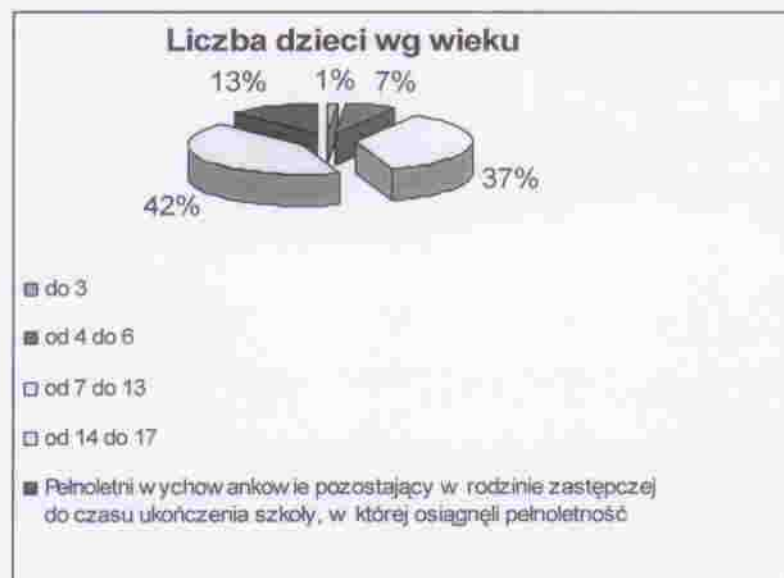


Wykres: Dzieci umieszczone w rodzinach zastępczych według wieku



Jak wynika z powyższych danych najwięcej dzieci wychowujących się w rodzinie zastępczej znajduje się w przedziale wiekowym 14-17 lat, co stanowi 42% ogółu. Najmniej zaś stanowi grupa dzieci najmłodszych w wieku 0-3 lat, co stanowi 1% ogółu.

Zgodnie ze stanem na dzień 30.04.2007 r. 14 pełnoletnich wychowanków rodzin zastępczych kontynuowało naukę, natomiast 1 wychowanek w 2007 r. usamodzielniał się.

Tabela: Pełnoletni wychowankowie z rodzin zastępczych w latach 2005-2007

ROK	Liczba pełnoletnich wychowanków	
	kontynuujący naukę	usamodzielnieni
2005	21	0
2006	23	3
2007 (stan na dzień 30.04.2007 r.)	14	1

2. Problemy wychowawcze i społeczne rodzin zastępczych i ich pełnoletnich wychowanków

Dzieci umieszczone w rodzinach zastępczych najczęściej pochodzą z rodzin patologicznych, w wielu przypadkach wcześniej przebywały w różnego typu placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Niejednokrotnie bagaż, jaki dźwigają przerasta ich możliwości uporania się z zaistniałą sytuacją. Pojawiają się problemy w sferze emocjonalnej, edukacyjnej oraz społecznej. Dziecko ewidentnie odstaje od innych dzieci w szkole i na podwórku. Przejawia coraz więcej zachowań dezadaptacyjnych także w domu. W związku z tym rodzice zastępczy borykają się z wieloma problemami o zróżnicowanym charakterze.

Przez pierwszy okres pobytu w rodzinie zastępczej dzieci charakteryzują złe nawyki tj.: nie szanowanie swoich rzeczy, nagminne gubienie przyborów szkolnych, niszczenie przedmiotów w domu, kradzieże, kłamstwa, autoagrasja, ucieczki z domu. Dziecko trafiające do rodziny zastępczej najczęściej nie jest zdiagnozowane, wydaje się, że wszystko jest w porządku. Dopiero po miesiącu, czy po dwóch okazuje się, że dziecko ma ADHD lub choroby i problemy związane z zespołem

poalkoholowym (FAS), wykazuje zaburzenia więzi, ma często wiele schorzeń typu niedosłuch, próchnica itp. Według stanu na dzień 30.04.2007 r. na 71 dzieci przebywających w rodzinach zastępczych, 14 jest zaliczonych do osób niepełnosprawnych lub ma ustalony stopień niepełnosprawności.

Tabela: Przyczyny niepełnosprawności dzieci przebywających w rodzinach zastępczych (stan na dzień 30.04.2007 r)

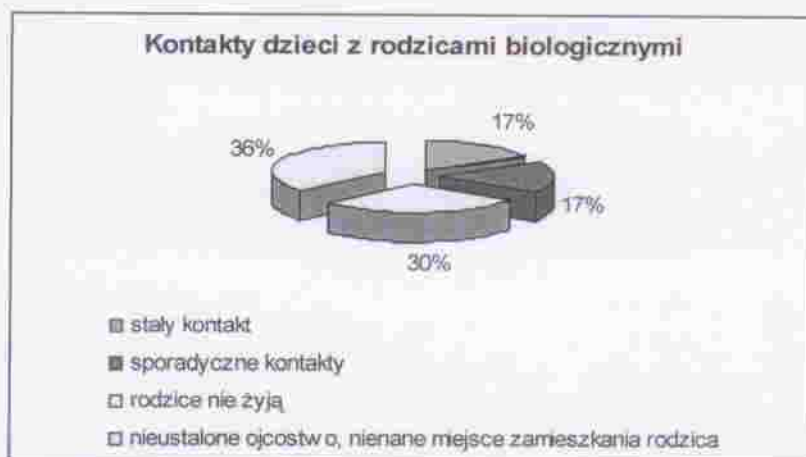
Symbol i przyczyna niepełnosprawności	Liczba dzieci
01-U – upośledzenia umysłowe	3
02-P - choroby psychiczne	4
03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	1
06-E – epilepsja	3
07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	3
10-N – choroby neurologiczne	2
11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	1

Większość rodzin zastępczych z terenu powiatu średzkiego to rodziny spokrewnione, w których opiekunami są dziadkowie dzieci, a więc osoby starsze. Skutkuje to często nieporozumieniami, wzajemnym niezrozumieniem, błędną interpretacją potrzeb.

Wykres: Rodziny zastępcze spokrewnione (stan na dzień 30.04.2007 r.)



Kolejny problem wychowawczy to niepowodzenia szkolne, które są wynikiem niechęci do nauki, lenistwa. Ponadto rodzice zastępczy często obawiają się kontaktów dzieci z rodzicami biologicznymi. W ich wyniku dzieci stają się często zamknięte w sobie, opryskliwe, nieposłuszne, charakteryzuje je emocjonalna zmienność polegająca na tym, że dziecko jednego dnia kocha a drugiego nienawidzi swoich opiekunów.



Sami rodzice zastępczy czują się często osaczeni. To, co jest niezauważalne u biologicznych dzieci, jest natychmiast wychwytywane u dzieci przyjętych. Dziecko biologiczne może przyjść do szkoły głodne, z nieodrobionymi lekcjami, może być źle ubrane i nieuczesane. Może przyjść do szkoły bez drugiego śniadania. Może mieć jakieś sińce i stłuczenia. To wszystko jest normalne i wręcz niezauważalne. Jednak w przypadku dzieci przyjętych pod opiekę, każde z tych „zaniedbań”, rodzi różne przypuszczenia, domysły, komentarze czy interwencje. W niektórych środowiskach panuje nawet przekonanie, że rodzice zastępczy to klienci pomocy społecznej. Tacy, którzy tylko wyciągają ręce po pieniądze. Z innego typu problemami borykają się pełnoletni wychowankowie rodzin zastępczych. Dotyczą one przede wszystkim uzyskania samodzielnego mieszkania oraz znalezienia pracy. Brak szans na uzyskanie mieszkania z zasobów gminnych, brak mieszkań chronionych uniemożliwiają właściwą realizację programu usamodzielnienia. W związku z tym większość wychowanków po osiągnięciu pełnoletności najczęściej nadal zamieszkuje w domu rodziców zastępczych. Zdarza się, że powracają do rodziców biologicznych, których sytuacja mieszkaniowa i materialno-bytowa jest bardzo trudna.

3. Działania o charakterze interwencyjnym i pomocowym

Rodziny zastępcze objęte są pomocą, której zakres określony jest w ustawie o pomocy społecznej oraz w przepisach wykonawczych. Poprzez taką formę opieki zastępczej dziecku zapewnia się warunki rozwoju i wychowania odpowiednie do jego stanu zdrowia i poziomu rozwoju, w tym: odpowiednie warunki bytowe, możliwości rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego, możliwości zaspakajania indywidualnych potrzeb dziecka, możliwość właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań oraz odpowiednie warunki do wypoczynku i organizacji wolnego czasu.

W celu wsparcia rodzin zastępczych w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych podejmuje się następujące działania:

1. Udzielanie rodzinom zastępczym pomocy pieniężnej, w tym:

- pomocy pieniężnej na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka
- pomocy na częściowe pokrycie wydatków związanych z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodziny zastępczej
- pomocy z tytułu zdarzenia losowego

- przeprowadzanie wywiadów środowiskowych w celu oceny sytuacji opiekuńczo-wychowawczej dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej
- przeprowadzanie wywiadów środowiskowych w celu oceny sytuacji rodziców biologicznych dziecka
- udzielanie wsparcia specjalistycznego, w tym prawnego i psychologicznego.

Pomoc psychologiczna, która jest udzielana zarówno rodzicom zastępczym jak i dzieciom przyjmuje następującą postać:

A) Spotkania z rodzicami zastępczymi

- Ocena sytuacji rodzinnej oraz diagnoza problemu
 - Sformułowanie celów i oczekiwań wobec dziecka
 - Warsztaty / trening umiejętności rodzicielskich pod kątem zgłaszanego problemu, ustalenie programów działania
 - Uwrażliwianie rodziców na przeszłość i negatywne doświadczenia dziecka, kształtowanie postawy zrozumienia, akceptacji i miłości przy jednoczesnym zachowaniu granic i egzekwowaniu ustalonych zasad
 - Kontrola programów działania i wprowadzanie ewentualnych zmian
 - Obserwacja sytuacji rodzinnej, w razie konieczności wskazanie odpowiednich ośrodków pomocy rodzinie
1. Udział w grupach wsparcia dla rodziców zastępczych

B) Spotkania z dziećmi

- Rozeznanie w sytuacji problemowej z perspektywy dziecka
- Wywiad kliniczny, w razie konieczności wykorzystanie dostępnych metod diagnostycznych / skierowanie do Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej
- Diagnoza problemu
- Podjęcie działań psychologicznych dostosowanych do problemu dziecka (Trening Rozwiązywania Problemów, odbudowanie pozytywnego obrazu własnej osoby, rozwój umiejętności społecznych, praca nad problemem)
- Zapewnienie dziecku wsparcia oraz atmosfery bezpieczeństwa i życzliwości
- Uczestnictwo w grupowych zajęciach z innymi dziećmi przebywającymi w rodzinach zastępczych (socjoterapia, treningi interpersonalne).

Pełnoletnim wychowankom rodzin zastępczych udzielane są następujące formy wsparcia:

- pomoc w przygotowaniu i opracowywaniu indywidualnych programów usamodzielnienia,
- udzielanie pomocy pieniężnej na kontynuację nauki
- pomoc na zagospodarowanie
- jednorazowa pomoc pieniężna na usamodzielnienie
- pomoc w uzyskaniu zatrudnienia
- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych.

Tabela: Świadczenia pieniężne dla pełnoletnich wychowanków rodzin zastępczych

RODZAJ ŚWIADCZENIA	Wysokość udzielonych świadczeń		
	2005 rok	2006 rok	2007 rok (stan na dzień 30.04.2007r.)
Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki	107077	111734	27670
Pomoc pieniężna na usamodzielnienie	0	12968	4941
Pomoc na zagospodarowanie	0	0	0

Tabela: Świadczenia pieniężne dla rodzin zastępczych

RODZAJ ŚWIADCZENIA	Wysokość udzielonych świadczeń		
	2005 rok	2006 rok	2007 rok (stan na dzień 30.04.2007r.)
Pomoc miesięczna na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka	688729	617111	198777
Pomoc jednorazowa na pokrycie wydatków związanych z potrzebami przyjmowanego do rodziny dziecka	0	3000	400
Pomoc z tytułu zdarzenia losowego	0	1500	0

5. Rozwój rodzinnych form opieki zastępczej w Powiecie Średzkim.

Powiat Średzki jest aktywnym propagatorem nowoczesnych form rodzicielstwa zastępczego. Kształtując nową politykę społeczną, politykę prorodzinną w powiecie, niewątpliwie przyczynimy się do odpowiedniego zapewnienia opieki dzieciom pozbawionym możliwości pozostania rodzinie biologicznej. Jest to wyzwanie, ale poczucie celowości tych działań pozwala nam wierzyć w ich powodzenie. Dlatego też bardzo ważne jest utworzenie profesjonalnego, sprawnie funkcjonującego systemu poradnictwa specjalistycznego i wsparcia rodzin zastępczych. Rodzina zastępcza jest dla dzieci środowiskiem, w którym podejmowane są próby rozwiązania ich podstawowego problemu: straty rodziny i potrzeby poczucia bezpieczeństwa. Aby tak się stało trzeba zadbać o fachowe przygotowanie kandydatów, którzy podejmą się trudu zostania taką rodziną. W tym celu przynajmniej raz w roku będą organizowane profesjonalne szkolenia rodzin zastępczych według programu PRIDE/ Rodzinna opieka zastępcza/ Adopcja.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej udziela wsparcia osobom prowadzącym rodzinne formy opieki zastępczej od momentu szkolenia potencjalnych kandydatów przez etap tworzenia placówki rodzinnej lub rodziny zastępczej oraz cały okres ich funkcjonowania.

W szczególności działania PCPR w tym zakresie polegają na:

- przygotowaniu rodzin do pełnienia trudnej roli opiekunów zastępczych,
- pomocy w załatwieniu formalności urzędowych, kompletowaniu dokumentacji niezbędnej do założenia odpowiedniej formy opieki,
- czynnemu udziałowi w procesie doboru rodziny i dziecka z uwzględnieniem predyspozycji

danej rodziny, jej warunków, odpowiedniej różnicy wieku między dzieckiem i opiekunem itp.

- załatwianiu formalności prawnych, odpowiedzialności za kontakty z sądami i kuratorami,
- gromadzeniu pełnej dokumentacji dziecka i przygotowaniu na jej podstawie jego wstępnej diagnozy,
- organizowaniu kontaktów z rodziną biologiczną dziecka, uczestniczeniu w pierwszych spotkaniach,
- opracowywaniu planu pracy z dzieckiem i bieżącym jego weryfikowaniu.

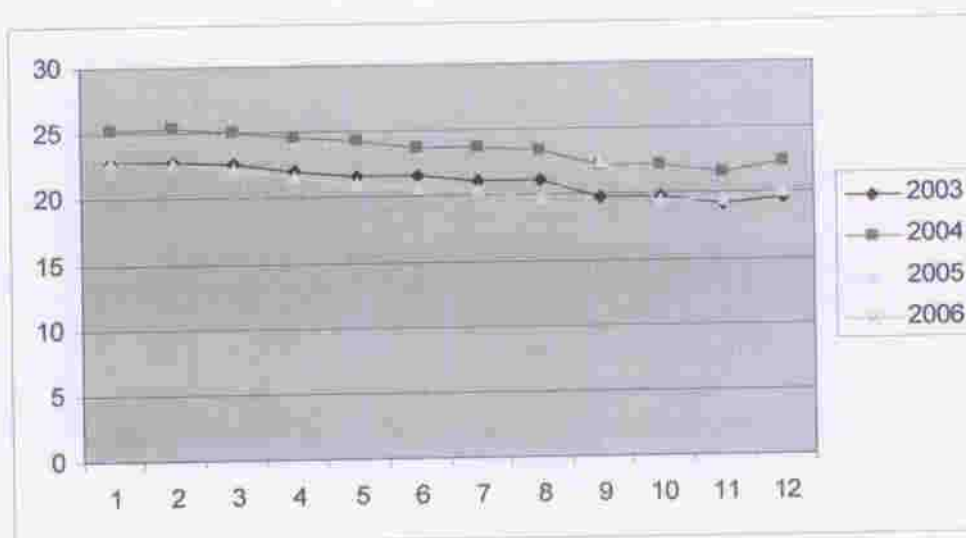
IV. BEZROBOCIE

1. Ogólna charakterystyka zjawiska bezrobocia w Powiecie Średzkim w latach 2007-2013

W Powiecie Średzkim, podobnie jak w skali całego kraju, kluczowym problemem jest wysoki poziom bezrobocia, w tym stale rozszerzające się zjawisko ubożenia społeczeństwa. Na lokalnym rynku obserwuje się stosunkowo wysokie bezrobocie wśród kobiet, osób młodych oraz osób z niskimi kwalifikacjami.

Dokonując analizy porównawczej sytuacji bezrobocia w latach 2003-2006 (do czerwca 2006) można zauważyć ogólną tendencję spadku bezrobocia.

Wykres 1. Stopa bezrobocia w Powiecie Średzkim Śląskim w latach 2003-2006.



W roku 2003 stopa bezrobocia w powiecie średzkim sukcesywnie malała i na koniec 2003r. Natężenie bezrobocia wynosiło 19,8% przy czym wartość ta była wyższa w stosunku do przeciętnej stopy bezrobocia w kraju, która kształtowała się na poziomie 17,6%. W stosunku do innych powiatów województwa dolnośląskiego stopa bezrobocia w powiecie średzkim kształtowała się natomiast na poziomie średnim.

Niepokojące zjawisko wzrostu poziomu bezrobocia zaobserwowano na początku 2004 roku. W okresie grudzień 2003 – luty 2004 stopa bezrobocia wzrosła o 6 punktów procentowych i ukształtowała się na poziomie 25,2%. Niekorzystna sytuacja na rynku pracy spowodowana była trwającymi procesami restrukturyzacji na Dolnym Śląsku, m.in. służby zdrowia, zakończeniem programów inicjowanych przez PUP oraz brakiem ożywienia gospodarczego, które objawiałoby się tworzeniem miejsc pracy.

W okresie od stycznia 2004r. do maja 2006r. bezrobocie systematycznie spada, co jest związane głównie z przystąpieniem Polski do UE. W tym okresie w Polsce zanotowano wysoki wzrost PKB (5%), niską inflację i duży napływ inwestycji, a także wzrost eksportu polskich producentów. W powiecie średzkim również odnotowano wzrost inwestycji. W roku 2004 PUP w Środzie Śląskiej rozpoczął również realizację projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego, związane z nowym okresem programowania (Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich). Ich celem było przede wszystkim podniesienie kwalifikacji osób bezrobotnych, tak by wielu z nich znalazło pracę. Obecnie (kwiecień 2007r.) stopa bezrobocia wyniosła w powiecie średzkim 18,8% i prognozuje się, że nadal będzie spadać.

Odnotowywany spadek bezrobocia był rezultatem aktywności Powiatowego Urzędu Pracy oraz poszczególnych gmin, które współuczestniczyły w tworzeniu programów na rzecz przeciwdziałania bezrobociu. Zmniejszenie bezrobocia wynikało także ze wzrostu inwestycji gospodarczych w powiecie średzkim (szczególnie dzięki utworzeniu na terenie gminy Środa Śląska podstrefy specjalnej strefy ekonomicznej w Legnicy).

Tabela 1. Bezrobotni zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy 2003-2006 (dane z grudnia każdego roku, a w przypadku roku 2006 – dane z czerwca) – udział poszczególnych gmin w ogólnej liczbie bezrobotnych

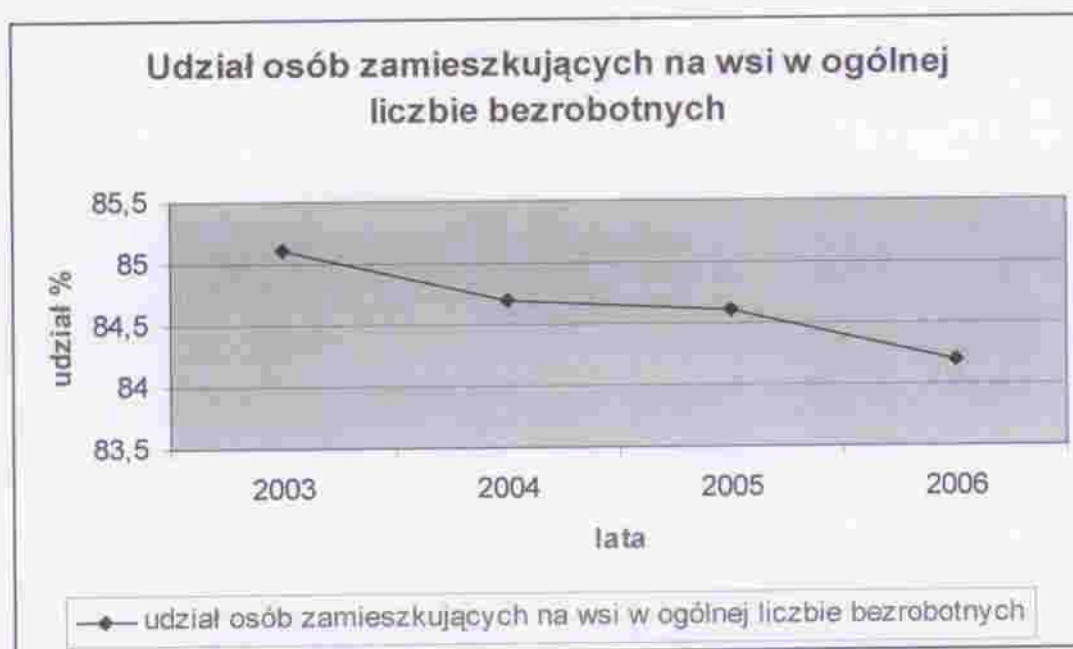
Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006)
Środa Śląska	1529	1470	1310	1245
Kostomłoty	639	607	494	449
Malczyce	450	465	476	445
Miękinia	953	979	805	727
Udanin	604	593	506	403
Ogółem	4175	4114	3591	3269

Obserwując wyrażony liczbowo poziom bezrobocia można zauważyć jego powolny spadek w skali powiatu. Spadek bezrobocia w latach 2003-2006 zanotowano w gminach: Środa Śląska, Udanin, Miękinia, Kostomłoty, zaś w gminie Malczyce bezrobocie zanotowane na koniec czerwca 2006r. jest zbliżone do bezrobocia z grudnia 2003r.

Obserwacja statystyczna umożliwia nie tylko określenie rozmiarów zjawiska w powiecie, ale także rozpoznanie struktury osób bezrobotnych będącej odzwierciedleniem uwarunkowań ekonomicznych, demograficznych i społeczno – zawodowych kształtujących zjawisko. Informacja statystyczna umożliwia ujawnienie stref zagrożenia charakteryzujących się zwiększoną intensywnością występowania bezrobocia.

W powiecie średzkim strefę szczególnego zagrożenia bezrobociem stanowią obszary wiejskie. Osoby zamieszkujące na wsi stanowią ponad 80% populacji bezrobotnych zarejestrowanych w PUP. Udział tych osób w ogólnej liczbie bezrobotnych (stan na 31 grudnia 2003r.) wyniósł 85,1%, w 2004 r. 84,7%, w 2005r. 84,6%, a na koniec czerwca 2006r. 84,2%, co obrazuje poniższy wykres nr 2.

Wykres 2. – Udział osób bezrobotnych zamieszkujących obszary wiejskie w ogólnej liczbie bezrobotnych

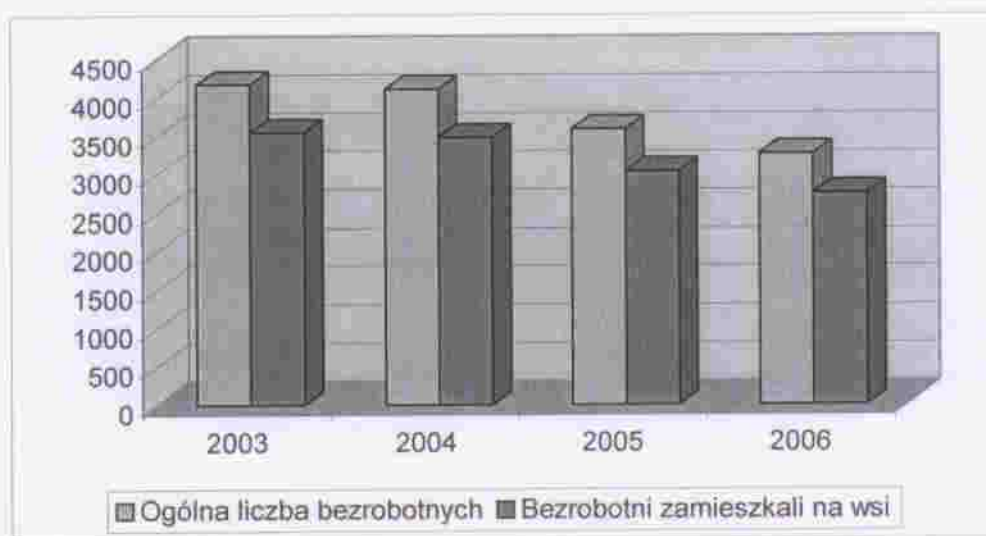


Dużą część bezrobotnej ludności wiejskiej stanowią osoby, które straciły pracę na skutek likwidacji Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR). Są to osoby w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym, najczęściej niezaradne i nisko wykształcone. Pozbawienie tych osób gwarantowanych dotychczas świadczeń socjalnych, różnego rodzaju deputedów, spowodowało znaczne zubożenie oraz zepchnięcie w niektórych przypadkach na margines społeczny. Jednocześnie przekwalifikowanie tej grupy z uwagi na wskazane powyżej ograniczenia: niskie wykształcenie i kwalifikacje, nie zawsze jest możliwe. Z drugiej strony na obszarze powiatu powstały wielohektarowe sprywatyzowane popegerowskie gospodarstwa, których właściciele nie potrzebują zatrudniać zbyt wielu osób.

Tabela 2. Bezrobotni zamieszkali na wsi zarejestrowani w PUP w latach 2003-2006 (stan na 31.12 a w przypadku 2006 r. na 30.06)

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006r.)
Bezrobotni zarejestrowani ogółem	4175	4114	3591	3269
Bezrobotni zamieszkali na wsi	3553	3484	3037	2753
Udział procentowy w ogólnej liczbie bezrobotnych	85,1	84,7	84,6	84,2

Wykres 3. Bezrobotni zamieszkali na wsi zarejestrowani w PUP w latach 2003-2006. (stan 31.12., a w 2006r. – 30.06).



Wskazywany powyżej fakt ubożenia społeczeństwa jest także wynikiem zmiany przepisów prawnych uzależniających nabycie prawa do zasiłku od dłuższego okresu pracy -365 dni w okresie 18 miesięcy poprzedzających datę rejestracji. Poprzednie przepisy umożliwiały nabycie zasiłku po przepracowaniu 180 dni w okresie 12 miesięcy. W wyniku zmiany przepisów bezrobotni bez prawa do zasiłku stanowią większość w ogólnej liczbie bezrobotnych (Wykres 3). Zamiarem ustawodawcy było utrzymanie w ten sposób miejsc pracy, jednakże rzeczywistość pokazała, iż zmienione przepisy prawne zwiększyły grono rejestrujących się osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku.

Wykres 4. Udział liczby bezrobotnych bez prawa do zasiłku w ogólnej liczbie bezrobotnych w latach 2003-2006.



1.2. Struktura bezrobocia na lokalnym rynku pracy w latach 2003-2006.

Sytuację na rynku pracy charakteryzuje nie tylko poziom (wysokość stopy bezrobocia), ale także struktura bezrobocia. Dostępne dane statystyczne umożliwiają dokonania charakterystyki struktury bezrobocia z uwagi na:

- Cechy demograficzne (wiek, płeć)
- Cechy społeczno-zawodowe (wykształcenie, staż pracy)
- Czas pozostawania bez pracy

Rozkład bezrobocia z uwagi na powyżej wymienione cechy przedstawiają kolejne tabele.

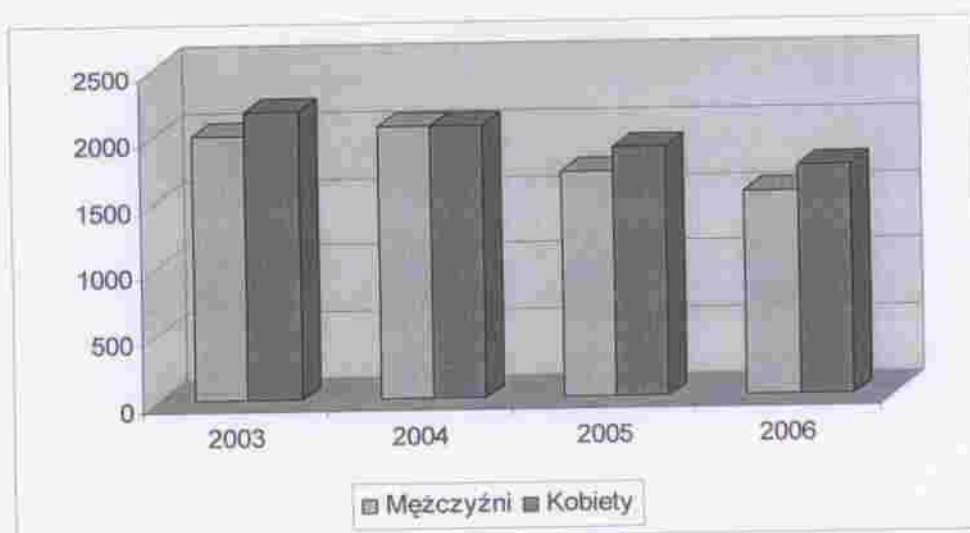
1.3. Struktura bezrobocia według płci.

