

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Speciálně pedagogická andragogika

**Využití nabídky sociálních služeb
u osob s poruchou mobility**

Bakalářská práce

Autor: Petra Grünwaldová
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická andragogika
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pouze za odborného vedení vedoucí bakalářské práce.

Dále prohlašuji, že veškeré podklady, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 30.března 2009

Petra Grünwaldová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Petře Bendové, PhD. za odborné vedení a konzultace při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CHARAKTERISTIKA OSOB S PORUCHOU MOBILITY	7
1.1 Klasifikace poruch mobility.....	8
1.1.1 Vrozené poruchy mobility	8
1.1.2 Získané poruchy mobility	11
1.1.3 Tělesná postižení po úraze	12
1.1.4 Tělesná postižení po nemoci.....	13
1.1.5 Nemoc.....	14
1.1.6 Zdravotní oslabení	16
2 UCELENÁ REHABILITACE.....	17
2.1 Struktura rehabilitace	17
2.1.1 Léčebná rehabilitace	17
2.1.2 Pracovní rehabilitace.....	18
2.1.3 Sociální rehabilitace.....	18
2.1.4 Pedagogická rehabilitace	18
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S PORUCHOU MOBILITY	20
3.1 Historický vývoj sociálních služeb	20
3.2 Legislativní zakotvení sociálních služeb	23
3.2.1 Zákon o sociálních službách	23
3.2.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	25
3.2.3 Příspěvek na péči	27
3.2.4 Pracovníci v sociálních službách	30
3.3 Typologie sociálních služeb pro osoby s poruchou mobility	30
3.3.1 Služby pro osoby s poruchou mobility	31
3.4 Význam sociálních služeb u osob s poruchou mobility.....	32
4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE VE VZTAHU K UŽIVATELŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	34
5 VÝZKUM.....	36
5.1 Vymezení cílů bakalářské práce	36
5.2 Výzkumné metody	36
5.2.1 Dotazník.....	36
5.3 Místo a průběh výzkumného šetření.....	36
5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku	36
5.5 Presentace dat získaných výzkumným šetřením	37
5.6 Zhodnocení naplněných cílů.....	41

Závěr	42
Použitá literatura	43
Seznam příloh	44
Přílohy	Chyba! Záložka není definována.

ÚVOD

Problematika sociálních služeb, jejich právní úpravy, organizace a využití je v současné době stále více diskutovaným tématem. Jedná se o dlouhodobě se formující systém, jehož zapojení do praxe však ne vždy probíhá hladce. Je pravdou, že nynější, dlouho očekávaný zákon o sociálních službách přinesl několik pozitivních změn ve vztahu k uživatelům, kdy jeho prioritou je individuální přístup ke klientům a jejich začleňování do společnosti. Jisté nesrovnalosti jsou ovšem stále patrné. Např. ve srovnání se zeměmi Evropské unie, kde jsou sociální služby poskytovány spíše nestátními neziskovými organizacemi a plánováním i objednáváním služeb se zabývá obec. Česká republika upřednostňuje poskytování sociálních služeb prostřednictvím krajských zařízení sociálních služeb. Tím pádem nastává nerovnost mezi poskytovateli sociálních služeb, nestátními neziskovými organizacemi a krajskými poskytovateli sociálních služeb.

Cílem následující části je poukázat na další poruchy mobility, spadající do somatopedické oblasti, kterou se tato práce snaží čtenáři přiblížit. Nejen sociální služby mají bohatou historii, také výchova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením si prošla několika zlomovými obdobími, které formovaly a ovlivňovaly péči o handicapované jedince v minulosti, i dnes.

Bakalářská práce by neměla popisovat jednu konkrétní poruchou hybnosti, ale zahrnovat obecný popis poruch, které mohou jedince během života postihnout. Bude se skládat ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část by měla čtenáři pomoci lépe se zorientovat v různých typech poruch mobility a seznámit nejen s jejich etiologií, ale také přiblížit možnosti interdisciplinární spolupráce s odborníky z dalších vědních oborů ve smyslu ucelené rehabilitace (ať už speciálně pedagogické, lékařské či psychologické), napomáhající klientovi k dosažení co nejvyšší míry socializace a zvýšení kvality jeho života. Cílem závěrečných kapitol bude zmapování služeb přímo se dotýkajících osob s poruchou mobility a jejich oporou v zákoně, stejně jako příspěvků, které mohou využívat.

Obsahem praktické části bude šetření prostřednictvím dotazníků, jehož cílem je zmapovat míru využitelnosti sociálních služeb osobami s poruchou mobility a jejich spokojenost se službou, kterou využívají.

1 CHARAKTERISTIKA OSOB S PORUCHOU MOBILITY

Pojem porucha mobility je velice široký pojem, my se ho však pokusíme alespoň rámcově z hlediska speciální pedagogiky specifikovat a stručně přiblížit.

Jak uvádí Vítková (in Pipeková, 2006, s. 169), „*ve speciálně pedagogické odborné literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození.*“

Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností, ať už na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem.

(Vítková, 2006)

Porušená hybnost, respektive poškození motorického výkonu, má nepříznivý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka, zejména v dětství. Po stránce fyzické svaly atrofují a slábnou, neboť nejsou funkčně zatěžovány pohybem. Po stránce smyslové a rozumové je omezen rozsah poznání, neboť dítě s poruchou hybnosti si nemůže samo v plné míře ověřovat poznatky získané zrakem a sluchem. Rozsah a kvalita poznání a myšlení jsou omezeny i tím, že se při nedostatku motorických a kinestetických podnětů málo aktivizuje psychická činnost.

(Renotierová, Ludíková, 2006)

Velmi důležitou roli hraje fakt, kdy a v jakém věku postižení nastane. Tento vliv lze rozdělit na dvě základní kategorie:

- postižení od narození nebo od raného dětství;
- postižení získané v průběhu života, nejčastěji v produktivním věku;

Obě tyto varianty silně působí nejen na somatický stav člověka, ale jsou úzce propojené s jeho psychikou. V případě vrozeného postižení hybnosti u dítěte, nastává zátěžová situace především pro rodinu, která si musí projít několika fázemi vyrovnání se s touto závažnou informací. Náhlá ztráta hybnosti u dospělého jedince z důvodu úrazu či nemoci u něj může způsobit posttraumatický stresový syndrom. Většina kompetencí a sociálních dovedností mu ale zůstává a v dalším životě je ještě může uplatnit.

Adaptace na ztrátu některé pohybové funkce je charakteristické těmito fázemi:

1. fáze latence (neinformovanosti);
2. fáze pochopení (projevující se popřením či odmítáním kontaktu s lidmi);
3. fáze postupné adaptace (postupné využívání kompenzačních způsobů pohybu).

Člověk, který v dospělosti ztratí částečně nebo zcela schopnost pohybu musí nalézt nový smysl a cíl života. Nezastupitelný význam v tomto hraje sociální a emoční zázemí a podpora nejbližšího i širšího okolí. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

1.1 Klasifikace poruch mobility

Pojem zdravotního postižení vychází ze somatopedické terminologie, v současnosti se však používá jako zastřešující označení pro všechny vady, či poruchy nebo anomálie. My se ale zaměříme na poruchy mobility (hybnosti). Celkově rozumíme pojmem mobilita souhrn veškerých pohybů živého organismu, mezi které patří pohyby reflexní (vázané na určitý podnět), mimovolní i volní (řízené). (Defektologický slovník, 2000)

Poruchy mobility můžeme dělit podle několika kritérií. Např. podle doby vzniku rozlišujeme vrozené a získané tělesné postižení.

1.1.1 Vrozené poruchy mobility

V případě vrozených poruch mobility může dojít k anomáliím v průběhu celého nitroděložního vývoje. Na vzniku se zpravidla podílí více příčin (např. infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, úrazy a psychická traumata, toxický vliv chemikálií či léků, užívaných v době gravidity bez doporučení lékaře, komplikované porody, např. kříšením dítěte, protražované nebo překotné porody, příliš malé, velké nebo nedonošené plody, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS, většinou do 1 roku věku, atd.) (Jankovský, 2001)

Důsledkem mohou být např.:

A/ Vrozené vady lebky a páteře:

- vrozené vady lebky – např. předčasný srůst lebečních švů, v jejímž důsledku dochází k různým deformacím lebky;
- poruchy velikosti lebky – např. makrocefalus či mikrocefalus;
- rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře – často přidružené další vrozené deformity nohou, kdy horní polovina těla bývá normálně vyvinuta;

B/ Vrozené vady končetin a růstové odchylky

dle Defektologického slovníku (2000):

- amélie – vrozené nevyvinutí končetin nebo jiných částí těla;
- dysmélie – vrozený nedokonalý vývin končetin nebo jiných částí těla;
- fokomélie – vrozená deformita horních končetin charakteristická nevyvinutím paže a předloktí. Ruka nasedá jako ploutev přímo na hrudník.;
- arachnodaktylie – mimořádně dlouhé a tenké prsty;
- syndaktylie – vrozený srůst prstů na horních nebo dolních končetinách;

- polydaktylie – zvětšení množství prstů, opět na horních či dolních končetin;
- vrozená noha kososvislá – obvykle doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí;
- vrozená noha hákovitá – pata značně vystupuje, noha je v hlezenním kloubu ohnuta vzhůru;
- vrozená noha kosá – deformita, při níž je přední úsek nohy ohnutý směrem dovnitř;
- luxace – vykloubení, při kterém kloubní hlavice a jamka ztrácejí dotyk buď úplně, nebo neúplně (subluxace);

S ohledem na téma této práce, je důležité také věnovat pozornost posuzování úrovně motoriky osob s poruchou mobility, s čímž souvisí sledování svalového tonusu. Často může totiž docházet k jeho snížení – hypotonii, či zvýšení – hypertonií (spasticitě). Příčinou těchto poruch je postižení buď centrálního, nebo periferního motoneuronu. (Jankovský, 2001)

Centrální a periferní obrny

Ztrátu schopnosti uskutečnit volní pohyb označujeme jako obrnu, kterou dělíme na obrnu částečnou, parézu, a úplnou, kterou nazýváme plegie.

Jankovský (2001) rozlišuje obrny podle lokalizace na monoparézu (postižena jedna končetina), paraparézu (postižení dolních končetin), hemiparézu (postižení jedné poloviny těla), kvadruparézu (postižení všech končetin) a diparézu (projevující se spíše u dětí s DMO spasticitou dolních končetin).

DMO vůbec zahrnuje širokou škálu poruch a s ohledem na zaměření této práce se jedná o nejčastější somatické postižení.

Dětská mozková obrna (DMO)

Označení „dětská mozková obrna“ je podle Šlapala (in Jankovský, 2001) nepřesné, protože ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Z těchto důvodů se občas užívá označení encefalopatie, neboli nespecifikované poškození mozku, které se podle doby vzniku dělí na pre-, peri- a časně postnatální. Děti s tímto postižením mají nejen poruchu hybnosti, ale následky se projevují i v poruchách řeči, sníženými rozumovými schopnostmi, poruchami psychomotoriky, epileptickými záchvaty, pohybovou neobratností, neklidem, výrazným opožděním vývoje hybnosti atd. Přesná diagnóza se většinou stanoví až ke konci prvního roku života dítěte.

Při klasifikaci DMO se vychází z typu postižení mobility, z čehož vyplývají dvě hlavní formy - spastické a nespastické.

