

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Specifika komplexní rehabilitace
pohybově postižených osob v období dospělosti a senia**
Bakalářská práce

Pavlína Dohnalová
B 7506 Speciální pedagogika
Výchovná práce

PhDr. Petra Bendová, Ph. D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením PhDr. Petry Bendové, Ph.D.) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Olomouci dne.....

.....

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bendové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce.

OBSAH :

I. Teoretická část.....	6
1 Stáří	6
1.1 Demografický vývoj obyvatelstva v ČR.....	7
1.2 Postoj společnosti k seniorům	9
1.3 Změny ve stáří.....	11
1.3.1 Biologické změny.....	11
1.3.2 Psychické změny.....	12
2 Psychické a sociální aspekty komplexní rehabilitace seniorů s postižením hybnosti ..	14
2.1 Životní potřeby člověka	14
2.2 Potřeby seniorů.....	15
2.3 Motivace.....	16
2.4 Rodina	16
3 Změny zdravotního stavu ovlivňující hybnost člověka	18
3.1 Úrazy a pády.....	19
3.2 Chronická onemocnění	20
3.3 Náhlé akutní stavy	21
3.3.1 Akutní infarkt myokardu IM.....	21
3.3.2 Cévní mozková příhoda CMP.....	22
3.4 Důsledky pohybového omezení	24
4 Komprehenzivní rehabilitace dospělých a seniorů s postižením hybnosti.....	26
4.1 Charakteristika jednotlivých složek KRHB.....	28
4.1.1 Léčebná složka	28
4.1.2 Sociální složka	31
4.1.3 Pracovní složka	38
4.1.4 Výchovně - vzdělávací složka	40
5 Specifika komplexní rehabilitace u osob s postižením hybnosti.....	42
II. Praktická část.....	44
6 Vymezení cílů.....	44
7 Výzkumné metody	45
7.1 Pozorování.....	45
7.2 Rozhovor.....	45
8 Charakteristika zkoumané oblasti a průběhu výzkumného šetření	46
9 Charakteristika zkoumaných vzorků.....	47
10 Charakteristika mikroregionu Krnov ve vybraných oblastech	48
10.1 Demografie obyvatelstva regionu Krnov.....	49
10.2 Ekonomická stránka, trh práce a zaměstnanost regionu Krnov	49
10.3 Dostupnost služeb.....	51

10.4	Zdravotní stav obyvatel regionu Krnov	52
11	Nabídka sociálních služeb pro dospělé a seniory s pohybovým postižením regionu Krnov	55
12	Svaz tělesně postižených v ČR, o. s., Místní organizace Krnov.....	61
13	Svaz tělesně postižených v ČR o. s., Místní organizace Koberice	64
14	SWOT analýza	66
15	Zhodnocení naplnění cílů praktické části	68
16	Závěr	69
	Seznam použité literatury	
	Seznam grafických schémat	
	Seznam příloh	

Úvod

Přestože se pohled a přístup společnosti k osobám se zdravotním postižením mění, vyvíjí se spíše pozitivním směrem, stále existuje mnoho úskalí, se kterými se tyto lidé denně setkávají. I ty nejběžnější činnosti, které jsou pro nás tak automatické a samozřejmé, pro ně jsou natolik obtížné, někdy až nemožné, že je bez naší pomoci, či bez pomoci zvláštních podmínek nedokáží zvládnout. Otázkou zůstává, zda mají lidé s postižením hybnosti tyto podmínky k dispozici vždy a v dostatečné míře, proto aby mohli vést, i přes svůj handicap, plnohodnotný život.

Pracuji jako zdravotní sestra v Domově pro seniory, kde o osoby s pohybovým postižením pečuji, přibližně vím co je trápí, znám jejich příběhy. Ačkoli i náš Domov pro seniory prošel mnoha změnami, které pomohly zkvalitnit poskytované služby, stále však existují bílá místa, na kterých je potřeba pracovat, a proto doufám, že k tomu z části přispěje má bakalářská práce. Pro téma „Specifika komplexní rehabilitace pohybově postižených osob v období dospělosti a senia“, jsem se tedy rozhodla téměř okamžitě po zhlédnutí nabídky témat k závěrečným pracím.

Cílem mé závěrečné práce je, shromáždit informace týkající se specifík komplexní rehabilitační péče osob s pohybovým postižením v období dospělosti a seniorském věku, jež by posloužily jako zdroj informací, jak lidem pracujících v tzv. pomáhajících profesích, nebo jiným odborníkům, kteří se jakýmkoli způsobem podílejí na tvorbě podmínek života zdravotně postižených osob, tak také přímo osobám s pohybovým postižením, jejich rodinám, a široké laické veřejnosti.

Cílem teoretické části je definovat a popsat období senium, vymezit příčiny a situace, jejichž vlivem dochází nebo může dojít k postižení hybnosti u seniorů a zdůraznit význam psychické podpory a sociálního zázemí pro jejich úspěšnou komplexní rehabilitaci. Dále je mým cílem definovat komplexní rehabilitaci se zaměřením na osoby s postižením hybnosti v dospělosti a seniorském věku a podrobně charakterizovat její jednotlivé složky, a nakonec přiblížit specifika osob s pohybovým postižením.

V praktické části je mým cílem nastínit současnou strukturu poskytovaných sociálních služeb lidem s postižením hybnosti v dospělém a seniorském věku v mikroregionu Krnov, jež by nabídla přehled o poskytovatelích sociálních služeb této cílové skupině a zároveň by poukázala na chybějící sociální služby, čímž by se stala zdrojem informací pro další rozvoj sítě poskytovatelů sociálních služeb osob s pohybovým postižením regionu Krnov.

I. Teoretická část

1 Stáří

Nelze nalézt živý organismus či strukturu, která by nepodléhala procesu stárnutí. Jedná se o zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, který je podmíněn nejen geneticky, ale také odlišnými životními podmínkami, různým zdravotním stavem i životním způsobem. Faktory, které ovlivňují stav organismu ve stáří (zdravotní a funkční), popisuje

Z. Kalvach (1997):

- biologická involuce,
- chorobné procesy,
- způsob života (zejména aktivita či pasivita),
- životní podmínky,
- subjektivní hodnocení a prožívání.

Výsledkem procesu stárnutí je stáří, jedna závěrečná z vývojových životních etap lidského života. Stejně jako ta předešlá období našeho vývoje, má své znaky a charakteristiky. Dochází především k involučním (poklesovým, atrofickým) změnám, které jsou většinou regresivní a nezvratné. Jde o změny v somatické, psychické, a sociální oblasti.

Odborníci rozlišují stáří **kalendářní**, které je dáno počtem prožitých let, a stáří **biologické**, které odpovídá somatickým a funkčním možnostem člověka. Kalendářní věk nemusí vždy odpovídat věku biologickému. Protože proces stárnutí probíhá individuálně (rychlost stárnutí není u všech stejná), a asynchronně, kdy jednotlivé struktury, orgány a jejich funkce jsou zasaženy nerovnoměrně. Nestárneme všichni stejně. Někteří lidé jsou na svůj věk stále zdatní a výkonní, zatímco jiní v tom stejném věku působí předčasně zestárlým (progerickým) dojmem.

Hranice stáří je značně relativní a proměnlivá, je závislá na konkrétních společenských podmínkách. Autoři, zabývající se touto problematikou nahlízejí na věkovou kategorizaci různě. V hospodářsky vyspělých zemích, kde dochází k prodlužování života ve stáří, díky snížení kardiovaskulární morbiditě ve středním věku a zlepšování funkční zdatnosti seniorů, se za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let.

O počínajícím stáří zde hovoří také o věku 65 - 74 let, někdy dokonce i 65 - 79 let. Hranice vlastního stáří je v těchto zemích posunuta do věku 75 - 80 let. Za dlouhověkost je považován věk 90 a více let, ale i tato hranice je posunuta až do věku 100 let (Kalvach, 2006).

M. Vágnerová (2007) rozděluje stáří na dvě fáze:

- rané stáří od 60 do 75 let,
- pravé stáří od 75 a více let.

WHO zavedla jednotně tyto věkové stupně stárnutí:

- stárnoucí od 60 do 74 let,
- starý od 75 do 89 let,
- stařecký od 90 let.

Přesto, že je stáří závěrečnou životní etapou, není to konec života, může trvat i 30 - 40 let, a zaslouží si stejnou pozornost a důraz tak jako mládí a dospělost. Stárnutí neznamena degradaci, protiváhou k biologickému úpadku mohou být narůstající zkušenosti, získání nadhledu a moudrosti. V tomto období nastávají evidentní změny dané stárnutím, to však neznamena, že nelze vést i v tomto věku aktivní a kvalitní život. Člověk jako jediný z živých organismů ví, že stárne, tudíž má výhodu, může se na stáří připravovat. Je tedy v rukou společnosti, jak vylepšit podmínky pro spokojené a důstojné stáří.

1.1 Demografický vývoj obyvatelstva v ČR

Pohybem a složením obyvatelstva se zabývá nauka zvaná demografie. Složení obyvatelstva je výsledkem jeho pohybu a dlouhodobých reprodukčních procesů. Velmi důležitou charakteristikou obyvatelstva je jeho věkové složení, neboť demografické stáří se měří podílem osob vyššího věku v populaci (Zavázalová, 2001).

Demografické průzkumy ukazují, že stále vzrůstá počet starých lidí. Podle Světové zdravotnické organizace se populace pokládá za demograficky starou, pokud je v ní skupina 65letých a starších osob zastoupena víc jak 7 %. V Evropě přesáhly tuto hranici všechny státy. K 31. 12. 2007 bylo v ČR 14,6 % osob ve věku 65 a více let. Demografické tabulky dále ukazují, že dochází k výraznému nárůstu starých lidí i ve věku 85 let a více.

Toto stárnutí obyvatelstva je způsobeno zejména poklesem porodnosti a také prodlužováním střední délky života. Tímto vývojem se zásadně mění věková struktura populace, v níž mizí klasická věková pyramida.

Obr.1: Charakteristika věkového složení obyvatelstva ČR (k 31.12). Zdroj ČSÚ.

Věková skupina/Ukazatel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet osob (v tis.)								
Celkem	10 267	10 206	10 203	10 211	10 221	10 251	10 267	10 381
0-14	1 664	1 622	1 590	1 554	1 527	1 501	1 480	1 477
15-64	7 179	7 170	7 196	7 234	7 259	7 293	7 325	7 391
65-	1 423	1 415	1 418	1 423	1 435	1 456	1 482	1 513
z toho 85+	119	106	98	90	94	102	113	125
Složení (v %)								
0-14	16,2	15,9	15,6	15,2	15,0	14,6	14,4	14,2
15-64	69,9	70,2	70,5	70,9	71,0	71,2	71,2	71,2
65-	13,9	13,9	13,9	13,9	14,0	14,2	14,4	14,6
z toho 85+	1,2	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2
Syntetické ukazatele								
Index starší ¹⁾	85,5	87,2	89,2	91,6	91,0	97,0	100,2	102,4
Index ekonomického zatížení ²⁾	43,0	42,3	41,8	41,2	40,8	40,6	40,4	40,4
Průměrný věk	38,8	39,0	39,3	39,5	39,8	40,0	40,2	40,3
Věkový medián	37,6	37,9	38,2	38,5	38,7	38,9	39,1	39,1

Výsvětlivky:

- 1) Počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let.
- 2) Počet dětí ve věku 0-14 let a osob starších 65 let na 100 osob ve věku 15-64 let.

Děti do 15 let již netvoří nejpočetnější základnu populace. Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že skupina obyvatel ve věku 0 - 14 let se mezi roky 2006 a 2007 zmenšila o 2,6 tis., její procentuální zastoupení se relativně výrazněji snížilo, a to z důvodu nárůstu počtu osob skupiny ve věku 15 - 64 let, i ve věku nad 65 let. V loňském roce tedy došlo k vyrovnání, resp. pouze nepatrnému převýšení skupiny 65 a víceletých nad dětmi do věku 15 let - o 2,9 tis., ale v roce 2007 již byla skupina osob v postproduktivním věku početnější o 35,9 tis. V tomto roce připadlo na 100 dětí 102 osob ve věku 65 a více let. Podle výzkumných analýz se v následujících letech tento rozdíl bude pravděpodobně dále zvyšovat, neboť věku 65 let budou dosahovat osoby z dalších silných válečných a poválečných ročníků.

V nejbližších třech letech tak dosáhne věku 65 let každý rok přibližně 116 - 121 tis. osob a např. v dalších sedmi letech ještě více - asi okolo 134 - 145 tis. I kdyby se tedy porodnost ještě mírně zvýšila nebo se alespoň udržela její současná úroveň, nezvrátila by tento nepříznivý vztah mezi populací dětí a starších osob.

V kontextu demografického stárnutí je nutné si uvědomit další skutečnost, že spolu s narůstajícím počtem starších osob se bude také zvyšovat i počet těch, které z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebudou schopny vykonávat samostatně všechny běžné aktivity každodenního života a budou se tak stávat závislými na pomoci dalších osob.

Zatím stále platí, že za péči o své stárnoucí příbuzné je zodpovědná především rodina a formální služby bývají využívány zejména v případě její absence či nedostatečnosti.

Z výše uvedených demografických údajů lze však předpokládat, že spolu se stárnutím populace se bude také zužovat soubor potenciálních pečovatelů z řad rodiny. Vzroste tak potřeba institucionální péče a především potřeba široké nabídky alternativních služeb podporujících život v přirozeném prostředí (<http://www.czso.cz/csu>).

Úroveň a kvalita života seniorů v naší společnosti je podmíněna také tím, jak na seniory společnost nahlíží, jak se k seniorům chová.

1.2 Postoj společnosti k seniorům

V dnešní společnosti vládne tvrdý individualismus, snaha dosáhnout materiálního zabezpečení, osobitých životních stylů. Vytrácí se schopnost chápat význam soužití s druhými a pro druhé. Jako by se vytratila láska k člověku a pochopení pro odlišnosti druhých.

V současné společnosti, v níž poprvé v historii lidstva existují čtyři generace v jednom časovém horizontu, má velkou společenskou prestiž především mládí, krása, síla, rychlost a dokonalost. Jen málokdo chce čerpat z celoživotních zkušeností seniorů, jejich dosažených cílů, či jejich chápání světa. Už se nevěří v moudrost starých lidí, snad jen v pohádkách, v kterých vystupuje „pohádková babička či dědeček“. Seniorům tak ubývá potřeba předávání informací z generace na generaci. Odchodem do důchodu již přestávají být ekonomicky produktivní a pro společnost, zaměřenou jen na výkon a výdělek, mohou znamenat jen zátěž. Ztrácí se jejich důležitost a role ve společnosti. Senioři se tak stávají skupinou ohroženou nejen diskriminací, ale především sociální exkluzí.

V této souvislosti se objevuje termín ageismus (z anglického age - věk), věková diskriminace, která může nabývat různých podob (Kalvach, 2006). Může se jednat o hrubší diskriminaci např. v podobě odpírání nákladné léčebné péče z důvodu věku (proč by se měly používat drahé léky a postupy u léčby seniorů, jsou staří a nemá to již cenu...), nebo se může jednat „jen“ o předsudky a stereotypy (tzv. mýty o stáří). Jsou to většinou nepodložené výroky a postoje, které vznikají ze zjednodušeného a černobílého myšlení lidí. Typickou představou o starém člověku např. je, že je vždy nemocný, senilní, bezmocný, dokonce neužitečný, a že stáří lidé už nic nepotřebují, protože už mají život za sebou. Opak je pravdou. Podle MUDr. Tošnerové je většina starších osob dostatečně zdráva natolik, aby mohla vykonávat obvyklé činnosti. Na celodenní ústavní péči je odkázáno 5 % seniorů a u 81 % nejsou žádná omezení v jejich aktivitách denního života. Je třeba si uvědomit, že tato generace se dožívá delšího aktivního věku než ta předchozí. Je spousta seniorů, kteří ještě pracují, věnují se cestování, uměleckým činnostem, vzdělávání. Chtějí ještě předávat své zkušenosti dál (<http://www.antidiskriminace.romea.cz/>).

Na druhé straně jsou ale také senioři, kteří se již netěší dobré fyzické a duševní kondici, a jsou závislí na péči svých blízkých či jiných osob. Zde jsou senioři nejvíce ohroženi. Protože pokud se jim při svém zhoršeném zdravotním stavu nedostává dostatečné adekvátní péče (ať už v rodině či zdravotnických nebo sociálních službách), a při jednání chybí úcta a respekt, nedokáží se tomu bránit. Nemají dost sil ozvat se nebo upozornit na to, co se jim nelíbí, jak se s nimi zachází. Stále mnohem častěji dochází k selhávání nejen profesionálů, ale i pečujících osob o seniory ze strany rodiny či blízkých. Přestávají chápat potřeby seniorů, nebo jsou fyzicky i psychicky vyčerpaní a nedokáží si sami pomoci (Klevetová, 2008).

Jednou z cest je tedy naučit se naslouchat seniorům, snažit se porozumět jejich potřebám a jednat s nimi jako s plnohodnotnými lidmi, kteří mají svá práva a zaslouží si úctu a respekt, a vytvořit takovou nabídku služeb, která jim umožní prožít stáří podle jejich představ. Za druhé je potřeba věnovat dostatečnou pozornost osobám, které seniory ošetřují, pečují o ně, a to nejen umožněním a poskytnutím vzdělání, ale také poskytnutím určité formy pomoci a podpory. Pečovatelská činnost, především trvá-li dlouhodobě, je nejen velmi fyzicky a psychicky náročná, ve svém důsledku může negativně ovlivnit osobní život pečovatele, což se opět může promítnout zpět do jeho profesního uplatnění.

Je nutno se tedy zamyslet nad vztahem a chováním k seniorům, vždyť demografické studie neznamenají jen čísla, jsme to my, naše budoucnost.

1.3 Změny ve stáří

Pro zajištění adekvátní komplexní rehabilitace seniorům s pohybovým postižením, je nezbytné znát podrobně charakteristické znaky této cílové skupiny. Právě v tomto vývojovém období člověk prochází největším množstvím změn (a to jak v oblasti biologické, psychické, tak i sociální), které se vlastně stávají specifiky, ze kterých je nutné vycházet při realizaci komplexní rehabilitace u těchto osob.

