je teoretická znalost a praktická zkušenost v oblasti poskytovaných sociálních služeb. Konkrétně osobní zkušenost s mladými lidmi se zdravotním postižením v Jedličkově ústavu a školách pro tělesně postiženou mládež hlavního města Prahy.

Hlavní použité metody:

analýza spisové dokumentace
nestandardizovaný dotazník

Základní literatura:

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7

GOLDMANN, R. *Vybrané otázky ze sociálních disciplín*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0350-1

HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. Praha: Národní rada zdravotně postižených, 2002. ISBN 80-238-9263-0

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. 3. vyd. Praha: H+H, 2001. ISBN 80-86022-92-7

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

ŠVINGALOVÁ, D, PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce I*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-752-7

ŠVINGALOVÁ, D, PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce II*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-754-3

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0

Adresář poskytovatelů sociálních služeb hlavního města Prahy. 3. vyd. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2004.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Praze dne: 28.4.2006

Podpis:

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí bakalářské práce PaedDr. Iloně Pešatové Ph.D., která i přes obtíže věnovala značnou energii a péči a poskytla vždy cenné rady a pomoc při zpracování této práce.

Poděkování patří také konzultantce Mgr. Magdaléně Skřivánkové za podporu a dobře míněné rady zvláště při zpracování praktické části práce a také vedení středních škol při Jedličkově ústavu v Praze, kde byla praktická část prováděna.

Název BP: Sociální služby v životě mladých lidí se zdravotním postižením

Název BP: Social Services in Life of Young People with Disability

Jméno a příjmení autora: Radka Košnarová

Akademický rok odevzdání BP: 2005/2006

Vedoucí BP: PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou sociálních služeb v životě mladých lidí se zdravotním postižením a vycházela z praktických znalostí problematiky užívání sociálních služeb specifickou skupinou mladých lidí se zdravotním postižením ve věku od 15 do 23 let. Cílem bakalářské práce bylo prokázat, zda studenti středních škol Jedličkova ústavu v Praze užívají nabídku sociálních služeb v Praze, respektive nabídku služeb v ústavu, zda jsou se sociálními službami v Praze spokojeni a jak jsou o službách informováni. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů popisovala situaci lidí se zdravotním postižením ve společnosti, jejich obtíže v překonávání bariér, sociálních stigmat společnosti, života rodin lidí se zdravotním postižením a také pojem sociálních služeb, jejich pojetí a nabídky v Praze. Praktická část práce se pak věnovala zjišťování informací pomocí dotazníků u 50 respondentů z řad studentů středních škol Jedličkova ústavu a jejich vztahu k sociálním službám. Výsledky vyústily v konkrétní závěry v oblasti informovanosti a využití sociálních služeb specifickou skupinou mladých lidí se zdravotním postižením. Za největší přínos práce lze považovat konkrétní závěry v možnostech práce s mladými lidmi se zdravotním postižením v rámci péče konkrétního zařízení a připravenosti těchto lidí do života ve společnosti.

Klíčová slova

Zdravotní postižení, integrace, sociální stigma zdravotního postižení, sociální služby pro zdravotně postižené, sociokulturní handicap zdravotně postižených lidí, ucelená rehabilitace.

Summary

The way of living of people with disabilities are very difficult and full of obstacles and limitations. The bachelor work was focused on a study of the social services in Prague and on the special establishment for students with disabilities called „Jedličkův ústav“. The main aim of the bachelor work was to find out which of services are being used by the young people with disabilities and whether they know about the services or have all useful information or know how to find it. Finally it was important to compare students using wheelchairs with walking students, because there might be some differences in using particular services.

The work was divided into two major parts. The first one was focused on a theory of handicaps and limitations in the lives of people with disabilities and the other one was aimed at a practical exploration. 50 respondents were asked to complete the blank questionnaire. The results have demonstrated their facilities and relations to social services in Jedličkův ústav or in Prague. The particular deductions how to work and educate the young people with disabilities in a such special establishment may be considered as the best benefit of this bachelor work.

Obsah

1 Úvod.....	8
2 Teoretická část.....	11
2.1 Pojem zdravotního postižení.....	11
2.1.1 Druhy postižení	12
Postižení vrozené a získané.....	12
2.2 Zdravotní postižení jako náročná životní situace.....	15
2.2.1 Sociální stigma zdravotního postižení.....	15
2.2.2 Vliv zdravotního postižení na osobnost jedince	16
2.3 Rodina jedince se zdravotním postižením.....	18
2.4 Sociokulturní handicap zdravotního postižení.....	19
2.5 Aspekty integrace.....	21
2.6 Pojem sociálních služeb.....	23
2.6.1 Formy služeb pro lidi se zdravotním postižením.....	25
2.6.2 Pojetí sociálních služeb a jejich standardy.....	27
2.7 Ucelená rehabilitace.....	29
2.8 Nabídka sociálních služeb v Praze.....	31
2.8.1 Jedličkův ústav a školy pro tělesně postižené v Praze.....	33
3 Praktická část.....	36
3.1 Cíl praktické části.....	36
3.2 Popis výběrového vzorku.....	36
3.3 Průběh průzkumu.....	37
3.3.1 Použité metody.....	38
3.3.2 Předvýzkum.....	39
3.4 Stanovení předpokladů.....	40
3.5 Získaná data a jejich interpretace.....	40
3.6 Shrnutí výsledků praktické části.....	66
3.6.1 Zhodnocení předpokladů práce.....	66
4 Závěr	67
4.1 Navrhovaná doporučení.....	68
5 Seznam použitých odborných zdrojů.....	69
5.1 Seznam příloh.....	70

1 Úvod

Již od počátků lidské společnosti se mezi jejími členy vyskytovali jedinci nějakým způsobem odlišní od ostatních, a to vzhledem k různým vadám, ať smyslovým, tělesným či mentálním, případně dalším chorobám. Každá společnost se musela nějakým způsobem vyrovnávat s odlišnostmi svých členů. Tento vztah se v závislosti na vývoji společnosti vyvíjel a vyvíjí. Některé postoje a předsudky přetrvávají, jiné se mění v závislosti na okolnostech, obdobích a klimatu dané společnosti.

Hodnoty a normy společnosti vznikají a vyvíjí se v rámci určité kultury a jsou do značné míry podmíněny historicky, to znamená podmíněny úrovní celé lidské společnosti i konkrétními podmínkami života té které sociální skupiny (Vágnerová, 2001, s.7). Je to tedy kultura dané společnosti, která určuje, co považuje společnost za žádoucí a co nikoli, ovlivňuje nazírání na jednotlivé jevy, týkající se též ostatních členů společnosti. Vytváří svá pravidla soužití, normy i hodnoty a v různých stádiích vývoje se liší v posuzování a přístupech k odlišnostem. Co je jednou kulturou považováno za nežádoucí, může být jinou přijímáno jako dogma či zcela odmítáno a považováno za přímo patologické. Každá společnost stanovuje v rámci své kultury ideál, který odpovídá jejím potřebám a idejím. Společnost vytváří tlak na konformitu svých členů, což je vztaženo i na přijetí či nepřijetí jednotlivců. Ti, kteří nejsou jako ostatní, tedy se odlišují svým fyzickým vzhledem nebo chováním, resp. jinými odlišnými charakteristikami, jsou často vnímáni jako cizí, ohrožující či nebezpeční.

Podle Vágnerové (2001) je vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních (např. zdravotním postižením) v určitém smyslu založen již ve způsobu vývoje osobnosti člověka - především v sociální podmíněnosti osobnosti. Závislost jedince na sociálním prostředí je zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Čím nižší úroveň, tím větší závislost na skupině, tím menší odlišení od ostatních.

Pro vztah k lidem s postižením je velmi důležitý vývoj lidské společnosti jako celku, směrem k toleranci a schopnosti respektovat, či akceptovat odlišnost. Tento vztah může být výrazem tolerance a respektování individuality člověka a zároveň výrazem vnitřní kvality jednotlivce i celé společnosti. Je-li společnost schopna překročit konvence a stereotypy, předsudky a strachy, může být postižený člověk vnímán jako jedinečná osobnost, nikoli jen v úhlu svého postižení s odmítáním nebo soucitem. Každý člověk by měl být chápán jako osobnost se svými specifickými kvalitami. Jakékoli předsudky nebo stereotypy ve vnímání odlišností je možné překonat rozbitím bariér, které dělí lidi se zdravotním postižením od ostatních členů společnosti a umožněním vzájemného poznání či navázání sociálních vztahů (např. integraci dětí se zdravotním postižením do běžných typů škol a

zachování speciálně pedagogického přístupu a péče).

Je zřejmé, že jedinci se zdravotním postižením vytvářejí ve vztahu k většinové populaci minoritu, která může však být přirozenou součástí společnosti. Ve společnosti existují různé minority více či méně nápadné svým zjevem, projevem nebo popularitou. Mohou to být např. veřejně známé osobnosti, které jsou populární díky svým schopnostem a výjimečným výkonům v oblasti kultury, sportu či v politice, nebo na poli vědeckém atp. Na tyto skupiny jsme zvyklí a vnímáme je jako běžnou součást svého života. Někteří lidé k takovým skupinám dokonce vzhlíží jako ke vzorům, kterým by se rádi vyrovnali. I lidé se zdravotním postižením jsou integrální součástí naší společnosti, která by v nich měla vidět především lidské bytosti. Postižení lidé jsou více jakousi dimenzí, jež dává lidskému životu určitý rozměr nebo kvalitu (Jankovský, 2001, s. 12). Přesto je postižení stále chápáno jako kategorie a většina energie soustředěna spíše na stanovení diagnózy, na jejímž základě jsou přijímána příslušná opatření a lidé "škatulkováni".

Ne každá společenská minorita je přijímána s takovými rozpaky jako lidé se zdravotním postižením, které je pro ně obrovským znevýhodněním.

Cílem bakalářské práce je analýza potřeb a využívání sociálních služeb mladými lidmi se zdravotním postižením v Praze. Práce vychází z předpokladu, že sociální služby jsou pro životy lidí se zdravotním postižením velmi významné z hlediska soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti a také z hlediska možnosti žít smysluplný a hodnotný život jako kdokoli jiný. Systém sociálních a sociálně zdravotnických služeb nabízí lidem s postižením zapojení do různých aktivit, např. pracovních, volnočasových i jiných a do budoucna jistě širokou integraci ve všech oblastech života směřující k inkluzi v celospolečenském rozměru.

Sociální služby pomáhají překonávat již tak těžkou životní situaci jedince se zdravotním postižením. Důležitým aspektem pro rozvoj a nabídku služeb je porozumění a snaha pomoci lidem se zdravotním postižením tak, aby se stali přirozenou součástí společnosti a nemuseli mít obavy z izolovanosti a nepochopení.

Toto téma jsem si vybrala především z důvodu dlouholeté praxe v oblasti sociálních služeb, konkrétně v oblasti sociální práce s lidmi zdravotně postiženými.

Práce je strukturována do dvou hlavních částí. Teoretická část je založena na studiu odborné literatury a dělena do několika podčástí, resp. kapitol týkající se obecně pojmů zdravotního postižení, vlivu a vývoje přístupů společnosti ke zdravotně postiženým lidem i způsobů, jak se s postižením vyrovnává jedinec sám nebo jeho rodina, resp. významu integrace v životě lidí s postižením.

Další navazující kapitoly se věnují pojmu a dělení sociálních služeb, jejich pojetí a

standardům. Je zde rozpracována kapitola o ucelené rehabilitaci jako novodobém přístupu práce s různými typy postižení. Teoretická část je ukončena nabídkou sociálních služeb v Praze, resp. v Jedličkově ústavu a školách pro tělesně postižené. Toto zařízení poskytuje komplexní služby pro děti a mladé lidi se zdravotním postižením v rámci systému ucelené rehabilitace a sem také byla směřována praktická část práce, vycházející z výzkumu vzorku studentů zde studujících nebo bydlících. Studie zkoumá vzorek studentů středních škol (jejich názorů a zkušeností se sociálními službami v Praze, resp. Jedličkově ústavu) v rámci zařízení pomocí nestandardizovaného dotazníku.

2 Teoretická část

2.1 Pojem zdravotního postižení.

Jak je v úvodu naznačeno, zdravotním postižením je nazývána újma na zdraví, která vznikla jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury či funkce organismu (Matějček, 2001, s. 7). Přesněji všechna postižení, která vedou k omezení pohybové schopnosti člověka nebo funkce jeho smyslových orgánů, mentálních, případně jiných funkcí. Ty vyúsťují v handicap, dotýkající se nejen postiženého jedince, ale také jeho postavení ve společnosti. Jankovský (2001) uvádí rozdíly v pojmech, kdy pojmem *disability* vyjadřuje omezení, chybění a neschopnost ve smyslu následku poškození a slovem *handicap* označuje spíše rovinu znevýhodnění projevující se snížením nebo omezením možností, resp. výkonu daného člověka vlivem jeho postižení. Novosad (2002) hodnotí pojmy postižení a handicap v obecné rovině a uvádí, že zdravotní postižení lze považovat za následek vleklé, kontinuálně se měnící dysfunkce základního systému člověk versus příroda a zároveň člověk versus společnost. Tato dysfunkce má jistě variabilní formu, avšak její důsledky jsou vždy závažné pro společnost i jedince. Postižení představuje určitý, relativně stálý znak organismu. Jeho nositel získává *rolí postiženého* se všemi negativními i pozitivními znaky (Vágnerová, 2002, s. 98)

Přesné údaje o počtu zdravotně postižených lidí u nás nejsou dostupné. Částečně je to chybějícím systémem předávání potřebných informací mezi zdravotnickými a sociálními institucemi, chybí také přesná evidence všech druhů postižení. Počty zdravotně postižených lidí lze tedy usuzovat jen z podkladů organizací, institucí a zařízení poskytujících sociální péči a pomoc, resp. z dalších zdrojů, jakým je například sledování počtu invalidních důchodců nebo vydávání mimořádných výhod, což není zcela objektivní, neboť mimořádné výhody jsou většinou vydávány osobám s tělesným postižením.

Statistiky vypracované OSN a Světovou zdravotnickou organizací uvádějí, že na světě žije asi 500 miliónů lidí se zdravotním znevýhodněním (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005, s. 90). Kromě nejčastěji se vyskytujících onemocnění a postižení, která přináší člověku znevýhodnění, je tu ještě velké množství statisticky nepodchycených osob s různými chorobami jako roztroušená skleróza, dermatóza, onkologická onemocnění atp.

Zdravotní postižení přináší jedinci znevýhodnění fyzické, v závislosti na formě postižení. Stejně zásadní je zdravotní postižení náročnou životní situací v rovině psychické i sociální. Podle Vágnerové (2001) se zdravotní postižení projevuje v psychické rovině primárně jako omezení

v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí. Je tu velké riziko, že vlivem postižení vznikne i psychická odchylka, která však souvisí s typem a závažností defektu. Sekundárně tuto odchylku mohou ovlivnit vlastnosti osobnosti postiženého člověka a další faktory vnějšího prostředí, v němž se takový jedinec pohybuje, resp. žije. Vnější i vnitřní faktory spolu souvisí, do značné míry se ovlivňují. Trvalé postižení znamená pro člověka změnu života, ovlivní nejen jeho vývoj, ale celou jeho rodinu, respektive chování a postoje ostatních lidí. Každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí, avšak následkem postižení působí toto prostředí jinak než za normálních okolností. Postižený člověk není schopen přijímat všechny informace, které svět kolem nabízí, resp. je nemůže přijímat standardním způsobem. Získávání potřebných zkušeností pro rozvoj jedince je u postiženého také značně omezeno. Představa postiženého člověka o světě je jiná, mnohdy chudší a méně přesná, svět je pro něj často těžko srozumitelný. Velkou zátěží je rozdílná akceptace postiženého jedince okolím i omezení v sociálních kontaktech.

2.1.1 Druhy postižení

Odhaduje se, že v České republice je zhruba 1,2 milionu občanů se zdravotním postižením (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005, s. 90). Za základní druhy postižení lze považovat *postižení tělesné, mentální a smyslové* (především postižení zraku a sluchu) a různé kombinace těchto postižení. Dalšími typy postižení lze chápat různé druhy chronických onemocnění (např. nemocí trávicího, oběhového, močového, dýchacího ústrojí), duševních chorob nebo infekční onemocnění, poruchy metabolismu, látkové přeměny, atp.

Postižení vrozené a získané

Velmi důležité je rozlišit postižení vrozená a získaná později. Postižení vrozené, tedy získané v raném věku, ovlivňuje vývoj dítěte, ale není subjektivně tolik traumatizující. Jedinec je na své postižení zvyklý od dětství, často si neumí představit, jaké by bylo být zdravý. Později získané postižení je daleko větším traumatem. Postižený člověk ví, co ztratil, může porovnat situaci před a po úrazu, nemoci atd. Svou situaci získaného postižení považuje většina takových jedinců za jednoznačně horší. Ze druhé strany lze získané postižení posuzovat jako výhodnější, neboť postižený se po určitou dobu vyvíjel normálně, získal zkušenosti a kompetence nutné k orientaci v životních situacích, které mu budou v dalším životě užitečné.

Vývoj vrozeně postiženého dítěte podle Vágnerové (1999) probíhá stejně jako vývoj dítěte zdravého, ale v některých obdobích se vyskytují zvýšená rizika vzniku další odchylky. Je zde riziko nedostatečné stimulace a přijatelné akceptace dítěte v kojeneckém věku, protože rodiče dítěte se

dosud nevyrovnali se situaci. Potřeba osamostatnění dítěte v batolecím věku je pro dítě s postižením obtížnější, než-li zcela nedostupná. Takové dítě se těžko odpoutává od matky, na níž je totálně závislé. Závislost je považována členy rodiny za adekvátní a je podporována, což ovlivňuje další rozvoj dítěte, jeho vlastní identity. Dítě nemůže nebo mu není dovoleno být samo sebou, proto bude mít jeho osobnost v budoucnu docela jiné rysy.

Důležitým mezníkem ve vývoji dítěte je *nástup do školy* a konfrontace dítěte se spolužáky, která je zvlášť patrná v případě, že jsou zdraví. Dochází tu k potvrzení odlišení, jež nebylo v rodině vnímáno tak kategoricky. Případná integrace dítěte mezi zdravé školáky má velký význam pro potvrzení normality dítěte, které dosáhlo určité vývojové úrovně a lze proto věřit, že postižení nebude tak závažné. Rodiče mívají často o svém dítěti nereálné představy (je tomu stejně u zdravých i nemocných, resp. postižených dětí). V případě dětí zdravotně postižených dochází k porovnávání dovedností a schopností dítěte, zvyšování nároků, někdy zde působí i obrany v chování rodičů, kteří si nechtějí připustit, že by jejich dítě nebylo schopno zvládnout nároky školy. Podle Matějčka (2001) může být takový postoj obranou sebeucty v rodičovské roli.

Období pubescence je pro zdravotně postiženého člověka neméně těžké a ohrožující. Vývojový posun v myšlení se projevuje větší kritičností a sebekritičností, která je zaměřena na oblast handicapu a především na jeho sociální význam. Postižený pubescent hledá přijatelnou roli, uvažuje o svých možnostech či sociální hodnotě.

Pokud žije zdravotně postižený v internátní škole, nebo ve skupině stejně postižených vrstevníků, je pro něj srovnání s touto skupinou daleko přijatelnější. V dospívání dochází k odpoutávání z vazeb na rodinu, přesunu zájmu a vázanosti na vrstevníky. Toto období je velmi důležité, avšak pro jedince s postižením často nedostupné. Pubescent nemá potřebné kompetence v důsledku defektu nebo nevhodné výchovy, někdy nemá ani potřebu osamostatnění, jeho rozumový vývoj nedosáhne takové úrovně, aby byl schopen v této rovině uvažovat a sám o sobě rozhodovat. V období pubescence a později adolescence jde především o hledání vlastní identity, což je spojeno se srovnáváním sebe s druhými. Vědomí vlastní odlišnosti znejišťuje a vytváří rizika negativního výsledku při srovnávání sebe se zdravými vrstevníky.

V dalších obdobích vývoje lze předpokládat rizika a možné problémy při hledání partnerského vztahu nebo hledání či zvládnutí zaměstnání. Postižený jedinec není vždy schopen zvládnout nároky dospělosti, být soběstačný a v důsledku toho se odpovědně rozhodovat. Často je patrná zvýšená potřeba seberealizace postiženého člověka v sociálních vztazích, ale také v uplatnění na trhu práce, případně naplnění partnerství rodičovskou rolí, což může být významným důkazem normality ve společnosti.

Zdravotní postižení získané v průběhu života je silným traumatem v závislosti na věku, kdy k úrazu, nemoci s trvalými následky došlo. Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl života, nový cíl svého směřování a změnit svou hierarchii hodnot. Důležité je, že takový jedinec má již vytvořené kompetence, vztahy, nabyt dostatek zkušeností (čím starší je v době úrazu, tím více zkušeností a schopností či dovedností má) a do jisté míry nejsou narušeny již vytvořené vztahy se zdravou společností. Zůstává mu většina kompetencí a především sociálních dovedností, které bude moci uplatnit po určité adaptační době (Vágnerová, 1999, s. 117). Takový jedinec však může trpět *posttraumatickým stresovým syndromem*. Úraz s trvalými následky je traumatem, které rozbíjí vlastní již vytvořenou identitu.

Obnova přijatelné identity potřebuje velké úsilí a dostatečnou dobu k vyrovnání se situací formou různých typů rehabilitace (v rámci ucelené rehabilitace). Postižený člověk musí překonávat mnoho překážek a potíží a záleží na něm, jak tyto bariéry bude vnímat a zvládat, resp. jaký pro něj budou mít smysl. Musí si vybudovat novou sebedůvěru a možná vidět svou situaci jako výzvu ke změnám, které mohou být v určitém smyslu k lepšímu, nikoli k horšímu.

