

František Radi - Katarína Bundzelová

SOCIÁLNA PRÁCA S ĽUĎMI S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Učebnica



Bratislava

2022

Recenzenti:

prof. PhDr. Mária Šmidová, PhD.

Teologická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, Kostolná 1, 814 99 Bratislava

prof. PaedDr. PhDr. ThDr. Pavol Tománek, PhD., MBA, MHA

VŠZaSP sv. Alžbety, Nám. 1. Mája, Bratislava

Katholische Kirche Erzdiözese Wien, Österreich, Seelsorger der slowakischen Gemeinde der Erzdiözese Wien

doc. PhDr. František Radi, PhD.

doc. PhDr. Katarína Bundzelová, PhD.

SOCIÁLNA PRÁCA S ĽUĎMI S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Učebnica

Text neprešiel jazykovou korektúrou

Všetky práva sú vyhradené.

Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovať, ani rozširovať (elektronicky, fotografickou reprodukciou a pod.) bez predchádzajúceho písomného súhlasu majiteľov práv.

Náklad: 200 ks

© RADI, F. – BUNDZELOVÁ, K. 2022. *Sociálna práca s ľuďmi s ťažkým zdravotným postihnutím*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 143 s. ISBN: 978-80-8132-254-9. EAN: 9788081322549.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 LEGISLATÍVNY RÁMEC A KLASIFIKÁCIA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA.....	8
1.1 Základné pojmoslovie zdravotného postihnutia.....	8
1.2 Legislatívny rámec upravujúci postavenie ľudí so zdravotným postihnutím....	10
1.3 Telesné postihnutie.....	14
1.4 Zmyslové postihnutie.....	16
1.4.1 Poruchy zraku.....	16
1.4.2 Poruchy sluchu a poruchy reči.....	18
1.5 Mentálne postihnutie.....	20
1.6 Duševné poruchy (psychické choroby).....	23
1.7 Civilizačné (chronické) ochorenia.....	25
1.8 Iné ochorenia.....	27
1.9 Modely zdravotného postihnutia.....	28
2 ČINITELE OVPLYVŇUJÚCE KVALITU ŽIVOTA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM.....	34
2.1 Integrácia a inklúzia.....	34
2.2 Dimenzie kvality života, jej indikátory a spôsob merania.....	37
2.3 Kvalita života osôb so zdravotným postihnutím.....	43
2.4 Sociálne dôsledky zdravotného postihnutia.....	46
2.4.1 Osobná asistencia ako cesta k nezávislému spôsobu života.....	51
2.4.2 Sociálne služby a kvalita ich poskytovania.....	57
2.5 Etické otázky a dilemy v praxi sociálnej práce s osobami so zdravotným postihnutím.....	61

3	INTEGRÁCIA A INKLÚZIA V ŽIVOTNÝCH ETAPÁCH ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM.....	64
3.1	Oblasť výchovy a vzdelávania.....	64
3.1.1	Inkluzívne vzdelávanie na základných a stredných školách.....	65
3.1.2	Školský sociálny pracovník.....	70
3.2	Zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím.....	74
3.2.1	Podporované zamestnávanie.....	76
3.2.2	Agentúry podporovaného zamestnávania.....	78
3.3	Rodina s členom so zdravotným postihnutím.....	86
3.3.1	Vzájomné vzťahy medzi členmi rodiny.....	91
3.3.2	Adaptačný proces na materstvo a výchovu potomkov.....	94
3.4	Efektívne trávenie voľného času ako významný faktor integrácie ľudí s ŤZP..	98
4	PORADENSTVO, REHABILITÁCIA A VIERA AKO PROSTRIEDOK K ZAČLEŇOVANIU SA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM DO MAJORITNEJ SPOLOČNOSTI	100
4.1	Sociálno-právne poradenstvo	100
4.2	Profesijno-kariérne poradenstvo.....	104
4.3	Sociálna rehabilitácia.....	109
4.4	Viera a dobrovoľnícka činnosť v živote ľudí so zdravotným postihnutím.....	114
4.5	Významné dokumenty v oblasti integrácie osôb so zdravotným postihnutím.	119
	ZÁVER.....	123
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	125
	PRÍLOHY.....	140

ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK

Tabuľka 1 – Označenie telesného postihnutia.....	15
Tabuľka 2 – Aspekty mentálneho postihnutia.....	20
Tabuľka 3 – Rozdielnosť medzi pojmami <i>integrácia</i> a <i>inklúzia</i>	36
Tabuľka 4 – Oblasti a ukazovatele kvality života podľa modelu WHO z roku 1999.....	38
Tabuľka 5 – Krajiny s najlepším indexom kvality života za rok 2021	42
Tabuľka 6 – Krajiny s najhorším indexom kvality života za rok 2021	43
 Obrázok 1 – Model sociálnej rehabilitácie.....	 110

ÚVOD

Motto:

„Blahoslavený, ktorý berie ohľad na slabého.“

Žalm 41,1

Náš najvyšší ústavný zákon Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. garantuje každej osobe mať rovnaké práva, či je zdravá alebo má zdravotné postihnutie. Pre potreby ich uplatňovania je dôležité, aby sa s hendikepovanými zaobchádzalo rovnako a keďže sú integrálnou súčasťou spoločnosti, je potrebné im vytvárať primerané podmienky, aby sa v nej cítili bezpečne, sebaisto a prihliadalo sa na nich s rešpektom a úctou. Pomocou inklúzie sa dva svety, svet zdravých a svet zdravotne postihnutých môže spojiť a navzájom sa spoznať. Jednotlivcom so zdravotným hendikepom dáva možnosť nahliadnuť do sveta intaktných. Dáva im možnosť vzdelávať sa, pracovať, vychovávať potomkov či tráviť voľný časť so zdravými, vytvárať s nimi priateľstvá, osvojiť si rovnaké hodnoty. Dieťa s postihnutím môže nadobudnúť pocit, že je súčasťou kolektívu, čo posilňuje jeho sebaistotu. Pre intaktnú spoločnosť je inklúzia jednou z možností, ako prijať hendikepovaných medzi seba.

Cieľom tejto učebnice je poskytnúť študentom ucelený pohľad na základnú terminológiu ohľadom zdravotného postihnutia, na legislatívny rámec upravujúci postavenie ľudí so zdravotným postihnutím. Ďalším cieľom je identifikovať vplyv nezamestnanosti na zdravie človeka, objasniť podstatu podporovaného zamestnávania a význam agentúr podporovaného zamestnávania. Taktiež poukazujeme i na to, že aj ľudia so zdravotným postihnutím majú právo zakladať si rodinu a vychovávať jej potomkov.

Učebnica pozostáva zo 4 kapitol. Prvej kapitole dávame pomerne veľký priestor. Vymedzujeme základné pojmy, ktoré súvisia so zdravotným postihnutím, popisujeme jednotlivé druhy zdravotného postihnutia a nahliadame na modely zdravotného postihnutia, ktoré je možné chápať z viacerých aspektov. Druhá kapitola sa venuje základným činiteľom, ktoré ovplyvňujú kvalitu života ľudí s postihnutím. V práci sa zameriavame na metódy sociálneho pracovníka, ktoré uplatňuje v rôznych sférach života klienta so zdravotným postihnutím. Kvalita života je ovplyvnená možnosťou viesť nezávislý spôsob života a k jeho dosiahnutiu môže poslúžiť osobná asistencia a iné peňažné príspevky na kompenzáciu a tiež