1.3.1 Biologické změny

Typickým projevem stáří je pokles **tělesné hmotnosti** a **výšky**, který se většinou neprojevuje najednou, ale dochází k němu postupně zpravidla po celé období stáří. Změny hmotnosti jsou způsobeny především změnami tělesných proporcí, šířky ramen, pánve, snížení celkové hmotnosti kostry, poklesem váhy vnitřních orgánů a svalstva. Na úbytku tělesné výšky se podílejí degenerativní změny chrupavek, atrofie kostí a sesedání meziobratlových plotének, které věkem ztrácejí svou hmotnost, pružnost a vitalitu. S tímto současně klesá i rychlost pružnost a hbitost pohybů. Proto jsou pohyby starých lidí pomalejší a lomivost kostí je větší než u mladých lidí. **Snížená svalová výkonnost** a nižší souhra neuromuskulárního aparátu negativně ovlivňuje motorické dovednosti jedince. Se sníženou pohyblivostí u starých lidí roste pravděpodobnost úrazů a pádů. Dalšími ze známek stárnutí jsou **změny na kůži**, šedivění a vypadávání vlasů. Mění se také schopnost termoregulace, starší lidé se hůře přizpůsobují teplotním rozdílům. Jsou tedy mnohem více ohroženi přehřátím či podchlazením než lidé mladšího věku.

Stárnutí negativně ovlivňuje i **funkce vnitřních orgánů**. Srdce i plíce mají snížené výkonnostní maximum, což se může projevit při zvýšené zátěži jejich funkční nedostatečností. Pro zásobování celého těla je důležitý stav cév. Ke kornatění tepen a cév může docházet v každém věku, ale patologické je zejména ve vyšším věku. Může způsobit nejen ztrátu fyzických sil, ale hlavně ztrátu duševních schopností. Morfologické a funkční změny nervové soustavy mají za následek psychické potíže např., obtížné učení, rozpomínání, zhoršená slovní reprodukce apod., nebo motorické potíže jako vratkost, chvění končetin, těžkopádnost apod. Zhruba po 60 roce věku sice dochází ke snížení hmotnosti mozku, ale ubývají spíše méněcenné tkáně mozku než cenné části.

S přibývajícím věkem se zhoršuje také **vnímání** (percepce). Příčinou jsou především změny smyslových orgánů. Zhoršuje se ostrost vnímání (hlavně zrak, sluch, chuť), což se pak dále může projevit snížením citlivosti na podněty, nedostatečnými rozlišovacími schopnostmi, a celkově dochází k úbytku množství informací zprostředkovaných smyslovými orgány.

V důsledku negativních biologických změn v období stáří přibývá četnost nemocnosti. Tzv. **polymorbidita**, to znamená, že lidé v tomto období trpí často větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění (Šimíčková-Čížková, 2005).

1.3.2 Psychické změny

Různým způsobem se v období stáří mění i mnohé psychické funkce. Některé z nich mohou být **podmíněny biologicky**, jiné zas mohou vznikat v důsledku **psychosociálních vlivů**, a mnohdy jsou výsledkem jejich interakce.

Biologicky podmíněné změny uvažování, prožívání a chování starších lidí, mohou být pouze projevem stárnutí (považují se za fyziologické), nebo může jít o příznaky chorobných procesů (např. Alzheimerova demence). Je potřeba toto rozlišit od změn daných stárnutím.

Pro toto období je charakteristickým znakem zejména pokles a zpomalení duševních funkcí a pochodů. Jako je paměť, myšlení, citové prožívání, motivace aj. **Paměťové schopnosti** v závislosti na přibývajícím věku klesají, což je dáno i změnou struktury paměťových funkcí. Pokles je individuální, a je prokázáno, že souvisí se vzděláním daného jedince, s úrovní rozumových schopností a míry využívání paměti. Ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním, naopak u trénované paměti se uchovávají její funkce na přijatelné úrovni po delší dobu. Pro starší lidi je dále charakteristické, že si nevybavují běžné, každodenní události (např. zda si vzali léky, jak trávili včerejší den, co měli na oběd), ale vybavují se jim vzpomínky či situace z dávné minulosti. Sémantická paměť, v které je zahrnuta zásoba obecných znalostí a vědomostí, bývá trvalejší, s věkem se tak výrazně nemění. Myšlení vycházející hlavně ze zkušeností je spíše konzervativní. Staří lidé mají tendenci ulpívat na úsudcích, které si vytvořili již dříve.

Emoční prožívání ve stáří může mít různý průběh v závislosti na konstelaci psychických, sociálních a somatických faktorů. Dochází ke dvěma zdánlivě protikladným změnám, na jedné straně je to celkové zklidnění, zmírnění, zpomalení (nejen v emočním prožívání, ale i v jiných oblastech psychiky), na straně druhé je to dráždivost (zvýšená citlivost na určité podněty či na jejich kumulaci, vzrůstá citová labilita, odolnost k zátěži se snižuje).

Proto se staří lidé snaží o emoční regulaci, a to tím, že se vyhýbají stresovým, zátěžovým situacím. To souvisí s redukcí jejich očekávání a ambicí, svá přání a potřeby neprožívají již tak intenzivně jako dřív, pro udržení emoční bilance se jich dovedou vzdát. **Osobnostní vlastnosti** jsou více ustálené v dospělosti. Ve stáří se mohou projevit vlastnosti, které člověk dříve dokázal tlumit nebo projevovat přijatelným způsobem (jako jsou např. vztahovačnost, panovačnost, popudlivost, svéhlavost nebo také prozíravost, obezřetnost, klid a rozvaha). Je samozřejmé, že změny osobnosti nastávající ve stáří nejsou způsobeny jen tělesnou a duševní involucí, ale také změnami společenského prostředí a rostoucí izolací.

Staří lidé bývají sami se sebou většinou vyrovnaní, akceptují se takoví jací jsou. Může však dojít ke změně jejich **sebepojetí** a to vlivem např. ztráty vlastních hodnot (díky odchodu do důchodu), dále vlivem změn zevnějšku, zhoršením zdraví nebo úbytku různých kompetencí, které jsou významné pro udržení jejich sebeúcty. Uvědomění si vlastní nedostatečnosti, ať už reálné či zdánlivé, pocit nepotřebnosti a neužitečnosti přispívají k vyšší emoční zranitelnosti, přecitlivělosti, nárůstu pocitu nejistoty a úzkosti. Celkové emoční ladění má vliv na prožívání a hodnocení citových vztahů s různými lidmi. Subjektivně významné jsou pro staré lidi dlouhodobé a spolehlivé vazby především v rámci rodiny. Zejména pozitivně působí opora manželského partnera. Vztahy s blízkými vrstevníky slouží jako zdroj pochopení a porozumění lidmi, kteří mají stejné nebo podobné problémy a zároveň naplňují vzájemnou akceptaci. Vztahy s dětmi a vnuky jsou zdrojem radostí i starostí, přetrvávajících pocitů odpovědnosti za mladší generaci, oplátkou od ní očekávají emoční oporu a faktickou pomoc (Vágnerová, 2007).

Podle Světové zdravotnické organizace, jež definuje zdravotní stav jako, „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“, by se na zdraví člověka mělo nahlížet v biopsychosociálním kontextu. Všechny tyto oblasti jsou u člověka propojeny a navzájem se ovlivňují.

Proto jsem do této práce zařadila následující kapitolu, jejíž pomocí bych ráda objasnila některé z psychosociální aspektů seniorů (jako jsou jejich životní potřeby, sociální zázemí aj.), z nichž je nutné také během komplexní rehabilitace (KRHB) seniorů s poruchou hybnosti vycházet, mohou její průběh ovlivnit pozitivně, bohužel i negativně. Proto je potřeba znát psychický stav a sociální vztahy v životě seniora s PH, a umět je účelně využít při procesu komplexní rehabilitace (např. zapojení rodiny a blízkých do KRHB, vytvořit u seniora motivaci, naplněním životních potřeb navodit psychickou pohodu).

2 Psychické a sociální aspekty komplexní rehabilitace seniorů s postižením hybnosti

Jedním z předpokladů zlepšení fyzického zdraví seniorů s poruchou hybnosti je nepodceňovat psychosociální souvislosti v jejich životě. Neboť optimální sociální vztahy a dobrý psychický stav seniorů s postižením hybnosti (PH) mohou být důležitým motivačním nástrojem k úspěšné realizaci celé komplexní rehabilitace.

2.1 Životní potřeby člověka

„Potřeba se vymezuje jako nedostatek nebo nadbytek něčeho“ (Vágnerová, 2001 s. 135). Jde o stav jednotlivce, který se liší od jeho životního optima. Potřeba je určitou silou, která člověka posunuje směrem k jinému člověku, věci, k činnosti. Uspokojování potřeb je pro člověka žádoucí, nedochází-li po dostatečně dlouhou dobu a přiměřeným způsobem k jejich uspokojení, může dojít ke vzniku psychické deprivace.

Podle Maslowa jsou potřeby uspořádány hierarchicky. Je důležité nejprve uspokojit nižší potřebu, zatímco vyšší je odsunuta do pozadí. Při každém uspokojení potřeby se objeví specifický neklid a nespokojenost, mění se chování, hodnoty, zájmy, celý proces se opakuje k dosažení další vyšší potřeby.

Obr.4: Maslowova hierarchie potřeb

Potřeby	Projevují se jako
estetické, kulturní	touha po styku s krásou, po kulturním vyžití
vědění, poznání a porozumění	touha po vzdělání, informovanosti a orientovanosti
seberealizace a sebeaktualizace	snaha tvořit a vytvářet, touha po novosti sebepřesahování
sebeúcty, sebevědomí, uznání a společenské akceptace jedince	úsilí o dosažení úspěchu, prosazení se, získat společenskou prestiž
lásky, spolužití a pospolitosti	touha po partnerství, sexu, rodičovství, přátelství a spolčování
soukromí, bezpečí a jistoty	touha po spolehlivosti, ochraně, pořádku a zajištění
fyziologické a materiální	úsilí získat potravu a tekutiny

U seniorů dochází ke změnám biologických i psychických potřeb. Hlavně se mění jejich význam, zaměření a způsob uspokojení. Adaptace na stáří je spojena s větší koncentrací na sebe sama, a to zejména vlivem zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí, vědomím ubývání jejich soběstačnosti.

2.2 Potřeby seniorů

Ačkoli dochází, jak uvádím, ke změnám významu, zaměření nebo způsobu uspokojení potřeb seniorů, nelze nutnost jejich naplnění popřít nebo ji snížit pouze na fyziologickou či materiální úroveň. Ve stáří roste význam naplnění především psychických potřeb.

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem - ve stáří tato potřeba klesá, senioři dávají přednost spíše klidu a stereotypu. Vyplývá to také ze skutečnosti, že v životě starších lidí, především s omezenou hybností, přibývá situací, které se pro ně stávají nepříjemnými podněty. Zejména trvalá porucha lokomoce vede k eliminaci kontaktu s okolním světem, a následné snížení podnětů vede k psychické stagnaci. Staří lidé potřebují přiměřený přísun podnětů, které by je aktivizovaly a informovaly o dění v jejich okolí.

2. Potřeba sociálního kontaktu - kontakt s lidmi je důležitý v každém období života, ale je důležitá jeho přiměřenost z hlediska kvality a kvantity. Prožívání sociálních interakcí se může u starých lidí projevovat ambivalentně. Senioři proto upřednostňují především kontakty se známými, což jim přináší pocit jistoty a zároveň je příliš nezátěžují, neboť vědí, co od nich mohou čekat (rodina, přátelé a okruh známých).

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí - ve stáří se stává intenzivnější a její uspokojení je významnější. Vlivem úbytku sil se u starých lidí snižuje sebedůvěra a roste vědomí nutnosti přijmout pomoc. Závislost na druhé osobě je pro seniory z části nepříjemná, ale vazba na blízké lidi ochotné poskytnout pomoc a oporu zároveň posiluje pocit jistoty.

4. Potřeba seberealizace - ve stáří může být hůře saturována, obvykle však klesá její význam, a s ohledem na možnosti aktuální situace se mění i způsob jejího uspokojení. Někteří senioři se v této souvislosti mohou cítit frustrováni, z důvodu pocitu ztráty vlastní hodnoty. Proto se snaží o kompenzaci jinými aktivitami nebo zdůrazňováním svých minulých výkonů. Rádi mluví o svých dřívějších kvalitách. Seberealizace u starších lidí může být ale naplněna v souvislosti s jejich autonomií, tj. udržení si určité svobody rozhodování o sobě samém, o svém životě a s možností samostatného jednání.

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje - staří lidé trpí často strachem z nemocnosti, z opuštěnosti a bezmocnosti. Přijatelná představa vlastní budoucnosti starých lidí bývá založena na kompromisu, ale klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Podpořit ji mohou především osobně významné role, kompetence a mezilidské vztahy. Zde je kladen důraz na mladší generaci, děti a vnuky (Vágnerová, 2007).

Jedním z nejdůležitějších prostředků k naplnění potřeb seniorů s PH jsou jejich vlastní motivační schopnosti, které ovlivňují i průběh jejich údravy, potažmo komplexní rehabilitace.

2.3 Motivace

K tomu, aby člověk mohl uspokojovat své potřeby je zapotřebí motivace, která je hybnou pákou lidského chování, jež nás nutí své potřeby naplňovat. Motivem se stává vše, co podněcuje člověka k tělesné nebo psychické aktivitě a udržuje ho v ní. M. Vágnerová (2001) motivaci v nejširším slova smyslu popisuje jako:

- příčinu pohybu, aktivity,
- psychický stav organismu a následnost změn, které směřují k optimálnímu, stavu organismu,
- zaměřenost chování na určitý cíl,
- příčinu rozhodování.

U seniorů se sníženou soběstačností mnohdy dochází k úplné ztrátě motivace a chuti žít. Často rezignují na svůj celkový zdravotní stav. Je to však velmi individuální. Záleží to jak na tom člověku samotném, tak na jeho sociálním zázemí, jež z velké části představuje zejména rodina.

2.4 Rodina

Rodina hraje významnou úlohu v životě každého člověka. Poskytuje mu především zázemí a jistotu. Rodina je zdrojem kulturních a morálních zásad a hierarchie hodnot (tj. přátelství, lásky, spravedlnosti, zodpovědnosti, citová výchovy, zásady chování jedince ve společnosti).

Staří lidé obecně považují dobře fungující rodinné vztahy a zázemí za jednu z nejvýznamnějších hodnot. A to zejména po stránce emoční. Zároveň je pro ně rodina, fungující přijatelným způsobem, zárukou pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě jejich nesoběstačnosti. Vědomí takovéto podpory a rodinného zázemí je pro seniory s poruchou hybnosti nesmírně důležité. Pomáhá jim naplňovat především pocit jistoty a bezpečí.

Dnešní moderní gerontologie upřednostňuje péči o nesoběstačného seniora především v jeho domácím prostředí. Podporuje sebepéči a svépomoc při udržení zdraví a soběstačnosti. Úkolem společnosti je rodinu motivovat a podporovat v péči o své blízké, a to morálně, legislativně, ekonomicky i sociálně. Vytvořit dostatečné spektrum i kapacitu sociálních služeb, které by mohly pomoci rodině plnit tuto funkci (Zavázalová, 2001). Předpokladem toho jsou však možnosti, vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout.

V následující kapitole se zabývám změnami zdravotního stavu a situacemi, které vedou ke změnám zdravotního stavu, jež jsou u seniorů častou příčinou snížení či úplné ztráty hybnosti, která jim může dále působit závažné zdravotní komplikace ohrožující dokonce jejich život, nebo nepříznivé sekundární změny.

3 Změny zdravotního stavu ovlivňující hybnost člověka

Než přistoupím k osvětlení této problematiky, nejprve uvádím některá teoretická východiska z oblasti pohybu.

Motorika (hybnost) z latinského „motus“ - pohyb, znamená souhrn všech pohybů lidského těla. Jedná se o celkovou pohybovou schopnost organismu.

Mobilita - znamená schopnost pohybů kosterního svalstva, která člověku umožňuje přemísťovat se v prostoru a veškeré jeho pracovní činnosti (Klusoňová, 2005).

Význam pohybu pro člověka lze rozlišit dle různých úhlů pohledů. Např. L. Novosad (2000) rozděluje pohyb do těchto dvou rovin:

- pohyby nezbytné - jsou to ty, jejichž smyslem je zajištění lidské existence.
- pohyby ostatní - ty, které směřují k ovlivnění některých stránek vývoje života, zejména po stránce tělesné a duševní.

Pohyb je pro člověka nezbytný zejména proto, že člověku zabezpečuje:

- existenční zajištění,
- zábavu a prožitek,
- přísun podnětů, informací a poznatků,
- formativní působení sociokulturních činitelů,
- příležitost k sebeprezentaci a navazování sociálních kontaktů,
- podporu zdraví a upevnění kondice,
- zlepšení předpokladů pro sebeobsluhu a samostatnost.

Z hlediska doby vzniku je možné se u dospělých a seniorů setkat s poruchou hybnosti (dále jen PH), kterou lze označit jako primární, popř. s PH sekundární. Primárními poruchami hybnosti mohou být postižení, která vznikají v důsledku přímého poškození pohybového aparátu v souvislosti s jeho vývojem (úraz či nemoc). U sekundárních PH není poškozen přímo hybný aparát, ale hybnost je omezena nebo poškozena nejčastěji následkem onemocnění některého vnitřního orgánu nebo zdravotního oslabení.

Osobou s postižením mobility může být jedinec s tělesným postižením (vrozené, získané), jedinec s nemocí (revmatická onemocnění, poruchy oběhu krve, aj.), jedinec zdravotně oslabený (Renotírová, 2005).

S poruchou mobility u seniorů úzce souvisí problematika pádů a úrazů. Lékaři denně ošetřují seniory, kteří utrpěli zranění následkem pádu.

3.1 Úrazy a pády

Úrazy se stávají častým a závažným postižením seniorské populace především s poruchami mobility (pohyblivosti) a stability. V ČR jsou úrazy příčinou imobilizace starých osob, vzniku závažné funkční nemoci, a úmrtnosti. Za nejčastější příčiny úrazů ve stáří jsou na prvním místě uváděny pády, na druhém jsou to dopravní nehody.

K pádům seniorů dochází hlavně v prostředí, kde tráví převážnou část svého času, tj. domácnost, nemocnice, ošetrovatelská zařízení aj. (Kalvach, 1997). Vznikají následkem zevních a vnitřních příčin.

Vnitřní příčiny - (symptomatické) znamenají 50 - 70 % všech pádů.

- pády při poruchách chůze nebo rovnováhy,
- pády při vertigu (závrať),
- psychiatrické poruchy,
- hypotenze (nízký krevní tlak),
- poruchy zraku,
- synkopální stavy (poruchy vědomí),
- akutní choroby,
- vliv léků.

Zevní příčiny - 30 - 50 % všech pádů je podmíněno prostředím. Jsou to obvyklé překážky, rizika v domácnosti.