Spastické formy DMO

- Diparetická – postihuje obě dolní končetiny. Vzniká nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin. Jsou zkráceny přitahovače stehen, a proto jsou dolní končetiny v bérkách nebo stehnech překříženy. Mobilita je porušena, ale mentální schopnosti nebývají poškozené;
- Diparetická paukospastická – překřížení dolních končetin nevzniká, ale jsou obvyklé nedostatky motorické koordinace, poruchy cílení pohybů aj.;
- Hemiparetická – spastická obrna horních i dolních končetin jedné poloviny těla. Horní končetina bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. Postižené končetiny bývají slabší i kratší stejně jako příslušná polovina obličeje;
- Oboustranně hemiparetická – postižení všech čtyř končetin, jejichž hybnost je těžce omezena;
- Kvadruparetická – základem je poškození v oblasti mozkového kmene, čímž vzniká postižení všech čtyř končetin. Kognitivní vývoj má nejméně příznivou prognózu ze všech spastických forem.

Nespastické formy DMO:

- Dyskinetická – je provázena mimovolními, nepotlačitelnými pohyby, které se objevují spontánně, nebo se dají vyvolat různými podněty. Obvykle se zvětšují a zmnožují při chtěných pohybech;
- Hypotonická – typické je snížení svalového tonu, díky kterému mají děti zvýšený rozsah pohybů v kloubech. Téměř vždy je přidružena těžká mentální retardace. (Renotierová, 2002)

Pozměněnou klasifikaci DMO nacházíme u Kotagala (1996 in Jankovský, 2001).

Spastické formy jsou identické s výše uvedenými, ale nespastické se terminologicky liší. Autor uvádí formu dyskinetickou – dystonickou, dále cerebellární a na závěr formy smíšené. U jedinců s DMO se také často objevují ortopedické komplikace.

1.1.2 Získané poruchy mobility

Vznikají zvláště po úrazech a zánětlivých onemocněních. Jejich výskyt je poměrně častý. Příčinami mohou být deformace, různé typy úrazů, řada nemocí a také odchylky od správného držení těla. Správné držení těla je dáno polohou jednotlivých částí těla. Týká se především páteře, ale i ostatních částí těla. Je ovlivňováno tělesným stavem (např. tréninkem či pohybovými dovednostmi) i psychickým stavem (např. únavou, nemocí nebo nezájmem) člověka.

Odchylku od správného držení těla nazýváme vadné držení těla. Dělíme ho do tří stupňů. I. stupeň je ortopedická vada, kterou ještě člověk může vyrovnat vlastní silou a dále II. a III. stupeň, které již člověk vlastní silou nemůže vyrovnat. Projevuje se již u mládeže. Za nejdůležitější opatření je považována prevence a rehabilitační sestavy cvičení.

(Defektologický slovník, 2000)

Příčiny vadného držení těla:

- vnitřní (fyziologické) – růstové, dědičné vlivy, konstituce, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte;
- vnější – na jejich vznik má vliv prostředí (nedostatek pohybu, dlouhotrvající sezení, obezita, předčasné posazování kojence, jednostranný pohyb, předčasná a výrazná sportovní specializace, měkké lůžko s vysokým podhlavníkem, nesprávná výška nábytku, která neodpovídá proporcím dítěte aj.);

Jako důsledek nesprávného držení těla mohou nastat získané deformace, mezi které patří některé druhy skolióz a kyfóz, v jejichž důsledku dochází k nerovnoměrnému zatížení nosného systému, je narušen nervní rozvod do celého těla, objevují se bolesti hlavy, paží i dolních končetin.

Znaky vadného držení těla (Dvořáková in Pipeková, 2006):

- zvýšená hrudní kyfóza – ohnutí hrudní části páteře, odstálé lopatky a sevřený hrudník mezi rameny;
- zvětšená krční lordóza – předsunutí, prohnutí krční páteře a předsunutí a zaklonění hlavy;
- nedostatečné zakřivení páteře – zvětšené prohnutí v bederní páteři, uvolněné břicho a hýždě, nesprávný sklon pánve;
- skoliotické držení těla – nesymetrický obrys těla s různou výškou ramene a lopatek;
- bočítost kolen vnitřní nebo zevní – špatné postavení hlezenních kloubů má negativ vliv na postavení dolních končetin a pánve;
- plochá noha – pokles až vymizení nožní klenby;

1.1.3 Tělesná postižení po úraze

Nejtěžší úrazy nastávají při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem, při živelních katastrofách, výbuchem munice atd. Trvalé následky, které zasahují zcela nebo částečně mobilitu člověka, ztěžují nejen jeho výchovu a vzdělávání, ale mohou se negativně promítnout do kvality celého dalšího života. (Renotierová, 2002)

Velmi závažné jsou stavy po poranění mozku, dysfunkce periferních nervů v důsledku postižení nervového vlákna a amputace.

A/ Úrazová poranění mozku

K poškození mozku může dojít při komplikovaném porodu, ovšem nejběžnějším uzavřeným poraněním mozku je **otřes mozku**, neboli komoce. Jedná se o přechodný stav provázený ztrátou vědomí a následnými bolestmi hlavy a vegetativními příznaky.

Závažnější traumatickou lézí je však **zhmoždění mozku** nebo části mozku, kontuze, při kterém může mít porucha vědomí charakter kómatu. Kontuze je často provázena poruchou dýchání a krvácením. (Jankovský, 2001)

B/Úrazové poškození periferních nervů

Obvykle dochází k poškození periferních nervů při úrazu horní či dolní končetiny. Základní klasifikace poškození periferních nervů se dělí do tří stupňů. Nejlehčí je neuropraxis, neboli přechodná funkční blokáda, vznikající obvykle při pohmoždění periferního nervu. Těžším stupněm je úrazové poškození, axonotmesis, v jehož důsledku dochází k přerušení celistvosti axonů a nejtěžší stupeň poranění nazýváme neurotmesis. Jedná se o úplné přerušení nervu, jehož důsledkem může být chabá obrna s poruchou cití. Mezi tato poškození řadíme také obrnu pažní pleteně, jež je důsledkem přímého poškození nervové pleteně tlakem nebo tahem při problémově probíhajícím porodu.

Základem léčby je vždy co nejdokonalejší diagnóza. Je třeba zjistit přesnou lokaci porušeného periferního nervu a samozřejmě příčinu. V případech, kdy došlo k částečnému nebo úplnému přerušení kontinuity nervu je nutná chirurgická léčba, ale tam, kde není porušena kontinuita, léčba spočívá převážně v rehabilitaci a farmakoterapii. Hlavním úkolem léčebné rehabilitace je zejména pomocí aktivního cvičení udržet co nejdéle funkce schopná svalová vlákna, bránit atrofii a dbát na správnou pohybovou koordinaci. (Ambler, 2005)

C/Amputace

Amputací rozumíme umělé odnětí části končetin od trupu. Příčinou mohou být úrazy při sportu, poranění elektrickým proudem aj. K amputaci může dojít v okamžiku úrazu i těsně po něm. V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením.

U dospělých může být, kromě amputací v důsledku úrazů, další příčinou např. zhoubný nádor na končetině, onemocnění infekčního původu či cévní onemocnění. (Vítková, 2006)

Můžeme se také setkat s případy, kdy člověk původně zdravý onemocní chorobou, která může vést k trvalým následkům.

1.1.4 Tělesná postižení po nemoci

Tato tělesná postižení vznikají tehdy, když je pohyb jedince omezen nebo znemožněn v důsledku nějaké nemoci či poruchy, která nezasáhla přímo jeho pohybový aparát.

A/ Revmatická onemocnění

- Akutní revmatismus (revmatická horečka)

Příčinou onemocnění bývá streptokoková infekce skupiny A.

Postihuje nejčastěji děti mezi 5. a 15. rokem. Hlavními příznaky jsou postižení kloubů, srdce, mozku, podkožní uzlíčky, příp. i vyrážka na kůži. Zánět je doprovázen horečkami. Nejvýznamnějším projevem tohoto onemocnění může být revmatický zánět srdce, který může dítě trvale poškodit a někdy způsobit i smrt. Při léčbě se klade důraz na zvládnutí vyvolávající streptokokové infekce, ochranu před novou infekcí, léčení vlastních projevů a následků nemoci, doléčování a rehabilitaci.

- Chorea minor (tanec sv. Víta)

Jedná se o postižení centrálního nervového systému. Převážně u dětí mezi 8.-10. rokem.

Dítě začne být nápadně neklidné, v obličeji může mít záškuby, grimasuje, někdy se objevují záškuby na končetinách. Délka nemoci je 3-4 měsíce.

- Vleklý kloubní revmatismus

Následkem může být omezení hybnosti, příp. úplná kloubní ztuhlost. Při opožděné nebo nesprávné léčbě dětem hrozí dlouhodobá nebo i trvalá invalidita, neboť dochází k těžkým deformitám horních i dolních končetin. Je snížena uchopovací, tedy i pracovní schopnost ruky drápotivým postavením prstů a chybným postavením palce. Na dolních končetinách nastávají převážně deformity v kolenou. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

B/ Dětská infekční obrna

Jedná se o infekční onemocnění probíhající ve dvou fázích: první podobná chřipkové infekci, po jejímž odeznění nastupuje druhá fáze vyznačující se horečnatým onemocněním. Následkem onemocnění je ochrnutí svalů na končetinách. Intelekt zůstává nepoškozen.

U nás se díky očkování toto onemocnění již řadu let nevyskytuje. (Vítková in Pipeková, 2006)

C/ Perthesova choroba

Postihuje zejména děti ve věku 5-7 let. Charakteristická je osteonekróza hlavice stehenní kosti, která ztrácí odolnost a tříští se na ostrůvky s tkání osifikovanou a neosifikovanou. Při zátěži, např. chůzi, se deformuje. Příčinou může být poškození cév vyživujících hlavici stehenní kosti. Léčba je dlouhodobá, dítě musí zůstat v klidovém režimu a nesmí zatěžovat postiženou končetinu. (Jankovský, 2001)

Mezi závažná chronická svalová onemocnění patří také myopatie.

D/ Myopatie

Progresivní svalová dystrofie, neboli degenerativní onemocnění svalů, projevující se zprvu oslabením svalů na kořenech končetin až ztrátou funkce. Svaly jsou ochablé, atrofické a často se přemění na bezcenné vazivo. Pacienti jsou postiženi zvýšenou lordózou z důvodu oslabení trupových svalů. Charakteristická je také kolébavá, tzv. kachní chůze. V pokročilém stádiu choroby je chůze zcela znemožněna. (Defektologický slovník, 2000)

K dalším příčinám způsobujícím nepříznivý zdravotní stav patří nemoc.

1.1.5 Nemoc

Můžeme ji charakterizovat jako porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách v organismu. Na druhé straně zdraví, lze definovat jako pružnou rovnováhu organismu s prostředím. Zdravý organismus se vhodně přizpůsobuje zevnímu a vnitřnímu prostředí a svou adaptační schopností dovede vyrovnávat různé změny a odchylky. Ovšem při neúnosném přetěžování se organismus nemůže již dokonale přizpůsobovat a vznikají odchylky od životních dějů, tj. nemoc.

Rozeznáváme choroby:

Akutní, které se vyznačují náhlým začátkem, rychlým průběhem a omezeným trváním.

Přichází z plného zdraví a předchází jim jen krátké období předzvěstných (prodromálních) příznaků. Náhlé onemocnění vyrazuje z běžného řádu, znamená nečekanou změnu v kvalitě života.

