Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce
Charitativní a sociální práce

Bc. Sabina Smékalová, DiS.

Názory vybraných osob se zdravotním postižením na Bruntálsku týkající se významu a poslání sociální práce

Diplomová práce

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 26.6.2019

…….

Sabina Smékalová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu mé práce PhDr. Mgr. Liboru Novosádovi, Ph.D. za odborné rady a vedení, za trpělivost a povzbuzení pří psaní práce. Můj obrovský a srdečný dík patří mému muži a dětem za vstřícnost, podporu a pevné nervy. A v neposlední řadě také dík mým rodičům a bratrovi za nesmírnou obětavost.

Obsah

Úvod **5**

TEORETICKÁ ČÁST **7**

1 Sociální práce **8**

1.1 Podstata a poslání sociální práce 8

1.2 Sociální pracovník 10

2 Sociální práce a zdravotně znevýhodnění **12**

2.1 Zdravotní postižení 12

2.2 Překážky sociálního fungování osob s postižením 13

2.3 Sociální práce a sociální politika ve vztahu k OZP 15

3 Sociální služby pro osoby zdravotně znevýhodněné na Bruntálsku **22**

EMPIRICKÁ ČÁST **27**

4 Kvantitativní výzkum **28**

4.1 Metodologie výzkumu 28

4.1.1 Distribuce a návratnost dotazníků 30

4.1.2 Pilotážní šetření 32

4.1.3 Stanovení a operacionalizace hypotéz 32

4.2 Analýza a interpretace dat výzkumu 38

4.2.1 Analýza dat 38

4.2.2 Interpretace dat a ověření hypotéz 48

Diskuze **56**

Závěr **58**

Bibliografický seznam **60**

Úvod

Studia na vysoké škole, ať už v bakalářském oboru či magisterském navazujícím, mi dala možnost poznat jak je sociálně práce vnímaná společností. Díky mnoha praxím, které jsem absolvovala v posledních letech převážně v okrese Bruntál, jsem mohla hlouběji poznávat, jak je sociální pomoc v našem okrese rozvinuta a jak sociální práci vnímá široká veřejnost na Bruntálsku. Během navazujícího magisterského studia jsem se účastnila výzkumu pod vedením PhDr. Mgr. Libora Novosáda, Ph.D. Tento výzkum si kladl za cíl zjistit, jak osoby znevýhodněné vnímají sociální práci a sociálního pracovníka, jakou roli hraje sociální práce v jejich životě. Výsledky tohoto výzkumu se pak dále zpracovávaly a sloužit mají ke zkvalitnění vzdělávání budoucích sociálních pracovníku. Projekt se snaží přispět k profesnímu růstu sociálních pracovníků a kvalitněji poskytované sociální práci lidem se znevýhodněním.

Účast na tomto IGA projektu, který se snaží nejen o změnu v sociální oblasti, ale také o změnu v chápání sociální práce společností, mě motivovala provést výzkumné šetření i v oblasti Bruntálska. V našem regionu není sociální pomoc příliš rozšířená a široká veřejnost považuje sociální práci spíše za pomoc nezaměstnaným než za důležitou součást v pomoci potřebným skupinám. Proto mě o to více zajímal názor právě jedné z potřebných skupin osob – osob se znevýhodněním. Jak již název práce napovídá, cílem diplomové práce je zjistit, jak osoby s handicapem chápou sociální práci v regionu Bruntálsko (obsah, poslání SP) a taktéž zjistit, jaká očekávání mají lidé se znevýhodněním na Bruntálsku od sociálního pracovníka. Doposud jsou prezentovány potřeby osob s postižením pouze v rámci sociálních služeb a poskytovaných sociálních dávek. Zjištěné informace proto mohou posloužit k lepšímu a celistvému pochopení potřeb OZP a tím také k ujasnění, do jaké míry jsou očekávání OZP vůči sociálním pracovníkům reálná, a co je popř. třeba změnit.

Teoretická část ukotvuje výzkumné šetření v odborných vědeckých teoriích. V teoretické části se věnuji pojmu sociální práce – teoriím sociální práce, cílům a poslání sociální práce. Taktéž věnuji část práce důležité osobě sociální práce – sociálnímu pracovníku, jeho rolím, kompetencím, vlastnostem, odborné způsobilosti. Další pojem, kterému se věnuji, je zdravotní postižení a sociální práce s lidmi se zdrav. postižením. V této kapitole stručně seznamuji s pojmem znevýhodnění,

s překážkami, kterým musí osoby s postižením čelit. Ve druhé kapitole píši také o sociální práci a sociální politice v ČR vzhledem k osobám se zdravotním postižením. Poslední kapitolu teoretické části věnuji seznámení s poskytovanými sociálními službami osobám se zdravotním postižením na Bruntálsku.

Svou práci jsem zvolila jako empirickou, abych díky kvantitativnímu šetření formou dotazníku zjistila, jaký vztah mají osoby s postižením na Bruntálsku k sociální práci a sociálním pracovníkům.

Zástupci sociálních služeb, se kterými jsem v rámci výzkumu spolupracovala, vyjádřili přání být informování o výsledcích výzkumu. Ve výzkumu vidí potenciál pro zkvalitnění poskytovaných služeb a možnost profesního rozvoje sociálních pracovníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociální práce

Ve své práci zjišťuji názory vybraných osob se zdravotním postižením na Bruntálsku týkající se významu a poslání sociální práce. Proto považuji za důležité věnovat se pojmu sociální práce, jejímu poslání a hlavním úkolům. V další podkapitole píši o osobě sociálního pracovníka, jelikož je důležitou osobou při poskytování pomoci osobám znevýhodněným.

1.1 Podstata a poslání sociální práce

Sociální práci a její pozitivní vliv na život jedince i vývoj společnosti můžeme zaznamenat v podstatě již od počátků lidské civilizace. Dříve nebyla sociální práce definována jako disciplína, nebyla podložena vědeckými teoriemi a teoretickými přístupy. Sociální práce, tak jak je známá dnes, vznikla až v 19. a 20. století. Známé teoretické koncepty vznikaly právě v tomto období (Navrátil 2000: 5). I když je sociální práce již definována jako obor, stále neexistuje jednotná a jediná definice sociální práce. Pro svou širokou oblast pomoci klientů je těžké popsat sociální práci pouze jediným výrokem. Jako vědní obor definuje sociální práci Havrdová (1999: 154): „*Sociální práce jako obor je aplikovaná věda, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy a způsoby jejich ovlivnění legislativními, organizačními, komunikačními a vztahovými prostředky, s cílem zlepšit životní pohodu … lidí.*“ Doposud nejpoužívanější definicí sociální práce je v odborných publikacích definice Matouška (2008: 200-201): *„Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.) Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, a jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu… Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.*“ I když je sociální práce těžko definovatelný pojem, všechny definice se shodují na závěru, že sociální práce je obor zaměřený na klienta a jeho problémy. Právě zaměření na

klienta a jeho přání je posláním sociální práce. Tato přání klienta však musí korespondovat s požadavky společnosti. Úkolem sociálního pracovníka je pak být prostředníkem mezi normami společnosti a přesvědčením klienta (Úlehla 2005: 17).

Pomoc poskytovaná klientům je rozmanitá a má široký záběr. Jelikož je naše společnost kulturně pestrá, je pochopitelné, že i chápání sociální práce je různorodé. Právě různorodost může vnášet zmatek do vnímání sociální práce společností. Pozitivum je, že lidé již vnímají tento obor jinak než v 90. letech. Sociální práce nabízí mnohem pestřejší škálu pomoci a služeb a společnost je si této skutečnosti vědoma. Na druhé straně však společnost netuší, co konkrétně jim sociální práce může přinést (Musil 2008: 60). Proto se v sociální práci vymezily základní teorie a přístupy, které definují pomoc klientům.

Tyto odlišné přístupy definoval během 20. století anglický spisovatel Malcolm Payne. Tyto tři přístupy nazývá malými paradigmaty sociální práce.

Sociální práce jako terapeutická pomoc – terapeutické paradigma

- sociální práce chápána jako terapeutická pomoc
- cíl sociální práce – snaha pomoci jednotlivcům, skupinám, zajistit psychosociální pohodu pro klienta
- důraz kladen na komunikaci ve vztahu, komunikace jako prostředek větší kontroly nad vlastními pocity a způsobem života

Sociální práce jako reforma společenského prostředí – reformní paradigma

- podpora solidarity, pomoc utlačovaným získat vliv na vlastní život
- cíl sociální práce - zaměření na posilování člověka, aby se podílel na tvorbě a změně institucí – zmocňování klienta
- sociální práce se snaží o budování rovnosti ve společnosti

Sociální práce jako sociálně právní pomoc – poradenské paradigma

- sociální práce má vycházet vstříc potřebám klienta a současně usilovat o zlepšení systému sociálních služeb
- jde především o pomoc poradenskou, podpořenou systémem sociálních služeb

Nelze brát některou z teorií jako více či méně důležitou. Všechna paradigmata mají stejnou důležitost, ale dle aktuální sociální situace je vždy více diskutované jiné paradigma. I sociální pracovníci musí být flexibilní a reagovat na potřeby klienta.

Tuto myšlenku potvrzuje ve svém díle i Navrátil (1998: 38): *„Ač má sociální práce definovány teoretické modely, hodnoty postupy, nemůže ustrnout na využívání daných, neboť společnost se mění, problémy klientů jsou různorodé, proto se musí i sociální práce měnit a přizpůsobovat aktuální situaci.“*

Hlavními a důležitými osobami, které s těmito teoriemi pracují a které poskytují sociální pomoc, jsou sociální pracovníci.

1.2 Sociální pracovník

Kvalita poskytované sociální práce závisí právě na osobě sociálního pracovníka. Nové nepříznivé situace a potřeba řešit tyto nové problémy vyústily v potřebu vzniku pozice sociálního pracovníka. Sociální pracovník bojuje za zlepšení společnosti prostřednictvím práce s jednotlivcem, skupinou lidí či komunitou. Jelikož se proměňuje společnost, musí se taktéž proměňovat i sociální pracovník a proto je příprava sociálního pracovníka na povolání náročná. O to více je vzdělávání pracovníků důležité (Hanuš 2007: 5-6). Požadavky na osobu sociálního pracovníka jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách: *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., §109) Tento zákon definuje také předpoklady, které musí sociální pracovník splňovat. Jsou jimi svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (Zákon č. 108/2006 Sb., §110). Odborná způsobilost je v práci sociálního pracovníka velmi důležitá a zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách přímo definuje, jakou odbornou způsobilost musí sociální pracovník mít. Zdůrazňuje vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální

pedagogiku, sociální a humanitární práce, charitativní a sociální činnost (Zákon 108/2006 Sb., §110).

Mimo odbornou způsobilost musí osoba sociálního pracovníka mít i další důležité vlastnosti. Sociální pracovník by měl mít dobrou fyzickou kondici a dobré zdraví, jelikož sociální práce a pomoc lidem je vysilující povolání. Dále by měl být inteligentní a ochotný se vzdělávat. Sociální pracovník musí být pro klienta důvěryhodný, musí se nasadit pro klienta a řešení jeho problému. Velkou výhodou pro práci sociálního pracovníka jsou dobré komunikační schopnosti a umění naslouchat. V neposlední řadě by měl být sociální pracovník empatický, být citlivý vůči druhé osobě a vnímat, jaké pocity právě osoba má a co prožívá (Matoušek 2003: 52-54).

Každý sociální pracovník má jinou osobnost, využívá jiný styl práce a pracuje s jinými přístupy ke klientům. Jak píše Banksová (dle Nečasová 2001: 85-86) dle přístupu sociálních pracovníku k práci, lze rozdělit role sociálních pracovníků do 4 skupin:

Filantropický (angažovaný) soc. pracovník – základem pro pracovníka je rovnocenné partnerství, s klientem navazuje kvalitní, hluboký až osobní vztah, důležité jsou morální hodnoty. Tato role bývá problematická, může dojít k vyčerpání pracovníka.

Radikální (aktivistický) soc. pracovník – pracovník do práce promítá osobní hodnoty, využívá své dovednosti k dosažení společenské změny.

Profesionální soc. pracovník - pracovník je specialista a odborník, řídí se etickými zásadami. Zaměřuje se na komplexní situaci klienta a usiluje o zplnomocňování klienta.

Administrativní (byrokratický) soc. pracovník - role úředníka, pracovník je v roli kontrolora a musí operovat s mocí.

Ať už sociální pracovník využívá jakoukoliv teorii sociální práce nebo plní jakoukoliv z rolí, vždy plní poslání sociální práce a tím je zlepšování životních podmínek pro znevýhodněné klienty.

2 Sociální práce a zdravotně znevýhodnění

Jednou z významných oblastí, kde sociální práce přispívá ke zkvalitňování života osob, je práce se zdravotně znevýhodněnými. Dle Českého statistického úřadu a výzkumného šetření, které bylo provedeno v roce 2012, lidé se zdravotním postižením tvoří 10,2% populace ČR. Respondenty v tomto výzkumu byly osoby starší 15 let, u nichž omezení z důvodu zdravotního postižení trvá déle než 1 rok. Zdravotně postižená osoba je zde definována jako osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu (ČSÚ, 2014 [online]). V období od 9. 7. 2018 do 18. 1. 2019 probíhalo v ČR nové výzkumné šetření pod názvem VŠPO 2018. *„Šetření je zaměřené na to, jak se žije lidem se zdravotním omezením a tentokrát jsou dotazovány přímo osoby, které jejich zdravotní problém omezuje v běžných denních aktivitách. Šetření tak bude moci lépe postihnout, s jakými bariérami a komplikacemi se v reálném světě lidé se zdravotními potížemi setkávají.“*(ČSÚ, 2018 [online]) Výsledky tohoto šetření prozatím nejsou publikovány.

2.1 Zdravotní postižení

Definice zdravotního postižení je již zmíněna ve výzkumu ČSÚ. Tento pojem však nemá doposud jednotnou terminologii. Dle Světové zdravotnické organizace je postižení definováno jako *„částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“*(WHO in Opatřilová, Zámečníková 2008: 13). Z tohoto medicínského modelu můžeme rozdělit druhy postižení do těchto skupin:

Smyslové postižení – zrakové, sluchové

Tělesné postižení – postižení hybnosti, vnitřní nemoci, zdravotní oslabení

Postižení mentálních funkcí – mentální retardace, duševní onemocnění

Postižení funkcí řeči a komunikace

Kombinované postižení (Michalík a kol. 2011)

Podle doby vzniku pak lze rozdělit postižení na vrozené a získané v pozdějším věku.

Posledním dělením postižení je dle stupně postižení – lehké, středně těžké, těžké a velmi těžké (Krhutová 2013: 24-25).