- nevhodná, nestabilní obuv,
- kluzká, nerovná podlaha (mokrá podlaha v koupelně, vana, linolea),
- prahy, malé koberečky, rohožky,
- přípojné elektrické kabely,

- neosvětlená schodiště, úzké schody.

Prevenici vzniku úrazů a pádů u seniorů znamená, udržet je v co nejlepší funkční nezávislosti a celkové příznivé kondici. U seniorů se zvýšenou prevalencí pádů je potřeba snížit jejich četnost a rizika pomocí těchto opatření (různými úpravami bytu /přípevnění madel, osvětlení, odstranění překážek/, stabilizace onemocnění s minimalizací vlivu na seniorovu mobilitu, soběstačnost, použití kompenzačních pomůcek, podpora pravidelného cvičení a rehabilitace, nácvik chůze, rovnováhy a vstávání z lůžka i z podlahy.

MUDr. P. Weber uvádí, že jsou pády významným projevem křehkosti (frailty) pozdního stáří. Jejich příčiny v tomto věkovém období jsou převážně multifaktoriální, s interakcí řady vnitřních a zevních faktorů. Pády seniorské generace mají jak zdravotní tak psychosociální důsledky. Staří lidé, ze strachu z opakování pádu nebo jejich následků, omezují své denní aktivity, tím pak následně podporují snižování jejich fyzické zdatnosti. Jejich restrikce však paradoxně může zvýšit výskyt pádů. Obava z poranění a institucionální péče může být příčinou vzniku stresu a depresí (Weber, 2000). Špatný psychický stav dále může být základem vzniku zvýšeného sklonu k chronické onemocnění u seniorů.

3.2 Chronická onemocnění

Zdraví nabírá ve stáří jiných dimenzí - za zdravého lze považovat toho, kdo netrpí žádnou zjevnou chorobou, je spokojen, je sociálně adaptabilní, a má neporušenou zdravotně sociální homeostázu (Pacovský in Zavázalová, 2001).

S přibývajícím věkem je zvýšený výskyt onemocnění, která se často stávají chronickými. Jsou to choroby, které se nepodařilo úplně vyléčit nebo jejich průběh je zvláště protahovaný. Což je dalším charakteristickým znakem onemocnění ve stáří. Dále je zvýšený výskyt více chorob najednou, jde o tzv. **polymorbiditu**, **multimorbiditu**, je časté, že se může u osob staršího věku objevit i 6 až 8 diagnóz současně. Z hlediska pohlaví uvádějí ženy jako příčinu zdravotních potíží problémy pohybového aparátu - 59 %. U mužů je nepatrná převaha chorob vnitřních orgánů (<http://www.czso.cz/csu>).

- kardiovaskulární onemocnění (stavy po infarktu myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenze, stavy po cévní mozkové příhodě),
- nemoci pohybového ústrojí (osteoporóza, artrózy, vertebrogenní syndromy),

- nemoci endokrinní (cukrovka),
- respirační onemocnění,
- nemoci trávicího ústrojí,
- poruchy smyslových orgánů,
- duševní poruchy,
- poruchy kontinence.

Chronická onemocnění znamenají pro staré lidi, nehledě k lékařským aspektům, zejména značný sociální problém. Jsou donuceni omezit své denní aktivity, zájmy, někteří se straní společnosti, často se izolují doma. Je potřeba, je-li to možné, zabránit vzniku chronických chorob jak zvýšenou prevencí, tak účinnou léčbou akutních stavů, zvláště u těch, kde je zvýšené riziko přechodu nemoci do chronicity (Jedlička, 1991).

3.3 Náhlé akutní stavy

Přesto, že staří lidé trpí spíše chronickými chorobami, akutní stavy pro seniory znamenají často ohrožení života. Tato onemocnění bývají i nejčastější příčinou úmrtí ve vyšším věku. Prof. E. Topinková uvádí, že srdečněcévní chorobou trpí 70 % starších osob. Mezi nejčastější, které mohou srdce a cévní systém ve stáří zasáhnout, patří infarkt myokardu, cévní mozkové příhody a postižení tepen dolních končetin. Důvodem je, že ve vyšším věku se projevují rizikové faktory cévní sklerózy, jako je zvýšený cholesterol, obezita, nízká fyzická aktivita, cukrovka (<http://vademecum-zdravi.cz/>).

3.3.1 Akutní infarkt myokardu IM

Stav, kdy dojde k úplnému uzávěru některé srdeční tepny nebo její větve, který je doprovázen nejčastěji těmito projevy.

- náhlou bolestí za hrudní kostí - může se šířit do levé končetiny, krku, dolní čelisti, mezi lopatky, do nadbřišku,
- bledost, pocení, nevolnost, zvracení,

- neklid, zhoršení dechu až dušnost, prudké zvýšení nebo snížení krevního tlaku, poruchy rytmu.

Zde je nutné upozornění, že u starých lidí může IM probíhat i bez přítomnosti bolesti, tzv. **bezbolestný**, může se ohlásit jen zvýšenou dušností, nebo zvracením (Toušek, 1994). Což znamená, že by se rozhodně výše zmiňované projevy neměly podceňovat.

Léčba IM může probíhat formou medikamentózní (pomocí léků) nebo chirurgickou, po které následuje především v prvních čtrnácti dnech přísný klid na lůžku, dále postupné zatěžování chůzí, rehabilitace. Po IM je vždy nutné následně dodržovat určité zásady životního stylu, které jsou zároveň prevencí jeho dalšího vzniku. Nesporný význam má fyzická aktivita, s ohledem na zátěž kloubů jsou nejvhodnější krátké, ale pravidelné procházky. Doporučuje se také jízda na kole (s přihlédnutím na fyzickou zdatnost) či plavání v bazénu. Mnohé se dá ovlivnit zejména vhodným stravováním (snížit příjem tuků, vhodné celozrnné pečivo, ovoce zelenina, dostatečný pitný režim). Pravidelné měření krevního tlaku (Topinková, 2006).

Dalším onemocněním, na které ročně umírá mnoho lidí, je cévní mozková příhoda, která je po onemocnění srdce a zhoubných nádorech, třetí nejčastější příčinou úmrtí.

3.3.2 Cévní mozková příhoda CMP

Cévní mozková příhoda vzniká po té, kdy dojde k prasknutí nebo ucpání některé mozkové cévy, což má za následek poškození okolní mozkové tkáně. Ta může být poškozena buď tlakem krve proudící z prasklé cévy, nebo tkáň nemá dostatečný přísun kyslíku a živin.

Za vznik CMP mohou nejčastěji tyto příčiny:

- hypertenze (vysoký krevní tlak),
- ateroskleróza (kornatění tepen),
- vrozené anomálie nitrolebních cév,
- onemocnění srdce (IM, arytmie /porucha srdečního rytmu/, chlopňové vady),
- metabolické poruchy,
- objem krve (pozor na dehydrataci).

Odborníci rozlišují CMP podle druhu příčiny vzniku.

1. Stavy přechodné oběhové mozkové insuficience - (TIA - tzv. tranzitorní ischemické ataky) jde jen o několik minut trvající neobratnost, nebo porucha hybnosti některé končetiny (hemiparéza), porucha řeči se zhoršením artikulace (dysartrie) i se zhoršením rozumění mluvenému slovu a neschopnost použít správná slova (afázie).

2. Skutečné ischemické CMP - charakteristické jsou trvalejší projevy, např. brnění ve stejnostranných končetinách (hemiparestézie), chvilková ztráta vidění na jedno oko, nebo dvojité či rozmazané vidění, nejzávažnější je celková ischemie mozku, z důvodu zástavy srdeční činnosti, pak může dojít k hlubokému bezvědomí až smrti mozku.

3. Mozkové krvácení - zde jde o kombinací projevů zvýšeného tlaku uvnitř lebky (bolest hlavy, zvracení, různý stupeň poruchy vědomí) a poruchy, která je daná místem krvácení. Postižený může mít náhle vzniklé, silné bolesti hlavy jako při migréně, spojené se zvracením, může dojít i ke vzniku epileptického záchvatu.

Cévní mozková příhoda se řadí k akutním postižením zdravotního stavu, u nichž může bohužel dojít ke vzniku parézy (neúplná obrna) nebo plegie (úplná obrna), která se dále rozlišuje dle postižení konkrétní části těla.

- monoparéza - plegie - postižení jedné končetiny, nebo její distální části,
- hemiparéza - plegie (vzácněji) - postižení poloviny těla, pravé nebo levé, současně také svalstvo obličeje (porucha řeči),
- kvadraparéza - plegie - postižení všech čtyř končetin.

Je dobré znát projevy jak CMP, tak i IM, zejména pro jejich rozpoznání a možnost poskytnutí včasné, adekvátní pomoci postiženému jedinci. Přitom je potřeba se řídit **obecnými pravidly první pomoci**. V každém případě je nutné, vždy co nejdříve přivolat rychlou záchrannou pomoc (Országh, 1995).

Lidé po IM a CMP jsou vlivem jejich zhoršeného zdravotního stavu upoutáni na lůžko buď přechodně nebo na delší dobu, což bývá příčinou vzniku zdravotních závažných komplikací, či následných sekundárních změn.

3.4 Důsledky pohybového omezení

Imobilita - je stav, kdy vlivem nemoci nebo úrazu dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností. Negativně ovlivňuje všechny systémy lidského organismu. Může tak způsobovat komplikace, které mohou nemocného ohrožovat na životě, nebo může vést ke vzniku sekundárních změn. Následující tabulky nabízejí přehled o těchto rizicích.

Obr.2. Komplikace imobility

	Příčina		Následky
Respirační systém	nedostatečná ventilace plic, neschopnost vykašlávat	hromadění sekretu	pneumonie-zápal plic atelektázy- nevzdušnost plic
Kardiovaskulární systém	nehybnost dolních končetin nedostatečný žilní návrat	žilní městnání, tromboflebitidy - zánět žil	embolie-ucpání tepny
Zažívací trakt	snížená funkce střev, potíže s defekací - vyprazdňování	obstipace - zácpa	ileus- neprůchodnost střev
Močový systém	nedost. odtok z močových cest, nedokon. vyprázdnění	záněty	septický stav
Kůže	dlouhodobý tlak, trofické změny	nedostatek výživy v místním tlaku- proleženina, infikování	septický stav

Obr.3. Sekundární změny imobility

	Příčina		Následky
Pohybový systém	dlouhodobé flekční uložení končetin	zkrácení svalů, kontraktury	nepříznivé postavení kloubů, deformity,omezená hybnost, ankylóza
	dlouhodobé přetažení svalů	rychlý nástup hypotrofie až atrofie	výrazné oslabení sv. síly až funkce, často definitivní
	dlouhodobá nehybnost	endokrinní a metabolické změny	osteoporóza, lomivost kostí
Psychika	nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach, úzkost	změny chování (negativismus, regrese, agresivita, rezignace)	změna osobnosti, rozvoj, urychlení aterosklerózy, demence

Těmto závažným zdr. komplikacím a sekundárním změnám je možné zabránit především zvýšenou ošetrovatelskou péčí (tj. polohováním, vertikalizací, pasivními pohyby,

dechovým cvičením, aktivním cvičením zdravých a částečně funkčních svalů, zvýšenou hygienou a péčí o kůži (využití antidekubitních pomůcek), péčí o vyprazdňování, dodržováním pitného režimu a dietoterapie, fyzickou a psychickou aktivací, nácvikem soběstačnosti (Klusoňová, 2005).

Napravení orgánových defektů a obnovení porušených funkcí a současně opětovný návrat seniora s poruchou hybnosti do společenského života může být realizován jen za předpokladu ucelené péče, tj. komplexní rehabilitace.

V předešlé části práce se nacházejí teoretická východiska a poznatky, jež jsou zároveň specifikem osob s poruchou hybnosti seniorského věku, lze je dále využít v procesu komplexní rehabilitace zmíněné cílové skupiny. Především je pro tento účel využití významná část práce s podrobnou charakteristikou období senia v oblasti tělesných změn, psychických změn a sociálních vztahů, a zejména také zdravotní rizika spojené s následky onemocnění, úrazů a s dlouhodobou poruchou mobility.

Následující kapitola definuje a vysvětluje princip komplexní rehabilitace, obsahuje definice odborníků zabývajících se touto tematikou a charakterizuje její jednotlivé složky se zaměřením na dospělé a seniory s postižením hybnosti.

4 Komprehenzivní rehabilitace dospělých a seniorů s postižením hybnosti

Pojem **rehabilitace** vychází z latinského „habilis“ - schopný a předpony „re“ - opět, znovu, což bychom mohli přeložit jako „znovuuschopnění“. V podstatě se jedná o obnovení či návrat k původnímu stavu. Termín komprehenzivní pochází z anglického slůvka „comprehensive“ a znamená globální, celkové, ucelené. Dohromady **komprehenzivní rehabilitace** (Votava, 2003).

V minulosti, ale někdy ještě i dnes, byl termín rehabilitace chápán spíše jako součást léčebného procesu. V tomto smyslu jako soubor opatření, jež mají napomoci k napravení orgánových defektů a obnovení porušených funkcí. Dnes je toto pojetí modifikováno a dále rozšířeno na interdisciplinární obor (což v tomto smyslu rehabilitaci povyšuje na ucelenou tzv. komprehenzivní), který kromě zdravotní péče zahrnuje i několik dalších oblastí, jako je oblast sociální, pedagogická, pracovní, ekonomická i technická (Jesenský, 2000).

Komprehenzivní rehabilitace (KRHB) dospělých a seniorů je podmíněna také legislativou, např. zákonem o sociálním zabezpečení, zákonem o zaměstnanosti aj. V ČR je zajišťována státními resorty (MZ, MPSV), ale i nevládními organizacemi (charitativními organizacemi, občanskými sdružení, soukromými organizacemi aj.).

Definice **Světové zdravotnické organizace** (WHO) uvádí, že: „rehabilitace je souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo k návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života“ (in Novosad, 2000, s. 13). Podle J. Votavy (2003) se o ucelené rehabilitaci mluví tehdy, pokud důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny jen zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý. Ucelenost rehabilitace je dána tím, že se její složky propojují. Neměla by mezi nimi však existovat hranice, spíše jen přechodná pásma (Jesenský, 2000).

„Cílem ucelené rehabilitace je poskytnout osobám se zdravotním postižením, ať už je jejich postižení jakékoli povahy a původu, co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost“, Doporučení Rady Evropy č. R/92/6, duben 1992 (in Novosad, 2000, s. 13). Důraz je také kladen na co největší zmírnění negativních dopadů nemoci či postižení u každého jednotlivce. Předmětem ucelené rehabilitace jsou osoby se smyslovým, tělesným, psychickým, interním a jiným postižením, které tyto osoby nemohou samy překonat. Osoby se zdravotním postižením jsou závislé na okolnostech institucionálního, legislativního, materiálně technického i finančního charakteru. Moderní a perspektivní péče by měla osobám s postižením rozhodně umožnit rovnost příležitostí.

Komprehenzivní rehabilitaci (dále jen KRHB) můžeme specifikovat na základě:

1. časového průběhu plnění stanovených úkolů

Komplexní rehabilitace je procesem, jež probíhá v určitém čase a stanoveny úkoly jsou formulovány do krátkodobých a dlouhodobých plánů, programů. **J. Jesenský (2000)** z tohoto hlediska rozlišuje KRHB:

- rehabilitaci krátkodobou (přechodnou) - jedná se o následnou péči navazující bezprostředně na léčení (někdy probíhá i bez předchozího léčení), vede k obnově zdraví. Je řešena na úrovni léčebné rehabilitace ve zdravotnických zařízeních, lázeňskou péčí.
- rehabilitaci dlouhodobou (permanentní) - týká se osob se zdravotním poškozením dlouhodobého nebo trvalého charakteru a je spojeno s trvalým narušením kvality života. Je řešena léčebným procesem, ale především prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace.

2. vzhledem k jednotlivým složkám KRHB

Komplexní rehabilitace je rozdělována na jednotlivé složky vzhledem k oblasti jejich působnosti. Schémata jednotlivých složek komplexní rehabilitace se u níže uvedených autorů od sebe liší, což je dáno odlišným důrazem autorů na význam těchto složek.

Např. **F. Kábele (1992)** člení jednotlivé složky na:

- základní
 - a) léčebnou, b) pedagogickou, c) sociální, d) pracovní.
- podpůrné
 - e) psychologickou, f) právní, g) technickou, h) ekonomickou.

Naopak **J. Jesenský (2000)** rozlišuje pouze čtyři hlavní složky KRHB:

- a) léčebnou, b) pracovní, c) sociální, d) pedagogickou.

L. Novosad (2000) člení složky KRHB podobně jako F. Kábele podrobněji:

- a) zdravotní, b) psychologickou, c) sociální, d) pedagogickou, e) rodinnou,
- b) f) pracovní, g) volnočasovou.

Autoři se dále shodují, že podmínkou efektivní komprehenzivní rehabilitace je stanovení a dodržování určitých zásad. Vymezení samotných zásad již není zcela stejné.

Např. mezi hlavní zásady úspěšné komplexní rehabilitace dle F. Kábeleho (1998) patří především **individuální přístup, komplexnost, přiměřenost a reflexnost**. Za to L. Novosad (2000), považuje za významné tyto z nich.

1. **Podmínku individualizace** - rehabilitační program musí být „šitý na míru“ potřebám a možnostem klienta.
2. **Podmínku prevence** - rehabilitační aktivity musí počítat se zvratem v klientově situaci, a s tím, že může v důsledku přetěžování či vlivem chyb a absencí v návazné péči dojít ke zhoršení zdravotního stavu i jeho sociální situace.
3. **Podmínku společenského konsensu** - jen široká podpora a společenský souhlas může vést k podporování chráněného a komunitního bydlení, dostupnosti veřejných služeb, dopravy, legislativních opatření, vytvoření pracovních uplatnění.
4. **Podmínku informovanosti** - jen klient dostatečně informovaný má šanci využít, plně upotřebit všechny možnosti, které mu nabízí ucelená rehabilitace v řešení jeho problému. Proto by jednotliví odborníci, ale i klienti měli vědět, kteří odborníci se mohou problémem zabývat a zajistit návaznost další péče i další možné alternativy řešení jejich problému.

4.1 Charakteristika jednotlivých složek KRHB

Následující složky KRHB jsou členěny na léčebnou rehabilitaci, sociální rehabilitaci, pracovní rehabilitaci a výchovněvzdělávací, které jsou využívány při KRHB osob s různými druhy postižení, ale vzhledem k tématu mé práce jsem obsah složek zaměřila na seniory a dospělé s postižením hybnosti.