Jonášková (in Renotiérová, Ludíková, 2006) rozlišuje *krátkodobou* a *dlouhodobou* akutní nemoc. V případě krátkodobé nemoci obvykle vystačí domácí léčba, po té se jedinec navrátí do běžného života. Dlouhodobá nemoc často vyžaduje dlouhodobou nebo opakovanou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Dále nemoc můžeme dělit na *recidivující* nebo *chronickou*. Recidivující se opakuje nejméně třikrát ročně a v mezidobí se neprojevují anatomické ani funkční změny postiženého orgánu nebo systému. Zatímco chronická nemoc se vyznačuje vleklým, dlouhotrvajícím často celoživotním průběhem. (Renotiérová, 2002)

Každá nemoc má určité zevní projevy, příznaky, symptomy, které narušují rovnováhu mezi organismem a prostředím a mohou se i vzájemně kombinovat. Tyto příčiny rozděluje Jankovský (2001) v nejobecnější rovině na endogenní a exogenní (vnitřní a vnější).

1. příčiny exogenní:

- fyzikální (mechanické, tepelné, vliv záření, změny tlaku a složení vzduchu, elektřina, aj.);
- chemické (různé chemické látky a jedy, které působí přímo ze zevního prostředí na povrch těla nebo jsou požitý ústy);
- nedostatečná nebo chybná výživa (zejména poruchy z nadměrné výživy, méně jako důsledek hladovění);
- cizí organismy (živočišného nebo rostlinného původu např. bakterie, kvasinky, plísně, aj.);

2. příčiny endogenní:

Následují faktory, které mohou ať už pozitivně či negativně ovlivnit průběh nemoci.

- dispozice (je to zvýšený sklon k určitému onemocnění, který je u každého jedince odlišný. Dělíme ji na vrozenou a získanou, při které se již projevuje vliv prostředí, ve kterém dítě žije.),
- změněná reaktivita organismu (neboli alergie, vznikající u některých jedinců při opětovném vniknutí určitých látek do organismu. Při prvním styku tyto látky obvykle žádnou reakci nevyvolávají, až při dalším a opakovaném kontaktu nastávají reakce stále bouřlivější. Vyvolávající látky se nazývají alergeny. Jsou různého druhu a vnikají do organismu různým způsobem),
- anafylaxe (druh alergie, který vzniká při opakovaném stříknutí těže cizorodé bílkoviny do těla),
- imunita (jedná se o odolnost proti chorobám, podmíněnou obrannými látkami, které jsou vytvořené přímo v těle. Může být nespecifická, tvořená obranným systémem, kterým se organismus brání před vniknutím cizích látek různého původu, jehož součástí je neporušený a souvislý povrch kůže, kožní žlázy, sliznice dutiny nosní, ústní a horních cest dýchacích, mandle, mízní systém a reticuloendoteliální systém, tzv. fagocytóza. A specifická imunita, vznikající ze vzájemných vztahů mezi určitým organismem a různými viry a bakteriemi. Není u všech jedinců stejná a mění se během života. Tuto imunitu můžeme dělit na vrozenou a získanou.

S vrozenou imunitou každý jedinec již přichází na svět. Naopak získanou imunitu člověk získává po prodělání některých chorob nebo očkováním či aktivní imunizací vakcínou. (Renotierová, Ludíková, 2006)

Otázka trvale sníženého imunitního systému nemusí být součástí jen nemocí, ale také úzce souvisí se zdravotním oslabením.

1.1.6 Zdravotní oslabení

Zdravotně oslabené osoby v dospělosti i ve věku senia mají sníženou odolnost vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování. Organismus je ohrožený celkovým oslabením. Jeho příčinou může být např. nevhodný denní režim, špatný způsob stravování, nedostatek potřebných vitamínů, ale i nepříznivé sociální prostředí.

Jejich důsledkem může být somatické oslabení, doprovázené stavem dlouhodobého vyčerpání, únavy a snížením psychické odolnosti. Bez patřičné pomoci a dlouhodobé komplexní podpory se mohou k základnímu somatickému oslabení přidružit další poruchy, často psychosomatického rázu. Jedná se o neurotické obtíže, které poukazují na dlouhodobě neřešené zátěžové okolnosti, a jejich projevem může být selhání celkového systému obrany organismu.

Průvodními znaky bývají emoční poruchy, poruchy myšlení, pozornosti, spánku nebo vznik navazujících somatickým symptomů, jako např. poruchy zažívání, vyměšování, různé bolesti aj.

Tyto změny vyžadují u některých jedinců někdy nejenom lékařskou, ale i další komplexní pomoc a dlouhodobější podporu, kterou mohou jedinci s poruchou mobility získat např. v lázeňských léčebnách, které mají u nás již dlouholetou tradici.

Lázně jsou místem odpočinku, klidu a relaxace a díky široké paletě typů léčeb a procedur od masáže a koupelí po speciální terapie, přinášejí klientům zlepšení psychického i fyzického zdraví. Např. Jáchymovské lázně či Jánské lázně jsou těmi, které se zabývají léčbou pohybového aparátu. Lázeňská léčba také přisívá k redukci medikamentózní léčby a zlepšuje kvalitu života klienta.

Jedinečnost lázní spočívá v kombinaci příznivých přírodních i klimatických podmínek, v moderním technickém vybavení pracovišť, vysoké úrovni a profesionalitě zdravotníků pečujících o klienty a zabývajících se jejich úspěšnou rehabilitací skládající se z několika složek, které pomáhají osobám s poruchou mobility navrátit schopnosti, které ztratili v důsledku postižení nebo alespoň zmírnit dopady jejich handicapu.

2 UCELENÁ REHABILITACE

S ohledem na skutečnosti výše uvedené je zřejmé, že léčba osob s poruchou mobility, by měla být ucelená neboli komplexní. Vyžaduje totiž spolupráci odborných lékařů, speciálních pedagogů, psychologů, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků, ale také rodičů. (Jankovský, 2001)

Ve vztahu k osobám s tělesným postižením hraje velice důležitou roli rehabilitace. Rehabilitace podle Jesenského (2000, s. 137) „*představuje procesy znovuušchopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.*“

V koncepčním smyslu je dnes uznáváno, že předmětem rehabilitace je celý člověk a jeho vztah k prostředí, což však není dostatečně podloženo žádnou právní úpravou. Je současně pravdou, že rehabilitace spadá mezi nejvýznamnější prostředky integrace, protože zbavuje člověka s poruchou mobility zátěže, rozšiřuje jeho možnosti a podporuje jeho aktivitu. (Jesenský, 2000)

Z uvedeného vyplývá, že rehabilitace je širokospektrální pojem. Vychází totiž z pochopení člověka, jako bio – psycho – sociální jednotky, a proto se užívá pojmu komprehenzivní rehabilitace (KR).

Jesenský (2000) rozčleňuje KR podle souboru úkolů, využívaných prostředků a institucí na čtyři hlavní složky (rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou).

Naproti tomu Kábele (in Renotírová, 2002) člení rehabilitaci do čtyř základních složek (rehabilitace léčebná, výchovně-vzdělávací, pracovní a sociální) a do čtyř odborných složek (psychologická, technická, právní a ekonomická).

1.2 Struktura rehabilitace

Pro lepší pochopení a orientaci mezi jednotlivými základními složkami si uvedeme jejich stručné charakteristiky.

2.1.1 Léčebná rehabilitace

Tato rehabilitace usiluje jednak o odstraňování defektů organismu a poruch jeho funkcí, ale i o eliminaci zdravotního postižení. S léčebnou rehabilitací se můžeme nejčastěji setkat ve zdravotnických zařízeních.

Součástí léčebné rehabilitace je:

- fyzikální terapie (elektroléčba, léčba ultrazvukem, termoterapie, vodoléčba, balneoterapie a další);
- léčebná tělesná výchova (hlavní metodou je fyzioterapie);
- další terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie, canisterapie atd.);

- postupy, které souvisí s léčebnými prostředky rehabilitace (chirurgické zákroky, používání kompenzačních pomůcek či farmakoterapie);
- ergoterapie (léčba prací, u dětí je základní metodou hra). Ergoterapie je chápána jako léčba smysluplnou činností, nesměšujeme ji tedy s pojmem pracovní rehabilitace.

(Jankovský, 2001)

2.1.2 Pracovní rehabilitace

Hovoříme-li o pracovní rehabilitaci, nemáme na mysli jen získávání vědomostí, dovedností, kvalifikací či obnovení pracovního potenciálu klientů, kteří mají v důsledku poruchy mobility změněnou pracovní schopnost, ale také péči jim věnovanou, aby se mohli uplatnit na otevřeném trhu práce. Aplikuje se např. na chráněných pracovištích, v chráněných dílnách nebo také v současné době na stále populárnějších podporovaných zaměstnáváních.

Pracovní rehabilitace je jedním z hlavních aspektů ovlivňujících kvalitu života lidí s postižením, což také úzce souvisí s jejich společenským postavením i oblastí využívání volného času a rozvíjení zájmové činnosti. V této souvislosti se však spíše zaměříme na sféru sociální rehabilitace. (Jankovský, 2001)

2.1.3 Sociální rehabilitace

Je to proces, ve kterém se člověk s postižením učí žít s vadou, učí se překonávat neschopnost a rozvíjet uchování potenciální schopnosti. Měla by se podílet na potřebných úpravách pracoviště, bydlení, dopravy a také zajišťovat právo na sociální dávky apod.

Jejím úkolem je také zabezpečení spoluúčasti pohybově postižených na společenském životě, v rámci jejich individuálních možností. Sociální rehabilitace se prolíná jak s rehabilitací léčebnou a pracovní, tak i s rehabilitací pedagogickou. (Renotierová, 2002)

2.1.4 Pedagogická rehabilitace

Výchova (edukace) hraje při socializaci člověka významnou roli a v oblasti rehabilitace zajišťuje jak vzdělávání všeobecné, tak i odborné, jehož úkolem je optimální rozvoj osobnosti zdravotně postiženého a jeho sociální, pracovní a kulturní integrace za použití speciálně pedagogických metod např. ve speciálních školách a zařízeních somatopedického typu.

Pedagogická rehabilitace působí na osoby se získaným postižením i na osoby s vrozeným zdravotním postižením. Důvodem je uplatňování speciálně pedagogických metod rozdělených podle druhu postižení na jednotlivé pedie. (Jankovský, 2001)

Je ovšem také patrné, že zapojení osob s hybným postižením nejen do výchovně-vzdělávacího procesu, ale také do procesu sociální integrace je značně závislé na jejich mobilitě.

U všech poruch hybnosti je velmi důležité kompenzovat jedincům s poruchou mobility omezený pohyb, aby nedošlo k jejich vyřazení z celé řady aktivit, a tím i k omezení účasti na společenském dění.

V rehabilitaci osob s poruchou mobility se využívá technik a prostředků, které se neustále rozvíjí a prostupují všemi složkami ucelené rehabilitace. Jsou to tzv. kompenzační pomůcky. Takovéto prostředky kompenzují nezpůsobnost klienta pro určité činnosti. Např. hole, berle a chodítka při chůzi; scalamobil a schodolez pro zdolávání schodiště nebo myoelektrická protéza nahrazující funkci ruky. Tyto, a samozřejmě ještě celá řada dalších pomůcek, podstatně ovlivňují kvalitu života osob s poruchou mobility, což je základním předpokladem úspěšné sociální integrace.

Osoby s poruchou mobility, které chtějí získat tyto kompenzační pomůcky, mají možnost se obrátit na odborné sociální poradenství poskytované v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, mezi jejichž služby patří půjčování těchto pomůcek.

