

Národní institut dětí a mládeže
Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy



Situace mladých lidí s omezenými příležitostmi

Závěrečná zpráva

Řešitel: Miroslav Bocan
Spoluřešitel: Tereza Štursová

Praha, listopad 2006

Úvod

Předkládaný text je závěrečnou zprávou z výzkumného šetření „Situace mladých lidí s omezenými příležitostmi v České republice“, které bylo koncepčně analytickému a výzkumnému oddělení NIDM zadáno na podzim 2005 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Na jeho realizaci se začalo pracovat v únoru 2006.

Tematicky se šetření zaměřuje na mladé lidi s různými druhy handicapů. Domníváme se totiž, že lidé s handicapem jsou naší společností tolerováni, běžnou veřejností někdy až pozitivně diskriminováni. Ovšem v životně důležitých okamžicích mladého člověka, kterými může být přijetí ke studiu, získávání zaměstnání apod., je situace poněkud odlišná. Naší hypotézou je, že v těchto zásadních okamžicích ustupuje formální rovnost příležitostí stranou a projevuje se znevýhodnění dané handicapem.

Cílem projektu je poskytnout rámcový pohled na možnosti mladých lidí s handicapem ve věku přibližně 15 – 26 let. Zaměřili jsme se na mladé lidi s různými typy zdravotních postižení a dále na mládež se slabším kulturním a socioekonomickým zázemím¹. Obsahově projekt pokrývá témata zaměstnanosti, přístupu ke vzdělání, životní úrovni, volnočasových aktivit, účasti na životě společnosti a integrace do společnosti.

¹ Důvody, proč jsme si zvolili právě tyto druhy handicapu, vysvětlujeme v kapitole „Metodologie, popis výzkumu“.

Obsah

1. Metodologie, popis výzkumu.....	5
1.1. Focus group.....	6
1.2. Dotazník.....	7
1.3. Harmonogram.....	7
2. Soubor respondentů.....	8
2.1. Respondenti – focus group.....	8
2.2. Respondenti – dotazníkové šetření.....	9
2.2.1. Zdravotní handicap.....	11
2.2.2. Sociální handicap.....	12
3. Vzdělávání.....	13
3.1. Zdravotní handicap.....	13
3.2. Sociální handicap.....	18
4. Zaměstnání.....	22
4.1. Zdravotní handicap.....	22
4.2. Sociální handicap.....	25
4.3. Shrnutí kapitol Vzdělávání a Zaměstnání.....	28
5. Bydlení.....	28
5.1. Zdravotní handicap.....	29
5.2. Sociální handicap.....	32
6. Volný čas.....	35
6.1. Zdravotní handicap.....	36
6.2. Sociální handicap.....	40
7. Společnost.....	44
7.1. Zdravotní handicap.....	45
7.2. Sociální handicap.....	52
8. Závěry a doporučení.....	56
9. Přílohy.....	59
9.1. Příloha č. 1.....	59
9.2. Příloha č. 2.....	60

Seznam tabulek a grafů

Tab. č. 1: složení respondentů z focus group.....	8
Graf č. 1: vzdělání respondentů z focus group.....	8
Tab. č. 2: složení respondentů z dotazníkového šetření.....	9
Tab. č. 3: složení respondentů z dotazníkového šetření.....	9
Graf č. 2: složení respondentů z dotazníkového šetření v procentech.....	10
Tab. č. 4: seznam zařízení, zdravotní handicap.....	11
Tab. č. 5: seznam zařízení, sociální handicap.....	12
Tab. č. 6: podmínky ke studiu, zdravotní handicap.....	14
Tab. č. 7: pokrytí spec. školami, zdravotní handicap.....	17
Tab. č. 8: nabídka studijních oborů, zdravotní handicap.....	18
Tab. č. 9: motivace ke studiu, sociální handicap.....	19
Tab. č. 10: co od studia odrazuje, sociální handicap.....	20
Graf č. 3: zájem o studium, sociální handicap.....	21
Tab. č. 11: zaměstnání – překážky, zdravotní handicap.....	23
Tab. č. 12: spokojenost se mzdou, zdravotní handicap.....	24
Graf č. 4: zaměstnání – překážky, sociální handicap.....	26
Graf č. 5: pomoc při hledání zaměstnání, zdravotní handicap.....	27
Tab. č. 13: bydlení – kritéria, zdravotní handicap.....	30
Tab. č. 14: dostupnost bytů, zdravotní handicap.....	32
Tab. č. 15: bydlení – kriteria, sociální handicap.....	35
Tab. č. 16: kde tráví volný čas, zdravotní handicap.....	37
Tab. č. 17: dostatek volnočasových aktivit, zdravotní handicap.....	38
Tab. č. 18: využití volnočasových aktivit, zdravotní handicap.....	39
Tab. č. 19: kde tráví volný čas, sociální handicap.....	42
Tab. č. 20: tolerance veřejnosti 1, zdravotní handicap.....	45
Tab. č. 21: tolerance veřejnosti 2, zdravotní handicap.....	46
Tab. č. 22: výše dávek, zdravotní handicap.....	47
Tab. č. 23: dostupnost kompenzačních pomůcek, zdravotní handicap.....	50
Tab. č. 24: problém při práci, zdravotní handicap.....	51
Tab. č. 25: rozdíl mezi klienty a vrstevníky, sociální handicap.....	53
Tab. č. 26: téma/opatření, sociální handicap.....	54
Tab. č. 27, 28: příloha I.,II.....	59, 60

1. Metodologie, popis výzkumu

Jelikož byl tento výzkumný úkol tematicky poměrně rozsáhlý, museli jsme si nejprve specifikovat výzkumnou otázku a cílovou skupinu našich respondentů. Mladé lidi s omezenými příležitostmi, kterých se výzkum týkal, jsme po konzultaci se zadavatelem rozdělili do dvou základních kategorií:

- mladé lidi se zdravotním handicapem
- mladé lidi s handicapem sociálním.

Mezi mladé lidi se zdravotním handicapem jsme zařadili lidi s jakýmkoli tělesným či smyslovým postižením, kteří jsou ale schopni samostatné činnosti, ať už zcela bez pomoci, či s částečnou pomocí asistenta. Nejednalo se tudíž o osoby s těžkým zdravotním postižením, které jsou na osobní asistenci existenciálně závislé.

Sociálně handicapované v našem šetření představovali mladí lidé, kteří žili nebo žijí v institucích jako je dětský domov, středisko výchovné péče, dětský výchovný ústav, diagnostický ústav, dům na půli cesty apod., dále pak například mládež využívající služeb státních a nestátních organizací zabývajících se např. sociální prevencí a poradenstvím, volnočasovými aktivitami, apod. Úkolem našeho šetření bylo získat přehled o situaci, respektive o problémech, mladých lidí s výše uvedenými handicapem. Zajímali jsme se tedy o jejich zájem a možnosti studovat, přístup k zaměstnání, možnosti bydlení, způsob trávení volného času, vztah ke společnosti a jejich participaci na jejím chodu. Na základě těchto tematických okruhů jsme dále rozčlenili samotné analytické zpracování výzkumu.

Vzhledem k širokému rozsahu cílové populace, jejíž životní situace měla být předmětem našeho šetření, a vzhledem k širokému tematickému záběru, jsme zvolili dvě výzkumné metody. Jako stěžejní jsme zvolili metodu tzv. focus groups, ohniskových diskusí, kdy našimi respondenty byli samotní handicapovaní mladí lidé ve věku 17 – 26 let. Druhou metodou bylo dotazníkové šetření, které proběhlo formou standardizovaných rozhovorů, přičemž respondenty byli odborní pracovníci institucí, které s těmito handicapovanými lidmi aktivně pracují.

Data získaná formou focus group jsme podrobili kvalitativní analýze a její výsledky jsme pak ověřili pomocí statistické analýzy získaných dotazníků.

Čtenáře této zprávy bychom ještě chtěli upozornit na jednu důležitou skutečnost. Vzhledem k šíři tématu a charakteristikám cílového souboru, nebylo

v našich silách popsat každý zkoumaný tematický okruh dopodrobna a detailně vystihnout a objasnit opravdu všechny problémy, které mladé lidi se zdravotním a sociálním handicapem provázejí.

Naším cílem bylo v první řadě nahlédnout pod povrch věcí na problémy, které majoritní („normální“) člověk určitým způsobem vnímá a podle toho je také řeší. Způsob vnímání těchto problémů a jejich řešení se však u lidí s různým typem handicapu odlišuje. A to právě ať už kvůli limitacím z tohoto handicapu vyplývajících, či samotnému postoji společnosti k danému konkrétnímu handicapu. Proto si tato zpráva klade za cíl poodhalit žitou realitu osob s handicapem a zmapovat problémy, jak je handicapovaní vnímají a řeší.

1.1. Focus group

Jednalo se o rozhovory, které jsme pořizovali ve skupinách 4 – 10 respondentů. Nejprve jsme náhodným výběrem kontaktovali organizaci, která pracuje s klienty, kteří splňovali podmínky pro naše šetření, a jejich pracovníci nám doporučili narativní typy respondentů. Pro naše šetření jsme vybrali organizace z Prahy, Kralup nad Vltavou a Liberce. Podmínkou bylo, aby respondentům bylo přibližně mezi 18 – 26 lety, tedy aby byli v období, kdy mladí lidé většinou vstupují do samostatného života, začínají pracovat a shánějí samostatné bydlení. Před realizací focus group jsme nejprve provedli předvýzkum mezi odbornými pracovníky té které organizace, abychom se v problematice handicapovaných lépe orientovali. Při samotném šetření jsme respondentům položili otázku a nechali jsme je volně na ni reagovat, případně mezi sebou diskutovat. Diskuzi řídil jeden moderátor, druhý člen výzkumného týmu asistoval např. při doplňujících otázkách. Celou diskusi jsme nahrávali na diktafon a videokameru. Záznam z diktafonu jsme následně přepsali do počítače „slovo od slova“. Každý focus group jsme pak analyzovali vyhledáváním nosných témat v rozhovorech, vyhledáváním shodných nebo naopak rozdílných odpovědí a názorů napříč skupinami a sledováním určitých stereotypů. Záznam z videokamery jsme používali v momentech, kdy jsme si nebyli jisti, kdo právě hovoří a také jsme na ní sledovali některé reakce respondentů, jako např. údiv, zájem o tematiku apod.

Veškerá data z tohoto šetření jsme využili pouze pro potřebu analýzy tohoto výzkumného úkolu a měli k nim přístup pouze členové řešitelského týmu. Z osobních dat respondentů nás zajímalo pouze křestní jméno, nebo přezdívká, věk a status. V textu jsme pak používali pouze iniciály křestního jména. Pokud je za iniciálou

jména číslice (např. M2), znamená to, že hovoří další respondent se jménem začínajícím na stejné písmeno. Shodná iniciála se stejnou číslicí znamená, že hovoří tentýž respondent. Dodržením tohoto postupu jsme zajistili naprostou anonymitu veškerých získaných informací.

1.2. Dotazník

Tento výzkumný instrument byl určen pro odborné pracovníky, kteří pracují s lidmi s různými druhy handicapů. Dotazníky jsme sestavili pro dva druhy respondentů:

- Dotazník pro odborné pracovníky pracující s lidmi se zdravotním handicapem.
- Dotazník pro odborné pracovníky pracující s lidmi se sociálním handicapem.

U těchto respondentů nebylo hlavním kriteriem jejich vzdělání, ale míra přímého kontaktu s jejich klienty. Oslovovali jsme tedy např. speciální pedagogy, sociální pracovníky, terénní pracovníky, ale třeba i asistenty tělesně postižených. Naším cílem bylo získat názory a informace o této problematice od lidí, kteří jsou v každodenním kontaktu s realitou, již prožívají společně se svými klienty.

Data získaná v této části šetření jsme přepsali do statistického programu SPSS a následně podrobili statistické analýze.

1.3. Harmonogram

Výzkumný úkol byl koncepčně analytickému a výzkumnému oddělení Národního institutu dětí a mládeže zadán na podzim 2005. Na jeho realizaci se začalo pracovat v únoru 2006.

- **Únor 2006** – rešerše dosud provedených výzkumů na obdobné téma, příprava výzkumného instrumentu „focus group“.
- **Březen – duben 2006** – předvýzkum mezi odbornými pracovníky, sběr dat pomocí focus group, příprava výzkumného instrumentu „dotazník“.
- **Kveten – červen 2006** – sestavení a proškolení tazatelské sítě, sběr dat pomocí dotazníku.
- **Červenec – září 2006** – přepis získaných dat z obou částí šetření a jejich kvalitativní a kvantitativní analýza.
- **Říjen – listopad 2006** – sepsání závěrečné zprávy.

2. soubor respondentů

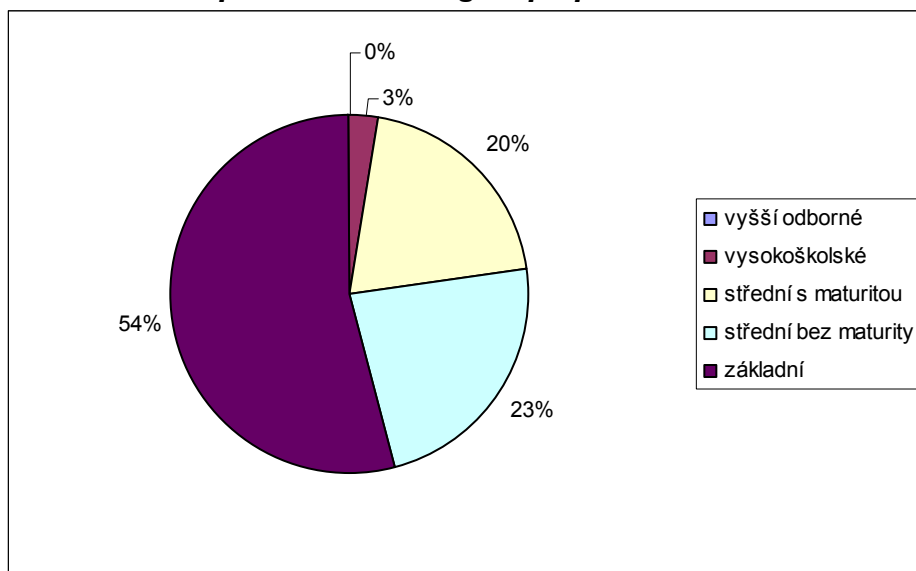
2.1. Respondenti – focus groups

Tab. č. 1: Složení respondentů z focus groups podle věku a pohlaví:

Věk	Muž	Žena	Celkem
15 - 18	7	4	11
19 - 22	8	6	14
23 - 26	7	3	10

Během této části šetření jsme realizovali pět focus groups a to v Praze, Kralupech nad Vltavou a Liberci. Celkem se tedy zúčastnilo 35 respondentů, z toho 22 mužů a 13 žen. Na sociální handicap se zaměřily dvě diskuse, kterých se zúčastnilo 13 respondentů. Zdravotnímu handicapu jsme věnovali tři focus groups, jichž se zúčastnilo 22 respondentů. Následující graf nám ukazuje procentuální poměr zastoupených respondentů podle ukončeného vzdělání:

Graf č. 1: Respondenti focus groups podle ukončeného vzdělání:



Tento vzorek pochopitelně není reprezentativní, což ani nebyl záměr tohoto šetření. Respondenty jsme vybírali tak, aby splňovali kriteria pro provedení tohoto výzkumu, tedy byli postiženi jedním z výše uvedených handicapů. Především šlo o to získat názory od mladých lidí z více lokalit (velkoměsto, malé město) a různého věku. Další socio-demografické charakteristiky nebyly pro výběr respondentů určující.