4.1.1 Léčebná složka

Léčebná rehabilitace (LR) - je tou částí rehabilitace, která je zajišťována zdravotnickými zařízeními. Hlavním cílem je odstranění následků nemoci či úrazu, zlepšení funkčního stavu, nebo-li odstranění či zmírnění poruchy. Ve svém působení používá hlavně prostředky diagnostické, léčebné, psychologické, pedagogickovýchovné a technické.

Součástí LR je - léčba radikální (nejčastěji operativní), konzervativní (medikamentózní), dietetická, klimatická, psychoterapeutická a rehabilitační - v užším slova smyslu :

- fyzikální terapie (FT) - využívá se elektroléčba, balneoterapie, léčba ultrazvukem, teplem (diatermie), rentgenové ozařování (rentgenoterapie), masáže,
- léčebná tělesná výchova (LTV) - může být speciální, kondiční, rekreační,
- léčba prací (LP, ergoterapie) - je pohybová a psychologická léčba, která se prostřednictvím cvičení, vybraných terapeutických činností, edukací snaží dosáhnout maximální soběstačnosti osob s PH, i jejich optimálního pracovního, sociálního a rodinného života. Navazuje a prolíná do oblasti pracovní a sociální rehabilitace.

Z hlediska typu používaných činností rozeznává **J.Votava 4 oblasti ergoterapie**:

1. Ergoterapie zaměřená na trénink ADL - onemocněním bývá často znemožněna nebo omezena schopnost klienta provádět všední denní činnosti (ADL - Activities of Daily Living). Patří sem - základní ADL - osobní hygiena (koupání, použití WC aj.), oblékání, jedení, přesuny a mobilita, nebo - rozšířené ADL - kam patří např. nákup, příprava jídla, domácí práce, praní, manipulace s penězi, použití dopravy, jízda autem, telefonování. Hodnocení ADL měří závislost klienta a tedy i míru požadované asistence a může monitorovat pokrok v průběhu rehabilitačního programu.

2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast - tato forma je náročnější na znalost pohybového aparátu a vybavení ergoterapeutického pracoviště. Měla by splňovat podobné požadavky, jaké jsou kladeny na individuální léčebný tělocvik. Pohyb musí být přesný, cílený a dávkovaný za použití nástroje nebo jednoduchého zařízení (úkolem je zvětšení svalové síly, zlepšení sv. koordinace, zvětšení rozsahu pohybů, cvičení v určité poloze /sed, stoj/, cílený trénink kognitivních funkcí /pozornost, paměť, orientace, myšlení atd./).

3. Kondiční ergoterapie - znamená léčbu zaměstnáváním, jejímž úkolem je především odpoutat klientovu pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění a od negativních vlivů hospitalizace. Snaží se udržet dobrou duševní pohodu klienta. Program kondiční ergoterapie vychází především ze zájmů klienta, využívají se především zájmové rukodělné činnosti, společenské hry a sportovní aktivity.

4. Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink - zde se využívá modelových činností a dalších testů, které umožňují posoudit klientovi předpoklady pro

budoucí pracovní uplatnění včetně motivace. Tréninkem se nacvičují dovednosti různého typu, nebo cíleně schopnosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese.

LR zahrnuje i psychologickou, logopedickou péči a péči sociálního pracovníka.

Psychologická péče - jejím cílem je pomoci klientům snáze se vyrovnat se změněným zdravotním stavem, a pozitivním psychogenním působením dopomoci k uzdravení. Práce psychologa v rehabilitačním zařízení zahrnuje především psychodiagnostiku, kognitivní rehabilitaci, psychologické poradenství a psychoterapii.

Logopedická péče - jedná se o terapii ve smyslu komunikačních funkcí. Cílem terapie je umožnění mezilidské komunikace a dále rehabilitace, znovuoobnovení komunikačních schopností, které klient vlivem onemocnění či postižením ztratil.

Sociální pracovnice - pomáhá klientům s řešením jejich problémů z oblasti sociálně právní. Především jde o otázky týkající se důchodu a dalších peněžních dávek, případně nároku na ně, podmínky bydlení a vztahů příbuzných a sousedů ke klientovi, pomáhá řešit také situaci na pracovišti, či případné možnosti získat pracovní uplatnění. Sociální pracovnice musí znát aktuální verze příslušných zákonů, vyhlášek, a z této oblasti poskytovat poradenství (J.Votava, 2003).

Instituce provádějící léčebnou rehabilitaci

Rehabilitační kliniky - jsou to pracoviště při fakultních nemocnicích, která poskytují péči jak ambulantním klientům, tak klientům na vlastním lůžkovém oddělení nebo na dalších odděleních nemocnice (interní, chirurgické, ortopedické, neurologické atd.).

Rehabilitační ústavy - zdravotnická zařízení v nichž probíhá dlouhodobá rehabilitace, především v subakutní i chronické fázi léčby (Kladruhy, Hrabyně, Chuchelná).

Lázeňské léčebny - původně se jednalo jen o léčbu využívající přírodních léčebných zdrojů, postupem vývoje léčebného lázeňství se připojily i prostředky rehabilitačního lékařství, včetně LTV.

Rehabilitační centra - začaly vznikat na počátku 90. let, jsou to zvláštní zdravotnická zařízení poskytující komplexní rehabilitační péči. Kromě lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologa, sociálního pracovníka, logopeda a spec. pedagoga zde pracuje také ortopedickoprotetický technik.

Lůžková oddělení nemocnic - hlavním programem je subakutní rehabilitace, tedy doléčování stavů po úrazech, a akutních operacích, v návaznosti na léčbu na ostatních odděleních nemocnice.

Denní rehabilitační stacionář - provádí celodenní rehabilitaci, jež je určena klientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci.

Ambulantní rehabilitační oddělení - jsou zde léčeni pacienti po úrazech, s bolestmi páteře a pohybového ústrojí vůbec, také stavy po cévních mozkových příhodách (Votava, 2003).

Sociální pracovník, zdravotník, psycholog nebo ergoterapeut bývá často jakýmsi zprostředkovatelem, poradcem mezi klientem a objektivní realitou, která jej obklopuje. „Optimální návazná a kontinuální péče o rehabilitanty spočívá v provázanosti a promyšlenosti etap zdravotněsociální péče a ve schopnosti institucí i jednotlivých pracovníků týmově kooperativně pracovat ve prospěch klientů“ (Novosad, 2000, s. 34).

4.1.2 Sociální složka

Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností, alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou **terénních** a **ambulantních** služeb, nebo formou **pobytových** služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Tato služba by měla obsahovat tyto základní činnosti:

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách a dle vyhlášky č. 505/2006, provádějící některá ustanovení zákona o soc.službách (<http://www.sagit.cz/>).

Úkolem sociální rehabilitace osob pohybově postižených, nemocných a zdravotně oslabených je také zajištění pracovního místa, podílet se na potřebných úpravách pracoviště, bydlení, na realizaci dopravy osobám se sníženou pohybovou schopností, a mimo jiné zabezpečit spoluúčast pohybově postižených osob podle jejich individuálních možností

společenského života prostřednictvím veřejné, kulturní, zájmové a sportovní činnosti (Renotírová, 2005). Tyto úkoly jsou realizovány pracovníky a institucemi z oblasti zdravotnictví, sociálních věcí, společenskými, sportovními a jinými zájmovými organizacemi.

Sociální rehabilitace se z určité části překrývá se systémem sociálních služeb, které jsou řízeny MPSV, již výše zmiňovaným zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální služba - je zákonem definována jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Základní druhy a formy sociálních služeb jsou:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby jsou poskytovány formou služby **pobytové** (služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb), **ambulantní** (služby, za kterými osoba dochází, nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb, součástí není ubytování) a **terénní** (služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí).

1) Sociální poradenství

Zahrnuje jednak základní sociální poradenství, kdy se jedná o poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace, za další odborné sociální poradenství, které je již zaměřeno na potřeby osob jednotlivých sociálních skupin (např. poradny pro osoby se zdravotním postižením, manželské a rodinné poradny, poradny určené seniorům aj.).

2) Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají seniorům a dospělým s PH zajistit jejich fyzickou, psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností vlivem věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném

sociálním prostředí a při činnostech, které dospělý a senior s PH potřebuje. Služba obsahuje zejména tyto základní činnosti - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Asistenční psi jsou spíše známi jako průvodci nevidomých, ale v posledních letech je možno je vidět i po boku tělesně postižených lidí. Psi jsou speciálně cvičeni a dokážou např. otevřít dveře, podat spadlý předmět či zavolat pomoc v případě ohrožení života klienta.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob s PH a v zařízeních sociálních služeb tyto jmenované úkony - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová, elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života, v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby, mohou být poskytovány dospělým a seniorům s PH mají-li potíže, vlivem jejich zdravotního postižení, v oblasti orientace nebo komunikace. Napomáhá těmto lidem si osobně vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Podpora samostatného bydlení je terénní služba, která může sloužit také dospělým, seniorům s postižením hybnosti, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti - pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba zajišťuje poskytnutí těchto základních činností - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při

osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti.

Centra denních služeb - v těchto centrech jsou nabízeny ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Zajišťuje činnosti - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní a týdenní stacionáře - poskytují se zde ambulantní služby rovněž osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, ale i osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zajišťují stejné služby jako centra denních služeb.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - jsou zde poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory - tady jsou cílovou skupinou osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku (senioři), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby.

Chráněné bydlení - je pobytová služba sloužící osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu **skupinového**, popřípadě **individuálního** bydlení. Zajišťuje dané cílové skupině tyto základní činnosti - poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

V těchto zařízeních se poskytují pobytové sociální služby dospělým a seniorům s PH, kteří již sice nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěni zdravotnickým zařízením ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních, či ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

3) Služby sociální prevence

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení dospělých, seniorů s PH, jež jsou tímto ohroženi pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.

Telefonická krizová pomoc - jedná se o terénní službu poskytovanou na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením probíhají formou ambulantní, popřípadě terénní, a jsou poskytovány osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby určeny osobám s PH, spíše dospělým, které nejsou z důvodu svého zdravotního postižení umístitelné jak na otevřeném, tak ani na chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Sociální pracovník - své uplatnění nachází ve zdravotnických i rehabilitačních zařízeních, na sociálních odborech krajských a obecních úřadů, na úřadech práce a v jiných organizacích. Jehož hlavní náplní práce je zejména:

- poradenství pro klienty v oblasti nároků na dávky, výhody apod.,
- poradenství postiženým rodinám, jejichž členové jsou znevýhodněni (např. rodina postiženým dítětem),
- sociální šetření v místě bydliště klienta,
- pomoc při jednání s úřady,
- pomoc při návratu z ústavního zařízení do vlastního bydliště,
- pomoc při získávání práce a zařazování do pracovního poměru.

Posudkový lékař - má významnou roli v oblasti sociální i pracovní rehabilitace. Určuje, zda má postižený nárok na plný či částečný invalidní důchod, na příspěvek na péči,

na některé jednorázové příspěvky. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR vymezuje vyhláškou č. 182/1991 Sb., podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení (výčet dávek viz. příloha).

Dospělí a senioři s postižením hybnosti vlivem svého zdravotního stavu obvykle nedokáží provést samostatně běžné denní činnosti, nebo je provádí výrazně pomaleji, zvláštním způsobem. Z toho důvodu se stávají závislými na používání různých kompenzačních, technických pomůcek.

Technické pomůcky (assistive technology)

Jedná se o produkt, nástroj, pomůcku, zařízení nebo technický systém využívaný osobou s handicapem. Je určena k vyrovnání funkčních omezení, zvýšení a posílení nezávislosti, pohyblivosti, pomáhá při denních činnostech, komunikaci. Zvyšuje kvalitu života člověka s handicapem. Pomůcky se rozlišují dle jejich způsobu využití na:

- protetické, ortopedické pomůcky,
- pomůcky pro mobilitu a transport (hole, chodítka, vozíky),
- pomůcky pro soběstačnost (slouží k výkonu hygieny, stravování, oblékání),
- pomůcky pro kontrolu a úpravu prostředí (odstranění architektonických bariér, pomůcky pro domácnost, madla aj.),
- pomůcky pro volný čas, pro vzdělání,
- pomůcky k PC, alternativní řešení PC (Votava, 2003).

Pomocí dnešních moderních kompenzačních pomůcek se osoby s poruchou hybnosti ve věku dospělém i seniorském mohou aktivně věnovat svým zálibám, které pomáhají dosáhnout optimální duševní pohody a relaxace, jež je důležitá pro každého člověka.

Volnočasové aktivity

V ucelené rehabilitaci by rozhodně neměly chybět. Osoby s pohybovým postižením potřebují mnoho času a úsilí k zajištění svých základních životních činností (soběstačnost, chůze, jízda na vozíku aj.). Program volného času může pomoci kompenzovat toto každodenní vyčerpávající úsilí, a to formou:

- sportu - může být rekreační i závodní
- cestováním - individuální, skupinové, zahraniční, tuzemské,

- tvůrčí činností - různé výtvarné techniky, fotografie, literární činnost aj.,
- práce s počítači - existují také kurzy pro seniory,
- navštěvování kulturních akcí - kino, divadlo, veřejné akce pořádané různými organizacemi, sdruženími, nadacemi aj.

Možnost jeho kvalitního využití je součástí prevencí negativních sklonů, pasivity, případně alkoholismu a jiných negativních návyků (Votava, 2003).

Další z podmínek úspěšné ucelené rehabilitace je komunikace. Každý profesionál, odborník by měl znát svůj způsob jednání s lidmi. Neustále zdokonalovat své komunikační schopnosti. Už první setkání s klientem je základem vznikajícího vztahu. Pokud se podaří navázat dobrý kontakt a získat si klientovu důvěru, je to předpokladem další úspěšné spolupráce. „Ve zlepšení vzájemné komunikace lze hledat klíč k eliminaci nespokojenosti, zklamání nebo nedůvěry pacientů - rehabilitantů.“(Novosad, 2000, s. 47).

Pro dokreslení výše uvedeného připojuji zásady komunikace s osobami s pohybovým postižením, které mohou pomoci zejména lidem, kteří nemají představu jak se při setkání s lidmi s postižením hybnosti mají správně chovat, zejména proto aby svým jednáním osobám s postižením hybnosti zejména duševně, ale i fyzicky neublížili.

Desatero komunikace s osobami s pohybovým postižením

1. **Při setkání jednáme** s pohybově postiženým stejně, jako s kýmkoliv jiným, Pozdravení, úsměv, mluvíme o běžných věcech, nevyptáváme se na postižení, nenápadně (taktně) si jej sami všimneme.
2. **Hovoříme přímo** s postiženým a ne jen s jeho průvodcem.
3. **Při komunikaci s vozíčkářem** (zejména pokud jsme v místnosti) by měla být naše hlava ve stejné úrovni jako jeho.
4. **Neopíráme se** o jeho invalidní vozík.
5. **Člověku s protézou**, na uvítanou můžeme potřást protézou, pokud s ní pohne. směrem k nám, můžeme potřást i jeho zdravou rukou levou, není to chyba.
6. **Neprojevujeme** nadměrný soucit.
7. **Nevnucujeme nevyžádanou pomoc**, nemanipulujeme s lidmi s postižením hybnosti proti jejich vůli.

8. **Setkáme-li se** s člověkem s narušenou komunikací (např. po CMP), nepanikaříme, zjistíme zda má u sebe komunikační pomůcky (tužka s papírem, obrázky, piktogramy...atd.), pokud ne, domluvíme si signály ano - ne.
9. **Nerušit** v práci asistenčního psa (<http://socialnipomoc.ic.cz/prace>).

Další složkou KRHB dospělých a seniorů s postižením hybnosti, která by měla plynule navazovat na výsledky léčebné a sociální rehabilitace je pracovní rehabilitace.

4.1.3 Pracovní složka

V podstatě se jedná o výchovněvzdělávací rehabilitaci těch osob s PH, které doposud nezískaly kvalifikaci, nebo u nichž se pracovní schopnost v důsledku změny zdravotního stavu změnila. Pomáhá ke **kvalifikaci či rekvalifikaci** osobám s PH a tím k vykonávání zaměstnání, pracovních činností se zřetelem na jejich současný zdravotní stav, na pohybové, rozumové, dorozumívací schopnosti (Jesenský, 2000).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti (součástí je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením) zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené.

Dle výše uvedeného zákona pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Osoby se zdravotním postižením mají dle zákona nárok na pracovní rehabilitaci. Zákon za **osobou se zdravotním postižením** považuje osobu, které je:

- orgánem sociálního zabezpečení uznána plně invalidní (dále jen "osoba s těžším zdravotním postižením"),
- orgánem sociálního zabezpečení uznána částečně invalidní,
- rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznána zdravotně znevýhodněnou (dále jen "osoba zdravotně znevýhodněná").

Osoba zdravotně znevýhodněná je osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo

jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav - je dle zákona takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti

Pracovní uplatnění pro osoby s pohybovým postižením, zejména v produktivním věku, pro ně není jen finančním zdrojem, ale je především významnou součástí jejich vlastní identity a zdrojem jejich sebevědomí. Je proto důležité, aby tito lidé měli možnost opět získat či obnovit vědomosti, dovednosti a schopnosti, pomocí nichž by mohli najít své pracovní uplatnění. Možnosti jejich uplatnění lze nalézt především na místech, která nevyžadují fyzický pohyb, tedy na místech, kde je tělesné postižení nijak neomezuje a nesnižuje efektivitu jejich práce. Jsou to většinou místa vyžadující duševní práci, která je však spojena s nutností přiměřené kvalifikace a vzdělání. Fyzické bariéry v tomto případě nahrazují bariéry kvalifikační, většina pohybově handicapovaných osob požadované vzdělání nemá. Situaci by mohly řešit rekvalifikační kurzy.

Úřad práce v součinnosti s dospělým s postižením hybnosti sestaví **individuální plán pracovní rehabilitace**, s ohledem na jeho zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci, s ohledem k situaci na trhu práce. Dospělým s PH k uplatnění na trhu práce mohou pomoci následující prostředky.

Specializované rekvalifikační kurzy - které jsou většinou zaměřeny administrativně či ekonomicky, mohou být i jazykové kurzy aj.

Příprava k práci - jedinec s PH se zapracovává na vhodné pracovní místo, sjednané na základě dohody s úřadem práce. Příprava může být prováděna s podporou asistenta, může trvat nejdéle 24 měsíců.

