

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Studijní program: Geografie

Studijní obor: Regionální a politická geografie



František Ficek

INTERVENCE VYUŽÍVAJÍCÍ "KOMUNITOU VEDENÉHO
PŘÍSTUPU K CELKOVÉ SANITACI" (CLTS) V ROZVOJOVÝCH
ZEMÍCH: ANALÝZA ZKUŠENOSTÍ Z PRAXE

INTERVENTIONS USING COMMUNITY-LED TOTAL
SANITATION APPROACH (CLTS) IN DEVELOPING COUNTRIES:
AN ANALYSIS OF PRACTICAL EXPERIENCE

Diplomová práce

Praha, 2016

Vedoucí diplomové práce: doc. RNDr. Josef Novotný, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracoval samostatně, a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 30. 6. 2016

.....

Poděkování:

Rád bych na tomto místě poděkoval svému vedoucímu doc. RNDr. Josefu Novotnému, PhD. za cenné rady, podporu a metodologickou pomoc při psaní této práce. Zároveň bych chtěl poděkovat Petru Winklerovi a Jakobovi Kocandovi za pomoc při sestavování dotazníku, a Petře Bongartz za poskytnutí kontaktů na praktiky CLTS.

Tímto bych chtěl poděkovat i všem informátorům, kteří byli natolik ochotni, aby se zúčastnili tohoto výzkumu a podělili se o své zkušenosti se CLTS. Bez nich by tato práce nikdy nevznikla.

Mé díky také patří Evě Bartošové za pomoc při dokončení této práce.

Abstrakt

Intervence využívající "komunitou vedeného přístupu k celkové sanitaci" (CLTS) v rozvojových zemích: analýza zkušeností z praxe

Téměř jedna miliarda lidí v rozvojových zemích stále nemá přístup k základním sanitačním zařízením a praktikuje tzv. „open defecation“ (OD), tedy defekaci ve volném prostoru. Mezi různými přístupy na zlepšení sanitační situace si v posledních letech získal velkou popularitu tzv. komunitou vedený přístup k celkové sanitaci (Community-Led Total Sanitation–CLTS) jehož konečným cílem je nastavení nových sociálních norem, které podmiňují změnu chování vedoucí k ukončení OD. Tento přístup je mnohými vnímán jako revoluční nástroj na zlepšování sanitace, ale současně je zpochybňována jeho efektivnost a je kritizován za používání neetických praktik. Tato diplomová práce se zabývá hodnocením názorů a zkušeností realizátorů CLTS, které byly získány během rozhovorů s 19 praktiky ze 14 rozvojových zemí. Rozhovory byly analyzovány pomocí kvalitativních výzkumných metod a vyhodnoceny v kontextu současných teoretických poznatků o behaviorálních změnách, hygieně a sanitaci. Celkově získané poznatky ukázaly, že praktici považují CLTS za poměrně účinný nástroj a jsou s jeho aplikací spokojeni. Současně si ale uvědomují limity a kontroverze spojené s tímto přístupem, a nutnost neustálého vylepšování a modifikace v závislosti na daném kontextu, a to i za cenu porušení jeho základních principů.

Klíčová slova: hygiena, sanitace, Community-led total sanitation, změna chování, participativní přístup, geografie mezinárodního rozvoje

Abstract

Interventions using Community-led total sanitation approach (CLTS) in developing countries: an analysis of practical experience

Nearly one billion people in developing countries lack an access to basic sanitation facilities and still practice open defecation (OD). In recent years one approach has gained notable popularity among other approaches for improving sanitation, Community-Led Total Sanitation (CLTS), which ultimately aims to establish new social norms that determine behavioral change leading to elimination of OD. While many perceive this approach as a revolutionary way of improving sanitation, it is criticized for its use of unethical practices and its effectiveness has been questioned. This thesis assesses opinions and experience of CLTS implementers obtained via interviews with 19 practitioners from 14 developing countries. Interviews were analyzed using qualitative research methods and evaluated in a context of theoretical knowledge concerning behavioral change, sanitation and hygiene. Obtained insights overall showed that practitioners consider CLTS as an effective tool and are satisfied with its application, but at the same time they are aware of limits and controversies associated with it. They are also aware of needs of a constant improvement and modification depending on the given context, even if it may go against its core principles.

Key words: hygiene, sanitation, Community-led total sanitation, behavior change, participatory approach, geography of international development

Obsah

Seznam obrázků.....	8
Seznam tabulek.....	8
Seznam zkratk.....	10
1 Úvod	12
Teoretická část	14
2 Problematika hygieny a sanitace v rozvojových zemích.....	14
2.1 Důsledky nedostatečné hygieny a sanitace	14
2.2 Sanitace v kontextu rozvojových cílů tisíciletí a cílů udržitelného rozvoje	17
2.3 Intervence v oblasti sanitace v rozvojových zemích.....	19
2.4. Co ovlivňuje sanitační chování a jak dosáhnout změny	22
3 Community-led total sanitation	26
3.1 Historie	26
3.2 CLTS – o co jde a jaké jsou základní principy	27
3.3 Průběh CLTS a jednotlivé aktivity	29
3.3.1 Pre-triggering	29
3.3.2 Triggering	30
3.3.3 Follow up a verifikace ODF	33
3.4 Další aspekty Community-Led Total Sanitation	36
3.4.1 Komunitou vedená a totální sanitace	36
3.4.2 Ideální podmínky pro CLTS intervenci a možné překážky	36
3.5 Aktéři Community-Led Total Sanitation	37
3.5.1 Stát a vláda	38
3.5.2 Nestátní neziskové rozvojové organizace	39
3.5.3 Lokální aktéři a skupiny	40
3.6 Modifikování Community-Led Total Sanitation	41
3.7 Kombinování CLTS s dalšími přístupy	43
3.7.1 CLTS a přímé dotace.....	43
3.7.2 Kombinace s dalšími nízkonákladovými přístupy.....	45
3.7.3 CLTS a sanitační marketing	46
3.8 CLTS a problematika sanitace v urbánním kontextu	47
3.9 Kritika a limity CLTS	49

3.9.1 Kritika CLTS	49
3.9.2 Limity CLTS	51
3.10 Gender a lidé s postižením v kontextu CLTS	52
Empirická část	54
4 Metodika	55
4.1 Osnova interview a jeho příprava.....	55
4.2 Sběr kontaktů a kontaktování informátorů	56
4.3 Průběh rozhovorů	56
4.4 Dotazování praktici	57
4.5 Analýza rozhovorů	59
4.6 Rizika spojená s použitou metodikou	59
5 Výsledky	60
5.1 Proč se aplikuje CLTS?	60
5.2 Primární cíle CLTS intervencí	63
5.3 Aktéři CLTS.....	65
5.3.1 Státní a vládní aktéři	65
5.3.2 Aktéři neziskové rozvojové organizace	66
5.3.3 Mezinárodní organizace	67
5.3.4 Lokální aktéři.....	68
5.4 Využití teorie změny	69
5.5 Práce v urbánních regionech	71
5.6 Využití dalších přístupů a nástrojů	72
5.6.1 Externí pomoc.....	72
5.6.2 Sanitační marketing.....	74
5.6.3 Ostatní používané přístupy a metody	75
5.7 Modifikace CLTS	76
5.7.1 Modifikace nástrojů CLTS	76
5.7.2 Modifikace sociálních aspektů	78
5.8 Překážky implementace CLTS.....	80
5.8.1 Sociální aspekty jako překážka	81
5.8.2 Dotace jako překážky CLTS	84
5.8.3 Přírodní podmínky jako překážka CLTS.....	84
5.8.4 Nástroje CLTS jako překážka CLTS	85
5.9 Užitečné aspekty CLTS	86

5.10	Nejméně užitečné aspekty CLTS	89
5.11	Kritika CLTS	92
5.12	Spokojenost se CLTS.....	94
6	Závěr a syntéza.....	96
6.1	Syntéza.....	96
6.1.1	Proč bylo aplikováno CLTS.....	96
6.1.2	Primární cíle CLTS intervencí.....	96
6.1.3	Aktéři CLTS	97
6.1.4	Využití teorie změny	97
6.1.5	Využití CLTS v urbánních regionech	98
6.1.6	Využití dalších přístupů a nástrojů	98
6.1.7	Modifikace CLTS.....	100
6.1.8	Překážky implementace CLTS	101
6.1.9	Užitečné aspekty CLTS.....	103
6.1.10	Nejméně užitečné aspekty CLTS	103
6.1.11	Kritika CLTS.....	103
6.1.12	Spokojenost se CLTS	104
6.2	Závěr	104
7	Literatura a další zdroje.....	106
7.1	Seznam použité literatury	106
7.2	Zdroje dat	111
7.3	Zdroj obrázku	111
8	Přílohy.....	112

Seznam obrázků

Obr. 1: F diagram	15
Obr. 2: Podíl domácností s přístupem k vylepšené sanitaci v roce 1990 a 2015.....	18
Obr. 3: Země kde je aplikováno CLTS.....	28
Obr. 4: Komunitní mapování během CLTS intervence v Malawi	31
Obr. 5: Přehled zemí, které byly součástí výzkumu této diplomové práce .	58

Seznam tabulek

Tab. 1: Úmrtí na průjmová onemocnění ve vybraných světových regionech v roce 2012.....	16
Tab. 2: Determinanty změny sanitačního a hygienického chování.....	22
Tab. 3: Přehled praktiků účastnících se výzkumu, jejich kódu a původu rozhovoru	58
Tab. 4: Přehled kódu „Proč se aplikuje CLTS“.....	62
Tab. 5: Přehled kódu „Primární cíle“	64
Tab. 6: Přehled kódu „Aktéři – Stát a vláda“	65
Tab. 7: Přehled kódu „Aktéři CLTS – NGOs“.....	67
Tab. 8: Přehled kódu „Aktéři – Mezinárodní organizace, lokální aktéři“	68
Tab. 9: Přehled kódu „Využití Theory of change“	70
Tab. 10: Přehled kódu „Práce v urbánních regionech“	71
Tab. 11: Přehled kódu „Využití dalších přístupů a nástrojů – odměny, přímé dotace, technická podpora“	73
Tab. 12: Přehled kódu – „Využití dalších přístupů a nástrojů – Sanitation marketing“	74
Tab. 13: Přehled kódu „Využití dalších přístupů a nástrojů – PHAST, tresty a pokuty, napojení na další aktivity a žádné.	75
Tab. 14: Přehled kódu „Modifikace CLTS – Modifikace nástrojů“	77
Tab. 15: Přehled kódů „Modifikace CLTS – Modifikace sociálních aspektů, žádné modifikace	79
Tab. 16: Přehled kódu „Překážky implementace CLTS – sociální aspekty“ .	83
Tab. 17: Přehled kódu „Překážky implementace – dřívější dotace, přírodní podmínky“.....	85
Tab. 18: Přehled kódu „Překážky implementace CLTS – nástroj jako překážka“.....	86

Tab. 19: Přehled kódu „Užitečné aspekty CLTS – tradiční a lokální lídři, triggering, vycvičení facilitátorů“	87
Tab. 20: Přehled kódu „Užitečné aspekty CLTS – cenově výhodné, celokomunitní přístup, rozvoj dalších aktivit, působí na mnoho lidí, sociální podnikatelé, šíření mezi komunitami.....	88
Tab. 21: Přehled kódu „Špatné aspekty CLTS – bez dotací, zostuzení, udržitelnost technologie, soustředění na stavbu toalety“	89
Tab. 22: Přehled kódu „Špatné aspekty CLTS – chybí závazek a vůle vlády, idealistická představa, sanitace se neřeší komplexněji, nutnost dotáhnout projekt do konce, potřeba kvalitních facilitátorů, příliš složitý triggering“ ..	90
Tab. 23: Přehled kódu „Kritika CLTS“	93
Tab. 24: Přehled kódu „Spokojenost se CLTS“	95

Seznam zkratk

CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CATS	Community approach to total sanitation (Komunitní přístup k totální sanitaci)
CLTS	Community-led total sanitation (Komunitou vedená totální sanitace)
EU	Evropská unie
GPS	Globální polohovací systém
MDGs	Rozvojové cíle tisíciletí
NGOs	Neziskové rozvojové organizace
OD	Open defecation (defekace v otevřeném prostoru)
ODF	Open defecation free (konec defekace v otevřeném prostoru)
PHAST	Participatory hygiene and sanitation transformation (Participativní hygienická a sanitační transformace)
PRA	Participatory rural appraisal (Participativní venkovské ohodnocení)
RANAS	Risk, attitudes, norms, abilities, self-regulation (Rizika, přístupy, normy, schopnosti, seberegulace)
SARAR	Self-esteem, associative strengths, resourcefulness, action-planning, and responsibility (Sebevědomí, asociativní silné stránky, vynalézavost, akční plánování a zodpovědnost)
SDGs	Cíle udržitelného rozvoje
SM	Sanitační marketing
SNV	Nizozemská rozvojová organizace
TSC	Total sanitation campaign (Totální sanitační kampaň)
UN DESA	Oddělení ekonomických a sociálních věcí Organizace spojených národů
UN	Organizace spojených národů
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
USA	Spojené státy americké
VERC	Village Education Resource Centre
WASH	Water Sanitation and Hygiene (Sektor vody, sanitace a hygieny)
WB	Světová banka
WEDC	Water, Engineering and Development Centre
WHO	Světová zdravotnická organizace
KAMSNV	Praktik z Kambodži pracující pro Nizozemskou rozvojovou organizaci

ANGČVT	Praktik z Angoly pracující pro Člověka v tísni
ANGUN	Praktik z Angoly pracující pro UNICEF
ETPUN	Praktik z Etiopie pracující pro UNICEF
ETPFRL	Praktik z Etiopie pracující na volné noze
ETPFRL2	Praktik z Etiopie pracující na volné noze
VTIMORWA	Praktik z Východního Timoru pracující pro WaterAid
PÁKWA	Praktik z Pákistánu pracující pro WaterAid
KAMUN	Praktik z Kambodži pracující pro UNICEF
KEŇPI	Praktik z Keni pracující pro Plan International
MLWPI	Praktik z Malawi pracující pro Plan International
ZAMSNV	Praktik ze Zambie pracující pro Nizozemskou rozvojovou organizaci
IDSPI	Praktik z Indonésie pracující pro Plan International
UGDPI	Praktik z Ugandy pracující pro Plan International
MYANUN	Praktik z Myanmaru pracující pro UNICEF
MAURUN	Praktička z Mauritánie pracující pro UNICEF
ETPČVT	Praktik z Etiopie pracující pro Člověka v tísni
INDCLTS	Praktička z Indie pracující pro CLTS Foundation
HAITIUN	Praktička z Haiti pracující pro UNICEF

1 Úvod

Nedostatečná sanitace je ve světě stále velkým problémem. A aby bylo možné o sanitaci efektivně mluvit, je nutné si přesně definovat tento pojem, protože jeho význam se může lišit napříč kulturami a jazyky. Sanitací je v této práci myšleno nakládání s lidskými výkaly. A pokud se bude hovořit o sanitačním nebo hygienickém chování, jedná se o chování a opatření, která mají zabránit přenosu patogenů z výkalů na člověka (Peal, Evans a Van der Voorden 2010).

I přes určité úspěchy na poli sanitace, kterých se podařilo dosáhnout v minulých letech, nemělo podle WHO (2015) v roce 2015 68 procent světové populace přístup k vylepšenému sanitačnímu zařízení, mezi které se počítá například splachovací záchod nebo jenom krytá či uzavřená latrina, a konkrétněji 2,4 miliard lidí nemá sanitační zařízení žádné. Z toho dalších 946 milionů lidí stále defekuje ve volném prostoru, praktikuje tzv. open defecation (OD), čímž kontaminují své životní prostředí včetně vodních zdrojů. Obecně je problematika vody napojena na problematiku sanitace a často se o těchto dvou oblastech hovoří jako o sektoru Water, Sanitation and Hygiene (WASH), kvůli jejich vzájemnému a velmi úzkému provázání (UNICEF 2016).

Sanitace není téma, o kterém by se mluvilo jednoduše. Pouhé zmínění výkalů v lidech vyvolává odpor a stud, kvůli kterým se vážné diskuze vedou jen velmi složitě. I akademické debaty o exkrementech jsou pořád určité tabu, a to i v rámci geografie, kde jsou nerovnosti v přístupu k sanitaci a s tím spojené sociální, zdravotnické a ekonomické následky často přehlíženy. Způsoby nakládání s lidskými exkrementy a vnímání sanitace se regionálně zásadně liší, a tudíž právě geografie může významně přispět k porozumění procesů a faktorů, které stojí za nevyhovující sanitační situací v mnoha zemích světa, a má na svědomí minimálně stovky tisíc lidských životů ročně (Jewitt 2011).

Zlepšení nedostatečné sanitace je jako zásadní problém rozvojových zemí cílem mnoha intervencí, ať už v rámci domácích politik nebo v rámci zahraniční rozvojové spolupráce. Způsoby, kterými se přistupuje ke zlepšování sanitace, prošly v posledních letech zásadní změnou, kdy se do popředí začaly dostávat komunitní a participativní přístupy zaměřené na sanitační chování. Dřívější praxe byla soustředěna na technickou, finanční a materiální pomoc, což sice vedlo k rapidní výstavbě nových latrín, které ale

kvůli opomíjení sanitačního chování prakticky nikdo používal. V nedávné minulosti bylo možné pozorovat rozšiřování přístupů zaměřených na propagaci a vytváření poptávky po sanitaci, které nejsou zaměřeny na latríny, ale na člověka (Chambers 2009).

Jedním z celosvětově nejrozšířenějších a v současnosti velmi populárních přístupů zaměřených na změnu sanitačního chování a dosažení konce defekace ve volném prostoru, tzn. „open defecation free“ (ODF), je Community-led total sanitation (CLTS), momentálně aplikovaný v 60 zemích rozvojového světa. Kromě masivního využívání v praxi je CLTS významné i kvůli diskurzivní konstrukci, která tento přístup označuje jako revoluční nástroj, zvláště v kontrastu k tradičním metodám, jež na rozvoj sanitace používají dotace. Jedním ze základních principů CLTS je totiž absence jakýchkoliv individuálních dotací na výstavbu latríny (Kar a Chambers 2008).

Vzhledem k rozšíření tohoto přístupu ale existuje velmi málo empirických studií, které by hodnotily jeho dopady a slabé stránky (Schmidt 2015), a ty které k dispozici jsou, vykreslují CLTS jako poměrně kontroverzní nástroj. První kontroverze je založená na kritice, že je přístup založen na neetických praktikách, které porušují lidská práva, a že se jedná o návrat ke koloniálnímu pojetí rozvoje (Bartram et al. 2012, Engel, Susilo 2015). Současně se vyskytují obavy, že i přes silnou podporu má CLTS pouze limitní dopady na cílovou populaci (Pickering et al. 2015, Galvin 2015). Tyto obavy pramení i ze skutečnosti, že se vzrůstající popularitou dochází ke snižování důrazu na kontextuální charakteristiky, které zapříčiňují nedostatečný přístup k sanitaci, na úkor standardizace a zjednodušení (Bardosh 2015).

Cílem této práce je sběr a vyhodnocení názorů a zkušeností realizátorů CLTS intervencí a skrze jejich optiku poskytnout náhled na tuto problematiku. Během výzkumu byl kladen důraz na aplikované modifikace a specifické překážky implementace, jež velmi úzce souvisí s kontextuálními faktory, které ovlivňují sanitační intervence. Současně byla věnována i zvýšená pozornost kritickému zhodnocení celého přístupu, a zejména pak názoru realizátorů na kontroverzní oblasti a kritizované aspekty CLTS. Tato práce se tedy snaží zjistit, jakým způsobem jsou během intervencí reflektovány kontextuální faktory, jaké mají realizátoři postoje, zejména ke kontroverzním aspektům tohoto přístupu, a jak CLTS celkově kriticky hodnotí při zohlednění svých zkušeností.

Tato práce vznikla na základě poptávky organizace Člověk v tísni a je součástí projektu 15-21237S: Faktory a podmínky ovlivňující změny v sanitačním chování v rozvojových zemích, který je financován Grantovou agenturou České republiky.

Teoretická část

2 Problematika hygieny a sanitace v rozvojových zemích

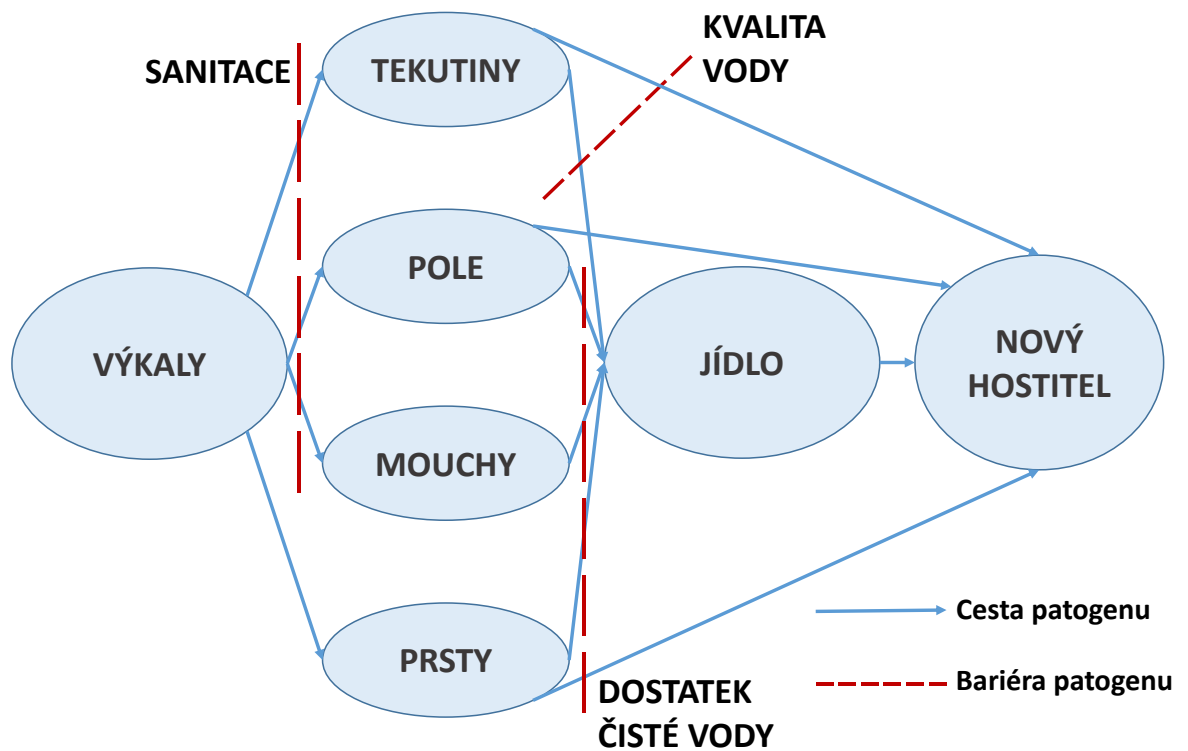
2.1 Důsledky nedostatečné hygieny a sanitace

Nedostatečná úroveň sanitace v rozvojových zemích je vnímána jako zásadní problém globálního rozsahu. V posledních letech se mu dostává patřičné pozornosti jak na úrovni národních států, tak díky globálním iniciativám, jakými jsou například rozvojové cíle tisíciletí (MDGs) a cíle udržitelného rozvoje (SDGs) (Jeuland et al. 2013, UN DESA 2016). Organizace spojených národů také v roce 2010 zařadila přístup k sanitaci mezi lidská práva (Bartram et al. 2012). A pozornost věnovaná této problematice je bezpochyby zasloužená, protože negativní důsledky asociované s nedostatečnou hygienou a sanitací jsou extrémně závažné, zásadním způsobem ovlivňují život obyvatel rozvojových zemí a disproportčně zasahují už tak zranitelné skupiny obyvatel, jakými jsou ženy, děti a nejchudší část populace (Montgomery a Elimelech 2007, Kumar a Vollmer 2013, Hueso a Bell 2013). Nedostatečná sanitace a hygienické návyky se také silně podílejí na vytváření překážek dalšího rozvoje (Montgomery a Elimelech 2007). Nedostatečné hygienické návyky, nedostatečný přístup k sanitaci a nekontaminované pitné vodě jsou podle WHO (2015) zodpovědné za 842 000 úmrtí ročně v zemích s nízkým a středním příjmem, což představuje 58 procent ze všech úmrtí na průjmová onemocnění. Nemocím způsobeným nedostatečnou sanitací se přitom dá předcházet a zlepšení sanitační situace by například mohlo zabránit úmrtí 361 000 dětí pod pět let.

Zlepšení sanitace a přístupu k nezávadné vodě je jedním z nejlepších způsobů jak snižovat úmrtnost na léčitelné nemoci v rozvojových zemích. Jedná se současně o velmi důležitou investici do veřejného zdraví, která má přímé důsledky v záchraně lidských životů. Investice do sanitace je ekonomicky výhodnější alternativou k akutní léčbě nemocí, které jsou způsobeny právě nedostatečnou sanitací. Na tuto problematiku je tedy velmi úzce napojené ošetřování vody a zajištění její dostupnosti. Právě ošetřená voda

a sanitace totiž blokují přístupové cesty patogenů do lidského organismu (Montgomery a Elimelech 2007). Podle Kumara a Vollmera (2013) je nutné v boji s průjmovými onemocněními přerušit cyklus kontaminace, který probíhá mezi výkalem a ústní dutinou, tedy orofekální cestou. A tento cyklus lze výrazně narušit právě mytím rukou a používáním toalety, která funguje jako účinná bariéra mezi exkrementy a prostředím. Nejčastější přístupové cesty patogenů do těla hostitele a bariéry na těchto cestách jsou znázorněny v tzv. F diagramu na obr. 1. F diagram zobrazuje, že adekvátní sanitace dokáže zabránit kontaktu mezi výkaly a tekutinami, poli a dalšími otevřenými prostory, mouchami a dalším hmyzem. Další bariéry tvoří dostatek nezávadné a kvalitní pitné vody, a vody na mytí rukou nebo potravin pro přípravu jídla.

Obr. 1: F diagram



Zdroj: vlastní zpracování podle UNICEF 2012 a General Nutrition 2016

Nedostatečná sanitace a praktikování OD je asociováno především se šířením průjmových onemocnění (Daniels et al. 1990, Montgomery a Elimelech 2007, Chambers 2009). Průjmová onemocnění představují stále velmi závažné riziko pro rozvojové země, a zatímco celosvětově jsou zodpovědné za 2,68 procent úmrtí, v jižní Asii se jedná o 5,47 procent, a v subsaharské Africe o 6,70 procent (viz tab. 1). Průjmová onemocnění patří mezi léčitelné nemoci, ale finančně náročná léčba je zvláště v rozvojových zemích nedostupná. Místo akutní léčby je tedy mnohem výhodnější zabránit kontaminaci vody a zajistit bezpečné nakládání s lidskými výkaly, protože přesně tato strategie eliminovala

cholera a další průjmová onemocnění v Evropě a USA dlouho před nástupem antibiotik (Waldman, Mintz a Papowitz 2013). Tato sanitační revoluce je dodnes považována za nejdůležitější mezník ve zdravotnictví za posledních 250 let (Ferriman 2007).

Průjmová onemocnění v dětství způsobují zhoršené kognitivní funkce v pozdějším věku a v dospělosti, což silně omezuje participaci na vzdělávacím procesu. Lidé zasažení epidemií průjmových onemocnění nejsou schopni plně využít svůj potenciál, nemohou se věnovat své práci a dochází tak k velmi výrazným ekonomickým ztrátám (Mara 2003). Průjmová onemocnění způsobují také dehydrataci (Daniels et al. 1990) a podvýživu (Montgomery a Elimelech 2007). Průjem je jedním ze symptomů cholery, jejíž výskyt se podle modelových studií WHO (2016) odhaduje na 1–4 miliony případů ročně. Cholera je v tomto ohledu současně choroba i symptom. Symptom, který dokazuje dosavadní nedostatečné celosvětové investice do hygieny a sanitační. Na chronický problém se aplikují pouze akutní řešení (Waldman, Mintz a Papowitz 2013).

Tab. 1: Úmrtí na průjmová onemocnění ve vybraných světových regionech v roce 2012

Vybrané světové regiony podle WB	Počet úmrtí	% ze všech příčin
Svět	1 497 724	2,68
Východní Asie a Pacifik	73 284	0,52
Východní Evropa a Střední Asie	8 913	0,35
Latinská Amerika a Karibik	24 865	0,73
Střední Východ a Severní Afrika	18 149	0,92
Jižní Asie	690 169	5,47
Subsaharská Afrika	644 065	6,70

Zdroj: WHO 2014

Úspěšné intervence v oblasti hygieny a sanitační jsou také výhodné po ekonomické stránce. Montgomery a Elimelech (2007) o nich hovoří jako o nejlevnějších a nejefektivnějších prostředcích na zlepšení veřejného zdraví a záchranu lidských životů. Cenovou výhodnost sanitačních intervencí v rámci investic do veřejného zdraví vyzdvihuje i Kumar a Vollmer (2013). Kromě relativně nízkých nákladů je zde i výhoda vyšší ekonomické aktivity, která se asociuje se zajištěním přístupu k sanitaci, resp. omezením zdravotní zátěže spojené s nehygienickými sanitačními praktikami.

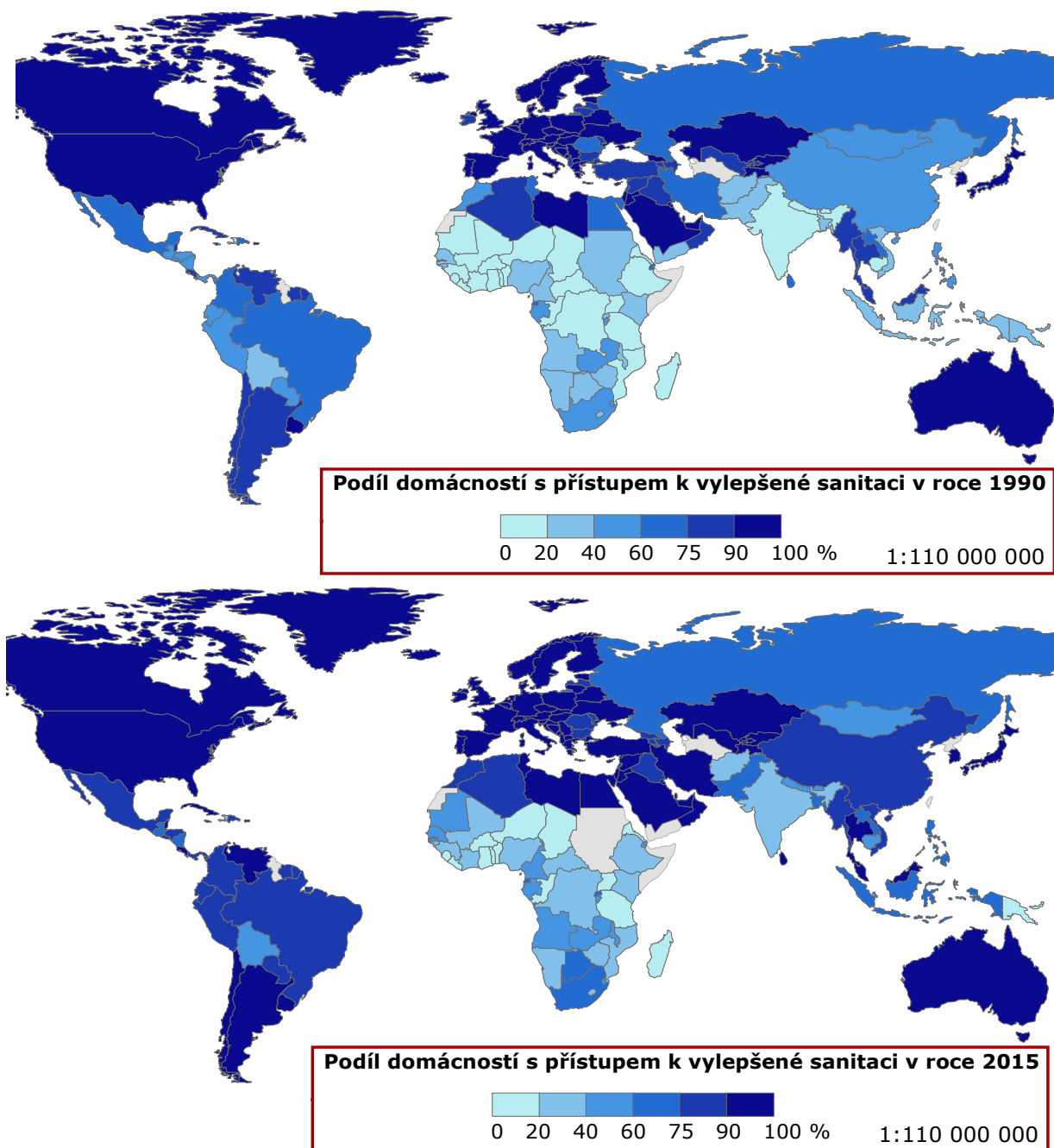
2.2 Sanitace v kontextu rozvojových cílů tisíciletí a cílů udržitelného rozvoje

O významu sektoru WASH svědčí i přiřazení jednoho cíle v rámci SDGs, konkrétně cíle č. 6, k problematice hygieny a sanitace. SDG č. 6 si klade za cíl zajistit všeobecnou dostupnost a udržitelné hospodaření s vodou a sanitačními zařízeními (UN DESA 2016). Globální komunita tímto jasně uznala důležitost adekvátní hygieny a sanitace pro rozvoj, a zavázala se k soustavné práci na zlepšení situace v tomto sektoru. Hygiena a sanitace byly také součástí agendy předcházející SDGs, tedy MDGs. V rámci MDGs byla hygiena a sanitace často zmiňována v kontextu MDG č. 4, který ustanovoval snížení dětské úmrtnosti, a MDG č. 7 zaměřeného na environmentální udržitelnost (Jelund et al. 2013, Waldman, Mintz a Papowitz 2013, Sijbesma et al. 2008, Montgomery a Elimelech 2007, UNICEF 2014, Aboud a Singla 2012, Bartram et al. 2012). Chambers (2009) pak dokonce tvrdí, že zlepšení hygienických a sanitačních podmínek by mohlo pomoci naplnit prvních sedm cílů, a zvláště ty týkající se problematiky dětí, žen a dívek.

Ačkoliv u MDG č. 4 nebylo dosaženo stanoveného cíle snížit dětskou úmrtnost o dvě třetiny, dosáhlo se v této oblasti poměrně významného pokroku. Dětská úmrtnost, čili úmrtí dítěte do pěti let věku, klesla mezi lety 1990 a 2015 o více než polovinu ze zhruba 12,7 milionů úmrtí ročně na 6 milionů (UN 2015). I to se dá považovat za úspěch, na kterém má rozvoj v oblasti hygieny a sanitace velký podíl.

Sanitace se v posledních dvou dekadách rozvíjela především v rychle rostoucích zemích, jako je Čína nebo Brazílie, kde došlo k masivnímu rozvoji veřejné infrastruktury včetně vodovodů a kanalizace. Současně došlo ke zlepšení i v rozvojových zemích, ve kterých ale zatím na vybudování veřejné sanitační infrastruktury nedošlo, a přístup k sanitaci a hygieně se rozvíjel na základě projektů individuální sanitace nebo přístupu k pitné vodě. To například znamená, že byl kladen důraz na to, aby v domácnostech nechyběla alespoň jednoduchá latrína (Jeuland et al. 2013). Úspěchy Číny a Brazílie dokládají i statistiky UN (2015). Podle nich region východní Asie s poklesem dětské úmrtnosti o 78 procent splnil MDG č. 4 a jednalo se o největší pokrok v rámci světových regionů. Hned druhým regionem v tomto ohledu byl region Latinské Ameriky a Karibiku s poklesem o 69 %, a cílem taktéž splněným.