Vzhledem k tomu, že respondenti jsou mladí, údaje v předchozím grafu nezůstanou statické a budou se během doby měnit. Dvacet z našich respondentů ještě studuje střední nebo vysokou školu, přičemž čtyři z nich při studiu příležitostně pracují (brigády) a dva pracují trvale. Z nestudentů jich pracuje šest a devět jich je nezaměstnaných.

2.2. Respondenti – dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření, které proběhlo mezi odborníky pracujícími s handicapovanými lidmi, bylo realizováno pomocí dotazníků distribuovaných tazatelskou sítí, kterou si výzkumné oddělení NIDM předem sestavilo a odborně vyškolilo. Sběr dat byl proveden v deseti krajích České republiky. Tazatelé sami kontaktovali odborná pracoviště podle předem připraveného adresáře a na místě pak provedli rozhovory.

Přehled dotazovaných respondentů – odborných pracovníků podle krajů zaměřených na

Tab. č. 2: zdravotní handicap:

Kraj	Počet dotázaných
Liberecký	14
Pardubický	19
Praha	19
Královéhradecký	20
Jihomoravský	21
Plzeňský	22
Moravskoslezský	23
Olomoucký	23
Jihočeský	33
Zlínský	35
Celkem	230

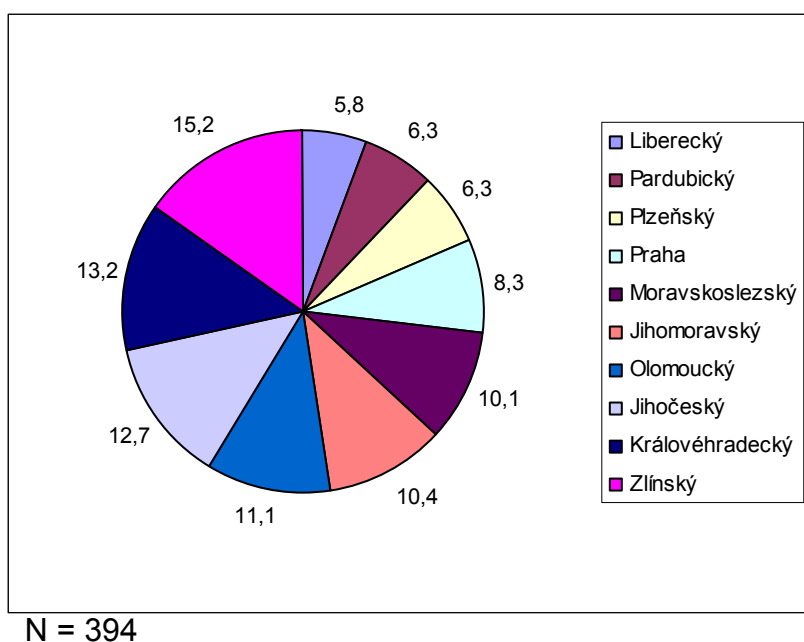
Tab. č. 3: sociální handicap:

Kraj	Počet dotázaných
Plzeňský	3
Pardubický	6
Liberecký	9
Praha	14
Jihočeský	17
Moravskoslezský	17
Jihomoravský	20
Olomoucký	21
Zlínský	25
Královéhradecký	32
Celkem	164

Jelikož neexistuje nějaká komplexní databáze, ve které by byly zaregistrovány pouze a jen organizace, které pracují s mladými lidmi postiženými zmíněnými handicapem, museli jsme si takovou databázi vytvořit sami. Vycházeli jsme přitom z internetových stránek (např.: www.icn.cz/dbnno, www.vzdelavani.cz, www.uiv.cz),

keré takovéto databáze obsahují, nicméně záběr organizací zde uveřejněných je značně rozsáhlý, takže jsme je museli různě filtrovat. I tak samozřejmě docházelo k tomu, že když tazatel vybranou organizaci kontaktoval, na místě zjistil, že pro naše šetření není vhodná. Zastoupení těchto organizací není navíc na území ČR rovnoměrné, proto se můžou počty dotázaných v různých krajích zdát nevyvážené. Pro získání přehledu o názorech pracovníků s lidmi s handicapem, jsou však jejich počet a skladba dostatečné.

Graf č. 2: Přehled počtu respondentů z dotazníkového šetření podle krajů v procentech:



2.2.1. Zdravotní handicap

Ke zdravotnímu handicapu se vyjádřilo 230 odborných pracovníků z 10 krajů ČR.

Tab. č. 4: Typ zařízení, kde odborníci pracují:

Typ zařízení	Četnost	Procenta
OS, OPS	89	38,7
SpŠ, ŠZ, stacionář, USP	71	30,8
Centrum pro zdravotně postižené	36	14,3
Církevní organizace	8	3,5
Poradenská centra	5	2,1
Nadační fond	4	1,7
Magistrát	3	1,3
SVČ	3	1,3
Česká abilympijská asociace	2	0,9
Neuvedli	2	0,9
Celkem	230	100

Tento výčet zařízení není ovšem úplně přesný. Zařízení byla rozdělena do devíti kategorií, aby se s daty dalo lépe statisticky pracovat. Respondenti navíc uváděli typ organizace nejednotně, tzn., že někdo uvedl např. **nestátní nezisková organizace**, jiný **občanské sdružení** a další třeba **poradenské centrum**. Všechny tyto tři termíny ovšem mohou znamenat jednu organizaci. Celkový seznam typů organizací/zařízení včetně rozvedení zkratk jejich názvu tak, jak je uvedli respondenti, uvádíme v příloze č. 1.

Nejprve nás zajímalo složení klientely, se kterou dotázaní pracují. Většina dotázaných se věnuje práci se smyslově postiženými dětmi a mladými lidmi (79,6 %) – s lidmi s kombinovaným smyslovým postižením (52,2 %), s nevidomými (38,3 %), neslyšícími (23 %) a hluchoslepými (6,1 %). Více než polovina respondentů pracuje s tělesně postiženými (55,2 %)².

² Respondenti často pracují s lidmi s různými druhy postižení, proto celkový součet nedává 100%.

2.2.2. Sociální handicap

V případě sociálního handicapu odpovídalo 164 odborníků z 10 krajů ČR. Podobně jako u zdravotního handicapu, uváděli dotázaní typy organizací/zařízení, kde pracují, nejednotně. V následující tabulce jsou zařízení rozdělena podle druhu služeb, jež poskytují. Jejich sféry působnosti se překrývají. Kompletní seznam organizací a rozvedení použitých zkratk je uveden v příloze č. 2.

Tab. č. 5: Typ zařízení, kde odborníci pracují:

Typ zařízení	četnost	procenta
DD, DDÚ, SVP, DVÚ	95	57,9
ZvŠ, SpŠ	2	1,2
DPC	17	10,4
OS	23	14,0
NZDM, DC	11	6,7
Magistrát	8	4,9
Protidrogové zařízení	2	1,2
Církevní organizace	3	1,8
Nápravné zařízení	1	,6
Jiná organizace, státní org	2	1,2
Celkem	164	100,0

Zajímali jsme se, jakým aktivitám se organizace věnují. Vzdělávacím programům se věnují v podstatě všechny organizace. Největší zastoupení je především u organizací jako jsou dětské domovy, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče, speciální školy apod. Volnočasovým aktivitám se věnují především v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež a dětských centrech a samozřejmě také opět v pobytových zařízeních – dětských domovech, diagnostických ústavech, střediscích výchovné péče, v domech na půli cesty a v nespécifikovaných občanských sdruženích. Podporovanému zaměstnání se věnují především v domech na půli cesty a nespécifikovaných občanských sdruženích.

3. Vzdělávání

Vzdělání je v moderní společnosti důležitým činitelem její soudržnosti a rozvoje a to nejen ekonomického, ale také sociálně kulturního. Proto se dnešní společnosti někdy také nazývají „společnosti vzdělání“.

Stupeň dosaženého vzdělání má značný vliv na budoucí profesní kariéru jednotlivce a celkově vzato na celou jeho životní dráhu. Vzdělání je také jedním z faktorů, jež stratifikují naši společnost, a proto je důležité, aby bylo dostatečné vzdělání poskytnuto všem, kdo o něj projeví zájem. V případě jeho nedostatku může totiž v dalších důsledcích dojít k sociální marginalizaci až exkluzi skupin a jednotlivců z majoritní „vzdělané“ společnosti.

Vzdělávání, respektive školní docházka a studium, patří v naší společnosti neodmyslitelně k životu mladého člověka. Vhodný výběr školy nebo učebního oboru a jejich více či méně úspěšné absolutorium významně spolurozhodují o úspěchu v budoucím životě.

3.1. Zdravotní handicap

Naši zdravotně postižení respondenti si skutečnost nutnosti vzdělání uvědomují asi jako každý mladý člověk. Rozdíl pak může být ve faktickém přístupu k němu. Velkou roli svému studiu přiřkládají především proto, že jsou si vědomi horší zaměstnatelnosti oproti svým nepostiženým vrstevníkům. Vědí, že budou muset pracovat především „hlavou“, pokud tedy nechtějí přijmout třeba lehkou, ale podle nich většinou nezáživnou manuální práci.

V1:

„...no tak studuju, jsem ve třetíku, no a motivuje mě k tomu asi to, že prostě potřebuju vzdělání, abych se nějak uplatnila, protože můžu pracovat jedinež hlavou...“

Skutečnost horší zaměstnatelnosti je ke studiu motivuje dvojím způsobem. Za prvé tak, jak je uvedeno v předchozím odstavci, tedy že cíleně studují vysokou školu (nebo třeba střední, odborně zaměřenou školu), což znamená, že vyhledávají odborné specializované vzdělání a pravděpodobnost, že se v tomto oboru uplatní, je

podle nich vysoká. Druhou motivaci ke vzdělání mohou dokumentovat následující výpovědi:

M1:

„... no já taky studuju, už čtvrtým rokem, budu maturovat a chci zase studovat, abych nemusel zbytečně ještě pracovat...“

M2:

„...já jsem svoji první střední školu studoval hlavně proto, že mě to bavilo...pak jsem zjistil u druhého vzdělání, který studuju teď...hlavně proto, že bych stejně žádnou práci nenašel...tak jsem zjistil, že tohle studium je pro mě výhodné, že se mu nebudu nikdy věnovat, ale že to dělám proto, abych zůstal tady v Praze...“

Tito respondenti nemají jasnou představu o svém budoucím povolání, což není u mladých lidí nijak výjimečné, a tak se mohou třeba i na střední škole zdržet delší dobu než je běžně obvyklé. Svou roli zde hraje systém sociálních dávek a jiných výhod určených pro tělesně postižené a také možnost bydlení na internátě, kde jsou v kontaktu se svými vrstevníky.

Dále jsme se zajímali o to, jaké mají zdravotně handicapovaní podmínky ke studiu na VŠ. Zeptali jsme se proto nejprve odborných pracovníků.

Tab. č. 6: Podmínky pro studium zdravotně postižených na VŠ jsou podle odborných pracovníků oproti jejich nepostiženým vrstevníkům:

Podmínky	Procent odpovědí
Spíše lepší	5,2
Stejně	27,8
Spíše horší	41,3
Výrazně horší	17,8
Nevím	7,4
Neodpověděl	0,4
Celkem	100,0

N = 230

Podle mladých lidí se zdravotním handicapem je zájem o studium na vysoké škole trochu nižší, než u jejich vrstevníků bez handicapu. 9,1% z nich odpovědělo, že jejich klienti o terciární vzdělání zájem nemají vůbec. V průměru má podle odborníků o terciární vzdělání zájem asi 22 % jejich klientů, přičemž medián je 15 %³.

Nižší zájem může být dán jistou složitostí studia. Na rozdíl od středních škol, neexistují speciální vysoké školy pro handicapované, pokud tedy chce tělesně postižený takovou školu navštěvovat, musí si zajistit individuální dopravu a třeba i asistenci, což není pro každého prostě možné.

Ještě bychom se měli zastavit u integrace mladých zdravotně handicapovaných do běžných škol. Názory jich samotných na tuto problematiku se na první pohled liší, přesto zde můžeme pozorovat jistou shodu. Z teoretického hlediska je potřeba, aby škola splňovala tři podmínky:

1. Bezbariérovost. Podle našich respondentů totiž drtivá většina škol, ale i jiných veřejných budov, tuto podmínku nesplňuje. Díky bezbariérovosti by tělesně postižení mohli v daleko větší míře navštěvovat standardní školy, na rozdíl třeba od lidí s postižením zrakovým.

2. Nedostatečně vyškolený personál (vyučující) v problematice zdravotního handicapu. Učitelé ne vždy vědí, jak s postiženým jednat apod.

3. Osvěta mezi spolužáky. Díky její absenci mají spolužáci sklony k jejich nepřijetí a k šikaně.

V jakém věku nebo na jakém stupni školy s integrací začít, není podle našich respondentů jednoznačné. Každý z nich má jinou zkušenost, ať už negativní či pozitivní. Každopádně se shodují na tom, že docházení do standardní školy je více připraví na reálný život, kdy se naučí lépe komunikovat s nehandicapovanými a nemusí být už v útlém věku na internátě nebo složitě dojíždět. Ve speciální škole si naopak osvojí jisté speciální dovednosti, které by jinak museli trénovat doma ve svém volném čase.

³ Podle ČSÚ je v celkové populaci lidí ve věku 18 – 26 let přibližně 18 % studentů, přičemž můžeme předpokládat, že zájemců o tento typ studia bude tak dvojnásobný.