Při hledání práce osobám se zdravotním postižením by měl být nápomocen úřad práce v místě bydliště, kde fungují odbory aktivní politiky zaměstnanosti. V ČR dále existují tzv. agentury podporovaného zaměstnávání. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením se stát snaží řešit zákonnými normami, jež **ukládají povinnost zaměstnávat** osoby se zdravotním postižením **zaměstnavatelům, s více než 25 zaměstnanci** v pracovním poměru. Zaměstnavatelé jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob k celkovému počtu zaměstnanců, povinný podíl činí 4 %. Zákonná povinnost však neplatí pro zaměstnavatele s nižším počtem zaměstnanců. Aby účast osob se

zdravotním postižením na otevřeném či chráněném trhu práce byla přijímána jako přirozená, samozřejmá, je pozornost soustředěna i na opatření, jež mají vést k postupným změnám myšlení hlavních aktérů - zaměstnavatelů. Stát se snaží tuto skupinu zaměstnavatelů motivovat formou dotací, příspěvků či slev z daní, což je také upraveno právními předpisy.

V rámci této skupiny zaměstnavatelů jsou rozvíjeny následující formy zaměstnávání.

Chráněné pracovní místo - je pracovní místo, které je **vytvořeno zaměstnavatelem** pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno **po dobu nejméně 2 let** ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření místa může poskytnout úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Chráněná pracovní dílna - je **pracoviště zaměstnavatele**, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Musí zde být v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována **po dobu nejméně 2 let** ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Pracovní rehabilitace, jako složka KRHB, se částečně prolíná s výchovněvzdělávací rehabilitací, obecně by se dalo říci, že rekvalifikační a specializační kurzy vlastně výchovně vzdělávacím způsobem na osoby s pohybovým postižením působí.

4.1.4 Výchovně - vzdělávací složka

Z hlediska staršího pojetí speciální pedagogiky byla výchovněvzdělávací rehabilitace zaměřena na děti a mládež. Nové koncepce již ale směřují k výchově a vzdělávání všech věkových kategorií handicapovaných osob. Výchovněvzdělávací rehabilitace dospělých s pohybovým postižením je zaměřena především na návrat k cílevědomému rozvoji osobnosti, k získání schopností a dovedností, (např. pomocí kvalifikačních a rekvalifikačních kurzů), které by jim umožnily znovu pracovní se uplatnit. U seniorů s postižením hybnosti již není tolik vyžadováno pracovní uplatnění, protože nepředstavuje jejich hlavní finanční zdroj, mnozí jsou již příjemci starobních důchodů, proto výchovné působení lze využít v jiném směru. A to zejména v procesu postupného vyrovnávání se s jejich zdravotním omezením, při učení se nových postupů k zvládání jejich každodenních činností, nebo při manipulaci kompenzačními pomůckami. V tomto smyslu pedagogickorehabilitační charakter má jakékoli

záměrné působení na osoby se zdravotním postižením, které směřují k dosažení cíle KRHB (Jesenský, 2000). Pohybové postižení je společností nejsnáze přijímáno, ale je potřeba si uvědomit, že různorodost omezení je mnohem větší než u jiných typů postižení. Při práci či jednání s lidmi s PH je nutné znát specifika vyplývající z tohoto typu postižení.

5 Specifika komplexní rehabilitace u osob s postižením hybnosti

Obecně, před počátkem procesu komplexní rehabilitace, vzhledem k různorodosti jednotlivých druhů postižení, je nezbytné vědět, především komu je určena a co je jejím cílem, musí vycházet z určitých zvláštností, specifík dané cílové skupiny osob, jimž je KRHB poskytována, proto aby její účinnost byla co nejvyšší. Je nutné brát na zřetel specifika jak samotného pohybového postižení, tak také různost a odlišnost jednotlivců, která je daná např. věkem, pohlavím, zdravotním stavem či sociálním zázemím osoby s pohybovým postižením.

Shrnu-li výše uvedené, vyjde mi, že při KRHB s postižením hybnosti dospělých, seniorů je důležité vycházet z následujících specifík.

Věková kategorie - každé vývojové období má své charakteristické znaky, kterými se od sebe výrazně odlišuje. Je to zejména tělesná, psychická oblast. Jinak reaguje na pohybové postižení tělo seniora než dospělého, také schopnosti vyrovnat se s postižením jsou u každého jiné. Mění se jejich sociální role (dospělý je většinou živitelem rodiny, což porucha hybnosti značně komplikuje, u seniorů zas dochází k ubývání sociálních rolí, přestávají plánovat budoucnost, čímž může dojít k značnému snížení jejich motivace). Je potřeba znát podrobně charakteristiky obou období, ze kterých se při KRHB vychází.

Sociální vztahy - průběh komplexní rehabilitace dospělých a seniorů je potřeba modifikovat dle aktuálních sociálních vztahů. Snahou je především zapojit do jejich KRHB rodinu a blízké.

Zdravotní stav - u dospělých a seniorů s PH se mohou vyskytovat i jiná onemocnění, jež mohou KRHB komplikovat, zejména u seniorů je častý výskyt několika diagnóz najednou. **Následně je potřeba brát v potaz specifika samotného pohybového postižení.**

Postižení hybnosti - způsobuje závislost na pomoci jiných osob (osobní asistent, asistenční psi, pečovatelské služby aj.), a na různých kompenzačních pomůckách.

Tělesná deformace - se stává estetickým handicapem. U stavů po úrazech, operacích či onemocnění, kdy se nepodaří úplný návrat k funkčnímu a vzhledovému normálu, se může objevovat jak u dospělého, tak u seniorů s poruchou hybnosti odpor proti sobě samému, tzv. poruchy sebepojetí (osoby po amputaci končetiny, poranění obličeje aj.).

Sociální stigma - pohybové postižení může znamenat stigmatizaci, punc něčeho jiného, zvláštního, což je reakce společnosti na cokoli odlišné od obecných norem.

Komunikační bariéry - mohou vznikat u dospělých i seniorů z důvodu spasticity nebo jinak narušené funkce mluvidel vlivem jejich zdravotního postižení (po obrnách, cévních mozkových příhodách atd.).

Porucha hybnosti - je příčinou **snížení přísunu informací** a získávání nových zkušeností, může docházet ke snížení sociability.

Problematické utváření sociálních vztahů - osoby s PH mohou mít vlivem svého postižení snížené sebevědomí, bojí se navazování nových vztahů, především partnerských.

Je nutná bezbariérovost prostředí - vzhledem ke svému pohybovému postižení potřebují pro své činnosti bezbariérové prostředí (tj.domácí prostředí, veřejné a jiné společné prostory - nájezdy, vstupy bez prahů, širší dveře, chodby, včetně úpravy WC.

V prostředí je např. pro osoby na vozíku nutné také **zohlednit výšku** (kliky, madla, vypínače, zrcadlo), manipulační prostor, přehlednost řešeného prostředí, použití piktogramů k označení upraveného prostoru pro vozíčkáře atd.

Doprava, parkování - veřejná doprava není vyřešena uspokojujícím způsobem, v případě přepravy vozíčkáře vlakem nebo autobusem je nutná plošina, těmi je opatřen jen určitý počet těchto dopravních prostředků v obcích a městech. Při parkování je nutné respektovat parkovací místa pro osoby s pohybovým postižením. Včetně dodržení vzdálenosti od tohoto prostoru. Především pro přesun vozíčkáře nebo osoby s jinou PH do automobilu je dostatečný prostor velmi důležitý.

Osoby s pohybovým postižením jsou nuceni často přijmout **dlouhodobé dodržování a respektování** určité životosprávy a specifických opatření.

Musí čelit **extrémním postojům společnosti** - společnost zaujímá k lidem s poruchou mobility buď odmítavý postoj, kdy lidé s pohybovým postižením jsou centrem posměchu, setkávají se s odtažitostí „zdravých“ lidí nebo se objevuje přehnaný soucit, ochraňování, péče.

Společnost by se měla naučit adekvátnímu chování při setkání s lidmi s pohybovým postižením (viz.kapitola desatero komunikace s osobami s pohybovým postižením).

Lidé s pohybovým postižením obvykle nedokáží realizovat své běžné lidské potřeby obvyklým způsobem jako lidé bez postižení. Potřebují v individuální míře pomoc, kompenzaci. „Specifika“ či „specifické potřeby“ osob s tímto postižením, vzbuzují u zdravých jedinců dojem, že jsou to nadstandardní potřeby, nebo dokonce snad „výhody“, že lidé s pohybovým postižením vyžadují něco navíc, nejedná se ale o výhodu, chtějí pouze stejné možnosti a příležitosti jako ostatní lidé ve společnosti.

II. Praktická část

6 Vymezení cílů

Cílem praktické části této bakalářské práce je pokusit se objasnit možnosti nabídky sociálních služeb určené dospělým a seniorům s pohybovým postižením v regionu Krnov, pomocí vytvoření charakteristiky regionu ve vybraných oblastech, zjistit aktuální nabídku sociálních služeb určenou dospělým a seniorům s PH regionu Krnov, následně pomocí SWOT analýzy zhodnotit a doporučit řešení zkvalitnění této nabídky sociálních služeb.

Nejprve jsou uvedeny metody pedagogického výzkumu, které byly použity při výzkumném šetření této práce.

Dále praktická část charakterizuje mikroregion Krnov ve vybraných oblastech, následující kapitola je věnována stávající nabídce sociálních služeb, jež je určena osobám s pohybovým postižením v období dospělosti a senia. Proto, aby si i čtenář laik dokázal představit, jak pracují organizace, které se dobrovolně věnují práci s lidmi se zdravotním postižením, popisují činnosti a aktivity dvou občanských sdružení, a to Svazu tělesně postižených v ČR o.s., Místní organizace Krnov, a Svazu tělesně postižených v ČR o.s., Místní organizace Koberice, která byla záměrně vybrána z jiného regionu, pro možnost provedení srovnání a vymezení rozdílů obou sdružení. Shrnutí nabídky sociálních služeb dané cílové skupiny a doporučení pro zkvalitnění těchto služeb poskytuje SWOT analýza.

7 Výzkumné metody

Záměrem této kapitoly je obecné vymezení postupů, pomocí nichž jsem prováděla výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci. Tyto metody jsou označovány jako metody sběru dat. Využila jsem především následující dvě metody.

7.1 Pozorování

Tato metoda je nejstarší a nejrozšířenější metodou získávání dat používanou v přírodních i sociálních vědách, u které se sleduje a zaznamenává nebo popisuje činnost lidí, prostředí, aj. Z hlediska času lze pozorování rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Setkává-li se pozorovatel přímo s předmětem pozorování, hovoří se o tzv. přímém pozorování. Pokud nedojde k přímému setkání pozorovatele s předmětem a pozorovatel pracuje s různými výpověďmi o předmětu, např. v řeči psané nebo mluvené jedná se o pozorování nepřímé.

7.2 Rozhovor

Tato metoda vychází z řečové komunikace bez opory písemného projevu respondenta. Podle toho, jakým způsobem je rozhovor řízen, rozlišuje se na strukturovaný (standardizovaný), polostrukturovaný a nestrukturovaný (nestandardizovaný). Při strukturovaném rozhovoru se využívá předem připravených, přesně formulovaných otázek, naopak nestrukturovaný rozhovor se přibližuje spíše přirozené komunikaci mezi lidmi. Samozřejmě i u této formy rozhovoru musí mít tazatel ujasněno, jaké informace chce od respondenta získat, formulace otázek a jejich sled je již věcí tazatele. Polostrukturovaný rozhovor je jakýmsi kompromisem mezi zmiňovanými typy rozhovorů, respondent má možnost výběru odpovědi z několika alternativ a navíc se požaduje i vysvětlení nebo zdůvodnění (Chrásky, 2007). Pro získání přehledu o výzkumném šetření této bakalářské práce uvádím v následujících kapitolách charakteristiku místa, průběhu výzkumného šetření, zkoumaného vzorku.

8 Charakteristika zkoumané oblasti a průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v mikroregionu Krnov, jehož cílem bylo zjistit, následně sestavit aktuální nabídku sociálních služeb určenou osobám s postižením hybnosti dospělého a seniorského věku, dále provést podrobný popis činností dvou Místních organizací při Svazu tělesně postižených v ČR, o. s., jsou to Místní organizace Krnov a Místní organizace Kobeřice. Záměrně byla druhá organizace - MO Kobeřice - vybrána z jiného regionu, pro možnost srovnání, případně vymezení rozdílů těchto dvou organizací. Aby mohl být podán obraz toho, za jakých regionálních podmínek sociální služby pro osoby s pohybovým postižením v dospělosti a senia v tomto regionu existují, bylo nezbytné, zahrnout do práce i charakteristiku regionu ve vybraných oblastech (tj. demografický vývoj obyvatelstva na Krnovsku, ekonomika, trh práce a zaměstnanost, poloha regionu, zdravotní stav obyvatel regionu).

Výzkum v oblasti vybraných ukazatelů regionu Krnov a v oblasti nabídky sociálních služeb pro dospělé a seniory byla využita především metoda nepřímého pozorování, studiem informačních, statistických materiálů a průzkumů (výroční zprávy, sociologické průzkumy, statistická šetření, internetové zdroje aj.), které jsem doplnila nestandardizovanými rozhovory s několika pracovníky odborů či úřadů státní správy v tomto regionu (Sociální odbor MěÚ Krnov, Soc. odbor Osoblaha, Úřad práce Bruntál - pobočka Osoblaha), nestandardizovanými rozhovory s některými zástupci poskytovatelů sociálních služeb pro dospělé a seniory s postižením hybnosti (pečovatelská služba Krnov, Dům s pečovatelskou službou Jindřichov, pečovatelská služba Help – in o. p. s. Bruntál, Charita Krnov, Domov pro seniory Krnov, Domov pro seniory Osoblaha, Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, Reintegra Krnov). Informace o MO Svazu tělesně postižených v ČR, o. s., jsem rovněž získala pomocí nestandardizovaného rozhovoru při osobních setkání s jejich zástupci. Všechny získané informace jsem analyzovala a vytvořila SWOT analýzu sociálních služeb dané cílové skupiny regionu Krnov.

9 Charakteristika zkoumaných vzorků

Předmětem zkoumání jsou tři výzkumné vzorky. První výzkumný vzorek je tvořen vybranými ukazateli mikroregionu Krnov v oblastech - ekonomická situace, trh práce, zaměstnanost, dostupnost služeb a zdravotní stav obyvatel, jejichž úkolem je dokreslit charakteristiku regionu Krnov, pro objasnění kontextových souvislostí se stávající nabídkou sociálních služeb pro dospělé a seniory s poruchou hybnosti regionu Krnov.

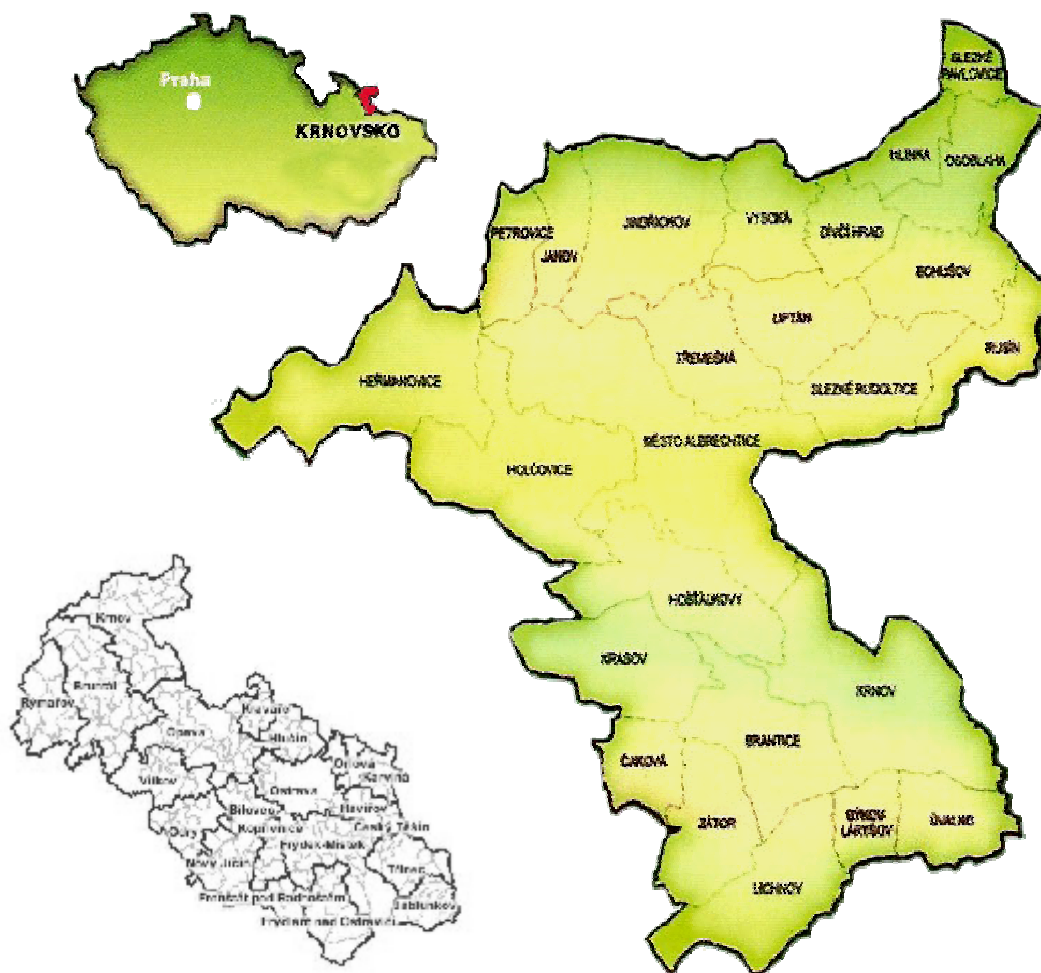
Druhý výzkumný vzorek představuje přehled nabídky sociálních služeb poskytovaných v mikroregionu Krnov, které svou činností slouží dospělým a seniorům s poruchou mobility žijících v tomto regionu.

Třetím výzkumným vzorkem jsou dvě samostatné místní organizace (MO Krnov, MO Kobeřice) Svazu tělesně postižených v ČR, o. s., jejichž předmětem zájmu jsou osoby s pohybovým postižením zejména osob dospělých a seniorů.

10 Charakteristika mikroregionu Krnov ve vybraných oblastech

Region se nachází v severní části okresu Bruntál, který je severozápadním výběžkem Moravskoslezského kraje. Na západní části sousedí s okresem Jeseník, severní hranice se shoduje se státní hranicí s Polskem, v jihovýchodní části sousedí s okresem Opava a jižní hranicí utváří s Bruntálskem (<http://www.mikroregionkrnovsko.cz/>).

Mikroregion Krnov (dále jen region) se skládá z 25 obcí, s celkovým počtem obyvatel k 31.12.2007 - 42 567. Obcí s rozšířenou působností je město Krnov, obec s pověřenou působností - Město Albrechtice, Osoblaha. Přibližně 68 % obyvatel tohoto regionu žije ve dvou městech, v Krnově (59,2 %), a ve Městě Albrechticích (8,5 %). Více než polovina obcí má méně než 500 trvale bydlících obyvatel.