Podstawowym wyróżnikiem demograficznym wszelkich zbiorowości ludzkich jest ich podział na płeć. Obserwacja przytoczonych poniżej danych ujawnia istotną prawidłowość dotyczącą zwiększonego zagrożenia bezrobociem kobiet w stosunku do mężczyzn. Wyższe bezrobocie wśród kobiet jest zjawiskiem obserwowanym praktycznie od początku lat 90-tych, dzieje się tak z różnych przyczyn. Jedną z nich są rozmaite społeczne stereotypy, zakładające wyższe wartości pracy zawodowej w ogólnym obrazie zadań życiowych dla mężczyzn, czy wyższą efektywność mężczyzn w pracy. Przyczyn bezrobocia wśród kobiet w powiecie średzkim należy natomiast upatrywać w procesach restrukturyzacji przemysłu i wprowadzeniu reform rządowych, poprzez które nastąpiła ogromna redukcja etatów, zwłaszcza w zawodach wykonywanych w większości przez kobiety. Jednocześnie na lokalnym rynku pracy działają w większości przedsiębiorstwa takie jak: Ceramika Budowlana „Röben”, Vibracoustic Polska Sp. z o.o., Gotec Polska Sp. z o.o., Emsteel Sp. z o.o., Armacell Polska Sp. z o.o., które angażują głównie mężczyzn. W latach 2003-2006 tendencja uległa zmianie, następuje wyrównanie proporcji pomiędzy liczbą zarejestrowanych kobiet w stosunku do zarejestrowanych mężczyzn. Strukturę bezrobocia rejestrowanego według płci obrazuje Tabela 3.

Tabela 3. Struktura bezrobocia rejestrowanego według płci w PUP w latach 2003-2006 (stan 31.12, a w 2006r. – 30.06.)

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006r.)
Bezrobotni zarejestrowani ogółem	4175	4114	3591	3269
Mężczyźni	1997	2057	1705	1536
Kobiety	2178	2057	1886	1733

Wykres 5. Struktura bezrobocia rejestrowanego według płci w PUP w latach 2003-2006.



1.3. Struktura bezrobocia rejestrowanego według wieku

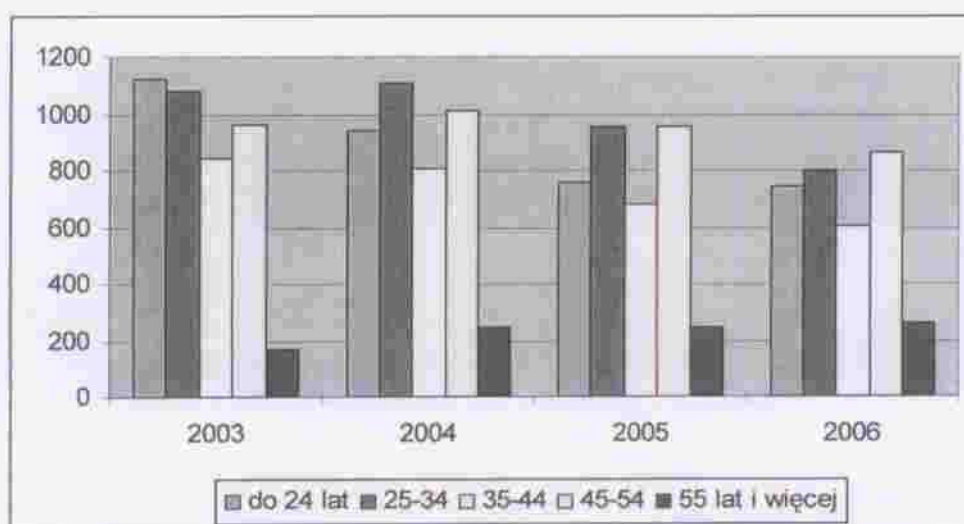
Kolejnym ważnym wskaźnikiem struktury bezrobocia jest wiek osób zarejestrowanych. Jak wynika z danych zawartych w Tabeli 4 we wszystkich badanych latach największą grupę bezrobotnych stanowi młodzież w wieku od 18 do 24 roku, jednocześnie ponad połowa bezrobotnych to osoby, które nie ukończyły 35 lat. Zarówno w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy jak i w Narodowej Strategii Wzrostu Zatrudnienia i Rozwoju Zasobów Ludzkich w latach 2000-2006 osoby młode zostały wskazane jako grupa szczególnego ryzyka, wobec której należy zintensyfikować działania aktywizujące. Wysoki poziom bezrobocia wśród młodzieży należy upatrywać w fakcie wejścia na rynek pracy młodzieży z tzw. „wyżu demograficznego” oraz stale zmniejszającej się liczby ofert pracy przeznaczonych dla ludzi młodych, którzy najczęściej nie mają doświadczenia zawodowego. Z drugiej strony młode zasoby siły roboczej posiadają wiele zalet, wśród których wymienia się przede wszystkim łatwość przystosowania się do zmian środowiska pracy, czy wyższą od przeciętnej mobilność zawodową, edukacyjną i terytorialną.

Jednocześnie warto wskazać, iż tak wysoki udział młodych ludzi, a zwłaszcza młodzieży, wśród osób nie mających pracy powoduje straty w gospodarce powiatu, ponieważ znaczna część dynamicznych zasobów pracy pozostaje nie wykorzystana, a część wykwalifikowanych młodych ludzi wyjeżdża do innych krajów UE w poszukiwaniu pracy.

Tabela 4. Struktura bezrobocia rejestrowanego według wieku w PUP w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku 2006r. – 30.06).

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006)
Bezrobotni zarejestrowani ogółem	4175	4114	3591	3269
do 24 lat	1124	942	760	745
25-34	1080	1112	951	799
35-44	839	804	679	602
45-54	964	1012	957	860
55 lat i więcej	168	244	244	263

Wykres 6. Struktura bezrobocia rejestrowanego według wieku w PUP w latach 2003-2006.



1.4. Struktura bezrobocia rejestrowanego według poziomu wykształcenia

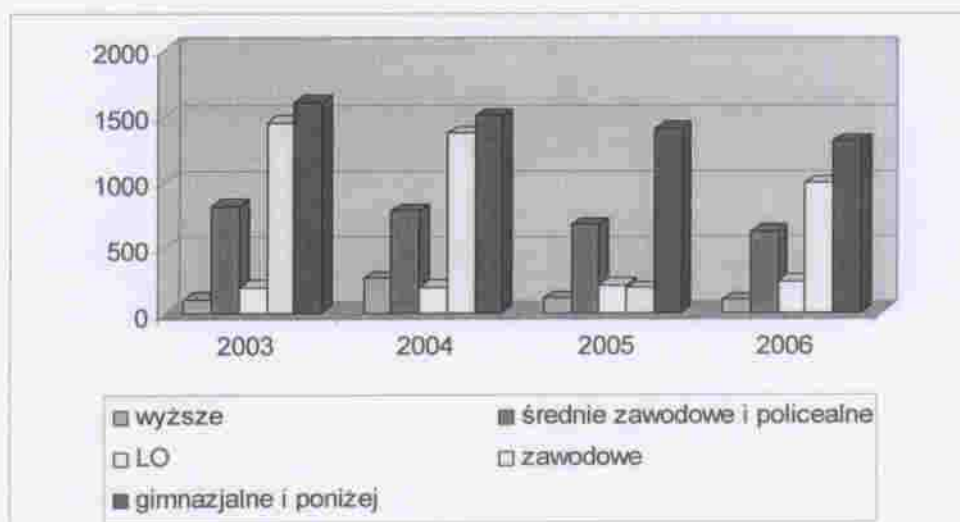
Analiza populacji osób bezrobotnych według poziomu wykształcenia wyraźnie wskazuje, iż jest to czynnik decydujący o szansach na rynku pracy. W czasie recesji osoby z niskimi kwalifikacjami i wykształceniem są często zastępowane przez osoby o wysokich kwalifikacjach, których umiejętności bezpośrednio odpowiadają wymaganiom pracodawców. Jednocześnie na rynku pracy obserwuje się niedostosowanie rozmiarów struktury kształcenia do potrzeb gospodarki, a w związku z tym niekorzystnie wypada konfrontacja przydatności zdobytej wiedzy z wymaganiami i oczekiwaniami pracodawców.

Strukturę bezrobocia rejestrowanego według poziomu wykształcenia prezentuje Tabela 5 oraz Wykres 6.

Tabela 5. Struktura bezrobocia rejestrowanego w PUP według poziomu wykształcenia w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku roku 2006 – na 30.06).

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006)
Bezrobotni zarejestrowani ogółem	4175	4114	3591	3269
Wyższe	105	265	113	99
Średnie zawodowe i policealne	815	779	672	622
LO	194	196	209	246
Zawodowe	1456	1370	1187	990
Gimnazjalne i poniżej	1605	1504	1410	1312

Wykres 7. Struktura bezrobocia rejestrowanego w PUP według poziomu wykształcenia w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku 2006r. – na 30.06.).



W latach 2003-2006 w strukturze bezrobotnych dominowały osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz gimnazjalnym i poniżej. Ich udział wynosił:

- w 2003 roku - 73%
- w 2004 roku - 70%
- w 2005 roku - 72%
- w 2006 roku - 70%

Stosunkowo dużym udziałem w populacji bezrobotnych charakteryzowała się również grupa osób legitymująca się wykształceniem policealnym i średnim zawodowym. Najmniej liczną grupę stanowiły natomiast osoby z wykształceniem wyższym, co potwierdza występującą na rynku zależność: im wyższe kwalifikacje tym większe szanse na podjęcie zatrudnienia. Przedstawione zależności w takim samym stopniu dotyczą kobiet jak i mężczyzn.

1.5. Struktura bezrobocia rejestrowanego według czasu pozostawania bez pracy w latach 2003-2005 (stan na 31.12) oraz roku 2006 (stan na 30.06).

Istotną cechą charakteryzującą bezrobocie ze względu na jego uciążliwość społeczną jest długość okresu pozostawania bez pracy. Czas pozostawania bez pracy stanowi podstawę określenia charakteru bezrobocia. W analizie rynku pracy wyróżnia się na ogół cztery typy zjawiska bezrobocia:

- Bezrobocie krótkookresowe – do 3 miesięcy,
- Bezrobocie średniookresowe – 3 do 6 miesięcy,
- Bezrobocie długookresowe – 6 do 12 miesięcy,
- Bezrobocie długotrwałe (chroniczne) – pow. 12 miesięcy.

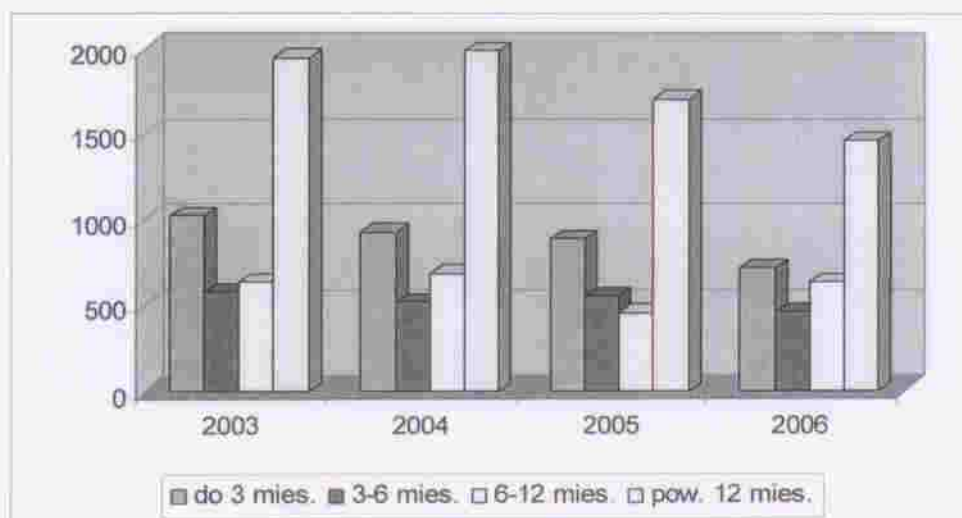
W szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy znajdują się osoby długotrwałe bezrobotne. Za przejaw długotrwałego bezrobocia najczęściej przyjmuje się ponad roczny okres bezskutecznego poszukiwania pracy, przy czym w przypadku kiedy okres ten przedłuża się do ponad dwóch lat, wówczas mówi się nawet o chronicznym bezrobociu.

Czym dłuższa przerwa w pracy, tym mniejsze szanse na jej ponowne uzyskanie. Rosnące wymagania pracodawców, zmiany technik i organizacji prac, konieczność uzupełnienia kwalifikacji lub w ogóle zmiany zawodu nie są czynnikami sprzyjającymi skracaniu okresu pozostawania bez pracy. Im dłużej ktoś pozostaje bez pracy, tym mniej staje się interesujący dla ewentualnych pracodawców, ponieważ jego wiadomości i doświadczenia ulegają dezaktualizacji. Oznacza to, że bezrobocie nie jest tylko efektem złej sytuacji gospodarczej, ale ma również przyczyny strukturalne. Długotrwałe bezrobocie przynosi w następstwie wielorakie konsekwencje społeczno-ekonomiczne, m.in. deprawację sfery materialnej, zmiany w sferze psychospołecznej i psychosomatycznej bezrobotnych, zachowania dewiacyjne i patologiczne (alkoholizm, narkomania, przestępstwa kryminalne). W miarę wydłużania się czasu pozostawania bez pracy znikają aktywne postawy poszukiwania pracy, dochodzi do marginalizacji i pauperyzacji jednostki lub całej rodziny.

Tabela 6. Struktura bezrobocia rejestrowanego w PUP według czasu pozostawania bez pracy w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku roku 2006 – na 30.06).

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006 (stan na 30.06.2006)
Bezrobotni zarejestrowani ogółem	4175	4114	3591	3269
do 3 mies.	1020	926	882	715
3-6 mies.	576	516	551	462
6-12 mies.	631	686	453	635
pow. 12 mies.	1948	1986	1705	1457

Wykres 8. Struktura bezrobocia rejestrowanego w PUP według czasu pozostawania bez pracy w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku 2006r. – na 30.06).



W analizowanym okresie 2003-2006 poziom bezrobocia długotrwałego (chronicznego) stopniowo spadał. Jest to jednak wciąż istotny problem, gdyż bezrobotni przekraczający okres 12 miesięcy pozostawania bez pracy stanowią średnio ok. 45% ogólnej liczby zarejestrowanych bezrobotnych.

W populacji długookresowo bezrobotnych najczęściej znajdują się osoby o niskich kwalifikacjach, słabo zintegrowane z rynkiem pracy oraz ludzie młodzi. Istnienie bezrobocia długookresowego powoduje nierówności ekonomiczne spychając te grupy osób bezrobotnych w obszar ubóstwa. Jednocześnie wydaje się, że przyrost miejsc pracy związany z ożywieniem gospodarczym nie spowoduje integracji zawodowej długotrwałe bezrobotnych z rynkiem pracy. Dlatego też konieczne jest podjęcie konkretnych działań ze strony aktywnej polityki rynku pracy – budowanie programów aktywizujących.

1.6. Analiza płynności na rynku pracy.

Badania rynku pracy oparte jedynie na analizie statystycznej nie dają pełnego obrazu sytuacji na rynku pracy. Charakterystyczną cechą rynku pracy jest jego zmienność. Istotnym elementem diagnozy tego rynku jest ocena płynności bezrobocia, a więc analiza „napływu” do bezrobocia i „odpływu” z bezrobocia. Informacje te istotnie poszerzają możliwości wnioskowania o elastyczności rynku pracy.

Tabela 7. Płynność rynku pracy w świetle danych PUP w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku roku 2006 – na 30.06)

Lata	Bezrobotni nowo zarejestrowani „napływ”	Bezrobotni wyrejestrowani „odpływ”	W tym z tytułu podjęcia pracy	Udział bezrobotnych wyrejestrowanych z tyt. podjęcia pracy do „odpływu” ogółem”	Wysokość wskaźnika płynności
	Osoby			%	
2003	447	289	89	30,7	0,64
2004	418	236	102	43,2	0,56
2005	327	208	87	41,8	0,64
2006	301	372	175	47	1,23

W latach 2003-2005 relacja osób wyłączonych z ewidencji do liczby osób zarejestrowanych – wskaźnik płynności – była niższa od jedności, co oznacza, iż napływ do bezrobocia jest większy od odpływu. Sytuacja ta zmieniła się w roku 2006, kiedy liczba „napływających” była niższa niż liczba „odpływających” bezrobotnych.

Wykres 9. Płynność rynku pracy w latach 2003-2006 (stan na 31.12, a w przypadku roku 2006 – na 30.06).

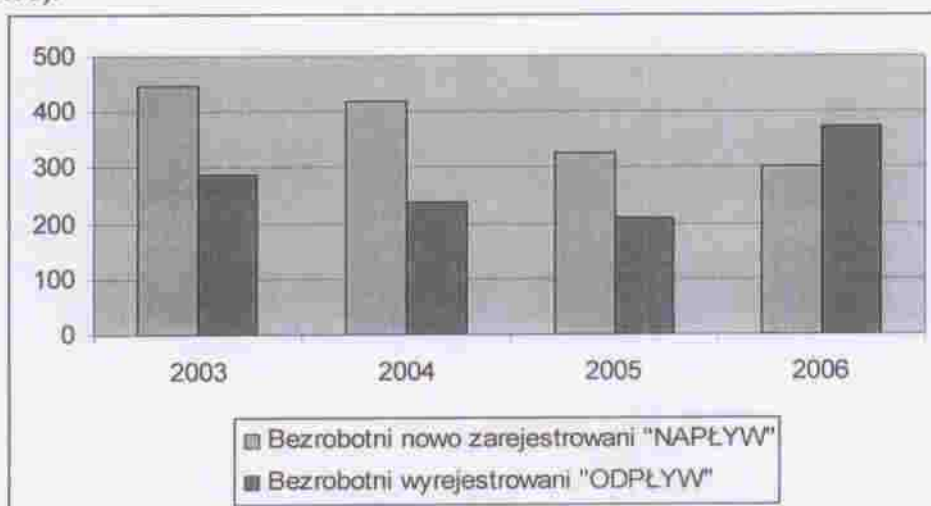
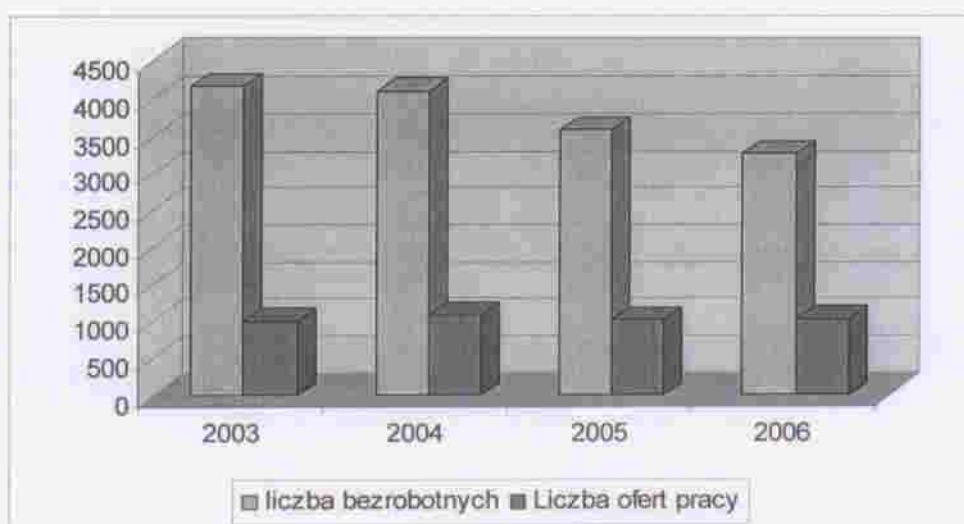


Tabela 8. Liczba ofert pracy zgłoszonych przez pracodawców do PUP w latach 2003 – 2006 (za 2006 r. tylko przewidywana ilość ofert na podstawie liczby zgłoszonych ofert do 30.06.2006r.).

Wyszczególnienie	Bezrobotni	Zgłoszone oferty pracy	Liczba bezrobotnych na jedną ofertę
2003	4175	1007	4,1
2004	4114	1087	3,8
2005	3591	1018	3,5
2006	3269	1034	3,2

Wykres 10. Liczba ofert pracy zgłoszonych przez pracodawców do PUP w stosunku do ogólnej liczby bezrobotnych w latach 2003-2006 (na podstawie Tabeli 8)



2. Priorytety i działania planowane do realizacji w latach 2007 – 2013

Po przeanalizowaniu zagadnień omówionych w dwóch poprzednich rozdziałach, można stwierdzić, iż działania podejmowane w latach 2003 – 2006 przez Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Śląskiej, przyniosły zamierzone cele i pozwoliły na kompetentne przygotowanie się do kolejnego okresu programowania.

Analiza problemu społecznego, jakim jest niewątpliwie bezrobocie, ukazana w rozdziale I oraz zrealizowane w latach 2003 – 2006 działania zmierzające do zmniejszenia tego zjawiska i złagodzenia jego skutków, pozwoliły na opracowanie programu promocji zatrudnienia i aktywizacji lokalnego rynku pracy na lata 2007 – 2013.

Program ten określa główne cele oraz kierunki działań w zakresie ograniczenia bezrobocia i aktywizacji lokalnego rynku pracy. Działania Powiatowego Urzędu Pracy w Środzie Śląskiej

skupią się przede wszystkim na wykorzystywaniu środków finansowych z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, którego priorytetami realizowanymi na szczeblu regionalnym są:

- Rynek pracy otwarty dla wszystkich oraz promocja integracji społecznej
- Regionalne kadry gospodarki
- Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach
- Aktywizacja obszarów wiejskich

Lata 2007 – 2013 to nowy okres programowania. Powiatowy Urząd Pracy zamierza aktywnie korzystać ze środków finansowych przeznaczonych na Program Operacyjny Kapitał Ludzki.

2.1. Działania podejmowane na rzecz promocji instytucji rynku pracy

- I projekt planowany na lata 2007-2008. Jego głównym celem będzie podniesienie jakości działania służb zatrudnienia PUP w Środzie Śląskiej.

Projekt ten z założenia będzie polegał na zorganizowaniu cyklu szkoleń dla kadry PUP oraz studia podyplomowe, co w efekcie zaowocuje podniesienie kwalifikacji osób zatrudnionych w PUP oraz doskonalenie ich umiejętności związanych z zajmowanym przez danego pracownika stanowiska. Realizacja projektu tego typu przyczyni się również do udoskonalenia umiejętności oraz pozwoli na wyposażenie w narzędzia i techniki niezbędne do efektywnego wspierania i motywowania klientów PUP, czyli osób bezrobotnych, a także pracodawców. Efektem długofalowym będzie podniesienie standardu oferowanych przez PUP usług.

- II projekt planowany na lata 2009-2010. Główny cel - promowanie działań publicznych służb zatrudnienia na terenie Powiatu Średzkiego.

Rodzaje działań projektu:

1. opracowanie i wydruk informatorów zawierających niezbędne informacje o usługach oferowanych przez urząd pracy. Zakłada się, że będą to dwa rodzaje informatorów:
 - Dla osób bezrobotnych – ukierunkowany na poinformowanie ich o przysługujących im prawach i obowiązkach, oraz na bieżące informowanie o możliwościach wsparcia wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
 - dla pracodawców – zawarte zostaną tu informacje na temat form wspieranego zatrudnienia, możliwościach wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, a także o oferowanej pomocy kadry PUP w celu pozyskania odpowiednich kandydatów do pracy.
2. rozbudowanie i utrzymanie portalu internetowego PUP Środa Śląska, który umożliwi społeczności lokalnej dostęp do bieżących informacji na temat ofert pracy, realizowanych szkoleń zawodowych oraz innych usług oferowanych przez PUP.
3. wydawanie bezpłatnego miesięcznika w formie gazety tradycyjnej z zakresu lokalnego rynku pracy, dostępnego na terenie całego powiatu średzkiego, docierającego do ok. 40.000 odbiorców, którymi będą nie tylko osoby bezrobotne okresowo zgłaszające się do PUP, ale również osoby nie zarejestrowane w PUP, jednakże pozostające bez pracy, także pracodawcy, którzy będą mogli zapoznać się również z realiami średzkiego rynku pracy.

Realizacja tego typu projektu bezwzględnie przyczyni się do szerokiego upowszechnienia informacji o usługach świadczonych przez PUP.

2.2 Działania podejmowane na rzecz bezrobotnej młodzieży oraz osób długotrwale bezrobotnych.

O ile będą to nadal konkursy ogłaszane rokrocznie przez Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, przewiduje się, iż będą opracowywane co roku projekty mające na celu aktywizację zawodową młodzieży oraz osób powyżej 25-tego roku życia. Projekty te z pewnością obejmą podobne formy wsparcia, jakie zostały omówione we wcześniejszym rozdziale.

2.3. Promocja aktywnej polityki społecznej poprzez wsparcie grup szczególnego ryzyka.

Zaplanowano, iż projekt obejmie lata 2010 – 2012.

Celem nadrzędnym projektu będzie odbudowanie umiejętności uczestnictwa w społeczności lokalnej, a w kolejnym etapie przygotowanie do samodzielnego świadczenia pracy oraz włączenie w rynek pracy.

Beneficjentami ostatecznymi projektu będą bezrobotni pozostający bez prawa do zasiłku, zamieszkujący wiejskie tereny powiatu, w znacznej części pracownicy byłych PGR.

Przewidziane do realizacji działania obejmą:

- Indywidualne Plany Działania (uwzględniające minimalny etap motywowania, przygotowania do zmian, potrzebę podniesienia kwalifikacji, określenie zakresu przekwalifikowania).
- doradztwo zawodowe
- pośrednictwo pracy,
- zorganizowanie miejsc pracy subsydiowanej,
- przygotowanie bezrobotnych do wykonywania zawodu
- szkolenia zawodowe uwzględniające aktualne potrzeby lokalnego rynku pracy.

Integracja i reintegracja zawodowa kobiet.

Zakłada się, iż projekt o charakterze i specyfice podobnej do realizowanego aktualnie w ramach działania 1.6 SPO RZL „Kobieta Aktywna”, zostanie powtórzony w latach 2009 – 2010.

W załączeniu harmonogram planowanych do realizacji w latach 2007 – 2013 projektów. (Załącznik nr 1)

V. OPIEKA MEDYCZNA I PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W POWIECIE ŚREDZKIM.

I Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Środzie Śląskiej:

PZOZ posiada obecnie trzy umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Są to mianowicie:

- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, w ramach której działa 7 poradni:
 - Poradnia Dermatologiczna
 - Poradnia Onkologiczna
 - Poradnia Ginekologiczno - Położnicza
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej
 - Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
 - Poradnia Okulistyczna
 - Poradnia Otolaryngologiczna
- Rehabilitacja, w ramach której działa:
 - Poradnia Rehabilitacyjna
- Gabinet Fizjoterapii
- Psychiatria, a w jej ramach Poradnia Zdrowia Psychicznego.

Przy Poradni Ginekologiczno – Położniczej wdrożony został *Program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży*, mający na celu przede wszystkim wzrost wykrywalności zakażeń HIV wśród kobiet w ciąży, będących pod opieką poradni, zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych w kierunku HIV oraz poprawę jakości poradnictwa indywidualnego dotyczącego profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Badania te wykonywane są anonimowo. Kobiety, u których uzyskano wątpliwy wynik testów HIV kierowane są do kliniki chorób zakaźnych, w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby, natomiast w przypadku wykrycia zakażenia wirusem pacjentka zostaje otoczona opieką medyczną do końca ciąży oraz po urodzeniu dziecka, w celu nadzoru i leczenia specjalistycznego prowadzonego również w stosunku do dziecka.

Od roku 2007, również przy Poradni Ginekologiczno – Położniczej, zostanie uruchomiony *Program profilaktyki raka szyjki macicy*. Zgodnie z założeniami program ma na celu zmniejszenie umieralności kobiet na raka szyjki macicy, który jest drugim co do częstości nowotworem u kobiet w Polsce oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Programem objęto populację kobiet w wieku od 25 do 59 lat. Badania są przeprowadzane jeden raz na 3 lata. Kobiety, u których rozpoznano nowotwór zostają skierowane (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia w placówkach temu przeznaczonych.

Ponadto w następnych latach będą utworzone kolejne poradni, m.in. Poradni Psychiatrycznej Dziecięcej, Poradni Logopedycznej oraz Poradni Neurologicznej Dziecięcej, dzięki którym możliwa będzie kompletna diagnostyka dzieci z terenów najbardziej zagrożonych, zarówno ubóstwem, sieroctwem, jak i odrzuceniem społecznym.

Budynek PZOZ obecnie jest dostosowany dla potrzeb osób niepełnosprawnych, mimo tego, na bieżąco pozyskiwane są nowe fundusze na sprzęt rehabilitacyjny bądź innego rodzaju udogodnienia dla niepełnosprawnych.

II Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Średzkie Centrum Medyczne:

Od 2004 r. NZOZ Średzkie Centrum Medyczne – Szpital funkcjonuje jako osobna placówka, w ramach której działa 5 oddziałów szpitalnych:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych
2. Oddział Chirurgii Ogólnej
3. Oddział Ginekologiczno – Położniczy
4. Oddział Pediatryczny
5. Oddział Neonatologiczny

Jest to jedyna placówka leczenia stacjonarnego w powiecie, która przy bliskości głównych tras komunikacyjnych (autostrada A4 oraz droga krajowa nr 94) jest niezbędna. Rocznie leczony jest ponad 5000 pacjentów. W roku 2006 r. wykonano gruntowny remont pomieszczeń przeznaczonych na nową Izbę Przyjęć. Zakupiono windę, przystosowaną do przewozu pacjentów oraz osób niepełnosprawnych, poza tym, nowoczesny aparat ultrasonograficzny oraz aparat do fototerapii noworodka. Odnowiono i pomalowano ściany Oddziału Neonatologicznego w przyjazne matce i dziecku bajkowe postaci.