K1:

„... já jsem chodila na speciální školu vlastně na základku, na střední už na běžnou. Já nemám na tuhle otázku úplně jednoznačný názor, protože si myslím, že ta základní škola může dát člověku strašnou spoustu věcí, který by se jinak vlastně musel učit nad rámec té běžné školy...když jsme měli předmět tyflopédická péče, kde se naučí pracovat s těma kompenzačníma pomůckama nebo ať už je to třeba prostorová orientace, to jsou věci, který jsou zakomponovaný v té výuce a to dítě malý se tím nemusí zabývat ještě v tom volném čase. Takže tohle považuju za velký plus. Na druhý straně zase opravdu pak když se člověk dostane na tu střední školu mezi zdravý vrstevníky, tak si uvědomí ty limity takový, jaký opravdu jsou ty limity zrakový vady a jaká je ta realita. Že možná je pak jednodušší už na té základce se seznámit s tou realitou...si myslím že je to opravdu hodně individuální, neříkám jednoznačně tak ani tak...“

M1:

„...tak já jsem chodil u nás taky do jedličkárny v Liberci, celou základku, no a bylo to z důvodu, že u nás byly vlastně školy bariérový, takže jsem tak neměl přístup...z toho důvodu jsem chodil do jedličkárny...“

J1:

„U mě to bylo nutný, protože když jsem šla do první třídy, tak všechny školy kolem byly bariérový...“

Pro zajímavost jsme se odborníků zeptali, jak jsou spokojeni s pokrytím speciálními školami v jejich kraji:

Tab. č. 7: Spokojenost s pokrytím speciálními školami podle odborníků:

Kraj	Spíše nebo rozhodně ano	Spíše nebo rozhodně ne	Nevím	Celkem
Praha	16	3	0	19
Jihomoravský	17	4	0	21
Zlínský	22	12	1	35
Olomoucký	13	5	5	23
Plzeňský	12	9	1	22
Liberecký	7	7	0	14
Královéhradecký	9	8	3	21
Jihočeský	15	15	4	34
Moravskoslezský	8	14	1	23
Pardubický	5	13	1	19

N = 230

Samotné pokrytí speciálními školami ovšem nestačí, záleží také na přístupu k žákům/studentům a také na kvalitě výuky. Většina handicapovaných byla s úrovní speciálních škol spokojena, ačkoliv je zde podle nich výuka pomalejší než ve standardních školách. Běžné školy tak představují pro handicapované větší výzvu.

V rozhovorech s handicapovanými respondenty jsme také narazili na názor, že speciální školy „dejme tomu jsou“, ale chybí širší nabídka učebních a studijních oborů.

S:

„... já si myslím, že to určitě není (školství) na takové úrovni, na které by to být mělo, protože určitě třeba si myslím, že handicapovaní lidé, třeba tady v Praze tak je možnost tady tý jedličkárný, která má dva maturitní obory, gymnázium a sociálně správně a pak jenom učební obory, jinak o nějakých jiných možnostech nevím...“

Tab. č. 8: Spokojenost s nabídkou studijních a učebních oborů pro zdravotně postižené podle odborníků:

Kraj	Spíše rozhodně ano	Spíše rozhodně ne	Nevím	Celkem
Jihomoravský	15	5	1	21
Praha	9	10	1	20
Plzeňský	10	12	0	22
Olomoucký	10	5	8	23
Zlínský	13	18	4	35
Liberecký	5	9	0	14
Moravskoslezský	7	15	1	23
Jihočeský	9	22	3	34
Pardubický	2	14	3	19
Královéhradecký	2	16	2	20

Pokud tabulky č. 7 a 8 porovnáme, zjistíme, že spokojenost s nabídkou studijních oborů je ve většině krajů, kde šetření probíhalo, oproti spokojenosti s nabídkou speciálních škol podstatně menší.

Studium v zahraničí, na které jsme se ptali handicapovaných respondentů, připadá v úvahu především pro studenty VŠ. Základní překážkou je jazyková bariéra, ale v tom se od nehandicapované populace nijak neliší. Ti co VŠ studují, mají o nabízených studijních programech v zahraničí přehled.

3.2. Sociální handicap

V případě mladých lidí se sociálním handicapem je situace pochopitelně odlišná. Jejich motivace ke studiu, případně demotivace, má zcela jiné kořeny. Tito lidé většinou pocházejí z neúplných či nefunkčních rodin, nebo svou rodinu vlastně nikdy nepoznali. Jejich výchovu zajišťovaly především k tomu zřízené instituce, někdy se na výchově podíleli příbuzní, většinou prarodiče. Naši respondenti z focus groups pocházeli ze dvou domů na půli cesty (DPC), přičemž jejich sociální zkušenosti byly značně rozdílné. Průměrný věk těchto respondentů byl 20 let.

Devět ze třinácti respondentů mělo ukončené pouze základní vzdělání a čtyři vzdělání střední bez maturity. V době šetření studovali (navštěvovali střední školu) dva respondenti. Na otázku, „kdo by chtěl v budoucnu studovat?“ odpověděla většina pozitivně. Ovšem byla-li otázka formulována konkrétněji, např. „co je ke studiu motivuje“, byly odpovědi našich respondentů značně nejasné až vágní, přičemž se dala vysledovat spíše snaha uspokojit moderátory diskuse, ukázat se lepšími nebo „žádanějšími“.

H:

„... no jak říkal David ten papír, jasně, no a taky dělat nějakou práci, která nedá moc práce, že jo, ale taky se hodí nějak, no.. a tak nějak je to všechno si myslím...“

O:

„...já bych chtěl si na to ušetřit jako, na nějakou dálkovou, abych mohl chodit do zaměstnání... já vůbec nevím, něco co mě baví, třeba učňák třeba...“

T3:

„... no chtěl bych si udělat výučák a potom si udělat nějakou prodejnu nebo něco...“

P1:

„... no já mám jenom dva roky střední zdravotnické školy a jako... no nevím, možná se k tomu vrátím nebo bych zkusil... no nevím, protože dva roky mi chyběj...“

Tab. č. 9: Míra motivace klientů ke studiu podle odborných pracovníků:

Výrok	Procent odpovědí
Rozhodně ano	5,5
Spíše ano	31,7
Spíše ne	43,7
Rozhodne ne	17,1
Nevím	2,4

N = 164

Tedy více jak 60 % dotázaných si myslí, že jejich klienti ke studiu motivování nejsou. Jejich slabou motivaci ke studiu nebo jakémukoli jinému zvýšení kvalifikace zdůvodnili takto:

Tab. č. 10: Důvody, které klienty odborníků podle nich od studia nejvíce odrážejí:

Důvod	Procent odpovědí
Nutnost přizpůsobit se řádu	44
Studijní požadavky	39
Finanční náročnost	10
Časová náročnost	7

N = 164

Mezi jinými důvody, které respondenti mohli také uvést, se objevily především tyto:

- „prostě na to nemají...“
 - „celkový nezájem, jsou všeobecně pasivní“
 - „nemají vzory“
 - „nevidí v tom smysl“
- ale také např.
- „nemají běžnou podporu rodiny“

Respondenti byli také požádáni, aby odhadli, jaká část jejich klientů by měla zájem o terciární vzdělávání. Většina je přesvědčena o tom, že jejich klienti o vyšší vzdělání v zásadě nestojí - 17,2 % respondentů uvedlo, že z jejich klientů nestojí o terciární vzdělání nikdo, dalších 35 % dotázaných si myslí, že jen méně než 10 % klientů organizace by mělo zájem.

V průměru tedy má o toto vzdělání zájem asi jen 13,4 % procent jejich klientů, přičemž medián je 5 %⁴. V porovnání se zdravotně handicapovanými je to o téměř deset procent méně zájemců. Zde je tedy patrné, že u lidí se sociálním handicapem je nižší motivace se dále vzdělávat. Lze se domnívat, že stěžejním důvodem je absence funkční rodiny, jež poskytuje sociální a materiální podporu.

Na rozdíl od zdravotně postižených lidí, pozbývaly názory sociálně handicapovaných jakékoliv známky imaginace, nebo naopak byla jejich

⁴ Podle ČSÚ je v celkové populaci lidí ve věku 18 – 26 let přibližně 18 - 20 % studentů VŠ nebo VOŠ, přičemž můžeme předpokládat, že zájemců o tento typ studia bude až dvojnásobný.

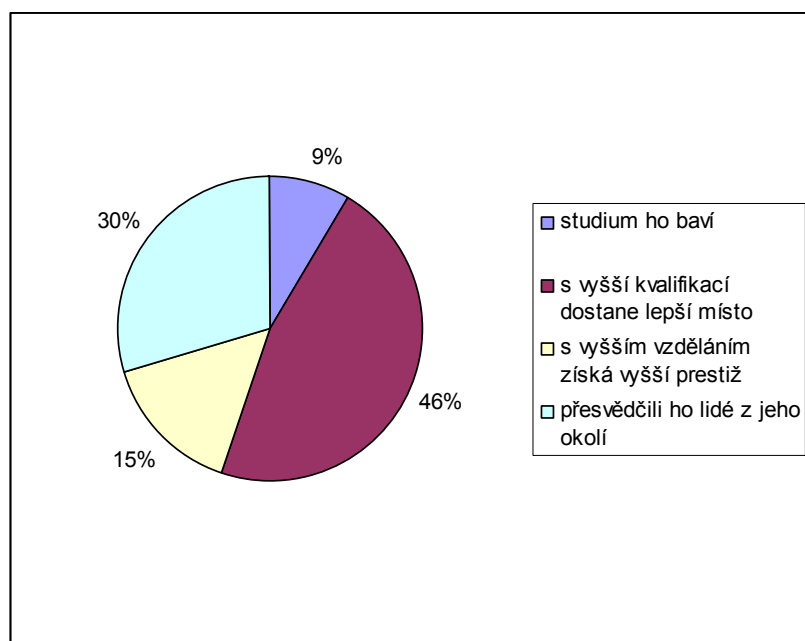
představivost značně přehnaná, nereálná až naivní (o tom se můžeme přesvědčit i v následujících kapitolách).

J4:

„Já bych určitě chtěl studovat, v Kalifornii, tam bych chtěl to herectví...“

Přestože není skutečný zájem o studium na vysoké škole mezi sociálně handicapovanými nijak vysoký, určitá skupina lidí se zájmem tu je. Našich odborníků jsme se zeptali, jaké důvody je podle nich k tomu vedou:

Graf č. 3: Důvody zájmu o terciární vzdělávání:



N = 164, každý respondent mohl zvolit dvě možnosti

Zajímavým zjištěním může být to, že téměř polovina hlasů se přiklání k možnosti „s vyšší kvalifikací dostane lepší místo“. Naopak „studium ho baví“ získalo procentuálně nejméně hlasů. Vyšší vzdělání je tedy sociálně handicapovanými lidmi vnímáno pragmaticky a ne jako způsob dalšího rozvoje osobnosti.

4. Zaměstnání

Tato kapitola plně koresponduje s kapitolou o studiu. Vstup do zaměstnání je jedním z důležitých milníků v životě mladého člověka a je značně ovlivněn především výběrem a absolvováním střední školy nebo učiliště, případně absolvováním školy vysoké. Reálně ale nemusí mít typ vystudované školy až tak přísně determinující vliv na výběr zaměstnání. Možnosti uplatnění po ukončení studia jsou u mladého člověka bez handicapu, v porovnání se zdravotně postiženým, o poznání bohatší. Zdravotně handicapovaný se totiž většinou již během svého studia připravuje na specializovanou činnost, kterou by pak měl vykonávat. Výběr zaměstnání, které nekoresponduje s jeho absolvovanou školou je tak podstatně užší, zejména jedná-li se o práci náročnější na fyzickou mobilitu.

4.1. Zdravotní handicap

Naši handicapovaní respondenti uvedli dva základní problémy, se kterými se při snaze uplatnit se na trhu práce potýkají: **1. přílišná bariérovost** ať už veřejných či privátních prostor, **2. neochota zaměstnavatelů**, (na první místo bychom mohli pochopitelně zařadit samotný handicap). Ve většinové společnosti je totiž zakořeněn stereotyp, na základě kterého se zamýšlíme spíše nad tím, co vše zdravotně handicapovaný člověk nezvládne, místo toho, **čeho schopen skutečně je**. Oba dva problémy jsou ilustrovány v následujících výpovědích:

J2:

„...no mohla by to být zase opět ta bezbariérovost, protože když už něco najdete, co by pro vás bylo přístupný, jako fyzicky třeba jako, tak se tam zase nedostanete, do té budovy...“

J3:

„No mě absolutně dojíká těch personalistek a sekretářek ta jejich nevědomost. Nejvíc mě teda opravdu dojalo když jsem šel na pohovor a tam byl takovej bzučák...“

Zkoušeli jste shánět zaměstnání? Jaké jsou překážky?

M3:

„... no tak to sháním už rok...no překážky... většinou ten samotnej handicap...Přijdete,, řeknete že máte změněnou pracovní schopnosti, máte psa, kterej musí být neustále s váma...tak zaměstnavatel řekne, tak já si zaplatím radši větší daně a vezme zdravýho člověka, než nějakýho postiženýho...jsem evidovaná už tři čtvrtě roku na úřadě práce, taky ty nabídky nebyly o ničem a když už něco, tak chtěli tři roky praxe, ale mladý lidi si nemaj vůbec kde tu praxi udělat, když...s tou prací mám fakt špatnou zkušenost...“

M4:

„... zkoušela jsem, nevyšlo to a byla jsem i na úřadu práce a tam mě nechtěli, ani tam mě nechtěli...“

M2:

„...oni si myslí, že ten postižený je úplně levý, že když je nevidomý, tak že je na odpis...“

Do dotazníku pro naše respondenty z řad odborných pracovníků jsme k již výše zmíněným překážkám přidali ještě další dvě, abychom si názory handicapovaných mohli ověřit.

Tab. č. 11: Jaké překážky zejména musí při hledání práce podle odborníků mladí lidé se zdravotním postižením překonávat:

Překážka	Procent odpovědí
Nedostatek vhodných pracovních míst	42,4
Neinformovanost veřejnosti, zaměstnavatele o jejich postižení	35,2
Strach, že pracovat nezvládnou	11,5
Vzhledem k dávkám, které dostávají, nejsou motivováni pracovat	7,2
Jiné	3,7

N = 230, každý respondent mohl vybrat dvě možnosti

Odborníci na první místo zařadili „nedostatek vhodných pracovních míst“, opět se tedy setkáváme s již zmíněnou bariérovostí. Dále pak označili možnost

„neinformovanost veřejnosti, zaměstnavatele o jejich postižení“, což také potvrdilo předchozí výpověď respondentů. Neinformovanost můžeme přitom na jedné straně interpretovat jako skutečnost, že o jejich handicapu a schopnostech potenciální zaměstnavatelé nic nevědí, ale také jako skutečnost, že o něm nic vědět nechtějí.

Mezi jinými překážkami byly zmíněny opět např. bariéry, neochota zaměstnavatelů, nepochopení okolím, apod. Další důležitou překážkou, běžné veřejnosti ne úplně známou, je tzv. **sociální past**. Díky sociálním dávkám tak podle odhadů Ministerstva práce a sociálních věcí chce skutečně pracovat přibližně jen 50% zdravotně postižených. Tento odhad ovšem platí pro celou populaci zdravotně postižených. U mladých lidí je motivace ke vstupu do zaměstnání značně vyšší.