Tato pojetí a dělení postižení jsou stále však spíše medicínské. Zaměřím-li se na definování pojmu zdravotní postižení ze sociální stránky, lépe definuje postižení Úmluva o právech osob se zdravotním postižením: *„K osobám se zdravotním postižením patří ty, které mají dlouhodobě fyzické, mentální, duševní nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními.“* (Úmluva 2006: čl.1) Tato definice popisuje komplexně zdravotní postižení. Nezaměřuje se pouze na fyzické zdraví člověka, ale vnímá postižení jako fakt, který ovlivňuje také psychiku a socializaci znevýhodněného člověka. Ve společnosti je však stále zakotven pojem handicap, kterým široká veřejnost označuje zdravotní postižení. Novosád píše, že pojem handicap má sociální povahu a je až sekundárním projevem postižení. Člověk není handicapovaný svým postižením, nýbrž nevhodnými podmínkami ve společnosti (bariérami) (Novosád 2011). Konkrétněji se pojmu postižení a jeho vymezení věnovala Světová zdravotnická organizace, která v roce 1980 definovala následující pojmy: „Impairment“ – tento pojem definuje postižní v tělesné rovině a znamená nedostatek či vadu fyziologických struktur. „Disability“ – neschopnost provádět činnosti obvyklým zažitým způsobem. Tento pojem souvisí s psychologickou rovinou člověka. „Handicap“ – stav znemožňuje plnit očekávané role. Zasahuje proto do sociologické roviny (Vítková 2006: 20).

Člověk s postižením je znevýhodněn, avšak stále má všechny lidské potřeby a je nutné pomoci těmto lidem překonat všechny roviny bariér (fyzické, psychické i sociální), aby i člověk s postižením mohl vést plnohodnotný život. Jelikož bariéry tvoří společnost, nikoli samo postižení, je třeba pomoci v jejich překonávání či odstranění.

2.2 Překážky sociálního fungování osob s postižením

Život člověka s postižením je ovlivněn aspekty, které zmiňuji v předešlé kapitole. Kvalita života je ovlivněna druhem postižení, dobou vzniku postižení či stupněm postižení. Ať už je postižení jakéhokoliv druhu, vždy ovlivňuje kvalitu života osoby, která s postižením žije. Lidé s postižením mají stejné potřeby jako

jiní lidé a aby mohl člověk s postižením naplnit své potřeby, musí se denně vyrovnávat s mnoha bariérami. Mezi nejrozšířenější skupiny bariér řadíme tyto:

Fyzické bariéry

Největší fyzickou bariérou pro osoby s postižením je omezení pohybu. Ať už vrozené či získané postižení s sebou přináší tělesné změny a v mnoha případech je tělesná deformace viditelná. Právě omezení pohybu způsobuje fyzické limity osoby a dochází k omezení samostatnosti. O limitech, způsobených pohybovým postižením, hovoří ve své práci Vágnerová: omezení hybnosti dolních končetin - dochází ke snížené soběstačnosti, omezení hybnosti horních končetin – horší manuální zručnost a samoobsluha, komplikace v pracovní oblasti, omezení hybnosti mluvidel a mimických svalů – snížení sociálního uplatnění, odmítání společností (Vágnerová 2004: 251).

S omezením pohybu souvisí také překonávání překážek architektonických. Bezbariérovost by měla být samozřejmou součástí ve společnosti. V každodenních potřebách osob s postižením – nakupování, návštěva lékaře, úřadů, zaměstnání, trávení volného času – by měla být bezbariérovost samozřejmá (Skřehot 2009). Aby měly osoby s postižením rovné příležitosti, aby bariéry společnosti nevyčleňovaly osoby znevýhodněné. Osobám s postižením musí společnost zajistit pohyb bez omezení a dostupnost (schody, obrubníky, zúžený prostor, ad.).

S omezením pohybu úzce souvisí také bariéry v dopravě. Lidé s postižením potřebují využívat hromadnou dopravu či automobil. Většina prostředků hromadné dopravy je přizpůsobena lidem bez postižení a pouze některé spoje jsou bezbariérové. Pro osoby s handicapem tak vzniká komplikace při cestování např. do zaměstnání na daný čas. Rozhodnou-li se tyto osoby využívat pro dopravu osobní automobil, je nutné tento vůz přizpůsobit potřebě dané osoby s postižením. Toto je finančně náročná záležitost a ani „zjednodušení“ cestování automobilem lidem s handicapem nezaručí bezproblémové dopravení na místo, neboť mohou narazit na problém s vyhrazenými místy parkování pro OZP.

Sociální bariéry

V sociální oblasti dochází k sociálnímu vyloučení osob s postižením většinou z důvodu nevědomosti společnosti a neznalosti problematiky zdravotního

znevýhodnění. Postižení s sebou přináší i změnu fyzického vzhledu a společnost je z tohoto faktu rozpačitá a osoby s postižením raději přehlíží. Toto chování vede k uzavírání osoby se zdrav. postižením, dochází k narušování sociálních vztahů, až může dojít k úplnému vyčlenění. Člověk s postižením nemusí vnímat svůj stav jako negativní, ale právě společnost přináší předsudky a negativní postoje. V posledních letech se o integraci a socializaci osob s postižením mluví stále častěji, proto je již společnost otevřenější této problematice, stále se však můžeme setkávat s neochotou přijmout člověka s postižením (Michalík 2011: 47). Dalším faktem, se kterým se společnost nedokáže v mnoha případech vyrovnat, je komunikace s lidmi se zdrav. postižením. Role komunikace v socializaci je nezpochybnitelná (Slowík 2010: 12). Pokud lidé neví, jak s osobou s postižením komunikovat, raději se kontaktu vyhýbají. Převládá strach, aby nehovořili nevhodně nebo člověka s handicapem neurazili. Proto se raději kontaktu vyhnou a opět se dostáváme k vyčlenění. Neznalost, nevědomost, stud ve společnosti vede až ke stigmatizaci osob s postižením. Stigma jako poukázání na odlišnost osoby, jako na něco neobvyklého či špatného, co patří ke statusu osoby s postižením (Goffman 2003). Jak píše Vančura (2007: 19): *„Stigma je jedním z největších problémů, se kterými se lze v kontextu lidí s postižením setkat.“*

Zvláštní oblastí je zaměstnání osob s postižením. Souvisí jak s fyzickými bariérami, tak se sociálními bariérami. Zaměstnání je důležitou součástí života primárně pro finanční zajištění. Osoby s postižením však bývají platově podhodnoceny, jsou jim nabízena pouze místa na sekundárním trhu práce. Zaměstnavatelé jsou ovlivnění pohledem společnosti a osoby se znevýhodněním podceňují (Opatřilová 2005).

Mimo zajištění finanční je zaměstnání pro osoby s postižením důležité jako prostředek seberealizace, rehabilitace. Přispívá k dobrému psychickému stavu a podporuje socializaci, integraci, samostatnost a nezávislost osob s postižením (Slowík 2007: 39).

2.3 Sociální práce a sociální politika ve vztahu k OZP

Ač musí zdravotně znevýhodnění překonávat každodenně bariéry, které jsou způsobeny jejich postižením, tito lidé nestojí o soucit a nechtějí žít v ústavních zařízeních, byť se sebelepší péčí. Osoby s postižením chtějí žít jako

ostatní lidé ve společnosti, vést rodinný život, mít zaměstnání a rozhodovat o svém životě. Chtějí mít stejná práva jako lidé bez postižení (Matoušek 2010: 90). Lidé se zdrav. postižením chtějí mít možnost volby, zachovat si důstojnost a rozhodovat o svém životě. Na této skutečnosti je vystavěno jedno z malých paradigmat sociální práce – **reformní paradigma**. V tomto paradigmatu je cílem podpora společenské kooperace a solidarity a pomoc utlačeným skupinám obyvatel získat vliv na své životy. Sociální práce se zaměřuje na posilování osob znevýhodněných, aby se dokázaly podílet na tvorbě a změnách institucí. (Navrátil 2000: 12) Z tohoto paradigmatu vychází také přístup práce, který je vhodný i při práci s lidmi s postižením – **antiopresivní přístup**.

Tento přístup se rozvíjí začátkem 90.let 20. století a jedním z hlavních autorů, který o antiopresivním přístupu hovoří, je Neil Thompson. Vnímá AOP jako jednotný model sociální práce, kde diskriminace a oprese jsou základními charakteristikami klientovy situace. Sociální pracovník vnímá klientovu situaci zcela konkrétně, uvědomuje si diskriminaci nebo opresi, které je klient vystaven. Vztah pracovníka a klienta je partnerský. Thompson píše o důležitosti třech imperativů (rysy AOP):

Spravedlnost – každý člověk má svá práva a podle těchto práv musí být s člověkem jednáno. Právo nesmí být nikomu omezováno či odpíráno.

Rovnost – zde Thompson zdůrazňuje rovnost příležitostí a upozorňuje na odlišnost od pojmu stejnost (jednat s lidmi stejně neznamená jednat s každým rovně – je nutné počítat se specifickými potřebami osob, např. osoby handicapované – nepočítá-li se s jejich potřebami, jsou znevýhodněni, stejný přístup zde nerovnost posiluje)

Spoluúčast – zde Thompson zmiňuje dvojí rovinu – předpokládá se zapojení klienta do plánování služeb, tím dochází ke zmocňování klienta a výsledkem pak je služba nastavená tak, aby vyhovovala potřebě klienta. Druhou důležitou složkou je zde partnerství a spoluúčast klienta při volbě cílů (Thompson in Navrátil 2000: 59-60).

Sociální práce tedy dle AOP zmocňuje klienta - posiluje dovednosti klienta, které mu pomohou zvládnout podmínky situace, ve které se nachází. V tomto přístupu dochází k pomoci lidem, aby získali moc nad svým životem a dokázali podmínky, v nichž žijí, aktivně měnit (Navrátil 2000: 60).

Dle Freire (1972) má sociální práce pomoci klientovi osvobodit se od nadvlády tříd, aby nabyl větší moci nad vlastním životem (Freire in Navrátil 2000: 63).

Lidé s postižením mají stejné potřeby jako jiní lidé ve společnosti. Rozdíl je pouze ten, že tito lidé nemohou naplňovat své potřeby obvyklým způsobem. Není-li člověk schopen sám realizovat kroky potřebné k uspokojení svých potřeb, dochází k deprimaci, nespokojenosti s vlastní osobou, snížení sebevědomí a může dojít až k izolaci člověka s postižením ze společnosti. *„Zdravotně znevýhodněný člověk potřebuje pomoc či kompenzaci při uspokojování samozřejmých lidských potřeb. Tato pomoc není „zvláštní" potřeba, je to soubor opatření, která vedou ke zpřístupnění možnosti realizovat či naplňovat běžné a zcela přirozené potřeby jedince. Proto hovoříme o vyrovnávání příležitostí."*(Novosád 2006: 24)

Zdravotně znevýhodněné osoby jsou v mnoha oblastech života postižením omezeny a sociální práce napomáhá právě k vyrovnávání příležitostí a k sociálnímu začleňování těchto osob. Jak píše Novosád (2009) jednou z rolí sociálního pracovníka v práci s lidmi s handicapem je vytváření, podpora a stabilizace životních podmínek ve smyslu zprostředkování sociálních služeb a finančního zabezpečení. Pro vytváření lepších životních podmínek pro osoby se zdravotním znevýhodněním je potřeba podpora státu. Konkrétní jednání státu s cílem pozitivně ovlivnit životní podmínky lidí je nazváno sociální politikou státu (Krebs 2010: 24). Již Michael Hill (1983) ve svém díle vymezuje sociální politiku dvěma způsoby. Sociální politiku v prvním pojetí definuje jako součást veřejné politiky a druhým pojetím definuje soc. politiku dle toho, co ji odlišuje od ostatních politik státu. Krebs myšlenku M. Hilla rozvíjí a píše o užším pojetí sociální politiky, kde je sociální politika vnímána jako soubor aktivit, nástrojů a opatření, které reagují na nepříznivé sociální události (Krebs 2010: 25). Ve vztahu k osobám se zdravotním postižením má ČR definovány následující nástroje sociální politiky, které přispívají k rovnoprávnosti lidem s postižením ve společnosti:

Invalidní důchod

Mezi základní příjmy, které stát poskytuje osobám s dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem, patří invalidní důchod. Invalidní důchod spadá do systému sociálního zabezpečení, které stát poskytuje občanům, konkrétně do

oblasti důchodového pojištění. Veškeré informace o podmínkách nároku na důchod, výši důchodu jsou ukotveny v zákoně 155/1995 Sb., §38 - §42 (Zákon 155/1995, §41). V roce 2010 došlo k novelizaci zákona a invalidita byla rozdělena do tří stupňů. Plný a částečný invalidní důchod byl nahrazen jednou dávkou a to invalidním důchodem prvního až třetího stupně (Ministerstvo vnitra, Invalidita a žádost o invalidní důchod [online]).

Dávky pro osoby se zdrav. znevýhodněním

Tyto dávky jsou definovány v zákoně 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Tyto předpisy vymezují následující dávky:

Příspěvek na mobilitu – dávka poskytovaná měsíčně ve výši 550 Kč, určená osobám starším 1 roku, které mají nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravují nebo jsou dopravovány a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby (Zákon 329/2011, §6-§7)

Příspěvek na zvláštní pomůcku - Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku nebo příspěvek na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení (Zákon 329/2011, §9,§10).

Průkaz osoby se zdravotním postižením - Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením. Dle zdravotního stavu se dále posuzuje nárok na průkaz „TP“, „ZTP“, „ZTP/P“ (Zákon 329/2011, §34).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je zvláštní dávkou určenou osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Definován je také ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Zákon 108/2006, §7, §11).

Od 7/2019 dochází k doplnění výše příspěvku (III. stupeň – těžká závislost) u osob, které nevyužívají pobytových sociálních služeb: do 18 let - 13 900 Kč; od 18 let - 12 800 Kč. Mění se také výše příspěvku IV. stupně na 19 200 Kč (MPSV, Příspěvek na péči [online]).

Od června roku 2018 mohou osoby, které se starají o člena rodiny (podmínka hospitalizace minimálně 7 měsíců), jehož zdravotní stav potřebuje domácí celodenní péči, čerpat dávku nemocenského pojištění - dlouhodobé ošetřovné. Tuto dávku vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ [online]).

Sociální služby pro zdravotně znevýhodněné

Toto finanční zabezpečení znevýhodněných osob doplňuje síť sociálních služeb. Tyto služby jsou definovány v zákoně 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a dělí se na sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Uvedu nyní sociální služby, které jsou určeny pro osoby s postižením:

Sociální poradenství

Poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; Základní sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení je vždy bezplatné. (Zákon 108/2006, §37).