W 2007 r. zaplanowano zakontraktowanie z NFZ, w ramach Szpitala, Pracowni USG, która będzie świadczyć pacjentom z całego rejonu bezpłatnie usługi diagnostyczne na bardzo wysokim poziomie. Kolejnym etapem jest utworzenie Poradni Kardiologicznej, z możliwością wykonywania prób wysiłkowych serca na specjalnej bieżni oraz badań serca - EKG Holter, które ma na celu ocenę zaburzeń rytmu serca pacjenta w ciągu całej doby. Utworzenie tych pracowni będzie służyć przede wszystkim pacjentom, by mieli oni możliwość wykonania wielu specjalistycznych badań na miejscu, bez konieczności dojazdu do placówek w okolicznych miastach.

W Oddziale Neonatologicznym będzie stworzone dodatkowe łóżeczko noworodkowe, które umożliwi matce pozostawienie własnego dziecka w szpitalu, a tym samym przekazanie go do adopcji.

Kolejne prace będą dotyczyć remontu Pracowni RTG i zakupienia nowoczesnego aparatu do rentgenodiagnostyki oraz remontu pomieszczeń po starej pralni szpitalnej dla potrzeb stworzenia nowej siedziby dla Oddziału Pediatrycznego, który obecnie jest nieco za ciasny.

Pracownicy zarówno szpitala, jak i przychodni biorą udział w różnego rodzaju szkoleniach, m.in. rozwój kompetencji menadżerskich pielęgniarek i położnych, profesjonalna obsługa pacjenta z podstawami języka angielskiego, opieka nad osobami starszymi, które są współfinansowane ze środków Unii Europejskiej.

Wszystkie te działania mają na celu poprawę jakości usług medycznych na terenie naszego powiatu. Dla wykonania wszystkich zamierzeń niezbędna jest współpraca wszystkich gmin z terenu powiatu oraz instytucji świadczących ogólnie pojętą pomoc.

2. PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ.

Uzależnienie jest chorobą, która zaczyna się i rozwija bez świadomości zainteresowanej osoby. Można ją określić jako działanie szkodzące zarówno danej osobie, jak i jej otoczeniu, a które mimo to jest kontynuowane. Ponieważ wola osoby uzależnionej jest wobec uzależnienia słaba, osoba taka umie powstrzymać się od danego działania.

Można powiedzieć, że **uzależnienie przejmuję kontrolę nad życiem danej osoby.**

Najczęściej pomocy w rozwiązywaniu problemów potrzebują rodziny, w których występuje uzależnienie od alkoholu. Jedną z grup dysfunkcyjnych są osoby uzależnione od alkoholu. Nadużywanie alkoholu stanowi dziś bezsprzecznie jeden z najpoważniejszych problemów. Zjawisko to stwarza problem złożony, trudny do przezwyciężenia. Szerzące się zjawisko alkoholizmu dotyka wielu mieszkańców naszego powiatu, nie respektuje płci, wieku ani statutu intelektualnego. Jego rozmiar i niszczyielskie działanie daje się zaobserwować wśród klientów GOPS. Niepokojący jest fakt wzrastania liczby osób uzależnionych od alkoholu i obniżanie się wieku pierwszego z nim kontaktu. Problem nadużywania alkoholu jest bardzo skomplikowany, ponieważ obok alkoholizmu występuje zaburzenie komunikacji między członkami rodziny, bieda, problemy wychowawcze i zdrowotne. Alkoholizm jest problemem całej rodziny, prowadzi do przemocy, stanowi zagrożenia funkcjonowania biologicznego i emocjonalnego wszystkich członków rodziny. Skuteczna pomoc osobom i rodzinom z problemem alkoholowym polega na umożliwieniu ludziom dotkniętym tą chorobą podjęcie leczenia. Poważnym problemem jest bierna postawa ludzi uzależnionych. Osoby te mają w większości postawy roszczeniowe, uważają że jeśli nie pracują, to właśnie pomoc społeczna ma obowiązek ich utrzymać. Rodzina w takiej sytuacji wymaga nie instytucjonalnych form pomocy dostosowanych do jej potrzeb. Wzmocnienia wymaga

sama rodzina.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi większość kompetencji i środków finansowych lokuje na poziomie samorządów gminnych, uznając że gminy mają największą wiedzę na temat problemów swoich mieszkańców, ich skali, a także zasobów jakimi dysponują do ich rozwiązywania i braków w tym zakresie. Większość gmin w powiecie średzkim ma opracowane Programy Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ujęte są w nich działania profilaktyczne i działania zwrócone na minimalizację skutków alkoholizmu.

Zadania te obejmują :

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występuje problem alkoholowy pomocy społecznej i prawnej w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działań instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w ustawie oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego,
- ograniczenie dostępności do alkoholu przez ustalenie limitów punktów sprzedaży napojów alkoholowych zaw. powyżej 4,5% alkoholu,
- szkolenie członków gminnej komisji w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem,
- wspieranie programów profilaktycznych, w zakresie organizowania czasu wolnego dzieci i młodzieży stanowiących alternatywę wobec picia alkoholu i zażywania środków psychoaktywnych,
- kontrola przestrzegania przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości,
- analiza stanów zagrożenia chorobą alkoholową i uzależnieniami od środków psychoaktywnych na terenie powiatu,
- usługi terapeutyczne, socjotechniczne, doradztwo pedagogiczno-psychologiczne,
- kierowanie na leczenie osób uzależnionych od alkoholu,
- dofinansowanie zakupu materiałów i wyposażenia do realizacji programów profilaktycznych,
- ograniczanie dostępności do środków psychoaktywnych, w szczególności dzieci i młodzieży,
- szkolenie członków GKRPA i pracowników,
- prowadzenie akcji edukacyjnych na temat uzależnień (plakaty, broszury),
- spektakle teatralne, konkursy, prelekcje,
- współpraca z policją w sytuacjach kryzysowych w rodzinach dotkniętych przemocą.

Wszystkie te działania skierowane są przeciw bezradności, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu i powinny objąć sfery mogące być przyczyną indywidualnego i społecznego nieszczęścia. Na terenie powiatu istnieją Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych które zajmują się realizacją przedstawionych zadań, współpracują z Klubem Abstynenta w Środzie Śl, kierują osoby uzależnione na leczenie odwykowe. Nawiązują współpracę z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną. Obsługują punkty konsultacyjne dla członków rodzin z problemem alkoholowy.

W ostatnim raporcie o stanie zdrowia na świecie stwierdza się że w regionie europejskim, alkohol zajmuje trzecie miejsce na liście dwudziestu czynników odpowiedzialnych za całokształt zaburzeń zdrowotnych, a w ostatnim roku spożycie wódek w skali kraju wzrosło o 25%. Duży

odsetek pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego to osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi spożywaniem alkoholu i środków odurzających. Dlatego działania mające na celu poprawę stanu zdrowia mieszkańców to propagowanie zdrowego stylu życia bez uzależnień, kształtowanie postaw odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Tworzenie warunków zewnętrznych do wychowania dla zdrowia oraz prowadzenie szerokiej profilaktyki szczególnie wśród dzieci i młodzieży.

VI. Niepełnosprawność

1. Informacje ogólne

Niepełnosprawność jest jednym z ważnych problemów społecznych. Obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek ludzkich, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia mają charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej.

Pojęcie niepełnej sprawności łączy się z naruszeniem lub uszkodzeniem sprawności psychofizycznej, która prowadzi do stanu określanego jako ograniczenie funkcjonalne lub ograniczenie aktywności życiowej człowieka. Stan ten nie zawsze współwystępuje ze zmianami fizycznymi. Może pojawiać się między innymi jako: naruszenie sprawności działania lub odchylenie od normy funkcjonowania na skutek stanów określanych jako nerwice.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definiuje niepełnosprawność jako „trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy.” Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce oraz różnorodność problemów jakie rodzi niepełnosprawność sprawia, że grupa ta powinna zajmować szczególne miejsce w społecznej polityce państwa.

Skuteczność działań planowanych i podejmowanych w tym obszarze w zasadniczym stopniu zależy od właściwego zdiagnozowania zarówno skali jak też rodzaju problemów społecznych, których rozwiązanie wymaga interwencji.

Według przeprowadzonego w roku 2002 Narodowego Spisu Powszechnego – 14,3% , czyli 5.456 700 mieszkańców Polski uznanych jest za osoby niepełnosprawne, przy czym 2,6 % jest niepełnosprawnych wyłącznie w sensie biologicznym /bez formalnego orzeczenia/. Nie jest to więcej, a raczej mniej niż w większości krajów europejskich.

Osoby niepełnosprawne potrzebują niekiedy więcej wsparcia ze strony społeczeństwa, by móc osiągnąć takie same warunki życia jak inni obywatele. To wsparcie nie powinno być traktowane jako przywilej, ale jako przysługujące człowiekowi prawo.

Codzienne życie osób niepełnosprawnych najeżone jest mniejszymi i większymi przeszkodami utrudniającymi im prowadzenie normalnego życia. Tymczasem wcale tak być nie musi. Jest szereg sposobów eliminowania wielu przeszkód. Aby ograniczać skutki niepełnosprawności konieczne jest zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym właściwego zabezpieczenia socjalnego. Decyzje władz lokalnych mają wpływ na codzienne życie osób niepełnosprawnych. Decyzje te mogą dotyczyć na przykład spraw mieszkaniowych, edukacji czy opieki. Konieczne jest więc, by władze lokalne włączyły kwestie dotyczące niepełnosprawności w zakres swych działań decyzyjnych.

Bliska współpraca pomiędzy organizacjami osób niepełnosprawnych i władzami lokalnymi daje bardzo wymierne efekty dla mieszkańców powiatu średzkiego. Jest nieodłącznym elementem polityki społecznej. Szczególną uwagę należy tu zwrócić na integrację i równoprawność wiedzy, doświadczenia, kompetencji i zasobów wszystkich podmiotów, które mają coś do powiedzenia i zrobienia w kwestii wyrównywania szans i włączenia osób niepełnosprawnych w główny nurt życia społecznego. Chodzi tu o współpracę organizacji pozarządowych – traktowanych jako równoprawni partnerzy – ze społecznościami lokalnymi, z organizacjami samorządowymi, administracją publiczną i innymi instytucjami.

Teren powiatu średzkiego, to obszar rolniczy, niezamożny. Osoby niepełnosprawne utrzymują się przeważnie z niskich rent inwalidzkich oraz zasiłków z pomocy społecznej diagnoza na podstawie badań przeprowadzonych w powiecie w roku 2003 oraz 2006/. Ich sytuacja

finansowa jest trudna i każda forma pomocy jest dla nich znacząca. Zakup sprzętu takiego jak: transportery schodowe, podnośniki, zakup wyposażenia pomieszczeń higieniczno - sanitarnych dostosowanych do potrzeb ludzi niepełnosprawnych, zakup sprzętu ortopedycznego jest bardzo kosztowny i bez finansowego udziału Powiatowego Centrum w opisanych wcześniej przypadkach nie byłby możliwy. W powiecie średzkim działania na rzecz osób niepełnosprawnych podejmowane są nieustannie. Szczególną uwagę zwrócono na potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie pełnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i zawodowym.

Wszystkie środki jakie otrzymuje Powiat Średzki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wydatkowane są na zaspokojenie potrzeb ludzi niepełnosprawnych. Z pewnością nie pokrywają one w 100% zapotrzebowania, lecz w każdym przypadku znacznie ułatwiają ludziom niepełnosprawnym realizację indywidualnych potrzeb.

Realizacja zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych to w szczególności szkolenia osób niepełnosprawnych, stworzenie miejsca pracy, integracja ze środowiskiem, utworzenie Warsztatu Terapii Zajęciowej, zlikwidowane bariery architektoniczne, w komunikowaniu się i techniczne, wyjazdy na turnusy rehabilitacyjne, dotacje do sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego, promowanie sportu, kultury i rekreacji osób niepełnosprawnych. Dla większości osób korzystających z wyjazdu na turnus rehabilitacyjny, był to pierwszy wyjazd na wypoczynek i rehabilitację. O popularności tej formy rehabilitacji społecznej świadczy fakt, że środki finansowe na turnusy kończą się już w połowie roku.

Możliwość załatwienia spraw związanych z uzyskaniem stopnia niepełnosprawności a w konsekwencji możliwość korzystania z wszystkich uprawnień z tym związanych z pewnością przyczyniła się do poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych.

2. Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w latach 2007-2013.

Uchwalony przez Radę Powiatu Średzkiego dnia 14 marca 2007r. Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2007-2013 stał się dokumentem zwracającym uwagę na konieczność kompleksowego podejścia do problematyki osób niepełnosprawnych. Główny nacisk położono w nim na konieczność przeprowadzenia rzetelnej analizy potrzeb środowiska osób niepełnosprawnych i istniejących już rozwiązań w tym zakresie. Założenia programu to przede wszystkim:

Główne priorytety:

- Monitorowanie sytuacji osób niepełnosprawnych.
- Akcje informacyjne dotyczące form pomocy udzielanej osobom niepełnosprawnym oraz problematyki osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu w Powiecie Średzkim.
- Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych w Powiecie Średzkim.
- Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych w Powiecie Średzkim.
- Pomoc społeczna, ochrona zdrowia i edukacja wspierająca osoby niepełnosprawne w Powiecie Średzkim.
- Rozszerzenie działalności instytucji użyteczności publicznej i organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych.

- Doskonalenie i szkolenie kadr instytucji pracujących pośrednio i bezpośrednio na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Średzkim.

Przedstawione obszary nie są niezależnymi elementami, ich realizacja powinna stanowić jeden kompleksowy i skoordynowany proces. Tylko w takim przypadku „Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych” przyczyni się do stworzenia osobom niepełnosprawnym warunków, które ułatwią im osiąganie życiowej samodzielności i jak największej aktywności społecznej i zawodowej. Ze względu na charakter ramowy wiele działań w nim ujętych ma postać ogólnych zadań, które precyzowane są w toku dalszych prac.

3. Rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych realizowana w Powiecie Średzkim.

3.1. Rehabilitacja zawodowa.

Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej z korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy

Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy, w szczególności przez:
 - a) przeprowadzenie badań lekarskich i psychologicznych umożliwiających określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania zawodu oraz ocenę możliwości zwiększenia tej sprawności,
 - b) ustalenie kwalifikacji, doświadczeń zawodowych, uzdolnień i zainteresowań,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp. Rehabilitacja zawodowa jest ważną częścią rehabilitacji kompleksowej. Dotyczy ona niepełnosprawnej młodzieży i osób w wieku aktywności zawodowej. Stawia sobie za cel pomoc osobie niepełnosprawnej w rozwoju zawodowym i przebiegu aktywności zawodowej, a w szczególności w wyborze zawodu lub jego zmianie, przygotowaniu się do pracy, uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia i adaptacji zawodowej w miejscu pracy.

Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych realizowana jest przez powiat ze środków PFRON oraz środków Funduszu Pracy. Zadania w tym zakresie wykonuje Powiatowy Urząd Pracy oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Zadania dotyczące rehabilitacji zawodowej realizowane są na podstawie *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenia sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Rozporządzenia PERON sprawie szczegółowych zasad oprocentowania, spłaty i umarzania pożyczek dla osób niepełnosprawnych.*

Zdania z zakresu rehabilitacji zawodowej realizowanej przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie to:

- Refundacja kosztów poniesionych istniejących związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych stosownie do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności.
- Tworzenie nowych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych – w ramach Programu wyrównywania różnic między regionami.

Pracodawcy zgłaszający gotowość zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ramach refundacji kosztów przystosowania stanowisk pracy dla tych osób powinni złożyć wniosek do Starosty. W razie pozytywnego rozpatrzenia wniosku Starosta zawiera z pracodawcą umowę, w której określone zostają warunki i wysokość zwrotu kosztów.

Warunkiem niezbędnym do dokonania zwrotu kosztów jest pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Pracy o tym stanowisku pracy, wydana na wniosek Starosty.

Pracodawcy zamierzający utworzyć nowe stanowisko pracy dla osoby niepełnosprawnej w ramach Programu wyrównywania różnic między regionami składają wniosek do Starosty w terminie ustalonym w procedurach programu.

- Pożyczki dla osób niepełnosprawnych na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej

Przeznaczenie środków PFRON na pożyczki dla osób niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej służy aktywizacji zawodowej i społecznej tych osób, a także podejmowaniu działań zmierzających do ograniczenia bezrobocia również przez same osoby niepełnosprawne.

Dotychczasowe doświadczenia zebrane przez PFRON w okresie funkcjonowania ustawy o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej, wykazały, że korzystne zasady udzielania pożyczek i ich częściowego umarzania było zachętą do dla wielu osób niepełnosprawnych pozostających bez pracy do aktywności i skłoniło je do podjęcia działalności na własny rachunek.

Nową formą pomocy, wprowadzoną ustawą, jest możliwość otrzymania pożyczki na działalność rolniczą. Ma to szczególne znaczenie dla osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi, dla których pożyczki te stwarzają warunki do rozpoczęcia indywidualnej działalności rolniczej.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych normuje jedynie generalne zasady udzielania, oprocentowania, spłaty i umarzania pożyczek. Szczegółowe zasady określa natomiast *Rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad udzielania, oprocentowania, spłaty i umarzania pożyczek dla osób niepełnosprawnych*.

Pożyczkę na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej może otrzymać osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako: bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu. Pożyczka udzielana jest do wysokości trzydziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Pożyczki udziela na wniosek osoby zainteresowanej Starosta. W przypadku zaakceptowania wniosku zostaje zawarta przez Starostę z pożyczkobiorcą umowa o udzielenie pożyczki, w której ustalone zostają warunki udzielenia i spłaty pożyczki oraz wysokość stopy oprocentowania /jest to 5 % od całości udzielonej kwoty/.

Pożyczka może zostać umorzona do wysokości 50% kwoty pożyczki pod warunkiem prowadzenia przez pożyczkobiorcę działalności gospodarczej lub rolniczej przez okres co najmniej 24 miesięcy i po spłaceniu 50% udzielonej kwoty. Umorzenia pożyczki dokonuje Starosta na wniosek pożyczkobiorcy.

- **Dofinansowanie oprocentowania kredytów bankowych zaciągniętych przez osoby niepełnosprawne na prowadzenie działalności gospodarczej lub rolniczej**

Poza udzielaniem pożyczek środki PFRON przeznaczone są również na wspieranie już prowadzonej przez osoby niepełnosprawne działalności gospodarczej lub rolniczej.

Osoba niepełnosprawna prowadząca działalność gospodarczą albo własne lub wydzierżawione gospodarstwo rolne może otrzymać ze środków PFRON dofinansowanie do wysokości 50% oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie tej działalności, jeżeli:

- nie korzystała z pożyczek ze środków PFRON na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej lub
- taka pożyczka została spłacona albo w całości umorzona,

Dofinansowanie następuje na podstawie umowy zawartej przez Starostę z osobą ubiegającą się o dofinansowanie.

- **Szkolenie zawodowe osób niepełnosprawnych.**

Gospodarka rynkowa wymusiła konieczność racjonalizacji i efektywnego zarządzania siłą roboczą. Rosnącym w związku z tym wymaganiom pracodawców i konieczności dostosowania się do ich potrzeb wychodzą naprzeciw działania podejmowane przez organy zatrudnienia, jak i samych zainteresowanych. Mają one na celu zwiększenie szans osób niepełnosprawnych na podjęcie pracy. Nie ulega wątpliwości, że w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, które poszukują zatrudnienia, stopień ich mobilności zawodowej ma często decydujące znaczenie dla długości okresu pozostawania bez pracy. Z tego punktu widzenia za ważną formę pomocy, w razie braku możliwości zapewnienia osobom niepełnosprawnym pozostającym bez odpowiedniego zatrudnienia /tj. pracy, do której osoba niepełnosprawna ma przygotowanie zawodowe, i którą może wykonywać ze względu na stan zdrowia/, należy uznać niewątpliwie szkolenia, celem, których jest dostosowanie się osób niepełnosprawnych do potrzeb rynku pracy.

Podstawowym celem odbycia przez osobę niepełnosprawną szkolenia jest zwiększenie jej szans na znalezienie zatrudnienia poprzez:

- zdobycie zawodu w systemie edukacji pozaszkolnej, zgodnie z aktualnymi możliwościami, zainteresowaniami, stanem zdrowia i potrzebami rynku pracy,
- podwyższenie kwalifikacji już posiadanych,
- zwiększenie aktywności zawodowej tj. nauka umiejętnego poszukiwania i uzyskania zatrudnienia oraz kształtowanie takich predyspozycji psychicznych, które okażą się w tym przydatne,

Szkolenie i przekwalifikowanie osób niepełnosprawnych realizuje Powiatowy Urząd Pracy. Koszty szkolenia mogą być finansowane ze środków PERON i Funduszu Pracy.

3.2. Rehabilitacja społeczna.

Rehabilitacja społeczna jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na przygotowaniu osoby niepełnosprawnej do pełnienia ról społecznych, właściwych dla wieku, płci oraz na umożliwieniu jej pełnego uczestnictwa w życiu społecznym swojego środowiska, a przez to integrację lub reintegrację społeczną.

Uczestnictwo osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie musi dotyczyć wszystkich wymiarów życia i na wszelkich poziomach wiekowych, w granicach możliwości osoby niepełnosprawnej.

Uszkodzenie narządów i niepełnosprawność funkcjonalna organizmu ma również wpływ na sferę społeczną człowieka, powodując trudności i ograniczenia czy nawet eliminując go z udziału w różnych przejawach życia społecznego. Rozwiązanie tych problemów stawia sobie za cel rehabilitacja społeczna. Obejmuje ona takie sprawy jak wypracowanie motywacji do kontaktów społecznych /pozytywne postawy wobec innych członków społeczeństwa/ i zainteresowań życiem społecznym, wypracowanie społecznie akceptowanych form zachowania się i zasad współżycia społecznego, umiejętności współpracy i współdziałania z innymi osobami.

Rehabilitacja społeczna uwarunkowana jest zniesieniem barier utrudniających i ograniczających włączenie się osoby niepełnosprawnej w życie społeczne, a mianowicie:

- społecznych, do których należą w pierwszej kolejności negatywne i obojętne postawy osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych,
- prawnych, do których zaliczamy przepisy legislacyjne dyskryminujące osoby niepełnosprawne pod niektórymi względami,
- ekonomicznych, do których należą wszelkiego rodzaju problemy socjalno-bytowe stwarzające osobie niepełnosprawnej trudne warunki życiowe,
- architektonicznych i urbanistycznych, czyli niedostosowanie środowiska fizycznego do możliwości manipulacyjnych i lokomocyjnych osoby niepełnosprawnej, zarówno miejsca zamieszkania, jak i budynków i obiektów użyteczności publicznej oraz środków komunikacji. Integralną część rehabilitacji społecznej jest przygotowanie członków rodziny, współpracowników i w ogóle całego społeczeństwa do wzajemnego współżycia i współpracy z osobami niepełnosprawnymi.

Do podstawowych form rehabilitacji społecznej zalicza się zwłaszcza uczestnictwo w:

- warsztatach terapii zajęciowej,
- turnusach rehabilitacyjnych,
- zespołach ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych oraz zespołach aktywności społecznej, zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych,

Istotą procesu rehabilitacji społecznej jest harmonizowanie układu: osoba niepełnosprawna-otoczenie. Instrumenty owej rehabilitacji ukierunkowane są na kreowanie otoczenia osoby niepełnosprawnej, co prowadzić ma do rozwoju nowych możliwości i wartości tej osoby.

Według WHO / Światowej Organizacji Zdrowia/ rehabilitacja społeczna to „część ogólnego procesu rehabilitacji (tak leczniczej jak i zawodowej), która ma na celu integrację lub reintegrację osoby z naruszoną sprawnością organizmu, poprzez udzielanie jej pomocy w przystosowaniu się do wymogów życia społecznego i pracy zawodowej, usuwając jednocześnie ekonomiczne i społeczne przeszkody utrudniające proces rehabilitacji. W rehabilitacji społecznej chodzi o pełne włączenie inwalidy we wszelkie przejawy życia społecznego, by i czuł się wartościowym i użytecznym członkiem społeczeństwa, który korzysta ze wszelkich dóbr i osiągnięć kultury i cywilizacji oraz włącza się w ich pomnażanie. Przystosowanie warunków społecznych do realizowania integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem jest głównym zadaniem rehabilitacji społecznej.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śl. realizuje zadania z zakresu rehabilitacji społecznej określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych głównie poprzez :

1. dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
2. dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,

3. dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
4. dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych,
5. dofinansowanie działalności warsztatów terapii zajęciowej,

• **Dofinansowanie do udziału w turnusach rehabilitacyjnych**

Turnus rehabilitacyjny oznacza formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, mającą na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań osób niepełnosprawnych. Do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym osoba niepełnosprawna kierowana jest na wniosek lekarza. Również lekarz decyduje o konieczności udziału opiekuna podczas turnusu rehabilitacyjnego. Uprawnionymi do korzystania z dofinansowania do turnusów są osoby niepełnosprawne, mające więcej niż 16 lat /posiadające grupę inwalidzką, orzeczenie o niepełnosprawności, bądź orzeczenie o niezdolności do pracy/, a także dzieci i młodzież do lat szesnastu, posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Jeśli lekarz kierujący zainteresowaną osobą na turnus rehabilitacyjny uzna, że wymaga ona pomocy opiekuna na turnusie, wówczas opiekun także otrzymuje dofinansowanie. Wysokość dofinansowania wynosi:

- 27% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej dla osób z I grupą inwalidzką oraz dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności i całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji, a także dla dzieci, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności,
- 25% przeciętnego wynagrodzenia dla osób z II grupą inwalidzką, z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy,
- 23% przeciętnego wynagrodzenia dla osób z III grupą inwalidzką i lekkim stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem o częściowej niezdolności do pracy,
- 18% przeciętnego wynagrodzenia dla opiekunów i osób niepełnosprawnych, zatrudnionych w zakładach pracy chronionej,

W przypadku uzasadnionym szczególnie trudną sytuacją życiową wnioskodawcy, potwierdzoną wywiadem środowiskowym przez pracownika socjalnego, PCPR może przyznać dofinansowanie w wysokości 100% najniższego wynagrodzenia.

Dofinansowanie nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, których dochód miesięczny na jednego członka rodziny przekracza kwotę :

- w przypadku osób samotnych 65% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej,
- w przypadku osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z rodziną 50% tego wynagrodzenia,

Z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego osoba niepełnosprawna może skorzystać raz w danym roku kalendarzowym. Osoby zainteresowane udziałem w turnusie składają odpowiednie dokumenty w PCPR: kopię orzeczenia o niepełnosprawności, oświadczenie o dochodzie, wniosek lekarski i informację o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza ubezpieczeniowego. Uczestnik turnusu sam decyduje o wyborze terminu i miejscu gdzie ma się odbyć /korzysta w tym celu z ofert zgromadzonych w PCPR, a które przysyłają ośrodki organizujące turnusy/ i składa odpowiednie oświadczenie. Powiatowe Centrum wysyła dokumenty do organizatora turnusu lub ośrodka, w celu uzyskania potwierdzenia o miejscu, terminie i kosztach turnusu, a następnie przesyła środki przyznane jako dofinansowanie na konto organizatora turnusu. Turnus rehabilitacyjny trwa co najmniej 14 dni i po jego zakończeniu PCPR otrzymuje od organizatora informację o przebiegu turnusu zawierającą dane dotyczące zabiegów jakie przyznał na turnusie lekarz, stanie zdrowia

uczestnika i innych dot. pobytu w ośrodku. Osoby niepełnosprawne kierowane są na turnusy przez cały rok, aż do wyczerpania środków finansowych.

• **Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych**

Bariery architektoniczne oznaczają utrudnienia dla osób niepełnosprawnych występujące w budynkach i ich elementach zewnętrznych / np. schody /, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają bądź uniemożliwiają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym, zwłaszcza z dysfunkcją narządu ruchu.

O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się niepełnosprawne osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, a także rodzice lub opiekunowie dzieci niepełnosprawnych, które mają trudności w poruszaniu się. Wnioski o dofinansowanie składa się w PCPR.

Przedmiotem dofinansowania ze środków PRFON w ramach likwidacji barier architektonicznych może być min.:

- zakup transportera schodowego,
- adaptacja i modernizacja mieszkania w tym kuchni, łazienki i WC w celu samodzielnego funkcjonowania wnioskodawcy,
- oporęczowanie ciągów komunikacyjnych,
- likwidacja progów,
- posadzki antypoślizgowe, budowa pochylni umożliwiającej dostęp do mieszkania osobie niepełnosprawnej,
- budowa windy,

Dla osób z dysfunkcją narządu wzroku możliwe jest dofinansowanie między innymi do:

- likwidacji progów,
- posadzki antypoślizgowej,
- montażu poręczowania i uchwyty,
- montażu instalacji dźwiękowej,

Przy rozpatrywaniu wniosków bierze się pod uwagę: całkowity koszt zadania, stopień i rodzaj niepełnosprawności, warunki mieszkaniowe wnioskodawcy, jego sytuację zawodową, średni dochód na członka rodziny, deklarowany udział własny.

Dofinansowanie ze środków PFRON wynosi maksymalnie 80% kosztów realizacji zadania. W umowie zawieranej przez Starostę z wnioskodawcą określa się wysokość dofinansowania, termin realizacji umowy oraz sposób przekazania środków finansowych. Po zakończeniu prac budowlanych dokonywany jest odbiór i następuje przekazanie dofinansowania.

W każdym przypadku wnioskodawca musi przedstawić dowód udziału własnych środków w przedsięwzięciu w wysokości nie objętej dofinansowaniem.