Výše zmíněná sociální past je totiž u zdravotně postižených mimo jiné spojena s úrovní mzdy.

Tab. č.12: Výše mzdy, kterou zdravotně postižení dostávají vzhledem ke mzdě, kterou na stejné pozici dostávají zdravotně nepostižení, je podle odborníků:

Výrok	Procent odpovědí
Ano, je stejná	20,9
Ne, je vyšší	0,9
Ne, je nižší	59,5
Nevím	18,3
Neodpovědělo	0,4

N = 230

Téměř 60% odborných pracovníků si myslí, že zdravotně postižení mají nižší mzdu, než kterou za stejnou práci pobírá člověk bez handicapu. Ovšem značná část z nich si myslí, že je to proto, že dostávají práci na nižší pozici. Což platí především u lidí, kteří nemají přímo odborné, nejlépe vysokoškolské vzdělání.

Podle výpovědí odborníků potenciální zaměstnavatelé handicapovaných daleko méně pohlížejí na rozdíly v pohlaví, než u nehandicapované majority. V jejich případě více rozhoduje samotná míra postižení⁵.

4.2. Sociální handicap

U mladých lidí, které řadíme do skupiny sociálně handicapovaných, můžeme v případě hledání zaměstnání pozorovat dva přístupy. Na jedné straně je to chuť do práce, uvědomění si její nezbytnosti a tím pádem poměrně aktivní přístup k jejímu shánění, na straně druhé je to jakási ležérnost a vyčkávání ve stylu „ono to nějak dopadne“. Tyto dva přístupy vycházejí především z jejich dosavadní sociální zkušenosti. Obecně se dá říci, že v podstatě všichni jsou si vědomi toho, že hlavní překážkou k získání práce je jejich většinou základní vzdělání.

T3:

„Já mám problém najít práci, že nejsem vyučenej..“

M7:

„Žádné dosažené vzdělání...“

H:

„...no tak ten papír, že jo...“

Samotný fakt, že tito lidé mají většinou ukončené pouze základní vzdělání, není sám o sobě až tak podstatný. Problém je, že většina námi dotázaných účastníků focus group je poněkud naivní. Ačkoli nemají vzdělání, chtěli by získat dobrou práci, tzn. práci s počítačem, za hodně peněz, případně vycházejí ze svých dětských představ, kdy chtěli být zpěvákem nebo hercem. Toto je jedna z odpovědí na otázku, proč jsou tito lidé z větší části nezaměstnaní. Nehledají totiž práci, která odpovídá jejich současnému statusu.

P2:

„No já hledám to zaměstnání také pořádné, kde by sem hodně vydělal a co by mě bavilo tak pol rok, rok..“

T3:

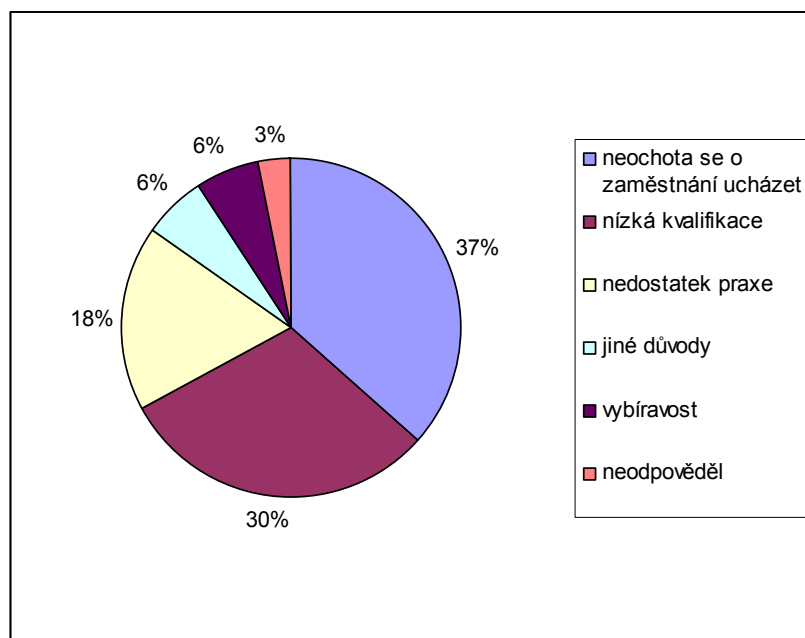
„... hmm, dva roky...“

⁵ Tímto nechceme říci, že je tomu tak u ostatních zaměstnavatelů. Nerovné podmínky pro muže a ženy se ale bohužel někde vyskytují.

Na problém ohledně překážek, které překonávají mladí sociálně handicapovaní lidé, jsme se zeptali odborníků, kteří s těmito lidmi pracují. Nabídlí jsme jim těchto pět překážek, které mohou bránit mladým sociálně handicapovaným lidem v získání zaměstnání:

1. nízká kvalifikace
2. nedostatek praxe
3. vybíravost
4. neochota se o zaměstnání ucházet
5. jiné důvody

Graf č. 4: Překážky bránící v získání zaměstnání podle odborníků:



N = 164

37% z těchto respondentů označilo jako hlavní překážku **neochotu se o zaměstnání ucházet**. Dále pak 30% si myslí, že je to nízká kvalifikace a 18% uvedlo, že největší překážkou je nedostatek praxe. Jelikož je získání zaměstnání často spojováno s úrovní vzdělání, hledali jsme mezi těmito dvěma proměnnými nějakou závislost.

Pomocí shlukové analýzy, do které vstupovaly již zmíněné proměnné –

1. **Motivace ke studiu**
2. **Překážky k získání zaměstnání**

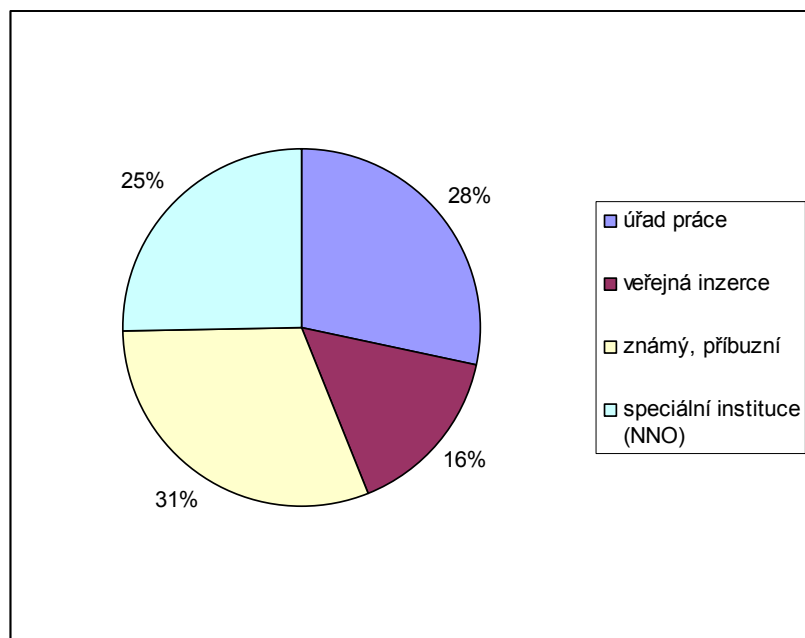
jsme našli dva, můžeme říci stereotypní, názory sociálních pracovníků ohledně mladých lidí se sociálním handicapem:

První skupina pracovníků si myslí, že tito mladí lidé jsou motivovaní ke studiu, ale k získání zaměstnání jim brání především **nedostatek praxe**, kterou ještě nestačili nasbírat a částečně také jejich **vybíravost** při volbě zaměstnání. Právě přílišná vybíravost při volbě zaměstnání může být způsobena od reality značně odtrženými představami o svém uplatnění na pracovním trhu.

Druhá skupina, která si myslí, že mladí sociálně handicapovaní nejsou motivovaní ke studiu, vidí největší problém při hledání zaměstnání především právě v obecné **neochotě se o zaměstnání ucházet** a pochopitelně v jejich **nízké kvalitaci** k získání odpovídajícího zaměstnání.

Dále jsme se odborných pracovníků ptali, jakých institucí jejich klienti při hledání zaměstnání využívají. Odpovědělo 162 dotázaných, přičemž každý mohl vybrat dvě možnosti.

Graf č. 5: Čí pomoci využívají klienti podle odborníků při hledání zaměstnání především:



N = 162

Podle pracovníků tedy klienti využívají při hledání práce především svých sociálních kontaktů, tedy známých a příbuzných, dále pak úřadu práce a speciálních institucí. Veřejnou inzerci zmiňují až na posledním místě. Když jsme ovšem stejnou otázku položili samotným sociálně handicapovaným, uváděli na prvním místě právě

veřejnou inzerci, především internet a noviny, na druhém místě zmiňovali známé a až nakonec úřad práce případně speciální instituci.

Tuto skutečnost však můžeme lehce zdůvodnit. Většina klientů je v evidenci úřadu práce, ovšem jejich nabídky zaměstnání nakonec využívají jen zřídka. Úřad práce jim totiž může nabídnout pouze zaměstnání odpovídající jejich vzdělání a případně praxi. Jelikož vzdělání mají nízké a nějakou soustavnou praxi většinou žádnou, může jim úřad nabídnout jen ta pro ně nejméně zajímavá místa. Klienti se proto obracejí na veřejnou inzerci, kde jsou kritéria trochu odlišná. Ovšem již vzhledem ke zmíněné naivitě, zůstávají i tak často dlouhodobě bez zaměstnání.

4.3. Shrnutí kapitol Vzdělávání a Zaměstnání

U obou dvou skupin respondentů s nějakým handicapem, které byly předmětem našeho šetření, lze pozorovat jeden podobný rys – **nízké vzdělání**. V případě zdravotně handicapovaných je to díky omezenější nabídce studijních oborů a samozřejmě díky handicapu, který jim neumožňuje takové studijní tempo a úplnou svobodu rozhodování při volbě studijního/učebního oboru, jako majoritní části jejich vrstevníků. V případě sociálně handicapovaných je to především absence vzorů, která se promítá do jejich motivace ke studiu a dále pak neukotvenost, vykořeněnost nebo řekněme nestálost či neosvojení si některých sociálních návyků, jakými by v případě studia měla být např. cílevědomost nebo zodpovědnost k sobě.

Nejkratší formou sekundárního studia v České republice jsou dvouleté učební obory. Jejich nabídka je ale jednak poměrně omezená a navíc i tato relativně krátká doba je pro značnou část sociálně handicapovaných neakceptovatelná. Tento fakt by měl otevírat prostor pro rozmanitější nabídku a větší dostupnost rekvalifikačních kurzů, které by tito lidé mohli absolvovat s větším úspěchem, čímž by se jejich uplatnění na trhu práce značně zvýšilo.

5. Bydlení

Každý mladý člověk touží v období dospívání stát se nezávislým na těch, kteří se o něj doposud starali, zajišťovali mu stravu, střechu nad hlavou, ale i duševní pohodu. Stát nezávislým se můžeme finančně, citově, ale i prostorově. Získat v

České republice samostatné bydlení lze v současné době několika způsoby. Prvním, značně nákladným, řešením bydlení je pronájem bytu v soukromém vlastnictví. Zejména ve větších městech, speciálně v Praze, je tato forma bydlení pro jednoho mladého člověka z finančních důvodů téměř nemožná. Za druhé je možné získat do užívání obecní byt, většinou po prarodičích nebo jiných příbuzných, zvyk praktikovaný od dob socialismu. Ne každý však disponuje touto možností. Zatřetí, je možné si koupit vlastní byt. Tato varianta je také poměrně finančně nákladná.

Startovní podmínky našich handicapovaných respondentů jsou však poněkud odlišné od „běžné“ populace jejich vrstevníků a zároveň i mezi nimi samotnými co se druhu handicapu týče.

Zdravotně postižení lidé potřebují, aby byt splňoval některá podstatná specifika, sociálně handicapovaní lidé jsou zase znevýhodněni kvůli nedostatečně rozvinuté síti kontaktů, jichž mohou využít při hledání nového bydlení. Dále je rozdíl ve stávajícím zázemí obou skupin. Zdravotně handicapovaní žijí v době dospívání většinou s rodiči, nebo na internátě při střední či vysoké škole, kdy mají po jejím ukončení možnost (a očekává se to) se k rodičům vrátit. Vlastní bydlení nejsou nuceni bezpodmínečně řešit a pokud se přesto chtějí osamostatnit, mají se na koho obrátit.

Sociálně handicapovaná mládež vyrůstá buď v institucích jako je dětský domov, výchovný ústav, středisko výchovné péče apod., nebo v dysfunkčních rodinách. Po nabytí plnoletosti nebo ukončení docházky do střední školy, jim nárok na pobyt v instituci většinou zaniká (někdy je pobyt výjimečně prodloužen). Z dysfunkčních rodin zase odcházejí s vidinou, že si život budou umět zařídit lépe. Vzhledem k omezené podpoře rodiny se často uchylují do různých azylových domů nebo ubytoven, jelikož jim jejich finanční situace většinou neumožňuje se plně osamostatnit.

5.1. Zdravotní handicap

První podmínkou pro zdravotně handicapovaného člověka je, aby byl byt bezbariérový (tedy záleží samozřejmě na míře postižení), druhou podmínkou je, aby byl v regionu, kde se dá sehnat zaměstnání. Vzhledem k tomu, že tito lidé nejsou většinou plně mobilní, jde spíše o větší města s počtem obyvatel cca nad 50 000. Na otázky týkající se bydlení, odpovídali naši zdravotně handicapovaní respondenti velmi podobně.

V1:

„... já bych chtěla..., kdyby tam byly ty bezbariérový to a dala by se tam sehnat práce pro mě, tak bych chtěla bydlet tam (v původním bydlíšti). Ale protože to není možný, tak chci zůstat tady v Praze...“

M5:

„... no tak já jsem rodilej Pražák a rád bych zůstal v Praze, protože je tu největší možnost asi jako zaměstnat se a bariérovost je tu taky menší než všude...“

M4:

„... kdybych měla možnost najít práci, tak bych byla ochotná bydlet úplně kdekoli na této planetě...“

Chůť zůstat ve větších městech je spojená samozřejmě s využíváním asistenčních, ale i jiných služeb specializovaných center, dále pak s vědomím, že větší města jsou díky těmto centrům méně bariérová. Navíc bydlení na vesnici většinou znamená obývat rodinný dům, který ovšem vyžaduje pravidelnou údržbu, čehož zdravotně handicapovaní nejsou vždy plně schopni.

Odborní pracovníci se zdravotně handicapovanými měli za úkol odhadnout, co je pro jejich klienty při výběru bydliště nejvíce rozhodující. Následujícím kritériím měli přidělit známky 1 – 5 podle důležitosti. 1 – znamená nejvíce důležité, 5 – nejméně důležité.

