

**DIMENZIE KVALITY ŽIVOTA ĽUDÍ S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM  
V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A V PRIRODZENEJ  
KOMUNITE**

**Lucia Ludvigh Cintulová, Daniela Baková**

**2018**

© LUDVIGH CINTULOVÁ, Lucia - BAKOVÁ, Daniela

Dimenzie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb a v prirodzenej komunite

**Recenzentky:**

**prof. Ing. Libuša Radková PhD.**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

**doc. PhDr. Ing. Lýdia Lešková PhD.**

Katolícka univerzita v Ružomberku – Teologická fakulta v Košiciach

**Jazyková korektúra**

**Daniela Uhrinová**

**Vydal:**

© Hnutí R, nakladatelství s Mezinárodní vědeckou radou pro vydávání publikací.

**Prvé vydanie, 2018**

**Všetky práva vyhradené.**

**Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat' bez súhlasu majiteľa práv.**

**ISBN 978-80-86798-87-5**

**EAN 9788086798875**

# OBSAH

ÚVOD .....	7
<b>1 TEORETICKÝ KONCEPT PROBLEMATIKY MENTÁLNEHO POSTIHNTUIA A KVALITY ŽIVOTA .....</b>	<b>8</b>
1.1 Špecifickosť osôb s mentálnym postihnutím .....	13
1.2 Možnosti bývania pre mentálne postihnutých .....	20
1.3 Odborná príprava na povolanie a vzdelávanie dospelých s mentálnym postihnutím .....	32
1.4 Zamestnávanie a rehabilitácia mentálne postihnutých.....	43
1.5 Stereotypné predstavy a predsudky voči mentálne postihnutým .....	68
1.6 Východiská starostlivosti o mentálne postihnutých .....	70
1.6.1 Reziduálna starostlivosť o mentálne postihnutých .....	73
1.6.2 Sociálne služby a ich transformácia .....	76
1.6.3 Komunitné služby – cesta od odkázanosti k autonómnej nezávislosti.....	79
<b>2 KVALITA ŽIVOTA .....</b>	<b>83</b>
2.1 Dimenzie kvality života.....	85
2.2 Meranie kvality života .....	91
2.3 Kvalita života mentálne postihnutých .....	98
<b>3 NAZERANIE NA KVALITU ŽIVOTA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH CEZ KVALITATÍVNY VÝSKUM.....</b>	<b>103</b>
3.1 Ciele a výskumné otázky .....	104
3.2 Výskumná vzorka .....	105
3.3 Použitá metodológia .....	107
3.4 Organizácia výskumu a etapy zberu dát.....	112
3.5 Interpretácia výsledkov.....	113
3.5.1 Dimenzie kvality života - podporované bývanie.....	113
3.5.2 Dimenzie kvality života – inštitucionálna starostlivosť.....	124
3.5.3 Objektívne faktory kvality života u klientov v inštitucionálnej starostlivosti .....	134
3.5.4 Objektívne faktory kvality života posudzované v podporovanom bývaní.....	140
3.6 dimenzia životná pohoda .....	145
3.7 Seberealizácia mentálne postihnutých .....	150
<b>4 DISKUSIA .....</b>	<b>153</b>
ZOZNAM bibliografických odkazov .....	162

## **ABSTRAKT**

Predkladaná publikácia v podobe monografického diela s výskumnou štúdiou sa zameriava na dimenzie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb a v prirodzenej komunite. Existujúca teória v predmetnej problematike v slovenskom prostredí často nemá vhodné podloženie relevantnými výskumnými zisteniami a existuje len málo publikovaných výskumov/výstupov. Výskumné zistenia sa orientujú na kvalitu človeka žijúceho v inštitucionálnom alebo podporovanom bývaní, ktorú je možné zvyšovať a to nielen implementáciou štandardu kvality sociálnych služieb, ale najmä multidisciplinárnym prístupom a implementáciou etických princípov do reálneho sveta mentálne postihnutých. Subjektívnu kvalitu života si do určitej miery ovplyvňujeme sami cez ukazovatele, ako je zdravie, zdravý životný štýl, aktivity, trávenie voľného času. Výskumné zistenia upozorňujú na potrebu prihliadania na okolité aspekty, ktorými sú ekonomická a sociálna situácia, rodinné zázemie či manažment sociálnych služieb, ktorý poskytuje služby mentálne postihnutým.

**Kľúčové slová:** mentálne postihnutie, komunitné služby, kvalita života, rehabilitácia, reziduálna starostlivosť, sociálne služby, zamestnávanie mentálne postihnutých

## **ABSTRACT**

The presented publication in the form of a monographic work with a research study focuses on the quality of life of people with mental disabilities in social service facilities and in the natural community. Existing theory in the subject matter in the Slovak environment is often lacking in relevant research findings and there are few published research / outputs. Research findings focus on the quality of a person living in institutional or supported housing, which can be increased not only by implementing a standard of quality of social services, but also by a multidisciplinary approach and by implementing ethical principles into a real world of mentally handicapped people. Subjective quality of life is to some extent influenced by indicators such as health, healthy lifestyle, activities, leisure time. Research findings point to the need to take into account the surrounding aspects, such as the economic and social situation, the family background, or the management of social services that provide mental health services.

**Key words:** mental disability, community services, quality of life, rehabilitation, residual care, social services, employment of mentally disabled

## **PREDHOVOR AUTORIEK**

Kvalita života v sebe spája mnoho dimenzií posudzovania a hodnotenia, a preto je zložité správne ju uchopiť pre jej multidimenzionalitu. Vo výskumnej štúdii sme sa zamerali na špecifické oblasti kvality života u ľudí s mentálnym postihnutím. V živote mentálne postihnutých sa kvalita života podceňuje, pretože stále prevláda presvedčenie, že ju nezainterosovaná verejnosť nedokáže subjektívne ohodnotiť a nepripisuje jej v živote význam. Pravda je iná, rozdielnosť pohľadov na kvalitu života nachádzame u odbornej i laickej verejnosti. Pre mentálne postihnutých je kvalitný život spájaný s možnosťou uspokojovania základných biologických i vyšších sociálnych a psychologických potrieb, s možnosťou socializácie a integrácie, s potrebou pracovného uplatnenia a s podmienkami pre dôstojný život. V živote sa stretávame s rôznymi skupinami ľudí s mentálnym postihnutím, jedna žije v prirodzenom rodinnom prostredí a pre druhú skupinu sa prirodzeným prostredím stávajú priestory zariadení sociálnych služieb, v ktorých vyrastajú od malička, rozvíjajú sa či realizujú pracovnú a terapeutickú činnosť. Z tohto dôvodu sa naša výskumná štúdia zameriava na komparáciu kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb a v zariadeniach podporovaného bývania smerom k podpore ich nezávislého života.

Vo výskumnej štúdii je kvalita života hodnotená najmä z pohľadu samotných klientov s mentálnym postihnutím, teda v rámci individuálneho hodnotenia, v ktorej sme identifikovali tieto metodologické prístupy: 1. psychologický prístup, v ktorom hodnotíme kvalitu života na základe pojmov ako životná pohoda, spokojnosť, pocity šťastia; 2. duchovný prístup, ktorý zahŕňa fenomén zmyslu života, životnej energie a vnútornej motivácie, seba prijatie, pozitívne i negatívne pocity; 3. sociologický prístup, kde sú hodnotené atribúty kvality života pomocou možnosti sebarealizácie, pracovného uplatnenia, zastávania určitého sociálneho statusu, sociálneho prostredia a sociálnych kontaktov, finančného zabezpečenia a materiálneho zabezpečenia, 4. najmä z hľadiska fyzického a psychického zdravia, zdravotného stavu a postojov k zdravému životnému štýlu. Pohľad na život mentálne postihnutých ponúkame cez kauzistické spracovanie jednotlivých prípadov a ich subjektívne vnímanie kvality života preukazujeme na základe rozhovorov s mentálne postihnutými, ktoré umožňujú priblížiť sa k lepšiemu poznaniu sveta týchto ľudí, porozumeniu ich potrieb a adresnejšej pomoci.

## ÚVOD

Ľudia s mentálnym postihnutím si svoje postihnutie veľmi dobre uvedomujú, na druhej strane za prekážky vo svojom živote nepovažujú len obmedzenia vyplývajúce z ich získaného alebo vrodeného postihnutia, ale sú to predovšetkým negatívne predsudky a spoločenské bariéry v prostredí, ktoré ich obklopuje. Majoritná spoločnosť prejavuje minimálnu ochotu prispôbovať podmienky pre socializáciu a integráciu mentálne postihnutých, zamestnávateľia nevytvárajú príležitosti na pracovné uplatnenie, rodiny zlyhávajú pri ich osamostatňovaní v dospelosti, ku ktorému ich zväčša nevedli a kapacity zariadení sociálnych služieb nestíhajú odpovedať na potreby klientov. Všetky tieto faktory majú negatívny dopad na seba prijatie mentálne postihnutého, ale aj na zvyšovanie kvality života a vytváranie nezávislých podmienok pre realizáciu, postoje k mentálne postihnutými sú buď príliš ochrannárske alebo autoritárske s prvkami manipulácie. Akceptácia tejto skupiny ľudí v rámci formálnych i neformálnych vzťahov je dôležitou podmienkou úspešné začlenenie do všetkých sfér života a do všetkých typov sociálneho prostredia, ktorý je rodina, škola, zamestnanie či zariadenie sociálnych služieb.

Výskumná štúdia je zameraná na zistenia subjektívneho vnímania kvality života u mentálne postihnutých, komparuje dimenzie kvality života u skupiny klientov, ktorým je poskytovaná inštitucionálna starostlivosť v domovoch sociálnych služieb v porovnaní s tými, ktorí sú integrovaní do zariadenia podporovaného bývania ako transformačnej jednotky od závislosti k samostatnému spôsobu života. Za významný faktor determinujúci kvalitu života považujeme popri objektívnych činiteľoch sociálneho prostredia, aj absenciu možnosti saturať vlastné potreby a nízke seba prijatie mentálne postihnutého v kontexte podpory závislosti, a to aj v oblastiach, v ktorých závislý byť nemusí. Vďaka svojmu postihnutiu má obmedzenú možnosť získať prirodzené životné skúsenosti a kontakt s rôznym sociálnym prostredím, čo môže mať za následok určitý infantilizmus.

Za najväčší prínos štúdie možno považovať osobné obohatenie a poznatky získané z rozhovorov s klientmi, prostredníctvom ktorých možno odhaliť nedostatky, na ktoré sami upozorňujú v rámci zlepšenia kvality života alebo podľa možnosti ak sú nevyhovujúce úplne odstrániť, a tak prispieť ku kvalitatívne hodnotnému a zmysluplnému rozmeru ich života. V časti prílohy prinášame odbornej ako i laickej verejnosti na základe súhlasu vedúcich pracovísk náhľad do osobných záznamov respondentov, ktorí participovali vo výskume.

# 1 TEORETICKÝ KONCEPT PROBLEMATIKY MENTÁLNEHO POSTIHNTUIA A KVALITY ŽIVOTA

Autorky monografie Lucia Ludvigh Citulová a Daniela Baková vymedzujú teoretické koncepty, z ktorých sú koncipované prístupy pri práci s mentálne postihnutými, najmä v zariadeniach sociálnych služieb. Na získanie lepšieho obrazu o problematike a živote mentálne postihnutých v kontexte posudzovania kvality života vychádzame predovšetkým z nasledovných teoretických prístupov, ktoré majú priamy dopad na zvyšovanie životnej úrovne a subjektívnej životnej spokojnosti klientov s mentálnym postihnutím. Autorky Ludvigh Cintulová a Baková ich rozdeľujú na tieto dimenzie:

- **Holistický prístup** – pozerá sa na človeka s mentálnym postihnutím celostne ako bio-psycho-sociálnu bytosť, ktorá síce disponuje mentálnymi obmedzeniami, ale nevyklučuje ho to z pracovného života či kolektívneho života v spoločnosti. Sociálny pracovník vníma klienta ako individuálnu bytosť, motivuje ho k aktívnemu zapájaniu do bežných životných aktivít, rešpektuje jeho autonómiu, odlišnosť hodnôt, rozdielnosť názorov a prání, ktoré mentálne postihnutý v živote preferuje. Ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím majú vysokú šancu viesť normálny život. Holisticky orientovaná sociálna práca s mentálne postihnutými je postavená najmä na týchto základných pilieroch:

## 1. Anatómia a osobné voľby mentálne postihnutého:

- klient má právo riadiť sa vlastným procesom rozhodovania v procese intervencie;
- aktívne počúvanie musí byť na strane sociálneho pracovníka, ktorý sa snaží zrkadliť potreby a požiadavky klienta a akceptovať ho ako autonómnu bytosť;
- mentálne postihnutí zle zvládajú tlak, preto musí byť práca orientovaná na motiváciu a uznanie mentálne postihnutého skôr než na dosahovanie výsledkov;
- mentálne postihnutý sám rozhoduje o tom, čo chce robiť, ale aj ako vyrieši problémy, ktoré sa ho týkajú (sprevádzaním, poradenstvom a intervenciou pod vedením sociálneho pracovníka);
- motivácia klienta s mentálnym postihnutím je najdôležitejšia, keď on sám najlepšie vie, čo ho baví a ktoré zručnosti si chce zlepšiť, aby sa dokázal osamostatniť;

- sloboda v rozhodovaní, konaní a voľbe zdrojov, ktoré pomôžu mentálne postihnutými dosiahnuť stanovený cieľ, ktoré sa v prípade mentálne postihnutých musí konať za účasti sociálneho pracovníka na základe partnerského prístupu.

## **2. Posilňovanie motivačných faktorov mentálne postihnutého:**

- sociálny pracovník nehodnotí klienta podľa vlastných vytvorených noriem a stanovísk, či len na základe diagnózy mentálnej retardácie, zaostávania či psychických porúch, ale pozerá sa aj na jeho motivačnú silu, ktorá ho predurčuje k aktivizácii;

- akceptácia neznamená nekriticky súhlasiť s názormi klienta, ktoré nemusia vždy byť realistické, vzhľadom na mentálne postihnutie, ale je nutné pri práci s mentálne postihnutými prijímať pozitívne aj negatívne pocity a postoje, ktoré sú pre mentálne postihnutého dôležité;

- dosahovanie životných cieľov či stanovených cieľov v rámci individuálneho plánovania je postavené na motivácii mentálne postihnutého, ktorá musí byť silná natoľko, aby sa klient nevzdal a pokračovať v životnom smerovaní

**3. Rozvoj zručností a podpora samostatnosti** – pre ľudí s mentálnym postihnutím je najdôležitejšie, aby mali zmysluplne vyplnený voľný čas, pretože nuda v nich umocňuje pocit frustrácie, depresívne stavy, úzkosti a pocity menejcennosti. Mentálne postihnutý klient potrebuje pomoc v rozvoji zručností tak, aby dokázal zvládať každodenného sebaobslužné činnosti a nadobudol zručnosti smerom k zvyšovaniu jeho samostatnosti v osobnej hygiene, voľnočasových aktivitách či dodržiavaný denných rituálov.

**4. Individuálne plánovanie a intervencia** - Na zdokonaľovanie zručností klienta v oblastiach, v ktorých potrebuje podporu slúži systém individuálnych plánov. Toto plánovanie sa uskutočňuje v trojuholníku mentálne postihnutý, sociálny pracovník, rodina, prípadne ďalší príbuzní z okolia. Klient je do procesu vtiahnutý ako spoluzodpovedná osoba, komunikuje o tom, čo by potreboval a aká konkrétna podpora mu môže byť poskytnutá. V individuálnom plánovaní sa stanoví hlavný cieľ, čiastkové ciele a predbežný postup plnenia cieľov. Na plánovacom stretnutí klient sám hovorí o tom, čo by chcel dosiahnuť a čo by sa chcel nové naučiť, napr. cestovať MHD, variť jednoduché jedlá, vedieť pracovať na počítači. Vzhľadom na jeho cieľ, sa potom rozdrobí na čiastkové ciele, ktoré sa potom pravidelne kontrolujú a vylepšujú. Úlohou sociálnej pracovníčky alebo sociálneho pracovníka je v procese „rozprávať sa o tom, čo by sa ešte dalo zmeniť, ako by sa dala ešte inak robiť daná vec, aby napĺňanie individuálneho plánovania a stanovených cieľov fungovalo.“

Základ individuálneho plánu spočíva vo všeobecných informáciách o klientovi a jeho predstavách. Ďalej sa plán rozdeľuje na jednotlivé špecifické individuálne plány, ktoré sú zamerané na konkrétnu úlohu, ktorú chce klient s postihnutím zvládnuť. Sociálny pracovník si môže zostaviť vlastné formuláre individuálneho plánu, ktoré sú viac orientované na cieľovú skupinu, napr. formuláre pre mentálne postihnutých môžu byť názorné, používať piktogramy a zároveň veselou formou symbolizovať stanovené ciele. Častým obsahom špecifických plánov je napríklad naučiť mentálne postihnutého hospodáriť s peniazmi, nakupovať, cestovať, dodržiavať zásady hygieny, upratovať, zostavovať si svoj vlastný denný harmonogram alebo hľadanie vhodného zamestnania.

**5. Sociálna rehabilitácia a pracovná integrácia** – na to, aby mohli byť zavŕšené ciele stanovené v individuálnom plánovaní, je nevyhnutné smerovať ich tak, aby viedli k podpore sociálnej rehabilitácie a pracovnej integrácii mentálne postihnutého. Čím dostáva klient s mentálnym postihnutím väčšiu šancu na nezávislý život mimo inštitucionálnej starostlivosti, tým sú jeho príležitosti na plnohodnotnú integráciu vyššie. Mnohí mentálne postihnutí sú zapojení do procesu sociálnej rehabilitácie v zariadení podporovaného bývania, v zariadeniach sociálnych služieb či denných stacionároch s prihliadnutím na možnosti a osobnostné črty mentálne postihnutého, prevažne ide o mentálne postihnutých s ľahkým a stredným stupňom postihnutia, u ktorých je vysoký predpoklad úspešného uplatnenia sa na pracovnom trhu a zaradenia do pracovného režimu.

- **Humanisticky orientovaný prístup** – v rámci tohto prístupu je dôležité pracovať s človekom s mentálnym postihnutím ako s osobou, ktorá má rovnaké práva ako občania majoritnej spoločnosti, umožniť jej rovnaký prístup k informáciám a životným podmienkam, zabezpečiť rovnosť príležitostí a eliminovať diskriminačné tendencie vo všetkých sférach života. Takto orientovaná sociálna práca s mentálne postihnutými preferuje partnerský prístup pri riešení životnej situácie mentálne postihnutého, vyzdvihuje jeho individuálnu hodnotu aj napriek existencii mentálnych obmedzení a duševných porúch, prístup zdôrazňuje jeho právo rozhodovať sa a taktiež vplyv prostredia na jedinca.

Humanizmus zdôrazňuje celkovú dôstojnosť a hodnotu ľudskej bytosti a jej kapacitu seberealizácie. Humanisticky orientovaný prístup využíva štruktúrnu analýzu, ktorá vychádza z toho, že v našom JA rozlišujeme tri základné časti (stavy, v ktorých človek

funguje a ktorými nazerá na svet) a to v pozícii: rodič, dospelý a dieťa. Každý má svoj spôsob myslenia, konania a prežívania. V komunikácii s druhými ľuďmi môžeme zastávať rôzne pozície, pokiaľ zastávame postoj rodiča, potom prikazujeme a zakazujeme, správame sa autoritatívne. Dieťa je tá časť, ktorá myslí, cíti a koná spôsobom, ktorý v človeku zostal z doby, kedy bol sám dieťaťom. Väčšina mentálne postihnutých sa dostane len po túto hranicu, v správaní a komunikácii sú deťmi, ktoré hľadajú výhovorku, pokiaľ sa mu niečo nedarí, prípadne sa správa nezodpovedne alebo hľadá vyššiu autoritu – rodiča/sociálneho pracovníka, ktorý mu pomôže pri riešení problémov, s ktorými si zväčša on sám nevie pomôcť. Človek v pozícii dieťaťa sa raduje, hnevá sa, tručuje, bojí sa, plače, trpí neistotou, nemyslí, podobne je to aj s mentálne postihnutými, ktorý pri strete s realitou zutekajú do bezpečia, naspäť k rodine, vrátia sa do zariadenia podporovaného bývania alebo vyhľadajú pomoc sociálneho pracovníka. Z tohto dôvodu humanistický prístup neodsudzuje mentálne postihnutého za zlyhanie, ale berie na vedomie jeho zraniteľnosť, kedy sa klient s mentálnym postihnutím nedokáže postaviť aktuálnej životnej situácii, robiť racionálne rozhodnutia a hľadať riešenia bez pomoci druhej osoby.

Humanistická teória rozvoja človeka podčiarkuje rozvíjanie skrytých, driemajúcich, potencionálnych síl osobnosti. Aby však k tomu došlo, musí najprv dôjsť k uvoľneniu spontaneity, autentickejši a tvorivosti osobnosti. Len potom človek môže aktualizovať svoje možnosti, čo súčasne vedie k transcencii seba samého. Humanisticko-holistický prístup pri práci s mentálne postihnutými s ľahkým a stredným stupňom mentálnej retardácie vychádza z nazerania na mentálne postihnutého ako ľudskej bytosti, ktorá napriek svojim mentálnym obmedzeniam disponuje škálou zručností a silou vnútornej motivácie, ktorá ho predurčuje k schopnosti adaptovať sa a byť úspešný na trhu práce či pri integrácii v spoločnosti.

- **Autonómny prístup** – u mentálne postihnutých je typické, že vo väčšine životných situácií so samými sebou, sa prejavujú tak, ako to momentálne cítia, hoci nevedia presne pomenovať svoje pocity a myšlienky, ich vnútorné prežívanie je často vidieť navonok na základe výzorov, slov, skutkov. Ich úzkostné stavy a depresie často vyjadrujú zvýšenou agresivitou či pasivitou, preto vyžadujú neustálu motiváciu a otvorený prístup v komunikácii. Je dôležité si uvedomiť, že mentálne postihnutí klienti vnímajú a komunikujú odlišne, preto sa v priebehu môže spôsob intervencie meniť aj vzhľadom na to, ako sa mení postoj klienta, jeho zdravotný stav či

momentálna životná situácia a okolnosti v prostredí, ktoré mentálne postihnutého obklopujú ako aj životné podmienky, ktoré nie sú statické.

- **Multidisciplinárny prístup** – v sociálnej práci s mentálne postihnutými sa musíme orientovať nielen na individuálny program osobného rozvoja klienta s postihnutím, ale v celom procese formovania, intervencie a sociálnej rehabilitácie presadzovať multidisciplinárny prístup, ktorý kladie dôraz na tímovú prácu a kooperáciu medzi sociálnymi pracovníkmi, klientmi s mentálnym postihnutím, rodinou a ďalšími zainteresovanými subjektmi vrátane podnikateľského sektora smerom k podpore zamestnávania mentálne postihnutých ľudí a ich efektívnej integrácie do spoločnosti tak, aby sme dosiahli maximálny efekt inklúzie v pracovnom i bežnom živote týchto zraniteľných skupín. Pri práci s mentálne postihnutými musíme zmeniť prístup od kvantitatívneho ku kvalitatívnemu poskytovaniu sociálnych služieb a zároveň meniť podmienky dané vonkajšími právnymi, ekonomickými, sociálno-politickými vplyvmi, ktoré determinujú vnímanie mentálne postihnutých v spoločnosti, ich proces skutočnej integrácie a možnosti uplatniteľnosti na trhu práce. Druhým relevantným faktorom, na ktorom sa zúčastňujú humanitne orientované vedné odbory (psychológia, medicína, všeobecná, špeciálna i liečebná pedagogika, sociálna práca atď.) je presadzovanie individuálnych potrieb pri práci s klientom v systéme zabezpečovania sociálnych služieb, najmä pokiaľ hovoríme o mentálne postihnutých a potrebe ich integrácie.

Holisticky orientovaná sociálna práca má nezastupiteľné postavenie v starostlivosti o mentálne postihnutých, nakoľko hoci diagnóza klientov je rovnaká, každý mentálne postihnutý je jedinečný s osobitými potrebami a túžbami. Niektorí klienti vyžadujú starostlivosť v oblasti zdravia a fyzickej kondície, častým javom u mentálne postihnutých je nízka fyzická kondícia, vytrvalosť a zhoršená mobilita, iní mentálne postihnutí potrebujú viac emocionálnu podporu a psychologickú pomoc vzhľadom na duševné poruchy, ktorými trpia, v neposlednom rade sa poskytuje i sociálna intervencia zameraná na zmocňovanie klienta a jeho ľudského kapitálu, rozvojom schopností a skúseností, ktoré vlastní.

Holisticky orientovaná sociálna práca sa orientuje na klienta a riešenie jeho problémov či odstraňovanie dôsledkov zdravotného postihnutia cez celostné nazeranie na mentálne

postihnutého ako na bio-psycho-sociálnu a duchovnú bytosť, ktorá hoci žije vo svojom zvláštnom svete, dokáže participovať na organizácii svojho života.

Votava (2005) rozlišuje prostriedky, na základe ktorých je možné pracovať s akýmkoľvek typom klienta v oblasti sociálnej práce:

1. diagnostické : majú odhaliť na základe postihnutia, choroby či úrazu u klienta riziko vzniku znevýhodnenia pomocou analýzy zvyšných funkčných schopností (v oblastiach mobility, všedných denných činností, funkčného vyšetrenia horných aj dolných končatín, vyšetrenie kognitívnych a zmyslových funkcií, zistenie zvyšného pracovného potenciálu a možnosti využitia kompenzačných pomôcok).
2. terapeutické : na základe terapeutického hodnotenia spolu s klientom stanovuje sociálny pracovník ciele terapeutického plánu, ktoré smerujú k zachovaniu či zlepšeniu sebestačnosti, pracovných činností i aktivít voľného času. Jej hlavným zameraním je, že sa plne podieľa na ucelenej sociálnej rehabilitácii v nadväznosti na ostatné zložky osobnosti mentálne postihnutého, pri práci s mentálne postihnutým klientom sa zameriava na rehabilitáciu pracovnú, pedagogickú a sociálnu.
3. preventívne : majú prispieť prostredníctvom cieľeného terapeutického plánu a výberom správnych metód a techník k prevencii vzniku zhoršenia zdravotného stavu a dôsledkov mentálneho postihnutia. V tejto oblasti ich rozširujeme o postojové a rozvojové aspekty – vychádzame z toho, že každý človek disponuje určitým ľudským kapitálom a zručnosťami, ktoré možno odhaliť a ďalej rozvíjať tak, aby by bol klient schopný viesť nezávislý a samostatný život.

### **1.1 Špecifickosť osôb s mentálnym postihnutím**

Základné termíny, ktoré sa viažu k problematike zdravotného postihnutia môžeme vo všeobecnej rovine vymedziť na zaužívané pojmy „mentálne postihnutí“ alebo fyzická osoba s mentálnym postihnutím. V špeciálnej pedagogickej teórii a praxi je používaný termín „mentálna retardácia“, tento termín sa používa na označenie znížených rozumových schopností, voľne tento termín môžeme chápať ako oneskorený duševný vývoj alebo poruchu mentálneho vývoja jedinca. Termín sa začal používať po konferencii WHO v Miláne v roku 1959 a postupne nahradil celú radu relevantných názvov (Valenta, M.; Müller, O. 2004). Termín mentálna retardácia je pojem, ktorý má veľké množstvo definícií, môžeme konštatovať, že všetky majú spoločné zameranie na celkové zníženie

intelektových schopností jedinca a jeho schopnosti adaptácie na sociálne prostredie (Valenta, M. 2012). Jednou z definícií mentálnej retardácie je formulácia výrazu M. Valentu (2012, s. 31): „Mentálnu retardáciu možno definovať ako vývojovú poruchu rozumových schopností, ktorá je demonštrovaná znížením kognitívnych, rečových, pohybových a sociálnych schopností s prenatálnou, perinatálnou i včasnou postnatálnou etiológiou, ktorá oslabuje adaptačné schopnosti jedinca“.

Mentálna retardácia je stav charakterizovaný celkovým znížením intelektových schopností, ktorý vzniká v priebehu života jedinca. Prejavuje sa zníženou schopnosťou orientovať sa v životnom prostredí, obmedzenými možnosťami vzdelávania a zníženou sociálnou prispôsobivosťou (Průcha, Walterová, Mareš, 1998). Mentálna retardácia je istým obmedzujúcim a limitujúcim faktorom v rozvoji osobnosti každého mentálne postihnutého (Kvapilík, J. 1990 In Černá, M. 2015). Obdobné názvoslovie používajú aj autori anglickej literatúry, napr: mental retardation, mental handicap, mental disability, mental deficiency.

V americkej literatúre sa preferuje pojem: osoba s postihnutím (person with disability), zatiaľ čo v nemeckej literatúre sa používa najčastejšie pojem geistige Behinderung (mentálne postihnutie), čo predstavuje zaostávanie za správaním, ktoré je primerané danému veku.

V krajinách Európskej únie je snaha pri definovaní postihnutia zdôrazniť a apelovať na prístup k postihnutým, ktorý je zameraný na presvedčení, že mentálne postihnutí sú predovšetkým ľudské bytosti, osobnosti a až na druhom mieste dávajú do pozornosti postihnutie. Novodobé inkluzívne tendencie a humanistický prístup so zdravotne postihnutými sa odráža aj v súčasnej legislatíve. Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách vymedzujú termín fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím, napríklad Zákon o výchove a vzdelávaní (bývalý školský zákon) č. 245/2008 Z.z. zavádza pojem „deti a žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami“, alebo sa v literatúre stretne s pojmom človek so zdravotným znevýhodnením. V publikácii autorov M. Valenta (2012, s. 30) sa uvádza, že: „mentálne postihnutie je širší a zastrešujúci pojem zahrňujúci okrem mentálnej retardácie i také hraničné pásmo kognitívnej sociálnej disability, ktoré znevýhodňuje klienta predovšetkým vo vzdelávaní a integrácii v bežných oblastiach života“.

V súvislosti s problematikou je potrebné zdefinovať i terminológiu mentálneho postihnutia, ktorá je nejednotná. Jej definovanie môže byť nastolené aj ako medicínska, biologická, pedagogická alebo sociologická otázka, alebo sa definuje a prehodnocuje podľa meniacej sa doby. Donedávna sa používal pojem mentálna retardácia, ktorú Matulay (In Šustrová, 2012 s.19) definoval ako „narušenie normálneho vývoja v zmysle nevyvinutosti rozličného stupňa vplyvom genetických chýb alebo chorôb prekonaných v gravidite, počas pôrodu do dvoch rokov po narodení, ktoré zasiahli mozog“. Švarcová (2000) popisuje mentálnu retardáciu ako zníženie rozumových schopností, ktoré vzniká ako dôsledok organického poškodenia mozgu. Požár (2007) pri definovaní zdôrazňuje zaostávanie normálneho vývinu psychických procesov, ktoré spôsobujú štrukturálnu poruchu celej osobnosti. Americká asociácia mentálnej retardácie v roku 2002 naznačila stigmatizujúcu povahu pojmu mentálna retardácia a po niekoľkých rokoch sa sama premenovala na Americkú asociáciu intelektového a vývinového postihnutia (Holúbková - Jiráňková, 2009). Iná odborná literatúra používa pojem na označenie mentálneho postihnutia ako intelektová disabilita, ktorá je charakteristická obmedzením rozumových funkcií spojených s narušeným správaním, poruchou koordinácie a socializácie.

Etiológia mentálneho postihnutia je rovnako variabilná a komplikovaná ako jeho symptomatológia. Je to dané celým súborom faktorov, ktoré sa podieľajú na vzniku tohto špecifického psychického stavu, ktorý sa vyznačuje zníženou inteligenciou, poruchami nervovej sústavy, mobility a koordinácie. Vo všeobecnosti platí, že neexistujú dvaja rovnakí jedinci s rovnakou, identickou symptomológiou, rovnako neexistujú dve rovnaké osoby s rovnakým začiatkom poruchy intelektu. Príčiny mentálneho postihnutia sú variabilné a komplikované rovnako ako symptomatológia. Na psychickom stave jedinca sa podieľa celá rada faktorov. Preto je tak problematické vytvoriť adekvátnu kategorizáciu (Valenta, 2012, s. 55). Napríklad I. Švarcová (2000) uvádza ako možné príčiny dve oblasti: endogénnu (vnútorné príčiny), tie sú podľa nej zakódované už v systéme pohlavných buniek a ich spojením vzniká nový jedinec. Tieto príčiny tiež nazýva genetickými. Exogénne (vonkajšie činitele) pôsobia od počatia, v priebehu tehotenstva, v priebehu pôrodu, popôrodným obdobím a v rannom detstve, na ktoré poukazujú vo svojich teoretických základoch autori M. Valenta a O. Müller (2004, 2003). Z hľadiska časového v prenatalnom období pôsobí celý súbor vplyvov, dôležitú úlohu potom zohrávajú vplyvy dedičné – hereditárne, napr. zdedené ochorenia, najmä metabolické poruchy a ďalej poukazujú na dedičnosť nedostatkov vlôh po rodičoch. Podobne ako P. Zvolský (1998),

ktorý uvádza, že intelektové schopnosti dieťaťa sú orientačne výsledkom intelektového nadania rodičov. Ďalšiu skupinu prenatalných vplyvov tvoria environmentálne faktory a ochorenie matky v priebehu tehotenstva. V inej publikácii M. Valenta (2012) podrobne popisuje špecifické genetické poruchy. Uvádza, že najväčšiu skupinu tvoria syndrómy spôsobené zmenou počtu chromozómov, narušenou štruktúrou chromozómov a génovou mutáciou. P. Franiok (2014, [online]) poukazuje na to, že odlišný počet chromozómov spôsobuje 10 – 15 % závažných vrodených porúch. Veľká väčšina z nich je však spôsobená multifaktoriálne (v niektorých rodinách častejšie ráštepové poruchy, nedostatok vitamínov - najmä kyseliny listovej). Medzi najznámejšie patrí trizómia 21. chromozómu, známa ako Downov syndróm, a ďalej sem radíme napr. Angelmanov syndróm, Edwardsov syndróm, Williamsov syndróm a iné. I. Švarcová (2000) a M. Valenta (2012) potvrdzujú, že medzi najčastejšie exogénne faktory patria ochorenia tehotných matiek, napr. kiahne, osýpky, ťažké formy chrípky, syfilis či toxoplazmóza. K ďalším častým patogénnym činiteľom patrí röntgenové žiarenie, poruchy štítnej žľazy, diabetes, nevhodné lieky, alkohol, drogy, ale tiež prenátalna deprivácia. Do perinatálneho obdobia patrí čas počasu pôrodu a krátko po ňom. Autori ako najčastejšie príčiny považujú mechanické poškodenie mozgu v priebehu pôrodu, hypoxiu, nedonosenie plodu, nízku pôrodnú váhu aj nefyziologickú novorodeneckú žltáčku (Švarcová, I. 2000; Valenta, M. a Müller, O. 20003; Valenta, M. 2012).

Do postnatálneho obdobia sa podľa M. Vágnerovej (1999) zahrňujú také postihnutia, ktoré vznikli v priebehu prvých 18-tich mesiacov. M. Valenta (2012) toto obdobie charakterizuje ako zostávajúci čas po pôrode a krátke obdobie po ňom. P. Zvolský (1998) používa diagnózu mentálnej retardácie v období 2 – 3 rokov života dieťaťa. Avšak pre postnatálne obdobie sú typické viaceré negatívne faktory, najmä patologické zásahy do CNS, infekcie a zápaly mozgu, nádorové ochorenia, ale aj sociálne faktory. Ľahká mentálna retardácia sa stáva etiologicky kombináciou organicity, dedičnosti a vonkajších sociokultúrnych podmienok. Ale podľa významného autora K. Matulaya (1986) má až v 80% prípadov mentálnej retardácie, prevažne v pásme ľahkého poškodenia, neznámy, respektíve bližšie neurčitý pôvod.

Mentálne postihnutie je v súčasnej spoločnosti akýmsi hromadným pojmom, keď od závažnosti príznakov rozlišujeme i úroveň postihnutia. Novodobá spoločnosť používa inovovanú Medzinárodnú klasifikáciu chorôb, podľa ktorej mentálna dizabilita sa delí nasledovne:

- Hraničná intelektová schopnosť - IQ 70-79;
- Mentálna dizabilita ľahkého stupňa - IQ 50-69;
- Mentálna dizabilita stredného stupňa - IQ 35-49;
- Ľahká stredná mentálna dizabilita - IQ 40-49;
- Stredná mentálna dizabilita - IQ 35-39;
- Mentálna dizabilita ťažkého stupňa - IQ 20-34;
- Hlboká mentálna dizabilita - IQ pod 20. (Šustrová, 2012).

Podľa WHO pojem dizabilita ukrýva v sebe funkčnú poruchu, duševný defekt, ktorý sa prejavuje v spojitosti biologických, psychických a sociálnych schopností jedinca. (Barbotte a kol. 2001) Táto nová terminológia vychádza z bio-psycho-sociálneho ponímania, ktorá oproti medicínskemu modelu vyzdvihuje sociálne aspekty. Namiesto nedostatkov a chýb jedinca poukazuje na jeho silné stránky, odкрýva jeho potreby a poukazuje na možnosti podpory a zmiernenia dôsledkov dizability.

Paralelne a celkom nezávisle na MKF sa u nás začína v oblasti sociálnych služieb používať ďalšia medzinárodná klasifikácia (AAIDD), a pod názvom SIS – Supports Intensity Scale (Škála stanovenia miery podpory, resp. odkázanosti), zameraná na stanovenie a klasifikovanie miery odkázanosti a na mapovanie potrieb užívateľov sociálnych služieb v procese individuálneho plánovania s odkazom na zákon o sociálnych službách a príslušné štandardy kvality. Škála slúži ako diagnostický nástroj stanovenie miery potrebnej podpory (a tým aj finančnej náročnosti starostlivosti) a tiež aj pre individuálne plánovanie (UZIS [online] 2016).

Podľa Vágnerovej (2005) mentálnym postihnutím trpia až 3% detskej populácie, kedy úroveň ich inteligencie je definovaná stupňom zachovaných rozumových schopností, vtedy u väčšiny hovoríme o ľahkom mentálnom postihnutí, ktoré týmto osobám umožňuje síce problematické, ale normálne zaradenie do spoločnosti medzi bežnú populáciu. Pri posudzovaní celkovej úrovne mentálneho postihnutia je dôležitá dynamika vývoja inteligencie a kvalita štruktúry rozumových schopností, kedy je nutné brať do úvahy aj individuálne povahové zvláštnosti človeka s postihnutím, ako aj jeho schopnosť využiť svoju zbytkovú potenciálnu socializáciu a integráciu do spoločnosti, vtedy hovoríme o adaptívnom fungovaní a plnení sociálnych požiadaviek. S mentálnym postihnutím sa často spája aj nerovnomerný vývoj psychiky, ktorý sa odráža v rozdielnom výkone v jednotlivých životných oblastiach, pričom je nutné zamerať sa na individuálny profil

mentálne postihnutého, jeho temperament, osobnostné črty a stimuly z prostredia, ktoré mu môžu pomôcť k adaptácii na životné podmienky. Zároveň je nutné poznamenať, že celková schopnosť adaptácie mentálne postihnutého závisí aj od mimointelektových schopností, teda od rodiny, sociálneho prostredia a nastavenia rehabilitačného plánu, ktorý determinuje jeho ďalší vývoj. Myslenie mentálne postihnutých je mechanické, nesamostatné, nevedia rozlíšiť podstatné od nepodstatného, ich konanie a uvažovanie je viazané na realitu a vlastné emocionálne prežívanie, preto nie sú schopní aplikovať naučené, nemajú schopnosť kriticky myslieť či predvídať a rozoznať ohrozenia.

Jedinci s mentálnym postihnutím sú považovaní za osoby so zvláštnymi schopnosťami vnímania, ktorým však chýbajú zručnosti na adaptabilitu do reálneho života a preto s ním nedokážu udržať krok. Z hľadiska určitých faktorov pri úspešnej integrácii a adaptácii na životné podmienky a sociálne fungovanie sú znevýhodnení tým, že mentálne postihnutí trpia nízkou emocionálnou stabilitou, sú náladoví, majú sklon k úzkostiam a depresiám. Majú nízku odolnosť na záťažové a stresové situácie, ľahko sa unavia, veľmi ľahko sa nechajú vyprovokovať, sú viac podráždení a mrzutí. Pri práci s mentálne postihnutými sa často stretávame s vysokou mierou vyčerpania v oblasti fyzickej i psychickej, nízkou mierou motivácie a aktívneho pohybu, často sa riadia bezprostrednou potrebou uspokojiť svoje potreby tu a teraz, vyskytuje sa u nich vysoká miera pasivity, odkázanosti na pomoc druhých a spoliehanie sa na plnenie úloh druhými. Mentálne postihnutí musia byť denno-denne motivovaní, inak majú sklon rýchlo sa vzdať pri nejakej prekážke, majú nízke sebavedomie, alebo naopak vysoké nekritické sebahodnotenie, k učeniu sa nových vecí musia byť motivovaní určitými výhodami, napr. učeniu sa pracovať na počítači, musia byť motivovaní aj možnosťou hrať sa hry.

V spoločnosti existujú dva pohľady na mentálne postihnutie. Pohľad, kde sa zdôrazňujú biologické príčiny postihnutia a pohľad, kde postihnutie sa berie ako výsledok spoločnosti, kde za postihnutie je zodpovedná spoločnosť a nie samotný zdravotný stav človeka. U ľudí s postihnutím sú príčiny postihnutia v prvom rade biologického pôvodu, ale dôsledky, ako sú napríklad ťažkosti v možnosti štúdia alebo zamestnania sa, integrácia alebo izolovanie sa osoby sa týkajú celej spoločnosti. (Šustrová, 2008). Vo viacerých interpretáciách ťažkosti s ktorými sa stretávajú znamenajú ich celospoločenské vylúčenie, ak sa neaktivizujú také opatrenia, ktoré by tomuto zabránili.

Jedinci s mentálnym postihnutím predstavujú rôznorodú skupinu ľudí s rôznym stupňom postihnutia, s rôznymi vlastnosťami, schopnosťami a možnosťami. Tak ako

každý človek, tak aj človek s mentálnym postihnutím je jedinečný a neopakovateľný. Viacerí autori, z ktorých spomenieme napr. Vágnerovú (2005) a Požára (2007) sa zhodujú v názore, že napriek rôznorodosti, ľudia s mentálnym postihnutím majú určité spoločné znaky, medzi ktoré zaraďujú nasledovné charakteristiky:

- zmeny vnímania, myslenia, pamäťových funkcií;
- ťažkosti v sústredení pozornosti, obmedzenosť v poznávacích procesoch;
- obmedzená schopnosť učenia- prevažne mechanická;
- znížená schopnosť produkcie, predstáv, fantázie;
- oneskorený vývin reči, reč postihnutá v obsahovej i formálnej stránke - nižšia

slovná

zásoba, jednoduchosť prejavu, problémy s výslovnosťou;

- zmeny aktívnej úrovne - impulzivita, znížená odolnosť k záťaži; rýchlejšia unaviteľnosť, poruchy motoriky;
- zmeny emocionálneho prežívania- citová labilita, zmeny nálad, oneskorené vytváranie citov, nedostatočný rozvoj vyšších citov, potreba citovej istoty, bezpečia;
- poruchy v regulácii vlastného správania, viazaná na emocionálne prežívanie;
- poruchy v prejavoch vôle - nestálosť, ovplyvniteľnosť;
- oneskorená socializácia.

Podľa Vágnerovej (In Končíková, 2005) charakteristické znaky inteligencie mentálne postihnutých závisia od stupňa a od etiológie postihnutia. Ak postihnutie vzniká v dôsledku organického poškodenia CNS, jedinci sú impulzívní so zvýšenou aktivitou, často s poruchami hybnosti. Pri postihnutí vznikajúceho na chromozomálnom podklade sú jedinci pokojní, pomalí, emocionálne dobre ladení. Mentálne postihnutie môže vznikáť aj na základe výchovnej nepodnetnosti alebo zanedbanosti. V tomto prípade jedinci nemajú rozvinuté ani hygienické, ani pracovné, ani sociálne návyky.

Mnohí autori, napríklad (Vágnerová (2005), Požár (2007) alebo Šustrová (2008) sa zhodujú v názore, že napriek zníženej inteligencii a obmedzeným rozumovým schopnostiam, ktoré sú jadrom mentálneho postihnutia, stav mentálneho postihnutia je menný, ovplyvniteľný a usmerniteľný. Vďaka podpore a výchove sú viacerí schopní osvojiť si adekvátnu formu správania, osvojiť si sebaobslužné a pracovné návyky, zručnosti. V súčasnosti už nie je zriedkavé, že niektorí získajú vzdelanie, uplatňujú sa na trhu práce, žijú v partnerskom vzťahu a vedú bežný spôsob života.

Lahké mentálne postihnutie znamená relatívne najľahšiu mieru poškodenia a súbor obmedzení komplexného vývoja. Je typom postihnutia, ktoré práve pri včasnej intervencii môže mať dobrú prognózu (Vančová, 2005).

Treba však pripomenúť, že ľudia s ťažším stupňom mentálneho postihnutia nemajú také šťastie. Takmer vždy majú pridružené aj iné postihnutia. Sú v každej oblasti každodenného života odkázaní na pomoc iných, ale to neznamená, že ich život je menej cenný. Väčšina z nich síce prežíva život iným spôsobom, ale aj ich život obohacujú tie isté veci ako nás všetkých. Rodina, ktorá sa stará o svojho člena s ťažkým stupňom postihnutia s viacnásobným postihnutím, je závislá na mnohých zdravotných, sociálnych alebo iných dobrovoľných organizáciách, veď je odkázaná na nepretržitú pomoc. Preto je životne dôležitá spolupráca poskytovateľov sociálnych služieb, ich pripravenosť a ich ďalší rozvoj.

Okrem iného je tu i ďalšia dôležitá rovina, na ktorú netreba zabudnúť. „Špecifická práca s ľuďmi s mentálne znevýhodnenými má i národnostný rozmer. I keď často nepriamo, ale i tak, ovplyvňuje ho napr. anticiganizmus vzťahy vo vnútri spoločnosti negatívnym spôsobom a títo handicapovaní ľudia sú vystavení dvojnásobnej diskriminácii: ako národnostnej, tak sociálnej.“ (Balvín, Ha burajová Ilavská, 2012 a, s. 38-47)

## **1.2 Možnosti bývania pre mentálne postihnutých**

Jednou z možností pre mentálne postihnutého ako získať samostatné bývanie je typ zariadenia s podporovaným bývaním, kde mentálne postihnutí môžu žiť oveľa plnohodnotnejší život. Klienti s duševnou poruchou nedokážu samostatne, bez pomoci odborných zamestnancov fungovať v normálnom živote a práve podporované bývanie im umožňuje cítiť sa samostatne, ale aj vyhľadať pomoc a získať podporu pri vzniku problémov.

Osoby s mentálnym postihnutím často vyžadujú podporu vo zvládaní nárokov samostatného bývania. Jednou z možností je poskytovaná sociálna služba nazývaná podporované bývanie v zmysle §12 ods. 1c) Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z, ktorý vymedzuje poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, ktorými sú: zariadenie podporovaného bývania.

Podporované bývanie je pobytová sociálna služba poskytovaná osobám, ktoré majú zníženú sebestačnosť z dôvodu zdravotného postihnutia alebo chronického ochorenia vrátane duševnej poruchy, ktorých nepriaznivá životná situácia si vyžaduje pomoc inej fyzickej osoby. V zariadení podporovaného bývania sa okrem dohľadu v zmysle §34 zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z.:

a) poskytuje

1. ubytovanie,
2. sociálne poradenstvo,
3. pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,

b) utvárajú podmienky na

1. prípravu stravy,
2. upratovanie,
3. pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva,

c) vykonáva sociálna rehabilitácia.

V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je táto fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život. Ak fyzická osoba dovŕši dôchodkový vek počas poskytovania sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania, táto sociálna služba sa jej poskytuje aj naďalej. (§34 Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách). Dohľad na účely poskytovania sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania je usmerňovanie a monitorovanie mentálne postihnutých pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť v rámci zariadenia a základných sociálnych aktivít.

Sociálna služba v zariadení podporovaného bývania sa poskytuje v bytovej budove najviac pre:

- a) šesť prijímateľov sociálnej služby v jednej bytovej jednotke a
- b) dvanásť prijímateľov sociálnej služby vo viacerých bytových jednotkách so spoločným hlavným vstupom k týmto bytovým jednotkám z verejnej komunikácie.

Podporované bývanie môže zabezpečovať aj neverejný poskytovateľ sociálnych služieb, ktorý zabezpečuje službu pre mentálne postihnutých. Vyšší územný celok je povinný poskytovať finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, ktorý neposkytuje sociálnu službu s cieľom dosiahnuť

zisk, ak o poskytovanie tejto sociálnej služby neverejného poskytovateľa sociálnej služby požiadal vyšší územný celok a poskytuje sociálnu službu v zariadení, ktorým je zariadenie podporovaného bývania. Druhou možnosťou je využitie sociálnej služby poskytovanej v zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti, tu sa poskytujú pobytové služby osobám, ktoré si nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť, ale vzhľadom k svojmu postihnutiu nie sú schopní sa zaoberať bez pomoci inej fyzickej osoby a zotrvávajú tu do doby, kým je im zabezpečená pomoc osobou blízkou alebo inou fyzickou osobou alebo pomoc formou terénnych, pobytových či ambulantných sociálnych služieb v zmysle zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z.

V súčasnosti existuje na Slovensku viacero pobytových a terénnych služieb súvisiacich s bývaním dospelých osôb s mentálnym postihnutím. Podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách medzi ne patrí zariadenie podporovaného bývania, zariadenie opatrovateľskej služby a domov sociálnych služieb. Tieto služby sú pobytového charakteru. Okrem nich na podporu človeka s mentálnym postihnutím medzi iným aj v oblasti bývania môžu slúžiť terénne služby, a to opatrovateľská služba a sprostredkovanie osobnej asistencie.

„Cieľom kvalitných sociálnych služieb je minimalizovať závislosť ľudí s mentálnym postihnutím v osobnom živote, aby sa tak v čo najvyššej miere mohli zúčastňovať samostatného a plnohodnotného života spolu s ostatnými“ (Valenta, Müller, 2009, s. 243).

Možnosti podpory samostatného bývania sú v praktickom živote osôb s mentálnym postihnutím odlišné. Jednou z možností bývania je komunitné bývanie alebo samostatné podporované bývanie pre tých dospelých s mentálnym postihnutím, ktorí už nechcú žiť s rodičmi, tu sa pripravujú na osamostatnenie sa, ktoré môže byť úplné alebo čiastočné. Služba komunitného bývania prebieha v špeciálnych domoch, kde majú užívatelia možnosť bývať so spolubývajúcimi, alebo v samostatnej izbe, spoločne sa starajú o domácnosť, obývajú spoločné priestory obydli a v prípade potreby môžu využiť pomoc a poradenstvo sociálneho pracovníka. Cieľom je, aby sa osoby s mentálnym postihnutím rozvíjali v sebestačnosti a tiež podpora zachovávanía zostávajúcich schopností, aby zažili bežný životný štýl. Existuje tiež možnosť podporovaného bývania, ktorá je určená pre mentálne postihnutých, ktorí chcú fungovať samostatne, ale nezvládli by vlastný chod domácnosti, preto sú pod kontrolou sociálneho pracovníka, ktorý im pomáha hospodáriť s financiami, kontroluje plnenie denných úloh s dochádzkou do zamestnania u tých, ktorí sú zamestnaní na otvorenom trhu práce.

Vo všeobecnosti možno podporu v oblasti bývania pre mentálne postihnutých zhrnúť do sociálnych služieb terénneho a pobytového charakteru, denné stacionáre či odľahčovacie služby v zmysle Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z., ktoré sú poskytované nielen ako podporná služba, ale poskytujú sa v nich ďalší okruh služieb ako napr. rozvoj pracovných zručností, odborné poradenstvo či terapie.

Matoušek (1999) označuje za najzávažnejšie riziko ústavnej starostlivosti tzv. hospitalizmus, čiže znižujúcu sa schopnosť adaptácie na bežný život. Hospitalizmus je spôsobený zredukovanými nárokmi na klienta a obmedzovaním podnetov z vonkajšieho prostredia. Ako ďalšie problémy autor uvádza ponorkovú chorobu, šikanu, stratu súkromia a možný výskyt deformovaných sexuálnych vzťahov - „ústavnej homosexuality“ v dôsledku separácie ľudí rozličného pohlavia. M. Pörtner (2009) v súvislosti s ťažkosťami v zariadeniach sociálnych služieb poukazuje na náročnosť života v skupine, do ktorej sú ľudia mnohokrát umiestnení bez toho, aby si ju mohli sami vybrať (porov. Sobek a kol., 2010). Na to, aby si v skupine našli svoje miesto, musia veľmi intenzívne vynakladať energiu a využívať schopnosť prispôbovať sa a učiť sa. To sú podľa spomenutej autorky vnútorné zdroje, ktoré by človek mohol iným spôsobom lepšie využiť pre svoj osobný rozvoj.

Umiestnenie v domove sociálnych služieb znamená tiež obmedzenie človeka v oblasti pracovného uplatnenia (Doležel, Vítková, 2007). Klienti v zariadení majú väčšinou možnosť navštevovať pracovnú terapiu alebo realizovať sa v chránenej dielni, ale od bežného chodenia do práce sa to výrazne odlišuje. Okrem toho klienti nemajú možnosť nadväzovať prirodzené pracovno - sociálne vzťahy.

M. Cháb (2004) poukazuje na fakt, že služby riadiace sa prístupom podporovaného spôsobu života sú nielen o mnoho lacnejšie ako ústavná starostlivosť, ale hlavne sú o mnoho efektívnejšie a prínosnejšie pre klienta z hľadiska kvality jeho života. Navrhujú uberať sa cestou deinštitucionalizácie, a teda zrušenia domov sociálnych služieb a ich nahradenia špecifickými službami s individuálnym prístupom. Deinštitucionalizácia neznamená len presťahovanie jedincov z veľkej inštitúcie do menšej a integrovanej. Znamená zmenu prístupu k službám pre ľudí s mentálnym postihnutím, pri ktorých je najdôležitejšia spokojnosť jedinca a rodiny. Opačný stav, zachovávanie ústavnej starostlivosti, sa nazýva transinštitucionalizácia (Šiška, 2005).

Človek s postihnutím má rovnaké právo ako každý iný človek na život v spoločnosti, začlenenie a zapojenie sa do nej. Preto je potrebné zabezpečiť, aby si aj ľudia s

postihnutím mohli slobodne vybrať s kým a kde budú bývať a zabrániť tomu, aby ich niekto nútil žiť v zariadeniach, ak sa im to nepáči. Takto to stanovuje medzinárodný dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím z 3. mája 2008 v článku 19 s názvom Samostatný život a začlenenie do spoločnosti. Človek s mentálnym postihnutím má teda právo vybrať si aj inú možnosť ako je domov sociálnych služieb. Jednou z takýchto možností je zariadenie podporovaného bývania.