• **Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie można również uzyskać dofinansowanie do zakupu urządzeń wraz z montażem lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

Bariery w komunikowaniu się, są to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/ lub przekazywanie informacji.

Podobnie jak przy likwidacji barier architektonicznych o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej / także osoby małoletnie/, i które mają trudności w komunikowaniu się potwierdzone aktualnym zaświadczeniem lekarskim.

Środki finansowe PFRON przeznaczone na realizację tego zadania przekazywane są do powiatu i mogą być przeznaczone między innymi na:

- zakup i montaż sygnalizacji świetlnej,
- zakup i montaż sygnalizatorów optycznych,
- wyposażenie aparatu w sygnalizację świetlną,
- zakup i montaż faksu, telefaksu, tekstofonu, wideofonu, pagera,
- zakup telefonu komórkowego, magnetofonu, radiomagnetofonu, dyktafonu,
- zakup maszyny do pisania pismem Braillea,
- usługi lektorów i przewodników dla osób z dysfunkcją narządu wzroku,
- usługi tłumaczy języka migowego.

Wysokość dofinansowania wynosi do 80% kosztów i nie może przekroczyć kwoty wysokości piętnastokrotnego, przeciętnego wynagrodzenia.

Starosta podpisuje z wnioskodawcą umowę o dofinansowaniu zawierającą: kwotę dofinansowania, termin realizacji umowy, udział własny wnioskodawcy sposób i termin przekazania środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie.

Przez bariery techniczne należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie i umożliwić jej funkcjonowanie w życiu codziennym.

- **Dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzętu rehabilitacyjnego,**

Osoby niepełnosprawne, które otrzymały dofinansowanie z Zarodkowego Funduszu Zdrowia do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków PERON do wysokości 100% udziału własnego w limicie NFZ, oraz do 150% sumy kwoty limitu NFZ i wymaganego udziału własnego.

Dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 60% ceny zakupu tego sprzętu z tym, że nie może ono przekroczyć wysokości pięciokrotnego, przeciętnego wynagrodzenia.

4. Opieka instytucjonalna dla osób niepełnosprawnych oraz działalność organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Średzkim.

4.1. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie działa Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, powołany w dniu 26 czerwca 2002r. przez Starostę Powiatu Średzkiego za zgodą Wojewody Dolnośląskiego zarządzeniem nr 30/2002. Zespół swym działaniem obejmuje gminy: Środa Śląska, Małczyce, Miękinia, Kostomłoty i Udanin. W skład zespołu orzekającego wchodzi następujący specjaliści :

- lekarze o specjalnościach - neurolog, ortopeda, psychiatra, internista, otolaryngolog,

okulista, pediatra;

- pozostali członkowie: psycholog, pedagog, pracownik socjalny i doradca zawodowy.

Zespół orzeka dla celów poza rentowych a w szczególności :

- odpowiedniego szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- nabycie uprawnień do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego,
- karty parkingowej,
- korzystania z ulg i uprawnień,

Osoby, które kończyły 16 rok życia – a ich stan zdrowia powoduje niezdolność do pełnienia ról społecznych – mogą ubiegać się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. W tym celu muszą złożyć wniosek o wydanie powyższego orzeczenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dokumentację medyczną (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje lekarzy specjalistów, badania : EEG, EKG, okulistyczne, audiometryczne, opisy zdjęć RTG itp., a także kopie orzeczeń innych organów orzeczniczych – KSUS, ZUS, KIZ). Do wniosku niezbędne jest wypełnienie załącznika mówiącego o podstawowych problemach zdrowotnych a także o stopniu samodzielności w czynnościach samoobsługi.

Rodzice lub prawni opiekunowie dzieci do 16 roku życia mogą starać się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, które mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki i pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający potrzebne wsparcie dziecku w danym wieku. W tym celu należy złożyć wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wraz z dokumentacją medyczną (jak wyżej) oraz informację o zakresie sprawowanej opieki i pielęgnacji rodzica lub opiekuna prawnego nad dzieckiem.

Zespół wydaje odpowiednio orzeczenia o :

- niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
- stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia (stopnie niepełnosprawności – lekki, umiarkowany i znaczny – ustala się ze względu na posiadane ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, wymaganą częściową lub okresową pomoc osoby drugiej, albo ze względu na stałą opiekę i pomoc innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- wskazaniach do ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Zespół wydaje również legitymacje osobom niepełnosprawnym, uprawniające do ulgowych przejazdów PKS i PKP na podstawie orzeczeń wydanych przez tut. Zespół, ZUS, KIZ oraz KRUS (przed 1 stycznia 1998r.).

Przy zespole działa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, która posiada wózki inwalidzkie, balkoniki (kroczące i z kółkami), łóżko rehabilitacyjne z materacem, kule łokciowe (dla dorosłych i dzieci), kule pachowe, materac p.odleżynowy, pionizator dziecięcy.

Poza tym tuz. Zespół udziela systematycznie informacji o przysługujących prawach dla osób niepełnosprawnych a także informacji o aktualnych zmianach w obowiązujących przepisach.

4.2. Działalność Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz. „OSTOJA” na terenie Powiatu Średzkiego

Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA” powstało w 1993 roku z inicjatywy rodziców i opiekunów dzieci z dysfunkcjami układu nerwowego. Zrzesza rodziców (opiekunów) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz pracującą z nimi kadrę specjalistyczną z miasta Wrocławia i Dolnego Śląska.

Jako główny cel swojej działalności Stowarzyszenie przyjęło prowadzenie działań zmierzających do stworzenia równych praw i szans życiowych w społeczeństwie dla rodzin wychowujących dzieci i młodzież niepełnosprawną, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji, terapii, edukacji i wychowania. Jednostkami organizacyjnymi Stowarzyszenia są placówki we Wrocławiu oraz w Środzie Śląskiej.

Działalność Stowarzyszenia ma na celu:

1. Organizowanie i prowadzenie różnych form działalności zmierzającej do wczesnego wykrywania niesprawności i prowadzenia profilaktyki zapobiegawczej.
2. Prowadzenie działań zmierzających do stworzenia równych praw i szans życiowych w społeczeństwie dla rodzin, opiekunów wychowujących dziecko niepełnosprawne.
3. Prowadzenie działań zmierzających do stworzenia godnych warunków życiowych w społeczeństwie dla młodzieży niepełnosprawnej po ukończeniu 16 roku życia.

Cele statutowe Stowarzyszenia „OSTOJA” :

1. Realizacja programów mających na celu ochronę poziomu życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz wychowujących je rodzin. Realizację programów osłonowych skierowanych głównie do rodzin znajdujących się w najcięższych warunkach bytowych.
2. Prowadzenie i organizowanie zespołów wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju dla rodziców dzieci z „grup ryzyka”.
3. Organizowanie warunków do wymiany doświadczeń w zakresie rehabilitacji dla osób zajmujących się usprawnianiem dzieci, nawiązywanie współpracy między ośrodkami rehabilitacyjnymi.
4. Prowadzenie zajęć instruktażowych dla rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych.
5. Organizowanie i prowadzenie grup rehabilitacji ruchowej, logopedycznej, pedagogicznej, prowadzenie indywidualnej rehabilitacji domowej.
6. Organizowanie turnusów rehabilitacyjno-instruktażowych dla dzieci i ich opiekunów.
7. Gromadzenie środków finansowych na cele dofinansowania bądź finansowania wieloprofilowego usprawnienia dzieci.
8. Prowadzenie warsztatów terapii zajęciowej.
9. Organizowanie i prowadzenie ośrodków rewalidacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w gminach objętych działalnością Stowarzyszenia.
10. Wszechstronną współpracę z władzami miejskimi, gminnymi i wojewódzkimi w zakresie realizacji celów statutowych Stowarzyszenia oraz wszelkich działań prowadzących do polepszenia warunków życia dzieci niepełnosprawnych i wychowujących je rodzin.

Stowarzyszenie prowadzi ponadto:

- stałe punkty informacyjno– poradnicze dla rodzin oraz wszystkich zainteresowanych działaniem na rzecz dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- szkolenia w zakresie metod usprawniania oraz sposobów rozwiązywania problemów w wychowaniu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- coroczne turnusy rehabilitacyjno – instruktażowe dla dzieci i ich opiekunów oraz obozy integracyjne dla młodzieży z udziałem rówieśników - wolontariuszy,
- imprezy okolicznościowe dla podopiecznych i ich rodzeństwa,
- działalność propagującą aktywność artystyczną dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- stałą współpracę z wyższymi uczelniami w zakresie prowadzenia praktyk studenckich dla studentów pedagogiki, psychologii, fizjoterapii oraz słuchaczy szkół policealnych (pracowników socjalnych, animatorów kultury itp.),
- stałą współpracę z wolontariuszami programu EVS (Wolontariat Europejski),
- podejmuje skuteczne działania na rzecz integracji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ze środowiskiem,

Stowarzyszenie prowadzi działalność w sferze zadań publicznych na rzecz dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz ich rodzin w podległych jednostkach organizacyjnych.

W ramach tej działalności Stowarzyszenie prowadzi:

- edukację dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym połączoną z ich wieloprofilowym usprawnianiem i stymulacją rozwoju,
- wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z tzw. grup ryzyka jako profilaktyka niepełnosprawności oraz wczesna pomoc psychopedagogiczna dla wychowujących je rodzin,
- wieloprofilowe usprawnianie dzieci niepełnosprawnych w systemie ambulatoryjnym,
- wieloprofilowe usprawnianie dzieci z głęboką wieloraką niesprawnością.

W ramach współpracy z organizacjami i instytucjami zajmującymi się problematyką dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w 2006 roku :

- przedstawiciele kadry i Zarządu brali udział jako organizatorzy i uczestnicy w licznych konferencjach, szkoleniach i innych spotkaniach dotyczących problemów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, w szkoleniach dla kadr pedagogicznych prowadzących nauczanie indywidualne itp.
- prezentowali i propagowali w mediach problematykę działań na rzecz rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym
- prowadzono stałą współpracę z władzami samorządowymi Wrocławia i Środy Śl. w zakresie zabezpieczania potrzeb i rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży niepełnosprawnej,
- Zarząd Stowarzyszenia, w ramach członkostwa organizacji we Wrocławskim Sejmiku Osób Niepełnosprawnych, aktywnie uczestniczył we wszystkich podejmowanych przez WSON inicjatywach na rzecz osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

4.3. Ośrodek Rewalidacyjny w Środzie Śl.

Ośrodek został zorganizowany z inicjatywy rodziców zamieszkałych w Środzie Śl. i na terenie Powiatu Średzkiego – członków Stowarzyszenia OSTOJA, jako jego jednostka organizacyjna, zaspakajająca potrzeby rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi, blisko ich miejsca zamieszkania. Lokal przy ul. Małczyckiej 4, został przyznany Stowarzyszeniu przez władze Gminy Środa Śl. Został on wyremontowany i dostosowany do potrzeb dzieci przez rodziców przy wsparciu sponsorów i ludzi dobrej woli. Wyposażenie Ośrodka zakupiono ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz sponsorów.

Ośrodek dysponuje specjalistycznym wyposażeniem do prowadzenia rehabilitacji ruchowej metodą NDT-Bobath, hydroterapii, terapii psycho- pedagogicznej oraz zajęć logopedycznych.

Ośrodek oprócz działalności rehabilitacyjno – terapeutycznej, kierowanej do rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi stał się aktywnym centrum działań na rzecz podnoszenia świadomości społeczności lokalnej w zakresie wiedzy na temat niepełnosprawności. Rodzice aktywnie działający w Ośrodku są częstymi, uznanymi partnerami organizowanych na terenie Środy Śl. i powiatu imprez.

Działalność Ośrodka Rewalidacyjnego w Środzie Śl. skupia się na wieloprofilowym usprawnianiu dzieci z dysfunkcjami układu nerwowego i pomocą psychopedagogiczną dla rodzin wychowujących dzieci i młodzież niepełnosprawną.

Celem realizowanego przez ośrodek programu jest :

diagnostyka neuro- rozwojowa oraz kompleksowa ocena poziomu funkcjonowania psychomotorycznego dzieci z zaburzeniami w rozwoju,

- kompleksowa terapia i rehabilitacja dzieci,
- prowadzenie doradztwa i wsparcia dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi,

Ośrodek Rewalidacyjny w Środzie Śl. prowadzi zajęcia rehabilitacyjne dla 23 osób niepełnosprawnych w tym: 18 dzieci niepełnosprawnych.

W ramach programu pracy z dziećmi i ich rodzinami w Ośrodku zaplanowano:

- przeprowadzenie dogłębnego wywiadu z opiekunami dziecka oceniającego dotychczasowe, obserwowane problemy, prowadzone już oddziaływania opisującego stopień zaradności rodziny w radzeniu sobie z zaistniałą sytuacją niepełnosprawności u dziecka,
- kompleksową ocenę poziomu funkcjonowania psychomotorycznego dziecka w oparciu o obserwację i badania przeprowadzone przez zespół specjalistów, /pedagog, psycholog, rehabilitant, logopeda/,
- konstruowanie indywidualnych programów rewalidacyjnych dostosowanych do potrzeb dziecka i możliwości rodziców,
- przyuczenie rodziców do prowadzenia terapii swojego dziecka w domu i w Ośrodku; w razie potrzeby rodzina otrzymuje wsparcie terapeuty domowego do realizacji programu w miejscu zamieszkania dziecka.

Ośrodek rozszerza swoją działalność o Ośrodek Wczesnej Interwencji dla Noworodków i Niemowląt.

Oprócz kontynuacji wcześniej prowadzonych form terapii rozpoczęto prowadzenie dogoterapii dla wychowanków placówki.

Na terenie Ośrodka prowadzone były regularnie praktyki zawodowe dla studentów wrocławskich wyższych uczelni oraz słuchaczy policealnych szkół pracowników socjalnych, staże dla absolwentów wydziałów rehabilitacji, logopedii, muzykoterapii, pedagogiki specjalnej oraz szkolenia dla rodziców, opiekunów i specjalistów pracujących z dziećmi z wielorakimi niepełnościami.

Kadra pedagogiczna Ośrodka, zgodnie z zapisami prawa oświatowego, korzystała z możliwości awansu zawodowego nauczycieli, podnosząc swoje kwalifikacje i poszerzając swoje umiejętności pracy z dzieckiem niepełnosprawnym.

W placówce prowadzony jest ponadto program wczesnego wspomaganie rozwoju dla małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych w wieku do 7 roku życia. Programem objęto około 20 dzieci. Stowarzyszenie prowadzi także działania szkoleniowe podnoszące kwalifikacje i umiejętności kadry pracującej w Ośrodku w zakresie prowadzenia procesu wieloprofilowego usprawniania dzieci.

4.4 Ośrodek Wczesnej Interwencji dla Noworodków i Niemowląt

W maju 2003r. w Środzie Śl. odbyło się seminarium nt. „Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dzieci jako profilaktyka niepełnosprawności i wyrównywanie szans edukacyjnych”. Seminarium zostało zorganizowane przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym „Ostoja”, Specjalny Ośrodek szkolno Wychowawczy w Środzie Śl. oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Konsekwencją spotkania i przeprowadzonych rozmów ze specjalistami jest tworzenie Powiatowego Ośrodka Wczesnej Interwencji u Noworodków i Niemowląt w Środzie Śl., a co za tym idzie kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób niepełnosprawnych od urodzenia aż do wieku dojrzałego. Jak wynika z przeprowadzonych rozmów z rodzicami dzieci niepełnosprawnych, tego typu ośrodek będzie wsparciem dla rodzin z dziećmi dotkniętymi wadami rozwojowymi. Na wykonanie remontu pomieszczeń przeznaczonych na ośrodek pochodzą od Starostwa Powiatowego oraz środki Stowarzyszenia „Ostoja” i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych poprzez dofinansowanie w Programie realizowanym przez Dolnośląski Urząd Marszałkowski. Obecnie prowadzone są prace budowlane w części budynku należącym do Powiatu, w którym funkcjonuje już prowadzony przez „OSTOJĘ” Warsztat Terapii Zajęciowej. Jak potrzebna jest to placówka świadczy duże zainteresowanie ze strony rodziców z małymi dziećmi. Zdarza się często, że nie potrafią szukać pomocy u specjalistów w odległych ośrodkach. Pomoc

oferowana w miejscu zamieszkania wpłynie z pewnością na szybsze zdiagnozowanie dziecka i wcześniejszą pomoc w zakresie rehabilitacji. Otwarcie Ośrodka planuje się na wrzesień 2007r.

4.5. Warsztat Terapii Zajęciowej

Dużym osiągnięciem PCPR w 2004 roku było utworzenie Warsztatu Terapii Zajęciowej w Środzie Śląskiej. Osoby niepełnosprawne z orzeczoną znaczną i umiarkowaną stopniem niepełnosprawności (niepracujące) nie miały żadnych szans na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Oferowana im pomoc ograniczała się do udzielania rent socjalnych, zasiłków pomocy rzeczowej.

Dzięki współpracy władz powiatu i PCPR ze Stowarzyszeniem Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym „OSTOJA” we Wrocławiu sukcesem zakończyły się wieloletnie plany dotyczące utworzenia takiej placówki na terenie Środy Śląskiej. W niszczącym budynku, z którego przeniesiono szpital powiatowy wykonano gruntowny remont i na jego parterze utworzono WTZ. Budynek jest wyremontowany w znacznej części, ma dobrego, zaradnego administratora, jest dozorowany i nie postępuje w nim dewastacja.

Warsztat rozpoczął działalność z dniem 15 grudnia 2004 roku i jest drugą po Środowiskowym Domu Samopomocy placówką dziennego pobytu dla osób niepełnosprawnych utworzoną z inicjatywy Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

Na utworzenie WTZ powiat uzyskał również środki w ramach programu celowego „Wyrównywanie różnic między regionami” oraz Starosta przekazał na ten cel środki w kwocie 50.000 zł.

Warsztat Terapii Zajęciowej w Środzie Śląskiej działa na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej. Celem działania warsztatu jest rehabilitacja zmierzająca do wszechstronnego rozwoju każdego uczestnika, poprawy zaradności osobistej, sprawności psychofizycznych oraz przystosowania społecznego (integracji społecznej). WTZ prowadzą działalność terapeutyczną i rehabilitacyjną dla osób niepełnosprawnych, które ukończyły 18 rok życia i mają wskazanie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności do udziału w rehabilitacji społecznej i zawodowej poprzez terapię zajęciową. Głównym celem prowadzonej w WTZ terapii jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu tej grupy osób, stworzenie warunków do równoprawnego ich uczestnictwa w życiu społecznym a także włączanie jej w lokalne środowiska rówieśnicze. Nadrzędnym celem zajęć terapeutycznych jest praca nad maksymalnie możliwym usamodzielnieniem uczestników przez sukcesywne poszerzanie i doskonalenie ich kompetencji społecznych, zawodowych oraz indywidualnych zainteresowań.

Warsztat jest placówką pobytu dziennego dla 25 osób niepełnosprawnych. Czas trwania zajęć w warsztacie wynosi nie więcej niż 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo. Uczestnicy WTZ kwalifikowani są na podstawie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniami do terapii zajęciowej.

W warsztacie działa rada programowa, która podejmuje decyzje dot. przyjęcia, bądź skreślenia osoby niepełnosprawnej z listy uczestników, przygotowuje indywidualne programy rehabilitacji dla każdego uczestnika, wskazuje osoby odpowiedzialne za realizację tych programów, współpracuje z rodziną najbliższym otoczeniem uczestnika.

Co najmniej raz w roku rada programowa dokonuje okresowej oceny realizacji indywidualnego programu rehabilitacji; nie rzadziej niż raz na pół roku rada programowa ocenia indywidualne efekty rehabilitacji przy udziale uczestnika warsztatu.

Kompleksowa ocena realizacji indywidualnego programu rehabilitacji jest dokonywana na podstawie oceny:

- stopnia zdolności do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego;
- umiejętności interpersonalnych, w tym komunikowania się oraz współpracy w grupie;
- stopnia opanowania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia, z uwzględnieniem sprawności psychofizycznej, stopnia dojrzałości społecznej i zawodowej oraz sfery emocjonalno-

motywacyjnej.

Warsztat działa na podstawie regulaminu organizacyjnego zatwierdzonego przez jednostkę prowadzącą warsztat. Regulamin organizacyjny warsztatu określa w szczególności:

- prawa i obowiązki uczestnika warsztatu,
- wysokość kieszonkowego,
- sposób prowadzenia dokumentacji,
- obowiązki kierownika warsztatu w zakresie: zapewnienia odpowiednich warunków pracy i organizowanych zajęć, planowania,
- obowiązki pracownika Warsztatu prowadzącego grupę.

Wysokość środków finansowych oraz ich przeznaczenie indywidualnie dla każdego uczestnika ustala rada programowa warsztatu zgodnie z indywidualnym programem, uwzględniając postanowienia regulaminu organizacyjnego warsztatu. Rada programowa ustaliła wysokość środków przeznaczonych na trening ekonomiczny w kwocie 20 zł.

Działalność Warsztatu jest działalnością o charakterze niezarobkowym, tym niemniej możliwa jest sprzedaż produktów i usług wykonywanych przez uczestników w ramach realizowanego programu terapii. Dochód ten przeznacza się, w porozumieniu z uczestnikami warsztatu, na pokrycie wydatków związanych z integracją społeczną uczestników.

Środki Funduszu na działalność Warsztatu są przekazywane zgodnie z umową jednostce prowadzącej warsztat na wyodrębniony rachunek bankowy warsztatu.

Za zgodą powiatu, 3 % środków Funduszu przeznaczonych na pokrycie rocznych kosztów działalności warsztatu może być wykorzystane na niezbędną wymianę zużytego wyposażenia warsztatu i jego dodatkowe wyposażenie.

W marcu 2007 roku WTZ w Środzie Śl. zlikwidował bariery architektoniczne poprzez budowę podjazdu dla osób niepełnosprawnych łącznie z wykonaniem nowego, przestronnego wejścia do budynku. Podjazd został wykonany od strony ogrodu, który jest obecnie zagospodarowywany. W czerwcu zostanie tam urządzony kompleks rekreacyjno- wypoczynkowy dla osób niepełnosprawnych z placem zabaw, altanami i terenem zielonym. Alejki ogrodowe oraz droga do podjazdu zostaną utwardzone aby ułatwić poruszanie się osobom niepełnosprawnym. Warsztaty czynne są w dni robocze w godz. 8:00-16:00. Zajęcia odbywają się przez 7 godzin dziennie w kilku pracowniach. Ważny jest fakt, że uczestnicy Warsztatów są bardziej gospodarzami niż podopiecznymi. Sami decydują o tym, w jakich zajęciach będą uczestniczyć i w jakiej formie. Przyjmują na siebie konkretne obowiązki, takie jak: dbanie o czystość WTZ i terenu wokół, prowadzenie (portiernia i szatnia). Zadaniem terapeutów nie jest wyręczanie uczestników w poszczególnych zadaniach a doradzanie i pomoc w ich realizacji. Rehabilitacja uczestników odbywa się zgodnie z indywidualnym, kompleksowym, wieloprofilowym programem rehabilitacyjnym przygotowanym dla każdego uczestnika przez radę programową, w której skład wchodzi pracownicy merytoryczni warsztatu.

W WTZ prowadzonych jest 5 pracowni, których celem głównym jest przygotowanie uczestników do samodzielnego życia. W tej części mojej pracy przedstawię zadania jakie realizuje poszczególna pracownia funkcjonująca w WTZ.

Zadania poszczególnych pracowni ukazują całą działalność WTZ. Pokazują jak ważną rolę odgrywa taka instytucja w życiu osób niepełnosprawnych ale również aktywizuje lokalne środowiska do wspólnego działania na rzecz przeciwdziałania izolacji i marginalizacji osób niepełnosprawnych. Jest to instytucja, która osobom niepełnosprawnym będącymi już absolwentami różnych typów szkół specjalnych, pomaga w momencie gdy ich sytuacja znacznie się pogarsza. Jedną z przyczyn tej trudnej sytuacji jest wiek w którym w systemie oświaty nie ma już dla nich miejsca, ich umiejętności społeczne są często nadal na bardzo niskim poziomie, a wyuczony zawód nieprzydatny w aktualnej ofercie rynku pracy. Szanse na jakiegokolwiek zatrudnienie czy edukację są bardzo niskie. Możliwości uczestnictwa w lokalnym życiu społecznym

ograniczone są do minimum. Zamiast dalszego rozwoju, następuje powolny regres. Zamknięci w czterech ścianach, niepełnosprawni młodzi ludzie zaczynają samotną wegetację.

4.6 Środowiskowy Dom Samopomocy

We wrześniu 2003 roku powstała kolejna placówka dla osób niepełnosprawnych; Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Środowiskowy Dom Samopomocy jest jednostką pomocy społecznej pobytu dziennego prowadzoną przez podmiot publiczny o zasięgu lokalnym. Dom jest ogniwem oparcia społecznego dla osób przewlekle, psychicznie chorych lub głębiej niepełnosprawnych intelektualnie – upośledzonych umysłowo, mających poważne trudności w życiu codziennym, wymagających pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

ŚDS działa w strukturach Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i jest finansowany przez Urząd Wojewódzki. Swoją siedzibę ma w budynku PCPR przy ul. Kilińskiego 28 w Środzie Śląskiej.

Utworzenie takiej placówki stało się możliwe dzięki staraniom władz powiatu oraz uzyskaniu odpowiedniego lokalu po reorganizacji szpitala powiatowego.

Do Środowiskowego Domu Samopomocy uczęszcza 30 dorosłych osób niepełnosprawnych. Wszystkie osoby mają aktualne orzeczenia o niepełnosprawności i wskazania lekarza specjalisty do takiej placówki. Domownicy ŚDS pochodzą z pięciu gmin powiatu. Placówka prowadzi działalność od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30.

W Środowiskowym Domu Samopomocy zatrudnieni są:

- psycholog,
- terapeuci,
- rehabilitant,
- koordynator- pracownik socjalny,

Prowadzone są tam pracownie:

- społeczna,
- rehabilitacyjna,
- arteterapii,
- biblioterapii,
- krawiecko - hafciarska,
- muzyczna,
- komputerowa,

Trening umiejętności społecznych i interpersonalnych obejmuje:

- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych,
- aktywność i odpowiedzialność, motywowanie do funkcjonowania w oparciu o własne możliwości,
- kształcenie umiejętności współpracy i komunikowania się w grupach na zasadach otwartości, partnerstwa i wzajemności,
- aktywizację w celu znalezienia zatrudnienia przy współpracy z wyspecjalizowanymi instytucjami,

Trening umiejętności spędzania wolnego czasu obejmuje:

- rozwijanie zainteresowań lekturą czasopism i książek a także wybranymi audycjami radiowymi, telewizyjnymi i filmami,
- rozwijanie umiejętności korzystania z takich form spędzania wolnego czasu jak turystyka, udział w imprezach kulturalnych i sportowych,

W ośrodku prowadzona jest terapia zajęciowa, psychoterapia grupowa, poradnictwo psychologiczne i socjalne.

Organizacja tego typu placówki okazała się bardzo potrzebna. Osoby niepełnosprawne były

skazane wyłącznie na pomoc rodziny, która nie zawsze miała dla nich czas i nie zawsze potrafiła właściwie zaktywizować taką osobę do działania.

Podczas zajęć w ośrodku, domownicy pod okiem terapeutów uczą się jak przygotować higienicznie i zdrowo posiłki, szyją, szydełkują, malują, tańczą i śpiewają. Nauka łączona jest z zabawą i rehabilitacją.

Wspólnie z innymi organizacjami skupiającymi osoby niepełnosprawne organizowane są imprezy integracyjne. Domownicy chętnie uczestniczą w zajęciach ośrodka i jedynym mankamentem jest fakt, że ilość miejsc w ośrodku nie pokrywa zapotrzebowania. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom społecznym utworzono filię ŚDS w Kostomłotach dla 25 osób niepełnosprawnych.

Dom jest elementem realizowanej w powiecie strategii, zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi oparcia społecznego, pozwalającego im na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, usamodzielnienie i integrację społeczną.

4.7 Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy w Środzie Śl.

Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy w Środzie Śl. przeznaczony jest dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim oraz dla dzieci i młodzieży upośledzonych w stopniu umiarkowanym i znacznym od lat 7 do 24, które nie realizują obowiązku szkolnego w szkołach macierzystych.

Przy Ośrodku funkcjonuje Zespół Szkół Specjalnych w skład którego wchodzi :

1. sześciolletnia Szkoła Podstawowa Specjalna,
2. Publiczne Gimnazjum Specjalne,
3. Szkoła Zawodowa Specjalna,

oraz internat.

Głównym zadaniem Ośrodka jest przygotowanie wychowanków w miarę ich możliwości do samodzielnego udziału w życiu społecznym i integracji ze środowiskiem.