Obr.5: Znáznornění Krnovska v rámci ČR, mapa správního obvodu Krnov, poloha regionu v Moravskoslezském kraji.

Region je svým podílem 10,58 % (57 425 ha) z celkové rozlohy Moravskoslezského kraje druhým největším regionem, ale podílem 3,40 % (42 567) z celkového počtu obyvatel kraje, se řadí až na desáté místo v Moravskoslezském kraji (<http://www.vdb.czso.cz/>).

10.1 Demografie obyvatelstva regionu Krnov

Počet obyvatelstva na Krnovsku se od roku 1998 snižuje. Tento jev je částečně podmíněn zvyšujícím se migračním úbytkem, který je nejvýraznější právě v roce 1998, kdy byl Krnovský region zasažen povodněmi. K faktorům ovlivňujících migrační úbytek patří také omezení činnosti, či zánik několika větších podniků a narůstající nezaměstnanost. Teprve v roce 2007 dochází ke zvýšení celkového počtu obyvatel. Věkové složení obyvatel regionu je následující, skupina ve věku 0 - 14 let tvoří 15,2 %, 15 - 64 let 71 % a skupina nad 65 let 13,3 %. Z demografických údajů tabulky (viz. příloha D) je zřejmé, že populace regionu Krnov stárne, což dokazuje její věkový průměr i index stáří. Od roku 1998 do roku 2007 se průměrný věk zvýšil z 36,8 na 39,7. Index stáří z 66,4 % vzrostl až na 87,8 %. Vyššího věku se dožívají více ženy než muži.

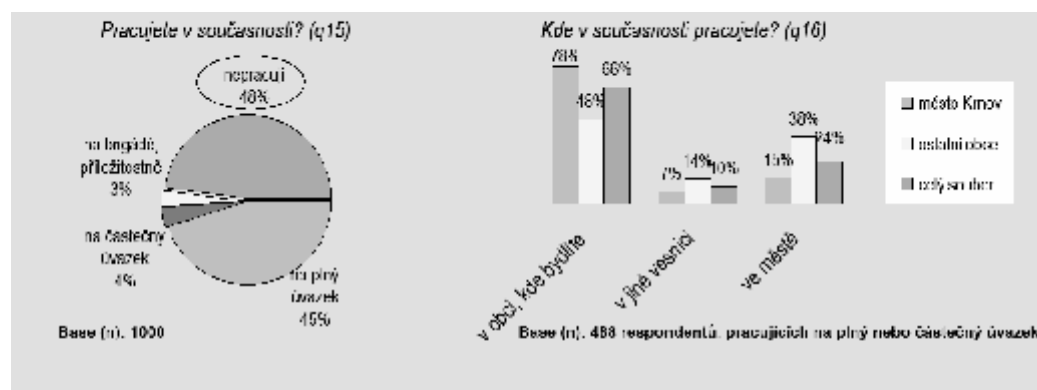
Vzhledem k demografickému vývoji regionu je pravděpodobné, že v následujících letech bude nejvíce narůstat počet seniorské populace, tím se také zvýší pravděpodobnost vyššího výskytu nemoci a osob se zdravotním postižením, které nebudou schopny se o sebe bez cizí pomoci postarat. Bohužel však ve skupině potenciálních pečovateli nedochází k úměrnému nárůstu, ale spíše ke snížení.

10.2 Ekonomická stránka, trh práce a zaměstnanost regionu Krnov

Nevhodná poloha mikroregionu (mimo hlavní dopravní tahy) je jednou ze slabých stránek, která negativně ovlivňuje ekonomický rozvoj kraje. Výrazně tomu také přispívá zejména nízký zájem investorů a nedostatek kapitálu pro rozvoj podnikání. Obce nejsou dostatečně připraveny pro získávání vnějších investorů, technologická úroveň a vybavenost je zastaralá. V regionu je velmi nízká kupní síla a vysoká míra nezaměstnanosti. Také asymetrická poloha města Krnova - jako centra regionu, je další nevýhodou pro zdejší obyvatele.

Podle Sociologického výzkumu potřeb obyvatel mikroregionu Krnovsko, který byl v roce 2005 zpracován agenturou Fokus pro MěÚ Krnov, je největším problémem tohoto regionu nezaměstnanost. S celkového počtu respondentů (1000) se na tomto shodlo 68 % dotazovaných. Dále z průzkumu vyplývá (viz. následující obrázek), že z toho 48 % respondentů nepracuje, více jak polovina respondentů pracuje, a to - 45 % pracuje na plný úvazek, 4 % na částečný úvazek, a 3 % pracuje občas - formou brigády.

Obr. 6: Přehled zaměstnanosti respondentů – sociologický průzkum (agentura Fokus).



Z uvedeného grafu je také zřejmé, že dvě třetiny - 66 % pracuje v obci, kde bydlí. Desetina z nich 10 % pracuje v jiné vesnici, čtvrtina 24 % pracuje ve městě. Občané Krnova pracují ve větší míře v místě svého bydliště 78 %, oproti dotazovaných z jiných obcí 48 % (<http://www.krnov.cz/>).

Obr. 7: Míra nezaměstnanosti. Zdroj Úřad práce Bruntál.

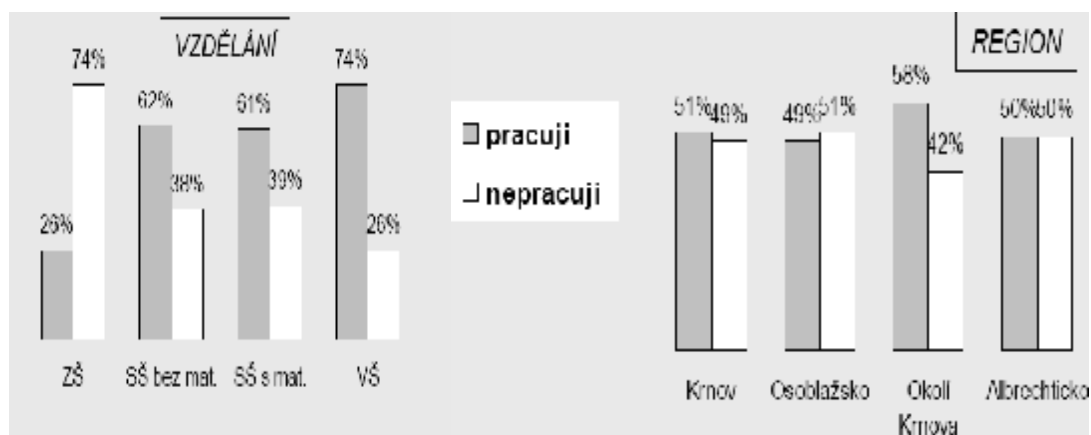
Pobočka	2005	2006	2007	2008
Krnov	13,1 %	11,3 %	9,1 %	8,1 %
M. Albrechtice	17,8 %	11,8 %	10,4 %	11,1 %
Osoblaha	28,0 %	22,3 %	16,6 %	19,1 %
Moravskoslezský k.	14,2 %	12,5 %	9,6 %	8,5 %

Od 1. čtvrtletí 2005 dochází k soustavnému poklesu míry nezaměstnanosti. Částečně je trend snižování nezaměstnanosti silnější, neboť dochází k přechodnému potlačení

sezónnosti. Míra nezaměstnanosti i počty nezaměstnaných bývají z klimatických důvodů nejvyšší v 1. čtvrtletí roku (v lednu). Sezónní poptávka práce stoupá zejména ve stavebnictví a zemědělství s 2. čtvrtletím. S příchodem absolventů škol ve 3. čtvrtletí dochází k zvýšení nezaměstnanosti, a trh práce je na přelomu 3. a 4. čtvrtletí absorbuje a v závěru roku opět dochází k sezónnímu růstu nezaměstnanosti (<http://www.krnov.cz/>).

Z tabulky je patrné, že na Osoblažsku je největší míra nezaměstnanosti - 19,1 %. Čím více se dané oblasti přibližují k městu Krnov, tím více podíl nezaměstnanosti klesá. Pracovní uplatnění obyvatel je také podmíněno úrovní jeho vzdělání. Podle vzdělání se projevuje pravidlo, že čím je stupeň absolvované školy vyšší, pak obecná míra nezaměstnanosti je u této skupiny nižší.

Obr. 8: Přehled o vzdělanosti respondentů – sociologický průzkum (agentura Fokus).



Ve výše uvedeném grafu je tato úměra zřetelně vidět. Z celkového počtu vysokoškolsky vzdělaných respondentů - 74 % z nich pracuje, a 26 % z nich nemá zaměstnání. Kdežto u respondentů se základním vzděláním jsou hodnoty opačné, 74% z nich jsou nezaměstnaní a pouze 26 % pracuje.

10.3 Dostupnost služeb

Kvalita života v místě, ve kterém lidé žijí, závisí také na dostupnosti služeb a občanské vybavenosti. Jde o místo, kde obyvatelé naplňují své potřeby a zájmy.

Následující tabulka poskytuje přehled o tzv. funkční velikosti sídel nad 1000 obyvatel. FV obytnou je znázorněn podíl trvale bydlícího obyvatelstva na ČR, FV pracovní je podílem

obsazených pracovních příležitostí na ČR a FV obslužná je FV pracovní bez příležitosti v zemědělství, lesnictví, průmyslu, stavebnictví, dopravě a spojích. Komplexní (KFV) funkční velikost představuje průměr všech tří funkcí.

Obr. 9: Funkční velikost sídel nad 1000 obyvatel. Zdroj - Profil - Mikroregion Krnov.

Sídlo	Funkční velikost				Funkce v % KFV		
	obytná	pracovní	obslužná	KFV	obytná	pracovní	obslužná
Brantice	1,15	1,13	0,9	1,06	108,40	106,51	85,09
Jindřichov	1,53	1,12	1,27	1,31	117,18	85,50	97,32
Krnov	25,18	23,80	25,59	24,86	101,31	95,75	102,93
M.Albrechtice	3,55	3,31	3,25	3,37	105,36	98,08	95,56
Lichnov	1,06	0,91	0,85	0,94	112,99	96,39	90,62
Osoblaha	1,14	0,91	1,05	1,03	110,20	87,94	101,85
Zátor	1,16	1,15	0,93	1,08	107,18	106,67	86,15
MSK	1240,06	1117,26	1160,63	1172,65	105,75	95,28	98,98

Z hodnot výše uvedené tabulky je dobře vidět, že sektor služeb je rozvinutější pouze v Krnově. Jindřichov a Lichnov se nejvíce svými hodnotami jeví jako „noclehárny“, odkud lidé vyjíždějí za prací. Také výzkumné šetření agentury Fokus z roku 2005 ukazuje, že své potřeby a zájmy naplňují v obci či městě svého bydliště nejčastěji obyvatelé Krnova. Obyvatelé ostatních obcí mikroregionu za nimi nejčastěji někam dojíždějí. Nejmarkantnější rozdíl je zejména v oblasti služeb obyvatelstvu, kulturního vyžití nebo nákupu zboží dlouhodobé spotřeby (<http://www.krnov.cz/>).

10.4 Zdravotní stav obyvatel regionu Krnov

Vzhledem k tomu, že zatím neexistují dostatečné statistické údaje ani výměna informací mezi zdravotní a sociální sférou, je zmapování osob se zdravotním postižením regionu Krnov velmi komplikované. Proto v této kapitole využívám především informace, které mi byly poskytnuty Oddělením služeb a sociální pomoci Městského Úřadu Krnov.

Následující tabulka poskytuje přehled o stavu držitelů průkazů mimořádných výhod správního obvodu Krnov za rok 2007 a 2008, a dále umožňuje porovnání s Českou republikou a Moravskoslezským krajem.

Obr. 10: Držitelé průkazů mimořádných výhod

		Celkem	I.stupně průkaz TP	II.stupně průkaz ZTP	III.stupně průk. ZTP/ P
Krnov	2007	216	32	127	57
	2008	177	18	105	54
MSK	2008	35 116	6 302	19 084	9 730
ČR	2008	399 479	62 515	254 792	82 172

Je zřetelné a zároveň také logické, že počty vydaných průkazů mimořádných výhod v regionu Krnov jsou mnohonásobně nižší než v Moravskoslezském kraji, i v České republice. Zajímavé je ale zjištění, že počty držitelů průkazů ve všech stupních klesají. Otázkou zůstává z jakých důvodů k poklesu dochází. Při zkoumání hodnot v tabulce, je třeba brát také v úvahu, že ne všichni žadatelé mimořádných výhod požádali o vystavení příslušného průkazu, a to se hlavně týká konkrétně I. stupně, průkazu TP, kdy tito držitelé mnohdy nechtějí vystavit průkaz, protože se domnívají, že by jeho výhody (místo k sezení, přednost při projednávání osobních záležitostí) dostatečně nevyužili. Tyto souhrny držitelů průkazu tedy nelze využít ani orientačně pro vyjádření počtu osob se zdravotním postižením. Proto dále přikládám přehled počtu **přiznaných mimořádných výhod** za rok 2008, kde jsou zahrnuti i ti, kteří např. nejsou držiteli průkazu mimořádných výhod. Přesto, že jde o mnohem objektivnější přehled o osobách se zdravotním postižením, stále jej lze brát jen jako orientační, neboť v některých případech jsou počty osob určeny až na základě kontaktu občanů se zdravotním postižením s některým se sociálních systémů.

Obr.11: Stav přiznaných mimořádných výhod Krnovsko, rok 2008. Zdroj - MěÚ Krnov.

	Krnov 2008
Počet přiznaných mimořádných výhod	
Celkem	1671
Z toho	
Osoby s pohybovým postižením	1458
Osoby s postižením zraku	69
Osoby s postižením sluchu	60
Osoby se zdrav. postižením ve věku 0 – 17 let	84

V Krnovském regionu, jak tedy vyplývá z výše uvedené tabulky, je nejvíce zastoupena skupina osob s pohybovým postižením. Bohužel nelze ale blíže specifikovat podrobnosti charakteru postižení.

Budu-li vycházet z hodnot předešlé tabulky, je pravděpodobné, že v roce 2008 nebyl počet osob s pohybovým postižením v období dospělosti a senia menší než je výše zmiňovaný počet osob s PH této věkové kategorie, kterým byla přiznána mimořádná výhoda - **1458 osob**. Naopak vezmu-li v úvahu dospělé a seniory s pohybovým postižením, kteří nepřišli do kontaktu s některým ze sociálních systémů, může být tento počet mnohem větší.

Charakteristika regionu Krnov na základě vybraných oblastí, by měla čitateli této práce pomoci získat představu o profilu regionu, se kterým souvisí nabídka sociálních služeb pro osoby s pohybovým postižením v období dospělosti a senia.

11 Nabídka sociálních služeb pro dospělé a seniory s pohybovým postižením regionu Krnov

Služby na Krnovsku pro osoby s pohybovým postižením v dospělosti a v seniorském věku, jsou poskytovány státním sektorem, obcemi a neziskovými organizacemi. V některých případech organizace neposkytují služby oběma věkovým kategoriím současně. Organizace se většinou specifikují na určitá věková období, kterým je schopna své služby nabídnout. Dále nebylo lehké organizace jednoznačně kategorizovat, vzhledem k různým druhům vykonávaných činností, čímž se prolínají do více složek sociálních služeb. Do nabídky jsem zařadila také organizace, které sice nesídlí v územním obvodu regionu Krnov, ale jejich některé služby jsou v regionu částečně zastoupeny.

Pro větší přehlednost jsou služby rozděleny dle typologie sociálních služeb MPSV, zákonem o sociálních službách - tj. sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství

Následující část je zaměřena na odborné sociální poradenství, které je poskytováno odborným pracovníkem osobám se zdravotním postižením (zahrnuje i pohybové postižení) nebo seniorům. Součástí služby je mimo jiné zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů, a také např. zapůjčování kompenzačních pomůcek. Služba se poskytuje bezúplatně.

- **Oddělení sociálních služeb a pomoci MěÚ Krnov**

Tento sociální odbor má vzhledem k tomu, že sídlí v obci s rozšířenou působností (Krnov), mnohem větší kompetence než sociální odbory jiných obcí (např. Město Albrechtice, Osoblaha). Zajišťuje informovanost a navrhuje možnosti a způsoby poskytování sociálních služeb. Poskytuje poradenskou činnost seniorům a osobám se zdravotním postižením a usiluje o jejich zapojení do kulturního a společenského života. Vyřizuje žádosti o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou. Stará se o zajištění sociální péče ve zdravotnickém zařízení, a rozhoduje o příspěvcích a výhodách pro osoby se zdravotním postižením, koordinuje komunitní plánování soc. služeb ([http:// www. krnov. cz //](http://www.krnov.cz/)).

- **Sociální odbor MěÚ Města Albrechtic**

Poskytuje základní informace o službách pro starší občany, které jsou zajišťovány Charitou Krnov a HELP - IN o. p. s. Bruntál. Rovněž koordinuje od r. 2008 Komunitní plánování sociálních služeb Města Albrechtic. Rozhoduje a vyplácí peněžité příspěvky na zvýšené životní náklady, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže (<http://www.mestoalbrechtice.cz//>).

- **Sociální odbor - obec Osoblaha**

Rozhoduje a vyplácí peněžité příspěvky na zvýšené životní náklady, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže. Doposud nebylo požádáno ani o jeden z příspěvků.

- **HELP – IN o. p. s. Bruntál**

Sociální poradna - nabízí poradenství všem občanům územního obvodu okresu Bruntál, pro osoby se zdravotním postižením zajišťují sociálněprávní poradenství zaměřené na sociální a zdravotní pojištění, a příspěvky z prostředků sociální péče. Poradenství je poskytováno přímo v poradně, ve zvláštních případech v domácím prostředí, nebo prostřednictvím internetové poradny.

Zapůjčení kompenzačních pomůcek - na základě smluvní dohody a dle výše poplatků stanovených organizací ([http://www.help-in.cz./](http://www.help-in.cz/)).

- **Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, Bruntál**

Zajišťuje odborné sociální poradenství osobám se zdravotním postižením a jejich blízkým osobám. Poradenství poskytuje na detašovaném pracovišti v Krnově.

- **Domov pro seniory Devětsil, Krnov** (Ježník)
- **Domov pro seniory Krnov** (Rooseveltova)
- **Domov pro seniory Osoblaha**

Tyto příspěvkové organizace poskytují sociální poradenství pouze klientům v rámci zařízení

- **Zdravotní potřeby Kedar - Remeš Radek, Krnov**

Prodej a výdej prostředků zdravotnické techniky, pomůcek pro domácí péči. Poskytují poradenskou službu a individuálně zapůjčují kompenzační pomůcky (např. MěÚ Krnov).