Odborné poradenství společně se základním sociálním poradenstvím spadá pod souhrnný název Sociální poradenství, které je jedním ze základních pilířů zákona o sociálních službách.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S PORUCHOU MOBILITY

V této části představíme sociální služby, které jsou v dnešní době velmi diskutovaným tématem. Sociální politika vycházející z právních úprav používaných v osmdesátých letech minulého století je v dnešní době již zastaralá a je třeba ji obměnit moderními metodami a přístupy.

Matoušek (2007, s. 9) hovoří o sociálních službách, které chápe jako: „*služby poskytované lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.*“

Cílem sociálních služeb je podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Rozvíjení schopností uživatelů služeb a umožnění jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život. A také snížení sociálního a zdravotního rizika souvisejícího se způsobem života uživatelů.

1.3 Historický vývoj sociálních služeb

Sociální služby byly a stále jsou motivovány snahou pomoci chudým, případně jinak sociálně slabým lidem. Z hlediska vztahu společnosti k tělesně postiženým jedincům je možné ve vývoji společnosti vyčlenit několik základních období.

Ve starověku a později i ve středověku můžeme spatřovat prvky tzv. represivního období. V této době určovaly vztah k postiženým životně existenční zřetele. Úsilí o zachování rodu či rodiny vedlo společnost k tomu, aby se jedinců nemocných a postižených zbavovala. To vedlo k buď k jejich přímé likvidaci, nebo vyloučení – segregaci.

Tyto postoje se začaly měnit s příchodem křesťanství a jeho zásadami o rovnosti a přikázání lásky k bližnímu. Počet tělesně postižených jedinců ve středověku byl značný, což bylo důsledkem nejen vrozených postižení, ale i válek a nedostatečné zdravotní péče. O tělesně postižené se staraly zvláště kláštery. V tomto období převládala charitativní péče. Kláštery spolu s farnostmi tak představovaly v podstatě první „instituce“, které plánovitě a více či méně organizovaně poskytovaly dlouhodobou pomoc. Církev byla prvním poskytovatelem sociálních služeb a také tak byla uznávána.

Až do počátku novověku převládala v celé společnosti středověká tendence k sociálnímu vylučování lidí, kteří se vymkli standardní společnosti. Týkalo se to nemajetných lidí, žebráků, tuláků, duševně nemocných, cikánů, nemocných nakažlivými chorobami, jakýchkoli

nemajetných cizinců, vyvázaných z rodinných pout, z místních vazeb, z podřízenosti církvi a vrchnosti.

Ještě v období renesance bylo např. běžné vsazovat tuláky, chudé a blázny na lodi, které pluly od města k městu jako jakési pohyblivé ústavy.

Na našem území byla represivní opatření vůči chudým lidem poprvé upravena v říšském policejním řádu Ferdinanda I. z roku 1552. Represivní přístup v době osvícenství v jiných zemích spíše zesiloval, u nás byl však do určité míry zmírněn dvorskými dekrety Josefa II. z let 1782-1786, jimiž bylo doporučováno zřizování farních chudinských ústavů. Jednalo se ovšem spíše o dobrovolnou soukromou iniciativu, nikoli o povinnou veřejnou péči.

Na přelomu 16. a 17. století vydala anglická královna Alžběta I. své první chudinské zákony. Tyto předpisy ukládaly obcím povinnost pomáhat svým praceneschopným chudým a představovaly důležitý mezník ve vývoji chudinské péče.

Se vznikem centralizovaných států v Evropě se tak začala centralizovat i politika států vůči chudým. Důležitým znakem byly zárodky diferencovaného přístupu a přezkoumávání oprávněnosti nároku na službu v tom smyslu, že chudí byli rozlišováni na praceschopné a praceneschopné. Z tohoto důvodu se začala věnovat velká pozornost rehabilitaci postižených.

V období humanismu a renesance se pod vlivem myšlenek Komenského a dalších humanistů začaly objevovat snahy o vzdělávání tělesně i smyslově postižené mládeže v ústavech a zařízeních.

Myšlenku rehabilitační péče v plném rozsahu u nás rozpracoval a realizoval prof. MUDr. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky, kterými byli František Bakule a Augustin Bartoš. V roce 1913 bylo završeno jejich úsilí otevřením Jedličkova ústavu pro zmrzačené v Praze na Vyšehradě.

Na našem území došlo k legislativní úpravě veřejné chudinské péče až v polovině 19. století s převedením povinnosti poskytovat chudinskou péči na města a obce. Obecní zákon (č. 18/1862 ř.z.) dále stanovil „*pečovati o chudé a obecní ústavy dobročinné*“. Tento zákon rovněž stanovil právo na pobyt v obci a nárok na zaopatření chudinské.

V roce 1918 po vzniku Československé republiky došlo k převzetí velkého množství rakousko-uherských předpisů do právního řádu ČSR. Chudinská péče byla poskytována až jako krajní řešení situace. Primárně měla zabezpečení chudého obstarat rodina, dále pak systém veřejného zabezpečení nebo spolky a jiné soukroměprávní subjekty. Což bylo formulováno jako posloupnost s jasnou prioritou rodiny. Vyšším územně samosprávným svazkům příslušelo zejména zřizování a financování ústavních zařízení.

V meziválečném období, v době první republiky, bylo od veřejného chudinství odlišováno chudinství soukromé, které provozovaly především dobročinné spolky a humanitární

organizace. V tomto období došlo také k neobyčejnému rozmachu dobrovolné sociální péče. Mezi nejvýznamnější dobrovolné spolky patřily: Společnost Čs. Červeného kříže, Masarykova Liga proti tuberkulóze a další. Rovněž došlo k nevídanému rozvoji specializovaných poradenských služeb, jako např. poradny pro volbu povolání, pro duševní zdraví, městské sociální poradny, poradny pro „úchylné děti“, poradny pro matky s dětmi či tuberkulózní poradny.

Ve druhé polovině 19. a výrazněji ve 20. století se určujícím prvkem sociálních služeb stává státní sociální politika. Ve světě se můžeme v této době setkat s těmito prvky sociální ochrany: *reziduální* (stát má zajišťovat pouze to, co jednotlivec a jeho rodina zajistit nemohou, typické pro anglosaské země), *univerzalistický sociální stát* (systém, kdy je jedinec zajištěn pro širokou škálu sociálních událostí, u kterých se předpokládá, že je vlastními silami nezvládne, nebo je bude zvládat s nepřijatelnou mírou rizika, typické pro Skandinávii a Z Evropu) a třetí variantou je *korporativistický model* (přenáší břemeno sociální ochrany na sdružení, organizace, hlavně na zaměstnavatele, a umožňuje poskytování sociálních služeb za rovných podmínek státním i nestátním subjektům. Model se uplatnil v německy mluvících zemích).

Šedesátá léta 20. století přinesla kritiku přežívajících ústavních forem péče a budování nových alternativ k ní. Ústavy se začaly zmenšovat. Začaly vznikat terapeutické komunity, stacionáře a komunitní centra, chráněné či podporované bydlení, vznikají modely osobní asistence a rozvíjejí se svépomocné skupiny a centra.

V roce 1948 bylo zrušeno domovské právo a nahrazeno institutem československého občanství (Zákon č. 174/1948 Sb.). Péče o znevýhodněné tím přešla z obcí na stát – došlo k centralizaci. Tím pádem bylo zamezeno rozvoji sociálních služeb. Důraz se kladl především na ústavní péči, na pečovatelskou službu a na poradenství.

Po roce 1989 nastaly v naší republice zásadní změny týkající se oblasti politické, ekonomické i sociální. Již v roce 1990 byl připraven Scénář sociální reformy, v jehož rámci se předpokládala reforma celého systému sociální péče a pracovalo se s konceptem tzv. záchranné sociální sítě. Podařilo se ovšem naplnit jen jeden cíl a to v roce 1991 přijetím zákona o životním minimu a zákona o sociální potřebnosti. V tomto období nastal také dramatický nárůst počtu nestátních neziskových organizací a také církve u nás zřídily organizace specializované na poskytování sociálních služeb (Charita, Diakonie aj.)

Významnou změnou však bylo přijetí zákona č. 108/2006 Sb. společně se Standardy kvality sociálních služeb.

(Matoušek, Koldinská in Matoušek, 2007; Vítková, 2006)

1.4 Legislativní zakotvení sociálních služeb

Současná právní úprava služeb sociální péče, vychází ze zákonů přijatých na přelomu osmdesátých let minulého století. V této době bylo na sociální politiku i v oblasti sociálních služeb nahlíženo podstatně odlišným způsobem, než dnes. Praktické poskytování sociálních služeb je do určité míry zmodernizováno díky dílčím úpravám, novelizacím. Ovšem bez potřebné změny právní úpravy další kroky již nejsou možné.

Nejzásadnější změnou v sociální oblasti bylo přijetí zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

3.1.1 Zákon o sociálních službách

Zákon upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí...) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Upravuje také předpoklady pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách. Zahrnuje také zásady, které by měly být při poskytování sociálních služeb dodržovány. Říkají, že každá osoba, tedy i osoba s PM, má dle tohoto zákona právo na bezplatné sociální poradenství, sociální služby musí při své činnosti zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb uživatelů, musí aktivně podporovat rozvoj jejich samostatnosti, musí posilovat sociální začleňování uživatelů. Při poskytování sociálních služeb musí docházet k dodržování lidských práv a základních svobod.

Zásadní změnou v sociální oblasti není jen zákon 108/2006 Sb. či standardy kvality sociálních služeb, o kterých se zmíníme níže, ale také zavedení registru poskytovatelů sociálních služeb, který je základním předpokladem k získání přehledu o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Pro poskytovatele je zařazení do registru podmínkou k poskytování sociálních služeb a jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů.

O registraci rozhoduje krajský úřad.

Údaje z registru poskytovatelů současně umožňují vytvoření veřejného informačního systému, který bude sloužit k lepší orientaci. Poskytovatelé sociálních služeb tak mají bez ohledu na jejich právní formu stejná práva a povinnosti. Reaguje se tak na dlouhodobě neřešené nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb, kteří nejsou zřizováni orgány veřejné správy.

(SKOK, 2008)

Zákon dělí sociální služby do tří základních skupin – sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence.

Sociální poradenství zahrnuje základní a odborné poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin, osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a 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.

Mezi služby sociální péče řadíme: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy 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. Jejich cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Mezi služby sociální prevence patří raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Sociální služby však nerozdělujeme jen podle jejich zaměření, ale také podle forem, které se zabývají pobytovou stránkou a dělíme je na:

- Pobytové služby – jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb;
- Ambulantní služby – osoba za nimi dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí této služby není ubytování;
- Terénní služby – jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí.

(Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Klient s poruchou mobility samozřejmě vyžaduje od těchto služeb určitou kvalitu, a proto se ani služba pobytová, ambulantní či terénní neobejde bez kontroly a následného hodnocení jak pracovníků, tak podmínek a postupů uplatňovaných při práci s klienty. Tuto kontrolu zajišťuje **inspekce kvality sociálních služeb**.

Cílem tohoto dohledu je vyloučení takových postupů a jevů při poskytování sociálních služeb, které vedou, nebo by mohly vést, k poškozování práv uživatelů služeb. Systém je založený na žádosti poskytovatelů o ověření kvality jimi poskytovaných sociálních služeb. Jeho záměrem je, aby bylo vlastní snahou poskytovatelů získat osvědčení o kvalitě, která by byla pro veřejnost ukazatelem vysokého standardu. Podkladem pro ověřování kvality jsou standardy kvality sociálních služeb.