Obr. 2: Podíl domácností s přístupem k vylepšené sanitaci v roce 1990 a 2015



Zdroj: World Bank 2016

V případě MDG č. 7 byla sanitace explicitně řešena v sekci 7.C. Jejím záměrem bylo snížit o polovinu počet světové populace bez přístupu k nezávadné pitné vodě a základní sanitaci. Zatímco cíl o přístupu k pitné vodě byl na globální úrovni splněn, v oblasti týkající se sanitace nedošlo k potřebnému rozvoji v dostatečné míře a stanovené mety nebylo dosaženo. Mezi 1990 a 2015 sice získalo přístup k vylepšené sanitaci 2,1 miliard lidí a praktikování OD se snížilo téměř o polovinu, ale 2,4 miliardy lidí nadále

zůstává bez přístupu k adekvátní sanitaci a z nich 946 milionů praktikuje OD (UN 2015). Opět se zde vyskytuje regionální disparita s nejvíce zaostávajícími regiony Subsaharskou Afrikou, jižní Asií a Oceánií (viz obr. 1). V Subsaharské Africe došlo jenom k marginálnímu zlepšení a do budoucna je nutné se na problematiku sanitace v tom regionu zaměřit, jelikož bude vyžadovat ještě mnoho pozornosti. Státy jižní Asie sice dokázaly počet obyvatel s přístupem k základním sanitačním zařízením zvýšit, regionálních ale cílů dosaženo nebylo, a i v současnosti zůstává jižní Asie regionem s velmi nízkým přístupem k sanitaci (Jeuland 2013, UN 2015).

Pouze částečně splněné MDGs znamená nutnost soustředit se i po jejich skončení na problematiku WASH, a tak navazující SDGs stanovily v cíli č. 6 další ambiciózní mety, kterých by se mělo v dalších 15 letech mezinárodního rozvoje dosáhnout. Do roku 2030 by měla být celosvětově dostupná nezávadná pitná voda pro všechny a podle stejného univerzálního principu by veškeré světové obyvatelstvo mělo mít přístup k vylepšené sanitaci. Agenda SDGs zároveň hovoří o rozšiřování mezinárodní spolupráce pro podporu rozvojových zemích v oblastech souvisejících s vodou a sanitací, například v technologických řešeních vodohospodářství a nakládání s odpadní vodou. Posledním bodem je pak posilování účasti komunit na řízení jejich rozvoje v oblasti vody a sanitace (UN DESA 2016). Právě tento poslední bod může mít rozsáhlé implikace pro využívání komunitních přístupů k sanitaci jako je CLTS.

2.3 Intervence v oblasti sanitace v rozvojových zemích

Ke zlepšování sanitační situace lze přistupovat z několika různých úhlů. Jewitt (2011) definuje dva hlavní sanitační světové trendy: „spláchni a vypusť“, a „polož a zakryj“. První trend ale pro rozvojové země považuje za nevhodný, protože vyžaduje ohromné investice do infrastruktury a je velmi náročný na spotřebu vody, které je již v současnosti akutní nedostatek. Pokud v rozvojových zemích nějaká kanalizace existuje, chybí pro změnu čističky odpadních vod. To znamená, že zátěž spojená s nahromaděnými exkrementy se často pouze „pošle po proudu“ do území, kde bydlí chudší obyvatelstvo. Centralizované sanitační systémy, jež dominují na západě, kvůli ceně a nárokům na vodu nepovažuje pro rozvojové země za vhodný ani Mara (2003) nebo Wolf et al. (2014), který

sice popsal velký vliv kanalizace na snížení průjmů, ale zároveň si uvědomuje, že je mnohdy výhodnější sanitace in situ, a to zvláště v rozvojových zemích.

Z těchto důvodů je zapotřebí sanitaci v rozvojových zemích řešit pomocí více dostupných přístupů při důsledném zvážení konkrétního lokálního kontextu a reflektovat tak možnosti a potřeby obyvatel (Jewitt 2011). Jedná se tedy o decentralizovanou, a převážně individuální sanitaci, která je rozdělena do dvou základních kategorií, vylepšenou a nevylepšenou sanitaci. Podle WHO a UNICEF (2012) je základním znakem vylepšené sanitace hygienická separace a zamezení kontaktu mezi lidskými exkrementy a člověkem. Jedná se tedy o sanitační zařízení napojené na septik, jednoduché splachovací zařízení nebo latrínu se zakrytým otvorem v zemi. Pokud není zamezeno kontaktu mezi člověkem a lidskými výkaly, jedná se o nevylepšenou sanitaci. Konkrétně do této kategorie patří latríny s nezakrytým otvorem v zemi, zavěšené latríny, používání kbelíků jako latríny, a především praktikování OD na polích, v lese, ve křoví, do vodních ploch, nebo jiných otevřených prostor. Kar a Chambers (2008) považují latríny s nezakrytým otvorem za formu OD, ale pokud se na otvor umístí víko zamezující vstupu much, jedná se o vylepšenou sanitaci v souladu s ODF. Defekace do nezakrytého otvoru a zasypávání výkalů lze považovat za přechod mezi OD a ODF.

Doposud byl ale zmíněn pouze jeden aspekt sanitace, na který se může intervence zaměřit, a tím je sanitační hardware. Hardwarem jsou v tomto smyslu myšleny technické aspekty sanitace, tedy záchody a latríny, trubky, kanalizace, nebo nástroje na vyprazdňování děr latrín. Druhým aspektem sanitačních intervencí je sanitační software, jenž se naopak používá jako označení pro aktivity propagující sanitaci, vývoj sanitačních politik, trénink, monitoring a hodnocení. Obecně se jedná o cokoliv, co umožní průběh sanitačního programu. Hardware a software jsou dvě propojené dimenze. Praktici musí jednak řešit, jak dostat sanitaci k lidem, kteří k ní doposud nemají přístup, a jednak i snížit počet lidí, kteří k ní přístup mají, ale používají ji nehygienicky. Software je tedy zaměřen hlavně na sanitační chování (Peal, Evans a Van der Voorden 2010).

U intervencí v oblasti hygieny sanitace v rozvojových zemích tak dochází k výrazným změnám. Dříve se vlády i neziskové rozvojové organizace (NGOs) v rámci svých politik a projektů soustředily hlavně na výstavbu veřejných latrín a poskytovaly jednotlivým domácnostem dotace na vybudování sanitačních a hygienických zařízení. Místo zlepšení sanitační situace ale došlo k tomu, že se nově postavené latríny používaly například jako skladovací prostory nebo v nejčastějších případech jednoduše chátraly, protože zůstaly absolutně nevyužité. Mnoho let neúspěšných intervencí ale vedlo

k postupné změně diskurzu a do metodologických rámců se začaly implementovat behaviorální faktory, protože praxe ukázala, jak jsou intervence zaměřené pouze na sanitační hardware bez sanitačního softwaru neefektivní. (Mosler 2012). Došlo tedy ke změně důrazu z hardwaru na software, zvláště na změnu chování, která byla mimo jiné považována za velmi důležitou k naplnění MDGs (Aboud a Singla 2012).

Ale i když se sanitační software dostává do popředí až v posledních letech, rozhodně se nejedná o novou myšlenku, protože softwarové přístupy se vyvíjí již více než 30 let. Prakticky prvním přístupem zaměřeným na software byl Self-esteem, associative strengths, resourcefulness, action-planning, and responsibility (SARAR), jenž byl poprvé použit na počátku 70. let 20. století. SARAR je výukovou a tréninkovou metodologií, kde cílem není předat konkrétní poselství nebo téma, ale stimulovat cílovou populaci aby sama přemýšlela o problému a pomoci jí rozvinout vlastní analytické, kreativní a plánovací schopnosti. Základem je posilování pěti atributů: sebevědomí, asociativní síla, vynalézavost, akční plánování, a zodpovědnost. Toto posilování a podpora probíhají na všech úrovních, ale největší důraz je kladen na členy komunity a tento proces by měl zlepšit kvalitu participace všech zúčastněných aktérů. Pozdějším významným přístupem je Participatory rural appraisal (PRA), který byl vyvinut mezi 80. a 90. léty 20. století. PRA dává důraz na lokální znalosti a umožňuje lidem provést vlastní hodnocení, analýzu a plány. Hlavním cílem tak je podpořit místní obyvatelstvo v plánování a řízení rozvojových programů a dalších vlastních iniciativ. Důležité je také využívání vizuálních nástrojů pro vyjadřování, sdílení a analýzu zkušeností, což umožnilo aktivní participaci i v regionech s nízkou gramotností. V roce 1993 byl představen přístup nazývaný Participatory hygiene and sanitation transformation (PHAST), vycházející ze SARAR. PHAST byl pilotován v Botswaně, Keni, Tanzanii, Ugandě a Zimbabwe, kde bylo testováno použití participativních metod pro propagaci hygienického chování, zlepšování sanitace a komunitní správy sanitačních zařízení. PHAST používá participativní přístup založený na sedmi krocích, které by měly podporovat rozhodovací proces, facilitovat komunitní akce a komunitní plánování. Těchto sedm kroků je: identifikace problému, analýza problému, plánování řešení, výběr možností, plánování nových zařízení a změny chování, plánování monitoringu a hodnocení, participační hodnocení. Jedním ze základních předpokladů PHAST je, že komunity skrze participativní aktivity získají povědomí o své sanitační situaci a získají možnost vyvinout a uskutečnit vlastní plány na zlepšení. Ty mohou obsahovat jak výstavbu nových zařízení, tak i bezpečnější kolektivní a individuální chování. O dalších 6 let později, v roce 1999, představil Kamal Kar další

participativní a na softwaru založený přístup Community-led total sanitation (CLTS), jenž má svůj původ v PRA a míří na kompletní ukončení OD. Během CLTS se používají různé participativní aktivity, během nichž si komunity uvědomí následky OD, a vytvoří si plány na jeho zastavení. Důležitou roli zde hraje osoba facilitátora, která celý proces vede, ale nezapojuje se do analytického ani rozhodovacího procesu. CLTS klade velký důraz na vytváření nových norem, sociální nátlak, emoční faktory, zhnusení a stud (Peal, Evans a Van der Voorden 2010). CLTS je jakožto stěžejní téma této práce podrobně popsáno v kapitole č. 3.

2.4. Co ovlivňuje sanitační chování a jak dosáhnout změny

Hlavním cílem přístupů zaměřených na sanitační software je vyvolat behaviorální změny, což naráží na řadu překážek. Může být velmi obtížné správně předat informaci, že pro zlepšení zdravotní situace domácnosti je nutné vlastnit latrínu, někomu, kdo bez latríny žije celý život. Do hry zde vstupuje celé spektrum faktorů a determinantů (viz tab. 2), které změnu sanitačního a hygienického chování ovlivňují. Tyto faktory ale nejsou kauzální a podobně jako se vyvíjely softwarové přístupy na zlepšování sanitace, měnil se i důraz na jednotlivé faktory (Aboud a Singla 2012, Dreibelbis et al. 2013).

Tab. 2: Determinanty změny sanitačního a hygienického chování

Úroveň	Kontextuální faktory	Psychosociální faktory	Technologické faktory
Společenská/ Strukturální	Politika a regulace, klima a geografie	Vedení/ advokacie, kulturní identita	Výroba, financování a distribuce produktu; současné a minulé národní politiky a propagace produktů
Komunitní	Přístup k trhům, přístup ke zdrojům, vybudované a přírodní prostředí	Sdílené hodnoty, kolektivní účinnost, sociální integrace, stigma	Lokalita, přístup, dostupnost, individuální nebo kolektivní vlastnictví/přístup a údržba produktu
Mezilidská/ Domácnost	Role a zodpovědnosti, struktura domácnosti, dělba práce, dostupnost prostoru	Injunktivní normy (co se má dělat), deskriptivní normy (co dělají ostatní), aspirace, stud, výchova	Sdílení přístupu k produktu, modelování/demonstrace používání produktu
Individuální	Majetek, věk, vzdělání, pohlaví, živobytí/zaměstnání	Sebedůvěra ve vlastní schopnosti, znalosti, zhnusení, vnímaná hrozba	Vnímaná cena, hodnota, pohodlnost, a další silné a slabé stránky produktu
Zvyková	Příznivé prostředí pro vytvoření zvyku, příležitosti a bariéry k opakování chování	Existující zvyky ohledně vody a sanitace, očekávané výsledky	Jednoduchost a efektivita rutinního užívání produktu

Zdroj: Dreibelbis et al. (2013)

Ve svém Integrated Behavioural Model for WASH Dreibelbis et al. (2013) na základě revize dřívějších modelů, které se zabývají změnou chování spojeného s WASH, definoval tři dimenze a pět úrovní determinantů behaviorálních změn související s hygienou a sanitací (viz tab. 2). Jedná se o kontextuální, psychosociální, a technologickou dimenzi, a dále o společenskou nebo strukturální, komunitní, mezilidskou nebo domácnostní, individuální, a zvykovou úroveň.

Společenskou a strukturální úrovní jsou myšleny široké organizační, institucionální nebo kulturní faktory, jako geografie, politika nebo zákony. Na komunitní úrovni jsou jedinci zasazeni do většího kolektivu a řídí se formálními i neformálními institucemi. Úroveň domácnosti a mezilidská úroveň zahrnuje lidi, se kterými se jedinec nejvíc stýká a asociuje, jako jsou rodina, přátelé a sousedi. Zvyková úroveň vychází z vnitra jedince a zabývá se opakování WASH chování, které skrze různé procesy může skončit specifickým výsledným chováním. Zvykové faktory ale bývají ve WASH přístupech opomíjeny, a to ačkoliv jsou velmi důležité a vyžadují časté opakování napříč prostorem a časem (Dreibelbis et al. 2013).

Kontextuální dimenze jsou do určité míry upozaděné charakteristiky daného prostředí, jež často zůstávají mimo vliv programových aktivit, ale mají velký význam pro přijetí specifického produktu nebo chování, ačkoliv zatím pouze malý počet studií bral kontextuální faktory v potaz. Kontextuální faktory mají zásadní roli v adopci sanitace na úrovni domácností. V průběhu dne se ale kontext, ve kterém se určité chování projevuje, mění, což je v modelu zdůrazněno možnostmi a bariérami chování vykonávat. Obecně takto v rámci jedné komunity mohou existovat rozdíly v přístupu k technologiím a možnostem vykonávat chování, na které je přístup zaměřen. Je proto nutné velmi dobře znát kontext, v němž se chování vyskytuje (Dreibelbis et al. 2013). Důležitost znalosti lokálního kontextu vyzdvihují i Aboud a Singla (2012), nebo Mosler (2012) ve svém modelu RANAS (risk, attitudes, norms, abilities, self-regulation). Mezi individuální kontextuální charakteristiky patří i vzdělání, které je často asociováno se schopností změnit sanitační chování a je všeobecně vnímáno jako velmi pozitivní faktor v boji proti nedostatečné sanitaci (Daniels et al. 1990, O'Loughlin et al. 2006, Jewitt 2011, Waldman, Mintz a Papowitz 2013, Jeuland et al. 2013, Kumar a Vollmer 2013).

Psychosociální dimenze zahrnuje faktory, které podléhají intervenčním aktivitám, a právě na tuto dimenzi jsou často zaměřeny strategie behaviorálních změn. Do této dimenze patří často používané zhnusení, klíčové např. u CLTS, kde je důležité pro mobilizaci vedoucí ke zlepšení sanitace. Náleží sem i sociální normy, které mají také

významný vliv na sanitační chování (Dreibelbis et al. 2013). Normativní faktory přímo určují, co je považováno za normální a přípustné chování, a stanovují standard, jemuž je chování podřízeno. Normativní faktory mohou být v čase poměrně statické, ale i u nich dochází k určitému vývoji a vliv na ně mají především vůdčí osobnosti v dané společnosti (Mosler 2012). Formování normativních faktorů je ale naprosto největší mírou ovlivněno kulturou dané společnosti. A právě kultura může být pro změnu hygienického chování zásadní překážkou (Waldman, Mintz a Papowitz 2013). Různé kultury rozdílně vnímají sanitaci a rozdílně pojmají i nakládání s exkrementy. Existují kultury, které aktivně preferují OD, a přechod k primitivním latrínám pro ně může být složitý. Na Madagaskaru je například z kulturních důvodů nevhodné ukládat výkaly do země, kvůli obavám z kontaminace těl zemřelých předků, a současně by se neměly na sebe skládat výkaly od více lidí. Vytvořit poptávku po jednoduchých latrínách založených na díře v zemi může v této kultuře být skutečně složitě. V Ugandě přetrvávají staré pověry, podle nichž se lidské exkrementy uložené v zemi dají využít čaroději k černé magii (Jewitt 2011). V částech Indie je v kultuře hluboce zakořeněná preference synů před dcerami, a to se odráží na výsledcích sanitačních intervencí. V nich bývá zaznamenáno větší zlepšení zdravotního stavu právě u chlapců. Kulturní aspekt, jenž je nutné překonat (Kumar a Vollmer 2013). Coffey et al. (2014) popisují zase jinou kulturní překážku indické společnosti, a to že kvůli velkému množství kast a náboženských skupin v místních obcích prakticky neexistuje komunitní soudržnost a dosažení spolupráce mezi jednotlivými členy je velmi obtížné. Při plánování a aplikaci intervencí je tedy důležité zohlednit normy a kulturu populace, u níž chceme behaviorálních změn dosáhnout (Montgomery a Elimelech 2007). Mimo sociokulturních norem je podle Dreibelbise et al. (2013) také důležité vnímání hrozeb plynoucích z nedostatečné sanitace, ačkoliv role znalostí jako motivátoru behaviorálních změn není úplně jasná. S tímto tvrzením rozporují Aboud a Singla (2012), kteří znalosti navazují na vzdělání. Podle nich mají vzdělanější lidé alespoň elementární znalost o bakteriích a přenosu nemocí, což může být pro nevzdělanou část populace dost abstraktní pojem, a tak si daleko lépe uvědomí následky špatného hygienického chování. Právě vzdělání může působit proti zaběhlým normám a kulturním aspektům, jež preferují OD a další nevyhovující praktiky. Ačkoliv některá tabu mohou být i na vzdělání příliš silná (Jewitt 2011). Ve vzdělání každopádně je velký potenciál pro změnu chování a mělo by doplňovat komunitní participaci při sanitačních intervencích (Kumar a Vollmer 2013).

Poslední je technická dimenze a její hlavní teze zní, že všechny WASH praktiky vyžadují nějakou technologii. Ať už se jedná o latrínu nebo o dávkovač mýdla. A charakteristiky použité technologie mohou zásadně ovlivnit přijetí nového chování, jeho podobu, a hlavně jeho udržitelnost. V softwarově orientovaných přístupech ale bývají technické aspekty často opomíjeny. Výzkum ve slumech v Ugandě doložil, že aby se sanitační technologie ujala, musí být odolná, materiály na výstavbu a údržbu musí být dostupné, a systém se musí dát vylepšovat (Dreibelbis et al. 2013).

Porozumění behaviorálním změnám, jejich aplikovatelnost a skutečné výsledky plynoucí z aplikace jsou ale stále předmětem debaty, navíc mnoho intervencí nepoužívá teoretický rámec změn chování. A to se týká sanitace i dalších oblastí WASH (Mosler 2012, Aboud a Singla 2012, Dreibelbis et al. 2013, Sigler, Mahmoud a Graham 2014). Přitom právě používání teoretických poznatků se zdá být klíčové pro úspěšný vývoj a používání technik zaměřených na změnu chování. V praxi se ale využívají spíše empirické rámce, a ty jsou pro vytváření strategií změn chování nedostatečné. Programy tak například mohou vznikat způsobem, že aktér zodpovědný za jejich přípravu zjistí od cílové populace bariéry, které jim brání ve vykonávání požadovaného chování. V případě sanitace tedy jaké překážky brání lidem v pořízení sanitačního zařízení. Ale uvažování o těchto překážkách je často velmi omezené a cílová populace si podobu reálných překážek nedokáže mentálně zkonstruovat. Používá se tak post hoc racionalizace, která sice dává smysl oběma stranám, ale vznikne intervence designovaná na překonání překážek, které ve skutečnosti nejsou tak významné. Často se v praxi také stává, že je cílová populace pouze poučena o problematice stávajícího chování, což ale nevede ke změně chování. Znalost chování ještě zpravidla nevede k jeho přijetí (Aboud a Singla 2012).

Navíc při participativních procesech je možné dosáhnout chybných úsudků o behaviorálních faktorech, protože chování některých jedinců může být ovlivněno přítomností lidí okolo, například vůdčí osobnost, proti které se neodváží vystoupit. Názorové menšiny tak mohou zůstat nevyslyšeny. Je tedy otázkou, do jaké míry lze skrze participativní procesy formovat důvody určitého chování. Je proto důležité, vycházet při intervencích z teoretických poznatků o behaviorálních změnách a faktorech, které ji ovlivňují. To je nutno zkombinovat se znalostí prostředí a cílové populace (Mosler 2012, Aboud a Singla 2012) a nesoustředit se pouze na individuální zkušenosti a konkrétní výsledky (Dreibelbis et al. 2013).

3 Community-led total sanitation

3.1 Historie

Metodu dnes označovanou jako Community-led total sanitation (CLTS) vyvinul indický expert na rozvojovou praxi Kamal Kar v letech 1999–2000 v Bangladéši, kde v té době působil jako hlavní evaluátor britské neziskové organizace WaterAid. Ta zde ve spolupráci s místní organizací Village Education Resource Centre (VERC) vedla projekt na zlepšení sanitačních podmínek. V té době bylo hlavní a prakticky neodmyslitelnou součástí sanitačních projektů poskytování finančních dotací nebo sanitačního hardwaru, a tento projekt nebyl žádnou výjimkou. Evaluační mise s Kamalem Karem v čele ale zjistila, že i přes zvýšení počtu záchodů ve vesnicích dále pokračuje defekace v otevřeném prostoru, a s ní spojená zdravotní rizika se nikterak nesnižují. Prvním doporučením evaluátorů tak bylo progresivně rozdělit dotace podle úrovně chudoby dané domácnosti, protože dosavadní praxí bylo podporovat všechny ve všech regionech stejnou mírou bez ohledu na jakékoliv socioekonomické indikátory (Kar a Chambers 2008).

Daleko závažnějším odhalením ale bylo, že podle zjištění evaluátorů poskytování externích dotací není hnací silou, která by vedla domácnosti a komunity k ukončení praktikování OD. Při zkoumání souvislostí mezi chudobou a OD se ukázalo, že rozhodnutí ukončit OD neprobíhá na individuální úrovni po obdržení dotace, ale na kolektivní úrovni celé komunity, která si společně uvědomí, jakým zdravotním rizikům jsou všichni členové vystaveni, pokud nedojde k plošnému a celkovému ukončení OD (Kar a Chambers 2008). V komunitě musí dojít ke změně hygienického chování jednotlivců a nastavení nových sociálních norem ohledně sanitace, což vede k naplnění obecného veřejného dobra v podobě ODF společnosti. Omezení OD pouze u některých členů komunity, tyto výsledky nepřinese. Externě dotovaný sanitační hardware také nebyl komunitami přijímán pozitivně, protože tím přicházejí o možnost rozhodnout o designu toalety a celkově tak dochází k potlačování kolektivního rozhodovacího procesu (Kar a Chambers 2008).

Evaluátoři takto participativně analyzovali sanitační profil komunity ve vesnici Mosmoil, kde následně padlo rozhodnutí ukončit praktikování OD. Tato zpráva se rychle šířila do sousedních vesnic a tamní komunity se pustily do obdobných aktivit. Další šíření zajistilo VERC s pilotními projekty právě vznikající metody CLTS v severních a jižních regionech Bangladéše, kde komunitní aktivity přinesly také pozitivní výsledky. VERC se tak postupně s podporou WaterAid posunulo od dotačních programů pro jednotlivé domácnosti na tzv. totální sanitační programy bez použití jakýchkoliv dotací a s účelem zamezit OD v celé komunitě. Kromě zlepšení sanitačních podmínek se s novým přístupem i výrazně snížily náklady na projekty. Prostředky běžně využívané na výstavbu záchodů a latrín se místo toho použily na podporu šíření a vylepšování přístupu, hlavně skrze trénink přirozených lídrů, workshopy, ukázky a další aktivity (Kar a Chambers 2008).

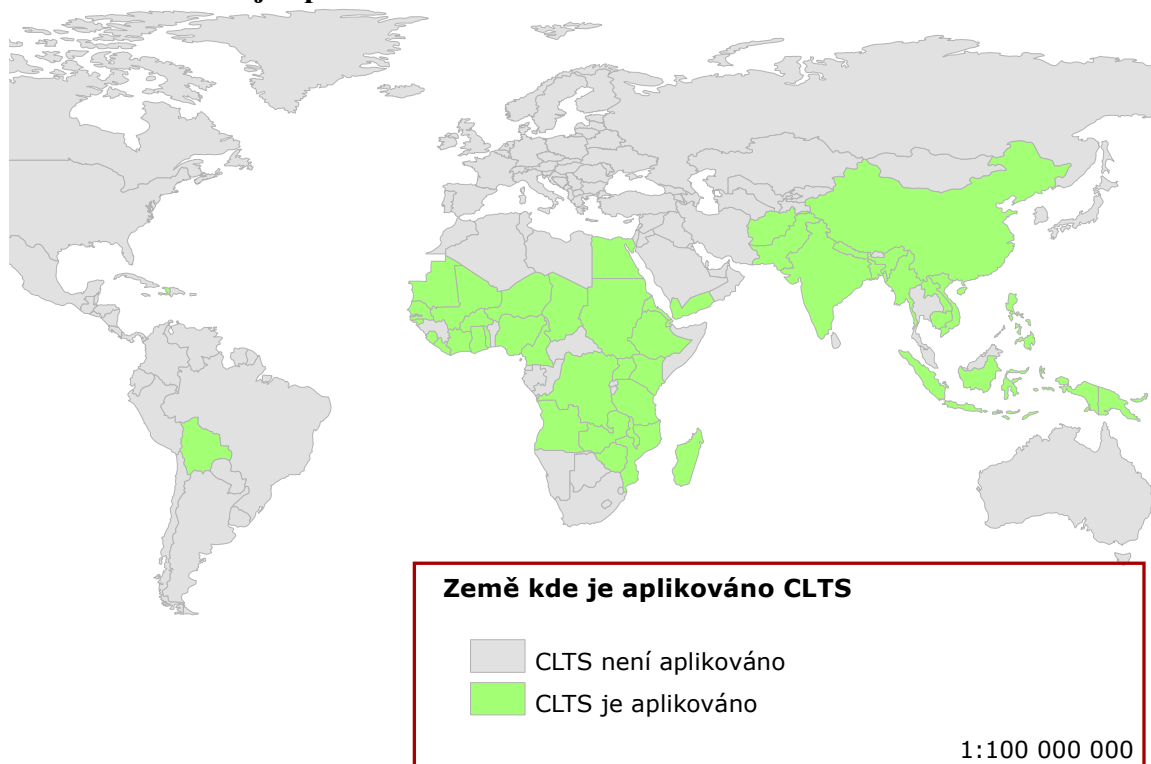
CLTS se pak jako už ustanovený přístup stalo součástí národních programů organizací Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE) a Plan International v Bangladéši. Trénink a vzdělávání jak pracovníků v poli, tak i těch na manažerských pozicích stále vedl sám Kamal Kar. Po úspěchu z Bangladéše se CLTS šířilo do dalších zemí v Asii, Africe a Latinské Americe, a další organizace CLTS přijímaly jako hlavní nástroj pro své sanitační programy (Kar a Chambers 2008). V současnosti je CLTS praktikováno v 60 zemích světa (Institute of Development Studies 2016b, viz obr. 3) a hlavními promotéry CLTS mezi rozvojovými organizacemi jsou například Plan International, UNICEF, WaterAid, SNV, Water Supply and Sanitation Collaborative Council, Tearfund, CARE nebo World Vision (Institute of Development Studies 2016a). Současně řada zemí přijala CLTS do své národní strategie na podporu sanitace (Chambers 2009).

3.2 CLTS – o co jde a jaké jsou základní principy

CLTS je mnohými akademiky i praktiky považováno za revoluční nástroj na propagaci a zlepšení sanitační situace především v chudých venkovských oblastech (Bartram et al. 2012) a hlavním cílem intervence je vyvolat behaviorální změnu a dosáhnout ODF komunity. CLTS vychází ze dřívějšího přístupu PRA, během kterého si komunity samy analyzují svoji situaci a ovlivňují podobu a chod rozvojové strategie. Během PRA nesmí

z vnějšku přichází facilitátor na komunitu vyvíjet žádný tlak. Chambers (1994) hovoří o „handing over the stick“, tedy o „předávání otěží“ s nimiž komunity řídí svůj vlastní rozvoj. PRA tak nabourává tradiční přístupy a mění důraz z etického na emické, tedy z důrazu na hledisko vnějšího pozorovatele na důrazu na představy jednotlivých aktérů a kontext dané kultury, uzavřeného na otevřené, individuálního na skupinové, verbálního na vizuální, měřeného na porovnané, a ze sběru informací na podporu a posílení komunit (Chambers 1994). V praxi se tak naplňuje skutečnost, že znevýhodněné a chudé obyvatelstvo má schopnost porozumět své vlastní realitě a mělo by tak dostat příležitost podílet se její analýze a následném rozvoji (Chambers 1997).

Obr. 3: Země kde je aplikováno CLTS



Zdroj: Institute of Development Studies 2016b

CLTS tedy také využívá tyto metody a facilitátor během intervence poskytuje pouze podporu. Komunita musí sama po provedení analýzy svého chování zasáhnout a přijmout patřičné kroky, aby se stala ODF. A právě mobilizace k akci na základě vnitřní motivace je u CLTS naprosto klíčovou. CLTS musí vyvolat určitý moment spádu a vzplání pro věc, který koncentruje motivaci komunity stát se ODF, a zároveň tak nastavit nové normy sanitačního chování. Mechanismem pro vytvoření nových norem jsou do velké míry emoční faktory a sociální nátlak na ukončení OD. Také je uplatňována komunitní sebekontrola. Současně by na základě těchto mechanismů měla být motivována výstavba latriny, protože dalším základním principem CLTS je

neposkytování dotací na jejich výstavbu. Stejně tak je nevhodné předepisovat určitý model latríny, i design a konstrukce by měly být v rukou komunity. CLTS tedy specifickým způsobem reaguje na předchozí přístupy a využívá některé jejich principy. Současně ale klade důraz na odlišné faktory behaviorální změny (Kar a Chambers 2008, Peal, Evans a Van der Voorden 2010).

3.3 Průběh CLTS a jednotlivé aktivity

CLTS se skládá ze tří základních částí, které jsou definované hlavně aktivitami, jež během nich probíhají. Tyto tři části se nazývají pre-triggering, triggering, a follow up, občas označovaný jako post-triggering. Vzhledem k absenci přesných ekvivalentů těchto termínů v češtině a k jejich technické povaze, budou v textu používány v této podobě.

3.3.1 Pre-triggering

Cílem CLTS je dosáhnout ODF pomocí změny sanitačního chování v dané komunitě. Vyvolání změny chování je ale náročnou záležitostí, protože chování je ovlivněno celou řadou faktorů, naučených vzorců a kulturních zvyklostí. Nutnou součástí příprav intervence zaměřené na behaviorální změny je hluboce porozumět obyvatelům území, kde bude intervence probíhat (Aboud a Singla 2012). Než je tedy možné začít se samotnou intervencí, je nutné provést přípravné a analytické práce, a podrobně se seznámit s komunitou, v níž bude intervence probíhat. Tato příprava může trvat od poloviny dne do celého týdne v závislosti na různých okolnostech. Pokud by například intervence CLTS měla proběhnout ve vesnici, kde již probíhají jiné programy a intervence, pre-triggering zabere pouze velmi málo času. Hlavní náplní pre-triggeringu je seznámení se s místními lidmi, prostředím a hlavně lídry, kteří jsou klíčoví pro další úspěch CLTS, a také vyhodnocení rizik a výzev pro intervenci. Výsledkem by pak měli být dobře připravení facilitátoři, schopní správně provést samotný triggering, vyrovnat se s případnými problémy a pokud to uznají za vhodné, tak i přístup poupravit, aby lépe fungoval v dané komunitě (Kar a Chambers 2008).

3.3.2 Triggering

Triggering funguje jako snaha o aktivaci spouštěcího mechanismu změny sanitačního chování, a jako takový je poměrně rychlou záležitostí. Velmi důležité je přitom zdůraznit, že na změny sanitačního chování v rámci CLTS není nahlíženo na úrovni jednotlivce nebo domácnosti, ale především na úrovni celé komunity, tj. cílem je podnítit kolektivní akci. Triggering by neměl trvat déle než jeden den, v ideálním případě pouze zhruba 3–5 hodin. Je extrémně důležité zvolit správné datum, aby se triggering nepřekrýval s žádnou další akcí, která by se ve vesnici nebo komunitě měla konat. Facilitátoři si tudíž již během pre-triggeringu musí ověřit, že se v den plánovaného triggeringu nebude konat žádná slavnost, trh nebo například svatba nebo pohřeb. Pro správné provedení triggeringu je nutné zajistit pozornost co největšího počtu obyvatel komunity. Pokud by byl termín triggeringu v konfliktu s jinou akcí, počet účastníků by se mohl rapidně snížit (Kar a Chambers 2008).

Triggering probíhá skrze různé aktivity, jež mají za úkol vyvolat změnu chování u obyvatel vesnice, vytvořit poptávku po sanitačním zařízení, a spustit kolektivní lokální akci, která postupně povede k ODF komunitě. Triggering je nutné provádět sice důsledně, ale vždy s respektem k místnímu obyvatelstvu ze strany facilitátora. Ten si také musí zachovat otevřenou mysl a nesnažit se za každou cenu dotlačit komunitu triggeringem k předem stanovenému cíli. Výsledky často nebudou odpovídat představám, a i když akce nebude úspěšná a komunita nepřejde v lokální kolektivní akci, měl by facilitátor odejít v klidu a vesele (Kar a Chambers 2008).

Hlavní aktivity, které se během triggeringu používají, jsou procházka po komunitě (transect walk), komunitní mapování, označení nejznečistěnějších částí vesnice, počítání výkalů (shit calculation) a výpočet zdravotnických výdajů spojených s nemocemi, které se šíří kvůli nedostatečné sanitaci. Všechny tyto aktivity mají obyvatele komunity šokovat a znechutit. Dochází při nich k uvědomění, že OD kontaminuje jejich životní prostředí a oni „navzájem pojídají své výkaly“. Facilitátor ale v žádném případě nesmí být první, kdo ve vesnici tuto myšlenku pronese, je nutné, aby k ní místní došli sami právě na základě aktivit během triggeringu. (Kar a Chambers 2008).

Procházka po komunitě je dost možná nejdůležitější součástí triggeringu a už sama o sobě může vyústit v okamžitou vůli přestat praktikovat OD. Během procházky navštěvuje facilitátor a členové komunity místa, kam lidé chodí defekovat, a také si společně prohlédnou existující latríny, pokud ve vesnici nějaké jsou. Během procházky by měl facilitátor poslouchat komentáře místních a ptát se na jejich názory ohledně stavu

existujících latrín, případně jaká rizika podle nich plynou z používání nehygienických latrín. Úkolem facilitátora je při procházce zůstat co nejdéle na místě, kde lidé obvykle defekují, a to i pokud místní obyvatelé budou chtít místo kvůli studu opustit. Pobyt na znečištěném a zápachajícím místě je pro komunitu silným zdrojem negativních emocí spojených s jejich sanitačním chováním, a to zvláště pokud tam jsou v přítomnosti externího návštěvníka (Kar a Chambers 2008).