Služby sociální prevence

Raná péče - Terénní, případně i ambulantní služba pro rodiče a dítě ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu (Zákon 108/2006, §54)

Telefonická krizová pomoc – Terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami (Zákon 108/2006, §55)

Krizová pomoc – Terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami (Zákon 108/2006, §60)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – Ambulantní služby, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením (Zákon 108/2006, §66)

Sociálně terapeutické dílny – Ambulantní služby, poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu uplatnitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie (Zákon 108/2006, §67)

Sociální rehabilitace – Je poskytována formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí (Zákon 108/2006, §70)

<u>Služby sociální péče:</u>

Osobní asistence - Terénní služba poskytovaná lidem, kteří mají sníženou soběstačnost kvůli věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení, a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006, §39)

Pečovatelská služba - Terénní nebo ambulantní služba poskytovaná těm, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení (Zákon 108/2006, §40)

Tísňová péče - Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností (Zákon 108/2006, §41)

Průvodcovské a předčitatelské služby - Terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, které mají kvůli věku nebo zdravotnímu postižení sníženy schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace (Zákon 108/2006, §42)

Podpora samostatného bydlení - Terénní služba určená těm, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického

onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006, §43)

Odlehčovací služby - Terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem je umožnit pečovatelům nezbytný odpočinek (Zákon 108/2006, §44)

Centra denních služeb - Poskytují se zde ambulantní služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Jedná se například o pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, vzdělávací činnosti atd. (Zákon 108/2006, §45)

Denní stacionáře - Zde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a lidem s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006, §46)

Týdenní stacionáře - Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a lidem s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006, §47)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - V nich se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006, §48)

Domovy se zvláštním režimem – pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického či duševního onemocnění, osobám závislým na návykových látkách, osobám se stařeckou demencí či Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí (Zákon 108/2006, §50)

Chráněné bydlení - Pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost kvůli zdravotnímu postižení nebo chronickému onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení (Zákon 108/2006, §51)

3 Sociální služby pro osoby zdravotně znevýhodněné na Bruntálsku

Část předešlé kapitoly je věnována výčtu možností, kterými systém v ČR zlepšuje kvalitu života lidem se zdravotním znevýhodněním (dávky a sociální služby). Ve své práci se zaměřuji na oblast Bruntálska. Výzkum je realizován především v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením nebo pomocí sociálních služeb, které na Bruntálsku zajišťují péči osobám s postiž. Proto se v této kapitole věnuji představení těchto služeb, které zkvalitňují život osobám se zdravotním handicapem na Bruntálsku a které napomáhají lepší socializaci a vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdrav. postižením. V bruntálském kraji se nachází několik organizací zastřešujících sociální služby. Těmi největšími jsou Slezská diakonie, Sagapo, p.o., Centrum sociálních služeb pro seniory Pohoda, p.o., Help-in, o.p.s., Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.p.s.

Slezská diakonie

Posláním Slezské diakonie je poskytování kvalitních služeb v sociální oblasti na základě křesťanských hodnot**.** Služby poskytované Slezskou diakonií na Bruntálsku:

Archa Široká Niva - Chráněné bydlení – sociální služba v obci Široká Niva poskytuje dospělým lidem s mentálním postižením, případně s přidruženým duševním onemocněním bydlení v samostatných domácnostech. Každý klient má možnost využít společné zázemí a samozřejmostí je podpora asistenta dle individuálních potřeb každého z klientů.

Noe Bruntál - Podpora samostatného bydlení – zmíněná terénní asistenční služba podporuje samostatné bydlení klientů a umožňuje lidem s mentálním postižením a duševním onemocněním žít samostatně ve vlastním bytě i v situaci, která vyžaduje pomoc jiné osoby. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Slezská diakonie [online])

Sagapo, p.o.

Hlavním účelem zřízení organizace je účelové poslání spočívající v poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 sb. osobám se zdravotním znevýhodněním. Organizace Sagapo zřizuje tyto služby:

Chráněné bydlení – tato služba je poskytována v okresním městě Bruntál a jejím posláním je umožnit lidem s mentálním či kombinovaným postižením, kteří potřebují pomoc druhé osoby, žít samostatný způsob života srovnatelný se způsobem života jejich vrstevníků. Cílem služby je dopomoci ke zlepšení nebo stabilizaci sociálního, psychického a tělesného stavu uživatele sociální služby. Služba chráněného bydlení podporuje uživatele v prožívání aktivního, smysluplného a důstojného života.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – organizace Sagapo spravuje 4 domy pro osoby se zdrav. postižením – Bruntál, Rýmařov, Vrbno pod Pradědem, Horní Benešov. Tato sociální služba je pobytová a snaží se vytvořit domácí prostředí pro uživatele, kteří z důvodu svého zdravotní handicapu potřebují soustavnou péči druhé osoby a nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Podpora samostatného bydlení – terénní sociální služba, která je určena pro osoby se zdravotním znevýhodněním starším 20-ti let. Cílem služby je umožnit klientům žít v přirozeném prostředí a posílit samostatnost a soběstačnost uživatele.

Sociálně terapeutické dílny – sociální služba určená pro osoby s mentálním nebo kombinovaným handicapem. Cílem služby je podpořit u osob pracovní aktivity, sociální dovednosti a zvyšovat jejich kompetence k soběstačnosti pomocí sociálně pracovní terapie. Uživatelé služby mají na výběr z několika pracovních dílen – košíkářská, textilní, stolářská, keramická, tvořivá. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Sagapo [online])

Centrum sociálních služeb pro seniory Pohoda, p.o.

Toto zařízení pod záštitou města Bruntál provozuje 3 pobytové sociální služby, jednu terénní sociální službu a jednu ambulantní sociální službu. Zařízení bylo vyznamenáno certifikátem Značka kvality. Tento systém certifikace byl zařazen do vládního programu Česká kvalita.

Denní stacionář – tato ambulantní sociální služba, poskytuje pomoc osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního znevýhodnění. Taktéž je tato služba určena osobám s chronickým duševním onemocněním, které jsou odkázány na pomoc jiné osoby. Cílem služby je umožnit uživatelů, setrvávat v domácím prostředí a zároveň se setkávat s druhými lidmi mimo přirozené prostředí. Tato služba podporuje socializaci a aktivní život osob se znevýhodněním.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – sociální pobytová služba je poskytována osobám se zdravotním znevýhodněním starším 50 let. Tito uživatelé mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního znevýhodnění a potřebují nepřetržitou péči. V Bruntále se snaží zajišťovat kvalitní a bezpečnou péči a zařízení přiblížit domácímu prostředí.

Pečovatelská služba – posláním pečovatelské služby je poskytnou osobám se sníženou soběstačností (z důvodu stáří, zdrav. handicapu, či chronického onemocnění) kvalitní péči v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pracovníci se snaží podporovat běžný způsob života klientů. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Centrum sociálních služeb Pohoda [online])

Help-in, o.p.s.

Společnost byla založena v roce 2002 s cílem provozovat sociální služby, které podporují život osob se znevýhodněním v jejich přirozeném prostředí. Jde o ambulantní a terénní sociálně-zdravotní služby poskytované na území okresu Bruntál. Pro osoby znevýhodněné provozují dvě služby:

Odborné sociální poradenství – služba poradenství je určena osobám se sníženou schopností prosazovat své zájmy a práva

Pečovatelská služba – cílem služby je pomoc při péči o vlastní osobu (hygiena, strava), při zajištění chodu domácnosti, při zprostředkování sociálních kontaktů. Cílem je zachovat kvalitu života uživatelů služby. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Help-in [online])

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.p.s.

Organizace byla založena v roce 2002 a jejími zřizovateli byly organizace realizující činnost ve prospěch osob se zdrav. handicapem. Hlavní činností

organizace je zajištění služeb ve prospěch osob se zdravotním znevýhodněním a seniorů. Z poskytovaných služeb uvedu 2:

Osobní asistence Bruntálsko – jako jiné služby osobní asistence podporuje služba život jedince v přirozeném prostředí a pomáhá překonávat klientům jejich nepříznivou sociální situaci.

Poradna pro osoby se zdravotním postižením Bruntál – služba poradenství je poskytována bezplatně a za aktivní účasti uživatele služby poskytuje odbornou poradenskou pomoc v nepříznivé situaci. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, CZP-MSK [online])

Následující organizace uvádím pro doplnění uceleného seznamu sociálních služeb pro osoby se zdravotním handicapem na Bruntálsku. Tyto organizace v mém následném empirickém šetření nefigurují. Hlavní spolupráce probíhala v organizacích již zmíněných.

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., Raná péče pro Moravu a Slezsko

Organizace obhajuje a prosazuje zájmy dětí se sluchovým postižením. Usiluje o integraci sluchově handicapovaných do společnosti, usiluje o zvýšení informovanosti veřejnosti o problematice sluchového postižení. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Dětský sluch [online])

Charita sv. Martina - Charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba

Organizace vznikla v Malé Morávce v roce 2016 a zřizovatelem je Biskupství Ostravsko-Opavské. Cílem charitní práce je pomáhat klientům co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Mimo službu ošetřovatelskou a pečovatelskou, disponuje sociální služba i půjčovnou kompenzačních pomůcek. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Sv. Martin. Charita [online])

Fosanima o. p. s.

Cílem této služby je začlenění dlouhodobě znevýhodněných osob do společnosti a zkvalitnění jejich života. Aktivitami, kterým se služba věnuje, jsou následující: Svépomocná skupina pečujících – smyslem skupiny je poskytovat pečujícím o osoby s demencí potřebné informace o možnostech zdravotní,

sociální pomoci; Kurz tréninku paměti – kurz pro osoby znevýhodněné, kde smyslem kurzu je seznámit s funkcemi mozku, konkrétní tipy a rady pro techniky tréninku mozku; Aktivizační cvičení – pravidelná aktivita pro relaxaci a uvolnění těla znevýhodněných; Tvořivá odpoledne – procvičování manuální zručnosti, aktivní trávení volného času. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Fosanima [online])

Pečovatelská služba Německého řádu (Řád bratří a sester německého Domu panny Marie v Jeruzalémě)

Heslem řádu je „Léčit a pomáhat“. Služba domácí ošetřovatelská péče usiluje o navrácení nebo udržení zdraví znevýhodněných, rozvoj soběstačnosti, zajištění klidného stáří, zprostředkovává kontakty pro zajištění spirituálních potřeb klientů. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, Německý řád [online])

Bruntálská dílna Polárka o.p.s. - Sociálně terapeutické dílny

Sociální služba Polárka trénováním pracovních dovedností rozvíjí soběstačnost a podporuje socializaci osob znevýhodněných, zde konkrétně osobám se zdrav. postižením, s kombinovaným postižením a s mentálním postižením. Aktivity probíhají v dílně výtvarné, keramické, stolařské a tkalcovské. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, SPMP Bruntál [online])

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, z.s.

Organizace SONS usiluje o socializaci těžce zrakově postižných, usiluje o zlepšování psychického stavu klientů, zvyšuje dovednosti zrakově handicapovaných, snaží se snížit míru závislosti klienta na druhé osobě, napomáhá prospěšnému využívání volného času klientů. (Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál, SONS [online])

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Kvantitativní výzkum

Stěžejní částí mé práce je část výzkumná - kvantitativní šetření. Tato druhá část diplomové práce je věnována metodologii, analýze dat, závěrečné diskuzi nad výsledky kvantitativního šetření a zamyšlení nad možnostmi změny všeobecného povědomí a vnímání sociální práce a sociálních pracovníků lidmi se zdravotním postižením.

4.1 Metodologie výzkumu

Cílem práce je zjistit, jak na Bruntálsku osoby se zdravotním postižením vnímají sociální práci a jaká očekávaní mají tyto osoby od sociálního pracovníka. Hlavní výzkumná otázka proto zní - „Jak na Bruntálsku osoby se zdravotním postižením vnímají sociální práci a jaká očekávaní mají tyto osoby od sociálního pracovníka?“

Výsledky výzkumu by měly dopomoci k lepšímu pochopení vztahu OZP a sociálních pracovníků a následně přispět k diskuzi, jak pozitivně tento vztah budovat a přetvářet ke spokojenosti a zkvalitnění životních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

Jako **metodu sběru dat** jsem zvolila polostrukturovaný dotazník (viz. příloha). V polostrukturovaném dotazníku se nacházejí jak standardizované otázky, otevřené otázky i polootevřené otázky (Giddens 2013: 63). Dotazník jsem distribuovala do vybraných zařízení poskytujících sociální služby osobám se zdravotním postižením v okrese Bruntál. K vytvoření dotazníku mi dopomohlo studium odborné literatury a studium již uskutečněných výzkumů v oblasti chápání významu sociální práce a práce sociálního pracovníka veřejností.

Při tvorbě dotazníků je důležité dbát určitých zásad. Disman ve svém díle píše o určitých pravidlech tvoření dotazníkových otázek. Otázky v dotazníku by neměly být sugestivní, měly by být jasné a srozumitelné, nabízené odpovědi by měly obsáhnout veškeré možnosti. Výzkumné šetření musí být anonymní a respondenti musí být s touto skutečností seznámeni (Disman 2018: 149-152). Jak dále autor poukazuje, dotazník je nejčastěji využívanou metodou sběru dat. Je časově, finančně i organizačně méně náročný. Výhodou je taktéž již zmíněná anonymita. Paradoxně obliba využívání dotazníku při sběru dat, může vést

k neochotě respondentů odpovídat na další dotazník a vede tak k jedné z nevýhod kvantitativního šetření - k nízké návratnosti dotazníků (Disman 2018: 141).

V rámci výzkumu potřebuji provést sběr dat u rozsáhlé skupiny respondentů (osoby žijící v pobytových službách, osoby využívající pečovatelské služby, osoby v domácím prostředí využívající jiných sociálních služeb – např. denní stacionáře). Dle popisu Dismana (Disman 2018: 126) je kvantitativní výzkum založen na výsledcích získaných od skupiny respondentů a hypotézy se testují na skupině, nikoliv na jednotlivcích, proto je kvantitativní výzkum pro mé šetření dobrou volbou. Získaná data mohu hodnotit a ověřovat stanovené hypotézy. U kvantitativního výzkumu Gavora vyzdvihuje vyjádření údajů v číselné podobě a směřování ke zobecnění získaných poznatků (Gavora 2000: 32-34).

Vytvořený polostrukturovaný dotazník sestává ze dvou částí. V první části respondenti odpovídají na otázky úvodní (segmentové) - pohlaví, druh postižení, délka života s postižením, místo a popis bydliště. Druhou část dotazníku tvoří 11 otázek (uzavřených, otevřených i polootevřených) zaměřených na názor osob se zdravotním postižením na sociální práci a sociálního pracovníka.