Tab. č. 13: Co je podle odborníků pro jejich klienty při výběru bydliště nejvíce důležité:

Kriterium	Průměrná známka
Dostupnost služeb pro zdravotně postižené	1,75
Možnost zaměstnání	2,44
Větší kumulace lidí s podobným handicapem	3,12
Příjemné prostředí	3,71
Kulturní vyžití	3,93

N = 206

Jak můžeme vidět, jejich názor je v zásadě totožný se zdravotně handicapovanými. Právě faktor „Dostupnost služeb pro zdravotně postižené“ nám jasně ukazuje, kde tito lidé chtějí žít (respektive musí) – ve větších městech, protože tam tyto služby jsou.

Když jsme odborníkům položili otázku, v jak velkém městě, případně na vesnici, chtějí jejich klienti žít, možnost „na vesnici“ zvolila pouze **2,2 %** dotázaných. Když jsme hledali závislost mezi velikostí bydliště, kde by podle odborníků chtěli jejich klienti bydlet, a faktory, které by měly ovlivňovat rozhodnutí jejich klientů, (viz. tab. č. 13) zjistili jsme, že jediný faktor „**příjemné prostředí**“ statisticky významně koreluje s velikostí bydliště⁶. To znamená, že ti co si myslí, že většina jejich klientů chce bydlet na vesnici, jako hlavní důvod uvádějí, že pro jejich klienty je důležitá kvalita prostředí, ve kterém žijí.

Jak již bylo výše uvedeno, získání jakéhokoli bytu je spojeno s finanční nezávislostí nebo osobní sítí kontaktů. Zdravotně handicapovaní však většinou potřebují byt speciálně upravený. V tomto případě jsou často odkázáni na iniciativu státních a nestátních institucí, které mají určité kompetence jim tyto byty opatřit. Odborných pracovníků jsme se ptali na dostupnost speciálních bytů v jejich regionu. Většina uvedla, že pro jejich klienty jsou tyto byty **hůře dostupné (44,3 %) až nedostupné (13,5 %)**. **Za dobře dostupné** je považuje **16,1 %**. Část respondentů (16,5 %) pracuje s klienty, kteří speciální byty nepotřebují.

Poněkud odlišně vypadá situace se speciálními byty, pokud se podíváme na názory odborníků podle krajů, v nichž působí.

⁶ Pearsonova korelace nabyla hodnoty -0,276. Hypotézu o vzájemné závislosti jsme potvrdili na 0,01 hladině významnosti.

Tab. č. 14: Dostupnost speciálně upravovaných bytů pro klienty podle odborníků (bezbariérové bydlení apod., otázka je myšlena obecně – finančně i kvantitou):

Kraj	Dobře dostupné	Hůře dostupné	Nedostupné	Nepotřebují spec. byty	nevím	Celkem hlasů
Olomoucký	0	13	6	3	1	23
Moravskoslezský	0	10	8	4	1	23
Pardubický	0	12	2	1	4	19
Jihočeský	1	15	5	7	6	34
Jihomoravský	1	14	3	3	0	21
Praha	3	10	0	5	1	19
Liberecký	5	7	0	2	0	14
Plzeňský	6	5	2	9	0	22
Královéhradecký	7	5	1	4	3	20
Zlínský	14	11	4	0	6	35

N = 230

Respondenty, kteří neví jak moc jsou speciální byty pro jejich klienty dostupné nebo jejichž klienti speciální byty nepotřebují, jsme v tabulce vyznačili zvlášť, jejich názor pro tuto otázku nepřináší podstatnou informaci.

V odpovědích těch, kteří se v problematice orientují si můžeme všimnout, že respondenti z Olomouckého, Moravskoslezského, Pardubického, Jihočeského a Jihomoravského kraje s dostupností speciálních bytů nejsou příliš spokojeni. Naopak ani jeden respondent z Prahy a Libereckého kraje si nemyslí, že by speciální byty byly pro jejich klienty vyloženě nedostupné. V Plzeňském, Královéhradeckém a Zlínském kraji je poměr názorů na dostupnost bytů přibližně půl na půl.

5.2. Sociální handicap

Sociálně handicapovaní nemají většinou na kvalitu bytu speciální požadavky. Důležitý je pro ně především kousek soukromí ve vlastním bytě, který by měl být finančně dostupný.

P1:

„Mě by stačila garsonka, když jsem sám...“

D:

„... mě by stačilo to jak to máme tady. Stačilo by mě to 1+0 nebo 1+1 jako tady. Do budoucna stačilo úplně...“

M8:

„...Já bych chtěl mít jako tady, to by mi vyhovovalo, dejme tomu, že by tam byla navíc ještě trouba...“

Naši respondenti se sociálním handicapem žili v době šetření v domech na půli cesty (DPC). Jejich životní zkušenosti byli různé – někdo měl za sebou dlouhodobý pobyt v dětském domově nebo podobné instituci, někdo žil celý život v dysfunkční rodině a do DPC (tedy mimo svou rodinu) se dostal až třeba v 17 - 19 letech. Jejich zkušenost s životní realitou byla na jedné straně ne úplně dobrá, na straně druhé byla do značné míry nezralá. Když jsme jim například položili otázku, co budou dělat po ukončení pobytu v DPC (pobyt v DPC je limitovaný, každé zařízení má vlastní pravidla), odpovídali často naivně, naprosto nedohlíželi přes hranice jejich současné životní situace.

I:

„No tak zatím mám známý a nějaký ten pátek bych mohl být u nich...“

D:

„Já jsem stejného názoru, že bych u kamarádů prostě bydlel, určitě by mi pomohli...“

H:

„Najdu si něco jinýho...ne jako... v ubytovnách, když se vystěhuju vocad' vůbec, nebo nějaký ten byt, to je jasný no...“

T3:

„Budu se snažit najít nějaký byt.“

P1:

„No já asi na ubytovnu, no potom mi možná pomůže babička, třeba finančně...“

Podobné názory měli i další respondenti a my jsme se jich tedy zeptali, proč tak neučiní už teď. Jednak je to proto, že nikdo z nich nemá žádnou hotovost, kterou by mohl zaplatit třeba první nájem pronajatého bytu a také všichni dobře vědí, že si

nemají ani od koho půjčit (kromě od zmiňované babičky, takovýto nápad zazněl vícekrát), protože buď nepracují, nebo vydělávají tak málo, že mají jen na to nejpodstatnější – nájem DPC, strava, cigarety, a to ještě jen tak na doraz. I zmiňovaná babička je spíše pouze iluzí toho, že nejsou na světě bez pomoci.

Když jsme se handicapovaných respondentů zeptali, kde by chtěli do budoucna žít, většina jich odpověděla, že v Praze nebo v jiném větším městě.

P2:

„No já jako prostě chci žít ve velkoměstě, jako je Praha, Bratislava, prostě ve městě, ne na vesnici...“

T3:

„Já ten barák bych chtěl mít někde v Praze...“

M9:

„Já ten byt v Praze.“

P2:

„Já v Praze a je to jedno jestli v centru nebo ne, podle toho, jaký najdu bydlení...“

J4:

„Já bych jako mimo Prahu, ale ne jako úplně mimo Nebo jako třeba někde na Strahově, tam to je docela jako klidný...“

Podobně odpovídali i odborníci: převážná většina z nich uvedla, že většina jejich klientů by chtěla žít v Praze nebo jiném větším městě. Pouze dva odborníci uvedli, že by většina jejich klientů chtěla žít v zahraničí a ani jeden neodpověděl, že by většina jejich klientů chtěla žít na vesnici.

Tušenou hypotézu, že větší města přitahují občany s nejrůznějšími druhy handicapů, nám potvrdili jak samotní lidé s handicapem, tak i odborníci, kteří s nimi pracují.

Nechali jsme odborné pracovníky, aby oznámkovali faktory, které podle nich ovlivňují jejich klienty při rozhodování o budoucím bydlišti. Následujícím kritériím měli přidělit známky 1 – 5 podle důležitosti, přičemž 1 znamená nejvíce důležité až 5 jako nejméně důležité kritérium. Následující tabulka zobrazuje výsledné průměry známek u jednotlivých kritérií.

Tab. č. 15: Kritéria, která podle odborníků rozhodují u jejich klientů při výběru bydliště:

Kriterium	Průměrná známka
Větší kumulace lidí	2,54
Kulturní vyžití	2,78
Možnost zaměstnání	2,80
Příjemné prostředí	3,21
Lepší infrastruktura	3,64

N = 142

Jak můžeme vidět, pro sociálně handicapované je podle odborníků, ale i podle nich samotných nejdůležitější „větší kumulace lidí“. Pramení to z jejich citové deprivace, pocitu vykořeněnosti a nedostatku lásky, na což upozorňovali odborní pracovníci především. Dále je to „kulturní vyžití“ a „možnost zaměstnání“, což jsou další dva znaky současného většího města.

6. Volný čas

Volným časem bychom měli rozumět období, kdy se člověk svobodně rozhoduje o činnosti, kterou chce právě vykonávat. Jde o mimopracovní nebo mimoškolní činnost, která není spojována se zabezpečováním individuálních a existenčních potřeb. Podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) dnes dokonce volný čas patří mezi 24 sociálních indikátorů, podle nichž se určuje životní kvalita v určité zemi.

Umění trávit volný čas totiž vypovídá o hodnotách a úrovni té které společnosti. Jestliže se stát rozhodne pohlížet na problém trávení volného času z ekonomického hlediska, tzn. například tak, že nebude podporovat volnočasové aktivity, může ve společnosti docházet k nežádoucím sociálním jevům. Aktivní trávení volného času plní, kromě uspokojování momentálních tužeb člověka a relaxace, také mnoho společenských funkcí. Speciálně u mladých lidí slouží, mimo jiné, jako efektivní sociální prevence.

6.1. Zdravotní handicap

Způsob trávení volného času lidmi se zdravotním handicapem se od majoritní části populace v zásadě neliší. Pokud jde o individuální aktivity, často poslouchají doma hudbu, sledují televizi, surfují na internetu, hrají počítačové hry, čtou nebo prostě odpočívají. Čas mimo domov tráví především s přáteli. Nevyhýbají se návštěvám restauračních zařízení, diskoték, koncertů a jiných hudebních zábav.

Jejich běžný den se většinou skládá z dopoledních povinností jako je docházka do školy nebo do zaměstnání (většinou však dotázaní nebyli zapojeni do pracovního procesu). Podle toho, jestli bydlí doma u rodičů nebo na internátě, se odvíjí jejich odpolední program.

J2:

„Chodíme do hospody...no já nevím, tak třeba do kina nebo do hospody, tam hodně často (smích), když mám čas tak do bazénu...“

M1:

„...no tak asi ten odpočinek nebo do té hospody...“

J1:

„...no tak já jsem taky s kamarádama v hospodě, taky hraju fotbálek a taky kouřím...“

M6:

„... no kamarádi, hospůdka a nedílnou součástí je počítač...“

M3:

„... no ten můj volný čas to jsou spíš víkendy, samý diskotéky, plesy, takový ty restaurační zařízení...“

J3:

„Přátelé a internet.“

K2:

„... tak buď se učím....Parta, hlavně parta, kamarádi...“

Z výpovědí je vidět, že návštěva restaurace s přáteli jako odpověď zcela dominovala a to napříč zdravotními handicapy. Nezáleželo na tom, zda-li byl respondent postižen tělesně nebo smyslově, nebo jestli bydlel na internátě, s rodiči, nebo samostatně.

Odborných pracovníků jsme se zeptali, zda-li dokáží odhadnout, kde převážně tráví většina jejich klientů volný čas.

Tab. č.16: Kde podle odborníků tráví většina jejich klientů svůj volný čas převážně:

Volný čas tráví převážně:	% odborníků
Doma	77
V organizaci pro volný čas	37
Na hřišti, sportovišti	15,2
V restauracích, barech, kavárnách	10,4
Na ulici, v parku	10
V obchodních centrech	5,7
Jinde	5,6
V cyber cafe, herně	0,4

N = 230, každý respondent mohl vybrat dvě možnosti

Odpověď „**Doma**“ může znít poněkud zavádějícím dojmem. Jsou jí myšlena všechna místa, kde v současné době handicapovaní bydlí - internát, kolej, apod. Podobné to může být i s odpovědí „**v organizaci pro volný čas**“. Pokud byl dotazován pracovník instituce, kde jsou jeho klienti i ubytováni, je zřejmé, že se k této odpovědi přiklonil spíše. Takováto instituce často nabízí řadu volnočasových aktivit a jejich klienti mají na výběr, buď se „nudit“ na pokoji, nebo se těchto aktivit spolu s ostatními zúčastňovat. Navíc nemají problém s dopravou a asistencí jako ti, co bydlí doma s rodiči. Ovšem problém je, že aktivity pořádané samotnou specializovanou institucí mezi některými handicapovanými ztrácejí na popularitě, a to z toho důvodu, že sdružují pouze postižené. Odpověď „**Jinde**“ většinou znamenala „s přáteli“ nebo „kulturní akce pro zdravotně handicapované“.

Téměř dvě třetiny odborných pracovníků jsou spokojeny s nabídkou volnočasových aktivit ve svém regionu, nespokojená je pak necelá třetina. Ostatní se k této otázce neuměli vyjádřit. Následující tabulka nám naznačuje, jak hodnotí respondenti nabídku volnočasových aktivit ve svém regionu.

Tab. č. 17: Spokojenost odborníků s dostatkem organizací nabízejících volnočasové aktivity pro lidi se zdravotním handicapem:

Kraj	Ano	Ne	Nevím	Celkem
Praha	16	2	1	19
Liberecký	10	3	1	14
Zlínský	24	4	7	35
Olomoucký	15	4	4	22
Moravskoslezský	13	7	3	23
Plzeňský	11	9	2	22
Jihočeský	16	13	5	34
Královéhradecký	9	9	2	20
Jihomoravský	9	6	6	21
Pardubický	7	11	1	19

N = 230

Kraje v tabulce jsou řazeny podle procentuální spokojenosti s nabídkou volnočasových aktivit⁷. Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit je ze zkoumaných regionů především v Praze, Libereckém, Zlínském a Olomouckém kraji. Nespokojení respondenti byli pak v kraji Pardubickém, Královéhradeckém a Jihomoravském.

Ovšem samotná nabídka těchto aktivit nestačí. Aby skutečně plnily svou funkci, musí být také využívány těmi, komu jsou určeny. V následující tabulce můžeme vidět názory odborníků na to, jak moc jsou volnočasové aktivity v jejich regionu využívány.

⁷ Např. v Praze odpovídalo 19 respondentů, 16 jich je s nabídkou spokojeno, přičemž tvoří 84,2 % z 19 dotázaných.

Tab. č. 18: Je nabídka organizací nabízejících volnočasové aktivity lidmi se zdravotním handicapem dostatečně využívána?