Szczegółowe cele i zadania pracy dydaktyczno-wychowawczej i rewalidacyjnej Ośrodka wynikają z zasad pedagogiki specjalnej. Są one zgodne z Ustawą o Systemie Oświaty oraz przepisami wydanymi na jej podstawie i obejmują :

1. dostosowanie procesu nauczania i wychowania do specjalnych potrzeb psychofizycznych wychowanków upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym w celu przygotowania ich do życia w społeczeństwie,
2. stworzenie warunków do wszechstronnego rozwoju ich osobowości indywidualnych, możliwości i predyspozycji, zdolności i zainteresowań oraz realizowanie indywidualnych programów nauczania i wychowania,
3. udzielenie wszechstronnej pomocy uczniom znajdującym się w trudnej sytuacji z powodów zdrowotnych,
4. zapewnienie specjalistycznej opieki psychologiczno-pedagogicznej,
5. umożliwienie uzyskania świadectwa ukończenia szkoły specjalnej, gimnazjum specjalnego oraz wyboru kierunku dalszego kształcenia poprzez przygotowanie do przyszłej pracy zawodowej,

Ośrodek zapewnia :

- całodobową opiekę wychowankom,
- warunki do nauki i wychowania w szkole podstawowej specjalnej, gimnazjum, szkole zawodowej oraz internacie,

Ponadto Ośrodek prowadzi blok zajęć wspomagających proces dydaktyczny- rewalidacja indywidualna stanowiąca integralną część edukacji dzieci upośledzonych umysłowo w formie:

- zajęć dydaktyczno – wyrównawczych,
- zajęć korekcyjnych; usprawnianie technik szkolnych, zajęcia logopedyczne, terapia ruchowa z

- gimnastyką korekcyjną, zajęcia stymulująco –terapeutyczne,
 - nadobowiązkowe zajęcia pozalekcyjne realizowane w sekcjach zainteresowań działających w ramach samorządu wychowanków,
 - zajęcia pozaszkolne w postaci wycieczek dydaktycznych, wyjazdów kulturoznawczych,
- W Ośrodku zatrudnia się pracowników pedagogicznych: nauczycieli, pedagoga, psychologa, wychowawców grup internatu, logopedę, nauczyciela zawodu.

4.8 Dom Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej im.Ks. Jana Schneidera w Malczycach.

Dom Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej im.Ks.Jana Schneidera w Malczycach jest placówką stacjonarną o zasięgu ponadlokalnym, przeznaczonym dla 33 osób w podeszłym wieku. Kadra placówki, to 22 osobowy zespół pracowników (zespół opiekuńczo-terapeutyczny oraz pracownicy administracyjni i gospodarczy).

Dom świadczy usługi w zakresie następujących potrzeb:

- bytowych- miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież, obuwie itp.
- opiekuńczych - pomoc w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych, działanie pielęgnacyjne, udzielanie niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych, utrzymywanie kontaktów z rodziną mieszkańców, organizowanie pogrzebów mieszkańców,
- wspomagających – polegających na wzmocnieniu postaw nakierowanych na rozwój i aktywność własną pensjonariuszy.

Cele te osiągnięte są dzięki pracy interdyscyplinarnego zespołu opiekuńczo-terapeutycznego.

W placówce realizowana jest również terapia zajęciowa mieszkańców:

- arteterapia- mieszkańcy wykonują dekoracje okolicznościowe placówki, odlewy z gipsu, mężczyźni wykonują prace w drewnie,
- muzykoterapia- mieszkańcy uczestniczą w zajęciach muzycznych, uczą się nowych piosenek, śpiewają,
- biblioterapia – mieszkańcy placówki organizują wspólne czytanie prasy i literatury,
- terapia poprzez pracę – mieszkańcy w sezonie pracują w ogrodzie, wykonują prace porządkowe wokół placówki,

W Domu Opieki prowadzona jest rehabilitacja ruchowa oraz wykonywane są zabiegi z zakresu fizykoterapii.

Działalność kulturalno – oświatowa to przede wszystkim wspólne świętowanie urodzin i imienin mieszkańców, msze święte, wspólne obchodzenie świąt oraz organizowanie imprez typu: pikniki, festiwal piosenki, wieczorki taneczne, występy.

4.9 Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Oddział rejonowy w Środzie Śl.

Związek jest organizacją pozarządową, dobrowolną, samodzielną, neutralną pod względem politycznym, wyznaniowym, etnicznym i rasowym.

Działalność Związku jest oparta na pracy społecznej ogółu jego członków.

Związek zrzesza emerytów, rencistów i inwalidów w celu:

1. poprawienia ich warunków socjalno-bytowych oraz uczestniczenie w życiu społecznym przez współdziałanie z organami władzy i administracji publicznej, samorządowej, ze związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami społecznymi, gospodarczymi i spółdzielczymi,
2. organizowanie życia kulturalnego i artystycznego emerytów, rencistów i inwalidów,
3. reprezentowania ich interesów wobec organów władzy i administracji publicznej, samorządowej oraz popularyzowania ich problemów wśród społeczeństwa,

Wszelkie działania podejmowane przez PZERiI w Środzie Śl. mają na celu poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych, starszych i chorych. Problemem osób niepełnosprawnych jest wyobcowanie ze środowiska zawodowego i społecznego po przejściu na emeryturę lub rentę inwalidzką. Działania Związku skupiają się przede wszystkim na stwarzaniu takim ludziom możliwości integracji społecznej, co sprzyja poprawie sił życiowych, stanu zdrowia, motywacji do aktywności.

PZERiI zrzesza 460 członków z pięciu gmin Powiatu.

Działania realizowane na rzecz osób niepełnosprawnych i starszych to przede wszystkim:

- organizacja wycieczek integracyjnych (min. do Warszawy, szlakiem „Orlich gniazd”, Kórnik-Błażejówka, Henrykowa),
- prowadzenie rehabilitacji ruchowej dla członków Związku,
- organizacja wyjazdów na imprezy kulturalne (opera, operetka, kino, teatr),
- organizacja pikników, wyjazdów na grzyby, wspólne wędkowanie,
- odwiedziny osób starszych i chorych,
- organizacja spotkań z lekarzami, specjalistami,
- pomoc socjalna dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej,
- organizacja pogadanek i szkoleń dot. Prowadzenia zdrowego trybu życia,
- wspólne obchodzenie świąt, rocznic,
- organizowanie spotkań tematycznych dla osób niepełnosprawnych,
- współpraca z samorządami w zakresie zaspakajania potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych,
- współpraca z organizacjami skupiającymi osoby niepełnosprawne i starsze,

5. Diagnoza potrzeb edukacyjnych i zawodowych osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych na terenie Powiatu Średzkiego.

Przedstawione i omówione w niniejszym raporcie wyniki badań terenowych – obejmujących diagnozę potrzeb i problemów osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności zamieszkałych na terenie powiatu średzkiego – realizowanych w ramach projektu – „Sprawnie dla niepełnosprawnych”, realizowanego przez Powiatowy Urząd Pracy (PUP) w Środzie Śląskiej – obejmowały m.in. takie przedsięwzięcia jak:

określenie sytuacji zdrowotnej, materialnej i społecznej osób niepełnosprawnych, ustalenie aktywności badanych osób, ustalenie relacji osób niepełnosprawnych w stosunku do własnego środowiska i otoczenia instytucjonalnego, zdiagnozowanie mobilności zawodowej i edukacyjnej, analizę barier i szans w zakresie rehabilitacji zawodowej badanych.

Głównym celem badań było zdiagnozowanie, wymienionych powyżej stanów rzeczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych o - co jest pewnym novum - umiarkowanym bądź znacznym stopniu niepełnosprawności. Nasze zainteresowania badawcze skupiały się zarówno na tych osobach niepełnosprawnych, które aktualnie (tj. w okresie prowadzonych badań) są aktywne zawodowo jak i tych, którzy w sensie prawnym, a także w sensie socjologicznym pozostają osobami bezrobotnymi. Oznacza to też iż badane były także takie osoby niepełnosprawne, które nie były zarejestrowane stricte jako osoby bezrobotne, bądź też jako osoby poszukujące pracy. Trzeba stwierdzić, że swoistym novum, zarówno dla instytucji inicjującej nasze badania (PUP Środa Śląska), jak i dla zespołu badawczego stanowi to, że wyłączona została skądinąd najliczniejsza kategoria osób niepełnosprawnych o lekkim stopniu niepełnej sprawności, a skupiono uwagę na tych osobach spośród nich, które mają orzeczony umiarkowany i znaczny stopień

niepełnosprawności. Wiąże się to z nowymi koncepcjami, podejmowanymi w Unii Europejskiej (UE), a dotyczącymi zindywidualizowanego i stopniowego wprowadzania obu tych kategorii osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy.

W Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005-2013 znajdujemy kilka interesujących informacji na temat osób niepełnosprawnych. Z danych (cyt. dane GUS) zamieszczonych w tym dokumencie wynika, iż: „(...) 10,8% populacji Dolnoślązaków deklaruje niepełnosprawność biologiczną, lecz jedna czwarta z nich (2,7%) nie ma orzeczonego tytułu niepełnosprawności. Z kolei 12,4% populacji Dolnoślązaków ma orzeczoną niepełnosprawność prawną, lecz ponad jedna trzecia z nich (4,3%) nie odczuwa niepełnosprawności biologicznej. Liczba osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim wynosi 435.800, co stanowi 15,1% ogółu ludności województwa. Uwzględniając ich rodziny i krewnych, a także opiekunów, ponad połowa Dolnoślązaków odczuwa skutki związane z niepełnosprawnością. W 2002r. na Dolnym Śląsku w miastach żyło 302.200 niepełnosprawnych, na wsi zaś 133.600. Biorąc pod uwagę strukturę ogółu ludności można zauważyć, że częstotliwość występowania niepełnosprawności na Dolnym Śląsku była wyższa na wsi. Na 100 osób w mieście niepełnosprawni stanowili 14,6 %, na 100 mieszkańców wsi 16,1. Najwyższą częstość występowania zjawiska zanotowano wśród kobiet – mieszkanek wsi (17 ze 100 kobiet). Osoby niepełnosprawne mają niższy poziom wykształcenia niż osoby w pełni sprawne. Wynika to z barier architektonicznych w szkołach i uczelniach wyższych, barier w komunikowaniu się z resztą środowiska, problemów związanych z dojazdem do miejsca kształcenia, wyposażeniem w sprzęt rehabilitacyjny oraz pomoce dydaktyczne, a także barier psychologicznych. Na terenie województwa dolnośląskiego jest bardzo niewiele szkół posiadających zlikwidowane bariery architektoniczne. Kwestią nierozstrzygniętą jest również spór o to, jakiego typu placówki są najlepszym miejscem kształcenia osób niepełnosprawnych - integracyjne czy też specjalistyczne? Efektem takiej sytuacji jest izolacja osób niepełnosprawnych. Izolacja, która jest zarazem problemem społecznym i psychologicznym. Ludzie niepełnosprawni są marginalizowani, a w ich świadomości wytwarza się norma społecznego wykluczenia. W naszym regionie jest 128 placówek specjalistycznych i tylko 38 szkół integracyjnych. Mała aktywność osób niepełnosprawnych przekłada się na wysoki poziom bezrobocia w tej kategorii osób. Podjęcie zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne jest procesem złożonym z dwóch etapów: pierwszy dotyczy podjęcia decyzji o wejściu na rynek pracy, a drugi polega na podjęciu zatrudnienia. Na Dolnym Śląsku, aż 84,1% osób niepełnosprawnych prawnie jest nieaktywnych zawodowo w porównaniu z 44,5% w populacji osób sprawnych. Natomiast osoby niepełnosprawne aktywne zawodowo są tylko nieznacznie częściej bezrobotne niż osoby sprawne aktywne zawodowo (25,4% w porównaniu z 25,5%). Niepełnosprawność bardziej wpływa na wskaźnik aktywności zawodowej niż na wskaźnik bezrobocia. Stąd głównym problemem osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku jest ich poziom aktywności zawodowej – wejście na rynek pracy bardziej niż wskaźnik bezrobocia – problem dostępu do pracy.

Wśród niepełnosprawnych Dolnoślązaków aktywnych zawodowo, znaczna większość zatrudniona jest w zakładach pracy chronionej (według analizy Biura ds. Polityki Społecznej i Osób Niepełnosprawnych około 70 %). Na Dolnym Śląsku na „rynku chronionym” zatrudnionych jest 26.457 niepełnosprawnych (dane z czerwca 2003 roku). Niski poziom aktywności zawodowej ma wpływ na poważne problemy materialne, z którymi borykają się niepełnosprawni. Badania wykazały (zacytowano fragmenty z Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej), że:

1. co czwarta rodzina z osobami niepełnosprawnymi żyje w poczuciu zagrożenia biedą,
2. 45% osób niepełnosprawnych, z powodu ubóstwa, nie wykupuje przepisanych recept,
3. co trzecia osoba niepełnosprawna nie ma ciepłej wody,
4. co czwarta ma ogrzewanie np. węglowe, wymagające dużego wysiłku fizycznego,
5. co trzecie gospodarstwo nie ma pralki,

6. w 16% gospodarstw domowych nie ma wanny i umywalki,
7. co trzecia z rodzin nie ma telefonu stacjonarnego,
8. 90% rodzin z osobą niepełnosprawną nie ma komputera,
9. 95% rodzin nie ma dostępu do Internetu,
10. 80% osób niepełnosprawnych nie ma telefonu komórkowego”.

Określona powyżej sytuacja osób niepełnosprawnych, łącznie ze wskazaniem na określone bariery (ale i pośrednio na możliwości) stabilizacji życiowej osób niepełnosprawnych, wyraźnie podkreślają konieczność przeciwdziałania temu stanowi rzeczy. Jest to możliwe i – jak to określa się w stosownych dokumentach Unii Europejskiej, której Polska jest członkiem – ma szczególnie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych znaczenie priorytetowe.

Można przyjąć, iż nasze badania wpisują się w nurt (przedstawionych na przykład w dokumencie UE pod nazwą „Europejska Agenda Społeczna”) działań na rzecz wspierania osób niepełnosprawnych, a w tym osób o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności. Dla tak określonego kierunkowo działania podejmujemy badania potrzeb edukacyjnych i zawodowych osób niepełnosprawnych. Trzeba zaznaczyć, iż owe działania ujęte są również w cytowanej wyżej Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej.

Określenie „niepełnosprawność” jest stosowane często zamiennie – nie tylko w ujęciu potocznym – z określeniem „inwalidztwo”. W tym przypadku zawęża się je wyłącznie do kategorii wyróżnionej w oparciu o kryteria biomedyczne. Tak więc inwalida (inwalidus – łac.) to osoba słaba, chora czy też niesprawna fizycznie. Na tej podstawie pojęcie niepełnosprawności jest używane zamiennie z takimi określeniami jak – wymienione wcześniej inwalidztwo, a także kalectwo, upośledzenie czy też ułomność, a osoba niepełnosprawna jest traktowana jako osoba chora, niezdrowa.

Z przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicji zdrowia wyraźnie wynika, iż zdrowie to pozytywnie oceniany przez daną osobę jej stan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby lub ułomności.

Biologiczna koncepcja niepełnosprawności została w pełni przedstawiona w ogłoszonej w 1980 roku przez WHO „*Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń Niepełnosprawności i Upośledzeń*”. Niepełnosprawność rozpatrywać można w trzech wymiarach. Należą do nich:

1. uszkodzenie, ułomność (impairment) – oznaczające braki: anatomicznej struktury narządów i funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu powstałe na skutek wady wrodzonej, choroby lub urazu;
2. niepełnosprawność funkcjonalna (disability) – oznaczająca ograniczenie lub brak, wynikający z uszkodzenia (1), zdolności do wykonywania czynności uważanych za normalny dla człowieka;
3. upośledzenie (handicap) lub niepełnosprawność społeczna – oznaczające mniej korzystną, czy też mniej uprzywilejowaną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia (1) i niepełnosprawności funkcjonalnej (2) ograniczających lub uniemożliwiających jej wypełnienie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową.

W biologicznej koncepcji niepełnosprawności wyeksponowano aspekt medyczny. Przyjęto, iż uszkodzenie jest źródłem trudności, ograniczeń i problemów osoby niepełnosprawnej, a ich usunięcie jest możliwe głównie poprzez interwencję medyczną i rehabilitację. Osoba niepełnosprawna zaś powinna dostosować się do zaistniałej sytuacji. Podkreślono również konieczność (czy też określoną wzajemność) dostosowania środowiska społecznego i fizycznego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Koncepcja ta została krytycznie oceniona, co doprowadziło do

sformułowania „społecznego modelu niepełnosprawności”. Zwraca się w nim uwagę na to, iż niepełnosprawność powinno się rozpatrywać w aspekcie społecznej integracji. Niepełnosprawność jest zatem zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego (bariery społeczne, ekonomiczne, architektoniczne itp.) powodujących trudności i ograniczenia w różnych wymiarach (w tym w pracy zawodowej) osób niepełnosprawnych. Za ten stan rzeczy jest odpowiedzialne – co podkreślają M. Piasecki, S. Besowski i R. Czech (vide artykuł tych autorów pt. *Społeczny model niepełnosprawności*, zamieszczony w *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*. Kwartalnik nr 1, Warszawa 1998.) – całe społeczeństwo.

Każdy człowiek funkcjonuje na trzech poziomach: biologicznym, osobowym i społecznym. Istotę niepełnosprawności stanowią zatem odchylenia od normalnego, przeciętnego poziomu funkcjonowania w – wymienionych wyżej – trzech wymiarach bądź też w niektórych spośród nich. Odchylenia te mogą przyjąć następujące formy:

1. „na poziomie biologicznym – zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu funkcji organizmu w zależności od zakresu i stopnia uszkodzenia jego organów lub układów;
2. na poziomie jednostkowym lub osobowym (*personal activities*) jest to ograniczenie aktywności i działania (*activity limitation*);
3. na poziomie społecznym jest to ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym – funkcjonowania społecznego (*participation restriction*)”.

Istotny związek z niepełnosprawnością mają też tak zwane „czynniki kompleksowe” wymienione we – wspomnianej wyżej – klasyfikacji. Należą do nich czynniki: środowiskowe i indywidualne (cechy osobiste). Do czynników środowiskowych można zaliczyć między innymi: cechy środowiska naturalnego ukształtowanego przez człowieka, postawy środowiska społecznego, w którym człowiek żyje, a także: system edukacji, rehabilitacji i pomocy dla osób niepełnosprawnych. Z kolei lista cech osobistych obejmuje takie cechy człowieka jak: wiek, płeć, wykształcenie, zawód, styl życia, wychowanie, doświadczenia życiowe, aktualną sytuację życiową, wzory zachowania się i inne.

Jak dotąd, nierozstrzygnięte zostało to, czy należy wymienione wyżej czynniki traktować jako czwarty, obok wymienionych wyżej, wymiar niepełnosprawności.

Podobne, do przedstawionego w dokumentach WHO, ujęcie definicyjne zostało przyjęte przez Międzynarodową Organizację Pracy (MOP). W zapisach 159 Konwencji MOP z 1983 roku czytamy, iż: „(...) osoba niepełnosprawna oznacza jednostkę, której perspektywy uzyskania, utrzymania i rozwoju zawodowego są wyraźnie ograniczone w wyniku właściwie rozpoznanej ułomności fizycznej czy umysłowej”.

W uchwalonej w 1997 roku przez sejm RP „Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych”, zapisano, iż osoby niepełnosprawne to takie, u których: „(...) sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, które zgodnie z normami prawnymi i zwyczajami, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”. W „Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych” (Dz.U. nr 123, Warszawa 1997) przyjęto podobną definicję osób niepełnosprawnych, dostosowując ją dla potrzeb – jak to wynika z ustawy – rehabilitacji zawodowej. W ustawie tej wymienia się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki. Ustawa ta odnosi się także do rehabilitacji społecznej, bowiem mówi się w niej o zdolności do samodzielnej egzystencji i o konieczności pomocy bądź też opieki ze strony innych osób (Dz.U. nr 100, Warszawa 1997). Z kolei w „Ustawie o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniach społecznych” jest mowa o trwałej i okresowej niezdolności do pracy. W przypadku tej pierwszej brak rokowań co do możliwości odzyskania zdolności do pracy; w tej drugiej – przeciwnie – istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy.

Ustawa z 1997 o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przyjmuje następującą stopniowość: niepełnosprawność w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim. Zgodnie z tą regulacją znaczny stopień niepełnosprawności ma osoba o naruszonej sprawności organizmu która jest niezdolna do podjęcia zatrudnienia, bądź też jest zdolna do wykonywania zatrudnienia np. w zakładzie pracy chronionej i wymaga ona stałej lub długotrwałej opieki i pomocy ze strony innych osób. Natomiast umiarkowany sposób niepełnosprawności ma osoba o naruszonej sprawności organizmu, zdolna do dokonywania zatrudnienia na stanowisku pracy przystosowanym do potrzeb i możliwości, wynikających z niepełnej sprawności i wymagająca częściowej lub okresowej pomocy innych osób. Naturalnie, z przyczyn obiektywnych, w naszych badaniach uwzględnialiśmy wyłącznie osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie które posiadały w związku z tym stosowne orzeczenie.

Istotnym wyróżnikiem, zastosowanym dla celów porównawczych, było podzielenie badanych przez nas osób na dwie charakterystyczne kategorie wiekowe. Pierwszą z nich stanowią zatem osoby, które mieszczą się w przedziale od 18 do 44 roku życia i są one traktowane jako osoby potencjalnie mobilne zawodowo. Do drugiej zaś zaliczyliśmy osoby od 45 roku życia do 64 roku – mężczyźni i od 45 do 59 – kobiety. Ta druga kategoria pomyślana jest w aspekcie ekonomicznym jako kategoria osób potencjalnie niemobilnych zawodowo. Zważywszy na interesujące nas aspekty edukacyjne, przyjęliśmy do badań dolną granicę wieku – od 16 roku życia.

Zadania badawcze

W niniejszym projekcie badań uwzględniono – skorelowane z wymienionymi wcześniej przedsięwzięciami – następujące zadania badawcze, mające na celu ustalenie:

- powodów niepełnosprawności i rodzaju schorzeń,
- dostępności do instytucji medycznych i rehabilitacyjnych,
- najważniejszych, subiektywnych i obiektywnych uwarunkowań życiowych, a w tym materialnych warunków życia, z jednoczesnym zdiagnozowaniem orientacji i preferencji badanych, co do możliwości poprawy własnej sytuacji,
- specyfiki, jeśli o takiej można mówić, relacji osób niepełnosprawnych z innymi członkami ich rodzin,
- aktualnych relacji badanych z ich własnym, lokalnym otoczeniem społecznym,
- funkcjonowania systemu zabezpieczeń społecznych (nie tylko w wymiarze instytucjonalnym) w średnim układzie lokalnym,
- postrzeganych przez badanych ułatwień adaptacyjnych (w sensie formalnym, ustawowym, chodzi tu o rehabilitację zawodową i społeczną) dla osób niepełnosprawnych w nowych warunkach ustrojowych i wobec wymogów gospodarki rynkowej,
- szans i barier edukacyjnych i zawodowych,
- czy instytucjonalne ramy rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych stanowią w odbiorze tych osób istotne wsparcie ich rodzin, które jak dotąd, co potwierdzają wyniki innych naszych badań, zajmowały w tym zakresie dominującą pozycję,
- czy możemy – pomimo wzrostu, szczególnie w ostatnich latach, liczby organizacji pozarządowych – mówić o utrzymywaniu się ciągle jeszcze swoistej pustki społecznej w układzie lokalnym, stanowiącym ramy przestrzeni naszych badań.

Charakterystyka narzędzi badawczych

W badaniach terenowych wykorzystano metodę badań ilościowych, w której posłużono się wywiadem kwestionariuszowym ze zestandaryzowaną listą pytań. Kwestionariusz wywiadu składał się z 10 pytań metryczkowych wśród których, poza podstawowymi zmiennymi demograficznymi, uwzględniono również warunki mieszkaniowe oraz z 86 pytań problemowych, które zostały uporządkowane w następujących po sobie częściach:

- Stan zdrowia
- Stan rodzinny i gospodarstwo domowe

- Aktywność badanych osób
- Niepełnosprawny w świecie instytucji
- Wykształcenie i zawód
- Sytuacja ekonomiczna.

Realizacja badań terenowych

Początek prac badawczych związanych z niniejszym projektem nastąpił we wrześniu 2006 roku. W etapie pierwszym opracowano ogólną koncepcję badań i ich program, a w tym ujęto określenie próby i przygotowanie kwestionariusza wywiadu. W etapie drugim przeprowadzone zostały badania pilotażowe. Etap trzeci – przygotowanie ostatecznej wersji narzędzia badawczego, instrukcji do badań i przeszkolenia ankierów. W kolejnym etapie przeprowadzono badania terenowe, zrealizowane przez 15 ankierów. W związku z tym, że dobór próby miał charakter kwotowy, zadaniem osób przeprowadzających wywiady było znalezienie respondentów spełniających wyraźnie określone kryteria. Trzeba zaznaczyć, że zadanie ankierów było z pewnych względów utrudnione, bowiem właśnie niepełnosprawnych należy traktować jako szczególną kategorię respondentów. W sytuacji takich wywiadów należy często dostosować się do możliwości osoby badanej. Szczególnie w przypadku osób o znacznym stopniu niepełnosprawności trudnym było uzyskanie odpowiedzi na poszczególne pytania. Sytuacja ta nie była wynikiem niechęci badanych lecz bezpośrednią konsekwencją ich stanu zdrowia. Zatem ważnym zadaniem ankierów było dostosowanie przebiegu wywiadu do możliwości respondentów.

Po stosownych opracowaniach zebranego materiału przygotowano w fazie końcowej raport z badań. Do raportu załączono zastosowany w badaniach kwestionariusz wywiadu (vide aneks) i rozkłady odpowiedzi w wersji elektronicznej, umożliwiające odnalezienie informacji komentowanych w niniejszym raporcie.

Stopień niepełnosprawności i charakterystyka schorzeń

Badania przeprowadzone zostały z osobami niepełnosprawnymi o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności. Przebadano odpowiednio, zachowując proporcje w oparciu o statystyki GUS – 166 osób o stopniu znacznym (41,5%) i 234 osoby niepełnosprawne o stopniu umiarkowanym (58,5%). Wśród badanych 43% posiadało orzeczenie ZUS dla celów rentowych, 51,8% orzeczenie pozaubezpieczeniowe. Wartości te ilustruje poniższa tabela, wraz z rozróżnieniem na stopień niepełnosprawności.

Tab. 14. Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności a stopień niepełnosprawności

Lp.	Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	Znaczny stopień niepełnosprawności (%)	Umiarkowany stopień niepełnosprawności (%)	ogółem: (N=400=100)
1.	orzeczenie ZUS dla celów rentowych	22,5	20,5	43,0
2.	orzeczenie pozaubezpieczeniowe o stopniu niepełnosprawności	16,5	35,2	51,8
3.	orzeczenie ZUS + orzeczenie pozaubezpieczeniowe	2,4	2,8	5,2
4.	ogółem:	41,5	58,5	100

Osoby niepełnosprawne od urodzenia stanowiły 28% badanej grupy. Wśród pozostałej części najczęstszym powodem niepełnosprawności była choroba nabyta (50,75%) i wada wrodzona (25,75%), prawie co szósty respondent (17%) z tej grupy wskazywał wypadek (w pracy, w gospodarstwie rolnym, w domu i inne) jako powód niepełnosprawności. Powody niepełnej sprawności tłumaczą też przedziały wiekowe, w których osoby niebędące niepełnosprawnymi od urodzenia chorowały bądź ulegały wypadkom najczęściej, należą do nich: w pierwszej kolejności osoby czterdziestoletnie (23,5%), to z pewnością okres dużej zachorowalności wśród badanych. Pięćdziesięciolatekowie (13,3%) oraz dwudziestolatekowie (11,2%) to grupy podobnego rzędu wielkości, z pewnością jednak powody niepełnosprawności w tych grupach są różne, w przypadku osób dwudziestoletnich dużo częściej przyczyną niepełnosprawności był wypadek niż choroba, tendencja odwrotna dotyczy osób, które stały się niepełnosprawne w wieku lat pięćdziesięciu.

Rozkład ze względu na płeć wśród osób niepełnosprawnych od urodzenia przedstawia się następująco – w większości to kobiety (56,3%), mężczyźni odpowiednio – 43,8%. Co trzecia kobieta (30,7%) badanej populacji jest osobą niepełnosprawną od urodzenia i co czwarty (25,1%) mężczyzna. Warto tu także odnotować, że wśród tych osób większość to osoby stanu wolnego – 83%.

Jeśli przeanalizować ilość osób niepełnosprawnych od urodzenia ze względu na miejsce zamieszkania, to najwięcej jest ich w gminie Kostomłoty – 23,2%, Miękinia – 20,5% oraz w gminie wiejskiej Środa Śląska – 20,5%, najmniej zaś w Udaninie – 9,8% i Malczycach – dane te ilustruje poniższy histogram.

Interesujący jest także rozkład odpowiedzi na pytanie związane ze schorzeniami, jakie zadecydowały o niepełnosprawności respondentów. W tym przypadku 38% odpowiedziało, że to uszkodzenia i choroby narządów ruchu. Jest to o tyle znamienne, poza stwierdzeniem, że stan zdrowia wpływa na naszą aktywność w różnych sferach rzeczywistości, że podstawową barierą podejmowania wielu działań są właśnie ograniczenia związane z poruszaniem się. Może to mieć wpływ zarówno na kontakty z otoczeniem (tu podstawowy problem dostosowania lokali mieszkalnych do niepełnosprawności), uczestnictwo w lokalnych imprezach, wydarzeniach sportowych czy kulturalnych nawet poza miejscem zamieszkania (jeśli nie ma możliwości dowiezienia, udział staje się niemożliwy) czy kwestia podjęcia pracy (nie tylko poza miejscem zamieszkania, ale w ogóle poza domem, gdzie ogromnym wysiłkiem jest dotarcie do niej). Kolejne najczęstsze powody niepełnej sprawności to: schorzenia neurologiczne (29,5%), schorzenia psychiczne (17%) oraz schorzenia układu krążenia (16,7%).

Opieka specjalistyczna i rehabilitacja

Taki stan zdrowia badanych wymusza pozostawanie pod stałą opieką lekarską aż 90,3% respondentów i niemalże połowa z nich – 44,5% deklaruje powinność korzystania ze specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych. Z tej grupy osoby korzystające z takich zabiegów stanowią 37,6%, z powodu braku środków finansowych nie korzysta 18,5%, z powodu braku skierowania nie korzysta 11,2%, 8,4% nie ma takiej potrzeby, mimo, że wcześniej deklarowało, że ich stan zdrowia tego wymaga.