V rámci kvantitativního výzkumu poslouží provedené dotazníkové šetření k potvrzení nebo vyvrácení mnou stanovených hypotéz (viz dále). Hypotézy jsem formulovala po studiu odborné literatury a teorií, zabývajících se kvalitou života osob s postižením. Hypotézy, které jsem stanovila, by mohly posloužit k osvětlení a posunu problematiky vztahu sociální práce a osob se zdravotním postižením. Stanovené hypotézy by měly přispět k zodpovězení výzkumné otázky „Jak na Bruntálsku osoby se zdravotním postižením vnímají sociální práci a jaká očekávaní mají tyto osoby od sociálního pracovníka“.

Při sběru dat se soustřeďuji na respondenty, kteří jsou osobami se zdravotním postižením nebo osoby, které o OZP pečují a žijí na Bruntálsku. Toto jsou dvě základní kritéria, dle kterých byla vybrána cílová skupina. Největší skupinu respondentů tvoří osoby využívající sociální služby pro osoby se zdravotním postižením na Bruntálsku. Jde o uživatele následujících sociálních služeb:

Sagapo Bruntál, p.o. – příspěvková organizace spravující domov pro osoby se zdravotním postižením

Sagapo Bruntál, p.o. - chráněné bydlení

Sagapo Bruntál, p.o. - podpora samostatného bydlení osob se ZP
Sagapo Vrbno, p.o. - domov pro osoby se zdravotním postižením
Sagapo Horní Benešov, p.o. - domov pro osoby se zdravotním postižením
Sagapo Rýmařov, p.o. - domov pro osoby se zdravotním postižením
Centrum sociálních služeb Pohoda Bruntál - pobytová sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením
Centrum sociálních služeb Pohoda Bruntál – domov pro seniory
Centrum sociálních služeb Pohoda Bruntál – pečovatelská služba
Centrum sociálních služeb Pohoda Bruntál – denní stacionář
Domov pro seniory Vrbno, p.o.
Diakonie Rýmařov – domov pro seniory
Diakonie Rýmařov - domov se zvláštním režimem

Podařilo se mi získat data i od osob, které žijí v přirozeném prostředí svých domovů díky sociální službě Help-in, o.p.s., diakonii Rýmařov a Centru sociálních služeb Pohoda Bruntál. Tyto organizace poskytují pečovatelské služby.

Oslovila jsem zmíněné organizace a požádala jsem o pomoc při distribuci dotazníků a sběru dat. Ve většině případů jsem jednala se sociálním pracovníkem služby, v organizacích s pečovatelkou službou šlo o komunikaci s koordinátory či pečovatelkami. Díky vstřícnosti a pomoci zástupců organizací jsem mohla uskutečnit potřebný sběr dat od respondentů.

4.1.1 Distribuce a návratnost dotazníků

Distribuováno bylo 545 tištěných dotazníků. Díky velké podpoře a vstřícnosti sociálních pracovníků organizací byla návratnost dotazníků poměrně vysoká. Sociální pracovníci přislíbili motivovat klienty služeb k vyplnění dotazníku a případně pomoci s vyplněním dotazníků, budou-li klienti o pomoc žádat. Taktéž pracovníci terénních služeb (pečovatelská služba Help-in a diakonie Rýmařov) přislíbili pomoc s distribucí klientům v domácnostech.

Následující přehled ukazuje počty rozeslaných dotazníků v jednotlivých organizacích a procentuální návratnost v organizacích a celkovou procentuální návratnost dotazníků v rámci výzkumu.

Sagapo Bruntál, p.o. – návratnost 29 dotazníků = 96,67 % (distribuováno 30)

Sagapo Rýmařov, p.o. – návratnost 15 dotazníků = 75 % (distribuováno 20)
Sagapo Vrbno pod Pradědem, p.o. – návratnost 18 dotazníků = 90 % (distribuováno 20)
Sagapo Horní Benešov, p.o. – návratnost 18 dotazníků = 90 % (distribuováno 20)
Domov pro seniory Vrbno, p.o. – návratnost 50 dotazníků =62,5 % (distribuováno 80)
Help – in, o.p.s – návratnost 105 dotazníků = 70 % (distribuováno 150)
Centrum Sociálních služeb Pohoda Bruntál:

- Denní stacionář – návratnost 10 dotazníků = 50 % (distribuováno 20)
- Domov pro osoby se zdravotním postižením – návratnost 30 dotazníků = 100 % (distribuováno 30)
- Pečovatelská služba – návratnost 7 dotazníků = 70 % (distribuováno 10)
- Domov pro seniory – návratnost 20 dotazníků = 22,22 % (distribuováno 90)

Diakonie Rýmařov:

- Domov pro seniory – návratnost 15 dotazníků = 60 % (distribuováno 25)
- Pečovatelská služba – návratnost 20 dotazníků = 66,67 % (distribuováno 30)
- Domov se zvláštním režimem – návratnost 11 dotazníků = 55 % (distribuováno 20)

Rozeslaný strukturovaný dotazník vyplnilo celkem 348 respondentů. Z celkového počtu 545 distribuovaných dotazníků tedy sebraná data tvoří celkovou návratnost dotazníků 63,58 %.

Výzkumné šetření, které jsem na Bruntálsku provedla, je součástí projektu realizovaného na CMTF UPOL, v němž byly zkoumány následující otázky: „Jak osoby se zdravotním postižením chápou sociální práci, co (cíle, obsah, poslání, zaměření) si pod ní představují?“ a „Co osoby se zdravotním postižením očekávají od sociálních pracovníků?“ V rámci tohoto projektu byla uskutečněna pilotáž výzkumu.

4.1.2 Pilotážní šetření

Pilotáž by měla vždy předcházet samotnému výzkumnému šetření. Odhaluje možné chyby a slouží k seznámení se s prostředím a cílovou skupinou respondentů. (Gavora 2000: 68)

Pilotážního šetření se účastnilo 30 anonymních respondentů, kteří odpovídali na online dotazníky, dostupné na internetových stránkách www.helpnet.cz. Tato pilotáž poukázala na možnou míru nízké návratnosti dotazníků, z důvodu nevíry ve změnu postavení sociálního pracovníka vzhledem k osobám s postižením.

4.1.3 Stanovení a operacionalizace hypotéz

Důležitou fází výzkumného šetření je stanovení hypotéz a na základě získaných dat následné potvrzení či vyvrácení hypotéz (Reichel 2009: 41).

Hypotézy:

Hlavní hypotézy:

H1 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením žijících na Bruntálsku vnímá sociální práci jako administrativní.

H2 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku vnímá sociálního pracovníka jako zprostředkovatele dávek.

Hlavní hypotézy doplňují hypotézy vedlejší (pracovní) - VH. Vycházejí z dílčích stanovených cílů práce a dopomůžou k bližšímu pohledu na stanovený hlavní cíl a poskytnou odpovědi na daný problém.

Vedlejší hypotézy:

VH1 – Více jak 70 % osob se zdrav. postižením na Bruntálsku považuje za hlavní úkol sociální práce pomoc při vyřizování sociálních dávek.

VH2 – Více jak polovina respondentů považuje sociální práci v systému péče o osoby se zdrav. Postižením za důležitou.

VH3 – Lidé se zdrav.pos. žijící na Bruntálsku mají v polovině případů přehled o dostupnosti sociálního pracovníka v jejich bydlišti.

VH4 – Většina dotazovaných se již se sociálním pracovníkem ve svém životě setkala.

VH5 – Procento osob se zdrav.pos. na Bruntálsku, které o pomoc sociálního pracovníka doposud nepožádalo, je větší než procento osob se ZP, které o pomoc již požádalo (v oblastech administrativy, či jednání na úřadě).

VH6 – Za nejdůležitější kvality soc. pracovníka považují osoby se zdrav. postižením na Bruntálsku primárně empatii a vzdělání v oboru.

VH7 – Lidé se zdrav. Postižením na Bruntálsku ve většině případů očekávají od soc. pracovníka pomoc při úředních jednáních

VH8 – Více jak polovina OZP na Bruntálsku se informuje o soc. práci na internetu a od přátel, nikoli od sociálních pracovníků.

Operacionalizace hypotéz

Stanovené dílčí hypotézy jsem ověřovala uzavřenými a otevřenými otázkami v polostrukturovaném dotazníku. Výsledky dílčích hypotéz a celkového výzkumného šetření poté poslouží k ověření hlavních hypotéz.

Vedlejší hypotéza VH1 - hlavní úkol sociální práce

Co považují osoby se ZP za hlavní úkol sociální práce v otázce péče o osoby se ZP budu zjišťovat otevřenou otázkou dotazníku č. 1.

1) Pokuste se, prosím, sami zformulovat či popsat, co je podle Vás hlavním úkolem sociální práce?

Hypotéza se potvrdí v případě, odpoví-li na danou otázku více jak 70 % dotazovaných respondentů odpovědí – vyřízení dávek a příspěvků, pomoc na úřadech při vyřizování sociálních dávek.

Vedlejší hypotéza VH2 – postavení soc. práce

H2 ověřuji tentokráte uzavřenou dotazníkovou otázkou č.2 s možností výběru z několika odpovědí:

2) Jaké jsou podle Vás postavení a role sociální práce v systému péče pomoci osobám s postižením?

- zcela zásadní
- velmi důležité

- důležité
- méně důležité
- nevýznamné
- nevím, nemohu hodnotit

Stanovená hypotéza bude potvrzena v případě, že více jak 50 % respondentů vybere odpověď v dotazníku „důležité“.

Vedlejší hypotéza VH3 - přehled o dostupnosti sociálního pracovníka

Pro zjištění přehledu o dostupnosti sociálního pracovníka v místě bydliště osob se ZP využiji uzavřené otázky č. 3:

3) Je ve Vašem bydlišti dostupný sociální pracovník, na kterého se v případě potřeby můžete obrátit?

- ANO = vím kam a na koho se obrátit
- NE = musím (musel/a bych) dojíždět do jiné obce/ města
- NEVÍM

K potvrzení hypotézy dojde v případě, kdy více jak 50 % respondentů žijících ve městě odpoví na otázku č.3 „Ano- vím kam a na koho se obrátit“.

Vedlejší hypotéza VH4 – setkání se sociálním pracovníkem

Setkání se sociálním pracovníkem ověřuji polootevřenou otázkou č.4:

4) Při jaké příležitosti jste se setkali (setkáváte se) se sociálním pracovníkem?

- ANO, popište prosím:
- dosud NE

Dílčí hypotéza 4 bude potvrzena, pokud se většina odpovídajících respondentů se soc. pracovníkem již setkala.

Vedlejší hypotéza VH5 – prosba o pomoc a oblast nejčastější pomoci pro OZP v sociální práci

Zda zdravotně postižení na Bruntálsku o pomoc sociálního pracovníka již požádali a v jakých záležitostech prověřuji otázkou č. 5 a č. 6:

5) Požádal jste sám/sama někdy o pomoc sociálního pracovníka?

- ANO
- NE (přejděte na ot. č. 7)

6) V jaké záležitosti/ech?

Tato hypotéza vypovídající o četnosti žádosti o pomoc (a v jaké oblasti) zdravotně postiženými se potvrdí v případě, že na danou otázku odpoví méně než 50 % respondentů kladnou odpovědí a kladná odpověď bude z oblasti pomoci v administrativě či jednání na úřadech.

Vedlejší hypotéza VH6 - kvality soc. pracovníka

Pravdivost hypotézy 6 ověřuji sérií otevřených otázek, ve kterých respondenti popisují obraz sociálního pracovníka dle jejich představ. Jedná se o otázky č. 7, č.8 a č.9:

7) Jaké by měl mít sociální pracovník povahu a chování? – uveďte prosím 3 nejdůležitější vlastnosti

8) Jaké by měl mít sociální pracovník odborné způsobilosti, co by měl umět? – uveďte prosím 3 nejdůležitější

9) Jaké by měl mít sociální pracovník speciální dovednosti/kompetence ve vztahu ke zdravotnímu postižení? – uveďte prosím 3 nejdůležitější

Hypotéza 6 bude potvrzena v případě, že mezi prioritními kvalitami sociálního pracovníka uvedou respondenti - empatii, ochotu pomoci, vzdělání.

Vedlejší hypotéza VH7 - očekávání osob se ZP od soc. pracovníka

Předposlední hypotézu testuji otevřenou otázkou č. 10, ve které se osoby se ZP vyjadřují k očekáváním, které mají od soc. pracovníka:

10) Co by měl sociální pracovník být schopen pro Vás udělat (jakou spolupráci a pomoc byste od něj očekávali)?

Tato hypotéza se potvrdí v případě, že většina respondentů odpoví výrokem, který mohu zařadit do skupiny „pomoc při úředních jednáních“.

Vedlejší hypotéza VH8 - získávání informací o soc. službách lidmi se ZP

Poslední pracovní hypotézu, týkající se získávání potřebných informaci osobami se ZP, ověřuji polootevřenou otázkou dotazníku č. 11:

11) Pokud potřebujete (nebo byste potřeboval/a) informace o sociálních službách, dávkách, příspěvcích aj. podpoře či pomoci, tak:

- si většinu informací najdete sám/sama na internetu nebo jinde
- se většinu informací dozvíte od sociálních pracovníků
- si většinu informací zjistíte od přátel a známých
- doplňte:

Poslední hypotéza bude ověřena a potvrzena, pokud více jak polovina odpovědí respondentů bude „najdu sám na internetu“ nebo „od přátel“.

Demografické údaje

Úvodní část dotazníku tvoří statistické údaje a odpovídají na ně následující úvodní otázky:

A) Jste: - MUŽ
- ŽENA

B) Jaké **postižení** máte, tj.
- tělesné,
- vnitřní,
- zrakové,
- sluchové,
- mentální,
- duševní,

- kombinované, prosím uveďte jaké:
- mentální, tělesné, zrakové
- jiné, prosím popište:

NEBO **jste pečující osobou** blízkou a zastupujete zájmy této osoby s postižením? (s jakým – viz výše, doplňte)

ANO, pečuji o blízkou osobu s……postižením

C) Jak dlouho (kolik let) žijete se svým postižením (popř. jak dlouho s ním žije osoba, o kterou pečujete):
- celý život
- 15 let a více
- méně než 15 let

D) Kde žijete?
- Město
- Vesnice
- Jinde _____

E) Bydlíte a převážně žijete:
- s rodinou
- sám/sama, ale v častém kontaktu s mými blízkými
- sám/sama
- v domově či penzionu
- v chráněném či podporovaném bydlení
- jinde, prosím popište:

F) V čem Vás Vaše postižení znevýhodňuje, omezuje nebo Vám (nebo osobě, o kterou pečujete) působí obtíže? Uveďte prosím 3 hlavní oblasti obtíží či problémů:

4.2 Analýza a interpretace dat výzkumu

Druhou kapitolu výzkumné části věnuji rozboru získaných dat a vyhodnocení a ověření hypotéz. Výsledky šetření vyhodnocuji jako procentuální poměr odpovědí respondentů a výslednou skutečnost znázorňuji grafickými záznamy. Každý graf názorně předkládá odpovědi respondentů a dopomáhá k ověřování daných hypotéz. Vyhodnocení grafu jsem rozdělila na dvě části, stejně jako zadání dotazníků - grafy vyjadřující odpovědi respondentů na všeobecné otázky a grafy zaměřené na otázky vztahující se konkrétně k výzkumu.