sociálne služby, o ktorých sa tiež zmieňujeme. V tejto kapitole svoje miesto nachádza aj sociálna práca a etické dilemy pri práci s klientom. Predmetom tretej kapitoly je inkluzívne a integračné snaženie v jednotlivých fázach života ľudí s postihnutím ako je vzdelávanie, zamestnávanie, rodina. Poodhaľujeme úskalia, s ktorými sa títo ľudia najčastejšie stretávajú. V poslednej štvrtej kapitole venujeme pozornosť poradenstvu či už sociálno-právnemu alebo profesijno-kariérnemu. Pre klienta v procese osamostatňovania sa má význam sociálna rehabilitácia a pre lepšie pochopenie a prijatie seba samého s tým aký som, ako vyzerám, je prijatie viery v Boha. Sú aj takí, ktorí s hendikepmi na ich ceste k osamostatňovaniu sa a etablovaní medzi intaktnú spoločnosť, našli zmysel svojho života v užitočnosti pre iných prostredníctvom dobrovoľníckej činnosti. Aj o tom sa v krátkosti zmieňujeme v našej knihe.

V rámci jednotlivých podkapitol uvádzame príslušnú platnú judikatúru, rovnako sa zmieňujeme o medzinárodných dokumentoch, ktoré boli základom k prijatiu slovenskej legislatívy zastrešujúcej postavenie osôb so zdravotným postihnutím (napríklad Všeobecná deklarácia ľudských práv, Listina základných práv a slobôd, Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a iné).

Pri spracovaní učebnice sme vychádzali z veľkého repertoáru domácich aj zahraničných odborných literárnych zdrojov, časopisov, vedeckých zborníkov, národných aj medzinárodných dohovorov, listinných materiálov a platnej legislatívy.

Sme si vedomí, že učebnica nemá diapazón na všetky oblasti života ľudí so zdravotným postihnutím a každej z častí je možné sa samostatne venovať, zrealizovať aj nové výskumné šetrenia. Učebnica nemá byť radou, ani sluhom, ale len istým usmernením a pomôckou ako môžeme pracovať s ľuďmi so zdravotným postihnutím.

Učebnica je určená predovšetkým študentom sociálnej práce, ako i pre všetkých ostatných, ktorých táto problematika zaujíma.

1 LEGISLATÍVNY RÁMEC A KLASIFIKÁCIA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Pre začiatok tejto kapitoly považujeme za dôležité ozrejmiť a vymedziť pojmy, ktoré sa viažu k predmetnej téme, k osobám, ktoré majú zdravotné postihnutie. K nim patria výrazy ako **zdravie, choroba, postihnutie, zdravotné oslabenie, ohrozenie, intaktnosť** a i.

1.1 ZÁKLADNÉ POJMSLOVIE ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) už v roku 1947 charakterizovala **zdravie** ako „*telesné, duševné a sociálne blaho, ako jednotu alebo harmóniu telesného, duševného a sociálneho človeka.*“ (Olah, Schavel, 2010, s. 72) Zdravie tak môžeme charakterizovať ako protiklad choroby. Je to stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo postihnutia. Právo na rozvoj, ochranu a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. Každý bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na používanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia.

Vnímanie zdravia môže byť významne ovplyvnené pôsobením najrôznejších faktorov - determinantov (od dedičnosti, funkčného stavu, životného štýlu jedinca, až po sociálne zázemie). Autori ako Machová (2015); Nutbeam (1998); Wilkinson, Marmot (2005); Štastný (2006) rozdeľujú determinanty zdravia na vnútorné a vonkajšie. Vnútorné zahŕňajú osobnostné charakteristiky (ako je typ osobnosti, schopnosť zvládať stres, psychická odolnosť atď.). Medzi vonkajšie determinanty radíme sociálne, environmentálne (klimatické), ekonomické, politické (nárast civilizačných chorôb) a kultúrne faktory. (Ludíková et al., 2016)

Pod termínom **choroba** sa rozumie lekárske ponímanie patologickej abnormality, ktorú je možné indikovať z radu symptómov. Termínom zdravotná nepohoda rozumieme, že danej osobe nie je dobre, pociťuje bolesť a prežíva pocity diskomfortu. (Field In Krivohlavý, 2002) Ľudská choroba má zložku biologickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú. Spolu určujú priebeh a postup liečby. Biologickým hľadiskom je pohľad zvonku na stav organizmu, obvykle objektívne merateľný. Môže ísť o proces, kedy sa stav mení alebo je trvalý.