Po procházce následuje další klíčová aktivita, komunitní mapování. Při této aktivitě se na vhodném velkém prostoru načrtne na zem mapa vesnice a facilitátor vyzve obyvatele, aby na mapu vyznačili své domovy, vodní zdroje a další důležité stavby či lokality ve vesnici. Současně je vyzve, aby zaznamenali, jestli mají u domu latrínu, a pokud ne, aby vyznačili místo, kam chodí defekovat. Při tom se může ptát, jak daleko lidé chodí kvůli defekaci a zda to pro ženy nepředstavuje bezpečnostní riziko (Kar a Chambers 2008, viz kap. 3.10). Obyvatelé vesnice se nad mapou také mají možnost zamyslet nad potenciální kontaminací vodních zdrojů ve vesnici. Mapování se mohou zúčastnit všichni členové komunity a složí jako dobrý interaktivní a vizuální nástroj na evaluaci sanitačního chování a rizik spojených s OD. I při mapování je zásadní, aby aktivní byli členové komunity a facilitátor vše pouze usměrňoval a vedl diskuzi (Kar a Chambers 2008).

Obr. 4: Komunitní mapování během CLTS intervence v Malawi



Zdroj: WSSCC/Katherine Anderson 2015

S jistým povědomím o rizicích spojených s OD a po evaluaci sanitačního chování spojeného s vyvoláním pocitu studu a hanby, je vhodné konfrontovat komunitu se zdravotnickou stránkou neadekvátní sanitace. K tomu slouží „shit calculation“ a výpočet zdravotnických výdajů. „Shit calculation“ spočívá ve výpočtu denní produkce stolice u jedinců v komunitě, jednotlivých domácností a komunity jako celku (Kar a Chambers 2008). Mediánová váha exkrementů jedince z nízkopříjmové země je 38 gramů denně u suchých exkrementů a 250 gramů denně u mokrých exkrementů. Hlavním faktorem ovlivňujícím jejich váhu je příjem vlákniny (Rose et al. 2015). Je vhodné využívat lokální jednotky, aby obyvatelé sami mohli vypočítat, jakou mírou se podílejí na problému. Facilitátor se po výpočtech může zeptat, jaká domácnost produkuje nejvíc výkalů a společně s ostatními ocenit jejich kontribuci. Obdobně může vyzvat domácnost s nejmenší produkcí, aby produkovala víc. Tento odlehčený přístup pomáhá udržet dobrou náladu, ale zároveň upozorňuje na závažnost situace. V návaznosti na tuto aktivitu požádá facilitátor, aby si všichni spočítali své výdaje na léky a lékařské zákroky, které museli uhradit kvůli choleře, úplavici a dalším průjmovým onemocněním, které se přenáší kvůli špatné sanitaci. Mohou takto spočítat své roční nebo měsíční výdaje. Opět se identifikuje domácnost s nejvyššími výdaji. Domácnost je dále podrobně charakterizována, zdali žije blízko nejvíce znečištěné části vesnice, je chudá nebo bohatá apod. S finanční stránkou problému se pracuje i nadále. Jak situaci řeší domácnosti, které nemají dost prostředků na lékařské výdaje? Půjčují si lidé peníze na nákup léků, a pokud ano tak od koho? Ani v tuto chvíli facilitátor nesmí navrhnout výstavbu latrín jako rentabilní způsob řešení problému se sanitací (Kar a Chambers 2008).

Triggering je nutné provádět pro lidi zajímavou formou, aby členové komunity měli zájem provádět facilitované aktivity a udrželi pozornost u sanitačních problémů po celou dobu triggeringu. Facilitátor by proto měl používat vícekanálovou komunikaci, rekvizity a demonstrace, které podpoří vnitřní evaluační proces. Také se doporučuje mít připravené zábavné případně šokující příběhy spojené s problematikou sanitace a ve vhodný moment je komunitě vyprávět (Kar a Chambers 2008). Facilitovat změnu chování lze dobře vysvětlením vztahů mezi sanitačním chováním a zdravotními následky. Je snadnější zaujmout, jsou-li představovány pro lidi nové a zajímavé informace (Mosler 2012).

Klasický příklad demonstrace vztahů a procesů v komunitě s nedostatečnou sanitací je kontaminace pitné vody a jídla fekáliemi, která se provádí za pomoci sklenice vody nebo talíře jídla a lidského vlasu případně stébla trávy. Facilitátor si nechá přinést

sklenici pitné vody a zeptá se ostatních, zda by tuto vodu vypili. Všichni obvykle souhlasí. Poté si vytrhne jeden vlas a před všemi obyvateli se jím dotkne výkalů na zemi. Vlas pak ponoří do vody a opět jí nabídne ostatním. Tentokrát ale vodu odmítnou se slovy, že obsahuje výkaly. Vlas zde slouží jako analogie k nohám much, které běžně kontaminují vodu a jídlo. Komunita si uvědomí, že moucha je schopna přenést víc exkrementů než vlas, a že jim mouchy do talířů sedají naprosto běžně. Zde by mělo dojít k uvědomění si skutečnosti, že pokud je ve vesnici praktikováno OD, obyvatelé vzájemně pojídají své výkaly. Právě toto uvědomění má vést k vytvoření spádu a kolektivní akci zaměřené na dosažení ODF (Kar a Chambers 2008). Na konci triggeringu bývají členové komunity silně motivováni pro zlepšování sanitace. V tuto chvíli je nutné opět za účasti všech členů naplánovat společnou cestu k ODF a potvrdit dodržování tohoto plánu. Při plánování by měl facilitátor identifikovat přirozené lídry, kteří budou v komunitě na plnění stanoveného plánu dohlížet, a také budou dále pracovat na zlepšení situace ve vesnici (Sah a Amsalu 2009).

3.3.3 Follow up a verifikace ODF

Během triggeringu komunita hodnotí své chování a měla by se rozhodnout pro vlastní aktivizaci, aby dosáhla ODF. Follow up je pak aplikován z toho důvodu, aby svého cíle skutečně dosáhla. Triggering sám o sobě není dostačující k dosažení udržitelné změny chování a bez pečlivého follow upu, by byly veškeré předchozí aktivity bezpředmětné (Kar a Chambers 2008). I příklady z praxe dokládají, že intervence nejlépe fungovaly, když do vesnic pravidelně docházel zdravotní pracovník, který místním připomínal výhody plynoucí z vlastnictví latríny a dosažení ODF. Jednorázové ukázání během triggeringu nestačilo (Aboud a Singla 2012). Další studie dokládá, že praktici přikládají follow upu největší význam, protože během něj mimo jiné dochází k utváření návyků (Singler, Mahmoud a Graham 2014).

Přístup k follow upu by se měl lišit podle výsledků triggeringu. Větší pozornost a podpora by se měla věnovat komunitám, ve kterých byl úspěšný a motivoval lidi k akci na ukončení OD. Pokud triggering nezbudil v komunitě žádný zájem, není nutné se k ní vracet, pokud alespoň několik obyvatel neprojeví zájem získat více informací. Tehdy je vhodné pro ně domluvit návštěvu jiné vesnice, v níž ODF již dosáhli, nebo na dosažení pracují. Aktivní vesnice jsou při follow upu podporovány a motivovány, aby dosáhly svých stanovených cílů. Motivace může přijít zejména skrze hrdost na budování ODF komunity, která nahradila stud spojený s praktikováním OD. Pokud je vesnice jediná

v okolí, kde dochází k ukončování OD, je možné komunitu motivovat tím, že bude první ODF vesnicí ve svém regionu a ostatní se k nim budou jezdit dívat na jejich úspěch. To lze ještě podpořit zorganizováním návštěv vládních úředníků a dalších vysoko postavených osob. Zájem a ocenění od lidí mimo komunitu zvyšuje morálku a podporuje aktivitu obyvatel (Kar a Chambers 2008).

Důležitou součástí follow upu jsou technické aspekty konstrukce latrín. Design a technické provedení by mělo zůstat v rukou samotné komunity. Ta si v ideálním případě navrhne vlastní design za použití lokálních materiálů a dostupných produktů. Tato fáze je ideální pro zapojení místních řemeslníků, kteří mohou transformovat své portfolio produktů a začít nabízet sanitační hardware, po kterém byla nově vytvořena poptávka. Ve vesnici by měl být vybrán jeden dobrovolník, který si jako první postaví latrínu. Ta poslouží jako ideální místo pro vedení diskuze nad podobou latrín, které se mají ve vesnici postavit. Často v prvních fázích vznikají velmi jednoduché latríny, tvořené prakticky pouze dírou v zemi, které je nutné postupně vylepšovat. Bývá dobrým znakem symbolizujícím vysokou šanci na udržitelnost, když první primitivní latríny zničí povodeň nebo silný vítr a majitele zničených latrín je okamžitě obnoví, a to v lepší kvalitě aby příště živlům odolaly (Kar a Chambers 2008).

Zajištění adekvátní sanitace vždy znamená investici, která může být mimo finanční možnosti některých členů komunity. CLTS stojí do velké míry i na principu solidarity, jenž je přinejmenším opodstatněn skutečností, že pokud nebude naplněn „totální“ aspekt sanitace, tedy že latrínu budou používat úplně všichni, přijde veškerá snaha nazmar. Mouchy při šíření nemocí nerozlišují mezi těmi, kdo latrínu používají a těmi kdo ne. Domácnosti s lepší ekonomickou situací by se měly angažovat v pomoci domácnostem hůře situovaným. Pomoc může být finanční i materiální, například darování dřeva nebo dokonce pozemku pro výstavbu latríny. Domácnosti s již vybudovanou latrínou jí také mohou nabídnout k používání domácnostem, které zatím latrínu postavit nezvládly. Facilitátor zbytek komunity upozorňuje na poskytovanou pomoc mezi jednotlivými členy komunity, což může povzbudit další členy k aktivní pomoci ostatním dosáhnout ODF (Kar a Chambers 2008).

Follow up propojuje obě předchozí části CLTS a zajišťuje jejich výsledek. Přítomný úspěch follow upu závisí na kvalitní přípravě, dobré znalosti místních poměrů a na kvalitním provedení triggeringu, který dá celou záležitost do pohybu. Právě znalost poměrů dokáže být klíčovým aspektem k dosažení udržitelnosti sanitačního chování a výrazně přispět k nastavení správného postupování u follow upu. Při zavádění CLTS se

zcela určitě vyskytnou bariéry, které je nutné pro dosažení udržitelné změny sanitačního chování překonat a aktivní propojení pre-triggeringu, triggeringu a follow upu je asi nejlepší cestou pro jejich překonání (Aboud a Singla 2012).

V závěrečné fázi CLTS intervence je komunitám po předchozím ověření oficiálně uznán ODF status. Verifikaci je zapotřebí věnovat náležitou pozornost, protože během ní vzniká vysoká pravděpodobnost výskytu podvodu nebo korupce. Toto riziko zvláště narůstá, pokud jsou na dosažení ODF vázány odměny a jiná podpora od kteréhokoliv aktéra. Kontrola tedy nemůže být provedena pouze obyvateli dané vesnice, ale měli se na ní podílet zástupci dalších skupin napojených na problematiku sanitace. Na kontrolu je tedy vhodné přizvat zástupce NGOs, vládní úředníky, zástupce vládních agentur a přirozené lídry společně se zástupci veřejnosti z okolních vesnic, které mají ODF status již potvrzený. Takto vytvořené inspekční týmy, které mohou pochopitelně obsahovat i zástupce přímo z komunity, se při verifikaci zaměří na místa, kde v minulosti bylo praktikováno OD, zkontrolují stav nově postavených latrín a dalších zařízení indikující změny v hygienickém chování. Kontrolní týmy by také měly vést rozhovory s obyvateli o jejich nových hygienických návycích a prodiskutovat s nimi možnosti dalšího monitoringu. Kontrolní návštěvy mohou probíhat i neočekávaně a v případě že se objeví problémy s verifikací, je možné oficiální ODF deklaráci provést až po udržení statusu určitý počet měsíců (Kar a Chambers 2008).

Kvůli posílení hrdosti na dosažení ODF se po verifikaci pořádá oslava, která ještě víc podpoří entuziasmus ze zlepšené sanitační situace a vytvoří hlubší závazek k jejímu udržení. Oslavy by se měli účastnit představitelé okolních vesnic, novináři a zástupci médií, politici, nebo vedoucí pracovníci z NGOs. U vstupu do vesnice si může komunita během oslav postavit ceduli deklarující ODF status a upozorňující případné návštěvníky na nulovou toleranci k OD (Kar a Chambers 2008). O významu oslav a deklarace ODF hovoří i sami praktici, kteří jim přikládají stejný význam jako aktivitám během triggeringu (Sigler, Mahmoud a Graham 2014).

3.4 Další aspekty Community-Led Total Sanitation

3.4.1 Komunitou vedená a totální sanitace

CLTS si musí udržet i celokomunitní rozměr a zásah, a to skrze zapojení všech členů komunity, tedy všech mužů, žen i dětí. Zatímco muži se většinou angažují při stavbě latrín a při řešení technických záležitostí, ženy přebírají zodpovědnost za údržbu a vzdělávání dětí ohledně používání latríny. Jsou tedy neméně důležitým prvkem pro udržitelnost. Děti pak mohou vytvářet tlak na své rodiče a přimět je k výstavbě lepšího záchodu, nebo mohou vyjadřovat své obavy o sanitaci vykřikováním různých hesel a zpěvem písní. Kar a Chambers (2008) uvádí příklad z Bangladéše, kde děti pomocí píšťalek upozorňovaly okolí, pokud někoho viděly defekovat v otevřeném prostředí, a dále do nalezených výkalů zapichovaly vlaječky se jmény „autorů“, kteří tímto chováním poškozovali kolektivní snahu dosáhnout ODF. Vzdělání o hygieně a sanitaci také může být v rámci CLTS intervence zařazeno do výuky. Děti se ve školním prostředí naučí latrínu používat a dozví se i o rizicích, která jsou se špatnou sanitací spojena. Znalosti ze školy pak mohou přenést domů a diskutovat je se svými rodiči. (Kar a Chambers 2008).

Ačkoliv dosažení ODF je hlavním cílem, není CLTS omezeno pouze na používání latrín. Slovo „total“ v CLTS znamená, že by se měly celkově proměnit hygienické návyky komunity. Výstavba a používání latrín musí být doplněna o mytí rukou a bezpečné nakládání s odpadem, který byl výkaly kontaminován. Mytí rukou musí proběhnout především po užití záchodu, ale současně i po manipulaci se zmíněným odpadem, po přebalení dítěte nebo po úklidu zvířecích výkalů (Kar a Chambers 2008).

3.4.2 Ideální podmínky pro CLTS intervenci a možné překážky

Možnost aplikovat a případně uspět se CLTS je závislá na mnoha sociálních i přírodních faktorech. Velmi důležitá je přítomnost progresivního vedení, které bude ochotné vyzkoušet nový přístup, i když to pro vesnici nebude znamenat žádný příjem v podobě dotací. Ideální je situace, když neexistuje žádná možnost získání finanční podpory pro výstavbu latrín. CLTS má větší šanci na úspěch ve vesnicích, kde je vysoká dětská úmrtnost a prevalence průjmových onemocnění. Lze pak velmi dobře poukázat na zdravotní rizika v kontextu nedostačující sanitace. Silná role žen ve společnosti a jejich

možnost vyjádřit svůj názor, je také výhodou pro realizaci CLTS. Intervence se také lépe praktikují v menších komunitách. (Kar a Chambers 2008).

Přítomnost znečištěné vody, která může být i původcem zmíněných onemocnění, je pro CLTS také výhodou. Ideální je pak nízká hladina spodní vody. Půda musí být vhodná pro hloubení latrín, tudíž ideální je měkká půda, do které zvládne komunita vykopat otvor pro latrínu bez vnější pomoci. Současně ale půda musí být stabilní, aby se postavené latrína nebortila. V okolí vesnice by se také nemělo vyskytovat místo přirozeně vhodné pro defekaci. Přítomnost podobného místa by mohlo zpomalit průběh CLTS, protože by členové komunity neměli tolik důvodů rozhodnout se pro výstavbu záchodu (Kar a Chambers 2008).

Mimo zmíněné faktory, které mají poměrně jasně pozitivní nebo negativní vliv na průběh intervence, existují i faktory, které se v některých případech ukázaly jako užitečné a v jiných jako problematické. Jedná se hlavně o kulturní a náboženské hodnoty, jež mohou být v jednotlivých případech více či méně nakloněny zlepšování sanitačních podmínek. CLTS lze ale podle autorů přístupu uskutečnit v prakticky jakékoliv komunitě a tyto podmínky a faktory je pouze nutné brát při přípravě intervence v potaz. Za předpokladu že se v určité vesnici kumulují faktory negativně ovlivňující CLTS, je intervence podstatně náročnější (Kar a Chambers 2008).

3.5 Aktéři Community-Led Total Sanitation

Na realizaci projektů CLTS se většinou podílí víc než jeden aktér, a častokrát projekt přímo vyžaduje, aby se na něm podílela jak státní správa, tak neziskový sektor, lokální administrativa, a případně další zájmové skupiny, kterým na zlepšení sanitační situace záleží. Tím je CLTS organizačně odlišné od jiných přístupů, protože při realizaci probíhá kontrastní spolupráce mezi NGOs, vládou a dalšími aktéry (Chambers 2009). Je zapotřebí dosáhnout synergie mezi všemi aktéry a nastavit vysokou úroveň spolupráce, aby bylo zajištěno nastavení sanitace jako zásadní priority, jež si zaslouží náležitou pozornost (Mara 2012).

3.5.1 Stát a vláda

Státní aktéři jsou pro CLTS velmi důležití a mají zásadní vliv při jeho šíření. Bývají to totiž vlády, na kom leží rozhodnutí o podobě strategie na podporu sanitace, a právě tato strategická a plánovací role vlád je velmi důležitá pro možnost aplikace CLTS u určité země. Ostatně rychlosti šíření CLTS značně prospělo, že bylo adaptováno několika vládami jako součást jejich národní sanitační strategie (Chambers 2009).

Tato plánovací a strategická role, ale nebývá vždy naplněna. Nedostatečná politická vůle a nízká priorita se často stává velkou překážkou při implementaci CLTS. Vládní aktéři např. mnohdy nemusí sanitaci přikládat dostatečný význam, což se může projevit například nedostatečným vytvářením závazků na zlepšení sanitace. S tím mohou souviset i nízké standardy na sanitační zařízení a nedostatek personálu, který by se problematice WASH věnoval (Montgomery a Elimelech 2007). Pozice státních úředníků také může být v rozvojových zemích nejistá, a proto mnozí z nich směřují svoji energii do lukrativnějších projektů, než je sanitace, z důvodu neustálé obavy ze ztráty zaměstnání (Mara 2012). Existují ale i příklady dobré praxe, kdy na výzvu a doporučení lokální administrativy došlo k výstavbě latrín v etiopském distriktu Amhara (O'Loughlin et al. 2006). Lokální administrativa se také prokázala jako cenný partner při přípravách studií zabývajících se hygienou a sanitací (Cairncross et al. 2005).

Na opačné straně spektra je přílišná horlivost vlády v prosazování WASH politik, což v praxi často přináší víc negativ než pozitiv (Hueso a Bell 2013). Vlády mají tendenci aplikovat centralizovaná a standardizovaná řešení, která obyvatelům nevyhovují a postrádají schopnost rovnoměrně zasáhnout veškeré obyvatelstvo, na něž jsou mířena. Tyto projekty také bývají příliš technologicky orientované a neúměrně drahé v kontextu benefitů, které poskytují (Montgomery a Elimelech 2007). Masivní rozměry těchto intervencí nedávají prostor pro individuální přizpůsobení a mnohdy zanedbávají trénink a motivaci facilitátorů. Huda et al. (2011) popisuje případ z Bangladéše, kde vláda najala 10 000 komunitních promotérů hygieny a sanitace, a poskytla jim 10 denní trénink a plat přibližně jeden dolar denně. Tito pracovníci pak měli provádět mobilizační akce a celkem v rámci projektu zasáhnout 20 milionů lidí. Nebylo tak možné se dostatečně věnovat potřebám každé komunity a komplexně s nimi řešit jejich sanitační situaci. Deset dní trvající trénink také není dostačující pro řádné zaškolení facilitátora komunitní mobilizace. Zároveň se naprosto podcenila motivace promotérů. Projekt skočil spíše neúspěšně, ačkoliv bylo dosaženo určité míry zlepšení, změna sanitačního chování nenastala. Podobná situace nastala u indického projektu Total Sanitation Campaign (TSC,

viz kap. 3.7.1). Tento rozsáhlý projekt na zlepšení sanitační situace měl být vedený komunitou a aplikovat tzv. bottom-up přístup, a to vše za vládní podpory. Avšak jako facilitátoři byli nasazeni vládní úředníci, kteří nebyli náležitě finančně ohodnoceni a byli tak nedostatečně motivovaní pro dosažení skutečných výsledků. Při implementaci se objevily i problémy s korupcí. Přílišné vytížení vládních úředníků také vedlo k zanedbávání podpory sanitační a orientace na jiné projekty. Objektem zájmu se tak staly pouze rostoucí statistiky počtu latrín, nebyla vytvořena prakticky žádná poptávka po sanitaci, a z komunitního projektu, který se zabývá sanitací ze spodu, se stal program řešící sanitaci shora. Přílišná horlivost vlády změnila zaměření projektu z lidí a sanitačního softwaru na sanitační hardware (Hueso a Bell 2013). TSC přímo brzdila a snižovala úspěch CLTS v Indii, kvůli své politice postavené téměř výhradně na dotacích pro domácnosti. CLTS se tak uplatnilo podle očekávání jenom v několika málo regionech a ani do budoucna se nedá počítat v Indii s velkými pokroky při aplikaci tohoto přístupu, jelikož CLTS bylo vynecháno z národní strategie (Chambers 2009). Politickou vůli při prosazování sanitačních programů prokázal nový premiér Indie Narendra Modi, který přislíbil nové latríny pro 60 milionů domácností do roku 2019. Rozsáhlé investice do sanitačního hardwaru již začaly, ale zůstává otázkou, jak, případně zdali vůbec, se vláda vypořádá se změnou sanitačního chování a sanitačním softwarem, aby nové záchody vůbec někdo používal (Lakshmi 2015, Guiteras, Levinsohn a Mobarak 2015). Při implementaci CLTS projektů je nutné udržet si s vládou dobré vztahy a případně odrazovat státní úředníky od používání dotací. K tomu může napomoc participace vlády na projektech, aby tak měla z první ruky přístup k informacím o fungování komunitní mobilizace a vytváření poptávky po sanitaci (Kar a Chambers 2008).

3.5.2 Nestátní neziskové rozvojové organizace

Implementaci CLTS projektů mají také často na starosti NGOs, které mají velké zkušenosti s prací přímo v terénu s komunitami a dokáží velmi dobře designovat intervence pro dané prostředí. Pro NGOs je ale poměrně zásadní úzká kooperace s vládou, která může být vůči nim jednak v roli donora, ale hlavně připravuje národní WASH politiku a celkový legislativní rámec. Zároveň je pro ně kriticky důležité, aby projekty implementovaly v příznivém politickém prostředí, jelikož případné překážky politického a legislativního charakteru by mohly zásadně ohrozit fungování projektu. Pro NGOs je pochopitelně nejpříznivější, když je CLTS součástí národní strategie na zlepšování sanitační situace dané země. Jejich funkce a angažovanost v CLTS může být ještě dále

omezena donorem, který projekt financuje. Donoři mohou být skeptičtí k fungování CLTS nebo mohou mít zájem poskytnout NGOs skutečně velké rozpočty, a ty se daleko lépe utrácejí za sanitační hardware. S tím je také spojeno, že donor může být orientovaný pouze na výsledek měřený počtem postavených latrín a NGOs jsou tudíž pod pohružkou ztráty financí nuceny uchýlit se k jinému přístupu, než je CLTS (Chambers 2009).

3.5.3 Lokální aktéři a skupiny

Velký vliv na zlepšení sanitační situace a na průběh CLTS mají různí lokální aktéři, jako jsou organizované skupiny, vlivní členové komunity, vedení vesnic, a v neposlední řadě pak přirození lídři. Právě přirození lídři jsou klíčoví a prakticky nenahraditelní pro implementaci CLTS. Tato funkce není vázána na žádné postavení nebo předchozí zkušenosti s problematikou hygieny a sanitace. Důležité je pouze nadšení a zapálení pro věc, hluboký zájem o zlepšení sanitace ve vesnici, vůdčí schopnosti a závazek skutečně se této kauze věnovat. Přirození lídři mohou být součástí již zavedené elity, jako jsou například zdravotní pracovníci nebo duchovní a jinak významné osobnosti v komunitě, ale současně se jimi mohou stát i lidé, kteří se doposud nijak neangažovali. Právě možnost podpořit poptávku po sanitačním zařízení ve vlastní komunitě je pro ně příležitost angažovat se na rozvoji své vesnice a investovat svůj čas do kauzy s výrazným dopadem na veřejné zdraví (Kar a Chambers 2008). Již zavedené elity a lídři mají ale tu výhodu, že jejich chování má vliv na utváření norem, z nichž vychází chování zbytku komunity (Mosler 2012). Možnost angažovat se při CLTS mají ženy, muži i školní děti. Věk, zkušenosti, vzdělání nebo současné postavení by skutečně neměly být limitujícími faktory, těmi jsou pouze možnost věnovat podpoře CLTS dostatečné množství času, statečnost, zájem a hlavně dlouhodobý závazek pro práci s komunitou při řešení sanitační situace (Kar a Chambers 2008). Přirození lídři se v praxi prokázali jako mnohdy účinnější facilitátoři než zaměstnanci NGOs. Mimo komunitní původ je jejich nespornou výhodou schopnost komunikovat s ostatními obyvateli v místním jazyku bez nutnosti využití překladatele. Takováto komunikace je mnohem jednodušší a přesnější. Přirozený lídr také velmi dobře zná svojí komunitu, je si vědom problémů bránícím zavedení sanitace i příležitostí, jež může využít při evaluaci komunity. Ví, jak probíhá běžný život a na kdy je vhodné naplánovat triggering (Chambers 2009). Takto se jako lídři osvědčili například učitelé v Etiopii (Crocker et al. 2016). Facilitátoři z NGO po triggeringu sice vesnice dále navštěvují během follow upu, ale návštěvy během něj nemusí probíhat zrovna často a hlavně jednoho dne úplně ustanou. Přirození lídři naopak zůstávají ve své komunitě i po

ukončení projektu a mohou se dále věnovat zlepšování sanitace. Že v komunitě zůstane někdo zavázaný problematice sanitace, je také důležité pro postupné zlepšování sanitační situace (stoupání po sanitačním žebříku) a samovolné šíření CLTS, což je jedním z hlavních cílů, aby se změna sanitačního chování přenášela do dalších vesnic bez zásahu zvenčí. Díky novému angažování se lídři také mohou stát respektovanými členy komunity, a pokud se během práce skutečně osvědčí, mohou získat placené pozice v NGOs nebo vládních agenturách jako facilitátoři nebo sanitační konzultanti. Pakistánská národní strategie rozvoje sanitace přímo počítá s přirozenými lídry jakožto zásadními aktéry při implementaci CLTS (Chambers 2009).

Speciální kategorií aktérů jsou takzvaní šampioni CLTS. Tím může být kterýkoliv aktér s jakoukoliv afiliací, pod jedinou podmínkou že se plně zaváže podporování CLTS a nastaví jeho šíření jako svoji hlavní prioritu. To hlavně znamená, že bude CLTS výrazně propagovat, a že se bude snažit zamezit implementaci programů, které poskytují dotace a sanitační hardware. Šampionem může být zaměstnanec NGOs, někdo z vedení vesnice, přirozený lídr, nebo vládní úředník. Důležitý je zde pouze závazek a vysoká prioritizace podpory změn sanitačního chování a vytváření poptávky po sanitačním zařízení využíváním CLTS. Zároveň ale musí mít šampion otevřenou mysl ohledně CLTS, uvědomovat si nedostatky tohoto přístupu, umět se poučit z chyb, neustále se učit, a dobře přijímat kritiku. CLTS jakožto revoluční nápad zákonitě musí vyvolat i vlnu nevole a je silně kritizován akademiky, praktiky i komunitami, kde byl aplikován (viz kap. 3.9). Jakýkoliv aktér, který má zájem implementovat CLTS, by měl šampiony aktivně vyhledávat a podporovat je v jejich činnosti. A s hledáním šampionů může začít rovnou ve vlastních řadách (Chambers 2009).

3.6 Modifikování Community-Led Total Sanitation

CLTS prochází neustálou evolucí, vyvíjí se a po celém světě vznikají různé varianty komunitních přístupů k sanitaci, které jsou více či méně odvozeny od CLTS (UNICEF 2014, Institute of Development Studies 2015). Ostatně k flexibilnímu přizpůsobování vyzívají i Kar a Chambers (2008) v příručce k CLTS. Současně ale existují i puristé, kteří se drží čisté nezměněné verze, resp. striktně dodržují základní principy (Galvin 2015). Kar a Chambers (2008) uvádějí, že jejich příručka nemá být brána

jako jediná možná varianta aplikace CLTS, ale pouze jako kompilace nápadů, ze kterých si realizátoři mohou vybírat. Navrhované postupy se mohou volně modifikovat, aby co nejlépe fungovaly v prostředí, kde je projekt realizován. Běžnou praxí mezi praktiky je sdílení zkušeností, inovací, modifikací a nových postupů, které mohou inspirovat dobrou praxi, případně varovat před možnými riziky, praktiky napříč světovými regiony (Chambers 2009, Thakur a Mishra 2016). A ačkoliv může být problematické hledat společné znaky projektů, které se realizují po celém světě, existuje velký potenciál ve větších znalostech o implementaci. Pokud se takto identifikují rámce používané v CLTS, je možné vytvářet silnější programy (Singler, Mahmoud a Graham 2014).

Otázka modifikací úzce souvisí s potřebou dobře znát a chápat charakteristiky regionu a obyvatel, kde intervence probíhá. Pokud je investováno dostatečné množství času do pre-triggeringu a příprav obecně, je možné dosáhnout lepších výsledků, a to právě kvůli přizpůsobení přístupu místním komunitám (Kariuki et al. 2012). CLTS intervence se skutečně liší a vyvíjejí se mimo tradiční podobu. Za výraznější zásahy se dá považovat například aplikace CLTS v urbánním prostředí (viz kap. 3.8), nebo používání dotací. Není totiž úplně výjimečné, že součástí některých intervencí jsou i individuální dotace na výstavbu latrín (Sigler, Mahmoud a Graham 2014). V tomto konkrétním případě ovšem otázkou zůstává, zdali některé modifikace nejdou proti fundamentálním principům CLTS, protože Kar a Chambers (2008) považují za absolutně stěžejní podporovat změnu sanačního chování bez udělování individuálních dotací, kdy k výstavbě latríny musí dojít čistě z prostředků komunity za použití nízkonákladových materiálů, a případně solidarity s domácnostmi, které si latrínu nemohou dovolit postavit. Externí finanční nebo materiální podpora může přijít pouze v pozdější fázi na opravy, úpravy nebo vylepšení již postavené latríny. Galvin (2015) v této souvislosti hovoří o vzniku hybridních CLTS přístupů, u nichž dochází k přizpůsobení lokálnímu kontextu i za cenu porušení základních principů, a je to asi to nejlepší, co lze v tomto extrémně komplikovaném prostředí očekávat.

Některé země, které CLTS adoptovaly do své národní strategie na rozvoj hygieny a sanitace, modifikovaly přístup takovým způsobem, aby lépe čelil problémům, kterými dané země trpí. Příkladem tohoto jednání může být Indonésie s národní strategií Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). CLTS se do Indonésie dostalo po jeho úspěších v Bangladéši a Indii, a během pilotních projektů v 6 distriktech se ukázalo jako vysoce účinný nástroj na vytváření poptávky po sanitaci. CLTS se dále šířilo skrze vládní i neziskové organizace. Později ale indonéská vláda na základě studie WB a WHO došla

k závěru, že CLTS dostatečně nepokrývá všechny oblasti hygieny a sanitace, ve kterých má země vážné nedostatky. Tak vznikla strategie STBM, která je založena na pěti pilířích změny hygienického chování: 1. ukončení OD, 2. mytí rukou mýdlem, 3. správa pitné vody a jídla v domácnosti, 4. nakládání s odpadem v domácnosti, a 5. nakládání s tekutým odpadem v domácnosti. STBM má i vlastní systém verifikace vesnic, podle něhož získávají vesnice po splnění prvního pilíře status ODF vesnice a po splnění všech pěti pilířů status STBM vesnice. Na implementaci se momentálně podílejí jak NGOs, tak i Indonéská vláda a soukromé společnosti, které se v CLTS angažují v rámci společenské zodpovědnosti firem. CLTS je také národní WASH politikou Indonésie. Z celkem 80 277 vesnic v Indonésii jich bylo triggerováno 23 901 (Institute of Development Studies 2015a).

Podobný přístup byl aplikován i v Etiopii, kde byl vytvořen přístup CLTSH. H na konci symbolizuje přidání důraz na hygienické návyky, jakými jsou například bezpečné nakládání s pitnou vodou nebo mytí rukou (UNICEF 2014). Etiopská federální vláda přikládá velký důraz právě na čisté a zdravé životní prostředí. Proto i v souvislosti s plněním MDGs připravila plán na rozvoj zdravotnického sektoru, jehož součástí jsou i komunitní intervence zaměřené na změnu sanitačního chování, výstavbu adekvátních latrín, ukončení OD a podporu hygienických návyků (Institute of Development Studies 2015b).

Konkrétnější znalosti o kontextuálních modifikacích přístupu CLTS ale zatím stále neexistují. Obecně je známo, že se metoda upravuje pro lepší aplikaci v určitém prostředí, a že to občas i znamená porušit některé základní prvky CLTS (Sigler, Mahmoud a Graham 2014). Odhalit konkrétní podobu modifikací a motivací stojících za jejich aplikací je jedním z cílů této práce.

3.7 Kombinování CLTS s dalšími přístupy

3.7.1 CLTS a přímé dotace

Jak již bylo zmíněno, v současné rozvojové praxi vznikají i hybridní přístupy, které kombinují CLTS s poskytováním dotací (Galvin 2012), což silně rozporuje čistému praktikování CLTS, kde je absence dotací základním bodem (Kar a Chambers 2008). Ohledně selhání intervencí zaměřených pouze na dotace a sanitační hardware, nutnosti

pracovat s behaviorálními faktory a potřebě dodávat i sanitační software panuje v odborné literatuře poměrně velká shoda (Chambers 2009, Sah a Amsalu 2009, Huda et al. 2011, Mosler 2012, Aboud a Singla 2012, Hueso a Bell 2013, Guiteras, Levinsohn, Mobarak 2015). Diskuze se ale stále vede nad kombinováním softwarových komunitních přístupů s poskytováním různých forem dotací. Protože i když propagátoři CLTS jakékoliv dotace odmítají a mohou to doložit příklady z praxe (Hueso a Bell 2013), existují i studie ukazující, že samotná komunitní mobilizace není pro rozvoj komunit tak efektivní jako v kombinaci s dotacemi (Guiteras, Levinsohn, Mobarak 2015).