- **Reintegra, Krnov**

Zařízení, které poskytuje služby nezaměstnaným lidem, různé cílové skupiny, z regionu Krnovska a Bruntálska. Služby obsahují sociální a psychologické poradenství, profesní diagnostiku a široký výběr vzdělávacích kurzů.

- **Úřad práce Bruntál**

Pobočky Krnov, Město Albrechtice a Osoblaha. Úřad práce osobám se zdravotním postižením zabezpečuje pracovní rehabilitaci zaměřenou na získávání a udržení vhodného zaměstnání, poskytuje poradenské služby pro volbu přípravy k práci, může poskytnout příspěvek na

vytvoření a provoz chráněného pracovního místa, pokud se osoby rozhodnou vykonávat samostatnou výdělečnou činnost (<http://portal.mpsv.cz/>).

- **Středisko NINIVE**

Cílem střediska je pomoci člověku se zdravotním postižením nalézt vhodnou formu seberealizace, zaměstnání a uplatnění na otevřeném trhu práce. Cílovou skupinou jsou osoby s těžším tělesným postižením, mentálním, smyslovým, psychickým i kombinovaným.

Chráněná umělecká dílna - ruční umělecká dílna, výroba drobných dekoračních upomínkových předmětů.

Program podporovaného zaměstnávání - záměrem je pomoci uživatelům nalézt, udržet si práci na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek, za pomoci asistence přímo na pracovišti nebo osobní konzultace s uživatelem i jeho zaměstnavatelem.

Klub s kavárnou - čajovnou - místo, kde najde pracovní uplatnění několik lidí se zdravotním postižením - obsluha kavárny a čajovny - konají se zde výstavy, besedy, koncerty a jiné akce.

- **Educo centrum s. r. o., Krnov**

Je realizátorem projektu „Nová šance“, který spolufinancuje Evropský sociální fond a ČR. Projekt nabízí soubor vzdělávacích a poradenských aktivit přinášejících komplexní přístupy při řešení problematiky pracovního uplatnění na trhu práce. Jeho cílovou skupinou jsou lidé dlouhodobě nezaměstnaní a lidé **ohrožení** dlouhodobou nezaměstnaností (např. osoby se zdravotním postižením, osoby ve věku nad 50 let aj.).

- **Vzdělávací centrum Krnov**

Představuje vědecké, pedagogické a informační pracoviště Slezské univerzity v Opavě. Kromě jiných aktivit umožňuje zájmové vzdělávání seniorů (tzv. univerzity třetího věku), poskytuje vzdělávací programy pro veřejnost.

- **Aklub - centrum vzdělávání a poradenství, Krnov**

Cílem organizace je pomáhat znevýhodněným občanům při uplatnění na trhu práce, poskytuje vzdělávací programy pro dospělé.

- **Svaz tělesně postižených v ČR, o. s., Místní organizace Krnov**

Je samostatná nezávislá organizace se snahou pomáhat zajišťovat potřeby a zájmy svých členů. Pomáhá zprostředkovat sociální poradenství. Nabízí zájmové a vzdělávací aktivity.

- **Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, o. s., Základní organizace Krnov**

Občanské sdružení, které nabízí pomoc vyrovnat se s nemocí, hájit zájmy a potřeby osob trvale postižených závažnými civilizačními chorobami. Rozvíjí léčebnou a sociální rehabilitaci u této cílové skupiny.

- **Klub důchodců, Krnov**

Cílem klubu je pomáhat lidem seniorského věku překonat samotu, organizují volnočasové aktivity, přednášky (<http://www.krnov.cz/>).

- **Občanské sdružení zdravotně postižených „Kašna“ Osoblaha**

Poskytují činnosti občanům se zdravotním postižením, bez ohledu na věk, druh a rozsah postižení. Organizují ozdravné a rekondiční pobyty pro své členy, a usilují o odstraňování architektonických bariér.

Služby sociální péče

Osobní asistence

Jako služba sociální péče se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž životní situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Je stanovena předem dohodnutým časem a rozsahem, nikoli výčtem úkonů. Vzhledem k zaměření na cílovou skupinu osob s pohybovým postižením v dospělosti a seniorského věku uvádím pouze jednu organizaci. Ostatní organizace poskytují osobní asistenci v tomto regionu jiné cílové skupině.

- **Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, Bruntál**

Centrum osobní asistenci zajišťuje ve městě Bruntál a Krnov. Služba je poskytována vyškolenými pracovníky - osobními asistenty, osobám se zdravotním postižením, kteří při zvládání každodenních životně důležitých úkonů potřebují pomoc jiné osoby. Služba je za úplatu (<http://www.czp-msk.cz/>).

Pečovatelská služba

Tato služba je směřována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby při zvládání každodenních životně důležitých úkonů, které jsou zákonem jasně vyjmenovány. Může se poskytovat v přirozeném prostředí klienta nebo ve specializovaných zařízeních.

- **Charita Krnov**

Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba - zajišťuje komplexní péči ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, a to chronicky i akutně nemocným, dále slabým,

opuštěným lidem. Ošetrovatelskou péči vykonávají zdravotní sestry dle indikace ošetřujícího lékaře (odběr biologického materiálu, aplikace inzulinů, pohybová aktivizace, dechová cvičení, aj.). Služba je pokryta na Krnovsku, Albrechticku a Osoblažsku.

- **Help - in o. p. s., Bruntál**

Společnost zajišťuje pečovatelskou službu seniorům a osobám se zdravotním postižením, a to v obcích, se kterými uzavřela smlouvu o finanční spoluúčasti při poskytování výše uvedené služby. Patří sem Město Albrechtice, Heřmanovice a Zátor. Služba je zpoplatněna.

- **Domov pro seniory Krnov**

Tato příspěvková organizace nově od 1. 1. 2009 převzala a řídí **pečovatelskou službou**, jejímž poskytovatelem bylo do té doby město Krnov. Služby jsou aplikovány formou terénní a ambulantní. Zařízení: 3 Střediska pečovatelské služby v Krnově (ulice Hlubčická, Rooseveltova, a Moravská).

- **Dům s pečovatelskou službou, Jindřichov**

Poskytovatelem služby je obec Jindřichov, je určena seniorům a osobám se zdravotním postižením a to terénní formou.

Domovy pro seniory

Jsou zařízení, která poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Zajišťují pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně aj., kontakt se společenským prostředím, aktivizační činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů klientů. Služba je zpoplatněna.

- **Domov pro seniory Krnov** (Rooseveltova)
- **Domov pro seniory Devětsil, Krnov** (Ježník)
- **Domov pro seniory Osoblaha**

Služby sociální prevence

- **Komunitní centrum Armády spásy Krnov**

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením - jsou určeny pro zdravotně znevýhodněné občany Krnova, kteří dosáhli důchodového věku a jsou ohroženi vyloučením ze společnosti. Činnosti představují setkávání v klubu, výtvarné aktivity, vědomostní soutěže, výlety.

Shrnutí

V této síti služeb lze pozorovat absenci telefonní krizové pomoci seniorům a osobám se zdravotním postižením a průvodcovské a předčitatelské služby, které v regionu Krnov nejsou zastoupeny. Podle výsledků Veřejného slyšení města, kde byla nabízena možnost zajištění telefonní krizové služby - firmou DORKAS, nebyl dostatečný zájem ze strany uživatelů. Průvodcovská a předčitatelská služba je částečně poskytována Charitou Krnov, která nabízí např. doprovod k lékaři či na úřady. Respitní péče, která by sloužila ke krátkodobé úlevě lidem, kteří pečují o své blízké z důvodu jejich nízké soběstačnosti vlivem pohybového postižení, není rovněž v regionu zastoupena.

Město Krnov pracuje na rozvoji sociálních služeb pro zdravotně postižené v rámci komunitního plánování, které by mělo sloužit všem sociálním skupinám. Dále iniciuje vlastní zapojení seniorů a osob se zdravotním postižením do plánování. Výsledkem je dobrá spolupráce. Např. si senioři sami vytvořili tzv. „Lavičkostezky“, kdy zmapovali nejvíce frekventované trasy, na kterých nebylo možno si odpočinout, posadit se. Cílem města je nyní daná místa přizpůsobit těmto účelům a vytvořit vhodné orientační značení dané trasy.

Lidé s pohybovým postižením zase pracují na projektu „Bariéry“, kdy mapují často navštěvovaná místa a budovy města, která působí lidem zejména s pohybovým postižením značné problémy. Město se bude podanými návrhy zabývat a řešit je.

Do komunitního plánování sociálních služeb se zapojily také Město Albrechtice, obec Osoblaha, zatím jsou však v počáteční fázi. Dle mého názoru je v tomto projektu velká budoucnost, pozitivitu v něm shledávám zejména ve spolupráci a účasti všech zainteresovaných skupin, a to - zadavatel - poskytovatel - uživatel. Více se ale o komunitním plánování rozepisovat nebudu, je to rozsáhlé téma, které by mohlo být námětem další práce.

Na základě rozhovoru ze zástupci a pracovníků některých organizací, musím konstatovat, že motivace i podmínky pro zlepšení kvality života osob s pohybovým postižením je spíše ve větších městech regionu, a to Krnov, Město Albrechtice. V ostatních obcích, zejména těch odlehlých od centra regionu (Krnov), nejsou dostatečné podmínky, zejména v oblasti finančních a lidských zdrojů. Díky tomu chybí také dostatečná motivace.

12 Svaz tělesně postižených v ČR, o. s., Místní organizace Krnov

Je samostatnou nezávislou organizací, jejímž cílem je především pomáhat zajišťovat potřeby a hájit zájmy svých členů. Svaz tělesně postižených v ČR o.s., místní organizace Krnov (dále jen MO) sdružuje především osoby se zdravotním postižením (nejčastěji pohybovým), ale také přijímá za své členy osoby bez zdravotního postižení, které mají zájem pomáhat a podílet se na činnostech a aktivitách sdružení. Místní organizace Krnov je nejnižší organizační jednotkou STP v ČR o.s. se sídlem v Praze, jeho okresní organizací je STP v ČR o. s. Rýmařov. V dřívější době tato sdružení nesla název Svaz invalidů v ČR, v roce 2003 dochází ke změnám vedoucím k nynější podobě.

Organizační strukturu sdružení tvoří výbor sedmi členů, který schvaluje roční plány činnosti organizace a její rozpočet; dále revizní komise, která je složena ze tří členů a celou činnost a hospodaření kontroluje. Členové výboru se setkávají na pracovních schůzkách jednou měsíčně, pro zbývající členy připravují dvakrát ročně členské schůze. Předsedkyní MO Krnov je p. Eva Garguláková, jednatelkou p. Marie Lukešová. Zástupci organizace se účastní školicích akcí, seminářů a pracovním porad. Ve sdružení pracují dobrovolně bez nároku na finanční odměnu.

Město Krnov poskytuje Místní organizaci STP, současně však také např. Klubu důchodců a jiným organizacím, prostory, které mohou bezplatně (bez úhrady nájemného) tyto organizace využívat ke svým činnostem. Vzhledem k nízkému rozpočtu MO Krnov, sdružení nedisponuje potřebným vybavením (tj. PC, tiskárna aj.), které by usnadnilo jak administrativní činnost, tak také zlepšilo a zpřístupnilo komunikaci s jinými organizacemi, společnostmi. Hlavním finančním zdrojem MO Krnov jsou pouze členské příspěvky ve výši (70 Kč ročně), které pro realizaci zejména některých náročnějších akcí nejsou dostačující.

Proto MO STP v r. 2004 poprvé žádá město Krnov o dotační příspěvek. Každoročně (kromě loňského roku) se podařilo získat dotaci ve výši - 5000 Kč, která pokryje náklady za energii (2000 Kč), a zůstatek je obvykle využit na zájezdové pobyty pro členy. Dále využívá příspěvku Krajské organizace (KO) Svazu tělesně postižených v ČR o. s. Rýmařov, ve výši 2000 Kč (jedná se o vstupenky - tzv. „plavenky“ na krytý bazén). S Krajskou organizací sdružení úzce spolupracuje při mnoha dalších aktivitách (např. účast zájezdů, návštěva divadelních představení, aj.)

Od roku 2007 se zvýšil počet členů MO Krnov z 90 (z toho 13 mužů, 77 žen) na 101 členů. Nejvíce je zastoupeno pohybové postižení lehčího stupně, dále jsou mezi členy čtyři

vozíčkáři. Nejmladší člence je 22 let a nejstarší člen je ve věku 88 let.

Věková struktura členů k 31.12. 2007:

- do 50 let - 5
- od 50 - 65 let - 32
- od 65 - 75 let - 36
- od 75 - 85 let - 15
- 80 a více let - 2

Charakteristika aktivit a činností

Hlavním cílem sdružení je snaha naplňovat potřeby a hájit zájmy svých členů, pomocí různých nástrojů se zapojovat do společenského a kulturního života nejen města Krnova, ale i jeho okolí. Pro vytvoření vhodných podmínek ke splnění těchto cílů, sdružení spolupracuje s MěÚ Krnov a dalšími organizacemi (tj. Okresní /Rýmařov/ a Krajská /Ostrava/ organizace STP v ČR o. s., Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, o. s. /SPCCH V ČR/, Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje /CZP MSK/, Klub důchodců, Patchwork klub, Divadlo J. Myrona Ostrava aj.).

MO pořádá a zajišťuje:

- pořádá semináře či přednášky z oblasti zdraví, zdravotního postižení,
- sociálněprávní poradenství (poskytuje bezplatně pracovník CZP MSK pobočky Bruntál na detašovaném pracovišti v Krnově),
- každoroční poznávací vlastivědné zájezdy a výlety, nejen pro své členy,
- návštěvy jubilantů a dlouhodobě nemocných,
- organizace se podílí na Komunitním plánování sociálních služeb města Krnova v oblasti skupiny zdravotně postižených občanů,
- účast a presentace na Veletrhu zdraví a sociálních služeb,
- členové mají možnost účastnit se ozdravných rekondičních pobytů, které pořádá Okresní a Krajská organizace STP v ČR o. s. (Opava, Ostrava),
- návštěvy divadelních představení divadla J. Myrona v Ostravě,
- účast družstev na Sportovním dnu zdravotně postižených,
- přátelská posezení s různou tematikou (vánoční čas, velikonoce aj.),
- pořádá 2 x ročně členské schůze.

Obr. 12: Veletrh zdraví a sociálních služeb



Místní organizace Krnov STP v ČR o. s. se stává nedílnou součástí života města Krnova. Jednak se členové sdružení účastní kulturních a společenských akcí pořádaných jinými organizacemi. Např. v loňském roce se v menší míře účastnilo akce „Krnovská 50“, kterou pořádá Klub českých turistů, jindy sdružení využilo možnosti presentovat se již na druhém ročníku „Veletrh zdraví a sociálních služeb“, pořádaném Sociálním odborem MěÚ Krnov. Ale také se sdružení rozhodlo zapojit se do kulturního života města svou aktivitou, proto v loňském roce uspořádalo společnou akci jak pro své členy, tak i pro veřejnost. Jednalo se o sportovní odpoledne s názvem „O perníkové Medaile“. Podle slov paní Gargulákové byly ohlasy na toto odpoledne velmi pozitivní, u členů vzrostla chuť a zájem pořádat podobných akcí více.

STP v ČR o. s., Místní organizace Krnov má spíše kulturnězájmový charakter, s možností sociálněprávního poradenství. I přes nízké ekonomické zázemí, je program činností a aktivit bohatý. Přesto si myslím, že podpora těmto neziskovým organizacím jak ze strany státní složky, tak také ze strany měst a obcí by mohla být vyšší. Další otázkou je, nakolik si všeho váží sami členové těchto sdružení. Snad je to dáno některými charakteristickými tendencemi vyplývajícími z věkového složení členů sdružení nebo okolnostmi daného regionu, ale objevují se často potíže zejména při finanční účasti členů na některých akcích. Účast některých konaných akcí je velmi malá ačkoli finanční podíl členů není vysoký. Z těchto důvodů sdružení není schopno zajistit některé akce pro nízkou kapacitu obsazení. Což by mělo být zamyšlením pro členy samotné organizace.

13 Svaz tělesně postižených v ČR o. s., Místní organizace Koberice

Místní organizace (MO) Koberice je samostatnou právní organizací, a zároveň také nejnižším organizačním článkem Svazu tělesně postižených v ČR o. s. se sídlem v Praze, jejíž působení je celorepublikové. Její Okresní organizací je Svaz tělesně postižených (STP) v ČR o. s. Opava.

MO vznikla v roce 1991 na základě skutečnosti, že v Kobericích nebyla žádná organizace pomáhající zdravotně postiženým občanům. Lidé se zdravotním postižením z Koberic tak byli organizováni v různých spolcích okolních vesnic. Od počátku vzniku organizace, je jejím hlavním záměrem pomoci hájit práva a zájmy osob se zdravotním postižením ve své organizaci i mimo organizaci. Usilují o odstraňování architektonických bariér v obci. Snaží se také iniciovat aktivitu zdravotně postižených, a začleňovat se do společenského, kulturního a sportovního života v obci i okolí. K tomu je zapotřebí spolupracovat s ostatními složkami i řadovými občany. Organizace je řízena dobrovolníky, členským výborem - 7 členů a tříčlennou revizní komisí. Předsedou je p. J. Lamcha, jednatelkou a sociální referentkou se stala p. M. Lamchová.

Výsledkem určitých jednání je velmi dobrá spolupráce s Obecním úřadem Koberice, který se již v roce 1997 významně podílel na generální opravě chátrající klubovny, která dodnes slouží k menším akcím, schůzím a přednáškám. Spolupráce pokračuje i nadále (např. při konání různých společenských akcí), ale významná je především účelová dotace, která byla poskytnuta MO ve výši - 30 000 Kč. Finanční prostředky jsou tvořeny ročními členskými příspěvky a výtěžky z některých společenských akcí, které Místní organizace pořádá.

V současné době má organizace 117 členů s různým zdravotním postižením. Sdružuje osoby jak s postižením tělesným, tak sluchovým, nebo s postižením civilizačními chorobami. Členové jsou spíše staršího věku, průměrný věk ve sdružení je kolem 72 let.