„Ide o modernú a v rozvinutom svete rozšírenú sociálnu službu umožňujúcu samostatné bývanie ľuďom, ktorí v dôsledku svojej sociálnej a zdravotnej situácie za normálnych okolností samostatne žiť nemôžu“ (Rada, 2006, s.7).

Zariadenie podporovaného bývania je služba pobytová. Existujú viaceré typy zariadení, podľa počtu klientov sa delia na individuálne bývanie (podporované byty) a na skupinové bývanie (podporované bývanie komunitného typu). Zariadenie podporovaného bývania sa stáva trvalým domovom pre svojich užívateľov. Je však veľmi žiaduce udržiavať kontakty s rodinou a priateľmi, a preto sú vítané vzájomné návštevy. V zariadení klientom poskytuje potrebnú podporu asistent alebo sociálny pracovník. Ako dodávajú R. Doležel a M. Vítková (2007), pracovník nemá výchovnú funkciu ako rodičia, ani to nie je opatrovateľ, ale je to poradca a konzultant. „Asistent teda pomáha človeku s postihnutím predovšetkým tým, že ho podporuje, aby čo najviac činností zvládal sám“ (Černá, M. a kol. 2008, s. 183). Medzi oblasti podpory patrí hlavne pomoc pri zaistení chodu domácnosti, kontakt so spoločenským prostredím, pomoc pri nadväzovaní a udržiavaní sociálnych kontaktov, všeobecné poradenstvo a pomoc pri presadzovaní práv a záujmov (Pipeková, 2006).

Voľnočasové aktivity dostávajú priestor aj v samotnom zariadení, aj mimo neho. Podľa I. Mišovej a K. Lasabovej (In Kolektív autorov, 2002) podporované bývanie ideálne prepája čas pre pracovné povinnosti spolu s osobnými aktivitami a časom pre relax a oddych. Užívatelia môžu svoj voľný čas tráviť aktívne alebo pasívne. Voľba spôsobu a činnosti závisí od konkrétneho človeka, niekto má rád dynamické aktivity, niekto uprednostní pokojné činnosti. Aby bola zachovaná integračná funkcia služby, je potrebné, aby sa užívatelia venovali voľnočasovým aktivitám aj mimo zariadenia.

Zariadenia podporovaného bývania sa pri kontakte s užívateľmi snažia o prístup zameraný na osobu (person centred planning). „Pracovať so zameraním na osobu znamená nevychádzať z predstáv o tom, akí by ľudia mali byť, ale z toho, akí sú a aké sú ich možnosti“ (Pörtner, 2009, s. 15).

Dospelí ľudia s ľahkým a stredným mentálnym postihnutím väčšinou bývajú s rodinou, v domove sociálnych služieb, v zariadení podporovaného bývania alebo vo vlastných bytoch. Každá možnosť má svoje klady aj zápory, ale preferenciou je v súčasnosti snaha o čo najväčšiu samostatnosť človeka a podporu len v oblastiach, kde je to potrebné.

Dôvody na vytvorenie zariadenia podporovaného bývania vychádzali z dlhoročných skúseností z práce s občanmi s mentálnym postihnutím, pri ktorej sa postupne identifikovali podmienky potrebné pre ich rozvoj a samostatnosť. „Oni sami nás presvedčili o tom, že ak ich chceme podporovať pri vytváraní ich životného štýlu a pri rozvoji samostatnosti a zodpovednosti, potrebujú sa osamostatniť aj v oblasti bývania“ (Holúbková, In Kol. autorov, 2002, s. 3).

Na druhej strane z praxe vyplýva, že myšlienka podporovaného bývania vychádza z filozofie podpory nezávislého života u mentálne postihnutých tak, aby dokázali byť samostatné osobnosti primerane individuálnym možnostiam klienta. Pre niektorých ľudí s mentálnym postihnutím je podporované bývanie len prechodná stanica, kde si jedinec rozvinie potrebné zručnosti a neskôr žije úplne samostatný život. Všetko záleží na cieľoch, ktoré si človek s postihnutím stanoví pri vstupe do zariadenia podporovaného bývania a ktoré sa môžu postupne vyvíjať aj v priebehu pobytu. Cieľom niektorých klientov je spomenutá príprava na nezávislé bývanie. Iní klienti prichádzajú s cieľom len vyskúšať si, aké to je, bývať mimo rodiny. Chcú sa naučiť nové veci, osvojiť si niektoré činnosti. Niektorí zložitú prípravu zvládnu, vydobyjú si úplnú samostatnosť a naplnia tak svoj cieľ. Iní sa po čase vrátia späť k rodine s novými nadobudnutými zručnosťami. Jedným z dôvodov, prečo sa mentálne postihnutí vrátia späť k rodine je aj to, nie že by neboli schopní sa osamostatniť, ale skôr preto, že zapôsobil vplyv rodičov, ktorí chceli mať svoje deti doma. V praxi sa nájdu rodičia, ktorí nie sú nadšení z toho, že ich dospelé dieťa si presadilo svoje. Všetko je to však individuálne, sú aj rodičia ktorí svojho potomka veľmi podporujú na ceste k nezávislosti. V niektorých prípadoch návratu domov zaváži aj finančná stránka, rodina potrebuje príjem od člena s mentálnym postihnutím. V iných prípadoch sa pre návrat späť k rodine rozhodne samotný človek na základe vlastného uváženia. V prípade, že mentálne postihnutí odíde z podporovaného bývania, a vráti sa späť domov, nemusí to nevyhnutne znamenať zlyhanie, je to pre mentálne postihnutých určité prechodné obdobie. Zároveň však u mentálne postihnutých dochádza k tvrdému stretu reality a ich osobných predstáv a očakávaní o samostatnom živote. Niektorí po čase prídu na to, že to nie je taká zábava a sloboda, ako si mysleli. Ak predtým neboli zvyknutí

nič robiť, a v podporovanom bývaní sa musia starať o samých seba, niečo robiť, starať sa o rôzne veci, o chod domácnosti, tak sa radšej vrátia späť domov, čo potvrdzuje aj prax. Zriedkavé sú aj prípady ukončenia pobytu klienta s mentálnym postihnutím v zariadení podporovaného bývania. Stane sa to tak vtedy, keď mentálne postihnutí nedodržiava vopred stanovené pravidlá a najľahšou možnosťou pre neho je vrátiť sa späť do rodinného prostredia. Opačným prípadom sú mentálne postihnutí ľudia, ktorí pobyt v zariadení vnímajú ako prípravu na vlastné bývanie a svojím úsilím sa im podarí odsťahovať sa do vlastného bytu, avšak tento pomer mentálne postihnutých tvorí len malé percento, nakoľko to nie je jednoduchý proces a vyžaduje si dlhodobú intervenciu, spoluprácu klienta, rodiny a odborníkov.

Ilustračným príkladom je nasledovné spracovanie prípadu vo forme osobnej kazuistiky. V rámci zachovania ochrany osobných údajov sú určité údaje o identifikácii zámerne pozmenené.

## **KAZUISTIKA KLIENTA V PODPOROVANOM BÝVANÍ**

**Údaje o klientovi:** Meno: T.

vek: 37 rokov, status: nariadená ústavná starostlivosť

### **Osobná anamnéza**

Klient T. vystriedal niekoľko zariadení sociálnych služieb, jeho ústavná starostlivosť bola plánovaná a realizovaná na základe súdneho rozhodnutia, čo na druhej strane umožnilo jeho ďalší rozvoj v starostlivosti odborníkov, ktorú nemal v domácom prostredí. Trpí chorobnou žiarlivosťou na ostatných klientov, čo sťažuje spoluprácu, je sebecký a vypočítavý. Vzťah k práci má vytvorený, pracovné úlohy plní, vyžaduje však časté povzbudzovanie, no napriek tomu vytrvalosť v práci nemá. Kvalita jeho práce je na nižšej úrovni. Unaví sa veľmi skoro, má pomerne dlhé prestávky na odpočinok. Je hyperaktívny, niekedy prekoná aj svoje neschopnosti založené na lenivosti, rád sa zapája do všetkých činností. Napriek svojej hyperaktivite je veľmi citlivý, pri hádkach s klientmi v podporovanom bývaní radšej ustúpi a väčšinou sa rozplače, uzatvorí sa do seba a s nikým nekomunikuje. Klient T. rád pomáha na geriatrickom oddelení zdravotnému personálu, čo patrí aj k jeho každodenným aktivitám. Popritom veľmi rád chodí na prechádzky do dediny v sprievode svojho kamaráta, ktorý je tiež zaradený do zariadenia podporovaného bývania. Do zariadenia podporovaného bývania bol klient T. umiestnený vo veku 33 rokov na

základe vlastnej žiadosti, v ktorej udáva, že chce bývať sám a vyskúšať si bývať samostatne.

### **Rodinná anamnéza**

Klient T. vyrastal v sociálne slabšej rodine. Ich finančná situácia bola zlá, kvôli čomu bol v roku 1993 pre zlé sociálne pomery preložený do Nitry do Spojenej školy internátnej. Jeho mama Zlatica bola mentálne postihnutá, v detstve bol operovaný, otec Tibor je bez mentálneho postihnutia. Matka nikdy nepracovala. Súrodencov T. nemá. Klient T. bol vychovávaný matkou, ktorý bola na starostlivosť sama, pretože jeho otec Tibor sa dostal do väzby (z akých príčin, nie je známe). Pri konfliktných situáciách sa neháda, skôr sa rozplače a ustúpi.

### **Školská anamnéza**

T. chodil do Základnej špeciálnej školy v Topoľčanoch. Nakoľko rečový prejav bol nečistý, nemal intelektuálne predpoklady ani na zvládnutie špeciálnej školy, napokon túto školu nedokončil. Nemá ukončenú riadnu školskú dochádzku, dokáže robiť len stereotypné manuálne práce.

### **Sociálna anamnéza**

T. kontakty nadväzuje aktívne, komunikuje s obyvateľmi a s pracovníkmi taktiež. Na otázky odpovedá krátkymi vetami, slovnú zásobu má slabú. Jeho časová orientácia je slabá, nepozná dni, mesiace, roky. Jazyk, ktorý ovláda je slovenčina. Je citovo založený, chorobne žiarlivý na iných klientov. Voľnočasové aktivity, ktoré T. rád absolvuje sú : vychádzky do dediny, pozeranie televízie, počúvanie hudby. Jeho obľúbené spoločenské podujatia, ktoré každoročne navštevuje sú Katarínska zábava, športové dni.

### **Zdravotno – ošetrovateľská anamnéza**

Lekárska diagnóza : mentálna retardácia stredný stupeň zaostalosti. T. sa narodil predčasne v 41. týždni gravidity. Aj keď sa mama starala o T. do jeho siedmich rokov zo spisov zdravotnej sestry vyplýva, že klient zaostával vo vývoji. V 9. mesiaci bol matke vysvetlená lekármi správna výživa a výchova dieťaťa. Od 12. mesiacov pravidelne chodil s mamou na rehabilitáciu, nakoľko zaostával v motorike a celkovom vývoji. Ako dvojročný bol schopný chodiť samostatne. T. vo svojich troch rokoch vedel vyjadriť len slová mama, tata, domáhal sa vecí ukazovaním, bol neposedný, škrípal zubami, nerešpektoval nikoho. V súčasnosti je klient samostatný, bezproblémový. V oblasti hygieny ho netreba usmerňovať, je sebestačný v obliekaní. So zrakom a sluchom T. nemá problémy. Správa sa kľudne, svoje city prejavuje. Jemnú aj hrubú motoriku má v norme. V neznámom prostredí

je bezorientovaný , v zariadení podporovaného bývania je koordinovaný, dobre sa cíti v uzavretom priestore, nakoľko tak žil od malička, vníma ho ako svoj domov. V prípade zdravotných problémov je nutné zabezpečiť návštevu lekára personál, k lekárovi chodí s doprovodom, lieky mu podáva personál. Je uňho prítomné prejedanie sa, či naopak odmietanie stravy.

### **Status praesens – popis problému**

Adaptácia na nové prostredie v podporovanom bývaní u T. prebehla pozitívne. Je ubytovaný v dvojlôžkovej izbe so sprchou a toaletou, v ktorej býva ešte s jednou klientkou zariadenia. T. je zadelená do nasledovných aktivít: umývanie riadu (túto činnosť však sám nezvláda), umývanie chodby, pranie vlastného prádla raz týždenne. Pri všetkých činnostiach potrebuje pomoc a dozor, lebo pre lenivosť ich neurobí poriadne. Okrem toho sa každý deň zapája do pracovnej činnosti mimo zariadenia (ide o pomocné práce v miestnom záhradníctve), ktorú vykonáva s radosťou, ale všetko robí povrchno a rýchlo. V pláne sociálnej rehabilitácie mala stanovené nasledovné ciele : účasť na pracovnej terapii, podporovať ju v pracovných činnostiach a v sebaobslužných činnostiach, pomoc pri zabezpečovaní hygienických potrieb a prácich prostriedkov usmerňovanie v hospodárení s financiami, zabezpečenie doprovodu pri cestovaní, usmerňovať ho v udržiavaní čistoty na izbe a poriadku v skrini a viesť ho k precíznejšiemu výkonu pracovných činností , nakoľko je veľmi povrchný a sám priznáva, že sa mu nechce. Ciele sú u nej naplnené čiastočne, do pracovných činnosti sa zapája, poriadok v izbe si udržiava v norme, ale pri hospodárení s financiami potrebuje naďalej pomoc.

### **Podporované bývanie a proces osamostatňovania sa**

Rozhodnutie pre podporované bývanie vzišlo z jeho iniciatívy klienta, nepáčilo sa mu, že jeho rodina sa k nemu správala ako k dieťaťu, hoci už bol dospelý človek a v zariadení sociálnych služieb sa už necítil dobre v kolektíve. Uvedomoval si, že za neho robia veľa vecí, ktoré by zvládol aj on sám. „Keby tí ľudia (rodičia, personál) toľko nepomáhali, tak si to musíme robiť sami. A naučili by sme sa to. Museli by sme sa to naučiť!“ Preto požiadal o podporu pri zabezpečovaní podporovaného bývania. Počas 5 rokov, ktoré v podporovanom bývaní strávil, býval striedavo sám a so spolubývajúcimi. Postupne sa naučil starať sa o osobnú hygienu, vykonávať domáce práce v byte, prať si, variť si

jednoduché jedlá. Začal pracovať na chránenom pracovnom mieste v miestnom záhradníctve.

Našiel si nové koníčky a ešte viac priateľov. Pobyť v zariadení si veľmi chválil. „Mne sa tam páčilo všetko. Mal som svoj priestor, mohol som ísť, kde som chcel.“ Neskôr bol natoľko pripravený, že T. sa odsťahoval do nového bytu, čo však prinieslo so sebou aj niekoľko problém, najmä s ohľadom na hospodárenie s financiami, podpora samostatného varenia, priznal, že často chodí do reštaurácií jesť a potom mu to finančne nevychádza. Na otázku prečo sa chcel presťahovať zo zariadenia podporovaného bývania odpovedá jednoznačne: „Potreboval som sa osamostatniť.“ Samostatnosť podľa neho znamená „bývať sám, sám si rozhoduješ, čo chceš, tam ideš a kedy, ti nemôže rozkazovať. Treba si aj uvariť, opraviť, a také veci. Upratať niekedy.“ V procese samostatného bývania sa u klienta T. objavili tieto problémy: hospodárenie s financiami, udržiavanie poriadku a varenie. Kým ešte býval v zariadení podporovaného bývania, jeho financie uschovávala určitý čas sociálna pracovníčka. Až po nejakej dobe sa dopracoval k tomu, že si sám vyberal z bankomatu a sám svoje peniaze aj strážil. Po presťahovaní do nového bytu sa komplikácie s financiami objavili opäť. Ako sám priznáva, často je lenivý a nechce sa mu variť iba pre neho samého. T. veľakrát jedáva v reštauráciách, kde pomíňa veľa peňazí, ktoré mu neskôr chýbajú pri hospodárení v domácnosti. Klient to potvrdil slovami: „Veľakrát som preflákal peniaze, vyberal som si z bankomatu, keď som už nemal a také veci, zrazu som mal problém, že som nemal dosť.“

Pochopil však, že tadiaľ cesta nevedie a na určitý čas T. opäť zveril svoje financie do rúk sociálnej pracovníčky. Jednou z jeho obľúbených činností je účasť na letnom rekondičnom pobyte, na ktorý však musí prispieť určitou čiastkou, a tak sa snažil šetriť si peniaze. Ďalšou jeho slabosťou je upratovanie, do ktorého sa mu nechce. „Mal by som upratovať častejšie. Ale ja sa neviem dokopať k tomu.“

Čo sa týka spomenutého varenia, počas pobytu v zariadení chodieval na obedy do jedálne alebo si často varili pod dohľadom sociálnej pracovníčky. Spolu varilo viac ľudí, čo T. bavilo, ale keď má variť len pre seba, tak radšej sa ide najesť von. Teraz sa mu už nechce varievať. Tibor hovorí: keď som býval s inými, aj palacinky som robieval, ale teraz už nie.“ Niektoré z týchto problémov sú spôsobené čiastočne aj tým, že T. býva sám a predtým bol zvyknutý na živý ruch v zariadení podporovaného bývania. Už nejaký čas uvažuje nad tým, že by chcel zobrať do bytu nejakého spolubývajúceho zo svojich kamarátov. „Aj by som chcel s niekým bývať, ja tam iba spávam.“ Priznáva, že mu býva

niekedy smutno, keď je sám. So spolubývajúcim by si rozdelili domáce práce a určite aj varenie by ich spolu viac bavilo. Zatiaľ sa však nenašiel vhodný kandidát, a preto T. trávi veľa času v záhradníctve, kde vypomáha a svojimi záľubami.

### **Zhodnotenie**

Zákon stanovuje ako povinnosť poskytovateľa sociálnej služby „spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulantnou formou alebo týždennou pobytovou formou,“ (§ 7, odsek 1, zákon o sociálnych službách). Aj keď je teda stanovená preferencia terénnych služieb pred pobytovými, zariadenie podporovaného bývania je služba čisto pobytová. Keďže T. už v zariadení nebýva, nemôže byť klientom služby a nemá nárok na žiadnu podporu. Neuspel ani so žiadosťou o osobného asistenta, ktorý by ho mohol občas navštíviť, skontrolovať a usmerniť. Vyšší územný celok, ktorý je zodpovedný za rozvoj služieb v regióne, žiadosť zamietol a odporučil T., nech si zaplatí opatrovateľskú službu. Takýto druh služby však T. vôbec nepotrebuje. Na otázku, čo je lepšie, či podporované bývanie alebo vlastný byt, odpovedá T. jednoznačne v prospech nezávislého bývania vo vlastnom byte. „Každý chce bývať a mať svoje. Každý chce bývať sám, vo svojom byte, mať svoj televízor, svoj počítač, svoje všetko. Neviem. To je môj postoj. Ja to odporúčam, aj keď je to ťažké. Je to ťažké, ale aspoň som sám sebou a nie som na nikom závislý.“

Zariadenie podporovaného bývania je veľmi prínosná služba ako pre samotných užívateľov s mentálnym postihnutím, tak aj pre ich okolie. Všetci v prípade mentálne postihnutých je tu medzera, ktorá spôsobuje problémy pri podpore samostatného bývania, klienti síce chcú a mnohí sú schopní fungovať samostatne, ale v priebehu života potrebujú podporu a pomoc ďalšej osoby, pretože aj zdravý človek v živote narazí na prekážky, ktoré musí prekonať, rovnako tak aj mentálne postihnutý, pre neho je to dvojnásobne zložité. Na jednej strane majú mentálne postihnutí silnú motiváciu sa osamostatniť, ale stretávajú sa aj s problémami, napr. finančné zadlžovanie, pri ktorých potrebujú pomoc a preto by tu svoje miesto našla i terénna sociálna služba, ktorá by mentálne postihnutých monitorovala aj vtedy, keď vedú samostatný život a nie sú v zariadení sociálnych služieb, aby sa predchádzalo patologickým správaniam či životným zlyhaniam a vzhľadom na to, že

mentálne postihnutí majú znížený intelekt, aby dokázali zvládať riešiť všetky životné problémy, ktoré ich postretnú samostatne.

Klient T. si svoju nadobudnutú nezávislosť vychutnáva, aj keď na druhej strane mu chýba kontakt so spoločenským prostredím, pretože v byte je osamotený. Z tohto pohľadu bolo pre neho lepšie bývanie v zariadení podporovaného bývania, kde mal aj podporu sociálneho pracovníka. Ale ako on sám hovorí: “život vo vlastnom bývaní preferuje viac ako v zariadení“. Osamostatnenie sa a bývanie vo vlastnom byte je pre neho pozitívna skúsenosť a výborná cesta k ďalšiemu osobnému rozvoju.

### Zhrnutie anamnézy klienta

Anamnéza Tibor	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	mentálna retardácia stredný stupeň zaostalosti	Mentálne postihnutie v dôsledku predčasného pôrodu a genetickej predispozície zo strany matky
Detstvo	Vystriedal niekoľko zariadení sociálnych služieb	Nariadená ústavná starostlivosť, zaostalosť v celom vývoji
Rodinné zázemie	Mama s mentálnym postihnutím, otec bez postihnutia – vo výkone TOS, nehostinné rodinné podmienky	Neschopnosť zabezpečiť adekvátnu starostlivosť zo strany matky i otca
Školské obdobie	Ukončená špeciálna základná škola v Topolčanoch	Vzdelanostná gramotnosť na úrovni 4-7 rokov
Ústavná starostlivosť	Nariadená súdom od ukončenia školskej dochádzky	Nariadená ústavná starostlivosť – zanedbávanie zo strany matky, otec vo väzení
Pracovné zaradenie	Na žiadosť klienta s cieľom osamostatniť sa	5 rokov trvanie procesu pracovného zaradenia
Podporované bývanie	Adaptácia na podporované bývanie bezproblémové – dvojlôžková izba so spolubývajúcim	v zariadení podporovaného bývania je koordinovaný, dobre sa cíti v uzavretom priestore, nakoľko tak žil odmalička, vníma ho ako svoj domov.
Proces osamostatňovania sa	Postupný s nadväzovaním aktivít, odporúča sa samostatné bývanie, v súčasnosti má samostatné bývanie	Vykonávanie domácich prác, nutná kontrola a sprievod napr. u lekára, nízka finančná gramotnosť a sklony k mŕňaniu

Zdroj: vlastné spracovanie.

### **1.3 Odborná príprava na povolanie a vzdelávanie dospelých s mentálnym postihnutím**

Vývoj vzdelávania a odbornej prípravy mentálne postihnutých na trhu práce uvidíme na praktickom príklade zariadenia sociálnych služieb pre mentálne postihnutých, ktoré má širokú históriu pri poskytovaní služieb, poradenstva a starostlivosti o mentálne postihnutých s rôznym stupňom postihnutia. Chronologicky zobrazený vývoj špeciálnej prípravy ľudí so zdravotným postihnutím za celé obdobie od 20. rokov minulého storočia až do súčasnosti berie do úvahy aj vtedajšie sociálne a politické podmienky v spoločnosti. Jednotlivé etapy vývoja sú určované zmenami v obsahu a v organizácii prípravy a spoločenskými a politickými zmenami. V období posledných dvoch dekád sa rozvinula užitočná spolupráca s viacerými zahraničnými inštitúciami. Prioritou je postupné odstraňovanie príčin nízkej zamestnanosti ľudí s mentálnym a kombinovaným postihnutím a zvýšenie ich kvality života či uplatniteľnosti na trhu práce, či už prostredníctvom integrovaného zamestnania alebo podporou chráneného zamestnávania.

#### **Obdobie rokov 1921 – 1937**

História vzdelávania a odbornej prípravy na povolanie telesne postihnutých jedincov na bratislavskej Patrónke mala svoje počiatky na Slovensku, počnúc dňom 1. januára 1922 v Domove slovenských mrzáčkov v Slávnici. Ministerstvo školstva a národnej osvety ČSR povolilo v Slávnici zriadenie súkromnej školy. V tomto roku bola zriadená dielňa kobercová, neskôr dielňa košíkárska. Viedli ju skúsení majstri. Postupne pribudli ďalšie dielne: V roku 1923 zriadili dielňu obuvnícku, krajčírsku (dámsku a pánsku) a záhradnícku so skleníkom. V roku 1925 – už mali 50 chovancov, 2 vychovateľky, 6 vedúcich dielní, 4 pomocníkov a 3 učiteľov všeobecných predmetov. Vznikla aj ďalšia nová dielňa zámočnícka.

V roku 1926 dielňa hračkárska. Výuka remeselná trvala 3 roky, teória bola realizovaná vo vlastných triedach, odborná prax vo vlastných dielňach. Učebný pomer končil skladaním skúšky, po nej odchádzali do praxe ako vyučení tovariši. Výchova prácou k práci sa osvedčuje, mnohí vyučenci sa uplatnili v remeslách či v službe. O absolventov sa starali aj po vyučení a prepustení, podporovali ich umiestnenie v práci, hľadali im pracovné miesta.

## **Obdobie 1937 – 1948**

Z iniciatívy a pod gesciou Zemského spolku pre zmrzačených centrom vzdelávania a odbornej prípravy telesne postihnutých jedincov, niektorých aj s prvkami mentálneho postihnutia sa preniesla zo Slávnice do Bratislavy na Patrónku (do priestorov bývalej továrne na patróny), dnešná Dúbravská cesta 1. Pri novozriadenom Ústave pre telesne chybných bola zriadená Zvláštna národná škola pre zmrzačené deti . Pre neškolo povinných tu už v roku 1937 v Ústavnej škole začali fungovať učebné odbory: ako prvý stolár v získanej stolárskej dielni. Neskôr to bola krajčírska dielňa dámska a pánska (šila pre vojsko a štátne detské domovy), obuvnícka dielňa (výroba a oprava obuvi), holičská dielňa aj pre verejnosť, záhradníctvo (kvety, zelenina), zámočnícka dielňa + električka a inštalácia, chov zvierat (kravy, kone, angorské zajace, ošípané, priadka morušová). Absolventi dostávali výučný list. Zaučalo sa aj v profesiách premietáč v kine (vlastné kino), kovolejár (vlastná kovolejáreň), včelár, hodvábnik – vlastný chov priadky morušovej). Viedli ich odborníci majstri.

## **Obdobie 1948 – 1968**

V apríli 1948 školská starostlivosť o postihnutých prešla do jednotnej školskej sústavy. Zrušili sa súkromné formy vyučovania a školstvo pre postihnuté deti a mládež dostalo jednotnú štátnu základňu ako školstvo pre mládež vyžadujúcu osobitnú starostlivosť. V novozriadenej Strednej škole bolo od 1.7.1949 založené oddelenie výchovných remeselných dielní s dielňami: obuvníckou, krajčírskou, stolárskou, záhradníckou. Odborný výcvik zabezpečovali majstri OV v dielňach v areáli Ústavu pre telesne chybných. Po poštátnení Ústavu pre telesne chybných 1.1.1951 a zrušení Zemského spolku pre zmrzačených na Slovensku sa zrušila profesionálna príprava jeho chovancov nielen na Patrónke, ale aj na celom Slovensku. Na profesionálnu prípravu v učebných odboroch mentálne postihnutí odchádzali vyučiť do Brna, Liberca a Prahy. Slovensko zostalo bez nadväzného článku v príprave zdravotne postihnutej mládeže na budúce povolanie.

## **Rok 1964**

V roku 1964 bolo Mokrohájskej ulici 1 v Bratislave zriadené Výcvikové stredisko pre občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou, so Streným odborným učilišťom, ktoré

malo 8 študijných odborov: hodinár, zlatník, obrábač kovov, strojný zámočník, mechanik elektrotechnických zariadení, knihár, elektromechanik, krajčír. SOU malo vlastné dielne a budovu teoretického vyučovania. Prijímaní boli uchádzači so skončeným základným vzdelaním a telesným postihnutím.

### **Obdobie 1968 -1980**

Na Mokrohájskej ulici 3, pri Ústave sociálnej starostlivosti, bolo založené Gymnázium pre telesne postihnutých v tom čase jediné svojho druhu v Strednej Európe. Poskytovalo stredné všeobecné vzdelanie s maturitou a pripravovalo aj na štúdium na vysokých školách. Celkovo boli založené boli tri typy škôl len pre telesne postihnutých: Materská, Základná deväťročná škola a Gymnázium. Na Patrónke, Brnianskej ulici, dnes Dúbravská cesta 1, sa v tom čase zriaďuje Ústav sociálnej starostlivosti pre mládež s kombinovanými chybami. Pri ÚSS bola 1.8.1968 zriadená Osobitná škola pre telesne chybných. Pre žiakov, ktorí ju ukončili bol zriadený zácvik, od 1.9.1968 do 30.8.1973 (profesie (knihár, záhradník, krajčírka opravárka odevov a knihár). Odborný výcvik sa zabezpečoval vo vlastných dielňach. Teoretické vyučovanie zabezpečovala Učňovská škola pre mládež s poruchami sluchu - Kocel'ova 24, Bratislava.

### **Obdobie 1981 – 2002**

Od 1.9.1981 bolo na Patrónke zriadené Osobitné odborné učilište pre telesne postihnutú mládež Dúbravská cesta 1, (ďalej len OOU pre TPM), so štyrmi učebnými odbormi robotníckymi povolaniami: Knihár, Záhradník, Krajčírka, Obuvník. Od 1.1.1992 sa zmenil názov OOU pre TPM na Odborné učilište pre TPM. V tomto období došlo k niektorým výrazným zmenám v riadení, plánovaní a obsahu teoretického vyučovania aj odborného výcviku. Postupne od roku 1990 sa budovali základy moderného učilišťa.

K prvým krokom, ktoré prispeli k tejto zmene a výrazne ovplyvnili jeho ďalší vývoj patrili:

A. Mimoriadne vydarená spolupráca so švajčiarskym sociálnym a vzdelávacím centrom v La Castalie, v rokoch 1991 – 1994, ktorá nasmerovala na moderné prvky starostlivosti o kombinovane postihnutých ľudí v oblastiach: sociálnej, zdravotnej, rehabilitačnej, inkluzívnej. Ukázala ako moderne a v intenciách potrieb trhu a spoločnosti vzdelávať a vychovávať žiakov s postihnutím.

B. Medzinárodný projekt realizovaný Slovenskou katolíckou charitou v spolupráci s Ministerstvom práce a sociálnych vecí Belgickej republiky v rokoch 1996 – 1998, ktorý bol zameraný na vytváranie pracovísk odborného výcviku pre žiakov so špeciálnymi potrebami a vytváranie chránených dielní a chráneného, resp. podporovaného bývania.

V školskom roku 2001/2002 už malo OU 13 tried, 72 žiakov v odboroch knihár, záhradník, obuvník a krajčírka. Najmä od roku 2002 vedenie OU a DSS Rosa spoločne intenzívne hľadali nové cesty, aby spôsob prípravy žiakov a skladba učebných odborov vychádzali z požiadaviek moderného trhu práce a zo záujmu samotných žiakov špeciálnych a základných škôl a ich rodičov. Pre nezáujem a slabšie uplatnenie postupne zanikli dva tradičné učebné odbory (obuvník a krajčírka), zostali záhradník a knihár, na druhej strane sa postupne modernizovala príprava existujúcich učebných odborov a zriadili sa učebné odbory zamerané na služby obyvateľstvu.

C. Hľadala sa cesta komplexného riešenia vzdelávacích a integračných problémov zdravotne postihnutých za podpory finančných zdrojov Európskeho sociálneho fondu. Výsledkom bol Medzinárodný projekt Odborného učilišťa s Centrom vzdelávania a sociálnej starostlivosti v Lockerene v rokoch 2001 – 2003. V roku 2002 prebiehala implementácia metód vzdelávania žiakov so špeciálnymi potrebami a príprava mládeže s kombinovaným postihnutím pri uplatnení na trhu práce, ako príklady dobrej praxe boli navštívené pracoviská odborného výcviku v Brugách, Lovendegeme a Bruseli.

### **Obdobie 2003 -2013**

Toto obdobie je charakteristické štartom zabezpečovania sociálnej rehabilitácie pre mentálne postihnutých. Sociálna rehabilitácia je dôležitým nástrojom k zabezpečeniu kvalitnejšieho a zmysluplnejšieho života zdravotne znevýhodnených občanov, kedy sa kladie dôraz na individuálny potenciál každého klienta, ktorý je potrebné rozvíjať. Nezastupiteľnú úlohu v tomto kontinuálnom procese má klientova rodina a samozrejme, klient samotný, jeho aktivita, snaha posúvať sa, učiť sa a rozvíjať svoje schopnosti. Sociálna rehabilitácia je proces, ktorý vychádza z dôkladnej diagnostiky a poznania každého klienta., v rámci ktorej sa klientom poskytuje možnosť účasti na aktivitách, ktoré sú súčasťou každodenného života napr. starostlivosť o domácnosť, obsluha bežných domácich spotrebičov, príprava jednoduchých jedál a nakupovanie. Zamieriava sa na nácvik samostatného pohybu vrátane orientácie vo vnútornom i vonkajšom priestore, na

nácvik schopnosti využívať dopravné prostriedky a na nácvik správania sa v rôznych spoločenských situáciách i integráciu do pracovného života.

Odborné učilište pre telesne postihnutú mládež bolo premenované na Odborné učilište Dúbravská cesta 1 (17.2.2003). V tomto období sa smerom hore postupne menil nielen názov zariadenia, ale aj počet učeníých odborov, počet žiakov a počet zamestnancov. Postupne sa zriaďovali nové učebné odbory podľa požiadaviek trhu: opatrovateľ (sanitár), kuchár, cukrár, predavač, ľudovumelecká tvorba, domáce práce a služby (chyžná), pedikúra - manikúra, maliar. Odborný výcvik žiakov vyšších ročníkov priamo v podnikoch, v reálnych prevádzkach, výrazne zvyšoval šance absolventov zamestnať sa. V tomto procese si mentálne postihnutí zvykajú na istý pracovný čas a tempo, reálne pracujú so strojmi a zariadeniami, technológiami a materiálmi, ktoré v škole zväčša nemajú k dispozícii. Žiaci v súčasnosti realizujú prax v reálnych prevádzkach, napr. v svetoznámom hoteli Kempinski, v Tesco, Kauflande, Carniherbe, či v hoteli Gate. Ďalším vydaným projektom je Inovácia vzdelávania na odbornom učilišti v súlade s požiadavkami moderného trhu práce. Projekt, ktorý sa realizoval v rokoch 2005 – 2008, bol zameraný na pracovnú a sociálnu inklúziu mládeže s mentálnym a kombinovaným postihnutím, čím bol napĺňaný jeden zo strategických cieľov vlády SR – stabilizovať zamestnanosť, znižovať nezamestnanosť a napomôcť stabilizácii a pružnosti trhu práce.

V roku 2004 Domov sociálnych služieb pre deti ROSA prechádza zo zriaďovateľskej pôsobnosti Krajského úradu v Bratislave pod pôsobnosť Bratislavského samosprávneho kraja

V roku 2009 vznik Rehabilitačného strediska a zmena názvu celej inštitúcie na Domov sociálnych služieb pre deti a rehabilitačné stredisko ROSA.

Učitelia a majstri sa vzdelávajú v oblasti IKT zručností, podieľajú sa prieskume trhu, vzdelávajú sa v prevádzkach potenciálnych zamestnávateľov žiakov, inovujú učebné a tematické plány, tvoria učebné texty, výučbové počítačové programy, uskutočňujú a vyhodnocujú prieskumy s rodičmi a žiakmi. Podieľajú sa na tréningoch žiakov a systéme administratívnej výbavy KUFOR pre absolventov OU, potrebnej pre ich orientáciu u budúceho zamestnávateľa a zvládanie záťažových situácií v zamestnaní i v bežnom živote. Všetky učebné odbory sú trojročné, končia záverečnou skúškou. Záujem je najmä o absolventov učebných odborov: kuchár, cukrár, pedikúra- manikúra, maliar, opatrovateľ, ktoré boli zriadené podľa požiadaviek trhu práce.

## **Obdobie 2014-2018**

Toto obdobie je charakteristické rozvojom rôznych typov terapií, skvalitňovaním štandardov sociálnych služieb a implementáciou inovatívnych prístupov pri práci s mentálne postihnutými a klientmi odkázanými na pomoc inej fyzickej osoby. Rozvoj pracovnej terapie a iných terapií vrátane hipoterapie, animoterapie, ošetrovateľskej starostlivosti a psychosociálnych služieb vrátane psychoterapie a poradenstva pre mentálne postihnutých na základe inovatívnych prístupov prispeli k zvyšovaniu nielen kvality sociálnych služieb pre mentálne postihnutých, ale aj ich samotnej kvality života. Hlavnou prioritou sa stalo zlepšovanie podmienok života mentálne postihnutých cez vzdelávanie, odbornú prípravu, sociálnu rehabilitáciu a pracovnú terapiu.

Pracovná terapia je jedna z najvýznamnejších a najúčinnějších rehabilitačných činností, ktorá má vplyv na udržanie a zlepšenie manuálnej zdatnosti klientov s postihnutím, pozitívne ovplyvňuje sociálne väzby, stimuluje psychické funkcie, vedie klientov k spolupráci a zvyšuje ich sebavedomie a sebahodnotenie. Pracovná terapia nie je chápaná iba v zmysle vytvárania pracovných návykov, ale ako terapia, ktorá má klienta naučiť aktívnemu tráveniu voľného času a k zodpovednosti za kvalitu svojho života, teda neskrývať sa za svoje postihnutie. V rámci sociálnej práce a sociálnej rehabilitácie v súčasnosti vychádzame z potrieb a záujmov jednotlivých klientov, zohľadňujúc ich možnosti, schopnosti a aktuálny zdravotný stav. Prihliadame na danosti a potenciál klienta. Pracovná terapia je integrovaná do režimu dňa ako jeho pevná súčasť. Zahŕňa rôzne aktivity, (tkanie, paličkovanie, práca s hlinou, práca s prírodným materiálom, výroba dekoratívnych predmetov, výroba ručného papiera, spracovanie textilu, pomocné práce pri úprave areálu, jednoduché práce v záhrade, údržba športovísk, starostlivosť o zvieratá... ), ktoré klienti vykonávajú na základe ich prirodzeného inklinovania k danej činnosti a za primeranej podpory zo strany pracovných terapeutov. Klienti sa pravidelne prezentujú svojimi výrobkami a výsledkami činnosti na kultúrnych a spoločenských akciách.

### **V oblasti vzdelávania a odbornej prípravy**

Odborné učilište poskytuje odbornú prípravu v nasledovných učebných odboroch s upravenými učebnými plánmi: cukrárska výroba (cukrár) textilná výroba – ľudovomelecká tvorba (ľudová výroba) stavebná výroba – maliarske a natieračské práce (maliar) poľnohospodárska výroba – záhradníctvo: kvetinár, zeleninár, sadovník (záhradník) opatrovateľská starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach

sociálnej starostlivosti (opatrovateľ) obchodná prevádzka – práca pri príprave jedál (kuchár) obchodná prevádzka – príprava, skladovanie a predaj tovaru (predavač) služby a domáce práce (chyžná) polygrafická výroba – knihárne a kartonáž (knihár)

### **Priority vo vzdelávaní a odbornej príprave od roku 2018**

Priority vychádzajú z potreby zvyšovania uplatniteľnosti ľudí s mentálnym postihnutím na trhu práce v zmysle ich dostupného ľudského potenciálu a miery integrácie na trh práce s ohľadom na obmedzenia vyplývajúce z mentálneho postihnutia a to cez nástroj zvyšovania kvality odbornej prípravy, vytváranie a zlepšovanie podmienok pre zamestnateľnosť znevýhodnených skupín občanov na trhu práce ako aj cez sociálnu a pracovnú rehabilitáciu mentálne postihnutých.

Medzi najčastejšie bariéry a najväznejšie problémy, ktoré eliminujú možnosť mentálne postihnutých sa integrovať na trhu práce zaraďujeme tieto:

- a) málo vhodných učebných odborov reflektujúcich moderný trh práce a nedostatok pracovných príležitostí pre uplatnenie sa špecifických skupín ľudí s mentálnym postihnutím,
- b) slabé materiálno-technické zabezpečenie prípravy žiakov s mentálnym postihnutím a absencia učebníc, učebných pomôcok a moderných výukových programov,
- c) málo reálnych možností ďalšieho vzdelávania mentálne postihnutých v dospelosti,
- d) absencia IKT zručností a neuspokojivá skladba ďalšieho vzdelávania, najmä s ohľadom na kvalifikáciu mentálne postihnutých,
- e) nízka úroveň pripravenosti absolventov s mentálnym postihnutím v zvládaní záťažových situácií moderného trhu práce a pri samostatnom uplatnení sa v živote,
- f) predsudky spoločnosti a potenciálnych zamestnávateľov, resp. ich predstaviteľov, voči ľuďom s mentálnym a kombinovaným postihnutím,
- g) negatívne predsudky a stereotypy viažuce sa k podpore zamestnávania mentálne postihnutých.

Ilustračným príkladom je nasledovné spracovanie prípadu vo forme osobnej kazuistiky. V rámci zachovania ochrany osobných údajov sú určité údaje o identifikácii zámerne pozmenené.

## **KAZUISTIKA KLIENTA VO VZDELÁVACOM PROGRAME**

**Údaje o klientovi:** Meno Kristína

vek: 37 rokov, stav: paranoidná schizofrénia

### **Osobná anamnéza**

Kristína nastúpila do zariadenia sociálnych služieb v októbri roku 2008 na podnet svojej matky a na podnet psychiatra, nakoľko Kristína v posledných rokoch kvôli jej stavu navštevovala psychiatriu skoro každý mesiac. Kristína je od decembra roku 2011 invalidná dôchodkyňa. Je vyučená za záhradkárku, pracovala na verejnoprospešných prácach. Kristína je typ samotárky, nakoľko nevie ani sa nechce s nikým spriatelieť. Chodí všade sama, aj keď sa zúčastní spoločnej aktivity, je tichá, utiahnutá. V zariadení sa v celku však cíti dobre, je spokojná, vyrovnaná. Keď má problémy obracia sa skôr na personál. Je bezkonfliktná, uzavretej povahy. Vzťah k práci má Kristína vytvorený, každý deň vyšívá, a keď ju aj personál o niečo požiada, keď vie, rada pomôže. Kristína chodí každý deň na prechádzky, podľa jej slov ju prechádzky ukludňujú. Dokáže sa prispôsobiť ostatným klientom. V rámci konfliktných situácií je Kristína ústupčivá.

### **Rodinná anamnéza**

Kristína do zariadenia nastúpila kvôli jej diagnóze – paranoidná schizofrénia na podnet svojej matky Kataríny, s ktorou žila v jednej domácnosti a taktiež na odporúčanie psychiatra. Jej manžel Štefan sa s ňou rozviedol už pred desiatimi rokmi. Majú spolu dvadsaťročnú dcéru Timeu, ktorá svoju mamu začiatkom navštevovala, teraz už nie. Kristína má troch súrodencov - jedného brata a dve sestry. Súrodenci ju nenavštevujú, udržiavajú kontakt len telefonicky. Matka zvykne svoju dcéru občas navštevovať, no Kristína chodí domov častejšie na priepustky. Kristína má aj 7-ročnú dcéru. Podľa výpovedí Kristíny ju nenavštevuje z dôvodu, že to má zakázané zo strany otca.

### **Školská anamnéza**

Kristína má ukončené len prvé ročníky ZŠ na prvom stupni, neskôr mala školskú dochádzku prerušenú pre zhoršený zdravotný stav, neskôr dokončila základnú školu po siedmy ročník.

### **Zdravotno – ošetrovateľská anamnéza**

Zdravotná diagnóza: paranoidná schizofrénia. V októbri roku 2008 bola Kristína z opakovanej hospitalizácie z Hronoviec, umiestnená do zariadenia sociálnych služieb xy, kde sa adaptovala dobre, problémy neudávala, lieky pravidelne užívala pod dohľadom personálu. Podľa personálu mala problémy so správaním, keď mala užiť lieky, tak sa schovávala. Keď mala od svojej mamy telefonát, ten ju rozrušil, chcela vždy ísť domov, no matka ani jej dcéra za ňou nechodili, nejavili o ňu záujem. Z Hronoviec sa vrátila rozrušená, ako náhle vystúpila zo sanitky, utekala k bráne a chcela ísť domov. V nasledujúcich dňoch bola nekludná, agresívna, vulgárne nadávala na personál zariadenia, odmietala užiť lieky. Tvrdila, že od liekov nevie rozmýšľať, má vidiny, vidí rôzne postavy, nemá pokoj, má strach, že ju chcú zavraždiť. Z roku 2013 podľa údajov personálu vyplývalo, že v poslednej dobe bola uzavretejšia, menej komunikatívna. Ku koncu roku si zvykla na miesto, cíti sa dobre, je kludnejšia, aktívnejšia, neboli pozorovateľné žiadne nápaditosti v jej správaní. V roku 2014 bola čoraz nespokojnejšia, veľmi náladová. Chcela vždy zmenu svojich liekov, cítila sa osamelo, nakoľko ju nikto nenavštevoval. Do pracovnej terapie sa zapájala, bola relatívne aktívna. Začiatkom roku 2015 bol jej stav zhoršený, odmietala stravu, bola negativistická aj voči personálu. V poslednej dobe je stav Kristíny zlepšený, spolupracuje s personálom, cíti sa dobre. V súčasnosti má v rámci posúdenia stavu Kristína stravu racionálnu, prijíma stravu sama. V oblasti hygieny nemá problémy, na izbe má svoju kúpeľňu, nakoľko je klientkou podporovaného bývania od roku 2015. V rámci sebestačnosti nemá problémy, úkony zvláda sama. Ťažkosti so sluchom a zrakom Kristína nemá. V oblasti správania je kludná, občas sa u nej prejavia prvky agresivity, keď je výbušná, no tieto stavy u nej netrvajú dlho. Kontakt s klientmi zariadenia podporovaného bývania ako aj s personálom nadväzuje aktívne, príkazom rozumie. Jej pamäť je dobrá, orientácia v čase a v priestore je tiež vyhovujúca. V rámci konfliktných situácií je Kristína ústupčivá, s nikým sa neháda. V prípade zdravotných problémov ide Kristína k lekárovi sama, nepotrebuje doprovod personálu.

### **Status praesens – popis problému**

Adaptačný proces na prostredie u Kristíny prebiehal náročne. Kristína väčšinu roka trávila na psychiatrickom liečení. Ani po liečení však nebola vyrovnaná. Prejavovala sa u nej neposednosť, nervozita, verbálna agresivita, nespokojnosť. Asi po tretom psychiatrickom liečení nastali u Kristíny pozorovateľné zmeny, kedy bola vyrovnanejšia, kludnejšia a

zapájala sa do terapeutických činností. Veľa háčkovala, vyšivala, práce mala kvalitné. Stav Kristíny sa zlepšil, keď v roku 2013 bola preradená do podporovaného bývania. Momentálne je ubytovaná na dvojlôžkovej izbe so sprchou a toaletou. So spolubývajúcou dobre vychádzajú, obidve sú miernejšej, tichej povahy. Izbu si udržiavajú v čistote a v poriadku. Kristína je zadelená do nasledovných aktivít : umývanie chodby na podporovanom bývaní, umývanie riadu podľa aktuálneho rozpisu, pranie vlastného prádla raz týždenne. Každý deň má možnosť zapojiť sa činnostnej terapie- čistenie orechov, práca s hadičkami, aj sa zapája podľa aktuálnej nálady. Do činností zameraných na čistotu areálu sa menej zapája, väčšinou sa vyhovára na únavu. Najradšej sa zdržiava na svojej izbe, zaoberá sa ručnými prácami. Kristína si postupne zvykla na vychádzky, sporadicky sa zúčastňuje sv. omše v nedeľu. Samostatne chodí do obchodu nakupovať. Zo začiatku sa nákupy uskutočňovali s doprovodom. Teraz už cestuje samostatne. Postupným zvyšovaním vreckového si zvykla na to, že si musí zaobstaráť potrebné veci na osobnú hygienu, čistiace a pracie prostriedky. Je potrebné ju viesť k šetreniu financiami, nakoľko má sklony k míňaniu peňazí.

### **Vzdelávací program**

Kristína na rozvinuté pracovné zručnosti, ale má nízku finančnú gramotnosť, čo sa prejavuje v nerozumnom hospodárení s peniazmi, čo jej následne spôsobuje problémy pri zabezpečovaní bývania v zariadení podporovaného bývania. Z tohto dôvodu bola Kristína zaradená do programu vzdelávania, kde si rozvíja nielen matematické myslenie a finančnú gramotnosť, ale učí sa pracovať na počítači, vyhľadávať si informácie, osvojuje si zručnosti pri racionálnom nakupovaní. V rámci vzdelávacieho programu na Kristína nastavené tieto hlavné a čiastkové ciele:

- zvýšiť finančnú gramotnosť a zlepšiť hospodárenie s financiami,
- naučiť Kristínu racionálne nakupovať a prerozdeľovať si financie tak, aby dokázala zabezpečiť potreby, ktoré má v podporovanom bývaní,
- naučiť Kristínu šetriť,
- naučiť Kristínu rozlíšiť medzi výhodným nákupom a tým, čo naozaj potrebuje a čo je len zbytočné míňanie peňazí na veci, ktoré nepotrebuje.

V pláne sociálnej rehabilitácie mala Kristína stanovené nasledovné ciele : udržiavať jej súčasný psychický stav, motivovať ju k pravidelnejšej účasti na spoločných aktivitách, udržanie aktivity a angažovanosti, viesť ju k premyslenejšiemu hospodáreniu, príprava

raňajok, olovrantov a s tým spojené nákupy, naďalej udržiavať záujem o ručné práce, nadviazanie kontaktu s matkou. Ciele sú u nej naplnené čiastočne, do pracovných aktivít sa zapája, pri hospodárení s financiami potrebuje naďalej usmernenie. Jej psychický stav kolíše. Stanovili sme krátkodobú prognózu z hľadiska stanovených čiastkových cieľov, kde dôraz sme kládli na väčšiu motiváciu k ručným prácam. V rámci dlhodobej prognózy sme stanovili hlavný cieľ : udržiavanie kontaktu s matkou a s dcérou, či už telefonického alebo osobného.

### **Zhodnotenie**

Kristína sa naďalej zapájala do pracovných aktivít, ako je napríklad čistenie orechov, strihanie hadičiek. Svoje povinnosti si plní svedomite. Je naďalej zadelená aj do umývania riadu v kuchyni raz týždenne. Svoj voľný čas trávi na svojej izbe sama háčkováním, pletením a inými ručnými prácami. Veľmi pozitívne u Kristíny je, že odkedy je klientkou podporovaného bývania a e zaradené do vzdelávacieho programu, nepotrebovala psychiatrické liečenie. So svojimi financiami hospodári zodpovedne. Zabezpečuje si potrebné veci úplne sama, čo jej však nejde, je šetrenie. Vcelku je spokojná, teší sa zo samostatnosti. Jej psychický stav sa postupne stabilizoval, vďaka zmene medikamentózneho liečby a a z dôvodu zapojenia do podporovaného bývania a vzdelávania. Povinnosti vyplývajúce z podporovaného bývania si plní naďalej zodpovedne. Hospodári s vlastnými financiami sama, nemá problémy so zabezpečením stravy. Kristína v zariadení nemá veľa kamarátov, nakoľko väčšinu svojho času trávi na svojej izbe, však účasť na vzdelávacom programe ju udržiava v kontakte s inými klientmi. V rámci krátkodobej prognózy, kde cieľom bolo motivovať ju k ručným prácam sa cieľ naplnil. Kristína aktívne vyšívá a háčkuje každý deň. Jej práce sú veľmi kvalitné. Svoju úlohu si plní zodpovedne a s radosťou. Čo sa týka dlhodobej prognózy je nutné, aby klientka udržiavala kontakt s rodinou, naďalej sa vzdelávala, čo má veľmi pozitívny dopad na rozvoj jej rozumových schopností, ale najmä praktických zručností pri zabezpečovaní vlastného fungovania a bývania v podporovanom bývaní.

### **Zhrnutie anamnézy klientky**

Anamnéza Kristína	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	paranoidná schizofrénia	Sledovaná psychiatrom
Detstvo	Vyrastala v rodinnom prostredí, vychovávaná matkou do 10	neskôr pre časté hospitalizácie v psychiatrickej nemocnici

	rokov	umiestnená do DSS
Rodinné zázemie	Pochádza z rozvedenej rodiny, má troch súrodencov – jeden brat a dve sestry, otec odišiel, opustil rodinu, na výživné neprispieval	Súrodenci ju nenavštevujú, udržiavajú kontakt len telefonicky. Kristína chodí domov častejšie na priepustky. Kristína má aj 7-ročnú dcéru. Nenavštevuje ju z dôvodu, že to má zakázané zo strany otca.
Školské obdobie	ukončené len prvé ročníky ZŠ na prvom stupni, mala školskú dochádzku prerušenú pre zhoršený zdravotný stav	dokončila základnú školu po siedmy ročník.
Ústavná starostlivosť	Adaptačný proces na prostredie prebiehal náročne. Väčšinu roka trávila na psychiatrickom liečení.	Nariadená súdom od roku 2008 na podnet matky a psychiatra
Pracovné zaradenie	Zaradená do programu sociálnej rehabilitácie a pracovnej ergoterapie – čistenie orechov a iné	Po intervencii stav zlepšený, psychický stav vyrovnaný, menej časté hospitalizácie
Proces vzdelávania	Zapojená do rozvojového programu a následná príprava na pobyt v ZPB	Osvojené návyky, zapojenie do prác v rámci výchovného programu DSS, rozvoj finančnej gramotnosti
Podporované bývanie	V 2013 bola preradená do podporovaného bývania	Ubytovaná v 2-lôžkovej izbe, adaptačný proces
Proces osamostatňovania sa	Aktuálne zapojená do plnenia pravidelných aktivít, chod a vedenie domácnosti v ZPB. Každý deň má možnosť zapojiť sa činnostnej terapie	umývanie chodby na podporovanom bývaní, umývanie riadu podľa aktuálneho rozpisu, pranie vlastného prádla raz týždenne, pomocné práce...

#### 1.4 Zamestnávanie a rehabilitácia mentálne postihnutých

Osoby so zdravotným postihnutím predstavujú podľa Leškovej a Lojana nároky aj v podobe zvýšených nákladových položiek štátu. Nepochybne v kontexte globálnych zmien zohrávajú podľa nich neodmysliteľnú úlohu i zamestnávateľia, ktorí sa snažia u osôb so zdravotným postihnutím využiť ich potenciál čo najlepšie. (Lešková, Lojan, 2016; Lešková, 2017). Všeobecným problémom našej spoločnosti je podľa autora Piršela

dlhodobo nízka zamestnanosť osôb so zdravotným postihnutím. Výskumy opakovane poukazujú na obavy zamestnávateľov zamestnať osoby so zdravotným postihnutím a situácii neprospejeva ani celkovo vysoká miera nezamestnanosti vo všeobecnosti, a preto je cieľená podpora osôb s nejakým druhom postihnutia namieste aj v európskom meradle. (Piršel, 2014, s. 1).