V roce 1999 spustila indická vláda již zmíněné TSC, velmi ambiciózní program následující principy CLTS, který kromě komunitního přístupu a nástrojů pro vytvoření poptávky využíval i systém odměn pro vesnice, kterým se podařilo dosáhnout totální sanitace. A TSC byla původně označena za úspěšnou kampaň se 40 procentním nárůstem domácností s přístupem k sanitaci za 10 let. Ale to byly velmi nadsazené odhady a skutečný nárůst byl pouze 10 procent, což bylo méně než úroveň růstu populace. Nakonec i indická vláda připustila selhání TSC. Pouze 1 z 5 latrín postavených v roce 2001 stála i v roce 2011. Jako hlavní příčina neúspěchu byla označena nedostatečná motivace vládních facilitátorů a právě závislost na dotacích, které se vyvinuly z původního systému odměn. Odměny byly původně dostupné pouze po splnění podmínek TSC, případně je obdržely domácnosti žijící pod hranicí chudoby po výstavbě latriny. Použití těchto nástrojů je v souladu s CLTS, ale problém nastal v okamžiku, kdy se z odměn staly regulérní dotace poskytované i domácnostem nad hranicí chudoby. Dotace snižovaly kvalitu latrín, motivaci je stavět a TSC byla celkově odsouzena k neúspěchu. V pozdějších fázích se z dotací stal diskriminační nástroj, protože začaly být přidělovány na základě postavení a nejnižší kasty byly naprosto ignorovány. (Hueso a Bell 2013). Přesně na tento problém upozorňuje Chambers (2009), který nesouhlasí s nutností poskytovat dotace nejchudším domácnostem, protože tyto dotace končí v úplně jiných částech společnosti. CLTS se tedy velmi obtížně kombinuje s dotačními schémata, ačkoliv indická TSC také dokázala, že i v rámci velké dotační kampaně může CLTS uspět. V některých regionech, například ve státě Himáčalpradéš, se CLTS během TSC skutečně úspěšně aplikovalo, a i přes nevhodné rozdělování dotací všude kolem se v těchto regionech dosáhlo velmi dobrých výsledků. Obecně ale tato zkušenost silně svědčí v neprospěch dotací (Hueso a Bell 2013).

Ze sousedního Bangladéše pochází zkušenost diametrálně odlišná. Intervence založené pouze na softwarových aspektech prakticky nijak nezvýšily přístup k sanitaci

a nesnížily praktikování OD. Pokud ale intervence obsahovaly jak nástroje na vytvoření poptávky, tak i poskytování hardwarových dotací, došlo k signifikantnímu zvýšení pokrytí sanitací a snížení OD. Použití dotací také může mít díky provázanosti rozhodnutí pořídit si sanitační zařízení multiplikační efekt. I jedinci, kteří na dotace nedosáhli, mohou investovat do sanitace, pokud si lidé v jejich okolí postavili s pomocí dotací latrínu. Dotace v kombinaci se softwarovými přístupy je nutné používat chytře, odhadnout správnou sumu a nastavit laťku pro příjem dotací se zdá být klíčové pro maximální efektivitu. Dobře cílené dotace mohou vhodně doplnit i CLTS, kdy se po komunitě požaduje, aby sama hromadně do sanitace investovala. A ačkoliv informační bariéry mají bezpochyby velký vliv na nedostatečnou sanitaci, současná praxe v jejich prospěch příliš přehlíží bariéry ekonomické, které jdou nejlépe překonat právě pomocí dotací. Pokud nebudou mít obyvatelé komunit dostatečné prostředky na vybudování bezpečné hygienické latríny, zdravotnické benefity z intervence budou pravděpodobně jen velmi malé (Guiteras, Levinsohn, Mobarak 2015)

3.7.2 Kombinace s dalšími nízkonákladovými přístupy

CLTS je díky poměrně nízkým finančním investicím považováno za nízkonákladový přístup, což je také jedním z důvodů jeho celosvětové oblíbenosti. Současně je díky tomu velmi dobře kombinovatelné s různými jinými nízkonákladovými a participativními přístupy na zlepšení sanitační situace, ačkoliv ani zde nebyl vývoj od začátku jednoznačně příznivý. V jedné fázi šíření CLTS soupeřilo s dalšími přístupy k propagaci sanitace, ale rivalita zde netrvala dlouho a brzy byla vystřídána spoluprací. Právě díky podpoře kontextuálních modifikací a značnému zájmu o sdílení zkušenosti dokáže CLTS silně využívat synergii kombinace různých nízkonákladových přístupů (Chambers 2009). Ve světě se vyskytují například iniciativy, které společně se zastavením OD propagují i následné využívání nashromážděných exkrementů, a to především pro zemědělské účely. Jedním z těchto přístupů je EkoSan, kde se výkaly využívají jako hnojivo (Jewitt 2011) a dalo by se pochopitelně najít více dalších příkladů stejného využití. Montgomery a Elimelech (2007) zmiňují, že tato praktika má svůj původ v Číně. O něco sofistikovanějším přístupem je Arboloo. Zde je OD opět eliminováno vykopáním díry, jež se následně používá jako latrína, a po jejím naplnění se přímo v díře exkrementy smíchají s půdou. Tím vzniká velmi úrodná směs, do níž se může vysadit

například ovocný strom, a ten se může stát dalším zdrojem obživy pro danou domácnost. Latrína se pouze přesune o něco dál a celý proces se může opakovat (Chambers 2009).

3.7.3 CLTS a sanitační marketing

Sanitační marketing (dále SM) je přístup, se kterým se CLTS jakožto intervence na vytváření poptávky po sanitaci silně doporučuje kombinovat. Po úspěšném triggeringu poptávka zákonitě poroste a v tom okamžiku je nutné napojit vesnice na dodavatele sanitačních zařízení a služeb, aby byla poptávka uspokojena (Kar a Chambers 2008). SM využívá paletu různých nástrojů, které by měly vést k dalšímu zvyšování poptávky po vylepšování sanitační a zároveň zajišťují i stranu nabídky. Dobré propojení se CLTS se nabízí i proto, že SM musí stejně jako CLTS chápat a vycházet z místního kontextu a musí mu předcházet analýza motivací a překážek ohledně přístupu k sanitaci. Je nutné zajistit, aby vhodné sanitační služby a produkty odpovídaly poptávce dané komunity (Mara et al. 2010).

Ačkoliv je SM intervenční nástroj a podílejí se na něm NGOs a další aktéři, jeho hlavním cílem je vytvořit udržitelný sanitační trh, jenž už nebude potřebovat finanční, organizační nebo jinou podporu od externích aktérů. V jádru SM je také uspokojování potřeb a schopnost odhadnout, co spotřebitel chce, a v atraktivní a dostupné podobě mu to nabídnout. V počátečních fázích je potřeba zjistit, čeho si lidé cení na dobrých latrínách a jaké jsou jejich představy o jejich podobě. A následně pak přijít s atraktivní nabídkou domácích sanitačních možností, které budou vycházet z těchto představ, a zároveň na jejich pořízení nebude nutné poskytovat hardwarové dotace. SM není reklama, ale systematický a dynamický proces, který má lidem umožnit učinit strategické rozhodnutí ohledně zlepšení své vlastní sanitační situace. Rozhodnutí, které je založené na čtyřech komponentech: produkt, prostor, propagace a cena. V poslední době se ještě přidávají dva komponenty: politika a partnerství (Nabembezi a Nabunya 2014).

Produkt je to, co lidé chtějí. V případě SM se jedná o latrínu a s ní spojené služby. Použité technologie musí odpovídat tomu, co chtějí lidé, na něž je intervence mířena. Častou chybou je, že nabídka vychází z představ vládních inženýrů nebo pracovníků NGOs o tom, co je nejvhodnější a správné. Prostorem je v SM myšleno, že domácnosti budou mít dostatečné informace o materiálech a službách potřebných k postavení latríny, a že bude mít přístup ke všem částem dodavatelského řetězce. Cena může být zásadní překážkou u přístupu k sanitaci, zvláště pro chudé obyvatelstvo. Cílem SM je najít cestu,

jak přiblížit a zatraktivnit sanitaci tak, aby se ani pro chudé nemusely poskytovat dotace. I v chudobě žijící obyvatelstvo je ochotné zaplatit za latrínu, pokud bude splňovat jejich představy. Dále je možné zaměřit se na vývoj co nejlevnějších a zároveň kvalitních produktů. Vždy je ale lepší mít širokou nabídku s různou cenovou relací. Informace o produktech a službách je také nutné komunikovat směrem ke spotřebitelům, a tím se zabývá komponent propagace. Ta si klade za cíl zvyšovat povědomí o sanitačních produktech, poskytovatelích a prodejních místech. Zároveň i zvyšuje poptávku či přímo touhu domácností po sanitačních zařízeních skrze motivační zprávy, které se dají přenášet rádiem, televizí, novinami, nebo mezilidskými kanály. Právě k mezilidským kanálům se začíná přecházet od masmédií, protože se dají mnohem lépe využívat v rurálních oblastech. V oblíbenosti je například divadlo, mobilní kino, letáky, podomní prodej a cílená spolupráce s vlivnými členy komunity. Politika zastřešuje politické prostředí, které může být silnou oporou pro SM nebo pro něj může být jen stěží překonatelnou překážkou. Politika nezahrnuje pouze legislativní opatření, ale i kulturní normy, nepsaná pravidla a zvyky. Při aplikaci SM je důležitá i existence partnerství mezi všemi zainteresovanými aktéry: formálními i neformálními dodavateli, NGOs, komunitními organizacemi, vládou a šampiony sanitace. Pro mnoho aktérů bude SM úplně nové odvětví, s nímž nebudou mít žádné zkušenosti, a je proto důležité věnovat dostatek času motivaci, vzájemnému učení a sdílení poznatků. Výsledkem by měla být synergie, která může mít zásadní vliv na úspěšnost (Nabembezi a Nabunya 2014). Při využívání trhu na zajištění přístupu k sanitačnímu hardwaru během CLTS je vhodné co nejvíce zapojit lokální iniciativy, zvat prodavače sanitačního zařízení do vesnic a pořádat sanitační trhy, kde by se lidé mohli zakoupit vystavené zboží. Poskytování levného a efektivního hardwaru bude vždy klíčové a dá se díky němu jednoduše posouvat po sanitačním žebříku nebo se alespoň odhodlat vstoupit na první příčku (Chambers 2009).

3.8 CLTS a problematika sanitace v urbánním kontextu

CLTS je primárně zaměřené a používané v rurálních regionech, je ale možné tento přístup aplikovat i v prostředí urbánním (Chambers 2009, Lüthi, McConville a Kvarnström 2010). Právě problematika sanitace v městských sídlech nesmí být přehlížena, přestože 9 z 10 lidí praktikující OD žije v rurálních oblastech. Městské

populace se v rozvojových zemích velmi rychle rozrůstají a rozšiřování kanalizace a sanitačních zařízení ani v nejmenším nekoresponduje s populačním růstem. Počet lidí praktikujících OD ve městech tím pádem také velmi rychle narůstá (WHO 2015). Centralizovaná řešení sanitační krize obdobně nezabírají jak v rurální, tak v urbánních, a zvláště neformálních peri-urbánních sídlech. Pokud se do těchto oblastí zavádí finančně nákladná řešení, která jsou založena pouze na technických aspektech, dostávají se k danému obyvatelstvu pouze velmi disproportčně. Současně zde bývá problém s údržbou, protože nově vystavěná infrastruktura se později většinou neopravuje a už pouze chátrá (Montgomery a Elimelech 2007).

CLTS v urbánním prostředí zaznamenalo určité úspěchy s implementací, a to například ve slumech v metropolitní oblasti Kalkaty. Od roku 2003 se v tomto regionu na snížení OD používaly přímé hardwarové dotace, ale velmi málo obyvatel postavené latríny používalo, prakticky nikdo je neudržoval a mnohé byly postupně využívány k jiným účelům, než k jakým byly postaveny. Nebylo také možné poskytnout dotace všem potřebným. V důsledku těchto neúspěchů byl v roce 2005 pilotován CLTS projekt s cílem otestovat mobilizační schopnosti obyvatel slumu. Tento pilotní projekt skončil neúspěchem, hlavně kvůli očekávání dotací. Ale další projekty již dopadly úspěšně, na čemž měli velký podíl přirození lídři, kteří se v propagaci sanitace angažovali. Ale tento úspěch ještě neznamená obecnou aplikovatelnost, praktici v jiných regionech mají zkušenosti s nedostatkem politické vůle, a obecně by CLTS pro lepší využití a udržitelnost v urbánních regionech potřebovalo větší institucionalizaci, a zapojení místních poskytovatelů služeb a politiků (Lüthi, McConville a Kvarnström 2010).

Problematika hygieny a sanitace v urbánním prostředí má ale svá specifika, která je nutné zohlednit během intervencí. Nedostatečnou sanitací jsou v městském prostředí nejvíce zasažena právě zmíněná neformální sídla, kde je nutné detailně porozumět komplexním sítím vztahů a dalším specifickým faktorům, které život ve slumu ovlivňují. Rozhodnutí o výstavbě latríny totiž nemusí záležet na nájemníkovi, ale je k němu potřeba souhlas majitele nemovitosti. Tudiž zatímco na nájemce je možné směřovat různé intervence zaměřené na podporu rozvoje sanitace, výsledek se dostaví jen velmi těžko, pokud nebude poptávka po lepší sanitaci vytvořena i u majitelů nemovitostí. U nájemců může dokonce být i bez jakékoliv intervence poptávka po sanitaci dostatečně velká, chybí jim ale možnost rozhodnout o vylepšení své sanitační situace. Majitelé domů ve slumech většinou investují pouze velmi malé částky do svých nemovitostí a neplní své povinnosti ohledně poskytování sanitačního zařízení svým nájemníkům. Dochází zde ke konfliktu

cílů majitelů nemovitostí, kteří chtějí maximalizovat svůj zisk, a nájemníků, kteří chtějí donutit majitele k vyšším investicím a zlepšení sanitační situace. Tyto sociální vazby, otázky trhu s nemovitostmi a nakonec i demografické charakteristiky musí být brány v potaz při vytváření strategií na vylepšení sanitační situace ve slumech (Isunju et al. 2011).

3.9 Kritika a limity CLTS

I přes dobré výsledky, rychlé a masivní rozšíření CLTS, nebo možná právě kvůli tomu, je CLTS častým předmětem kritiky. Přístupu jsou vyčítány hlavně praktiky operující na hranici lidských práv (Bartram et al. 2012, Singler, Mahmoud a Graham 2014), a také je často upozorňováno na nedostatečný efekt intervencí, problematiku jejich udržitelnosti a na velké množství překážek implementace (Coffey et al. 2014, Mosler 2012, Guiteras, Levinsohn a Mobarak 2015). Engel a Susilo (2014) zase upozorňují na nápadnou podobnost mezi CLTS a koloniálními praktiky, kdy se jakékoliv odlišnosti od nově vzniklých západních standardů považovaly za hnusné a zaostalé. CLTS je tedy naprosto odtržené od místní kulturní, sociální, politické a ekonomické dimenze.

3.9.1 Kritika CLTS

CLTS je často vnímáno jako revoluční nástroj, který byl aplikován kvůli potřebě nových metod po neúspěchu tradičních metod a pomalému růstu dostupnosti k vylepšené sanitaci. Avšak zde vyvstává otázka, zdali je možné kvůli propagaci sanitace porušovat lidská práva. CLTS je v tomto ohledu kritizováno za hanbení účastníků intervence, sociální stigmatizování, upírání finančních benefitů či dalších zdrojů nezbytných pro živobytí jako součást nátlaku na osoby, které stále praktikují OD. Extrémním případem pak je odpírání vyšetřování a přístupu k právu pokud byl na někom spáchán zločin během praktikování OD. Toto jasné porušení lidských práv neproporčně více zasahuje ženy, jež se často stávají obětí násilných a sexuálně motivovaných činů během OD (viz kap. 3.10). Snahám o vylepšení a podporu sanitace rozhodně nesvědčí, pokud během nich dochází k porušování lidských práv a CLTS se všemi používanými komponenty by mělo lidská práva respektovat (Bartram et al. 2012).

Praktici se během aplikace CLTS snaží reagovat na obavy z porušování lidských práv. Protože ačkoliv jsou triggering, zvláště „shit calculation“, či další nástroje zaměřené na vyvolání znechucení pořád považovány za velmi důležité, mívají praktici tendence udržovat lidskou důstojnost jako hlavní prioritu (Singler, Mahmoud a Graham 2014).

Kritizováno je také zostuzování členů komunit, protože jedním z cílů CLTS je posilování sebevědomí a s tím spojená schopnost sociální mobilizace, s čímž se zostuzování zdá být v silném rozporu. Zvláště pokud není brán v potaz lokální kontext, a kulturní či sociální normy ohledně sanitace. Při dostatečném zohlednění lokálních faktorů vznikají silnější, inkluzivní a holistické programy, které pak nemusí spoléhat pouze na zostuzování lidí (Engel a Susilo 2014).

V obecné rovině u CLTS dochází ke konfliktu mezi komunitním dobrem a osobními právy. Zdáli je možné pro dosažení ODF odebrat někomu zdroj obživy, odpírat právní pomoc po znásilnění, nebo odpojit od elektřiny. Toto nejsou obecné výhrady k CLTS, ale konkrétní ukázky špatné praxe, která mají tendenci se šířit, a jsou často přehlíženy jak v terénu, tak v akademickém prostředí, které má jinak vysoce vyvinutý smysl pro etiku. UN sice povoluje limitaci lidských práv v případě přímého a silného ohrožení veřejného zdraví, avšak toto omezení musí mít právní základ, nesmí být na základě svévolného rozhodnutí, musí být podstoupeno přezkoumání a poškození musí mít přístup k nápravě. Což zcela určitě není případ CLTS, kde se porušování lidských práv v některých intervencích nedá v rámci těchto kritérií obhájit. A i když má CLTS nesporný efekt na zlepšování sanitační situace, mělo by se obejít bez porušování lidských práv (Bartram et al. 2012). Kar a Chambers (2008) stále vidí v efektu hanby a znechucení silné motivátory, které by se měly využívat během intervencí a současně zmiňují i využívání komunitních sankcí proti lidem praktikujícím OD.

Kritika CLTS také směřuje k jeho rapidnímu šíření a rizikům, jež jsou s tím spojená. Důkladný trénink, hluboké porozumění metodám komunitní mobilizace a také dostatečné zkušenosti jsou pořád základem úspěchu a při příliš rychlém šíření je velmi pravděpodobné, že jeden či více z těchto aspektů nebudou dodrženy. Velkým nebezpečím je požadování okamžitých výsledků, což je v naprostém rozporu s předpoklady CLTS. Tato praxe může vést k diskreditaci CLTS v očích akademiků, politiků i praktiků. Obavy ze špatného přístupu k CLTS by ale rozhodně neměly sloužit jako argument pro omezování jeho šíření, jen zde vzniká povinnost upozornit na nutnost hledání kompromisu mezi rychlostí šíření a kvalitou nově vznikajících iniciativ (Chambers 2009).

3.9.2 Limity CLTS

CLTS také v praxi naráží na limity své aplikovatelnosti, protože vnitřní motivace, seberegulace a celkový tlak na změnu chování nefunguje na všechny jedince. Je proto nutné brát některá tvrzení s rezervou. ODF je pouze teoretický absolutní stav, kdy se v otevřeném prostoru nenachází žádné výkaly. V reálném prostředí ale tohoto stavu prakticky nikdy dosaženo nebude, protože určití členové komunity, staří lidé, konzervativní muži, nebo děti, budou OD praktikovat prostě pořád. A tyto limity je nutné brát v diskuzích o CLTS v potaz (Chambers 2009). Limity mohou být i společensko-kulturní a pro některé společnosti jsou určité aspekty CLTS v praxi nepoužitelné (Coffey et al. 2014). Samotné uvažování o komunitě a její akceschopnosti k zastavení OD může být v rámci CLTS přeceňováno. Komunity totiž nemusí být homogenní celky, které si po triggeringu uvědomí svou vlastní situaci a společnou snahou se přesunou k ODF. Snadno v nich může dojít ke konfliktu mezi jednotlivými sociálními třídami nebo generacemi. A obdobně limitující může CLTS být i po technické stránce, protože po intervenci sice může vzrůst poptávka po sanitaci, ale nově vybudované jednoduché latríny budou pořád nehygienické a nezabrání přenosu nemocí. Obyvatelé komunit ale cítit dostatečné uspokojení ze své sanitační situace a ztratí motivaci pořídit si bezpečné vylepšené zařízení (Galvin 2015).

Objevují se ale i hlasy, že ne vždy je solidarita dostačující pro dosažení ODF komunity a součástí intervencí a WASH politik musí být i další finanční rámce, jako jsou například mikropůjčky, které zajistí prostředky na výstavbu latrín pro nejchudší obyvatele (Sijbesma et al. 2008).

O CLTS doposud chybí i větší množství studií, které by hodnotily jeho skutečné dopady na zdravotní stav komunit, protože zlepšení přístupu k sanitaci na něj nemusí mít bezpodmínečně vliv. Jedna z mála prací, která porovnává zdravotní stav v komunitách, kde proběhlo CLTS s kontrolním vzorkem, proběhla ve venkovských regionech Mali. Nejzásadnějším zjištěním této studie je, že prevalence průjmových onemocnění zůstala stejná ve všech zkoumaných vzorcích. CLTS pouze zvýšilo přístup k latrínám, a také se zlepšil růst dětí, nejvíce u mladších dvou let. CLTS zřejmě uspělo i ve vytvoření nových sociálních norem, obyvatelé komunit považují OD za hnusnou praxi a obecně jsou spokojeni se svojí novou sanitační situací. Líbí se jim čistota, soukromí a ženy se cítí bezpečněji. Vzhledem ke skutečnosti, že nebylo dosaženo celkového pokrytí latrínami, se pro zabránění přenosu nemocí pravděpodobně musí překonat určitý práh dostupnosti sanitace, jinak se zdravotní benefity nedostaví. Navíc se latríny postavené během této

CLTS intervencí nedají klasifikovat jako vylepšená sanitace podle WHO/UNICEF, což výrazně omezuje jejich schopnost zabránit přenosu nemocí (Pickering 2015).

3.10 Gender a lidé s postižením v kontextu CLTS

Nevyhovující sanitační situace a špatné hygienické podmínky mají rozdílný vliv na různé skupiny obyvatelstva. Větší riziko plynoucí z OD nebo jinak neadekvátního přístupu k sanitaci hrozí osobám s postižením, ženám, dětem, a především pak dívkám (Montgomery a Elimelech 2007, Hirve et al. 2015, Mahon a Fernandes 2010). Pokud ženy a dívky nemají bezpečný přístup k sanitaci poskytující soukromí a dostatečné zázemí, extrémně to prohlubuje další vyloučení ze sociálního a ekonomického života. Ženy mají problém si najít a udržet zaměstnání, dívky kvůli nevhovujícím sanitačním podmínkám předčasně ukončují své vzdělávání (Hirve et al. 2015, Fatusi a Hindin 2010). Tuto skutečnost je nutné zohlednit při tvorbě rozvojových strategií (Guis a Subramanian 2015). Při vytváření a implementaci WASH politik se dochází také k zanedbávání komplikací spojených s menstruací (Mahon a Fernandes 2010)

Je také obvyklé, že ženy kvůli studu defekují pouze po setmění nebo chodí do velmi odlehlých lokalit, což je vystavuje značnému riziku. Ženám hrozí jednak uštknutí jedovatým hadem, kousnutí škorpiónem, útok divoké zvěře nebo poranění o trny rostlin. Současně jsou ale také vystaveny nebezpečí ze strany mužů, kteří je v této zvláště zranitelné chvíli můžou napadnout. Ženy se tak mohou stát obětí psychického nebo fyzického napadení, a to často ve formě sexuálního obtěžování (Hirve et al. 2015).

Další silně znevýhodněnou skupinou v přístupu k hygienickým a sanitačním zařízením jsou osoby s postižením. Sociální diskriminace, se kterou se musí potýkat, představuje závažný problém. Ostatní členové komunity často zakazují osobám s postižením používání veřejných latrín, kvůli planým obavám z kontaminace nebo znečištění. Komplexita sektoru WASH v kontextu osob s postižením je skutečně velmi závažnou překážkou na cestě k dosažení univerzálního přístupu k hygieně a sanitaci (Groce et al. 2011).

Kar a Chambers (2008) rozhodně propagují CLTS jako maximálně inkluzivní přístup. Komunity by měly rozpoznat potřeby všech svých členů a identifikovat případné ohrožené skupiny, které mohou tvořit právě osoby s postižením, matky samoživitelky,

starší osoby, chronicky nemocní nebo vdovci a vdovy. Komunity by pak samy na základě skupinové diskuze měly přijít s návrhy na řešení jejich sanitační situace, které by adresovaly potřeby všech členů. Identifikace ohrožených skupin by také měla přispět k podpoření vzájemné komunitní pomoci. Pokud někdo nemá vlastní prostředky na vybudování latríny nebo ji není z jakéhokoliv jiného důvodu schopen vybudovat, zbytek komunity mu pomůže zajistit možnost sanitační zařízení používat. Ženám nesmí nic bránit v angažování během CLTS, aby byl skutečně dodržen komunitní rozměr. Ženy musí mít možnost vyjádřit se k navrhovaným opatřením proti OD a zahrnout do nich své potřeby a představy. Později pak na sebe ženy mohou vzít roli lektora sanitačního chování a učit děti správným hygienickým návykům. Nejdůležitější ale skutečně je, aby se jednalo o celokomunitní přístup, který nenechá nikoho pozadu.

Praxe ale bude komplikovanější. Mahon a Fernandes (2011) popisují, že rozhodovací proces o hygieně a sanitaci vedou hlavně muži a na potřeby žen není brán dostatečný ohled. To je v některých regionech způsobeno tím, že se z pohledu žen jedná o společenské tabu, o němž nechtějí veřejně mluvit, což je prakticky vylučuje z rozhodovacího procesu. V tomto ohledu je extrémně důležitá osvěta, která by plošně bořila zavedená tabu a poskytla ženám prostor se vyjádřit. Poté je možné konstruktivně řešit například dostupnost latrín poskytující dostatek vody a soukromí, aby je ženy dívky mohly používat i během menstruace (Bharadwaj a Patkar 2004). Obdobně je nutné si počínat i v případě osob s postižením, které také musí být součástí rozhodování o budoucí podobě sanitačních zařízení, a to jako standardní členové komunity a ne jako speciální skupina (Groce et al. 2011).

Empirická část

Empirickou část této práce tvoří výzkum mezi realizátory CLTS, který zkoumá jejich zkušenosti, názory a postoje k CLTS s důrazem na kontextuální modifikace tohoto přístupu, překážky implementace a kritické zhodnocení CLTS jako celku. Výpovědi získané během výzkumu jsou také srovnány se současnými teoretickými poznatky o CLTS a participativních přístupech zaměřených na behaviorální změny.

Rigorózních empirických studií zaměřených přednostně na CLTS je velmi málo a zkušenosti praktiků jsou v nich konfrontovány jen velmi zřídka. Přitom realizátoři s praktickou zkušeností mohou nabídnout neotřelý pohled na problematiku spojenou se CLTS, a to obzvláště na kontroverzní témata jako je používání dotací nebo údajné porušování lidských práv.

Analýza kontextuálních faktorů a jejich vlivu na intervence, provedené modifikace a konkrétní překážky implementace, se kterými se praktici setkali, nejsou také příliš časté téma. V literatuře se ale objevují obavy z přílišné standardizace a „dekontextualizace“ CLTS a jeho omezení na pouhé technické řešení (Tilley et al. 2014, Bardosh 2015), což přikládá další význam výzkumu kontextuálních faktorů, které sanitační intervence ovlivňují.

Nakonec Kar a Chambers (2008) i Chambers (2009) považují pouhé sdílení znalostí a zkušeností za velmi důležitou součást praxe CLTS, a k tomuto účelu může sloužit i tato práce. Samotná akumulace zkušeností a znalostí praktiků je poměrně cenná, a pokud je navíc doplněna o určitou evaluaci, vzniká o to zajímavější pohled na tento přístup. A ačkoliv jsou v analýze diskutovány převážně lokálně specifické jevy, vzhledem k častému výskytu podobných zkušeností napříč zeměmi, je docela dobře možné, že některé poznatky budou mít univerzálnější možnosti aplikace

4 Metodika

Pro výzkum modifikací, překážek, postojů a zkušeností s CLTS byly analyzovány rozhovory s praktiky a cílem bylo pokrýt co největší počet zemí a různorodé pracovní pozice informátorů. V tomto ohledu se výzkum lišil od valné většiny předešlých studií, které CLTS zkoumaly pouze v rámci jedné země. Oslovování a získání informátorů bylo poměrně náročnou činností, což se projevilo na konečném získaném vzorku. Sběr dat proběhl třemi rozdílnými metodami: pořízením nahrávky telefonického rozhovoru přes Skype, pořízením nahrávky osobního rozhovoru, a písemnou odpovědí na otázky.

4.1 Osnova interview a jeho příprava

Dotazník byl sestaven v rámci výzkumného týmu, kde postupně vznikaly jeho jednotlivé verze, a finální podoba byla konzultována s Jakubem Kocandou, který má expertní zkušenosti s vodním inženýrstvím, úpravou vody, problematikou sanitace a rozvojovými intervencemi. Jakub Kocanda pracoval více než rok pro organizaci Člověk v tísni v Etiopii jako expert na WASH problematiku a jeho výpověď o této pracovní zkušenosti je i součástí samotného výzkumu.

Osnova rozhovoru je tvořena 19 otevřenými otázkami, které byly dále rozděleny na tři sekce: základní faktografické údaje – Factchecking, poznatky z praxe – CLTS implementation, osobní pocity – contemplation (viz příloha 1). Cílem dotazníku tedy nebylo pouze získat výpověď o přímých zkušenostech s CLTS, ale i postoje a celkové názory na CLTS jako přístupu na podporu sanitace, a jeho možnosti i rizika, která plynou z jeho aplikace.

4.2 Sběr kontaktů a kontaktování informátorů

První kontakty na praktiky, kteří by měli zkušenosti s rozvojovými intervencemi CLTS byly získány od organizace Člověk v tísni, jejíž jeden bývalý a jeden současný zaměstnanec se výzkumu jako informátoři přímo účastnili. Další kontakty byly postupně získány metodou sněhové koule od informátorů, se kterými rozhovor již proběhl, od kolegů z výzkumného týmu, z webových stránek které se problematikou zabývají, vyhledáváním na webu, a ze sociálních sítí. Kontaktní informace na 10 praktiků pak poskytla Petra Bongartz z Institute of Development Studies při University of Sussex. Celkem bylo emailem osloveno 41 praktiků, z nichž mnozí na žádost o rozhovor nereagovali, někteří na prvotní výzvu odpověděli, ale následně komunikaci přerušili, a dva se z účasti na výzkumu omluvili, protože kvůli politice své organizace nemohou poskytovat rozhovory. S žádostí o rozhovor bylo také osloveno 5 regionálních kanceláří UNICEF, ale ani jedna na emailovou žádost nereagovala. Další kontakty byly získány během terénního šetření v Etiopii a během mezinárodní konference WEDC konané na univerzitě Loughborough ve Spojeném království v červenci 2015. Nakonec se podařilo získat 19 interview.

4.3 Průběh rozhovorů

Pro výzkum se podařilo získat celkem 19 výpovědí praktiků, 18 ve formě rozhovoru a jednu ve formě písemně vypracovaných odpovědí. Ačkoliv původní záměr byl analyzovat pouze rozhovory, bylo rozhodnuto učinit výjimku, protože se jednalo o velice cennou výpověď z Haiti, což byla jediná zkoumaná země, která neleží v Africe nebo jižní a jihovýchodní Asii. Telefonický rozhovor nemohl proběhnout kvůli časovému vytížení tamní praktičky.

Celkem 13 rozhovorů se uskutečnilo přes Skype a trvaly v rozmezí přibližně 30 až 70 minut. Všem dotazovaným praktikům byly otázky poskytnuty emailem dopředu, avšak pouze marginální část se s nimi seznámila před začátkem rozhovoru a pouze jeden dotazovaný sdělil, že se na rozhovor cíleně připravil a odpovídal předem připravené odpovědi. Naprostá většina odpovídala bez přípravy poté, co jim byla otázka přečtena. Praktici často ve svých odpovědích vyjadřovali své pocity a názory, díky čemuž se

odpoutávali od předložených otázek. V tu chvíli jim byl ponechán prostor pro vyjádření, a jelikož se často dostávali k velmi pro výzkum relevantním aspektům své práce, byl hovor mnohdy veden i mimo stanovené otázky.

Čtyři rozhovory proběhly osobně, jeden na základě emailové domluvy v Praze, jeden na konferenci WEDC v Loughborough a dva v Etiopii během terénního šetření v září 2015. Poslední čtvrtý osobní rozhovor byl pořízen v březnu 2012 Kambodži a nevznikl primárně pro tento výzkum, ale pro jiný s obdobnou tematikou. Pro jeho vysokou relevanci bylo rozhodnuto o jeho zařazení do výzkumu.

4.4 Dotazování praktici

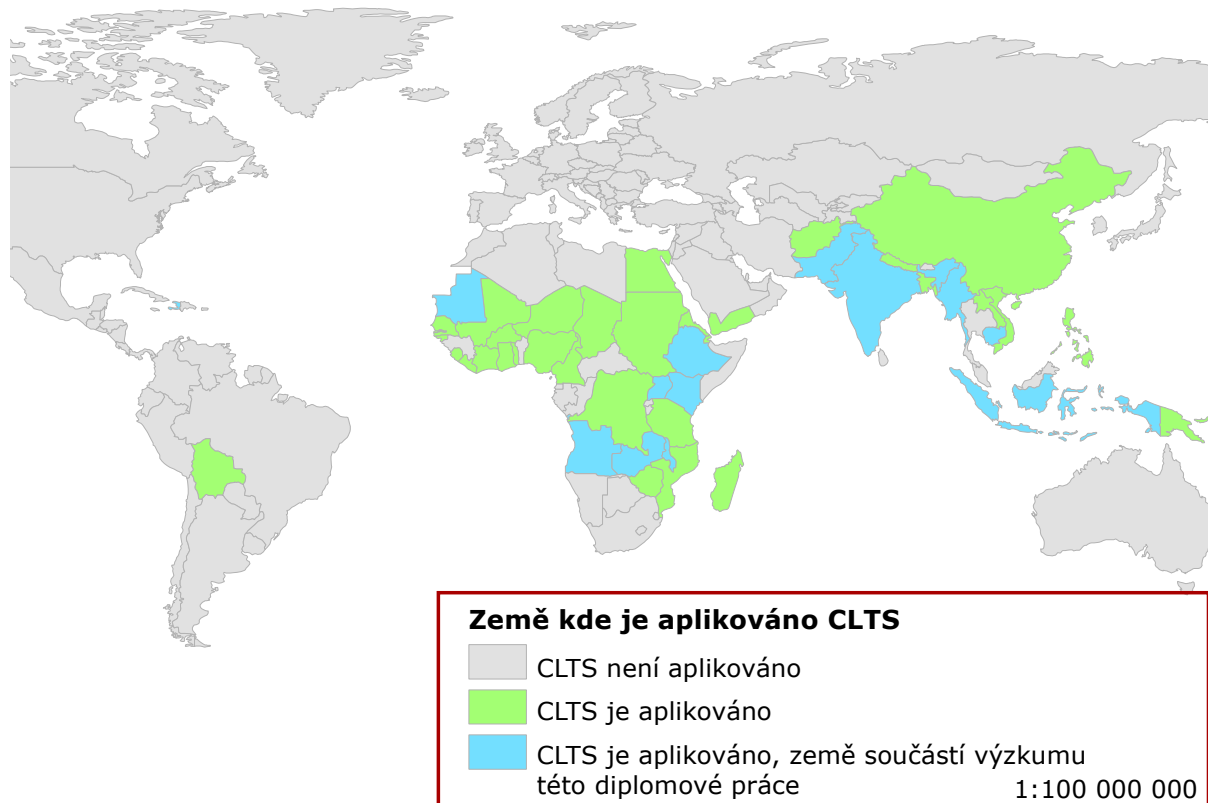
Všech 19 praktiků pochází celkem ze 14 různých zemí (viz obr. 5). Z organizací je nejvíce zastoupen UNICEF se šesti praktiky a dále Plan International se čtyřmi. Z WaterAid, SNV a Člověka v tísni se výzkumu účastnilo po dvou praktikách, a jedna praktička byla ze CLTS Foundation. Dva praktici nebyli součástí žádné organizace a ve výzkumu jsou označeni slovem „Freelance“. Součástí rozhovoru byla pochopitelně i otázka, zda si praktik přeje zůstat v rámci výzkumu anonymní. A ačkoliv této možnosti nevyužili všichni, pro přehlednost i potenciální negativní dopady je u všech dotazovaných uvedena pouze organizace a stát, ve kterých působí, případně působili během své praxe se CLTS. Pro přehlednost při prezentaci výsledků byly praktikům přiděleny kódy, kterými jsou v průběhu prezentování výsledků označováni. Přehled afiliace, kódů praktiků a původu jednotlivých rozhovorů je v tab. 3.