Získaný defekt méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku vyvíjely normálně. Klade však větší nároky na adaptaci. Znamená též velký zásah do osobnosti člověka, způsobuje duševní trauma a subjektivně je jistě hluboce prožíváno, zvláště v rozměru budoucnosti, resp. osobních perspektiv člověka

U lidí se získaným postižením často přetrvává tendence *srovnávání* se zdravými, případně snaha vyrovnat se jim, třeba v jiné oblasti, ale nebýt horší či méně kompetentní.

V dospělosti je získané postižení velmi problematické z důvodu, že člověk již vytváří role profesní, partnerské i rodičovské a je třeba zajistit, aby je neztratil. Uchování těchto rolí v přijatelné úrovni může být základem jeho nové identity a pomůže člověku zachovat si sebeúctu. Je potřeba zajistit úpravu pracovních podmínek nebo rekvalifikaci, podpořit rodinu, pro níž je získané postižení otce nebo matky stejně těžkou situací jako pro postiženého jedince a musí tuto zátěž nějak zvládnout. Psychosociální péče musí zahrnovat celou rodinu, nejen postiženého člena rodiny.

2.2 Zdravotní postižení jako náročná životní situace

2.2.1 Sociální stigma zdravotního postižení

Zdravotní postižení nebo nemoc nevyvolávají samy o sobě nové zvláštnosti člověka, připravují mu však náročnější životní situaci. Ta přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a následkem toho i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj postiženého jedince (Matějček, 2001, s.7)

Trvalé postižení lze považovat za biologickou odchylku a postižený člověk získává specifickou sociální roli. Tato role s sebou nese přiznání určitých privilegií, na druhé straně ztrátu některých práv, která mají jen ti zdraví. Postižený má právo na ohledy, toleranci, trpělivost vzhledem k nedostatkům, jež přináší handicap. Zároveň je považován za nesrovnatelného až méněcenného ve srovnání se zdravými. Společnost je velmi citlivá, někdy dokonce odmítavá pokud jde o vyrovnání se postiženého se zdravým člověkem. Trvalé postižení lze za určitých okolností hodnotit jako *sociální stigma*. Stigmatizující jsou především nápadné defekty, které se projeví v sociálním kontaktu a jsou nežádoucí. Vyvolávají nechuť či přímo odpor a často jsou spojovány s představou, že si jedinec nebo jeho předkové postižení zavinili. Vágnerová (2001) uvádí, že v případě takových postižení nejde tolik o faktické omezení psychických nebo somatických funkcí, ale více o způsob, jak jsou tito jedinci přijímáni, resp. vnímáni a tím akceptováni, nebo spíše neakceptováni. Stigma není vrozenou vlastností, je člověku přisuzováno. Týká se obecně platného pojetí normality majoritní společnosti ve smyslu standardů projevů a vzhledu. Zásluhou stigmatu se mění sociální status postiženého a v jeho důsledku nakonec i samotná identita jedince. Sociální status postiženého je nízký a navazování kontaktů obtížnější, protože očekávání společnosti je spíše nepříznivé. Stejně pro samotné postižené nemívá handicap jiný význam než negativní. Výjimkou může být situace věřících, kteří přistupují k postižení jako k boží zkoušce, která může být předpokladem výhod, zisku na duchovní úrovni. Není divu, že má víra pro tyto lidi význam opory a transformace do jiné životní roviny, kde se necítí být znevýhodněni.

Sociální význam jednotlivých postižení a onemocnění nelze zcela generalizovat. Liší se v závislosti na frekvenci výskytu a na specifických omezeních, která přináší, nebo ve vztahu k příčině, která k němu vedla, případně následcích významných pro život postiženého.

2.2.2 Vliv zdravotního postižení na osobnost jedince

Každé postižení působí podle toho, jak postižený situaci prožívá a jak toto prožívání působí na něj. Potřeby zdravotně postižených lidí se většinou příliš neliší od potřeb majoritní populace. Jde o to, jaké způsoby řešení své situace člověk s postižením nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost (jako získané dispozice, tj. ustálené způsoby chování nebo vzorce chování). Postižení lze chápat jako náročnou životní situaci, protože působí na jedince dlouhodobě, je zátěží, zvyšuje stres, zhoršuje každodenní situace a prožívání. Způsobuje řadu konfliktů, z nichž jsou některé pro postiženého člověka neřešitelné, např. životní ambice proti reálným možnostem, které jsou limitovány právě postižením, způsobující člověku řadu frustrací.

V praxi lze pozorovat, že prožívaná závažnost postižení není v přímé úměře k jeho reálné závažnosti. Matějček (2001) zmiňuje, že lehčí postižení může způsobovat i těžší sekundární postižení psychiky, pokud se s ním postižený člověk neumí vyrovnat.

Z literatury jsou známy techniky, kterými se člověk obecně vyrovnává s náročnými životními situacemi. Takové techniky samozřejmě používá i člověk s handicapem, ale důsledky těchto technik mohou být leckdy překryty postižením. Jsou tak přičítány vlivu postižení a mohou být považovány za zákonitý sekundární důsledek primárního postižení (Vágnerová, 2001, s. 59). Je tedy nutné rozlišit, co je v reakcích u člověka s postižením dáno postižením a co je více důsledkem způsobu, jakým se postižený se svou situací vyrovnává. Většina technik, které jsou používány pro řešení náročných životních situací je odvozena ze dvou základních reakcí. Jednou z nich je *agrese*, tedy řešení útokem neboli reakce aktivní, druhou pak spíše reakce pasivní, kterou je *únik*, znehybnění. Výskyt těchto technik ve své čisté podobě je v praxi spíše vzácný, neboť vliv společnosti s normami přijatelnosti či nepřijatelnosti určitého způsobu chování působí na modifikaci původního impulsu do sociálně přijatelných forem. Je to patrné zvláště v případě agrese, která bývá ve své čisté formě pro společnost nepřijatelná (alespoň u nás). Zároveň jsou společnosti ve své většině odmítány příliš zřejmé projevy zbabělosti.

Jednou z aktivních technik může být *negativismus*, agresivní sebeprosazování jedince (hlavně dítěte), nebo *hledání viníka* své vlastní situace, tedy přenášení vlastních problémů na okolí, čímž se postižený vyvazuje ze zodpovědnosti za své jednání.

Jako východisko ze situace může být *identifikace* se silnější osobností, skupinou či institucí. Identifikace je jedním ze způsobů socializace, která pomáhá dítěti již od raného dětství. V situaci, v níž jedinec cítí vlastní slabost, nejistotu, pak může pomoci i v dospělosti. *Aktivní kompenzace* jako technika řešení náročné životní situace pomáhá jedinci s postižením vyrovnat deficit v jedné

oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné. U postižených jedinců může jít o přenos zájmů nebo zvýšení výkonů v oblasti, která je dostupná, a tak pomůže překonat omezení dané postižením.

Únikové techniky lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle nebo řešení situace. Jsou to techniky v zásadě pasivní. Někdy se jedná o přímý únik z tíživé situace, jako je např. záškoláctví, útěky, toulání u dětí obtížně vychovatelných. Jindy může únik představovat činnost, která jedinci pomáhá zapomenout na problémy, např. užívání alkoholu, jiných drog, nebo vášnivé provozování koníčků či denní snění.

Únikovým řešením je **izolace**, kdy se jedinec fakticky uzavírá vůči světu, který jej zraňuje. Tato technika je velmi častá u zdravotně postižených jedinců. Vzniká z obav ze sociálních kontaktů, někdy je zesílena i vnějšími překážkami (např. architektonické bariéry ztěžují sociální kontakty u tělesně postižených). V jiných případech celá rodina postiženého izoluje postiženého, nebo se uzavírá do izolace s ním. Únik může mít formu úniku do nemoci. V takových případech jedinec produkuje psychosomatické symptomy, které mu poskytují důvod, proč neřešit své problémy, případně poskytují náhradní řešení tíživé situace.

Racionalizace je další únikovou metodou, kdy jedinec rezignaci racionálně vysvětluje, aby dosáhl nějakého cíle. Zdůvodnění může být zcela iracionální. Často pozorovatelné u rodičů postižených dětí, kteří mu už od dětství zdůvodňují, proč nemůže některé věci dělat a často omezují dítě více, než je nutné.

Dalším únikem je např. **regrese**, tedy návrat na nižší vývojovou úroveň chování (uspokojení potřeb jedince způsoby, které fungovaly dříve, např. v dětství a lépe mu vyhovují), nebo **popření**, resp. potlačení nepřijatelné skutečnosti, jakou je je vlastní postižení jedince. Tyto techniky dávají postiženému možnost nepřipustit si existenci obtíží, i když to samozřejmě celou jeho situaci neřeší.

Vágnerová (2001) uvádí, že pro vztah mezi utvářením osobnosti a postižením je podstatný fakt, že osobnost, jako složitá, mnohonásobně podmíněná struktura psychických jevů, se vyvíjí vzhledem k individuální situaci, v níž jedinec s postižením žije i vzhledem k vývojovým možnostem a omezením, kterých se může zmocňovat vlastní aktivitou. Je třeba si uvědomit, že různé faktory mají rozdílný vliv na jednotlivé složky osobnosti. Rozdíly tohoto vlivu jsou způsobeny také časem, kdy postižení vzniklo. Vrozený defekt mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. Vrozené postižení má závažnější vliv na vývoj jedince, zvláště v oblasti funkcí, které pro svůj výkon potřebují podněty z okolí, např. poznávací procesy. Na druhé straně dítě s vrozeným postižením, tedy žijící s defektem od narození, se na něj lépe adaptuje.

2.3 Rodina jedince se zdravotním postižením

Rodina má pro člověka význam, ať je zdravý nebo postižený. Je jistě důležité, zda budeme hovořit o rodině postiženého dítěte, nebo o rodině dospívajícího, resp. dospělého člena s postižením v závislosti na faktu, kdy k postižení došlo. Podle Matějčka (2001) je rodina vždy základem, motivací a důležitým článkem uspokojování základních životních potřeb, především potřeb sociálních a psychických. Pokud je taková rodina funkční, je nadějí pro rozvoj schopností, dovedností a možností v životě postiženého, je podporou i ochranou a pomocí v orientaci a socializaci člověka s postižením ve společnosti.

Rodina je prvním a nejdůležitějším prostředím dítěte, zdravého i nemocného, resp. postiženého. **Základním vztahem dítěte** je vztah k rodičům, především k matce (v prvním období života). Tento vztah vytváří předpoklad vývoje osobnosti dítěte, získávání prvních zkušeností, které pak ovlivňují budování jeho identity. Podle tohoto vztahu si dítě buduje a prožívá další vztahy se svým okolím. Rodiče svým chováním, reakcemi na podněty, které směřují k dítěti, pomáhají dítěti strukturovat okolní svět, poznávat ho a orientovat se v něm, organizovat informace a zkušenosti do významů.

Je opět třeba rozlišit, zda jde o postižení vrozené či získané později nemocí nebo úrazem. Při narození dítěte s **vrozeným defektem** jsou rodiče zatíženi obrovským traumatem, neočekávanou zátěží, pocitem selhání své rodičovské role. Reakce okolí tyto tendence ještě posilují. Zvyšuje se pravděpodobnost přehnané péče, ale také se můžeme setkat s odmítáním takového potomka. Tyto přístupy je možné zobecnit na jakéhokoli člena rodiny, který trpí postižením.

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že jejich dítě je postižené, lze podle Vágnerové (2001) označit jako fázi **krize rodičovské identity**. Je reakcí na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, tj. hůře akceptovatelných. Po oznámení, že dítě je postižené, změní rodiče zásadnějším způsobem své rodičovské postoje. Reakce na postižení se v průběhu času mění a procházejí typickými fázemi, kterými jsou **fáze šoku a popření**, fáze **postupné akceptace a vyrovnání** se s problémem a nakonec i **fáze realismu**, kdy se rodina ve většině případů smíří se skutečností zdravotního postižení dítěte, resp. člena rodiny a učí se s touto novou situací žít.

Odlišná je situace pro rodinu vzhledem k postižení dítěte, resp. člena rodiny, které vzniklo později, nemocí, úrazem atp. Tato situace je pro rodinu stejně stresová, stimuluje ke hledání pravdy, na druhé straně podporuje obranné mechanismy chování, v nichž se snaží situaci zkreslit, popřít tak, aby mohla být přijatelná. Později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovské prestiže, nemění sebepojetí rodičů a jeho obrany jsou zaměřeny více na postižené dítě, resp. člena rodiny,

než na vlastní identitu. Později vzniklý defekt je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého člověka..

V rodině postiženého dítěte mají významnou roli také *sourozenci dítěte*. Bývají soupeři i spojenci s tím, že postižené dítě nemůže být soupeřem, nemá k tomu potřebné kompetence. Postižené dítě nemůže být ani modelem, s nímž by se sourozenec ztotožnil. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je běžná mezi zdravými sourozenci, je v tomto případě těžko dostupné. Děti vědí, že postižený sourozenec musí být ochraňován, nelze se k němu chovat jako ke komukoli jinému.

Tento postoj má i své *negativní důsledky*: postižený, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, není považován za zcela rovnocenného. Jeho přítomnost v rodině může být zdrojem extremizace postojů a očekávání ostatních členů rodiny, resp. rodičů ve vztahu ke zdravým potomkům. Je tu zvýšené riziko, že k nim nebudou mít rodiče přiměřený vztah a přijatelné nároky. V krajním případě mohou odsunout zdravé potomky do pozadí, což nutně ovlivní jejich postoje a chování. Může též docházet ke koncentraci zájmu na zdravé dítě, což slouží jako prostředek kompenzace neuspokojení, které rodičům přináší postižený potomek. Zvětšují se tím nároky a očekávání rodičů, které nemusí být přiměřené věku a možnostem dítěte. Rodiče nejsou vždy dostatečně empatičtí a citliví v představách, jak by měl zdravý sourozenec postiženému pomáhat, co všechno by měl zvládat a co ve vztahu k němu tolerovat. Záleží na tom, jak rodina přijme postižené dítě, resp. svého člena a co bude jeho existence pro rodinný život znamenat.

2.4 Sociokulturní handicap zdravotního postižení

Jak je zmíněno na začátku práce, slovo “handicap” označuje zátěž, onemocnění, tělesnou vadu, tedy postižení. Vágnerová (2001) uvádí, že původně pochází tento termín z prostředí dostihového sportu a objevuje se v Anglii 19. století (z anglického “hand in cap” - ruka v klobouku). Označuje los, kterým se určuje, které z koní ponesou lehčí, či těžší zátěž, resp. poklušou delší distanci, aby byl závod spravedlivý a pro všechny stejný.

Jako označení *znevýhodnění* určitých osob vzhledem k postižení, vadě či onemocnění se začal tento termín používat daleko později. Označuje “zátěž” či znevýhodnění určitých osob oproti osobám jiným.

Sociokulturní handicap zdravotního postižení se týká přístupů společnosti. Zdravotní

handicap stojí v pozadí zájmů společnosti, neboť je předmětem zájmu především medicínských a jim příbuzných oborů, i když v posledních letech psychologie (ať sociální nebo pedagogická) rozšířila pojem “handicapovaného žáka”, do něž zahrnuje jak tělesné tak mentální postižení.

Podle Vágnerové (2001) jsou *postoje* jakousi motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Spadají sem složky citové i kognitivní, tj. poznávací a celkové zhodnocení situace i jeho význam, který poznání pro člověka má. Vnější projevem je tendence reagovat na podnět určitým, dosti podobným způsobem chování, které je tudíž značně predikovatelné. Všechny tyto složky nemusí být v každém postoji stejně intenzivně vyjádřeny, např. postoje k postiženému dítěti jsou více emocionální než racionální. Postoje jsou výrazem snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Ta však může být a také bývá mnohdy nepřesná, a to zejména pokud je ovládaná více složkou citovou než rozumovou.

Postoje ve své konečné podobě nejsou člověku vrozené, vytváří se učením a jsou podmíněny právě *sociokulturními vlivy* společnosti, tedy prostředím, v němž jedinec žije. Společnost většinou nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odmítá, nebo dokonce trestá. Proto jsou obecnější postoje dost rigidní, mnohdy až stereotypní, obtížně se mění, i když i to je samozřejmě možné.

Stereotypy obecnějšího rázu, mezi něž patří také stereotyp postoje k nemocným a postiženým, vznikají bez jakékoli vlastní zkušenosti, převzetím názorů společnosti, ve které jedinec žije. Je charakteristický svou rigiditou, iracionalitou, obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi. Nevyplývá z pochopení daného jevu, ale přejímá jeho interpretaci v předem dané a zjednodušené formě. Ve vztahu k některým druhům defektů se ve společnosti zafixovaly výrazné negativní stereotypy, které se těžko překonávají a brání integraci těchto lidí do zdravé populace.

Jedním z *projevů stereotypu* v postoji k nemocným a postiženým je tendence ke generalizaci, sklon vidět všechny šablonovitě, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které existují samozřejmě i v této skupině lidí.

Rozlišování zdraví a nemoci, resp. normality a defektivity je podmíněno kulturně historicky a sociálně psychologicky. Rozdíl mezi těmito dvěma stavy není tak značný, jak by se mohlo laikovi na první pohled zdát a není ani trvalého charakteru. Závisí na aktuálně platných názorech společnosti, co je a není považováno za normální, omezující, co je tolerováno a přijatelné.

2.5 Aspekty integrace

Důležitým pojmem v souvislosti s postižením je **integrace**. Znamená účast člověka v sociálních vztazích, zapojení do různých společenských aktivit. Novosad (2002) uvádí, že znevýhodnění zdravotního postižení tak přestává být nepřekročitelnou bariérou mezi handicapovaným a těmi druhými. Úroveň integrace a s ní spojených snah ve společnosti je ukazatelem humanity, kulturnosti a vyspělosti dané společnosti. Integrace je pro člověka s postižením možností nežít v izolaci, mimo společenské vztahy, možností nepodvolit se postižení. Podle Jankovského (2001) je založena na komplexní péči o zdravotně znevýhodněné s cílem pomoci najít vlastní identitu právě v určité společnosti, posílit sociální status a zmírnit či úplně odstranit sociální stigma zdravotně postiženého

. Možnosti integrace do společnosti zdravých lidí mohou být pro člověka s postižením velkým problémem. Život v rodině, ústavu nebo v komunitě stejně postižených je sice určitou izolací, na druhé straně je tu postižený jedinec uspokojován v mnoha směrech daleko více a lépe, než kdyby byl vystaven tlaku norem zdravé populace. Preference společnosti stejně postižených lidí souvisí s tzv. *efektem similarity* (Vágnerová, 1999, s.100). Lidé si v konkrétní skupině, resp. komunitě lépe rozumějí, mají podobné problémy a obdobně na ně reagují. Vzájemně se ve svých postojích posilují. Takto vytvořené sociální skupiny mají charakter minority se všemi důsledky, výhodami i nevýhodami. Pro laickou veřejnost z toho vyplývá jistý stereotyp projevu postižených lidí.

Důležitým pojmem ve světě zdravotně postižených je **prevence** zaměřená obecně na zamezení vzniku fyzické, psychické či smyslové vady, pokud je lze včas ovlivnit. Zde je nutné uvést smysl prevence v úrovni primární, sekundární i terciární. Novosad (2003) vnímá úroveň prevence jako způsoby, či metody ovlivňování chování lidí, kteří jsou potenciálně, resp. konkrétně ohroženi na zdraví nebo životě. V **primární** rovině sem můžeme zařadit ovlivňování lidí masmédií, vzděláváním, výchovou dětí od raného věku ve smyslu vlivu na životní styl, zdravý režim. Lze tu mluvit o podpoře prosociálního chování lidí, které může ve velké míře zamezit či výrazně ovlivnit vznik zdravotního postižení atp.

V případě **sekundární prevence**, někdy vyjadřována jako indikovaná prevence, mluvíme o zaměření na cílovou skupinu lidí se zvýšeným rizikem nezvládnutí ohrožující životní situace, které zdravotní postižení přináší. Jde o zabezpečení dávek, příspěvků a služeb v konkrétní podobě podle potřeb zdravotně postiženého a jeho rodiny, zajištění domácí, denní nebo ústavní péče.

V rámci **terciární prevence** je to především ochrana pečující rodiny zdravotně postiženého před sociální izolací a ekonomickou nouzí. Je více nadstavbou prevence sekundární, rozšiřující

možnosti osobní asistence, pečovatelské služby, zajištění krátkodobé zástupné péče v případě potřeby rodiny, resp. pečujících členů rodiny o zdravotně postiženého člena.

Rehabilitace je pojem široký, zahrnující nejčastěji smysl léčebný, tedy zdravotnický zaměřený především na somatickou oblast člověka, na jeho uzdravení a schopnost pohybu v co největší míře. Systém rehabilitace je v současnosti vnímán více jako *ucelená rehabilitace*, která vnímá člověka v jeho integritě a celistvosti osobnosti a skládá se z několika vrstev, neboli dimenzí, které dohromady tvoří integrální jednotu (Jankovský, 2001, s.16). Systém ucelené rehabilitace zahrnuje například rehabilitaci psychologickou, pracovní, pedagogickou, sociální, volnočasovou atd. O ucelené rehabilitaci bude pojednáno v následujících kapitolách.