Psychologickým hľadiskom je subjektívny pohľad pacienta, jeho vedomie, že niečo nie je v poriadku. Tretím hľadiskom je sociálny stav, kedy je človek znevýhodnený v sociálnych aktivitách oproti druhým ľuďom na základe svojho zdravotného stavu. (Balogová, Žiaková, 2017) Posledným štvrtým hľadiskom je duchovný stav. Za nim sa skrýva všetka relativita ľudského úsilia o zdravie a zdravý životný štýl, ktoré sa stávajú samoúčelnými, ak nesmerujú k tomu, k čomu by mal život každého z nás smerovať. A síce, k hlbokému pochopeniu a naplneniu skutočného zmyslu jestvovania. Autor je toho názoru, že jedine duchovná zložka môže u chorého naďalej fungovať, napriek tomu, že bio-psycho-sociálna zložka je limitovaná v dôsledku choroby.

Postihnutie, týmto termínom označujeme osobu s poruchou psychickej, fyzickej alebo intelektovej funkcie jedinca s trvalými následkami spojené s obmedzenou schopnosťou vzdelávania, s obmedzenou pracovnou schopnosťou, zvýšenými nárokmi na zdravotnícku a sociálnu starostlivosť s podstatne zníženou kvalitou života. (Levická, Mrázová, 2004)

Podľa Šmidovej (2012) **osoba s postihnutím** je osoba, ktorá má dlhotrvajúce fyzické, psychické, intelektuálne alebo zmyslové poruchy v interakcii s rôznymi bariérami, ktoré môžu sťažovať plnú a efektívnu účasť v spoločnosti na základe rovnosti s inými.

Za **zdravotné oslabeného** považujeme jedinca v stave rekonvalescencie alebo so zníženou odolnosťou voči chorobám, náchylnosťou k recidíve choroby alebo s ohrozením zdravotného stavu v dôsledku nevhodného prostredia, nevhodného životného režimu, nesprávnej výživy. (Šmidová, 1998)

Zdravotné postihnutie (dizabilita) predstavuje akékoľvek obmedzenie alebo nedostatok schopnosti vykonávať nejakú činnosť, spôsobom alebo v rozsahu, aký je od človeka normálne požadovaný. (Šmidová, 2012)

Defekt je strata alebo poškodenie v anatomickej stavbe organizmu a poruchy vo funkciách organizmu. (Šmidová, 2012)

Porucha (impairment) je akákoľvek strata alebo abnormálnosť v psychologickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre alebo funkcii. (Šmidová, 2012)

V autorovom ponímaní, je označovať niekoho za defektného či narušeného eticky a morálne nehumánne a má skôr pejoratívny význam. Tieto pojmy by mali vystihovať podstatu obmedzenej funkcie časti organizmu či orgánu, nie ako osoby.

Pod **ohrozením** rozumieme dlhodobé nepriaznivé pôsobenie rôznych fyzikálnych, biologických, chemických, psychických a sociálnych faktorov, ktoré v prípade nepriaznivých okolností môžu narušiť integritu organizmu a spôsobiť "narušenie". (Vašek, 2003)

Intaktnosť je zachovalosť v pôvodnom stave, celistvý, existujúci bez znevýhodnenia. (Encyclopaedia Beliana, 2013) Je teda protipólom postihnutia. V literatúre sa stretávame aj so slovným pojmom “intaktná” spoločnosť (“väčšinová” spoločnosť).