Kraj	Rozhodně nebo spíše ano	Rozhodně nebo spíše ne	Nevím	Celkem
Olomoucký	17	2	4	23
Zlínský	25	6	4	35
Královéhradecký	13	4	3	20
Plzeňský	14	8	0	22
Praha	12	7	0	19
Jihomoravský	13	6	2	21
Jihočeský	19	10	5	34
Moravskoslezský	10	11	2	23
Liberecký	5	8	1	14
Pardubický	5	10	4	19

N = 230

Stejně jako v předchozí tabulce, jsou zde kraje řazeny podle procentuální spokojenosti odborných pracovníků s využíváním volnočasových aktivit lidmi se zdravotním handicapem. Procentuálně nejvíce spokojených odborníků z počtu dotázaných v jednotlivých krajích bylo z Olomouckého kraje, z 23 dotázaných jich bylo 17 (73,9 %), s využíváním volnočasových aktivit v jejich kraji spokojeno.

Když jsme se handicapovaných respondentů zeptali „jak by chtěli trávit volný čas“, o nějaké pravidelné aktivitě příliš neuvažovali. Tyto kroužky navštěvovali především v dětství, kdy bydleli buď v internátní škole, kde tyto kroužky využívala většina spolužáků, nebo doma, kde je ale do kroužků vozili jejich rodiče. To proto, že tito lidé nemohli z důvodu svého handicapu často trávit volný čas jen tak s partou, jako je tomu u nehandicapovaných. Výběr kroužku byl navíc vzhledem k handicapu omezený, a tak se ne každý mohl věnovat tomu, čemu by skutečně chtěl.

S:

„Tak já bych třeba cestoval, vzal bych nějakýho kamaráda a jel bych třeba na Nový Zéland...“

V2:

„... no tak já nevím...taky s kamarádama u moře, někde u bazénu...nějakou vilu kdybych měla...“

K3:

„... já bych vzala kámoše a šla na čundr...“

M1:

„... tak já bych vzal kamarády a šel bych na nějakou pořádnou, dobrou dovolenou, někam pryč...a pravidelně?? Každý den, každý víkend bych třeba s klukama někam jel ...“

M3:

„... nebo tak já bych taky každopádně s kamarádama, s partou, přítelem vyrazit někam, kdyby byly peníze tak třeba na Bahamy...šampaňský pěkně, nechala bych se obletovat krásnými muži...“

Společným jmenovatelem všech odpovědí byli přátelé. Všichni toužili být někde s přáteli a „nějak“ si užívat, především cestovat. Zdravotně handicapovaní se totiž na rozdíl od svých nehandicapovaných vrstevníků těžko mohou jen tak „sebrat“ a společně vyrazit na zahraniční dovolenou. Jsou limitováni finančně, často potřebují asistenci a musí volit jen takové destinace, kde se s jejich handicapem počítá. Vzhledem k výše uvedeným komplikacím, se jim málokdy podaří vyrazit si skutečně podle vlastních představ.

Nikdo z dotázaných nejmenoval nějakou pravidelnou, zájmovou nebo dokonce organizovanou aktivitu, kterou by se chtěl zabývat. Těmi jsou z dětství zřejmě přesyceni.

6.2. Sociální handicap

Naši respondenti, kteří se účastnili focus group, netráví svůj volný čas nějak výjimečně. Z odpovědí na otázku, „co nejčastěji děláte ve svém volnu“, bylo cítit především pasivitu. Po práci, pokud tedy nějakou měli, nebo po vyučování, pokud chodili do školy, nejraději odpočívají, sledují televizi, hrají hry na počítači apod. Také často a rádi chodí do restaurací, na diskotéky a do klubů.

M7:

„ No, většinou čtu, poslouchám hudbu, hodně trávím čas v hospodě a dříve jsem se ráda věnovala šermu.“

M9:

„ Jsem v Crossu s kámošema.“

T3:

„...Hhh, na diskárně...“

M8:

„... no tak asi to, ne, vyrazim někam ven, já nevím, pokecat, prostě pohoda...“

P2:

„ No, tak já většinou trávím volný čas jako že bud' spim, zapnu si radio, prostě poslouchám hudbu anebo chodim na disku, na technoparty, na hip hop, no Duplex například... anebo si i jedu Zahraju si hry na počítači...“

Kromě dvou respondentů neměl nikdo žádného koníčka, třeba jen individuálního, jehož provozování není závislé na dalších účastnících nebo nepodléhá nějakému organizování se v instituci pro to určené, nepočítáme-li tedy hraní her na počítači. Nikdo ani neměl žádný realizovatelný nápad, co by mohl dělat.

Podle odborníků, kteří s touto skupinou mladých lidí pracují, se nějakému koníčku soustavně věnuje v průměru přibližně necelých 30 % jejich klientů. Problém je v tom, že ti klienti, kteří v zařízeních bydlí, jsou v provozování koníčků a jiných volnočasových aktivit výrazně podporováni. Jde především o děti a mládež žijící v dětských domovech, střediscích výchovné péče apod., ale třeba také v domech na půli cesty. Respondenti pracující v těchto zařízeních většinou tedy odhadovali vyšší procento těch, kteří se nějakému koníčku věnují

Aktivnější způsob trávení volného času znají handicapovaní respondenti především z institucí, kde vyrůstali, jako je např. dětský domov nebo někdy i původní rodina. Dnes někteří na chození do kroužku vzpomínají v dobrém, jako na zábavnou aktivitu, jiní však nikoli. V současné době ale o takovýto způsob trávení volného času v podstatě nikdo z nich nestojí. Dilem v tom hraje roli asi jejich ne úplně svobodná volba při tehdejší výběru kroužku a dilem jejich současná neinformovanost.

M10:

„Tak mě rodiče nutili chodit do každého kroužku, kterej byl možnej, takže jsem asi už v raným dětství k tomu měla nějaký jako antipatie.. nevím, nemám to ráda...“

P1:

„...byl jsem ve skautu jeden rok, pak jsem odešel, protože mě to nebavilo...já prostě nemám rád takovýhle to, no ja nevím...jezdil jsem akorát na tábory, to jo, ale jinak asi ne. A jako přehled nemám, o to se nějak nezajímám..“.

M9:

„ No když to ty lidi baví, tak ať to dělaj, že jo. Jako mě by to asi nebavilo (smích).

J:

„...já k tomu taky nic nemám. Nějak nemusím...“

M3:

„ Mně to přijde fajn, já jsem chodila sedum let do skautu.“

Máte nějaký přehled?**J5:**

„ Ne to nemám, protože to ani nechci vědět...“

T3:

„Přehled nemám“.

Zeptali jsme se také odborníků, zda-li dokáží odhadnout, kde převážně tráví většina jejich klientů volný čas.

Tab. č. 19: Kde převážně podle odborníků tráví většina jejich klientů volný čas:

Místo:	% odborníků
Na ulici, v parku	52,4
Doma	35
V restauracích, barech, kavárnách	24,4
Na hřišti, sportovišti	24,4
V organizaci pro volný čas	20,7
V obchodních centrech	13,4
Jinde	9,1
V cyber cafe, herně	3,7

N = 164, každý respondent mohl vybrat dvě možnosti

I zde mohlo dojít k záměnám v odpovědích „Doma“ a „v organizaci pro volný čas“ (viz. stejná pasáž v odstavci **Zdravotní handicap**). Odpověď „Jinde“ v tomto případě většinou znamenala v „zařízení“, kde bydlí, na akcích dětského domova, apod.

Co se týká nabídky volnočasových aktivit, je s ní ve svém regionu „rozhodně“ nebo „spíše **spokojeno**“ **téměř 80%** procent dotázaných odborníků.

Procentuálně nejméně spokojení byli respondenti v Moravskoslezském kraji, kde jich na otázku „**Je podle Vás ve Vašem regionu nabídka volnočasových aktivit pro děti a mládež dostatečná?**“ ze 17 dotázaných odpovědělo kladně 10, tedy asi 57 %. Ve všech ostatních krajích, kde šetření probíhalo, jich bylo „spíše“ nebo „rozhodně spokojeno“ s nabídkou vždy více jak 70 % dotázaných.

Ovšem samotná kvantita nabídky nestačí. Odborníci poukazovali na to, že je potřeba ji decentralizovat a jít vstříc potenciálním uživatelům a to nejenom prostorově, ale také obsahově. Někteří odborníci například zmiňovali, že v jejich dosahu je DDM nebo dětské centrum, které nabízí mnoho volnočasových aktivit, ale zdaleka nejsou využívány vzhledem ke koncentraci dětí a mládeže v regionu. Podle nich je to především proto, že nabídka často neodpovídá poptávce zejména starších dětí a mládeže. Samozřejmě, že se všichni shodli na tom, že základním problémem je nedostatek financí, ale shodli se i na známém rčení, „že mladí sice moc dobře vědí co nechtějí, ale vůbec neví, co by chtěli“.

Naše respondenty se sociálním handicapem jsme nechali se volně vyjádřit, jak by chtěli trávit volný čas nezávisle na nabízených možnostech a finančních nárocích. I tentokrát byla jejich imaginace poněkud chudší.

D:

„... tak určitě bych chtěl...sednul si k počítači, vzít pár cedéček her, a prostě sedět u toho počítače, mít u sebe cigára, jídlo...sedět, po pravý ruce mít myš a pivko, po levý cigáro, popelník, uprostřed klávesnici a bednu s jídlem a prostě celej den jenom sedět a pařit. Pořád jenom jet na tom počítači, aby se úplně zavařil maximálně. Fakt celej den takhle, celej den bych si chtěl takhle sednout, prostě mít pivka takhle, takhle bych si chtěl užívat celej den...aspoň jednou...“

M8:

„... já bych si vyjel někam do zahraničí, sice jsem tam už byl, ale někam bych si vyjel...“

M9:

„Já ho trávím takhle, jak ho trávím, pro mě je to nejlepší takhle...“

J5:

„Já to mam nějak podobně jako M9, prostě mě stačí to, co dělám teďka momentálně...“

T3:

„To mě to vyhovuje jak to prožívám teď.“

P2:

„...no ... já myslím tak asi přítelkyňa, ženská, že by sem se jí věnoval, většinou, mohli bychom spolu chodit hoci kde.. no tak ja nevim...“

Kromě jediné respondentky neměl v podstatě nikdo zájem se věnovat nějakému koníčku nějak systematictěji. Chlapci toužili po vztazích s děvčaty a všichni jako vysněnou zálibu uvedli nanejvýš cestování. Někteří uvedli, že by na svém dosavadním trávení volného času nic neměnili.

Respondenti při dotazování na otázky, „Jak trávíte svůj volný čas“ nebo „Jak byste chtěli trávit svůj volný čas“ odpovídali především znuřeně a bez zájmu. Jedna respondentka uvedla, že by se chtěla věnovat fotografování a jeden respondent uvedl, že se věnuje a chtěl by se i v budoucnu věnovat DJ-ingu. O nabídce nějakých volnočasových aktivit nevěděli, pokud tedy nevylepil někdo plakát s nabídkou přímo k nim do DPC. Když nakonec někdo zmínil nějakého reálného koníčka, vymlouval se na nedostatek financí, což ale svým způsobem bylo na místě.

7. Společnost

Chod každé společnosti závisí především na vzájemné toleranci jednoho jedince k druhému a uznávání společných, napříč sociálními vrstvami uznávaných, hodnot. Míra a způsob soužití většinové společnosti s jakoukoli minoritou je jedním z ukazatelů stupně adaptability a tolerance uvnitř dané společnosti. Zapojení marginalizovaných sociálních skupin do společnosti, v opačném případě jejich

diskriminace, je současně řešeným ožehavým problémem, se kterým se musí vypořádat každá otevřená demokratická společnost. Nemůžeme tento problém redukovat pouze na projevy xenofobie a rasismu či náboženské nesnášenlivosti (jejich závažnost a problémy s nimi spojené budou jistě do budoucna přibývat), ale také na diskriminaci lidí s různými typy handicapů. V poslední době se také stále více mluví například o tzv. genderové diskriminaci. V našem případě a v rámci zadaného tématu jsme se zaměřili na téma společenské diskriminace lidí se zdravotním a sociálním handicapem, o čemž pojednává i tato kapitola.

V ní prozkoumáme vztah našich handicapovaných respondentů ke společnosti, jejich možnosti se zapojovat do veřejného života, ale i vztah společnosti k nim samotným.

7.1. Zdravotní handicap

Vztah handicapovaných k většinové společnosti může být dán především její mírou tolerance k nim. Podle dotázaných odborníků je přibližně 75% majoritní populace spíše nebo rozhodně tolerantní k lidem se zdravotním postižením.

Tab. č. 20: Tolerance veřejnosti vůči handicapovaným podle odborníků:

Názor	Procent odpovědí
Rozhodně ano	7
Spíše ano	68,3
Spíše ne	22,2
Rozhodně ne	2,2
Nevím	0,4

N = 230

Pro zajímavost uvádíme výsledek ankety Centra pro výzkum veřejného mínění z roku 2005:

Tab. č. 21: Jsou podle Vás lidé v ČR tolerantní k invalidům?

Názor	Procent odpovědí
Rozhodně ano	20
Spíše ano	55
Spíše ne	20
Rozhodně ne	2
Nevím	3

N = 1067

Není tedy příliš velký rozdíl mezi názory odborníků pracujících s handicapovanými a široké populace („rozhodně ano“ či „spíše ano“ odpovědělo na danou otázku v obou případech přibližně 75% respondentů).

Otázek týkajících se společnosti jsme měli celou řadu. Zajímali jsme se například o to, zda-li naši respondenti vnímají nějaká pozitivní opatření ze strany státu vzhledem k nim. Tedy jak moc jim státní instituce vycházejí vstříc, aby svůj život mohli prožívat s co nejmenšími komplikacemi. Většina se shodla, že současná situace je v porovnání se stavem věcí před deseti, patnácti lety podstatně lepší. Přesto se pochopitelně dá lecco stále zlepšovat. Podstatnou roli v životě těchto lidí hraje invalidní důchod, který pobírají. Podle většiny se s těmito dávkami dá vyjít, ale záleží na mnoha okolnostech. Ti, co bydlí u rodičů, využívají toho, že neplatí nájem, případně stravu, ti, co bydlí sami, především na kolejích a internátech, se musí hodně uskromňovat, aby s finančními prostředky vyšli. Pokud jsou nezaměstnaní, peníze jim vystačí jen na nutné výdaje. Například na investice do koníčků jim už nezbývá.