Medzi základné odborné činnosti v zmysle zákona č. 448/2008 o sociálnych službách patria rozvoj pracovných zručností, sociálna rehabilitácia, pomoc pri pracovnom uplatnení, pomoc pri prevádzke domácnosti, pomoc pri hospodárení s peniazmi, podpora pri organizovaní času, podpora pri zapojení sa do spoločenského a pracovného života, podpora rozvoja osobných záujmov, predchádzanie a riešenie krízových situácií a podpora spoločensky primeraného správania v rámci podpory samostatného bývania,

Rozvoj pracovných zručností definuje §23 Zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z, ako: odborná činnosť na osvojenie pracovných návykov a zručností fyzickej osoby pri vykonávaní pracovných aktivít pod odborným vedením na účel obnovy, udržania alebo rozvoja jej fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností a jej začlenenia do spoločnosti.

V §23b tohto zákona sa hovorí o stimulácii komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím ako o odbornej činnosti, ktorej obsahom je vykonávanie postupov a techník, ktoré podporujú psychomotorický vývoj dieťaťa, rozvoj komunikácie a adaptáciu dieťaťa na okolité prostredie v súlade s jeho individuálnymi potrebami a schopnosťami, a ktorá je zameraná aj na posilnenie schopností členov rodiny dieťaťa so zdravotným postihnutím v oblasti starostlivosti o toto dieťa.

Sociálna rehabilitácia sa predovšetkým orientuje na podporu samoobslužných činností v domácnosti a rozvoj zručností pri vedení samostatného života a nácvik sociálnych zručností, zatiaľ čo pracovná rehabilitácia sa skôr orientuje na pracovné začlenenie mentálne postihnutého do pracovného života pomocou diagnostiky hľadaniu možností opakovanému začleneniu do zamestnania, do pracovného kolektívu alebo navrhovaniu chráneného zamestnania formou práce v chránených dielňach. Viacerí autori (Müller, 2005, Vodáková a kol. 2007) sa zhodujú, že pracovná rehabilitácia, ergodiagnostika je jedna z najhlavnejších oblastí ergoterapie, zaoberá sa hodnotením klienta z funkčného hľadiska (možnosti začlenenia do pracovného procesu). Je dôležitá pre ľudí v produktívnom veku, ktorí sú dlhodobo chorí alebo postihnutí a musia zmeniť svoje povolanie, ďalej pre mladých ľudí s ťažkým telesným, sensorickým alebo mentálnym

postihnutím, ktorí chcú vstúpiť do pracovného procesu. Ergodiagnostika sa využíva pri tvorbe krátkodobého alebo dlhodobého ergoterapeutického programu. Ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie je dôležitá pre ľudí s mentálnym postihnutím z viacerých dôvodov (Müller, 2005):

1. Aktivita – práca do určitej miery naplňuje potreby zmysluplnej aktivity
2. Seberealizácia – klient môže ukázať, čo dokáže, dosiahne určitú pozíciu v spoločnosti
3. Peniaze – odmena za prácu, pomocou ktorej si klient môže uspokojiť svoje potreby
4. Sociálny kontakt – možnosť spoznávania nových ľudí, nadviazanie kontaktov
5. Samostatnosť a nezávislosť – dôležitú úlohu má ekonomická samostatnosť, ktorá vedie k nezávislosti na rodine a spoločnosti.

Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie (CSPR), ktorého cieľom je svojim klientom poskytnúť komplexnú starostlivosť vedúcu k ich čo najskoršiemu zaradeniu sa na trh práce pri maximálnom využití ich zostatkového pracovného potenciálu. Trh práce je neoddeliteľnou súčasťou nášho života a byť jeho súčasťou je prirodzeným pokračovaním profilácie v profesijnej oblasti. Človek strávi značnú časť svojho života v práci, za ktorú dostáva finančnú odmenu. Okrem finančnej odmeny mu prináša práca aj možnosti osobnostného rastu, sociálny status, príležitosti uspokojenia širokého spektra potrieb (Scraggerová, 2011, s. 21). Zamestnanie ako také je pre človeka dôležité a túto dôležitosť často vníma až pri jeho strate. Rovnaké pocity ako zdravá populácia pri prepustení z práce pociťujú aj jedinci so zdravotným postihnutím. U nich to však môže byť spojené napr. so zhoršením zdravotného stavu, alebo práve toto zhoršenie môže byť priamou príčinou straty zamestnania. Nezamestnanosť v spojení so zdravotnými problémami môže byť rizikovým spojením s prežívaním stresu dôsledku čoho sa zhoršuje psychické a fyzické zdravie, čo môže viesť k naštartovaniu procesu smerujúceho k rôznym psychosomatickým poruchám (Bartúnková, 2012, s.137). Vtedy je vhodné vedieť na koho sa môže človek obrátiť a tu má nezastupiteľné miesto práce naše centrum.

CSPR tiež spolupracuje s organizáciami a inštitúciami, ktoré sa zaoberajú starostlivosťou o občanov so zdravotným postihnutím a ich stánok spravidla nájdete aj na burzách práce, kde v rámci svojich možností pracovníci poskytujú poradenstvo orientované na zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím. Vzhľadom k multidisciplinárnemu tímu odborných pracovníkov (lekár, fyzioterapeut, školský a

pracovný psychológ, sociálno-rehabilitačný pracovník, pracovný poradca a pracovný terapeut) CSPR dokáže zabezpečiť komplexnú starostlivosť občanom so zdravotným postihnutím vrátane rehabilitácie sociálnej, liečebnej a pracovnej s dôrazom na prípadný rozvoj osobnostného a pracovného potenciálu klientom samozrejme s rešpektom k ich limitom a obmedzeniam.

Inštitúcie, zaoberajúce sa pomocou občanom so zdravotným postihnutím pri ich uplatnení sa na trhu práce považujú za nutnosť a povinnosť spolupracovať so zamestnávateľmi, ktorí takýchto občanov chcú a môžu zamestnať. Predstava takejto spolupráce je v naplňovaní potrebnej pomoci ako je: poradenstvo pre zamestnávateľov, ktorí zamestnávajú alebo chcú zamestnávať osoby so ZP, - vrátane poskytovania poradenstva pre úpravu pracovných miest - mapovanie rôznych typov pracovných pomôcok určených na kompenzáciu zdravotného obmedzenia zariadeniam, zoberajúcimi sa problematikou zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím. Poradenstvo pri úprave pracovísk, o kompenzačných pomôckach a zariadení pre zdravotne postihnutých a podobné technické poradenstvo. Pomoc pri ohrození pracovného miesta. Asistencia pri externých aktivitách priamo u zamestnávateľa v rámci rehabilitačného procesu v CSPR (zaškolenie , zapracovanie ). Pomoc pri zriaďovaní chránenej dielni, resp. chráneného pracoviska, vrátane pomoci pri vypracovaní projektov.

Slowík (2007, s. 40) sa vyjadruje k pracovnej orientácii takto: Otázky budúcej pracovnej orientácie a uplatnenia je vhodné začať riešiť už počas školnej dochádzky, predovšetkým u tých, ktorí trpia znevýhodnením, a u ktorých možno v budúcnosti predpokladať sťažený prístup k ďalšej rekvalifikácii. Je preto potrebné využiť spoluprácu rodiny, sociálnych pracovník a poradenských či odborných služieb, aby voľba profesijného zamerania odpovedala spoločenským potrebám, reálnej situácii na trhu práce a samozrejme i možnostiam konkrétneho človeka s postihnutím. Je samozrejmosťou, že rovnako ako pre zdravého človeka, a pre jedinca s mentálnym postihnutím je dôležité uplatniť sa a pracovať, práca pre mnohých z nich znamená možnosť sociálneho začlenenia a integrácie do spoločnosti, zároveň je to prirodzená potreba, ktorá zvyšuje sebavedomie a naplnenie zmyslu života. Vo všeobecnosti môžeme podporou zamestnanosti docieľiť samostatnosť, nezávislosť a plnohodnotný ľudský život mentálne postihnutého. Ideálnou možnosťou je, ak sa zamestná na otvorenom trhu práce, žiaľ, ani kvóty pre povinné zamestnávanie osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou nie sú dostatočne motivujúce pre podnikateľský sektor, aby preferovali zamestnávanie týchto osôb. Niektorí zamestnávatelia radšej zaplatia

pokutu do štátneho rozpočtu, než aby poskytli možnosť zamestnania osobám so zdravotným znevýhodnením alebo uprednostnia zadávanie zákazky chráneným dielňam (Slowík, 2007). Pokiaľ osoba prácu nedostane, postupom času vyprchajú jej návyky denného režimu a tiež motivácia ďalej sa vzdelávať alebo rekvalifikovať. Stráca aj sebedomie v svoje schopnosti a samého seba, a získava dojem, že je povinnosťou štátu sa o ňu postarať. Najdôležitejšou stratégiou v období medzi prípravou na povolanie a nástupom do zamestnania je podpora mentálne postihnutých, aby zvládli záťaž spojenú so samostatnosťou a pracovnou integráciou. Na druhej strane dlhodobé využívanie sociálnych služieb je finančne náročnejšie než možnosť zmysluplnej práce a podpora nezávislosti. Pokiaľ mentálne postihnutý vykonáva i menej platené zamestnanie, tak sa cíti byť užitočným, čo sa pozitívne odráža na jeho psychike a pociťovaní dospelosti. Tým, že človek s mentálnym postihnutím sa cíti byť dospelý, je viac motivovaný podieľať sa na pracovnej činnosti, ktorou môže obohacovať okolie, dôležitou súčasťou sú programy sociálnej rehabilitácie, vzdelávacie programy a prípravné kurzy pre osoby s mentálnym postihnutím, ktoré ich pripravujú na lepší vstup na trh práce. V týchto programoch sa klientom pomáha uplatniť získané schopnosti v praxi a budovať vzťahmi s okolím. Pre úspešné umiestnenie na pracovisku je dôležitá podpora pri prechode z fázy vzdelávania na otvorený trh práce, aby nedochádzalo k zlyhaniu. Kľúčovú úlohu v živote človeka zohráva aj jeho zamestnanie. Obdobie prechodu z fázy vzdelávania a profesijnej prípravy do fázy pracovného uplatnenia sa označuje ako tranzitné obdobie (Černá, 2008). M. Valenta a O. Müller (2009) označujú vstup na voľný trh práce ako jeden z najdôležitejších prejavov spoločenskej emancipácie ľudí s mentálnym postihnutím (porov. Doležel, R., Vítková, M. 2007; Michalík, J. 2011; Pipeková, J. 2006).

Samotná práca má mnoho významov, medzi ktoré môžeme zaradiť tie, ktoré sú špecifické práve pre podporu socializácie a integrácie mentálne postihnutých:

- Zvýšenie kvality života prostredníctvom ekonomickej nezávislosti a zvýšenie príjmu mentálne postihnutého, kedy nie je odkázaný len na výšku vreckového,
- Nachádzanie zmyslu života v každodenných pracovných činnostiach,
- Spoločnosť pristupuje k osobe s mentálnym postihnutím ako k osobe s vyšším statusom ekonomicky aktívneho občana, ktorý prináša spoločnosti prospech,
- pomocou pracovného zaradenia je možné zdokonaľovať vedomostí, rozvíjať zručnosti a životné hodnoty mentálne postihnutého,

- vďaka platenej pracovnej činnosti sa dokážu mentálne postihnutie lepšie osamostatniť a integrovať sa v bežnej spoločnosti napr. cez samostatné bývanie, pracovný kolektív a pod.

Problém zamestnanosti ľudí so zdravotným postihnutím má celoeurópsky rozsah. Títo ľudia, ako minoritná skupina spoločnosti, sú vytlačovaní na okraj pracovného trhu, hlavne z dôvodu prevahy dopytu nad ponukou pracovných miest. Ľudia s postihnutím majú väčšinou nedostatočnú kvalifikáciu a nízke vzdelanie. Okrem toho im často chýba viera vo svoje vlastné schopnosti a ťažko sa prispôbujú novému pracovnému prostrediu a novým odborným situáciám (Nowak, In Vančová, Habšudová, 2003). Zamestnávanie osôb s postihnutím je však súčasťou celospoločenských pohybov a tendencií a „pokiaľ je prvoradá pozornosť venovaná možnostiam človeka a nie jeho obmedzeniam, je evidentné, že ľudia s postihnutím sa môžu podieľať na množstve prác“ (Baxová a kol. In Kolektív autorov, 2002, s. 62). Nezamestnanosť človeka s mentálnym postihnutím veľmi negatívne ovplyvňuje sociálny status človeka, pretože môže byť okolím vnímaný ako neužitočný a záťaž pre systém (Šiška, J. 2005).

Osoby s mentálnym postihnutím majú možnosť sa zamestnať napríklad v chránených dielnach, alebo pomocou podporovaného zamestnávania. Chránené dielne sú „špecifické pracoviská pre občanov, ktorí majú sťaženú možnosť, prípadne sa vôbec nemôžu uplatniť na trhu práce“ (Pipeková, J. 2006, s. 103). Podporované zamestnávanie je určené ľuďom, ktorí sa chcú začleniť do bežného pracovného prostredia. Podľa R. Doležela a M. Vítkovej (2007) podporované zamestnávanie spočíva v spojení viacerých časovo obmedzených služieb, ktoré cielene podporujú záujemcu o prácu (neskôr pracovníka) aby si dokázal nájsť a udržať miesto na trhu práce za rovných platových podmienok. Podpora je poskytovaná nielen človeku s postihnutím, ale tiež jeho zamestnávateľovi. Dôraz sa kladie na to, aby sa účastník programu osamostatnil čo najskôr. Ak sa tak nestane do dvoch rokov a užívateľ služby potrebuje aj naďalej podporu, ako ďalší postup sa volí jeho presmerovanie k inej službe.

Tento limit sa však môže prispôbiť individuálnym potrebám klienta. Rovnako ako bežná populácia, aj ľudia s mentálnym postihnutím radi vykonávajú rôzne záujmové a rekreačné aktivity. Ako tvrdí J. Hučík (2007) v oblasti záujmov osôb s mentálnym postihnutím sa vyskytujú niektoré odlišnosti, napríklad záujmy sú často málo diferencované, široké, a preto povrchné, na ich udržanie je potrebná vonkajšia stimulácia, záujmy sú nestále, ľahko ovplyvniteľné a viažu sa na blízke ciele. Ľudia s mentálnym

postihnutím majú podľa neho väčší sklon vyberať si činnosti, na ktoré nemajú predpoklady. Napriek tomu je však možnosť venovať sa svojím záujmom, ak sú vhodné zvolené, pre nich veľmi prínosné z hľadiska rozširovania seberealizačných a kompenzačných mechanizmov (Valenta, M., Müller, O. 2009). Tak ako v bežnej populácii, aj medzi ľuďmi s postihnutím sa nachádzajú osoby s rozličnými schopnosťami či talentom. Ako píše J. Michalík (2011), mentálne postihnutie nie je „kontraindikáciou“ pre talent a kreativitu, a preto ak má človek s postihnutím možnosť svoju predispozíciu rozvíjať, dokáže sa realizovať aj v oblasti umenia.

Ako bolo spomínané vyššie jednou z možností podpory zamestnateľnosti osôb s mentálnym postihnutím je podporované zamestnávanie. Podporované zamestnávanie začalo fungovať v sedemdesiatych rokoch 20. storočia v USA a fungovalo ako alternatíva k tradičnému zamestnávaniu ľudí s mentálnym postihnutím. V podporovanom zamestnávaní funguje sústava modelov na sebe nadväzujúcich chránených zariadení, v ktorých sa zvyšujú nároky na jednotlivca. Avšak možnosti získať vďaka týmto modelom miesto na otvorenom trhu práce sú mizivé, hoci sú často vnímané ako nástroj prípravy na pracovné uplatnenie, v praxi táto funkcia zlyháva. v chránenom zamestnaní je osobe s mentálnym postihnutím ponechávaná doba, v rámci ktorej má priestor na samostatné zvládnutie práce. Doba podpory trvá často 2-3 roky, kedy sa u jedinca pracovné úkony zautomatizujú a je schopný pracovať úplne nezávisle. Podpora môže prebiehať napr. pomocou pracovného asistenta, ktorý napomáha osobám s osvojením si potrebných pracovných zručností. Vhodnou podporou je i úprava podmienok na pracovisku alebo cez kompenzačne pomôcky. Vďaka práci sa mentálne postihnutí stávajú súčasťou komunitou, získavajú finančnú nezávislosť a priestor na pracovnú i spoločenskú integráciu, čím sa stávajú plnohodnotnejšími osobami. Práve preto môžeme v súčasnosti nájsť v rôznych zariadeniach sociálnych služieb, v nízkoprahových zaradeniach či denných stacionároch nájsť terapeutické pracovné dielne, ktoré majú rôzne zameranie napr. remeselné, stolárske, výtvarné atd. V týchto dielňach môžu mentálne postihnutí rozvíjať svoju psychomotoriku, sociálne zručnosti a vedomosti. V tejto súvislosti sa často využíva pojem ergoterapeutické dielne, kde nejde len o terapeutické pôsobenie, ale aj o určitú pracovnú a tvorivú realizáciu mentálne postihnutého, ktorá mu umožňuje, rozvoj, relaxáciu; v niektorých prípadoch ťažkého mentálne postihnutia predstavujú jedinou možnosť seberealizácie a sebavyjadrenia.

Ďalšou možnosťou zamestnávania mentálne postihnutých je chránené zamestnanie, ktoré prebieha na chránených dielňach. Toto miesto vzniká na základe štatútu chránenej dielne a písomnej dohody medzi zamestnávateľom a úradom práce, ktorý zamestnávateľovi poskytuje príspevok na jeho zriadenie a prevádzkové náklady. Podľa zákona musí byť chránené pracovné miesto obsadené 2 roky, v prípade zrušenia pred stanovenou lehotou má subjekt povinnosť vrátiť získanú dotáciu. V zmysle §55 zákona o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z.z. chránená dielňa a chránené pracovisko sú pracoviská zriadené právnickou osobou alebo fyzickou osobou, na ktorých sú zamestnaní občania so zdravotným postihnutím v pracovnom pomere, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce, alebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím zaškoľujú alebo pripravujú na prácu, a na ktorých sú pracovné podmienky vrátane nárokov na pracovný výkon prispôbené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím. Za chránenú dielňu sa na účely tohto zákona považuje pracovisko, na ktorom právnická osoba alebo fyzická osoba zriadi viac ako jedno pracovné miesto pre občana so zdravotným postihnutím a na ktorom pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím.

Zamestnávanie mentálne postihnutých v praxi je však oveľa problematickejšie. Vo všeobecnosti sa však snahy o vytvorenie chráneného pracovného miesta nestretávajú s veľkým úspechom a len veľmi málo z nich sa podarí realizovať, pretože zamestnávatelia majú strach zamestnať človeka s mentálnym postihnutím. Aktuálna situácia v oblasti zamestnávania mentálne postihnutých nie je priaznivá, nakoľko vhodných pracovných miest je málo, a ak sa aj nejaké vyskytnú, väčšinou sa klienti s mentálnym postihnutím stretnú s bariérami na strane zamestnávateľa, keď počuje o mentálnom postihnutí uchádzača, aj keď vo fyzickej rovine by pracovnú náplň človek s postihnutím zvládol. Niekedy je problém v samotnej adaptácii na pracovné podmienky a prostredie, kedy by mentálne postihnutí potrebovali pri práci dohľad alebo asistenciu, ktorá je niekedy potrebná, napríklad pri upratovaní a čistení, aby zamestnanec s postihnutím vykonal dôsledne. Väčšina pracovných ponúk podľa kladie príliš vysoké požiadavky na samostatnosť zamestnanca, hoci by to človek s mentálnym postihnutím fyzicky zvládol, pokiaľ nemá podporu v procese adaptácie u zamestnávateľa, dochádza k zlyhaniu na oboch stranách. Aj keď zo zamestnávania človeka s postihnutím plynú pre zamestnávateľa určité výhody, vo väčšine prípadov zamestnávateľ zľakne nadbytočných povinností a požiadaviek spojených s chráneným pracovným miestom a preferuje zadávanie zákaziek

chráneným dielňam alebo iným možnostiam pred priamou integráciou mentálne postihnutých na pracovisku a trhu práce.

Ilustračným príkladom je nasledovné spracovanie prípadu vo forme osobnej kazuistiky. V rámci zachovania ochrany osobných údajov sú určité údaje o identifikácii zámerne pozmenené.

## **KAZUISTIKA KLIENTOV V PROCESE ERGOTERAPIE AKO PREDPRACOVNEJ PRÍPRAVY**

### **Klient č. 1 – Anton**

#### **Osobná anamnéza**

Klient menom Anton trpí stredne ťažkou mentálnou retardáciou sprevádzanou poruchami správania a zostalým psychomotorickým vývojom. Má problémy s komunikáciou a ide o dieťa z tretej gravidity. Do ZSS sa dostal na žiadosť starostu obce, kvôli negatívnemu vplyvu rodiny. Týždeň pred umiestnením do ZSS sa nezdržoval doma, jeho bratia ani matka tomu nevenovali pozornosť. Do ZSS prišiel v sprievode polície. V súčasnosti je klient zaradený do ergoterapie v zariadení sociálnych služieb. Klient je disciplinovaný. Niekedy sa však stane, že odcudzí predmet inému klientovi. Inak s ním nie sú žiadne problémy. Má rešpekt voči zamestnancom aj starším klientom. Mladších klientov rád vedie a poučuje.

#### **Rodinná anamnéza**

Matka nesvojprávna. Bola jej stanovená opatrovníčka. Klient má dvoch starších bratov, každý majú iného otca. Otec nežil s rodinou od narodenia syna, ale pravidelne s ním udržiaval kontakt až do jeho smrti v roku 2014. Zo ZSS si ho brával aj domov k svojej novej rodine. Matka striedala partnerov, ktorí s nimi žili aj v domácnosti. Momentálne s klientom neudržiava kontakt nikto z rodiny. Starší bratia nútili klienta k zločinom v obci, čím si osvojil nezdravé návyky.

#### **Sociálna anamnéza**

Klient má tiež problémy s komunikáciou, čo je spôsobené pravdepodobne trémou, pretože v menšej skupinke priateľov mu komunikácia robí iba malé problémy. Má málo záujmov,

najradšej trávi čas v záhrade. Vo večerných hodinách rád pozerá televíziu, v horšom počasi robí činnosti ako čistenie záhradného náradia, výroba rôznych predmetov z dreva, napr. vtáčích búdok. Na narodeniny alebo Vianoce si želá darčeky ako motyka, hrable a podobne. Navštevoval špeciálnu základnú školu 4 roky, ďalej nemal záujem vzdelávať sa a nikto ho v tom ani nepodporoval. Doteraz má nezáujem vzdelávať sa, nezaujíma ho ani práca na počítači. Asistenti mu prácu s počítačom predviedli, tak isto aj hranie hier a kreslenie, nič ho nezaujalo.

### **Status praesens**

Riadi sa podľa všetkých pravidiel ZSS. V jeho prípade je dôležité zlepšiť si komunikovanie s okolím, s ktorým má problém aj z dôvodu hanblivosti a nízkeho sebavedomia. Je zamestnaný ako záhradník, pracuje 4 hodiny denne, ktoré ma platené. V záhrade a upravovaním celého areálu ZSS však trávi všetok svoj voľný čas. Rád pracuje v menšej skupinke, ktorú si sám vybral a vedie ju. Pri začlenení nových pracovníkov do jeho skupinky nesúhlasil.

### **Zhodnotenie ergoterapie**

V rámci ergoterapeutických aktivít je klient zapojený do záhradníckych prác v okolí zariadenia sociálnych služieb, čo mu dodáva životný zmysel. Osvojil si potrebné pracovné zručnosti, nadobudol pravidelný režim a svoje pracovné úlohy si plní zodpovedne.

Zamestnanie dodalo klientovi pocit zodpovednosti, dodalo mu každodenné povinnosti, ktoré sa stali zároveň jeho záľubou. Má pocit, že bez neho by okolie ZSS bolo neupravené. Táto práca mu prináša zmysluplné trávenie času. Má vyššie sebahodnotenie a považuje sa za dôležitého. Pri práci sa tvári spokojne. Pohyb a práca v prírode mu zabezpečujú pozitívny vplyv na zdravotný stav. Z dôvodu zvýšenia príjmu si môže dovoliť nákupy rôznych vecí, o ktoré má záujem. Jeho ťažká komunikácia sa stala jednoduchšou.

### **Zhrnutie anamnézy klienta**

Anamnéza Anton	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	Stredne ťažká mentálna retardácia, problémy s komunikáciou a ide o dieťa z tretej gravidity	prevádzaná poruchami správania a zostalým psychomotorickým vývojom.
Detstvo	Prežité v rodine, má súrodencov, ktorí majú negatívny vplyv na neho	Alkoholizmus, kriminality a patologické správanie v rodine

Rodinné zázemie	Matka nesvojprávna - stanovená opatrovníčka. Klient má dvoch starších bratov, každý majú iného otca. Otec nežil s rodinou od narodenia syna, ale pravidelne s ním udržiaval kontakt až do jeho smrti v roku 2014.	Matka striedala partnerov, ktorí s nimi žili aj v domácnosti. Momentálne s klientom neudržiava kontakt nikto z rodiny. Starší bratia nútili klienta k zločinom v obci, čím si osvojil nezdravé návyky.
Školské obdobie	Navštevoval špeciálnu základnú školu 4 roky	ďalej nemal záujem vzdelávať sa a nikto ho v tom ani nepodporoval.
Ústavná starostlivosť	Nariadená súdom na podnet starostu obce pre negatívny vplyv rodiny	Od roku 2014 umiestnený v DSS, prišiel v sprievode polície
Pracovné zaradenie	Zaradený do ergoterapie a pracovnej skupiny v DSS. Zamestnaný ako záhradník, pracuje 4 hodiny denne, ktoré ma platené.	Odmieťa prijať nových členov do svojej pracovnej skupiny, ktorú vedie
Proces vzdelávania	Zaradený do vzdelávania – počítačová gramotnosť	Výchovný program, vzdelávací program, pracovná rehabilitácia
Podporované bývanie	Nezaradený do programu prípravy podporovaného bývania	Pre chýbajúce zručnosti a nízku finančnú gramotnosť nezadený do programu
Proces osamostatňovania sa	Zamestnanie dodalo klientovi pocit zodpovednosti, dodalo mu každodenné povinnosti, ktoré sa stali zároveň jeho záľubou.	Riadi sa podľa všetkých pravidiel DSS. Má pocit, že bez neho by okolie DSS bolo neupravené.

## Klient č. 2 – Tomáš

### Osobná anamnéza

Tomáš trpí stredne ťažkou duševnou zaostalosťou s občasnými poruchami správania. Objavuje sa u neho stredná kognitívna porucha, myslenie súvislé bez abstrakcií, má skoliózu chrbtice. Tomáš sa narodil v roku 1983 ako druhé dieťa v rodine, pred termínom pôrodu, od detstva mu bola nariadená ústavná starostlivosť. Tomáš bol zo zdravotných dôvodov oslobodený od školskej dochádzky, no zúčastňoval sa na výchovnej činnosti v rámci zariadenia sociálnych služieb. V čase a priestore sa vie orientovať. Vie počítať do sto, sčítat' a odčítat' jednoduché príklady. Dokáže sa naučiť jednoduchý krátky text, zahrať scénu. Je negramotný, ale snaží sa učiť čítať, písať tlačené písmená, svoj voľný čas venuje aj tejto aktivite. Tomáš je veľmi snaživý až dychtivý v učení nových zručností a vedomostí.

### **Rodinná anamnéza**

Tomáš pochádza z málopodnetného prostredia, matka z dôvodu nadmerného požívania alkoholu a absencii otca v rodine nebola schopná sa o neho postarať. Z dôvodu mentálnej zaostalosti bol Tomáš umiestnený od piatich mesiacov svojho veku najskôr v detskom domove, neskôr v zariadení sociálnych služieb od jeho troch rokov. Tomáš má o dva roky staršieho brata, ktorý bol tiež vyňatý z prirodzeného rodinného prostredia a umiestnený do detského domova. Ani s jedným synom matka kontakt neudržiavala a neudržiava doposiaľ. Keď mal osemnásť rokov, snažil sa skontaktovať s rodinou, matka stretnutie odmietla, brata sa nepodarilo nájsť, preto nebolo možné sa s ním stretnúť.

### **Sociálna anamnéza**

Tomáš rád športuje, počúva hudbu, tancuje moderné tance. Obľúbené má spoločenské hry, rád pomáha pri drobných prácach v areáli zariadenia, v záhrade a na oddelení. Tomáš si uvedomuje svoje možnosti a obmedzenia, čo sa týkajú jeho intelektuálneho fungovania. Je si vedomý, že je odkázaný na pomoc inej osoby. Má plány do budúcnosti, ktoré sú spojené s bratom, verí že by mohli spolu žiť v jednej domácnosti. Tomášove predstavy o budúcnosti nie sú vždy adekvátne jeho intelektuálnym možnostiam. V dospelosti by rád bol samostatnejší, aj keď si uvedomuje, že potrebuje pomoc inej osoby, svoju samostatnosť chápe ako určité právo, ktoré mu je odopierané. Rád by býval v podporovanom bývaní. Chcel by sa naučiť čítať, písať, používať počítač. Tomášove hodnoty sú ovplyvnené jeho životnými podmienkami, ktorý od útleho detstva je v ústavnej starostlivosti. Má vzťah k spoločným veciam, ktoré využíva s ostatnými obyvateľmi zariadenia. Rozlišuje však svoje súkromné veci, o ktoré sa vie postarať. Jeho hodnotový systém je skôr zameraný na hmotné veci. Svoj voľný čas trávi aktivitami v rámci oddelenia. Má vlastný rádioprehrávač, ktorý rád počúva. Zaujíma sa o prírodu, má rád prechádzky. V letných mesiacoch sa predovšetkým venuje športu. Veľmi rád má skok do diaľky, pretože má v tejto disciplíne najlepšie výsledky v zariadení.

### **Status praesens**

Primeranou a cielenou starostlivosťou je vhodné ho usmerňovať a pomáhať mu v jeho snažení. Hygienické návyky má osvojené, dokáže si vybrať adekvátne oblečenie. Pri jedení je samostatný, dokáže sa najesť príborom. Emocionálne je Tomáš v norme, je spoločenský, priateľský. Konfliktom sa snaží vyhýbať. Občas máva výbuchy zlosti, neznáša kritiku,

hlavne ak sa týka jeho výzoru (veľké, odstávajúce uši, zajakávanie). Dokáže presadzovať svoj názor aj keď nie je správny. Je citlivý, vie prejsť radosť aj smútok. Tomáš používa aktívne jazyk, zrozumiteľne. Slovná zásoba je dobrá, vyjadruje sa v súvetiach, vie formulovať svoje prania a potreby. Ľahko nadväzuje kontakt, charakter kontaktu je priateľský. Rozlišuje kontakt medzi cudzími a známymi ľuďmi. V nadväzovaní kontaktov dokáže byť iniciatívny, používa očný kontakt aj mimiku. Pri nervozite sa objavuje zajakávanie a nekoordinované pohyby rúk. Dodržiava všeobecné normy a pravidlá správania.

### **Zhodnotenie ergoterapie**

Tomáš je zaradený do pracovnej terapie pod vedením ergoterapeuta. Dokáže vykonať pomocné práce v záhrade a na oddelení. V rámci skupiny sa podieľa na prácach v areáli zariadenia. Vie okopávať, rýľovať, hrabať, zametať, sadiť kvety, stromy. Stará sa o stromčeky, pracuje v skleníku. Pri práci vie byť samostatný a iniciatívny. Práve samostatnosť a iniciatíva sú tie vlastnosti, ktoré pomocou ergoterapie mu pomáhajú k rozvoju aj ďalších činností a zručností. Vzhľadom na svoje intelektové možnosti dokáže s pomocou realizovať bežné úkony ako zapnutie gombíka na kabáte, vykonanie hygieny a podobne. Daniel potrebuje dlhodobú pracovnú terapiu, nakoľko ide o stav trvalý. V spolupráci s ergoterapeutom bolo potrebné zostaviť individuálny plán, ktorý je zameraný na rozvoj zručností a vedomostí klienta. Do plánu je nutné zapracovať ergoterapiu, dramaterapiu, čítanie, písanie, aktivity vedúce k nácviku samostatnosti pri nákupoch, hospodárením s financiami individuálneho rozvojového plánu, je potrebné vypracovať na rok, s mesačnými vyhodnoteniami, polročným a ročným hodnotením.

### **DRAMATOTERAPIA**

V rámci skupiny je zaradený aj do dramaterapie, ktorá mu pomáha zdokonaľovať komunikačné zručnosti. Tomáš sa snaží učiť jednoduché texty naspamäť, čo mu pomáha rozvíjať aj slovnú zásobu, rozvíja krátkodobú pamäť, s pomocou dramaterapeuta sa učí správnej výslovnosti. Tieto pozitívne posuny v jeho činnostiach sa prejavujú aj na správaní Tomáša voči ostatným obyvateľom zariadenia. Je komunikatívnejší, do spoločných aktivít sa zapája s menším ostychom.

## Zhrnutie anamnézy klienta

Anamnéza Tomáš	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	Stredne ťažká duševná zaostalosť	stredná kognitívna porucha, myslenie súvislé bez abstrakcií, skolióza chrbtice.
Detstvo	Narodený ako druhé dieťa v rodine, pred termínom pôrodu,	Dlhodobá ústavná starostlivosť, nezáujem zo strany rodiny, bez kontaktu
Rodinné zázemie	matka z dôvodu nadmerného požívania alkoholu a absencii otca v rodine nebola schopná sa o neho postarať.	starší brat bol tiež vyňatý z prirodzeného rodinného prostredia a umiestnený do detského domova.
Školské obdobie	Oslobodený od povinnej školskej dochádzky	Negramotný
Ústavná starostlivosť	Od 5 mesiacov v Detskom domove, neskôr v DSS	od detstva mu bola nariadená ústavná starostlivosť.
Pracovné zaradenie	Ergoterapeutická činnosť - pomáha pri drobných prácach v areáli zariadenia, v záhrade a na oddelení.	Tomáš rád športuje, počúva hudbu, tancuje moderné tance.
Proces vzdelávania	Zaradený do dramaterapie a výchovného programu	Dokáže sa naučiť jednoduchý krátky text, zahrať scénu. Je negramotný, ale snaží sa učiť čítať, písať tlačene písmeňá,
Podporované bývanie	Momentálne nezaradený do nedostatočnú pripravenosť – nutný dohľad	Nedostatočne rozvinuté pracovné zručnosti a osobnostné kompetencie
Proces osamostatňovania sa	V dospelosti by rád bol samostatnejší, aj keď si uvedomuje, že potrebuje pomoc inej osoby,	svoju samostatnosť chápe ako určité právo, ktoré mu je odopierané. Rád by býval v podporovanom bývaní.

Zdroj: vlastné spracovanie.

Ilustračným príkladom je nasledovné spracovanie prípadu vo forme osobnej kazuistiky. V rámci zachovania ochrany osobných údajov sú určité údaje o identifikácii zámerne pozmenené.

## KAZUISTIKA KLIENTA V CHRÁNENOM TYPE ZAMESTNANIA

**Údaje o klientke:** Jana

vek: 29 rokov, stav: ľahké mentálne postihnutie

### **Osobná anamnéza**

Lenka narodená v roku 1990 z druhého tehotenstva, ktoré od 6. mesiaca bolo pod zvýšeným lekárskeym dohľadom, z dôvodu predchádzajúceho tehotenstva, ktoré bolo predčasne ukončené. Od malička bol u nej sledovaný oneskorený psychomotorický vývoj. Trpí ľahko mentálnou retardáciou, má súrodenca, ktorý je zdravý. K ľuďom, ktorých nepozná, je nedôverčivá a niekedy až nepriateľská. Naopak k ľuďom, ktorí sa jej stávajú blízkymi, si vytvára veľmi silný vzťah, doslova je na nich závislá. Veľmi rada chodí nakupovať, pretože sa rada oblieka. Hodnotu peňazí, ale málokedy rozpozná. Jej práním bolo získať zamestnanie a zarábať si, ktoré sa jej určitým spôsobom už naplnilo

### **Školská anamnéza**

Na začiatku navštevovala špeciálnu materskú škôlku, pokračovaním bola základná špeciálna škola a svoju školskú dochádzku ukončila praktickou školou. Počas navštevovania školy bola oslobodená od povinnej školskej dochádzky, no aj naďalej pokračovala ako prevencia pred úplným sociálnym vylúčením. Je pozbavená spôsobilosti na právne úkony a jej opatrovníkom je stanovená matka.

### **Rodinná anamnéza**

Lenka pochádza z neúplnej rodiny. Stratou otca, ktorý tragicky zahynul, veľmi trpela a uzavrela sa do seba. V jej živote jej ostali matka, na ktorú je po strate otca veľmi fixovaná a brat. Pri spomienkach na otca sa stále rozplače. Je citlivá a veľmi zraniteľná. Matka: Ľudmila má ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou, zamestnanie: samostatne zárobkovo činná osoba. Otec: Marián mal ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou, zamestnanie: zvärač

### **Status praesens**

Lenka od roku 2012 začala navštevovať denný stacionár, ťažko sa prispôbovala novým podmienkam. Zo začiatku tam bolo samé dievča a piati chlapci, aj napriek malému kolektívu mala problém nadviazať kontakt. Zvlášť bol problém, keď bol čas rozhovoru, pretože nechcela dovoliť rozprávať iným. V tom momente vždy došlo medzi klientmi k hádke. Potom bývala Lenka smutná a plačlivá. V takom prípade odmietala vo všetkom spolupracovať a čakala, že ten s kým sa pohádala, sa príde ospravedlniť a zmieriť. Keď sa tak stalo, bola znovu veselá a spolupracovala. Málokedy sa rozhodovala sama. Väčšinou

rozhodnutia si nechala schváliť svojou matkou a tak konala. Matka ju nevedla k samostatnosti, skôr sa o ňu starala, aj keď Lenka veľa vecí zvládala úplne sama. Boli prípady kedy potrebovala s niečím pomôcť. V prvých mesiacoch nemala vôbec záujem o činnosti, ktoré predtým vykonávala s radosťou až na maľovanie, ktoré sa jej stalo únikovým, aby unikla určitým spoločným povinnostiam. Vo vzťahu k ostatným nebola príliš spoločenská. Skôr vyhľadávala kontakt s pracovníkom, na ktorého sa snažila fixovať. Postupom času si s každým vytvorila nejaký vzťah.

### Činnosť v chránenej dielni

Činnosť v chránenej dielni je u každej osoby iná. Odvíja sa od miery postihnutia. Lenka maľuje magnetky a odznaky pre odberateľov. Práca v chránenej dielni jej dáva možnosť sa realizovať, integrovala sa do pracovných činností a získala sociálne kontakty.

Aj napriek reprezentovanému mentálnemu veku 6 – 9 rokov, Lenka je schopná získať určitý stupeň nezávislosti. V súčasnosti je mobilná a aktívna vo svojej práci, ktorú vykonáva v chránenej dielni. V dôsledku odborného dohľadu pracovníkov sa jej zlepšila schopnosť nadviazať kontakty aj komunikáciu, čo pre ňu znamená zlepšenie integrácie a čoraz rýchlejšie začlenenie do spoločnosti.

Význam pracovnej rehabilitácie a pracovnej činnosti v chránenej dielni Lenke pomáha v týchto oblastiach:

- rozvíjanie kreatívnych schopností spojených s maľovaním,
- rozvoji základných sociálnych zručností, spočíva napríklad v počúvaní iných, nechať si poradiť,
- rozvoji komunikačných schopností, vytváranie primeraných osobných kontaktov, ovládanie nevhodné prejavy verbálnej a neverbálnej komunikácie a iné,
- dosahovaní,  najväčšej miere samostatnosti,
- rozvoji pracovných návykov, ako napríklad dodržiavať stanovený pracovný čas a plnenie pracovných úloh.

### Zhrnutie anamnézy klientky

Anamnéza Lenka	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	Lahká mentálna retardácia mentálny vek 6-9 rokov	Je pozbavená spôsobilosti na právne úkony a jej opatrovníkom je stanovená matka.

Detstvo	Diagnostiková mentálna retardácia nešpecif. pôvodu	Gravidita ukončená predčasne, predchádzajúce neúspešné tehotenstvá
Rodinné zázemie	Z neúplnej rodiny, otec tragicky zahynul, jeden zdravý súrodenec	Ťažké prežívanie straty otca
Školské obdobie	Na začiatku navštevovala špeciálnu materskú škôlku, pokračovaním bola základná špeciálna škola a svoju školskú dochádzku ukončila praktickou školou.	bola oslobodená od povinnej školskej dochádzky, no aj naďalej pokračovala vo vzdelávaní ako prevencia pred úplným sociálnym vylúčením.
Ústavná starostlivosť	Realizovaná na podnet matky, zaradená do chránenej dielne	Matka ju nevedla k samostatnosti, skôr sa o ňu starala, aj keď Lenka veľa veci zvládala úplne sama.
Pracovné zaradenie	Zaradená do chránenej dielne – výroba magnetiek a iných predmetov	Práca v chránenej dielni jej dáva možnosť realizovať sa, byť v kontakte a rozvíjať si zručnosti
Proces vzdelávania	Zaradená do programu sociálnej rehabilitácie	Rozvoj pracovných zručností a samostatnosti v práci
Podporované bývanie	Dochádza do chránenej dielne z rodinného prostredia	Zabezpečené rodinné prostredie
Proces osamostatňovania sa	Je nutné pracovať s rodinou, podporovať samostatnosť, rozvoj zbytkového potenciálu	Podporovať nezávislosť na integráciu na otvorenom trhu práce – predpoklady a potenciál

Chránené dielne poskytujú priestor na sebarealizáciu a zaradenie do pracovného života pre mentálne postihnutých, ktorí trpia aj ťažkou formou mentálnej retardácie, väčšina takto orientovaných chránených dielní neposkytuje len jednu paletu činností, ale mentálne postihnutí vykonávajú rôzne činnosti podľa toho, čo im ich zdravotný stav dovoľuje a v čom tkvie ich potenciál a akými zručnosťami, disponujú. V porovnaní s normálnym pracovným prostredím, je nutné splňať značné nároky zo strany pracovníkov/čok a zároveň dosahovať oveľa vyššiu mieru spokojnosti a kvality prežívania. Ak má CHD splňať aj svoju terapeutickú funkciu je nutné vytvoriť prostredie, ktoré sa bude na tomto ciele podieľať. Chránené dielne sa nemajú stávať priestorom pre činnosť so zaujímavým programom v rámci ergoterapie, ktorá sa realizuje v domovoch sociálnych služieb, ale má umožniť mentálne postihnutým zaradiť sa do pracovného režimu a produkovať zisk.

Jedným z ďalších cieľov chránených dielní je príprava potenciálnych pracovníkov pre voľný trh práce a preto by sa nemala opomínať skutočnosť, že pracovníci/čky sa možno budú musieť v budúcnosti zapojiť do pracovného procesu aj v podmienkach intaktnej populácie. Je samozrejmé, že vždy budú v istých špecifických podmienkach ale nie je možné podriaďiť ich nárokom činnosť celej organizácie. Preto by CHD mali pripravovať svojich pracovníkov/čky aj na prostredie, kde sa bude musieť postihnutý/á pohybovať v intaktnej populácii, pokiaľ má na to mentálne postihnutý predpoklady. Je nutné hľadať balans medzi všetkými funkciami chránených dielní a reálnymi možnosťami mentálne postihnutých zamestnancov.

Ilustračným príkladom je nasledovné spracovanie prípadu vo forme osobnej kazuistiky. V rámci zachovania ochrany osobných údajov sú určité údaje o identifikácii zámerne pozmenené.

## **KAZUISTIKA KLIENTA INTEGROVANÉHO NA OTVORENOM TRHU PRÁCE**

**Údaje o klientke:** Jana

vek: 27 rokov, stav: ľahké mentálne postihnutie

### **Osobná anamnéza**

Klientka má v súčasnosti 31 rokov. klientka je veľmi komunikatívna, samostatná, šikovná a zručná vzhľadom na postihnutie. Narodila sa predčasne, psychomotorický vývoj bol oneskorený, rovnako ako vývoj reči a motorika, neskôr jej bola diagnostikovaná ľahká forma mentálnej retardácie nešpecifikovaného pôvodu, prisudzovaná predčasnému pôrodu v 35. týždni. Základnú školu navštevovala v integrovanej škole v mieste trvalého bydliska, stredoškolské vzdelanie nemá. V dospelosti začala navštevovať zariadenie sociálnych služieb, nakoľko matka už nedokázala zabezpečovať starostlivosť v plnom rozsahu pre vyšší vek a neskôr bola zaradená do chránenej dielne. V súčasnosti pracuje v kaviarni ako pomocná sila a čašníčka.

### **Rodinná anamnéza**

Klientka Jana žije s matkou v spoločnej domácnosti, majú spolu blízky vzťah, otec zomrel pri práci na stavbe, kde mal pracovný úraz s následkom smrti, stalo sa to, keď bola Jana maloletá vo veku 9 rokov, matka napriek ťažkej životnej situácii sa staralo o mentálne

postihnutú dcéru až do 15 rokov, neskôr začala navštevovať denný stacionár, kde sa učila novým zručnostiam, postupne bola zaradená do chránenej dielne a po získaní potrebných pracovných zručností začala pracovať u zamestnávateľa na otvorenom trhu práce. Súrodencov nemá a matka pre zhoršený zdravotný stav nevládala zabezpečovať starostlivosť o Janu v plnom rozsahu, preto bola v dospelosti preradená do zariadenia sociálnych služieb, kde sa učila pracovným návykom.

### **Status praesens**

Jana sa pokúšala zamestnať, ale nebola úspešná. Počas svojich pokusoch zamestnať sa, stretávala sa s komunikačnou bariérou a teda zamestnávateľa neboli ochotní ju zamestnať ani na jednoduché práce. Pri pohovoroch na nich postrehla nervozitu, neochotu a aroganciou zo strany zamestnávateľov. K niektorým pohovorom s ňou chodievala aj matka, aby mohla za ňu komunikovať. Toto obdobie bolo pre ňu náročné, pretože sa túžila zamestnať, ale kvôli svojmu postihnutiu sa jej to nedarilo. Podľa jej slov, zamestnávateľa na ňu pozerali ako na šibnutú, ale ona sa vedela veci naučiť. Matka sa Janu snažila viesť k samostatnosti, možno aj vďaka tomu sa jej nakoniec podarilo zamestnať v malej kaviarni, kde si privyrába ako pomocná sila a ako čašníčka.

Sociálny pracovník sa snažil pre Janu sprostredkovať prácu, zo začiatku to bolo ťažké, lebo sa musela naučiť pracovným návykom, ktoré nemala osvojené, rovnako sa musela nájsť vhodná práca na základe zručností, ktoré ovláda, muselo sa zistiť, čo vie a čo by dokázala robiť, najskôr začala robiť pomocné práce v zariadení v kuchyni, keď sa tam osvedčila, potom bola zaradená do pracovnej činnosti v chránenej dielni, kde vykonávala práce spojené s prácou na tkáčskom stroji, pomáhala vyrábať koberce alebo látkové tašky, ktoré ozdobovala, keď ju už tkanie prestalo baviť. Podporované zamestnávanie bolo neskôr pre ňu nedostačujúce a túžila pracovať v inom kolektíve. Na základe jej vlastností sa neskôr personál chránenej dielne snažil nájsť uplatnenie Jany na otvorenom trhu práce. Na strane druhej museli brať do úvahy fakt, že ak sa klientka stretne s novými ľuďmi, často krát nevie rozlíšiť ich úmysly. Pre to býva príliš dôverčivá a ovplyvniteľná. A to je aj vlastnosť ľudí s postihnutím, ktorá je častá a ktorá býva problémom.

### **Pracovná anamnéza**

Kým si Jana našla prvú prácu, bola dlho nezamestnaná, takmer 5 rokov medzitým navštevovala denný stacionár, kde bola aktívna a zapojená do ergoterapie a do činností

zariadenia ako pomocná sila, pomáhala iným klientom, servírovala jedlo a iné pomocné práce, ktoré zvládala, ale rýchlo sa dokázala unaviť.

Svoju prvú naozajstnú prácu začala Jana robiť v chránenej dielni, kde striedavo robila na tkáčskom stroji a tvorivú činnosť – ozdobovanie látkových tašiek, čo ju ale veľmi nenapĺňalo a chcela viac robiť s ľuďmi a byť s nimi v kontakte, hoci mala problém s komunikáciou.

Prvou prácou, ktorú klientka dostala bola v predajni s darčekomými predmetmi, kde pomáhala vykladať tovar, baliť tovar, štítkovať, vykonávala jednoduché práce. Tu sa učila ako zákazníkov obsluhovať, ako s nimi komunikovať, ako im baliť objednaný tovar. No napriek práci so zákazníkmi mala za úlohu jednoduché práce ako prepravu a balenie tovaru, návšteva pošty s inštrukciami na lístku. Čo bolo najdôležitejšie musela sa naučiť pracovnému režimu a teda presný príchod, dodržiavanie prestávok, správanie sa k zákazníkom napriek tomu, či má alebo nemá dobrú náladu. Sama spomína, že získala rešpektíve naučila sa veľa dôležitých vecí. Veľkým pozitívom bol zamestnávateľ a teda majiteľ predajne, ktorý bol veľmi trpezlivý a ochotne spolupracoval pri riešení a zvládaní novoobjavených problémov. Na tomto mieste pracovala dva roky, potom bola takmer rok nezamestnaná, kým sa jej opätovne podarilo nájsť zamestnanie, znova sa musela niektoré veci učiť od začiatku.

Neskôr Jana našla za pomoci iných ľudí zamestnanie v miestnej firme, povedali, že len na skúšku, ale nakoniec sa osvedčila a zostala tam pracovať. Pomáhala s pásovou výrobou, balila finálny produkt z pásu do krabičky, označovala štítkom a lepila. Táto práca ju bavila, pretože bola medzi inými ľuďmi, hoci robila každý deň to isté, vyhovovalo jej to, pretože nebola odkázaná na mami a ani sociálne pracovníčky zo zariadenia, ktoré jej hovorili, čo má robiť. Neskôr, keď sa osvedčí, je predpoklad, že by mohla dostať aj ďalšie pomocné práce, kde by mohla získať ďalšie zručnosti a naučiť sa niečo nové. V súčasnosti je spokojná, pretože na necíti nikomu na obtiaž, naďalej býva s mamou v domácnosti, ktorá je jej oporou. Jana sa ešte necíti na to, aby zostala bývať sama, samej by jej bolo smutno a musela by si variť, čo sama nezvláda.

### **Zhodnotenie**

Prácou, ktorá ju veľmi baví a naplňuje, získala potrebné sebavedomie a za prácu je Jana vdáčna. Priniesla jej väčšiu samostatnosť od svojej matky, ale aj nové priateľstvá. Klientka má pocit, že sa jej kvalita omnoho zvýšila, pretože sa stala aj viac finančne nezávislá a

mohla si kúpiť to, čo sama chcela ako aj pomôcť matke pri vedení domácnosti. Samozrejme, že aj v predajni zarobila pár euro, ale vtedajší zamestnávateľ si nemohol dovoliť zaplatiť jej veľa. Práca v chránenej dielni jej priniesla pocit, že si jej prácu cenia, ale najlepšie sa cíti v súčasnosti v bežnom zamestnaní. Ako hovorí: „Som tu aj medzi inými ľuďmi“. Hoci niekedy sa stane, že v práci potrebuje pomoc alebo má problém pri zoznámení sa s novým kolegom/kolegyňou, ale celková práca v bežnom kolektíve vníma ako veľmi dobrú a je spokojná. Ako hovorí: „Keby ma to tu nebavila, tak by som sem nechodila“.

### Zhrnutie anamnézy klientky

Anamnéza Jana	Stav	Zhodnotenie
Zdravotný stav	Ľahká mentálna retardácia	Nešpecifický pôvod postihnutia, stav stabilizovaný
Detstvo	Narodila sa predčasne, psychomotorický vývoj bol oneskorený, rovnako ako vývoj reči a motorika, neskôr jej bola diagnostikovaná ľahká forma MR	Vedená k čiastočnej samostatnosti, vychovávaná v rodine matkou a otcom do 9 rokov, opatrovníkom je matka
Rodinné zázemie	Neúplná rodina, smrť živiteľa rodiny, bez súrodencov	Vedená k čiastočnej samostatnosti, vychovávaná v rodine matkou a otcom do 9 rokov, opatrovníkom je matka
Školské obdobie	Povinná školská dochádzka absolvovaná	Ďalej sa nevzdelávala
Ústavná starostlivosť	Pre zhoršený zdravotný stav navštevuje denná stacionár	Zaradená do programu od 18 rokov
Pracovné zaradenie	Začala pracovať v chránenej dielni – práce na tkáčskom stroji, výroba kobercov alebo látkových tašiek,	Neskôr preradená na pozíciu pomocné práce – čašníčka v kaviarni
Proces vzdelávania	Zaradená do výchovného vzdelávania a programu rozvoja pracovných zručností	Podporený rozvoj pracovných zručností, adaptované na pracovné prostredie, osvojené návyky
Podporované bývanie	Žije v spoločnej domácnosti s matkou	Predpoklad zaradenia, ak sa zhorší zdrav. stav matky
Proces osamostatňovania sa	V súčasnosti u bežného zamestnávateľa na pozícii balička – 6 hod. denne	Zabezpečená integrácia na otvorenom trhu práce

Význam práce a pracovného uplatnenia v živote človeka má veľký prínos nielen z hľadiska finančného, ale najmä z hľadiska socializačného a psychologického, mentálne postihnutí sú viac v psychickej pohode, keď sa cítia byť užitoční, rozvíjajú si zručnosti v tých oblastiach, ktoré im vyhovujú a učia sa žiť čo najviac samostatne.

Klusoňová a Špičková (1986) uvádzajú možnosti a obmedzenia v pracovnom prostredí v prípade rôzneho stupňa ľudí s mentálnym postihnutím. Ťažká mentálna retardácia znamená, že postihnutý/á dospieva na úroveň 2-4 rokov, čo znamená, že ovláda reč obmedzene a má problémy so zovšeobecňovaním ale dokáže sa zorientovať vo svojom prostredí, naučiť sa sám seba obslužiť a v ideálnom prípade v dospelosti pracovať. V pracovnom prostredí však musí mať zabezpečené rutinné prostredie s jasnými pravidlami, kde môže vykonávať pracovnú činnosť, ktorá si nevyžaduje premýšľanie, ale ide skôr o manuálne činnosti napr. pomoc pri zveľaďovaní prostredia domova sociálnych služieb a záhrady.

Stredná retardácia dosahuje úroveň 4 – 7. roku života. Stredne mentálne retardované osoby sú schopní/é používať základné pojmy, ale zaostáva ich abstraktné myslenie a samostatné riešenie problémov. Mierna retardácia je úrovňou, v ktorej sa dosahujú konkrétne myšlienkové operácie, tzn. 7-11 rokov. Ľudia s takýmto typom mentálneho postihnutia sú schopní/é logicky riešiť problémy a s pomocou viesť normálny život v sprievode asistenta, rodiny alebo opatrovateľa. Väčšina z nich je schopná začleniť sa do pracovného aj sociálneho prostredia práce, aj keď samozrejme s klesajúcou úrovňou klesá aj náročnosť pracovných úkonov, ktoré sú schopní/é vykonávať. Najťažšie formy zvládajú len sebaobsluhu, niektorí/é len obmedzenú a v niektorých prípadoch ani to.