Pod výrazom **diskriminácia na základe postihnutia** sa rozumie akékoľvek rozlišovanie, vylučovanie alebo obmedzovanie osoby na základe postihnutia, ktorého účelom alebo dopadom je porušenie alebo znemožnenie uznania, požívania alebo výkonu všetkých ľudských práv a základných slobôd na politickom, ekonomickom, sociálnom, kultúrnom, občianskom alebo inom poli, na základe princípu rovnosti s inými osobami v spoločnosti. (Šmidová, 2012)

Za diskrimináciu môžeme považovať, aj keď je jedinec so zdravotným postihnutím segregovaný. Samotný pojem **segregácia** pochádza z latinského slova a znamená „1. *oddeľovanie, oddelenie, vylučovanie, vylúčenie, odlučovanie, odlúčenie* 2. *rozdeľovanie, rozdelenie s určitými skupinami* 3. *rozdeľovanie podľa určitých zásad.*“ (Šalingová In Bělohávková, Vosmik, 2010, s. 42)

Obdobnú definíciu uvádzajú aj Novotná a Kremličková (In Končeková, 2014), podľa ktorých segregácia predstavuje vyčlenenie zo spoločenských vzťahov, izoláciu, rezignáciu na spoločenské vzťahy, podvolenie sa postihnutiu. Z toho vyplýva, že postihnutie je chápané ako neprekonateľná bariéra medzi postihnutými a inými ľuďmi.

1.2 LEGISLATÍVNY RÁMEC UPRAVUJÚCI POSTAVENIE ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Právny systém Slovenskej republiky pozerá na ľudí so zdravotným postihnutím podľa toho, či niekto spĺňa právne podmienky na poskytnutie nejakej formy dávky, podpory alebo služby alebo nie. Presne vymedzuje ako je pojmom označená osoba s postihnutím (invalidná, ťažko zdravotne postihnutá a pod.)

V prípade poskytnutia dávky, ktorou je invalidný dôchodok, je osoba so zdravotným postihnutím podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení považovaná za **invalidnú**, ak má trvale zníženú alebo obmedzenú práceschopnosť alebo sebestačnosť. Tá je spôsobená telesným, zmyslovým či mentálnym postihnutím (defektom) alebo ich kombináciou. Je uznaný za invalidného a pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (PSVZČ) o viac ako 40 % v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav, je taký zdravotný stav, ktorý spôsobuje pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a ktorý podľa poznatkov lekárskej vedy má

trvať dlhšie ako 1 rok. Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa vyjadruje v % a určuje sa podľa druhu zdravotného postihnutia, ktoré je rozhodujúcou príčinou dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu. Posúdenie zdravotného stavu (mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) vykonáva posudkový lekár lekárskej posudkovej činnosti sociálnej poisťovne v mieste bydliska podľa prílohy č. 4 zákona o sociálnom poistení č. 461/2003 Z. z.

V prípade, že osoba so zdravotným postihnutím žiada o peňažný príspevok, preukaz ťažkého zdravotného postihnutia (ŤZP) alebo parkovací preukaz, musí mať mieru funkčnej poruchy najmenej 50 % podľa postihnutia, ktoré je zaradené v prílohe č. 3 k zákonu č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP. Takáto osoba sa považuje za **osobu s ŤZP**. Funkčná porucha znamená nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov. Miera funkčnej poruchy sa vyjadruje v percentách do akej miery dané ochorenie obmedzuje funkčnosť organizmu.¹

V oblasti poskytovania sociálnych služieb zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách ustanovuje, kto má na ňu právny nárok a to **fyzická osoba, ktorá je prijímateľom sociálnej služby**, či už verejným alebo neverejným poskytovateľom danej služby. Za osobu sa považuje tiež fyzická osoba, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a má určitý stupeň odkázanosti.

V oblasti školstva podľa zákona o výchove a vzdelávaní (školský zákon) č. 245/2008 Z. z. sa realizuje výchova a vzdelávanie pre **deti a žiakov so zdravotným znevýhodnením**, prípadne **žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami**.