(SKOK, 2008)

3.1.2 Standardy kvality sociálních služeb

Zavádění standardů kvality sociálních služeb je reakcí na období, ve kterém zájmy institucí diktovaly způsoby poskytování služeb, a to často bez ohledu na klientovy potřeby. Nyní je kvalitu služby možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných parametrů. Standardy mohou sestavit poskytovatelé služeb společně se zřizovateli a s klienty a za jejich konstrukci i konečnou podobu odpovídají experti s dostatečnou způsobilostí v metodologii výzkumu. Dobře připravené standardy pak mají umožňovat zacvičeným posuzovatelům dostatečnou shodu v hodnocení.

Standardy popisují, jak by měla vypadat kvalitní sociální služba a porovnáním jednotlivých kritérií se skutečností lze zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je potřeba změnit. V případě veřejných sociálních služeb se kvalita musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom samostatných uživatelů, ale i zájmů zadavatelů.

Standardy kvality sociálních služeb se dělí do tří okruhů: procedurální, profesní a provozní standardy a mají následující podobu:

A/ Procedurální standardy (č. 1-8), stanovují, jak má poskytovaná služba vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Jejich velká část je věnována ochraně práv uživatelů a vytváření ochranných mechanismů, jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Cíle a způsoby poskytování služeb, jejichž smyslem je definování cílů, postupů a způsobů poskytování služby;

Ochrana práv uživatelů služeb se zaměřuje na oblasti, v nichž by mohlo k ohrožení práv uživatelů dojít a pravidla tomu zamezující;

Jednání se zájemcem o službu spočívá v seznámení zájemce o službu se všemi podmínkami poskytování služby. Uzavírá dohodu o službě a dává uživateli možnost formulovat osobní cíle. Stanovuje také pravidla pro odmítnutí zájemce;

Dohoda o poskytování služeb. Kritéria tohoto standardu upřesňují, jakým způsobem může být smlouva uzavřena (ústně nebo písemně), což závisí na charakteru služby;

Plánování a průběh poskytovaných služeb. Služba musí být individuálně přizpůsobena potřebám jednotlivých uživatelů, kteří mají možnost měnit osobní cíle v průběhu poskytování služby.

Za plán a realizaci služby odpovídá klíčový pracovník;

Osobní údaje. Je stanoveno, jaké nezbytné údaje o uživatelích se shromažďují a zpracovávají proto, aby umožnily bezpečné, odborné a kvalitní poskytování sociální služby;

Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb. Jsou to informace o tom, jak si mohou uživatelé stěžovat a komu, jak bude stížnost vyřízena a v jaké lhůtě. Zařízení má za tímto účelem stanovena vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni uživatelé i pracovníci. Stížnosti musí být vyřizovány písemně a stěžovatel může využít zástupce nebo tlumočnicka;

Návaznost na další zdroje. Zařízení podporuje klienta ve spolupráci s jinými dostupnými službami veřejnosti, snaží se předejít jeho návyku na sociální službu a podporuje jeho kontakt s rodinou a přáteli;

B/ Personální standardy (č. 9-11) se věnují personálnímu zajištění služeb, vedení, podpoře a profesnímu rozvoji pracovníků i jejich pracovním podmínkám. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají. Cílem těchto standardů je upřesnit požadavky na vedení a rozvoj pracovníků, kteří se věnují přímé práci s uživatelem.

Personální zajištění služeb. Stanovuje strukturu a počet pracovníků, jejich kvalifikační a jiné předpoklady odpovídající potřebám uživatelů a existenci pravidel pro přijímání a zaškolování pracovníků;

Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb definují pravidla týkající se externích spolupracovníků a zajištění pracovníkům podmínky pro výkon kvalitní péče;

Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů. Zařízení zajišťuje profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, vytváří možnost konzultace pracovníků s nezávislým odborníkem a také zajišťuje programy dalšího vzdělávání pracovníků;

C/ Provozní standardy (č. 12-15) definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Charakterizují předpoklady pro poskytování kvalitních služeb v takovém prostředí, které odpovídá svým charakterem potřebám cílové skupiny. Soustřeďují se na dostupnost služby a informovanost o ní. Shrnují požadované postupy pro řešení nouzových a havarijních situací.

Místní a časová dostupnost služby. Je určeno místo a doba, během níž je služba dostupná, což odpovídá cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny uživatelů;

Nouzové a havarijní situace. O těchto situacích je vedena dokumentace a zařízení, pracovníci i uživatelé jsou připraveni a seznámeni s postupy, jimiž se mají řídit;

Zajištění kvality služeb. Vedení dbá na to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Má také způsob jak kontrolovat, zda jsou poskytované služby v souladu s veřejným závazkem a zda jsou naplňovány osobní cíle uživatelů. Uživatelé i pracovníci jsou do hodnocení také zapojováni;

Ekonomika. Zařízení má plán zajištění zdrojů pro financování poskytovaných služeb, zpracovává a zveřejňuje výroční zprávu, jsou stanovena pravidla pro přijímání darů a organizace také vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným obecně závazným normám a bylo transparentní. (Valenta, Müller, 2007; Matoušek, 2007)

Přes financování poskytovaných služeb se dostáváme k další změně, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách, je to nová sociální dávka – příspěvek na péči. Ten představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb. Cílem tohoto příspěvku je posílení finanční soběstačnosti uživatelů sociálních služeb. Příspěvek by měl uživateli umožnit hradit většinou část nákladů poskytované služby. Celkové náklady poskytované služby se dofinancují z veřejných rozpočtů. (SKOK, 2008)

3.1.3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči bude poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu budou potřebovat pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

Při posuzování péče o vlastní osobu bude hodnocena schopnost zvládat tyto úkony:

- příprava stravy, podávání, porcování stravy, mytí těla, koupání nebo sprchování, stání, schopnost vydržet stát, péče o ústa, vlasy, nehty, holení ad.

Při posuzování soběstačnosti bude hodnocena schopnost zvládat tyto úkony:

- komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, obstarávání osobních záležitostí, mytí nádobí, péče o prádlo, manipulace s kohouty a vypínači ad.

Jednotlivé úkony se pro účely hodnocení rozsahu závislosti sčítají a jejich konkrétní způsob hodnocení je upraven vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb.

Dle zákona č.108/2006 Sb. se osoba považuje za závislou ve čtyřech úrovních:

A/ I. stupeň je definován jako lehká závislost. Je přiznán těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než dvanácti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. U osoby mladší 18 let, při více než pěti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

B/ II. stupeň je definován jako středně těžká závislost. Je přiznán těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než osmnácti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. U osoby mladší 18 let, při více než deseti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

C/ III. stupeň je definován jako těžká závislost. Je přiznán těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než čtyřiceti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. U osoby mladší 18 let, při více než patnácti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

D/ IV. stupeň je definován jako úplná závislost. Je přiznán těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než třiceti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. U osoby mladší 18 let, při více než dvaceti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

O konkrétním stupni závislosti rozhoduje úřad práce na základě zdravotního stavu žadatele o příspěvek podle nálezu jeho ošetřujícího lékaře, na základě výsledku sociálního šetření v jeho přirozeném sociálním prostředí, popř. výsledků funkčních vyšetření, a na základě výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. (Matoušek, 2007)

Výše příspěvku v jednotlivých stupních je popsána v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči (Kč/měsíc)	
	osoba mladší 18 let	osoba starší 18 let
I. lehká závislost	3 000	2 000
II. středně těžká závislost	5 000	4 000
III. těžká závislost	9 000	8 000
IV. úplná závislost	11 000	11 000

Příspěvek na péči je vyplácen obecním úřadem obce s rozšířenou působností, a to přímo osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, popř. jejich zákonným zástupcům nebo jiným fyzickým osobám, jimž byla nezletilá osoba svěřena do péče.

(Matoušek, 2007)

Povinnostmi příjemce příspěvku na péči spočívají v písemném ohlášení příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností do osmi dnů všechny změny ve skutečnostech, které mají vliv na nárok na příspěvek na péči, jeho výši nebo výplatu, na výzvu příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností tyto skutečnosti osvědčit a využívat příspěvek na péči k zajištění potřebné pomoci.

Pokud příjemce příspěvku na péči některou z těchto povinností nesplní, může mu obecní úřad obce s rozšířenou působností po předchozím písemném upozornění výplatu příspěvku zastavit nebo odejmout. Úřad totiž kontroluje, zda je příspěvek na péči využíván na zajištění pomoci a zda osobě, které byl příspěvek na péči přiznán, je poskytována pomoc, která odpovídá stanovenému stupni závislosti.

Podle nového zákona jsou sociální služby poskytovány bez úhrady, nebo za částečnou či plnou úhradu.

Bez úhrady jsou poskytovány: sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež a služby sociálně terapeutických dílen

Za služby poskytované v pobytových zařízeních hradí osoba úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Po uhrazení ubytování a stravy však musí zůstat osobě alespoň 15% jejího příjmu.

Za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb a služeb v denních stacionářích platí klienti úhradu za základní činnosti.

Financování poskytování sociálních služeb z veřejných rozpočtů

- Dotace ze státního rozpočtu;
- Dotace ze státního rozpočtu krajům na podporu poskytování služeb sociální péče na území kraje;

- Dotace ze státního rozpočtu krajům na podporu poskytování služeb sociální prevence na území kraje;
- Dotace ze státního rozpočtu poskytovatelům a zadavatelům sociálních služeb; (SKOK, 2008)

3.1.4 Pracovníci v sociálních službách

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Odborné způsobilosti se věnuje v zákoníku nejvíce pozornosti, a to hlavně díky zodpovědné a často náročné práci. Činnost sociálního pracovníka nadále nelze vykonávat bez minimálně vyššího odborného vzdělání specializovaného na sociální oblast, a pokud tuto podmínku nesplňuje, udává se ze zákona povinnost absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v celkovém rozsah nejméně 150h (musí být splněna také praxe). Sociální pracovník má povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. V oblasti sociálních služeb nefigurují pouze sociální pracovníci, ale také tzv. pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. Pracovníci v sociálních službách vykonávají: *přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby.*

Zákonem jsou rovněž vytvářeny podmínky pro „bezpečné, kvalitní a efektivní“ poskytování sociálních služeb s cílem ochrany osob oslabených ve schopnosti prosazovat svá práva a zájmy. Tyto podmínky se promítají ve spektru povinností poskytovatelů sociálních služeb a následně v systémech kontroly. Vedle standardních kontrolních postupů se zavádí také systém dohledu nad kvalitou sociálních služeb prostřednictvím inspekce kvality poskytování sociálních služeb. (SKOK, 2008)

1.5 Typologie sociálních služeb pro osoby s poruchou mobility

Až do konce roku 2006 byla členěna ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany na ústavy různých typů. Např. ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty a další.

Obecným problémem ústavních zařízení pro postižené je to, že více postiženým lidem jsou leckdy poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby, kdežto lidem méně postiženým jsou často poskytovány služby nadbytečné, brzdící jejich osobní rozvoj. Ústavní prostředí navíc svádí k medicinizujícímu přístupu, posiluje závislost klienta na ústavu a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.

Nynější Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) definuje již jen dvě kategorie těchto ústavních zařízení. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (pro osoby chronicky duševně nemocné, závislé na návykových látkách a osoby s demencí). Novým trendem v našich ústavních zařízeních je zavádění tzv. aktivizačních programů, které by na rozdíl od minulosti neměly být organizováním aktivit pro obyvatele jen podle představ personálu, ale měly by být propojeny s individuálními plány péče. Některé domovy proto vyčleňují své části pro soběstačnější obyvatele a profilují je jako chráněné bydlení. (Matoušek, 2007)

3.1.5 Služby pro osoby s poruchou mobility

Lidé s tělesným postižením mohou využívat následující služby.