V chránených dielňach alebo na pracovných pozíciách na otvorenom trhu práce sa najčastejšie stretávame s ľahkou mentálnou retardáciou zväčša nešpecifického pôvodu, s Downovým syndrómom ľahkého stupňa, s ľahkou mentálnou retardáciou s pridruženými poruchami (detská obrna, epilepsia, autizmus, schizofrénia, jeho miera integrácie závisí od konkrétneho postihnutého/tej a jeho/jej schopností a výchovy a rodinného či sociálneho zázemia. Zapojenie sa do pracovného procesu predstavuje pre mentálne postihnutých jednu z možností ako sa môžu zúčastňovať na sociálnom živote celej spoločnosti a naplňať svoj „život cestou k iným ľuďom“ (Klusoňová, Špičková, 1986, s. 47).

Z praxe môžeme potvrdiť, že chránené dielne zohrávajú významnú úlohu pri pracovnom uplatnení mentálne postihnutých, pretože títo klienti na rozdiel od niektorých

občanov s iným typom zdravotného postihnutia majú menší predpoklad uplatnenia na otvorenom trhu práce, respektíve len veľmi mála časť mentálne postihnutých, prevažne len tí s ľahkou mentálnou retardáciou, získajú príležitosť pracovať v bežnom pracovnom prostredí. Na rozdiel od ľudí s telesným postihnutím, pre ktorých chránená dielňa môže predstavovať len prechodné riešenie pracovnej integrácie, pre mentálne postihnutých sa stáva zamestnanie v chránenej dielni trvalou prácou, nakoľko sa z rôznych dôvodov nevie uplatniť na bežnom pracovnom trhu. Na to, aby chránené dielne dosahovali trvalo udržateľný rozvoj a aby pre svojich zamestnancov predstavovali podporu a nie brzdu ich osobného rozvoja, je potrebná väčšia zainteresovanosť viacerých subjektov, motivácia mentálne postihnutých k samostatnosti a rozvoj potrebných životných zručností, ktoré im uľahčia prechod k nezávislému životu.

Autorky monografie Lucia Ludvigová Cintulová a Daniela Baková zaraďujú na základe praktických skúseností medzi základné výhody fungovania chránených dielní v týchto oblastiach:

- Chránená dielňa umožňuje pracovné uplatnenie aj pre tých občanov s akýmkoľvek typom zdravotného postihnutia, ktorí sa nevedia uplatniť na otvorenom trhu práce a ktorí majú nižšiu schopnosť produktivity práce z dôvodu nutnosti prekonávať dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia.

- Obmedzená schopnosť pohybu a ďalšie pridružené ochorenia k základnému zdravotnému postihnutiu im nedovoľujú zaradiť sa do bežného pracovného kolektívu na otvorenom trhu práce, prispôsobenie pracovných podmienok a tempo práce prispôbené zdravotnému stavu a obmedzeniam vyplývajúcich z postihnutia, toto nedokážu poskytnúť a zabezpečiť viacerí zamestnávateľia na otvorenom trhu práce v takej miere ako chránená dielňa.

- Práca v chránenej dielni pre ľudí so zdravotným postihnutím je bezpečnejšia alternatíva v porovnaní s prácou na otvorenom trhu, je menej náročná a prihliada na individuálne zručnosti ľudí so zdravotným postihnutím, berie do úvahy ich obmedzenia – zhoršenú mobilitu, potrebu pravidelnej rehabilitácie, poruchy jemnej a hrubej motoriky, poruchy koordinácie a CNS sprevádzané skoliózami, bolesťami chrbtice a ďalšími zdravotnými problémami.

- Zaradenie niektorých ľudí so zdravotným postihnutím do systému chránených dielní im umožňuje vyššie naplnenie ako pri problematickom uplatnení na bežnom

pracovisku, kde nemajú dostatočne prispôsobené pracovné podmienky a upravený pracovný režim, ktorý by zodpovedal ich potrebám a požiadavkách zdravotného stavu,

- Uplatnenie v chránenej dielni poskytuje zdravotne postihnutému občanovi možnosť zúčastniť sa na zlepšovaní svojich zručností, možnosť individuálneho pracovného tempa, naplnenie seberealizácie a pocitu užitočnosti.

- Chránené dielne navyše môžu slúžiť ako školiace výcvikové strediská pre budúce pracovné uplatnenie ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí až keď získajú potrebné pracovné a sociálne zručnosti, potom môžu byť plne integrovaní na otvorený trh práce, čím sa eliminuje ich prípadné zlyhanie v procese pracovnej integrácie a podporí sa ich nezávislý život.

V prípade preferovania podporovaného zamestnávania v chránených dielnach pred integráciou zdravotne postihnutých na trh práce zaraďujeme najmä tieto nevýhody:

- Stagnácia zdravotne postihnutých v chránenej dielni bez možnosti osobnostného a profesionálneho rastu, nízka rozmanitosť pracovného kolektívu, nízke nároky na výkon a tým aj horšia udržateľnosť a vysoké finančné náklady na chod chránených dielní.

- Zamestnanci s postihnutím pracujú v chránenej dielni dlhé obdobie v rovnakom zložení pracovného kolektívu, napríklad ide o klientov z rovnakého zariadenia sociálnych služieb, ktorí spolu bývajú v zariadení a pracujú v chránenej dielni.

- Nízka motivácia zdravotne postihnutého o osobnostný rozvoj, nízka kvalifikácia, ktorú si nerozvíjajú dostatočne v chránenej dielni na to, aby ju mohol v budúcnosti opustiť.

- Vysoký počet tradičných chránených dielní s tendenciou k stagnácii, ktorá zamestnáva ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí nemajú šancu sa zamestnať na otvorenom trhu práce a oveľa nižší počet chránených dielní, ktorých cieľom je presun svojich zamestnancov s postihnutím na otvorený trh práce. Čoraz menej chránených dielní sa zamerávajú na odborné vzdelávanie a prípravu na otvorený trh práce.

- Nedostatočne vnímanie prínosu z práce zdravotne postihnutých osôb spoločnosťou, nízka produktivita práce, neefektívnosť a neehospodárnosť chránených dielní, zvýšené náklady na finančnú udržateľnosť chránených dielní, nízka schopnosť konkurenčného boja na trhu.

- Nízka motivácia zamestnávateľov zamestnávať zdravotne postihnutých občanov z rôznych dôvodov od finančných cez sociálne až po existenciu stereotypných predsudkov o mýtov spojených so zdravotným postihnutím.

- Administratívna náročnosť pri podávaní žiadostí o finančnú podporu pri zamestnávaní zdravotne postihnutých občanov. Chránené dielne a pracoviská sú tak jedným z nástrojov aktívnej politiky trhu práce (AFTP), keďže ich vznik a prevádzku podporuje štát cez viacero rôznych príspevkov (ide napríklad o príspevok na zriadenie pracoviska, udržanie občana so zdravotným postihnutím v zamestnaní, podporu podnikania, obnovu majetku v chránenej dielni alebo pracovisku) a prostredníctvom ktorých sa štát snaží týchto ľudí zamestnať ako aj motivovať samotných zdravotne postihnutých k podnikaniu, na druhej strane tu existencie tendencia k ich znižovaniu, okresávaniu nákladov na ich prevádzku či snahy verejného sektora o zníženie počtu chránených dielní z dôvodu neefektívnosti, nízkej produktivity a neprosperity. Na druhej strane sa tu objavuje fenomén rozmáhania chránených dielní, ktoré fungujú takzvané fiktívne, zamestnanci tu nevykonávajú pracovnú činnosť, ale sú tu vedení len administratívne, prípadne nepracujú v chránenej dielni v takom rozsahu, ako by mali a chránená dielňa sa stala súčasťou biznisu podnikateľského sektora, stratil sa pôvodný zámer a ciele vzniku chránenej dielne.

- Nie je potrebné, aby vznikali obrovské počty nových chránených dielní. Medzi zdravotne postihnutými je vysoké percento ľudí, najmä mladých a s dobrými zručnosťami, ktorí by dokázali pracovať na otvorenom trhu práce, ak by mali vhodne upravené pracovné podmienky. Avšak, stojme nohami na zemi, bez finančnej podpory štátu ich mnohí zamestnávateľia nezamestnajú. V našej spoločnosti vo vzťahu k zdravotne postihnutým stále pretrvávajú predsudky, strach z nepoznaného a diskriminácia.

### Porovnanie zamestnávania mentálne postihnutých

Typ zamestnania	Výhody z pohľadu klientov	Nevýhody z pohľadu klientov
<b>Pracovná terapia v zariadení</b>	Keď človek nič nevie, je to dobrý štart, niečo sa naučí Je to super, keď človek nemá inú prácu a nevie si nájsť zamestnanie, máme aktivity	Nedostávate veľa peňazí a nemôžete byť samostatný Ste pod dohľadom a kontrolou personálu, ste na očiach všetkých Nie je to skutočná práca za peniaze
<b>Chránená dielňa</b>	Snažila som si nájsť prácu, ale nedarilo sa, som vďačná, že môžem pracovať v chránenej dielni	Ste stále s tými istými ľuďmi Vykonávate činnosť, ktorú vám zadelia, robíte zväčša to isté Je tu pracovný asistent, ktorý veľa

	Nemusíme robiť rýchlo, máme čas, môžeme sa aj porozprávať, je tu bezpečne, Nie je tu stres	vecí robí za nás Nízka pripravenosť za prácu na otvorenom trhu práce - musíme sa toho ešte veľa naučiť
<b>Otvorený trh práce</b>	Nové prostredie a noví ľudia Lepšia možnosť samostatnosti a vyšší plat Vyššia nezávislosť, iný svet a hospodárenie s vlast. peniazmi	Oveľa väčšia zodpovednosť Nutnosť dodržiavať príchody a odchody do práce Vyššie nároky na prácu a na jej kvalitu

## 1.5 STEREOTYPNÉ PREDSTAVY A PREDSUDBY VOČI MENTÁLNE POSTIHNUTÝM

Podľa Könczeiho (In Berszán, 2008) negatívne predsudky voči nim vychádzajú aj z toho, že spoločnosť berie na vedomie ich postihnutie nie na základe reality, ale na základe ústneho podania. Tieto informácie sú značne skreslené a nedostačujúce. Oproti tomu dostatok reálnych informácií vedie k vyvráteniu chybných predsudkov.

Je kultúrne dané a je uchované z generácie na generáciu, ako sa tá, ktorá spoločnosť stavia k ľuďom s postihnutím. Popritom aj osobná skúsenosť a vplyv spoločenskej výchovy ovplyvňuje to, ako sú osoby s postihnutím spoločensky posudzované a prijaté. Vychádzať by bolo treba z jedinečnosti každého človeka, či už zdravého alebo s postihnutím. Veď ako každý človek aj človek s postihnutím je jedinečný, má individuálne schopnosti, možnosti, individuálne prežíva svoj život. Dôležité je jeho akceptácia, pochopenie, vzťah s ním so spoznávaním jeho vnútorného života.

Plne súhlasíme s názorom Šustrovej (2008), podľa ktorej ľudia s postihnutím síce sú odkázaní na podporu a pomoc či už zo strany rodičov, sociálnych pracovníkov alebo iných odborných pracovníkov, chcú žiť dôstojný, plnohodnotný, nezávislý život. Nepotrebujú riadenie vlastného života od iných, potrebujú len podporu, pomoc, sprevádzanie počas svojej životnej cesty.

Majú síce znížené adaptačné schopnosti, ale v chránenom prostredí, pri vhodnej podpore, sa tieto nepriaznivé črty neprejavujú alebo sa prejavujú iba v menšej miere. Súčasnou snahou je pôsobiť na ich život tak, aby sa zvyšovali ich možnosti na ucelenejši,

kvalitnejší život, aby sa vedeli rozuzliť, žiť vlastným životom a stali sa plnohodnotnými členmi spoločnosti. Ťažkosti a prekážky v živote môžu spôsobiť u každého jednotlivca určité nevýhody alebo deviantnú životnú cestu. Ak tieto ťažkosti sú ešte spojené aj s postihnutím, je potrebné zabezpečiť pre tieto osoby zvýšenú ochranu. Podľa Mageri (2012, s. 211) „bez cielenej sociálnej práce, pomoci a sociálnych služieb by nemali možnosť podieľať sa na všetkých stránkach života spoločnosti, čím by im bolo znemožnené uplatnenie ich ľudských a občianskych práv”.

Skúsenosť nám neraz ukazuje, že ľudia so zdravotným postihnutím sú na Slovensku vo všeobecnosti považovaní za nezamestnateľných ľudí, ktorí odčerpávajú peniaze zo štátneho rozpočtu, často sú označovaní a chápaní len ako pasívni poberatelia kompenzačných príspevkov a invalidných dôchodkov. Napriek existencii negatívnych tendencií voči zamestnávaniu a stereotypných predsudkov, samotní hendikepovaní pracovať chcú.

Asi nikto nepochybuje o význame práce, osobitne platenej práce, pre život človeka. Medzi pracovnou silou každej krajiny sa nachádzajú skupiny, ktoré čelia výraznejším problémom nájsť si zamestnanie, a to platí nielen pre mentálne postihnutých, ale aj pre mladých ľudí bez zdravotného postihnutia, obe tieto skupiny sú nadmierne ohrozené nezamestnanosťou a odkázanosťou na sociálny systém. Napriek ratifikácií viacerých medzinárodných dohovoroch a nadnárodných dokumentov, zamestnanosť ľudí so zdravotným postihnutím zostáva na Slovensku stále okrajovou témou. A pritom, mať prácu – zamestnanie, je najlepší spôsob integrácie do spoločnosti. Dáva človeku status, dôstojnosť, zamestnancovi so zdravotným znevýhodnením umožňuje žiť naplno a nezávisle s primeraným príjmom a primeranou kvalitou života, po ktorej túži každý človek bez rozdielu pohlavia či zdravotného postihnutia.

Jednou z dôležitých otázok sociálnej práce je i práca s týranými ženami. Pri práci s mentálne postihnutými sa možno stretnúť aj s prítomnosťou týrania mentálne handicapovaných osôb. Je to dosť objasňovaná otázka súčasného sveta. Avšak, to že je často týranie spojené i s prácou s mentálne handicapovanými, nie je často dostatočne preskúmané. Tento problém sa snaží úspešne odhaľovať i najnovšia vedecká práca I. Ráca a M. Farkašovej (Rác, Farkašová, 2018). V tejto publikácii je skúmaná spojitosť týraných žien s handicapom rôzneho charakteru: handicap pohybový, sluchový a psychický.

## 1.6 VÝCHODISKÁ STAROSTLIVOSTI O MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Osoby s mentálnym postihnutím boli v minulosti nazývané ako slabomyseľné či oligofrénné osoby. V 70. a 80. rokoch sa stále viac zdôrazňovala osobnosť každého jedinca s postihnutím. Vznikla nová koncepcia tzv. špeciálnych potrieb, služieb a podpôr na rozdiel od predtým uplatňovanej koncepcie zameranej ich obmedzenia. Ľuďom s postihnutím boli priznané práva na plnohodnotný život v spoločnosti, do ktorej sa narodili. Samotnej spoločnosti bola daná povinnosť, aby vytvorila systém sociálnych služieb a pomoci, aby títo postihnutí ľudia mali svoje potreby po celý život dostatočne naplnené. Tieto zmeny viedli k zmene vnímania mentálne postihnutých vo vzťahu k ľudským právam ako jedinečnej bytosti a individuality (Valenta, 2012). Počiatky starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím sledujeme od 60. rokov 19. storočia, kedy boli na našom území zakladané prvé inštitúcie ústavnej starostlivosti, koncom 19. storočia sa upravili právne normy a došlo k zákonným ustanoveniam smerujúcim k zlepšeniu podmienok rodín s deťmi s rôznymi druhmi postihnutia. V domovskom práve z roku 1863 bolo uvedené, že príslušníci obce majú nárok na verejnou pomoc sociálnu a chudinskú. V druhej polovici 19. storočia došlo k zákonným úpravám, z ktorých sa vyplynula možnosť zriadiť vyučovacie ústavy pre „abnormálnych“ občanov. Tieto ústavy boli financované dobročinnými zdrojmi, štátom boli len kontrolované a riadené. Ústavy poskytovali starostlivosť sociálnu, liečebnú, rehabilitačnú, výchovnú a z malých častí vzdelávaciu (Eisová, 1983). Vznikali inštitúcie pre osoby s mentálnym postihnutím približne od roku 1871, ktoré boli zriaďované pod vedením rôznych spolkov, ktoré tvorili lekári, pedagógovia a ďalší odborníci, tí poukazovali na nutnosť vedenia a sprevádzania klientov (Černá a kol., 2015).

Sociálna starostlivosť o ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii je stará ako ľudstvo samé. V tradičných spoločnostiach sociálna starostlivosť a ochrana boli povinnosťou rodín, ale postupne s náboženstvom sa objavili aj štátom poskytované služby. Odborná literatúra sa pozerá na sociálnu starostlivosť z rôznych hľadísk, ale každé hľadisko vyzdvihuje úlohu cirkvi, ktorá v každej dobe determinovala prístupy a priamu prácu s núdznými a postihnutými. Spočiatku išlo najmä o materiálnu pomoc a naplnenie základných fyzických potrieb ľudí so zdravotným postihnutím. Neskôr, v modernej dobe, sa postupne začalo hovoriť o zdravotnom postihnutí ako o medicínskom probléme, ktorý vyžaduje špeciálnu starostlivosť v špeciálnych podmienkach, v „ústavoch“. Ako píše Matoušek (2005) tento

model starostlivosti kládol dôraz na zabezpečenie primárnych potrieb jedincov s postihnutím, pričom ich vyššie potreby neboli uspokojované.

Po roku 1989 sa situácia začala meniť. Menil sa i prístup k ľuďom s postihnutím, zdravotný prístup a starostlivosť o postihnutých začala byť nedostatočná a poukazovalo sa na to, že tradičné inštitúcie, „ústavy“, nedokážu zabezpečiť ich starostlivosť tak, aby mohli uspieť v bežnom živote a v spoločnosti. Bariérami inštitucionálnej starostlivosti sa zaoberali viacerí autori, napr. Chlupa (In Krupa, 2007 s. 17) zdôrazňoval prekážky, ktoré „nedostatočne, alebo nevýhodne ovplyvňujú telesný, duševný a sociálny rast defektného dieťaťa“. Zdôrazňoval biologickú, psychologickú a sociálnu odlišnosť v osobnosti ľudí s postihnutím, čo vyžaduje špecializáciu a humanizáciu sociálnych služieb v inštitúcii. V praxi to znamenalo podporu transformácie sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti. Hlavným cieľom tohto procesu je zmena ich kvality, vyrovnanie podmienok kvality života prijímateľov sociálnych služieb, transformácia sa nástrojom na presadzovanie zmien pre individualizované spôsoby starostlivosti o človeka, ktorého konečným cieľom je jeho integrácia a inklúzia. (Krupa, 2007).

Súčasný Európsky právny rámec má za cieľ vytvoriť jednotné chápanie a princípy sociálnych služieb v rámci Európskej únie. Jedným z najdôležitejších cieľov je podpora a zvyšovanie kvality života ľudí so zvyšovaním kvality sociálnych služieb. Veľkým pozitívom bolo prijatie novej právnej normy zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení Zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Do tohto zákona boli zakomponované povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb s ďalšími požiadavkami a štandardmi, ktoré predurčujú zvyšovanie, a nutnosť hľadať a zabezpečiť mechanizmy, ktoré prispievajú k zvýšeniu kvality služieb. Sociálne služby majú byť poskytované v súlade ľudskými právami a zásadami „stanovené v Charte základných práv Európskej únie“ a záväzkami ďalších podobných medzinárodných dokumentov. Z viacerých treba spomenúť Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím a Opčný protokol, ktorý pre Slovenskú republiku je platný od 25. júna 2010. Uznáva právo všetkých osôb so zdravotným postihnutím žiť v spoločenstve s rovnakými možnosťami ako ostatní a ich plné začlenenie do spoločnosti so zohľadňovaním ich potrieb. (Expertná skupina ad hoc, 2009).

Sociálna starostlivosť o chudobných, chorých a ľudí odkázaných na pomoc, pri meniacich sa hospodárskych a spoločenských základoch sa realizuje stále v inej forme. V priebehu 20. storočia sa aj na Slovensku prebiehali veľké zmeny v živote mentálne

postihnutých a ľudí žijúcich s rôznymi inými postihnutiami. Tieto zmeny vychádzali z európskej iniciatívy a z medzinárodných dokumentov, ktorých ciele sú aplikované aj v slovenskej legislatíve. Jednou zo zmien je proces transformácie sociálneho systému, ktorého cieľom je rešpektovanie práv ľudí žijúcich s postihnutím, normalizácia ich životného prostredia a spôsobu ich života. V dôsledku transformácie sociálneho systému sa rozšírilo spektrum poskytovateľov sociálnych služieb. Pri kvantitatívnom vývoji by sa malo koncentrovať na kvalitatívnu starostlivosť, ktorá akcentuje formovanie noriem vychádzajúc z potrieb prijímateľov sociálnych služieb. Dnes platný Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z s implementáciou štandardov, predurčuje poskytovateľom sociálnych služieb hľadanie a zabezpečenie mechanizmov, ktoré prispievajú k zvýšeniu kvality služieb. Na druhej strane preferuje sociálne služby v prirodzenej komunite s podporovaním zotrvávania jedinca čo najdlhšiu dobu v jeho prirodzenom prostredí. K dosiahnutiu napomáha aj proces deinštitucionalizácie, ktorej cieľom je zlepšiť kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb tak, aby žili svoj život podľa svojich predstáv v prirodzenej komunite a nie v segregovaných podmienkach ako sú inštitúcie.

Pre naplnenie Národného akčného plánu rozvoja sociálnych služieb, Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny vypracovalo Národný projekt pod názvom „*Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb*“. Projekt sa začal realizovať v marci 2013 s cieľom odštartovania procesu deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb. Do projektu je zapojených päť samosprávnych krajov a sedem zariadení. Medzi ne patrí aj Domov sociálnych služieb Okoč, ktorý tvorí jeden zo subjektov nášho výskumu. Toto zariadenie sa zapojilo do projektu deinštitucionalizácie z dvoch dôvodov. Jedným dôvodom bol havarijný stav po požari, čo bolo treba akútne riešiť a druhým dôvodom bola nemožnosť získať finančnú podporu na rekonštrukciu pôvodného veľkokapacitného zariadenia.

Členské štáty Európskej únie sú založené na týchto hodnotách a spoločne prijali stratégiu nazývanú Stratégia Európa 2020. Implementáciou tejto stratégie sú Národné priority rozvoja sociálnych služieb, ktoré reagujú na aktuálne výzvy v oblasti sociálnej pomoci (Burdová a kol., 2015). Vychádzajú z aktuálnych potrieb a zdôrazňujú vytváranie rovnakých príležitostí pre všetkých, dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami komunity a tiež ich udržateľnosť a efektívnosť. Prijatie Národných priorít rozvoja sociálnych služieb vytvorilo priestor na deinštitucionalizáciu sociálnych služieb. (Oláh, Iglárová, 2015).

K priekopníkom deinštitucionalizácie patrí Nórsko, Švédsko, Veľká Británia, USA, ktorí začali s deinštitucionalizáciou už v 70. rokoch minulého storočia. Ich výsledky, na základe výskumného hodnotenia Európskej komisie dokazujú pozitívne zmeny, vyššiu úroveň osobnej spokojnosti a sociálneho začlenenia prijímateľov sociálnych služieb. Tieto výskumy potvrdzujú, že najčastejšie skúmané dimenzie kvality života v menšej komunite sa zlepšujú. Expertná skupina ad hoc (2009) okrem porovnávania inštitucionálnej a komunitnej starostlivosti ponúka aj odporúčania k procesu deinštitucionalizácie na základe skúseností štátov, kde sa už takéto zmeny uskutočnili. Príklady dobrej praxe možno medzi európskymi štátmi nájsť najmä v severských krajinách, predovšetkým vo Švédsku alebo vo Veľkej Británii. Práve vo Švédsku, ale tiež napríklad v USA, je transformácia sociálnych služieb ošetrená legislatívou. Európski odborníci na proces transformácie a zástupcovia krajín, v ktorých proces už dlhodobo prebieha, sa zhodujú v tom, že najväčší odpor a obavy zo zmeny sú zaznamenávané u rodín užívateľov a zamestnancov zariadení. S transformáciou sociálnych služieb môžu mať určitý problém aj zamestnanecké odbory a spolupracujúce ekonomické subjekty, obzvlášť potom dodávatelia v blízkosti ústavu.

Česká republika spolu s ďalšími postkomunistickými štátmi pristúpila k transformácii sociálnych služieb na rozdiel od západnej Európy, kde proces deinštitucionalizácie prebiehal už od šesťdesiatych rokov minulého storočia, s oneskorením niekoľkých desaťročí. V Československu sa o potrebe zmeny nastavení celého systému medzi odborníkmi hovorilo už od osemdesiatych rokov, ale kvôli vtedajšiemu komunistickému režimu sa ju nepodarilo zrealizovať. Krátko po roku 1989 sa nositeľmi tohto procesu stali predovšetkým novo sa rodiace neziskové organizácie, ktoré často zakladali rodičia hendikepovaných detí. Veľkokapacitné ústavy, ktorých história siaha až do devätnásteho storočia, začali tak postupne dopĺňovať aj nové druhy služieb, ktoré si kládli za cieľ zabezpečiť, aby handicapovaní občania nemuseli kvôli svojmu postihnutiu opúšťať prirodzené prostredie a rodinu či iné blízke osoby.

### **1.6.1 Reziduálna starostlivosť o mentálne postihnutých**

Mentálne alebo iné zdravotné postihnutie prináša mnohé problémy, ktoré v interakcii s rôznymi prekážkami spôsobí rôzne znevýhodnenia a zabraňuje plnému a účinnému zapojeniu sa do každodenného života v spoločnosti. Dôsledkom toho ľudia s mentálnym a s iným zdravotným postihnutím takmer vždy sú odkázaní na pomoc svojich blízkych, prípadne iných, vrátane sociálnych služieb. Možno to je dôvodom, že najfrekvencovanejšia

časťou sociálnych služieb sú služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu. (Repková-Sedláková, 2012).

Prikláňame sa k názoru Holúbkovej (2013) podľa ktorej optimálne je, keď človek so zdravotným postihnutím sociálne služby dostáva vo svojom prirodzenom prostredí. Napriek tomu, ako to píše Woleková (2014) iba 12,5 % ľudí odkázaných na sociálne služby zostáva vo svojom prirodzenom prostredí, prevažná časť vyberá inštitucionálne riešenie. Podobný názor má aj Krupa (2009), podľa ktorého napriek rôznorodosti služieb s možnosťou ich využitia aj v domácom prostredí ešte stále prevažuje trend, kedy je starostlivosť o človeka v domácnosti nahradzované ústavnou starostlivosťou.

Reziduálnu starostlivosť Labáth (2004) vysvetľuje ako pomoc klientovi a spoločnosti, ktorá sa poskytuje pobytovou formou v inštitúcii. Za inštitucionálnu starostlivosť sa považuje každý typ pobytovej služby, kde prijímatelia sociálnych služieb žijú spoločne, ale izolovane od svojej rodiny a širšieho spoločenstva (Šulová, 2013). Okrem toho, že nahrádzajú prirodzené prostredie, majú viaceré funkcie, z ktorých Labáth (2004, s.15) vyzdvihuje dve základné : 1., poskytujú pomoc a útočisko, liečbu občanovi prípadne rodine; 2. a chráni spoločnosť pred nebezpečnými jedincami alebo skupinami.“

K rezidenciálnym zariadeniam, ktoré poskytujú sociálne služby pre osoby s mentálnym a iným zdravotným postihnutím, patria predovšetkým domovy a zariadenia sociálnych služieb. Zariadenia sociálnych služieb poskytujú komplexné služby, zabezpečujú, poskytujú a vytvárajú podmienky na širokú škálu pomoci od odborných cez obslužné až po ďalšie činnosti. Napriek tomu majú aj svoje nevýhody, medzi ktoré patrí predovšetkým inštitucionalizácia. Podľa Bartošoviča (In Šulová, 2013, s. 11-12) „záťaž a riziko inštitucionalizácie spočíva predovšetkým v zmene prostredia, porušení existujúcich spoločenských a príbuzenských kontaktov, ohrození alebo strate autonómie a súkromia, zmene sebahodnotenia a strate životnej perspektívy, sebarealizácie, strate alebo obmedzeniu hlbších kontaktov s vonkajším svetom, deprivácii zmyslových vnemov, podnetov, kontaktov, komunikácie a nevhodnom jednaní personálu alebo spolubývajúcich“.

Vychádzajúc z našich skúseností však treba pripomenúť, že v súčasnosti komplexná sociálna služba, ktorá je v daných inštitúciách poskytovaná, sa riadi osobnými potrebami klienta a individuálnym plánovaním v spojitosti s orientáciou na rôzne druhy animoterapií a arteterapií. Je založená na podpore a udržania aktívneho života klienta, na predlžovaní

a rozvoji jeho sebestačnosti. Ponúka príležitosť na aktívne využitie voľného času a účasť života v zariadení i v prirodzenom sociálnom prostredí. Podporuje sebarealizáciu a sebaurčenie klienta s dodržiavaním jeho práv, s cieľom zabezpečiť mu dôstojný a kvalitný život, podobný k životu v prirodzenom prostredí v spoločnosti. K tejto pozitívnej zmene prispel najmä zodpovednejší, konštruktívny prístup zo strany poskytovateľov sociálnych služieb ku klientom s postihnutím, ktorí ako píše Slovák (2013, s. 127) „nežiadajú o ľútosť, ani o projektívne chápanie ich stavu, ale o empatickú podporu zvládania vlastných bariér“.

Takto chápaná pomoc sa realizuje prostredníctvom sociálnej práce, ktorá vychádzajúc z definície Mátela a kol. (2011, s. 17) „sa zameriava na pomoc, podporu, sprevádzanie, posilnenie a zmocnenie sociálnych klientov“. Poslaním pomoci ponúkanej v rámci sociálnej práce je teda zlepšiť sociálne fungovanie klienta s využívaním klientových možností a prispôbením prostredia jeho potrebám, založenej na akceptácii klienta, rešpektovaní jeho autonómie, želaní, záujmov a potrieb. Vychádza sa pritom z Rogersovho humanistického prístupu, ktorý ako uvádza Pavlovičová (2013, s. 21) „akcentuje autentičnosť, kongruenciu, akceptáciu, empatiu a vedie k sebaistote, sebaaperpcii, a k sebaúcte“.

Sociálna práca v zariadeniach sociálnych služieb sa vyznačuje tým, že spája v sebe rozličné aktivity - opatrovateľské, sociálne, edukačné, psychoterapeutické, rehabilitačné, ale aj resocializačné. Využíva širokú škálu pracovných postupov a metód od individuálnych cez skupinové až po komunitnú prácu. (Levická, 2008). Pritom výber závisí od typu, poslania a špecifik klientely zariadenia, činnosti sú determinované sociálnym prostredím zariadenia, ako aj každodennými prevádzkovými úkonmi.

Ako to zdôrazňuje Levická (2013, s. 31), „treba však hneď poznamenať, že neexistuje žiaden jednoduchý a jediný platný postup, ako pomáhať“. Treba nájsť tú správnu, strednú cestu medzi dvoma, dá sa povedať extrémnymi hranicami. Z nich prvá sa vyznačuje prehnanou starostlivosťou, preberaním zodpovednosti za klienta a druhá, ktorá vyzdvihuje negatívne aspekty klientovej osobnosti a nedokáže prejavovať voči nemu ľudské city.

Ťažiskom sociálnej práce v inštitucionálnom zariadení je rôznorodosť klientov-prijímateľov sociálnych služieb. Táto rôznorodosť vychádza nielen zo zdravotných obmedzení, ale je ovplyvnená aj ďalšími, napríklad sociálnymi, kultúrnymi faktormi a najmä osobnostnými charakteristikami a motiváciou klientov. Práve tento fakt predurčuje

individuálny prístup, ktorý je založený na rešpektovaní každého ako indivídium so svojou ľudskou dôstojnosťou, autonómiou a právami.

Takto orientovaná sociálna práca je predpokladom dosiahnutia celkového blaha prijímateľov sociálnych služieb. Je realizovaná prostredníctvom sociálnych pracovníkov, ktorí majú ponúkať a poskytovať pomoc na základe pochopenia konkrétnej životnej situácie klienta. Ich odbornosť je predpokladom úspešnej, efektívnej sociálnej práce. Podľa Schavela (In Oláh a kol., 2011) význam profesionálnych kompetencií sociálnych pracovníkov spočíva vo výkone ich pracovných činností, ktoré medzi viacerými zahŕňa schopnosť počúvať, zorientovať sa v probléme, plánovať riešenia, podporovať a viesť klienta k samostatnosti a v neposlednom rade motivovať klienta k spolupráci. Dosiahnutie týchto kompetencií vyžaduje od sociálneho pracovníka vysokú úroveň hodnôt a etiky, poznať a motivovať samého seba a sústavne sa vzdelávať. 9. júla 2014 bol prijatý zákon č. 219/2014 Z.z o sociálnej práci, ktorý vytvára štandardné podmienky pre výkon profesie sociálna práca. (Herdics, 2014).

V súčasnosti sa sociálna práca s mentálne postihnutými orientuje nielen na zabezpečovanie a rozvoj sociálnych služieb pre mentálne postihnutých a saturáciu bežných potrieb, ale aj na tieto oblasti:

zvýšenie miery rozhodovania, samostatnosti a zodpovednosti klienta podľa jeho telesných

a mentálnych možností

transformácia na inkluzívne centrum poskytujúce kvalitnú sociálnu rehabilitáciu, zdravotnú a rehabilitačnú starostlivosť,

vzdelávanie v spolupráci so špeciálnymi školami, prípravu na osamostatnenie sa a pracovné uplatnenie, u mentálne postihnutých predovšetkým formou podporovaného zamestnávania a chránených dielní,

zvyšovanie úrovne spolupráce so zákonnými zástupcami a s rodinnými príslušníkmi klientov s mentálnym postihnutím s cieľom dosiahnuť ich najvyššiu mieru samostatnosti a uplatniteľnosti v bežnom živote.

### **1.6.2 Sociálne služby a ich transformácia**

Sociálne služby patria medzi verejné služby, ktoré slúžia ľuďom a celej spoločnosti. Ovplyvňujú sociálnu klímu, sú nástrojom sociálnej politiky, súčasťou sociálnej pomoci, ako jeden z troch pilierov sociálneho zabezpečenia. Patria medzi najdôležitejšie aktivity

štátu a súčasne aj neštátnych subjektov. Zabezpečujú pomoc tým, ktorí ju potrebujú v ťažkých situáciách svojho života (Burdová a kol., 2015). Základom je plánovanie založené na spolupráci verejnosti s využitím dostupných zdrojov, ktoré vedie k zabezpečovaniu ich aktuálnych potrieb. V tomto zmysle sociálne služby sú produktom plánovania a prípravy činností, na presadzovanie záujmov klientov v spoločnosti, v prospech pozitívnych zmien a zvyšovania kvality života a zlepšovania sociálnej situácie ľudí s mentálnym postihnutím.

Podľa Repkovej (2012) sociálne služby sú zamerané na ľudí, ktorí by sa bez ich poskytnutia ocitli v sociálnej núdzi alebo v jeho riziku. Podobný názor má aj Průša (2005) ktorý význam sociálnych služieb vidí v tom, že bez ich pôsobenia mnohí ľudia by sa nemohli zapojiť do života spoločnosti, dochádzalo by k ich sociálnemu vylúčeniu.

Poskytovanie sociálnych služieb je upravené zákonom č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) znení neskorších predpisov. Do tohto zákona boli zakomponované povinnosti poskytovateľa s ďalšími požiadavkami a štandardmi, ktoré sú platné pre každého poskytovateľa sociálnych služieb. Podľa uvedeného zákona sú viaceré druhy sociálnych služieb, ktoré sú poskytované rôznou formou a v rôznom rozsahu. Sú zamerané na:

- prevenciu, riešenie, alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie;
- zachovanie, obnovenie alebo rozvoj schopnosti viesť samostatný život a na podporu sociálneho začlenenia;
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb;
- riešenie krízovej sociálnej situácií;
- prevenciu sociálneho vylúčenia. (Oláh - Roháč, 2010).

Sociálne služby zahŕňajú činnosti, ktoré zabezpečujú ochranu pred sociálnym vylúčením a podporu pri sociálnom začleňovaní. Ich poslaním je sociálna inklúzia, pomáhať ľuďom dostať sa zo sociálneho vylúčenia a umožniť im viesť nezávislý život v prirodzenom prostredí, prípadne priblížiť ich život k životu v takomto prostredí, aby zostali rovnocennými členmi spoločnosti (Burdová a kol., 2015). Odborníci sa zhodujú v názore, že sociálne služby predstavujú pomoc v prospech ľudí. Sú zamerané na prekonanie dôvodov a následkov nepriaznivej sociálnej situácie s umožnením zapojenia sa do bežného života spoločnosti. S týmto názorom súhlasí aj Oláh (2011), podľa ktorého úlohou sociálnych služieb je pomáhať prijímateľovi sociálnych služieb nachádzať

východisko z nepriaznivej sociálnej situácie, pomáhať mu a motivovať ho, regulovať jeho vzťahy so sociálnym prostredím a zároveň podporovať jeho schopnosť zabezpečovať vlastné potreby vlastným pričinením. Ide teda o služby, ktoré posilňujú a podporujú dôstojnosť prijímateľa služieb, ktoré mu poskytnú možnosť riešiť, participovať sa na riešení jeho situácie. V tomto ponímaní sociálne služby spĺňajú viaceré funkcie, medzi ktoré Benčo (2005) zaraďuje:

- podpornú funkciu;
- terapeutickú funkciu;
- ochrannú funkciu;
- stimulačnú funkciu.

Ich význam spočíva v zabezpečení práv, ľudskej dôstojnosti a sebaurčenia pre všetkých, vrátane uspokojovania sociálnych potrieb a skvalitňovania ich životných podmienok. Ako to uvádza. Osoby s postihnutím nemožno obmedzovať osobám v možnosti sebaurčenia, je nutné ich zapájať do rozhodovacieho procesu o veciach, ktoré sa ich týkajú, majú právo na slobodné rozhodovanie. Toto môže byť splnené len tak, že sa nebude rozhodovať „o nich, ale bez nich“ a vtedy, keď im bude umožnené mať na výber z možností.

Exklúzia postihnutých nie je vždy pravidlom. Spoločenská skupina ľudí s postihnutím z vlastnej sily nedokáže zabrániť tomu, aby sa nevyľúčili zo spoločenského života. Aktívna stratégia mikrospoločnosti (rodina, kolegovia, komunita) a makrospoločnosti (sociálna politika, verejná mienka, zákonodarstvo) je potrebná k tomu, aby postihnutie neznamenal aj ich osudné vylúčenie zo spoločenského života. Ako to uvádza Šmidová (In Kozoň, 2013), čím viac podporovacích činiteľov sa uplatňuje, o to je väčšia šanca na to, že osoba žijúca s postihnutím bude vedieť žiť plnohodnotným životom na každej úrovni.

To, ako sa spoločnosť stavia k ľuďom žijúcim s postihnutím, nie je iba výsledkom rozhodnutia jednotlivcov, ale je to aj koeficientom kultúrnosti spoločnosti. Sociálna integrácia predpokladá osobné a spoločenské zväzky a zakladá sa na spoločnej kultúre. Sociálna integrácia ľudí žijúcich s postihnutím predpokladá existenciu a fungovanie náležitých inštitúcií, spoločenských zariadení, ale predpokladá aj fungovanie osobných vzťahov. Ľudia s postihnutím sa majú integrovať aj ako spoločenská skupina, ale aj ako jednotlivci. Ich integrovanie však nezáleží iba od nich. Nie len oni majú bojovať o svoju akceptáciu, ale spoločnosť ich má akceptovať ako jednotlivca, tak aj skupinu.

Treba však pripomenúť, že aj špeciálna podpora, segregátna forma výučby a edukácie sa podieľa na tom, že osobe s postihnutím sa už od malička dostáva špeciálna forma

pomoci a tak sa vylúči z integrovaných spoločenských vzťahov a začlení sa do spoločnosti osôb s rovnakým osudom. Život v rodinnom kruhu dáva nádej na zlepšenie vzťahov ľudí postihnutím so „zdravými“ ľuďmi. Ale po dovŕšení určitého veku už nestačí človeku s postihnutím pomoc len od vlastnej rodiny. Sú dôležití pre neho vrstovníci, „cudzí“ ľudia, sú dôležité pre neho príležitosti zmerania si sily so „zdravými“, príležitosť na vedenie samostatného života.

### **1.6.3 Komunitné služby – cesta od odkázanosti k autonómnej nezávislosti**

Osoby s mentálnym a iným zdravotným postihnutím nemusia žiť v inštitúciách. Kolektívny systém v inštitúcii nezabezpečuje pre nich dostatok osobného súkromia a samostatnosti. Vedie k narušeniu ich osobnej integrity a často prináša nové handicapy (Cangár, 2014). Snahu a ambíciu zmeniť život osôb s mentálnym či iným zdravotným postihnutím bolo možné zaznamenať už pred niekoľkými rokmi. Bola to iniciatíva najmä zo strany zástupcov osôb so zdravotným postihnutím, ich rodín a odborníkov, ktorí bojovali proti obmedzovaniu ich práv, osobnej slobody a sebaurčenia. Pomohli tým k implementačnému štartu reformy sociálnych služieb, vrátane procesu deinštitucionalizácie, ktorého cieľom je zmeniť inštitucionálnu, segregačnú starostlivosť k nezávislému životu.

Optimálnym riešením pre človeka s postihnutím je, ak služby dostane vo svojom prirodzenom prostredí, v kruhu svojej rodiny, priateľov a susedov. Preto v súčasnosti je snaha o vytváranie alternatívnych sietí sociálnych služieb, aby sociálne služby boli poskytované jedincovi v jeho prirodzenom rodinnom prostredí, alebo v prostredí, ktoré sa najviac podobá prirodzenému prostrediu. Ide o komunitné služby, ktoré sú základným pilierom nezávislého života. Z hľadiska trendov vo vývoji sociálnych služieb predstavujú efektívnejší typ služieb, napomáhajú prijímateľom sociálnych služieb bývať a žiť takým spôsobom života akým žijú všetci ľudia bez postihnutia.

V Stratégii deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, pod pojmom komunitné služby, je označený súbor „vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti“. Podľa Holúbkovej (2013) spoločným cieľom pomáhajúcich profesionálov, a dobrovoľníkov, je využiť bežné zdroje komunity s podporovaním spoluúčasti rodiny, známych, miestnych obyvateľov o starostlivosť a pomoc odkázanému človeku. Majú sa

zameriavať na individuálne potreby občanov a vytvárať predpoklady na zlepšenie kvality života s podporovaním ich sociálneho začlenenia. Spomínaná autorka sociálne začlenenie vysvetľuje ako možnosť žiť, vzdelávať sa, pracovať v mieste bydliska, zúčastňovať sa na aktivitách vo svojej komunite, v rodine, v škole, v práci, v bývaní i trávení voľného času. Cangár (2014) vidí prednosti komunitných služieb v tom, že pracujú na naplnení individuálnych potrieb klientov. Lepšie poznajú výhody prostredia a vedľa lepšie mobilizovať miestne a regionálne zdroje na poskytovanie kvalitných služieb

Jednou z možností nezávislého života v komunite pre ľudí s mentálnym postihnutím je podporované bývanie. V zákone č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách v § 34 ods.1 podporované bývanie je vymedzené ako zariadenie, kde sa poskytuje sociálna služba osobe od 16 roku do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je odkázaná na pomoc inej osoby a na dohľad k vedeniu samostatného života. Poskytuje sociálnu službu s umožnením a rozvíjaním základných sebaobslužných a pracovných zručností potrebné pre samostatný, nezávislý život.

Podľa Holúbkovej (2013) komunitné sociálne služby podporujú klientov, aby boli aktívnymi občanmi, podporujú ich celoživotné vzdelávanie, bývanie, pracovné uplatnenie a ich zapájanie sa do života spoločnosti. Vytvárajú podmienky, ktoré im umožňujú formovať svoje okolie, formovať svoj život, mať možnosť sa rozhodovať v otázkach týkajúcich sa ich osoby a žiť svoj život podľa vlastných predstáv a vlastného rozhodnutia.

Ako to píše Bujarová (In Holúbková - Ďurana, 2013), v rodine a v komunite je najväčšia šanca zachovať si slobodu, autonómiu a dôstojnosť človeka. V identite človeka bez ohľadu na zdravotné postihnutie je zakódovaná túžba po slobode, po autonómii. Autonómia je funkčná samostatnosť jedinca, oslobodenie sa od vzťahov, ktoré ho zväzujú, oslobodiť sa od závislosti na iných, túžba po získaní sebadôvery, nezávislosti a o možnosti rozhodovať o vlastnom živote. Je to proces, ktorý má rôzne stupne:

- nultý stupeň - **závislosť** – jedinec sa nachádza v pozícii podriadenosti a naučí sa akceptovať svoju životnú situáciu závislosti, prestáva vytvárať vnútorný boj za osamostatnenie a nezávislosť;
- prvý stupeň - **proti-závislosť** – jedinec chce žiť svoj život podľa svojich predstáv, aj napriek svojim obmedzeniam sa snaží dosiahnuť určitý stupeň nezávislosti, napr. prijatím rozhodnutia žiť v podporovanom bývaní či pracovať mimo zariadenia sociálnych služieb;

- druhý stupeň - **nezávislosť** – jedinec sa začína starať sám o seba, robí prvé kroky k samostatnosti;
- tretí stupeň - **sloboda** – jedinec vie povedať „áno“, ale aj „nie“, vie určiť svoje hranice a vie spolupracovať s inými. (Miežgová, 2007).

Na fakt poukazujú viacerí autori, napríklad Krupa (2004) alebo Bruckmüller (1998) autonómia má aj svoje riziká, ale človek žijúci s postihnutím má tiež právo vziať na seba riziko. Robiť rozdiel medzi autonómiou, vlastnými možnosťami a prekážkami, medzi dovoleným rizikom a potrebným dohľadom je našou zodpovednosťou.

Cesta od závislosti k autonómii je dlhá a namáhavá, ale je jedinou možnosťou pre ľudí s mentálnym postihnutím na primeraný, dôstojný život. Ak chceme stúpiť na túto cestu, tak nebudeme opatrovateľmi, ale budeme prevádzачmi, ktorí prijímateľom sociálnych služieb s mentálnym postihnutím nie určujú, čo a ako majú robiť, ale ich podporujú vhodným prístupom. Cestu k tomu predstavuje plánovanie zamerané na človeka, ktoré vychádza z predpokladu, že každý človek je iný, každý má iné predstavy a potreby a každý najlepšie rozumie svojim potrebám. Predpokladom je vzájomná komunikácia medzi poskytovateľom a prijímateľom sociálnych služieb, spoznanie a pochopenie vnútorného sveta, potrieb prijímateľov sociálnych služieb s vytváraním príležitosti byť užitočný pre komunitu s rešpektovaním ich práv a dôstojnosti. (O' Brien a kol., In Holúbková, Ďurana, 2013).



## 2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita je široký pojem, s ktorým sa stretávame každodenne. Týka sa čohokoľvek, ale na poprednom mieste v živote človeka stojí pojem kvalita života. Kvalita života je multidimenzionálny fenomén, ovplyvnený individuálnymi potrebami a danými spoločenskými podmienkami v konkrétnej situácii. Je to určitý spôsob života, možnosť využívania životných podmienok na uspokojovanie potrieb. Mnohí však majú problémy pri naplnení svojich záujmov a potrieb, potrebujú pomoc pri prekonávaní životných prekážok. U týchto ľudí kvalita života nadobúda iný rozmer, hľadajú iný zmysel ľudského života. Ich život môže byť takisto kvalitný, len potrebujú pomoc pri jeho naplňaní.

V Európe sa pojem kvalita života objavil vo Švajčiarsku v programe mimovládnej organizácie, ktorej cieľom bolo zvyšovať životnú úroveň ľudí a ich kvalitu života. Reakciou na tento program boli rôzne publikácie, ktoré sa zaoberali definovaním pojmu kvalita života. (Vaďurová - Mühlpachr, 2005).

O prvom použití tohto pojmu existujú rozdielne názory. Podľa Vaďurovej a Mühlpachra (2005) priekopníkom pojmu kvalita života je Pigeu, podľa Tokárovej (2002) americký ekonóm a sociológ J.K.Galbraith. Podľa Mareša (In Murgaš, 2008) viacerí odborníci však za prvých autorov považujú ekonómov Ordwaya a Osborna.

Kováč (2004) pri vymedzení pojmu kvalita života, vychádza z latinského slova „qualis“- aký, čím sa vyznačuje akosť života, život jednotlivca v porovnaní so životom iných. K tomuto základnému vymedzeniu sa pridružujú aj ďalšie, zdôrazňujúce jednotlivé aspekty kvality života.

Medzi najčastejšie používané synonymá pojmu kvalita života patrí zdravie, spokojnosť, pohoda, blaho, alebo šťastie. Ako píše Kočišová (2012) na označenie kvality života v literatúre sa najčastejšie používa skratka QOL „quality of life“, ale objavujú sa aj iné, špecifické skratky.

Vzhľadom na rôznorodosť akademických orientácií a teoretických prístupov pojem kvalita života je obtiažne, ba až nemožné jednoznačne definovať. Pokúsime priblížiť niektoré prístupy k vymedzeniu kvality života z pohľadu viacerých vedných disciplín.

Ekonomické poňatia kvality života sa zameriavajú na materiálny aspekt života. Orientujú sa na objektívne ukazovatele, prevažne na úrovni národnej, regionálnej, komunitnej a čiastočne aj na úrovni jednotlivca (Bianchi, 2005). Zdôrazňujú životnú úroveň, stav hospodárskeho systému pri tvorbe materiálnych hodnôt. Ako príklad možno

uviesť Stiglicu, Sena a Fitoussiho (In Holková, 2012), ktorí pri definovaní kvality života zdôrazňujú aspekty, ktoré vytvárajú ľudskú prosperitu s využitím ekonomických zdrojov.

Sociologické chápanie kvality života zdôrazňuje predovšetkým status, rodinný stav, vzdelanie, sociálnu úspešnosť. Podľa Abbate (In Payne, 2005, s. 211) Medzinárodná sociologická organizácia zaoberajúca sa so štúdiom kvality života definuje kvalitu života ako „produkt súhrnu sociálnych, zdravotných, ekonomických a enviromentálnych podmienok, ovplyvňujúcich rozvoj ľudí“. Dôležitým termínom je životná úroveň, ktorá ovplyvňuje subjektívny životný pocit.

Podľa Svobodovej a Strieženca (In Kočišová, 2012) významnú úlohu zohráva v ponímaní kvality života aj náboženstvo a viera. Sú rovnako dôležité ako iné aspekty, ktoré vplývajú na dobré prežívanie života. V súčasnosti sa v odborných štúdiách objavujú aj iné aspekty kvality života, ako je kultúrna infraštruktúra, kultúrne dedičstvo alebo vzdelávacie možnosti. (Čornaničová, 2005).

Z hľadiska psychológie kvalita života je pojem zložený z fyzickej, psychickej, sociálnej a duchovnej dimenzie. Ako píše Hnilicová (2005) psychologické chápanie kvality života zdôrazňuje subjektívne prežívanie životnej pohody a spokojnosť s vlastným životom. S týmto názorom súhlasí aj Kováč, Žiaková, Křivohlavý a ďalší odborníci, ktorí sa venujú psychologickým aspektom kvality života. Zdôrazňujú potreby a prania človeka, jeho seberealizáciu, sebahodnotenie a schopnosť človeka prispôbiť sa k životným podmienkam. (Payne, 2005).

V medicíne kvalita života vychádza z definície zdravia a zdôrazňuje podporu kvality života pacientov trpiacich bolesťou. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v roku 1993 kvalitu života definovala ako „vnímanie vlastnej pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na životné ciele, očakávania, štandardy a záujmy“ (Kovaľová, 2011, s. 13). Medicína sa spočiatku zameriavala na subjektívnu dimenziu, ale v priebehu vývoja sa posunula ďalej. Zdôrazňuje systémový prístup, bio-psycho-sociálno-spirituálny pohľad na človeka, ktorý berie do úvahy vzájomné pôsobenie viacerých faktorov na človeka v zdraví a v chorobe súčasne (Kočišová, 2012).

Sociálna práca sa tiež venuje problematike kvality života. Je zameraná na podporu klienta v rôznych životných, sociálnych situáciách, na pozitívne ovplyvnenie, zachovanie a podľa možnosti na zlepšenie kvality jeho života. Orientuje sa na ľudí, ktorí využívajú sociálne služby a skúma vplyv služieb na kvalitu ich života. Z tohto názoru vychádza definícia kvality života Matoušeka (2008), ktorý ju chápe ako určité kritérium, na základe

ktorého je hodnotená efektivita sociálnej starostlivosti. Oproti tomu Felce a Perry (In. Krupa, 2003) kvalitu života vymedzuje ako celok, ktorý pozostáva z troch častí, z osobných hodnôt, zo životných podmienok a z osobnej spokojnosti. Podľa Tokárovej (In. Laluha, 2004) kvalita života je žiaduca úroveň existencie života, ktorá je vyjadrená pomerom k štandardu v dokumentoch danej krajiny.

Za najvýstižnejšiu však považujeme definíciu Strieženca (2001, s. 17), ktorý pod pojmom kvalita života chápe „súhrn objektívne i subjektívne posúdiťelných stránok činností a vnemov človeka v jeho každodennom živote, v reálnom sociálnom priestore s konkrétnymi pravidlami vzájomného spolužitia, s reálnymi otázkami cieľa, zmyslu a údelu pozemského života.“

Spomínané rozmanité pohľady na kvalitu života ukazujú na individuálnu percepciu života, ktorá je ovplyvňovaná mnohými faktormi. Vzhľadom uvedeným sa prikláňame k názoru, že vymedzenie pojmu kvalita života vyžaduje integráciu poznatkov viacerých vedných disciplín, s upriamením pozornosti na jeho najrôznejšie aspekty.

## **2.1 DIMENZIE KVALITY ŽIVOTA**

Napriek pluralite názorov chápania pojmu kvalita života, existuje aj určitý konsenzus, existencia dvoch základných dimenzií - subjektívna a objektívna dimenzia kvality života. (Ira, Andráško, 2007).

Objektívna dimenzia kvality života zahŕňa indikátory, ktoré sú spojené socio-ekonomickými a enviromentálnymi podmienkami. Viacerí autori sem zaraďujú materiálne, ale aj rôzne nemateriálne faktory, medzi ktoré patrí: zdravie, sociálny status, vzdelanie, bezpečnosť, rodinné vzťahy, spoločenská akceptácia alebo životné prostredie. S týmto názorom súhlasí aj Hnilicová (2005), podľa ktorej objektívna dimenzia kvality života sa orientuje na naplnenie materiálnych, zdravotných aj sociálnych potrieb človeka. Zhrnúť by sa dalo tak, že objektívna dimenzia kvality života predstavuje vonkajšie podmienky, ktoré ovplyvňujú život a tiež aj mieru, akou sú využívané dané možnosti.