Oblasť zamestnávania zdravotne postihnutých zastrešuje jednak zákonník práce č. 311/2001 Z. z., ale predovšetkým zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, ktorý definuje za znevýhodneného uchádzača o zamestnanie okrem iného aj **občana so zdravotným postihnutím**, ktorý je uznaný za invalidného. Predmetom tohto zákona je viesť osobitnú evidenciu uchádzačov o zamestnanie, ktorí sú občanmi so zdravotným

¹ Poznámka: To znamená, že aby osoba so zdravotným postihnutím bola uznaná v zmysle slovenského práva ako osoba zdravotne ťažko postihnutá musí mať mieru funkčnej poruchy aspoň 50%, iná legálna definícia sa v slovenskom práve nenachádza, a len prostredníctvom určitých % sa definuje, či ste alebo nie osoba zdravotne postihnutá. Zdravotné postihnutie a prípadná invalidita spolu nesúvisia a nejde o jednotné pojmy v našom právnom poriadku.

postihnutím a osobitnú evidenciu záujemcov o zamestnanie, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím. Pri podpore zamestnávania môže zamestnávateľ požiadať o zriadenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska, príspevok na jeho prevádzku, úhradu nákladov na dopravu zamestnancov, príspevok na činnosť pracovného asistenta. Zabezpečuje taktiež odborné poradenské služby, vzdelávanie a prípravu na trh práce. Zamestnávateľ môže požiadať o príspevok na podporu zamestnávania znevýhodneného uchádzača o zamestnanie, na udržanie pracovného miesta a iné príspevky. Zákon ďalej presne špecifikuje postavenie a činnosti agentúr podporovaného zamestnávania. Nariadenie vlády Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 391/2006 Z. z. upravuje minimálne bezpečnostné a zdravotné požiadavky na pracovisku.

V oblasti **manželstva, rodiny, rodičovstva a partnerských vzťahov** by mali byť prijaté účinné a primerané opatrenia na odstránenie diskriminácie osôb so zdravotným postihnutím vo všetkých záležitostiach na základe Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými. Podľa tohto dohovoru majú mať uznané práva, ktoré sú vo veku vhodnom na uzavretie manželstva, uzavrieť manželstvo a založiť si rodinu na základe slobodného a plného súhlasu budúcich manželov, slobodne a zodpovedne rozhodovať o počte a vekovom odstupe svojich detí a ich práva na prístup k informáciám primeraným veku a k sexuálnej výchove a výchove k plánovanému rodičovstvu, tiež poskytnutie prostriedkov nevyhnutných na uplatňovanie týchto práv, zachovanie fertility osôb so zdravotným postihnutím, vrátane detí.

Zákon o rodine č. 36/2005 Z. z. taxatívne nevymedzuje manželstvo, rodičovstvo osôb so zdravotným postihnutím, nakoľko vychádzajúc z Dohovoru OSN, každý má právo na uzavretie manželstva a výchovu potomkov, pokiaľ osoba nebola pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo ak je osoba postihnutá duševnou poruchou, ktorá by mala za následok obmedzenie spôsobilosti na právne úkony. V zákone je však zmienka o tom, že záujem maloletého dieťaťa je prvoradým hľadiskom pri rozhodovaní vo všetkých veciach, ktoré sa ho týkajú. Pri určovaní a posudzovaní záujmu maloletého dieťaťa sa zohľadňuje okrem iného, okolnosti, ktoré súvisia so zdravotným stavom dieťaťa alebo so zdravotným postihnutím dieťaťa.

Možnosť bývania u ľudí so zdravotným postihnutím upravuje predovšetkým zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách prostredníctvom zariadení podporovaného bývania (v minulosti označované ako chránené bývanie, pozn. autorov). Štát prostredníctvom bytovej politiky upravuje okrem bývania v osobnom vlastníctve, prenajímanie bytov za účelom zisku aj sociálne bývanie pre znevýhodnené skupiny občanov v zmysle zákona č. 443/2010

Z. z. o dotáciách na rozvoj bývania a o sociálnom bývaní. Medzi znevýhodnené osoby podľa tohto zákona patria aj osoby s ťažkým zdravotným postihnutím.