S prevencí a rehabilitací, respektive správnou integrací souvisí další významný pojem dotýkající se zdravotního postižení a tím je **vyrovnávání příležitostí** lidí se zdravotním postižením. Integrace jako pojem pronikla do všech oblastí mezilidské interakce. Je to pojem známý, jasný, dnes už častěji vnímán jako proces, jehož kvalita i dynamika závisí na množství proměnných (Matoušek a kol., 2005, s.92). Přesto nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro handicapované, ale o úspěšnost začleňování jedinců s postižením do společnosti, která je závislá na postoji každého občana, na tom, jak jsme my všichni ochotni a schopni tento proces vnímat, akceptovat nebo se s ním identifikovat. Potom lze hovořit spíše o **inkluzi**, která by měla být součástí našeho hodnotového systému a být osobním přesvědčením každého člověka. Vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením pomocí různých kompenzací, služeb a pomoci je v rámci procesu zrání společnosti k inkluzi dlouhodobým řešením a významným článkem pro rozvoj možností postižených lidí od izolace k socializaci.

2.6 Pojem sociálních služeb

V posledních letech dochází i v České republice ke kvalitativnímu obratu v přístupu ke zdravotně postiženým a znevýhodněným. Prosazuje se úsilí o skutečnou integraci těchto lidí do majoritní populace, nejen v materiální sféře, ale i v jejich zapojení do běžného života.

Matoušek (2005) uvádí, že sociální služby a sociální práce jsou jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky státu, například ve vztahu k lidem se zdravotním postižením. **Sociální služba** je termín označující vše, co poskytuje výhody a pomoc těm, kteří mají problém a jsou potřební. Právní předpisy takto označují činnosti, kdy někdo pro někoho něco činí.

V zásadě lze sociální služby rozdělit na státní a obecní a sociální služby nestátní. I státní či obecní sociální služby mohou být smluvně svěřeny nestátním organizacím, resp. sdružením. Přesto jsou sociální služby vždy regulovány státem a realizovány jako veřejnoprávní a financovány zákonným způsobem. Vedle toho mohou vznikat sociální služby soukromoprávní, které jsou povoleny státem (koncesí) nebo provozovány se státní podporou, na základě smlouvy. Podmínit provoz sociální služby koncesí je nezbytné, protože jde o služby občanům, kteří se pro svůj zdravotní stav či věk mohou jen stěží bránit případné šikaně nebo zlým úmyslům. Potřebují jistou veřejnoprávní ochranu, státní dozor a regulaci podmínek provozu v případě provozu soukromoprávních sociálních služeb.

Podle Pešatové, Švingalové (2003) lze pojmout dělení sociálních služeb:

1. podle charakteru činnosti:

- služby sociální péče (které jsou zaměřeny na vyrovnání příležitostí nebo odstranění bariér)
- služby sociální intervence (zaměřené na změnu při řešení naléhavé, nepříznivé situace klienta)
- služby sociálních aktivit (zaměřené na realizaci volnočasových aktivit a podporu komunitní soudržnosti)

2. podle délky trvání služby:

- služby dlouhodobé (kdy horní hranice poskytování služby není limitována, např. chráněné bydlení, penzióny, ústavy sociální péče, osobní asistence)
- služby střednědobé (služby, jejichž záměry jsou uskutečňovány v předem stanoveném časovém období s horní hranicí zpravidla 1 rok, např. azylové bydlení, raná péče, respitní

péče, chráněné dílny)

- služby krátkodobé (jejichž záměry jsou uskutečňovány okamžitě a netrvají déle než jeden měsíc, např. krizová pomoc, denní centra, poradenství)

3. podle místa poskytování:

- služby spojené s bydlením v zařízení (pobytové, rezidenční, např. chráněné bydlení, domy na půl cesty, ústavy sociální péče)
- služby spojené s návštěvou zařízení (sem klienti docházejí za účelem naplnění svých potřeb a zájmů z důvodu řešení své nepříznivé sociální situace, např. poradenství, krizová centra, raná péče, chráněné dílny)
- služby spojené s návštěvou uživatele (jsou služby poskytovány v přirozeném prostředí, s nímž je uživatel služby svázán a je na ně zvyklý, např. pečovatelská, asistenční služba, kontaktní práce)

Sociální služby zpravidla nepatří k výnosnému obchodu. Motivem k jejich provozování je především filantropie. Stát může soukromoprávní subjekty povzbuzovat tím, že jim sníží daňové břemeno zmenšením nebo zrušením příjmů ze sociální činnosti z daňového základu, či osvobodí příjmy z takových činností od daní vůbec. Může také snížit daňovou sazbu pro tyto organizace. Sociální služby jsou realizovány hlavně sociální prací profesionálů, kteří jsou zaměstnáváni sociálními subjekty s tím, že realizují jejich sociální cíle, programy, plány a projekty, tj. poskytují sociálním objektům (klientům), předměty (služby a dávky) k uspokojení určitých sociálních potřeb. Cílená sociální pomoc potřebným byla typická již pro péči o chudé v klášterech, resp. ve “špitálech” nebo “božích domech”, útulcích pro chudé a sirotky již v období středověku.

Výkon sociálních služeb vyžaduje nejen profesionální sociální práci, ale i práce obslužné poskytované jinými profesemi, jako jsou ošetrovatelky či nekvalifikované práce.

2.6.1 Formy služeb pro lidi se zdravotním postižením

Člověk je společenská bytost. V rámci lidské společnosti je humanizován a socializován. Totéž platí pro člověka se zdravotním znevýhodněním. Velmi záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, či jak je společností přijímán.

Sociální služby jsou zaměřeny na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, samostatný život, např. pomocí osobní asistence v domácích podmínkách, pomoc s výchovou dětí, zajištěním úprav bytu nebo automobilu, výcvikem pro pohyb v přirozeném prostředí.

Kvalita života lidí se zdravotním znevýhodněním souvisí s jejich uspokojením v rodině. Matějček (2001) považuje stabilitu rodiny zdravotně postiženého člena za závažný test zralosti osobností partnerů.

Služby pomáhají člověku s postižením získávat vědomosti a dovednosti či návyky, které jim pak pomohou v uplatnění na trhu práce. Jde více o obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení sníženou či změněnou pracovní schopnost, nebo jsou dokonce práce neschopni.

Sociální důsledky zdravotního znevýhodnění mohou být kompenzovány formou peněžních příspěvků i sociálních služeb. Ekonomické i další materiální podmínky pro samostatný život jsou zabezpečovány formou přiznání invalidního důchodu, a to částečného nebo plného, resp. dalších finančních příspěvků podle zákona 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, nebo podle vyhlášky MPSV ČR 182/1991 Sb., například příspěvky na rehabilitační nebo kompenzační pomůcky.

Sociální služby jsou však nejvýznamnějším prostředkem pomoci v rámci sociální rehabilitace.

Občanům se zdravotním postižením jsou poskytovány v různých formách, kterými jsou podle Matouška (2005) například:

- *Poskytování technických pomůcek* a s nimi související služby.
- *Osobní asistence*, která pomáhá zvládnout běžné každodenní dovednosti a úkony, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení. Do těchto služeb jsou zahrnuti i průvodci, tlumočníci nebo předčitatelé pro lidi, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace.
- *Doprava* do škol i jiných zařízení, resp. doprava pro jiné účely.
- *Pečovatelská služba* pomáhající lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblasti osobní péče nebo péče o domácnost. Tyto služby mají člověku umožnit setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl.

- ***Chráněné bydlení*** je určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti osobní péče nebo péče o domácnost, ale chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Tyto služby podporují samostatnost, soběstačnost člověka s postižením, případně návrat do vlastního domácího prostředí.
- ***Respitní péče*** pomáhá rodinám, které celoročně pečují o dítě s postižením, případně dospělého člena se zdravotním znevýhodněním. Jde o službu odlehčovací, která je poskytována formou doprovodů postiženého člena rodiny do školy, zdravotnického zařízení, nebo formou péče v domácím prostředí, resp. v zařízení formou krátkodobého pobytu.
- ***Ústavy a domovy sociální péče*** pro postižené jsou vhodné v případech, kdy nelze poskytnout dlouhodobou přiměřenou péči jinými způsoby. Jsou tradiční formou komplexního zaopatření občanů, kteří se nemohou zajistit vlastními silami, do nějž patří např. rehabilitace, ubytování, strava, společenské aktivity, zdravotní péče, poradenství atp.
- ***Penziony nebo domovy pro seniory***, resp. pro občany se zdravotním postižením jsou určeny lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy především v oblastech osobní péče, kteří nechtějí žít v domácím prostředí a dávají přednost službám, jejichž součástí je bydlení mimo domov
- ***Poradenstvím*** jsou poskytovány rady, informace o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, pomoci a službách lidem se zdravotním postižením, kteří v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech (např. v uplatňování práv a nároků, používání veřejných míst a služeb, kontaktu s rodinou, komunikaci) nejsou schopni bez podpory vyřešit svou specifickou situaci.
- ***Raná péče*** je orientována na celou rodinu s dítětem raného věku, jehož vývoj je ohrožen zdravotním postižením, biologickými faktory či prostředím. Opatření v těchto službách se týkají oblasti pedagogické, sociální a zdravotní.
- ***Centra denních služeb*** jsou určena lidem se sníženou schopností osobní péče, používání veřejných míst a služeb, využití volného času, případně získání či udržení pracovního místa. Jsou kombinací služeb poskytovaných v denním režimu v zařízeních nebo přirozeném prostředí. Jejich podstatou je uživatele služby adekvátně aktivovat, stabilizovat, resp. posílit jeho schopnosti a dovednosti.

2.6.2 Pojetí sociálních služeb a jejich standardy

V roce 2005 byl Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV) předložen *návrh zákona o sociálních službách* upravující přístupy a obsah sociálních služeb. Hlavním důvodem k vypracování nové právní normy byla potřeba změnit systém sociálních služeb, který funguje od konce 80. let 20. století a nevyhovuje požadavkům dnešní doby.

Sociální služby jsou určeny lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Většinou se jedná o následky nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, vysokého věku, životních návyků nebo způsobu života, který vede ke konfliktu se společností. Případně jde o život v sociálně znevýhodňujícím prostředí. Aby se mohli takto postižení opět začlenit do normálního života, potřebují obvykle pomoc druhé osoby.

Základním cílem nové právní normy je zajistit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, pomoc a podporu prostřednictvím nabídky široké škály sociálních služeb, stanovení pravidel pro jejich poskytování a v neposlední řadě zavedení příspěvku na péči. Ten je určen lidem, kteří potřebují z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pomoc jiné osoby. Návrh zákona zaručí každému nárok na poskytnutí sociálního poradenství a nárok na posouzení jeho nepříznivé sociální situace. Samotné poskytnutí sociální služby je založeno na smluvním principu, což staví člověka v nepříznivé sociální situaci do aktivní role – jeho objektivizované potřeby a projev vůle by měly být určující pro zvolení formy pomoci.

Z hlediska poskytovatelů sociálních služeb je nejdůležitější změnou zavedení povinnosti registrovat se. V opačném případě nebudou moci poskytovat sociální služby. S **povinnou registrací** je nezbytné zavést efektivní kontrolní mechanismy. Kontrolu poskytování sociálních služeb bude zabezpečovat Inspekce sociálních služeb, a to především z hlediska jejich kvality. Registraci a inspekci budou provádět krajské úřady a MPSV. Aby bylo možné hodnotit kvalitu poskytování sociálních služeb, zavádí nová právní úprava jako měřítko hodnocení standardů kvality. Současně upravuje způsoby zajištění ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče při poskytování pobytových sociálních služeb v zařízeních a formu jejich financování.

Součástí návrhu zákona je úprava předpokladů pro výkon povolání v sociálních službách a pro výkon povolání sociálního pracovníka. Kvalita sociálních služeb a efektivita sociální práce je založena především na odbornosti jednotlivých pracovníků.

V oblasti **zajištění dostupnosti** sociálních služeb budou hrát rozhodující úlohu obce a kraje. Návrh zákona zavádí povinnost obcí a krajů podporovat potřebnou síť sociálních služeb na svém území. Charakter a rozsah této sítě bude regulován v procesu plánování sociálních služeb

v jednotlivých obcích a krajích, do kterého musí být zapojeni také zástupci poskytovatelů sociálních služeb a osob, které tyto služby využívají. Finanční zajištění poskytovaných sociálních služeb bude stát podporovat formou dotací.

Z výše uvedeného vyplývá, že v oblasti sociálních služeb dochází k výrazným změnám, a to zejména v přístupu k uživatelům těchto služeb či v používaných metodách sociální práce. MPSV reaguje na tento vývoj systémovými změnami snahou zajistit poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání a potřebami uživatelů. **Požadavky na kvalitu** poskytování sociálních služeb jsou stanoveny v podobě **standardů kvality**, které vznikly v letech 1999 – 2002 ve spolupráci s uživateli i poskytovateli služeb v široké a dlouhodobé diskusi. V roce 2002 vydalo MPSV “Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe”, které je průvodcem poskytovatelům pro zajištění kvality a efektivity sociálních služeb, garantující záruky uživatelům a jejich rodinám i poskytovatelům ve smyslu stejných standardů ve všech typech služeb, nezávislého hodnocení úrovně jejich kvality.

Protože se tyto standardy týkají všech sociálních služeb, jsou formulovány v obecné rovině. Popisují, jak má kvalitní služba vypadat a zároveň jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je průkaznost kvality poskytované služby. Standardy by měly přispět k poskytování pomoci a podpory uživatelům služeb podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství či stejným způsobem (Švingalová, Pešatová, 2003, s.24). Sociální služby by měly být opravdu službou veřejnou, dostupnou všem a včas, akceptující jedince a jeho aktuální potřeby.

Jak je výše uvedeno, musí být standardy měřitelné, tzn. každý standard je dále strukturován na kritéria, která slouží k jeho srozumitelnosti i posouzení, zda dané služby splňují požadavek standardu. Standardy a kritéria jsou pro lepší orientaci číslovány, rozděleny do tří základních částí.

Procedurální standardy jsou velmi důležité, neboť stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Upozorňují, na co je třeba dát si pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám jednotlivce. Velká část standardů je věnována ochraně práv a zájmů uživatelů služeb, jsou zde vypracovány stížnostní postupy i pravidla pro případ střetu zájmů.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Nepovedenou službu nelze opravit nebo dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících službu provádějících, na jejich schopnostech a dovednostech, vzdělání, vedení a podpoře, podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy pak definují podmínky pro poskytování zmíněných služeb. Jsou zaměřeny na prostory, kde jsou služby poskytovány, na jejich dostupnost, ekonomické zajištění a

rozvoj jejich kvality, nouzové a havarijní situace, informovanost o službě.

2.7 Ucelená rehabilitace

Změna postavení zdravotně handicapovaných ve společnosti souvisí s procesem vytváření zařízení a služeb, které jsou schopné adekvátním způsobem uspokojovat speciální potřeby lidí s postižením. V souvislosti s úsilím o budování občanské společnosti dochází k rozvoji nestátních neziskových organizací, které často vznikají právě z podnětu lidí s postižením, popřípadě rodičů dětí s postižením. Tato zařízení pracující zpravidla na bázi občanských sdružení či obecně prospěšných společností, doplňují služby poskytované státem, resp. postupně přebírají iniciativu i v oblastech, které byly dříve doménou státu.

V rámci péče o lidi se zdravotním postižením má rozhodující význam *ucelená rehabilitace*, která propojuje rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní, případně volnočasovou a psychologickou. Jankovský (2001) předpokládá vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu, v němž zaujímá každý odborník specifické postavení při maximální osobní odpovědnosti a interdisciplinárních přístupech. Pokud se jedná o děti s postižením, nelze pominout skutečnost, že by aktivními členy týmu měli být i rodiče postiženého dítěte.

Člověk je osobnost tvořící integrální jednotu a celistvost. Dnes vnímáme člověka jako bio-psycho-sociální bytost. V novém pojetí rehabilitace, resp. ucelené rehabilitace je chápání celistvosti člověka významné, zahrnuje péči nejen zdravotnickou (jak je uvedeno výše). Smyslem a cílem ucelené rehabilitace je co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu. V tomto smyslu mluvíme spíše o rehabilitaci dlouhodobé, kterou je třeba odlišit od rehabilitace krátkodobé, čili přechodné, která má cíl spíše v návratu ke zdraví a upevnění celkové kondice jedince, případně navazuje na léčbu závažného onemocnění. Rehabilitace se týká nejen lidí, kteří se původně vyvíjeli jako zdraví jedinci a v důsledku onemocnění nebo úrazu byli vyřazení ze svých každodenních aktivit. V našich podmínkách se rozhodně týká také jedinců, kteří se s postižením narodili, případně s ním žijí od útlého věku

V rámci *léčebné rehabilitace*, která je významnou složkou ucelené rehabilitace, jsou aktivity zaměřeny na odstranění postižení a funkčních poruch, dále na eliminaci následků zdravotního postižení, a to včetně jeho sociální dimenze. V léčebné rehabilitaci se setkáváme s metodami

fyzioterapie (např. masáže, elektroléčba, laserové záření, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, vodoléčba atp.) nebo léčebné tělesné výchovy (zahrnující různé typy rehabilitačních cvičení, Vojtovu metodu reflexní lokomoce, metodika manželů Bobathových atd.). Dále sem spadají metody ergoterapie související se získáváním dovedností, kompetencí pro samostatný život, nácvikem soběstačnosti a samostatnosti, metody animoterapie – hipoterapie a canisterapie – a další terapie zaměřené na rozvoj lidí se zdravotním postižením (arteterapie, muzikoterapie).

Sociální rehabilitace pomáhá člověku s postižením v rámci humanizace a socializace do společnosti. Velmi záleží na roli, kterou zdravotně postižený jedinec ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímán. Úkolem sociální rehabilitace je, aby byl tento vztah vyvážený, aby člověk s postižením byl schopen přijmout své postižení, nemoc, znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti pro zachování optimální kvality jeho života.

Uplatňuje metody reedukace (rozvoj poškozených funkcí a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí) či akceptace (přijetí života s postižením). V tomto smyslu se tak děje v různých institucích, zařízeních, ústavech sociální péče, speciálních školách, při práci, v rodině.

Pedagogická rehabilitace se zaměřuje na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na život i povolání, na rozvoj soběstačnosti, schopností i nadání jedince. I sem patří (podobně jako u sociální rehabilitace) formy reedukace, kompenzace, vytváření individuálních vzdělávacích plánů.

Pracovní rehabilitace se týká pracovního uplatnění jedince s postižením. Jde o profesní přípravu, průzkum trhu pracovních příležitostí, poradenství, vytváření pracovních příležitostí. Předpokladem úspěšnosti rehabilitace je obnovení pracovního potenciálu lidí se změněnou pracovní schopností, resp. lidí, kteří nejsou schopni pracovat. Pracovní integrace je naléhavá a je dána tím, že potřeba pracovat je primární lidskou potřebou. Pokud není saturována, dochází k frustraci nebo dokonce stresovému stavu. Jednou z možností této rehabilitace může být účelná rekvalifikace, nebo vytváření pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, které je realizováno dvěma přístupy:

- zvýhodněním zaměstnavatelů, kteří projeví zájem o vytvoření pracovní příležitosti
- stanovením kvót, na základě kterých jsou zaměstnavatelé povinni vytvořit určitý počet pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. S tím souvisí například vytváření chráněných pracovišť, chráněných dílen atp.

Volnočasová rehabilitace se zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní aktivity, sebevzdělávání a je provozována v rámci různých institucí školských, neziskových, resp. občanských sdružení atp.

Psychologická rehabilitace usiluje o zvládnutí psychické krize, která je spojená se změnou zdravotního stavu, sebehodnocení a životní orientací postiženého. Může mít formu různých psychoterapií ve skupině nebo individuální, arteterapií, tréninku psychosociálních dovedností, atp.

Jankovský (2001) považuje ucelenou rehabilitaci za provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti zdravotnictví, výchovy, vzdělávání, sociální práce a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní a ztížené životní podmínky i k získání a upevnění co největší samostatnosti.

2.8 Nabídka sociálních služeb v Praze

Nabídka sociálních služeb v Praze pokrývá všechny oblasti sociálního znevýhodnění a obrací se ke všem skupinám obyvatel se sociální potřebností.

Informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odbory sociálních věcí), v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb. V rámci města Prahy poskytují informace informační centra institucí zřizovaných obcí, občanskými sdruženími, resp. neziskovými nestátními organizacemi. Tím je např. Městské centrum sociálních služeb a prevence, které je zřízeno Magistrátem hlavního města Prahy, dále občanské poradny, odbory sociální péče na obecních úřadech atd.

Systém sociálních služeb je rozdělen do specifických oblastí, mezi něž patří (Adresář poskytovatelů sociálních služeb, 2004):

- zařízení a péče o děti a mládež, rodiny s dětmi,
- služby poskytované bezdomovcům,
- služby cizincům a uprchlíkům,
- péče azylová (noclehárny, ubytovny, azylové domy),
- služby pro lidi se zdravotním postižením,
- služby charitativní a humanitární pomoci,
- krizová centra a linky důvěry, resp. krizové pomoci,
- služby pro menšiny v populaci,

- služby pro lidi s mentálním handicapem, případně psychickým onemocněním,
- nízkoprahová centra, streetwork,
- služby pro oběti násilí nebo kriminality,
- specifické služby poradenské,
- služby pro seniory,
- služby zaměstnanosti (chráněné dílny, podporované zaměstnávání, aktivity pro nezaměstnané),
- služby preventivní,
- terapeutické služby (psychoterapeutické, socioterapeutické i diagnostické),
- služby zaměřené na práci s uvězněnými či propuštěnými z výkonu trestu,
- služby zaměřené na závislosti různých typů atd.

Služby pro lidi se zdravotním postižením jsou specificky děleny podle organizací, institucí, svazů či sdružení pro jednotlivé cílové skupiny, podle forem a závažnosti postižení (např. pro osoby s tělesným, sluchovým, zrakovým, mentálním, duševním postižením, osoby s různými nemocemi, např. dýchacího, trávicího, oběhového, močového ústrojí, infekčními nemocemi atp.).