Subjektívna dimenzia kvality života predstavuje súhrn podmienok, ktoré umožňujú človeku dosiahnuť pocit šťastia a spokojnosti (Balogová, 2005). Vychádza z vnútorných podmienok, zo somatickej a psychickej vybavenosti človeka. Podľa Hnilicovej (2005, s. 206) “pre subjektívne vnímanie života je rozhodujúce kognitívne hodnotenie a emočné prežívanie vlastného života, ktoré so socio-ekonomickým statusom a dokonca ani s

biologickým zdravím, nemusí byť v priamej úmere”. Subjektívna dimenzia kvality života zahŕňa názory, postoje, pocity, hodnoty človeka, jeho spokojnosť s okolitým prostredím s ľuďmi a vecami v ňom. (Hrozenská, 2008). Podľa Vymětala (In. Vaďurová - Mühlpachr, 2005, s. 17) „výsledná spokojnosť je závislá od osobných cieľov, očakávaní a záujmov”. Lehman (In. Švehlová, Heretik, 2008) spokojnosť nechápe ako výsledok, ale skôr ako riadiaci mechanizmus, ktorý napomáha udržiavať spokojnosť človeka pri meniacich sa podmienkach. Diener (In. Lašek, 2004) je toho názoru, že štruktúra osobnosti- sebadôvera, sebaúcta, osobné uplatnenie a prežívanie, vrátane vrodených predispozícií, je významným faktorom subjektívnej pohody- životnej spokojnosti. Podľa Rufferovej a Keyesovej (In Šolcová, Kebza 2004) životná spokojnosť vychádza zo šiestich základných dimenzií, medzi ktoré patrí seba prijatie, pozitívne vzťahy s druhými ľuďmi, autonómia, zvládanie životného prostredia, zmysel života a osobný rozvoj. Autori poukazujú aj na význam sociálnych dimenzií, medzi ktoré Keyserová zaraďuje sociálnu integráciu, akceptáciu, aktualizáciu, koherenciu a sociálny prínos.

Dissart a Deller (2000) upozorňujú na priamu závislosť kvality života človeka od exogénnych (objektívnych) faktorov jeho života a od endogénnej (subjektívnej) percepcie týchto faktorov a jeho samotného. Existenciu dvoch základných súborov komponentov a procesov kvality života rozlišuje aj Massam (2002). Prvý súbor sa vzťahuje k internému psychologickému mechanizmu, ktorý produkuje (napr. pocit spokojnosti so životom). Druhý je tvorený externými podmienkami, ktoré tento interný mechanizmus ovplyvňujú. Pre prvú dimenziu kvality života (psychologickú) používa alternatívne názvy ako individuálna/osobná kvalita života, subjektívne blaho a spokojnosť so životom. Druhá (tzv. environmentálna) dimenzia má alternatívne názvy, ako napr. urbánna kvalita života, sídelná kvalita života, komunitná kvalita života alebo kvalita miesta. Kvalita života má subjektívnu aj objektívnu dimenziu, ktoré môžeme označiť ako dve základné dimenzie - externú (enviro-sociálne prostredie okolo nás) a internú (prežívanie spokojnosti človeka so životom a životné naplnenie, postoje, hodnotová orientácia).

V zásade teda môžeme povedať, že objektívna dimenzia kvality života predstavuje (externé) podmienky a vplyvy okolitého prostredia a životných okolností na život človeka, ktoré sa vo väčšine prípadov zvyknú rozdeľovať na sociálne, ekonomické a environmentálne. Subjektívna dimenzia na druhej strane predstavuje súhrn subjektívnych vstupov každého človeka, ako sú názory, postoje, individuálny systém hodnôt, schopnosť adaptácie, spôsob percepcie okolitého prostredia, atď. Akceptovanie predpokladu

existencie dvoch takto chápaných dimenzií otvára nové možnosti pohľadu na charakter interakcie človek – prostredie.

Nakoľko komplexnosť ľudského života je vytváraná množstvom oblastí, ktoré vplývajú na jeho kvalitu, zastúpenie jednotlivých dimenzií je predmetom diskúzie. Podľa viacerých autorov zoznam oblastí, vzťahujúcich sa ku kvalite života, je neobmedzený, podmienený prístupom vedných disciplín a zohľadnený so záujmom a s cieľmi danej štúdie. V literatúre sa však kvalita života najčastejšie vníma v súlade s definíciou Svetovej zdravotníckej organizácie, ako multidimenzionálny, subjektívne prežívaný konštrukt, ktorý zahŕňa objektívne a subjektívne dimenzie obsahujúce telesné, psychické, duchovné, sociálne, emočne a funkčné aspekty (WHO, 1999).

Podľa Engela a Bergsmana (In Vad'urová – Mühlpachr, 2005) treba rozlišovať tri roviny kvality života zahrňujúce rôzne oblasti:

1. makro rovina – je zameraná na kvalitu života na úrovni veľkých spoločenských celkov;
2. mezo rovina – skúma kvalitu života na úrovni malých sociálnych skupín, vzájomných vzťahov, uspokojovanie potrieb jednotlivých členov;
3. personálna rovina – stredobodom pozornosti tejto roviny je jednotlivec, jeho spokojnosť, zdravotný stav, predstavy, očakávania, presvedčenia, ale zaraďuje sa sem aj jeho najbližší svet, jeho rodina.

Autori k týmto rovinám pridávajú aj štvrtú – rovinu fyzickej existencie, ktorá zahrňuje pozorovateľné a merateľné dimenzie kvality života. V súčasnosti je pokus o vytvorenie integračného modelu kvality života, ktorý zahrňuje tri úrovne. Podľa Kováča (2006) vrcholom tohto modelu je zmysel života, ktorý je základným princípom kvality života.

Pri chápaní a definovaní pojmu kvalita života musíme brať na zreteľ jej multidisciplinárny rozmer. Problém jednoznačného definovania QOL vychádza z názoru, že idea kvality života je zastrešujúci pojem, pod ktorým sa skrýva veľa indexov. Každý človek (nielen výskumník) vidí kvalitu života v iných, hodnotovo subjektívnych dimenziách.

H. Hnilicová (2005) vymedzuje tri prístupy ku skúmaniu kvality života, pričom v každom prístupe sú zdôrazňované a sledované iné aspekty:

**1. Psychologický prístup** – vystihuje subjektívne prežívanú životnú pohodu a spokojnosť s vlastným životom. Týmto prístupom je kvalita života vymedzená ako:

- *spokojnosť so životom* - hľadá odpoveď na otázky, aké faktory vplývajú na spokojnosť ľudí, a ako ovplyvňujú spokojnosť ľudí spoločenské inštitúcie.
- *prežívaná subjektívna pohoda* – kladený je dôraz na všeobecné hodnotenie kvality života.
- *piliere šťastia* – sledujú sa kompetencie – pocit, že človek dokáže niečo zmysluplného urobiť, rozhodnúť o vlastnom živote, niekam patrí, to všetko znamená, že si sám seba váži.

**2. Sociologický prístup** – zameriava sa na atribúty spájané so životnou úrovňou. Sledovanie a komparácia sa uskutočňuje v rámci rozdielnych sociálnych skupín, ako aj medzi kultúrami. Pri definovaní výšky životnej podstaty zohrávajú znaky sociálnej úspešnosti ako je sociálny status, materiálne zabezpečenie rodiny, majetkové pomery, príjem a pod. Rozhodujúci je najmä subjektívny pocit pri vnímaní týchto znakov. Môžeme zhodnotiť, že samotný materiálny blahobyť nezaručuje vysokú kvalitu života, ale vytvára predpoklady pre úroveň.

**3. Medicínsky prístup** – zameriava sa na kvalitu života, ktorá je ovplyvnená zdravím. Špecifikujeme ho ako subjektívny pocit životnej pohody, ktorý je asociovaný s chorobou, liečbou a jej vedľajšími účinkami.<sup>1</sup>

Výstižnú a jednoduchú klasifikáciu kvality života ponúka vo svojej monografii P. Babinčák, podľa Veenhovena, ktorý vo svojej koncepcii ponúka štyri kvality života. Vytvára sústavu štyroch kvadrantov znázornených na obrázku č. 1

Tabuľka 1: Štyri kvadranty kvality života podľa Veenhovena

4 kvality života	<b>Vonkajšie kvality</b> ( <i>charakteristiky prostredia, spoločnosti</i> )	<b>Vnútorne kvality</b> ( <i>charakteristiky jedinca</i> )
<b>ŽIVOTNÉ ŠANCE</b> (PREDPOKLADY)	<b>Životodarnosť prostredia</b> (sociálne, ekonomické, kultúrne, životné podmienky)	<b>Životaschopnosť osobnosti</b> (predstavuje zdravie, psycholog. a adaptačný potenciál)
	Sociálny kapitál, životná úroveň,	Fyzické, psychické, duševné zdravie, vedomosti, zručnosti
<b>ŽIVOTNÉ</b>	<b>Užitočnosť života</b>	<b>Vlastné hodnotenie života</b>

<sup>1</sup> Porov. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. a kol.. *Kvalita života a zdraví*. Praha : TRITON, 2005, pp. 205 – 212.

VÝSLEDKY	(vonkajšia užitočnosť človeka pre okolie, spoločnosť )	(radosť zo života)
	Externá užitočnosť, naplnenie sociálnych rolí, význam života	Životná spokojnosť, zmysel života, životná pohoda

Prvý kvadrant - životodarnosť prostredia vyjadruje dobré podmienky pre život, objavuje sa v ekológii a sociológii.

Druhý kvadrant – životaschopnosť osoby vystihuje vnútorné možnosti osoby z pohľadu psychológie, medicíny, poprípade biológie.

Tretí kvadrant – užitočnosť života alebo zmysel života, hovorí o dobrom živote, ale nielen pre seba samého.

Štvrtý kvadrant – radosť zo života predstavuje subjektívne hodnotenie života. Pri hodnotení uvedeného obrázku sme spolu s autorom dospeli k názoru, že vo vyčerpávajúcej definícii kvality života by nemali chýbať uvedené štyri dimenzie. Podľa neho najlepšou mierou celkovej kvality je, ako šťastne jednotlivec alebo rodina žije.<sup>2</sup>

V rámci tvorby nástrojov a mapovania kvality života boli rôznymi autormi i inštitúciami vytvorené mnohé kritiky konkrétnych dimenzií a domén, ktoré sa z rôznych pohľadov odlišne prelínajú a dopĺňujú. Pokiaľ by sme zhrnuli tieto prístupy, vo všeobecnosti môžeme identifikovať nasledujúce domény: - životné prostredie a priestor človeka, konkrétne podmienky života vrátane ekonomických faktorov, kvalita životného prostredia - fyzické schopnosti a fyzické zdravie človeka, miera jeho samostatnosti, sebaobsluhy a závislosti na okolí, schopnosť mobility, miera autonómie - psychické zdravie, emocionálny stav, prežívanie a spokojnosť s vlastným životom a zdravím, pocit pohody (well-being), spôsob vnímania a kognitívny náhľad na vlastný život, očakávania a predstavy týkajúce sa vlastného života, pocit vlastného riadenia života, možnosť sebaaktualizácie - sociálne dimenzie, sociálna opora a sociálna sieť, postavenie v sociálnej stratifikácii - kultúrne a spoločenské podmienky života, úroveň spoločnosti, kultúrne vplyvy a náhľad na problematiku kvality života - duchovné, spirituálne dimenzie, hodnotová orientácia a životný zmysel.

<sup>2</sup> Porov. BABINČÁK, P. *Spokojnosť so životom ako psychologická dimenzia kvality života*. s. 14-16.

Eurostat zverejnil v roku 2017 Závěrečnú správu skupiny expertov o ukazovateľoch kvality života. Komplexný rámec indikátorov kvality života by zahŕňal deväť rozmerov: materiálne podmienky bývania, produktívnu alebo inú hlavnú činnosť, zdravie, vzdelávanie, voľný čas a sociálne interakcie, hospodársku a fyzickú bezpečnosť, riadenie a základné práva, prírodné prostredie, bývanie a celkové životné skúsenosti. Bolo vybraných 17 indikátorov, ktoré pokrývajú všetky oblasti. Správa poskytuje aj informácie o iniciatívach týkajúcich sa ukazovateľov kvality života na národnej a medzinárodnej úrovni.

Tabuľka 2: Indikátory kvality života podľa Eurostatu

Oblasť	Indikátory
<b>Materiálne podmienky bývania</b>	Príjmy Spotreba Materiálne podmienky
<b>Pracovná alebo hlavná činnosť</b>	Kvantita zamestnania Kvalita zamestnania Ďalšie hlavné aktivity
<b>Zdravie</b>	Zdravotný stav a determinanty zdravia Hnacia sila: zdravé a nezdravé správanie Prístup k zdravotnej starostlivosti
<b>Vzdelávanie</b>	Schopnosti a zručnosti Celoživotné vzdelávanie Vzdelávacie príležitosti
<b>Voľný čas a sociálne interakcie</b>	Trávenie voľného času Možnosti sociálnych interakcií
<b>Ekonomická a osobná bezpečnosť</b>	Ekonomická bezpečnosť a zraniteľnosť Fyzická a osobná bezpečnosť
<b>Riadenie a základné práva</b>	Dôvera v inštitúcie a verejné služby Diskriminácia a rovnosť príležitostí Aktívne občianstvo
<b>Prírodné a životné prostredie</b>	Znečistenie (vrátane hluku) Prístup k oddychovým zónam Krajinné prostredie a zastavanie prostredia
<b>Celkové životné skúsenosti</b>	Životná spokojnosť Zmysel a účel života Životné skúsenosti a vplyvy

zdroj: Závěrečná správa expertnej skupiny na indikátory kvality života, Eurostat, 2017

## 2.2 MERANIE KVALITY ŽIVOTA

Kvalita života sa skladá z viacerých komponentov. Skladá sa zo zložiek, ktoré sú merané na základe objektívnych ukazovateľov a zo subjektívnych prvkov. Preto niektoré sa dajú pomerne dobre merať, iné omnoho ťažšie. Rozlíšenie dvoch strán kvality života znamenalo aj rozdelenie odborníkov do dvoch prúdov.

Prvý prúd sa orientuje na objektívne ukazovatele. Zastávajú názor, že kvalita života sa dá merať jedine s objektívnymi ukazovateľmi.

Druhý, protikladný prúd, sa orientuje na subjektívne informácie jednotlivca, o jeho spokojnosti s kvalitou života (Bianchi, 2005). Ako to interpretuje Veenhoven (In Ercsey, 2010) podľa tohto prúdu kvalita života zo subjektívneho hľadiska, aj sama o sebe, bez poznania objektívnych ukazovateľov, v plnej miere charakterizuje kvalitu života.

Podľa ďalšieho hľadiska celkový obraz kvality života sa dá zistiť iba vzájomným dopĺňaním sa subjektívnych a objektívnych ukazovateľov.

Výskumy kvality života v minulosti kládli väčší dôraz na skúmanie objektívnych činiteľov, keď kvalitu života hodnotí druhá osoba. V súčasnosti do centra pozornosti dostávajú jej subjektívne stránky, kde hodnotiteľom je sama daná osoba. (Křivohlavý, In Vaďurová - Mühlpachr, 2005).

Dnes sa uplatňujú viaceré nástroje na meranie kvality života. Medzi objektívne metódy Křivohlavý (In Vaďurová - Mühlpachr, 2005) zaraďuje nasledovné metódy:

- **APACHE II** – hodnotiaci systém akútneho a chronicky zmeneného zdravotného stavu.

Je zameraná na celkový stav pacienta. Sleduje odchýlku od normy, ktorá sa vyjadruje číselne.

- **ILF - Index kvality života** – je metóda, ktorá hodnotí stav pacienta na základe viacerých kritérií, ktoré vznikajú na základe konsenzu viacerých ľudí.
- **QL- Spitzer Quality of Life index**- využíva sa pri zistení zdravotného stavu a kvality života pacienta s chronickým ochorením a to pred a po terapii. Hodnotí aktivitu, sebestačnosť, vnímania zdravia, podporu zo strany rodiny a okolia a pohľad na život.

Medzi subjektívne metódy merania kvality života Křivohlavý (In Vaďurová - Mühlpachr, 2005) zaraďuje:

- Dotazník Svetovej zdravotníckej organizácie **WHOQOL - 100**. Ide o subjektívne hodnotenie kvality života konkrétnou osobou v šiestich oblastiach života: fyzické

zdravie, psychická pohoda, stupeň samostatnosti, sociálne vzťahy, životné prostredie a spiritualita. Tieto oblasti sú brané z 24. hľadísk a každé ponúka na výber 4 možnosti. Okrem týchto položiek sú ešte 4 všeobecné položky, týkajúce sa celkovej kvality života respondentov. Takto má dotazník spolu 100 položiek, ktoré sú hodnotené na stupnici od 1 do 5.

- Jeho skrátenou verziou je dotazník **WHOQOL – BREF**. Z pôvodného WHOQOL – 100 dotazníka obsahuje 24 tém po jednej otázke a 2 všeobecné otázky. Spolu teda 26 otázok. Nakoľko tieto dotazníky vyžadujú vyplňanie konkrétnou osobou, môžu byť aplikované iba pre intelektuálne zdravých, dospelých jedincov.
- **SEIQoL** – metóda, ktorá využíva štrukturovaný rozhovor. Je zameraná na hodnotenie kvality života a zisťovanie osobných cieľov dotazovanou osobou. Osoba má uviesť 5 životných cieľov, ktoré považuje v danej situácii za najdôležitejšie.
- Dotazník **SQUALA** - ktorý vychádza z Maslovovej hierarchie potrieb. Obsahuje 23 oblastí z každodenného života. Hodnotí sa spokojnosť s jednotlivými oblasťami na škále od 0 do 5, pričom 0 znamená veľmi sklamaný, 5 veľmi spokojný.

Medzi miešané metódy hodnotenia kvality života Křivohlavý zaraďuje metódu **MANSA**, ktorá sa zameriava na zistenie spokojnosti v nasledovných oblastiach života: „zdravotný stav, sebavedomie, sociálne vzťahy, rodinné vzťahy, bezpečnostné situácie, životné prostredie, právny stav, finančná situácia, náboženstvo, trávenie voľného času, zamestnanie“ (In Vaďurová - Mühlpachr, 2005, s. 65).

Okrem spomínaných metód sú aj ďalšie špecifické moduly skúmania kvality života, ktoré sú modifikované pre špecifické potreby jednotlivých skupín, ako sú seniori, detí s vývojovými postihnutiami, alebo osoby s nejakou chorobou. V súčasnosti prebieha s medzinárodnou spoluprácou za podpory EU a WHO program, ktorý vypracúva model určený na hodnotenie kvality života dospelých osôb s telesným a mentálnym postihnutím. Je to modul **WHOQOL-DIS**, ktorý je v testovacom štádiu, odvodený z modulu WHOQOL – BREF. Ide o modifikovanú verziu jeho položiek pre ľahšie pochopenie s použitím systému trojbodovej stupnice a pridaním ďalšej pomoci vo forme smajlíkov (Bredemeier a kol., 2014; Haburajová – Ilavská, 2014).

Teoretické modely QOL patria medzi najznámejšie, ktorý je postavený na dimenzii subjektívnej kvality života, bol vytvorený Centrom pre podporu zdravia pri Univerzite Toronto. Ide o viacdimenzionálny model, ktorý vychádza z holistického pojatia QOL, je štruktúrovaný do troch základných oblastí (byť, niekam patriť, realizovať sa). V nich sú

d'alej rozlišované ďalšie tri podoblasti; podobu celého modelu zachytávame v popise nižšie. Model kvality života na základe subjektívneho vnímania jedinca spracovali na základe popisu Svobodovej (2006) a teórie autorov Raphael (1996) a Phillips (2006).

Tabuľka 3: Holistické pojatie QOL – subjektívne dimenzie kvality života

<b>BYŤ (BEING) – osobné charakteristiky človeka</b>	
Fyzické bytie	Zdravie, hygiena, výživa, pohyb, celkový vzhľad
Psychologické bytie	Psychologické zdravie, vnímanie, sebaúcta, sebakontrola
Spirituálne bytie	Osobné hodnoty, presvedčenie, viera
<b>PATRIŤ NIEKAM (BELONGING) - spojenie s konkrétnym prostredím</b>	
Fyzické napojenie	Domov, škola, pracovisko, susedstvo, komunita
Sociálne napojenie	Rodina, priatelia, spolupracovníci, susedia (užšie napojenie)
Komunitné napojenie	Pracovní príležitosti, zodpovedajúce finančné príjmy, zdravotné a sociálne služby, vzdelávacie, rekreačné možnosti a príležitosti, spoločenské aktivity (širšie napojenie)
<b>REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahovanie osobných cieľov; nádeje a ašpirácie</b>	
Praktická realizácia	Domáce aktivity, zamestnanie, školské a záujmové aktivity, starostlivosť o zdravie, sociálne začleňovanie
Voľnočasová realizácia	Relaxačné aktivity podporujúce redukciu stresu a napätia
Rastová realizácia	Aktivity podporujúce zachovanie a rozvoj znalostí a zručností, adaptácia na zmeny

Zdroj: Svobodová, 2006

Podobný prístup zastáva i Raphael (1996 In Phillips, 2006:37], ktorý prirovnáva kvalitu života jedinca k spokojnosti s využitím možností života, ktoré pre neho získali dôležitosť. Zakomponovaním „možností“, ktoré označujú zároveň príležitosti i limity jedinca, do teórie kvality života získal tento prístup vysoko individualistický charakter. Kvalita života je podľa Raphaela holistický a multidimenzionálny koncept vznikajúci interakciou personálnych a environmentálnych faktorov i príležitosti k rozvoju zručností, čo vyjadruje

pomocou štruktúrného modelu, ktorý prezentujeme v tabuľke č. 3. Inak povedané, kvalita života je súhra toho, kto sme po osobnostnej i fyziologickej stránke, ak zapadáme do svojho prostredia a aké aktivity podnikáme k sebaujadraniu a sebarozvoju (Phillips, 2006 s. 37-38). Tento teoretický prístup je veľmi široký, čím rešpektuje komplexnosť konceptu kvality života. Na kvalite života sa podieľajú interakcie osobných, medziľudských a environmentálnych aspektov ľudského života i jedincove využitie možností k rastu v „Becoming“ doméne.

Skutočná kvalita života konkrétneho jedinca je potom daná jednak subjektívne (sociálne, hodnotovo a kultúrne) podmieneným významom jednotlivých vymedzených oblastí, jednak tiež mierou, v rámci ktorej sa jedincovi darí tieto oblasti života reálne naplňovať a tým, ako toto naplňovanie sám spätne subjektívne hodnotí. Podľa tohto modelu je pre QOL najdôležitejší subjektívny pocit osobnej pohody či nepohody (telesná, duševná a sociálna), resp. subjektívne vnímanie a imaginácia individuálnej životnej situácie. Pritom ale objektívne environmentálne životné podmienky nie sú v tomto modeli zámerne uvažované, lebo samy o sebe žiadnu kvalitu života nevytvárajú, môžu ju len viac či menej významne podporovať, alebo nepodporovať. Ako príklad takýchto podmienok možno uviesť existujúce pracovné či vzdelávacie príležitosti, ktoré ale jedinec nevyužíva, alebo ich nemôže využívať, alebo o nich vôbec nevie, potom tieto skutočnosti „environmentálneho“ prostredia jeho kvalitu života neovplyvňujú (Svobodová, 2006).

V súvislosti s komplexným modelom QOL Kováč (2004) na základe pomerne veľkého počtu dimenzií usporiadaných do troch úrovní do určitej miery pripomínajú Maslowovu pyramídu ľudských potrieb. Prvú, bazálnu (všeľudskú) rovinu pre prežitie komplexne kvalitného života predstavujú indikátory ako dobrý fyzický stav, normálny stav psychický, detstvo a dospievanie vo funkčnej rodine, vyhovujúce materiálne a sociálne zabezpečenie, nekontroverzný život a zdravie neohrožujúce životné prostredie a úspešný priebeh základnej socializácie.

Druhú, civilizačnú (individuálne špecifickú) rovinu tvoria: dobré zdravie, uspokojivé sociálne prostredie a kvalitné interpersonálne sociálne väzby, stupeň rozvinutosti spoločnosti, kompetencie, znalosti a zručnosti individua.

Tretiu rovinu, elitnú (kultúrno-duchovnú) potom vytvárajú také hodnoty a procesy, ako je altruizmus, charitatívne správanie, existencia spoločenského uznania a realizácia jednotlivcov v komunite, vysoká miera kultivovanosti jedinca a možnosť bezproblémového starnutia. Ako uvádza Kováč (2004, s. 13) model je zastrešený zmyslom

života ako prierezový psychický regulátor takmer každého ľudského správania a ľudskej bytosti.

Problematika indikátorov kvality života sa v mnohých ohľadoch prelína s problematikou oblastí kvality života, nakoľko indikátory sú základným prostriedkom ich ohodnotenia. Výber oblastí výskumu zasa naznačuje, aké indikátory v ňom budú použité. Vzájomnú väzbu oboch problematik potvrdzuje aj Pacione (2003b), ktorý upozorňuje na to, že súbor vybraných indikátorov musí byť dostatočne široký, aby zahŕňal všetky najvýznamnejšie oblasti ľudského života. Významnú úlohu pri výbere indikátorov zohrávajú tiež ciele výskumu.

Meranie kvality života je častokrát realizované na základe vzťahu medzi doménami kvality života a možnosťami dosahovania spokojnosti. V pojatí van Praaga si kvalitu života môžeme predstaviť ako sumu spokojností dohnutých v šiestich základných objektívne určených životných doménach: práce, financie, bývanie, zdravie, voľný čas a prostredie [van Praag, 2003:31]. Tento štruktúrny model je založený na agregátnej spokojnosti so životom ako takým, ktorá môže byť ďalej rozkladaná na spokojnosť v jednotlivých doménach. Model predpokladá sadu objektívne merateľných premenných X, ktoré objasňujú rôzne hodnoty spokojnosti jednotlivých domén. Tie dohromady tvoria všeobecnú spokojnosť, ako naznačuje tabuľka nižšie. Van Praag predpokladá, že sa premenné navzájom ovplyvňujú a že spokojnosť jedinca nezávisí len na objektívnej situácii, v ktorej sa nachádza, ale aj na jeho osobnosti, ktorú pre účely modelu pokladá za v čase nemennú. Nakoľko znaky osobnosti spoločne s niektorými ďalšími premennými ako je zdravie detí pokladá za nepozorovateľné, uvádza do vzťahu navyiac latentnú premennú Z (van Praag, 2003, s. 30-31).

Tabuľka 4 Meranie kvality života podľa modelu van Praaga

<b>Objektívne merateľné premenné</b>	<b>Spokojnosť v doménach</b>	<b>Výsledok</b>
	Spokojnosť s prácou	
	Spokojnosť s financiami	
<b>X →</b>	Spokojnosť s bývaním	<b>→ Všeobecná spokojnosť (GS)</b>
	Spokojnosť so zdravím	
	Spokojnosť s voľným časom	
	Spokojnosť s prostredím	

Zdroj: van Praag (2003, s. 31)

Felce a Perry (1995) sa touto myšlienkou zaoberali podrobnejšie a uvádzajú dva, resp. tri základné predpoklady vytvorenia všeobecne platného prístupu k meraniu kvality života. Prvým je zdokonalenie techniky merania a hodnotenia objektívnych aspektov kvality života. Vychádzajú najmä z toho, že existuje len malá zhoda v prístupoch a používaných metódach pre stanovenie a meranie objektívnych ukazovateľov. Riešenie vidia najmä vo výskume otázky súvisiacej s identifikáciou relevantných oblastí kvality života. Druhým predpokladom je spresnenie metodológie spôsobu získavania subjektívnych ocenení v rámci širokého spektra prvkov osobnej spokojnosti a významu, ktoré človek pripisuje rôznym aspektom svojho života. V tomto prípade uvedení autori akceptujú myšlienku širokého využitia metódy dotazníka. Poukazujú však na častý problém používania rôznych abstraktných pojmov v nich. V tomto prípade totiž môže byť výpovedná hodnota odpovedí respondentov znížená v dôsledku nedostatočného pochopenia toho, čo je predanú abstrakciu relevantné. Ako vhodnejšia sa im v tomto prípade javí technika interview. Tretí predpoklad sa týka najmä výskumu kvality života špecifikovanej skupiny osôb, ktorý je v dnešnej dobe pomerne bežný. Výskum zameraný na schopnosť zistiť, či ľudia so zrejmyými kognitívnymi obmedzeniami a deficitmi v komunikácii (najmä v súvislosti s mentálnou retardáciou), majú dostatočnú schopnosť vnímať a vyjadrovať sa v súvislosti s tým, na čo sa ich pýtame a odpovedať spôsobom, ktorý by primerane reflektoval ich vlastné pocity. Čo sa týka korektnosti merania hodnôt indikátorov, Massam (2002) sa zmieňuje o dvoch základných požiadavkách. Prvou je identifikácia a explicitné zadefinovanie indikátorov. Druhou je použitie získaných údajov, t. j. rozhodnutie o spôsobe (metóde) analýzy údajov, tvorby indexov, tabuľkových, mapových alebo grafických výstupov atď. Tomuto rozhodnutiu je potom potrebné prispôbiť výber a spôsob získavania samotných údajov.

## **Zhrnutie**

Pojem kvality života prešiel pomerne dlhým historickým vývojom – spočiatku bol hlavne termínom ekonomickým a politickým, ktorý pracoval s jednoznačnými a čisto objektívnymi číslami a údajmi. Postupne sa ale tento pojem rozširoval a stával sa predmetom výskumov v sociológii a psychológii, čo umožnilo plne rozvinúť subjektívnu dimenziu kvality života – kvalita života začala byť vnímaná z pohľadu jedinca, ktorého sa týka, nebola len hodnotená na základe objektívnych, vonkajších faktorov. V súčasnej dobe je kvalita života pojmom, ktorý presakuje cez súbor odborov – dotýka sa ekonómie,

politiky, sociológie, psychológie, pedagogiky, ekológie, sociálnej práce, zdravotníctva ... a každý z pohľadov má svoje určité špecifiká. Kvalita života je skloňovaná v súvislosti s mnohými sociálnymi problémami a otázkami – „kvalitný život“ je pre súčasného človeka výzvou. Definícií, ktoré sa pokúšajú vyzdvihnúť širšie chápanie pojmu kvalita života, bola vytvorených niekoľko, napriek tomu neexistuje ale žiadna, ktorá by bola považovaná za štandard a ktorá by plne vystihla a sýtla celou problematikou a umožnila vybudovať jednotný teoretický základ. Napriek tomu na tomto mieste ponúkame zhrnutie základných východísk:

- kvalita života je multidimenzionálna rovina, ktorá má popísať a zhrnúť život človeka ako celok,
- kvalita života môže byť spracovaná na rôznych úrovniach v závislosti od teoretického rámca,
- kvalita života zahŕňa subjektívnu i objektívnu dimenziu,
- kvalita života zahŕňa všeobecne dimenziu fyzickú, psychickú, sociálnu, spirituálnu a dimenziu prostredia, konkrétne dimenzie potom sú špecifikované a vymedzené jednotlivými autormi podľa ich zamerania a cieľov,
- jednotlivé dimenzie kvality života sú rôzne zohľadňované podľa toho, ako sú pre ľudí osobne dôležité a ako odpovedajú ich predstavám o živote,
- kvalita života je definovaná kultúrne a s ohľadom na hodnotové systémy a orientáciu, a to v subjektívnych, ale hlavne v objektívnych dimenziách,
- konštrukt kvality života v súčasnom svete by mal byť aplikovateľný na všetkých za akýchkoľvek okolností a teoretické vymedzenie by malo poskytnúť základ pre všetky odbory, ktoré sa kvalitou života zaoberajú.

V oblasti sociálnej práce bol vypracovaný koncept kvality života vo vzťahu k životnej spokojnosti jedinca (QoL, WHOQOL – BREF), ktorá umožňuje hodnotiť kvalitu života klienta v rámci sociálneho prostredia z pohľadu subjektívnej i objektívnej skúsenosti jedinca – umožňuje zachytiť a popísať, prežívanie a hodnotenie životnej situácie jedinca. Konštrukt posudzovania kvality života je dôležité predovšetkým u tých jedincov, u ktorých nemožno postihnutie alebo obmedzenie prekonať, ale je možné aspoň robiť maximum pre to, aby bol život takéhoto človeka čo najlepší a najkvalitnejší. Postupom času sa vytvorilo niekoľko metód, ktoré slúžia k hodnoteniu kvality života aj vzhľadom na cieľ štúdie či výskumu alebo cieľovú skupinu, na ktorú je zameraný.

Je nevyhnutné upozorniť, že medzi významným vplyvmi ktoré zmenili vnímanie kvality života, patria osobnostné charakteristiky. Tendencie k pozitívnemu náhľadu na život, optimistický postoj, presvedčenie o možnosti uplatniť vlastné sily, odolnosť a kopingové stratégie a ďalšie charakteristiky môžu i zdanlivo beznádejnú situáciu premeniť na zmysluplnú a znesiteľnú, a tým pádom predstavuje významný determinant subjektívneho posudzovania kvality života. Ľudia s rovnakým stupňom postihnutia a ľudia s rovnakou diagnózou môžu svoju situáciu vnímať diametrálne odlišne, závisí na ich skúsenostiach, hodnotovej orientácii a osobnostných charakteristikách. V oblasti výskumu je dôležité venovať pozornosť i týmto premenným, ktoré výrazne dokážu meniť pohľad na kvalitu života a jeho zmysel.

### **2.3 KVALITA ŽIVOTA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH**

Problematika kvalita života ľudí s mentálnym postihnutím ako sme už vyššie spomenuli je v súčasnosti v centre pozornosti. S touto problematikou sa zaoberajú viacerí autori v zahraničí i na Slovensku. Výskumy týchto autorov sú zamerané na rôzne aspekty, ktoré ovplyvňujú kvalitu života ľudí s mentálnym postihnutím. Z viacerých uvedieme Gajdošíkovú (2010), ktorá analyzovala vplyv rodiny na kvalitu života dieťaťa a Mandzákovú (2010), ktorá skúmala kvalitu života ľudí s mentálnym postihnutím z hľadiska sexuality. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci sa zameriava na zmapovanie kvality sociálnych služieb s cieľom formovania takých služieb, ktoré rešpektujú ľudské práva a posilňujú dôstojnosť a rovnosť prijímateľov sociálnych služieb s vytváraním podmienok na kvalitný život v spoločnosti.

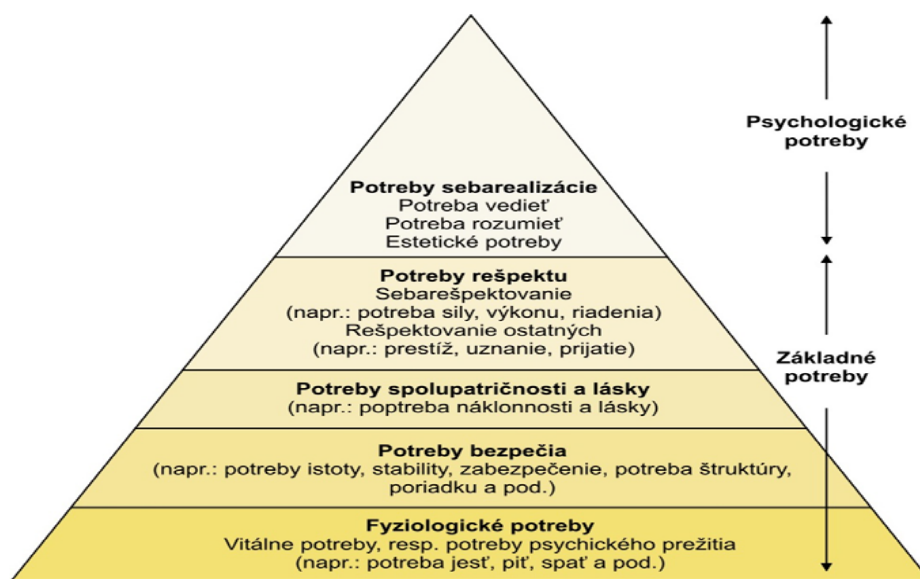
Mnohé výskumy naznačujú, že zdravie priamo ovplyvňuje kvalitu života. Preto právom môžeme predpokladať, že ľudia s mentálnym postihom kvalitu svojho života hodnotia nižšie ako intaktní ľudia bez postihnutia. Paradoxom však je, ako to píše Repková (2002), že ľudia s postihnutím uvádzajú vysokú kvalitu života aj napriek svojim ťažkým zdravotným postihnutiam. Práve preto považujeme za dôležité poukázať na názor Mülpracha a Vaďurovej (2005), podľa ktorých pri skúmaní kvality života treba vychádzať z otázky „aká kvalita a pre koho“.

Podľa Jesenského (In Vaďurová - Mühlpachr, 2005) činitele, ktoré ovplyvňujú kvalitu života ľudí s postihnutím, sú vnútorné a vonkajšie. Vnútorné sú podmienené somatickým a psychickým vybavením daného človeka. Vonkajšie vychádzajú z prostredia, medzi ktoré

autor zaraďuje prírodno-ekologické, spoločensko-kultúrne, výchovno-vzdelávacie, pracovné, ekonomické a materiálne faktory.

Základom je uspokojenie ich základných biologických potrieb, ktoré vytvárajú predpoklad na uspokojenie ďalších podľa Maslowovej hierarchie, ktorého schéma približuje jednotlivé dôležité aspekty životného bytia.

Obrázok č. 1: Maslowova hierarchia potrieb



Zdroj: Dworschak, In Klemková, 2015, s.19

Ako uvádza Klemková (2015), v priebehu života jednotlivca, či ide o intaktného alebo s mentálnym postihnutím jedinca dôležitosť a aktuálnosť jednotlivých potrieb sa mení. Ovplyvňujú to okolnosti a individuálne požiadavky daného jedinca. V prípade jedincov s mentálnym postihnutím ako uvádza Dragomerická (In Hampl, 2010), ide aj o naplnenie špecifických potrieb a očakávaní s využitím ich individuálnych schopností v interakcii s okolím. Kvapilík a Černá (In Kozoň, 2014) uvádzajú, že naplnenie spomínaných špecifických potrieb napomáha k dodržiavaniu zásad participácie a partnerstva, ktoré patria medzi činitele kvality života osôb s mentálnym postihnutím.

Z laického pohľadu uspokojenie týchto špecifických potrieb sa najlepšie dá zabezpečiť v inštitucionálnych podmienkach. Charakteristickou nevýhodou inštitúcií však je, že nie sú schopné reagovať na individuálne požiadavky a to práve z dôvodu veľkého počtu klientely. Podľa Holúbkovej (2013) život v inštitúcii pre osoby s mentálnym postihnutím znamená žiť ďaleko od pôvodného bydliska, mať iba obmedzený kontakt s rodinou, s priateľmi a s okolitým svetom, nehovoriac o obmedzení ich osobnej slobody a prevládajúcich pravidlách a stereotypoch. Život jedincov s mentálnym postihnutím v zariadení sa vyznačuje kolektívnym systémom, ktorý nezabezpečuje dostatok osobného súkromia a samostatnosti a vedie k narušeniu ich osobnej integrity (Cangár, 2014).

Každodenné činnosti sa prispôsobujú k rytmu inštitúcie, čo obmedzuje osobné aktivity a príležitosť prevzatia zodpovednosti. A práve tieto kompetencie sú základom rastu a kvality života jedinca s mentálnym postihnutím. Musíme ale poznamenať, že aj životné okolnosti a úroveň poskytovaných sociálnych služieb v jednotlivých zariadení sú veľmi menlivé. Nemôžeme o všetkých hovoriť v negatívnom osvetlení. V súčasnosti sa inštitúcie snažia poskytovať služby na vysokej úrovni, prispôbovať k potrebám klientov. K tomuto vo veľkej miere napomohol v roku 2008 prijatý zákon o sociálnych službách, ktorý uviedol požiadavku zaistovania kvality sociálnych služieb. Poskytovatelia sociálnych služieb reprezentujú princíp normalizácie, participácie a integrácie, ktoré slúžia na zlepšenie kvality života prijímateľov. Jedincov so špeciálnymi potrebami podnecujú k aktívnej účasti a berú ich za osoby, ktoré sú schopné prevziať zodpovednosť za vlastný život.

Podľa Adlera (In Hampl, 2010) práve autonómia, sebestačnosť a pocit užitočnosti sú základnými faktormi kvalitného života. Pritom dôležitým činiteľom je aj sociálne prostredie, v ktorom klient žije, pohybuje sa, kde vytvára vzťahy či už so spolubývajúcimi, personálom, rodinou, priateľmi, známymi alebo širším prostredím.

V živote človeka odkázaného na pomoc iných medzi činitele kvality života patrí aj rešpektovanie jeho práv, hodnôt, povinností a záujmov (Pečuchová a kol., In Kozoň, 2014). Spomínané komponenty kvality života sú východiskom k tomu, aby človek s mentálnym postihnutím mohol využívať svoje schopnosti a možnosti a podieľať sa na fungovaní spoločnosti.

Pri skvalitňovaní ich života musíme si uvedomiť, že ľudia s mentálnym postihnutím sú plnoprávnymi občanmi spoločnosti. Majú právo na to, aby sa sami rozhodli o svojom živote, rozhodli o tom kde, s kým a ako budú žiť a tým majú právo aj na to, aby sami ovplyvňovali aj kvalitu svojho života.

Analýzou kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v súvislosti s podporovaným bývaním sa zaoberajú predovšetkým zahraniční autori Emerson, E., Schalok, R., (2001). a ďalší, ktorí konštatujú, že klienti žijúci v podporovanom bývaní sú spokojnejší so svojimi podmienkami, so svojim životom ako tí, ktorí žijú v inštitucionálnom zariadení. Výsledky domácich štúdií a zahraničných výskumov zhodne dokazujú, že táto forma starostlivosti zabezpečuje väčší a lepší životný priestor pre klientov.

Na základe štúdií a výsledkov zahraničia bola v roku 2011 schválená vládou Slovenskej republiky Stratégia deinštitucionalizácie, ktorá priniesla významnú zmenu v sociálnych

službách. Jej cieľom je odstraňovanie dôsledkov inštitucionálnej izolácie a segregácie ľudí odkázaných na pomoc v zariadeniach sociálnych služieb s vytváraním podmienok pre ich nezávislý, dôstojný život v prirodzenom prostredí komunity. Podľa Cangára (2014) nejde len o zmenu formy bývania, ale ide aj o zmenu filozofie, prístupu ku prijímateľom sociálnych služieb vytváraním alternatívnych komunitných služieb. Filozofiou transformácie a deinštitucionalizácie je dosiahnutie rovnakých príležitostí občianskych práv a plnej účasti na všetkých aspektoch života spoločnosti. Je to proces zvyšovania uvedomovania, posilňovania a emancipácie osôb so zdravotným postihnutím, ktorý je založený na princípoch solidarity, vzájomnej podpory, svojpomoci, demokracie a sebaurčenia (Maliňáková, 2013).

### **3 NAZERANIE NA KVALITU ŽIVOTA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH CEZ KVALITATÍVNY VÝSKUM**

Realizovaný kvalitatívny výskum je zameraný na zistenie subjektívneho vnímania kvality života mentálne postihnutých, čím chceme poskytnúť laickej i odbornej verejnosti pohľad na špecifiká životného štýlu ľudí s mentálnym postihnutím a zároveň komparovať osobitosti života klientov v reziduálnej starostlivosti a klientov v zariadení podporovaného bývania v rámci procesu deinštitucionalizácie starostlivosti o mentálne postihnutých.

Hendl (2008) vyzdvihuje ako hlavné výhody kvalitatívneho výskumu možnosť získať podrobný popis a náhľad do problémov a života jedinca alebo skupiny, či určitého fenoménu, ktorý sa spája s jeho životom v prirodzenom prostredí. V prípade mentálne postihnutých sa často pri poskytovaní sociálnych služieb a podpory klientovi v priestoroch chráneného bývania či sociálneho zariadenia, tieto zariadenia stávajú trvalým bydliskom a domovom, a predstavujú pre nich prirodzené prostredie, v ktorých je možné výskum realizovať. Kvalitatívna metóda dobre reaguje na meniace sa situácie a podmienky v systéme sociálnych služieb v chránenom bývaní, kde spolu zdieľajú jednu domácnosť viacerí ľudia s rôznym stupňom mentálneho postihnutia, ich životné podmienky sú meniteľné.

Najvhodnejšou metódou pre náš výskum sa javí použité kvalitatívnej metodológie, ktorou sa môžeme skôr priblížiť človeku s mentálnym postihnutím. Voľbu kvalitatívneho výskumu podporili i závery Švaříčka a Šedovej (2007), ktorí uvádzajú, že typickými termínmi, ktoré sa v kvalitatívnom výskume využívajú pri definovaní cieľov, sú pojmy ako preskúmať, vysvetliť, opísať, porozumieť, odkryť, poskytnúť spätnú väzbu, pomôcť niečo zlepšiť, poskytnúť vodítko k zmene, ukázať ďalšie možné riešenia. Vzhľadom na špecifickosť sociálnej skupiny, na ktorú je zameraný náš výskum, sme sa rozhodli použiť jeden z týchto zavedených dizajnov kvalitatívneho výskumu, podobne ako u autorov Švaříček a Šedová (2007). Náhľadom do života ľudí zo sociálnej skupiny mentálne postihnutých sa snažíme aj o zmapovanie postojov, pocitov, skúseností a subjektívneho vnímania a kvalitu života tejto výskumnej vzorky. Pri spracovaní sa snažíme predovšetkým o priblíženie sa objektu skúmania, získanie autentickej osobnej výpovede a tým aj o dosiahnutie hlbšieho a podrobnejšieho náhľadu na problematiku u samotných respondentov.

### 3.1 CIELE A VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Súčasťou kvalitatívneho výskumu je v diskusii komparatívne poukázať na rozdielnosť ponímania kvality života respondentov v inštitucionálnom prostredí verzus v prirodzenom prostredí, ktoré pre nich predstavuje podporované bývanie. Výsledky analýzy by mohli ďalej poslúžiť iným osobám (užívateľom sociálnych služieb, sociálnym pracovníkom, odbornej a širokej verejnosti), ktoré sa zaujímajú o túto oblasť, prípadne sú priamo zainteresované v tejto problematike. Prezentáciou postojov, pocitov, subjektívneho vnímania a skúseností výskumnej vzorky sa snažíme o lepšie pochopenie a priblíženie ich vnútorného sveta.

Hlavným výskumným cieľom je porovnávať kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb s mentálnym postihnutím v reziduálnom zariadení a nimi vnímanej prirodzenej komunite – teda v zariadení podporovaného bývania. Boli stanovené tieto čiastkové ciele výskumu:

- zistiť subjektívne vnímanie kvality života u mentálne postihnutých z rôznych sociálnych prostredí a rodinného zázemia,
- popísať determinanty ovplyvňujúce kvalitu životného prostredia z vonkajšieho i vnútorného sveta mentálne postihnutých,
- zistiť zmeny, ktoré nastali v živote klientov pri zmene poskytovania sociálnych služieb a umiestnenia do zariadenia podporovaného bývania,
- zistiť problémy, ktoré nastali u mentálne postihnutých prechodom z reziduálnej starostlivosti do chráneného bývania a úroveň ich pripravenosti na samostatné bývanie a život.

Pri definovaní výskumného problému sme vychádzali zo špecifických potrieb a charakteristiky ľudí s mentálnym postihnutím, ktoré sa odlišujú nielen úrovňou mentálneho postihnutia, ale aj rodinným a sociálnym zázemím pred umiestnením do reziduálnej starostlivosti či podporovaného bývania. Rada (2006) tvrdí, že ľuďom s mentálnym postihnutím prospieva pobyt v kolektíve ľudí s podobným postihnutím, ktorí im pomáhajú rozvíjať sebavedomie, komunikačné a sociálne schopnosti a psychickú pohodu. Na druhej strane tento typ spolužitia predstavuje vysoké riziko sociálnej izolácie, závislosti a odkázanosti, pokiaľ nie sú sociálne služby, ktoré klient využíva zamerané na aktivizáciu a zmocňovanie klienta. Avšak samotná existencia podporovaného bývania predpokladá inú

formu dennej aktivity, napr. starostlivosť o spoločnú domácnosť, vykonávanie spoločných aktivít napr. varenie, práca v chránených dielňach, v rámci ktorých sa potreby mentálne postihnutých dostatočne naplnené.

Vo výskume autorky výskumu hľadali odpovede na nasledovné typy výskumných otázok:

VO1. Existujú rozdiely v kvalite života zo subjektívneho vnímania medzi mentálne postihnutými v reziduálnej starostlivosti a podporovanom bývaní?

VO2. Existuje súvislosť medzi subjektívnym vnímaním kvality života a sociálnym prostredím, v ktorom sa mentálne postihnutí nachádzajú?

VO3. Existuje vzťah medzi zmenou postojov k životu a spôsobom života u mentálne postihnutých z inštitucionálneho typu bývania po prechode do podporovaného typu bývania?

VO4. Existuje súvislosť medzi motiváciou mentálne postihnutých a ich preferenciou pobytu v zaradení podporovaného bývania?

### **3.2 VÝSKUMNÁ VZORKA**

Do kvalitatívneho výskumu boli zapojení klienti s mentálnym postihnutím ľahkého a stredného stupňa mentálnej retardácie, ktorí boli schopní participovať na výskume a zapojiť sa do pološtruktúrovaných rozhovorov. Celkovo participovalo na výskume 247 mentálne postihnutých, z toho bolo 128 klientov v inštitucionálnej starostlivosti a 191 mentálne postihnutých žijúcich v podporovanom type bývania.

Respondenti boli do výskumnej vzorky zaradení na základe stanovených indikátorov, medzi ktoré patria:

- existencia ľahkého a stredného stupňa mentálneho postihnutia;
- veková štruktúra mentálne postihnutých respondentov v rozpätí 30-50 rokov;
- primerané a rovnomerné rodové zastúpenie mentálne postihnutých mužov a žien;
- ochota respondentov s mentálnym postihnutím participovať na výskume a odpoved' na výskumné otázky s porozumením;
- uzavretá skupina mentálne postihnutých, kde je poskytovaná starostlivosť v inštitucionálnom type zariadenia (vopred dohodnutá spolupráca so zariadením vo vybranom kraji);

- uzavretá skupina mentálne postihnutých umiestnená do zariadenia podporovaného bývania v dĺžke najmenej 6 mesiacov;
- zriaďovateľ sociálnej služby zaradený do projektu deinštitucionalizácie alebo poskytujúci aktuálne služby v zariadení podporovaného bývania.

Do kvalitatívneho výskumu boli zaradené zariadenia, ktoré v priebehu realizácie výskumu zabezpečujú podporované bývanie alebo ktoré boli aktívne zapojené do procesu deinštitucionalizácie v rámci projektu „Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb“. Cieľom projektu je zahájiť a podporiť proces deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb, ako aj pripraviť a overiť jednotný postup deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím a duševnou poruchou, tiež podporiť verejných poskytovateľov, ktorí majú záujem transformovať svoje inštitucionálne služby na komunitné a využiť pre tento účel disponibilné prostriedky Regionálneho operačného programu, prioritná os 2 Sociálna infraštruktúra na realizáciu prvých projektov deinštitucionalizácie. Projekt sa pilotne realizuje v šiestich samosprávnych krajoch, za každý kraj je určené jedno zariadenie sociálnych služieb.

Tabuľka 5: Zoznam zariadení s reziduálnou starostlivosťou

<b>Kraj</b>	<b>Vybrané zariadenie</b>	<b>respondenti</b>
Trnavský samosprávny kraj (TTSK)	DSS Jahodná	16
Bratislavský samosprávny kraj (BASK)	DSS a RS Rosa	22
Nitriansky samosprávny kraj (NSK)	ZSS Kreatív Klasov	17
Prešovský samosprávny kraj (PSK)	CSS Dúbrava	19
Trnavský samosprávny kraj (TTSK)	DSS Zavar	13
Prešovský samosprávny kraj (PSK)	DSS Prešov	21
Banskobystrický samosprávny kraj (BBSK)	DSS BB	20
Spolu		128

Zriadenia podporovaného bývania, ktoré boli zaradené do výskumu, sú špecifické tým, že zabezpečujú a zlepšujú podmienky každodenného života založené na dôstojnom, plnohodnotnom, empatickom a rešpektujúcom prístupe ľudí s mentálnym postihnutím, ktorých situácia vyplýva zo stupňa mentálnej retardácie, zníženej funkčnosti a pohyblivosti končatín a rôznych zdravotných komplikácií spojených s mentálnym

(prípadne ďalším zmyslovým) postihnutím. Špecifikom sú klienti v zariadení podporovaného bývania, v prípade ktorých sú vytvárané životné podmienky porovnateľné s podmienkami intaktnej populácie. Práca s klientmi v podporovanom bývaní sa zameriava na zvyšovanie schopnosti samostatného rozhodovania, samostatnosti a zodpovednosti klientov s mentálnym postihnutím tak, aby nadobudli životné zručnosti potrebné na nezávislý život. Celkovo bolo do výskumu zapojených 13 zariadení podporovaného bývania a spolu 119 mentálne postihnutých súhlasilo s participáciou na pološtruktúrovaných rozhovoroch.

Tabuľka 6: Zoznam zariadení podporovaného bývania

<b>Kraj</b>	<b>Vybrané zariadenie</b>	<b>respondenti</b>
Trenčiansky samosprávny kraj (TSK)	DSS – Adamovské Kochanovce	8
Prešovský samosprávny kraj (PSK)	CSS Zátíšie – Osadné	7
Prešovský samosprávny kraj (PSK)	CSS Slniečny dom	5
Nitriansky samosprávny kraj (NSK)	ZSS LIPKA – Lipová	8
Košický samosprávny kraj (KSK)	DSS LIDWINA – Strážske	6
Trnavský samosprávny kraj (TTSK)	DSS – Okoč – Opatovský Sokolec	5
Banskobystrický samosprávny kraj (BBSK)	DSS – Slatinka, Lučenec	4
Banskobystrický samosprávny kraj (BBSK)	Krivánska ul. a Internátna ul.	17
Trenčiansky samosprávny kraj (TSK)	CSS Nádej – Dolný Lieskov	10
Trnavský samosprávny kraj (TTSK)	DSS a ZPB MEREMA (ZPB Harmónia, ZPB Kráľová)	10
Bratislavský samosprávny kraj (BSK)	DSS pre deti a dospelých KAMPINO	22
Bratislavský samosprávny kraj (BSK)	DSS Profesora Karola Matulaya	17
Spolu		119

Zdroj: vlastné spracovanie.