I přesto že je u praktiků uvedená organizace, jedná o osobní výpovědi, které neurčují oficiální stanovisko dané organizace a pokud nebude výslovně uvedeno jinak, nelze je za oficiální stanoviska vydávat. Prakticky všichni dotazovaní požadovali, aby bylo jasně uvedeno, že veškeré výpovědi jsou pouze jejich osobní názory, pocity a zkušenosti. Ačkoliv tento výzkum umožňuje porovnávat zkušenosti praktiků z různých zemí, není možné brát jednotlivé výpovědi jako definitivní stanoviska o CLTS v dané zemi nebo organizaci. V textu tak bude uváděno, že se určitá situace vyskytla například v Indii, což ale neznamená, že se jedná o popis situace v celé zemi nebo regionu nebo projektech dané organizace, ale pouze o zkušenost daného praktika, která může a nemusí být stejná na celém území a ve všech organizacích.

Tab. 3: Přehled praktiků účastnících se výzkumu, jejich kódu a původu rozhovoru

Praktik	Kód praktika	Rozhovor	Praktik	Kód praktika	Rozhovor
1. Kambodža, SNV	KAMSNV	Osobní, Kambodža	11. Malawi, Plan International	MLWPI	Skype
2. Angola, Člověk v tísni	ANGČVT	Osobní, Praha	12. Zambie, SNV	ZAMSNV	Skype
3. Angola, UNICEF	ANGUN	Skype	13. Indonésie, Plan International	IDSPI	Skype
4. Etiopie, UNICEF	ETPUN	Osobní, WEDC	14. Uganda, Plan International	UGDPI	Skype
5. Etiopie, Freelance I	ETPFRL	Osobní, Etiopie	15. Myanmar, UNICEF	MYANUN	Skype
6. Etiopie, Freelance II	ETPFRL2	Osobní, Etiopie	16. Mauritánie, UNICEF	MAURUN	Skype
7. Východní Timor, WaterAid	VTIMORWA	Skype	17. Etiopie, Člověk v tísni	ETPČVT	Skype
8. Pákistán, WaterAid	PÁKWA	Skype	18. Indie, CLTS Foundation	INDCLTS	Skype
9. Kambodža, UNICEF	KAMUN	Skype	19. Haiti, UNICEF	HAITIUN	Písemná odpověď
10. Keňa, Plan International	KEŇPI	Skype			

Obr. 5: Přehled zemí, které byly součástí výzkumu této diplomové práce



Zdroj: Institute of Development Studies 2016b

4.5 Analýza rozhovorů

Rozhovory byly analyzovány v softwaru MAXQDA 12, kde byly jednotlivé výpovědi kódovány. Pro jednotlivé otázky byl vždy vytvořen kód a odpovědi byly kódovány subkódy podle toho, jak se k dané problematice praktik vyjádřil. Pokud to bylo zapotřebí, byla odpověď lehce zobecněna, aby byl redukován počet subkódů a bylo lépe proveditelné srovnání. Analýza se také soustředila na identifikaci společných témat a oblastí, kde spolu jednotliví informátoři vzájemně souhlasí nebo nesouhlasí (Ettorre 1999). Pro zachování co největší informační hodnoty byly určité pasáže rozhovorů přepsány a kódy doplněny upřesňujícím komentářem.

Jednalo se tedy o kvalitativní analýzu a vícepřípadovou studii, kdy se v prvních fázích každý případ analyzoval zvlášť a později docházelo k určité míře abstrakce a porovnávání s ostatními případy (Hendl 2008). Při zpracování materiálu též bylo postupováno podle doporučení, že v poslední fázi je nutné výsledky srovnat s teoretickými poznatky z první části práce a pokusit se tak vysvětlit rozhodnutí a postoje praktiků (Wilson, Berwick a Cleary 2003).

4.6 Rizika spojená s použitou metodikou

Tento typ výzkumu přináší jistá rizika, která je nutné brát v potaz při interpretaci výsledků. Vzhledem ke skutečnosti, že se pro výzkum nepodařilo zajistit výpověď vládní administrativy a účastnili se ho pouze lidé pracující pro NGOs nebo pro UNICEF, jedná se velmi jednostranně zaujaté informátory.

Další riziko vyplývá i z jazykové bariéry. Jeden rozhovor probíhal v češtině a zbylých 18 v angličtině, která v drtivé většině případů nebyla mateřským jazykem ani výzkumníka, ani informátora. Existuje zde tedy jistá pravděpodobnost, že bylo zaznamenáno nepřesné vyjádření, nebo že přesné vyjádření bylo nepřesně přeloženo. Subjektivně posouzeno, by ale jazyková bariéra v průběhu anglicky prováděných rozhovorů neměla být významnou překážkou.

Autor zároveň v tomto kontextu deklaruje, že nemá žádné napojení na organizace nebo praktiky, kteří se výzkumu účastnili, a není předmětem žádného jiného střetu zájmů.

5 Výsledky

Výsledky jsou prezentovány v tematických tabulkách, ve kterých je uveden praktik, upřesňující komentář a kód, případně subkód, kterým byla daná odpověď označena. Všechny tabulky pochází z vlastního výzkumu a byly vygenerovány softwarem MAXQDA 12 a upraveny pro vyšší přehlednost. Tabulky jsou nazvány vždy podle zobrazovaného kódu, a pokud nešel přehled celého kódu zobrazit v jedné tabulce, jsou v názvu uvedeny i zobrazené subkódy. Tabulky jsou doplněny podrobnějším popisem odpovědí, včetně občasných citátů z rozhovorů. Všechny citáty byly přeloženy autorem, a ačkoliv bylo cílem zachytit autentické vyjádření praktiků, pro zvýšení srozumitelnosti musely být některé citáty upraveny. Text v hranatých závorkách je přidaná poznámka vysvětlující předmět diskutovaný v dané pasáži, pokud ho praktik v citátu přímo neřekl.

Rozhovory byly poměrně dlouhé a vyprodukovaly velké množství informací, které není možno kompletně prezentovat v této práci. Pro prezentaci byly, také v ohledu k diskusím v teoretické části, vybrány nejrelevantnější tematické kategorie vázané většinou na konkrétní otázky, u kterých se praktici vyjadřovali ke svým zkušenostem, pocitům a názorům, nebo u nich hovořili o kontextuálních faktorech, které vytvářely významné překážky během intervencí, anebo na ně museli reagovat modifikacemi.

Pro prezentaci byly vybrány následující kategorie, resp. okruhy otázek: Proč se aplikuje CLTS, Primární cíle implementace CLTS, Aktéři CLTS, Využití dalších přístupů a nástrojů, Práce v urbánních regionech, Modifikace CLTS, Překážky implementace CLTS, Kritika CLTS, Spokojenost se CLTS.

5.1 Proč se aplikuje CLTS?

Důvody proč se v sanitačních projektech, na kterých dotazovaní praktici pracovali, používalo právě CLTS se dají rozdělit do tří skupin: určila to politika organizace, politika státu, nebo bylo CLTS vybráno kvůli dobrým zkušenostem a výsledkům. Několik praktiků uvedlo více důvodů, ale všechny výpovědi spadaly do alespoň jedné z uvedených tří kategorií. Výpovědi jsou v tabulce č. 4.

Dobré zkušenosti a výsledky zmínili praktici celkem devětkrát a byla to nejčastější odpověď. V případě ZAMSNV se dobré výsledky a zkušenosti vztahovaly k pilotním projektům, zatímco podle KEŇPI a UGDPI bylo CLTS vybráno kvůli dobrým zkušenostem Plan International z úspěšné celosvětové aplikace, a proto se ho rozhodli aplikovat i v těchto zemích. MYANUN a MLWPI zmínili, že implementovali CLTS kvůli výhodným aspektům přístupu, konkrétně se jednalo o absenci dotací, respektive zaměření na změnu chování. V podobném duchu se vyjádřil i ZAMSNV, kde výběr ovlivnil i komunitní aspekt CLTS. Mauritánie byla podle MAURUN v přijetí CLTS ovlivněna regionálními workshopy zaměřenými na CLTS na kterých bylo zástupcům vlády a WASH sektoru CLTS představeno, a to vedlo k jeho postupné implementaci. První workshop se konal v roce 2008 v Mali (Institute of Development Studies 2016b) ETPČVT, KAMUN a PÁKWA také vycházeli z dobrých zkušeností a výsledků.

Neméně významná jsou ale i politická rozhodnutí ohledně používání přístupů na podporu sanitace. Ta mohou na úrovni státu i organizace předem rozhodnout o použití CLTS. V tomto výzkumu jsou obsaženy čtyři státy, které podle praktiků přijaly CLTS jako oficiální přístup. Jedná se o Etiopii, Keňu, Východní Timor a Indonésii (ETPČVT, KEŇPI, VTIMORWA, IDSPI). U všech čtyř zemí ale bylo zdůrazněno, že jednotlivé organizace měly vliv na toto oficiální přijetí CLTS. Zde je ale nutné brát v potaz možnost zaujetí, protože praktici mohou přeceňovat vliv své domovské organizace na utváření národní politiky. ETPČVT popsal, že se jednalo o určité společné rozhodnutí etiopské vlády a Člověka v tísní, protože vláda tou dobou přijímala CLTS jako oficiální přístup a Člověk v tísní se ho také chystal použít. V Keni vláda přijala CLTS po prvotních iniciativách Plan International za oficiální politiku (KEŇPI). Podobná situace nastala i na Východním Timoru, kde CLTS převzal stát od WaterAid (VTIMORWA). V Indonésii formulovala vláda vlastní politiku STBM, jejímž prvním pilířem je právě CLTS, v roce 2006 a Plan International od toho samého roku implementuje výhradně STBM (viz kap. 3.6). Tyto výpovědi ilustrují, že NGOs se mohou podílet na formulování sanitačních politik celých států.

V Indonésii je tedy CLTS i oficiálním přístupem Plan International, a tudíž byla výpověď kódována i jako oficiální politika organizace. IDSPI následně vysvětlil, proč je tomu tak: „*Plan používá CLTS zhruba od roku 2006. Předchozí strategie, jo používali jsme dotace (smích), to je náš hřích. A dotační přístup tehdy vůbec nefungoval. Způsobil, jak se tomu říká, závist, komunitní závist. Protože jsme nemohli dát dotace všem členům komunity.*“ Kombinace politiky organizace i státu je podle VTIMORWA

i na Východním Timoru. Politiku organizace jako důvod použití CLTS také označili dva zaměstnanci UNICEF, a dále jeden zaměstnanec Člověka v tísni pracující v Angole na projektu, jehož byl UNICEF zadavatelem. MAURUN situaci v UNICEF popsala tak, že zhruba od roku 2008 UNICEF rozhodl o celosvětovém použití CLTS, které se ze západní a východní Afriky šířilo dál, a do Mauritánie se dostalo právě díky výše zmíněným regionálním workshopům. HAITIUN stručněji napsala, že UNICEF propaguje Community approach to total sanitation (CATS) a z toho důvodu na od roku 2011 na Haiti používají CLTS.

Tab. 4: Přehled kódu „Proč se aplikuje CLTS“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísni		Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
	Člověk v tísni přišel s nápady na modifikace, Etiopská vláda chtěla "čistě" CLTS, které je levné	Proč se aplikuje CLTS\Politika státu
Keňa, Plan International	Plan International byl průkopníkem CLTS v Keni	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
	Ministerstvo zdravotnictví později CLTS přijalo jako jediný oficiální přístup na zlepšování sanitace	Proč se aplikuje CLTS\Politika státu
Angola, Člověk v tísni	Aplikace CLTS byla na doporučení zadavatele projektu, kterým byl UNICEF	Proč se aplikuje CLTS\Politika organizace
Haiti, UNICEF	UNICEF propaguje CATS jako strategii na podporu sanitace, proto na Haiti od r. 2011 používají CLTS	Proč se aplikuje CLTS\Politika organizace
Uganda, Plan International	Plan International brzy přijali CLTS celosvětově, CLTS cílí na změnu chování a na celé komunity	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Východní Timor, WaterAid	WaterAid na Východním Timoru používá CLTS od r. 2007	Proč se aplikuje CLTS\Politika organizace
	Graduálně to přešlo z oficiální politiky organizace na oficiální politiku celého státu	Proč se aplikuje CLTS\Politika státu
Kambodža, UNICEF		Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Indonésie, Plan International	Vláda od r. 2006 využívá jako oficiální strategii STBM, jejíž součástí je i CLTS	Proč se aplikuje CLTS\Politika státu
	Od r. 2006 také používají pouze CLTS	Proč se aplikuje CLTS\Politika organizace
Myanmar, UNICEF	Kvůli špatným zkušenostem s dotacemi chtěli zkusit CLTS, na pomoc si přizvali Kamala Kara	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Mauritánie, UNICEF	UNICEF v r. 2008 rozhodl o celosvětovém používání CLTS, šíření ze záp. a vých. Afriky	Proč se aplikuje CLTS\Politika organizace
	Proběhly dva workshopy, na kterých Kamal Kar vysvětlil, o čem CLTS je, a od té doby se používá	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Malawi, Plan International	Na rozdíl od dotací CLTS dochází ke změně chování	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Pákistán, WaterAid		Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky
Zambie, SNV	Dobré zkušenosti z pilotních zkoušek a komunitní přístup a zapojení komunit je vnímáno kladně	Proč se aplikuje CLTS\Dobré zkušenosti a výsledky

5.2 Primární cíle CLTS intervencí

Primární cíle byly na základě výpovědí rozděleny do kategorií: zlepšení sanitační situace, snížení mortality a morbidity, posílení rurálních komunit, splnění MDGs, a zvýšení resilience (viz tab. 5). Je zde poměrně zajímavé, že pouze dva projekty se zdají být součástí většího celku s široce pojatým cílem. Jedná se konkrétně o zvyšování resilience (ETPČVT) a splnění MDGs (ANGUN). Cíl angolského projektu UNICEF bylo přispění k eradikaci chudoby v kontextu plnění MDGs souvisejících s hygienou a sanitací. Zde je skutečně pozoruhodné, že MDGs nebyly zmíněny častěji. Ačkoliv rozhovory probíhaly z největší části v prvním čtvrtletí roku 2016, projekty se diskutovaly převážně retrospektivně a většina z nich probíhala společně s MDGs. Pouze dvakrát se také vyskytnul cíl posílit rurální komunity (KENPI, HAITIUN). Je tedy otázkou, do jaké míry jsou globální rámce typu MDGs záležitostí vysoké politiky a velkých proklamací, zatímco vazba na praktickou úroveň je spíše volná.

V šesti případech bylo jako primární cíl označeno snížení mortality a morbidity a prakticky ve všech těchto případech bylo konkrétně zmíněno snížení dětské nebo kojenecké úmrtnosti. Výjimku tvoří projekt ANGČVT, kde byl zmíněn pouze boj proti průjmovým onemocněním. O výjimku se ale v zásadě pravděpodobně nejedná, protože také řekl, že jejich projekt je realizovaný na základě zakázky od UNICEF a dá se tady uvažovat o určité hierarchii, kdy jejich projekt sice byl zaměřený na vymýcení průjmových onemocnění a zároveň byl součástí většího projektu popsaného výše. V případě ANGUN a ETPČVT byly projekty kromě dětí zaměřeny i na ženy a matky, v případě Etiopie je přímo zmíněno zaměření snižování úmrtnosti dětí a matek při porodu (ETPČVT).

Celkem osm praktiků identifikovalo jako jeden z cílů jejich projektů zlepšování sanitační situace, což je poměrně předvídatelný cíl pro CLTS intervence. MLWPI a VTIMORWA v rámci zlepšování sanitační situace mluvili o zvyšování sanitačního pokrytí, IDSPI a HAITIUN dávají důraz na sanitační a hygienické chování a návyky, a MYANUN na přístup k sanitačnímu zařízení a na propagaci hygieny. MAURUN a ZAMSNV jako cíl také uvedli zlepšování sanitační situace.

Tab. 5: Přehled kódu „Primární cíle“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísni	Zvýšení resilience obyvatelstva, převážně v oblasti výživy	Primární cíle\Zvýšení resilience
	Snížení vysoké úmrtnosti dětí i matek u porodu, CLTS byla jenom jedna součást projektu	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
Keňa, Plan International	Snížení vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
		Primární cíle\Posílení rurálních komunit
Angola, Člověk v tísni	Eradikace a snižování průjmových onemocnění	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
Haiti, UNICEF	Soustředění se na zranitelné rodiny	Primární cíle\Posílení rurálních komunit
	Zlepšení praktikování hygienických a sanitačních návyků	Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
		Primární cíle\Splnění MDGs
Angola, UNICEF	Snížení dětské a ženské úmrtnosti a morbidity, zvláště té spojené se špatnou sanitací	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
Uganda, Plan International		Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
Východní Timor, WaterAid	Zlepšení sanitačního pokrytí na národní úrovni	Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
Indonésie, Plan International	Obecné zlepšení hygienického a sanitačního chování	Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
Myanmar, UNICEF	Snížit zátěž vodou přenášených nemocí a snížit tak dětskou úmrtnost	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
	Zlepšit přístup k sanitačnímu zařízení a propagovat hygienické chování, např. mytí rukou	Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
Mauritánie, UNICEF		Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
	Snížit dětskou úmrtnost	Primární cíle\Snížení mortality a morbidity
Malawi, Plan International	Zlepšení sanitačního pokrytí	Primární cíle\Zlepšení sanitační situace
Zambie, SNV		Primární cíle\Zlepšení sanitační situace

5.3 Aktéři CLTS

Na projektech se většinou podílelo více aktérů, kteří byli pro analýzu rozdělení podle typu na stát/vládu, mezinárodní organizace, NGOs, a lokální aktéry. Nejvíce praktiků, celkem 14 ze 13 zemí, označilo za aktéry NGOs, a stát byl aktérem podle 13 praktiků z 12 zemí. Mezinárodní organizace se podíleli na projektech 7 praktiků z 6 zemí, zatímco lokální aktéry zmínilo 8 praktiků z 8 zemí (viz tab. 6).

Tab. 6: Přehled kódu „Aktéři – Stát a vláda“

Praktik	Komentář	Kód
Keňa, Plan International	Ministerstvo zdravotnictví, min. vody, min. vzdělání, sociální služby, provinční administrativa	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Angola, Člověk v tísni	Ministerstvo životního prostředí a na provinční úrovni direktoriát zdravotnictví a živ. prostředí	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Angola, UNICEF	UNICEF s vládou spolupracuje	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Etiopie, Člověk v tísni	Místní vláda	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Indie, CLTS Foundation	Jednotlivé státy dostávají finance na podporu sanitace a je na nich, jak s nimi naloží	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Uganda, Plan International	Vláda má na starosti plánování, trénink komisí a ověřování ODF	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Haiti, UNICEF	Ministerstvo zdravotnictví, Národní direktoriát pitné vody	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Východní Timor, WaterAid	Lokální administrativa	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Kambodža, UNICEF	Ministerstvo venkovského rozvoje, oddělení venkovského zdravotnictví	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Indonésie, Plan International	Stát jako hlavní aktér, na CLTS pracují distriktní vlády	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Mauritánie, UNICEF	Projekt je řízený hlavně vládou, direktoriát sanitace a jeho lokální organizace	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Malawi, Plan International	Je to vládní projekt, který Plan implementuje	Aktéři CLTS\Stát a vláda
Zambie, SNV	Ministerstvo lokální vlády a bydlení, lokální administrativa	Aktéři CLTS\Stát a vláda

5.3.1 Státní a vládní aktéři

Státní instituce a vláda jsou bezpochyby velmi důležitými aktéry při implementaci CLTS, o čemž svědčí i velké zapojení ministerstev, ačkoliv je zajímavé, že pouze praktici KEŇPI a HAITIUN identifikovali ministerstvo zdravotnictví jako aktéra. Chambers (2009) považuje za výhodnější, pokud se CLTS implementuje pod ministerstvem zdravotnictví, na rozdíl od implementace pod jinými ministerstvy, jako je

tomu v tomto případě ZAMSNV, KAMUN a ANGČVT. U MLWPI, MAURUN a UGDPI byla zmíněna jako aktér přímo vláda, a praktici z IDSPI, ZAMSNV, ETPČVT, KEŇPI a VTIMORWA označili za aktéry i různé typy lokálních vlád. INDCLTS za významné aktéry označila jednotlivé státy, které dostávají finance od národní vlády na podporu sanitace a je na nich, jak s nimi naloží. Rozhodně ne všechny státy ale jdou cestou CLTS nebo jiných participativních přístupů. Kromě ministerstev jsou častými aktéry různé státní instituce a organizace, které mají v kompetencích oblast hygieny a sanitace. V tomto výzkumu byly zmíněny u KEŇPI ANGČVT, HAITIUN a MAURUN.

5.3.2 Aktéři neziskové rozvojové organizace

Ze všech 19 rozhovorů jich bylo celkem 11 vedeno se zaměstnanci NGOs a celkem 14 praktiků řeklo, NGOs jsou aktéry CLTS v zemi, kde působí (viz tab. 7). Jedině praktici z Kambodže NGOs nezmínili, ale současně jeden z nich je zaměstnanec organizace SNV, což jednoznačně dokládá, že i v Kambodži se NGOs angažují v CLTS. Z výpovědí praktiků se zdá, že NGOs pracují hlavně přímo v terénu, kde implementují CLTS. V jednom případě se vyskytla i kritika implementující NGOs. MAURUN popsala případ, kde v jednom regionu byla implementace CLTS problematická a implementací tam byla pověřena právě NGOs. Za pozornost stojí i zapojení lokálních NGOs v Indii, kde si je pro spolupráci vybírá Water Supply and Sanitation Collaborative Council (WSSCC) (INDCLTS), což je členská organizace OSN, která skrze Global Sanitation Fund financuje mimo jiné i komunitní sanitační projekty (WSSCC 2016)

Tab. 7: Přehled kódu „Aktéři CLTS – NGOs“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísní	Člověk v tísní a další organizace, Člověk v tísní neprováděl přímo CLTS ale školil místní personál	Aktéři CLTS\NGOs
Keňa, Plan International		Aktéři CLTS\NGOs
Angola, Člověk v tísní	Partnerské organizace UNICEF, např. právě Člověk v tísní	Aktéři CLTS\NGOs
Angola, UNICEF	Lokální a mezinárodní NGOs, neoperují ve všech provinciích	Aktéři CLTS\NGOs
Indie, CLTS Foundation	WSSCC nepracuje s vládou, ale vybírá si lokální NGOs, ty obecně implementují	Aktéři CLTS\NGOs
Uganda, Plan International	Plan CLTS přímo implementuje	Aktéři CLTS\NGOs
Haiti, UNICEF		Aktéři CLTS\NGOs
Východní Timor, WaterAid	Lokální partnerské NGOs	Aktéři CLTS\NGOs
Pákistan, WaterAid	NGOs a organizace občanské společnosti	Aktéři CLTS\NGOs
Indonésie, Plan International	Plan pracuje v partnerství s vládou	Aktéři CLTS\NGOs
Myanmar, UNICEF		Aktéři CLTS\NGOs
Mauritánie, UNICEF	V jednom regionu měli problémy s implementací a CLTS tam implementovala NGOs	Aktéři CLTS\NGOs
Malawi, Plan International	Plan CLTS implementuje	Aktéři CLTS\NGOs
Zambie, SNV		Aktéři CLTS\NGOs

5.3.3 Mezinárodní organizace

Pro rozhovory se kromě zaměstnanců NGOs podařilo získat také šest zaměstnanců UNICEF, který je dalším velmi významným aktérem CLTS. V rozhovorech ho jako aktéra zmínili praktici ANGČVT, ANGUN, INDCLTS, HAITIUN, KAMUN a MAURUN. ETPUN a MYANUN na své organizace pravděpodobně zapomněli, ale opět je jasné, že i v těchto zemích UNICEF působí. Z rozhovorů vyplývá, že UNICEF hlavně působí jako podpůrná a koordinační organizace, a úzce spolupracuje s vládou a s NGOs, jež si například v případě Angoly najímá na implementaci projektů. Z mezinárodních organizací byla jako aktér zmíněna ještě Evropská unie (EU). Hovořili o ní ETPČVT a ANGČVT, kteří ji za aktéra považují, protože projekty financuje. Ačkoliv donoři byli zmíněni i v jiných rozhovorech, nikdo další je neoznačil za aktéra (viz tab. 8).

Tab. 8: Přehled kódu „Aktéři – Mezinárodní organizace, lokální aktéři“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísní	Školení a kurzy pro místní zdravotnický personál, který se zapojuje do projektu	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Angola, Člověk v tísní	Člověk v tísní dělá školení pro lokální aktéry, např. komunitní zdravotníky, zapojení do triggeringu	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Uganda, Plan International	Vedení škol a školní zdravotnické kluby	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Pákistán, WaterAid	Distriktní sanitační fóra	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Východní Timor, WaterAid		Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Myanmar, UNICEF	Lok. zdrav. personál, porodní asistentky, úředníci veřejného zdraví, zapojení v post-triggeringu	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Malawi, Plan International	Různé distriktní organizace	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Zambie, SNV	Lokální komise, která má na starosti monitoring	Aktéři CLTS\Lokální aktéři
Etiopie, Člověk v tísní	Za aktéra považuje i EU, která projekt financovala	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Angola, Člověk v tísní	Financování projektu EU, část financí jde UNICEF, který si dále vybírá partnery	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Angola, UNICEF	UNICEF a ten spolupracuje s vládou a NGOs	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Indie, CLTS Foundation	UNICEF úzce spolupracuje státními vládami, společně aplikují CLTS	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Haiti, UNICEF	UNICEF	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Kambodža, UNICEF	UNICEF poskytuje podporu	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace
Mauritánie, UNICEF	UNICEF zajišťuje koordinátora pro každý department	Aktéři CLTS\Mezinárodní organizace

5.3.4 Lokální aktéři

Nejširší kategorií jsou lokální aktéři. V tomto ohledu byly zaznamenány zmínky o různých lokálních a komunitních skupinách či organizacích (viz tab. 8). Nejvíce se o nich rozhovořil MYANUN, když popisoval zapojení lokálního zdravotnického personálu, porodních asistentek a úředníků veřejného zdraví převážně do post-triggeringu. Praktici ZAMSNV, MLWPI a PÁKWA jako aktéry CLTS označili lokální komise, organizace a fóra, v Ugandě jsou zase do CLTS zapojeny školy, jejich vedení a zdravotnické kluby (UGDPI). V jejich kompetenci je dohlížet na zajištění sanitace právě ve školách. ETPČVT a ANGČVT spolupracují s lokálním zdravotnickým personálem, kterému poskytují potřebný trénink, školení a podporu, aby sami mohli provádět CLTS.

5.4 Využití teorie změny

Praktici byli také dotazováni na využívání teoretických modelů v intervencích, na kterých se podíleli. Konkrétně byl dotaz směřován na používání teorie změny, což je v rozvojové praxi často používaný logický/konceptuální model, který na základě přesně definovaných cílů postupuje zpět a mapuje všechny předpoklady a podmínky nutné k dosažení daných cílů, a zároveň se snaží podat vysvětlení, proč jsou určené předpoklady a podmínky k dosažení cílů potřebné (Taplin a Clark 2012). Aplikace na CLTS je tedy poměrně zřejmá. Dlouhodobým cílem je dosažení udržitelné ODF komunity a hlavní podmínkou je změnit zaběhlé sanitační chování, tedy praktikování OD. Další podmínkou k dosažení ODF je, aby všichni členové komunity měli přístup k latríně, a pro dosažení udržitelnosti funguje lépe, aby si latrínu postavili svépomocí. Současně je nutné porozumět, jak k behaviorální změně dochází prostřednictvím změny sociálních norem v dané komunitě (Chambers 2009, Sah a Amsalu 2009).

Ačkoliv nedostatek využívání teoretických modelů je častá kritika v literatuře k realizaci sanitačních projektů, z dotazovaných praktiků odpověděli pouze tři, že žádný teoretický model nepoužívají (viz tab. 9). V případě KEŇPI a KAMUN to byla přímá negativní odpověď, ale MAURUN přiznala, že teorie změny je sice součástí jejich programu, ale v praxi se prakticky nepoužívá.

Kladně se k používání teorie změny vyjádřili praktici IDSPI, MYANUN, MLWPI, PÁKWA a ZAMSNV. První tři zmínění pouze uvedli, že teorii změny používají, PÁKWA upřesnil, že WaterAid využívá teorii změny pro vývoj svých programů a oni přímo v terénu využívají obdobný model nazvaný ABC. V Zambii se teorie změny také používá (ZAMSNV).

Šestkrát se pak vyskytla poměrně neurčitá odpověď, že nějaký teoretický nebo logický model je používán, ale teorie změny to přímo není. Na této odpovědi se shodli oba praktici z Angoly (ANGUN, ANGČVT), UGDPI hovořil o logickém modelu, který je napojený na plnění SDG č. 6, zajistit všem dostupnost a udržitelné hospodaření s vodou a sanitačními zařízeními, a v Indii každá organizace používá svůj vlastní logický rámec (INDCLTS). HAITIUN ke svým odpovědím přiložila schéma „Fonctionnement du Reseau Kore Fanmi“ (viz příloha 2), které podle ní přímo není systematickým teoretickým rámcem, ale i má sloužit k překonání bariér k dosažení změny sanitačního

chování a ODF. Na Východním Timoru se také nějaký model používá a podle výpovědi je zaměřený hlavně na zapojení klíčových aktérů napříč všemi sférami (VTIMORWA).

Tab. 9: Přehled kódu „Využití Theory of change“

Praktik	Komentář	Kód
Keňa, Plan International	"Nemohu říci, že jsme něco takového použili"	Využití teorie změny\Ne
Angola, Člověk v tísni	Asi to není úplně teorie, nebo to alespoň není specifikováno, ale určitě něco používají	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Angola, UNICEF	Používají určitý logický model	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Indie, CLTS Foundation	Každá organizace má nějaký svůj logický rámec	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Uganda, Plan International	Logický model, který je napojený na SDG č. 6	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Haiti, UNICEF	Ne přímo systematický teoretický rámec, ale určité schéma ano	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Východní Timor, WaterAid	Důraz na zapojení klíčových aktérů	Využití teorie změny\ Někjaký teoretický model ano
Kambodža, UNICEF		Využití teorie změny\Ne
Indonésie, Plan International		Využití teorie změny\Ano
Myanmar, UNICEF		Využití teorie změny\Ano
Mauritánie, UNICEF	"Je to tam, ale my to moc nepoužíváme"	Využití teorie změny\Ne
Malawi, Plan International		Využití teorie změny\Ano
Pákistán, WaterAid	Teorii změny používá WaterAid pro vývoj svých programů	Využití teorie změny\Ano
Zambie, SNV	Obecně řečeno ano, používá se	Využití teorie změny\Ano

5.5 Práce v urbánních regionech

Čtyři praktici mají zkušenosti i s realizací CLTS v urbánním prostředí. Přímá otázka zaměřená na práci v urbánních regionech nebyla součástí osnovy, ale velmi snadno se k této problematice dostalo z kontextu dalších otázek. O zkušenosti se sanitací ve městě se podělili KEŇPI, ETPFRL, UGDPI A MAURUN. V Etiopii je práce v urbánních oblastech velmi podobná té v rurálních a používají tam i ty samé nástroje. V Mauritanii začali se CLTS ve městě a přilehlém okolí a tuto intervenci považují za docela úspěšnou (viz tab. 10).

Odlišnou zkušenost mají v Keni a Ugandě, kde narazili na shodné a velmi výrazné překážky během implementace ve městech. Obyvatelstvo je v těchto oblastech na rozdíl od rurálních regionů velmi dynamické, mobilní a není vlastníkem nemovitostí, které často obývá pouze dočasně. Kvůli vysoké mobilitě je složité s ním dlouhodobě pracovat, což CLTS vyžaduje. V Keni se tak stávalo, že když se v urbánním prostředí provedl triggering a s určitým odstupem dorazil tým facilitátorů kvůli follow upu, triggerované obyvatelstvo tam již nebydlelo a místo nich se shledali s novými nájemníky. Bez dostatečného follow upu se nedá předpokládat, že k nějaké změně chování došlo (Chambers 2009). Další problém byl spojený s pronajímateli. Ti by jako majitelé nemovitostí měli zajistit sanitální zařízení pro své nájemníky, kteří už platí nájem a nechtějí investovat do sanitálního zařízení, protože to vnímají jako povinnost majitele. Ale nájemci jsou často nepřítomní a těžko dosažitelní. V Ugandě se tak snaží definovat a vytvořit „komplexní cílové skupiny“ zahrnující nájemce i nájemníky a případně další zainteresované skupiny, aby jejich CLTS intervence měly co největší dopad ve složitém sociálním prostředí urbánních regionů

Tab. 10: Přehled kódu „Práce v urbánních regionech“

Praktik	Komentář	Kód
Keňa, Plan International	Implementují CLTS ve slumech, problémy s nájemníky a nájemci	Práce v urbánních regionech
Etiopie, Freelance I	Používají stejné nástroje a obecně je to velmi podobné rurálním regionům	Práce v urbánních regionech
Uganda, Plan International	Problémy s nájemníky a nájemci	Práce v urbánních regionech
Mauritánie, UNICEF	Poměrně úspěšná implementace v urbánním a peri-urbánním regionu	Práce v urbánních regionech

5.6 Využití dalších přístupů a nástrojů

5.6.1 Externí pomoc

V tab. 11 jsou uvedeny nástroje a metody jakýmkoliv způsobem související s externí pomocí použitou při CLTS intervencích. V pěti případech se v různé míře používaly přímé dotace. Praktici PÁKWA, UGDPI a KAMSNV zmínili používání dotací pro určitým způsobem znevýhodněné obyvatelstvo. V Kambodži má SNV dotační program pro chudé, a v Pákistánu v každé vesnici zajistí výstavbu několika ukázkových latrín pro chudé a znevýhodněné domácnosti, které mezi sebou určí sama komunita. PÁKWA je nazývá demolatrinami, a takto popsal jejich fungování: „...a tyto demolatrinny jsou postaveny v domácnostech, které vybere sama komunita, a oni to jsou ty nejchudší z nejchudších. Bud' ženou vedené domácnosti, nebo někdo s postižením. V každé vesnici se takhle postaví jedna nebo dvě demolatrinny.“ V Ugandě dotace poskytují pouze ve špatných přírodních podmínkách, kde si obyvatelstvo není schopné samo latríny postavit. Zároveň vyvíjejí tlak na vládu, aby v těchto oblastech vybudovala veřejné toalety (UDGPI). Na Haiti byly v určitých regionech aplikovány dotace, což výrazně brzdilo CLTS v oblastech sousedních (HAITIUN). Ale pravděpodobně nejkomplicovanější situace s dotacemi je v Indii, kde se jejich používání velmi negativně podepsalo na šíření CLTS. INDCLTS vidí současnou situaci následovně: „Dotace se rozdávali horem dolem, a teď tady jsou lidé, kteří dostali dotace v každém [dotačním] programu. Takže teď tu je spousta už nefinancovaných postavených latrín, které nikdo nepoužívá.“ Kamal Kar se CLTS snažil implementovat hned po skončení práce v Bangladéši, ale i přes velkou snahu to bylo neúspěšné. Pouze ve státě Himáčalpradéš se kvůli zásluhám jednoho velmi schopného úředníka a absenci dotací CLTS ujalo. Na jiných místech se CLTS kombinovalo s dotacemi, což ale bylo značně neefektivní. Tradičně se lidem buď poskytly peníze na výstavbu, nebo se latríny přímo nechaly vystavět. S příchodem CLTS vždy proběhl triggering pro vyvolání změny chování a vytvoření poptávky po sanitaci, a poté byly lidem poskytnuty dotace. Ani jeden z těchto přístupů ale nefunguje (INDCLTS).