Dalšími jsou služby krizové a poradenské, služby osobní asistence či služby ošetrovatelské, rehabilitační, terapeutické, chráněného bydlení, vzdělávací služby.

Nabídka sociálních a souvisejících služeb v rámci ucelené rehabilitace je uváděna v elektronické podobě informačních center, resp. informačních systémů jednotlivých státních orgánů (úřadů městských částí, Magistrátu hlavního města Prahy, MPSV) nebo v knižní podobě, resp. v podobě pravidelně aktualizovaných brožur dostupných právě v institucích poskytujících služby nebo v informačních centrech. Adresář sociálních služeb například pravidelně vydává Městské centrum sociálních služeb a prevence a je k dispozici v Infocentru Kontakt v centru Prahy.

2.8.1 Jedličkův ústav a školy pro tělesně postižené v Praze

Jedličkův ústav a školy pro tělesně postižené hl.města Prahy (JÚŠ) je příspěvková organizace. Zřizovatelskou funkci převzalo město Praha v roce 1992, kdy byl zároveň sloučen dosavadní Jedličkův ústav jako Ústav sociální péče zřizovaný Ministerstvem sociálních věcí se školami při Jedličkově ústavu zřizovanými Ministerstvem školství. Byl otevřen k 1.dubnu 1913, ustaven a přes čtyřicet let provozován Spolkem pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků v Praze. Předsedou spolku byl tehdy prof. MUDr. Rudolf Jedlička, kterému se podařilo od samého počátku nastartovat rychlý a úctyhodný rozvoj nového pedagogického-zdravotně-sociálního zařízení.

Hlavním úkolem JÚŠ je poskytovat komplexní výchovně vzdělávací a rehabilitační péči dětem a mládeži s tělesným postižením. Více než 170 žáků a studentů navštěvuje denně několik typů škol (základní, zvláštní i střední, tři obory střediska praktického vyučování), nebo bydlí a dochází do jiných pražských středních i vysokých škol. Přibližně polovina žáků zde bydlí celý týden, polovina denně dochází. V evidenci zařízení je dalších cca 200 dětí a mladých lidí, kteří navštěvují běžné školy středočeského kraje a JÚŠ jim poskytuje ambulantní služby, resp. jsou v péči Speciálního pedagogického centra při JÚŠ (dále jen SPC).

Cílem JÚŠ je připravit mládež s tělesným postižením do života jako samostatné jedince, v co největší míře integrované do společenského prostředí. Každý člověk má potřebu sociálních kontaktů, proto je JÚŠ koncipován jako otevřená instituce podporující kontakty dětí, resp. mladých lidí s postižením s jejich vrstevníky a okolním světem. Koncepce zařízení vychází z předpokladů, že nejvhodnějším prostředím pro výchovu dítěte je jeho vlastní rodina, proto je JÚŠ určen především těm, u kterých není možné zajistit výchovu a vzdělání v přirozeném prostředí. Součástí JÚŠ je odborná pomoc poskytovaná jednotlivcům a institucím, které ji osobně či profesně potřebují. Péče o děti v JÚŠ je komplexní, vyvážená, respektující jejich osobnost a potřeby.

Zařízení je především určeno pro:

- školáky a studenty, kteří v důsledku svého primárně tělesného postižení potřebují rehabilitovat (včetně vzdělávání se) ve speciálních zařízeních,
- další studenty a žáky se specifickými potřebami, kteří hledají vhodné zařízení pro své středoškolské studium, kteří chtějí studovat a potřebují rehabilitaci ve speciálním zařízení a jsou schopni přizpůsobit se podmínkám JÚŠ,
- mládež se specifickými potřebami, které souvisí zejména s jejich tělesným postižením, potřebují-li odbornou ambulantní či krátkodobou pomoc,
- absolventy škol při JÚŠ a další mladé lidi, kteří potřebují částečné služby v rámci jejich přípravy a hledání profesního uplatnění,

- rodiče (rodiny) dětí s tělesným postižením, jejich učitele v běžných školách a pro další odborníky pomáhajících profesí

Principy a cíle poskytovaných služeb v JÚŠ:

- JÚŠ je moderní evropské zařízení poskytující mladým lidem s vrozeným nebo získaným tělesným postižením potřebnou léčbu, péči, podporu i vzdělání
- propojení péče zdravotní, resp. rehabilitační, sociální, výchovně vzdělávací pod jednou střechou ve smyslu myšlenky J.Jankovského a jeho díla o ucelené rehabilitaci
- podpora postojů inkluze lidí se specifickými potřebami jako základ pro fungování společnosti, v jejím rámci kvalitní komplexní služby interdisciplinárního týmu odborníků
- příprava mladých lidí s postižením na běžný život, vedení k samostatnosti
- rozvoj tranzitního programu, tj. přechodu lidí se specifickými potřebami ze speciálního zařízení do běžného prostředí
- podpora rozvoje komunitních služeb, spolupráce s orgány státní správy a samosprávy
- působení na majoritní společnosti ve prospěch hlubšího a výraznějšího přijetí lidí se specifickými potřebami.

Do základní nabídky služeb v JÚŠ patří:

- vzdělávání
- léčebná rehabilitace – fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, vodoléčba, hipoterapie, arteterapie atp.
- lékařská péče
- sociálně právní péče a poradenství
- psychologická péče
- doprava
- ubytování
- následná péče – s podporou dalších spolupracujících organizací
- mimoškolní a zájmové aktivity
- krátkodobé pobyty (respitní – odlehčovací péče, diagnostické či konzultační pobyty)

- ambulantní poradenské a terapeutické služby pro integrované děti z běžných škol (SPC)

Podle záměru nového zákona o sociálních službách je tu snaha o statut poskytovatele dalších rozšiřujících **služeb sociální péče**:

- denní a týdenní pobyty pro osoby se zdravotním postižením, kteří aktuálně nestudují na školách JÚŠ
- centrum denních služeb pro osoby se zdravotním postižením
- odlehčovací (respitní) služby

a **služeb sociální prevence**:

- služby pro osoby opouštějící ústavní péči
- služby sociální rehabilitace
- poradenství

Nabídku služeb JÚŠ výrazně doplňuje Centrum služeb Vyšehrad, obsahující šest subjektů - občanských sdružení i nadace, které rozšiřují, navazují, podporují, doplňují služby, které může poskytovat a poskytuje JÚŠ.

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem práce je analýza potřeb a využívání sociálních služeb mladými lidmi se zdravotním postižením v Praze, dostupnost těchto služeb a také informovanost specifické skupiny mladých lidí o sociálních službách v hlavním městě.

Práce vychází z předpokladů, že sociální služby jsou velmi významné pro život lidí s postižením, pro jejich soběstačnost a samostatnost, resp. pro zapojení do běžného života společnosti, aktivit osobních i společenských. Umožňují postiženému jedinci vést smysluplný a plnohodnotný život, mít ambice jako kdokoli jiný, možnost překonat obtížnou životní situaci, již zdravotní postižení bezesporu je.

3.2 Popis výběrového vzorku

Vzorek respondentů byl vybrán z řad studentů středních škol v Jedličkově ústavu a školách pro tělesně postižené v Praze (dále jen JÚŠ), tedy zařízení poskytující služby lidem se zdravotním postižením, které se zabývá především vzděláváním dětí a mladých lidí s postižením i dalšími nezbytnými službami v rámci komplexní péče ucelené rehabilitace. Výzkum názorů a zkušeností byl proveden formou nestandardizovaného dotazníku, který byl rozdán 50 studentům s postižením v denním, resp. týdenním pobytu v zařízení.

Studenti ve věkovém rozmezí 15 – 23 let v zařízení studují, bydlí a užívají některých nabízených služeb, resp. sociálních služeb, které jsou k dispozici v areálu škol nebo na internátech. Zmíněné zařízení disponuje čtyřmi budovami, v nichž jsou aktivity související se vzděláváním, bydlením a sociálními, zdravotnickými a dalšími službami provozovány.

Mezi typy škol patří maturitní obory, tedy gymnázium a střední odborná škola sociálně správní, dále jsou to střední školy tříleté, končící závěrečnou zkouškou, resp. obchodní škola, speciální praktická škola se zaměřením na zahradnictví a rodinnou výchovu.

Několik respondentů byli lidé s postižením v zařízení bydlící, ale studující mimo JÚŠ, a to na různých typech středních, resp. vyšších odborných škol nebo na vysokých školách.

Mezi formy postižení dotazovaných studentů patří nejčastěji dětská mozková obrna, v menším zastoupení se vyskytují postižení horních i dolních končetin, postižení páteře, různé následky úrazů, ztráty končetin, myopatie, chronická onemocnění srdce, ledvin a dalších důležitých orgánů.

14 respondentů používá k pohybu vozík, mechanický nebo elektrický, 6 dotázaných používá jiné kompenzační pomůcky (francouzské hole, berle, chodítko atp.), 3 respondenti uvedli, že střídavě používají vozík a francouzské hole nebo berle, ostatní (19 respondentů) jsou chodící bez pomůcek.

24 respondentů ze 40 jsou muži a 16 z celkového počtu jsou ženy. Jak je výše uvedeno, respondenty jsou studenti mezi 15 – 23 rokem věku. Z údajů vyplývá, že průměrný věk dotazovaných je 20 let.

Z rozdaných 50 dotazníků se vrátilo 40 dotazníků. Mezi dotazovanými studenty, kteří vrátili dotazník ke zpracování, bylo 23 lidí trvale bydlících mimo Prahu, využívající ubytování v internátech JÚŠ, resp. jinou alternativu bydlení v Praze (jiné zařízení, podnájem atp.) a 17 lidí z Prahy, nejčastěji bydlících u rodičů.

3.3 Průběh průzkumu

Průzkum byl prováděn v prosinci 2005, v budově škol JÚŠ.

Na začátku zkoumání byla provedena pilotáž v malém vzorku studentů středních škol(6), kteří navržený dotazník (viz příloha č. 1) připomínkovali a na základě těchto připomínek byl dotazník upraven a dotvořen tak, aby otázky byly jasné, srozumitelné a smysluplné.

Dotazníky byly rozdaný osobně studentům středních škol v JÚŠ se základními vysvětlujícími informacemi, s možností pozdějších dotazů, pokud by někdo z nich neporozuměl některým z otázek.

Vyplnění dotazníků bylo pro respondenty časově omezeno na 1 měsíc s tím, že si dotazníky mohli odnést domů, dostatečně jej promyslet a pečlivě vypracovat.

3.3.1 Použité metody

Základní metodou použitou po získávání údajů od respondentů byl nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz. příloha č. 2), jehož cílem bylo oslovit specifickou skupinu mladých lidí se zdravotním postižením, ve věku od 15 do 23 let. Respondenti se profilovali z řad studentů Jedličkova ústavu a škol (jak je rozvedeno výše).

Záměrem dotazníku bylo zjistit, které sociální služby respondenti užívají, resp. zda jsou nebo nejsou se službami a s jejich nabídkou v Praze spokojeni, dále celkovou informovanost respondentů o sociálních službách v Praze, jejich názor na dostupnost služeb i způsob zjišťování informací o sociálních službách.

V úvodu dotazníku byla podrobněji rozvedena informace o účelu dotazníku, pojmenovány služby patřící do oblasti sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením. Předpokladem toho bylo usnadnění orientace v terminologii sociálních služeb vzhledem k tomu, že si mnozí respondenti mohli pod sociální službou představit všechny užívané služby, především služby zdravotnické, které se sociálními službami samozřejmě souvisí a také se s nimi často prolínají.

Dotazník byl strukturován do tří částí, z čehož úvodní a závěrečná část obsahovala otázky identifikační, týkající se bydliště, věku, pohlaví, formy postižení, resp. pomůcek užívaných k pohybu, délky studia v Praze. Střední část obsahovala otázky týkající se důvodů výběru zařízení, v němž respondenti studují, využití informačních zdrojů, hodnocení užívaných a nabízených sociálních služeb v daném zařízení, resp. v Praze, dále forem užívaných služeb, obecné informovanosti respondentů o sociálních službách a priorit při výběru konkrétní služby.

Otázky v dotazníku byly nejčastěji konstruovány jako výběrové, resp. výčtové inventáře, kdy respondenti zatrhávali jednu nebo více možností odpovědí, 4 otázky byly uzavřené, na něž navazovaly otázky otevřené doplňující odpověď typu „ano“. Ostatní otevřené otázky se týkaly názorů a zkušeností respondentů, resp. blíže respondenta identifikovaly (věk, forma postižení, specifikace užívané sociální služby). Jedna z otázek je inventář, v němž respondenti vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzením ve škále 4 možností odpovědí.

Metody použité pro zpracování dat vycházely z matematicko–statistických metod, tedy vyjádření údajů v procentech, srovnávání údajů v tabulkách a vytváření přehledů pomocí již zmíněných tabulek a grafů s využitím aritmetických průměrů dat.

3.3.2 Předvýzkum

Pro co největší objektivitu a srozumitelnost nestandardizovaného dotazníku byla použita pilotáž na vybraném vzorku 6 respondentů, studentů střední odborné školy ve výše uvedeném zařízení, kteří poskytli dobrou zpětnou vazbu s ohledem na pochopení či nepochopení otázek v dotazníku, resp. návrhy na úpravy vedoucí k lepší orientaci dotazovaných. Ukázalo se, že forma některých otázek není jednoznačně pochopitelná a jsou zde malé nedostatky, které brání správné orientaci a mohly by ovlivnit způsoby odpovědi respondentů. Pilotáž pomohla nejasnosti včas odstranit a upravit dotazník tak, aby byl čitelný a srozumitelný všem respondentům.

Změny, resp. úpravy se týkaly např. otázek identifikačních, kdy nebylo zřejmé, co znamená slovo „studujete“ u otázky č. 1, přičemž situaci lépe vystihuje slovo „vzděláváte se“, neboť zde jde o dobu školního vzdělávání v Praze celkem. V tomto případě je nutné brát v úvahu způsoby vzdělávání lidí se zdravotním postižením, kteří v důsledku dlouhodobých hospitalizací a nemocí končí často základní školu až ve věku, kdy ostatní mladí končí střední vzdělávání. V tomto směru se pojetí studia, resp. docházky do školy značně liší od pojetí dětí zdravých.

V dalším případě úpravy šlo o specifikaci docházky do školy různými způsoby. Některým z dotazovaných dělalo problémy rozlišit, co je myšleno slovem „pěšky“, když oni sami jezdí jen na vozíku, ale ve smyslu docházky do školy tuto kategorii splňují, protože dojíždí jen z internátu, jako jiní pěšky.

Dalším problémem bylo u některých výběrových otázek malé omezení počtu odpovědí. Někteří dotazovaní tak měli sklony zatrhnout odpovědi všechny s tím, že si údajně nemohli vybrat. Ukázalo se, že pro možnost vyhodnocení dotazníku bude nutné počet odpovědí limitovat.

3.4 Stanovení předpokladů

- Lze předpokládat, že nabídka sociálních služeb pro občany se zdravotním postižením v Praze je dostatečná.
- Lze také předpokládat, že informovanost mladých lidí se zdravotním postižením ve věkové skupině 15 – 23 let o sociálních službách v Praze dostatečná není.
- Dále lze předpokládat, že studenti – klienti daného speciálního sociálně zdravotnického a vzdělávacího zařízení využívají především komplexních služeb v tomto zařízení a méně užívají sociální služby v rámci nabídky města Prahy.
- Lze se domnívat, že je rozdíl ve využití sociálních, resp. komplexních služeb studenty pohybujícími se na vozíku a studenty, kteří mohou chodit, resp. chodící s kompenzační pomůckou

3.5 Získaná data a jejich interpretace

Otázky ve stěžejní části dotazníku se týkaly informací o sociálních službách, resp. informovanosti dotazovaných respondentů, jejich osobními zkušenostmi s nějakou sociální službou, pravidelného využívání sociální služby, případně spokojeností s poskytovanými službami.

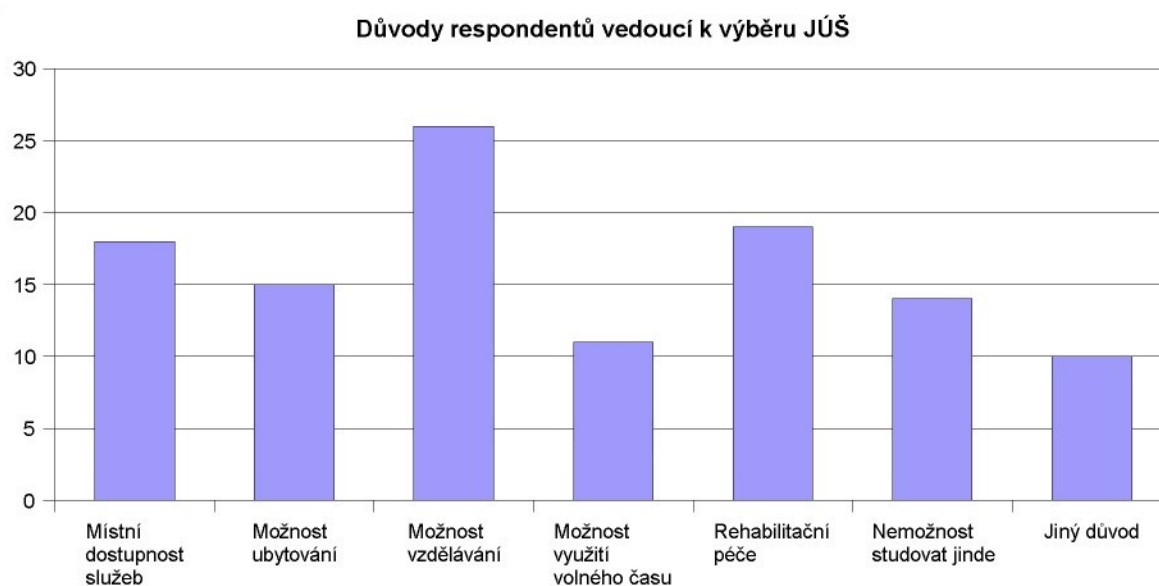
Výsledky zpracování dat z dotazníků nelze považovat za zcela objektivní, neboť vzorek respondentů je v tomto smyslu příliš malý a lze jej brát jen jako orientační pro diskuzi a náhled na zmíněnou problematiku.

Otázka č. 5: Jaké důvody vás vedly k výběru JÚ, v němž studujete, nebo bydlíte?

Úkolem otázky bylo zjistit, které důvody vedly dotazované k výběru výše zmíněného zařízení. Respondenti mohli vybrat všechny důvody uvedené v odpovědích, které považují pro své rozhodnutí za významné (dostupnost služeb, možnost ubytování, vzdělání, rehabilitační péče, také nemožnost studovat jinde, resp. jiný důvod, který mohli respondenti podrobněji rozvést a doplnit). Výsledky odpovědí jsou znázorněny v tabulce a grafu č. 1.

Tabulka a graf č. 1. Důvody respondentů vedoucí k výběru JÚ

Místní dostupnost služeb	Možnost ubytování	Možnost vzdělávání	využití volného času	Rehabilitační péče	Nemožnost studovat jinde	Jiný důvod
18	15	26	11	19	14	10



Z tabulky a grafu vyplývá, že volba zařízení byla ve většině případech ovlivněna **možností vzdělávání**. Tento důvod považuje za významný 26 respondentů.

Dalším významným důvodem pro volbu byla u 19 dotazovaných **rehabilitační péče**, což je především zdravotní služba, která má však v systému ucelené rehabilitace důležité místo a zřejmou souvislost s ostatními sociálními službami, nemluvě o možnostech rehabilitace pracovní, volnočasové, sociální, výchovné atp, jak rozvádí Jankovský (2001). Přesto se lze domnívat, že

respondenti měli ve svých odpovědích na mysli především léčebnou rehabilitaci, tedy systém cvičení, masáže atp.

18 respondentů ovlivnila v rozhodování o výběru zařízení **místní dostupnost služeb**, což potvrzuje předpoklad práce, že studenti preferují péči komplexní se všemi dostupnými formami služeb a zajištěním ve stejném místě. Výhodou zmíněného zařízení je i možnost vzdělávání. Z grafu je patrná závislost kombinací odpovědí, kdy respondenti nejčastěji volili kombinace: možnost studia, rehabilitace a dostupnost služeb.

Neméně významná je zvláště pro mimopražské respondenty **možnost ubytování** v internátech zařízení. Tento důvod volilo 15 dotazovaných. Mnozí z nich nemají v bydlišti možnost vzdělávání, resp. museli by dojíždět do jiného města, kde nastává problém s ubytováním při studiu nebo s dopravou do zařízení. S tím souvisí i další důvod volby JÚŠ a tím je **nemožnost studovat jinde** pro 14 dotazovaných. Vágnerová (2001) uvádí, že v dnešní době se lidé se zdravotním postižením snaží socializovat a uspět ve společnosti. Na počátku toho stojí možnost vzdělání na mnohých místech České Republiky nedostupné pro malou nebo žádnou služeb a různé bariéry, dopravní i komunikační.