### 3.3 POUŽITÁ METODOLÓGIA

Ako hlavnú metódu výskumu sme zvolili pološtruktúrovaný rozhovor, Kvale (1996, s. 5) ho definuje ako „konverzáciu s cieľom získať popis životného sveta opytovaného, s prihliadnutím do jeho špecifickej životnej situácie a smerom k získaniu interpretácie popisovaných javov“. Reichel (2009) uvádza ako hlavný znak takto vedeného rozhovoru prípravu otázok, ktoré nemusia byť pokladané v striktno stanovenom poradí a ich formuláciu možno v priebehu rozhovoru i čiastočne pozmeniť. Predmetom rozhovoru sú aj vzhľadom na charakter otázok potom významy, ktoré opytovaný posudzuje jednotlivými

otvorenými odpoveďami. Pološtruktúrovaný rozhovor sme zvolili z dôvodu možnosti modifikácie otázok, ktorým nemusí každým participant s mentálnym postihnutím v pôvodnom znení porozumieť.

Vzhľadom na špecifickú výskumnú vzorku sme sa rozhodli pre interview s mentálne postihnutými, nakoľko mnohí z nich majú problémy s písaním, nevedia čítať, majú problémy s výslovnosťou či s porozumením písaného textu, preto považujeme pološtruktúrovaný rozhovor za najvhodnejší nástroj zberu dát, nakoľko bolo možné mentálne postihnutým zopakovať otázku, pokiaľ prišlo k nedorozumeniu alebo bolo potrebné podať otázku iným spôsobom, ktorý by bol zrozumiteľnejší pre participanta s mentálnym postihnutím.

Pre interview sme pripravili súbor otázok, ktoré následne uvádzame v rámci jednotlivých dimenzií kvality života. Formulácia otázok bola vytvorená výskumníčkami a časť otázok pochádzala z dotazníka zameraného na skúmanie kvality života (WHOQOL) ako súčasť sledovania indikátorov kvality života. Pri príprave otázok pre interview sme stanovili vyššie oblasti /kategórie/ - zdefinovali sme témy, ku ktorým sme potom vytvorili jednotlivé otázky – /subkategórie/. Takto vzniklo „*jadro interview t.j. minimum tém a otázok, ktoré má výskumník za povinnosť prebrať*“ (Miovský, 2006, s. 160). Vytvorené jadro interview nám malo zaručiť ako ucelenosť, istú nadväznosť otázok, aby došlo k získaniu odpovedí na všetky dôležité a pre nás potrebné oblasti. Túto osnovu mal výskumník priamo pri interview fyzicky pred sebou a na základe takto pripravených otázok bolo interview s mentálne postihnutými vedené. Poradie otázok bolo menené v priebehu rozhovoru, podľa okamžitého úsudku výskumníka, ale aj podľa aktuálnej situácie mentálne postihnutého a jeho zdravotného stavu. Pri zbere dát sme sa tiež zamerali na starostlivé stanovenie miesta, kde budeme interview viesť. Vzhľadom k hĺbke a náročnosti rozhovoru sme neuvažovali o nejakom verejnom priestore, kde by bolo príliš veľa možností vyrušenia, ale zvažovali sme prostredie, ktoré participant s postihnutím pozná a kde sa bude cítiť isto a bezpečne. Interview sme s každým participantom viedli v jeho prostredí, kde sa aktuálne zdržiava, alebo kde je zaradený do pracovnej činnosti. Mentálne postihnutým, s ktorými boli realizované rozhovory bol v úvode vysvetlený cieľ a účel rozhovoru a hodnotenie. Bolo zdôraznené, že nejde o kontrolu zo strany personálu, ale o motiváciu možnosť ich spôsob života, životnú spokojnosť a subjektívne hodnotenie kvality života. S cieľom získať čo najviac informácií boli participantom v rámci neformálneho rozhovoru kladené neštruktúrované otázky, aby mohli mentálne postihnúť

občania slobodne odpovedať a reagovať vlastnými slovami. Rozhovory boli so súhlasom zainteresovaných nahrávané s cieľom zaznamenať presné výpovede a informácie opýtaných. Dĺžku rozhovoru by sme celkovo mohli zhodnotiť približne na 60 minút, pričom sme museli brať do úvahy individuálne potreby každého mentálne postihnutého, jeho aktuálnu životnú situáciu, zdravotný stav a podmienky bývania.

Pre zachytenie súvislostí a zachovanie autenticity boli rozhovory spracované na základe jednotlivých dimenzií a oblastí kvality života. Tiež sme sa snažili zachytiť rôzne neverbálne prejavy, ktoré rozhovor dopĺňajú, ako je smiech, alebo odmlky (ktoré sú vyjadrené niekoľkými bodkami). Následne sme pristúpili k spracovaniu empirických dát "takým spôsobom, aby sme boli schopní nájsť odpovede na položené výskumné otázky" (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 108).

Pri realizácii výskumu sme prihliadali na nasledovné oblasti, na základe ktorých bol stanovený výskumný plán a identifikované premenné:

Závislé premenné:

1. subjektívne vnímanie kvality života – stanovených 8 dimenzií vrátane životnej pohody, ktoré sledujeme v zvlášť stanovenej oblasti,
2. objektívne faktory determinujúce kvalitu života – stanovených 5 dimenzií,
3. komparácia kvality života z pohľadu mentálne postihnutých žijúcich v zariadení podporovaného bývania a umiestnených v ústavnej starostlivosti,
4. sledovanie zmien v živote mentálne postihnutých – po prechode z inštitucionálnej starostlivosti do zariadenia podporovaného bývania,
5. analýza životnej pohody na základe 3 dimenzií popisovanej v teórii Křivohlavý (2010)
  - dosahovanie životných cieľov a seberealizácia,
  - uspokojovanie životných potrieb,
  - koncept biologických základov pocitu pohody.

Podstatou prvej skupiny teórií je zameranie konania človeka na dosiahnutie stanovených životných cieľov. Ak má človek dobré životné ciele, má prečo žiť, usiluje sa ich dosahovať, tak mu je dobre, je v pohode. Je dôležité zdôrazniť rozdiel medzi realitou a aký je ideál v poňatí daného človeka.

Teória uspokojovania životných potrieb hovorí, že pre pocit pohody je dôležité práve uspokojenie potrieb. Neuspokojená potreba spôsobuje napätie, ktoré má negatívny vplyv na pocity pohody.

Predmetom tretej teórie je genetická výbava a tiež celkový postoj daného človeka, teda chápanie sveta, jeho života.

Nezávislé premenné:

- vek mentálne postihnutých respondentov,
- zdravotný stav,
- dĺžka poskytovanej starostlivosti,
- rodinné zázemie,
- pracovný a sociálny status.

Švaříček a Šed'ová (2007, s. 109) ďalej opisujú najprepracovanejší prístup analýzy dát, vhodný pre dizajn prípadovej štúdie. Základom ich poňatia je tradičná kvalitatívna kategorizácia. Dáta sú na základe systematického porovnávania a hľadania pravidelnosti uvádzané do segmentovaného systému kategórií. Prepísané rozhovory sme niekoľkokrát dôkladne prečítali a vracali sme sa aj k zvukovému záznamu a poznámkam. Pri čítaní sme vytvárali najskôr prvotné poznámky priamo v texte, snažili sme sa rozborom a označením častí textu rozhovor segmentovať na časti, ktoré nám z textu vystúpili. Tieto časti boli následne zhlukované k sebe na základe podobnosti tém, až došlo k vytvoreniu jednotlivých kategórií. Pre analýzu získaných údajov sme si zvolili metódu otvoreného kódovania.

Pri otvorenom kódovaní je text rozobraný na jednotky, týmto jednotkám sú pridelené mená a s takto pomenovanými časťami textu potom výskumník ďalej pracuje. Postupujeme tak, že analyzovaný text najprv rozdelíme na jednotky, pričom môže ísť o slová, vety, alebo aj odstavce. Každý takto vzniknutej jednotke sa prideliuje kód, teda názov alebo označenie. (Švaříček - Šed'ová, 2007). Podľa Gavoru (2006) je kód slovo alebo krátka fráza, ktorá nejakým spôsobom vystihuje určitý typ a odlišuje ho od ostatných.

Pri voľbe kódu sme si kládli otázku, o čom daná skupina pojmov vypovedá, aký jav či akú tému reprezentuje, aby sme mohli vystihnúť celkovú podstatu javu.

Vo výskume sme do úvahy nebrali objektívnu kvalitu života ale subjektívnu kvalitu života, nakoľko dáta sú získavané na základe individuálneho úsudku hodnotených podmienok života osoby.

V rámci štruktúry pološtruktúrovaného rozhovoru sme definovali oblasti a dimenzie kvality života tak, aby zrkadlili výskumný problém a ciele výskumu v nasledovných úrovniach:

Tabuľka 7: Sledované dimenzie a indikátory kvality života MP

Kód	N	Zoznam segmentov	Indikátory
<i>Kvalita života – subjektívne vnímanie (podporované bývanie)</i>	119	Zdravie a životné návyky	2
		Podmienky bývania	2
		Pracovná činnosť a seberealizácia	2
		Príjem a ekonomická bezpečnosť	2
		Sociálne interakcie a podpora	2
		Sociálne prostredie	1
		Voľný čas	2
		Životné predstavy a očakávania	3
<i>Kvalita života – subjektívne vnímanie (inštituc. starostlivosť)</i>	128	Zdravie a životné návyky	2
		Podmienky bývania	2
		Pracovná činnosť a seberealizácia	2
		Príjem a ekonomická bezpečnosť	2
		Sociálne interakcie a podpora	2
		Sociálne prostredie	1
		Voľný čas	2
		Životné predstavy a očakávania	3
<i>Kvalita života – objektívne faktory</i>	247	Prostredie a bývanie	1
		Sociálne vzťahy a podpora	2
		Sociálne služby – kvalita	3
		Zdravotný stav	1
<i>Životná pohoda</i>	247	Dosahovanie životných cieľov	2
		Saturácia životných potrieb	4
		Biologický základ pocitu pohody – postoj k životu	2
<i>Zmena</i>	119	Pozitíva	1
		Negatíva	1
		Bez zmeny	1

Zdroj: vlastné spracovanie

### 3.4 ORGANIZÁCIA VÝSKUMU A ETAPY ZBERU DÁT

Na základe špecifických črt vzorky sme zber dát realizovali formou riadených pološtruktúrovaných rozhovorov, ktoré boli doplnené o pozorovanie, tie sa realizovali v prirodzenom prostredí klienta, ktorí boli zaradení do podporovaného bývania, poskytovali sa im služby v domovoch sociálnych služieb alebo pracovali v podporovanom zamestnaní v chránených dielňach, ktoré poskytujú mentálne postihnutým priestor na rozvoj pracovných zručností a pracovné uplatnenie. Nakoľko ide o mentálne postihnutých, ktorým je poskytovaná sociálna služba na základe ťažkého zdravotného postihnutia dlhodobo, niektorým už od narodenia, toto prostredie sa pre nich stáva prirodzeným, pretože rodina im starostlivosť nechce, nedokáže alebo nevie zabezpečiť. Výskum bol realizovaný v priebehu druhej polovice roka 2017 a zber dát bol rozdelený do niekoľkých fáz, ktoré popisujeme nižšie:

1. mapovanie organizácií a sociálnych zariadení zapojených do projektu deinštitucionalizácie s cieľom komparácie kvality života mentálne postihnutých umiestnených v inštitucionálnej starostlivosti a podporovanom type bývania,
2. oslovenie participujúcej inštitúcie a zariadenia sociálnych služieb o spoluprácu pri realizácii výskumu a súhlas mentálne postihnutých s realizáciou rozhovorov,
3. nadviazanie kontaktu a spolupráce s participujúcimi inštitúciami na výskume, vyžiadanie súhlasu so záznamom rozhovorov ako výskumného nástroja,
4. zber dát prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov a vykonávanie záznamu,
5. kombinácia metód pozorovania a riadeného pološtruktúrovaného rozhovoru pri zbere dát,
6. vyhodnotenie a analýza výskumných zistení vrátane diskusie a odporúčaní pre prax.

Po stanovení potrebných požadovaných informácií, spôsobu výberu respondentov a konkrétneho výberového súboru a ďalších analytických skutočností súvisiacich s optimalizáciou výberového zisťovania, bolo ešte pred samotnou praktickou realizáciou zberu nutné vytvoriť softvérovú podporu zberu a zaznamenávania odpovedí, aby bola zabezpečená autentickosť a aktuálnosť spracovania výskumných zistení.

Respondenti nemajú zvyčajne povinnosť poskytnúť údaje (s výnimkou štátnej štatistiky) a zúčastňujú sa ich len na základe ich dobrej vôle. Ponúknutím niečoho sa môže

ochota zúčastniť sa na výskume výrazne zvýšiť, preto sme pri mentálne postihnutých zvolili nástroj pochvaly a uznania. Tí, ktorí participovali na výskume dostali pochvalu a uznanie za to, čo v živote dokázali, mohli sa pochváliť a priblížiť nám svoj život, to bolo pre nich dostačujúcou motiváciou, nakoľko sa radi chvália tým, čo vedia a čo robia.

### **3.5 INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV**

Na tomto mieste autorky podávajú bližšiu interpretáciu kódov a segmentov, ktoré vyplynuli z nami prevedeného otvoreného kódovania a z následného prepisu pološtruktúrovaných rozhovorov. Pre lepšiu prehľadnosť, zoraďujeme jednotlivé kódy a segmenty pod určitý typ výskumnej otázky, aby sme dosiahli zrozumiteľnosť a logickú nadväznosť. Keďže ide o subjektívne výpovede, ktoré boli neraz zdĺhavé, extrahujeme z výpovedí konkrétnu odpoveď, ktorú mentálne postihnutí respondenti vo výskume uvádzali.

#### **3.5.1 Dimenzie kvality života - podporované bývanie**

Životné návyky a životný štýl u mentálne postihnutých je veľmi odlišný, nakoľko preferujú nezdravý spôsob života, trpia rôznymi pridruženými ochoreniami popri zdravotnému postihnutiu, ktoré obmedzujú ich zdravie a vyžadujú si sledovanie a podporu zdravých životných návykov, ktoré častokrát mentálne postihnutí nedokážu dodržiavať a prikláňajú sa k nezdravému stravovaniu a pasívnemu tráveniu voľného času. V tejto súvislosti sme sledovali postoj mentálne postihnutého k vlastného zdraviu v kontexte aktivity a životných návykov. Z výpovedí mentálne postihnutých môžeme konštatovať, že pohyb je u mentálne postihnutých na nízkej úrovni, musí byť výrazne podporovaný zo strany personálu a mentálne postihnutí musia byť motivovaní k zvýšenej aktivite, v opačnom prípade sa u nich objavujú sklony k prejedaniu, pasivite, k zvýšenému tráveniu času na izbe a sebaľútosti či k nízkemu sebahodnoteniu a sebavedomiu, ktoré vyplýva z ich negatívneho postoja k samému sebe.

Sami mentálne postihnutí hodnotili svoje životné návyky ako nezdravé a nesprávne, uvedomujú si potrebu zmeny, ale sami ju nedokážu urobiť, majú sklony k lenivosti, pasivite, k prejedaniu, čo aj sami vo výpovediach priznali. Na druhej strane pomoc druhým a zapojenie do aktivít domácnosti či činností zariadenia ich viac motivuje a povzbudzuje k

lepšiemu životnému štýlu, participáciou na domácich aktivitách a chode domácnosti sa stávajú viac aktívnymi, indikátor aktivita sa ukázal ako najviac účinný pri podpore mentálne postihnutých v oblasti zdravia, životného štýlu a samostatnosti či sebauplatnenia.

❖ **indikátor: zdravie a životné návyky, kód: aktivita**

Na základe výpovedí mentálne postihnutých hodnotíme, že životné návyky nie sú viazané k zdravému vareniu, zdravému pohybu, športovým aktivitám či správnej sebadisciplíne. Vo výpovediach sa ukázalo, že nemajú pozitívny vzťah k sebe a nehodnotia sa pozitívne a to buď na základe vonkajšieho výzoru – uvádzali „som tučná“, „som škaredá“, „mám krivé nohy“, „mám veľký zadok“ alebo na základe povahových vlastností a návykov: „som lenivý“, „nemám záujmy“, „neviem zdravo jesť“, „mám rád sladkosti“, „kupujem si čo mám rád, nepozerám sa, či je to zdravé“. Vo všeobecnosti sme vybrali výpovede, ktoré odzrkadľujú vzťah medzi premennou zdravia, zdravých návykov a premennou aktivita, ukázalo sa, že existuje rozdiel vo vnímaní postoja k zdraviu, ku ktorým sme priradili kódy aktivita, podmienky bývania a hodnotenie samého seba.

*(RŽZPB7r.) „často pomáham sestričkám na izbách s tými čo iba ležia a starám sa o nich, som v pohybe“*

*(RMZPB42r.) „hmmm, to veru ani nemám, preto že nevládzem...mám problémy sa hýbať“*

*(RŽZPB32r.) „vraj nie, že sa zle stravujem...“ „to oni povedali...“*

*(RMZPB29r.) „ved ja som aj robil a chcem robiť... – hľadajú mi zamestnanie..., aby som zmenil činnosť“*

*(RŽZPB30r.) “som tučná, viem to o sebe”*

❖ **indikátor: podmienky bývania, kód: spokojnosť s bývaním**

Mentálne postihnutí zaradení do zariadenia podporovaného bývania vnímali odlišnosť v spôsobe bývania v porovnaní s inštitucionálnou starostlivosťou najmä v týchto rovinách: vyššia sloboda, väčšia voľnosť, väčšia priestrannosť a súkromie klientov, lepšie zachovávanie intimity, bližšie vzťahy medzi klientmi s mentálnym postihnutím a lepšia kvalita bývania vo všeobecnosti, ktorý klienti potvrdzujú nasledovnými výpoveďami:

*(RŽZPB37r.) „ani nie...ja som spokojná so všetkým čo mám, je to tu lepšie“*

*(RMZPB40r.) „nie, mám sa tu dobre...môžem si robiť, čo chcem“*

(RŽZPB33r.) „nooo neviem ... mne to takto vyhovuje...je tu super“

(RMZPB28r.) „nie necítim nič...je tu lepšie ako predtým v domove, viac slobody“

(RŽZPB34r.) „nooo ja môžem povedať, že veľmi dobre sa nám tu všetkým nažíva a rozumieme si ani sa nehádam...“

(RŽZPB42r.) „veľmi dobré, ja mám každého rád...“

(RMZPB34r.) „často ma hnevá Tibor...ale je to lepšie ako predtým v domove“

(RŽZPB30r.) „hmmm....akokedy...ale dobré...“

Na margo získaných dát možno zhodnotiť, že kvalita života mentálne postihnutých na základe ich subjektívnych výpovedí o podmienkach bývania je lepšia ako u tých, ktorí bývajú v inštitucionálnom bývaní. V rodinnom dome, bytovej jednotke alebo komunite v rámci zariadenia podporovaného bývania má každý mentálne postihnutý svoju vlastnú izbu, priateľov, lepšie a intímnejšie vzťahy, silnejšiu sociálnu oporu. Nikto ich nevyrušuje, je tu zabezpečený väčší pocit súkromia, majú možnosť venovať sa jeden druhému, viac sa zdokonaľovať v jednotlivých zručnostiach, vzájomne si pomáhať. Majú možnosť s malou pomocou sa postarať o samých seba, ale aj väčšiu chuť naučiť sa niečo nové. Mentálne postihnutí sa vedia a chcú zapojiť do práce v zariadení.

#### ❖ kód: Pracovná činnosť a sebarealizácia

V rámci výskumu sme sledovali pracovnú činnosť a možnosti sebarealizácie mentálne postihnutých v podporovanom type bývania, u týchto klientov prevládala väčšia miera sebarealizácie v porovnaní s ergoterapiou v zariadení sociálnych služieb. Na základe výpovedí sme dospeli k názoru, že väčšina mentálne postihnutých, hoci žijú v podporovanom type bývania, nie sú integrovaní na otvorenom trhu práce, ale naďalej vykonávajú chránené zamestnávanie buď formou pracovnej činnosti v chránenej dielni, alebo praktickými prácami v domácnosti, prípadne pomocnými prácami, ktoré nemožno považovať za priamu pracovnú integráciu. Z celkovej vzorky 119 mentálne postihnutých v podporovanom bývaní bolo umiestnených na otvorený trh práce 21, ostatní vykonávali pracovnú činnosť, aktivizačnú činnosť alebo prácu v chránených dielňach. Mentálne postihnutí na druhej strane hodnotili, že v podporovanom bývaní sú na nich kladené vyššie nároky na pracovnú činnosť, musia sa viac realizovať, byť nápomocní a podieľať sa na každodenných činnostiach.

Pri výpovediach sa objavovali kategórie ako: vyššia zodpovednosť, väčšia sloboda, plnenie povinností, spoluzodpovednosť, samostatnosť, pracovná činnosť, menšie miera kontroly a organizácie dňa v porovnaní s denným režimom v domove sociálnych služieb. Kódy odzrkadľujú výpovede respondentov:

*(RŽZPB42r.) „ráno vstávam do práce, máme viac povinností“*

*(RŽZPB40r.) „musíme každý deň niečo robiť“*

*(RŽZPB44r.) „je to väčšia zodpovednosť“*

*(RMZPB38r.) „každý deň chodím do práce“*

*(RMZPB37r.) „máme viac povinností, ale aj viac slobody, vo voľnom čase robíme, čo chceme“*

*(RŽZPB39r.) „varíme, perieme, robíme si domáce práce“*

*(RMZPB29r.) „každý máme rozdelené úlohy“*

*(RŽZPB28r.) „musím byť viac samostatný, starať sa aj o druhých a mám aj viac práce“*

*(RMZPB40r.) „pracujem na 4 hodiny a mám viac povinností ako v domove“*

#### ❖ kód: Príjem a ekonomická bezpečnosť

V prípade mentálne postihnutých v podporovanom type bývania sa ukázala finančná gramotnosť a schopnosť narábať s financiami ako veľmi nízka. Je nutné, aby boli kontrolovaní, akým spôsobom nakladajú s peniazmi, prípadne im deliť vreckové týždenne, inak majú tendenciu peniaze rýchlo minúť a potom nemajú dostatok peňazí na zabezpečenie chodu domácnosti, hygienické potreby a ďalšie záležitosti do domácnosti.

Druhá skupina mentálne postihnutých, ktorá nemá pravidelný príjem z pracovnej činnosti,

ukázala skromnosť, nemajú veľa finančných prostriedkov, ale stačí im to na prežitie a nákup vecí, ktoré potrebujú pre vlastnú potrebu. Nie je pre nich dôležitá ani tak výška peňazí, ako pocit niečo vlastniť, mať peniaze a niečo si kúpiť za vlastné bez ohľadu na hodnotu peňazí. Ak si aj niečo zarobia, peniaze si vážia viac v porovnaní s bežnou populáciou, hodnotu peňazí nevedia vysvetliť, ale v živote jej prikladajú veľký význam. Podľa vyjadrení mentálne postihnutých chcú pracovať, ale nevedia ako, prípadne nemajú potrebné zručnosti, či nevedia si nájsť zamestnanie, z tohto dôvodu sa často ich zamestnaním stávajú domáce práce, pomocné práce, brigády a pracovná činnosť v chránených dielňach, len veľmi malá časť je integrovaná na otvorenom trhu práce. Z výpovedí respondentov vyplynulo, že majú záujem pracovať, chcú vykonávať pracovnú

činnosť aj mimo chránených miest, na druhej strane im chýba vybavenosť a pracovné zručnosti, aby tieto pracovné činnosti mohli vykonávať.

Zároveň sa ukázalo, že ak sú integrovaní do programu rozvoja pracovných zručností a sociálnej rehabilitácie, u klientov s ľahkou formou mentálnej retardácie, je možná aj plná integrácia na otvorenom trhu práce, je to však dlhodobý proces, ktorý si vyžaduje intervenciu zo strany viacerých odborníkov, dostatočnú pripravenosť a adaptáciu na pracovné prostredie, aby sa predišlo zlyhaniu mentálne postihnutého v pracovnom i osobnom živote. Veľkým problémom sa vo výskume ukázala finančná gramotnosť, ktorá je u mentálne postihnutých nízka, väčšina z nich nevie s peniazmi hospodáriť, rýchlo ich minú na nákup drobností, nepotrebných vecí, tiež sa ukázalo, že varenie je pre mnohých respondentov problém a skôr preferujú stravovanie v reštauráciách a kupovanie jedla v miestnych obchodoch, čo značne pociťuje ich osobný rozpočet, následne si nedokážu zabezpečiť všetko, čo potrebujú na chod domácnosti v zariadení podporovaného bývania. Na základe týchto výsledkov výskumu odporúčame, aby sa väčšia pozornosť venovala učeniu hospodáriť s peniazmi, zostávali klienti pod kontrolou bytového asistenta, prípadne opatrovateľa, ktorý dohliada na dodržiavanie denného režimu, čo sa tiež ukázalo ako problematické, plnenie úloh a preberanie zodpovednosti nie je pre mentálne postihnutých jednoduché, majú sklon k vyháňaniu sa plneniu úloh, nachádzajú rôzne výhovorky, aj keď, ako sami priznali, je to zväčša dôsledok ich lenivosti, pohodlnosti a nesamostatnosti.

Ďalšiu skupinu tvoria mentálne postihnutí, ktorí sú skromní a ktorí sú vďační za vreckové, ktoré im zostáva na osobné potreby, viac ako peniaze si cenia vzťahy so spolubývajúcimi či možnosť byť zapojení do pracovnej činnosti, mať vyplnený čas a nachádzať zmyslupnosť.

*(RŽZPB37r.) „keď niečo potrebujeme, tak dostaneme od sestričky peniaze...ale ona nám aj necháva, aby sme si sami mohli kúpiť to čo chceme...“*

*(RMZPB42r.) „to, čo mám mi stačí...ja nechcem byť milionár ako iní...“*

*(RMZPB32r.) „... asi mám – neviem...“ Prečo neviete? „No lebo mi dávajú peniaze... a koľko dostanem, tak toľko môžem minúť a kúpiť si čo chcem...“*

*(RŽZPB29r.) „mám všetko nič nechcem..niečo si aj zarobím.“*

*(RŽZPB29r.) „väčšinou peniaze rýchlo pomíňam,, ani neviem na čo“*

*(RMZPB37r.) „peniaze sa rýchlo rozkotúľajú, preto som radšej, keď ich má opatrovateľ“*

❖ **indikátor: Sociálne interakcie a podpora, kód: interpersonálne vzťahy**

Pri sledovaní indikátora sociálna interakcia sme na základe výpovedí stanovili 2 kategórie, na základe ktorých sme sledovali vzťahy medzi subjektívnou kvalitou života a interpersonálnymi vzťahmi, kedy sa ukázalo, že pozitívne vzťahy medzi mentálne postihnutými v podporovanom bývaní majú výrazný vplyv na subjektívne posudzovanie kvality života.

Na základe výpovedí mentálne postihnutých sa ukázalo, že sú oveľa viac spokojní v podporovanom type bývania aj vzhľadom na to, že medzi spolubývajúcimi je bližší, osobnejší vzťah, v niektorých prípadoch sa ukázal aj partnerský vzťah medzi mužom a ženou s mentálnym postihnutím, ktorý im dával vyšší rozmer v živote. U mentálne postihnutých sa objavili aj poruchy v komunikácii, problémy v interpersonálnych vzťahoch a tendencie k vytváraniu konfliktov. Aj napriek výskytu problémov v komunikácii a vo vzájomnom spolunažívaní mentálne postihnutí preferujú podporovaný typ bývania, avšak konflikty sa objavujú v menšej miere v porovnaní s inštitucionálnym zariadením, čo má za dôsledok menší počet klientov, subjektívne hodnotenie lepšieho prostredia na život v podporovanom bývaní, väčší priestor a súkromie.

Ako ste tu spokojní?

*(RŽZPB35r.) „júúúú... ja som tu ...veľmi rada...teším sa že som tu...“*

*(RMZPB37r.) „ja som veľmi spokojný, mám tu svoju Marcelku, nič iné mi už ani nechýba ku šťastiu ako sa hovorí... (smiech)... len francúzska posteľ... (smiech)...“*

*(RŽZPB32r.) „dobré, som spokojná, mám tu kamarátov a tak...“*

*(RMZPB31r.) „toto sa mi tu páči a som tu rád – nechcem odtiaľto vôbec odísť...“*

*(RMZPB34r.) „nebyť toho J. tu, tak je to tu v pohode, nehádame sa“*

❖ **indikátor: Sociálne interakcie a podpora, kód: podpora**

Výskumné zistenia odhalili, že v živote mentálne postihnutých je dôležitá podpora, pretože aj napriek životu v podporovanom bývaní, potrebujú osobu, ktorá ich sprevádza, podporuje, s ktorou môžu odkomunikovať svoje problémy a ktorá na nich čiastočne dohliada a pomáha im napr. pri manažmente financií, ktoré sami nedokážu kontrolovať.

Podporu mentálne postihnutí, ktorí participovali na výskume, chápu v dvoch rovinách: 1. vzájomná podpora a pochopenie medzi mentálne postihnutými a 2. podpora zo strany tretej osoby, ktorú vnímajú pozitívnejšie ako pri inštitucionálnej starostlivosti, kedy pracovníkov zariadenia vnímajú ako kontrolný subjekt, autoritu. V podporovanom type

bývania je tento človek – sociálny pracovník, asistent, kontaktný pracovník vnímaný ako osoba, ktorá im poskytuje podporu a pomoc, nakoľko musia prevziať väčšiu mieru zodpovednosti za svoj život, sú vd'ační, ak majú po ruke osobu, ktorá im pomôže, usmerní ich a povzbudí, v tomto prípade nie je vnímaná ako autorita. Sami mentálne postihnutí vo väčšinových odpovediach priznali, že potrebujú niekoho, kto im pomôže, skontroluje, či ráno vstali, či si splnili všetky svoje povinnosti, osoba, ktorá s nimi zvyčajne nadviaže komunikáciu, najmä v prípadoch, ak sa jedná o klientov, ktorí nie sú schopní samostatného fungovania v samostatnej domácnosti alebo tých, ktorí nie sú integrovaní do pravidelných pracovných činností. Kontaktný pracovník je v zariadení podporovaného bývania nenahraditeľnou osobou, ktorá zabezpečuje nielen sprevádzanie klientov v oblasti chodu domácnosti, ale aj napomáha riešiť vzniknuté problémy, podporuje ich v rozvoju nových zručností, reguluje správanie a plnenie povinností, sami mentálne postihnutí vnímajú túto osobu ako „sprevádzača“ na ceste k samostatnosti.

Ako si spolu nažívate v podporovanom bývaní?

*(RŽZPB37r.) „požiadam vždy niekoho, a keď ideme ďaleko, tak nás vozia...“*

*(RMZPB42r.) „no čo už, pomáhajú mi ostatní, ktorí spoločne bývame spolu...“*

*(RŽZPB32r.) „ideme spolu so sestričkou alebo spolu s kamarátom, trávime čas spolu...“*

*(RMZPB29r.) „idem kam chcem a hotovo... – nikoho k tomu nepotrebujem...“*

*(RMZPB32r.) „vždy je tu niekto – sestrička, opatrovatel'ka, kto nám pomôže“*

#### **❖ indikátor: sociálne prostredie a bezpečie : pocit bezpečia**

Pocit bezpečia je pre mentálne postihnutých veľmi dôležitý, môžeme ich rozdeliť najmenej na tri typy: 1. tí, ktorí sú dostatočne pripravení na odchod z reziduálnej starostlivosti a nemajú pocit ohrozenia; 2. tí, ktorí si pocit ohrozenia neuvedomujú a preto mu neprikladajú význam a 3. tí, ktorí v adaptačnej fáze pri prechode do podporovaného bývania prežívajú pocit neistoty a necítia sa bezpečne a 4. a tí, ktorí sú si neistí, pretože to pre nich znamená veľkú životnú zmenu a nevedia, čo od nej majú očakávať, pochybujú o svojich zručnostiach a schopnostiach.

Ako ukázali výsledky výskumu – každý klient prechádza odlišným prežívaním, rozličnou adaptačnou fázou a pocity istoty či ohrozenia sú do značnej miery determinované tým, ako sa mentálne postihnutí cítia byť pripravení na život v podporovanom bývaní, či je

to ich slobodná vôľa a tiež aj to, aké prechádzajúce životné skúsenosti zažili. U viacerých klientov sa objavili výpovede „nebojím sa ničoho“, čo na jednej strane môže znamenať absenciu strachu, ale aj nevedomenie sú nebezpečenstva, ktoré im v sociálnom prostredí môže hroziť, nakoľko neprežili negatívnu skúsenosť, prípadne strachu neprípisujú veľký význam, v inštitucionálnom zariadení sa cítili byť v bezpečí a mali zabezpečené bezpečné podmienky pre život.

(RŽZPB36r.) „no zo začiatku som sa tu bála bývať, ale teraz sa to už zlepšilo...občas sa bojím ísť von...neviem...asi to nie je dobré, že?...“

(RMZPB42r.) „nebojím sa ničoho...“

(RMZPB32r.) „čo ja viem.... dobre, mám sa báť? Ale bojím sa občas keď sme vonku mimo domu...“

(RŽZPB30r.) „neviem...dobré sa cítim...“

**❖ indikátor: sociálne prostredie a bezpečie, kód: kontakt so sociálnym prostredím**

Výsledky výskumu poukazujú aj na to, že mentálne postihnutí v podporovanom type bývania majú bližší kontakt so sociálnym prostredím, čo potvrdzujú aj výpovede samotných respondentov. Vo výpovediach sme identifikovali tieto najdôležitejšie kódy, ktoré určitým spôsobom determinujú kvalitu života vo vzťahu k prirodzenému sociálnemu prostrediu: širšia osobná a sociálna sieť, nové priateľstvá, podporná skupina v práci, socializácia v sociálnom prostredí, minimum času stráveného v byte, aktívne trávenie voľného času rôznymi činnosťami, tu však musíme podotknúť, že aktivita mentálne postihnutého do značnej miery závisí od toho, ako on sám chce, čo mu jeho zdravotný stav dovoľuje, a akými zručnosťami disponuje. Väčšina mentálne postihnutých prisudzuje premenným sloboda pohybu a voľnosť vysokú hodnotu, ktorá determinuje ich subjektívne vnímanie kvality života.

(RMZPB31r.) “odkedy vypomáham, som viac v kontakte s ľuďmi”

(RMZPB30r.) „mám viac kamarátov, som šťastný“

(RMZPB37r.) „viac chodím von, v byte trávim málo času“

(RMZPB34r.) „som rád, že môžem chodiť, kam chcem, mať viac slobody“

(RMZPB35r.) „v práci som si našiel nových kamarátov a som spokojný“

*(RŽZPB31r.) „mám každý deň čo robiť a kam ísť“*

*(RŽZPB28r.) „cítim sa viac slobodná, mám čo robiť“*

*(RŽZPB33r.) „môžem robiť čo chcem, mám viac povinností, ale sme tu spolu bližšie“*

**❖ indikátor: voľný čas, kód: voľnočasové aktivity**

Na základe výpovedí respondentov s mentálnym postihnutím usudzujeme, že voľný čas a jeho efektívne vyplnenie sú vhodným nástrojom k tomu, ako rozvíjať zručnosti u tejto skupiny, napr. varením, starostlivosťou o domácnosť, pomocnými prácami a pod. Výpovede odhalili, že zapojení respondenti nemajú vo väčšej miere vyplnený voľný čas v porovnaní s reziduálnou starostlivosťou, kde veľa času trávili na izbách, v podporovanom bývaní sú viac ako komunita, ktorá sa podieľa na spoločných hodnotách, záujmoch, pracovných činnostiach. V inštitucionálnom zariadení sú tieto aktivity prevažne organizované, tu sú postavené na slobodnom rozhodnutí a zodpovednosti za plnenie úloh, v spojení so životným naplnením dosahujú mentálne postihnutí vyššiu kvalitu života, ak je ich voľný čas naplnený tak, ako on sám chce participovať na úlohách. Na druhej strane sa ukázalo, že pri podporovanom type bývania nie je rozdiel vo využívaní voľného času mentálne postihnutými, aj v podporovanom type bývania majú veľa voľného času, ktorý trávia mimo bytu alebo domu, zatiaľ čo v inštitucionálnej starostlivosti mali voľný čas viac organizovaný a vyplnený rôznymi terapiami. Výsledky výskumu ukázali, že mentálne postihnutí trávia voľný čas vo veľkej miere pasívne, neukázal sa rozdiel medzi podporovaným bývaním a inštitucionálnou starostlivosťou.

*(RŽZPB36r.) „rada upratujem a starám sa o celú domácnosť...chcela by som ešte vedieť variť sama...“*

*(RMZPB40r.) „ja som najradšej s kamarátmi z bytu, keď sme spolu, som šťastný a inak rád recitujem a tak...v divadle som...!“*

*(RŽZPB33r.) „pomáham sestričkám a oni mne...som spokojná, že bývam tu“*

*(RMZPB29r.) „ja viem viac vecí ako oni, ja môžem aj robiť a tak veľa pomôžem...“*

*(RŽZPB37r.) „robím upratovanie, vo výtvarnej dielni robím rôzne vecičky, ktoré potom vystavujem...“*

*(RMZPB38r.) „no mne sa to až tak nedá, keby sa vládzem viac hýbať tak by som využíval viac možností ako len tu pomáhať v domácnosti...“*

(RŽZPB31r.) „hmmm...neviem...asi áno...chcela by som niekde pracovať mimo nášho domu“

(RMZPB28r.) „ja rád spím, pozerám futbal, alebo si rád čítam...a pijem kávu...“

(RŽZPB32r.) „nerada varím, ale ostatné práce ma baví, hlavne, keď robíme spolu“

(RMZPB29r.) „robím, kedy chcem a čo chcem“

#### ❖ **indikátor: životné predstavy a očakávania, kód: vnútorná motivácia**

Vnútorná motivácia u mentálne postihnutých je veľmi premenlivá a nestála, závisí to od stupňa mentálneho postihnutia, ale aj od momentálnej životnej situácie, psychickej vyrovnanosti a aktuálneho stavu či charakterových vlastností a temperamentu mentálne postihnutého. Životné predstavy mentálne postihnutého závisia od toho, čo môže robiť, ako sa môže realizovať a či nachádza v tejto činnosti pocity šťastia a uspokojenia, potom aj jeho vnútorná motivácia dokáže byť silnejšia, aby sa niečomu venoval a robil niečo viac. Pri výpovediach klientov v podporovanom bývaní sa ukázala silná motivácia viesť samostatný život, motivácia k práci, ktorá im dáva zmysle života a vyplňuje voľný čas, niekedy ju vnímajú ako povinnosť, ale prevažovali výpovede, že pracovná činnosť ich naplňuje a motivuje, lebo sa učia niečo nové, môžu pomáhať alebo si môžu privyrobiť, peniaze sa ukázali ako silný motivačný faktor najmä z dôvodu, že peniaze považujú za slobodu – slobodne si môžu kúpiť čo chcú, cestovať, navštevovať kultúrne podujatia, zúčastňovať sa rekreačných pobytov a pod.

(RŽZPB34r.) „ale áno mám...chodíme veľa von, môžeme súťažiť a navštevovať viac kultúrne...hmmm...“

(RMZPB37r.) „mám problém s chôdzou – no a čo..a kto nemá?... mojimi nohami sú iní...“

(RŽZPB30r.) „no asi áno...niekedy sa mi chce, niekedy vôbec nič“

(RMZPB33r.) „ale áno, ja sa rád venujem čomukoľvek tu...“

#### ❖ **indikátor: životné predstavy a očakávania, kód: životná energia**

Z hľadiska subjektívneho posudzovania životnej energie sme na základe dosiahnutých výskumných výpovedí mentálne postihnutých dospeli k záveru, že väčšina z nich sa považuje za ľudí, ktorí majú životnú energiu, čo sa ale na druhej strane nepremiata v ich každodennom živote, činnostiach a vyplňaní voľného času, ktorý je často pasívny, neefektívne využitý a rutinný. U mentálne postihnutých mať energiu znamená vládnuť,

robiť to, čo ma baví bez ohľadu na to, čo všetko urobím a v akej kvalite. Akákoľvek činnosť, ktorej sa venuje a ktorú každý deň vykonáva v ňom vzbudzuje subjektívny pocit životnej energie, hoci zdravotné postihnutie mu nedovoľuje vykonávať činnosti s vysokým podielom produktivity a kvality pracovných výsledkov.

Mentálne postihnutí v podporovanom bývaní vo vyššej miere seba hodnotili ako energických ľudí so životnou energiou, ktorí chcú a vládzu, na druhej strane sa potvrdil vzťah medzi postojmi k samému sebe a životnou energiou. Tí, ktorí majú nízke sebahodnotenie a málo pozitívny vzťah k samému sebe, hodnotili svoju životnú energiu veľmi nízko, tvrdili, že sú bez energie, nevládzu, chceli by viac robiť, ale nemôžu.

Máte dosť energie pre bežný život?

*(RMZPB29r.) „som lenivý a často sa mi nechce, som bez energie“*

*(RŽZPB42r.) „(smiech), ja mám a zvládnem všetko...“*

*(RMZPB42r.) „áno to čo mám, mám a iné netúžim...“*

*(RŽZPB30r.) „to mám, ale nevládzem...lebo som tučná...“*

*(RMZPB27r.) „áno mám dosť energie a vy?“*

*(RMZPB30r.) „keď si rozdelíme úlohy v domácnosti, tak je to super; vládzem všetko“*

*(RŽZPB29r.) „keď mám čo robiť, mám energiu“*

#### ❖ **indikátor: životné predstavy a očakávania, kód: vízie do budúcnosti**

Pri sledovaní životných plánov mentálne postihnutých do budúcnosti sa potvrdili zväčša nerealistické predstavy o živote, zamestnaní, ktoré by však nedokázali vykonávať alebo neboli dostatočne pripravení na samostatnú prácu na otvorenom trhu práce. Na druhej strane na základe výpovedí sme identifikovali tieto najčastejšie vízie do budúcnosti: mať prácu, osamostatniť sa, získať samostatné bývanie, mať priateľku/priateľa, pochopiteľne, väčšina z nich má nerealistické alebo nejasné predstavy o tom, čo by chceli dosiahnuť, ale najmä preto, že sami nevedia, čo dokážu a čo nie, kde by sa mohli uplatniť, keďže si to nevedia porovnať s inými v ich životnej situácii. Samozrejme, veľkou prekážkou je samotné mentálne postihnutie, diskriminácia a predsudky ľudí, ktoré im bránia stanovovať si nejaké vízie do budúcnosti.

Aké sú vaše plány do budúcnosti?

*(RŽZPB41r.) „áno, ja by som sa nemenila ani s kamarátkou nie, chcem byť viac samostatná...“*

(RMZPB40r.) „ale väčšinou áno, no viem sa aj nahnevať na sám seba...chcem sa zmeniť, byť viac poriadny vo veciach“

(RŽZPB32r.) „niekedy uvažujem nad tým, ale presne neviem ako na to“

(RMZPB33r.) „ja si viem povedať svoje a idem si za svojím...“

(RMZPB30r.) „ani neviem, čo by som robila, je mi takto dobre“

### 3.5.2 Dimenzie kvality života – inštitucionálna starostlivosť

Pri skúmaní subjektívnej kvality života sme si stanovili rovnaké indikátory pre inštitucionálnu starostlivosť a podporované bývanie, ktorých výsledky prezentuje nasledovná podkapitola.

#### ❖ indikátor: zdravie a zdravotné návyky, kód: stravovanie a návyky

V oblasti zdravia a zdravotných návykov sme zaznamenali rozdiel v porovnaní s mentálne postihnutými v podporovanom bývaní, ktorí si pripravujú stravu sami alebo za pomoci opatrovateľa. V reziduálnej starostlivosti nemajú klienti možnosť výberu jedla alebo rozhodovania o tom, čo si v daný deň uvaria. Absenciu chutí a výber jedla, čo by si chceli dať, potom kompenzujú nákupom sladkostí, kávy, zemiakových lupienkov či iných nezdravých potravín nakúpených v obchode.

Pri sledovaných mentálne postihnutých sa neukázal rozdiel v stravovacích a životných návykoch, u oboch skupín sa vyskytol problém obezity, nezdravého stravovania, preferencie sladkostí pred zeleninou, nechutenstva či slabej pohybovej aktivity. U oboch skupín sa ukázali nezdravé stravovacie návyky, čo je čiastočne ovplyvnené zdravotným postihnutím, vplyvom medikamentózneho liečby, ale aj nemožnosťou voľby stravy či výchovou v reziduálnych zariadeniach, kde je strava poskytovaná spoločne na základe stanovených noriem.

(RMDSS33r.) „to, čo mi dajú to zjem“

(RMDSS36r.) „nemôžeme si vybrať, čo budeme jesť“

(RMDSS43r.) „mám rád sladké a vždy si niečo také kúpim“

(RŽDSS33r.) „v obchode pomiňam vreckové na drobnosti – nezdravé, áno“

(RMDSS35r.) „nemám nejaké zdravé potraviny rád“

(RŽDSS34r.) „v zariadení varíme tak, aby to každému chutilo, keď robíme niečo spoločné,

*napr. pečieme“*

*(RŽDSS27r.) „hovoria, že musím schudnúť, že jem veľa tučných jedál“*

*(RŽDSS30r.) „neviem držať diétu, nemám na to silu, ľahko podľahnem jedlu, čo mám rada“*

#### **❖ indikátor: zdravie a zdravotné návyky, kód: podmienky bývania**

Mentálne postihnutí vyjadrovali priemernú spokojnosť s podmienkami bývania v domove sociálnych služieb, za najväčšie nevýhody považovali: porušovanie súkromia, nemožnosť púšťať hudbu, deľba priestoru so spolubývajúcim, zdieľanie iných spoločných priestorov, fádnosť stien zariadenia, nízky štandard spoločného bývania, nemožnosť mať vlastné vybavenie napr. rádio, počítač na izbe.

Ako ste spokojní s bývaním v domove sociálnych služieb?

*(RMDSS30r.) „bývanie by mohlo byť aj lepšie, ale neviem, čo by som zmenil“*

*(RMDSS28r.) „bývam so spolubývajúcim, niekedy je to v pohode, niekedy sa pohádame“*

*(RMDSS41r.) „radšej by som býval sám“*

*(RŽDSS32r.) „chcela by som radšej bývať sama, je to lepšie, nikto sa nemusí starať“*

*(RMDSS37r.) „nemôžem si povedať, s kým chcem bývať“*

*(RMDSS34r.) „v izbe máme všetko, snád' možno na počítač a rádio, to by som mal rád“*

*(RŽDSS27r.) „do izby furt niekto chodí z nich (myslí personál)“*

#### **❖ kód: Pracovná činnosť a sebarealizácia**

Pracovná činnosť v zariadeniach sociálnych služieb a domovoch sociálnych služieb sa realizuje formou ergoterapie, pracovnej terapie alebo formou iných terapií zameraných na stimuláciu kognitívnych, senzorických, pracovných a iných zručností, v podporovanom type bývania majú mentálne postihnutí väčšiu mieru zodpovednosti, participujú na bežných činnostiach, ale nezúčastňujú sa terapií, čo je podľa nášho názoru potrebné, aby mali možnosť ďalej participovať na terapeutickom pôsobení a tým eliminovať zhoršovanie ich mentálneho i fyzického stavu. Výpovede respondentov ukazujú, akým najčastejším činnostiam sa klienti v domove sociálnych služieb venujú.

*(RMDSS42r.) „áno mám, ale nie každý môže robiť to čo ja, ja to viem najlepšie...“ ja veľa viem pomôcť a preto mi aj veľa dovoľia“*

*RMDSS40r.) „ja veľmi rád robím v práci – to ma veľmi baví, tam by som chcel byť stále, tam triedim prádlo a dávam aj do práčky a potom vyberám, dávam prášky a to*

voňavé a potom viem aj zapnúť aj vypnúť. Potom to musím vybrať a dať na drôt a potom dať dole a potom nové dať na drôt...“ A rád chodím aj na výlety so všetkými alebo do divadla.

(RŽDSS28r.) „no viete...ja som všade prvá, aspoň to tak o mne hovoria...ja chodím vystupovať a spievam a niekedy aj tancujem, ale málo, lebo mi to nechcú dovoliť (smiech) že som rýchla...“ ... Ja už viem skoro všetko, aj variť...keď sa mi zachce...“

(RŽDSS36r.) „ale áno, tu sa robí všeličo...ja som tu niekedy rada, robím so sestričkami...pomáham v zariadení“

„robíme všeličo, rád pomáham v záhrade a v okolí domova, každý deň si niečo nájdem“

(RŽDSS31r.) „ja pomáham v kuchyni s pomocnými prácami, niekedy pomôžem v práčovni, aspoň si prilepším“

(RMDSS34r.) „máme tu rôzne aktivity (terapie), tam všeličo robíme“

(RŽDSS33r.) „chodím do dielne, tam vyrábam“

(RŽDSS30r.) „máme rôzne dielne tu, kde robíme všeličo – maľujeme, robíme s hlinou a všeličo iné“

#### ❖ kód: Príjem a ekonomická bezpečnosť

V inštitucionálnom zariadení majú klienti stanovenú výšku vreckového, ktorú ako sami uvádzajú, považujú za nízku, nevedia si kúpiť to, čo chcú a privítali by nejakú prácu, kde by si mohli finančne prilepšiť. Na rozdiel od podporovaného bývania, kde je časť mentálne postihnutých integrovaných do pracovného sveta cez otvorený trh práce, podporované alebo chránené zamestnanie.

Mentálne postihnutí v podporovanom bývaní sú viac ohrození pri manažmente svojich financií, nepoznajú hodnotu peňazí a nevedia s nimi narábať. Ich financie sú v pokladni, trezore sociálneho pracovníka a tak ich majú viac pod kontrolou, vreckové je im rozdeľované týždenne a tým pádom neminú všetko naraz, čo sa často stáva u oboch typoch klientov.

Stačia vám peniaze, ktoré dostávate?

(RMDSS36r.) „to vreckové čo mám, mi často nestačí“

(RŽDSS37r.) prijala by som nejakú prácu, aby som si mohla kúpiť čo chcem“

(RŽDSS29r.) „nemám dosť, aby som si kúpila čo chcem“

(RŽDSS34r.) „pomíňam veľa peňazí, sestričky mi ich musia strážiť „

*(RŽDSS28r.) „sestričky mi dávajú pozor na peniaze, lebo inak ich rýchlo pomíňam“*

*(RMDSS31r.) nechcem byť milionár, stačí mi, keď si môžem kúpiť, čo chcem“*

❖ **indikátor: sociálne interakcie a podpora, kód: interpersonálne vzťahy**

U mentálne postihnutých v inštitucionálnej starostlivosti sme sledovali úroveň vzťahov na interpersonálnej úrovni a vo vzťahu k zamestnancom zariadenia, nevyskytol sa významný rozdiel vo výpovediach respondentov. Vzťahy medzi klientmi navzájom sú pozitívne a priateľské i negatívne a agresívne či konfliktné, avšak rýchlo sa dostanú na hranicu, ktorá je prijateľná pre obe strany, nakoľko tým, že spoločne bývajú v jednom zariadení, musia sa naučiť spolu vychádzať. Na druhej strane personál domova sociálnych služieb vnímajú odlišne, a to na základe vybudovanej dôvery, vzájomného vzťahu a sympatií, niektorí ich vnímajú len ako autoritu, ktorá ich kontroluje, iní ich vnímajú ako autoritu, ktorá sa o nich stará a pomáha im, ďalší ich vnímajú ako bežnú súčasť ich života v inštitucionálnej starostlivosti.

Aké sú vzťahy medzi vami a inými kamarátmi?

*(RMDSS35r.) „dobré, pokiaľ ma nenajedujú...“ (smiech)*

*(RMDSS38r.) „ja si myslím, že ma majú radi a ja mám rád ich...ja nemám problémy tu s nimi...“*

*(RŽDSS37r.) „s tými čo sa stretávame sú dobré ale tých čo nepoznám tak dobre, tak sa s nimi ani nebavím“*

*(RŽDSS42r.) „neviem...ja si to nevšímam...“*

❖ **indikátor: sociálne interakcie a podpora, kód: podpora a opora**

Vo výskume sme sledovali, koho mentálne postihnutí považujú za svojho priateľa a komu by sa zdôverili s problémom alebo životnými ťažkosťami. Na prvom mieste sa vyskytovali odpovede kamarát a na druhom mieste uvádzali personál zariadenia, rodina v odpovediach bola spomínaná sporadicky, keďže veľká väčšina z nich neudržiava s rodinou žiadny alebo len telefonický kontakt, prípadne ich rodina nenavštevuje vôbec.

Na koho sa môžete oprieť, keď máte problém, či potrebu niečo urobiť? Napr. ak ste smutný?

*(RMDSS45r.) „na kamaráta...a potom na sestričky – oni sa ma pýtajú...hmmm... čo sa mi stalo.....a potom už neviem...“*

(RMDSS41r.) „hmmm... na seba (smiech)...ale aj na kamošov... tu na... a na sestričky čo sa tu na...“

(RŽDSS41r.) „na priateľa čo tu mám...a keď ma príde rodina pozrieť tak aj na nich, ale veľa im nehovorím... no a aj na tety čo sú tu...“

(RŽDSS31r.) „hmmm....na....sestričku...“

❖ **indikátor: voľný čas, kód: záujmová činnosť**

Voľný čas je pre klientov zariadenia sociálnych služieb vnímaný z rôznych uhlov pohľadu a to na základe ochoty mentálne postihnutého zapájať sa do aktivít, jeho motivácie a úrovne schopností, počtu realizovaných aktivít a terapií na vyplnenie voľného času klientov, počtu zamestnancov, z toho je významný počet vyškolených terapeutov určených na realizáciu terapií, teda i personálne, finančné a technické podmienky zariadenia majú významný dopad na vytváranie záujmovej činnosti, terapií a iných aktivít vo voľnom čase klientov s mentálnym postihnutím v inštitucionálnej starostlivosti. Najväčší problém pri vyplňaní voľného času klientov v domove sociálnych služieb je nevyvážený počet klientov a počet prítomných zamestnancov, resp. terapeutov, ktorí vedú vykonávať terapie s terapeutickým účinkom, ktoré majú určité smerovanie a nejde len o vyplňanie voľného času. Klienti majú veľmi veľa voľného času, v niektorých zariadeniach stále prevláda administratíva nad priamou prácou s klientom, rozvojové plány sa realizujú len na „papieri“, prípadne ich vypracováva ošetrovateľský tím, ktorý podklady posúva sociálnemu pracovníkovi, žiaľ, aj v súčasnosti sa stretávame s tým, že štandardy kvality sociálnych služieb sú pri práci s mentálne postihnutými napĺňané len formálne, bez snahy skvalitňovať podmienky života mentálne postihnutých, pretože finančné a technické zabezpečenie chodu domova sociálnych služieb má prioritu pred priamym rozvojom jeho klientov. Toto potvrdzujú aj výpovede respondentov, ktoré poukazujú na to, že klienti majú veľa voľného času, nudia sa, trávajú veľa času na izbách, prípadne pasívne pozerajú televíziu. V zariadeniach sociálnych služieb, kde fungujú rozmanité terapie, sú zavedené rôzne keramické, tkáčske a iné dielne, tak je u klientov vidieť posun k väčšej samostatnosti, psychickej vyrovnanosti a nezávislosti v rôznych sférach každodenného života. Stupeň rozvoja mentálnych i pracovných zručností, posun k samostatnosti či podpora zbytkového potenciálu do značnej miery závisí od manažmentu zariadenia, jeho podmienok fungovania, ľudského i sociálneho kapitálu, dodržiavania etických noriem a etického kódexu pri práci s mentálne postihnutými. Na základe výpovedí od respondentov

sme dospeli k názoru, že stále existujú rôzne úrovne riadenia domovov sociálnych služieb od tradičných inštitucionálnych cez moderné rozvojové, kde sa individuálne plánovanie a rozvoj pracovných zručností u klientov realizuje v reálnych podmienkach zariadenia, sú šité na mieru klientom, odpovedajú na ich potreby, avšak v tomto prípade musí systematický a holistický prístup v manažmente sociálnych služieb vychádzať priamo od vedenia organizácie.