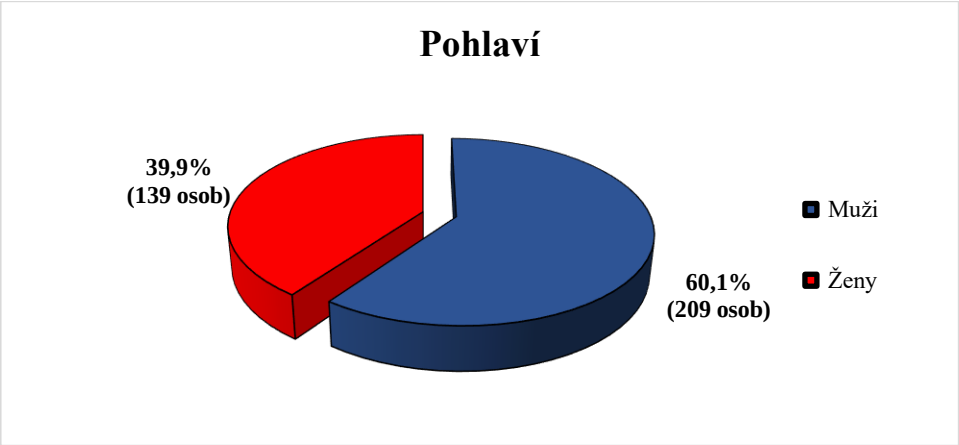
4.2.1 Analýza dat

Následující grafy znázorňují okruh všeobecných otázek v dotazníku:

1. Otázka A - Pohlaví

Z následujícího grafu vyplývá, že většina respondentů, kteří odpověděli na dotazník, jsou muži. Muži tvoří 60,1 % za všech dotazovaných respondentů. Ženy v šetření zaujímají menšinu – 39,9 %.

Graf 1 – Pohlaví respondentů

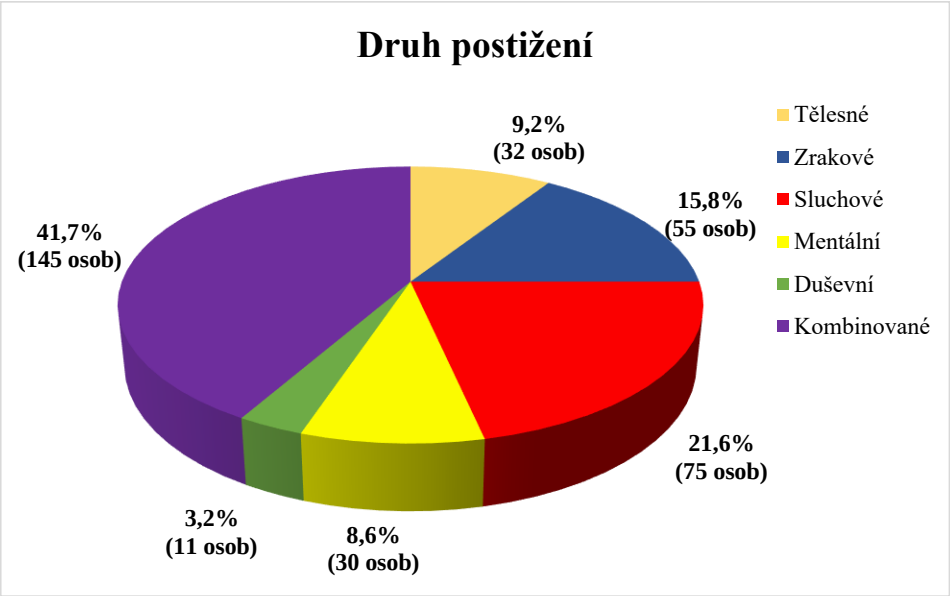


2. Otázka B – Druh postižení respondentů

Druhá otázka se ptala respondentů na druh postižení. V této otázce nebyly při vyhodnocování dat zastoupeny všechny nabízené odpovědi. Žádný z respondentů nezvolil odpověď vnitřní postižení. Skutečnost si vysvětluji faktem,

že respondenti nebyli seznámeni s informacemi, které nemoci do této kategorie spadají. Nejčastěji respondenti odpovídali, že má jejich postižení kombinovanou formu – 41,7 %. Druhá nejčastější označovaná odpověď – sluchové postižení – 21,6 % osob. Nejméně zastoupená možnost naopak byla odpověď respondentů – duševní postižení – 3,2 %.

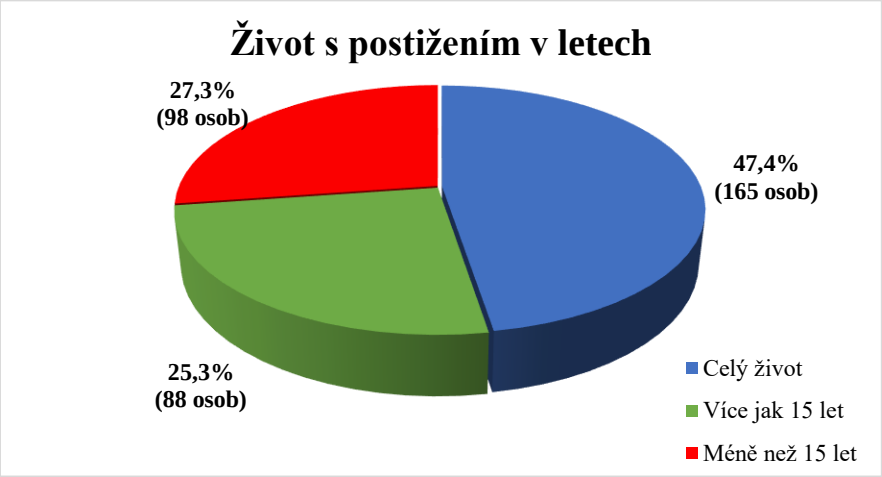
Graf 2 – Druh postižení respondentů



3. Otázka C – Život s postižením v letech

Tato otázka má pro představu zmapovat, jak dlouho respondenti se svým postižením žijí. Jak dlouho se již potýkají se všemi úskalími, které ze života s postižením plynou. Nabízeny byly 3 odpovědi – Celý život, více jak 15 let, méně jak 15 let. Z celkového počtu respondentů žije s postižením celý život 47,4 % osob. Odpověď méně než 15 let vybralo 27,3 % osob a poslední odpověď více jak 15 let zvolilo 25,3 % respondentů.

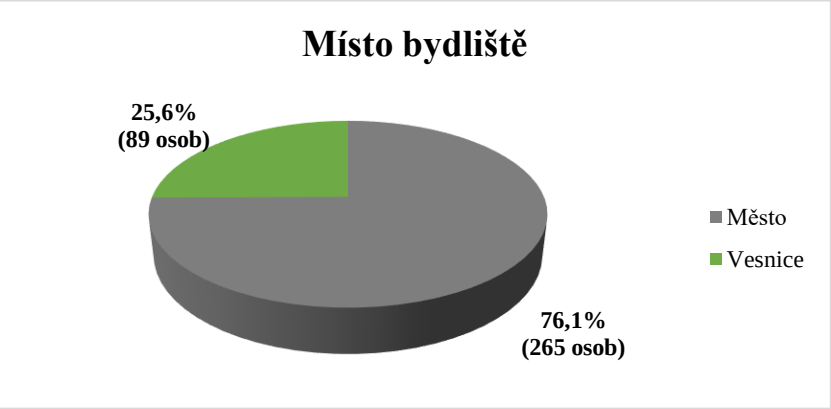
Graf 3 – Život respondentů s postižením v letech



4. Otázka D – Místo bydliště respondentů

Pro výzkum je důležitá také představa o bydlišti respondentů. Z výsledku je možné vyvozovat závěry i pro můj výzkum. Z celkového počtu respondentů pochází 76,1 % z města a zbývajících 25,6 % bydlí na vesnici.

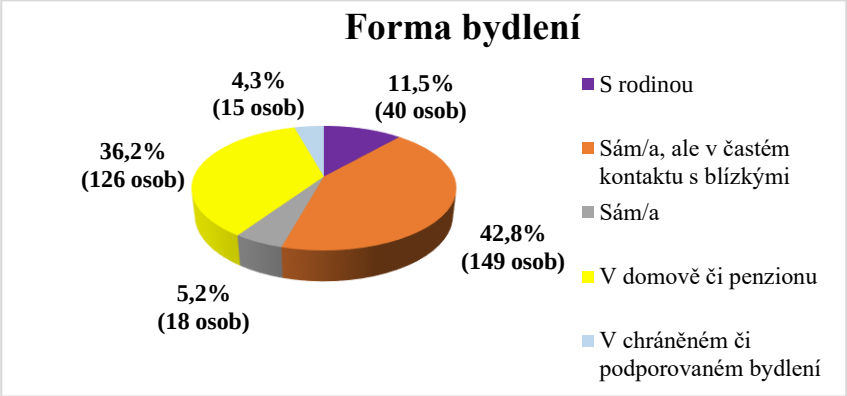
Graf 4 – Místo bydliště respondentů



5. Otázka E – Forma bydlení

Jinak vnímají sociální práci a soc. pracovníka lidé se ZP žijící sami nebo např. ve společné domácnosti s někým dalším, ad. Z respondentů, kteří zodpověděli dotazník, žije největší počet sám, ale v častém kontaktu s blízkými – 42,8 %. Druhou největší skupinou v mém výzkumu jsou osoby se ZP žijící v domově či penzionu a to 36,2 %. V nízké míře jsou pak zastoupeny odpovědi „žiji s rodinou“ – 11,5 % , „žiji sám“ – 5,2 % a „žiji v chráněném či podporovaném bydlení“ – 4,3 % osob.

Graf 5 – Forma bydlení respondentů

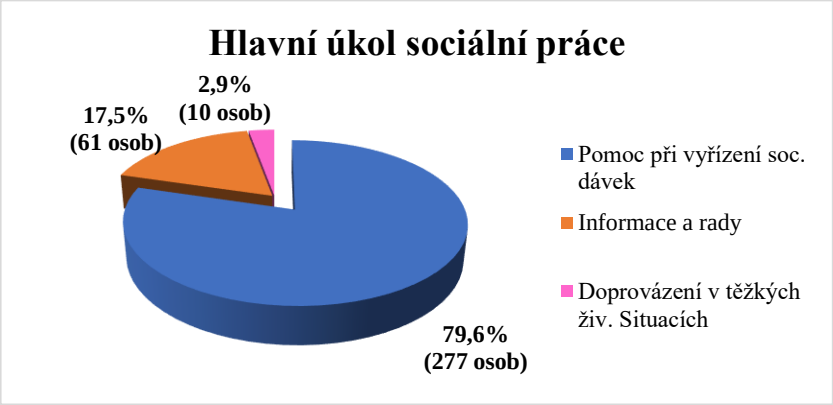


Následující grafy jsou názorným vyhodnocením hlavních otázek dotazníku.

1. Otázka č. 1 – Hlavní úkol sociální práce dle respondentů

V jedné ze stěžejních otázek pro můj výzkum zkoumám názor osob se ZP na úkol sociální práce. Otázka je otevřená a odpovědi respondentů jsem rozdělila a zařadila do následujících skupin – „Pomoc při vyřízení soc. dávek“, „Informace a rady“ a „Doprovázení v těžkých živ. Situacích“. Nejčastěji zmiňovanou odpovědí respondentů v dotazníku byla první zmíněná „Pomoc při vyřízení sociálních dávek“ (administrativa s tímto spojená, jednání na úřadech), odpovědělo 79,6 % osob. Druhou nejčastější odpovědí dotazovaných bylo poskytnutí informací či rad – ohledně změn v zákoně, o možnostech pomoci lidem s postižením, atp. Odpovědi v této, mnou pojmenované, kategorie „Informace a rady“ tvoří 17,5 % respondentů z celkového výzkumu. Pouze 2,9 % dotazovaných se zařadilo svou odpovědí do mé pracovně nazvané kategorie „Doprovázení v těžkých životních situacích“.

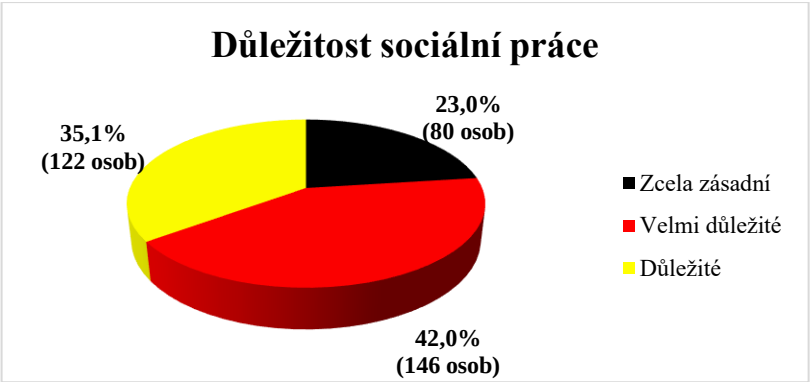
Graf 6 – Hlavní úkol sociální práce pohledem respondentů



2. Otázka č. 2 – Důležitost sociální práce pro osoby se ZP

Následující graf zobrazuje vyhodnocení uzavřené otázky týkající se názoru lidí se ZP na důležitost sociální práce pro tuto cílovou skupinu. Pouze 23 % respondentů považuje sociální práci za zcela zásadní. Největší skupina respondentů považuje sociální práci za velmi důležitou a to 42 % osob. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí na tuto otázku je odpověď „Důležitá“ – 35,1 % dotazovaných.

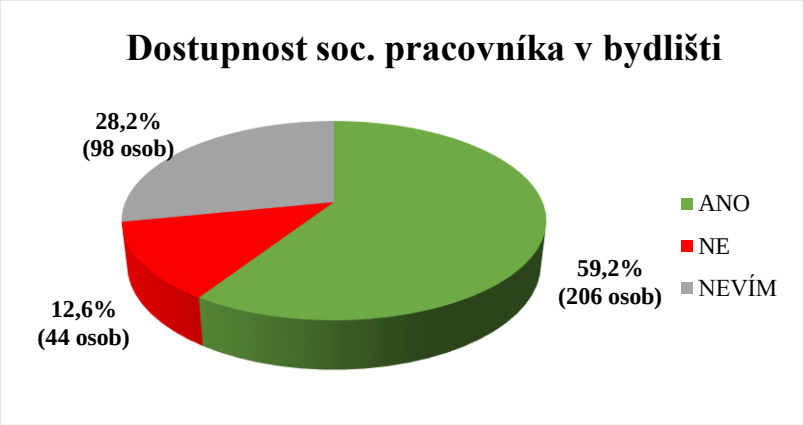
Graf 7 – Důležitost sociální práce pohledem respondentů



3. Otázka č. 3 – Dostupnost soc. pracovníka v bydlišti respondentů

Otázka č. 3 zjišťuje dostupnost sociálního pracovníka pro respondenty v jejich bydlišti. Až 59,2 % respondentů má povědomí, že je sociální pracovník v jejich bydlišti dostupný a ví, na koho a kam se mohou obrátit. 28,2 % dotazovaných nemá v místě bydliště dostupného sociálního pracovníka, v případě potřeby by museli dotazovaní dojíždět. Zbylých 28,2 % respondentů neví, zda je v místě bydliště dostupný sociální pracovník.