Obdobně časté bylo i poskytování technické pomoci, vůči kterému se Chambers (2009) vymezuje, protože nenutí komunity kreativně vymýšlet vlastní řešení a vzájemně si pomáhat. Ovšem jak moc je poskytování technické pomoci v rozporu s principy CLTS, je velmi diskutabilní. Zvláště v rozsahu v jakém byla poskytována během analyzovaných

projektů. Člověk v tísní v Etiopii komunitám ukazoval možnosti technického designu latrín a poskytoval nářadí na výstavbu. Tato praxe je založena na zkušenostech, kdy bez ukázky designu a nářadí vznikly pouze velmi nekvalitní a neudržitelné latríny (ETPČVT). ETPUN popsal, jak se každé čtvrtletí plánuje, komu a jak bude poskytnuta technická pomoc. V Keni měli také problémy s udržitelností, a proto začali vyučovat přirozené lídry, jak vytvářet kvalitní stavební materiál (KENPI). V Angole Člověk v tísní zvolil podobnou taktiku a pořádal workshopy o technických řešeních latrín (ANGČVT).

Tab. 11: Přehled kódu „Využití dalších přístupů a nástrojů – odměny, přímé dotace, technická podpora“

Praktiku	Komentář	Kód
Indie, CLTS Foundation	Dotace se rozdávají až po postavení latríny, není to ale efektivní	Využití dalších přístupů a nástrojů\Odměny
Pákistán, WaterAid	Po dosažení ODF dostanou odměnu spojenou s vodou, hygienou a sanitací	Využití dalších přístupů a nástrojů\Odměny
Kambodža, SNV	SNV má dotační programy pro chudé obyvatelstvo	Využití dalších přístupů a nástrojů\Přímé dotace
Indie, CLTS Foundation	"Kultura dotací", velmi neefektivní	Využití dalších přístupů a nástrojů\Přímé dotace
Uganda, Plan International	Ve špatných přírodních podmínkách poskytují dotace, tlak na vládu na vystavění veřejných latrín	Využití dalších přístupů a nástrojů\Přímé dotace
Haiti, UNICEF	V některých regionech se používaly dotace	Využití dalších přístupů a nástrojů\Přímé dotace
Pákistán, WaterAid	V každé vesnici postaví několik ukázkových latrín pro nejchudší a nejvíce znevýhodněné obyvatele	Využití dalších přístupů a nástrojů\Přímé dotace
Etiopie, Člověk v tísní	Poskytování nářadí a ukázky technického designu	Využití dalších přístupů a nástrojů\Technická podpora
Keňa, Plan International	Kvůli udržitelnosti vyučují přirození lídry technikám na vytváření stavebního materiálu	Využití dalších přístupů a nástrojů\Technická podpora
Angola, Člověk v tísní	Workshopy na řešení technických záležitostí	Využití dalších přístupů a nástrojů\Technická podpora
Etiopie, UNICEF	Každé čtvrtletí se rozhoduje, komu a jak bude poskytnuta podpora	Využití dalších přístupů a nástrojů\Technická podpora

Odměny spojené s dosažením ODF sebou nesou rizika podvádění, ale jsou obecně vnímány pozitivněji než jiné formy přímé podpory a jsou přímo doporučovány v příručce CLTS (Kar a Chambers 2008). Je proto zářející, že o jejich využívání v praxi hovořili pouze PÁKWA a INDCLTS. A pouze v případě PÁKWA se jedná o ukázkou dobré praxe, kterou oni sami považují za velice úspěšnou. Po dosažení ODF získají tamní komunity odměnu ve formě vodovodního schématu nebo sanitační a hygienické zařízení do školy. V případě Indie se v některých oblastech přistupuje k poskytování dotací po výstavbě latrín, ale nepřináší to pozitivní výsledky (INDCLTS). O možnosti poskytovat odměny

uvažuje i WaterAid na Východním Timoru, avšak zatím je to pouze ve fázi plánování (VTIMORWA).

5.6.2 Sanitační marketing

Nejčastěji využívaným přístupem v kombinaci se CLTS je ale bezesporu sanitační marketing (SM), který používá celkem deset praktiků z devíti zemí (viz tab. 12). O přímém využívání SM hovořili KEŇPI, VTIMORWA, KAMUN, MLWPI a ZAMSNV. V Pákistánu a Indonésii se dle PÁKWA a IDSPI využívají tzv. „Sanitary marts“, což jsou obchodní společnosti se sociálním přesahem, které nabízejí veškerý sanitační materiál, slouží jako konzultační centrum a působí především v rurálních a peri-urbánních oblastech (Mendiratta 2000). V Myanmaru se CLTS snaží kombinovat se SM (MYANUN) a v Etiopii se SM teprve postupně implementuje, o čemž shodně hovořili ETPČVT i ETPUN.

Tab. 12: Přehled kódu – „Využití dalších přístupů a nástrojů – Sanitation marketing“

Praktik	Komentář	Kód
Keňa, Plan International		Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Etiopie, Člověk v tísni	Implementace nového projektu na SM s využitím vědeckých metod	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Etiopie, UNICEF	Připravují SM v několika distriktech, rozhodně to není standardní praktika	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Východní Timor, WaterAid		Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Kambodža, UNICEF		Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Indonésie, Plan International	Využívání podnikatelů na dodávky sanitačních produktů, "Sanitary marts", součást STBM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Myanmar, UNICEF	Snaha kombinovat CLTS a SM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Malawi, Plan International	Současně s CLTS využívají i SM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Pákistán, WaterAid	"Sanitary marts"	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing
Zambie, SNV	Vytváření poptávky je podporováno robustním SM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Sanitační marketing

5.6.3 Ostatní používané přístupy a metody

Dále se vyžívaly i kontroverzní tresty, pokuty nebo sankce, a to především v Etiopii, kde o nich hovořili ETPUN a ETPFRL2. Poslední jmenovaný přímo zmínil, že po „Shit calculation“ se komunita dohodne na sankcích pro ty, kteří by i nadále nepoužívali latrínu. Podle jeho slov to přináší dobré výsledky. IDSPI také hovořil o trestech a pokutách, které zavádějí různí tradiční lídři: *„Když nějaký člen komunity pořád kálí v otevřeném prostoru, tak ho tradiční lídři nějak potrestají. Jako třeba, že by měl zaplatit, jako, jak se tomu říká... Pokutu!“*

ANGČVT, KAMUN a MLWPI také stále využívají alespoň některé komponenty z Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST), tedy přístupu vývojově staršího než CLTS, který je více zaměřen na komunitní plánování a iniciativy vedoucí k vylepšení sanitační situace (Wood, Sawyer, Simpson-Herbert 1998).

Žádný další nástroj nebo přístup nebyl zmíněn (viz tab. 13)., s výjimkou napojení CLTS na mikrokredity v Pákistánu (PÁKWA). Dva praktici uvedli, že žádné další přístupy nebo nástroje nepoužívají. Jedná se o KAMUN, který ale v jiných pasážích zmínil SM a PHAST, a dále o KEŇPI, jenž přiznal, že v Keni další přístupy není povoleno využívat. Jedinou výjimku tvoří SM, který v Keni skutečně využívají (viz výše). I přes tyto skutečnosti na otázku ohledně dalších přístupů a nástrojů odpověděli negativně.

Tab. 13: Přehled kódu „Využití dalších přístupů a nástrojů – PHAST, tresty a pokuty, napojení na další aktivity a žádné.“

Praktiku	Komentář	Kód
Angola, Člověk v tísni	Využívání některých aktivit z PHAST	Využití dalších přístupů a nástrojů\PHAST
Kambodža, UNICEF		Využití dalších přístupů a nástrojů\PHAST
Malawi, Plan International		Využití dalších přístupů a nástrojů\PHAST
Etiopie, UNICEF		Využití dalších přístupů a nástrojů\Tresty a sankce
Etiopie, Freelance II	Komunita po „Shit calculation“ určí, co bude s těmi, kdo poruší ODF	Využití dalších přístupů a nástrojů\Tresty a sankce
Indonésie, Plan International	Tradiční lídři stanovují tresty a pokuty pro lidi praktikující OD	Využití dalších přístupů a nástrojů\Tresty a sankce
Keňa, Plan International	Není povoleno využívat jiné přístupy s výjimkou SM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Žádné
Kambodža, UNICEF	Ale zmíněno PHAST a SM	Využití dalších přístupů a nástrojů\Žádné
Pákistán, WaterAid	Napojení na mikrokredity	Využití dalších přístupů a nástrojů\Další aktivity

5.7 Modifikace CLTS

Stěžejním bodem analýzy byla otázka na kontextuální modifikace CLTS. Praktici byli během rozhovorů dotázáni, zdali se rozhodli CLTS jakýmkoliv způsobem při aplikaci modifikovat, aby dosáhli co nejlepších výsledků v sociálním, kulturním nebo přírodním prostředí, v němž intervenci prováděli. Otázka na modifikace se do jisté míry prolínala s dalšími otázkami, a například někteří praktici uváděli jako modifikaci použití SM. Kvůli odlišně pojatým otázkám je to uvedeno jak u samostatného kódu, tak u kódu modifikace nástrojů. Stejně tak je diskutabilní, co všechno je možné považovat za modifikace, protože některé postupy označené praktiky jako modifikace jsou zmíněny jako doporučení v příručce CLTS (Kar a Chambers 2008), anebo jejich aplikaci mohou v jiných zemích či organizacích považovat za standardní. Pro analýzu bylo zaznamenáno vše, co praktici označili jako modifikaci.

Modifikace měly být podle povahy rozděleny do čtyř kategorií, ale žádný z praktiků nemodifikoval CLTS vysloveně kvůli přírodním podmínkám, a zůstaly tedy jenom tři kategorie: modifikace nástrojů, modifikace sociálních aspektů, žádné modifikace. Celkem 15 krát se praktici zmínili o modifikacích nástrojů a jedná se o nejvíce zastoupenou kategorii. Jako modifikace sociálních aspektů CLTS bylo vyhodnoceno sedm výroků, a ANGČVT a MAURUN uvedli, že žádné modifikace neaplikovali. MAURUN ale později za modifikaci označila implementaci CLTS v urbánních regionech. Ve výsledcích jsou uvedeny oba výroky.

5.7.1 Modifikace nástrojů CLTS

Nejvíce tedy byly modifikovány nástroje používané během CLTS (viz tab. 14). ANGUN a UGDPI uvedli dva rozdílné případy modifikace, a ty jsou v tabulce zaneseny odděleně. Obecně jsou modifikace nástrojů velmi různorodé a zásadně se liší svým rozsahem. UGDPI a VTIMORWA za modifikace označili použití SM, který v Ugandě integrovali přímo do triggeringu. Běžná praxe je zavádět SM až po dosažení ODF, ale z jejich zkušenosti jsou v té době mnozí členové komunity neochotní stoupat po sanitačním žebříku. Více praktiků dále zmínilo obecné modifikování a přizpůsobování nástrojů cílové populaci. Přesně takto modifikace popsal KENPI a s omluvou dodal, že se už v terénu pohybuje méně a přesně neví, jaké modifikace probíhají. KAMUN pro lepší fungování změnil pořadí nástrojů při implementaci, zatímco v projektu HAITIUN bylo

nutné zmírnit některé nástroje používané během triggeringu, protože se tamnímu obyvatelstvu zdály příliš šokující. MLWPI za modifikaci označil přidávání návštěv v komunitách během follow upu nad rámec standardních tří, pokud do té doby nedostavily dobré výsledky. MAURUN popsala, jak bylo CLTS poměrně úspěšně implantováno v urbánních a peri-urbánních regionech, a je na to nahlíženo jako na modifikaci.

Tab. 14: Přehled kódu „Modifikace CLTS – Modifikace nástrojů“

Praktiku	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísní	Nebylo to čisté CLTS ale kombinace dalšími metodami, se kterými má Člověk v tísní zkušenost	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Keňa, Plan International	Přizpůsobení nástrojů	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Angola, UNICEF	Napojení na epidemii cholery, poukázání na souvislost mezi OD a šířením nemoci	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
	Přizpůsobení se nomádským kmenům	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Etiopie, UNICEF	Na triggeringu demonstrují stavbu a design latríny, která zabraňuje přenosu nemocí.	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Kambodža, SNV	Vyhýbají se vesnicím, kde jsou problémy s alkoholem a gamblerstvím (hlavně u vedení)	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Uganda, Plan International	CLTS jako vstupní bod, napojení na další aktivity	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
	Integrace SM do triggeringu	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Haiti, UNICEF	Některé nástroje byly příliš šokující pro komunitu během triggeringu, tak je modifikovali	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Východní Timor, WaterAid	Využití SM	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Kambodža, UNICEF	Změna pořadí nástrojů při implementaci	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Indonésie, Plan International	STBM a pět pilířů, CLTS je jenom jedna část zaměřená na ODF	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Myanmar, UNICEF	Nenutí nikoho do výstavby, ale učí lidi používat latrínu	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Mauritánie, UNICEF	Začali s CLTS v urbánních a okolních oblastech	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů
Malawi, Plan International	Standardní jsou tři follow upy, ale když to nefunguje, přidávají se další	Modifikace CLTS\Modifikace nástrojů

V Myanmaru je pro chudé obyvatelstvo skutečně obtížné vybudovat latrínu, a proto se během triggeringu více soustředí na pouhé používání latrín (MYANUN). V Ugandě je CLTS používáno jako vstupní bod pro další aktivity, které je možné provádět, jakmile je komunita více semknuta kvůli kolektivní akci vedoucí k zastavení OD. Například během CLTS roste poptávka po dodávkách vody a je tedy snahou poskytnout komunitám i vodu (UGDPI). ETPUN jako modifikaci uvedl demonstrativní

výstavbu a ukázkou designu latrín, které zabraňují přenosům nemocí. Tato ukáзка probíhá během triggeringu. Jeho kolega ANGUN zase zmínil, že přizpůsobují CLTS nomádským kmenům, a to tak že trénují facilitátory z nomádských kmenů a poskytují jim GPS navigace, aby si kmeny mohly vést záznamy o polohách svých táborů a vyhnout se místům, kde by mohly být výkaly ve volném prostoru. V jiných oblastech během probíhající epidemie cholery v rámci triggeringu poukázali na souvislost mezi nakažením a OD, což výrazně přispělo k zlepšení sanitační situace a podle výpovědi to vypadalo takto: *„Když CLTS začínalo v regionu Cunene, bylo to čisté CLTS, a když si jim představil tu metodologii, tak neměli pocit, že to na ně má nějaký vliv. Ale když se začala šířit cholera, začali dávat pozor. „Cože, my jíme výkaly, co to povídáš, vysvětlí to!“ A když jsme jim vysvětlili co se v jejich komunitě děje, co se reálně děje, tak si řekli: „Stop, hej, musíme něco rychle udělat, nebo skapeme!“* KAMSNV uvedl, že když ještě pracoval pro švýcarský Červený kříž, tak záměrně CLTS neaplikovali ve vesnicích, kde byl náčelník ráno cítit alkoholem. Pokud má vedení vesnice problémy s alkoholem nebo gamblerstvím, těžko se pak podle něj uplatňují principy participativního přístupu. Člověk v tísní v Etiopii nepoužíval čisté CLTS, ale docházelo ke kombinacím s dalšími metodami, které byly použity v dřívějších projektech (ETPČVT). Prakticky velmi rozsáhlou modifikací je STBM používané v Indonésii, kde CLTS tvoří pouze jednu část z celkem pěti pilířů (IDSPI).

5.7.2 Modifikace sociálních aspektů

Modifikace sociálních aspektů se více než nástrojů používaných během CLTS týkají lidí v komunitě, na kterou je CLTS aplikováno. Dochází zde ale k určitému překryvu, protože je diskutabilní, a do určité míry otázkou interpretace, kdy byl modifikován nástroj a kdy došlo k pozměnění celého přístupu k implementaci CLTS v daném sociokulturním prostředí.

V této kategorii se nejčastěji vyskytují modifikace spojené se zapojením určitých skupin obyvatel nebo jedinců do implementace CLTS (viz tab. 15). Člověk v tísní v Etiopii nabízel dlouhodobou podporu a spolupráci členům komunit, kteří se chtěli v oblasti sanitace angažovat (ETPČVT). Na Východním Timoru dochází k významnému zapojení lokálních vládních struktur, které se institucionálně zaváží k dodržování ODF a nechávají si od vedení jednotlivých vesnic podávat hlášení o stavu sanitace a cestě k dosažení ODF (VTIMORWA). V Indonésii pracoval Plan International mimo jiné

i v katolické komunitě, v níž využíval velký vliv duchovních vůdců ke změně sanitačního chování (IDSPI). V Zambii mají tradiční lídři možnost zákonně vymáhat dodržování ODF (ZAMS NV).

Tab. 15: Přehled kódů „Modifikace CLTS – Modifikace sociálních aspektů, žádné modifikace

Praktiku	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísni	Větší a dlouhodobá podpora a spolupráce s místními, kteří se rozhodli v této oblasti angažovat	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Východní Timor, WaterAid	Specifické zapojení lokálních vládních struktur, institucionální závazek k dosažení ODF	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Kambodža, UNICEF	Děti pískáním na píšťalku neupozorňují na dospělé obyvatele praktikující ODF	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Indonésie, Plan International	Katolická komunita, duchovní vůdci podporují komunitu ve snaze zlepšit sanitaci	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Pákistán, WaterAid	Setkávání s dalšími aktéry a sdílení zkušeností, vývoj nástrojů efektivních nástrojů	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Zambie, SNV	Kontextualizace na úrovni komunit, komunitní aktéři si to metody upravují podle sebe	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
	Zákonné vymáhání dodržování ODF skrze tradiční vůdce	Modifikace CLTS\Modifikace sociálních aspektů
Angola, Člověk v tísni		Modifikace CLTS\Žádné modifikace
Mauritánie, UNICEF	Nic drasticky odlišného, „košer“ přístup	Modifikace CLTS\Žádné modifikace

PÁKWA jako modifikaci označil setkávání aktérů sanitačního sektoru, na kterých dochází ke sdílení zkušeností, idejí nebo inovací, a jejich účelem je podnítit vývoj co nejefektivnějších nástrojů na zlepšení sanitační situace. Co nejlepší výsledky má také zajistit kontextualizace CLTS na úrovni komunit, která probíhá v Zambii. Tamní komunitní aktéři si metody upravují podle svých znalostí dané komunity (ZAMS NV). KAMUN jako modifikaci uvedl nepoužívání dětí jako tzv. „Armády škorpiónů“, což byly dětské skupiny, které hlasitě upozorňovaly své okolí, pokud viděly někoho praktikovat OD, a to například pískáním na píšťalku (Kar a Chambers 2008). A ačkoliv se nejedná o modifikaci standardního nástroje, ale pouze o nevyužití jednoho z příkladů praxe popsaného v příručce CLTS, poskytuje tato výpověď podstatné svědectví o tamní

společnosti. Jako důvod nepoužívání píšťalky uvedl KAMUN velmi konzervativní společnost, která podobné chování označuje za krajně neslušné.

INDCLTS o modifikacích kvůli nedostatečným znalostem nemluvila a několik týdnů po rozhovoru zaslala mailem publikaci od autorů Thakur a Mishra (2016), ve které jsou určité modifikace CLTS z indické praxe popsány. Protože tyto informace nebyly součástí rozhovoru, tak nebyly kódovány a jsou uvedeny pouze zde. Podle publikace je dobré zřídit horkou linku, na níž by lidé mohli nahlašovat nefunkční nebo špinavé veřejné záchody, a také facilitovat veřejné sliby zastavit OD. V Indii jsou také nakloněni používání dotací, které by byly distribuovány ve formě kupónů na sanitační hardware pro nejchudší obyvatelstvo. Nebo je možné použít sankce, a to odebráním státní nebo jiné podpory do doby, než vesnice dosáhne ODF. Sanitačního hardwaru musí být na trhu vždy dostatek. Lidé by se také měli dozvědět, jak probíhá stavba záchodu, aby v případě že si na stavbu někoho najmou, mohli stavbu kontrolovat. V dokumentu je také popsána informační kampaň, během níž jsou lidem, kteří stále praktikují OD pokládány otázky jako: „Čí dítě se chystáš ochromit dneska?“

5.8 Překážky implementace CLTS

Další velmi důležitou částí výzkumu byla otázka na překážky, které praktici museli překonat během implementace CLTS. Identifikování překážek se totiž může stát základem dalších modifikací, jež povedou k zefektivnění CLTS. Důraz byl podobně jako u modifikací kladen na kontextuální faktory specifické pro prostředí, v němž byly projekty implementovány. I kategorie výpovědí jsou velmi podobné, s tím že nepoččetnější z nich jsou překážky spojené se sociálními aspekty (viz tab. 16), které se vyskytly celkem ve 23 případech. Druhou nejčastější kategorií je nástroj jako překážka, tedy že určitý nástroj nebo komponent využívaný během CLTS intervence byl ve skutečnosti problematický, a místo podpory sanitace působil spíše v opačném směru. Celkem v osmi případech hovořili praktici o nástroji jako o překážce (viz tab. 18). V devíti případech překážky měly původ v přírodních podmínkách a celkem šest praktiků uvedlo jako překážku dřívější poskytování dotací a s tím spojené očekávání během implementace CLTS (viz tab. 17).

5.8.1 Sociální aspekty jako překážka

V několika případech viděli praktici překážky ve spolupráci s vládou. ETPČVT narazil na nesouhlas vlády s používáním technické pomoci a distribuce náradí na výstavbu latríny. Vláda měla záměr zachovat CLTS co nejlevnější a zároveň předejít očekávání dotací. V Keni bylo v kompetenci ministerstva zdravotnictví ověřování a následné vyhlášení ODF statutu vesnic, což celý proces značně prodlužovalo (KENPI). Na ministerstvo padla stížnost i v případě ANGČVT, avšak zde se týkala ministerstva životního prostředí, které patří mezi mladá a slabší ministerstva a nedokázalo poskytovat dostatečnou podporu. V Mauritánii se také vyskytly překážky ve formě spolupráce s vládou a dalšími orgány, protože byly neochotné opustit klasické intervence zaměřené na budování latrín a zaměřit se na změnu chování. MAURUN přímo popsala, že tento konflikt vzniká, protože na vedoucích pozicích jsou stavební inženýři, kteří nejsou schopni pochopit výhody vyvolávání behaviorálních změn oproti výstavbě latrín.

Mnoho překážek má svůj původ v sociokulturních podmínkách dané komunity, a určité faktory mohou mít negativní vliv na průběh CLTS. V Angole čelili těmto překážkám ANGČVT i ANGUN. První zmíněná organizace narazila na kulturní tradici držet několikadenní smutek za zemřelého a docházelo tak k odkládání triggeringu. ANGUN zase složitě operoval v regionech, kde žijí nomádské kmeny, kterým trvalo delší dobu, než se do intervence zapojily. ETPUN narazil na překážku ve formě ne příliš homogenní komunity, u které jen velmi těžko docházelo ke změně myšlení ohledně sanitace. V jedné komunitě se setkali i s fyzickým napadením, když na ně jeden starý pán zaútočil holí, protože odmítal řešit defekaci. ETPFRL zmínil, že se občas kvůli špatné práci facilitátorů nesešli na triggering celé komunity, což je pro CLTS velmi podstatné. Kambodžská společnost také přináší praktikům celou řadu překážek. KAMSNV hovořil o nízké vzájemné solidaritě, kterou jsou tamní obyvatelé ochotni projevit pouze k rodinným příslušníkům, ale k sousedům jsou solidární mnohem méně. S tím souvisí i otázka participace a pochopení skutečnosti, že pro dosažení výsledků musí mít celá komunita přístup k sanitaci. Ale podle jeho zkušeností k tomuto nedocházelo a obyvatelé komunity pouze následovali rozhodnutí šéfa vesnice. Nedocházelo tedy ke kolektivnímu rozhodnutí k akci, jak CLTS předpokládá. Lidé také jednoduché latríny nevnímají jako zlepšení a vrací se zpět k OD. To znamená, že je pro ně hůře uchopitelné zlepšování veřejného zdraví, pokud nejsou výsledky dostatečně viditelné i na úrovni domácností. A tento individuální progres by vzali na vědomí, pouze pokud by si rovnou vybudovali jednoduché splachovací záchody, tzv. „pour flush toilet“ (KAMSNV). Podobnou situaci

zaznamenal i KAMUN, který za překážku označil konzervativní společnost, v níž má silnou roli sociální status. Jednotlivé domácnosti mají potřebu se téměř až předhánět v úrovni sanitace a místo vzájemné solidarity se objevuje závist. Domácnosti se pak často neodhodlají ke stavbě latríny, pokud jejich model nebude lepší nebo přinejmenším stejně dobrý jako latrína sousedů. Neochotu spolupracovat a velké sociální rozdíly vidí jako překážku i INDCLTS, kde v jedné vesnici často žijí lidé, kteří mají přístup k vylepšené sanitaci i lidé praktikující OD, ale je tam naprosto nulová chuť spolupracovat. Velké sociální rozdíly a komplikovaná sociální situace obecně komplikují pre-triggering, který se tak mnohdy v Indii zanedbává. V Indonésii je typické, že po dosažení STBM dochází k naprostému úpadku motivace cokoliv zlepšovat a dále rozvíjet svoji komunitu (IDSPI). Jako překážky byly označeny specifika implementace CLTS v urbánních oblastech (KENPI, UGDPI, viz kap. 3.8). V Myanmaru byla za překážku označena práce v příliš velkých komunitách, které čítají až 8 000 domácností (MYANUN).

Praktici UGDPI a ANGUN byli jediní, kdo zmínil kulturní bariéry na cestě k ODF způsobené vnímáním výkalů společností. V Angole jsou výkaly považovány za tabu a je složité vůbec o nich vůbec zahájit konverzaci (ANGUN), zatímco v Ugandě se setkali s tím, že exkrementy vůbec nepovažovali za nebezpečné (UGDPI).

Další překážky CLTS jsou spojené se sociálními aspekty různých aktérů, kteří mají na sanitační situaci vliv. Místní facilitátoři, s nimiž pracoval ETPČVT, lhali o výsledcích monitoringu, protože chtěli, aby se projekt zdál úspěšnější, než ve skutečnosti byl. ETPUN měl problémy s místními staviteli, kteří kvůli nedostatku znalostí velmi neradi stavěli latríny. ETPFRL2 jako překážku uvedl financování místního zdravotnického personálu. Kvůli nízkému rozpočtu je problém s udržením běžného chodu, dopravou a dalším tréninkem. Na Východním Timoru probíhalo a stále probíhá velké množství humanitárních a rozvojových projektů, což sebou podle tamního praktika přináší velmi špatnou komunikaci a matoucí zprávy od různých aktérů (VTIMORWA).

Indonésie je jedinou zemí, z níž praktik jako překážku zmínil zapojení žen a lidí s postižením. V čele domácností jsou téměř výhradně muži, a jako jediní tak rozhodují o podobě sanitačního řešení. Ženy nedostanou příležitost vyjádřit svůj názor a konečná podoba tak nemusí odpovídat jejich potřebám. Lidé s postižením také nejsou zařazeni do rozhodovacího procesu a velkou roli v tom hraje jejich vlastní stud. Zbytek komunity nevidí v pomoci lidem s postižením dostatečnou prioritu (IDSPI).

Tab. 16: Přehled kódu „Překážky implementace CLTS – sociální aspekty“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísni	Konflikt s vládou ohledně používání technické pomoci, obavy vlády z očekávání pomoci	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Místní facilitátoři lhali o výsledcích monitoringu, aby projekty vypadaly úspěšnější	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Keňa, Plan International	Byrokracie spojené s vyhlášením ODF, je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Pohyby obyvatelstva ve slumech, je složité se na tamní populaci zaměřit	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Angola, Člověk v tísni	Nedostatečná podpora ze strany Ministerstva životního prostředí, je to slabý orgán	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Pokud těsně před triggeringem někdo v komunitě zemřel, dalších několik dní drželi smutek	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Angola, UNICEF	Problémy v regionech, kde žijí nomádké kmeny, bylo pro ně složité, aby se zapojily	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Mluvení o výkalech bylo a stále je tabu v afrických zemích včetně Angoly.	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Etiopie, UNICEF	Místní stavitelé nechtějí stavět záchody, staví přinejlepším jednoduché latríny	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Otázka homogenity komunity, těžko se mění myšlení lidí	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Kambodža, SNV	Nízká solidarita, otázka skutečné míry participace a pochopení totální sanitace	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	V jednoduché latríně nevidí zlepšení, neuvědomují si benefity veřejného zdraví	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Etiopie, Freelance I	Celá komunita se nesešla na triggering, což je hodně podstatné	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Etiopie, Freelance II	I přes šíření povědomí o sanitaci si lidé nakonec stejně nepostaví záchod podle svých představ	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Indie, CLTS Foundation	Komplikovaná sociální situace, velké rozdíly ve společnosti, nechota spolupracovat	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Uganda, Plan International	Práce v urbánních oblastech	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Kulturní aspekty, někde výkaly nepovažují za nebezpečné	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Východní Timor, WaterAid	Špatná komunikace a matoucí zprávy od různých aktérů	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Kambodža, UNICEF	Konzervativní společnost, závist a porovnávání sociálního statusu	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Indonésie, Plan International	Lidé mají pocit, že po dosažení STBM již není potřeba cokoli zlepšovat	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
	Problém s genderovou rovnoprávností a poskytováním sanitace pro lidi s postižením	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Myanmar, UNICEF	Problémy s implementací v příliš velkých komunitách	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Mauritánie, UNICEF	Vedoucí orgány nebyly schopné pochopit, proč by se latríny přímo stavět neměly	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty

5.8.2 Dotace jako překážky CLTS

Kar a Chambers (2008) jasně popisují negativní vliv předchozích dotací na implementaci CLTS, jako překážku to ale během rozhovorů zmínilo pouze 6 dotazovaných praktiků. Poskytování dotací v souvislosti s Indií už zmiňováno bylo (viz kap. 3.7.1) a i v tomto případě INDCLTS jasně identifikovala rozsáhle dotační programy jako zásadní překážku. Po zemětřesení v roce 2010 proběhla na Haiti výstavba latrín a podle výpovědi HAITIUN je v tamním obyvatelstvu pořád neochota ke komunitní mobilizaci kvůli očekávání dotací. STBM je striktně bez dotací, ale v praxi se stále setkávají s tím, že lidé očekávají a vyptávají se na ně facilitátorů (IDSPI). V Malawi a v Zambii stále operují organizace, které na zlepšení sanitace používají dotace, což výrazně ztěžuje implementaci CLTS ve stejných regionech. V Malawi se dotace poskytují, i když to porušuje národní strategii (MLWPI, ZAMSNV). VTIMORWA také vnímá předchozí dotace jako výrazný problém.

5.8.3 Přírodní podmínky jako překážka CLTS

Přírodní podmínky nebyly sice důvodem žádné modifikace, ale i přes to představují výraznou komplikaci pro CLTS. Asi největším přírodním nepřítelem CLTS je déšť a voda obecně, protože alespoň podle výpovědí praktiků nic neničí postavené latríny častěji. V Angole podle ANGUN poškodil déšť latríny v těžko dostupných oblastech, a to vedlo k úpadku sanitace, protože kvůli dostupnosti nešel provádět follow up. V Malawi chtějí přijít s lepším technickým řešením, aby zajistili udržitelnost latrín nejen během období dešťů, ale i v písčítých nebo záplavových oblastech (MLWPI). Podle ZAMSNV je právě kvůli dešti ODF velmi dynamické, protože při silných deštích se latríny často rozpadají. V Ugandě je pro domácnosti problematické vystavět si latrínu ve skalnatých nebo bažinatých oblastech (UGDPI), a podobná situace je i v Myanmaru, kde se latríny špatně konstruují v kamenitých horských oblastech, záplavových oblastech, nebo v oblastech s vysokou hladinou spodní vody (MYANUN). Déšť a s ním spojené zemědělské cykly jsou také překážkou pro CLTS, což zmínili ETPUN a MYANUN.

Tab. 17: Přehled kódu „Překážky implementace – dřívější dotace, přírodní podmínky“

Praktik	Komentář	Kód
Indie, CLTS Foundation	Dřívější časté a rozsáhlé dotační programy	Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Haiti, UNICEF	Po zemětřesení v r. 2010 výstavba latrín skrze WASH projekty, neochota ke komunitní mobilizaci	Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Východní Timor, WaterAid		Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Indonésie, Plan International	Komunity vždy jako první zmiňují dotace, snaha změnit myšlení ohledně dotací	Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Malawi, Plan International	Složité práce v regionech, kde jiné organizace dotace poskytují	Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Zambie, SNV	Různé NGOs stále používají programy zaměřené na dotace	Překážky implementace CLTS\Dřívější dotace
Keňa, Plan International	Termiti ničí postavené latríny	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Angola, Člověk v tísni	Nepřístupné oblasti, poškození latrín během období dešťů, což vedlo k úpadku	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Etiopie, UNICEF	Problémy implementace v době, kdy je obyvatelstvo zaneprázdněno prací na poli	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Uganda, Plan International	Ve skalnatých nebo bažinatých oblastech si jedinec nemůže dovolit postavit latrínu	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Haiti, UNICEF	Problémy s půdou a kolaps záchodů	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Myanmar, UNICEF	Kamenité oblasti v horách, záplavové oblasti, vysoká hladina spodní vody	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
	Zemědělská společnost, tudíž se s ní nedá pracovat např. v období dešťů	Překážky implementace CLTS\Sociální aspekty
Malawi, Plan International	Písčité oblasti, povodňové oblasti, období dešťů	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky
Zambie, SNV	ODF není statické ale dynamické, latríny se rozpadají během období dešťů	Překážky implementace CLTS\Přírodní podmínky

5.8.4 Nástroje CLTS jako překážka CLTS

Některé nástroje a metody CLTS jak jsou popsány v Kar a Chambers (2008) praktikům práci spíše stěžovaly, než aby efektivně vedly ke kolektivní akci a vytvářely poptávku po sanitaci. Komunity by měly samy bez zásahu facilitátora rozhodnout o podobě a technickém zpracování latrín, ale tento přístup absolutně nefungoval v Etiopii. ETPUN tento aspekt vnímá velmi problematicky a stejně tak i ETPČVT. Jeho organizace se právě kvůli velmi špatným zkušenostem s místním technickým řešením rozhodla poskytovat technickou podporu. ETPFRL2 má také negativní zkušenosti s místním provedením latrín: „*Možná to je ignorantství lidí... U implementace... Oni vědí... Oni*

mají tu osvětu, ale v praxi prostě nepostaví latrínu tak, jak bychom chtěli... V nějaké té kvalitě nebo standardu. “ Na Haiti je dosažení ODF v příměstských oblastech zpomalené výstavbou betonových latrín, což je model, který tamní obyvatelé vyžadují. Na Haiti jsou také některé nástroje CLTS vnímány jako příliš šokující, což může být překážkou pro další aktéry, kteří by CLTS chtěli adoptovat (HAITIUN). V Kambodži podle KAMSNV také nefunguje nástroj, podle kterého by si komunita měla samostatně vše zařídit. Lidé spolu odmítají spolupracovat a kolektivního úsilí je velmi těžké dosáhnout. ANGČVT označil CLTS za přístup vyžadující poměrně velké množství lidských zdrojů. Zatímco triggering se ještě dá realizovat, na follow up už personál chybí. V Zambii nemají dobré zkušenosti s demonstrativním využíváním výkalů během triggeringu. Tyto nástroje nemají na komunitu cílený efekt a nevzbuzují cílené emoce (ZAMSNV).