K2:

„... no tak kdybych neměl rodiče, tak by to asi nestačilo...“

M2:

„Musím se hodně uskromňovat, ale někdy to nestačí a musím si vypůjčit u rodičů a potom jim to splácet...“

K1:

„Tak jak žijeme teďka, tam mně ty příjmy stačí, ale je to o tom, že máme hrozně malej byt a nemůžeme si dovolit hypotéku...“

J3:

„Já s důchodem zatím vystačím a dokonce i něco ušetřím...“

T1:

„Já vyjdu s důchodem, ušetřím, no ale furt mám to rodinný zázemí...ale kdyby to měl člověk fakt utáhnout sám, tak by to nestačilo...“

M4:

„Já teda taky ušetřím, ale problém je, že když člověk nepracuje nebo nemá další příjem, že nemáte kdybyste potřeboval jakoby víc dražších věcí najednou, tak vlastně jsem ráda, že bydlím u tý mámy, že si můžu krátkodobě vypůjčit, protože zaplatit si jazykovku a já nevím co, tak na to člověk prostě nemá...“

M3:

„Já teda jako vyjít musím, ale taky se z toho nedá nic ušetřit na něco do budoucna...“

T2:

„Já taky neušetřím téměř nic, proto jsem nucenej tu práci hledat, že jo...“

Podobně jsme se zeptali i odborných pracovníků:

Tab. č. 22: Výše dávek, které zdravotně postižený člověk dostává od státu, je podle odborníků:

Výrok	Procent odpovědí
Rozhodně dostačující	3,0
Spíše dostačující	28,3
Spíše nedostačující	42,6
Rozhodně nedostačující	14,3
Nevím	11,3

N = 229

Jako „rozhodně dostačující“ respektive „spíše dostačující“ se výše dávek zdá přibližně necelé jedné třetině dotázaných odborníků. Ovšem názor na jejich výši není u odborné veřejnosti jednotný. Vyšší dávky (nejde jen o invalidní důchod, ale třeba i o přídavky na děti, podporu v nezaměstnanosti apod.) obecně mohou člověka

demotivovat v hledání zaměstnání a uzavírají ho v tzv. „sociální pasti“. Na druhé straně je nabídka míst na pracovním trhu omezená a navíc ne každý postižený může skutečně pracovat. Oba dva přístupy jsou pro řešení situace relevantní.

Společnost si pochopitelně nemůže své povinnosti vůči handicapovaným vykoupit výší dávek a více se nestarat. Handicapovaných jsme se ptali, jak jsou spokojeni například s bezbariérovostí měst. Ve srovnání s jinými městy, byla hodnocena nejlépe Praha. Respondenti zdůrazňují např. přechody, nájezdy, „tikající“ semaforey, vodící lišty, výtahy pro vozíky ve veřejných budovách apod. Problém je však se stanicemi metra, vysokopodlažními autobusy a tramvajemi. Dále pak s nepřístupností veřejných budov. Podle našich respondentů instituce často investují do přestavby objektu na bezbariérový, ale zapomínají na přístup do budovy, kdy třeba jen jeden schod neumožní postiženému dostat se do budovy.

V1:

„...já bych možná porovнала tu Prahu a jiný města...v tý Praze mi to už přijde celkem oproti třeba Karlovým Varům (??) úplně v pohodě...Ve Varech jsou řidiči strašně neochotný v autobusech...tady v Praze jsem se s tím ještě nesetkala...“

J1:

„Když někam chci jet, tak na to musím mít celej den, protože než se někam dostanu, tak...když vynechá jeden autobus nízkopodlažní, tak musím čekat hodinu a půl na další...“

Jak jsme již naznačili výše, velký problém mají např. tělesně postižení s veřejnou dopravou. Jsou nuceni vyhledávat nízkopodlažní spoje a stanice metra, kde je výtah pro vozík. S ochotou spolucestujících nebo jakékoli veřejnosti v podstatě nemají problém. Naopak, podle toho jak při rozhovorech vypovídali, se často stává, že pomoci chtivý kolemjdoucí je až na obtíž. Pramení to především z toho, že **běžná veřejnost neví, čeho je ten který handicapovaný skutečně schopen.**

M2:

„ ...protože mě vytáčí ta veřejnost, když za každou cenu řeknu, že tu pomoc nepotřebuju...NE a oni řeknou „nechcete náhodou pomoc?“ a já řeknu „ne nechcu“, ale oni prostě mi pomoc chtěou, za každou cenu. A já nechcu prostě, ale oni chtěou...je to normální?“

K2:

„... mě prostě vadí, že když někam jdu, takže jsou lidi, který se mě ani nezeptaj, prostě mě popadnou, ani nevědí kam chci jít a prostě mě táhnou...“

Dále jsme se ptali obou skupin respondentů na dostupnost kompenzačních pomůcek, které zdravotně postižení více či méně potřebují k životu. Někteří handicapovaní respondenti si stěžovali na ne úplně transparentní způsob přidělování těchto pomůcek, kdy jedinec žádá například o počítač, který ale ve skutečnosti nepotřebuje a užívají jej nakonec třeba jeho děti a tím pádem se nemusí dostat na někoho „potřebnějšího“ z tohoto regionu. Problémem může být také složení komise, která o přidělení pomůcky nakonec rozhoduje, protože její členové nejsou o závažnosti handicapu komplexně informováni.

Zároveň byl kritizován systém poměrného hrazení některých pomůcek, kdy obecní úřad přispěje třeba částkou 80% z pořizovací ceny. Například vodící pes ale stojí cca 200 000,-, doplatek 40 000,- je tedy pro nevidomého příliš vysoký, uvážímeli, že to není jediná pomůcka, kterou potřebuje. Na druhou stranu všichni naši respondenti potvrdili, že v podstatě vše, oč žádali oni, zatím dostali. Podle nich by ale přínosem měl být připravovaný nový zákon o sociálních službách.

J2:

„Tak já bych řekla že záleží na tom co to je a jakou na to máte pomůcku (?)...nebo třeba jakou máte doktorku, jakej vám napíše předpis...na tý komisi...“

J3:

„No já sem rád za ty úřednice co tam máme my, protože ty se o to zajímaj, takže tam maj přehled, zatím jsem dostal na všechno 100%, ale nejsem spokojenej s tím co se sem dovází a spousta věcí se sem nedostane...“

K1:

„...já si myslím, že kvantita není problém, ale tam je problém ta legislativa, že jo, tam je na konkrétní pomůcku konkrétní příspěvek a ten obecní úřad ho buď dá nebo nedá. A ten úřad vám může dát 70%, jenže u notebooku je to nějakých... 75 000,- vám dá a 35 000,- vám zbejvá a to pro toho nevidomího je jako by vám nedali nic. Takže pro nás jsou ty částky buď dal nebo nedal...a tyhle ty poměrný..to není ono. Třeba u vodícího psa je to 50 – 100% a když ten pes stojí kolem 200 000,- tak 50% je jako byste to nedostali...Já myslím, že tam je tenhle problém a pak co já vím

jako velký problém, jako systémovou chybu, která je, že ten výběr není transparentní, nejsou stanoveny kritéria pro to jaký lidi tu pomůcku dostanou, takže se stane, že šestiletý dítě dostane plně vybavený počítač za spoustu tisíc, který ho nevyužije a člověk, který je pracující a má tu smůlu, že bydlí v lokalitě, kde je hodně zdravotně postižených, který čerpá ty dotace, tak se na něj nedostane a nedostane, ale to je systémová chyba, si myslím...“

Na dostupnost pomůcek jsme se zeptali i odborníků:

Tab. č. 23: Dostupnost kompenzačních pomůcek pro zdravotně handicapované podle odborníků:

Výrok	Procent odpovědí
Dostupné kvantitou, ale nákladné	63,0
Dostupné kvantitou i finančně	20,0
Málo dostupné a nákladné	12,6
Většinou nedostupné	,9
Nevím	3,5
Celkem	100,0

N = 230

Podobně jako handicapovaní respondenti, se většina pracovníků s postiženými shoduje na tom, že kompenzační pomůcky dostupné jsou. Rozdíl je v jejich názoru na jejich cenovou dostupnost. Jak uvádějí samotní handicapovaní, nový sociální zákon by měl zvýšit transparentnost v přidělování těchto pomůcek a celým systémem zefektivnit.

Odborných pracovníků jsme se ještě zeptali „**Jaká opatření státu by Vašim klientům v současné době nejvíce pomohla?**“

Tato otázka byla otevřená a tudíž se nám sešla opět celá řada návrhů:

Finance – 76 respondentů uvedlo, že nejvíce by pro své klienty potřebovali více peněz a to na mzdy, vybavení zařízení, na projekty, volnočasové aktivity apod., s financemi jsou v podstatě spojeny téměř všechny problémy, které respondenti uvedli.

Legislativa – 30 respondentů - spojená s čerpáním peněz z grantů, ESF apod., s přiznáváním sociálních dávek nebo pořizováním kompenzačních pomůcek.

Zaměstnanost – 24 respondentů zmínilo problémy jako je nedostatek podporovaného a samozřejmě standardního zaměstnání.

Osvěta a vzdělávání – 24 respondentů uvedlo, že je zapotřebí osvěty nebo vzdělávání mezi širokou veřejností, mládeží už i na základních školách, úředníky, ale i dalšího vzdělávání odborníků.

Bydlení – 13 respondentů za prioritní problém považuje nedostatek chráněných bytů.

Mezi dalšími problémy byly opět zmiňovány **bariérovost, asistence, integrace, nedostatek organizací**, apod.

S problémy se ovšem nepotýkají pouze lidé s handicapem, ale i lidé, kteří se jim aktivně věnují. S podmínkami pro práci s lidmi se zdravotním handicapem byla „rozhodně“ nebo „spíše spokojena“ necelá třetina dotázaných (30,4 %). „Spíše nespokojeny“ nebo „rozhodně nespokojeny“ jsou naopak téměř dvě třetiny dotázaných (63 %).

Těm respondentům, kteří s podmínkami spokojeni nejsou, jsme nabídli následující škálu problémů, aby z nich vybrali maximálně dva, které jsou podle nich prioritní.

Tab. č. 24: Největší problém při práci s handicapovanými lidmi podle odborníků:

Problém	Procent odpovědí
Nedostatek financí obecně (provoz, mzdy...)	81,8
Komplikovaná legislativa	37,2
Nedostatek financí na mzdy	22,6
Nekompetentní zaměstnanci státní správy	12,8
Nezájem veřejnosti	5,5

N = 164⁸, každý respondent mohl vybrat dvě možnosti

⁸ Odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce v dotazníku odpověděli, že pracovníci ve školství a neziskovém sektoru, kteří se věnují zdravotně handicapovaným, nemají pro svou práci odpovídající podmínky.

7.2. Sociální handicap

Naši sociálně handicapovaní respondenti mají před sebou jeden zásadní úkol: zapojit se plnohodnotně do života společnosti a začít žít svůj život konečně podle svých představ. Všichni námi dotázaní obyvatelé DPC vypovídali v tom smyslu, že jsou na tuto skutečnost připraveni. Většina z nich byla dokonce přesvědčena, že je připravenější na vstup do života lépe, než-li jejich vrstevníci z „běžných“ rodin. Mají pocit, že jsou díky svým životním zkušenostem méně „rozmazlení“, odolnější vůči zátěžovým situacím apod.

P1:

„...Já nemám fungující rodinu...ale zase si říkám, že kdo má fungující rodinu, že ty děti jsou prostě rozmazlený, podle mě, co jsem zažil...No a teď jsou různý ty co nemaj fungující rodinu, tak si dokážou i víc poradit, je naučí život... Zase je to znát když ty rodiče jim udělaj všechno, takže se nemusej starat...“

D:

„Tak já bych řekl, že jo, i když tamhle (zdůrazňuje) si stěžujou, že jim matka támhleto zakázala a támhleto (zdůrazňuje), jenže ať si daj třeba měsíc můj život...prostě měsíc tady, intr, dojíždění, bez peněz. Ať si zkusej, fakt ať si zkusej třeba na ten vejkend přijít domů a shánět jídlo, jo, sakra nemam chleba co budu jíst, člověk tam má těstoviny a sůl, udělá si jenom to a jí to. Fakt tohle bych chtěl třeba, aby někdy si kámoši dali...si žijou „je, máma mi zakázala počítač“, jako to je o ničem...“

...

„...my jsme vlastně o trochu dá se říct zkušenější, než ti, kteří jsou v devatenácti u maminky hýčkaný a (paroduje starostlivou matku)...“

Pravdou je, že tito mladí lidé si vzhledem ke své zkušenosti umí v mnohých situacích poradit. Především ale jde o vypořádání se s pouliční realitou. Najít nocleh u lidí s podobným problémem, obstarat si jídlo třeba i formou drobné krádeže. To jsou schopnosti, které jim ale umožní přečkat jen po určitou dobu. Mnoho z nich se dříve nebo později může uchýlit k závažnější trestné činnosti.

Jak se zapojit do společnosti, aby přestali být závislí na svých známostech z ulice ale vlastně nevědí. Všichni samozřejmě vědí, že by chtěli mít dobrou práci, nějaké skromné bydlení a pak, až budou zajištěni, si vybrat partnera a založit rodinu. V tom, jak dosáhnout tohoto přirozeného standardu, ovšem jen tápou.

I naši respondenti – odborní pracovníci byli dotázáni, jaké rozdíly vnímají mezi svými klienty a jejich „nehandicapovanými“ vrstevníky:

Tab. č. 25: Hlavní rozdíl klienty a jejich vrstevníky podle odborníků:

Rozdíl	Procent odpovědí
Nemají rodinné zázemí	25,6
Nesamostatnost, nevěří si	20,1
Nemají motivaci, vzory	10,9
Jiné hodnoty	8,5
Nedisciplinovanost	6,7
Jsou diskriminováni	4,2
Nízká kvalifikace, nepracují	1,8
Neodpověděl	19,8

N = 164

Jelikož tato otázka byla otevřená, sešla se nám široká škála odpovědí. Pokusili jsme se je vsadit do kategorií v tabulce. Na první pohled je ale zřejmé, že se tyto kategorie různě překrývají a vzájemně souvisí. Např. již samotná odpověď „**nemají rodinné zázemí**“ vlastně zahrnuje odpovědi následující. A protože respondenti odpovídali naprosto spontánně, každá kategorie v tabulce zahrnuje více odpovědí.

Nesamostatnost, nevěří si, jsou sociálně nezkušení – neorientují se plně ve společenském systému, nevědí třeba, jak komunikovat při shánění práce, s úřady nebo třeba, co se stane po nezaplacení pokuty při jízdě „na černo“ v MHD.

Nemají motivaci, vzory, jsou pasivní – podceňují význam vzdělání, neznají zajímavější způsob trávení volného času než jen na ulici, v restauracích.

Jiné hodnoty, nezájem o vzdělání, nebaví je organizovaná činnost – souvisí s předchozí kategorií, jejich hodnoty rozhodně nejsou jiné svým individualismem, naopak spíše jejich pokleslostí a prázdnotou (Odpověď **Jiné hodnoty** volili také pracovníci věnující se romské mládeži, přičemž v tomto případě jde o skutečné jiné

hodnoty. V našem šetření jsme se ovšem na etnické minority nezaměřovali, jelikož si zaslouží samostatný prostor.).