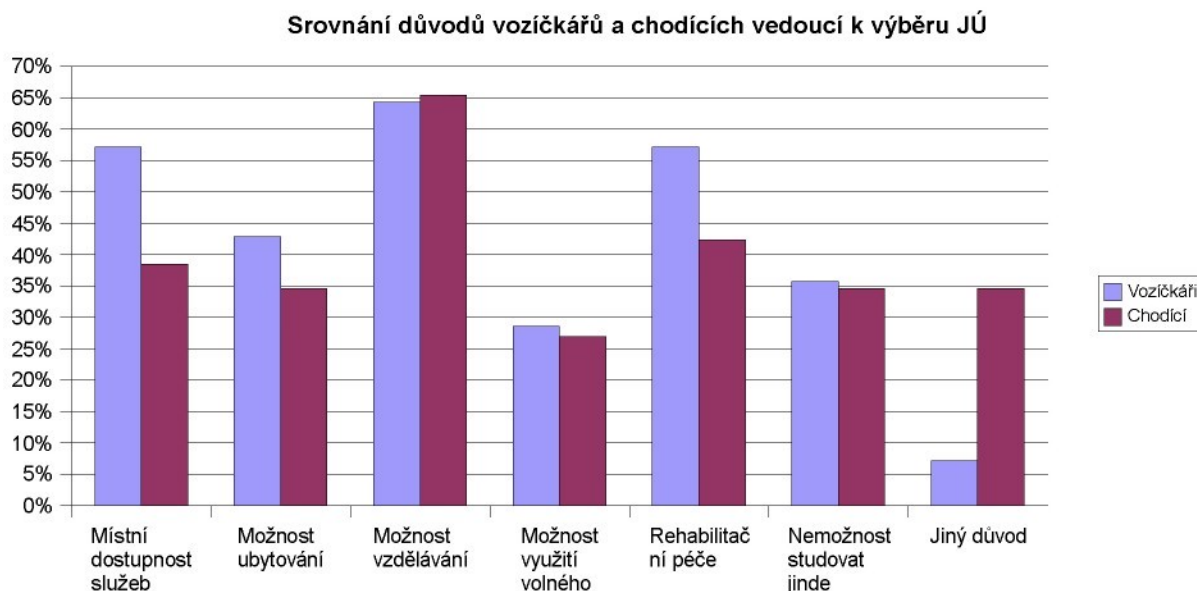
Jiný důvod by volilo 10 respondentů. Tuto odpověď dotazovaní nejčastěji doplnili doporučením přátel, kteří se v tomto zařízení již vzdělávají, resp. možností odejít do Prahy a osamostatnit se, volbou citlivého přístupu ke studentům, o němž se dověděli od známých, nebo přitažlivostí zvoleného oboru, zdravotní péče.

Zajímavé je také srovnání pohledu dotazovaných vozičkářů a respondentů chodících, resp. chodících s pomůckou(berle, francouzské hole, chodítka). Tyto rozdíly znázorňuje tabulka a graf č. 2.

Tabulka č. 2 Srovnání důvodů vozičkářů a chodících vedoucí k výběru JÚ

	Místní dostupnost služeb	Možnost ubytování	Možnost vzdělávání	využití volného času	Rehabilitační péče	Nemožnost studovat jinde	Jiný důvod
Vozičkáři	57,14%	42,86%	64,29%	28,57%	57,14%	35,71%	7,14%
Chodící	38,46%	34,62%	65,38%	26,92%	42,31%	34,62%	34,62%

Graf č. 2



Z tabulky a grafu vyplývá, že právě **rehabilitace** a **místní dostupnost služeb** je nejvýznamnější pro vozíčkáře hned po možnosti vzdělávání (kterou volily obě skupiny jako prioritu). Znamená to že 57% vozíčkářů je závislá na možnosti rehabilitační péče a dostupnosti potřebných, tedy i sociálních služeb daleko více, než lidé, kteří vozík neužívají a jsou pro to pohyblivější a méně omezeni bariérami.

Z ostatních možností lze vidět rozdíl v potřebě **ubytování** v zařízení, kde převažují vozíčkáři ve 42% proti ostatním, tedy chodícím, kteří tuto možnost preferují ve 34%. Lze usuzovat, že větší část dotazovaných vozíčkářů jsou mimopražští studenti, kteří těžko nacházejí jinou formu bydlení v Praze, aby mohli studovat a užívat dostupnosti sociálních i dalších služeb.

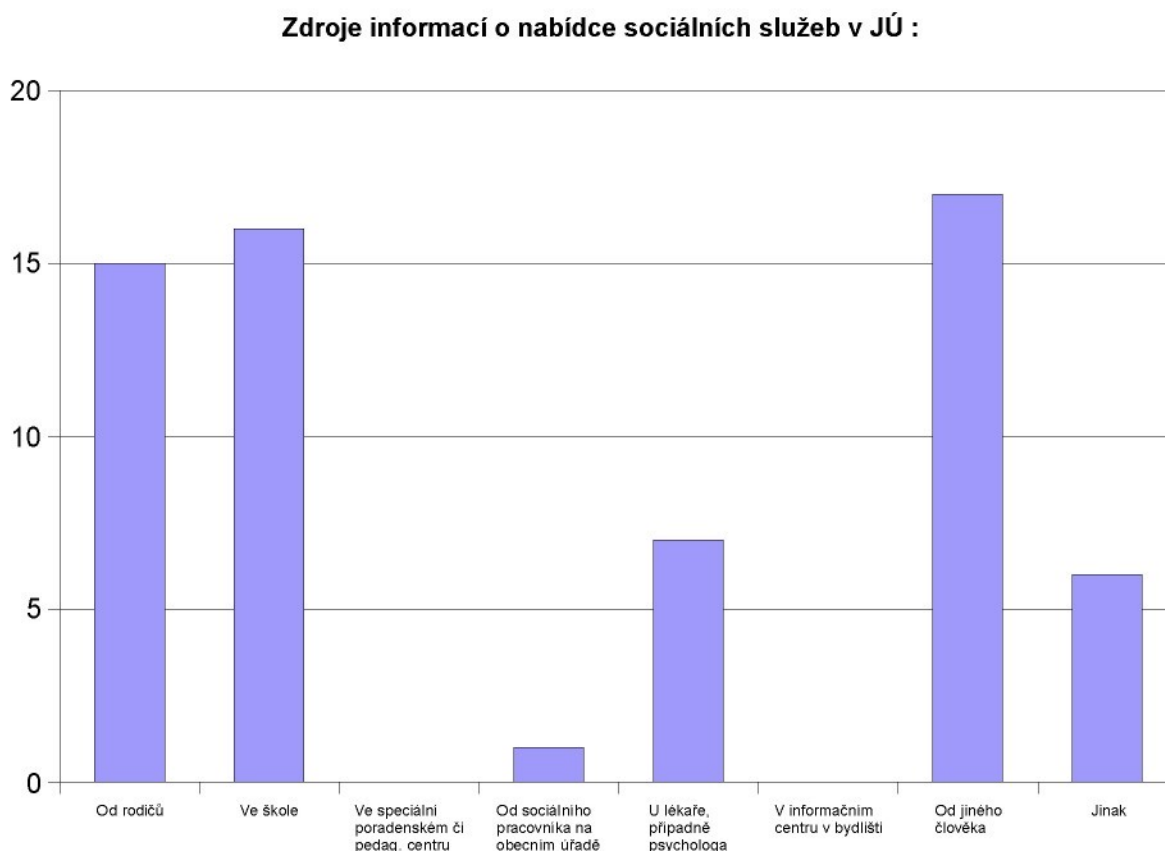
Výše uvedený graf znázorňuje významný rozdíl mezi vozíčkáři a chodícími ve volbě jiných důvodů pro studium a bydlení v tomto zařízení. Tuto možnost volilo 35% chodících respondentů, tedy většina z dotazovaných. Je možné se domnívat, že právě tito studenti nepotřebují rehabilitační péči ani místní dostupnost služeb. V kombinaci odpovědí pak volili nejčastěji jiný důvod společně s možností studia, resp. ubytování. Doplňující otázka pro jiný důvod ke studiu je rozvedena v předchozí části obecného grafu.

Otázka č. 6: O nabídce sociálních služeb v JÚ jste se dozvěděl/a/?

Tato otázka byla zaměřena na zjištění různých zdrojů informací o zařízení, resp. na možnosti, které byly respondenty využity před rozhodnutím výběru zmíněného zařízení. Z možností odpovědí mohli respondenti vybrat rodiče, třídního učitele, resp. výchovného poradce, speciální poradenské nebo pedagogické centrum v bydlišti, sociálního pracovníka na obecním úřadě v bydlišti, lékaře či psychologa, informační centrum v bydlišti, jiného člověka (známého, přítele, spolužáka atp.) anebo jiný způsob a zde opět doplnit a rozvést svou odpověď konkrétně. Dotazovaní mohli zatrhnout všechny zdroje informací o uvedeném zařízení, kterých využili. Odpovědi respondentů znázorňuje tabulka a graf č. 3.

Tabulka a graf č. 3 Zdroje informací o nabídce sociálních služeb v JÚ

Od rodičů	Ve škole	Ve speciální poradenském či pedag. centru	Od sociálního pracovníka na obecním úřadě	U lékaře, případně psychologa	V informačním centru v bydlišti	Od jiného člověka	Jinak
15	16	0	1	7	0	17	6



Ze znázorněných údajů vyplývá, že se dotazovaní nejčastěji dozvěděli o službách a možnostech uvedeného zařízení od jiného člověka (v 17 případech), ve škole od učitele nebo výchovného poradce (v 16 případech) a dalším významným zdrojem jsou rodiče. Méně významným zdrojem je potom lékař nebo psycholog nebo jiný způsob (nejčastěji internet, dokument v televizi nebo přímo v JÚŠ).

Z výše uvedených údajů lze usoudit, že nejvýznamnějším zdrojem informací jsou *přátelé, kamarádi*, resp. spolužáci, kteří si předávají informace a zkušenosti nejčastěji ústní formou. Lze předpokládat, že tyto informace pocházejí od jiných studentů, kteří v zařízení již bydlí a studují.

Dalším významným zdrojem informací je *škola*, resp. třídní učitel a výchovný poradce, což naznačuje dobrou informovanost těchto profesí o různých typech vzdělávání i pro děti, mládež se zdravotním postižením. Na druhou stranu je důležité připomenout, že jsou respondenti dlouhodobě vzdělávání ve speciálních zařízeních nebo školách, resp. v rámci integrace v běžné škole, kde již existuje model práce s dětmi se specifickými potřebami a je zde předpoklad znalosti problematiky lidí se zdravotním postižením, tedy i různých služeb pro tuto skupinu znevýhodněných občanů.

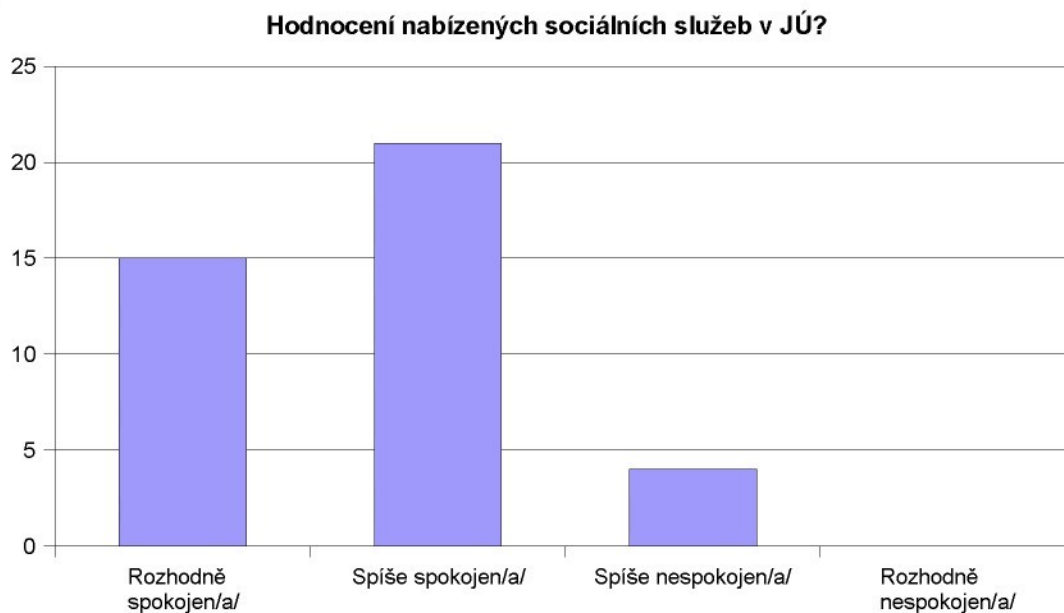
Rodiče jsou velmi důležitým a výrazně vnímaným zdrojem informací. Je zřejmé, že pokud pečují o dítě se zdravotním postižením a mají představu, že se bude v budoucnu dále vzdělávat, mají také včasnou snahu získat dostupné informace. Lze se domnívat, že mladí lidé se zdravotním postižením, resp. jejich rodiče se snaží získávat informace o možnostech služeb a vzdělávání, pokud jsou dostatečně motivováni vlastními ambicemi (například dalším vzděláváním).

Otázka č. 7: Jak hodnotíte nabízené sociální služby v JÚ?

Tato otázka se zabývala hodnocením nabízených služeb v rámci uvedeného zařízení a spokojeností, resp. nespokojeností respondentů s nimi. Nabízely se zde 4 odpovědi, které kvalifikovaly spokojenost respondentů způsobem: rozhodně spokojen / spíše spokojen / spíše nespokojen / rozhodně nespokojen s možností výběru jedné odpovědi. Znázornění odpovědí respondentů je naznačeno v tabulce a grafu č. 4.

Tabulka a graf č. 4. Hodnocení nabízených sociálních služeb v JÚ

Rozhodně spokojen/a/	Spíše spokojen/a/	Spíše nespokojen/a/	Rozhodně nespokojen/a/
15	21	4	0



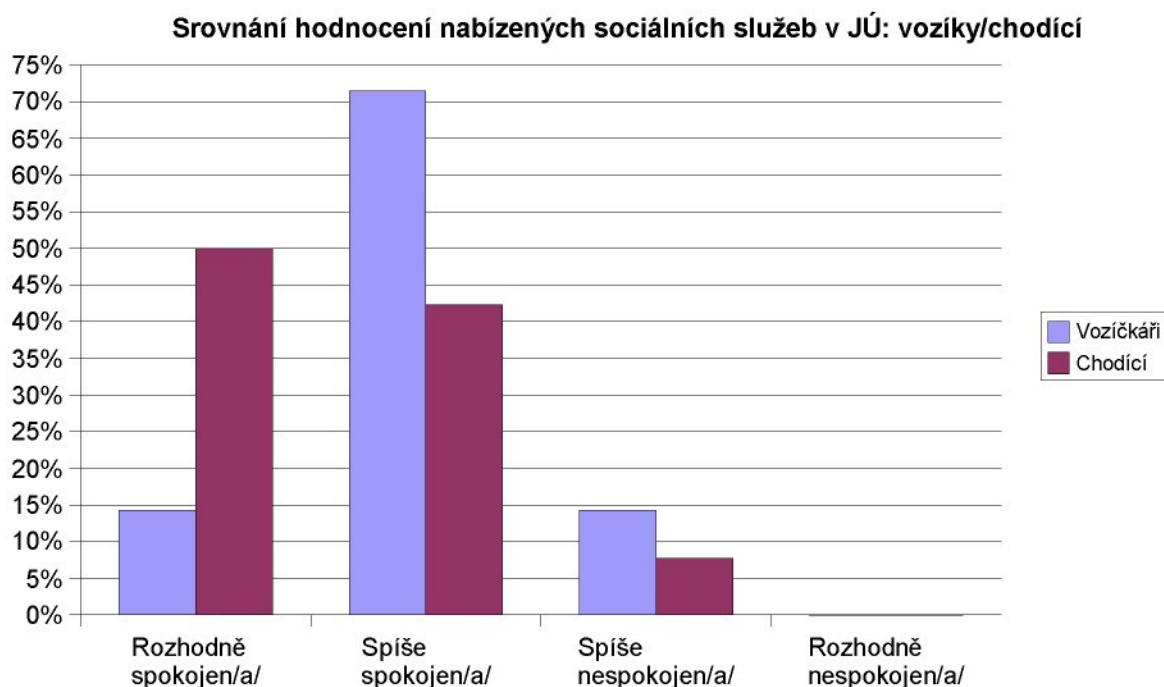
Z uvedených údajů je zřejmé, že většina respondentů je s nabízenými službami v zařízení **spíše spokojena** (21 respondentů), tedy více než polovina dotázaných. Dalších 15 dotázaných uvádí, že je **rozhodně spokojen/a/**. Lze usuzovat, že zmíněné zařízení nabízí kvalitní komplex služeb, které splňují očekávání mladých lidí s postižením.

Jen 4 respondenti uvedli, že jsou *spíše nespokojeni* a žádný z dotázaných neuvádí, že by byl rozhodně nespokojen. Lze se domnívat, že takové speciální zařízení nabízející komplexní služby v rámci ucelené rehabilitace je pro většinu dotázaných vhodným řešením pro péči i vzdělávání lidí se zdravotním postižením.

Nabízí se také *srovnání hodnocení nabízených služeb* v JÚ mezi lidmi užívající k pohybu vozík a ostatními, kteří jsou chodící, nebo chodící s oporou. Je zřejmé, že právě vozíčkáři užívají více služeb a tudíž lze předpokládat jisté rozdíly v hodnocení těchto služeb. Zmíněné srovnání nabízí tabulka s grafem č. 5.

Tabulka a graf č. 5 Srovnání hodnocení nabízených sociálních služeb v JÚ mezi vozíčkáři a chodícími

	Rozhodně spokojen/a/	Spíše spokojen/a/	Spíše nespokojen/a/	Rozhodně nespokojen/a/
Vozíčkáři	14,29%	71,43%	14,29%	0,00%
Chodící	50,00%	42,31%	7,69%	0,00%



Z údajů v tabulce, resp. grafu je zřejmé, že dotazovaní na vozíku jsou s nabízenými službami v Jedličkově ústavu *spíše spokojeni* z 71% a jen ve 14% jsou *rozhodně spokojeni*. Lze se domnívat, že užívají služeb ve větším množství, než respondenti chodící a v hodnocení služeb nejsou vždy naprosto spokojeni. Ostatní chodící respondenti jsou *rozhodně spokojeni* v 50% a lze tedy usuzovat, že pokud služby v zařízení potřebují, jsou naprosto uspokojeni. *Spíše nespokojeno* bylo 14% vozíčkářů, u nichž lze předpokládat, že jim některé služby chybí, nebo nejsou nabízeny v očekávané kvalitě. Chodící respondenti uvedli v necelých 8%, že jsou s nabízenými službami spíše nespokojeni. Rozhodně nespokojen není žádný z dotazovaných, což opět ukazuje na dobrou kvalitu a pestrost nabízených služeb v tomto speciálním zařízení.

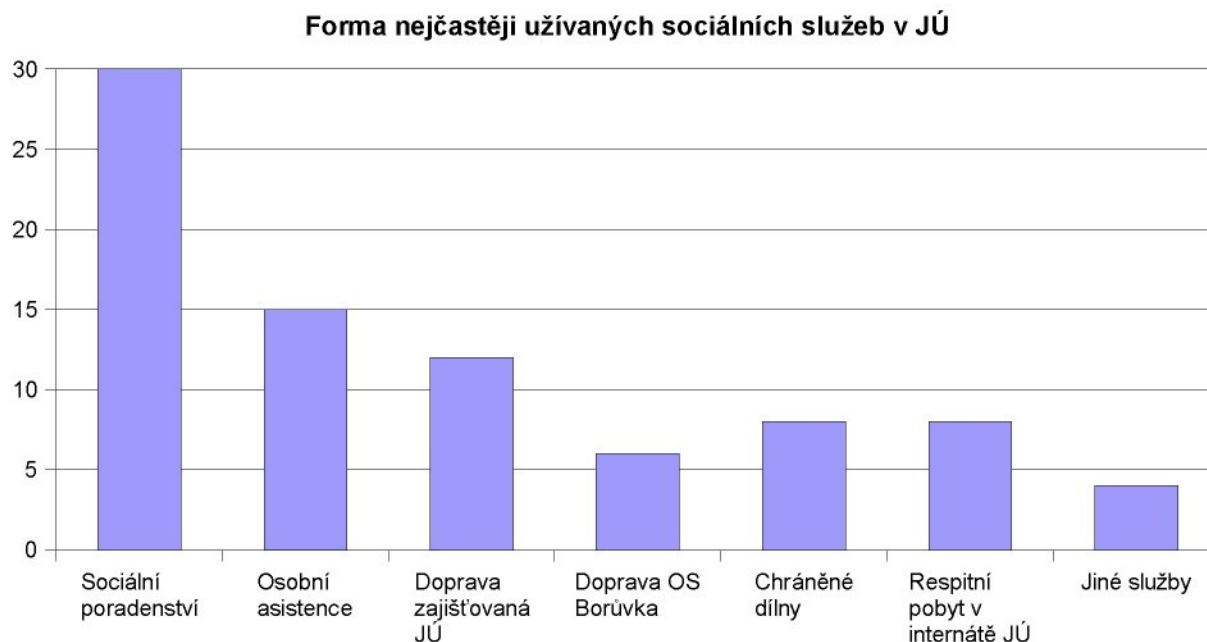
Otázka č. 8: Které z nabízených sociálních služeb v JÚ využíváte nejvíce?

Cílem této otázky bylo zjištění, které z uvedených sociálních služeb respondenti nejvíce užívají v rámci zařízení a jejich výběr byl instrukcí limitován třemi odpověďmi. Mezi možnosti odpovědí byly vybrány: sociální poradenství, osobní asistence, doprava, která je zajišťována zařízením, doprava jinou spolupracující institucí (O.s. Borůvka), chráněné dílny, nebo možnost respitního pobytu v internátech zařízení, případně jiné sociální služby, které bylo možno konkretizovat a rozvést jako doplňující odpověď. Formy odpovědí respondentů znázorňuje tabulka s grafem č.6.

Tabulka č. 6 **Forma nejčastěji užívaných sociálních služeb v JÚ**

Sociální poradenství	Osobní asistence	Doprava zajišťovaná JÚ	Doprava OS Borůvka	Chráněné dílny	Respitní pobyt v internátě JÚ	Jiné služby
30	15	12	6	8	8	4

Graf č. 6



Ze získaných údajů je zřejmé, že nejčastěji užívanou službou uvedeného speciálního zařízení je **sociální poradenství** (30 respondentů). Lze se domnívat, že pro potřebu orientace v sociálních službách, dávkách i jiné pomoci je tato služba v rámci zařízení snadno dostupná výrazně potřebná i pro respondenty, kteří jiné služby nepotřebují a neužívají.