Osobní asistence je služba rozvinutá nestátními organizacemi po roce 1989. Spočívá v pomoci asistenta osobě s postižením při zvládnutí úkonů, které by uživatel dělal sám, kdyby mu postižení nebránilo. Jedná se o terénní službu poskytovanou bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí osob, které ji využívají.

V případech, kdy si klient není schopen sám objednat, co od asistenta potřebuje, musí asistent převzít roli manažera péče, udržovat podpurné vztahy klienta, případně mu zprostředkovávat další služby. Osobní asistence může být kombinována s jinou službou, např. s podporovaným bydlením.

Podpora samostatného bydlení je služba, poskytovaná lidem žijícím ve vlastních domácnostech. Spočívá v pomoci při zajištění chodu domácnosti a v pomoci při dalších aktivitách včetně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Službou, poskytovanou ve vlastních domácnostech uživatelů je také *pečovatelská služba*. Služba se poskytuje ve vymezeném čase. Jde o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou v ČR lidem se zdravotním postižením a také seniorům. V některých pečovatelských službách pomáhají i dobrovolníci. Obvykle poskytovanými službami jsou: pomoc při hygieně, pomoc při oblékání, jednoduché ošetrovatelské úkony, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, doprovod, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Lidé s postižením mohou také využívat služeb *chráněného bydlení*, zařízených mimo ústavní prostředí. Tato služba má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Jde o pobytovou službu podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech. Na ústavech nezávislé služby chráněného bydlení u nás zavádějí nestátní organizace.

Další možností jsou *centra denních služeb*, které poskytují ambulantní služby, zahrnující pomoc při hygieně, stravování, také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelskou zátěž členů rodiny umožňuje snížit odlehčovací služba. *Odlehčovací služby*, neboli respitní péče spočívá buď v tom, že postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele a pečující osoby z rodiny si tak mohou na nějakou dobu odpočinout, nebo je člověk s postižením umístěn do pobytového zařízení, které přebere veškerou péči o něj.

Další, již u nás rozvinutou formou služby, jsou *denní a týdenní stacionáře*. Nabízejí zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Některé stacionáře zajišťují i dopravu uživatelů z domova do zařízení a zpět. Se stacionářem nebo s pobytovým zařízením může být propojena i sociálně terapeutická dílna.

Sociálně terapeutická dílna je název služby, pod kterou spadají chráněné dílny. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístěné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Kromě tohoto zahrnuje pomoc při osobní hygieně a stravování.

Podporované zaměstnávání je forma služby, kterou nová legislativa zahrnuje pod titul *sociálně aktivizační služby*. Spočívá v tom, že asistent spolu s uživatelem dochází na pracoviště, které není vybudováno speciálně pro potřeby lidí s postižením. Asistent na tomto pracovišti zajistí uživateli vhodné pracovní podmínky a přiměřené vedení. V době nástupu pomáhá uživateli s pracovní činností, později pak jen s řešením náročných situací.

(Matoušek, 2007; Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

1.6 Význam sociálních služeb u osob s poruchou mobility

Dnešním trendem je individuální přístup ke klientovi, podpora jeho rozvoje, stejně jako rozvíjení jeho schopností a samozřejmě snižování sociálních a zdravotních rizik, které s jeho způsobem života souvisí. Musíme si však uvědomit, že poskytování potřebných sociálních služeb nemusí uživateli přinášet jen pocit štěstí a uspokojení. Zlepšování kvality života je možné chápat jako rozšiřování příležitostí, přičemž jsou na klienta kladeny větší nároky, což může vyústit ve větší frustraci při neúspěchu. Na druhé straně je to ovšem směřování k uspokojení potřeb klienta, k realizaci osobních cílů a k naplnění smyslu klientova života. Obecné hodnocení této problematiky může být však velice neobjektivní, protože hledisko kvality života je velmi individuální záležitostí. (Matoušek, 2007)

Kvalita života osob s poruchou mobility souvisí s heterogenním charakterem příčin postižení, efektivity. Týká se všech vnitřních podmínek, mezi které patří somatické a psychické

vybavení člověka, a také vnějších podmínek, kam spadají kulturní, vzdělávací, technické a ekonomické možnosti.

Trvalé tělesné postižení představuje velkou zátěžovou situaci, promítající se i do procesu vyrovnávání se s vadou, trvalou poruchou nebo s nepříznivým společenským postavením. (Jesenský, 2000)

Aby osoby s poruchou mobility mohly samostatně žít, volně se pohybovat a cestovat, musí k tomu často mít přizpůsobené životní prostředí. Překážky, které jim v tomto brání jsou označovány jako architektonické bariéry.

Nejčastěji jsou odstraňovány bariéry pro člověka pohybujícího se na vozíku. Místa, která jsou pro vozíčkáře přístupná, se označují mezinárodně přijatým symbolem přístupnosti. Avšak lidé chodící s pomocí berlí mohou mít jiné požadavky na úpravu, např. bytu, než vozíčkáři. Nemusí jim vyhovovat hladká podlaha, šikmá plocha nebo potřebují správné umístění zábradlí.

Bezbariérové prostředí musíme chápat ale i v širším smyslu, tedy v přístupnosti veřejných budov a prostranství a to tak, aby osobám s poruchou mobility nehrozilo nebezpečí. V poslední době dochází ke značným úpravám výškových rozdílů a nájezdů na chodníky. Toto vše značně přispívá ke zkvalitnění každodenního života osob s poruchou mobility. Nepodporuje to nejen jejich osamostatnění a uplatnění schopností, které by přes dřívější překážky, nejen bariérové, nemohli využít, ale také k možnostem seznámit se s aktivitami, které jim pomohou kvalitně využít volný čas a které vedou k rozvoji jejich osobnosti. Nepatří sem tedy jen služby pro osoby s poruchou mobility uvedené výše, ale také aktivity působící jako prevence pasivity, případně alkoholismu a jiných negativních návyků.

Při seznamování osob s poruchou mobility s různými činnostmi volného času se mohou uplatnit pracovníci v sociálních službách jako např. ergoterapeuti a speciální pedagogové, které můžeme zahrnout pod souhrnný pojem pomáhající profese.

4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE VE VZTAHU K UŽIVATELŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Co se týče sociálních služeb, nemůžeme se zabývat jen jejich množstvím, typem a kvalitou, ale také lidmi, kteří v těchto službách pracují a těmi, kteří je zajišťují. Tedy lékaři, fyzioterapeuty, protetiky, psychology, logopedy, ergoterapeuty, speciální pedagogy, sociální pracovníky, pracovní konzultanty aj.

Při ovlivňování určitého stavu nebo situace, která se bezprostředně týká jedince s poruchou mobility nebo jeho okolí, a jež má vliv na kvalitu jeho života, je třeba poskytovat jedincům s poruchou mobility a jejich rodinám podporu v mnoha oblastech. Tato podpora mnohdy probíhá formou poradenských aktivit ze strany pracovníků pomáhajících profesí. Podpory těchto pracovníků pak mohou jedinci s poruchou hybnosti využívat dle potřeby v jednotlivých etapách života. Vždy by se však tato činnost měla řídit základními principy, za které lze považovat včasnost, individuální přístup, komplexnost a týmovost, neboli vzájemnou spolupráci několika odborníků.

Toto komplexní zabezpečení a podpora osoby s poruchou mobility usiluje o normalizaci kvality jejího života. V rámci tohoto zabezpečení se však vyvinuly dva hlavní směry – integrace a segregace. Integrace usiluje o rozvinutí samostatnosti a nezávislosti na pomoci jiných osob a zapojení do intaktní společnosti, kdežto segregační péče představuje naopak oddělení osob s postižením od intaktní veřejnosti. Souvisí také s nadměrným prosazováním pasivní formy péče, čímž se rozumí aktivity provozované druhou osobou s cílem vyřešit problémy života, které není handicapovaný schopen řešit sám a naopak podceňováním aktivní péče, která je charakteristická pro současnost. (Jesenský, 2000)

V pomáhajících profesích hraje velkou roli kontakt s klientem, přičemž rozlišujeme dva druhy – konfrontační, při kterém stačí dočasně odložit snahu o prosazení vlastního názoru a začít se zajímat o vnitřní svět druhého člověka, a druhý kontakt vnímavý, který nemůžeme navázat vždy a v případech, kdy v nás druhý člověk vyvolává strach či odpor, se nám zaujmout vnímavý postoj nemusí podařit. A vztah mezi pracovníkem a klientem, který mohou narušit dvě situace – buď zvýšená kontrola pracovníka nad klientem, nebo obětování se pro klienta. V souvislosti s obětováním se pro klienta můžeme často u pracovníka narazit na stres, popř. na syndrom vyhoření projevující se depresemi, lhostejností, ztrátou sebedůvěry, ale také častými nemocemi či tělesnými potížemi. Člověk v takovémto stavu často pochybuje o hodnotách a smyslu vlastní práce. Existují tři způsoby vedoucí k vyhoření – „ztráta ideálů“, „workoholismus“ a „teror příležitostí“.

Je tedy zapotřebí, aby si pracovník uvědomoval nejen projevy svého postavení, ale také svá citlivá místa, aby se tak eliminovala možnost, že si terapeut bude své problémy ventilovat na klientech. Toto uvědomění může dát důležitý základ pro celoživotní práci na sobě, s čímž mu může do jisté míry pomoci supervize. Supervize je proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémy vznikající při jeho práci s klientem.

Mezi pracovníkem a klientem existují také určité hranice, které se však v průběhu jejich vzájemného vztahu mohou měnit a pokus o zrušení těchto hranic může vést až ke zničení vztahu. Proto je dobré vytvoření vhodných podmínek, které zkvalitní vzájemnou spolupráci.

(Kopřiva, 1997)

5 VÝZKUM

1.7 Vymezení cílů bakalářské práce

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapování využitelnosti sociálních služeb u osob s poruchou mobility a vyhodnocení spokojenosti uživatelů se službou, kterou využívají.

1.8 Výzkumné metody

Za účelem realizace bakalářské práce bylo využito metody dotazníků.

5.1.1 Dotazník

Tyto osobnostní testy spadají do souhrnné skupiny testových metod. Jsou to metody založené na subjektivní výpovědi osoby o jejích pocitech, názorech, zájmech či postojích. Základem dotazníku je introspekce, což jsou vnitřní poznatky o sobě samém.

Obecně dělíme dotazníky na osobnostní, zájmové, postojevé, dotazníky efektivit, interpersonálních vztahů a symptomatické. Dotazník se skládá z řady otázek a odpovědí, které se posléze sčítají. (Plevová, 2004)

Tuto formu šetření jsme zvolili proto, že šetří čas a lze ji obvykle dobře kvantifikovat. Do úvodu byly zaneseny informace o účelu šetření, instrukce pro vyplnění a ujištění o anonymitě. Dotazník se skládá ze dvou částí. První část obsahuje 3 uzavřené, výběrové položky. Klient má tedy možnost vybrat si z více variant. Ve druhé části byly aplikovány položky škálové, na kterých respondent zaznamenával stupeň své spokojenosti s danou službou.

1.9 Místo a průběh výzkumného šetření

Šetření bylo prováděno ve třech pražských organizacích poskytujících služby osobám s poruchou mobility. Jednalo se o organizace, ve kterých autorka bakalářské práce v průběhu studia na VŠ absolvovala praxi.