Osoby korzystające z zabiegów robiły to niezmiernie rzadko, najczęściej padały wskazania na jeden raz (25,5%), dwa (25,5%) lub trzy razy (16,3%) w ciągu ostatnich trzech lat. Inaczej ma się sprawa z ćwiczeniami, ich wykonywanie deklaruje 43,4% respondentów, w tej grupie ze stopniem znacznym mamy 43,9% badanych oraz 56,1% ze stopniem umiarkowanym. Systematycznie ćwiczy niemalże co piąty badany (17,8%), kiedy ma możliwość 12,0%, sporadycznie 6,8% i przy pomocy innych osób 3,5%. Osoby, które nie wykonują ćwiczeń, jako najczęstszy powód wskazują na to, że ćwiczenia nie mają dla nich żadnego znaczenia (22,8%), nie jest to wskazane przy ich schorzeniu (14,5%), ćwiczenia są dla nich bolesne i męczące (6,5%).

Spośród grupy badanej 38% przebywało w specjalistycznych ośrodkach zajmujących się leczeniem i rehabilitacją osób niepełnoprawnych, pozostali (62%) z takiej oferty nie skorzystali. Taki stan rzeczy z pewnością jest wynikiem wcześniej już wspomnianego niskiego statusu ekonomicznego, średnia bowiem wysokość dochodów netto mieści się w przedziale od 300 zł do 500 zł na jedną osobę w rodzinie.

Podobnie wygląda kwestia ubiegania się o skierowanie na pobyt w sanatorium, co czwarty badany (22,5%) podjął takie starania.

Samodzielność osób niepełnosprawnych i ocena własnego stanu zdrowia

Tab. 18 Czynności codzienne oraz zakres możliwości badanych w ich wykonywaniu.

L.p.	Czynności, które mogą wykonywać respondenci:	Samodzielnie (%)	Za pomocą specjalnego sprzętu lub innych osób (%)	Wcale (%)
1.	praca w domu (sprzątanie, gotowanie)	56,5	32,3	11
2.	higiena osobista	82,8	16,7	0,5
3.	załatwianie potrzeb fizjologicznych	92,8	7	0,2
4.	odżywianie się	93,8	6	0,2
5.	kontakty towarzyskie	67	16,5	16,3
6.	sporty, zabawy ruchowe	31,3	13	55,5
7.	poruszanie się (ogólnie)	75	24	1
8.	poruszanie się poza domem	56,3	38,7	4,5
9.	korzystanie z komunikacji publicznej (MPK, PKS, PKP, itp.)	48,3	35,7	16
10.	robienie zakupów	52,5	28,5	19
11.	korzystanie z instytucji publicznych (przychodnie, urzędy, szpitale, itp.)	43,8	50,5	5,7

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Tabela 18 ilustruje możliwości wykonywania codziennych czynności przez respondentów. Jak widać badani w większości radzą sobie samodzielnie z zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych, odżywianiem się oraz z czynnościami higienicznymi. Także większość z nich (75%) deklaruje możliwość samodzielnego poruszania się, w tym jeśli idzie o wychodzenie z domu, to 38,7% potrzebuje do tego specjalistycznego sprzętu lub pomocy innych osób, ale uznaje to za możliwe. Podobnie wygląda rozkład odpowiedzi dotyczący korzystania ze środków komunikacji publicznej (samodzielnie jest to możliwe dla 48,3%, z pomocą dla 35,7%) oraz odwiedzania instytucji publicznych takich jak przychodnie lekarskie, szpitale czy urzędy (samodzielnie 43,8%, przy pomocy innych osób lub specjalnego sprzętu – 50,5%). W przypadku ponad połowy (55,5%) badanej populacji stan zdrowia uniemożliwia uprawianie sportów czy korzystanie z zabaw ruchowych, co piąty badany z tego powodu nie robi samodzielnie zakupów, a dla 16%

niepełnosprawność wyklucza podtrzymywanie kontaktów towarzyskich i korzystanie ze środków komunikacji publicznej. Te wyniki są o tyle interesujące i prowokują do postawienia pytania na ile niepodjęcie aktywności przez respondentów jest faktycznym efektem ich możliwości fizycznych, a na ile wynikiem uprzedzeń, kompleksów, sposobu myślenia i postrzegania świata. Być może naturalnym odruchem w przypadku większości badanych jest wycofanie się ze sfery społecznej aktywności z powodu własnego stanu zdrowia, który często nie jest aż tak zły, by całkowicie uniemożliwić funkcjonowanie.

Tab. 19. Stan zdrowia badanych od momentu ujawnienia choroby (wydarzenia)

	Ilość osób	Procent	Procent ogółem	Procent kumulowany
poprawia się	27	6,8	6,8	6,8
pozostaje bez zmian	118	29,5	29,5	36,3
pogarsza się	142	35,5	35,5	71,8
czasem się pogarsza, czasem poprawia	111	27,8	27,8	99,5
inne	2	0,5	0,5	100,0
ogółem:	400	100,0	100,0	

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

W tabeli 19 przedstawiono subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia badanych od momentu ujawnienia się choroby czy wypadku. Różnice nie są zbyt duże, mimo to możemy odnotować, że większość badanych uznaje chwilowo swoje samopoczucie za nie najlepsze – dla 35,5%, dla 27,8% badanych ich stan zdrowia czasem się poprawia, czasem pogarsza, bez zmian stan zdrowia pozostaje dla 29,5%.

Struktura rodziny

Respondenci w większości mieszkają ze swoimi rodzinami, najwięcej bo 43,3% ze swoimi partnerami/ współmałżonkami, 35% z własnymi dziećmi, 29,2% z rodzicami. Osoby samotnie mieszkające stanowią 14% badanej populacji.

Dzieci nie posiada 43,5% badanych, natomiast pozostała część została podzielona na osoby, która mają jeszcze małe dzieci – 15,8%, dorosłe dzieci – 28,2%, dorosłe, ale na utrzymaniu rodziców – 12%. Struktura dzietności przedstawia się następująco: prawie co piąty badany ma dwójkę dzieci (18,3%), jedno dziecko ma 16,5%, posiadanie trójki dzieci deklaruje niemalże co dziesiąty badany (13,5%). W badanej populacji znalazły się także jednostkowe przypadki wielodzietności – 10 osób z pięciorgiem, trzy osoby z sześciorgiem dzieci, rekordzista jest rodzicem dwanaściorga dzieci.

Tab. 20. Liczba dzieci

Potomstwo (wyszczególnienie)	Ilość osób	Procent	Procent ogółem	Procent kumulowany
małe dzieci na utrzymaniu	63	15,8	15,8	15,8
dorosłe dzieci i samodzielne	113	28,3	28,4	44,2
dorosłe dzieci na utrzymaniu	48	12,0	12,1	56,3
brak potomstwa	174	43,5	43,7	100,0
Suma	398	99,5	100,0	
brak danych	2	0,5		
Ogółem	400	100,0		

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Tab. 21. Niepełnosprawność a czas założenia rodziny

Wyszczególnienie	Ilość osób	Procent	Procent ogółem	Procent kumulowany
przed chorobą, wypadkiem	183	45,8	46,0	46,0
gdy już byłem niepełnosprawny	52	13,0	13,1	59,0
nie dotyczy	163	40,8	41,0	100,0
suma	398	99,5	100,0	
brak danych	2	0,5		
Ogółem	400	100,0		

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Istotnym elementem jest fakt, że znaczna część badanych, tj. 45,8% założyła rodziny będąc osobami zdrowymi (przed wypadkiem, chorobą powodującą niepełnosprawność), tylko 13% rozpoczynało życie rodzinne będąc już osobą niepełnosprawną. Analizując tę sytuację pod względem podziału na stopień niepełnosprawności, można zauważyć niewielkie różnice – w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnej sprawności przed chorobą (wypadkiem) rodziny założyło 43,6%, gdy już byli niepełnosprawni – 12,1%, osoby o stopniu umiarkowanym niepełnej sprawności delikatnie przewyższają poprzednie wartości, przypadki założenia rodzin w tej grupie przed chorobą wynoszą 47,6%, w trakcie choroby 13,7% badanych.

Ważny jest także stosunek członków ich rodzin do nich samych. W przypadku partnerów/współmałżonków – pozytywny stosunek deklaruje 63,4%, co piąta osoba wspomina także o tym, że współmałżonek jej pomaga (22,5%). Negatywny stosunek partnerów do respondentów podkreśla prawie 7% badanych, tu warto zauważyć, że spora część badanych

wspomina dodatkowo o tym, że stosunek ów pogorszył się od momentu pojawienia się choroby. Pozytywny stosunek dzieci do własnej osoby, deklaruje 81,3% respondentów, i podobnie jak w przypadku współmałżonków, co piąty badany wspomina o pomocy dzieci (20%).

Interesująca wydaje się być analiza wpływu niepełnosprawności na prowadzenie gospodarstwa domowego (vide tab.22). Z przedstawionych danych wynika, że taki wpływ potwierdza 71,3% osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym i – niższa ilość wskazań – 47,4% osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Tab.22. Wpływ stopnia niepełnosprawności na prowadzenie gospodarstwa domowego.

Wyszczególnienie		Stopień niepełnosprawności		ogółem
		znaczny	umiarkowany	
Tak, choroba ma wpływa na prowadzenie gospodarstwa domowego	Ilość wskazań	118	112	230
	% zgadzających się na to, że choroba ma wpływ na prowadzenie gospodarstwa domowego	52,0%	48,0%	100%
	% stopnia niepełnosprawności	71,6%	47,4%	57,5%
	%ogółu	29,8%	27,6%	57,5%
Nie, choroba nie ma wpływa na prowadzenie gospodarstwa domowego	Ilość wskazań	48	122	170
	% nie zgadzających się na to, że choroba ma wpływ na prowadzenie gospodarstwa domowego	28,2%	71,8%	100%
	% stopnia niepełnosprawności	28,4%	52,6%	42,5%
	%ogółu	12,0%	30,5%	42,5%
Razem	Ilość wskazań	166	234	400
	% ustosunkowujących się do wpływu choroby na prowadzenie gospodarstwa domowego	41,5%	58,5%	100%
	% stopnia niepełnosprawności	100%	100%	100%
	%ogółu	41,5%	58,5%	100%

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Aktywność badanych, czas wolny

Respondenci w większości swój wolny czas starają się w jakiś sposób zagospodarować, do najczęstszych zajęć należy oglądanie telewizji (65,5%), ponad 30% badanych stara się znaleźć sobie jakieś zajęcia, 25,5% odwiedza swoich bliskich.

Tab. 23. Sposoby spędzania wolnego czasu przez badanych.

Lp.	Sposoby spędzania wolnego czasu	Odsetek wskazań (%)
1.	nie ma wolnego czasu	9,5
2.	ogląda telewizję	65,5
3.	stara się coś robić	35,5
4.	odwiedza sąsiadów	25,5
5.	czeka na odwiedziny	6,5
6.	leży w łóżku, czyta, ogląda telewizję	21,5
7.	nudzi się	5,3
8.	modli się	8,0
9.	uczy się	2,8
10.	szuka pracy	2,5
11.	inne	37,3

Źródło: Dane z badań własnych. (Wartości procentowe nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.)

Respondenci pytani byli także o udział w różnego rodzaju imprezach kulturalnych czy sportowych. W tych pierwszych uczestniczy, jeżeli tylko ma okazję – 27,8% badanych, w imprezach sportowych uczestniczy, w roli widza 23,3%. Jednak zdecydowana większość (ok. 72%) z takich wydarzeń w ogóle nie korzysta, podając jako powód w pierwszej kolejności zły stan zdrowia – średnio prawie co piąty badany (imprezy kulturalne – 20,8%, imprezy sportowe – 27,8%). Kolejnym istotnym powodem nieuczestniczenia w takich imprezach jest brak chęci i zainteresowań ze strony respondentów, imprezami kulturalnymi nie jest zainteresowany co piąty respondent (20%), a sportowymi 37%. Brak uczestnictwa jest także tłumaczony brakiem środków finansowych – 14,5% ankietowanych.

W badaniach postawiono pytanie czy w wykonywaniu codziennych czynności osoby badane mogą liczyć na pomoc najbliższych. Na pomoc rodziny może liczyć 84,8% badanych, sąsiadów 25,1% - co stanowi i tak wysoką wartość przy zmieniających się i zanikających dzisiaj więziach sąsiedzkich, na pomoc innych liczy 17,7% ankietowanych. Respondentów pytano także czy są zapraszani na różne uroczystości i tutaj rozkład odpowiedzi wygląda następująco: na uroczystości rodzinne zapraszanych jest aż 81,3% badanych, na uroczystości sąsiedzkie 28% (to także wysoka wartość, którą można tłumaczyć charakterem gmin powiatu średzkiego, w większości to gminy wiejskie, a w takim środowisku zaufanie ludzi do siebie nawzajem jest stosunkowo duże, brak anonimowości, to czynniki podtrzymujące kontakty z sąsiadami) oraz na imprezy towarzyskie (koleżeńskie) 31,3% ankietowanych.

Zapytano także o przynależność do organizacji społecznych i okazało się, że aż 96,5% respondentów udzieliło odpowiedzi negatywnej. To zdumiewające. Bierność w tym zakresie jest oczywista. Brak potencjału integracyjnego badanych osób niepełnosprawnych jest wyraźny. Z drugiej zaś strony możemy mówić o utrzymywaniu się stanu swoistej pustki organizacyjnej czy też stowarzyszeniowej w środowisku wiejskim. Utrzymuje się przestrzenne zróżnicowanie usytuowania i działalności tego typu instytucji społecznych korzystniejsze dla większych, ponadlokalnych ośrodków. Kierunek tych działań należałoby zatem zmienić. Poprawą tego stanu rzeczy mogłoby być partnerstwo samorządowych organizacji pomocowych i organizacji społecznych. Warto tu też nadmienić, że wiele stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych czy chorych, właśnie konstituuje się z inicjatywy osób dotkniętych danym schorzeniem, tak przecież działają instytucje samopomocowe.

Niepełnosprawny w świecie instytucji.

Przystosowanie się do niepełnosprawności jest ważnym problemem dla każdej osoby niepełnosprawnej i to niezależnie od tego, czy jest to niepełnosprawność od urodzenia, czy też nabyta. Można traktować owo przystosowanie się jako dążność do zrównoważonych relacji ze środowiskiem społecznym (bliższym i dalszym) i jednocześnie jako dążenie do zaspokajania potrzeb (nie tylko podstawowych, ale i społecznych) zdeterminowanych niepełnosprawnością. Mamy tu na uwadze także obok relacji: osoby niepełnosprawne – otoczenie społeczne, relacje (zwrotne) pomiędzy otoczeniem społecznym (w tym zwłaszcza instytucjonalnym), a osobami niepełnosprawnymi z jednoczesnym uwzględnieniem zasady pomocniczości. Uwzględnić należy nie tylko, prawnie regulowane, działania pomocowe dla poszczególnych osób i ich rodzin, a le także – co jest ważne – istotne są zmiany postaw szeroko rozumianego otoczenia społecznego stosunku do osób niepełnosprawnych i ich własna aktywność, (a nie bierność) wyrażająca się w dążeniach do uzyskania dostępności do różnych instytucji pomocowych utrzymywanych, bądź wspieranych przez państwo (vide: wiodąca rola w tym zakresie PFRON-u), samorząd regionalny i lokalny i przez inne organizacje i stowarzyszenia, a w tym organizacje pożytku publicznego.

Działania instytucji pomocowych

Rozwiązywanie wielu problemów osób niepełnosprawnych i ich rodzin zależne jest od uwarunkowań zewnętrznych. Stąd też badanym zadano pytania o to, czy mają oni względnie stały, a nie sporadyczny kontakt z instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych i czy te instytucje spełniają ich oczekiwania. Na stały kontakt z instytucjami zajmującymi się osobami niepełnosprawnymi wskazało jedynie 35% ogółu badanych (vide tab. 24) – to stosunkowo niewielki odsetek, jeśli zważyć na swoistą realność sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych, które powinny otrzymywać gwarantowane także prawnie – wsparcie bądź pomoc i to niezależnie od tego, czy tego oczekują czy też nie. Aspekt humanitarny jest w tym przypadku bardzo wyraźny.

Tab. 24. Kontakt z instytucjami z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Tab. 24. Kontakt z instytucjami z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności.

Wyszczególnienie (potwierdzenie kontaktu)	Stopień niepełnosprawności				Ogółem	
	znaczny		umiarkowany			
	L	%	L	%	L	%
Tak	59	35,6	81	34,7	140	35,0
Nie	107	64,4	153	65,3	260	65,0
Razem:	166	100	234	100	400	100

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Prawie wszystkie te osoby, które utrzymują kontakt z instytucjami (92% tej kategorii badanych) potwierdziły, że ich oczekiwania w kontaktach z takimi instytucjami zostają w pełni zaspokojone.

Warunki uzyskania pomocy

Symptomatyczne jest też to, że jedynie 42,7% badanych zna jakieś instytucje pomagające osobom niepełnosprawnym (vide tab. 25)

Tab. 25. Wiedza badanych na temat instytucji pomocowych

Tab. 25. Wiedza badanych na temat instytucji pomocowych

Wyszczególnie nie (Czy zna instytucje pomocowe)	Stopień niepełnosprawności				Ogółem	
	znaczny		umiarkowany			
	L	%	L	%	L	%
nie znam takich instytucji	84	50,6	111	47,4	195	48,8
nie mam wiedzy	13	7,8	17	7,3	30	7,5
Nie wiem do kogo można się zwrócić	3	1,8	2	0,9	5	1,3
Znam	66	39,8	104	44,4	170	42,7
Ogółem:	166	100	234	100	400	100

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

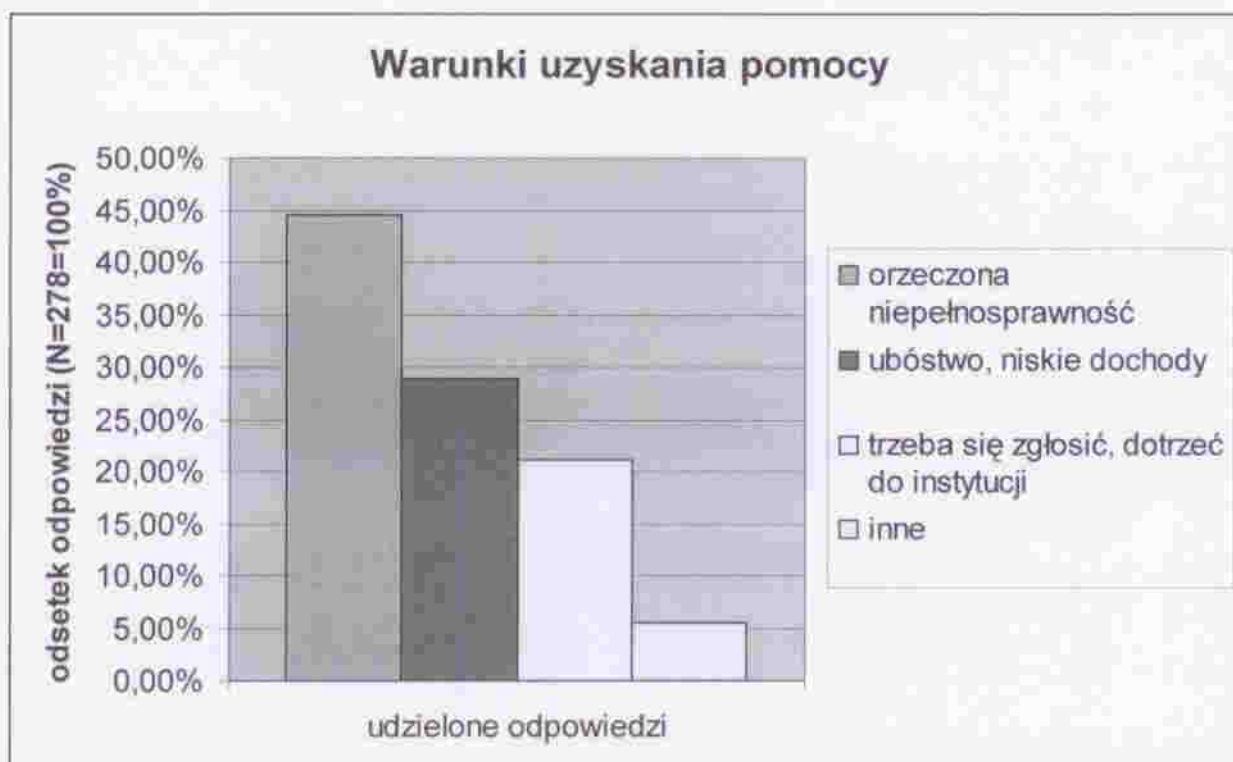
Większość stanowią respondenci (57,3% ogółu badanych), którzy:

1. nie znają takich instytucji – 48,8%,
2. nie mają wiedzy o ich działalności – 7,5%
3. bądź też nie wiedzieli do kogo można się zwrócić o pomoc – w takiej sytuacji jednak znalazły się tylko nieliczne osoby.

Niepokojące jest też to, że relatywnie więcej wśród badanych osób niepełnosprawnych, nie znających instytucji pomocowych, było więcej osób o stopniu znacznym.

Osoby znające jakiegokolwiek instytucje wsparcia zapytano o to, w jaki sposób pomagają one najczęściej osobom niepełnosprawnym, najczęściej wskazywano tu pomoc finansową (59,6%), usługi socjalne (36,8) i pomoc rzeczową (36,2%). Z pomocy takich instytucji skorzystał co trzeci badany – 35,3%. Pozostali badani nie korzystali z pomocy instytucji wsparcia, głównie dlatego, że nie odczuwali takiej potrzeby (8,3% ogółu badanych), ale i też dlatego, że – jak uznali – nie spełniali warunków do udzielenia pomocy, co może być zgodne z formalnymi wymogami, ale też może świadczyć o braku pełniejszej orientacji w tym zakresie. Uwaga ostatnia dotyczy jednak stosunkowo nielicznych przypadków.

Na pytanie jakie warunki należy spełnić, by uzyskać wsparcie ze strony instytucji pomocowych prawie połowa badanych (45,5%) odpowiedziała „nie wiem”, co potwierdza wcześniejszą deklarację nieznajomości instytucji wsparcia, a co za tym idzie mechanizmów ich funkcjonowania. Pozostali respondenci (218 osób, tj. 54,5% ogółu badanych) wymienili łącznie 278 wymogów czy też warunków jakie – jak sądzą – trzeba spełnić aby uzyskać pomoc. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na załączonym wykresie.



Większość badanych udzielających odpowiedzi na pytanie o warunki uzyskania pomocy stwierdziła, że podstawowym wymogiem jest przedstawienie orzeczenia o niepełnej sprawności (44,6%), kolejno z ważny aspekt uznano niskie dochody (28,8%). Badani podkreślili również konieczność własnej aktywności w poszukiwaniu instytucji pomocowych (21,2%), co może w przypadku tej kategorii oznaczać świadomość badanych, że w trudnej sytuacji istnieje konieczność zwrócenie się samemu do instytucji wsparcia. Można także, interpretując powyższe dane stwierdzić, że większość badanych nie uświadamia sobie tego, że stan niepełnosprawności stanowi zobiektywizowaną podstawę do uzyskania wsparcia lub pomocy ze strony instytucji statutowo realizujących tego typu działania. Postulat dotarcia do takich osób jest oczywisty.

Na pytanie – z jakimi instytucjami wsparcia (nie tylko tymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych) kontaktowali się badani w ciągu ostatniego roku – uzyskaliśmy odpowiedzi potwierdzające od 172 respondentów, co stanowi 43% ogółu badanych. Spodziewaliśmy się jednak dużo większej liczby wskazań, ponieważ w ostatnich latach obserwujemy wzrost liczby różnych podmiotów aktywizacji i wsparcia. Tymczasem wzrost ten wynosi zaledwie kilka punktów procentowych w stosunku do wyżej wymienionych wskazań, dotyczących stałych kontaktów osób badanych z instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych i niestety nie obejmuje nawet połowy ogółu badanych. W tym pytaniu respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi (vide tab. 26.). Niestety w tym przypadku zauważamy, iż większość badanych nie podejmowała kontaktów z żadnymi instytucjami wsparcia. Respondenci potwierdzili dominację samorządowych ośrodków pomocy społecznej. Można też zauważyć, iż PFRON jest postrzegany przez wiele osób niepełnosprawnych jako instytucja realizująca pomoc na rzecz osób niepełnosprawnych poprzez samorząd i jego agendy pomocowe, zwłaszcza, że te ostatnie funkcjonują w tym zakresie przeważnie w oparciu o uzyskiwane środki finansowe z wymienionego funduszu. Świadczy to też o tym, że ośrodki pomocy społecznej w aspektach kompetencyjnych i logistycznych są pozytywnie oceniane przez pomocobiorców.

Tab. 26. Instytucje z jakimi kontaktowali się badani w ciągu ostatniego roku.

L p.	Instytucje wspierające	Badani	Odsetek badanych
1.	Stowarzyszenia działające na rzecz osób niepełnosprawnych	9	2,0
2.	Stowarzyszenia osób niepełnosprawnych	1	0,2
3.	Samorządowe ośrodki pomocy społecznej	118	26,3
4.	PFRON	52	11,6
5.	Organizacje wyznaniowe	23	5,1
6.	Inne	17	3,8
7.	Brak kontaktów	228	50,9
8.	Ogółem:	448	100

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Badanym zadano także pytanie o działalność samorządu terytorialnego i udzielanie pomocy ze strony władz lokalnych. Dla większości respondentów jest to instytucja wspierająca osoby niepełnosprawne głównie poprzez: świadczenia finansowe (44,3%), działalność jednostek organizacyjnych takich jak MOPS-y, GOPS-y czy PCPR-y (29%) oraz pomoc rzeczową (17,8%).

Preferencje kwalifikacyjne

Mimo ograniczeń zdrowotnych i sprawnościowych prawie co trzeci badany (niepełna 27% ogółu badanych) uczestniczył w różnego rodzaju kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe. Były to kursy komputerowe, prawa jazdy i inne formy (szkolenia, warsztaty,...) przygotowujące do podjęcia ewentualnej pracy, organizowane przez PUP i PCPR w Środzie Śląskiej. Informacje tą potwierdzają nie tylko wyniki naszych badań, ale także inne opracowania badań z tego zakresu prowadzone w ostatnich latach na Dolnym Śląsku.

Osoby, które nie uczestniczyły w dodatkowych formach kształcenia (ponad 73% ogółu badanych) wskazywały, iż było to uzależnione od: stanu zdrowia, braku takiej potrzeby, ale i braku ofert (np. kursów odpowiadających niepełnosprawnym i dostosowanych do niepełnosprawności), a także zależy to – zdaniem badanych - od ich wieku. Wyróżniamy tu zatem przyczyny bezpośrednie i pośrednie związane z niepełnosprawnością. Na podobne uzasadnienia wskazują odpowiedzi badanych na pytanie dotyczące zamiarów podnoszenia własnych kwalifikacji w najbliższym czasie. Na ponad 400 wskazań ($N = 438 = 100$) zdecydowanie przeważają odpowiedzi na „nie”. Ponad 83% badanych takiej ewentualności nie przewiduje. Tylko nieliczni badani zamierzają podnosić swoje kwalifikacje – a wśród nich są też nieliczne osoby, które aktualnie uczą się (jedynie 1% ogółu badanych). Ten stan rzeczy potwierdzają wyniki wielu badań. Oznacza to, że w dalszym ciągu występuje brak indywidualnego zainteresowania zmianą własnych kwalifikacji. Podobnie oceniali respondenci brak szans na podnoszenie własnych kwalifikacji - 72,5% nie widzi żadnych szans z powodu własnego stanu zdrowia. Warto tu jeszcze odnotować brak chęci odnośnie podnoszenia własnych kwalifikacji, które deklaruje co piąty badany.

Aktywność i bierność zawodowa

Postawy badanych wobec własnej aktywności zawodowej przedstawiono w tabeli 32.

Tab. 32. Postawy badanych wobec własnej aktywności zawodowej (N=400)

Wyszczególnienie	Liczba wskazań	%
aktualnie pracujący	38	9,5
zamierzający pracować	215	53,8
nie zainteresowani pracą	144	36,0
brak danych	3	0,7
Razem	400	100,0

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Wśród respondentów tylko 38 osób, tj. 9,5% ogółu badanych to osoby pracujące. Są to osoby z reguły pracujące poza miejscem zamieszkania; tylko co czwarta osoba znajduje zatrudnienie w miejscu zamieszkania. Naturalnie trudniej zdobyć pracę w środowisku wiejskim. Osoby dojeżdżające muszą pokonywać trudności komunikacyjne, jednakże żadna z tych osób nie korzystała z pomocy innych osób czy też instytucji świadczących tego typu usługi socjalne. Warto zaznaczyć, iż większość pracujących wyraziła zadowolenie z obecnej pracy.

Ponad 90% ogółu badanych, a więc zdecydowana większość, to osoby niepracujące. Zauważalne jest to, że stopień niepełnosprawności różnicuje badanych – relatywnie więcej jest wśród niepracujących osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Tab.33. Stopień niepełnosprawności i aktywność zawodowa

Czy jest Pan osobą pracującą?		Stopień niepełnosprawności		Ogółem:
		znaczny	umiarkowany	
tak	L	5	33	38
	% stopnia niepełnosprawności	13,2%	86,8%	100,0%
	% pracujących	3,0%	14,2%	9,5%
	% z ogółu	1,3%	8,3%	9,5%
nie	L	162	200	362
	% stopnia niepełnosprawności	44,8%	55,2%	100,0%
	% niepracujących	97,0%	85,8%	90,5%
	% z ogółu	40,5%	50,0%	90,5%
Razem:	L	166	236	400
	% stopnia niepełnosprawności	41,5%	58,5%	100,0%
	% ogółu	100,0%	100,0%	100,0%
	% ogółu	41,8%	58,3%	100,0%

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Trzeba zaznaczyć, iż 58% ogółu badanych (232 osoby), to osoby, które wcześniej pracowały, a utraciły pracę z takich powodów (wymienionych poniżej kolejno według frekwencji wskazań – N=308=100%) jak:

- zły stan zdrowia (niepełnosprawność – 57,1%),
- likwidacja zakładu pracy, bądź stanowiska pracy, bądź też wygaśnięcie umowy okresowej o pracę – 19,5%,
- na własną prośbę – 4,2%,
- inne wskazania niekategoryzowane – 19,2%.