Tab. 18: Přehled kódu „Překážky implementace CLTS – nástroj jako překážka“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, Člověk v tísní	Nutnost poskytnutí nářadí a technické podpory	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Etiopie, UNICEF	Je problematické, že design a vývoj latríny je bez externí pomoci	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Angola, Člověk v tísní	Nedostatek lidských zdrojů	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Kambodža, SNV	Lidé moc nechtějí spolupracovat, nefunguje čistá forma CLTS	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Etiopie, Freelance II	I přes šíření povědomí o sanitaci nakonec nepostaví latrínu s určitým standardem	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Haiti, UNICEF	Lidé si staví rovnou betonové záchody, což trvá velmi dlouho	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
	Horká debata s dalšími aktéry, protože někteří považují nástroje CLTS za příliš šokující	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka
Zambie, SNV	Používání výkalů během triggeringu moc nefunguje, nevzbuzuje to cílené emoce	Překážky implementace CLTS\Nástroj jako překážka

5.9 Užitečné aspekty CLTS

Na tuto otázku praktici odpovídali v poměrně širokém spektru odpovědí a většinou vyzdvihovali určité konkrétní nástroje a koncepty, se kterými CLTS pracuje. Během rozhovorů praktici spíše mluvili o tom, co se jim během implementace zdálo funkční a důležité, tudíž v analýze byl oproti osnově vypuštěn superlativ „nejužitečnější“ a místo něj se pracuje obecně s užitečnými aspekty CLTS. Za povšimnutí stojí i skutečnost, že byly zmiňovány hlavně praktické a funkční aspekty, a pouze ANGČVT uvedl cenovou výhodnost CLTS jako jeden z užitečných aspektů (viz tab. 19 a 20).

ETPUN, INDCLTS a ZAMSNV uvedli tradiční a lokální lídry, jako užitečné aspekty, a to ve dvou lehce odlišných významech. ETPUN a ZAMSNV hovořili o využití tradičních, politických a náboženských lídrů, kteří mohou vytvořit nová společenská pravidla ohledně sanitačního chování. INDCLTS popsala nutnost identifikovat lídry, kteří budou vůdčími osobnostmi komunitních akcí a povedou tuto mobilizaci směrem k dosažení ODF.

Tab. 19: Přehled kódu „Užitečné aspekty CLTS – tradiční a lokální lídři, triggering, vycvičení facilitátorů“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, UNICEF	Využívání náboženských a politických lídrů, vytváření zákonů a pravidel ohledně OD	Užitečné aspekty CLTS\ Tradiční a lokální leadeři
Indie, CLTS Foundation	Nutnost identifikovat lídry, výsledkem nejsou postavené latríny, ale kolektivní akce	Užitečné aspekty CLTS\ Tradiční a lokální leadeři
Zambie, SNV	Tradiční leadeři stanovují zákony a pravidla, podle kterých se místní musí chovat	Užitečné aspekty CLTS\ Tradiční a lokální leadeři
Etiopie, Člověk v tísni	Dosáhnutí určitého spádu pro spuštění změny chování	Užitečné aspekty CLTS\ Triggering
Indonésie, Plan International	Velmi dobrý nástroj na spuštění změny chování	Užitečné aspekty CLTS\ Triggering
Myanmar, UNICEF	Nejdůležitější část, pokud facilitátor zvládne triggering, dají se očekávat dobré výsledky	Užitečné aspekty CLTS\ Triggering
Malawi, Plan International	Fungující nástroje, procházka po komunitě, komunitní mapování, znechucení a zostuzení	Užitečné aspekty CLTS\ Triggering
Angola, Člověk v tísni	Pokud jsou dobře vycvičení facilitátoři, funguje CLTS skvěle, facilitátorem může být kdokoliv	Užitečné aspekty CLTS\ Vycvičení facilitátorů
Etiopie, Freelance I	Výcvik místního zdravotnického personálu, schopnosti všech pracovníků jsou klíčové pro ODF	Užitečné aspekty CLTS\ Vycvičení facilitátorů
Mauritánie, UNICEF	Dobrý výcvik prakticky znamená dobré výsledky, je nutné ho provést důkladně	Užitečné aspekty CLTS\ Vycvičení facilitátorů

Dále byl jako užitečný aspekt označen triggering, a to díky jeho celkovému efektu i díky konkrétním nástrojům, které se během něj používají. ETPČVT triggering jako užitečný aspekt zmínil, protože je během něj dosaženo určitého momentu a spádu, který dokáže spustit změnu chování, a prakticky ze stejného důvodu to uvedl i IDSPI. MYANUN v triggeringu vidí přímo nejdůležitější část celé intervence, na které do velké míry závisí její úspěch. Hodně zodpovědnosti zde dopadá na facilitátora, který pokud odvede dobrou práci, může očekávat dobré výsledky. MLWPI také hovořil o užitečnosti triggeringu, konkrétně o komunitní procházce, komunitním mapováním, znechucení a zostuzení, jako o velmi dobře fungujících nástrojích.

Roli facilitátorů a jejich trénink zdůraznili ANGČVT, ETPFRL a MAURUN. Hovořili hlavně o schopnostech facilitátorů a nutnosti pečlivého výcviku, který je ale

později téměř zárukou dobrých výsledků. MAURUN zdůraznila, že není možné poskytnout facilitátorům jenom krátký trénink, a pak je rovnou pustit do terénu. ANGČVT poznamenal, že facilitátorem může být vlastně kdokoliv, klidně i někdo negramotný. Je pouze nutné k tomu mít určité vlohky a projít důkladným tréninkem.

Jedním ze základních principů CLTS je, že sanitace je představena jako kolektivní zodpovědnost, jejíž zanedbání má negativní vliv na celou komunitu. A právě tento aspekt vyzdvihují INDCLTS, UGDPI a HAITIUN. UDGPI přímo řekl: „*Samotná skutečnost, že to je vedené komunitou, vede k vysoké míře udržitelnosti.*“ INDCLTS také hovořila o tom, že nejlepší výsledky jsou dosaženy, pokud je celý proces řízený komunitou, a to včetně monitoringu. HAITIUN v podobném duchu jako užitečný aspekt označila, když je follow up prováděn zdravotnickým personálem přímo z dané komunity. Současně je ale velmi dobré, pokud se ho účastní návštěva z jiné komunity.

Tab. 20: Přehled kódu „Užitečné aspekty CLTS – cenově výhodné, celokomunitní přístup, rozvoj dalších aktivit, působí na mnoho lidí, sociální podnikatelé, šíření mezi komunitami

Praktik	Komentář	Kód
Angola, Člověk v tísni	Je to cenově výhodné, zvláště při porovnání s přímou výstavbou latrín	Užitečné aspekty CLTS\ Cenově výhodné
Indie, CLTS Foundation	Celý proces musí být vedený komunitou, včetně monitoringu	Užitečné aspekty CLTS\ Celokomunitní přístup
Uganda, Plan International	Akce řízená komunitou vede k vysoké míře udržitelnosti	Užitečné aspekty CLTS\ Celokomunitní přístup
Haiti, UNICEF	Follow up provádí zdravotnický personál přímo z komunity, návštěvy lidí z jiných komunit	Užitečné aspekty CLTS\ Celokomunitní přístup
Angola, UNICEF	Některé komunity CLTS dál rozvíjí, místní autority samy dál poskytují trénink a rozšiřují CLTS	Užitečné aspekty CLTS\ Rozvoj dalších aktivit
Indie, CLTS Foundation	CLTS vede k dalším pozitivním kolektivním akcím v komunitě, sociální podnikatelství	Užitečné aspekty CLTS\ Rozvoj dalších aktivit
Zambie, SNV	Sociální podnikatelství	Užitečné aspekty CLTS\ Rozvoj dalších aktivit
Etiopie, Člověk v tísni	Zasáhne velkou skupinu obyvatel	Užitečné aspekty CLTS\ Působí na mnoho lidí
Keňa, Plan International	Vzájemné učení mezi komunitami	Užitečné aspekty CLTS\ Šíření mezi komunitami

ANGČVT, INDCLTS a ZAMSNV jako užitečný aspekt viděli i možnost napojit CLTS na další aktivity a využít tak komunitní mobilizace, která díky CLTS proběhla. INDCLTS a ZAMSNV přímo zmínili sociální podnikatelství, které používá obchodní techniky při řešení sociálních problémů, a ANGČVT zase popsal, jak některé komunity se CLTS dále pracují, a samy se podílí na tréninku nebo šíření.

K užitečným aspektům uvedl ještě ETPČVT, že CLTS díky uvažování o sanitaci jako o veřejném, nikoliv individuálním zájmu, působí na skutečně velké skupiny lidí. KEŇPI za velmi užitečný aspekt považuje možnost šíření mezi komunitami skrze učení: „...takže lidé implementující CLTS transformovali tyto dva [ODF] okresy v místa učení. Takže když lidé navštíví tyto okresy, mají možnost se toho [o CLTS] hodně naučit, a když se vrátí zpátky, také začnou implementovat [CLTS], na základě toho, co se tam naučili.“ Při odpovídání na otázku ohledně spokojenosti se CLTS také řekl, že komunity v Keni spolu soutěží, kdo dříve dosáhne ODF, což považuje za velký úspěch.

5.10 Nejméně užitečné aspekty CLTS

Ačkoliv otázka v rozhovoru směřovala na nejméně užitečné aspekty CLTS, praktici nakonec zmiňovali hlavně aspekty, které byly vysloveně špatné nebo nefunkční, a obecně zpomalovaly implementaci a rozvoj CLTS. „Nejméně užitečné“ tedy úplně přesně nevystihuje podstatu odpovědí, a je proto použit kód „špatné aspekty CLTS“. Stejně jako u užitečných aspektů je i zde široká paleta odpovědí, a i zde dochází k prolínání s překážkami implementace CLTS, avšak zde se jedná o více obecnou problematiku (viz tab. 21 a 22).

Tab. 21: Přehled kódu „Špatné aspekty CLTS – bez dotací, zostuzení, udržitelnost technologie, soustředění na stavbu toalety“

Praktik	Komentář	Kód
Etiopie, ČvT	Postavené latríny nebyly příliš kvalitní, proto zapojili i technickou podporu	Špatné aspekty CLTS\Bez dotací
Kambodža, SNV	Dotace pro chudé obyvatelstvo jsou téměř nutné, cca 30 % obyvatel si udržitelnou latrínu nepostaví	Špatné aspekty CLTS\Bez dotací
Mauritánie, UNICEF	Dotace jsou velmi komplikované, pro chudé jsou prakticky nezbytné, ale pak je chtějí všichni	Špatné aspekty CLTS\Bez dotací
Etiopie, ČvT	Rizikový aspekt, využívání skupinového a negativního tlaku kvůli vyvolání změny chování	Špatné aspekty CLTS\ Zostuzení
Haiti, UNICEF	Nástroje jako komunitní procházka a ukázka požívání výkalů vůbec nefungovaly	Špatné aspekty CLTS\ Zostuzení
Pákistán, WaterAid	Problémy při shánění levného materiálu na stavbu latríny	Špatné aspekty CLTS\ Udržitelnost technologie
Etiopie, ČvT	Ztráta motivace poté co se jednoduchá latrína rozpadla	Špatné aspekty CLTS\ Udržitelnost technologie
Kambodža, SNV	Je nutná kombinace CLTS, SM a dotací pro chudé, jinak se staví nepoužívané záchody	Špatné aspekty CLTS\ Udržitelnost technologie
Myanmar, UNICEF	Ne všichni chápou, že základ je používání latríny, a ne její výstavba	Špatné aspekty CLTS\ Soustředění na stavbu toalety

Ačkoliv nepoužívání dotací je naprosto klíčový princip CLTS (Kar a Chambers 2008), hned tři praktici tuto skutečnost vnímali negativně. ETPČVT zmínil, že místním obyvatelstvem postavené latríny byly nekvalitní, a proto se museli uchýlit k technické a materiální výpomoci. Čisté CLTS v projektu nefungovalo. KAMSNV je dokonce silným obhájcem dotací pro chudé, protože 20 až 30 procent obyvatel Kambodže si samo nedokáže postavit udržitelnou latrínu. Určité zamyšlení nad používáním dotací nabídla MAURUN, která na otázku o nejméně užitečném aspektu odpověděla: „[CLTS] je velmi tvrdohlavě ohledně faktu, že nemůžeš používat dotace. Na začátku to bylo dobré, ale Mauritánie má zhruba 40 procent velmi chudých lidí... Děláme teď průzkum, kolik stojí ta naprosto nejlevnější latrína, a kolik si lidi můžou dovolit utratit. A úplně nejlevnější latrína, jakou můžeme, nabídnout stojí 15 babek, a pokud si lidi můžou dovolit utratit jenom 10, pak to budeme muset dotovat.“ Zároveň ale dodala, že ačkoliv nepoužívání dotací bylo nevýhodné pro nejchudší část obyvatelstva, bylo to výhodné pro šíření CLTS, které by jinak bylo zpomalené v důsledku očekáváním dotací.

Tab. 22: Přehled kódu „Špatné aspekty CLTS – chybí závazek a vůle vlády, idealistická představa, sanitace se neřeší komplexněji, nutnost dotáhnout projekt do konce, potřeba kvalitních facilitátorů, příliš složitý triggering“

Praktik	Komentář	Kód
Angola, Člověk v tísni	Vláda musí mít zájem zabývat se sanitací a využívat CLTS, NGOs tam nebudou věčně	Špatné aspekty CLTS\Chybí závazek a vůle vlády
Angola, UNICEF	Ačkoliv je vláda garantem programů, je tam stála malá priorita a zájem	Špatné aspekty CLTS\Chybí závazek a vůle vlády
Kambodža, SNV	Nefunguje idealistická představa, že lidé pochopí svojí situaci a aktivizují se	Špatné aspekty CLTS\Idealistická představa
Indonésie, Plan International	ODF je samo o sobě nedostačující, je potřeba intervence rozšířit, STBM je ukázka dobré praxe	Špatné aspekty CLTS\Sanitace se neřeší komplexněji
Keňa, Plan International	Triggering bez follow upu jako by se nestal	Špatné aspekty CLTS\Nutnost dotáhnout projekt do konce
Angola, Člověk v tísni	Monitoring je extrémně důležitou součástí CLTS	Špatné aspekty CLTS\Nutnost dotáhnout projekt do konce
Etiopie, UNICEF	Obecně se velmi opomíjí follow up, lidé velmi rychle zapomenou	Špatné aspekty CLTS\Nutnost dotáhnout projekt do konce
Angola, Člověk v tísni	Bývá složité najít kvalitního facilitátora	Špatné aspekty CLTS\Potřeba kvalitních facilitátorů
Etiopie, UNICEF	Potřeba kvalitního a chytrého facilitátora, komunita nepřijme každého	Špatné aspekty CLTS\Potřeba kvalitních facilitátorů
Indie, CLTS Foundation	Limitace a výzva pro CLTS je existence kvalitních facilitátorů, kvalitní trénink je základ	Špatné aspekty CLTS\Potřeba kvalitních facilitátorů
Zambie, SNV	Triggering trvá příliš dlouho, je v něm příliš nástrojů a lidé si z něj málo odnesou	Špatné aspekty CLTS\Příliš složitý triggering

ETPČVT a HAITIUN označili za problematický aspekt zostuzení. ETPČVT upozorňuje na rizikovost využívání skupinového tlaku při behaviorálních změnách, a podle HAITIUN nástroje triggeringu které využívají výkaly, prostě nefungovaly.

Praktici PÁKWA, ETPČVT a KAMSNV se shodli na problematice udržitelnosti technologií používaných během CLTS. PÁKWA zmínil problémy se sháněním levného materiálu na stavbu, ETPČVT má zkušenost se ztrátou motivace, a KAMSNV považuje za nutné, aby CLTS bylo kombinováno se SM a dotacemi pro chudé obyvatelstvo, aby byla zajištěna výstavba udržitelných latrín, které bezpečně zadrží lidské výkaly. Je si ale také plně vědom komplikací, které sebou dotace přinášejí.

Dalším zmíněným špatným aspektem je, když dochází k příliš velkému důrazu na výstavbu latriny. V rozhovoru o tom hovořil MYANUN a zdůraznil, že během intervence není cílem donutit lidi postavit si latrínu, ale naučit je ji používat.

V Angole je evidentně velkým problémem nedostatečný zájem vlády o sanitaci, protože jak ANGČVT, tak ANGUN, uvedli nutnost větší iniciativy u vlády. Ze sanitace se musí stát mnohem větší priorita a vláda si musí uvědomit, že NGOs v zemi nemůžou implementovat CLTS věčně.

S poměrně zajímavým aspektem přišli KEŇPI, ANGČVT a ETPUN, kteří hovořili o častém opomíjení follow upu a monitoringu a nevýhodách z toho plynoucích. Pokud se u CLTS tyto fáze vynechají, dost pravděpodobně to vymaže veškeré předchozí snahy a je tudíž naprosto nutné, dotáhnout projekt až do úplného konce.

Nevýhodou CLTS také je, že ačkoliv facilitátorem může být i někdo bez formálního vzdělání, někdy může být velmi těžké najít kvalitního facilitátora. Tento negativní aspekt zmínili ANGČVT, ETPUN a INDCLTS, která to bere jako velkou výzvu a limitaci protože: „...*facilitace je klíčová. Potřebuješ velmi dobré facilitátory. Víš jak, když jde Kamal Kar dělat triggering do nějaké komunity, tak je to naprosto rozdílné, než když tam jde dělat triggering někdo jiný.*“

KAMSNV také za špatný aspekt označil idealistickou představu CLTS, že komunita skutečně pochopí svojí sanitační situaci a zmobilizuje se pro dosažení ODF. Podle něj je k tomu vždy zapotřebí autorita a komunita pouze vyhoví přání autority. Nikdy nebyl svědkem toho, že by se to odehrálo jinak. IDSPI si myslí, že CLTS neřeší sanitaci dostatečně komplexně a mělo by být rozšířeno. Například po vzoru STBM, jehož součástí je kromě CLTS is SM a podpora hygieny. ZAMSNV pro změnu označil za špatný aspekt triggering, který je podle jeho názoru příliš komplikovaný.

5.11 Kritika CLTS

Otázka na pocity a reakce na kritiku CLTS mnohé praktiky trochu překvapila a zároveň jí označili za velmi důležitou. Jako příklad kritiky CLTS byly během rozhovoru uváděny obavy z porušování lidských práv, jak je popsal Bartram et al. (2012). Odpovědi byly kódovány do čtyř kategorií: nemám vůbec problém s CLTS; kritiku chápu, ale dobré výsledky ji předčí; je nutné vyvarovat se špatné praxe; přímá kritika CLTS (viz tab. 23). Jako přímá kritika byla nakonec označena pouze jedna výpověď, a to od ETPČVT, který jako jediný praktik po položení této otázky CLTS neobhajoval. Konkrétně pak jako kritiku uvedl politizaci sanitace: „...*my jsme tam prostě přišli do oblastí, které byly oficiálně ODF, ale ve skutečnosti, ve skutečnosti nebyly. Ale tak vláda vlastně už docílila svých, svých cílů dalo by se říct (smích)...*“ Zlepšení sanitační situace tedy proběhlo pouze oficiálně, ale realita byla velmi odlišná.

Nejvíce odpovědí, celkem osm, spadá do kategorie: Je nutné vyvarovat se špatné praxe. Z odpovědí je znatelné, že si praktici velmi dobře uvědomují rizika spojená se CLTS. Vědí, že některé nástroje jsou velmi lehce zneužitelné, zvláště při nedostatečném tréninku a přípravě. ANGČVT, INDCLTS, HAITIUN, MYANUN a ZAMSNV se vyjádřili právě k otázce etiky během zostuzování. ANGČVT a INDCLTS shodně řekli, že zostuzení musí být pouze vnitřní, ale že existuje riziko zneužití. HAITIUN se snaží najít určitou rovnováhu mezi požadavky vlády, která chce zostuzování úplně zrušit a CLTS fundamentalisty, kteří ho považují za základ. MYANUN hovořil o důležitosti tréninku, a také zmínil, že během implementace se lidé v komunitě nesmí ponižovat, a že se tyto citlivé nástroje musí používat velmi opatrně a chytře: „...*musíme pozorovat reakce [komunity], ale nikdy opakovaně neříkáme ‚Jíte hovna!‘, to nikdy neříkáme, jak se to jednou řekne, tak to budou mít v srdci. A zůstane to tam. Proto to nikdy neříkáme opakovaně.*“ ZAMSNV řekl, že zostuzení má určité nevýhody, které mohou zbrzdit další rozvoj komunity. ANGUN a MLWPI považují za důležité, aby facilitátor dobře znal lokální prostředí a kontext, a aby obecně věděl, co má dělat. Tím se dá předejít rizikovým situacím. VTIMORWA řekl, že je nutné postupovat tempem, jaké si sama zvolí komunita. Nikdy nikoho do ničeho nenutit a nechat je samotné rozhodnout.

KEŇPI a UGDPI si také moc dobře uvědomují rizika a problémy spojené se zostuzením, ale tyto nástroje zároveň považují za velmi účinné a dobře fungující.

Čtyři praktici se vyjádřili, že ve smyslu kritiky nemají s CLTS žádný problém. IDSPI v rámci své odpovědi zmínil: „*Já si myslím, jo, podle mě můžeme jednou za čas použít veřejné zostuzení. Je to dobrá šoková terapie.*“ PÁKWA také nemá se CLTS problém, ale situaci popsal odlišně: „*Když používáme komunitní mapování, tak používáme faktory jako důstojnost a hrdost, nikdy nezdůrazňujeme faktor studu. Protože jako organizace propagujeme rovnost a inkluzi, nepoužíváme nástroj, kde jsou lidi v rozpacích, ale kde jsou motivovaní a hrdí.*“ A dodal k tomu i jednu příhodu: „*Dvě děti šly navštívit příbuzné v jiné vesnici. A ty děti měli doma latrínu, ale příbuzní ne. A tak vytvořily tlak na své příbuzné, aby si také postavili latrínu. Jinak by k nim přestaly chodit.*“ KAMUN se v rámci kritiky také zmínil pouze o etice, ale podle něj si lidé pouze uvědomují realitu, a je to tudíž v pořádku. MAURUN považuje situaci v Mauritanii za dobrou.

Tab. 23: Přehled kódu „Kritika CLTS“

Praktik	Komentář	Kód
Angola, Člověk v tísni	Existují zde rizika, pracuje se s emocemi, ale jsou to vnitřní emoce	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Angola, UNICEF	Je nutné aplikovat CLTS kvalitně, chápat lokální kontext a věnovat mu pozornost	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Indie, CLTS Foundation	Zostuzení musí být vnitřní, pokud facilitátor zostuzuje, dělá to špatně	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Haiti, UNICEF	Hledání vyváženosti mezi fundamentalistickým CLTS a námitky místní vlády proti zostuzování	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Východní Timor, WaterAid	Nikdy se nic nesmí nutit	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Myanmar, UNICEF	Výcvik je důležitý, lidé se nesmí ponižovat, zostuzení je až na posledním místě	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Malawi, Plan International	Je nutné se na CLTS soustředit, znát kontext a vědět co dělat	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Zambie, SNV	Zostuzení má nevýhody, může to ohrozit další rozvoj komunity	Kritika CLTS\Je nutné se vyvarovat špatné praxe
Keňa, Plan International	Chápe, že někdo vnímá zostuzení jako problematické, ale funguje	Kritika CLTS\Kritiku chápu, ale dobré výsledky ji předčí
Uganda, Plan International	Zostuzení má svá rizika, ale výhody ta rizika předčí	Kritika CLTS\Kritiku chápu, ale dobré výsledky ji předčí
Kambodža, UNICEF	Lidé si uvědomují realitu, a to je v pořádku	Kritika CLTS\Nemám vůbec problém s CLTS
Indonésie, Plan International	Je v pořádku občas využít zostuzení, je to dobrá šoková terapie, navíc sanitace je veřejný problém	Kritika CLTS\Nemám vůbec problém s CLTS
Mauritánie, UNICEF	V Mauritanii je vše v pořádku	Kritika CLTS\Nemám vůbec problém s CLTS
Pákistán, WaterAid	Propagují i inkluzi a důraz dávají na důstojnost a ne ostudu	Kritika CLTS\Nemám vůbec problém s CLTS
Etiopie, Člověk v tísni	Politizace, vláda oficiálně dosáhla cílů, i když cíle splněny nebyly,	Kritika CLTS\Přímá Kritika CLTS CLTS

5.12 Spokojenost se CLTS

I přes veškerou kritiku, vyjádřenou v předchozích částech, a nedostatky, které CLTS bezesporu má, vyjádřili všichni dotázaní praktici poměrně velkou spokojenost se CLTS (viz tab. 24). Celkem deset praktiků na otázku ohledně spokojenosti se CLTS odpovědělo ano, a ZAMSNV, IDSPI, a ETPFRL jsou přímo velmi spokojení. ANGČVT je spokojený, protože považuje svou organizaci za základ úspěchu CLTS v Angole, UGDPI je spokojený kvůli nízkým finančním požadavkům a hlavně kvůli vzdělávacímu aspektu, díky kterému může místní obyvatelstvo postupně vést veškerou akci spojenou se CLTS. HAITIUN vyjádřila spokojenost s některými dobrými výsledky, díky nimž bude snadnější přesvědčit haitskou vládu, aby učinila zásadní rozhodnutí a adoptovala CLTS jako oficiální národní strategii na podporu sanitace, čemuž se doposud brání. KAMUN považuje CLTS za velmi silný nástroj a je s ním také spokojený. Praktik MYANUN na otázku jestli je se CLTS spokojený odpověděl: *"Mám to opravdu rád, neříkáme lidem, co mají dělat, ale oni si uvědomí sami, co je správné"*. MAURUN také odpověděla kladně, ale zároveň dodala, že vždy záleží, jak se k tomu postaví další aktéři. Zde také zmínila, že její zkušenost z Mauritanie je výborná, z Bolívie docela dobrá, ale na Haiti podle ní CLTS vůbec nefungovalo. V Bolívii a na Haiti implementovala CLTS v minulých letech.

Zbývajících šest praktiků, kterým tahle otázka byla položena, odpovědělo taktéž kladně, ale současně specifikovali, kde by se CLTS ještě mělo zlepšit. ETPČVT zdůraznil potřebu CLTS i nadále vylepšovat, modifikovat, a v případě že něco nefunguje se nebát využít jiné metody. KEŇPI považuje za nutné napojit CLTS na SM a vyvinout tak CLTS+, a ANGUN v souladu s předchozími vyjádřeními by rád viděl větší angažovanost vlády, která by si měla stanovit sanitaci jako větší prioritu. KAMSNV považuje CLTS a obzvláště některé jeho komponenty za velmi silné nástroje, momentálně ty nejsilnější, k vyvolání behaviorálních změn. Jeho možnosti se ale nesmí přeceňovat, což se poměrně často stává. Podle MLWPI by se CLTS hlavně nemělo používat izolovaně. V Pákistánu je CLTS součástí strategie WaterAid na dalších pět let, ale podle PÁKWA ještě tento přístup na propagaci sanitace musí dospět.

Tab. 24: Přehled kódu „Spokojenost se CLTS“

Praktik	Komentář	Kód
Angola, Člověk v tísni	Člověka v tísni považuje za základ úspěchu CLTS v Angole a je tedy spokojený	Spokojenost se CLTS\Ano
Etiopie, Freelance I	Velmi spokojený	Spokojenost se CLTS\Ano
Uganda, Plan International	Je to levné a vzdělává to místní obyvatele, kteří potom sami vedou celý proces	Spokojenost se CLTS\Ano
Haiti, UNICEF	Spokojenost s dobrými výsledky, snaha přesvědčit vládu, aby CLTS přijala na národní úrovni	Spokojenost se CLTS\Ano
Východní Timor, WaterAid		Spokojenost se CLTS\Ano
Kambodža, UNICEF	Ano, je to velmi silný nástroj	Spokojenost se CLTS\Ano
Indonésie, Plan International	Velmi spokojený	Spokojenost se CLTS\Ano
Myanmar, UNICEF	<i>"Mám to opravdu rád, neříkáme lidem, co mají dělat, ale oni si uvědomí sami, co je správné"</i>	Spokojenost se CLTS\Ano
Mauritánie, UNICEF	Ano, ale vždy záleží, jak se k tomu postaví lidé a další aktéři	Spokojenost se CLTS\Ano
Zambie, SNV	Velmi spokojený	Spokojenost se CLTS\Ano
Etiopie, Člověk v tísni	Něco funguje, něco ne, je potřeba CLTS neustále vyvíjet a modifikovat	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit
Keňa, Plan International	Dobré výsledky, ale je potřeba napojení na SM a vyvinout CLTS+	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit
Angola, UNICEF	Vláda musí sanitaci přiřadit mnohem větší prioritu	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit
Kambodža, SNV	Je to úspěšný přístup, silný komunikační nástroj, ale není všemocný a to je nutné mít na paměti	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit
Malawi, Plan International	Ano, ale CLTS nemůže být používáno izolovaně	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit
Pákistán, WaterAid	CLTS by mělo ještě dospět, ale i tak s ním počítají v plánu na dalších pět let	Spokojenost se CLTS\CLTS ještě potřebuje zlepšit

6 Závěr a syntéza

6.1 Syntéza

6.1.1 Proč bylo aplikováno CLTS

O CLTS se hovoří jako o úspěšném nástroji na propagaci sanitace (Sigler, Mahmoud a Graham 2014) a i podle výpovědí praktiků je CLTS vnímáno jako účinný nástroj, který ve světovém měřítku dosáhl značných úspěchů, jež se velkou mírou podílely na rozhodnutí CLTS aplikovat i v oblastech, kde se k sanitaci přistupovalo rozdílně. V současné době se tedy CLTS aplikuje na základě dobrých výsledků a zkušeností, a zároveň je patrné, že se dostává do hlavního proudu v rámci rozvojové praxe, protože je mnohdy součástí oficiálních politik vlád a rozvojových organizací. Chambers (2009) ale varoval proti příliš velkému šíření, protože by to eventuálně mohlo znamenat pokles kvality. Masivní adopce by mohla přinést omezení CLTS na set mechanických nástrojů, které by teoreticky měly fungovat v každém prostředí, což je ale reálně nemožné (Tilley et al. 2014, Bardosh 2015).

6.1.2 Primární cíle CLTS intervencí

Analyzované intervence CLTS největší měrou míří přímo na zlepšování sanitační situace, ale nezdůrazňuje se i další cíle, spojené například se snižováním mortality a morbidit, a to hlavně u dětí. Tyto dva cíle jsou pochopitelně velmi úzce propojeny, protože zlepšení sanitační situace je obecně považováno právě za nástroj na snižování výskytu infekčních onemocnění a úmrtí na léčitelné nemoci (Fewtrell et al. 2005, Montgomery a Elimelech 2007, Wolf et al. 2014). Doposud však neexistuje důkaz, že CLTS skutečně zlepšuje zdravotní stav a snižuje úmrtnost (Pickering et al. 2015).

Určitým dobrým znamením je i zdůraznění zaměření na ženy, děti a matky (ETPČVT, ANGUN), pro něž nedostatečná sanitace představuje největší nebezpečí (Montgomery a Elimelech 2007, Hirve et al. 2015, Mahon a Fernandes 2010). Ale problematika genderu se zdá být pořád ještě podceňována, protože ženy a dívky musí čelit dalším překážkám, které jsou spojené s nedostatečnou sanitací. Jedná se například o riziko sexuálního napadení při OD (Hirve et al. 2015) nebo zanedbání komplikací spojených s menstruací (Mahon a Fernandes 2010). Při dalších otázkách byly během

některých rozhovorů genderově specifické problémy zmíněny (PÁKWA, IDSPI) a je tedy nutné se otázkou genderu více zajímat.

Ačkoliv je problematika sanitace často zmiňována v kontextu MDGs (Jeluand et al. 2013, Waldman, Mintz a Papowitz 2013, Sijbesma et al. 2008, Montgomery a Elimelech 2007, UNICEF 2014, Aboud a Singla 2012, Bartram et al. 2012), v rámci rozhovorů bylo plnění MDGs zmíněno pouze jednou (ANGUN). Je tedy skutečně otázkou, do jaké míry jsou velké politiky reflektovány v konkrétních projektech, a do jaké míry jsou pouze rétorickou záležitostí.

6.1.3 Aktéři CLTS

Hlavními iniciátory CLTS jsou bezesporu NGOs a vláda, případně státní organizace. Významnou roli hraje také UNICEF, který s vládami a NGOs úzce spolupracuje. Zapojení vlády a státu do zlepšování sanitační situace může svědčit o větší prioritizaci této problematiky, jež byla dříve mnohdy přehlížena (Montgomery a Elimelech 2007). Nicméně vždy záleží na konkrétním zapojení vládních či státních orgánů, protože podle Chamberse (2009) je pro CLTS nejlepší, aby bylo v kompetenci ministerstva zdravotnictví, což výslovně zmínili jenom dva praktici (KEŇPI, HAITIUN). Během CLTS dochází také k zapojení různých lokálních aktérů, například zdravotnického personálu (MYANUN, ETPČVT, ANGČVT) nebo lokální komise, organizace a fóra (ZAMSNV, MLWPI, PÁKWA). Lokální aktéři představují velmi významnou skupinu aktérů, protože jejich zapojení může mít vliv na omezení standardizace a transformace CLTS na přístup řešící sanitaci shora, což je jeden ze současných problémů tohoto přístupu.

6.1.4 Využití teorie změny

Ačkoliv se v recentní literatuře často objevuje názor, že behaviorální intervence v oblasti hygieny a sanitace postrádají teoretický rámec (Mosler 2012, Aboud a Singla 2012, Dreibelbis et al. 2013, Sigler, Mahmoud a Graham 2014), pouze tři praktici sdělili, že nepoužívají teorii změny ani žádný jiný teoretický nebo logický model (KEŇPI, KAMUN a MYANUN). Zbýlých 11 praktiků, kterým otázka ohledně využívání teoretických modelů byla položena, využívá buď přímo teorii změny (IDSPI, MYANUN, MLWPI, PÁKWA, ZAMSNV) nebo použili nějaký jiný teoretický nebo logický model (ANGČVT, ANGUN, INDCLTS, UGDPI, HAITIUN, VTIMORWA).

Tento výsledek se dá bezesporu označit za velmi pozitivní, protože využívání teoretických modelů může vést k přípravě kvalitnějších a účinnějších strategií behaviorálních změn, a tím pádem k lepším výsledkům CLTS intervencí. Teoretické modely mají schopnost lépe identifikovat skutečné překážky bránící cílové populaci v dosažení změny chování (Aboud a Singla 2012), případně dokáží určit a vysvětlit předpoklady a podmínky nutné k dosažení ODF (Taplin a Clark 2012). Implementace behaviorálních modelů, jako je například model od Dreibelbis et al. (2013), by díky systematickému rozřídění a zdůraznění kontextuálních faktorů mohla dále prospět vytváření silnějších strategií změny sanitačního chování, a tím i dalšímu rozvoji CLTS.