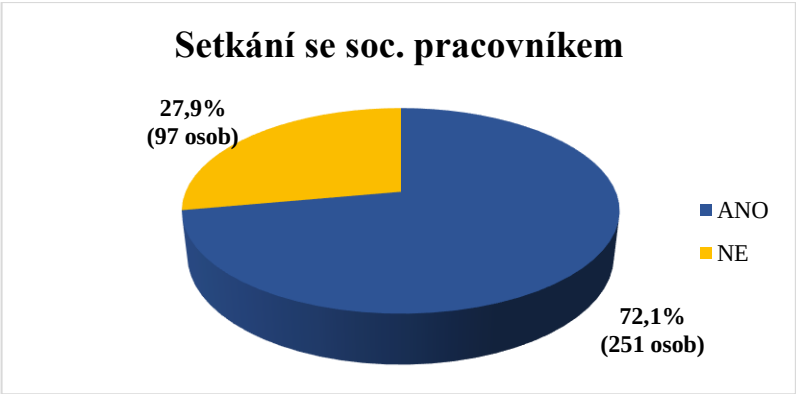
Graf 8 – Dostupnost sociálního pracovníka v bydlišti dotazovaných



4. Otázka č. 4 – Setkání respondentů se sec. Pracovníkem

Otázka 4. je polootevřená. Zjišťuje, zda se dotazovaní již se sociálním pracovníkem setkali a pokud ano, při jaké příležitosti. Tato odpověď byla zastoupena většinou – 72,1 % osob. Nejčastější příležitostí, při které se dotazovaní se sociálním pracovníkem setkali , bylo jednání na úřadě. Zbývajících 27,9 % respondentů se se soc. pracovníkem dosud nesetkalo.

Graf 9 – Setkání respondentů se soc. pracovníkem



5. Otázka č. 5 – Prosba o pomoc od soc. pracovníka

Následující otázka je uzavřená selektivní. Cílem otázky je zjistit, zda dotazovaní již někdy požádali sociálního pracovníka o pomoc. Zde překvapivě pouze 39,7 % osob o pomoc požádalo. Zbývající většina 60,3 % osob sociálního pracovníka o pomoc nežádalo. Respondenti, kteří odpověděli na otázku „NE“ vynechávají otázku č.6 a jsou odkázáni na otázku č. 7.

Graf 10 – Oslovení soc. pracovníka s prosbou o pomoc

6. Otázka č. 6 – V jaké záležitosti respondenti požádali o pomoc soc. pracovníka

Na tuto otázku odpovídají pouze ti z respondentů, kteří v otázce 5. odpověděli, že o pomoc sociálního pracovníka již někdy požádali. Otázkou zjišťuji, v jaké záležitost bylo o pomoc lidmi se ZP požádáno. Z části respondentů (138 osob) odpovědělo na otázku 51,4 % osob, že žádali o pomoc při vyřízení sociálních dávek. Další odpovědi byly procentuálně vyrovnané – 29,7 % respondentů odpovědělo, že požádali o doprovod při jednáních a 37,7 % osob uvedlo potřebu pomoci při úředních jednáních.

Graf 11 – Záležitost, ve které respondenti o pomoc požádali

7. Otázka č. 7 – Povaha a chování soc. pracovníka

Na otázku 7 již odpovídali opět všichni dotazovaní. Otázka zjišťuje, jaké jsou 3 nejdůležitější povahové rysy a chování sociálního pracovníka ve vztahu ke osobám se ZP. Odpovědi jsem opět řadila do mnou vytvořených pracovních kategorií. Více jak polovina dotazovaných na prvním místě uváděla dobré

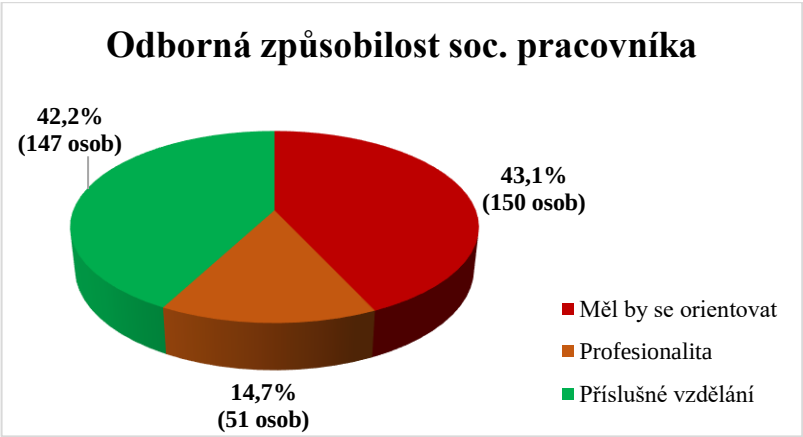
znalosti, vzdělání a přehled ve svém oboru – 61,2 % osob. V menší míře byly potom zastoupeny odpovědi - ochota pracovníka, vnímavost, trpělivost, zápal pro klientův problém – 24,1 % dotazovaných. Zbývajících 14,7 % osob na otázku odpovědělo, že neví.

Graf 12 – Důležité rysy povahy a chování soc. pracovníka dle respondentů

8. Otázka č. 8 – Odborná způsobilost soc. pracovníka

Další otázka dále zjišťuje názor osob se ZP na sociálního pracovníka. Zde zkoumá, jak respondenti vnímají odbornou způsobilost pracovníka. Vyrovnanými odpověďmi byly odpovědi „sociální pracovník by se měl dobře orientovat ve svém oboru“ – odpovědělo 43,1 % dotazovaných a „ sociální pracovník musí mít příslušné vzdělání“ – 42,2 % osob. Zbývající respondenti odpovídali, že by měl být profesionální a vystupovat seriózně – 14,7 % osob.

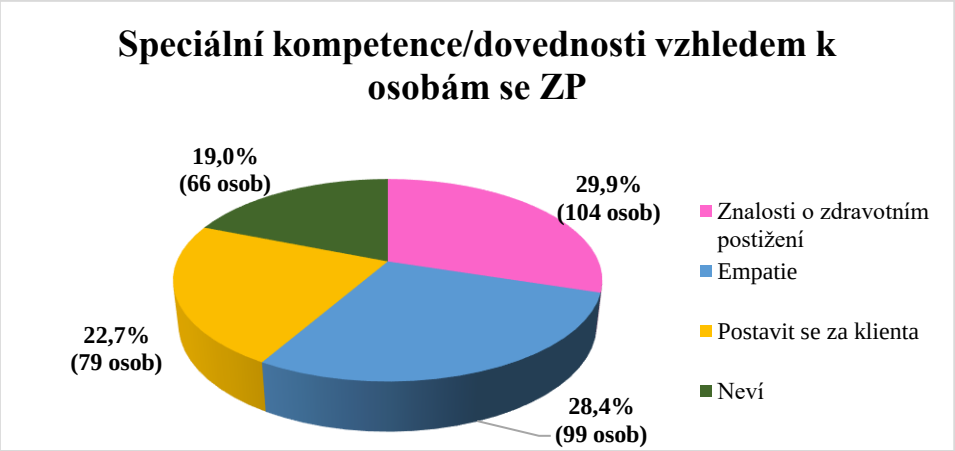
Graf 13 – Vnímání odbornosti soc. pracovníka respondenty



9. Otázka č. 9 – Speciální kompetence/dovednosti soc. pracovníka vzhledem k osobám se ZP

Otázka č.9 je další ze stěžejních. Zkoumá názor osob s postižením na kompetence, které by měl mít sociální pracovník ve vztahu ke zdravotnímu postižení. Opět odpovědi kategorizuji. U této otázky odpovědělo 19 % dotazovaných, že netuší, jaké kompetence by měl sociální pracovník mít. Respondenti, kteří na tuto otázku odpovídali konkrétně, se shodli nejčastěji odpověďmi v těchto kategoriích – „soc. pracovník by měl mít znalosti o zdravotním postižením“, „empatie“(soc. pracovník by měl být empatický) a „postavit se za klienta“(zájem o klientův problém, nasazení pro věc, řešení). Nejčastěji uváděné odpovědi spadající do kategorie „znalosti o zdravotním postižení“ – odpovědělo 29,9 % dotazovaných. Druhá nejčastější kategorie „empatie“ – odpovídalo 28,4 % respondentů a kategorie „postavit se za klienta“ – 22,7 % osob. Odpovědi jsou procentuálně téměř vyrovnané.

Graf 14 – Speciální dovednosti soc. pracovníka vzhledem k osobám se ZP

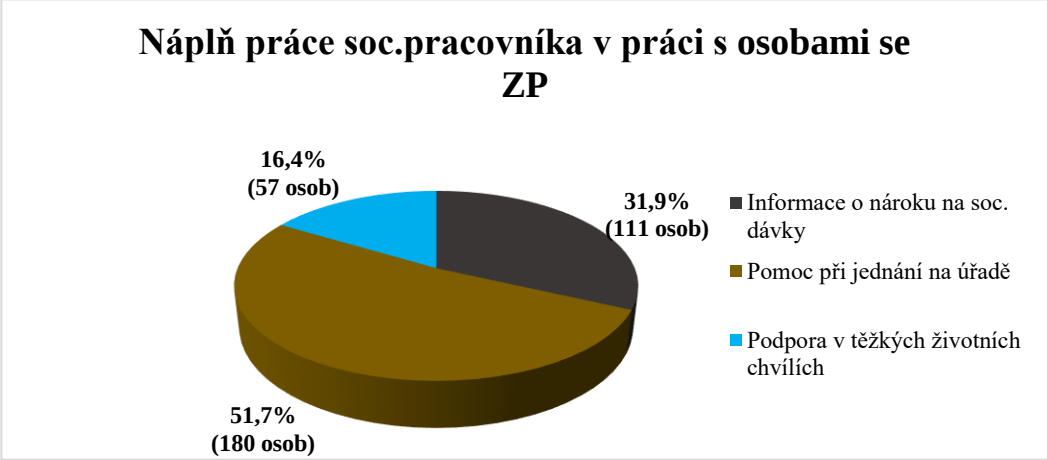


10. Otázka č. 10 – Náplň práce soc. pracovníka v práci s osobami se ZP

Otázka č. 10 zjišťuje názor respondentů na práci sociálního pracovníka, co by měl soc. pracovník být schopen pro klienta vykonat, jak by měl klientovi pomoci. Opět jsem nejčastější odpovědi kategorizovala. Nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou respondenti, kteří očekávají pomoc při jednání na úřadech (doprovod, administrativa, jednání s jinými pracovníky) – odpovídalo až 51,7 % osob z celkového počtu. Méně početnou skupinou jsou pak respondenti, kteří

očekávají od sociálního pracovníka informace o nároku na sociální dávku (pomoc při zlepšení finanční situace) – odpovídalo 31,9 % dotazovaných. Zbývající skupina 16,4 % osob odpověděla, že očekávají podporu v těžké životní situaci (rozhovor, rada).

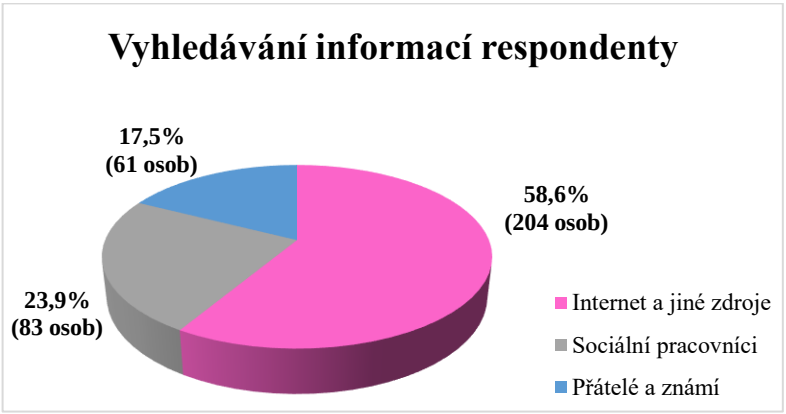
Graf 15 – Náplň práce soc. pracovníka dle osob se ZP



11. Otázka č. 11 – Vyhledávání informací respondenty

Poslední otázka dotazníku zkoumá preference dotazovaných při zjišťování informací. Jedná se o otázku uzavřenou a respondenti měli na výběr z několika odpovědí: informace si zjišťuje sám, informace si zjišťuje od soc. pracovníku, informace zjišťuje od přátel a známých. Více jak polovina dotazovaných si informace zjišťuje sama z internetových zdrojů a to 58,6 % osob. Druhá skupina informace zjišťuje od sociálních pracovníků – 23,9 % osob a poslední skupina dotazovaných – 17,5 % - zjišťuje potřebné informace od známých a přátel.

Graf 16 – Vyhledávání informací respondenty



4.2.2 Interpretace dat a ověření hypotéz

Při ověřování hypotéz se zaměřím nejprve na hypotézy vedlejší (pracovní), jejichž ověření mi následně dopomůže při ověření hlavní hypotézy a zodpovězení výzkumné otázky. Realizace výzkumného šetření mi přinesla následující zjištěné informace:

Největší část populace osob se zdravotním postižením na Bruntálsku tvoří muži, a to 60,1 % ze všech zúčastněných respondentů. Menšinu pak tvoří ženy – 39,9 % osob. Zjištěné výsledky z Bruntálska nepotvrzují celorepublikové údaje zjištěné v roce 2013 ČSÚ. Z realizovaného celorepublikového výsledku vyplývá, že ženy se zdravotním postižením (52 %) převažují skupiny mužů se ZP (ČSÚ, 2014 [online]). Na Bruntálsku je tomu naopak.

Nejrozšířenějším druhem postižení u osob se ZP na Bruntálsku je postižení kombinované – 41,7 % dotazovaných. Dalšími rozšířenými druhy postižení jsou sluchové (21,6 % osob) a zrakové (15,8 % osob). V zastoupení jsou také tělesné postižení (9,2 % osob), mentální postižení (8,6 % osob) a nejméně zastoupený druh postižení na Bruntálsku je duševní postižení (3,2 % osob). Žádný z respondentů nezvolil odpověď vnitřní postižení. Tuto skutečnost lze vykládat dvojím způsobem – vnitřní postižení není mezi osobami se zdravotním postižením na Bruntálsku zastoupeno nebo tyto osoby nemají znalost, jaké postižení (či nemoci) do této skupiny řadíme. Shrnu-li získaná data, mohu informaci zobecnit a shrnout, že nejčastějším druhem postižením u osob se ZP na Bruntálsku je postižení kombinované. Dle ČSÚ převládá v ČR postižení vnitřní (41,9 %) a tělesné (29,2 %) (Kotýnek 2014). Na Bruntálsku je tomu jinak a převažuje postižení kombinované (41,7 %).