Celkem bylo distribuováno 50 dotazníků. Z toho 15 do centra SLUNEČNICE, 10 do občanského sdružení OSA a 25 do zájmové organizace PROSAZ. V zařízeních byly dotazníky k dispozici osobám s poruchou hybnosti po dobu jednoho týdne, protože v určitou chvíli nebyli všichni klienti přítomni.

Z uvedených 50 dotazníků se vrátilo 27.

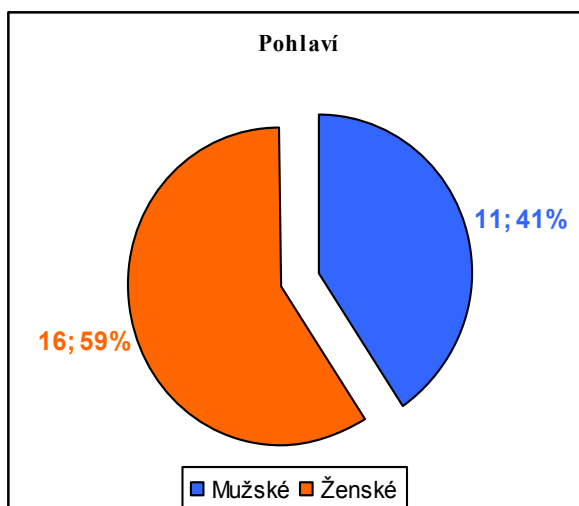
1.10 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníky vyplnili klienti z výše uvedených center. Z dotazovaných bylo 59% žen a 41% mužů. Ve věku do 30 let odpovídalo 15%, nad 30 let 37%, v kategorii 40-50 let 33% a od 50-60 let 15% respondentů.

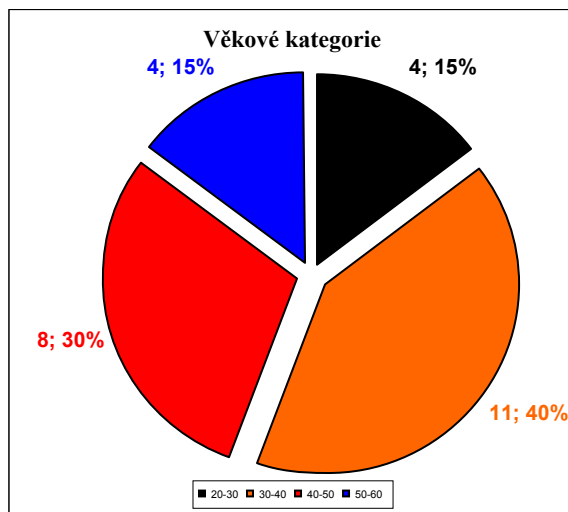
1.11 Prezentace dat získaných výzkumným šetřením

Data získaná z dotazníkového šetření jsou zpracována do grafů. Každý graf vyjadřuje odpovědi na jednotlivé otázky. Hodnoty jsou uváděny jak procentuelně, tak podle počtu respondentů. Zdrojové tabulky jsou uváděny pod grafy.

I. část - Grafy č. 1 a 2 uvádějí počet mužů a žen a rozdělení podle věkové kategorie.



Graf č. 1



Graf č. 2

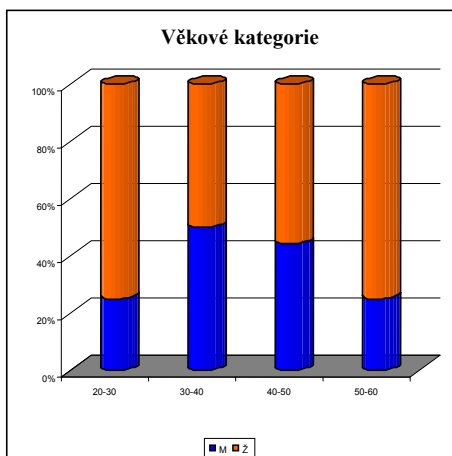
Pohlaví		
	Počet	Procenta
Mužské	11	41
Ženské	16	59

Tabulka č. 1

Věková kategorie		
	Počet	Procenta
20-30	4	15
30-40	11	41
40-50	8	30
50-60	4	15

Tabulka č. 2

Tyto dva grafy nám ukazují na větší zastoupení žen v tomto šetření. Žen odpovídalo 16, mužů 11. V případě věkové kategorie zjišťujeme, že převahu měli respondenti ve věku 30-40 let. Naopak klientů v kategorii 20-30 let a 50-60 bylo shodně 15%.



Graf č. 3

Tabulka č. 3

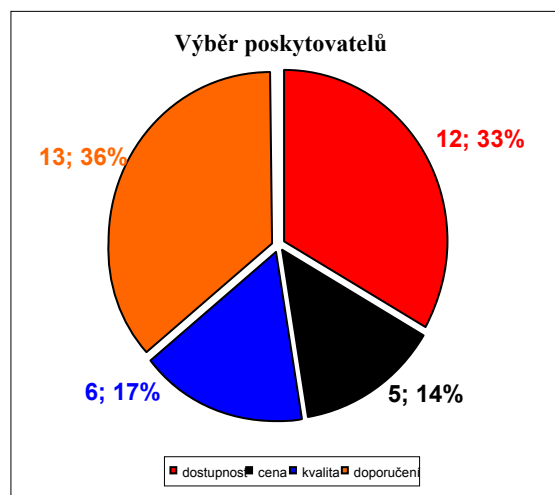
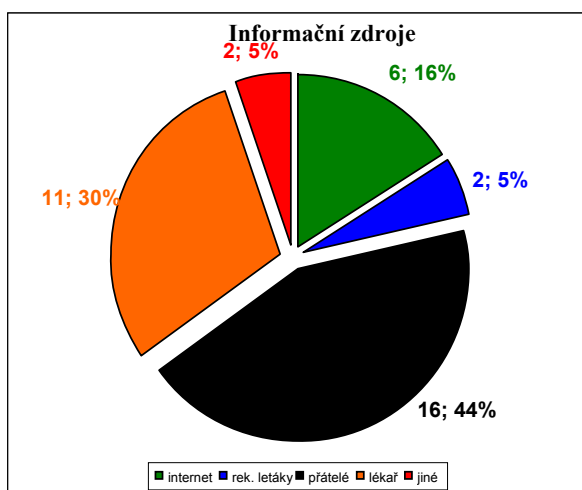
	M	Ž
20-30	25	75
30-40	45	45
40-50	50	63
50-60	25	75

Graf č. 3 nám znovu rozlišuje věkové kategorie, tentokrát je však upřesňuje podle poměrného zastoupení mužů a žen.

Na grafech č. 4 a č. 5 najdeme odpovědi na otázky:

Jak jste se dozvěděl/a o možnosti využívat sociální služby?

Co ovlivnilo váš výběr poskytovatelů sociálních služeb?



Graf č. 4

Tabulka č. 4

	Počet	M	Ž
internet	6	2	4
rek. letáky	2	1	1
přátelé	16	6	10
lékař	11	5	6
jiné	2	0	2

Graf č. 5

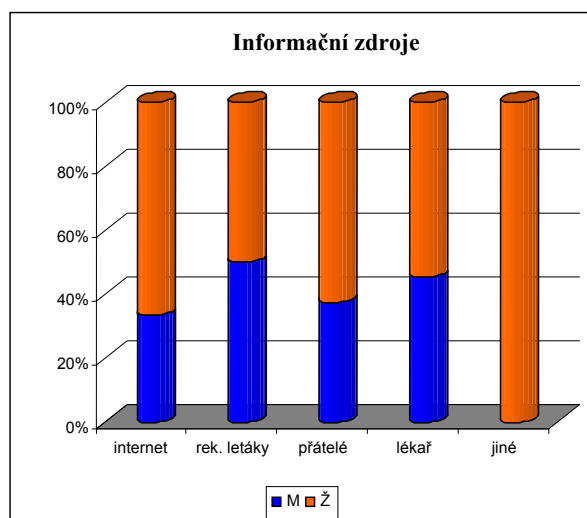
Tabulka č. 5

	Počet	M	Ž
dostupnost	12	7	5
cena	5	2	3
kvalita	6	3	3
doporučení	13	5	8

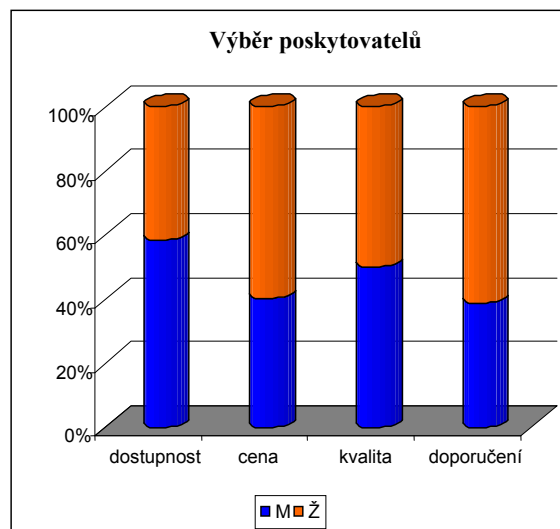
Z grafu č. 4 je patrné, že výběr klientů pro danou službu z větší části ovlivňují jejich přátelé nebo rodina. Zato reklamní letáky a jiné informační zdroje zřejmě nejsou tolik populární a nedostávají se příliš do podvědomí svých potenciálních klientů.

Graf č. 5 nás však zřetelně informuje o tom, že doporučení od známých či odborníků a dostupnost značně ovlivňuje rozhodování se pro danou službu.

Následující řada grafů ukazuje odpovědi na tyto otázky z hlediska mužů a žen.



Graf č. 6



Graf č. 7

Tabulka č. 6

	M	Ž
internet	33	67
rek. letáky	50	50
přátelé	38	63
lékař	45	55
jiné	0	100

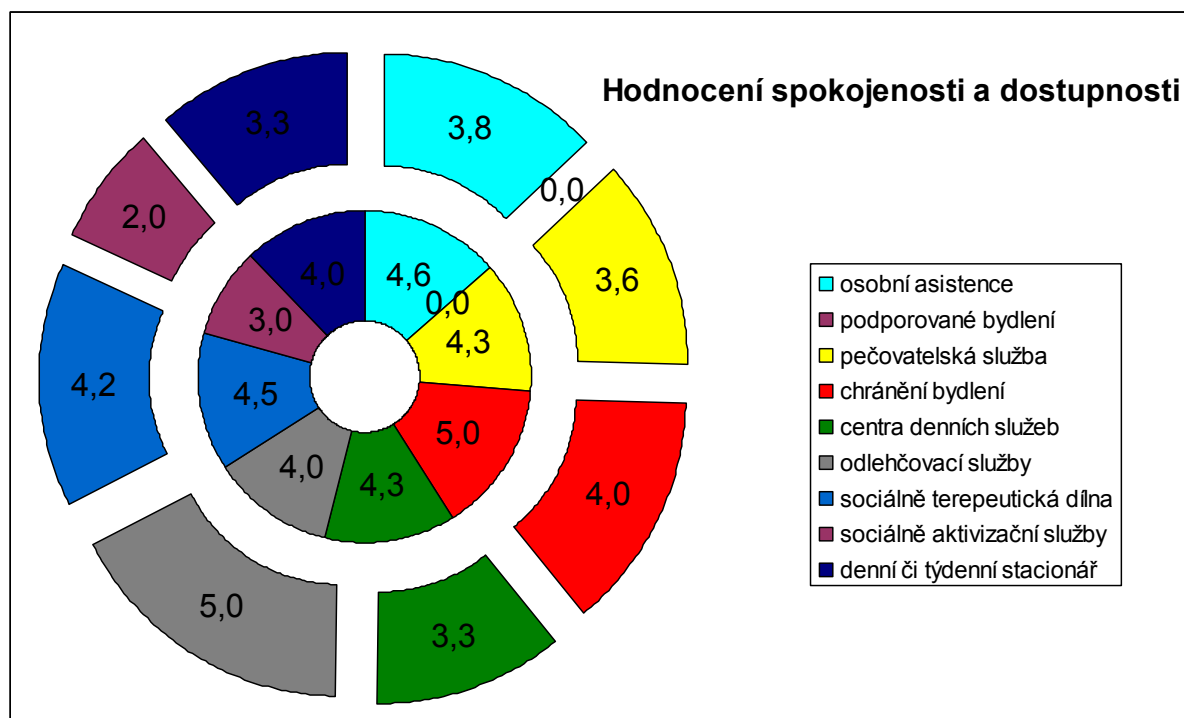
Tabulka č. 7

	M	Ž
dostupnost	58	42
cena	40	60
kvalita	50	50
doporučení	38	62

Z grafu č. 6 vyplývá, že muži využívají coby zdroj informací zejména lékaře, zatímco ženy ovlivňují více jiné zdroje a internet. Což je podle mého názoru překvapující zjištění.