6.1.5 Využití CLTS v urbánních regionech

Využívání CLTS s urbánních regionech je bezesporu správným krokem, protože rychle rostoucí městské populace v rozvojových zemích nejsou poskytovány dostatečné sanitační služby (WHO 2015) a městská sídla bez dostatečné sanitace prakticky působí jako inkubátory infekčních nemocí, jako tomu bylo v Evropě před zavedením kanalizace (Jewitt 2011). Řešení nedostatečné sanitace ve městech ale bude vyžadovat velmi kreativní řešení, jelikož současné intervence se zdají mít pouze velmi omezený efekt. O případných investicích do sanitačního zařízení rozhoduje pronajímatel, a nikoliv nájemník, což komplikuje proveditelnost intervencí (Isunju et al. 2011). Tento problém si podle svých výpovědí velmi dobře uvědomují KEŇPI a UGDPI, kteří se během své práce v urbánních regionech setkávají přesně s těmito překážkami, kdy je velmi těžké zaměřit intervence na správné skupiny obyvatel. Do budoucna bude vhodné, pokud se bude více investovat do participativních přístupů k rozvoji sanitace v městech a současně budou vyvíjena nová inovativní řešení, která budou přesně adresovat specifické sanitační požadavky městského prostředí.

6.1.6 Využití dalších přístupů a nástrojů

CLTS je podle výpovědí praktiků hojně kombinováno s dalšími přístupy a nástroji na podporu a rozvoj sanitace. Využívání dalších přístupů a nástrojů je v podstatě také forma úpravy CLTS pro lepší fungování v kontextu určitého prostředí. A byť je praxe kombinování podporována, ne všechny používané nástroje jsou v souladu se základními principy CLTS (Kar a Chambers 2008, Chambers 2009). Ale podle provedených

rozhovorů je možné vznést i protiargument, že základní principy CLTS nejsou vždy v souladu s praxí.

Nejproblematictější bodem jsou v tomto případě přímé dotace nebo technická pomoc poskytovaná komunitám, jež by měly být během CLTS intervencí absolutně zapovězené, aby skutečně došlo k evaluaci vlastního chování a následné mobilizaci k akci, což by očekávání dotací nebo pomoci mohlo ohrozit. Dotace také odrážejí komunitu od vzájemné asistence (Chambers 2009). Skutečnost, že se CLTS s dotacemi v praxi kombinuje, se vyskytuje i v odborné literatuře (Singler, Mahmoud a Graham 2014, Galvin 2015). Velmi špatné zkušenosti s poskytováním dotací mají v Indii (Hueso a Bell 2013) a INDCLTS potvrdila, že tento problém až na výjimky přetrvává. Negativní zkušenost má i HAITIUN, podle níž dotace brání šíření CLTS. Ale ostatní praktici, kteří využívají dotace, s nimi mají spíše dobré zkušenosti. Jsou poskytovány určitým způsobem deprivovaným skupinám obyvatelstva, pro které by jinak bylo extrémně obtížné získat k sanitaci přístup. Jedná se především o velmi chudé obyvatele (KAMSNV, PÁKWA) nebo o obyvatele žijící v nevhodných přírodních podmínkách (UGDPI). U PÁKWA je zvláště nutné zdůraznit, že dotace ve formě postavené ukázkové latríny směřují hlavně k ženám nebo lidem s postižením, tedy k velmi zranitelným skupinám, jejichž potřeby jsou mnohdy přehlíženy (Groce et al. 2011, Hirve et al. 2015).

Obdobně by se neměla poskytovat žádná technická podpora a veškeré technické provedení včetně designu by mělo být čistě v rukou komunity (Kar a Chambers 2008). Ale i tento princip CLTS několik praktiků zpochybnilo, protože podle jejich zkušeností technické provedení podle komunitních návrhů není udržitelné (ETPČVT, KEŇPI ANGČVT, ETPUN). Zde vzniká otázka, jestli je nutné dodržovat základní principy CLTS, anebo se právě uchýlit k opatření, které jim rozporují, ale zvyšují efektivitu intervence. Galvin (2015) považuje právě hybridní CLTS, u něhož jsou standardní metody doplněny o dotace, za pravděpodobně to nejlepší, co mohlo v takto komplikované a komplexní situaci vzniknout. Obhajobu používání dotací a technické pomoci v kombinaci s participativními přístupy nabízí i Guiteras, Levinsohn a Mobarak (2015), jejichž studie přesně potvrzuje zkušenosti některých praktiků, že samotné mobilizace nestačí a pro dosažení lepší sanitární situace je nutné poskytovat tzv. chytré dotace alespoň vybraným skupinám v populaci.

Pozitivněji je v rámci metodologie CLTS nahlíženo na odměny poskytované po dosažení ODF a jejich používání je podle Kara a Chamberse (2008) doporučováno. Ne vždy je však efektivní, jelikož podle INDCLTS ani odměny neměly pozitivní vliv na

zlepšování sanitační situace. Je ovšem nutné podotknout, že tyto odměny měly spíše formu klasických dotací. V Pákistánu je používání odměn úspěšné, a je dokonce napojené na další aktivity v oblasti hygieny a sanitace. V napojování na další aktivity je praxe WaterAid v Pákistánu vsutku ukázková, protože v rámci CLTS využívají na financování latrín i mikrokredity (PÁKWA).

Nejvíce využívaný doprovodný přístup je ale bezesporu SM, jehož používání zmínilo deset různých praktiků (KEŇPI, ETPČVT, ETPUN, VTIMORWA, KAMUN, IDSPI, MYANUN, MLWPI, PÁKWA, ZAMSNV). Nástroj má také podporu ze strany Kara a Chamberse (2008). SM by se tak možná mělo stát více integrální částí samotného CLTS, protože četnost používání i výpovědi praktiků svědčí o poměrně úspěšné kombinaci. Během CLTS navíc často vznikají pouze velmi jednoduché latríny, které nezabraňují šíření nemocí. SM by se tedy mohlo aplikovat jako další motivační nástroj s cílem nahradit jednoduché latríny skutečně hygienickým sanitačním zařízením (Galvin 2015). Bezkonfliktní je i používání PHAST u ANGČVT, KAMUN a MLWPI.

Využívaným nástrojem jsou i tresty a sankce, které opět patří mezi nástroje vhodné pro začlenění do CLTS (Kar a Chambers 2008). Jejich používání zmínili ETPUN, ETPČVT a IDSPI. Sankciovaní lidí kvůli praktikování OD je ale v odborné literatuře kritizováno, protože zbytek komunity může na provinilé vytvářet extrémně velký sociální nátlak a silně omezovat jejich práva (Bartram et al. 2012). Negativní zkušenosti s tresty a sankcemi se ale během rozhovorů neobjevily.

Pozoruhodným zjištěním zde je, že tresty, sankce a odměny, ačkoliv jsou doporučovány v příručce CLTS, jsou využívány méně než dotace a technická pomoc, které příručka prakticky zakazuje. Je tedy možné, že se zde naráží na určitý limit efektivní aplikovatelnosti CLTS v čisté formě. Možná právě kvůli špatným zkušenostem s čistou formou bez použití dotací a technické asistence se praktici musí uchýlit právě k těmto nástrojům (např. ETPČVT, KAMSNV, UGDPI).

6.1.7 Modifikace CLTS

Přizpůsobování CLTS lokálním podmínkám by také mělo být běžnou praxí (Kar a Chambers 2008, Chambers 2009, Sigler, Mahmoud a Graham 2014) a výpovědi praktiků toto tvrzení do určité míry potvrzují. Avšak během rozhovorů byla jasně znatelná diverzita ve vnímání modifikací. Odpovědi totiž byly v rozmezí od využívání SM (UGDPI, VTIMORWA), přes zmírnění příliš šokujících nástrojů (HAITIUN), po indonéské STBM, kde je CLTS pouze jedním z pěti pilířů (IDSPI).

Ostatně často bylo jako modifikace označeno využití nástroje, které je přímo zmíněno v příručce CLTS (Kar a Chambers 2008), a to jak u modifikací nástrojů, tak u modifikací sociálních aspektů. Současně ale praktici popisovali i obecné přizpůsobování CLTS lokálním specifikům, nebo dokonce využívání inovativních metod pro dosažení vyšší efektivity ve specifickém kontextu. Praxe UNICEF v Angole, kde bylo CLTS přizpůsobeno nomádských kmenům pomocí GPS nebo byla využita epidemie cholery k poukázání na důležitost sanitace, je skvělou ukázkou inovativního myšlení i rychlé reakce a využití aktuální situace (ANGUN).

Obecně se ale zdá, že potenciál modifikací není zdaleka využit. Praktici by možná měli investovat více času do přípravy, která je i v literatuře považována za velmi důležitou (Aboud a Singla 2012) a v rámci studia lokálního prostředí a podmínek by bylo vhodné pečlivě přistupovat k lokálnímu kontextu a intervenci mu kreativně přizpůsobit. S tím také souvisí nutnost vyvarovat se hledání jedné podoby CLTS, která by měla fungovat v jakémkoliv prostředí nezávisle na kontextuálních charakteristikách. Modifikování CLTS včetně kombinování s dalšími přístupy a nástroji má pro praxi značný význam a případná absence by mohla mít značně negativní dopady (Tilley et al. 2014, Galvin 2015, Bardosh 2015)

6.1.8 Překážky implementace CLTS

Samotná skutečnost, že počet zmíněných překážek převyšuje počet modifikací, možná svědčí o větší potřebě CLTS modifikovat, a protože naprostá většina překážek se týkala sociálních aspektů, je nutné zdůraznit roli sociokulturních norem na průběh intervence i změnu chování (Mosler 2012, Montgomery a Elimelech 2007).

Značná část sociálních překážek má původ v konfliktu jednotlivých aktérů. Problémy se vyskytly hlavně u spolupráce s vládou a v daleko menší míře u lokálních aktérů. V tomto ohledu je nadále nutné prohlubovat spolupráci jednotlivých aktérů a využívat synergie, která z této spolupráce pramení (Mara 2012).

Nejčastěji zmiňované překážky ale mají původ v sociokulturním prostředí. Byly sice zmíněny i některé překážky popsané v Kar a Chambers (2008), ale jako nejzásadnější problém se jeví nedostatek komunitní solidarity a soudržnosti (ETPUN, ETPFRL, KAMSNV, KAMUN, INDCLTS) která je zapotřebí pro kolektivní akci a dosažení ODF. Vzájemná spolupráce uvnitř komunity je jeden ze základních předpokladů CLTS a dá se o něm uvažovat jako o hlavním aspektu, jenž substituuje používání dotací (Chambers 2009). Ale veškerá tato představa se rozpadá, pokud komunita prostě není ochotná

spolupracovat a její členové nemají tendence pomáhat ve výstavbě latríny chudším obyvatelům nebo sousedům, se kterými nemají rodinné vazby. CLTS má určité tendence vidět komunity jako ideální homogenní celek, což se ale nemusí zakládat na pravdě a namísto soudržnosti a solidarity v komunitě panují emoce jako zášť a závist (Galvin 2015). Méně často se objevovaly čistě kulturní aspekty jako překážky implementace CLTS. Kultura má na sanitační chování a přístupování k sanitaci obecně zásadní vliv (Jewitt 2011) a CLTS by v určité míře mělo nastavené kulturní normy, které svou podstatou mohou představovat pro danou populaci zdravotní rizika, nabourávat (Chambers 2009). Jelikož ale kulturní zvyky dokáží být silně zakořeněné v dané společnosti, zůstává otázkou jak k nim správně přistupovat, aby nedošlo spíše k poškození veškerých snah na podporu sanitace.

Dotace mají v celém výzkumu velmi ambivalentní pozici a praktici je popsali celým spektrem názorů od naprosté nutnosti, přes užitečný nástroj pro chudé, až po zásadní překážku pro rozvoj sanitace. Kar a Chambers (2008) zauímají naprosto odmítavý postoj k dotacím, ale tento názor určitě není mezi všemi praktiky sdílen a dotace jsou stále součástí některých CLTS projektů (Singler, Mahmoud a Graham 2014). V rozhovorech praktici hovořili hlavně o očekávání dotací, které se zdá být hlavním pozůstatkem bývalých politik. Pro CLTS je nyní zásadní, aby se co nejvíce sjednotily přístupy používané v určité oblasti, aby nedocházelo k implementaci CLTS a poskytování dotací v těsné blízkosti. Současně je nutné vést debatu o celkovém využívání dotací a pokusit se najít společnou řeč mezi puristy a zastánci hybridních přístupů, protože vzájemné konflikty neprospávají absolutně nikomu. Dotace se v kombinaci se softwarovým přístupem ukázaly jako efektivní nástroj na zlepšování sanitační situace (Guiteras, Levinsohn a Mobarak 2015) a bylo by tudíž vhodné o nich začít víc uvažovat v kontextu CLTS, a to nejen jako o překážce, ale i jako o možnosti rozšíření.

Těžký souboj praktici svádí také s přírodními podmínkami, obzvláště s deštěm a záplavami, jejichž ničivé síle se jednoduché latríny, které vznikají během CLTS, neubrání. Úspěšná implementace v nepříznivých přírodních podmínkách bude vyžadovat kreativní technologické inovace, které by zajistily udržitelnost ODF. Je ale diskutabilní, jestli tyto inovace vzejdou přímo z komunit žijících v těchto oblastech, nebo zdali budou muset přijít zvenčí, což je opět v rozporu s principy CLTS (Chambers 2009). CLTS by ale rozhodně nemělo stát v cestě technologickému pokroku, díky kterému získají lidé lepší a bezpečnější přístup k sanitaci. Proto i v tomto případě je nutné zvážit porušení základních principů CLTS (Galvin 2015).

6.1.9 Užitečné aspekty CLTS

Z výzkumu CLTS jednoznačně vychází jako silný přístup využívající silné nástroje na podporu sanitace. Velký důraz dávali praktici na personální stránku věci, a to jednak na triggering a výcvik facilitátorů, ale současně i na zapojení tradičních a lokálních lídrů do procesu zlepšování sanitační situace. Dále byly často zmiňovány aspekty jako celokomunitní přístup a rozvoj dalších aktivit. U výcviku facilitátorů a celokomunitního přístupu praktici zdůrazňovali nutnost správného provedení, tedy důkladného tréninku a skutečně komunitou řízeného procesu. Kvalitní trénink jako základ správné facilitace vidí i Chambers (2009) a špatné výsledky intervencí přičítají nedostatečnému tréninku například Hueso a Bell (2013) a Huda et al. (2011).

6.1.10 Nejméně užitečné aspekty CLTS

Otázka na nejméně užitečné aspekty CLTS, v níž praktici popsali, co pro ně z CLTS metodologie nefungovalo, také přinesla určité zajímavé výsledky. Nejzajímavějším zjištěním bezesporu je, že podstatná část dotazovaných praktiků jako špatný aspekt CLTS uvedlo jeden ze základních aspektů tohoto přístupu (ETPČVT, KAMSNV, MAURUN, HAITIUN, PÁKWA). Takto zmíněna byla absence dotací, vyvolávání pocitu studu a používání lokální technologie na stavbu latrín, což jsou všechno jádrové aspekty CLTS (Kar a Chambers 2008). Používání zostuzení v rámci CLTS je dlouhodobě předmětem debaty a je často kritizováno. Je tedy nutné zvážit, zda se jedná o skutečně efektivní metodu a potřebnou součást CLTS, nebo zda se jedná pouze o určitou kompenzaci jiných nedostatků a CLTS by se bez zostuzování mělo obejít (Bartram et al. 2012, Engeli a Susilo 2014).

V souladu s užitečnými aspekty byla negativně zmíněna potřeba kvalitních facilitátorů, které bývá složité najít a tento faktor se zdá být značně limitující pro CLTS. Obdobně negativně je nahlíženo na skutečnost, že pokud je vynechán jeden krok v rámci intervence, celý přístup přestává fungovat. Podle praktiků (KEŇPI, ANGČVT, ETPUN) i podle literatury (Chambers 2009) je nejčastěji opomíjeným krokem follow up.

6.1.11 Kritika CLTS

Praktici si jsou velmi dobře vědomi, jak jednoduše může být CLTS zneužito a jaká rizika plynou z jeho implementace. Kritika porušování lidských práv během CLTS (Bartram et al. 2012) s praktiky silně rezonuje, ale při položení otázky ohledně

opodstatněnosti kritiky CLTS spíše bránili. Jedním dechem ale přiznali existenci problémů, které jsou se CLTS asociovány. Z výpovědí je zřejmé, že praktici si jsou vědomi potřeby soustředit se na CLTS a věnovat dostatečný čas přípravě. A ačkoliv se vyskytlo několik výroků, které se mohou zdát jako necitlivé (KEŇPI, IDSPI), obecně je vidět jasný důraz na lidskou důstojnost oproti tvrdému vymáhání OD skrze neetické nástroje. Stejný výsledek popsali i Sigler, Mahmoud a Graham (2014).

Nedá se ale říci, že by kritika zmiňovaná v Bartram et al. (2012) a Engeli a Susilo (2014) nebyla oprávněná. Některé metody a aktivity používané během CLTS umožňují neetickou praxi a mohou být velmi jednoduše zneužity. Zkoumaný vzorek praktiků ale do určité míry dokazuje, že i tyto zdánlivě necitlivé praktiky je možné používat s respektem k právům jedince a důrazem na zachování lidské důstojnosti. Takto by se k těmto metodám mělo přistupovat ve všech CLTS intervencích, což se ale podle kritiků zatím neděje.

6.1.12 Spokojenost se CLTS

Absence negativní odpovědi na tuto otázku jasně dosvědčuje, že CLTS je mezi praktiky populární, ale detailnější pohled zároveň prozrazuje, že CLTS má své jasně dané hranice, za které bude možné se posunout pouze díky novým inovacím a modifikacím, které mezi sebou praktici musí sdílet. Už nyní je CLTS vnímáno pozitivně hlavně kvůli svým dobrým výsledkům z praxe, kdy podle praktiků po implementaci dochází ke zlepšení sanitační situace, ale hlasy upozorňující na problémy, které doprovázejí tento úspěch, je také velmi hlasitě slyšet. Do budoucna bude zajímavé sledovat evoluci CLTS a s tím spojenou debatu mezi zastánci čistého CLTS a zastánci hybridních přístupů, které kombinují více metod, z nichž některé jsou v rozporu se základními principy.

6.2 Závěr

Cílem této práce bylo sesbírat a zhodnotit názory a zkušenosti realizátorů CLTS s důrazem na vliv kontextuálních faktorů a jejich stanovisek ohledně kontroverzních aspektů tohoto přístupu a na celkové kritické zhodnocení CLTS. Tato kvalitativní analýza rozhovorů s praktiky nabízí pozoruhodný náhled do problematiky intervencí v oblasti hygieny a sanitační, a ačkoliv výsledky této práce mají vzhledem k použité metodice

a velikosti vzorku pouze omezené implikace, představují důležité příspěvky do diskuze ohledně CLTS. A diskuze nad budoucností CLTS je patrně přesně to, co momentálně tento v mnoha ohledech komplikovaný a kontroverzní přístup potřebuje. Díky současné popularitě a masivnímu využívání se dá pravděpodobně očekávat další nárůst používání tohoto přístupu a je tedy důležité zajistit, aby byl implementován správně.

Mezi zkoumanými praktiky rozhodně převládá pozitivní hodnocení CLTS, ale v dílčích charakteristikách dochází k určitým rozporům ohledně konkrétních aspektů, jejich efektivitě a využití v praxi. Obecně jsou praktici spokojeni se CLTS a nahlíží na něj jako na funkční přístup na podporu a vytváření poptávky po sanitaci. Na vytvoření tohoto názoru se zajisté podílely dobré výsledky a zkušenosti, které valná většina praktiků během rozhovorů zmiňovala.

Zároveň si ale ze zkušeností uvědomují limity, které CLTS ve své čisté podobě má a rizika plynoucí z jeho aplikace. Kritika a kontroverze okolo CLTS by ale neměla být viděna jako nepřekonatelná překážka, ale spíš jako výzva k vlastní evaluaci a potenciálnímu vylepšení vlastní metodiky. V tomto ohledu bude nutné otevřít dvě důležité diskuze, a to ohledně poskytování dotací a sanitačního hardwaru a ohledně vyvolávání pocitu studu a hanby během intervencí.

Kontextuální charakteristiky a regionální rozdíly ve vnímání sanitace mají nepochybně velký vliv na průběh sanitačních intervencí a i nadále je nutné jim věnovat pozornost. Ve výpovědích praktiků se sice objevovala společná témata a obdobné problémy napříč jednotlivými státy, ale tyto podobnosti jsou spíš rámcového charakteru a o žádné standardizaci CLTS v tomto ohledu nemůže být řeč. CLTS je také v závislosti na kontextu běžně kombinováno s dalšími nízkonákladovými přístupy, a to zejména se sanitačním marketingem, u něhož se dá do budoucna uvažovat o silnější integraci do metodiky CLTS.

Nakonec je potřeba mít na paměti jednu důležitou radu k aplikaci CLTS, a to že by měl mít člověk vždy otevřenou mysl. A to nejen během triggeringu, ale i při celkové evaluaci CLTS. Na celý přístup by se mělo nahlížet otevřeně, netrvat striktně na všech principech a experimentovat. Pokud se ukáže, že CLTS stojí v cestě technologickému pokroku, pomocí něhož by šlo dosáhnout lepších výsledků, CLTS by mělo ustoupit. Ze CLTS by se také neměla stát standardizovaná a technická metoda usilující o univerzální aplikovatelnost. Pokud by CLTS mělo vyhovovat všem, dost možná by nakonec nevyhovovalo nikomu.

7 Literatura a další zdroje

7.1 Seznam použité literatury

ABOUD, F. E., SINGLA, D. R. (2012): Challenges to changing health behaviours in developing countries: a critical overview. *Social Science & Medicine*, 75, 589–594.

BARDOSH, K. (2015): Achieving “Total Sanitation” in Rural African Geographies: Poverty, Participation and Pit Latrines in Eastern Zambia. *Geoforum*, 66, s. 53–63.

BARTRAM, J. et al. (2012): Commentary on community-led total sanitation and human rights: should the right to community-wide health be won at the cost of individual rights? *Journal of Water and Health*, 10, č. 4, s. 499–503.

BHARADWAJ, Sowmyaa; PATKAR, Archana. Menstrual hygiene and management in developing countries: Taking stock. *Junction Social*, 2004.

CAIRNCROSS S., SHORDT K., ZACHARIA S., GOVINDAN B. K. (2005): What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India. *Social Science & Medicine*, 61, s. 2212–2220.

COFFEY, D. et al. (2014): CLTS in rural north India. Dostupné online z: <http://www.communityledtotalsanitation.org/blog/clts-rural-north-india> [cit. 3. 3. 2016]

CROCKER, Jonny, et al. Teachers and sanitation promotion: an assessment of community-led total sanitation in Ethiopia. *Environmental science & technology*, 2016.

DANIELS, D., L. et al. (1990): A case-control study of the impact of improved sanitation on diarrhoea morbidity in Lesotho. *Bulletin of the World Health Organization*, 68, č. 4, s. 455–463.

DREIBELBIS, R. et al. (2013): The Integrated Behavioural Model for Water, Sanitation, and Hygiene: a systematic review of behavioural models and a framework for designing and evaluating behaviour change interventions in infrastructure-restricted settings. *BMC Public Health*, 13, č. 1015.

ENGELI, S., SUSILO, A. (2014): Shaming and sanitation in Indonesia: A return to colonial public health practices?. *Development and Change*, 45, č. 1, 157-178.

ETTORRE, E. (1999): Experts as ‘storytellers’ in reproductive genetics: exploring key issues. *Sociology of Health & Illness*, 21, č. 5, s. 539–559.

FATUSI, A., O., HINDIN, M., J. (2010): Adolescents and youth in developing countries: Health and development issues in context. *Journal of Adolescence*, 33, č. 4, s. 499–508.

FERRIMAN, A. (2007): BMJ readers choose the “sanitary revolution” as greatest medical advance since 1840. *BMJ: British Medical Journal*, 334, č. 7585, s. 111.

FEWTRELL, L. et al. (2005): Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, 5, č. 1, s. 42–52.

GALVIN, M. (2015): Talking shit: is Community-Led Total Sanitation a radical and revolutionary approach to sanitation?. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Water*, 2, č. 1, 9–20.

GENERAL NUTRITION (2016): The F Diagram. Dostupné online z http://generation-nutrition.org/sites/default/files/editorial/the_f_diagram_copy_1.jpg [cit. 18. 6. 2016]

GIUS, M., SUBRAMANIAN, R. (2015): The Relationship between Inadequate Sanitation Facilities and the Economic Well-Being of Women in India. *Journal of Economics*, 3, č. 1, s. 11–21.

GROCE, N. et al. (2011): Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development. *Journal of water and health*, 9, č. 4, s. 617–627.

GUITERAS, R., LEVINSOHN, J., MOBARAK, A., M. (2015): Encouraging sanitation investment in the developing world: A cluster-randomized trial. *Science*, 348, č. 6237, s. 903–906.

HENDL, J. (2008): *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Portál, Praha, 408 s.

HIRVE, S. et al. (2015): Psychosocial stress associated with sanitation practices: experiences of women in a rural community in India. *Journal of Water Sanitation and Hygiene for Development*, 5, č. 1, 115–126.

HUDA, T., M. N. et al. (2011): Interim evaluation of a large scale sanitation, hygiene and water improvement programme on childhood diarrhea and respiratory disease in rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 75, s. 604–611.

HUESO, A., BELL, B. (2013): An untold story of policy failure: the total sanitation campaign in India. *Water Policy*, 15, č. 6.

CHAMBERS, R. (1994): Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience. *World Development*, 22, č. 9, s. 1253–1268.

CHAMBERS, R. (1997): *Whose Reality Counts? Putting the First Last*. Intermediate Technology Publications, Londýn, s. 106.

CHAMBERS, R. (2009): *Going to Scale with Community-Led Total Sanitation: Reflections on Experience, Issues and Ways Forward*. IDS Practice Paper 1, Institute of Development Studies.

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (2015a): Indonesia. Dostupné online z: <http://www.communityledtotalsanitation.org/country/indonesia> [cit. 5. 5. 2016]

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (2015b): Indonesia. Dostupné online z: <http://www.communityledtotalsanitation.org/country/ethiopia> [cit. 5. 5. 2016]

- INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (2016a): The CLTS approach. Dostupné online z: <http://www.communityledtotalsanitation.org/page/clts-approach> cit. [2. 5. 2016]
- INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES (2016b): Where. Dostupné online z: <http://www.communityledtotalsanitation.org/where> cit. [2. 5. 2016]
- ISUNJU, J. B. et al. (2011): Socio-economic aspects of improved sanitation in slums: a review. *Public health*, 125, č. 6, s. 368–376.
- JEULAND, M., A. et al. (2013): The long-term dynamics of mortality benefits from improved water and sanitation in less developed countries. *PloS one*, 8, č. 10, s. 1–16.
- JEWITT, S. (2011): Geographies of shit: Spatial and temporal variation in attitudes toward human waste. *Progress in Human Geography*, 35, č. 5, s. 608–626.
- KAR, K., CHAMBERS, R. (2008): Handbook on Community–Led Total Sanitation. Plan International and Institute of Development Studies.
- KARIUKI, J. G. et al. (2012): Effects of Hygiene and Sanitation Interventions on Reducing Diarrhoea Prevalence Among Children in Resource Constrained Communities: Case Study of Turkana District, Kenya. *Journal of Community Health*, 37, s. 1178–1184.
- KUMAR, S., VOLLMER, S. (2013): Does access to improved sanitation reduce childhood diarrhea in rural India? *Health Economics*, 22, č. 4, s. 410–427.
- LAKSHMI, R. (2015): India is building millions of toilets, but that’s the easy part. Dostupné online z: https://www.washingtonpost.com/world/asia_pacific/india-is-building-millions-of-toilets-but-toilet-training-could-be-a-bigger-task/2015/06/03/09d1aa9e-095a-11e5-a7ad-b430fc1d3f5c_story.html [cit. 4. 5. 2016]
- LÜTHI, Christoph; MCCONVILLE, Jennifer; KVARNSTRÖM, Elisabeth. Community-based approaches for addressing the urban sanitation challenges. *International Journal of Urban Sustainable Development*, 2010, 1.1-2: 49-63.
- MAHON, T., FERNANDES, M. (2010): Menstrual hygiene in South Asia: a neglected issue for WASH (water, sanitation and hygiene) programmes. *Gender & Development*, 18, č. 1, s. 99–113.
- MARA, D. (2012): Sanitation: What’s the Real Problem? *IDS Bulletin*, 43, č. 2, s. 2.
- MARA, D. et al. (2010): Sanitation and health. *PLoS Med*, 7, č. 11, s. 1–7.
- MARA, D. (2003): Water, sanitation and hygiene for the health of developing nations. *Public Health*, 117, s. 452–456.
- MENDIRATTA, S., R. (2000): Water, sanitation and hygiene: challenge of the millennium. Sanitation promotion through rural sanitary marts. Dostupné online z: <http://wedc.lboro.ac.uk/resources/conference/26/Mendiratta.pdf> [cit. 3. 6. 2016]
- MONTGOMERY, M., A., ELIMELECH, M. (2007): Water and sanitation in developing countries: including health in the equation. *Environmental Science & Technology*, 41, č. 1, s. 17–24.

MOSLER, H. (2012): A systematic approach to behavior change interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review, and a guideline. 22, č. 5, s. 431–449.

NABEMBEZI, D., NABUNYA, H. (2014): Sanitation Marketing: A handbook for: Policy Makers. Dostupné online z: http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/Sanitation_Marketing_Handbook_Policy_Makers.pdf [cit. 10. 5. 2016]

O'LOUGHLIN, R. et al. (2006): Follow-up of a low cost latrine promotion programme in one district of Amhara, Ethiopia: characteristics of early adopters and non-adopters. *Tropical Medicine and International Health*, 11, č. 9, s. 1406–1415.

PEAL, A., J., EVANS, B., E., VAN DER VOORDEN, C. (2010): Hygiene and sanitation software: an overview of approaches. Water Supply & Sanitation Collaborative Council.

PICKERING, A., J., et al (2015): Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 3, č. 11, s.701–711.

ROSE, C. et al. (2015): The Characterization of Feces and Urine: A Review of the Literature to Inform Advanced Treatment Technology, *Critical Reviews in Environmental Science and Technology*, 45, č. 17, 1827–1879.

SAH, S., AMSALU, N. (2009): Community led total sanitation (CLTS): Addressing the challenges of scale and sustainability in rural Africa. *Desalination*, 248, č. 1–3, s. 666–672.

SCHMIDT, W-P. (2015): Seven trials, seven question marks. *The Lancet Global Health*, 3, č. 11, s. 659–660.

SIJBESMA, Ch. et al. (2008): Financing sanitation in poor urban areas. In: IRC Symposium: Sanitation for the Urban Poor. Delft, The Netherlands. Dostupné online z: <http://www.irc.nl/page/45460> [cit. 10. 5. 2016]

SINGLER, R., MAHMOUD, I L., GRAHAM, J. P. (2014): Analysis of behavioral changes techniques in community-led total sanitation programs. *Health Promotional International*, 30, č. 3, s. 1–13.

TAPLIN, D., H., CLARK, H. (2012): Theory of Change Basics. A primer on theory of change. Dostupné online z: http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco_library/pdf/ToCBasics.pdf [cit. 5. 6. 2016]

THAKUR, B., MISHRA V. (2016): Practical ideas and experiences for swachh bharat mission (gramin) campaigns. A living sourcebook. Dostupné online z: [http://sbm.gov.in/SBMGUpload/SBM\(G\)%20Campaigns%20Collectors%20Handbook-%2002.03.2016%20\(1\).pdf](http://sbm.gov.in/SBMGUpload/SBM(G)%20Campaigns%20Collectors%20Handbook-%2002.03.2016%20(1).pdf) [cit 5. 5. 2016]

TILLEY, E. et al. (2014): Looking beyond technology: an integrated approach to water, sanitation and hygiene in low income countries. *Environmental science & technology*, 48, č. 17, s. 9965–9970.

UN (2015): The Millenium Development Goals Report 2015. United Nations, New York. Dostupné online z: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf [cit 1. 5. 2016]

UN DESA (2016): Suustainable development knowledge platform, Goal 6. Dostupné online z <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg6> [cit 1. 5. 2016]

UNICEF (2014): Community Led Total Sanitation and hygiene (CLTSH). Briefing Note, s. 1–3.

UNICEF (2016): About WASH. Dostupné online z: http://www.unicef.org/wash/index_3952.html cit. [2. 5. 2016]

WALDMAN, R., J., MINTZ, E., D., PAPOWITZ, H., E. (2013): The cure for cholera—improving access to safe water and sanitation. *New England Journal of Medicine*, 368, č. 7, s. 592–594.

WHO (2015): Saitation Fact Sheet N°392. Dostupné online z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs392/en/> cit. [20. 3. 2016]

WHO (2016): Weekly epidemiological record, 91, č. 23, s. 297–304.

WHO a UNICEF (2012): Progress on drinking water and sanitation. Joint Monitoring Programme update 2012. Dostupné online z: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/ [5. 6. 2016]

WHO a UNICEF (2015): Progress on Sanitation and Drinking Water: 2015 Update. Dostupné online z <http://data.unicef.org/overview/sanitation.html> [cit. 18. 6. 2016]

WILSON, T., BERWICK, D., M., CLEARY, P., D. (2003): What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 29, č. 2, 85–93.

WOLF, J. et al. (2014): Systematic review: assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low-and middle-income settings: systematic review and meta-regression. *Tropical Medicine & International Health*, 19, č. 8, s. 928–942.

WOOD, S., SAWYER, R., SIMPSON-HERBERT, M. (1998): PHAST step-by-step guide: a participatory approach for the control of diarrhoea] disease. World Health Organization. Dostupné online z: http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/phastep/en/ [cit. 4. 6. 2016]

WSSCC (2016): Who We Are. Dostupné online z: <http://wsscc.org/who-we-are/> [cit. 3. 6. 2016]

7.2 Zdroje dat

World Bank (2016): World Development Indicators. Improved sanitation facilities (% of population with access). Dostupné online z: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=SH.STA.ACSN#> [cit. 25. 5. 2016]

7.3 Zdroj obrázku

WSSCC/Katherine Anderson (2015): <https://www.flickr.com/photos/gtzecosan/17309187483/in/album-2157649535971744/>, dostupné pod licencí Creative Commons 2.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>

8 Přílohy

Příloha 1: Interview with CLTS practitioners

Stage 1: Fact checking

Please, tell us more about the CLTS project(s) you worked on (most recent, 3 most recent)

1. What was the timeframe of the project?
2. What was the project's target area (country, state/province, village, community)?
3. What was the project's primary objective?
4. Who were the project beneficiaries? The total (estimated) number of beneficiaries?
5. Who were the project stakeholders? What were their roles?
6. What was the project's budget?

Stage 2: CLTS implementation

7. Please, could you describe for us the timeline of the project and its activities (pre-triggering, triggering, post-triggering)?
8. Did the intervention logic include a 'theory of change' or any other theoretical framework? If yes, please elaborate.
9. Why did you (as an organization) decide to use the CLTS approach for the implementation of this project? Have you considered other sanitation promotion methodologies?
10. What kind of modifications (if any) have you applied to the CLTS framework for the purposes of this project and why? (We are particularly interested in context-specific concerns)
11. What kind of difficulties did you face during while implementing the project's preparation, implementation and aftermath? Again, we are especially interested in context-related characteristics.
12. Did you have any way of monitoring the sustainability of the project outcomes after its conclusion? If yes, how was this handled, and what information did it yield.

Stage 3: contemplation

13. What would you consider to be the primary lessons learned?
14. Which aspects of the CLTS approach seemed most helpful in your project?
15. Which aspects of the CLTS approach seemed least helpful in your project?
16. How satisfied are you personally with the application of the CLTS approach (in the context of the project as well as in general)?
17. How would you compare it with other available sanitation promotion approaches (in the context of the project as well as in general)?
18. Are you going to use CLTS in your future projects?
19. Are you aware of any criticisms of CLTS approach, how do you respond to the criticism. Have you adjusted the method according to the criticism? Do you have any ethical concerns with CLTS (public shaming etc.)?

Příloha 2: Schéma Fonctionnement du reseau kore fanmi

FUNCTIONNEMENT DU RESEAU KORE FANMI