Další preferovanou službou je především **osobní asistence** (15 respondentů), kterou potřebují především vozičkáři, resp. chodící s oporou berlí, francouzských holí či chodítek, pro zvýšení samostatnosti a možnosti pohybu po areálu zařízení, návštěvy centra města a různých aktivit, které se v zařízení nebo v Praze nabízejí.

Dopravu zajišťovanou zařízením využívá 12 dotázaných. Tato služba souvisí především s dopravou z bydliště do školy, na zájmové aktivity (sport, kultura atp.) v rámci volného času studentů.

8 dotázaných užívá **chráněné dílny** a možnost **respítního pobytu** v internátech zařízení. Obě tyto služby pomáhají v rozvoji zdravotně postižených lidí, resp. pomáhají rodinám pečujícím o studenty, jde o péči úlevnou na konkrétní omezenou dobu.

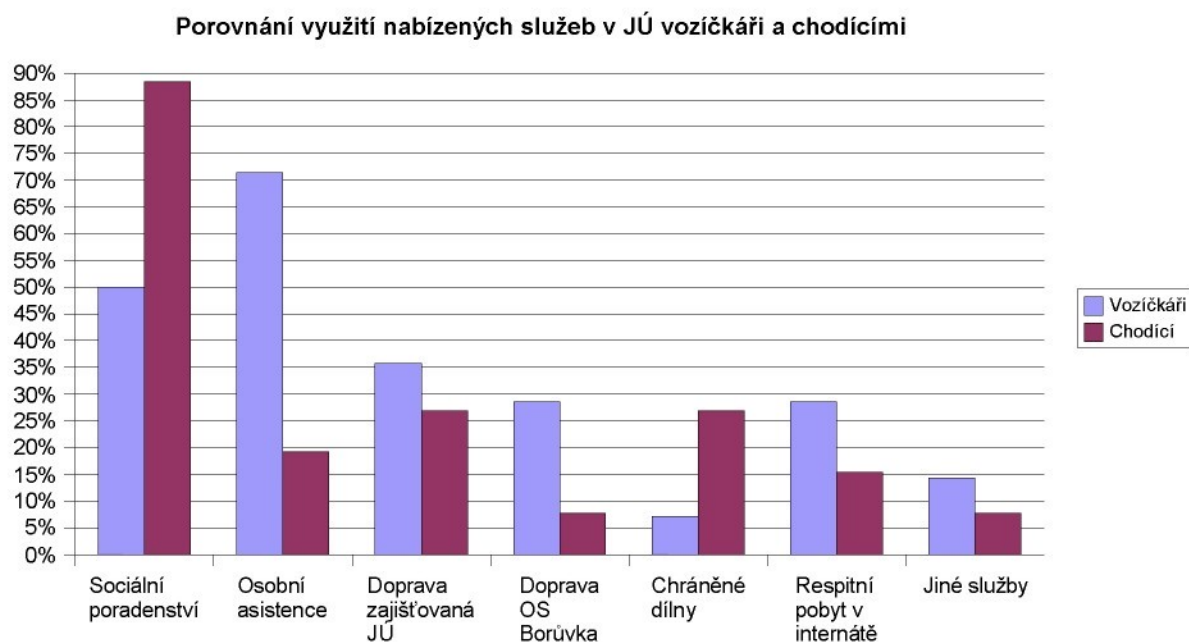
6 respondentů užívá možnost *dopravy* zajištěné *jinou spolupracující organizací*, kterou je občanské sdružení Borůvka. To zajišťuje především dopravu do škol, tedy do škol v uvedeném zařízení nebo z internátu do jiných škol v Praze.

Ve 4 případech uvedli respondenti *jiný typ služby*, kterou je především pomoc s hledáním zaměstnání, resp. informace o možnostech zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Tuto službu zprostředkovává sociální pracovnice zařízení a především spolupracující občanské sdružení Asistence jako jednu z nabízených služeb. Tato organizace sídlí v areálu Jedličkova ústavu a doplňuje tak komplex sociálních služeb v zařízení.

V této otázce se opět nabízí možnost **srovnání využívání nabízených služeb vozičkáři a chodícími respondenty**, což je naznačeno v tabulce a grafu č. 7

Tabulka a graf č. 7 Porovnání využití nabízených služeb v JÚ mezi vozičkáři a chodícími

	Bezbariérová MHD	Asistence	Poradenství	ZTP	Stipendium na UK	Žádnou
Vozičkáři	71,43%	7,14%	7,14%	0,00%	0,00%	28,57%
Chodící	11,54%	0,00%	7,69%	7,69%	3,85%	73,08%



Zde jsou dobře patrné rozdíly mezi vozíčkáři a chodícími respondenty, podle předpokladů práce, ve využívání nabízených služeb.

Údaje ukazují, že mezi vozíčkáři převažuje užívání služeb osobní asistence nad ostatními službami (71%), v případě chodících respondentů je to sociální poradenství (88%).

Další významné rozdíly lze sledovat v užití dopravy zajištěné JÚ, kterou užívají vozíčkáři v 35% a dopravy zajištěné o.s. Borůvka, kterou užívají vozíčkáři v 28%. Proti chodícím respondentům je zde výrazný rozdíl.

Zajímavý je také rozdíl ve využití chráněných dílen, kam dochází více chodících respondentů (29%). Tento údaj však neznámá, že by vozíčkáři služeb chráněných dílen neužívali. Výběr odpovědí byl limitován na 3 nejvíce užívané služby. Je zřejmé, že vozíčkáři vzhledem ke svým omezením preferují služby umožňující samostatný pohyb a poradenství.

Otázka č. 9: Existují sociální služby v nabídce JÚ chybí?

Jen 2 ze 40 respondentů k této otázce uvedli, že jim chybí některé služby v nabídce Jedličkova ústavu. V doplňující odpovědi rozvedli, že by uvítali v rámci tohoto zařízení více možností poskytování informací o možnostech pracovního trhu pro zdravotně postižené studenty a také informace z oblasti sociální obecně. Stojí jistě za zmínku, že oba respondenti jsou vozíčkáři.

38 respondentů uvádí, že jim jiné služby v nabídce Jedličkova ústavu nechybí. Lze jistě polemizovat o tom, jak o této otázce respondenti přemýšleli. Je také možné usoudit, že potřebují jen to, co se nabízí a více možností nehledají. Potvrzuje se tím původní předpoklad práce, že mladí lidé se zdravotním postižením užívají výhradě služeb daného zařízení, poskytující komplexní služby, resp. sociální služby, bez potřeby zajistit si jiné služby na jiném místě Prahy.

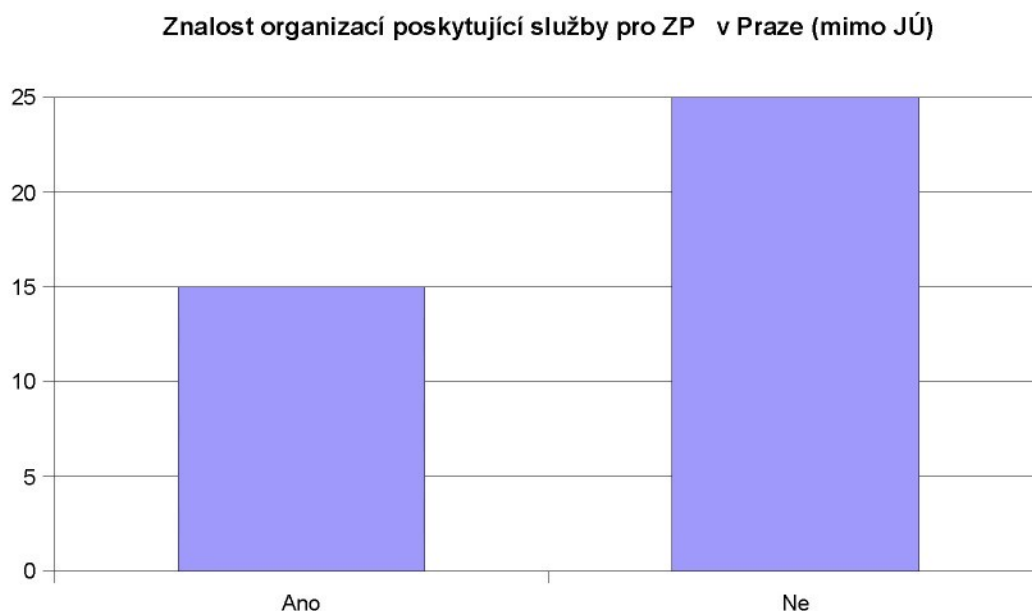
Otázka č 10: Znáte kromě JÚ jinou organizaci v Praze, která nabízí sociální služby lidem se zdravotním postižením ?

Cílem této otázky bylo zjistit informovanost studentů se zdravotním postižením (ZP) o možnostech služeb v Praze. Tato otázka byla uzavřená s doplňující otázkou, která konkretizovala znalosti respondentů odpovídající „ano“.

Výsledky odpovědí jsou zobrazeny v tabulce a grafu č. 8

Tabulka a graf č. 8 **Znalost organizací poskytující služby pro ZP v Praze (mimo JÚ):**

odpovědi	Ano	Ne
respondenti	15	25



Doplňující odpovědi se týkaly z největší části zařízení nabízející sociální i související zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že 25 respondentů odpovědělo, že jinou organizaci nabízející sociální služby nezná, lze se domnívat, že tyto služby nepotřebují a nezajímají se ani o možnosti a informace o těchto službách. Ze 14 vozíčkářů odpovědělo kladně 6 a z chodících respondentů takto odpovědělo 8 dotazovaných.

15 respondentů odpovědělo, že zná další organizace nabízející sociální i jiné služby pro zdravotně postižené a v doplňující odpovědi nejčastěji (v 7 případech) uvedli **Centrum Paraple**, tedy organizace poskytující služby především vozíčkářům a lidem s postižením po úrazu. V 6 případech uvedli respondenti **Pražskou organizaci vozíčkářů (POV)**, tedy další služby pro lidi na vozíku jako je osobní asistence, sociální poradenství atp. Mezi další organizace, které jsou v povědomí studentů v JÚ, patří **Dětské centrum Paprsek** poskytující komplexní služby dětem s kombinovaným postižením ve věku od 3 do 18 let, **Informační centrum Kontakt** poskytující sociálně právní poradenství klientům se zdravotním postižením, ale i dalším znevýhodněným občanů města Prahy, nebo **Klárův ústav** zabývající se vzdělávání a nezbytnými sociálními a souvisejícími službami pro děti a mládež se smyslovým postižením, především postižením sluchu.

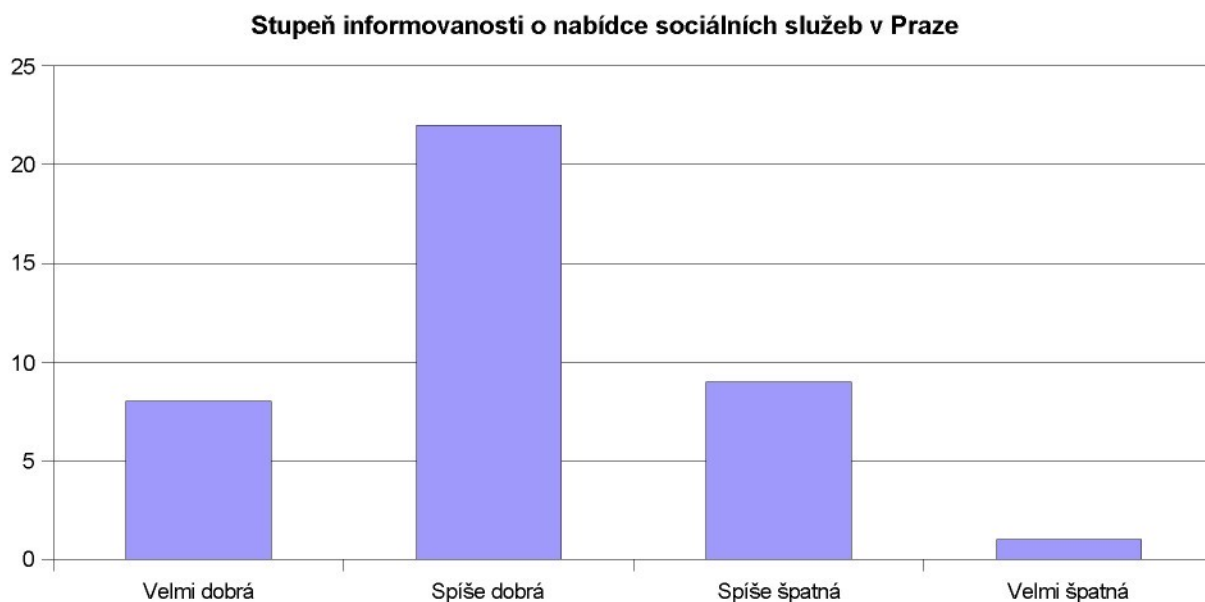
Otázka č 11: Domníváte se, že Vaše informovanost o nabídce sociálních služeb v Praze je

Cílem otázky bylo zjistit, jak nahlíží na své vědomosti v oblasti těchto služeb sami respondenti. Na tuto otázku byly 4 formy odpovědí ve stupnici: velmi dobrá – spíše dobrá – spíše špatná – velmi špatná. Výsledky odpovědí jsou znázorněny v tabulce s grafem č. 9.

Tabulka č. 9 **Stupeň informovanosti o nabídce sociálních služeb v Praze**

Velmi dobrá	Spíše dobrá	Spíše špatná	Velmi špatná
8	22	9	1

Graf.č. 9



Z tabulky a grafu je zřejmé, že většina respondentů (22) si o sobě myslí, že jejich informovanost o sociálních službách je spíše dobrá. Nabízí se srovnání s předchozí otázkou a formou odpovědí respondentů, kdy jen 15 z nich znalo další organizaci zabývající se službami pro postižené. Znamená to, že někteří z dotázaných své znalosti přeceňují, nebo si svou odpověď na otázku příliš nepromysleli.

8 respondentů má za to, že jejich informovanost o službách je velmi dobrá (většina z nich jsou studenti sociálně správního oboru na střední škole, nebo mají více zkušeností s tímto typem služeb obecně).

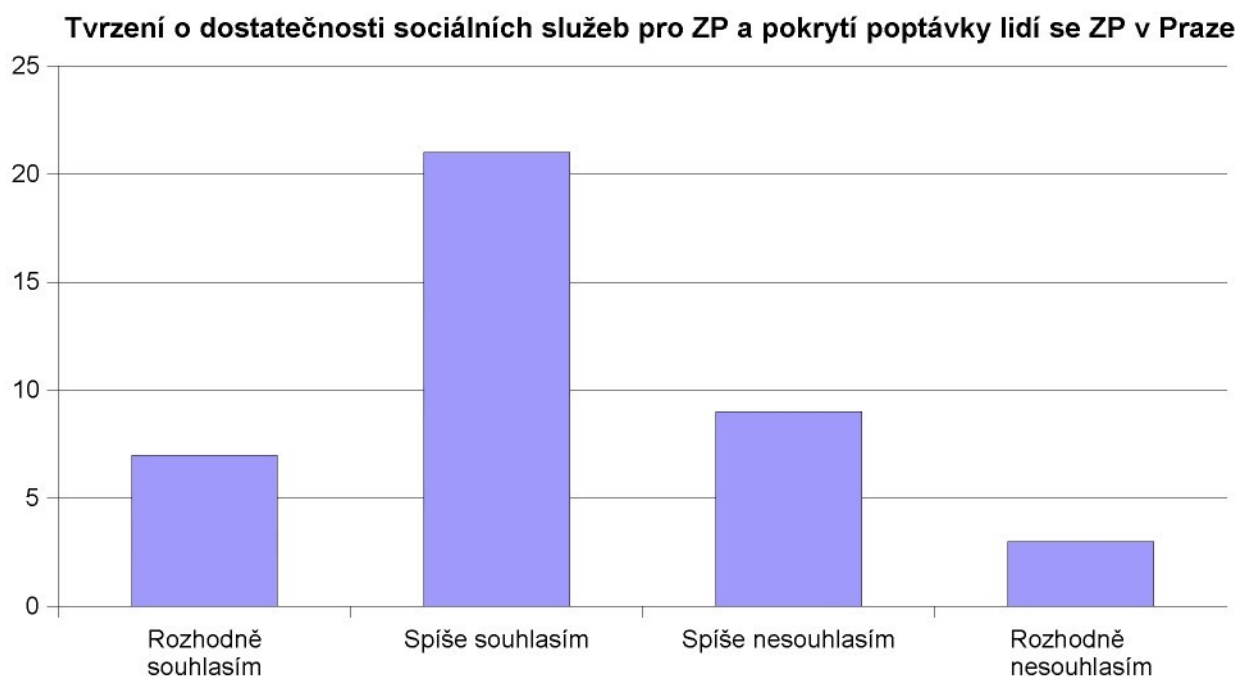
9 respondentů považuje své znalosti a informovanost o službách jako spíše špatné a je zde na místě polemika o možnosti podceňování svých vědomostí, resp. ambivalentní vztah k informacím o službách či důvod, že sociální služby nepotřebují.

Tvrzení, otázka č. 12: Nabídka sociálních služeb v Praze dostatečná a dobře pokryje poptávku lidí se zdravotním postižením.

Záměrem tohoto výroku bylo vyslovení míry souhlasu či nesouhlasu respondentů ve stupnici rozhodně souhlasím - spíše souhlasím - spíše nesouhlasím - rozhodně nesouhlasím. Výrok navazuje na předchozí otázky o informovanosti a znalostech respondentů. Výsledky odpovědí jsou znázorněny v tabulce a grafu č. 10.

Tabulka a graf č. 10 Tvrzení o dostatečnosti sociálních služeb pro ZP v Praze

Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
7	21	9	3



Z tabulky a grafu vyplývá, že s tvrzením *spíše souhlasí* 21 respondentů, *spíše nesouhlasí* 9 dotazovaných, 7 respondentů *rozhodně souhlasí* a jen 3 z nich *rozhodně nesouhlasí*. Je zřejmé, že

tato otázka navazuje na spokojenost dotazovaných studentů se službami v Jedličkově ústavu a toto tvrzení také vztahují především ke službám v rámci zařízení. Znovu se nabízí polemika o předpokladu práce, že studenti zařízení preferují užívání služeb, resp. sociálních služeb v zařízení a jinak se neobrací, protože zde jsou služby dostatečné a komplexní splňující očekávání studentů i jejich rodin.

Otázka č. 13: Existují sociální služby, které Vám v nabídce města Prahy chybí?

Zde se nabízela možnost odpovědi *ano - ne* s tím, že v případě odpovědi „ano“ navazovala doplňující otázka, která konkretizovala takovou sociální službu, jež respondenti postrádají. Odpovědi se nabízí v tabulce č. 11

Tabulka č. 11 Existence chybějících sociálních služeb v Praze

odpovědi	Ano	Ne
počet resp.	3	37

Z odpovědi je zřejmé, že naprosté většině respondentů (37) jiné sociální služby v Praze nechybí. Jen 3 respondenti by uvítali další možnosti, nabídku sociálních služeb v Praze. V těchto případech se jedná především o možnost komplexního poradenství, resp. centra poradenství všech výhod a služeb pro zdravotně postižené občany, služba vyhledávání zdravotně postižených a práce s nimi a dále snižování a odstraňování bariér ve městě, tedy především bariér architektonických.

Opět se potvrzují předpoklady práce, že nabídka sociálních služeb v Praze pro lidi se zdravotním postižením je dostatečná. Studenti zmíněného Jedličkova ústavu se však podle předpokladů obrací výhradně na takové služby v rámci zařízení a lze také usuzovat, že jejich informovanost není příliš dobrá.

Otázka č. 14: V případě potřeby zajištění sociální služby se obrátíte na:

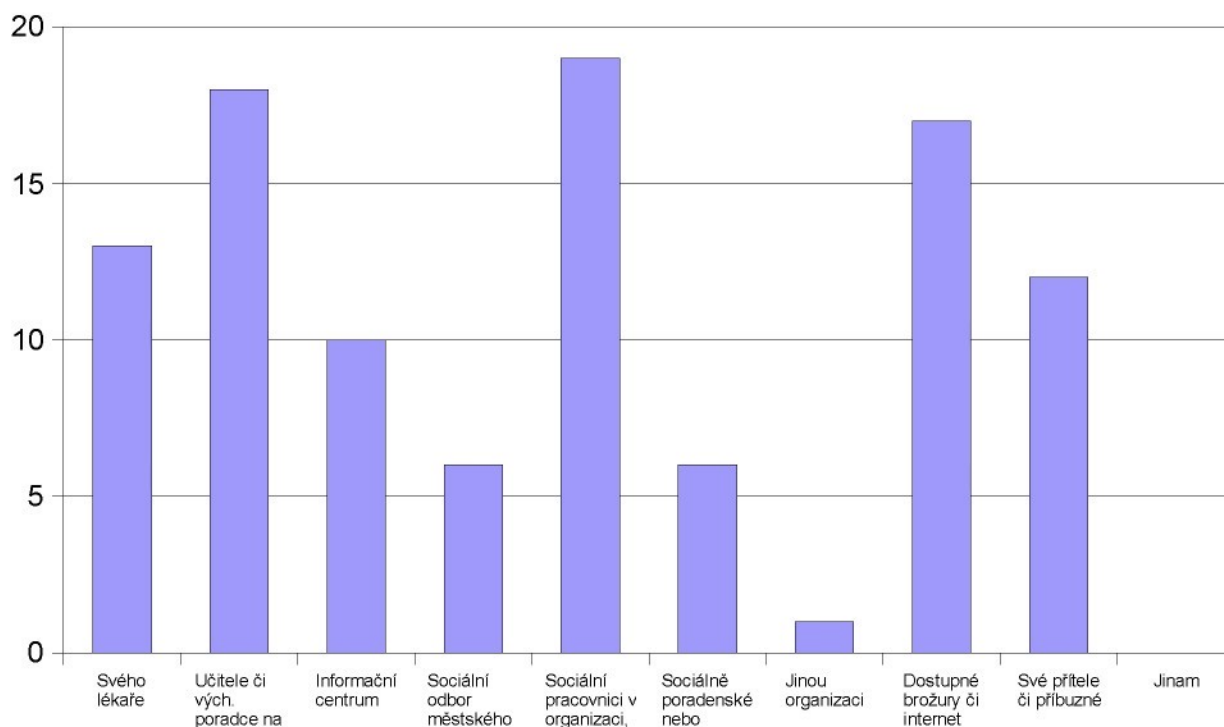
Na tuto otázku, resp. inventář měli respondenti možnost výběru 10 odpovědí a mohli kombinovat či vybrat tři zdroje, na něž by se v případě potřeby obrátili pro radu. Z možných odpovědí se nabízel lékař, učitel nebo výchovný poradce ve škole, informační centrum, sociální odbor obecního úřadu v bydlišti, sociální pracovníce v zařízení, které respondent dobře zná, nebo speciálně pedagogické centrum v bydlišti, popřípadě jiná organizace, která může takovou informaci poskytovat, dostupné brožury či jiné materiály, také přátelé, známí nebo členové vlastní rodiny. Výsledky odpovědí jsou znázorněny v tabulce č. 12 a grafu č. 11.