Nedisciplinovanost, problémové chování, špatná adaptace – opět souvisí s předchozí kategorií, klienti se pro něco rozhodnou, ale nevydrží u toho – např. zaměstnání.

Jsou diskriminováni, vykořevení, uzavřená skupina – okolí jim apriori vystavuje překážky, především potenciální zaměstnavatelé, úřady.

Nízká kvalifikace, nepracují – především po opuštění pobytových zařízení jako je DD, DPC nejsou zapojováni do pracovního procesu a vzhledem k nízkému vzdělání do rekvalifikačních kurzů.

Na otázku „**Napadá vás na základě vašich zkušeností nějaké téma/problém týkající se mladých lidí, kterým by se společnost měla zabývat přednostně?**“, jsme opět dostali od odborníků širokou škálu odpovědí, které jsme zařadili do těchto kategorií navržených právě na základě získaných názorů.

Tab. č. 26: Problémy handicapovaných, kterými by se společnost podle odborníků měla zabývat přednostně:

Téma	Procent odpovědí
Vzdělávání, školský systém, volnočasové aktivity	26,1
Sociálně-patologické jevy	16,5
podpora po opuštění DD, DPC apod., bydlení	15,8
Podpora nefunkčních rodin	9,1
Nezaměstnanost	6,7
Adopce, ústavní výchova	4,9
Legislativa	4,2
Větší propagace státních organizací a NNO	4,2
Neodpověděl	12,0

N = 164

I tato otázka byla otevřená, a proto se zde pod tabulkou pokusíme rozvinout odpovědi, které jsme do ní zahrnuli. U těchto odpovědí ještě musíme podotknout, že jsou všechny spojeny především s vyššími finančními náklady.

Vzdělávání, školský systém, volnočasové aktivity – naši respondenti kladli důraz na vzdělávání, od jehož kvality a úrovně se odvíjí další životní orientace jedince a dále pak na volnočasové aktivity. Nabídka volnočasových aktivit by se podle nich měla odvíjet podle potřeby dětí a měla by být v dostatečném množství už i na základních školách. Zpřístupněny by také měly být i sociálně nejslabším. Ovšem vzpomněli nejenom na témata, která se týkají především sociálně handicapovaných, ale v souvislosti se vzděláním zmínili i **multikulturní vzdělávání a toleranci společnosti**, které se týkají hlavně majoritní části společnosti.

Sociálně-patologické jevy – zde jde především o důraz na prevenci proti alkoholovým a nealkoholovým drogám, jejichž nadměrná konzumace je u sociálně handicapovaných často spojena s kriminalitou. Proto je důležité zapojení mladých lidí do volnočasových aktivit apod., dále pak také nepodceňování např. vlivu masmédií na mládež

Podpora po opuštění DD, DPC apod., bydlení – mladí lidé jsou po dovršení plnoletosti nuceni opouštět zařízení, v nichž vyrůstali. Po ukončení pobytu v dětském domově (nebo obdobném zařízení) mohou využít služeb například Domů na půli cesty, ale tam mohou pobývat jen dočasně. Výchovné instituce opouštějí často bez prostředků a významnějších sociálnějších zkušeností. Tito lidé ovšem nepotřebují jen hmotné zajištění, tedy ubytování, ale často i asistenci v prvních týdnech po opuštění výchovného zařízení, kdy si osvojují samostatný způsob života (hledání práce, vedení domácnosti...).

Podpora nefunkčních rodin – síť poraden a terénních pracovníků, kteří mohou poskytovat psychosociální pomoc rodinám v nouzi, ale také **výchova k rodičovství a podpora rodinného systému**.

Nezaměstnanost – u sociálně handicapovaných je spojena především s nízkým vzděláním. Zpřístupnit tedy více rekvalifikačních kurzů, chráněných dílen, zvýšit nabídku podporovaných zaměstnání, což je spojeno s osvětou u potenciálních zaměstnavatelů.

Adopce, ústavní výchova - cílem tohoto šetření není posuzovat, která metoda je efektivnější, ačkoli z odborných publikací víme, že je to právě adopce nebo

pěstounská péče. Nicméně odborníci si myslí, že touto problematikou je potřeba se zabývat a to především z důvodu zjednodušení legislativy.

Legislativa – poměrně komplikované téma. Jde o zjednodušení legislativy v grantové politice, jednodušší financování, nevytrhávání problémů z kontextu a komplexní přístup. Dále pak posoudit rovnováhu mezi právy a povinnostmi dětí a rodičů, a posoudit větší zodpovědnost rodičů.

Větší propagace státních organizací a NNO zabývajících se sociální problematikou, dostat služby těchto organizací do povědomí veřejnosti a zároveň dbát na větší provázanost těchto služeb i mezi organizacemi. V neposlední řadě pak přilákat více odborníků, což je spojeno opět s financemi.

8. Závěry a doporučení

V této kapitole se pokusíme o krátké zhodnocení výše zpracovaných témat a navrhneme další možné postupy.

Ve všech kapitolách jsme si udělali rámcový přehled o problémech, se kterými se mladí lidé se zdravotním nebo sociálním handicapem více či méně setkávají a musí je řešit. Zároveň jsme také poukázali na to, že tyto problémy nejsou spojeny pouze s handicapovanými, jakožto individuálními aktéry, ale mnohdy je případný problém svázán s fungováním příslušných institucí a s fungováním, možná lépe řečeno osvětou, majoritní společnosti jako takové.

V kapitole věnované **vzdělávání** jsme se od respondentů se zdravotním handicapem dozvěděli například to, že hlavní překážkou v docházce do „standardní“ školy je především zatím stále malá **bezbariérovost**. Tito lidé by z větší části raději chodili do standardních škol nejenom proto, aby se dostali do většího kontaktu se svými nehandicapovanými vrstevníky, ale také proto, že by mohli navštěvovat školy v blízkosti svého bydliště a tudíž by nemuseli bydlet na internátech, jako tomu často je.

Pro mladé lidi se sociálním handicapem je pak zřejmě největší překážkou ve vzdělávání **absence rodinného zázemí** a tím pádem **nedostatek osobních vzorů**. Často jsou roztěkaní a nevytrvalí ve svých předsevzetích, která jsou často přehnaná až nereálná, nebo naopak velmi nízká a neucelená. Jako by i do svého implicitního uvažování projektovali ono neurčité „já bych chtěl...“, místo konkrétního a rozhodného „já chci..“.

Už v hlavním textu jsme jasně naznačili, že se vzděláním plně souvisí **zaměstnání**. Pro zdravotně handicapované **není dostatek vhodných pracovních míst** a tento problém je spojen zejména s neinformovaností veřejnosti o tom, **co člověk se zdravotním handicapem skutečně dokáže**. Jak jsme zjistili od našich handicapovaných respondentů, tato neinformovanost je často dána neochotou veřejnosti a zaměstnavatelů se vůbec něco dozvědět. Dalším velkým problémem je stále malá **bezbariérovost** veřejných budov a konečně také tzv. „**sociální past**“, ve které se může ocitnout člověk vlivem pobírání sociálních dávek.

Lidé se sociálním handicapem mají většinou **nízké vzdělání**, ale **vysoké ambice** ohledně zaměstnání. Při jeho hledání pak neuvažují zcela realisticky, a proto jsou často dlouhou dobu nezaměstnaní. Navíc většinou nemají jasnou představu o tom, co by chtěli dělat. Většinou je pro ně důležité, aby to bylo málo práce za hodně peněz.

Ve srovnání se svými nehandicapovanými vrstevníky, mají obě skupiny našich respondentů problémy také s **bydlením**. Zdravotně handicapovaní často potřebují upravené byty (chráněné byty) a někdy i částečnou asistenci. Podle odborných pracovníků jsou však chráněné byty ve většině krajů, kde šetření probíhalo, spíše hůře dostupné nebo nedostupné. Mladí handicapovaní jsou tak odkázáni na organizace, které jim tyto byty mohou zprostředkovat a samozřejmě na pomoc rodiny. Většinou také musí bydlet tam, kde je nějaká organizace, jejíž služby potřebují využívat. Znamená to, že většinou musí bydlet ve větších městech. Další faktor, který určuje výběr jejich bydliště, je **možnost zaměstnání**.

Sociálně handicapovaní nejsou na kvalitu bydlení, alespoň na první dojem, tak nároční, stačí jim skromnější byt. Na rozdíl od lidí se zdravotním handicapem si nemohou nárokovat speciální byt a jejich síť sociálních kontaktů, jejíž členové by jim s bydlením pomohli, je také omezenější. I oni hledají raději bydlení ve městech. Jejich důvody jsou ovšem poněkud jiné. Nejdůležitější je pro ně **větší kumulace lidí a kulturní vyžití**, teprve pak je zajímá dostupnost zaměstnání, kvalita prostředí a nakonec infrastruktura.

Volný čas tráví mladí lidé s handicapem na jednu stranu stejně jako spousta jejich vrstevníků, na straně druhé se k těmto aktivitám stavějí lehce flegmaticky nebo pasivně. Ani jedna skupina respondentů nevěděla moc jistě, jak konkrétně by chtěli

trávit volný čas. Všichni by jej ale rádi trávili s přáteli, nejlépe při cestování. Mezi individuální aktivity trávení volného času patří sledování televize, poslech hudby, hraní her na počítači, surfování po internetu, spánek, nicnedělání, četba. Všichni také rádi a často navštěvují restaurační zařízení.

Trávení volného času v institucích se týká především těch, kteří v nich bydlí.

Vztah **společnosti** k lidem se zdravotním handicapem je spíše pozitivní, pokud jde tedy o běžné, obecné vnímání. Horší je to pak s překážkami jako jsou **bariéry, nezaměstnanost a bydlení**. Ve spojení s tím respondenti se zdravotním handicapem poukazovali na malou informovanost veřejnosti a potenciálních zaměstnavatelů. Také na výši dávek není mezi odborníky jednoznačný názor, pozitivně je pak vnímáno přijetí nového zákona o sociálních službách.

Odborní pracovníci s lidmi se sociálním handicapem se shodují, že je potřeba více rozšířit **volnočasové aktivity** mezi mladé lidi a zajistit jejich dostupnost i pro sociálně slabší. Tím může být podle jejich názoru posílena sociální prevence. Nezbytné je pak také poskytnout částečnou asistenci těm, kteří opouštějí výchovná zařízení jako jsou dětské domovy apod., aby se mohli lépe zapojit do samostatného života.

Doporučení pro další výzkum:

Celé šetření proběhlo bez komplikací, dle předběžného harmonogramu. Bez problémů jsme si sestavili a proškolili tazatelskou síť, která pak dodala očekávaný počet vyplněných dotazníků. Stejně tak nebyl problém kontaktovat organizace, s jejichž klienty jsme realizovali focus group.

Jak jsme již poznamenali v úvodu, před zahájením šetření jsme si výzkumný úkol s názvem „Situace mladých lidí s omezenými příležitostmi“ konkrétně definovali a zaměřili se na mladé lidi s handicapem zdravotním a sociálním, které jsme si dále specifikovali, viz. kapitola o metodologii. Celá problematika je ovšem velmi rozsáhlá, jelikož mezi „mladé lidi s omezenými příležitostmi“ můžeme zařadit i jiné skupiny lidí, než které jsme si vybrali do našeho šetření (např. etnické menšiny). U každé skupiny lidí, která byla předmětem našeho šetření, je také řada problémů, které by si zasloužily samostatný prostor pro vlastní výzkum. V budoucnu by tedy bylo vhodné zredukovat cílovou skupinu výzkumu (nebo výzkum striktně rozdělit) a zaměřit se vždy na konkrétní problém, který by jistě mohl být uchopen a popsán podrobněji.

9. Přílohy

Příloha č. 1. – zdravotní handicap

Tab. č. 27: Přehled typů organizací, jejichž pracovníci byli dotazováni v našem šetření. Četnost a procenta uvádějí počet a procentuální zastoupení pracovníků, nikoli organizací.

Typ zařízení	Četnost	Procenta	
Neuvedli	2	,9	
Asociace zdr. post.	1	,4	
canisterapeutická pomoc	5	2,2	
Centrum pro rodinu	1	,4	
Centrum pro zdrav. post.	3	1,3	
Církevní org.	8	3,5	Charita, diakonie
Česká abilympijská asociace	2	,9	
Magistrát	3	1,3	
NF	4	1,7	Nadační fond
OPS	24	10,4	Občansko prospěšná společnost
Organizace pomáhající nevidomým	17	7,4	Tyflocentrum, tyfloservis...
OS	65	28,3	Občanské sdružení
Pedagogicko-psychologická poradna	1	,4	
Pomoc postiženým	2	,9	
Poradenské centrum	7	3,0	
Ranná péče	1	,4	
Rehabilitace zdrav. postižených	7	3,0	
Speciální pedagogické centrum	3	1,3	
SpŠ	63	27,4	Speciální školy - školy pro sluchově, zrakově, tělesně postižené (JÚS...)
Stacionář	1	,4	
SVČ	3	1,3	Středisko volného času
ŠZ	5	2,2	Školské zařízení
Unie neslyšících	1	,4	
ÚSP	1	,4	Ústav sociální péče
Celkem	230	100,0	

Příloha č. 2 – sociální handicap

Tab. č. 28: Přehled typů organizací, jejichž pracovníci byli dotazováni v našem šetření. Četnost a procenta uvádějí počet a procentuální zastoupení pracovníků, nikoli organizací.

Typ zařízení	četnost	procenta	
Neuvedli	2	1,2	
Církevní org.	3	1,8	Církevní organizace, charita, diakonie
DC	1	,6	Dětské centrum
DD	57	34,8	Dětský domov
DD a SpŠ	10	6,1	Dětský domov a speciální škola
DDÚ	2	1,2	Dětský diagnostický ústav
DDÚ a SVP	5	3,0	Dětský diagnostický ústav a středisko výchovné péče
DPC	15	9,1	Dům na půl cesty
DÚ	10	6,1	Diagnostický ústav
DÚ a DVÚ	1	,6	Diagnostický a dětský výchovný ústav
Magistrát	8	4,9	Odbor soc. prevence, kurátor
Nápravné zařízení	1	,6	Nápravné zařízení
NZDM	10	6,1	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
OS	23	14,0	Občanské sdružení
Protidrogové zařízení	2	1,2	Protidrogové zařízení
SO	2	1,2	Státní organizace
SSP	1	,6	Středisko sociální péče
SVP	6	3,7	Středisko výchovné péče
ŠZ a SpŠ	1	,6	Školské zařízení a Speciální škola
ŠZ a ZVŠ	1	,6	Školské zařízení a zvláštní škola
VÚ	3	1,8	Výchovný ústav
Celkem	164	100,0	