Na základe výpovedí klientov a ostatného personálu zariadenia sa ukázalo, že v mnohých prípadoch sa individuálne plánovanie robí pod vedením ošetrovateľského tímu (odovzdávanie agendy sociálnemu pracovníkovi), bez priameho zapojenia klienta do procesu rozhodovania, sociálny pracovník pracuje sporadicky s klientmi, jeho agenda je obmedzená na administratívu a voľný čas klientov je vyplňaný nepravidelnými aktivitami, kedy veľa voľného času trávia klienti na izbách, pasívne, aj klienti s ľahším stupňom postihnutia sú stigmatizovaní a nie sú vedení k samostatnosti, nerozvíjajú sa a neformujú svoj potenciál.

Aké sú vaše záujmy? Máte možnosť ich plne využívať v tomto zariadení?

(RMDSS29r.) „...ja rád strážim,...hmmm...aj vartáša som robil na vrátnici – to sa mi páči robiť“...aj rád varím, starám sa o kvetiny, hrabeme, upratujeme vonku. Dokonca chodím aj na všetky koncerty a chodím na nákupy do tohto obchodu čo tu máme blízko nás...“

(RMDSS38r.) „ja rád pozerám telku, tancujem, rádio počúvam, alebo kazety... kreslím (ukázal kresby)...a mám veľa novím, ktoré listujeme...“ (ťažká zrozumiteľnosť v jeho prejave)

(RŽDSS38r.) „ja rada varím a viem uvariť aj mnohé jedlá už..., ktoré ľúbim...“

(RŽDSS31r.) „hmmm...no....ja nerada...ja sa pozerám“

(RMDSS37r.) „máme veľa voľného času, som na izbe“

(RŽDSS31r.) „vo voľnom čase robíme aktivity, ale sa aj nudím“

(RŽDSS34r.) „veľa času trávim s ošetrovateľmi, oni sa o nás starajú“

#### ❖ **indikátor voľný čas, kód: miesto a bezpečie**

Klienti v inštitucionálnej starostlivosti sa cítia vo väčšej miere v bezpečí v porovnaní s klientmi v podporovanom bývaní, prostredie domova sociálnych služieb považujú za bezpečné, ergoterapiou a rozvojom zručností, ktorá je im umožnená sa cítia mať vyplnený voľný čas, necítia sa ohrození a nachádzajú v nej zmysel. Výpovede respondentov

ukazujú, že v domove sociálnych služieb sa cítia bezpečne, niektorí nemajú motiváciu ho opustiť, životná situácia im vyhovuje.

Kedy sa cítite najlepšie?

(RMDSS44r.) *„keď môžem byť na vrátnici – to je moje kráľovstvo...tam som veľmi rád a tam môžem všetko sledovať a kázať každému kto príde k nám na návštevu a môžem aj povedať svoje...“*

(RŽDSS42r.) *„(smiech) v práčovni...“ ale aj vo svojej izbe...s kamarátmi...“*

(RMDSS29r.) *„hmmm...tu a v kuchyni...a vonku v záhradke...“*

(RŽDSS31r.) *„keď som sama, nepotrebujem nikoho...“*

#### ❖ **indikátor: sociálne prostredie, kód: bezpečie**

Pocit blízkej osoby je pre mentálne postihnutých rovnako dôležitý ako i pre človeka z okolitého prostredia. Mentálne postihnutí udávali, že najskôr prejavia dôveru svojim spolubývajúcim, kamarátom, až potom sa obracajú so svojimi problémami na sociálne pracovníčky/opatrovatelky – (respondenti ich nazývajú sestričky – asociácia na biele oblečenie). Pri otázke zameranej na pocit bezpečia okrem pár výnimiek, ktorí často prežívajú pocit strachu a úzkosti, všetci zhodne odpovedali, že DSS im poskytuje bezpečie, svet vonku ako ho nazvali považujú za nebezpečný. Pocity úzkosti a strachu často pramenia u mentálne postihnutých aj z diagnózy, paranoidných predstáv a schizofrénie, teda pocitu, že im chce niekto ublížiť.

Cítite sa bezpečne vo svojom každodennom živote v inštitúcii?

(RM30r.) *„áno, vonku je to vraj zlé a vraj ešte neviem aké je to vonku žiť...to mi povedali...“*

(RM42r.) *„aj tu mi nič nehrozí, lebo tu na dávajú na mňa pozor (smiech...)“*

(RŽ40r.) *„hej...keď som bola tu, tu mi nikto nič nezobral...“ všetko mám, nič mi nechýba...“*

(RŽ32r.) *„nie“ Prečo? „nepoznám tu nikoho, mám z nich strach, že mi ublížia...“*

(paranoidná schizofrénia)

(RŽDSS31r.) *„tu mi to vyhovuje, nechcela by som žiť inde“*

(RŽDSS29r.) *„v domove sa cítim dobre, nič mi tu nehrozí, sme tu všetci spolu“*

(RMDSS33r.) *„vonku mi robili zle, tu sa cítim bezpečne“*

❖ **indikátor: životné predstavy a očakávania, kód: vnútorná motivácia**

Na rozdiel od podporovaného bývania klienti s mentálnym postihnutím v reziduálnom type zariadenia sú do veľkej miery motivovaní, aktivizovaní a sprevádzaní k tomu, aby prevzali iniciatívu, sú rešpektované ich možnosti a tomu prispôsobované aktivity, takže ak má mentálne postihnutí dôveru v zamestnancovi zariadenia, vie s ním motivačne pracovať, potom aj on je viac ochotný spolupracovať. Pochvala a povzbudenie sú silným motivačným faktorom pre mentálne postihnutých, čo sa ukázalo u oboch skupín. Na druhej strane sa vždy nájde skupina klientov s mentálnym postihnutím, ktorú nedokážeme efektívne zaradiť do harmonogramu aktivít zariadenia a stávajú sa pasívnymi, u tejto skupiny sa musíme snažiť aspoň udržať ich zdravotný stav a psychickú pohodu a nezameriavať svoje sily len na zabezpečovanie ich základných potrieb a ich prežívanie v zariadení, ale aktivizovať ich v čo najväčšej miere.

V čom vidíte motiváciu vo svojom živote?

(RMDSS42r.) „ja som tu rád a rád pomáham vo všetkom v čom môžem“

(RŽDSS28r.) „... pomoc nepotrebujem ... robím veci sama, čo ma baví“

(RMDSS40r.) „málokedy, ja rád porobím, všetci ma potom chvália...“

(RŽDSS34r.) „nooo...niekedy, ja som rada, keď to robíme spolu... hmmm... často nám pomáhajú sestričky...“

(RŽDSS30r.) „ja neviem, mne sa to veľmi nepozdáva, ja si rada robím po svojom, nemám to rada, keď ma nútia robiť...“

(RŽDSS36r.) „keď ma pochvália, to sa teším a baví ma to“

(RMDSS35r.) „sestričky hovoria, že som šikovný, potom rád pomáham“

(RMDSS29r.) „som zapojený do viacerých činností v domove, ktoré ma baví“

(RŽDSS32r.) „pomáham s prácami v zariadení aj sestričkám, vonku by som nemala prácu“

❖ **indikátor životné predstavy a očakávania, kód: životná energia**

V porovnaní s klientmi v podporovanom bývaní klientom v zariadení sociálnych služieb chýba viac životnej energie, vo väčšej miere sa spoliehajú na pomoc personálu a nesnažia sa robiť veci samostatne, cítia sa byť viac unavení a psychicky vyčerpaní, majú síce životnú energiu, ale tá je u nich viac kolísavá. Vo výskume prevažovali výpovede, ktoré boli skôr hodnotené ako pasívne, respondenti často uvádzali pocity únavy, vyčerpania a hostility. Na základe výpovedí respondentov je zrejmé, že ich životná energia a motivácia

niečo robiť do značnej miery závisí od aktuálneho stavu, psychického nastavenia, potenciálu, ktorým disponujú a schopnosťou personálu vziať ich do bežných činností.

Máte dost energie pre bežný život?

(RŽDSS34r.) „*cítim sa dobre, mám energie menej, nevládzem toľko*“

(RMDSS29r.) „*ja sa cítim teraz dobre, vládzem...*“

(RMDSS37r.) „*keď som unavený, tak nič nerobím*“

(RŽDSS40r.) „*keď mám chuť robím, keď nie tak nerobím nič*“

(RŽDSS32r.) „*niekedy som viac unavený...*“

(RMDSS35r.) „*cítim sa viac unavený, sestričky mi pomáhajú*“

❖ **indikátor: životné predstavy a očakávania, kód: vízie do budúcnosti**

U niektorých respondentov sa životné plány mentálne postihnutých naplnili priamo pracovnou činnosťou a ergoterapiou v zariadení, cítia sa byť spokojní a nepotrebujú zmenu, iní túžia pracovať a zarobiť si peniaze, nechcú byť bohatými, len mať viac, aby si mohli kúpiť to, čo potrebujú k ich jednoduchému životu, tretia skupina klientov túži po samostatnosti, samostatnom bývaní, pracovnom zaradení a „normálnom“ živote. V závislosti od týchto postojov sa u respondentov s mentálnym postihnutím objavovali rôzne motivačné plány a vízie do budúcnosti.

Vo všeobecnosti však možno povedať, že u tejto skupiny respondentov sa neobjavili výrazné životné vízie či plány do budúcnosti, pre mnohých mentálne postihnutých je životným cieľom to, keď sa im podarí naplniť niektoré úlohy, pochvália ich za to a cítia sa byť užitočnými.

Aké sú vaše plány do budúcnosti?

(RMDSS38r.) „*nie je tu vôbec poriadok*“ a „*treba povyhadzovať niektoré sestričky – babizne*“ (smiech)

(RMDSS30r.) „*ja nemám takú potrebu, ani nechcem mať, ja som tu rád, ja nepôjdem inam*“

(RŽDSS36r.) „*neviem, niekedy* (smiech)

(RŽDSS33r.) „*nerozmýšľala som, neviem*“

(RŽDSS38r.) „*asi najviac, ísť niekam inam*“

(RMDSS36r.) „*mám tu všetko, robím tu a aj si zarobím*“

(RŽDSS34r.) „osamostatniť sa, získať prácu, niekde robiť“

Tabuľka 9: Komparácia subjektívnej kvality života

<b>Indikátory kvality života</b>	<b>Inštitucionálna starostlivosť</b>	<b>Podporované bývanie</b>
Zdravie a životné návyky	Poškodené zdravie, nesprávne životné návyky, nezdravé stravovanie návyky, stravovanie podľa jedálnička	Poškodené zdravie, nesprávne životné návyky, nezdravé stravovanie v prirodzenom prostredí, varenie podľa vlastnej predstavy
Podmienky bývania	Spoločné priestory v celom zariadení, spolubývajúci	Samostatná izba, spoločné priestory – obývačka, kuchyňa, toaleta
Vzdelávanie	Podpora vzdelávania, finančnej gramotnosti, rozvoj pamäťových zručností a iných vedomostí	Minimálne ďalšie vzdelávanie
Pracovná činnosť a sebarealizácia	Formou ergoterapie, pracovnej rehabilitácie a rozvoj pracovných zručností cez terapie, sociálnu rehabilitáciu, rôzne špecifické dielne, manuálnu činnosť	Samostatnosť v zabezpečovaní chodu domácnosti, zapojenie do podporovaného zamestnania, chránenej dielne alebo integrácia na otvorený trh práce
Príjem a ekonomická bezpečnosť	Financie pod kontrolou sociálneho pracovníka – trezor v DSS	Vlastné hospodárenie s financiami
Sociálne interakcie a podpora	Konfliktné interpersonálne vzťahy medzi klientmi, medzi klientmi a personálom zariadenia, personál vnímaný ako autorita a kontrolný subjekt	Konfliktné interpersonálne vzťahy medzi klientmi, medzi klientmi a zriaďovateľom v podporov. bývaní, personál vnímaný ako autorita, priateľský a podporný subjekt
Sociálne prostredie	Väčšia izolácia, menší kontakt s otvoreným sociálnym prostredím, väčší pocit istoty a bezpečia	Otvorený pohyb, väčšia socializácia, ale aj riziká v sociálnom prostredí, väčšie ohrozenie a menší pocit bezpečnosti
Voľný čas	Harmonogram aktivít s neefektívnym využitím voľného času, na druhej strane široké spektrum aktivít pod	Samostatne vyplňaný voľný čas, vlastné rozhodovanie, sloboda pohybu

	vedením personálu	
Životné predstavy a očakávania	Nejasné životné predstavy, neplánovanie budúcnosti, záujem o prácu a samostatné bývanie	Nejasné predstavy o budúcnosti, niektoré životné plány naplnené, snaha o väčšiu samostatnosť a získanie zamestnania

Zdroj: Vlastné spracovanie

### 3.5.3 Objektívne faktory kvality života u klientov v inštitucionálnej starostlivosti

V súvislosti s analýzou kvality života mentálne postihnutých sme si stanovili kategóriu „Objektívna kvalita života“. K tejto kategórii sme priradili dimenzie prostredie a bývanie, zdravotný stav, sociálne vzťahy a sociálna opora, poskytované sociálne služby, ku každej dimenzii sme priradili príslušné indikátory, ktoré sme analyzovali otvoreným kódovaním výpovedí mentálne postihnutých. Objektívne faktory kvality života sme sledovali na základe reálnych podmienok mentálne postihnutých, posúdením ich životnej situácie, pozorovaním, a na základe výpovedí personálu a respondentov výskumu.

❖ **indikátor: prostredie a bývanie, kód: materiálne vybavenie a prostredie**

Vo vzťahu k objektívnej kvalite života sme zisťovali podmienky, v ktorých sme sledovali spokojnosť mentálne postihnutých s materiálnym vybavením izby, celkovým prostredím izby a podmienkami bývania v zariadení sociálnych služieb, domove sociálnych služieb či centre sociálnych služieb.

Medzi negatíva materiálneho vybavenia a prostredia v reziduálnom zariadení mentálne postihnutí sa ukázali nasledovné: spoločné priestory, nutnosť prispôbovať sa, farebnosť stien, chýbajúce osobnejšie vybavenie na izbe, obmedzenie pri aktivitách na izbe, napr. počúvanie hudby, príchod personálu na izbu a nerešpektovanie súkromia. Jednotlivé kódy výpovedí prezentujú niektoré odpovede mentálne postihnutých, ktoré vystihujú objektívne posudzovanie materiálneho vybavenia a podmienok bývania v zariadení.

Ako ste spokojný s vybavením a prostredím izby?

(RŽDSS37r.) „...spokojná som, ale rada by som išla už preč... nemám t u všetko, čo potrebujem“

(RŽDSS43r.) „neviem...som spokojná...ale tam tie - (ukázala von na chodbu) - mi vadia...“ (autority).

(RŽDSS37r.) „som spokojná, len izby by mohli byť lepšie, inú farbu by som chcela, lezie mi tá biela na nervy“

(RMDSS34r.) „nemôžem si na izbu zobrať, čo chcem, to mi vadí...“

(RŽDSS39r.) „rada počúvam rádio, ale môžem len v určitú hodinu, keď tu není spolubývajúci, jemu to vadí, že počúvam hlasno hudbu“

(RMDSS41r.) „nie je to tu ako doma“

❖ **indikátor: prostredie a bývanie, kód: spokojnosť s bývaním v zariadení**

Na základe výpovedí mentálne postihnutých sme identifikovali otvoreným kódovaním spokojnosť s bývaním z pohľadu vzťahov so spolubývajúcimi a subjektívnej pohode času tráveného na izbe.

Mohli by ste mi povedať, ako ste spokojná/ý s bývaním v zariadení?

(RMDSS44r.) „(smiech)...Akokedy...keby som tam vonku na tej vrátnici, tak som aj rád tu, ale nechcú mi to dovoliť, povedali, že až keď sa polepším“.

(RMDSS38r.) „...ja som veľmi spokojný, ja odtiaľto nechcem odísť ani za ten svet“ hmmm

(RMDSS41r.) „nech ide niekto za mňa...“

(RŽDSS27r.) „nemám kde inam ísť, rodinu nemám“

(RŽDSS29r.) „tu je môj domov, neviem, kam inde by som išiel“

(RMDSS35r.) „som tu spokojný, aj keď by som tu veľa zmenil, vymenil sestričky“

(RŽDSS41r.) „izbu mi prideliť, ale som vcelku spokojný“

❖ **indikátor: sociálne služby, kód: kvalita poskytovaných služieb**

Kvalitu poskytovaných služieb sme sledovali nielen na základe subjektívneho vnímania prijímateľov sociálnych služieb, ale aj na základe vybavenie zariadenia, prístupu manažmentu sociálnych služieb, existenciu etických kódexov pri práci s klientmi s mentálnym postihnutím, osvojené štandardy kvality SS a ich implementáciu do chodu zariadenia.

Na základe prístupu vedenia zariadenia a poznania vzťahov na pracovisku hodnotíme úroveň poskytovania sociálnych služieb za uspokojivú, vo všeobecnosti nemôžeme hovoriť o výbornej kvalite sociálnych služieb, pretože každé zariadenie a domov sociálnych služieb má svoje špecifiká, odlišnú personálnu skladbu, odlišný prístup vedenia a pracovné

prostredie, atmosféru vzťahov na pracovisku, ako aj úroveň supervízie, kooperácie s ďalšími subjektmi.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že kvalita poskytovaných sociálnych služieb v jednotlivých domovoch sociálnych služieb je determinovaná týmito najčastejšie pozorovanými faktormi, ktoré pri našom pozorovaní a realizácii výskumu vytvárali negatívny dopad na samotné fungovanie a chod inštitucionálnej starostlivosti. Zároveň sa tieto negatívne aspekty objavovali u viacerých zriaďovateľov sociálnych služieb a výpovediach:

- absencia a akceptovanie filozofie transformácie sociálnych služieb a pozitívny prístup k deinštitucionalizácii zo strany manažmentu zariadenia – finančné, osobné, politické dôvody;
- neprímerané pracovné podmienky, nepriaznivé pracovná klíma, nedostatočná podpora personálu zariadenia v oblasti ďalšieho vzdelávania, supervízie, prevencie syndrómu vyhorenia;
- neprofesionálne vzťahy medzi manažmentom zariadenia, vedúcimi zamestnancami a sociálnym a zdravotným personálom, chýbajúca kooperácia a komunikácia, rivalita, nedôvera;
- bagatelizovanie potrieb a schopnosti vnímania kvality poskytovaných služieb mentálne postihnutými zo strany personálu;
- prevaha ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti nad priamym vedením klienta k samostatnosti, podporou a rozvojom zbytkového potenciálu; na druhej strane nevyváženosť kapacity personálu a podmienok realizácie individuálnych plánov;
- len formálne dodržiavanie princípov ukotvených v etickom kódexe sociálnych pracovníkov s nižšou mierou implementácie do praxe pri priamej práci s mentálne postihnutými, najmä v oblasti dodržiavania autonómie klienta, anonymity a podpore k svojpomoci, úkony robené bez kooperácie a zapojenia klienta;
- neutrálne hodnotenie kvality sociálnych služieb zo strany užívateľov s mentálnym postihnutím, subjektívne vnímanie kvality života a neschopnosť posúdiť prirodzený stav od zaužívaného fungovania.

❖ **indikátor: sociálne služby, kód: hodnotenie užívateľov SS**

Pri hodnotení kvality sociálnych služieb zo strany mentálne postihnutých sme dospeli k zisteniu, že prijímatelia ju vnímajú na základe saturácie potrieb a na základe možnosti uplatnenia a realizácie aktivít. Pokiaľ mentálne postihnutí majú možnosť niečo robiť, pracovať alebo tráviť voľný čas saturáciou vlastných potrieb, potom vnímajú služby poskytované v zariadení ako kvalitné a uspokojivé. Ak nadobudnú pocit užitočnosti, potom hodnotia život v zariadení sociálnych služieb ako dobrý a sú spokojní.

Ako ste spokojní s kvalitou služieb poskytovaných v zariadení?

(RŽDSS30r.) „niektoré veci by sa tu mohli zlepšiť, ale vcelku som spokojná“

(RMDSS35r.) „mne sa tu celkom páči, len sestričky často upozorňujú, .... hmmm...ja už nie som malý“ ...

(RMDSS34r.) „ja som tu veľmi spokojný, ja som tu a aj ...pomáham...“

(RŽDSS34r.) „upratujem,...záhradujem (smiech) robím s metlou, hrabem a tak...“

(RŽDSS38r.) „ako kedy...ja sa rada prechádzam...“ „Som spokojná...“

(RMDSS29r.) „Som tu celkom spokojný, mám strechu nad hlavou“

(RMDSS36r.) „keby tu hentie neboli (opatrovatel'ky) ... inak celkom dobre“

Celková kvalita života na základe subjektívneho posudzovania mentálne postihnutých sa javí ako veľmi dobrá, často v interview udávali spokojnosť s poskytnutými službami ako i so svojou osobnosťou (záleží od celkovej naladenosti človeka). Respondenti by uvítali pracovať sami na obľúbených pracoviskách, ale i tak je potrebné, aby bol niekto s nimi ako dozor, nakoľko je u nich možné, že môže dôjsť k sebapoškodeniu zdravia, k nedodržiavaniu pokynov či nedokončeniu pracovných úloh.

❖ **indikátor: sociálne vzťahy, kód: vzťahy a podpora personálu**

Z výpovedí mentálne postihnutých usudzujeme, že sociálne väzby v inštitucionálnom type starostlivosti sú postavené na dvoch prístupoch: 1. autoritatívny prístup - zadávanie pokynov a uplatňovanie zákazov zo strany personálu, vyžadovanie rešpektu a počúvanie autority a 2. priateľský prístup: poskytovanie podpory a pomoci v každodenných záležitostiach mentálne postihnutým, napĺňanie individuálnych plánov na základe participácie klientov.

Pri posudzovaní vzťahov s personálom sa respondenti vyjadrili, že kontaktný personál vnímajú z pozície autority, musia poslúchať sestričky, robia to, čo im povedia, na druhej strane majú obľúbené osoby z personálu, na ktoré sa obracajú so žiadosťou o pomoc, považujú ich za jediné osoby, s ktorými môžu komunikovať, keďže neudržiavajú v mnohých prípadoch kontakt s rodinou. Je nutné poznamenať, že vnímanie vzťahov medzi klientmi a personálom je subjektívne a zväčša závislé, nakoľko všetci klienti majú vysoký stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby. Na druhej strane zamestnanci často nemajú utvorené pracovné podmienky na to, aby dokázali plnohodnotne zabezpečiť všetky potreby a vykonávali štandardy sociálnych služieb v požadovanom rozsahu a kvalite.

Aké máte vzťahy s personálom v zariadení?

(RMDSS40r.) „hmmm...neviem... asi viem o všetkom čo sa tu stane...aj o klebetách (smiech)“ Sestričky mi povedia, keď sa opýtam.

(RMDSS33r.) „ja sa opýtam keď potrebujem niečo alebo keď si neviem dať rady“

(RŽDSS32r.) „neviem...počúvam rádio a sestričky keď mi povedia, čo treba“

(RŽDSS37r.) „mňa to ani nezaujíma..., ja si robím po svojom a hotovo“

(RŽDSS33r.) „áno, mali by odísť odtiaľto tie hnusoby...“ Kto? „sestričky...“ Prečo? „...lebo! (hnev)“

(RMDSS32r.) „zákazy zo strany personálu sú časté, musíme ich poslúchať“.

#### ❖ **indikátor: sociálne vzťahy, kód: vzájomné vzťahy klientov**

Vzťahy medzi respondentmi môžeme celkovo na základe subjektívnych výpovedí hodnotiť pozitívne, i keď najčastejšie sa v rozhovoroch objavoval fakt, že sa každý z nich cíti dobre až vtedy, keď je sám. Spoločné aktivity (návštevy kina, športové podujatia, či pomoc iným) mentálne postihnutí zvládajú, ale i tu sa často do popredia dostáva ich náladovosť, ktorá môže byť spúšťačom mnohých interpersonálnych problémov a konfliktných situácií.

Ako si rozumiete s ostatnými klientmi?

(RŽDSS41r.) „...počúvam rádio a spolubývajúcemu to vadí“

(RŽDSS31r.) „musíme spolu vychádzať, keď byvame na tej istej izbe, keď nie, sestričky to riešia“

(RŽDSS32r.) „nemám čo dodať, každý deň sme spolu, niekedy to ide na mozog“

(RMDSS32r.) „nemôžem sa sťažovať, rozumiem si tu s každým“

(RŽDSS44r.) „ja nemám problém s nikým, rád pomáham druhým“

(RŽDSS42r.) „sem tam sa hnevám s niekým, ale rýchlo sa potom udobríme, rýchlo sa na to zabudne“

(RŽDSS30r.) „som žiarlivá a to mi robí problém“

❖ **indikátor: zdravotný stav, kód: aktuálny zdravotný stav**

Na základe objektívneho zhodnotenia zdravotného stavu, zdravie je významným indikátorom, ktorý determinuje kvalitu života mentálne postihnutých a to nielen z hľadiska existencie samotného mentálneho postihnutia, ale aj z dôvodu pridružených zdravotných problémov a komplikácií, ktoré sa prejavujú v mobilite, možnostiach pohybu mimo areálu zariadenia, obmedzenou mobilitou, sťaženým rečovým prejavom, zhoršenou komunikáciou či porušenými sensorickými zmyslami, nutnosť dohľadu medikamentózneho liečby a zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť.

Na základe objektívnych faktorov determinujúcich kvalitu života mentálne postihnutých respondentov môžeme dedukovať skutkový stav v oblasti životného štýlu a to nasledovne:

- respondenti zo zariadenia DSS môžu prejsť do podporovaného bývania iba vtedy, keď si osvoja viaceré zručnosti na samostatný život a prejdú procesom prípravy na život v podporovanom bývaní, ktorý je odlišný od zaužívaného spôsobu života v DSS.
- na prechod do zariadenia je potrebné dodržiavať viaceré pravidlá – medzi nimi dobré medziľudské vzťahy - čo sa u respondentov javí ako problém predovšetkým pri strete s autoritou.
- medziľudské vzťahy s rovesníkmi sa ukázali z výpovedí ako dobré, ale i tak je potrebné prihliadať u mnohých respondentov na náladovosť, povahové zmeny, konkrétny druh diagnózy, časté emocionálne výkyvy, premenlivý temperament (ktorý sa neraz pri zaznamenávaní dát) prejavili.
- starostlivo zvážiť výber klientov s mentálnym postihnutím vhodných na umiestnenie do zariadenia podporovaného bývania, aby sme dosiahli efekt samostatného života, a nie odkázanosti na pomoc opatrovateľa v tomto zariadení, kedy v konečnom dôsledku nepríde k zmene životného štýlu klienta, len k zmene typu bývania.

### 3.5.4 Objektívne faktory kvality života posudzované v podporovanom bývaní

V oblasti objektívne posudzovaných faktorov v kvalite života posudzovaných osôb v podporovanom bývaní sme sledovali nasledovné indikátory:

❖ *indikátor: prostredie a bývanie, kód: životná spokojnosť*

Mentálne postihnutí v podporovanom bývaní nachádzajú nielen podmienky na samostatnejšie bývanie, ale zároveň im to prináša vyššiu životnú spokojnosť, podľa výpovedí respondentov sa cítia šťastní v situáciách, keď môžu pomáhať, keď sú sami sebou, keď majú voľný priestor pre seba alebo blízkeho človeka, s ktorým si rozumejú, prípadne si môžu robiť to, čo sami uznajú za vhodné a nikto ich nekontroluje.

V prvej etape v podporovanom bývaní nachádza domov minimálne 6 mentálne postihnutých v podporovanom dome či byte, ktorí pod dohľadom inej osoby sú schopní starať o domácnosť a viesť samostatný život. Postupne k nim pribúdajú ďalší mentálne postihnutí, ktorí tak dostali šancu budovať svoj domov v prostredí, ktoré sa oveľa viac podobá skutočnému domovu, než ich doterajšie bývanie v DSS. Ich životná spokojnosť je podporovaná najmä tým, že oni sami si môžu budovať svoju domácnosť a oni sami sú za ňu aj zodpovední. Slovo zodpovednosť sa v tomto dome skloňuje každý deň, klienti hovoria, že majú viac povinností, ale motivuje ich to a prináša im to životnú spokojnosť. Klienti s mentálnym postihnutím vykonávajú práce, akými sú varenie, pranie, žehlenie, nakupovanie, upratovanie. Keď niečo z toho vynechajú, ochudobnia tým svojich spolubývajúcich i seba o dôležitý životný pocit, že sa na nich dá spoľahnúť. Nie je pre nich ľahké byť zodpovednými, ale majú chuť, nádej a radosť z nového začiatku, hoci je prirodzené, že sa aj trochu obávajú, či to zvládnu. Radosti i strasti vlastného rozhodovania nie sú jednoduché nielen pre nich, ale ani pre pracovníkov, ktorí sú svedkami jednak ich úspechov a rastu, jednak dôsledkov zodpovednosti pred prázdnu chladničkou, keď sa niekomu nechce ísť večer nakúpiť a nastane hladné ráno. Avšak pozitívne stránky dospelého učenia vysoko prevyšujú tie chyby rastu, ktorým sa nikto na svete nemôže vyhnúť. Mentálne postihnutí si svoje chyby uvedomujú, poznajú svoje slabé stránky a s pomocou ďalších osôb sa ich snažia eliminovať. Napriek tomu by väčšina mentálne postihnutých tento pocit životnej spokojnosti v podporovanom type bývania nevymenila za predchádzajúci život, ako naznačujú aj ich výpovede.

Kedy sa cítite najlepšie?

*(RŽZPB37r.) „ked' môžem pomáhať iným...“*

*(RMZPB42r.) „ked' som s mojou Marcelkou a inými tu v dome...“*

*(RŽZPB32r.) „ked' môžem odдыхovať, pozerat' telku, rádio, jest', ležať...“*

*(RMZPB29r.) „ked' si môžem robiť čo chcem...nikto ma nekontroluje“*

❖ **indikátor: prostredie a bývanie, kód: materiálne vybavenie**

Na základe výpovedí mentálne postihnutých ako aj zhodnotením materiálneho vybavenia priestorov a bytových podmienok podporovaného bývania zhodnocujeme, že táto stránka kvality života je naplnená, materiálne vybavenie a bytové podmienky pre mentálne postihnutých sú vyhovujúce, dokonca lepšie v porovnaní s inštitucionálnym typom bývania. U väčšiny zariadení tohto typu majú klienti samostatné bývanie, funkčne vybavenú kuchyňu, kúpeľňu a obývaciu miestnosť tak, aby mohli fungovať ako samostatná jednotka. Ako uvádzajú klienti, majú zabezpečené všetko, čo potrebujú.

Ako ste spokojní s bývaním? Máte všetko, čo potrebujete?

*(RŽZPB35r.) „v dome máme všetko, čo aj bežná domácnosť“*

*(RMZPB34r.) „je to tu lepšie, máme vlastnú kuchyňu a obývačku“*

*(RŽZPB37r.) „býva sa tu určite lepšie ako predtým v domove“*

*(RŽZPB33r.) „cítim sa tu lepšie, ako doma, máme tu všetko, čo potrebujeme“*

*(RŽZPB30r.) „máme tu viac priestoru, spoločnú obývačku, televízor, býva sa tu viac ako doma“*

❖ **indikátor: sociálne vzťahy a podpora, kód: podpora zo strany personálu**

Na základe výpovedí mentálne postihnutých možno usudzovať, že aj napriek podporovanému bývaniu a odlišnému spôsobu života, potrebujú sprevádzanie, pomoc a podporu tretej osoby, ktorú nazývajú opatrovateľka alebo sestrička, z tohto hľadiska to vnímame pozitívne, nakoľko samotní klienti s mentálnym postihnutím priznali, že pokiaľ nie sú kontrolovaní, neplnia si svoje povinnosti na 100%, potrebujú poradiť, cítia pocit istoty, že je tu osoba, u ktorej nájdu informácie, podporu a sprevádzanie, nevnímajú ju z pozície autority v porovnaní s personálom v reziduálnom type zariadení. Na druhej strane je nutné pripustiť skutočnosť, že bez tretej osoby alebo pomoci personálu by mentálne postihnutí nedokázali fungovať dlhodobo a bez osobných či skupinových zlyhaní, preto

vždy budú aj keď v samostatnom type bývania, závislí od sprevádzania a pomoci odborného personálu, kedy potrebujú kontakt.

(RŽZPB36r.) „*máme aj asistenta a keď potrebujem niečo vybaviť, poradím sa...ja sa viem opýtať...*“

(RMZPB42r.) „*keď potrebujem pomôcť, tak sa opýtam spolubývajúcich a keď nevedia opýtam sa personálu*“

(RŽZPB32r.) „*tak ja viem o všetkom, ale keď potrebujem pomoc, je tu vždy niekto...*“

(RMZPB29r.) „*tak ja si prečítam a pozerám veľa telky, sestrička nám chodí pomáhať...*“

(RŽZPB30r.) „*máme tu opatrovatel'ku, ktorá nám pomáha, čo potrebujeme*“

(RŽZPB37r.) „*nie sme tu sami, vždy nás príde pozrieť sestrička*“

(RMZPB39r.) „*keď niečo potrebujem, je tu naša sestrička, tá je milá*“

❖ **indikátor: sociálne služby, kód: kvalita poskytovaných služieb**

V podporovanom bývaní sa preferuje individuálny prístup založený na rešpekte a podpore mentálne postihnutého k samostatnosti s menším presadzovaním autoritatívneho prístupu, klienti sú skôr podporovaní a motivovaní k dodržiavaniu pravidiel a udržiavaniu chodu spoločnej domácnosti či kontrolovaní pri dodržiavaní pracovného režimu mimo zariadenia alebo priamo v ňom.

Z tohto pohľadu mentálne postihnutí subjektívne hodnotia kvalitu bývania a podporných služieb na vyššej úrovni v porovnaní s inštitucionálnou starostlivosťou, ktorú vnímajú ako menej výhodnú v porovnaní s rodinným typom bývania v zariadení podporovaného bývania, služby a pomoc je im poskytovaná adresne na základe toho, čo klienti aktuálne potrebujú alebo v akej životnej situácii sa nachádzajú.

Kvalita života u mentálne postihnutých zaradených do podporovaného bývania sa zvyšuje aj zavedením určitých opatrení, ktoré sme výskumom odhalili a ktoré výrazne prispievajú k stabilizácii životných podmienok mentálne postihnutých:

- poskytovanie širokého rozsahu služieb podporovaného bývania a sociálnych služieb dospelým s mentálnym postihnutím, ktorí sú schopní s primeranou podporou viesť samostatný život, s minimálnym počtom 6 klientov v jednom dome, s maximálnym počtom 20 klientov v bytovej jednotke so samostatnými bunkami vo viacerých objektoch.

- využívanie osobnej asistencie pre klientov s mentálnym postihnutím a tým zabezpečiť plnohodnotnejší život a lepší kontakt so sociálnym prostredím;
- realizácia pravidelných komunitných stretnutí vo viacerých domoch podporovaného bývania – udržiavanie kontakt s komunitou, vzájomná podpora a sieťovanie;
- každý klient má svojho kontaktného pracovníka, s ktorým tvorí a realizuje individuálny plán;
- motivácia dobrovoľníkov pre rôzne aktivity (podľa potreby mentálne postihnutých) zaradených do zariadenia podporovaného bývania s cieľom podpory života ľudí na bývaní a plnenie ich snov a prianí.

*(RŽZPB34r.) „samostatne si perieme, varíme, učíme sa“*

*(RŽZPB35r.) „Zatiaľ si neviem zapnúť práčku, ale chcem sa to naučiť. Som s kamošom Jarkom dohodnutá, že ma to naučí.“*

*(RMZPB34r.) „Bývame tu spoločne, aj keď sa niekedy pohádame, je tu dobre bývať.“*

*(RŽZPB37r.) „Naučila som sa veľa nových vecí, aj žehliť už viem.“*

*(RMZPB32r.) „Pomaly sa učím variť, varíme spoločne alebo si pomáhame.“*

*(RŽZPB37r.) „Aj iné veci do života som sa tu naučila, nie je to jednoduché, ale je mi tu lepšie.“*

*(RŽZPB33r.) „K samostatnosti mi toto bývanie môže pomôcť. Už som sa naučila pár vecí.“*

**❖ indikátor: zdravotný stav, kód: zdravotné problémy**

V priebehu sledovania života mentálne postihnutých v podporovanom bývaní a na základe výpovedí respondentov i personálu sa zdravotný stav klient nemení a presun klienta z inštitucionálnej starostlivosti do podporovaného typu bývania nemá významný vplyv na jeho zdravotný stav, skôr je badať menšie zlepšenie psychického zdravia v porovnaní s fyzickým zdravím. Najčastejšie u mentálne postihnutých v zariadení podporovaného bývania sledovať zdravotné problémy v oblasti motoriky jemnej a hrubej, mobility, komunikácie, zdravotné problémy sa viažu s obezitou, cukrovkou, srdcovocievnyimi ochoreniami a dýchacími ťažkosťami.

Podporované bývanie ponúka klientom s duševnou poruchou šancu naučiť sa žiť samostatnejšie a prevziať zodpovednosť za vlastný život. Duševná porucha im zväčša zobrala šancu osamostatniť sa, založiť si vlastnú rodinu a žiť vo vlastnej domácnosti.

Obyčajne aj v dospelosti žijú so svojimi príbuznými, najčastejšie rodičmi. Duševná porucha sa spravidla objavuje v mladosti, čo spôsobuje, že sa ich spôsob života málokedy rozvíja ďalej. Naši klienti celé desaťročia žijú nie len v tých istých detských izbách, ale aj v podobnej role ako kedysi. Býva pre nich problémom samostatne si upratať, navariť, nakúpiť si, vybaviť lekára, hospodáriť s financiami, samostatne komunikovať s okolím. Príbuzní vynakladajú množstvo času a úsilia, aby sa o nich po všetkých stránkach postarali. Najviac ich však trápia obavy: Čo bude, keď tu nebudeme?

Zámerom sociálnych služieb a podporovaného bývania je podporovať čo najväčšiu nezávislosť klientov s mentálnym postihnutím. Nejde o to poskytnúť klientom trvalé samostatné bývanie, ale sprevádzať ich v samostatnejšom zvládaní všedného dňa.

V podporovanom bývaní sa poskytuje tréningový program, v ktorom sa klient nasťahuje do podporovaného bývania a učí sa samostatne zvládať nároky bežného života s podporou odborných pracovníkov. Tréningový program môže trvať 6 mesiacov až 2 roky, podľa individuálnych potrieb a schopností klienta. Po ukončení pobytu sa klient vráti naspäť do pôvodného prostredia, ale v novej, zodpovednejšej úlohe. Môže postupne prevziať zodpovednosť za starostlivosť o domácnosť svojich starších rodičov.

V zahraničí je podobný typ služby bežný, pričom ľudia s duševnou poruchou majú možnosť využívať podporované bývanie s rôzne odstupňovanou formou pomoci a podpory. Všetky uvedené služby dopĺňa sociálne poradenstvo, ktoré klienta sprevádza pri problémoch všedného dňa. Podporované bývanie dáva ľuďom s duševnou poruchou príležitosť čo najviac žiť tak, ako by žili, keby boli zdraví. Aby boli s nami a nie sami.

Podporované bývanie zväčša nenájdete na konci mesta za vysokými múrmi, služba je poskytovaná v niekoľkoizbovom byte na sídlisku alebo v rodinnom dome. Každý klient má v podporovanom bývaní osobného bytového asistenta alebo kontaktnú osobu, s ktorým pracuje počas celej doby pobytu. Klient si s jeho podporou stanoví ešte pred nástupom do podporovaného bývania konkrétne ciele zamerané na zlepšenie kvality života. Ciele sú čo najkonkrétnejšie, napríklad „chcem sa naučiť variť“. Potom sa jeden z cieľov rozpracuje na malé kroky: aké jedlo, aký recept, čo treba kúpiť, fínty pri varení, stolovanie, úschova potravín. Klient trénuje jednoduché kroky, v ktorých dokáže s podporou asistenta uspieť a rásť. Takýto spôsob života má dopad nielen na jeho subjektívne vnímanie kvality života, ale aj na zvyšovanie jeho pocitov životnej pohody.

### 3.6 DIMENZIA ŽIVOTNÁ POHODA

Časť výskumného šetrenia sme zamerali na analýzu životnej pohody v troch dimenziách: dosahovanie cieľov, saturácia životných potrieb a zmyslupnosť ako biologický základ životnej pohody, ktorú sledujeme u mentálne postihnutých v inštitucionálnej starostlivosti a v zariadení podporovaného bývania.

Na základe výskumných zistení sme dospeli k názoru, že utváranie pocitu životnej pohody je multifaktoriálne. Ak chceme hovoriť o životnej pohode mentálne postihnutých, potom musia byť v rovnováhe viaceré faktory, ktoré determinujú osobnosť i život mentálne postihnutého, z výskumu sme identifikovali nasledovné faktory:

1. Fyzický stav – stupeň mentálnej retardácie, pridružené zdravotné problémy, ktoré znižujú kvalitu života, pocity vyčerpanosti a únavy ovplyvnené mediakamentóznou liečbou, u mnohých prípadoch trvá dlhšie obdobie, kým sa nastaví správna medikamentózna liečba, aby mentálne postihnutí mohol byť zaradený do aktivít, prípadne dokázal si stanoviť ciele, čo chce robiť, čomu sa chce venovať, čo sa chce naučiť.
2. Aktuálny stav a životná situácia – momentálne správanie, psychické prežívanie a emócie mentálne postihnutého, harmonizácia fyzického a psychického stavu.
3. Sociálne interakcie a podpora – úroveň hodnotenia kvality vzťahov medzi klientmi navzájom i medzi personálom, úroveň vzájomnej dôvery a rešpektu, dodržiavanie princípov etického kódexu pri komunikácii a práci s mentálne postihnutými.
4. Faktory prostredia zahŕňajú prostredie, v ktorom sa mentálne postihnutý nachádza, teda kde žije, kde vykonáva pracovnú činnosť a kde sú mu poskytované terapie a sociálna rehabilitácia, pre mnohých mentálne postihnutých to nie je rodinné prostredie, ale prirodzeným prostredím sa pre nich stáva domov sociálnych služieb, denný stacionár, zariadenie podporovaného bývania či chránená dielňa.
5. Seberealizácia a pracovné uplatnenie – pre mnohých mentálne postihnutých je to kľúčových nástroj k tomu, aby dosiahli životnú spokojnosť a životnú pohodu, aby mali priestor na seberealizáciu, vykonávali pracovnú činnosť a dostali finančné prostriedky za vykonanú prácu, za ktoré si môžu kúpiť a zabezpečiť to, čo potrebujú – sloboda v rozhodovaní, nakupovaní, výbere a slobodu pohybu im dáva pocit väčšej nezávislosti.
6. Saturácia osobných potrieb a dosahovanie životných cieľov – obe dimenzie spolu úzko súvisia a sú previazané, človek, ktorý má stanovený životný cieľ a má podmienky na

jeho naplnenie, pričom u mentálne postihnutých ani tak nerozhoduje druh stanového cieľa, ale dôležité sú možnosti jeho naplnenia s aktívnou participáciou mentálne postihnutého, kedy má pocit, že robí niečo užitočné, dosiahol zmenu samostatne či má možnosť rozvíjať svoj potenciál.

7. Podpora pocitu dôležitosti a zmysluplnosti – pokiaľ je mentálne postihnutí oceňovaní za to, čo dokáže, je motivovaní k činnostiam, ktoré mu dodávajú pocit zmysluplnosti a nachádza v nich osobné uspokojenie, potom je jeho subjektívne hodnotenie kvality života na vysokej úrovni.

❖ **indikátor: životná pohoda, kód: dosahovanie životných cieľov**

U mentálne postihnutých v inštitucionálnej starostlivosti a v podporovanom bývaní sa nepreukázali rozdiely v plánoch do budúcnosti či v životných cieľoch, u oboch skupinách sme zaznamenali dosahovanie životných cieľov cez stanovovanie hlavných cieľov a napĺňanie čiastkových úloh, ktoré nadväzujú na seba, najčastejšie ide o rozvoj životných, sociálnych a pracovných zručností. Životné ciele si mentálne postihnutí stanovujú rôzne a tie sú odvodené od ich mentálneho postihnutia i zbytkového potenciálu, ktorým disponujú, vo výpovediach sa najčastejšie objavovali ciele ako: chcem na naučiť variť, chcem vedieť pracovať na počítači, neviem žehliť a chcem sa to naučiť, chcel/a by som si nájsť dobrú prácu, chcem sa osamostatniť, chcem si nájsť priateľku.

Ste spokojná/ý sám so sebou?

(RMDSS40r.) „(smiech) – áno aj nie“ „hlavne vtedy nie som, keď mi niečo zakazujú...“

(RMDSS33r.) „som, ved' čo narobím“

(RŽDSS34r.) „a tak niekedy áno, ale chcela by som...hmmm...vlastne rada by som bývala sama ak by sa dalo...“

(RŽDSS31r.) „hmmm...málokedy som...“

„Hľadanie zmyslu človeka je primárnou motiváciou jeho života, a nie sekundárnou racionalizáciou inštinktívnych pudov. Tento zmysel je jedinečný a zvláštny v tom, že ho môže a musí naplniť len daný človek, len vtedy sa tento zmysel stane dostatočne dôležitým, aby uspokojil jeho vlastnú túžbu po zmysle života.“ (Frankl, 2011, s. 85).

V každej etape ľudského života sa jednotliviec zamýšľa nad jeho skutočným zmyslom. Človek si vytvára isté životné ciele, ktoré má snahu realizovať. Ak sa človeku podarí tieto

ciele dosiahnuť a uskutočniť, prežíva pocit sebanaplnenia, ak sa mu to nepodarí, môže byť takáto bilancia sprevádzaná pocitom rezignácie až zúfalstva. S týmto úzko súvisí saturácia potrieb a napĺňanie zmyslu života, ktoré u mentálne postihnutých predstavujú významnú dimenziu posudzovania kvality života.

❖ **indikátor: životná pohoda, kód: saturácia životných potrieb**

Saturácia potrieb mentálne postihnutých sa realizuje na viacerých úrovniach, pričom za najvyššiu prioritu respondenti považujú možnosť sebarealizácie ako vyššiu potrebu, z výpovedí je zrejmé, že pokiaľ majú dostatočne vyplnený voľný čas, majú možnosť vykonávať pracovnú činnosť či venovať sa záujmových aktivitám, potom sekundárne potreby sú automaticky naplnené a mentálne postihnutí im neprikladajú veľký význam, nerozlišujú kvalitu stravy, či kvalitu oblečenia, ktoré nosia. Ich saturácia potrieb je subjektívne posudzovaná skôr na rovine psychickej, sociálnej a aktualizáčnej prostredníctvom aktivizácie, motivácie a zapájania do pracovných činností. Na vysokej úrovni sa u nich objavuje potreba poznávať a učiť sa nové veci, čo vychádza z nedostatočne rozvinutého potenciálu respondentov, nízkeho sebavedomia a vysokej miery závislosti na pomoci.

Tí respondenti, ktorí sú zaradení do podporovaného bývania tvrdia, že myšlienka podporovaného bývania vznikla z potreby mentálne postihnutých žiť bežným spôsobom života tak, ako ostatní ľudia, ich priatelia a rovesníci. Ich životná pohoda sa premieta v tom, že majú možnosť sa v čo najväčšej možnej miere priblížiť životu v prirodzenom prostredí. Na základe výpovedí respondentov sa ukázalo, že pocit nezávislosti zvyšuje ich životnú pohodu, ktorá sa premieta v zmene myslenia i snahe o zmenu životného štýlu.

Počas popoludnia v pracovný týždeň, trávajú klienti čas podľa vlastného uváženia. Venujú sa voľno-časovým aktivitám, záujmom a zdokonaľujú sa v činnosti chodu domácnosti. Pomáha im pri tom pre nich upravený individuálny plán, na ktorého tvorbe sa sami aktívne podieľajú.

Plány na víkend si robia spoločne alebo ho trávajú s priateľmi a rodinou. Často navštevujú svojich blízkych a svoj voľný čas prežívajú s nimi.

respondenti v inštitucionálnej starostlivosti svoju životnú pohodu a saturáciu potrieb vnímajú mierne odlišne v porovnaní s klientmi v podporovanom bývaní. Ich saturácia potrieb je skôr postavená na primárnom uspokojovaní fyziologických potrieb, až v

sekundárnej rovine sa domovy sociálnych služieb orientujú na sociálnu rehabilitáciu a aktualizáciu klienta.

Ako ste spokojný/á s tým, čo môžete robiť?

(RMDSS28r.) „ja mám dovolené ísť sám do obchodu, tam často chodím na nákupy...“

(RMDSS34r.) „mohli by nám viac dovoliť ísť bez nich preč...“

(RŽDSS37r.) „idú s nami sestričky...tak ja neviem, mne to neprekáža...“

(RŽDSS36r.) „ja nepotrebujem nikam chodiť, tu som doma...“

#### ❖ **indikátor: životná pohoda, kód: zmyslupnosť**

Kvalita života je spojená so subjektívnym hodnotením životnej spokojnosti a prežívaním životnej zmyslupnosti. Zistilo sa na základe výskumného šetrenia, že mentálne postihnutí žijúci v podporovanom bývaní vykazujú o niečo lepšie hodnoty zmyslupnosti. Z uvedených výsledkov výskumu vyplynulo, že na zhodnotenie kvality života a zmyslupnosti života nestačia iba teoretické vedomosti, či pasívne vytváranie individuálnych plánov, ale je potrebné aj používanie vhodných nástrojov na dosahovanie stanových cieľov, zvyšovať kvalitu života a pocity životnej pohody u mentálne postihnutých, ktoré majú výrazný dopad na ich aktuálnu životnú situáciu a psychický stav.

Pri snahe o zisťovanie rôznorodosti zdrojov zmyslu sa potvrdil vplyv sociokultúrneho prostredia, rodinného zázemia i stupňa mentálnej retardácie. Vo výskume respondenti vyjadrovali vo väčšej miere odpovede, v ktorých sa uvádza, že ich život sa im zdá jednotvárný a väčšinou ich nudí, súhlasili, že znechutenie a apatia sú bežnou súčasťou ich života, život označili za prázdny a rovnaký s každodennou rutinou. Životnú zmyslupnosť nachádzajú v pracovných činnostiach, nie ani tak v ergoterapii samotnej, ako v zamestnaní, kde môžu byť v priamom kontakte s inými ľuďmi, ako sú ľudia s mentálnym postihnutím, napr. prácou na vrátnici, pomáhaním v kuchyni, roznášaním nápojov v kaviarni, kde sú v priamom kontakte s bežnou populáciou bez postihnutia.

Výpovede respondentov nám ukázali, že životná pohoda je v priamej súvislosti s tým, do akej miery sú mentálne postihnutí schopní prijať samých seba, majú možnosť podieľať sa na rozvoji zbytkového potenciálu, začleniť sa do života aktívne, získať samostatnosť a budovať vzťahy s inými ľuďmi, často vzťahy len v domove sociálnych služieb považujú za nedostatočné, nakoľko v tejto komunite žijú dlhodobo a dochádza aj ku konfliktným situáciám. Na druhej strane mnohí personál zariadenia a spolubývajúcich považujú za

svoju rodinu, nakoľko pochádzajú z narušeného rodinného prostredia a rodina sama o sebe s nimi kontakt neudržiava.

Tabuľka 10: Porovnanie komplexu služieb

Komplex služieb v podporovanom bývaní	Komplex služieb v DSS
podmienky na ubytovanie v súkromí	Ubytovanie v spoločných priestoroch DSS
utvárajú sa podmienky na prípravu stravy	Stanovenie jedálnečky, hotové jedlá
pomoc pri chode domácnosti, varenie, žehlenie, upratovanie	Úkony poskytované pracovníčkou a personálom, čiastočne vykonávané klientmi v procese rozvoja pracov. zručností Harmonogram zariadenia a dodržiavanie pravidiel
Hospodárenie s financiami samostatne	Trezor na úschovu peňazí
sprevádzanie a dohľad bytovým asistentom alebo prideleným opatrovateľom	Sprevádzanie, pomoc, dohľad odborným personálom
Otvorený kontakt so sociálnym prostredím	Obmedzený kontakt so sociálnym prostredím
základné sociálne poradenstvo	Základné a odborné poradenstvo
vedenie k samostatnosti a zodpovednosti – plnenie úloh a čiastkových plánov	vedenie k samostatnosti a zodpovednosti – plnenie úloh a čiastkových plánov v podmienkach DSS
sociálna rehabilitácia	Sociálna rehabilitácia a rozvoj terapií
v niektorých prípadoch podpora pracovnej integrácie formou práce na otvorenom trhu alebo formou chráneného zamestnávania, podpora bežného spôsobu života	Ergoterapia Rozvoj pracovných zručností Pracovná rehabilitácia v priestoroch DSS Chránené dielne
Smerovanie klienta k aktivizácii a zmocňovaniu	Smerovanie klienta k samostatnosti a rozvoju zbytkového potenciálu

Zdroj: vlastné spracovanie.

### 3.7 SEBAREALIZÁCIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

V rámci analýzy výpovedí mentálne postihnutých sa ukázali tri oblasti, v ktorých majú mentálne postihnutí možnosť pracovať, realizovať sa a rozvíjať sa. Najzákladnejším nástrojom sú aktivity a činnosti realizované prostredníctvom ergoterapie, ktorá sa realizuje pod vedením ergoterapeuta v domove sociálnych služieb. Druhou najčastejšou možnosťou je pracovná terapia, ktorá sa môže realizovať priamo v zariadení sociálnych služieb, kde sú mentálne postihnutí klienti umiestnení alebo formou chráneného zamestnania v chránenej dielni, ktorá sa v praxi často stáva súčasťou zariadenia alebo je založená v mieste fungovania samotného zariadenia. Menej častou situáciou je umiestnenie mentálne postihnutého na otvorený trh práce, kde vykonáva také pracovné činnosti, ktoré mu dovoľuje jeho zdravotný stav a úroveň mentálneho postihnutia. Najčastejšími príkladmi pracovných pozícií na otvorenom trhu práce, ktoré zastávajú mentálne postihnutí, sú: pekár, záhradník, čašník, krajčírka, upratovačka, pomocná sila v kuchyni, pracovník v baliarni alebo vo výrobných linkách – vo všetkých týchto profesiách boli zaradení aj mentálne postihnutí, ktorí participovali na výskume. To, že sa mentálne postihnutí môžu realizovať, či už pracovnou činnosťou v zariadení, na otvorenom trhu práce, alebo len participáciou na samostatnom chode domácnosti v podporovanom bývaní, znamená pre nich možnosť plného rozvoja a využívania schopností, ktorými disponuje a zároveň si uspokojovať najvyššiu potrebu v hierarchii A. Maslowa, ktorou je potreba seberealizácie.