Tabulka č. 12 Předpokládané zdroje informací o sociální službě v Praze

Svého lékaře	Učitele či vých. poradce na škole	Informační centrum	Sociální odbor městského či ob. úřadu	Sociální pracovníci v organizaci, kterou znáte	poradenské nebo pedagogické centrum	Jinou organizaci	Dostupné brožury či internet	Své přátele či příbuzné	Jinam
13	18	10	6	19	6	1	17	12	0

Graf č. 11.

Předpokládané zdroje informací o sociální službě v Praze:



Z tabulky a grafu je patrné, že většina z dotázaných (19) by se v případě potřeby obrátila na *sociální pracovníci v organizaci*, kterou dobře zná. Lze se domnívat, že právě respondenti užívající komplexních služeb zařízení, tedy i sociální poradenství dvou sociálních pracovníků, vnímají tuto možnost jako nejsnazší a nejdostupnější. Vazba na pobyt a docházku v Jedličkově ústavu opět potvrzuje předpoklad práce, že nejvíce využijí služeb právě zde.

Další možností zdroje informací je *učitel, resp. výchovný poradce* ve škole (18 dotázaných). Zde je možné předpokládat vlastní zkušenost. Mnozí dotázaní volili právě tuto možnost i v případě zjišťování informací o JÚ a v rámci tohoto zařízení funkce třídního učitele i výchovného poradce splňuje stejný předpoklad a očekávání.

17 respondentů by využilo dostupné *materiály, brožury, literaturu, resp. internet*. Z toho je zřejmé, že tyto možnosti využívá mnoho mladých lidí, postižené studenty nelze pominout.

13 dotázaných by se obrátilo na svého *lékaře* a ve 12 případech na své *rodiče, známé, příbuzné* či kamarády. I tento zdroj lze považovat za často využívaný, protože je dostupný a pohodlný. V případě zdravotně postižených lidí lze předpokládat známost, přátelství s jinými stejně postiženými a je na místě možnost využít jejich zkušeností a vědomostí v této oblasti.

10 respondentů by využilo služeb *informačního centra* a jen v 6 případech by se obrátili na *sociální odbor* obecního úřadu nebo *speciálně pedagogické centrum* v bydlišti.

Tento způsob odpovědi zcela koresponduje s odpověďmi na jinou otázku týkající se informačních zdrojů podstatných pro výběr Jedličkova ústavu jako možnosti komplexní péče a vzdělávání lidí se zdravotním postižením.

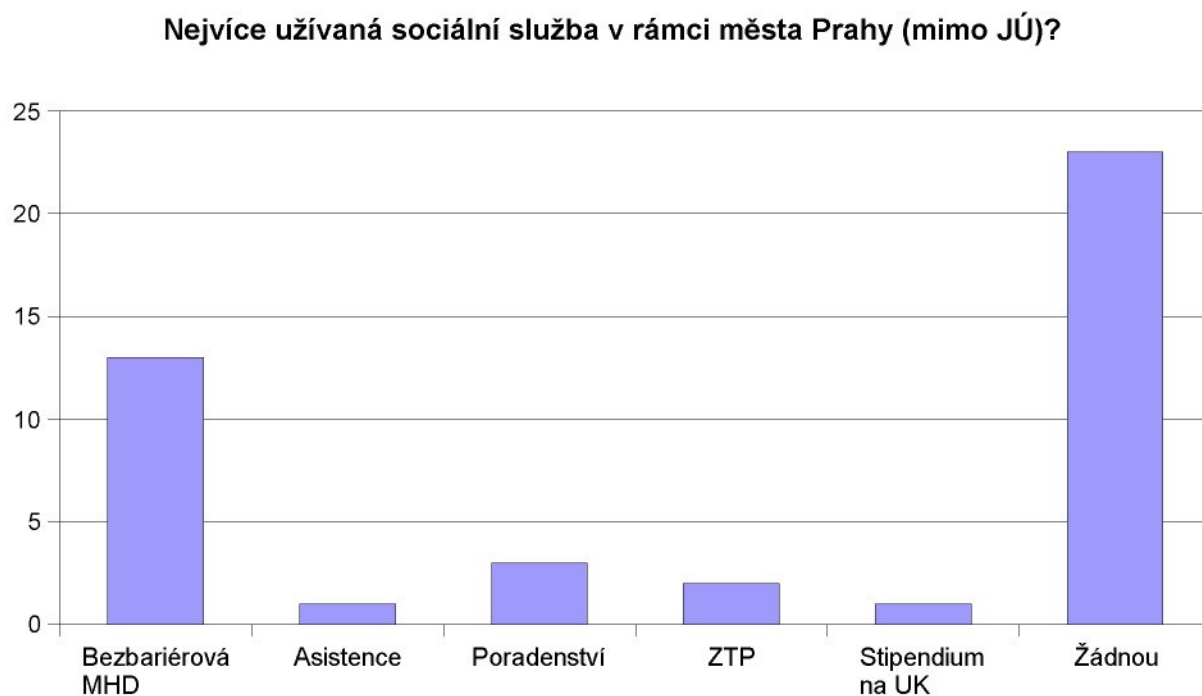
Otázka č. 15: Kterou sociální službu v rámci města Prahy nejvíce užíváte?

Je zřejmé, že tato otázka mohla poskytnout náhled na množství služeb, které respondenti užívají mimo nabídku služeb v JÚ. Zajímavé je i srovnání užití služeb mezi vozíčkáři a chodícími respondenty. Výsledky zkoumání, resp. nejčastější typy odpovědí znázorňuje tabulka č. 13 a graf č. 12.

Tabulka č. 13. Nejvíce užívaná sociální služba v Praze (mimo JÚ)

Bezbariérová MHD	Asistence	Poradenství	ZTP	Stipendium na UK	Žádnou
13	1	3	2	1	23

Graf č. 12.

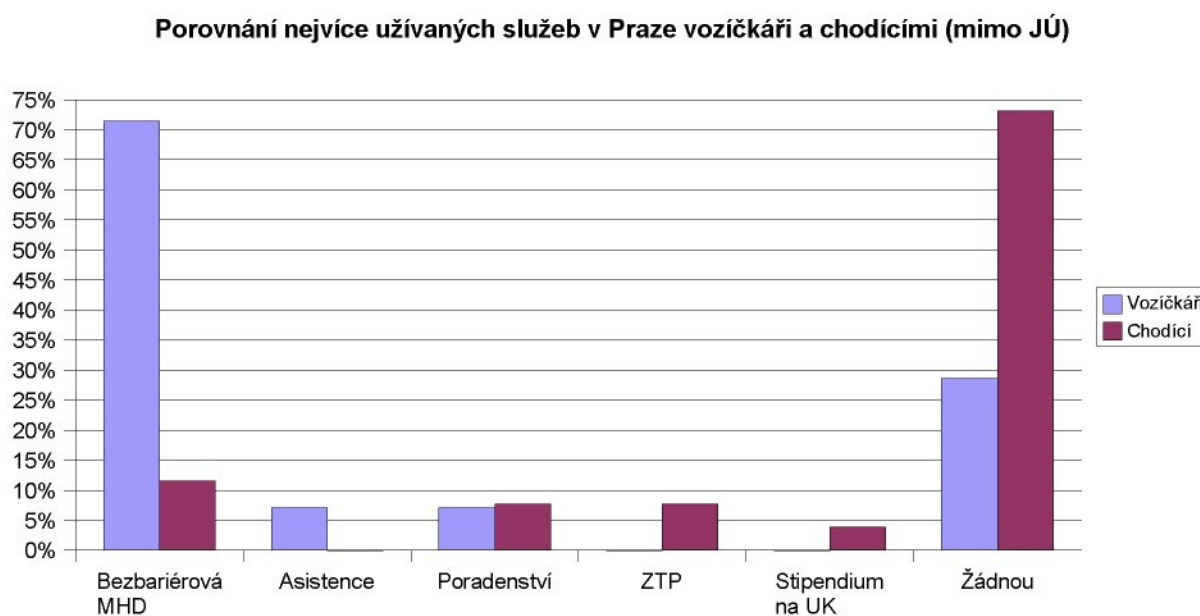


Z výsledků tabulky a grafu lze vyčíst nejčastěji užívané odpovědi. Více než polovina dotázaných (23) neužívá žádnou sociální službu v nabídce města Prahy. Lze usuzovat, že jde především o chodící studenty. Vzhledem ke komplexnosti služeb v JÚ lze též předpokládat, že služby jako osobní asistence nebo poradenství mimo zařízení užívají především lidé bydlící v Praze u rodičů s tím, že tuto službu užívali ještě před nástupem do zařízení.

Nejvíce respondentů (13) užívá možnost *bezbariérové městské hromadné dopravy* (MHD) – tedy speciální linku autobusu zřízenou Dopravním podnikem města ve spolupráci s Magistrátem města pro dopravu lidí se zdravotním postižením za různými aktivitami (škola, zájmové činnosti, zdravotnické služby atp.) Lze se domnívat, že jde nejčastěji o vozičkáře, kteří tento způsob dopravy potřebují pro svou samostatnost.

Pro porovnání vozičkářů a chodících respondentů lze údaje zobrazit v grafu č. 13.

Graf č. 13



Z údajů jednoznačně vyplývá, že vozičkáři užívají především *speciální linku bezbariérové městské hromadné dopravy* pro možnost pohybu po městě a dojíždění za různými aktivitami (kulturou, sportem, školy atp.).

Je také zřejmé, že chodící studenti, resp. chodící s oporou nebo pomůckou neužívají sociálních služeb v Praze v 73 % vůbec. Lze se domnívat, že pokud nějakou službu potřebují, je pro ně dostupná v Jedličkově ústavu.

Zajímavý je fakt, že vozičkáři neužívají možností sociálních dávek a příspěvků v rámci mimořádných výhod pro tělesně postižené občany (ZTP) a lze se tedy domnívat, že většina vozičkářů pobírá tyto příspěvky ve svém bydlišti, tedy mimo Prahu.

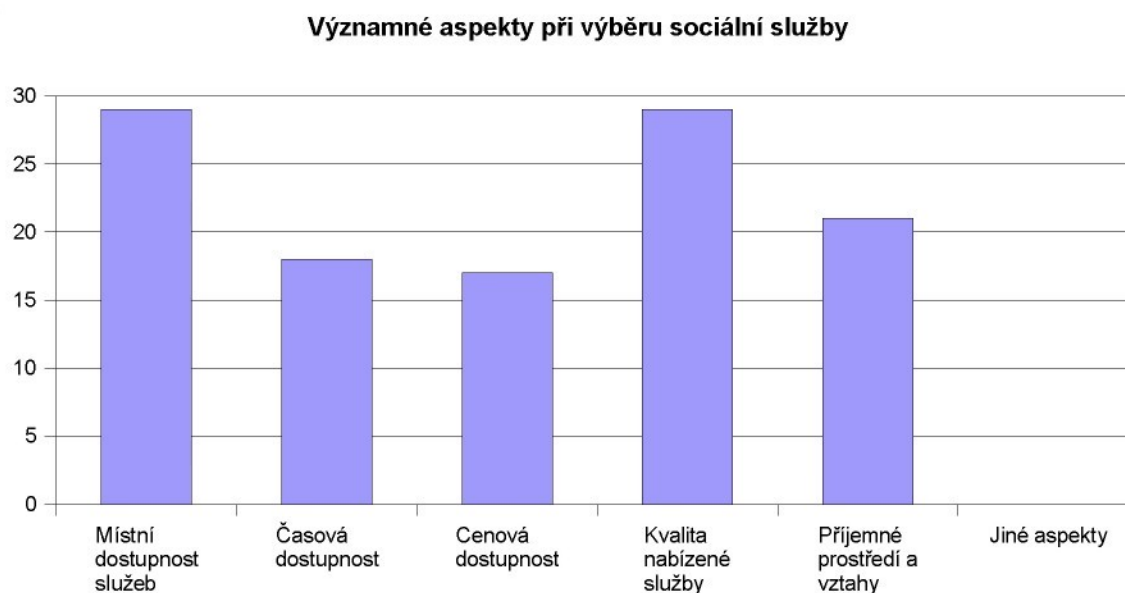
Osobní asistenci užívají výhradně vozičkáři. Tento údaj je zřejmý vzhledem k omezením postižení lidí na vozíku. Asistence má význam pro soběstačnost a samostatnost lidí na vozíku, přestože většina z nich tuto službu užívá především v Jedličkově ústavu.

Otázka č. 16: Co je pro Vás při výběru sociální služby důležité?

Cílem této otázky bylo zjištění významných aspektů pro potenciální volbu některé sociální služby. Respondenti měli na výběr ze 6 odpovědí a jejich úkolem bylo zatrhnout 3 z nich, které jsou pro jejich volbu nejvýznamnější. Formy odpovědí se týkaly místní, cenové, časové dostupnosti služby, kvality služby, prostředí, kde je služba poskytována, resp jiných aspektů, které mohli doplnit konkrétní rozšiřující informací. Výsledky zkoumání jsou znázorněny v tabulce a grafu č. 14.

Tabulka a graf č. 14 **Významné aspekty výběru sociální služby**

Místní dostupnost služeb	Časová dostupnost	Cenová dostupnost	Kvalita nabízené služby	Příjemné prostředí a vztahy	Jiné aspekty
29	18	17	29	21	0



Z tabulky a grafu je zřejmé, že prioritou pro případný výběr služby je pro většinu respondentů (29 dotázaných) **místní dostupnost a kvalita služby**. Pro většinu studentů, kteří jsou omezeni v pohybu a nuceni užívat vozíku nebo kompenzační pomůcky k pohybu, je aspekt místní dostupnosti velmi významný. Dalším důležitým aspektem je pro všechny dotazované kvalita nabízené služby související s profesionalitou odborníků a metodami práce s klienty.

Za velmi důležitý aspekt respondenti (21) považovali **příjemnost prostředí a vztahy** v organizacích /zařízeních, což do značné míry souvisí s kvalitou služby. Pro většinu dotázaných je velmi podstatný fakt, jak se v zařízení, resp. při užití služby cítí. Pocit respektu, úcty ke své osobě, pohodlí a dobré péče v příjemném prostředí má vliv i na další rozvoj lidí se zdravotním postižením a jistě zvyšuje účinek poskytnuté služby.

Časová a cenová dostupnost je neméně důležitá pro 18, resp 17 respondentů. Nejčastější kombinace odpovědí obsahovaly místní dostupnost a kvalitu nabízené služby v kombinaci s příjemností prostředí nebo časové, resp. cenové dostupnosti.

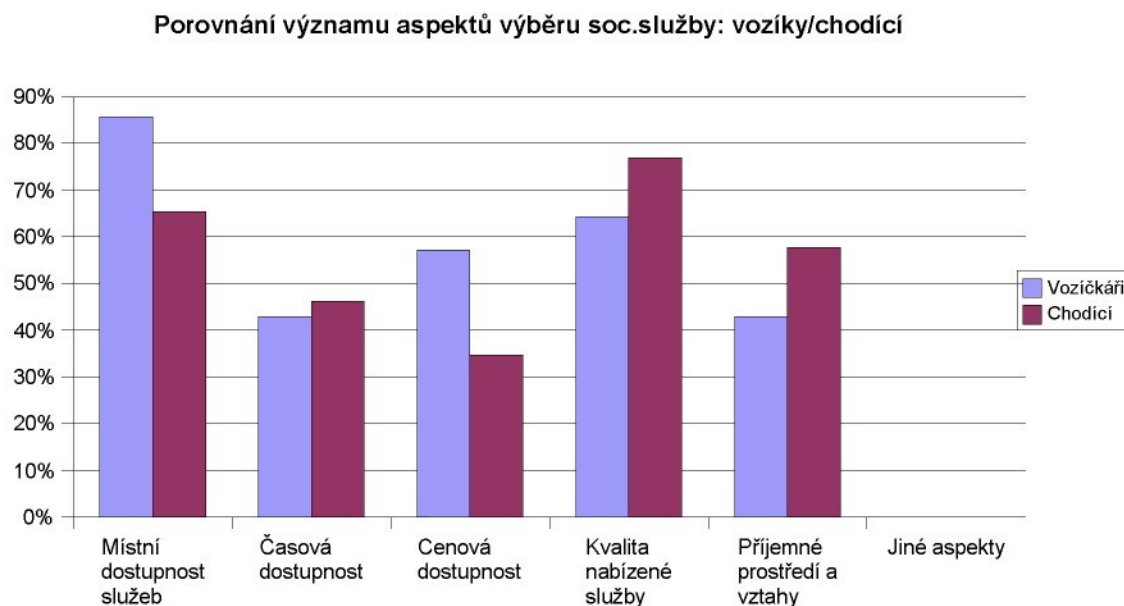
Jiné aspekty respondenti nevolili, což mohlo být způsobeno neznalostí nebo malou představivostí dotázaných. Je možné opět porovnat významy výše uvedených aspektů pro volbu služby u vozíčkářů, resp. chodících respondentů, které je znázorněno v tabulce a grafu č. 15.

Tabulka č. 15

Porovnání významných aspektů výběru sociální služby vozíčkáři a chodícími

	Místní dostupnost služeb	Časová dostupnost	Cenová dostupnost	Kvalita nabízené služby	Příjemné prostředí a vztahy	Jiné aspekty
Vozíčkáři	85,71%	42,86%	57,14%	64,29%	42,86%	0,00%
Chodící	65,38%	46,15%	34,62%	76,92%	57,69%	0,00%

Graf č.15



Z tabulky a grafu je patrný rozdíl priorit mezi vozíčkáři a chodícími respondenty. Přesto lze konstatovat, že se výsledky přibližují předchozímu obecnému grafu.

Pro vozíčkáře je největší prioritou místní dostupnost služby (85% dotázaných vozíčkářů) a vzhledem k obtížím pohybu na vozíku je tato odpověď předpokladatelná. Důležitá je také kvalita služby (64% vozíčkářů) před cenovou, resp. časovou dostupností služby (57%, resp. 42%). Příjemné prostředí je pak důležité ze 42%. Nabízí se teorie, že vozíčkáři jsou častěji vděční za dostupnou a odbornou službu, což může být ve vztahu k atmosféře a příjemnosti prostředí naprostou prioritou.

Pro chodící respondenty má největší hodnotu kvalita nabízené služby (asi 77%), v porovnání s vozíčkáři zde není rozdíl příliš velký. Také místní dostupnost služby (65%) je pro chodící respondenty významná. Lze proto usoudit, že kvalita a místní dostupnost služby je pro obě skupiny oslovených respondentů na prvních místech zájmu při volbě sociální služby.

Otázka č. 17: Uvítal/a/ byste nové možnosti získávání informací o nabídce sociálních služeb?

Záměr této otázky se týkal specificky zájmu respondentů o nové informace v oblasti sociálních služeb. První část otázky byla uzavřená, v případě odpovědi „ano“ byli respondenti vyzváni svou odpověď rozvést a podrobněji sdělit svou představu. Výsledky odpovědí jsou znázorněny v tabulce a grafu č. 16.

Tabulka a graf č. 16

Potřeba nových možností získávání informací o službách

odpověď	Ano	Ne
respondentů	14	26



Z údajů jednoznačně vyplývá **nezájem respondentů** o nové možnosti získávání informací o sociálních službách. Lze usuzovat, že většina dotázaných (26) nemá potřebu zjišťovat nové informace o službách, resp. hledat nové způsoby informačních kanálů, nebo o nich alespoň přemýšlet. Mohou být spokojeni se způsoby stávajícími, které jim připadají dostatečné, nebo služby nepotřebují a tudíž nepotřebují ani informace o nich.

14 dotázaných by uvítalo jiné *možnosti získávání informací*. Rozšiřující odpovědi se nejčastěji týkaly možností dalších podrobnějších informačních brožur zaměřených na určité skupiny znevýhodněných občanů, např. na služby pro lidi s tělesným, resp. zdravotním handicapem v regionu i mimo něj. Další možností byly rozšířené služby internetu, které dosud nejsou vždy spolehlivě přesné a v každém regionu dostatečně užívané, nebo možnost získávání většího množství informací o nabídce různých sociálních služeb prostřednictvím médií jako je televize a rádio či speciální tiskoviny zaměřené na tyto skupiny obyvatel, případně diskuzní fóra, semináře a předávání zkušeností ve školách, zařízeních poskytující služby. V tomto případě lze namítnout, že takové aktivity v Praze již existují, ale je nutné se o ně zajímat a informace hledat.