Faktory ovlivňující výběr poskytovatelů jsou u mužů i žen více méně vyrovnané, i když vidíme, že dostupnost (u mužů) a doporučení (u žen) je rozhodující.

II. část – Úkolem respondentů v druhé části dotazníku bylo označit, kterou z vypsanych služeb v současné době využívají, dále na škále od 1 do 5 vyznačit míru spokojenosti s kvalitou poskytované služby a s její dostupností, popř. přidat komentář ve smyslu, co by chtěli na dané službě zlepšit.



Graf č. 8

Tabulka č. 8

Druh služby	počet	spokojenost	dostupnost
osobní asistence	13	4,6	3,8
podporované bydlení	0	0,0	0,0
pečovatelská služba	7	4,3	3,6
chránění bydlení	2	5,0	4,0
centra denních služeb	10	4,3	3,3
odlehčovací služby	1	4,0	5,0

sociálně terapeutická dílna	12	4,5	4,2
sociálně aktivizační služby	1	3,0	2,0
denní či týdenní stacionář	3	4,0	3,3

Po výsledném rozdělení dle jednotlivých služeb a „známek“ které získaly, můžeme na grafu č. 8 vidět průměrné známky, kterými byla ohodnocena jak spokojenost, tak dostupnost.

Oba kruhy svědčí o tom, že ani jeden z respondentů nevyužívá služeb podporovaného bydlení. Ve vnitřním kruhu, tedy v tom, který vypovídá o míře spokojenosti bylo nejlépe ohodnoceno chráněné bydlení. Naopak nejhůře, kromě podporovaného bydlení, skončily sociálně aktivizační služby, které získaly nejmenší počet bodů i v kruhu vnějším, hodnotícím dostupnost. Zde byly maximálním počtem ohodnoceny odlehčovací služby a na druhé místo se s průměrnou „známkou“ 4,2 dostala sociálně terapeutická dílna.

1.12 Zhodnocení naplněných cílů

Dotazníkové šetření mělo odpovědět jednak na otázku, jaké informační zdroje klienti využívají, co ovlivňuje jejich výběr daného poskytovatele, a jsou-li spokojeni se službou a dostupností služby, kterou využívají. Odpovědi na tyto otázky jsme získali a vyhodnotili, samozřejmě je ale jasné, že šetření není zcela objektivní, protože návratnost dotazníků nebyla stoprocentní.

Závěr

Jakékoliv postižení často vyvolává v intaktní společnosti nepříjemné pocity většinou způsobené neznalostí dané problematiky. Cílem této práce bylo osvětlit a popsat toto téma zvláště laické společnosti.

Při zpracování bakalářské práce bylo použito děl českých autorů, věnujících se oblasti sociálních služeb a somatopedickému odvětví a v teoretické části klinické diagnostické metody dotazníku.

Cílem teoretické části bylo hlubší proniknutí do vědního oboru somatopedie, který je součástí vědní oblasti speciální pedagogiky. Společným znakem osob, jimiž se tato práce zabývá je porucha mobility. Snahou tedy bylo, shrnout a charakterizovat tyto poruchy, ať už vznikly jako následek vadného vývoje, úrazem nebo nemocí. Dále jsme se snažili o přiblížení obsahu, forem, prostředků a metod, které se využívají k odstranění nebo alespoň zmírnění poruch mobility, majících vliv nejen na motorický, ale i smyslový a rozumový vývoj člověka. Je však třeba respektovat a podporovat individuální požadavky každého jedince a potřeby plynoucí z typu jeho postižení, abychom v rámci ucelené rehabilitace co nejvíce přispěli ke zlepšení kvality klientova života. Rozvíjet jedince s poruchou mobility, podporovat ho a rozšiřovat jeho možnosti však není úkolem a cílem jen pro rehabilitaci, ale i pro sociální služby, které mohou osoby s hybným postižením využívat a kterým se tato práce také věnuje. Rozpracování této problematiky mělo přinést lepší náhled nejen na jejich vývoj, ale i na dnešní právní úpravu, změny, které přinesla a pomáhající profese, jež jsou jejich nedílnou součástí.

Předmětem praktické části bylo zkoumání míry využití sociálních služeb u osob s poruchou mobility a spokojenost s kvalitou a dostupností dané služby. Výsledky tohoto šetření potvrdily, že většina klientů je se službou, kterou využívá, spokojena a vyhovuje jim i dostupnost. Co se týče spokojenosti s dostupností, jistě je ovlivněna i tím, že výzkum byl prováděn v Praze, kde je počet organizací poskytujících sociální služby nepochybně podstatně vyšší, než např. v Olomouci, a díky tomu uživatelé nemusí do organizací dojíždět.

Je zřejmé, že klienti mají zájem o služby a aktivity, které jim jsou v těchto organizacích nabízeny, což potvrzuje i příliv nových zájemců v centru Slunečnice, které se také tohoto šetření účastnilo. Už je tedy jen na nás, a na našem přístupu k osobám s poruchou mobility, v rámci kterého se musíme co nejvíce snažit využít to, co tito jedinci zvládnou a dovedou a prostřednictvím jejich schopností a kompenzačních i reedukačních možností využít jejich potenciál umožňující často dosáhnout výkonů srovnatelných nebo alespoň blížících se intaktní společnosti.

Použitá literatura

1. AMBLER, Z. *Zdravotnické noviny*. [online]. UK v Praze. [cit. 27.3.2009]
Dostupné z WWW: <<http://www.neurolog.cz/pelisek.michal/mononeuropatie.htm>>
2. EDELSBERGER, L. et al. *Defektologický slovník*. III. vyd. Jinočany: H&H, 2000. 418 s.
ISBN 80-86022-76-5
3. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*.
I. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7
4. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. I. vyd. Praha:
Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9
5. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. IV. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s.
ISBN 80-7178-429-X.
6. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*.
I. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
7. MÜLLER, Oldřich; VALENTA, Milan. *Psychopedie*. III. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s.
ISBN 978-80-7320-099-2
8. PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z obecné psychologie. II*. I. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého
v Olomouci, 2004. 76 s. ISBN 80-244-0963-1
9. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. I. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého
v Olomouci, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6
10. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedie – Andragogika*. I. vyd. Olomouc: Univerzita
Palackého v Olomouci, 2006. 37 s. ISBN 80-244-1203-9
11. RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. IV. vyd.
Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9
12. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. II. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s.
ISBN 80-7315-134-0
13. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedie*. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. II.
vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

Internetové adresy

Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů. [online], SKOK,
12.9. 2006. [cit. 15.2.2009]

Dostupné z WWW: <<http://www.skok.biz/zakon-o-socialnich-sluzbach.php>>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online], 31.3.2006, [cit. 13.1.2009]

Dostupné z WWW: <<http://web.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Anotace

Přílohy

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Petra Grünwaldová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Speciálně pedagogická andragogika. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou – Využití nabídky sociálních služeb u osob s poruchou mobility. Z tohoto důvodu se také obracím na Vás, na uživatele služeb s prosbou o pomoc při vyplnění níže uvedeného dotazníku / ankety, jež si klade za cíl zmapovat využitelnost sociálních služeb pro osoby s poruchou mobility a vyhodnotit jejich spokojenost s poskytovanými službami.

Veškeré informace jsou anonymní a budou použity pouze za účelem realizace praktické části mojí BP. Instrukce pro vyplnění dotazníku: Pod každou z otázek najdete několik možností, ze kterých můžete vybírat. Zvolenou odpověď označte křížkem v pravé části tabulky popř. vypište vlastní odpověď.

Děkuji Vám za Vaši ochotu podělit se se mnou o svoje názory, jakož i za čas, jenž vyplněním ankety strávíte.

Petra Grünwaldová

I. část

1. Pohlaví

Muž	
Žena	

2. Věková kategorie

20 – 30	
30 – 40	
40 – 50	
50 – 60	

3. Jak jste se dozvěděl/a o možnosti využívat sociální služby?

internet	
reklamní letáky	
přátelé, rodina	
lékař	
jiné (prosím uveďte)	

4. Co ovlivnilo váš výběr poskytovatelů sociálních služeb?

dostupnost	
cena	
kvalita	
doporučení od známých či odborníků	

II. část

5. Označte, které ze sociálních služeb v současné době využíváte, dále (na škále od 1 do 5) vyznačte míru spokojenosti s kvalitou poskytované služby a s její dostupností, popř. přidejte další komentář ve smyslu, co byste chtěl/a na dané službě zlepšit.

Pozn. Pokud užíváte více sociálních služeb, můžete vybrat i více variant odpovědí.

druh služby	míra spokojenosti s kvalitou služby	dostupnost služby	Co byste chtěl/a na poskytované službě změnit?
osobní asistence	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
podporované bydlení	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
pečovatelská služba	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
chráněné bydlení	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	

centra denních služeb	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
odlehčovací služby	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
sociálně terapeutická dílna	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
sociálně aktivizační služby	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	
denní či týdenní stacionář	1...2...3...4...5 min max	1...2...3...4...5 min max	

Pokud chcete být seznámeni s výsledky tohoto šetření uveďte e-mailový kontakt:

.....

Příloha č. 2

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Grünwaldová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Využitelnost nabídky sociálních služeb u osob s poruchou mobility
Název v angličtině:	Utilization of social service supply for people with mobility disorder
Anotace práce:	Bakalářská práce „Využitelnost nabídky sociálních služeb u osob s poruchou mobility“ se v teoretické části zabývá charakterizací poruch mobility a jejich členěním dle etiologie. Popisuje strukturu základních rehabilitačních metod a také seznamuje se službami, které jsou v současnosti osobám s poruchou mobility nabízeny. Praktická část prezentuje šetření, prostřednictvím dotazníků, jež se zabývá otázkou využitelnosti sociálních služeb osobami s poruchou mobility.
Klíčová slova:	mobilita, postižení, rehabilitace, služba
Anotace v angličtině:	This thesis “Use of social services by people with mobility disorders” is divided into two parts. The theoretical part deals with the characterization of mobility disorders and their classification according to etiology. It describes the structure of the basic physiotherapy methods and also introduces the services, which are being offered to people with mobility disorders at the present time. Through the questionnaires, the practical part presents a research, which deals with the question of usage of social services by people with mobility disorders.
Klíčová slova v angličtině:	mobility, disablement, physiotherapy, service
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník Příloha č. 2 - Anotace
Rozsah práce:	45 stran
Jazyk práce:	český