V další otázce jsem zjišťovala dobu života s postižením u osob se ZP na Bruntálsku. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď, že se zdrav. postižením žijí celý život, což znamená, že mají postižení vrozené – 47,4 %. Další skupiny respondentů pak odpověděli, že žijí s postižením méně nebo více jak 15 let. Tato skupina má postižení získané a z celkového počtu tvoří – 52,6 %. Mohu tedy zobecnit, že více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku, má

postižení získané. Tento údaj potvrzuje i celorepublikový výzkum ČSÚ, kdy skupina osob se získaným postižením tvoří 86,3 % (ČSÚ, 2014 [online]).

Další zkoumanou veličinou je bydliště respondentů. Tuto skutečnost zjišťuji dvěma otázkami. První otázka se ptá, zda respondenti bydlí na vesnici či ve městě. Z výzkumného šetření vyplývá, že nadpoloviční většina bydlí ve městě, a to 76,1 %. Druhá otázka, zjišťující formu bydlení osob se zdravotním postižením na Bruntálsku, se ptá, zda dotazovaní bydlí sami, s rodinou, v pobytovém zařízení, či v chráněném bydlení. Největšími skupinami v mém výzkumu jsou osoby se ZP, které žijí sami, ale v častém kontaktu s blízkými (42,8 %) a skupina osob, která žije v pobytovém zařízení (36,2 %). Z výzkumu tedy vyplývá, že nejvíce osob se ZP na Bruntálsku žije ve městě a žijí sami, v častém kontaktu s blízkými nebo v pobytovém zařízení.

Druhá část dotazníku se již věnuje konkrétním otázkám, které se týkají názoru osob se zdravotním postižením na sociální práci a sociálního pracovníka. Data získaná otázkami druhé části dotazníku, také ověřují stanovené hypotézy.

První otázka zjišťuje, co respondenti považují za hlavní úkol sociální práce. Drtivá většina dotazovaných odpověděla, že za hlavní úkol sociální práce považují pomoc při vyřízení soc. dávek (79,6 %). V nižším procentu jsou pak také zastoupeny odpovědi dotazovaných, že hlavním úkolem sociální práce shledávají poskytování informací a rad (17,5 %) a doprovázení v těžkých životních situacích (2,9 %). Výsledky získané odpověďmi respondentů potvrzuje teorie Havrdové: *„Sociální práce jako činnost je profesionální aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin, komunit a společnosti využíváním prostředků analýzy a komunikace, profesionálním utvářením a usnadňováním vzájemné interakce (organizováním, vyjednáváním) a realizací a změnou legislativních a společenských podmínek, s cílem ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti.“* (Havrdová 1999: 154) Všechny odpovědi respondentů potvrzují, že hlavním úkolem sociální práce vnímají aktivity vedoucí ke zlepšení podmínek a pomoc pro znevýhodněné osoby. Výsledky získané vyhodnocením otázky č. 1 také ověřuji pracovní hypotézu *VH1* - Více *jak 70 % osob se zdrav. postižením na Bruntálsku považuje za hlavní úkol sociální práce pomoc při vyřizování sociálních dávek.* Jelikož na tuto otázku odpovědělo 79,6 % respondentů odpovědí, že za hlavní úkol sociální práce

považují pomoc při vyřízení sociálních dávek, **pracovní hypotéza VH1 je potvrzena**. Předpoklad více jak 70 % je převýšen o 9,6 %.

Uzavřená otázka č. 2 zjišťuje od dotazovaných, zda shledávají pro svůj život sociální práci jako důležitou. Z nabízených odpovědí nejčastěji volenou možností byla odpověď „velmi důležitá“ (42 %), druhou nejfrekventovanější odpovědí pak je odpověď dotazovaných, že sociální práci shledávají za důležitou (35,1 %). Zobecním-li získaná data, mohu říci, že osoby se zdravotním postižením na Bruntálsku považují sociální práci za velmi důležitou pro život osob s postižením. Pracovní hypotéza *VH2 – Více jak polovina respondentů považuje sociální práci v systému péče o osoby se zdrav. Postižením za důležitou,* předpokládá, že více jak 50 % dotazovaných odpoví na otázku nabízenou odpovědí „důležitá“. Při vyhodnocení dotazníků odpovědělo touto odpovědí 35,1 % respondentů. Vyhodnocená data proto pracovní **hypotézu VH2 nepotvrzují**.

Třetí otázka zjišťuje informovanost respondentů o dostupnosti sociálního pracovníka v místě bydliště. Tato uzavřená otázka má 3 nabízené odpovědi: ANO, NE (musím dojíždět), NEVÍM. Z celkového počtu dotazovaných více jak polovina respondentů odpověděla odpovědí „Ano, vím na koho a kam se obrátit“ (59,2 %). Mohu tedy zobecnit data výzkumu a říci, že více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku ví, kam a na koho se mohou obrátit pro pomoc v sociální sféře. Pracovní hypotéza VH3 tvrdí, že *Lidé se zdrav.pos. žijící na Bruntálsku mají v polovině případů přehled o dostupnosti sociálního pracovníka v jejich bydlišti.* Jelikož výzkumná data vypovídají, že odpověď „ANO“ zvolilo 59,2 % osob, **hypotéza se tímto potvrzuje** a převyšuje předpoklad o 9,2 %.

Následující otázka je jedna z mála polootevřených otázek dotazníku. Otázka č.4 zjišťuje, zda se dotazovaní již setkali nebo se aktivně setkávají se sociálním pracovníkem. Odpověděli-li respondenti odpovědí „ANO“, následoval prostor pro vyjádření, při jakých příležitostech se se soc. pracovníkem setkávají. Z výzkumného šetření vyplynulo, že velká část dotazovaných se již se soc. pracovníkem setkala nebo setkává a to 72,1 %. Mezi nejčastěji doplňované odpovědi, při jaké příležitosti, patří – při úředních jednáních, v pobytovém zařízení, v sociálně-terapeutických dílnách. Zbývajících 27,9 % dotazovaných odpovědělo, že se se sociálním pracovníkem dosud nesetkalo. Jelikož počet respondentů s odpovědí „ANO“ převyšuje respondenty odpovídající na otázku

„NE“, mohu tedy vyvodit z výsledků, že **hypotéza VH4** – *Většina dotazovaných se již se sociálním pracovníkem ve svém životě setkala* **je tímto ověřena**.

Pro doplnění informací o názoru osob se zdravotním postižením na Bruntálsku na sociální práci a sociálního pracovníka je důležité zjistit také, zda osoby se ZP samy požádaly soc. pracovníka o pomoc. Tato otázka je také jedinou selektivní otázkou dotazníku. Ti dotazovaní, kteří odpověděli na otázku „o pomoc nepožádali“, neodpovídali na následující otázku č.6 a v dotazníku pokračovali dále otázkou č.7. Vzhledem k prostudování dřívějších realizovaných výzkumů ohledně soc.práce a vnímání veřejností (Fischerová 2014) nebo práce zabývající se kritickou sociální prace a osobami se zdravotním postižením (Firbasová 2013), ve kterých autorky zmiňují náročnost sociální práce a její postavení v očích společnosti. Realizované výzkumy prokazují, že sociální práce je brána převážně jako administrativní činnost či prostředek ke zlepšení životní situace v oblasti financí (sociální dávky, služby) (Fischerová 2014). Proto ani výsledky této otázky nebyly překvapením. Nadpoloviční většina respondentů odpověděla, že o pomoc sociálního pracovníka doposud nepožádala – 60,3 %. Zbývajících 39,7 % dotazovaných přiznalo, že již o pomoc soc. pracovníka požádali. Nejčastěji uváděnými oblastmi byly pomoc a rada při řešení finanční situace, rada pro poskytnutí soc. služeb klientovi, pomoc při vyřizování soc. dávek. Zobecním-li získaná data, mohu říci, že pouze 1/3 osob se ZP na Bruntálsku, požádá dobrovolně sociálního pracovníka o pomoc ve své komplikované životní situaci. Na otázku č.6 pak odpovídá pouze část dotazovaných, kteří na otázku č.5 odpověděli kladně. Z této skupiny odpovědělo 51,4 % dotazovaných, že nejčastěji žádají o pomoc při vyřizování sociálních dávek. Druhá skupina 37,7 % respondentů odpovídá, že žádají o pomoc soc. pracovníka při jednání na úřadech. Poslední skupinu tvoří 29,7 % osob, které žádají o pomoc v záležitostech doprovázení osoby (např. jednání, obchodní pochůzky, ad.). Získané výsledky ověřují hypotézu *VH5 – Procento osob se zdrav.pos. na Bruntálsku, které o pomoc sociálního pracovníka doposud nepožádalo, je větší než procento osob se ZP, které o pomoc již požádalo (v oblastech administrativy, či jednání na úřadě)*. Vzhledem k faktu, že 60,3 % respondentů odpovědělo negativně a pouze 39,7% kladně a oblasti, ve kterých OZP žádají o pomoc jsou vyřízení soc. dávek, jednání na úřadech a doprovod, což odpovídá výroku vedlejší hypotézy VH5, je vedlejší **hypotéza VH5 potvrzena**.

Následující 3 otevřené otázky se věnují představám osob se ZP o sociálním pracovníku. Otázky zjišťují, co od sociálního pracovníka zdravotně postižení očekávají, jaké by měl mít schopnosti, povahu, odbornou způsobilost, ad. Získaná data z odpovědí na tyto 3 otázky ověřují vedlejší hypotézu H6 a zároveň jsou stěžejní pro ověření hlavních hypotéz. Otázka č. 7 zjišťuje názor OZP na povahu a chování sociálního pracovníka. Zjišťuje představy a požadavky OZP na sociálního pracovníka. Mnou přidělený název kategorie „Mít znalosti" obsahuje tyto odpovědi respondentů - oblast znalostí, vzdělání, všeobecný přehled v oboru. Tato kategorie tvoří 61,2 % všech odpovědí respondentů. Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí je pracovně nazvaná kategorie „Empatický pracovník" (ochotný, vnímavý, trpělivý, vstřícný, milý) – 24,1 %. Zbývajících 14,7 % respondentů uvedlo odpověď nevím. Tuto skutečnost si vysvětluji nechutí na tuto otázku odpovídat nebo malou znalostí sociální práce a sociálního pracovníka. Otázkou č. 8 se ptám respondentů na jejich názor na odbornost sociálního pracovníka. Vyrovnanými kategoriemi jsou skupiny odpovědí „Měl by se dobře orientovat v oboru" – 43,1 % a „měl by mít příslušné vysokoškolské vzdělání" – 42,2 %. Zbývajících 14,7 % osob žádá od sociálního pracovníka profesionalitu. Poslední otázkou, věnující se osobě sociálního pracovníka, je otázka č. 9. V této otázce zjišťuji názor OZP na speciální dovednosti/kompetence, které by měl pracovník mít ve vztahu k osobám se ZP. Nejčastějším požadavkem OZP je znalost zdravotního postižení klienta sociálním pracovníkem – 29,9 %. Menší procento tvoří představy OZP o empatickém sociálním pracovníku – 28,4 %. O něco nižší procento tvoří skupina odpovědí, kdy zdravotně postižení požadují, aby byl pracovník nasazen pro jejich problém, aby se postavil za klientovo právo – 22,7 %. Zbývajících 19 % respondentů odpovědělo, že neví. Zobecním-li získaná data, mohu říct, že za největší kvality sociálního pracovníka považují osoby se zdrav. postižením na Bruntálsku vzdělání pracovníka v oboru (61,2 %) a empatii pracovníka (2.nejčastěji uváděná odpověď v otázce 7 (24,1 %) a otázce 9 (28,4 %). Těmito výsledky ověřuji vedlejší hypotézu *VH6 – Za nejdůležitější kvality soc. pracovníka považují osoby se zdrav. postižením na Bruntálsku primárně empatii a vzdělání v oboru a* mohu říci, že **je tímto hypotéza potvrzena**.

Otázka č. 10 je poslední otázkou dotazníku týkající se názoru osob se ZP na sociálního pracovníka. Tato otázka je shrnující a ptá se respondentů, co by měl

sociální pracovník být schopen pro klienta udělat, jaká by měla být náplň soc. pracovníka. Tato otázka žádá od respondentů závěrečné shrnutí očekávání od soc. pracovníka. Dle dotazovaných nejčastěji očekávají pomoc soc. pracovníka v oblasti jednání na úřadě – 51,7 %. Druhou nejčastější odpovědí ptající se na náplň soc. pracovníka je poskytnutí informací o nároku na soc. dávky – 31,9 %. Pouze 16,4 % dotazovaných odpovědělo, že očekávají podporu v těžkých životních situacích. Mohu tedy tvrdit, že osoby se zdravotním postižením na Bruntálsku nejčastěji očekávají od náplně práce sociálního pracovníka pomoc při úředních jednáních. Získané informace korespondují s vedlejší hypotézou *VH7 – Lidé se zdrav. Postižením na Bruntálsku ve většině případů očekávají od soc. pracovníka pomoc při úředních jednáních*. Zjištěné informace tedy **hypotézu potvrzují.**

Poslední otázkou dotazníku zjišťuji, kde osoby se zdrav. postižením vyhledávají potřebné informace. Otázka je polootevřená, výběr ze 3 odpovědí a možností doplnit odpověď, dle svého uvážení. Nejčastěji volená odpověď respondentů je odpověď, že si hledají informace na internetu nebo jinými zdroji – 58,6 %. Další skupinou jsou respondenti, kteří si zjišťují potřebné informace od přátel a známých 17,5 %. A poslední skupinou jsou osoby se ZP, kteří informace vyptávají od sociálních pracovníků 23,9 %. Závěrečná sumarizace této otázky je tedy následující – pouze 23,9 % z celkového počtu respondentů využívá služeb soc. pracovníku při zjišťování potřebných informací. Zbývajících 76,1 % si zjišťují informace na internetu nebo od přátel a známých. Dle těchto informací mohu ověřit vedlejší hypotézu *VH8 – Více jak polovina OZP na Bruntálsku se informuje o soc. práci na internetu a od přátel, nikoli od sociálních pracovníků.* Jelikož informace od sociálních pracovníků zjišťují osoby se ZP na Bruntálsku pouze 23,9 % dotazovaných, poslední pracovní **hypotéza je potvrzena**.