Mimo niewielkiego odsetka zatrudnionych (9,3%) ponad połowa respondentów (53,8%) deklaruje chęć podjęcia aktywności zawodowej, najczęściej wskazując na pracę, którą ich stan zdrowia pozwoli wykonywać. Tu pojawiały się takie określenia jak: „szukam lekkiej pracy”, „siedzącej” lub wskazania na konkretne zawody - „chciałbym pracować jako stróż”, „na portierni”, „chciałabym zajmować się dziećmi”, itp.

Preferencje zawodowe badanych osób niepełnosprawnych przedstawiono w tab. 34.

Tab. 34. Preferencje zawodowe badanych zainteresowanych pracą (N=215)

Lp	Kategorie społeczno - zawodowe	Wymieniane (najczęściej) zawody	Liczba wskazań	%
1.	brak wskazania zawodu	-	76	35,3
2.	robotnicy niewykwalifikowani	sprzątaczką (20) proste prace fiz. (9) opiekunki (14) prace dozoru (14) ...	54	25,1
3.	robotnicy wykwalifikowani	kierowcy (9) sprzedawcy (7) ...	40	18,6
4.	technicy i średni personel	mechanicy (samochodowi, elektrycy)	38	17,7
5.	specjaliści	nauczyciele, ekonomiści, red. ...	4	1,8
6.	rolnicy	-	3	1,4
1-6	-	-	215	100,0

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Ponad 25% respondentów spośród zgłaszających zamiar podjęcia pracy w przyszłości (N=215), a więc co czwarta taka osoba chciałaby pracować w zawodzie wyuczonym bądź uprzednio wykonywanym. W innym zawodzie (tu należy uwzględnić w przyszłości przekwalifikowanie – konwersję zawodową) lub też w nowym, w przypadku osób nie posiadających dotąd zawodu, chciałoby pracować już nieco więcej, bo 31% tej kategorii osób; zaś pracy w obojętnie jakim zawodzie („byłoby jakaś praca”) zadeklarowało około 7% badanych z tej kategorii. Niektórzy badani wskazywali często na alternatywność własnego wyboru. Osoby zamierzające pracować charakteryzują się pewną otwartością, mobilnością odnoszącą się do ich ewentualnej pracy w określonym zawodzie w przyszłości.

Uzupełniającą, kontrolną – do powyższych ustaleń – częścią naszych badań była analiza ocen własnych badanych co do ich szans na znalezienie pracy. Niepełnosprawni jak ustaliliśmy, zdają sobie sprawę z ograniczeń wynikających z ich stanu zdrowia, także jeśli chodzi o ich szanse na rynku pracy. Na pytanie o to, czy mieliby oni większe szanse, gdyby byli osobami sprawnymi (zdrowymi), uzyskaliśmy z ich strony odpowiedzi w głównej mierze twierdzące. Okazało się, że aż 84% badanych wskazało na niepełnosprawność jako istotne uwarunkowanie przyczynowe, ograniczające szanse na znalezienie pracy na otwartym rynku pracy. Wydaje się to oczywiste. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że uprzednie rozwiązania oferowane osobom niepełnosprawnym, mające na celu znalezienie zatrudnienia, zawarte w formule np. zakładów pracy chronionej owe bariery zatrudnieniowe łagodziły. Pozostała część badanych (16% ogółu) nie potwierdziła powyższej zależności, uznając tym samym, że ogólna, trudna sytuacja na rynku pracy nie sprzyja zatrudnieniu nie tylko osób niepełnosprawnych. Orientacja co do szans na rynku pracy jest dynamicznym aspektem indywidualnych wyobrażeń.

Zadając kolejne, skonkretyzowane pytanie o szanse na rynku pracy osób niepełnosprawnych, niepracujących w najbliższym czasie (w ciągu sześciu miesięcy), interesowaliśmy się zgodnością, relacją odpowiedzi na to pytanie z wcześniejszymi deklaracjami. Ponad połowa respondentów tej kategorii (54,6%) uznaje, że nie ma żadnych szans na znalezienie pracy. Powyższy wskaźnik jest zatem zbliżony do deklarowanych wcześniej zapatrywań i jest

potwierdzeniem pesymistycznej oceny szans. Kolejną kategorię stanowiły osoby, które raczej nie miały orientacji w tym zakresie – 40,2% ogółu badanych nie potrafiło na to odpowiedzieć. Dalej jedynie 10 osób oceniło, że będzie możliwe znalezienie i ewentualne podjęcie przez nich pracy w najbliższych sześciu miesiącach. Wiek nieco różnicuje badanych – młodszy relatywnie częściej wyrażali umiarkowany optymizm w omawianym zakresie.

Dla większości badanych osób niepełnosprawnych nie ma to znaczenia, gdzie mogliby pracować – na tę ewentualność wskazało 65% ogółu badanych, natomiast wyraźne wskazania na pracę „poza domem” wskazało niespełna 20% ogółu. Jednakże po skorelowaniu analizowanych odpowiedzi na powyższe pytanie ze stopniem niepełnosprawności okazało się, że: niepełnosprawni o stopniu znacznym w stosunku do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności: w relatywnie większej liczbie przypadków wolą pracować w domu i – z drugiej strony – w relatywnie mniejszej liczbie przypadków wolą pracować poza domem. Zależności te nie są jednak wykluczające się, ale tendencje są tutaj ukierunkowane i mają wymiar jakościowy.

Formułę „miejsca pracy” można też definiować poprzez wskazanie ewentualnej pracy, przez osoby zamierzające pracować (N=215) we: własnej firmie (co związane jest z podjęciem indywidualnej działalności gospodarczej), w firmie państwowej bądź też w firmie prywatnej, co ilustruje poniższy histogram. Okazuje się, że dla większości (59,1%) badanych osób miejsce pracy i jego wybór nie ma znaczenia, jest obojętne czy będą pracować w firmie państwowej czy prywatnej. W warunkach gospodarki rynkowej trudniej jest uzyskać pracę w firmach stricte państwowych. Jednakże ponad 32% badanych właśnie dokonało takiego wyboru, uznając tym samym państwo za atrakcyjnego pracodawcę. Mimo nielicznych wyborów odnoszących się do chęci pracy w firmie prywatnej, można uznać te wskazania – w ujęciu jakościowym – za istotne.

Elementem wskazującym na aktywność badanych jest rozważana przez nich ewentualność prowadzenia w przyszłości własnej działalności gospodarczej. Wyniki badań wskazują, iż taka ewentualność nie została potwierdzona przez 94% (vide tab. 36). Jednocześnie, chociaż są to nieliczne przypadki, możliwość taka nie została wykluczona przez 6% badanych (w tym naturalnie więcej było potwierdzeń przez osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności).

Sytuacja ekonomiczna

Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych jest, jak to potwierdzają między innymi wyniki wielu badań socjologicznych i zobiektywizowane ujęcia statystyczne, relatywnie – w stosunku do innych kategorii społecznych gorsza. Jest to zdeterminowane, co wielokrotnie podkreślamy, samą niepełnosprawnością, a także wiąże się z ograniczonymi możliwościami zatrudnienia i z uzyskiwaniem dochodów z tzw. zarobkowych źródeł.

Determinanta bezrobocia

Większość badanych – jak to wcześniej wskazano, to osoby pozostające bez pracy. Pracuje jedynie 9,5% ogółu badanych przez nas osób niepełnosprawnych (vide tab.32). Naturalnie możliwości zatrudnienia są ograniczenia z racji niepełnosprawności i są jednocześnie zróżnicowane zważywszy na różne przyczyny niepełnosprawności. Nie musi to jednak oznaczać wykluczenia bądź marginalizacji osób niepełnosprawnych. W badaniach zwróciliśmy uwagę na ocenę konsekwencji finansowych bezrobocia (vide tab. 37)

Tab. 37. Konsekwencje finansowe bezrobocia.

Konsekwencje finansowe	Liczba wskazań	Udział procentowy (N=362=100)
Bardzo duże	176	48,6
Duże	92	25,4
Średnie	27	7,5
Małe	25	6,9
Brak konsekwencji	42	11,6
Razem	362	100
Pracujący ogółem	38 400	- 100

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne

Badani ocenili, że konsekwencje ich bezrobocia dla ich sytuacji finansowej są najistotniejsze – 74% badanych pozostających bez pracy określiło je jako bardzo duże (odpowiednio 48,6%) i duże (25,4%). Na kolejnych miejscach znalazły się konsekwencje bezrobocia w zakresie:

- zdrowia – 63,2% wskazań
- własnego samopoczucia – 62,3%
- życia rodzinnego – 35,1%
- kontaktów z innymi ludźmi – 29,5%
- kontaktów z instytucjami – 28,8%.

Bezrobocie jest istotnym czynnikiem dezintegrującym życie osób niepełnosprawnych i wywiera – poza silnym wpływem na ogólną sytuację ekonomiczną tych osób – także silny wpływ na ich sytuację zdrowotną i samopoczucie. A zatem podjęcie pracy mogłoby znacznie poprawić warunki ich życia i to nie tylko w zakresie rehabilitacji zdrowotnej. Tymczasem tylko 29 badanych (o niepełnosprawności umiarkowanej) to osoby zarejestrowane w PUP. Na pytanie czy niepracujący (N=362=100) otrzymali jakiegokolwiek propozycje pracy tylko 3% spośród nich potwierdziło, że z takim zainteresowaniem się spotkali. Warto dodać, co wcześniej przedstawiono, że w PUP w Środzie Śląskiej zarejestrowanych jest nieco ponad 100 niepełnosprawnych.

Źródła utrzymania i wysokość dochodów

Jak wynika z przeprowadzonych badań głównym źródłem utrzymania badanych osób niepełnosprawnych (55,4% ogółu) była renta inwalidzka. Dla co czwartej badanej osoby były to zasiłki stale uzyskiwane od instytucji pomocowych. Dochody współmałżonków wskazało 13,8% respondentów, zaś dochody własne (w tym osób pracujących) jako główne źródło utrzymania deklarowało jedynie 11% ogółu. Inne źródła dochodów takie jak: dochody i pomoc rodziców i innych osób oraz zasiłki okresowe były wymieniane rzadziej. Dochody w większości badanych pochodzą zatem z pozazarobkowych źródeł utrzymania. Zauważamy, że im starsi respondenci, tym większa częstotliwość tych źródeł utrzymania. Natomiast brak jakiegokolwiek dochodów wykazało 19 respondentów, co stanowi 4,7% ogółu badanych. Pozostałe osoby (N=381=100) wskazały łącznie 623 jednostkowych źródeł dochodów (średnio 1,6). W grupie „innych źródeł” występują te, których uzyskanie wskazuje na aktywność części badanych, wynikającą z konieczności – na ile pozwala na to ich zdrowie – uzupełniania dochodów, które w przypadku badanych są niskie. Z naszych analiz wynika, iż źródła dochodów nie są wyraźnie zależne od stopnia niepełnosprawności. Dla obu badanych kategorii niepełnosprawnych są one podobne.

Zapytaliśmy również badanych o inne osoby, niezatrudnione z ich wspólnych gospodarstw domowych i uzyskaliśmy informację o tym, że w co trzecim gospodarstwie domowym takich osób

nie ma. Oznacza to, że – nie uwzględniając osób: uczących się i osób spoza wieku produkcyjnego oraz osób samodzielnie prowadzących gospodarstwo domowe – około 66% gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych są jeszcze inne osoby niepracujące (współmałżonkowie, partnerzy, rodzeństwo bądź dorosłe dzieci), co znacznie uszczupla źródła utrzymania respondentów i ich rodzin.

Dochody większości badanych mieszczą się w trzech najniższych przedziałach dochodu netto, licząc dochody ze wszystkich źródeł na jedną osobę w rodzinie (vide tab. 38) – aż 72,3% badanych wskazało wyżej wymienione przedziały dochodów.

Tab. 38. Dochody netto a stopień niepełnosprawności badanych.

Wyszczególnienie Dochody netto na osobę		Stopień niepełnosprawności		Ogółem
		znaczny	umiarkowany	
Do 200	Liczba wskazań	10	30	40
	% dochodów na osobę	25,0%	75,0%	100%
	% niepełnosprawności	6,0%	12,9%	10%
	% ogółu	2,5%	7,5%	10%
Powyżej 200- 400	Liczba wskazań	37	75	112
	% dochodów na osobę	33,0%	67,0%	100%
	% niepełnosprawności	22,2%	32,2%	28%
	% ogółu	9,3%	18,8%	28%
Powyżej 400- 600	Liczba wskazań	61	76	137
	% dochodów na osobę	44,5%	55,5%	100%
	% niepełnosprawności	36,5%	32,6%	34,3%
	% ogółu	15,3%	19,0%	34,3%
Powyżej 600- 800	Liczba wskazań	34	27	61
	% dochodów na osobę	55,7%	44,3%	100%
	% niepełnosprawności	20,4%	11,6%	15,3%
	% ogółu	8,5%	6,8%	15,3%
Powyżej 800- 1000	Liczba wskazań	12	15	27
	% dochodów na osobę	44,4%	55,6%	100%
	% niepełnosprawności	7,2%	6,4%	6,8%
	% ogółu	3,0%	3,8%	6,8%
Powyżej 1000- 1500	Liczba wskazań	7	9	16
	% dochodów na osobę	43,8%	56,3%	100%
	% niepełnosprawności	4,2%	3,9%	4%
	% ogółu	1,8%	2,3%	4%
Powyżej 1500	Liczba wskazań	6	1	7
	% dochodów na osobę	85,7%	14,3%	100%
	% niepełnosprawności	3,6%	0,4%	1,8%
	% ogółu	1,5%	0,3%	1,8%
Razem	Liczba wskazań	166	234	400
	% dochodów na osobę	41,5%	58,5%	100%
	% niepełnosprawności	100%	100%	100%
	% ogółu	41,5%	58,5%	100%

Źródło: Dane z badań własnych. Obliczenia własne.

W przedziale dochodowym (łącznie z brakiem dochodów) do 200 złotych znalazło się 10 % rodzin badanych osób niepełnosprawnych. Po połączeniu dwóch najniższych przedziałów (do 400

złotych) uzyskaliśmy już 38% udział tych badanych z takim poziomem dochodów w stosunku do ogółu badanych. Generalnie możemy potwierdzić, iż są to bardzo niskie dochody, nawet nie przekraczające określanego prawnie minimum socjalnego.

Analiza aktualnych, najpilniejszych potrzeb zaopatrzeniowych także potwierdza trudną sytuację ekonomiczną badanych i ich rodzin. Najpilniejsze potrzeby to w kolejności:

- zakup żywności (77,3% wskazań)
- zakup leków (69,5%)
- zakup ubiorów a także środków czystości (prawie 50%)
- i nieco ponad 10% badanych wskazywało dodatkowo zarówno na zakup sprzętu rehabilitacyjnego i zakup sprzętu gospodarstwa domowego.

Podsumowanie

Na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego i przedstawionej analizy można wskazać na pewne ogólniejsze bariery i szanse edukacyjne i zawodowe osób niepełnosprawnych, które mogłyby w przyszłości usytuować się na lokalnym, otwartym rynku pracy.

Przedstawione w opracowaniu dane społeczno-demograficzne badanej kategorii społecznej potwierdzają występowanie różnic, które jak podobnie jak wynika to z wielu innych badań socjologicznych – w istotny sposób wpływają na postawy i zachowania wobec pracy (ewentualnej pracy) bądź też wobec własnych preferencji związanych z przygotowaniem się do aktywności zawodowej. Istotne są też postawy wobec życia rodzinnego i bliższego lub dalszego otoczenia społecznego. Są one przedmiotem naszych dalszych analiz. Niepełnosprawność jest tu dodatkowym, a w wielu wypadkach zasadniczym wyznacznikiem sytuacji badanych, bezpośrednio współkształtującym szanse ich życiowej stabilizacji. Zauważmy, że czynnikiem deprymującym niepełnosprawnych jest też sam fakt zamieszkiwania na wsi.

Badaniami objęto osoby niepełnosprawne o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Dla tych osób – w porównaniu z lekkim stopniem niepełnosprawności – powrót do swoistej „normalności” jest relatywnie i obiektywnie trudniejszy bądź też czasami wręcz niemożliwy. Toteż osoby z tych kategorii (a zwłaszcza niepełnosprawni o znacznym stopniu niepełnej sprawności) wymagają – tak w aspekcie jednostkowym jak i społecznym – szczególnej troski, wsparcia i pomocy.

Aspekt jednostkowy obejmujący 400 badanych osób został przedstawiony w części raportu poświęconej cechom społeczno-demograficznym. Trzeba zaznaczyć, że niejako ubocznym efektem przeprowadzonych badań, było ustalenie bazowej listy 400 osób niepełnosprawnych z terenu powiatu średzkiego posiadających prawne orzeczenie umiarkowanego i znacznego stopnia niepełnosprawności.

Aktualna sytuacja zdrowotna badanych, jak i inne ich cechy jednostkowe, dotyczące warunków mieszkaniowych, zostały uwzględnione w kolejnych częściach opracowania.

Jak stwierdziliśmy, warunki mieszkaniowe badanych nie odbiegają od standardów mieszkaniowych innych kategorii społecznych znajdujących się w otoczeniu osób niepełnosprawnych. Sytuacja mieszkaniowa badanych wydaje się być uregulowana. Trzeba jednak zaznaczyć, że tylko nieco ponad 14% badanych mieszka samodzielnie, a biorąc pod uwagę stan cywilny badanych stwierdzamy, że większość spośród niepełnosprawnych w stanie wolnym mieszka ze swoimi rodzicami. Mieszkania badanych osób niepełnosprawnych nie są – w zdecydowanej większości przypadków – dostosowane do ich potrzeb, a infrastruktura techniczna i wyposażenie (zważywszy na to, że większość badanych mieszka na wsi) są wysoce niezadowalające. Zwraca uwagę fakt ograniczonej dostępności większości badanych do komputerów i łącz internetowych.

Większość badanych od ujawnienia niepełnosprawności (często jest to niepełnosprawność od urodzenia – dotyczy to 28% badanych) pozostawała pod stałą opieką lekarską. Natomiast dostęp do lekarzy specjalistów i specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych był i jest w dalszym ciągu

ograniczony. Badania nie potwierdziły niestety zachowań prozdrowotnych u osób niepełnosprawnych. Wydaje się, iż – ten obszar jednostkowej aktywności powinien być wspierany działaniami instytucji pomocowych. Podobnie jak i niezbędna okazuje się – w sytuacji barku samodzielności wielu badanych – zewnętrzna ingerencja poprzez różne formy usług socjalnych. Rozwój rynku usług socjalnych, a więc i zatrudnienia specjalistycznych kadr (w tym zwiększonej liczby pracowników socjalnych i innych specjalistów) oraz rozwój infrastruktury technicznej i społecznej z tego zakresu stają się także zdaniem celowym dla już istniejących pomocowych instytucji pomocowych np. samorządowych i dla innych inicjatyw społecznych. Ważne też jest współdziałanie podmiotów sektora publicznego na poziomie lokalnym z organizacjami społecznymi. Tego typu ukierunkowane działania zostały także zaprezentowane w cytowanej Strategii Integracji Społecznej Dolnego Śląska na lata 2005- 2013. Wymagana jest w tym zakresie specjalistyczna opieka, zróżnicowana w zależności od typów schorzenia, będących powodem niepełnosprawności.

Wyniki naszych badań są inspiracją do postawienia pytania: na ile bierność bądź też bark aktywności respondentów jest faktycznym efektem indywidualnych ograniczeń psycho-fizycznych, a na ile wynikiem uprzedzeń kompleksów, sposobu myślenia i postrzegania świata. Wydaje się, że wycofanie się ze sfery społecznej aktywności jest wynikiem stanu zdrowia badanych z jednej strony, zaś z drugiej jest efektem oddziaływań zewnętrznych (w tym społecznych). Badani wskazywali nader często, co jest niepokojące, że ich stan zdrowia od momentu nabycia niepełnosprawności pogarsza się, bądź też pozostaje bez zmian lub jest zmienny. Łącznie na takie ewentualności wskazało ponad 93% ogółu badanych. Tylko nieliczni wskazywali na poprawę własnego stanu zdrowia. Utrzymywanie się przez długi okres niezmiennego stanu zdrowia bądź też jego pogarszanie się, wskazują pośrednio na istotną dysfunkcję dotychczasowej opieki medycznej.

Można też potwierdzić, jak sądzimy, na podstawie uzyskanych wyników badań, że rodzina stanowi (podobnie ja dotychczas), naturalne środowisko, stanowiące szansę stabilizacji życiowej. Chodzi tu nie tylko o stricte własną, przez siebie założoną rodzinę, a raczej o rodzinę pochodzenia. Szczególnie osoby o niepełnosprawności nabytej od urodzenia i o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą traktować rodzinę jako własną grupę odniesienia. Nieco ponad 43% spośród nich zamieszkuje ze współmałżonkiem bądź partnerem; 35% z własnymi dziećmi i 29% badanych z rodzicami. Osoby samotne stanowią 14% badanej populacji. W rodzinach badanych przeważa pozytywny stosunek do nich samych ze strony małżonków i dzieci. Odniesienie ustawowe o pomocy społecznej, skierowane do jednostek społecznych i ich rodzin jest adekwatne.

Wobec stwierdzonego wpływu niepełnosprawności (i stopnia niepełnosprawności) na prowadzenie gospodarstwa domowego, osoby niepełnosprawne mogą liczyć na przejęcie przez pozostałych członków rodziny ich dotychczasowych obowiązków i tym samym możemy mówić o konwersji ról społecznych osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność nie wykluczała w większości przypadków osób niepełnosprawnych z życia rodzinnego i towarzyskiego.

Można też potwierdzić wyraźny brak aktywności społecznej badanych. Niezadowolający jest też stan kontaktów tych osób z instytucjami pomocowymi, a przecież możemy sądzić, że skoro mają one orzeczoną niepełnosprawność, to ich orientacja i kontakty z tymi instytucjami powinny być bardziej ożywione. Tymczasem większość respondentów nie ma dostatecznej orientacji co do tych instytucji; ich zakresu działalności i różnych form udzielanej pomocy. Przeważnie badani zwracali uwagę na „roszczeniowe formy pomocy”, takie jak zasiłki finansowe i rzeczowe. Wspomniana zasada pomocniczości nie jest więc społecznie zakorzeniona. Postulat metodycznej pracy od podstaw jest w tej sytuacji oczywisty.

Kompetencje społeczno-kulturowe, dookreślane w naszych badaniach poprzez wykształcenie i zawód, to najważniejsze predyspozycje umożliwiające potencjalne wejście na otwarty rynek pracy. Stąd też było dla nas ważne ustalenie niektórych wskaźników owego potencjału kompetencyjnego z jednoczesnym diagnozowaniem preferencji edukacyjnych i zawodowych osób niepełnosprawnych.

Większość badanych legitymowała się wykształceniem podstawowym (odpowiednio 40,7%), bądź też wykształceniem zawodowym (31,5% badanych). Nie możemy w rezultacie

naszych badań potwierdzić, właściwych dla innych kategorii społecznych, zależności typu: im osoby młodsze tym względnie lepiej wykształcone. Podobnie nie możemy potwierdzić wyższego poziomu wykształcenia osób zaliczanych do kategorii mobilnych produkcyjnie. Poziom wykształcenia badanych przekłada się na poziom przygotowania zawodowego. Prawie połowa badanych pozostaje bez zawodu i bez innych kwalifikacji. Osoby, które nie uczestniczyły w dodatkowych formach doksztalcania (aż 73% ogółu) wskazywały na różne, związane też ze stanem zdrowia, przyczyny takiego stanu rzeczy. Jednocześnie większość spośród nich nie planuje podnoszenia swoich kwalifikacji. Być może skorelowanie pomocy i wsparcia z warunkiem możliwej aktywności ze strony niepełnosprawnych mogłoby wpłynąć na stopniową, wspieraną instytucjonalnie, konwersję dotychczasowych tendencji w omawianym zakresie. Zwłaszcza, że grupa kontrolna osób niepełnosprawnych (przeważnie z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności) potwierdza, że możliwa jest aktywność, a nie bierność, która wynika z niskiego poziomu kompetencji kulturowych badanych. Jednocześnie ponad połowa respondentów, co zasługuje na uwagę, potwierdziła zamiar podjęcia w przyszłości pracy. Przy czym – jak wskazują na to wypowiedzi badanych – chodzi tutaj o stabilność i bezpieczeństwo związane z zatrudnieniem. Wymagana mobilność na otwartym rynku pracy nie może być w przypadku osób niepełnosprawnych dominującą determinantą. Osoby zamierzające w przyszłości pracować nie kojarzą z reguły tego zamiaru z koniecznością doksztalcania się czy też podnoszenia swoich kwalifikacji w innych formach edukacyjnych. Często wszakże, na co wskazują wypowiedzi wielu badanych, chodzi o to, aby przyszła praca była dostosowana do ich możliwości. W tym kontekście trzeba jednak postawić sobie pytanie: czy niepełnosprawni w ogóle zafunkcjonują na otwartym rynku pracy. Miejscem dotychczasowym ich pracy były dotąd przeważnie zakłady pracy chronionej, bądź też inne miejsca pracy w miarę dostosowane do pracy osób niepełnosprawnych. Wydaje się, że wchodzenie na otwarty rynek pracy będzie, jeśli będzie, długotrwałym procesem podzielonym na etapy i związanym z tworzeniem pośrednich instytucji przygotowujących do wejścia na otwarty rynek pracy. W tym zakresie niezbędne są także nowe regulacje prawne i tworzenie na tej podstawie segmentowych rozwiązań systemowych, uwzględniających aspekty ewaluacyjne.

Badania zostały przeprowadzone na terenie działania PUP w Środzie Śląskiej, poza tym ośrodkiem miejskim, obejmowały pięć gmin wiejskich. Ten układ lokalny jest częścią układu aglomeracji wrocławskiej. Tego typu związek może w przyszłości ułatwiać wprowadzanie zmian korzystnych dla osób niepełnosprawnych. Można też postawić pytanie, na ile powiatowy, samorządowy układ może w przyszłości (bo aktualnie nie jest) stać się w pełni samodzielny, autonomiczny w rozwiązywaniu lokalnych problemów społecznych i czy może przy założeniu korzystniejszej redystrybucji stosownych funduszy i włączeniu własnych środków, samowystarczalny. Niewątpliwie udział samorządu w rozwoju lokalnego rynku usług socjalnych będzie musiał w przyszłości się zwiększyć, tak w sensie logistycznym, kontrolnym, jak i pomocowym.

Generalnie możemy stwierdzić, że badana przez nas kategoria społeczna znajduje się w trudnej sytuacji życiowej. Obok subiektywnych ograniczeń występują też zewnętrzne, obiektywne ograniczenia możliwości stabilizacji ekonomicznej i społecznej osób niepełnosprawnych. I mimo wielu programów pomocowych bariery i zagrożenia przeważają w dalszym ciągu nad szansami, a chodzi przecież o odwrócenie tych proporcji.

Osoby niepełnosprawne stanowią specyficzną grupę, która jest w stanie być aktywna zarówno w sferze edukacyjnej jak i zawodowej, jednak możliwe to będzie jedynie dzięki długotrwałym programom pomocowym.

Obszary wsparcia osób niepełnosprawnych – wnioski z badań

Osoby niepełnosprawne o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności to znacząca grupa podopiecznych instytucji i organizacji pomocowych. Niniejsza część raportu odnosi się bezpośrednio do obszarów, zakresu i potencjalnych sposobów instytucjonalnego wsparcia funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku – możliwości zwiększenia zakresu ich samodzielności.

Jedną z podstawowych trudności na jakie napotykały organizując pomoc osobom niepełnosprawnym jest różnorodność tej grupy ze względu na rodzaj choroby, kalectwa czy dysfunkcji organizmu. Implikuje on w znacznej mierze charakter problemów egzystencjalnych i rozwojowych z jakimi się borykają; narzuca sposób pomagania oraz kolejność ich rozwiązywania.

Z badań przeprowadzonych w powiecie średzkim w 2006 roku wynika, iż wśród osób niepełnosprawnych z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności dominują osoby z dysfunkcją narządów ruchu (37,5% populacji) oraz osoby o schorzeniach neurologicznych (29%), znaczące grupy stanowią również osoby chore psychicznie (17%) i ze schorzeniami układu krążenia (16,8%). Tak wyraźne zróżnicowanie potencjalnych „klientów” instytucji pomocowych stanowi poważne wyzwanie dla organizatorów różnych form pomocy.

Poszukując możliwości skutecznego wsparcia osób niepełnosprawnych nie sposób pominąć zidentyfikowanych już ograniczeń dostępu do pomocy instytucjonalnej. Wśród barier korzystania z profesjonalnej pomocy w literaturze wymienia się między innymi:

- Przeszkody natury decyzyjnej na etapie: dostrzeżenia problemu, zdefiniowania problemu, hierarchizacji problemów i sposobów ich rozwiązywania, czy wreszcie poszukiwania pomocy.
- Negatywne przeżycia wynikające z konieczności zwracania się o pomoc (deformacja poczucia własnej wartości, lęk przed ingerencją innych osób, przed ośmieszeniem, lęk przed zmianą).
- Obawy związane z korzystaniem z pomocy profesjonalnej wynikające z wątpliwości typu: czy osoby (instytucja) jest w stanie mi pomóc w rozwiązaniu tego problemu? czy potrafią? czy zechcą? Oraz lęk przed zaangażowaniem instytucji publicznej w swoje osobiste sprawy.