Zajímavá byla myšlenka vzniku jakýchsi informačních center, kde by člověk nahlásil formu svého postižení a dostal by automatickou nabídku dostupných služeb či informace o nich přímo na svou adresu.

3.6 Shrnutí výsledků praktické části

Výsledky praktické části prokázaly předpoklady stanovené na počátku práce a pomohly naplnit cíl práce, tj. průzkum daného vzorku studentů středních škol speciálního zařízení a zjištění jejich vztahu k sociálním službám z hlediska využití služeb, informovanosti o službách a naplnění očekávání, resp. spokojenosti s těmito službami.

3.6. 1 Zhodnocení předpokladů práce

Ze získaných dat vyplývá potvrzení předpokladu, že studenti středních škol v Jedličkově ústavu jednoznačně preferují a užívají komplexu sociálních a souvisejících zdravotních služeb zmíněného zařízení. Nabízené služby splňují jejich očekávání a jsou s nimi většinou spokojeni. Předpokladem práce se zabývala především otázka č. 7 a 9, resp. 13.

Z údajů lze dále vyvodit, že nabídka sociálních služeb v Praze je pro tyto mladé lidi se zdravotním postižením dostatečná a dobře pokryje poptávku. Tímto předpokladem se zabývaly otázky č. 12 a 13. Přesto je nutné znovu říci, že výsledky zkoumání jsou velmi orientační vzhledem k velikosti vzorku studentů a zároveň vzít v úvahu, že jde o mladé lidi, kteří jsou v daném zařízení především z důvodu vzdělávání.

Podle výsledků zkoumání je možné se domnívat, že studenti nejsou příliš orientovaní, resp. informovaní o nabídce různých služeb pro zdravotně postižené v Praze. V každém případě většině z dotázaných jiné sociální služby v nabídce Jedličkova ústavu ani v nabídce města Prahy nechybí. Tím byl i v této oblasti, tj. informovanosti studentů o službách předpoklad svým způsobem naplněn (viz otázky č. 10, 11, 13 a 17).

Z výsledků práce je také patrný jistý rozpor v odpovědích na otázky týkajících se problematiky informovanosti studentů (viz otázky č. 12 a 13, resp. 15 a 17). Studenti mají z větší části dojem, že jsou informovaní dostatečně a v další související otázce nejsou schopni uvést příklad jiné organizace poskytující služby zdravotně postiženým. To naznačuje určitou nevyzrálост dotazovaných nebo je to způsobeno také tím, že se každodenně pohybují v prostředí speciálního zařízení, užívají tamních služeb automaticky, docela dobře se v rámci tohoto zařízení orientují a mají tudíž za to, že o problematice vědí dost.

Dalším předpokladem práce byly rozdíly v užívání sociálních služeb vozíčkáři oproti chodícím studentům. Také zde se potvrdilo (viz otázky č. 8, 15, a 16), že vozíčkáři vidí priority v jiných sociálních službách než chodící studenti, pravděpodobně vzhledem k omezení pohybu a přirozené nedostupnosti některých aktivit. Je zřejmé, že svou povahou jsou určité sociální služby určeny především pro lidi na vozíku (např. osobní asistence nebo speciální doprava, atd.). Pro obě skupiny postižených studentů je téměř stejně významné sociální, resp. sociálně právní poradenství.

4 Závěr

Sociální služby jsou v životě lidí s postižením prostředkem k samostatnosti, zapojení do společenských aktivit, vzdělání i dalších důležitých činností. Zkoumání vzorku studentů na středních školách Jedličkova ústavu ukázalo, že role služeb je ve světě těchto mladých lidí s postižením vnímána částečně jako nutná součást života, o níž však nemají mnoho informací.

Na zkoumané skupině studentů je patrné, že o mnohých aspektech péče o zdravotně postižené příliš nepřemýšlí. Nabízí se teorie, jak dobře jsou tito mladí lidé do života ve společnosti připraveni a vybaveni. Podařilo se jim (spolu s jejich rodinami) najít řešení vzdělávání s nabídkou komplexních služeb poskytovaných na stejném místě. Tato dostupnost komplexní péče je jistě velkým kladem, nenutí však postiženou mládež zabývat se zajištěním péče v budoucnu, tedy v době, kdy ukončí vzdělávání v tomto zařízení. S péčí, která je jim automaticky poskytována během pobytu v zařízení, jsou spokojeni, což je jistě jeho dobrou vizitkou. Nicméně se nabízí myšlenka, jak moc jsou tito mladí lidé samostatní a motivováni hledat jiné možnosti služeb nabízených mimo areál Jedličkova ústavu.

Vzhledem k tomu, že společnost není objektivně dobře připravena na zviditelnění a integraci lidí se zdravotním postižením, jsou zařízení typu Jedličkova ústavu pozitivně vnímaným řešením komplexnosti služeb se vzděláváním pro lidi s postižením i jejich rodiny. Tato zařízení jsou svým způsobem izolovaná od veřejnosti, přesto je zde výrazná snaha o větší otevřenost do společnosti prostřednictvím různých aktivit, společných projektů se zdravou populací, atp. Pro zdravotně postižené je toto zařízení bezpečným zázemím poskytujícím stabilitu, ale i možností vyzkoušet činnosti jinde nedostupné.

Ze zjištěných údajů by bylo možné vycházet a přizpůsobit vzdělávání mládeže s postižením v Jedličkově ústavu, soustředit se kromě výuky v různých oborech na modely výchovy směřující k dostatečné informovanosti a orientovanosti v oblasti služeb a péče o lidi se zdravotním postižením, což by v budoucnu mohlo vést k větší samostatnosti a soběstačnosti klientů zařízení, resp. připravenosti na život ve společnosti.

4.1 Navrhovaná doporučení

V kontextu zjištěných údajů je vhodné navrhnout **nové formy výchovy** v rámci vzdělávání, vedoucí k již zmíněnému systematickému směřování k zajištění obecné orientovanosti mladých lidí s postižením v oblasti služeb a péče, podpoře soběstačnosti a vedení k samostatnosti v životě.

Možnost spojení vzdělávání lidí se zdravotním postižením s komplexními službami, a tedy jejich přirozenou dostupností je vynikající myšlenka, která by mohla být v rámci naší společnosti více využívána. Nabízí se otázka, zda by taková zařízení neměla mít více komorní, resp. rodinný charakter na rozdíl velkých zařízení jako je Jedličkův ústav. Menší zařízení vytvářejí lepší prostředí z hlediska motivace pro přirozené zvyšování samostatnosti klientů, neboť z principu nemohou nabízet tak komplexní soubor služeb jako zařízení velké.

5 Seznam použitých odborných zdrojů

1. *Adresář poskytovatelů sociálních služeb pro region Prahy*, Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2004, 146 s.
2. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 361 s. ISBN 80-246-0139-7
3. GOLDMANN, R. *Vybrané otázky ze sociálních disciplín*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 135 s. ISBN 80-244-0350-1
4. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*, Praha: Národní rada zdravotně postižených, 2002, 124 s. ISBN 80-238-9263-0
5. *Informace, kontakty a služby pro osoby se zdravotním postižením*, monotematický adresář, 2. vyd. Praha: Městské centrum sociálních služeb, 2004, 159 s.
6. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 1.vyd. Praha: Triton, 2001, 159 s. ISBN 80-7254-192-7
7. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 3.vyd. Praha: H+H, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7
8. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2
9. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0
10. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*, 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X
11. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*, 1.vyd., Praha: Portál, 2000, 159 s. ISBN 80-7178-197-5
12. NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*, 1.díl, 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003, 48 s. ISBN 80-7083-687-3
13. NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*, 1.vyd., 2.díl, Liberec: Technická univerzita, 2004, 91 s. ISBN 80-7083-890-6
14. PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce*, 1.vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003, 100 s. ISBN 80-7083-752-7
15. TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*, Praha: Univerzita Karlova, 2000, 248 s. ISBN 80-86039-90-0
16. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie handicapu*, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2001, 230 s. ISBN 80-7184-929-4

17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3.vyd. Praha: Portál, 1999, 444.s, ISBN 80-7178-678-0
18. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, průvodce pro poskytovatele, 2.vyd. Praha: MPSV, 2003, 111 s. ISBN 80-86552-66-7

5.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Pilotní dotazník o sociálních službách (viz text str. 37)

Příloha č. 2: Dotazník o sociálních službách (viz text str. 38)

PILOTNÍ DOTAZNÍK

Vážený studente, studentko.

Dostává se Vám do rukou dotazník týkající se sociálních služeb a jejich využití mladými lidmi se zdravotním postižením ve věku 15 – 23 let.

Mezi sociální služby patří např. *osobní asistence, doprava, poradenství, sociální dávky/příspěvky, respitní péče, chráněná dílna, chráněné bydlení, tísňové volání, denní centrum s programem, krizová pomoc, atp.*

Informace, které zde poskytnete nebudou zneužity, jsou anonymní a slouží pouze pro zpracování výzkumné části bakalářské práce na téma :

“Sociální služby v životě mladých lidí se zdravotním postižením”.

Otázky si pečlivě přečtěte a zaškrtněte vždy jednu platnou odpověď, není-li uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Radka Košnarová

učitelka Střední školy sociálně správní

při Jedličkově ústavu v Praze

1. Jak dlouho studujete v Praze?

(prosím uveďte počet let).....

2. V Praze bydlíte:

- a) u rodičů
- b) sám /sama ve vlastním bytě
- c) na internátě (ve školním roce, o prázdninách mimo Prahu u rodičů)
- d) v podnájmu
- e) v jiném speciálním zařízení - uveďte prosím ve kterém

.....

- f) jinde - prosím, uveďte kde:

3. Do školy dojíždíte:

- a) městskou hromadnou dopravou
- b) speciální linkou bezbariérového autobusu
- c) autem - s rodičem nebo jinou osobou
samostatně
- d) dopravou zajištěnou jinou organizací
uveďte prosím název
- e) pěšky
- f) jiným způsobem - uveďte jakým

4. Kterou školu v Jedličkově ústavu (dále JÚ) studujete?

- a) základní školu
- b) odborné učiliště
- c) střední odborné učiliště
- d) střední školu se závěrečnou zkouškou
- e) střední školu s maturitou
- f) v JÚ nestudujete (studujete mimo JÚ a v areálu zařízení bydlíte v internátu)
uveďte prosím, který typ školy studujete
.....

5. Jaké důvody Vás vedly k výběru JÚ, v němž studujete nebo bydlíte ?

(zaškrtněte prosím všechny důvody, které vás k výběru zařízení vedly)

- a) místní dostupnost služeb
- b) možnost ubytování
- c) možnost vzdělávání
- d) možnosti využití volného času
- e) rehabilitační péče
- f) nemožnost studovat jinde
- g) jiný důvod - jaký ?

6. O nabídce sociálních služeb v JÚ jste se dozvěděl(a):

(zaškrtněte všechny zdroje, které vám informace poskytly)

- a) od rodičů
- b) ve škole, od třídního učitele nebo výchovného poradce
- c) ve speciálním poradenském nebo pedagogickém centru v místě bydliště
- d) od sociálního pracovníka na obecním úřadu v bydlišti
- e) u lékaře, případně psychologa
- f) v informačním centru v bydlišti
- g) od jiného člověka (známého, kamaráda, spolužáka, atp.)
- h) jiným způsobem – uveďte prosím, jakým

7. Jak hodnotíte nabízené sociální služby v Jedličkově ústavu?

- a) rozhodně spokojen/a/
- b) spíše spokojen /a/
- c) spíše nespokojen /a/
- d) rozhodně nespokojen /a/

8. Které z nabízených sociálních služeb v JÚ využíváte nejvíce?

(prosím zaškrtněte nejvíce užívané sociální služby):

- a) sociální poradenství
- b) osobní asistence
- c) doprava zajišťována JÚ
- d) doprava zajišťována spolupracující organizací – Občanským sdružením Borůvka
- e) chráněné díly /dílny tvořivosti
- f) respitní pobyt v internátech JÚ
- g) jiné sociální služby, uveďte prosím které

9. Existují sociální služby, které Vám v nabídce JÚ chybí?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, uveďte prosím, které:

.....

10. Znáte kromě JÚ jinou organizaci v Praze, která nabízí sociální služby lidem se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, uveďte prosím příklad takové organizace .

.....

11. Domníváte se, že Vaše informovanost o nabídce sociálních služeb v Praze je:

- a) velmi dobrá
- b) spíše dobrá
- c) spíše špatná
- d) velmi špatná

12. Nabídka sociálních služeb v Praze je dostatečná, dobře pokrývá poptávku lidí se zdravotním postižením.

S tímto tvrzením :

- a) rozhodně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) rozhodně nesouhlasím

13. Existují sociální služby, které Vám v nabídce města Prahy chybí ?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl /a/ ano, uveďte prosím, které :

.....

14. V případě potřeby zajištění sociální služby se v Praze obrátíte na:

(vyberte všechny zdroje, které byste využil/a/)

a) svého lékaře

b) učitele ve škole, kam nyní docházíte/ případně výchovného poradce

c) informační centrum

d) sociální odbor městského nebo obecního úřadu

e) sociální pracovníci v organizaci, kterou dobře znáte, kam docházíte

f) speciálně poradenské nebo pedagogické centrum

g) jinou organizaci, o které víte, že Vám takové informace poskytnou

uveďte, na kterou

h) zjistíte si informace z dostupných brožur, materiálů nebo na internetu, protože víte, kde hledat

i) své přátele, známé či příbuzné (např. rodiče)

j) jinam, prosím uveďte kam

15. Kterou sociální službu v rámci města Prahy nejvíce užíváte

(mimo sociální služby v JÚ)?

.....

16. Co je pro Vás při výběru sociální služby důležité ?

(zaškrtněte všechny pro vás nejdůležitější aspekty)

- a) místní dostupnost služby
- b) časová dostupnost služby
- c) cenová dostupnost
- d) kvalita nabízené služby
- e) příjemné prostředí a vztahy s pracovníky v zařízení, institucí poskytující sociální službu
- f) jiné aspekty, uveďte prosím které

17. Uvítal/a/ byste nové možnosti získávání informací o nabídce sociálních služeb?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, napište prosím svou představu :

.....

18. Uveďte prosím místo Vašeho trvalého bydliště:

(uveďte název obce a okres, v němž se nachází)

.....

19. Jste pohlaví: muž žena

20. Uveďte prosím, kolik Vám je let

21. Můžete prosím sdělit, jaká je forma Vašeho postižení ?

(uveďte prosím jen základní charakteristiku typu postižení)

.....

22. Pohybujete se:

- a) pomocí vozíku
- b) s pomocí chodítka nebo holí
- c) pomocí jiné kompenzační pomůcky – které
- d) jste bez kompenzačních pomůcek

23. Na závěr se můžete, pokud chcete, podělit o jakýkoli Váš názor, poznatek týkající se tématu:

.....

.....

Děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku a přeji hezký den.

DOTAZNÍK

Vážený studente, studentko.

Dostává se Vám do rukou dotazník týkající se sociálních služeb a jejich využití mladými lidmi se zdravotním postižením ve věku 15 – 23 let.

Mezi sociální služby patří např. *osobní asistence, doprava, poradenství, sociální dávky/příspěvky, respitní péče, chráněná dílna, chráněné bydlení, tísňové volání, denní centrum s programem, krizová pomoc, atp.*

Informace, které zde poskytnete nebudou zneužity, jsou anonymní a slouží pouze pro zpracování výzkumné části bakalářské práce na téma :

“Sociální služby v životě mladých lidí se zdravotním postižením”.

Otázky si pečlivě přečtete a zaškrtnete vždy jednu platnou odpověď, není-li uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Radka Košňarová

učitelka Střední školy sociálně správní
při Jedličkově ústavu v Praze

1. Jak dlouho se vzděláváte v Praze?

(prosím uveďte počet let).....

2. V Praze bydlíte:

- a) u rodičů
- b) sám /sama ve vlastním bytě
- c) na internátě (ve školním roce, o prázdninách mimo Prahu u rodičů)
- d) v podnájmu
- e) v jiném speciálním zařízení - uveďte prosím ve kterém

.....

- f) jinde - prosím, uveďte kde:

3. Do školy dojíždíte:

- a) městskou hromadnou dopravou
- b) speciální linkou bezbariérového autobusu
- c) autem - s rodičem nebo jinou osobou
samostatně
- d) dopravou zajištěnou jinou organizací
uveďte prosím název
- e) pěšky / na vozíku
- f) jiným způsobem - uveďte jakým

4. Kterou školu v Jedličkově ústavu (dále JÚ) studujete?

- a) základní školu
- b) odborné učiliště
- c) střední odborné učiliště
- d) střední školu se závěrečnou zkouškou
- e) střední školu s maturitou
- f) v JÚ nestudujete (studujete mimo JÚ a v areálu zařízení bydlíte v internátu)
uveďte prosím, který typ školy studujete
.....

5. Jaké důvody Vás vedly k výběru JÚ, v němž studujete nebo bydlíte ?

(zaškrtněte prosím všechny důvody, které vás k výběru zařízení vedly)

- a) místní dostupnost služeb
- b) možnost ubytování
- c) možnost vzdělávání
- d) možnosti využití volného času
- e) rehabilitační péče
- f) nemožnost studovat jinde
- g) jiný důvod - jaký ?

6. O nabídce sociálních služeb v JÚ jste se dozvěděl(a):

(zaškrtněte všechny zdroje, které vám informace poskytly)

- a) od rodičů
- b) ve škole, od třídního učitele nebo výchovného poradce
- c) ve speciálním poradenském nebo pedagogickém centru v místě bydliště
- d) od sociálního pracovníka na obecním úřadu v bydlišti
- e) u lékaře, případně psychologa
- f) v informačním centru v bydlišti
- g) od jiného člověka (známého, kamaráda, spolužáka, atp.)
- h) jiným způsobem – uveďte prosím, jakým

7. Jak hodnotíte nabízené sociální služby v Jedličkově ústavu?

- a) rozhodně spokojen/a/
- b) spíše spokojen /a/
- c) spíše nespokojen /a/
- d) rozhodně nespokojen /a/

8. Které z nabízených sociálních služeb v JÚ využíváte nejvíce?

(prosím zaškrtněte 3 nejvíce užívané sociální služby):

- a) sociální poradenství
- b) osobní asistence
- c) doprava zajišťována JÚ
- d) doprava zajišťována spolupracující organizací – Občanským sdružením Borůvka
- e) chráněné díly /dílny tvořivosti
- f) respitní pobyt v internátech JÚ
- g) jiné sociální služby, uveďte prosím které

9. Existují sociální služby, které Vám v nabídce JÚ chybí?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, uveďte prosím, které:

.....

10. Znáte kromě JÚ jinou organizaci v Praze, která nabízí sociální služby lidem se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, uveďte prosím příklad takové organizace .

.....

11. Domníváte se, že Vaše informovanost o nabídce sociálních služeb v Praze je:

- a) velmi dobrá
- b) spíše dobrá
- c) spíše špatná
- d) velmi špatná

12. Nabídka sociálních služeb v Praze je dostatečná, dobře pokrývá poptávku lidí se zdravotním postižením.

S tímto tvrzením :

- a) rozhodně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) rozhodně nesouhlasím

13. Existují sociální služby, které Vám v nabídce města Prahy chybí ?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl /a/ ano, uveďte prosím, které :

.....

14. V případě potřeby zajištění sociální služby se v Praze obrátíte na:

(vyberte 3 zdroje, které byste využil/a/)

a) svého lékaře

b) učitele ve škole, kam nyní docházíte/ případně výchovného poradce

c) informační centrum

d) sociální odbor městského nebo obecního úřadu

e) sociální pracovníci v organizaci, kterou dobře znáte, kam docházíte

f) speciálně poradenské nebo pedagogické centrum

g) jinou organizaci, o které víte, že Vám takové informace poskytne

uveďte, na kterou

h) zjistíte si informace z dostupných brožur, materiálů nebo na internetu, protože

víte, kde hledat

i) své přátele, známé či příbuzné (např. rodiče)

j) jinam, prosím uveďte kam

15. Kterou sociální službu v rámci města Prahy nejvíce užíváte

(mimo sociální služby v JÚ)?

.....

16. Co je pro Vás při výběru sociální služby důležité ?

(zaškrtněte maximálně 3 pro vás nejdůležitější aspekty)

- a) místní dostupnost služby
- b) časová dostupnost služby
- c) cenová dostupnost
- d) kvalita nabízené služby
- e) příjemné prostředí a vztahy s pracovníky v zařízení, institucí poskytující sociální službu
- f) jiné aspekty, uveďte prosím které

17. Uvítal/a/ byste nové možnosti získávání informací o nabídce sociálních služeb?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a/ ano, napište prosím svou představu :

.....

18. Uveďte prosím místo Vašeho trvalého bydliště:

(uveďte název obce a okres, v němž se nachází)

.....

19. Jste pohlaví: muž žena

20. Uveďte prosím, kolik Vám je let

21. Můžete prosím sdělit, jaká je forma Vašeho postižení ?

(uveďte prosím jen základní charakteristiku typu postižení)

.....

22. Pohybujete se:

- a) pomocí vozíku
- b) s pomocí chodítka nebo holí
- c) pomocí jiné kompenzační pomůcky – které
- d) jste bez kompenzačních pomůcek

23. Na závěr se můžete, pokud chcete, podělit o jakýkoli Váš názor, poznatek týkající se tématu:

.....

.....

Děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku a přeji hezký den.