Nyní po ověření všech pracovních hypotéz, se mohu zaměřit na ověření hypotéz hlavních.

Hlavní hypotézy:

H1 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením žijících na Bruntálsku vnímá sociální práci jako administrativní.

H2 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku vnímá sociálního pracovníka jako zprostředkovatele dávek.

Díky veškerým získaným datům a ověření vedlejších hypotéz mohu vyvodit následující závěry: Při analyzování sebraných dat z dotazníků jednoznačně vyplývá, že sociální práce je osobami se zdravotním postižením na Bruntálsku vnímána jako velmi důležitá (viz. Pracovní hypotéza VH2). Hlavním úkolem sociální práce je, dle názoru zdravotně znevýhodněných na Bruntálsku, pomoc při zajištění lepších životních podmínek (viz. Pracovní hypotéza VH1). Primárním úkolem a náplní sociální práce je, dle uskutečněného výzkumného šetření, pomoc při vyřízení sociálních dávek, tedy zajištění lepších podmínek pro život (79,6 %). Jelikož při vyřizování sociálních dávek se sociální pracovník musí držet daného postupu, řídí se zákony a poskytuje potřebné informace o dané problematice, je tato práce definována jako administrativní (Musil 2008:66). Z výzkumného šetření tedy lze vyvodit závěr, že více jak polovina osob se zdrav. postižením na Bruntálsku považuje hlavním úkolem sociální práce administrativní činnost a s ní spojené úkony (vyřízení dávek, apod.). Tato teze tedy ve výsledku ověřuje *H1 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením žijících na Bruntálsku vnímá sociální práci jako administrativu.* **Hlavní hypotéza 1 je tímto potvrzena.**

Hned za první hlavní hypotézou stojí také druhá hlavní hypotéza, která s první úzce souvisí - *H2 - Více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku vnímá sociálního pracovníka jako zprostředkovatele dávek*. Dle Matouška jsou role sociálního pracovníka tyto: poradce, (socio)terapeut, koordinátor neboli manažer (Matoušek 2011: 24). Dále pak definuje Matoušek roli sociálního pracovníka dle etického kodexu sociálních pracovníku České republiky: *„Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů.“* (Matoušek 2003: 370) Tato definice koresponduje s druhou hlavní hypotézou, která tvrdí, že lidé se ZP na Bruntálsku vnímají soc. pracovníka jako zprostředkovatele dávek. Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastěji očekávanou pomocí od soc. pracovníka je jednání na úřadě – 51,7 % a poskytnutí informací o nároku na soc. dávky – 31,9 %. Tento fakt také potvrzuje ověřená pracovní hypotéza H7 - *Lidé se zdrav. Postižením na*

Bruntálsku ve většině případů očekávají od soc. pracovníka pomoc při úředních jednáních. V celkovém součtu tedy 83,6 % všech dotazovaných očekává od sociálního pracovníka pomoc při poskytnutí dávek, radou či přímo pomoc při vyřizování dávek na úřadech. Výsledné číslo 83,6 % tedy potvrzuje druhou hlavní hypotézu, která tvrdí, že *Více jak polovina osob se zdravotním postižením na Bruntálsku vnímá sociálního pracovníka jako zprostředkovatele dávek.* Tímto je i **druhá hlavní hypotéza výzkumu potvrzena**.

Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak osoby se zdravotním postižením chápou sociální práci v regionu Bruntálsko a jaká očekávání mají OZP na Bruntálsku od sociálního pracovníka. Potřebné informace a odpovědi jsem získala kvantitativním šetřením. Výzkumu se účastnili klienti sociálních služeb na Bruntálsku a díky ochotě sociálních pracovníků oslovených služeb se mi podařilo sebrat velké množství dat. Návratnost rozeslaných dotazníků je téměř 64%, což považuji za velký úspěch. Záměrem empirického šetření bylo zjistit názor a očekávání osob se zdravotním postižením vztahující se k sociální práci a sociálním pracovníkům. Osloveny byly jak osoby se zdravotním postižením využívající sociálních služeb na Bruntálsku, tak osoby v domácí péči. Doposud jsou prezentovány potřeby osob se zdravotním postižením v rámci sociálních služeb a poskytovaných sociálních dávek. Empirické šetření proto má vést k lepšímu a celistvému pochopení potřeb osob s postižením a ujasnění, zda jsou očekávání osob s postižením vůči sociálním pracovníkům reálná.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že více jak polovina oslovených respondentů považuje sociální práci za administrativní a hlavním úkolem sociální práce ve vztahu k osobám se zdravotním postižením je pomoc při stabilizaci finančních zdrojů – vyřízení dávek či jednání na úřadech. Taktéž druhá část cíle diplomové práce, která se věnuje osobě sociálního pracovníka, byla vyhodnocena ve velmi podobném duchu. Více jak polovina dotazovaných považuje osobu sociálního pracovníka za zprostředkovatele sociálních dávek či za poradce při nároku na dávky a vyřízení potřebné administrativy na úřadech. Mezi odpověďmi se objevily taktéž výjimky, které považují osobu sociálního pracovníka za osobu doprovázející při těžké životní situaci. Těchto odpovědí však bylo minimum.

Výsledky výzkumu na Bruntálsku tedy potvrzují stále zakořeněné představy a předsudky o sociální práci a sociálních pracovnících. Zde vidím velký potenciál pro změnu stávajících sociálních pracovníků a také pro kvalitnější vzdělávání budoucích sociálních pracovníků.

Díky podpoře a pomoci sociálních pracovníků organizací jsem mohla realizovat empirické šetření s vysokou návratností. Tento fakt shledávám silnou stránkou své práce. Spolupráce se sociálními pracovníky a jejich zájem

a angažovanost při mé práci, dává možnost zlepšení kvality sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením na Bruntálsku, což považuji za další silnou stránku výzkumu i celé práce.

Empirické šetření jsem realizovala ve vybraných službách pro OZP na Bruntálsku. Okres Bruntál však nepatří rozlohou mezi velké okresy a výzkum nebyl realizován ve všech sociálních službách pro osoby se zdrav. postižením na Bruntálsku. Výsledky mého šetření tedy mohou být tímto faktem zkresleny, jelikož nebyl výzkum realizován ve všech sociálních službách a taktéž se distribuovaný dotazník nemusel dostat např. k pečujícím osobám. Toto považuji za slabou stránku empirického šetření. Jelikož nemám mnoho zkušeností s realizací kvantitativního empirického šetření, považuji tento fakt za další limit diplomové práce.

Přínos mé diplomové práce vidím v předložení výsledků dat konkrétním sociálním pracovníkům a organizacím, tudíž konkrétní osoby sociálních pracovníků mohou pracovat na zlepšení svého vzdělání, profesionalizaci a zkvalitnění služeb pro OZP na Bruntálsku. I když je můj výzkum realizován na malé části území České republiky, výsledky empirického výzkumu mohou sloužit jako impuls ke změně a přístupu v práci sociálních pracovníků s lidmi se zdravotním postižením. Změna v chápání potřeb osob s postižením musí začít již na vysokých školách při vzdělávání nové generace sociálních pracovníků a výsledky mého výzkumu mohou být impulzem k této změně.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá osobami se zdravotním postižením na Bruntálsku a jejich názorem na poslání a význam sociální práce. Práci jsem rozdělila na dvě stěžejní části, část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část sestává ze tří hlavních kapitol, ve kterých se věnuji nejdůležitějším pojmům týkajících se tématu práce. V první kapitole píši o sociální práci, o cílech a poslání sociální práce. Dotýkám se problematiky nejednotnosti definice sociální práce, také důležitostí teorií v sociální práci. Pomocí odborné literatury vysvětluji také pojem sociální pracovník, jeho náplň práce, role, které zastává v sociální práci a taktéž se věnuji povaze sociálního pracovníka a jeho vzdělání. Ve druhé kapitole popisuji sociální práci s osobami se zdravotním postižením, krátce se věnuji zdravotnímu postižení a bariérám, které musí osoby se zdrav. postižením překonávat. Část této kapitoly je věnována sociálním službám a dávkám pro osoby se zdrav. postižením. Poslední třetí kapitola teoretické části je věnována sociálním službám pro osoby se zdrav. postižením na Bruntálsku.

Empirická část představuje metodologii výzkumu a seznamuje s pilotáží výzkumu. Důležitou součástí kvantitativního šetření je stanovení hypotéz. V diplomové práci definuji dvě hypotézy hlavní a také osm hypotéz vedlejších. Po stanovení hypotéz jsem provedla operacionalizaci. Poté jsem již graficky vyhodnotila výsledky získaných dat a podrobila výsledky analýze a interpretaci. Poslední kapitolou práce je diskuze.

Cílem práce jsem zvolila zjistit, jak osoby se zdravotním postižením chápou sociální práci v regionu Bruntálsko a jaká očekávání mají OZP na Bruntálsku od sociálního pracovníka. Naplnění cíle práce je zřejmé při vyhodnocení hypotéz a analýze dat. Provedené empirické šetření na Bruntálsku ukázalo, že osoby se zdravotním postižením vnímají hlavním úkolem sociální práce ve vztahu k OZP administrativní činnost a s ní spojené úkony (vyřízení dávek, apod.). Co se týče osoby sociálního pracovníka musím konstatovat, že i když mezi vyhodnocenými daty nalezneme definování sociálního pracovníka jako partnera a osobu, která doprovází v těžkých životních situacích, stěžejním očekáváním osob se zdrav. postižením od sociálního pracovníka je pomoc při poskytnutí dávek, radou či přímo pomoc při vyřizování dávek na úřadech. Tyto

výsledky potvrzují mé domněnky a poukazují na důležitost finanční stability osob se zdrav. postižením.

Výsledky výzkumu poukazují na nejdůležitější potřeby z pohledu samotných osob se zdrav. postižením. Poukazují na to, jak mohou být ostatní potřeby těchto osob opomínány právě z důvodu primárního řešení finanční stability. Sociální práce je tedy osobami se zdravotním postižením vnímána jako administrativní a očekávání pomoci od sociálních pracovníků je taktéž v rovině zajištění dávek či rady ohledně čerpání financí. Tento výsledek poskytuje obrovskou příležitost pro změnu přístupu sociálních pracovníků, ať už stávajících či studentů vysokých škol. Vnímat osoby se zdravotním postižením komplexně, se všemi potřebami, problémy či komplikacemi. Nebýt pouze prostředníkem pro poskytnutí dávek, ale být doprovázejícím v životně těžkých chvílích klientů. Sociální pracovník je důležitá profese a tato funkce by se měla stát posláním pro vykonávající osobu.

Výsledky práce poslouží také jako zpětná vazba pro sociální pracovníky organizací poskytující sociální služby na Bruntálsku. Organizace projevily hluboký zájem o výsledky dat, jelikož sociální pracovníci zde chtějí být flexibilní a chtějí se co nejvíce přiblížit požadavkům a přáním klientů. S výsledky mého výzkumu chtějí pracovat, sociální pracovníci i ostatní pracovníci organizací chtějí zlepšovat poskytované služby, bude-li potřeba. Výsledky empirického šetření přispějí ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb i přístupu sociálních pracovníků na Bruntálsku.

Bibliografický seznam

DISMAN M. 2018. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum

FIRBASOVÁ M. 2013. Kritická sociální práce jako východisko pro praxi sociální práce zaměřené na jedince se zdravotním postižením. Praha (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze, Filosofická fakulta, Katedra sociální práce.

FISCHEROVÁ K. 2014. Vnímání sociálních pracovníků veřejností. České Budějovice (Bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce.

FREIRE, P. 1972. *Pedagogy of the Oppressed.* Harmondsworth: Penguin Books Ltd.

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido

GIDDENS, A. 2013. *Sociologie*. Praha: Argo

GOFFMAN, E. 2003. *Stigma*. Praha: Slon

HANUŠ, P. 2007. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce/Sociálna práca*, roč. 7, č. 1, s. 5-6

HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium

HILL, M. 1983. *Understanding social policy*. Oxford : B. Blackwell & M. Robertson

KREBS, V. a kol. 2010. *Sociální politika*. 5.přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR

KRHUTOVÁ, L. 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert

MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál

MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál

MATOUŠEK, O. a kol. 2010. *Sociální práce v praxi: specifikace různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál

MATOUŠEK, O. 2011. *Paradigmata, teorie a přístupy v sociální práci*. In: Politiky a paradigmata sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme? sborník z konference. Zlín: Univerzita Tomáše Bati

MICHALÍK, J. 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce". *Sociální práce/Sociálná práca*, č. 2/2008

NAVRÁTIL, P. 1998. „Sociální práce jako sociální konstrukce." *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* č. 34 (1), s. 37-50

NAVRÁTIL, P. 2000. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu

NEČASOVÁ, M. 2001. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita

NOVOSÁD, L. 2006. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál

NOVOSÁD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdrav. a soc. znevýhodněním*. Praha: Portál

OLECKÁ, I., IVANOVOVÁ, K. 2010. *Metodologie vědeckovýzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2005. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených.* Brno: Masarykova univerzita

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením.* Brno: Masarykova univerzita

REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing

SKŘEHOT, P. 2009. *Ergonomie pracovních míst a pracovní podmínky zaměstnanců se zdravotním postižením*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing

SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením.* Praha: Portál

THOMPSON, N. 1992. *Existentialism and Social Work*. Aldershot: Avebury

ÚLEHLA, I. 2005. *Umění pomáhat*. Praha: Slon

VANČURA, J. 2007. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Barrister & Principal

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál

VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido

Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/28419 [akt. 2016-11-07]. [cit.2019-06-13]

Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_155_1995 [cit. 2019-06-12]

Zákon 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf [cit. 2019-06-12]

Zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf [cit. 2019-06-12]

Internetové zdroje

Česká správa sociálního zabezpečení [hlavní webová stránka]. [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobe-osetrovne

Český statistický úřad [hlavní webová stránka]. [cit. 2019-06-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416

Český statistický úřad [hlavní webová stránka]. [cit. 2019-06-11]. Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠPO 13. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb

Český statistický úřad [hlavní webová stránka]. [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xu/vspo-2018

Kotýnek J., 2014. V ČR byl zdravotně postižený každý desátý. Měsíčník ČSÚ [online].[cit. 2019-06-03]. Dostupné z: https://www.statistikaamy.cz/2014/04/v-cr-byl-zdravotne-postizeny-kazdy-desaty/

Město Bruntál. Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál. [online]. [cit. 2019-06-12] Dostupné z: http://socialnisluzby.mubruntal.cz/filtr

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [akt. 2019-04-29]. [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek

Ministerstvo vnitra. Invalidita a žádost o invalidní důchod. [online]. [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: https://portal.gov.cz/obcan/zivotni-situace/socialni-zabezpeceni/duchodove-pojisteni/invalidita-a-zadost-o-invalidni-duchod.html