Pojem seberealizácia (alebo tiež sebauskutočnenie a sebaaktualizácia) je pojem využívaný v humanistickej psychológii. (Linhart a kol., 1996). Nakonečný (2009) považuje seberealizáciu za jednu zo štyroch častí podstaty osobnosti, medzi ktoré zaraďuje regulovanú pudovosť, sústavu zvykov získaných skúsenosťou a hľadaním zmyslu bytia. (Nakonečný, 2009). Z pohľadu sociálnej práce považujeme seberealizáciu ako nástroj ako *využívať zdroje klienta pre uskutočnenie jeho zámerov* aj vzhľadom na celkové chápanie sociálnej práce ako „pomoci so zvládaním problémových situácií“ za pomoci zapojenia zdrojov klienta v jeho sociálnom prostredí. Teoretickým uchopením a príkladmi takto poskytovanej podpory môžu byť dva koncepty – prístup „empowerment“ a podpora „agency“, ktoré v nasledujúcich predstavujú charakteristické rysy sociálnej práce, chápané ako pomoc so zvládaním problémových interakcií.

*Empowerment* pomáha klientom získať moc pri rozhodovaní a konaní nad svojimi vlastnými životmi prostredníctvom znižovania efektu sociálnych alebo osobných prekážok,

znemožňujúcich využiť existujúcu vnútornú motiváciu, moc, osobnostné kapacity a sebaistotu pri získavaní výhod, uspokojovaní potrieb a dosahovaní cieľov (Payne, 1991).

Adams (2008, s. 5) uvádza, že „*empowerment*“ *zahrnuje významy, ktorými sa jedinci, skupiny, alebo komunity stávajú schopnými prevziať kontrolu nad faktormi ovplyvňujúcimi ich životné situácie a dosiahnuť vlastné ciele, čím sú schopní pracovať na pomoci samým sebe a pomoci ostatným pri maximalizácii kvality vlastných životov a životov iných.*“

Matoušek (2003, s. 154) označuje „empowerment“ ako „posilnenie“, ktoré definuje ako: *„cieľ niektorých postupov sociálnej práce spočívajúci vo zvýšení klientových či skupinových schopnosti presadzovať vlastné oprávnené záujmy, resp. vymaniť sa z podriadeného, utlačovaného postavenia.“* Dodáva, že pojem sa používa v dvoch rovinách, a to v psychologizujúcej (zahŕňa posilňovanie sebavedomia, schopnosti vyjednávať, asertívne konanie a presadzovanie oprávnených záujmov) a v rovine sociálnej, v ktorej ide najmä o presadzovanie záujmov veľkých skupín (napr. ľudí s mentálnym postihnutím) a kde je posilnenie koordinované kolektívnymi akciami.

Pri práci v rámci prístupu „empowerment“ sociálni pracovníci zmocňujú svojich klientov (užívateľov sociálnych služieb) tým, že reagujú na ich porozumenie svetu a životnej situácii a pracujú s klientmi ako s odborníkmi na svoje vlastné životné podmienky a ciele (Payne, 1991).

Na základe výskumného šetrenia sme dospeli k názoru, že filozofia empowermentu je do značnej miery využívaná u klientov v podporovanom type bývania, kedy sprevádzajúci opatrovatelia alebo sociálni pracovníci sa orientujú na:

- povzbudzovanie klienta k tomu, aby presadzoval vlastné oprávnené záujmy, aby presadzoval svoje zručnosti pri uplatnení sa na trhu práce alebo v rámci podporovanej pracovnej činnosti,
- posilňovanie klientovho sebavedomia a praktických životných zručností nevyhnutých pri vedení samostatného života, či už vo vlastnej domácnosti alebo v spoločnom byte/dome podporovaného bývania,
- zisťovanie klientových potrieb, predstáv a očakávaní a motivovanie klienta k dosahovaniu stanovených cieľov, napr. nájsť si prácu, osamostatniť sa v bývaní, získať partnera-partnerku,
- posilňovanie klienta v správaní a k zodpovednosti, ktoré sú nevyhnuté na prekonávanie životných prekážok, posilňovanie klienta k tomu, aby prevzal zodpovednosť za svoj život,

- sprevádzanie klienta s mentálnym postihnutím v období jeho adaptácie na samostatné bývanie alebo pracovnú činnosť a tým zabezpečovať rozvoj jeho životných zručností a osobnostných charakteristík.

Payne (1991, s. 230) definuje „agency“ ako „*kapacitu k tomu, mať vplyv na to, čo sa deje okolo nás.*“ Toto vysvetlenie pramení z predpokladu spoločnosti, ktorá má veľmi silný vplyv a determinuje naše sociálne vzťahy a my máme len veľmi malý vplyv na toto sociálne usporiadanie. Podľa Frišaufovej (2014) však nie je definícia konceptu „agency“ statická ani univerzálna. Ako kľúčové znaky k uchopeniu „agency“ pre potreby výskumu sme si zvolili koncept poskytovania podpory pri sebarealizácii mentálne postihnutých bez ohľadu na poskytovanie inštitucionálnej starostlivosti alebo podporovaného bývania, ktorý vychádza z týchto priorít:

- posilňovať mentálne postihnutého k tomu, aby konal na základe vlastných schopností a zručností, ktorými disponuje a tie využíval v procese sebarealizácie,
- posilňovať mentálne postihnutého k tomu, aby menil svoju životnú situáciu, v ktorej sa necíti dobre, napr. aby preferoval samostatný život v podporovanom bývaní pred plným zabezpečením sociálnych služieb,
- posilňovať mentálne postihnutého k tomu, aby sa zdržal konania, ktoré by viedla k zhoršeniu jeho životnej situácie, napr. ak mentálne postihnutí nie je dostatočne pripravený na pracovnú integráciu alebo úspešne nezvládne umiestnenie do podporovaného typu bývania, potom je žiaduce predĺžiť alebo zastaviť proces transferu z reziduálnej starostlivosti k nezávislému životu,
- poskytovať mentálne postihnutým takú úroveň „agency“, aby zostal zachovaný ich osobnostný rozvoj, ale zároveň aby sa predchádzalo zlyhaniu klienta v procese socializácie a integrácie do spoločnosti.

Jana Novotná (2017) pripomína, že sociálna práca sa musí zameriavať špecificky na klienta a využívať individuálny prístup na rozvoj jeho kompetencií a podporu jeho všestranného rozvoja. Podľa autorky sa sociálna práca vo svojich rôznych formách zameriava na komplexné vzťahy medzi ľuďmi a sociálnym prostredím. Umožňuje tak klientom plne sa rozvinúť, svoje možnosti, obohatiť vlastné životy a predchádzať zlyhaniu (Novotná, 2017).

## 4 DISKUSIA

V rámci diskusie z celkových záverov výskumu možno zhodnotiť, že subjektívne vnímaná kvalita života respondentov v podporovanom bývaní doposiaľ nie je natoľko preskúmanou témou, v ktorej by sme sa vedeli plne opierať o empirické výskumy. Mnohé štúdie sú skôr zamerané na pohľad a odporúčania odbornej verejnosti čo človek v inštitúcii potrebuje. Preto sa v našej monografii snažíme o priblíženie pohľadu zo strany vnútorného prežívania respondenta, ktorého sa takáto životná situácia priamo dotýka. Uvedomujeme si, že nemožno naše poznatky generalizovať, preto nami dosiahnuté výpovede, sú platné iba pre posudzovanie subjektívnej reality respondentov v DSS a ZPB uvedených v zozname. Možno povedať, že ide o oblasť neprehliadnutelnú, ale aj ťažko uchopiteľnú. Pre nás výstižným citátom je tvrdenie Křivohlavého (2011, s. 124), ktorý kvalitu života ponímal cez „*pochopenie ľudskej existencie, zmyslu života a samotného bytia. Kvalita života zahŕňa hľadanie kľúčových faktorov bytia a sebaepochopenia. Skúma rôznorodé podmienky pre zdravý a šťastný život človeka.*“

Dôležitým zistením pokladáme fakt, že život človeka a jeho kvalitu života v inštitucionálnom prostredí nemožno stále zrovnávať iba s hodnotami či filozofiou inštitúcie. I subjektívne posudzovanie kvality má svoj zmysel a význam. Napr. podľa Earecksonovej (1997), sa často spája kvalita života iba fyzicky zdatným ľuďom, ktorí sú na vysoko intelektuálnej úrovni napriek tomu, že sú to tí najnešťastnejší ľudia a na opačnej strane sú tí slabí, ktorým sa pripisuje veľmi nízka kvalita života a práve u nich možno vidieť spokojnosť za šťastie čo majú.

Kvalitu človeka žijúceho či už v inštitucionálnom alebo podporovanom bývaní je možné zvyšovať a to nielen implementáciou štandardou kvality sociálnych služieb, ale najmä multidisciplinárnym prístupom a implementáciou etických princípov do reálneho sveta mentálne postihnutých. Subjektívnu kvalitu života si do určitej miery ovplyvňujeme sami cez ukazovatele, ako je zdravie, zdravý životný štýl, aktivity, trávenie voľného času. Následne k tomu musíme prihliadať na okolité aspekty a nimi sú ekonomická a sociálna situácia, rodinné zázemie či manažment sociálnych služieb, ktorý poskytuje služby mentálne postihnutým.

Kvalita života na rozdiel od zdravia môže byť udržiavaná a zlepšovaná. Poňatie kvality života je vo veľmi úzkom vzťahu k jednotlivým vývojovým etapám jedinca. Kvalita života

je inak chápaná v adolescencii, v ranej dospelosti, v strednom veku a v neskoršom vekovom období (Řehulka, Řehulková, 2005, s. 50).

Často sa nám v nami realizovanom výskume potvrdilo, že subjektívna kvalita života u respondenta s mentálnym postihnutím je úzko spätá s vlastným postavením v spoločnosti a subjektívnou osobnou pohodou či už ide o duševnú, telesnú či sociálnu stránku jednotlivca. Mentálne postihnutí hodnotili svoju kvalitu života za uspokojivú vtedy, ak mali naplnené svoje osobné i životné potreby, mali pracovnú činnosť, ktorá ich naplňala a boli zaradení do riadenia a rozhodovania o svojom vlastnom živote, to im dodávalo pocit životnej pohody, životnej energie a šťastia.

Výskumný medicínsky prístup ku kvalite života najkomplexnejšie reprezentuje projekt Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL, z ktorého sme vychádzali aj my pri tvorbe otázok v pološtruktúrovanom rozhovore. Predpokladali sme, že na kvalite života sa podieľali tieto oblasti, a to:

1. telesné zdravie (energia, pohyb, odpočinok)
2. psychické funkcie (indikátory: negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie);
3. úroveň nezávislosti (indikátory: mobilita, aktivity v každodennom živote);
4. sociálne vzťahy (indikátory: osobné vzťahy, sociálna podpora);
5. prostredie (indikátory: finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravie a sociálna starostlivosť, prostredie domova, možnosti získať informácie a kompetencie, fyzikálne prostredie – klíma, premávka, doprava);

Medzi najdôležitejšie spomínané faktory, ktoré podľa subjektívneho posudzovania respondentov ovplyvňujúcich ich kvalitu života sú často spomínané osobné vzťahy (väčšinou problém s autoritou). Kvalita života respondentov žijúcich v reziduálnych zariadeniach, pravdepodobne úzko súvisí aj s kvalitou poskytovania sociálnych služieb. Definovanie kvality sociálnych služieb v našich podmienkach ešte nie je legislatívne ukotvené, často sa rozmer tohto termínu rozoberá iba vo vzťahu k sociálnym službám. Podľa autorov Matouška, Koláčkovej a Kodymovej (2005), je ukazovateľom kvalitnej starostlivosti spokojnosť klientov, ich relatívne dobré zdravie atď.). Kvalitná starostlivosť o klientov vedie k tomu, že väčší počet osôb zostáva aktívnych, žije vo svojom domácom prostredí, nie v izolácii, ale je účastníkom spoločenského života v komunite, resp. vo svojej societe. Ukázalo sa, že respondenti majú potrebu vykonávať či zastávať určitú funkciu, ktorá jednak zvyšuje ich sebahodnotenie, ale vedie aj k zvýšenej aktivite tohto

človeka (participácii na rôznych činnostiach). Preto sa stotožňujeme s chápaním kvality života v sociálnych službách podľa pohľadu Malíkovej (2011, s. 133), kde „kvalita života smeruje i k splneniu nasledujúceho kritéria: spokojnosť klienta a jeho rodiny; reakcia na potreby toho, komu je starostlivosť určená; profesionalita personálneho zaistenia služby; vhodnosť prostredia, kde je služba poskytovaná; priateľskosť – otvorenosť k verejnosti.“ Znovu sme u autorky prihliadali iba na tie aspekty, ktoré sa najviac dotýkali nášho výskumu a zhodnotenia najčastejšie uvádzaných prvkov.

Kvalita života je komplexný fenomén. V každej etape ľudskej civilizácie zastáva určité základné dimenzie. Vo výskume sme zaznamenali, že v podporovanom type bývania sa do popredia dostáva skôr tendencia, uznávania kvality životného prostredia v ktorej respondent žije. Za nesmierne dôležité pokladáme záujem skúmať, bádať a intenzívne hľadať, ako zlepšiť kvalitu života ľudí žijúcich v reziduálnych podmienkach. Znovu nás prepájanie praxe s teóriou priviedlo k logoterapeutovi V. Franklovi (2011), ktorý už vtedy poukázal na to, že jedinec môže dosiahnuť zmysel svojho života trojakým spôsobom (utrpenie sme vyňali), prikláňame sa iba k dvom jeho aspektom t. j.:

- vykonávaním činu – u našich respondentov cez svoju prácu, záujmovú činnosť, športové aktivity, či aktivity, ktoré vedú k pomoci druhým. V zariadení zastávajú veľký význam, vidieť ich zmysluplnosť a ľudskosť.
- prežitím hodnoty – i respondenti potrebujú zažiť pocit lásky, byť milovaným, či mať niekoho rád, mať oporu.

Za dôležitý výsledok výskumu pokladáme najvýznamnejší činiteľ pre každého človeka a to činnosť respondenta (sebarealizáciu) čo sa vo výskume neraz potvrdilo v oboch typov klientov. Potreba sebaaktualizácie (sebarozvoja) a potreba lásky (sociálnej opory, úcty, bezpečia) sú za bránami každého zariadenia sociálnych služieb nevyhnutné pre zvyšovanie kvality života a nájdenie zmyslu života. Respondenti nepotrebujú len príklad, ale aj príležitosť pomáhať, ktorá sa im naskytuje. Rovnako dôležitým faktorom je aj spôsob trávenia voľnočasových aktivít na oboch stranách (inštitucionálny typ/podporovaný typ) bývania. V oboch zariadeniach skôr prevažujú kultúrne aktivity, manuálne aktivity sú viac zastúpené v podporovanom type bývania, čo je pochopiteľné, nakoľko sú tam umiestňovaní klienti, ktorí sú zručnejší a nehrozí u nich ublíženie si na zdraví. U respondentov bývajúcich v reziduálnom type bývania sa skôr objavuje pocit osamelosti, než u respondentov z podporovaného typu bývania, ktorí preferujú a majú možnosť aktívne

vykonávať aktivity v domácnosti, pracovať v podporovanom zamestnaní alebo vykonávať jednoduché práce na otvorenom trhu práce.

Ak by sme chceli porovnať kvalitu života respondentov bývajúcich v inštitucionálnom a podporovanom prostredí, mohli by sme však uviesť spokojnosť na oboch stranách. Našli sa osobitné príklady, čo by chceli zmenu, ale skôr pozoruhodným bolo to, že respondenti sú už zvyknutí na istý spôsob života a netúžia po zmene. Potrebu niečo zmeniť majú na základe nálady. Často sme boli personálom upozornení na prihliadanie samotnej náladovosti u respondenta, ktorá je u mentálne postihnutých jedincov častá.

Pri zisťovaní, aké zmeny nastali pri prechode do iného typu bývania u respondentov v podporovanom type bývania, sme zaznamenali, pozitívne ukazovatele. Samozrejme, každá zmena na začiatku vyvoláva strach a obavy, no neskôr so sebou prináša iný pohľad, zvyk na nové prostredie, stotožňovanie sa s novými, nepoznanými vecami. Respondenti bývajúci v podporovanom type bývania by sa naopak už nechceli vrátiť späť do inštitúcie, nakoľko si pochvaľovali tento štýl bývania, preberajú zodpovednosť za svoju prácu, hoci potrebujú aj pomoc a sprevádzanie kontaktnej osoby v podporovanom bývaní, avšak tento spôsob bývania a životný štýl považujú za nezávislý.

Uvedomujeme si, že každý mentálne postihnutý jedinec zo zariadenia nemôže prejsť do podporovaného typu bývania, pretože hrozí u neho skôr k tendencii zhoršenia kvality jeho života. Reflektujúc na dosiahnuté výsledky z nášho výskumu konštatujeme, že je síce potrebná vyššia integrácia, ale nie na úkor kvality, resp. na úkor narušenia harmonizácie klienta s mentálnym postihnutím, tento proces si vyžaduje dlhodobú prípravu, ktorá často môže byť s nejasným výsledkom. Nakoľko nie je cieľom, aby klienti v podporovanom bývaní len zmenili spôsob bývania, ale zmenila sa ich motivácia, spôsob prežívania a nachádzali zmysel života v tom, čo práve robia, pre niekoho je to participácia na domácich prácach, pre iné je to nutnosť pracovať v podporovanom zamestnaní alebo po úprave pracovných podmienok u bežného zamestnávateľa. Naša spoločnosť však nie je dostatočne pripravená na to, aby prijala za suseda mentálne postihnutého, nie je pripravená na takúto zásadnú zmenu práve z dôvodu negatívnych stereotypov a labelingu. Inštitucionálny typ bývania s výhľadom do budúcnosti bude zastávať svoje pôsobenie v sociálnej sfére aj naďalej, nakoľko k tomu prispievajú aj iné externé faktory a tým je spôsob životného štýlu každého zdravého jedinca. Aký máme prístup k sebe, k svojmu zdraviu, taký bude odraz na zdraví nového človeka a jeho života.

V dnešnej dobe je daná problematika, ktorou sa zaoberáme aktuálna a často diskutovaná téma. Je preto nutné aspoň orientačne poznať a pochopiť psychológiu celého problému mentálneho postihnutia a všetkých jeho prejavov, ktoré sa odrážajú na kvalite prežívania života jednotlivca. Mentálne postihnutie je vo svojom prejave vždy odlišné a neopakovateľné. Odráža individuálne osudy ľudí, čo si vyžaduje prijať opatrenia v rade rôznych oblastí a zmeniť i negatívny pohľad na daný problém. Aktívny prístup k danej problematike je možné posilniť aj cez medzigeneračnú solidaritu, snahu o zachovanie dôstojnosti, podporovania autonómie, sebarealizácie či participácie na živote spoločnosti. Okrem iného sú to faktory, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňujú kvalitu života mentálne postihnutého človeka. Pocit pohody je kľúčovým konceptom, ktorý pramení z telesnej, duševnej a sociálnej vyrovnanosti každého jedinca. Ak má dôjsť k skvalitneniu života mentálne postihnutých jedincov, k zefektívneniu starostlivosti, podpory a pomoci im určenej, je potrebné poznať ich aktuálne potreby, ich subjektívne hodnotenie a prežívanie vlastnej kvality života. Naďalej tak zostáva dlhodobou úlohou pre celú spoločnosť, aby sa intenzívne zameriavala na zvyšovanie sebestačnosti a predlžovania nezávislosti tejto populácie.

Na základe pozorovania počas výskumu možno povedať, že mnohé zariadenia poskytujú skôr podporovaný typ bývania formou skupinovo (komunitnej) pobytovej služby. V praxi je možné poskytovať aj individuálnu formu bývania, avšak z ekonomickej stránky sa javí výhodnejší komunitný typ bývania, ktorý preferujú aj iné zariadenia na Slovensku. Nutné je potom myslieť aj na kapacitu personálneho obsadenia. Diskutovanou témou ostáva aj samotný počet klientov. Preferuje sa skôr malý počet klientov, ktorý umožňuje lepšie spoznávanie sa spolubývajúcim a osobný rozvoj jednotlivca. Podporované bývanie na rozdiel od inštitucionálnej formy priniesol pozitíva pre klientov hlavne v posilnení sebavedomia, komunikačných a sociálnych schopností. Asistenti, ktorí sa denne stretávajú s týmito osobami („žijú s nimi jeden život“) poukazovali na zvýšenú psychickú pohodu u týchto osôb, ale na druhej strane sa zmienili aj o tom, že sa musia vyvarovať nebezpečenstvu – uzavretia skupiny. Aby tomuto predišli, tak je nutné častejšie stretávanie sa s osobami, ktoré žijú v inštitucionálnom type. Úloha asistenta spočíva v podporovaní a sprevádzaní. Asistent poskytuje poradenstvo, podporu pri chode domácnosti, chráni obyvateľov a napomáha im v presadzovaní ich práv a záujmov. Asistent, ktorý pôsobí v podporovanom type bývania musí disponovať aj dobrými načúvacími schopnosťami. Nároky nie sú kladené iba na samotných bývajúcich

(užívateľov sociálnej služby), ale rovnako aj na osobnosť asistenta čo by už mohlo byť osobitnou témou do diskusie, alebo námetom na ďalšiu tému práce. Podporovaný typ bývania umožňuje jeho obyvateľom venovať sa aj voľnočasovým aktivitám. Veľké pozitívum tohto typu bývania oproti inštitucionálnemu typu je v tom, že prihliada na ľudí takých akí sú a čo zvládnu, a nie na to, čo by mali zvládnuť.

V rámci získaných výsledkov a diskusie si dovoľujeme do praxe navrhnúť zopár odporúčaní, ktoré sa nám javia z pohľadu skvalitnenia života mentálne postihnutých osôb ako žiaduce.

### **Odporúčania pre prax:**

Naše odporúčania pre prax by sme chceli zacieliť skôr na:

- Potrebu morálnej opory zo strany spoločnosti pre prácu a proces inštitucionalizácie, ale aj deinštitucionalizácie.
- Rast kvality života užívateľov sociálnych služieb cez podporu vzdelávania, výskumu a vývoja inovácií nevyhnutnej na sociálny rozvoj.
- Podpora transformácie bývania otvára aj radu iných otázok určených na profesionalitu osoby, ktorá poskytuje pomoc (opatrovateľ/sestra).
- Pri posudzovaní kvality života jednotlivcov a spoločnosti je nutné zohľadňovať nielen materiálnu životnú úroveň, ale aj zdravie, vzdelávanie, náplň osobnej činnosti vrátane práce, medziľudské vzťahy a sociálne kontakty, istotu.
- Potrebná je aj variabilnejšia podpora rodiny (ak sú kontakty ešte na rodinných príslušníkov živé). Zapájanie rodinných príslušníkov znamená obojstrannú podporu v prehľbovaní citov, vytvárania pocitu aj inej sociálnej opory.
- Rovnako potrebná je aj samotná úprava prostredia (bezbariérovosť) čo však v praxi zvyšuje finančné náklady.
- Práca pre týchto ľudí je rovnako dôležitá ako pre zdravého človeka a to nielen pre obživu, ale aj osobnú identitu občana v celkovej sociálnej identite spoločnosti. Neprináša iba materiálne hodnoty, ale formuje aj postavenie a životné hodnoty.
- Cieľom by malo byť aj sociálne začleňovanie, zvýšenie mobility a uvoľnenie inovačného a kreatívneho potenciálu týchto ľudí. Prechod na nové podmienky je založený aj na sociálne inovačných postupoch, lepšom využívaní zdrojov a na znalostiach. Tento proces musí byť sprevádzaný vytváraním aj nových pracovných

príležitostí, bojom proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu u tejto skupiny ľudí. Je to proces, ktorý si vyžaduje ucelenú ale aj dlhodobú stratégiu, ktorý sa už začína odzrkadľovať aj vo vyjadreniach vlády SR, kde cieľom je znižovanie nezamestnanosti znevýhodnených skupín obyvateľstva a ich ohrozenia na trhu práce za súčasť stratégie odstraňovania chudoby v SR.

Rozdiel medzi reziduálnym typom bývania a podporovaným typom bývania je síce iný, ale rozdiel medzi podporovaným typom bývania a klasickou domácnosťou sa príliš nelíši. Jej členovia sa každý podľa svojich možností, zapájajú do jej chodu. Zúčastňujú sa nákupov, varia, upratujú a pod. Majú taktiež príležitosť tráviť voľný čas po svojom a nadväzovať tak prirodzené kontakty. Najdôležitejším znakom nie je ochrana pred nástrahami života, ale podpora na ceste k samostatnosti a nezávislosti. Nie je ani tak podstatné, koľko toho kto zvládne, ale to, aby sa každý učil čo najviac využívať a rozvíjať svoje schopnosti a nespoliehal sa len na pomoc okolia. Komparáciou inštitucionálneho typu s podporovaným typom bývania sa do popredia dostáva myšlienka, že potreby človeka s akýmkoľvek handicapom možno najlepšie naplniť v jeho prirodzenom prostredí, ideálne v mieste, kde vyrastal a má svoje zázemie. V praxi sa tak úroveň kvality života obyvateľov podporovaného typu bývania zvyšuje. Asistencia a pomoc je poskytovaná podľa individuálnej potreby. Cieľom monografie bolo porovnávať kvalitu života prijímateľov sociálnych služieb s mentálnym postihnutím v inštitúcii a v prirodzenej komunite - v podporovanom bývaní. Čiastkovými cieľmi sme zistili zmeny, ktoré nastali v živote klientov s odsťahovaním sa do podporovaného bývania cez jednotlivé dimenzie kvality života.

Komparatívne sme poukázali na rozdielnosť ponímania kvality života respondentov v inštitucionálnom prostredí verzus prirodzenom prostredí. Pre dosiahnutie výsledkov sme využili metodológiu kvalitatívneho výskumu za pomoci pološtruktúrovaných rozhovorov. Skúmanými osobami boli samotní respondenti z inštitucionálneho a podporovaného typu bývania. Výsledky našej analýzy nemáme v úmysle generalizovať. Myslíme si, že subjektívne posudzovanie kvality života respondentov by však mohlo napomôcť upriamiť pohľad aj na vnútorné prežívanie a potreby pre osoby, ktoré spolupracujú s týmito ľuďmi a ktoré sú s nimi v dennom kontakte, ale aj odbornej a širokej verejnosti, ktoré sa zaujímajú o túto oblasť, prípadne sú priamo zainteresované v tejto problematike. Prezentáciou postojov, pocitov, subjektívneho vnímania a skúseností respondentov, sa snažíme o lepšie

pochopenie a priblíženie ich života. Analýzou výskumných otázok sme dospeli k záveru, že subjektívne vnímaná kvalita života respondenta v inštitucionálnom prostredí je skôr posudzovaná na základe ich dlhodobého vzťahu života v prostredí, v ktorom žijú. Ukázalo sa, že koncepcia služieb, pre osoby s mentálnym postihnutím v rámci zvyšovania kvality ich života v inštitucionálnom type bývania je pre nich dôležitejšia ako zmena bývania a prechod na iné podmienky bývania. Klienti si plne uvedomovali fakt, že by nemuseli plne zvládať podmienky, ktoré si vyžaduje podporovaný typ bývania, kde by sa mali o seba už plne vedieť postarať sami. S inštitucionálnym typom bývania na základe ich subjektívneho hodnotenia boli prevažne spokojní, občas sme zaznamenali problém s autoritami, ktoré ich pochopiteľne usmerňovali, ale podľa ich mienky im zabraňovali vo výkone jednotlivých aktivít. Cieľom bolo však, naučiť klienta byť zodpovedný za svoje správanie, čo sa v praxi samotných opatrovateľov prejavilo ako dobrý náučný spôsob k vyvolaniu zmeny cez trest. Osobné podmienky a životný štýl užívateľov sociálnych služieb je z výsledkov výskumu s aspektom na kvalitu života osôb hodnotený za vyhovujúci. Subjektívne vnímaná kvalita života respondentov v podporovanom type bývania je rovnako posudzovaná so súčasným prežívaním bývania. Respondenti z inštitucionálneho typu bývania ponímali nastávajúce zmeny po prechode do podporovaného typu bývania hlavne cez inováciu a kvalitu bývania ako cez inováciu sociálnych služieb, ktoré sú upriamené hlavne na sociálne začleňovanie klienta. U týchto respondentov sa jednalo o prelomové obdobie v ich živote, ktorý si vyžadoval určitý rytmus, dodržiavanie určitých podmienok v rámci dobrého spolunažívania a dobrých medziľudských vzťahov. Ukázalo sa, že žiť s človekom (partnerom) v úzkom kontakte, kde môžu bývať spolu, akoby vo svojom dome prinieslo spokojnosť a rýchlejšiu adaptáciu na nové podmienky. Rovnako s touto zmenou boli klienti nepriamo prinútení naučiť sa mnohým iným zručnostiam, ktoré im inštitucionálne bývanie neposkytovalo v takej miere ako terajší typ bývania. Zmena vyvolala pozitívny efekt pre život týchto osôb, o návrat späť už respondenti neprejavovali záujem. Ďalej našou snahou bolo zistiť aj to, aké zmeny pozitívne resp. negatívne nastali v živote respondentov po prechode z inštitucionálneho typu do podporovaného bývania. Medzi pozitíva respondenti často spomenuli väčšiu samostatnosť vo výkone aktivít, súkromie, ale aj blízkosť osoby, v ktorej videli sociálnu oporu. Medzi negatíva respondenti často upriamovali pozornosť na prácu a výkon jednotlivých aktivít. Pri evaluácii výsledkov sme dospeli k záveru, že obsahový posun pri zmene bývania v rámci sociálneho začleňovania sa prejavil u respondentov v pozitívnych,

ale aj negatívnych konotáciách s okolitým prostredím. V pozitívach sme zaznamenali u respondentov všeobecne vyššiu spokojnosť so životom. Dôraz je potrebné klásť aj na koncept sociálneho fungovania respondentov, ktorí upriamujú na seba pozornosť pri interakcii a požiadavkách resp. nárokoch sociálneho prostredia. Ich sociálne začleňovanie prináša aj potrebu vytvárania nových pracovných miest v rámci vytvárania podporovaného zamestnávania týchto osôb s ohľadom na ich možnosti a schopnosti. Tiež nás zaujímalo, či respondenti bývajúci v inštitucionálnom prostredí prejavujú záujem o podporovaný typ bývania. Pri hodnotení výsledkov z interview sme dospeli k záveru, že respondenti by mali záujem o zmenu, avšak sú si plne vedomí aj toho, že ešte nemôžu podstúpiť zmenu, nakoľko by sa nevedeli o seba plne postarať. Vzájomné návštevy napomáhajú i k racionálnemu uvažovaniu klientov žijúcich v inštitucionálnom type.

„V súvislosti s prácou s ľuďmi s mentálne handicapovanými je dôležité v tejto súvislosti uvedomovať si, čo je predmetom sociálnej práce a tak si jasne uvedomovať situáciu mentálne handicapovaných v súvislosti s cieľovými skupinami sociálnej práce“ (Balvín, Haburajová Ilavská, 2012 b, s. 60-69).

Domnievame sa, že toto uvažovanie je korigované aj zo strany opatrovateľov/asistentov, ktorí majú dohľad nad ich dennou činnosťou. Záverom si dovoľujeme konštatovať, že hlavný cieľ, ktorý bol doplnený o štyri výskumné otázky sme splnili. Priblížili sme danú problematiku obohatenú o oblasť posudzovania kvality života a podarilo sa nám skomparovať subjektívne ponímanie kvality u mentálne postihnutých ľudí. Veríme, že dosiahnuté výsledky a ich uplatnenie budú mať ďalší význam v oblasti sociálnej starostlivosti o túto klientelu v praxi. Z nami dosiahnutých výsledkov sme nadobudli presvedčenie, že je rovnako dôležité zameriavať pozornosť aj na subjektívne posudzovanie kvality života, nakoľko môže prispieť k odhaleniu mnohých úskalí k cieľu zlepšiť prístupy, podmienky a formy starostlivosti o týchto ľudí.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ADAMS, R. 2008. Empowerment, participation, and socialwork. New York: PalgraveMacmillan.
- American Psychiatric Association, 2016. DSM V: Poruchy chování. Psychiatryonline.org [online]. © 2016 [cit. 12-07-2017]. Dostupné z:
- BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov: Akcent Print, 2005. ISBN 80-969274-9-3.
- BALVÍN, J., HABURAJOVÁ ILAVSKÁ, L. 2012 a. *Andragogics, Social Pedagogy and Social Work. Pedagogic, Philosophical and Ethical Aspects*. Prague: Hnutí R – The R-Movement. ISBN 978-80-86798-20-2.
- BALVIN, J., HABURAJOVA ILAVSKA, L. 2012 b. *O pedagogických, filozofských i etických otáčenijach andragogiki, socialnoj pedagogiky i socialnoj raboty*. G. Praga: Hnutí R –Dviženije R. ISBN 978-80-86798-25-7.
- BARBOTTE, E. a kol. 2001. *Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, p. 79: 1047–1055. Dostupné na: [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(11\)1047.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(11)1047.pdf) (citované 26. 01. 2016).
- BARTÚNKOVÁ, M. 2012. Program pomoci občanom so zdravotným postihnutím zameraný na aktuálny trh práce. In prof. ROLNÝ Ivan, OCHABA Róbert. Duševné zdravie ako predpoklad celkového zdravia. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava 2012, s. 136 – 139. ISBN 978-80-7159-214-3.
- BENČO, J. 2005. *Sociálne služby a neziskové organizácie*. Vydav. : Alfa Print. 160 s. 2005. ISBN 80-969227-1-8.
- BERSZÁN, L. 2008. *Fogyatékos személyek társadalmi integrációja*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, 2008. 188s. ISBN 978 973 610 750 4.
- BIANCHI, G. 2005. *Dá sa kvalita života merať? Životné prostredie: revue pre teóriu a tvorbu životného prostredia*, ročník 39,2005 číslo 6, s. 285-289. 2005. ISSN 0044-4863.
- BREDEMEIER, J. a kol. 2014. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. In. BMC Public Health 2014 DOI: 10.1186/1471-2458-14-538 BioMed Central Ltd. 2014. Dostupné na

- <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-538> (citované 26.01.2018).
- BURDOVÁ, A- RAJČOKOVÁ, M. – BARNA, M. 2015. *Štandardy kvality sociálnych služieb v Slovenskej republike*. Zdravotníctví a sociální práce. 19-26 s. 2015, Roč. 10, č.2. ISSN 1336-9326.
- CANGÁR, M.. 2014. *Deinštitucionalizácia v systéme sociálnych služieb v SR*. In. Odkiaľ a kam v procese deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb v SR. 2014. Bratislava: M.E.S.A. 10. s.19-23.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie - speciální pedagogika osob s mentálním postižením*
- ČERNÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
- ČERNÁ, M. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. Vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
- ČORNANIČOVÁ, R. 2005. *Konceptualizácia kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. In *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: FF Prešovskej univerzity v Prešove. 2005. 907 s. ISBN 80-8068-425-1.
- DISSART, J. C., DELLER, S. C. (2000). Quality of life in the planning literature. *Journal of Planning Literature*, 15, 135-161.
- DOLEŽEL, R., VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením : příručka pro zaměstnavatele k projektu OPR LZ 3.1. "Aktivizační a vzdělávací centrum"*. Brno : Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-143-0.
- EISOVÁ, A. 1983. *Kapitoly z dějin psychopedie*. Praha: SPN. 1983.
- EMERSON, E. A kol. 2001. *The prevalence of challenging behaviour: a total population study*. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 22, N.1, p. 77-93.
- ERCSEY, I. 2010. *Az életminőség mérése*. In *Válságközben, fellendülés előtt*. ISBN 978-963-7175-57-2. Dostupné na: <http://kgk.sze.hu/images/dokumentumok/kautzkiadvany2010/ercsey%20ida.pdf> (citované 26.01.2016).

- EUROSTAT, 2017. Závěrečná správa expertnej skupiny na indikátory kvality života z roku 2017. online. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/info/departments/eurostat-european-statistics\\_sk](https://ec.europa.eu/info/departments/eurostat-european-statistics_sk)
- FELCE, D, PERRY, J. 1995. Quality of life: Its definition and measurement. Research in developmental disabilities. 1995, roč. 16, č. 1, s. 51-74. ISSN 08914222.
- FRANIOK, P. 2014. Psychopedie 1 [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-645-4 [cit. 10-26-2017]. Dostupné také z:
- FRANKL, V. E. 2011. *Hľadanie zmyslu života. Napriek všetkému povedať životu áno*. Bratislava : Eastone Books, 2011. 133 s. ISBN 978-80-8109-159-9.
- FRIŠAUFOVÁ, M. 2004. ResearchAccountsof fiale Drug Use and their Implications for Social Work. Czech and Slovak Social Work, č. 5,2014, str. 35-45.
- HABURAJOVÁ ILAVSKÁ, Lenka. Perspectives of social work in the area of intervention and elimination of domestic violence against children. *Asian Social Science* [online]. 2014, vol. 10, iss. 2, s. 47-63. [cit. 2018-08-07]. ISSN 1911-2017. Dostupné z: <http://ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view/33040>.
- HAMPL, I. 2010. *Sexualita jako faktor ovplyvňujúci kvalitu života osob s postihnutím*. In. Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb. 1. vyd. Vydavateľ: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky. Prešov 2010. s. 137. ISBN 978-80-555-0260-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. Velký psychologický slovník. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2008. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2. Praha: Portál.
- HERDICS, G. 2014. *Význam pripravovaného zákona o sociálnej práci*. In Sociálno-zdravotnícke spektrum, 2014. ISSN 1339-2379.
- HNILICOVÁ, H. 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton. s. 206. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HOLKOVÁ, V. 2012. *Kvalita života na Slovensku*. Ekonomické spectrum, ročník VII, č.3, Bratislava, 2012. CAESaR- Centrumvzdelávania, vedy a výskumu. ISSN 1336-9105.
- HOLÚBKOVÁ, K. – JIRÁNKOVÁ, K. 2009. *Reč ako nástroj sociálneho začleňovania. Úvodný text k problematike termínu “ mentálne postihnutie”*. Revue liečebnej pedagogiky, číslo 5. ročník III. rok 2009. ISSN 1337-5563.
- HOLÚBKOVÁ, S. - ĎURANA, R. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. 2013. Bratislava: INESS s.34 ISBN 978-80-969765-3-9.

- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- HUČÍK, J. 2007. *Profesijná príprava žiakov s mentálnym postihnutím*. 1. Vyd. Martin : Osveta, 2007. 159 s. ISBN 978-80-8063-260-1.
- CHÁB, M. 2004. *Svět bez ústavů*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2004. 83 s. ISBN 80-239-4772-9.
- IRA, V.- ANDRÁŠKO, I. 2007. *Kvalita života z pohľadu humánnej geografie*. Geografický časopis 2007, 59,2 s. 159-179. ISSN 0016-7193.
- KLEMPOVÁ, S. 2015. *Ludské potreby a potreby jednotlivca s mentálnym postihnutím*. In Sapere Aude - Koncepty dneška. Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2015. ISBN 978- 80-87952-09-2. s. 19.
- KLUSOŇOVÁ E., ŠPIČKOVÁ, J. 1986. *Ergoterapia I*. Bratislava: Osveta.
- KOČIŠOVÁ, I. 2012. *Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých*. Sociálne a politické analýzy. Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce,6, s. 97-182. 2012. ISSN 1337 5555.
- KOLEKTÍV AUTOROV. 2002. *Inšpiratórium. Nové formy sociálnych služieb*. 1. Vyd. Žilina: Nadácia Krajina harmónie, 2002. 98 s.
- KOVÁČ, D. 2004. *K pojmomlogike kvality života*. In Československá psychológie, Roč. 48, Č. 5., 2004. s. 460-464.
- KOVÁČ, D. 2006. *Kultiváciou osobnosti k excelentnej kvalite života*. Úvahy o inteligencii a osobnosti. Bratislava. Vyd.: Slovak Academic Press, 2006, 11-38 s. ISBN 80-88910-207.
- KOVALOVÁ, M. 2011. *Administratíva a riadená dokumentácia*. Administrácia a riadená dokumentácia v sociálnych službách. Skalica: Občianske združenie ELISABETH 80 s. 2011. ISBN 978-80-970567-2-8.
- KOZOŇ, A. a kol. 2013. *Etické otázky socializácie sociálnej práce a príbuzných vedných disciplín*. Trenčín: SpoSoIntE. 2013. ISBN 978-80-89533-10-7.
- KRUPA, S. 2004. *Etika v sociálnych službách alebo poskytnutie príležitosti za hranice očakávania*. In Nezávislý život. 2004. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava.
- KRUPA, S. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. Bratislava, 2007.53 s. ISBN 978-80-970004-2-4. s.17

- KRUPA, S. 2009. *Kvalita sociálnych služieb*. Bratislava: Asociácia zamestnávateľov občanov so zdravotným postihnutím. 2009. 60 s. ISBN 978-80-8938-03-8.
- KŘIVOHLAVY, J. 2010. *Pozitivní psychologie*. Druhé vydanie. Praha: Portál, 2010. 195 s. ISBN 973-80-7367-726-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-2473604-4.
- KVALE, S. 1996. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- LABÁTH, V. 2004. *Rezidenciálna starostlivosť*. 1. vyd. Bratislava : OZ SP, 2004. 144 s. ISBN 80-89185-03-7. s.15.
- LALUHA, I. 2004. *Kvalita života a transformačné premeny*. Ekonomické rozhlady. Vedecký časopis Ekonomickej univerzity v Bratislave. Roč. 33, č. 4, 2004. 405-413 s. ISSN 0323-262X.
- LAŠEK, J. 2004. *Subjektívni životní spokojnost u tři vekových skupín respondentu*. In *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 215-224.
- LEŠKOVÁ, L., LOJAN, R. *Nestabilita súčasnej rodiny a jej sociálna patológia ako primárny podnet k intervencii sociálneho pracovníka = The instability of a modern family and its social pathology as the primary impetus for the intervention of a social worker*. In SPAY 2016 - Social Pathology Among Youth : Sociálno-patologické javy a dialóg v kontexte regiónu strednej Európy na interdisciplinárnej úrovni. 1st ed. Warsaw : Warsaw Management University Publishing House Prof. Leszka J. Krzyżanowskiego, 2016. ISBN 978-83-7520-209. s. 128-129.
- LEŠKOVÁ, L. 2017. *Zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím = The employment of persons with disabilities*. In *Človek vo výročí slovenskej spoločnosti : nekonferenčný zborník vedeckých prác*. 1. vyd. Warszawa : Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego, 2017. ISBN 978-83-87987-92-5. s. 11-19.
- LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom*. Trnava: Vyd. Oliva, 283 s. 2008. ISBN 978-80-89332-03-8.
- LEVICKÁ, J. 2013. *Pomoc – pomáhánie – hranice*. In *Dobrá prax naša inšpirácia*. Úrad Trnavského samosprávneho kraja. 202 s. ISBN 978-80-971439-0-9 s.31. s.31.
- LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.1996.

- MAGERA, I. 2012. *Integrácia mentálne postihnutých detí a práca s nimi*. In Sociálny rozmer človeka v súčasnom svete. Bardejov: 2012, s.293. ISBN 978-80-8132-037-8. s. 211.
- MALIŇÁKOVÁ, M. 2013. *Postavenie osôb s mentálnym postihnutím v spoločnosti*. In. Rezidenciálna sociálna práca na Slovensku a vo vybraných krajinách EU. 1. vydanie, Teologická fakulta KU, Košice, 2013. ISBN 978-80-7165-914-3.
- MASLOW, A. H. 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- MASSAM, B. H. 2002. Quality of life: public planning and private living. *Progress in Planning*, 2002, roč. 58, č. 3, s. 141. ISSN 03059006.
- MÁTEL, A.- OLÁH, M.- SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9. s.17.
- MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. 2. Vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 807367002.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-3680.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATULAY, K. a kol. 1986. *Mentálna retardácia*. 1. Vyd. Martin : Osveta, 1986. 344 s. ISBN neuvedené.
- MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha : Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7376-859-3.
- MIOVSKÝ, M: 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MPSVR SR. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb*. Dostupné na [www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.html](http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.html)
- MURGAŠ, F. 2008. *Regionálna diferenciacia kvality života na Slovensku*. Regionální studia 2/2008.
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

NOVOTNÁ, J. 2017. Teorie sociální práce. 2. Vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2017. ISBN 978-80-87035-96-2.

OLÁH, M. – ROHÁČ J. 2010. *Atribúty sociálnych služieb*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Katedra sociálnej práce, 2010. 132 s. ISBN 978-80-89271-88-7.

OLÁH, M. a kol. 2011. *Metódy sociálnej práce v praxi*. Prešov: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, USVaZ bl.P.P. Gojdiča v Prešove, 2011. 300 s. ISBN 978-80- 89271-22-1.

OLÁH, M.- IGLIAROVÁ, B. 2015. *Sociálne služby v legislatíve a v praxi*. Bratislava: Vyd. Iris. 2015. 246 s.

Online zdroje

PACIONE, M. 2003. Urban environmental quality and human wellbeing - a social geographical perspective. *Landscape and urban planning*. 2003, roč. 65, 1-2, s. 19- 30. ISSN 01692046.

PAVLOVIČOVÁ, A. 2013. *Ako byť lepším a kompetentnejším človekom*. In Trinásta komnata. Vydavateľ: Úrad TTSK, 2013, s. 20-26. ISBN 978-80-971439-1-6. s.21.

PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton s. 241. ISBN 80-7254-657-0. s. 211.

PAYNE, M. 1991. *Modern social work theory*. London: Macmillan. 1991. p.285 ISBN 978-1-349-21161-6

PEČUCHOVÁ, a kol. 2014. In. Kozoň a kol. *Sociálne zdravie jedinca a spoločnosti*. Trenčín. SpoSoIntE 2014. s. 402.

PHILLIPS, D. 2006. *Quality of life: concept, policy and practice*. 1. vyd. New York, NY: Routledge, 2006, xii, 276 s. ISBN 0415323541.

PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálnim postihnutím ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. A rozš. Vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postihnutím a sklienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. Vyd. Praha : Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

POŽÁR, L. 2007. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. 1.vyd. Trnava: Typi Univerzitatís Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. 1998. *Pedagogický slovník*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-252-1.

- PRUŠA, L. 2005. *Sociální služby*. Praha: TRITON, 2005, ISBN 80-7254-662-7.
- RÁC, I., FARKAŠOVÁ, M. 2018. *Osobitosti prežitého násilia u žien so zdravotným postihnutím (vybrané aspekty sociálnych služieb a poradenstva)*. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-86798-86-8.
- RADA, M. 2006. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením : praktický průvodce*. Blansko : Hnutí humanitární pomoci, 2006. 55 s. ISBN
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 2009.
- REPKOVÁ, K. 2002. *K vybraným podobám paradoxu zdravotného postihnutia*. Speciální pedagogika, roč. 12, 2002. č.4, 267- 278.
- REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom národnom kontexte*. 1. vydanie Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. 74.s. ISBN 978-80-970993-9-8.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. 2005. *Kvalita života a vývoj osobnosti*. In *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*. Dunajská Streda: Pelikán, s. 293–297. ISBN 80-967311-7-3.
- SHRAGGEOVÁ, M. 2011. *Nezamestnanosť v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: Psychoprof, s.r.o., 2011. 21 s. ISBN 987-80-89322-08-4.
- SLOVÁK, P. 2013. *Psychologické aspekty starostlivosti a prístupu k jedincovi so zdravotným znevýhodnením*. In PREUSS, K.- PAVELKOVÁ, J. *Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách*. Praha: Vysoká škola aplikované psychologie.199 s. ISBN 978-80-87871-00-3, s. 127-133. s.127.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika* [online]. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016 [cit. 2017-03-21]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8. Dostupný na WWW:  
[https://books.google.cz/books?id=ynPLDQAAQBAJ&pg=PA118&dq=vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+d%C4%9Bt%C3%AD+s+ment%C3%A1ln%C3%ADm+post%C5%BEen%C3%ADm&hl=cs&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD%20d%C4%9Bt%C3%AD%20s%20ment%C3%A1ln%C3%ADm%20post%C5%BEen%C3%ADm&f=false](https://books.google.cz/books?id=ynPLDQAAQBAJ&pg=PA118&dq=vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+d%C4%9Bt%C3%AD+s+ment%C3%A1ln%C3%ADm+post%C5%BEen%C3%ADm&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD%20d%C4%9Bt%C3%AD%20s%20ment%C3%A1ln%C3%ADm%20post%C5%BEen%C3%ADm&f=false)
- SOBEK, J. a kol. 2010. *Práce s rizikem v sociálních službách : příručka pro zaměstnance a poskytovatele sociálních služeb*. 1. Vyd. Praha : Portus, 2010. 97 s. ISBN 978-80-254-6889-0.
- Správa expertnej skupiny ad hoc o transformácii inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť*. 2009. Európske spoločenstvá, 2009.

- STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft, II. Vyd. 2001. 222s. ISBN 80-968294-6-7, s. 17.
- SVOBODOVÁ, L., 2006. Kvalita pracovného života – zmeny ve svete práce, modely, indikátory. In: Aktuálne otázky bezpečnosti práce – XIX. mezinárodná odborná Sociológia 44, 2012, č. 4 425 konferencie. 25. – 27.10. 2006, Stará Lesná, Slovenská republika, prístup z [http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik\\_kvalita\\_pracovniho\\_zivota.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc)
- ŠIŠKA, J. 2005. *Mimořádná dospělost*. Praha : Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 2004. *Kvalita života v psychologii: osobní pohoda ( well-being), její determinanty a prediktory*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2004. ISBN 80-8662520-6.
- ŠULOVÁ, M. 2013. *Rezidenčná starostlivosť o seniorov*. Rezidenčná sociálna práca na Slovensku a vo vybraných krajinách EU. Teologická fakulta KU, CD; 1. vydanie Košice, 2013. ISBN 978-80-7165-914-3. s.11,12.
- ŠUSTROVÁ, M. 2008. *Mentálna retardácia, Sociálna práca v prospech ľudí s mentálnym postihnutím*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2008, s. 138.
- ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Katedra sociálnej práce, 2012. 122 s. ISBN 978-80-813-041-5.
- ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3., aktualiz. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVAŘÍČEK, R. - K. ŠEĎOVÁ: 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠVEHLOVÁ, L.- HERETIK, A. 2008. *Kvalita života- o čom to hovoríme?* Psychiatria- psychoterapia- psychosomatika Roč. 15, č. 3, 2008. s.194-198.
- The WHOQOL-Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In J. Orley & W. Kuyen (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-57). Berlin: Springer.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2002. *Sociálna práca*. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Prešov. 573 s. ISBN 80-8068-086-8.

- UZIS, 2012. Tabulární část MKN 10. Uzis.cz [online]. © 2012 [cit. 11-11-2016]. Dostupné z: [www.uzis.cz/cz/mkn/index.html](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)
- VAĎUROVÁ, H., MÜLPACHER, P. 2005. *Kvalita života*. Teoretická a metodologická východiská. Brno: Masaryková univerzita v Brne, Pedagogická fakulta. 2005. s. ISBN 80-210-3754-7. s. 17,65.
- VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VALENTA, M. 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.
- VALENTA, M. a kol. 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VALENTA, M. MÜLLER, O. 2004. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd. Praha: Parta. ISBN 80-7320-063-5.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J. LEČBYCH, M. 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 4. Vyd. Praha : Parta, 2009. 443 s. ISBN 8073200392.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 807320-039-2.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia. ISBN 80-968797-6-6.
- VANČOVÁ, A., HABŠUDOVÁ, M. 2003. *Príprava pedagógov pre deti so špeciálnymi*
- VEENHOVEN, R. 2000. The Four Qualities of Life. *Journal of happiness studies*. 2000, roč. 1, č. 1, s. 1-39. ISSN 13894978.
- VEENHOVEN, R. 2005. Apparent Quality-of-Life in Nations: How Long and Happy People Live. *Social indicators research*. 2005, roč. 71, 1-3, s. 61-86. ISSN 03038300.
- výchovno-vzdelávacími potrebami na prahu nového milénia: zborník príspevkov z odborného seminára s medzinárodnou účasťou. Bratislava : Sapientia, 2003. 171 s. ISBN 80-9687-97-5-8.
- WOLEKOVÁ, H. 2014. *Komunitné sociálne služby na Slovensku*. In *Humanita plus* 3/2014. In: *Humanita*, Slovenská humanitná rada, Bratislava: Versus. a.s. ISSN 1336-2208.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999. *WHOQOL Annotated Bibliography*. Department of mental health. Dostupné na [http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL\\_Bibliography.pdf](http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf) (citované 26.01.2018).

Zákon č. 219/2014 Z.z o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) znení neskorších predpisov.

ZVOLSKÝ, P. 1998. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80- 7184-666-X.

## **O autorkách**

### **Mgr. Lucia Ludvigh Cintulová, PhD.**

absolvovala doktorandské štúdium na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce TU a v súčasnosti je lektorom a výskumným pracovníkom Univerzity zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Podieľala sa na mnohých dobrovoľných programoch doma i v zahraničí, napr. v Belfaste. Pracuje na projektoch v oblasti sociálnej práce so zraniteľnými mladými ľuďmi a zdravotne postihnutými. V súčasnosti aktívne pôsobí v mimovládnom sektore, kde pomáha ľuďom s postihnutím a angažuje sa v oblasti vzdelávania a obhajoby ľudských práv, je tiež členom národného tímu, ktorý vytvára politiku neformálneho vzdelávania a politiku práce s mládežou na neformálnej úrovni.

### **PhDr. Daniela Baková, PhD.**

pôsobí ako vysokoškolská pedagogička na Fakulte sociálnych štúdií na Vysokej škole Danubius v Sládkovičove. Vo svojej pedagogickej činnosti sa orientuje na dejiny sociálnej práce, supervíziu, komunikačné zručnosti, sociálne poradenstvo a na metódy práce s rôznymi cieľovými skupinami, predovšetkým s občanmi bez prístrešia, seniormi a mentálne postihnutými jedincami. Je autorkou a spoluautorkou odborných publikácií a článkov, členkou rôznych vedeckovýskumných projektov, konferencií a Asociácie vzdelávateľov na Slovensku. V súčasnosti sa aktívne venuje vedeniu supervízie pre pomáhajúce profesie a dimenziám kvality života z pohľadu sociálnej práce.

© LUDVIGH CINTULOVÁ, Lucia - BAKOVÁ, Daniela

*Dimenzie kvality života ľudí s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb a v prirodzenej komunite*

Vydavateľ: © Hnutí R, nakladatelství s Mezinárodní vědeckou radou pro vydávání publikací.

**Rok vydania: 2018**

**Náklad: 300 kusov**

**Rozsah: 174 s.**

**Formát: A4**

**Vydanie: prvé**

**Vyšlo na CD-nosiči.**

**ISBN 978-80-86798-87-5**

**EAN 9788086798875**