Jest prawdopodobne, że właśnie kombinacja wyżej wymienionych czynników zadecydowała o tym, że stały kontakt z instytucjami pomocowymi utrzymuje zaledwie 35% procent osób badanych. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że prawie wszystkie osoby z tej grupy potwierdziły, że ich oczekiwania w kontaktach z takimi instytucjami zostają w pełni zaspokojone.

Wśród dających się zidentyfikować (na podstawie przeprowadzonych wywiadów), barier ograniczających funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w środowisku lokalnym; najpełniej możliwe było zidentyfikowanie trzech grup: bariery informacyjne, motywacyjne, adaptacyjne.

W odniesieniu do barier informacyjnych podstawowym problemem sygnalizowanym przez respondentów jest: ograniczony zasób wiedzy o możliwościach i formach uzyskania pomocy tak w zabezpieczeniu podstawowych potrzeb socjalnych jak i w rozwoju społecznym i zawodowym oraz rehabilitacji. Blisko 48% respondentów oświadczyło, że nie zna instytucji mogących pomóc im w trudnej sytuacji, co zapewne (biorąc pod uwagę zakres udzielanej mieszkańcom powiatu pomocy) niekoniecznie odzwierciedla stan faktyczny a przynajmniej w części stanowi wyraz subiektywnych odczuć osób badanych. Podobnie w przypadku znaczącej grupy respondentów bo 45% wskazujących, że nie wiedzą jakie warunki należy spełnić aby pomoc uzyskać. Pamiętajmy również o tym, że w populacji badanej ok. 75,5% to osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym, podstawowym i zasadniczym zawodowym co w powiązaniu ze stosunkowo niską aktywnością społeczno-zawodową tych osób może wskazywać na występowanie istotnych barier komunikacyjnych. Inaczej mówiąc osoby te na co dzień porozumiewają się w sposób inny od tego w jaki komunikują się z otoczeniem instytucje. Znalezienie „wspólnego języka” stanowiłoby więc podstawę wszelkich innych działań pomocowych.

Bariery motywacyjne

Tylko 2,5% osób badanych szuka pracy a 2,8 uczy się. Przyczynia się do tego cały szereg czynników i ich kombinacji od fizjologicznych (stan zdrowia), przez psychiczne po społeczno

CELE I ZADANIA WYTYCZONE DO REALIZACJI W STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W POWIECIE ŚREDZKIM NA LATA 2007-2013

1. Cele i zadania do realizacji na rzecz przeciwdziałania przejawom nadużyć i zaniedbań wobec dzieci.
2. Cele i zadania do realizacji na rzecz osób pozostających w kryzysie.
3. Cele i zadania do realizacji na rzecz rodzin zastępczych.
4. Cele i zadania do realizacji na rzecz pełnoletnich wychowanków rodzin zastępczych.
5. Cele i zadania do realizacji w zakresie rozwoju rodzinnych form opieki zastępczej.
6. Cele i zadania do realizacji w zakresie ochrony zdrowia i profilaktyki uzależnień.
7. Cele i zadania do realizacji na rzecz osób niepełnosprawnych.
8. Program Promocji Zatrudnienia oraz Aktywizacji Lokalnego Rynku Pracy.

1. Cele i zadania zaplanowane do realizacji na rzecz przeciwdziałania przejawom nadużyć i zaniedbań wobec dzieci w Powiecie Średzkim

Lp.	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Wczesna profilaktyka uzależnień i zachowań antyspołecznych u dzieci i młodzieży	- nawiązanie ścisłej współpracy z komisariatami Policji w poszczególnych gminach, - współuczestniczenie w akcjach organizowanych przez Policję na rzecz bezpieczeństwa dzieci, - wypracowywanie jasnych zasad współpracy odnośnie sytuacji kryzysowych w rodzinach (potrzeba umieszczenia dziecka w placówce, kwestia transportu, wskazania miejsca, zgłoszenia do sądu itp.)	2007-2013	PCPR Policja
2	Opieka nad dziećmi w przedziale wiekowym 0-3 lata oraz stworzenie kompleksowego systemu wsparcia dla kobiet w ciąży	- udzielanie wsparcia kobietom, które z różnych przyczyn nie mogą podjąć się opieki nad swoim nowonarodzonym dzieckiem, poprzez konsultacje indywidualne (telefon zaufania, wyjazdy interwencyjne itp.), - inicjowanie tworzenia punktów konsultacyjnych o charakterze poradni rodzinnej ukierunkowanych na przekazywanie wiedzy z zakresu planowania rodziny, udzielania konsultacji przedporodowych, uczenia ekonomicznych zasad prowadzenia gospodarstwa domowego, sprawowania opieki nad dzieckiem itp.	2007-2013	PCPR Poradnie zdrowia Pielęgniarki środowiskowe Ministerstwo PIPS PCPR GOPS Poradnie zdrowia Organizacje pozarządowe

2. Cele i zadania zaplanowane do realizacji na rzecz osób pozostających w kryzysie w Powiecie Średzkim na lata 2007-2013

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Utworzenie spójnego systemu interwencji kryzysowej	- możliwość zapewnienia klientom interdyscyplinarnej pomocy (psychologiczna, prawna, medyczna, społeczno-bytowa), - prowadzenie telefonu zaufania dla ofiar kryzysów	2008-2013	PCPR GOPS Placówki medyczne Sąd, Kuratorzy
2	Utrzymywanie ścisłej współpracy z instytucjami działającymi na rzecz osób w kryzysie	- nawiązanie kontaktów z instytucjami będącymi partnerami w realizacji zadań, - sprawne przekazywanie zadań interwencyjnych odpowiednim organom, - szkolenia pracowników PCPR świadczących pomoc klientom (pogłębianie wiedzy na temat najczęściej pojawiających się problemów)	2007-2013	PCPR GOPS Policja Sąd Poradnie Specjalistyczne Placówki oświatowe i medyczne
3	Utworzenie Poradni Rodzinnej przy PCPR	- terapia rodzinna i małżeńska, - psychoterapia osób po urazach doznanych w dzieciństwie, - terapia indywidualna, - konsultacje rodzinne w zakresie przeżywanych problemów	2009-2013	PCPR Ministerstwo PiPS

3. Cele i zadania zaplanowane do realizacji na rzecz rodzin zastępczych w Powiecie Średzkim na lata 2007-2013

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Pomoc w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i społecznych	- monitorowanie sytuacji i problemów rodzin zastępczych, - integrowanie i wzmacnianie opiekunów zastępczych, - wspieranie opieki zastępczej poprzez poradnictwo rodzinne, prawne, socjalne, psychologiczne, systemową terapię rodzinną, utworzenie grupy wsparcia dla rodzin zastępczych, - rozwój współpracy z sądami, szkołami, policją, poradniami	2007-2013	PCPR Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna Szkoły Sądy Rodzinne Policja Rodziny zastępcze
2	Pomoc w rozwiązywaniu problemów finansowych	- pomoc w uzyskaniu wsparcia finansowego dla rodzin zastępczych, - współpraca z organizacjami pozarządowymi	2007-2013	PCPR GOPS Organizacje pozarządowe
3	Pomoc w powrocie dziecka do rodziny naturalnej	- monitorowanie sytuacji i problemów rodzin biologicznych, - współpraca z instytucjami zajmującymi się problematyką uzależnień, - wspieranie rodziców biologicznych poprzez poradnictwo psychologiczne, socjalne, prawne, - pomoc w uzyskaniu zatrudnienia poprzez współpracę z Powiatowym Urzędem Pracy, - pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, - pomoc i wsparcie w organizacji spotkań rodziców biologicznych z dziećmi przebywającymi w rodzinach zastępczych	2007-2013	PCPR GOPS Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Sądy Rodzinne Policja PUP Rodziny zastępcze Rodzice biologiczni

4. Cele i zadania zaplanowane do realizacji na rzecz pełnoletnich wychowanków rodzin zastępczych w Powiecie Średzkim na lata 2007-2013

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Pomoc w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych i integracji ze środowiskiem	- bezpłatne poradnictwo prawne, socjalne, psychologiczne, - pomoc i wsparcie w wyborze szkoły, pracy, - pomoc w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu z rodziną	2007-2013	PCPR Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Szkoly PUP
2	Pomoc w rozwiązywaniu problemów materialno-bytowych	- współpraca z fundacjami, stowarzyszeniami i organizacjami pozarządowymi w celu zdobycia dodatkowych środków na zagospodarowanie, organizacja mieszkań chronionych dla usamodzielniających się wychowanków, - pozyskiwanie lokali mieszkalnych z zasobów gmin, - pomoc w uzyskaniu dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, - pomoc w uzyskaniu stypendium, w tym poprzez programy Unii Europejskiej, - wspieranie w uzyskaniu pomocy finansowej z Ośrodków Pomocy Społecznej	2007-2013	PCPR Samorządy gminne Starostwo Powiatowe PUP GOPS
3	Pomoc w polepszeniu pozycji na rynku pracy	- pomoc w uzyskaniu stażu, zatrudnienia poprzez współpracę z Powiatowym Urzędem Pracy, - organizowanie spotkań z doradcą zawodowym, - poradnictwo prawne	2007-2013	PCPR PUP

6. Cele i zadania zaplanowane do realizacji w zakresie ochrony zdrowia i profilaktyki uzależnień w Powiecie Średzkim

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Rozszerzenie bazy specjalistycznego leczenia w placówkach zdrowotnych	- utworzenie Poradni Psychiatrycznej Dziecięcej, - utworzenie Poradni Logopedycznej, - utworzenie Poradni Neurologicznej Dziecięcej, - utworzenie Poradni Kardiologicznej	2008-2013	Instytucje związane z ochroną zdrowia
2	Promocja zdrowia	- propagowanie i wdrażanie programów profilaktycznych promujących zdrowy styl życia – bez nałogów, profilaktykę nowotworową, zakaźną itp.	2007 - 2013	Instytucje związane z promocją i ochroną zdrowia
3	Profilaktyka uzależnień	- propagowanie działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii	2007 - 2013	PCPR Instytucje związane z promocją i ochroną zdrowia

7. Cele i zadania zaplanowane do realizacji na rzecz osób niepełnosprawnych w Powiecie Średzkim na lata 2007-2013

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
1	Monitorowanie sytuacji osób niepełnosprawnych	- aktualizacja liczby osób niepełnosprawnych w poszczególnych gminach, - rozpoznawanie różnorodnych rodzajów schorzeń powodujących niepełnosprawność, - badanie sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej, socjalnej osób niepełnosprawnych i ich rodzin, - rozpoznawanie potrzeb osób niepełnosprawnych	2007-2013	PCPR GOPS PZON Organizacje pozarządowe
2	Akcje informacyjne dotyczące form pomocy udzielanej osobom niepełnosprawnym oraz problematyki osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu	- usprawnianie przekazywania informacji o programach i szkoleniach z jakich mogą skorzystać osoby niepełnosprawne, - zacieśnianie współpracy w w/w zakresie z Ośrodkami Pomocy Społecznej, Powiatowym Urzędem Pracy oraz innymi instytucjami samorządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych, - nawiązywanie współpracy z lokalnymi masmediami w celu podniesienia poziomu świadomości społeczeństwa na temat osób niepełnosprawnych, udział w organizowaniu akcji pomocowych na ich rzecz, - zachęcanie do przedstawiania osób niepełnosprawnych, które osiągnęły w życiu sukces lub mogą się pochwalić nietypową pasją, - przekazywanie informacji o wydarzeniach związanych z osobami niepełnosprawnymi, - podnoszenie świadomości osób niepełnosprawnych co do przysługujących im praw i możliwości	2007-2013	PCPR, GOPS PZON Starostwo Powiatowe PUP Organizacje pozarządowe Stowarzyszenia

Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
3 Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych	- dofinansowanie stanowisk pracy dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, - akcja informacyjna wśród pracodawców na temat przywilejów związanych z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych, - pozyskiwanie dodatkowych środków na aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych (w tym programy celowe PFRON), - poradnictwo, pośrednictwo, szkolenie i przekwalifikowywanie osób niepełnosprawnych w ramach działalności Powiatowego Urzędu Pracy, - współpraca z PUP w opracowywaniu i wdrażaniu programów aktywizacji zawodowej, - współpraca z PUP i Zakładami Pracy Chronionej w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych; dostosowanie miejsc pracy do schorzeń i możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych	2007-2013	PCPR, PFRON PCPR, PUP, PFRON PCPR, PUP, Starostwo Powiatowe PUP PCPR, PZON, PUP PCPR, PZON, PUP, ZPCh
4 Rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych	- wspieranie działań sprzyjających integracji społecznej i współpraca w tym celu (spotkania, imprezy rekreacyjne, turystyczne i kulturalne), - dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych – docieranie do osób niepełnosprawnych szczególnie z terenów wiejskich w celu rozprzagowania tej formy rehabilitacji, - współpraca w zakresie informacji i rozpoznawania potrzeb osób niepełnosprawnych z GOPS-ami, Poradniami Specjalistycznymi,	2007-2013	PCPR, Gminy, Ośrodki kultury, Ośrodki sportu, Organizacje pozarządowe i stowarzyszenia, Starostwo Powiatowe PCPR, GOPS-y

Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
	- dofinansowanie do działań sportowych, kulturalnych, turystycznych i rekreacyjnych osób niepełnosprawnych, - dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, - dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, technicznych, transportowych i w komunikowaniu się, - udzielanie informacji i pomocy w uzyskaniu przez osoby niepełnosprawne sprzętu i urządzeń niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania oraz rehabilitacji, - wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego i przedmiotów ortopedycznych niezbędnych do rehabilitacji i prawidłowego funkcjonowania, - zakup nowego sprzętu rehabilitacyjnego odpowiadającego potrzebom osób niepełnosprawnych do wypożyczenia		PCPR, Gminy, Ośrodki kultury i sportu, Organizacje pozarządowe i stowarzyszenia, PCPR PCPR PCPR, PZON jw
5 Pomoc społeczna i ochrona zdrowia i edukacja wspierająca osoby niepełnosprawne	- zapewnienie usług opiekuńczych osobom chorym, niepełnosprawnym i pozbawionym opieki rodzinnej (zapewnienie miejsc w DPS), współpraca z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym i innymi placówkami zapewniającymi opiekę osobom niepełnosprawnym, - współpraca z Gminnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej w zakresie wymiany informacji na temat potrzeb osób niepełnosprawnych i funkcjonujących rozwiązań pomocowych,	2007-2013	PCPR GOPS-y jw

Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
	- dostosowanie Zakładów Opieki Zdrowotnej dla potrzeb osób niepełnosprawnych poprzez likwidację barier architektonicznych; informacja w zakresie programów celowych dotyczących likwidacji barier architektonicznych w tych placówkach, - zebranie informacji na temat specjalistycznej opieki zdrowotnej na terenie powiatu w zakresie wczesnego diagnozowania, leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych (również na temat organizacji pozarządowych prowadzących rehabilitację osób niepełnosprawnych), - otwarcie Powiatowego Ośrodka Wczesnej Interwencji Dla Dzieci, - utworzenie Centrum Rehabilitacji dla Osób Niepełnosprawnych i Starszych w Rachowie, - promowanie zdrowego trybu życia poprzez aktywność fizyczną, właściwe odżywianie i brak nałogów; współpraca z Państwową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną i Polskim Czerwonym Krzyżem w zakresie organizowania prelekcji, pogadanek, szkoleń, - określenie ilości placówek oświatowych pozbawionych barier architektonicznych; - pozyskiwanie informacji na temat takich placówek oraz potrzeb w tym zakresie, - pozyskiwanie dodatkowych środków na niepełnosprawność (program PFRON, programy UE), - systematyczne przystosowywanie pozostałych	2007-2008 2007-2013	PCPR, PFRON, ZOZ-y, Starostwo Powiatowe Starostwo Powiatowe, PFRON, Stowarzyszenie „Ostoja”, PCPR PCPR, PSSE, PCK Gminy, Starostwo Powiatowe, Wydziały Oświaty jw

Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
	szkół i innych placówek edukacyjnych do potrzeb osób niepełnosprawnych, - tworzenie klas integracyjnych w przedszkolach i szkołach, - motywowanie jednostki prowadzące placówki do organizowania klas integracyjnych w placówkach oświatowych oraz zapewnienie miejsc dzieciom niepełnosprawnym w przedszkolach, doposażenie tych placówek w odpowiednie pomoce dydaktyczne i sprzęt rehabilitacyjny, - obejmowanie aktywną opieką pedagogiczną i psychologiczną dzieci i młodzież niepełnosprawną oraz ich opiekunów, - tworzenie warunków umożliwiających prezentację dorobku artystycznego niepełnosprawnych, - współpraca z ośrodkami kultury i twórcami, - propagowanie i promowanie twórczości osób niepełnosprawnych, ich talentu, zdolności i umiejętności, - podnoszenie samooceny osób niepełnosprawnych (we własne umiejętności i możliwości)		Gminy, Starostwo Powiatowe, PFRON Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna, pedagogzy szkolni, psycholodzy szkolni pracownicy socjalni GOPS-ów, PCPR, ośrodki kultury
6 Rozszerzenie działalności instytucji użyteczności publicznej i organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych	- aktualizowanie bazy danych organizacji pozarządowych zajmujących się osobami niepełnosprawnymi z uwzględnieniem liczby ich członków oraz zakresu oferowanej pomocy, - współpraca w zakresie zbierania informacji ze wszystkimi organizacjami zajmującymi się działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych,	2007-2013	PCPR, organizacje pozarządowe

Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
	- współpraca z organizacjami pozarządowymi (organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne) powinny pełnić rolę doradców w planowaniu, wdrażaniu i ewaluacji rozwiązań dotyczących ich samych. Często mają one większe możliwości swobodnego działania i pozyskiwania środków na rzecz realizacji określonych zadań a ich punkt widzenia odświeżenie niedostrzegane dotąd obszary), - stworzenie centrum rehabilitacji osób niepełnosprawnych w Warsztatach Terapii Zajęciowej		organizacje pozarządowe
7 Doskonalenie i szkolenie kadr instytucji pracujących pośrednio i bezpośrednio na rzecz osób niepełnosprawnych	- szkolenie pracowników lokalnych instytucji samorządowych oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych, - szkolenie opiekunów i rodzin osób niepełnosprawnych	2007-2013	PCPR Stowarzyszenie „Ostoja”
8 Przełamywanie barier, uprzedzeń mentalnych w społeczeństwie	- podnoszenie świadomości urzędników obsługujących osoby niepełnosprawne – szkolenia, promocja tematów osób niepełnosprawnych, wystawy, wydawnictwa, konkursy plastyczne i literackie, muzyczne i inne (korzystając ze środków PFRON na sport, kulturę, rekreację), - umożliwienie realizacji zainteresowań i pasji osób niepełnosprawnych (korzystając ze środków PFRON na sport, kulturę, rekreację), - wspomaganie rodzin osób niepełnosprawnych (dostęp do porad, psychologa, psychoterapeuty)	2007-2013	PCPR GOPS-y organizacje pozarządowe stowarzyszenia
9 Dostęp osób niepełnosprawnych do informacji	- rubryki informacyjne w lokalnej prasie, - punkty informacyjno-poradnicze w gminach,	2007-2013	PCPR, GOPS-y stowarzyszenia

	Cel	Zadanie	Termin	Odpowiedzialni za realizację
		- strona internetowa informacyjno - poradnicza redagowana przez organizację i jednostki samorządu związane z pomocą niepełnosprawnym - akcja informacyjna, prelekcje, pikniki (korzystając ze środków PFRON na sport, kulturę, rekreację)	2007-2013	Organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, PCPR, Służba Zdrowia
10	Popularyzacja zdrowego trybu życia			
11	Koordinacja działań na rzecz osób niepełnosprawnych	- Społeczna Rada ds. Osób Niepełnosprawnych	2007-2013	Rada ds. Osób Niepełnosprawnych PCPR, Starostwo Powiatowe
12	Dostępność	- Mapa dostępności terenu Powiatu dla osób niepełnosprawnych	2007-2013	PCPR, Starostwo Powiatowe

PROGRAM PROMOCJI ZATRUDNIENIA ORAZ AKTYWIZACJI LOKALNEGO RYNKU PRACY POWIATU ŚREDZKIEGO NA LATA 2007 – 2013

Temat zadania	Cel strategiczny Cel operacyjny	Zadania do realizacji	Wykonawca	Spodziewane rezultaty	Terminy wykonania
Polityka rynku pracy	<u>Cel strategiczny:</u> Umocnienie roli i znaczenia PUP <u>Cele operacyjne:</u> – współudział w tworzeniu lokalnych strategii rynku pracy, zaspokojenie zapotrzebowania pracodawców na siłę roboczą przy uwzględnieniu wszystkich oczekiwań związanych z konkretnym stanowiskiem pracy w możliwie najkrótszym czasie,	1) Stała współpraca ze społecznymi partnerami urzędu w zakresie prognozowania, zatrudniania, kierunków kształcenia zawodowego i przekwalifikowań. 2) Wypracowanie elastycznych instrumentów przeciwdziałania bezrobociu. 3) Doskonalenie form bezpośredniej obsługi klientów.	Dyrektor PUP Z-ca Dyrektora PUP	– uzyskanie wpływu na decyzje władz lokalnych w sprawach dotyczących zjawiska bezrobocia lub mających bezpośredni wpływ na kształtowanie się jego skali, podniesienie prestiżu PUP, zmniejszenie bezrobocia, podniesienie kwalifikacji lub przekwalifikowa nie osób bezrobotnych,	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres

- aktywne pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych, głównie z funduszy UE, - uzupełnianie i rozszerzanie oferty usług PUP poprzez zawiązanie partnerstwa lokalnego	4) Tworzenie projektów mających na celu aktywizację zawodową osób bezrobotnych oraz włączenie ich w rynek pracy. 5) Nawiązanie współpracy pomiędzy instytucjami oraz pracodawcami działającymi na terenie Powiatu Średzkiego	Specjaliści ds. programów	- nabycie umiejętności aktywnego poszukiwania pracy przez osoby bezrobotne, podniesienie standardu świadczonych przez PUP usług, ożywienie gospodarcze w Powiecie Średzkim	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres jw
DZIAŁ RYNKU PRACY				
Temat zadania	Zadania do realizacji	Wykonawca	Spodziewane rezultaty	Terminy wykonania
Pośrednictwo Pracy Cel strategiczny Cel operacyjny Cel strategiczny: Zwiększenie profesjonalizmu usług świadczonych przez urząd pracy	1) Stosowanie marketingowego podejścia do działań pośrednictwa. 2) Prognozowanie sytuacji na rynku pracy. 3) Prowadzenie badań i analiz rynku pracy. 4) Badanie, ewidencjonowanie i rejestrowanie zmian w sytuacji podmiotów gospodarczych. 5) Aktywne poszukiwanie i ewidencjonowanie ofert pracy, ciągłe pozyskiwanie nowych partnerów rynku pracy, bezpośrednie kontaktowanie się z pracodawcami, organizacja giełd pracy dla pracowników i pracodawców. 6) Stałe doskonalenie metod prowadzenia aktywnego pośrednictwa pracy.	Z-ca Dyrektora PUP Pośrednicy pracy	- wzrost liczby ofert pracy - zwiększenie skuteczności skojarzeń miejsc pracy i poszukujących pracy - wzrost świadomości osób poszukujących pracy na temat oczekiwań pracodawcy	Działania stałe podejmowane przez cały analizowany okres

Instrumenty rynku pracy	Cel strategiczny: Zwiększenie liczby osób otrzymujących stałe zatrudnienie po zakończeniu udziału w programach rynku pracy, Zapewnienie skuteczności zatrudnieniowej stosowanych programów rynku pracy	7) Przeniesienie standardów europejskich w dziedzinie obsługi rynku pracy na grunt lokalny. 8) Sukcesywne wdrażanie standardów podstawowych usług rynku pracy. 1) Prognozowanie sytuacji na rynku pracy. 2) Planowanie i programowanie zadań rynku pracy. Systematyczny rozwój współpracy z partnerami rynku pracy. 3) Dobór pracodawców, do których kierowane są środki z Funduszu Pracy z punktu widzenia szans na stałe zatrudnienie. 4) Rekrutacja osób bezrobotnych do realizowanych programów, zgodnie z wymaganiami stawianymi przez pracodawców. 5) Dokładna i wnikliwa selekcja uczestników programu rynku pracy (stała współpraca z Doradcą Zawodowym). 6) Negocjowanie stawek refundacji. 7) Systematyczne monitorowanie realizacji i skuteczności programu. 8) Egzekwowanie zobowiązań wynikających z zawartych umów. Tworzenie miejsc pracy odpowiednich do zapotrzebowania lokalnego rynku pracy	Z-ca Dyrektora PUP Pośrednicy Stanowisko ds. organizacji miejsc pracy z FP i pożyczek Stanowisko ds. szkoleń Doradca Zawodowy Specjaliści ds. programów	- zwiększenie zadowolenia klientów PUP - wzrost liczby bezrobotnych podejmujących zatrudnienie efektywne wykorzystanie środków z funduszu pracy Działania stałe podejmowane przez cały analizowany okres
prace interwencyjne	Cel operacyjny: - zwiększenie liczby osób otrzymujących stałe zatrudnienie po zakończeniu udziału w pracach interwencyjnych	- wzrost liczby bezrobotnych podejmujących zatrudnienie efektywne wykorzystanie środków z funduszu pracy	Stanowisko ds. organizacji miejsc pracy z FP Pośrednicy Doradca Zawodowy	- Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres

roboty publiczne	<u>Cel operacyjny:</u> - zwiększenie liczby osób otrzymujących stałe zatrudnienie po zakończeniu udziału w robotach publicznych	Tworzenie miejsc pracy odpowiednich zapotrzebowania lokalnego rynku pracy	do	Stanowisko ds. organizacji miejsc pracy z FP Pośrednicy Doradca Zawodowy	- wzrost liczby bezrobotnych podejmujących zatrudnienie efektywne wykorzystanie środków z funduszu pracy	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres
aktywizacja absolwentów	<u>Cel operacyjny:</u> - zwiększenie liczby osób otrzymujących stałe zatrudnienie po zakończeniu udziału w programie	Tworzenie miejsc pracy odpowiednich zapotrzebowania lokalnego rynku pracy	do	Stanowisko ds. organizacji miejsc pracy z FP Pośrednicy Doradca Zawodowy Lider Klubu Pracy	- wzrost liczby bezrobotnych podejmujących zatrudnienie efektywne wykorzystanie środków z funduszu pracy	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres
staże	<u>Cel operacyjny:</u> - nabycie praktycznych umiejętności wykonywania zawodu, - zwiększenie liczby osób otrzymujących stałe zatrudnienie po zakończeniu stażu	Umożliwienie absolwentom wejście w życie zawodowe poprzez zdobycie nowych umiejętności związanych z aktywnym poszukiwaniem pracy oraz umożliwieniem zdobycia praktyki zawodowej		Stanowisko ds. organizacji miejsc pracy z FP Pośrednicy Doradca Zawodowy	- wzrost liczby absolwentów podejmujących zatrudnienie efektywne wykorzystanie środków z funduszu pracy	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres

szkolenia i przekwalifikowania	Cel operacyjny: - podniesienie jakości i efektywności szkolenia bezrobotnych, - zwiększenie trafności kursów wobec oczekiwania lokalnego rynku pracy	Dobór szkoleń ze względu na potrzeby rynku pracy. Zwiększenie liczby szkoleń w ramach porozumień trójstronnych. Zwiększenie liczby osób z tzw. grup ryzyka uczestniczących w szkoleniach.	Z-ca dyrektora PUP Pośrednicy Stanowisko ds. szkoleń Doradca Zawodowy	- zwiększenie liczby absolwentów kursów znajdujących zatrudnienie w następstwie szkoleń	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres
Poradnictwo Zawodowe	Cel strategiczny: Osiągnięcie możliwie najlepszego poziomu dostosowania zawodowego z punktu widzenia społecznych, ekonomicznych i profesjonalnych potrzeb osób korzystających z usług doradcy zawodu. Cel operacyjny: - doskonalenie i rozwijanie działalności w zakresie poradnictwa zawodowego,	Udzielenie pomocy bezrobotnym i osobom poszukującym pracy, mającym trudności w wyborze zatrudnienia, zawodu lub kierunku szkolenia. Zwiększenie dostępności usług poradnictwa zawodowego. Organizowanie informacji zawodowej i poradnictwa grupowego. Udzielanie porad indywidualnych i grupowych	Doradca Zawodowy	- zwiększenie liczby osób świadomie podejmujących decyzje zawodowe - wzrost liczby bezrobotnych powracających na rynek pracy - pomoc w doborze odpowiednich kandydatów do udziału w realizowanych programach rynku pracy	Działania stałe, podejmowane przez cały analizowany okres

	- zwiększenie aktywności zawodowej bezr.				
Klub Pracy	Cel strategiczny: Kształtowanie postaw aktywnego zachowania się na rynku pracy	Organizowanie cyklicznych warsztatów mających na celu naukę praktycznych umiejętności niezbędnych przy poszukiwaniu zatrudnienia. Przeprowadzanie indywidualnych zajęć zmierzających do właściwego poruszania się po rynku pracy.	Lider Klubu Pracy	- zwiększenie liczby osób podejmujących zatrudnienie po zajęciach w Klubie Pracy	Działania stale podejmowane przez cały analizowany okres