MO pořádá a zajišťuje:

- spolupracuje s jinými organizacemi,
- umožňuje účast na ozdravných a rekondičních pobytech, zájezdech a jiných akcích pořádaných Okresní organizací STP v ČR o. s., Opava,
- připravuje 3 x ročně přednášku s účastí odborníka,
- pořádají společenské akce,
- pořádá sbírku pro Charitu Krnov,

- každoročně připravuje „Sportovní odpoledne pro děti“,
- přátelská posezení s různou tematikou,
- návštěva jubilantů a dlouhodobě nemocných,
- výlety, zdravotní vycházky,
- poskytuje sociálněprávní poradenství (pracovník Centra pro zdravotně postižené MSK, Opava).

Místní organizace Koberice se stala významnou nejen pro členy organizace, ale i pro mnohé další. Ačkoli sama nemá příliš velký rozpočet, a je odkázána na sponzorské dary či příspěvky, snaží se o podporu jiných osob či organizací. Toho je důkazem např. věcná i finanční sbírka pro Charitu v Opavě, nebo účast na projektu „Adopce na dálku“, kdy organizace jednou ročně finančně přispívá na školné africkému chlapci.

Shrnutí činností Místních organizací Krnov a Koberice

Obě organizace jsou zájmového a společenského charakteru, členství i práce spojená s vedením sdružení je dobrovolná. Cílovou skupinou jsou v obou případech osoby se zdravotním postižením. V Krnovské organizaci převládají osoby s pohybovým postižením. Co je zajímavé, že ačkoli má obec Koberice asi 3224 obyvatel, je počet členů této MO větší (117) než MO Krnov (101), který má zhruba 42 567 obyvatel. Možným vysvětlením by mohla být skutečnost, že lidé se zdravotním postižením v Krnově, mají více možností kulturního, společenského vyžití, tudíž nejsou členy této organizace, nebo jsou členy jiných organizací (Klub důchodců, SPCCH) či zařízení (Domov pro seniory). Činnosti obou organizací jsou pestré a významné. Také nemohu opomenout velkou podporu MO Koberic tamějším Obecním úřadem a jinými sponzory. Dle mého názoru by podpora Krnovské organizace za strany MěÚ Krnova, různých společností a firem mohla být znatelnější. Za vyzdvižení rozhodně stojí snaha MO Koberice pomoci i jiným, např. zmiňovaná „Adopce na dálku“, či „Sbírka na Charitu“.

Při osobním setkání s předsedy obou organizací, jsem vnímala velké zapálení a nadšení z práce vykonávané v těchto sdruženích. Zaslouží si pro to obdiv a poděkování, kterým je pro ně jistě spokojenost členů a zejména některé podařené úspěchy při činnosti těchto organizací.

14 SWOT analýza

Jde o metodu, pomocí níž je možné identifikovat **silné** (ang. Strengths), a **slabé** (ang. Weaknesses) stránky, **příležitosti** (ang. Opportunities) a **hrozby** (ang. Threats), spojené s nějakým projektem, systémem, opatřením, politikou apod. Jejím prostřednictvím je možné komplexně vyhodnotit fungování nějakého systému, nalézt problémy nebo objevit nové možnosti, řešení. Je součástí dlouhodobého strategického plánování společnosti.

SWOT analýza sociálních služeb pro dospělé a seniory s PH regionu Krnov

S) Silné stránky

- pozitivní postoj obyvatel k lidem se zdravotním postižením,
- uvědomění si nedostatku sociálních služeb,
- aktivní zapojení měst a obcí (komunitní plánování),
- zkušenosti z jiných měst či regionů,
- chápání důležitosti sociálních služeb.

W) Slabé stránky

- špatná dopravní obslužnost obcí,
- nízká ekonomická úroveň regionu,
- nedostatek kvalifikovaných pracovníků,
- absence dlouhodobých dat a statistik,
- nedostatečná informovanost.

O) Příležitosti

- využití finančních zdrojů Evropského sociálního fondu,
- využití projektů pro zvýšení vzdělání a kvalifikaci pracovníků v sociálních službách,
- využití moderní elektrotechniky - zvýšit informovanost,
- zapojit se do komunitního plánování,
- využití finančních zdrojů Moravskoslezského kraje.

T) Hrozby

- dopady hospodářské krize,
- možnost nedostatku financí,
- nedostatečná obsazenost služeb,
- nedostatečná podpora Moravskoslezského kraje.

15 Zhodnocení naplnění cílů praktické části

V praktické části se mi podařilo vytvořit profil mikroregionu Krnov, který je významný zejména pro objasnění určitých regionálních podmínek, které mají vliv na strukturu sociálních služeb pro dospělé a seniory s pohybovým postižením v tomto regionu. Dále jsem sestavila současnou aktuální nabídku sociálních služeb pro osoby s pohybovým postižením v období dospělosti a senia poskytovaných v mikroregionu Krnov, která je zdrojem užitečných informací jak dospělým a seniorům s PH, tak i jejich blízkým, rodinným příslušníkům, odborníkům, kteří s těmito lidmi pracují. Pro bližší představu fungování organizace, jejímž předmětem zájmu jsou osoby s pohybovým postižením v období dospělosti a senia, jsem podrobně popsala činnost dvou samostatných organizací a následně jsem poukázala na rozdíly, které jsou z daných charakteristik patrné. Na základě všech informací získaných při výzkumném šetření, které probíhalo v mikroregionu Krnov, jsem vypracovala SWOT analýzu sociálních služeb pro dospělé a seniory s pohybovým postižením regionu Krnov, která obsahuje shrnutí a doporučení v dané problematice, jež by mohla přispět v tomto regionu ke zkvalitnění sociálních služeb dospělých a seniorů s poruchou hybnosti.

16 Závěr

Lidé se zdravotním postižením nebo jakkoli výjimeční byli v historii vnímáni různě. Většinou byli tito lidé společností segregováni, zostuzováni, mrzačeni a někdy i zabíjeni. Tehdejší společnost je nepřijala jako plnohodnotné členy společnosti, odsoudila je k absolutnímu vyvržení. Nikdo se však nad osudy zdravotně postižených lidí nepozastavoval. Drastický způsob chování k těmto lidem, patřil k obyčejům tehdejší společnosti. Člověk dnešní společnosti, který se dovídá o takovýchto hrůzách konaných na lidech zdravotně postižených, zřejmě nevěří vlastním očím a uším, je velmi otřesen a pohrdá morálkou společnosti v historických dobách. Až s nástupem 19. a 20. století dochází ke změnám postojů k lidem se zdravotním postižením, objevují se první institucionální zařízení, která již kladou důraz na specializovanou výchovu. Ačkoli je dnešní společnost v této oblasti zase o kousek dál, stále se jistě máme co učit.

Z bakalářské práce vyplývá, že pro funkčnost a efektivitu komplexní rehabilitace u osob s pohybovým postižením jak v období dospělosti, tak senia, je potřeba znát dokonale tuto cílovou skupinu ve všech jejích oblastech. V praxi je nutné vycházet ze specifík osob s pohybovým postižením, jež jsou dána věkem, pohlavím, zdravotním stavem, sociálním prostředím osob s postižením hybnosti aj., používat individuální přístup při procesu komplexní rehabilitace dospělých a seniorů s poruchou hybnosti. Významnou roli zde hraje komplexní charakteristika daného regionu. Nabídka sociálních služeb, jež je určena výše uvedené cílové skupině, se odvíjí také od oblasti či místa, ve kterém tito lidé žijí

„Non enim vivere bonum est, sed bene vivere.

Je dobré nikoliv pouze žít, nýbrž dobře žít.“

Seneca

Seznam použité literatury

JEDLIČKA, Václav et al. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Idvpz, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.

KALVACH, Zdeněk et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie. Integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Díl I. *Gerontologie obecná a aplikovaná*. I. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice et al. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena et al. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva; PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

NOVOSAD, Libor; NOVOSADOVÁ, Marcela et al. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním zejména somatickým postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-70-83-383-1.

RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1073-7.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka; BINAROVÁ, Ivana et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. dotisk. Praha: Karolinum, 2001. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOTAVA, Jiří et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

WEBER, Petr et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru*. 1. vyd. Brno: Odvoz, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Internetové zdroje:

FINGEROVÁ, Markéta. *Romea* [online]. Web proti diskriminaci. [cit. 15. října 2008]. Dostupný na World Wide Web:
<<http://antidiskriminace.romea.cz/search.php?rsvelikost=sab&rstext=all-phpRS-all&rstema=5>> .

FORMÁNEK, Martin. Mikroregion Krnovsko [online]. c2009, poslední revize 23. března 2009 [cit. 10. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web:
<<http://www.mikroregionkrnovsko.cz/index.php?file=data/mikroregion/charakteristika&&menu=2>>.

ŠTYGLEROVÁ, Terezie. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje 3 – 2008* [online]. Český statistický úřad. [cit. 10. října 2008]. Dostupný na World Wide Web:
<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/1803-08-3_2008>.

TOPINKOVÁ, Eva. *Nejčastější zdravotní potíže seniorů* [online]. Vademecum zdraví. [cit. 20. října 2008]. Dostupný na World Wide Web:
<<http://vademecum-zdravi.cz/pdf/2006-jaro-nahled.pdf>>.

Práce, sociální statistiky. Český statistický úřad [online]. c2009, poslední revize 12. června 2008 [cit. 10. října 2008]. Dostupný na Word Wide Web:
<<http://www.czso.cz/csu/>>.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Nakladatelství Sagit [online]. Poslední revize 20. března. [cit. 20. listopadu]. Dostupný na Word Wide Web:
<http://www.sagit.cz/pages/temauz.asp?cd=160&typ=r&det=1147&tema_id=1145>.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Nakladatelství Sagit [online]. Poslední revize 20. března 2009. [cit. 20. listopadu 2008]. Dostupný na World Wide Web:
<<http://www.sagit.cz/pages/sbirka.asp?cd=76&typ=r>>.

Zákon č.100/1988 Sb.,o sociálním zabezpečení. Vyhláška č.182/1991 Sb. Nakladatelství Sagit [online]. Poslední revize 20. března 2009. [cit. 20. listopadu 2008]. Dostupný na World Wide Web:
<http://www.sagit.cz/pages/temauz.asp?cd=160&typ=r&det=1147&tema_id=1145>.

Základy sociální práce. Sociální pracovník [online]. c2009, poslední revize 20. března 2009. [cit. 7. prosince 2008]. Dostupný z World Wide Web:
<<http://socialnipomoc.ic.cz/prace.html>>.

Sociální poradna. Help – in o.p.s.[online]. c2009, poslední revize 20.března 2009. [cit. 11. ledna 2009]. Dostupný na Word Wide Web:
<<http://www.help-in.cz/Socialni-poradna.html>>.

Profil mikroregionu: Krnov. Oficiální stránky města Krnova [online]. c2007, poslední revize 23. března 2009 [cit. 11. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web:
<http://www.krnov.cz/_programs/Article.asp?aid=8967&sid=102>.

Katalog poskytovatelů sociálních služeb. Oficiální stránky města Krnova [online]. c2007, poslední revize 23. března 2009 [cit. 12. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.krnov.cz/_programs/Article.asp?sid=108 -katalog>.

Demografická ročenka správních obvodů obcí s rozšířenou působností 1998 – 2007. Český statistický úřad [online]. c 2009, poslední revize 23. března 2009 [cit. 10. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0C003AA316/\\$File/403008186.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0C003AA316/$File/403008186.pdf)>.

Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2008. Český statistický úřad [online]. c 2009, poslední revize 23. března 2009 [cit. 10. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/kapitola/10n1-08-2008-0200>>.

Služby a činnosti úřadu práce. Integrovaný portál MPSV [online]. c2002, poslední revize 23. března 2009 [cit. 12. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/cinnosti_up>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. MPSV [online]. c2002, poslední revize 23. března 2009 [cit. 10. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1238414510486_1>.

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o. s. Internetové stránky organizace [online]. Poslední revize 22. března 2009 [cit. 10. ledna 2009]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.czp-msk.cz/detasovane_bruntal.php>.

Wikipedie otevřená encyklopedie. Internetové stránky organizace [online]. Poslední revize 28. března 2009 [cit. 10. března]. Dostupný na World Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>>.

Další zdroje:

FOKUS, Marketing & Social Research. *Sociologický výzkum potřeb obyvatel mikroregionu Krnovsko*. Brno, 2005. 148 s. [emailová korespondence - Patíková Vlasta, Sociální odbor MěÚ Krnov].

Seznam grafických schémat

1. Charakteristika věkového složení obyvatelstva ČR.
2. Komplikace imobility.
3. Sekundární změny imobility.
4. Maslowova hierarchie potřeb.
5. Znázornění Krnovska v rámci ČR, mapa správního obvodu Krnov, poloha regionu v Moravskoslezském kraji.
6. Přehled zaměstnanosti respondentů – sociologický průzkum (agentura Fokus).
7. Míra nezaměstnanosti.
8. Přehled o vzdělanosti respondentů – sociologický průzkum (agentura Fokus).
9. Funkční velikost sídel nad 1000 obyvatel.
10. Držitelé mimořádných výhod.
11. Stav přiznaných mimořádných výhod.
12. Veletrh zdraví a sociálních služeb.

Seznam příloh

Příloha A: Kompenzační pomůcky pro sebeobsahu.

Příloha B: Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením.

Příloha C: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany.

Příloha D: Tabulka - Demografický vývoj obyvatelstva na Krnovsku.

PŘÍLOHA A: Kompenzační pomůcky

- pro sebeobsahu

ergonomický, nastavitelný
příbor



hrnek s otvorem pro
nos



přidržený pásek k nastav.
příboru



speciální kuchyňské
prkénko



elektrický otvírač konzerv



talířová obruba



fixační kuchyňské prkénko



- pro sebeobsluhu
- pro prevenci proleženin

Podavač předmětů



navlékač punčoch



zapínač knoflíků



antidekubitní podložka
pod patu



sedací podložka



antidekubitní vzduchová podložka



- pro mobilitu

francouzská
hůl



chodítka čtyřkolové



invalidní vozík
mechanický



invalidní vozík
elektrický



přesouvací prkno



protiskluzový nášadec
na hole



PŘÍLOHA B: Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Výčet dávek

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla,
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- příspěvek na úhradu za užívání garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP - těžké zdravotní postižení, ZTP - zvlášť těžké zdr.postižení a ZTP/P - zvlášť těžké zdr. post. s potřebou průvodce).
- bezúročné půjčky.

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Jednorázová, nenároková dávka sociální péče, kterou může poskytovat obecní úřad obcí s rozšířenou působností.

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení (takové provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti).

**PŘÍLOHA C: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce
zdravotně postižené občany**

Název pomůcky	Nejvyšší výše příspěvku
1. Polohovací zařízení do postele	100 % z ceny
2. Obracecí postel	50 %
3. Vodní zvedák do vany	50 %
4. vypuštěno	
5. Přenosný WC	100 %
6. Psací stroj se speciální klávesnicí	50 %
7. Motorový vozík pro invalidy	50 %
8. Židle na elektrický pohon	50 %
9. Přenosná rampa (pro vozíčkáře)	100 %
10. Zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu	100 %
11. Zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu	100 %
12. Individuální úpravy automobilu	100 %
13. vypuštěno	
14. Dvoukolo	50 %
15. Šikmá schodišťová plošina	100 %
16. Signalizační pomůcka SYM-BLIK	80 %
17. Koupací lůžko	50 %
18. Nájezdové lyžiny pro vozíčkáře	100 %

PŘÍLOHA D: Tabulka – Demografický vývoj obyvatelstva na Krnovsku

Tab. 13.14.		Krnov - 814										okres Bruntál, CZ0801 Moravskoslezský kraj, CZ080	
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Počet obcí v tom s počtem obyvatel:		25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	Number of municipalities Size of municipality	
		-	199	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	200 - 499	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	200 - 499	
	500 - 999	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	500 - 999	
	1 000 - 4 999	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1 000 - 4 999	
	5 000 - 19 999	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5 000 - 19 999	
	20 000 - 49 999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20 000 - 49 999	
	50 000 +	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	50 000 +	
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Stav obyvatel k 1.7.		43 611	43 507	43 474	43 276	43 113	43 000	42 820	42 669	42 522	42 481	Population 1 July	
v tom:		21 420	21 396	21 350	21 217	21 119	21 059	20 962	20 922	20 934	20 901	Males	
Muži		22 191	22 121	22 124	22 059	21 994	21 941	21 838	21 737	21 588	21 590	Females	
Stav obyvatel k 31.12.		43 841	43 504	43 442	43 173	43 056	42 881	42 739	42 598	42 459	42 567	Population 31 December	
v tom ve věku:		7 893	7 827	7 602	7 440	7 308	7 127	6 938	6 752	6 519	6 481	Age:	
0 - 14		30 242	30 280	30 412	30 387	30 430	30 449	30 458	30 416	30 417	30 394	0 - 14	
15 - 64		5 306	5 397	5 428	5 346	5 318	5 305	5 343	5 430	5 523	5 692	15 - 64	
65 +		37,1	37,5	37,5	37,9	38,2	38,5	38,8	39,1	39,5	39,7	65 +	
Průměrný věk		66,4	69,0	71,4	71,9	72,8	74,4	77,0	80,4	84,7	87,8	Average age	
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)		21 927	21 350	21 332	21 160	21 091	20 997	20 942	20 939	20 908	20 936	Index of ageing (65+ / 0 - 14 v %)	
Muži		4 168	4 072	3 968	3 851	3 770	3 643	3 548	3 475	3 396	3 337	Males	
v tom ve věku:		15 513	15 331	15 380	15 380	15 395	15 448	15 467	15 456	15 455	15 455	Age:	
0 - 14		1 916	1 947	1 974	1 929	1 926	1 906	1 927	2 008	2 087	2 144	0 - 14	
15 - 64		34,8	35,2	35,6	36,0	36,4	36,7	37,0	37,4	37,7	37,9	15 - 64	
65 +		46,0	47,8	49,7	50,1	51,1	52,3	54,3	57,8	62,0	64,2	65 +	
Průměrný věk		22 144	22 154	22 110	22 013	21 965	21 894	21 797	21 659	21 551	21 631	Average age	
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)		3 825	3 755	3 634	3 589	3 484	3 484	3 390	3 277	3 153	3 144	Index of ageing (65+ / 0 - 14 v %)	
Ženy		14 829	14 949	15 022	15 007	15 035	15 001	14 991	14 960	14 962	14 939	Females	
v tom ve věku:		3 590	3 450	3 454	3 417	3 392	3 399	3 416	3 422	3 436	3 548	Age:	
0 - 14		38,6	39,0	39,4	39,7	39,9	40,2	40,5	40,9	41,2	41,5	0 - 14	
15 - 64		86,6	91,9	95,0	95,2	95,9	97,6	100,8	104,4	109,0	112,8	15 - 64	
65 +												65 +	
Průměrný věk												Average age	
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)												Index of ageing (65+ / 0 - 14 v %)	