Všeobecné technické požiadavky na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie sú definované v § 56 vyhlášky Ministerstva dopravy a výstavby Slovenskej republiky č. 532/2002 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, ktoré sa týkajú najmä: - stavby bytového domu a ostatných budov na bývanie, - bytu, ak ho má užívať osoba s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, - stavby rodinného domu, ak ju má užívať osoba s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, - stavby nebytovej budovy v časti určenej na užívanie verejnosťou, - stavby, v ktorej sa predpokladá zamestnávanie osôb s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie, - inžinierskej stavby v časti určenej na užívanie verejnosťou. Do legislatívy Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky patrí problematika technického zabezpečenia budov, chodníkov a ciest.

Prepravu ľudí so zdravotným postihnutím verejnou dopravou vymedzuje zákon č. 514/2009 Z. z. o doprave na dráhach. Pretože medzi cestujúcou verejnosťou sú aj ľudia so zdravotným postihnutím, niektoré časti tohto zákona sa ich dotýkajú pri využívaní tohto druhu dopravy. Zákon hlavne ustanovuje vytváranie podmienok pre cestovanie zdravotne postihnutých cestujúcich na dráhach, ďalšie podmienky prepravy riešia prepravné poriadky jednotlivých dopravcov. Z hľadiska objemu prepravy a dostupnosti dopravnej siete najväčší význam z dráhovej dopravy má železničná doprava, mestská električková doprava a mestská autobusová a trolejbusová doprava. Požiadavkou zákona je, aby sa doprava na dráhe usporiadala tak, aby sa zabezpečila ochrana života a zdravia ľudí. Zákon ustanovuje požiadavky na prepravný poriadok dopravcu, ktorý musí obsahovať aj rozsah práv a povinností cestujúcich so zdravotným postihnutím, cestujúcich so zníženou pohyblivosťou v dôsledku postihnutia alebo veku, vrátane sprevádzajúcich osôb. Títo sú ďalej v zákone uvádzaní ako vybraná skupina cestujúcich. Takisto prepravný poriadok musí obsahovať aj podmienky prepravy psa so špeciálnym výcvikom, ktorý poskytuje pomoc cestujúcim s ťažkým zdravotným postihnutím. Dopravca je povinný podľa § 16, ods. 1, písm. e) a f) okrem iného, uľahčovať prepravu vybraných skupín cestujúcich (teda aj zdravotne postihnutých) ako aj prepravu psov so špeciálnym výcvikom. Ďalej je dopravca tiež povinný zabezpečiť v dráhových vozidlách orientáciu a informovanosť cestujúcich nevyhnutnú na bezpečné uskutočnenie prepravy vrátane cestujúcich s poškodením sluchu alebo zraku.

Zákon obsahuje aj sankcie za nedodržiavanie zákonom ustanovených povinností. O možnosti využiť prepravnú službu môžu občania so zdravotným postihnutím požiadať prostredníctvom zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý takúto službu upravuje. Ďalšou z možností je využitie osobnej dopravy osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom peňažného príspevku na kúpu osobného motorového vozidla, jeho úpravu, prepravu v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP.

Klasifikácia porúch

Vychádza primárne predovšetkým z lekárskej diagnostiky, ktorá identifikuje orgánové alebo funkčné nedostatky. Medicína pritom nemôže mnoho diagnostikovaných porúch odstrániť a zabrániť tak vzniku postihnutia.

Postihnutie delíme podľa Svetovej zdravotníckej organizácie na tri úrovne (Zászkaliczký, 2010):

- podľa typu: - orgánové (chýbanie orgánu alebo jeho časti, napr. amputácie),
- funkčné;
- podľa intenzity: ľahké, stredné a ťažké;
- podľa príčin/ doby vzniku: vrodené a získané v priebehu života.

Na túto všeobecne platnú klasifikáciu nadväzuje klasifikácia porúch podľa jednotlivých druhov postihnutia (telesné postihnutie, zmyslové postihnutie – zrakové a sluchové, mentálne postihnutie, psychické choroby, civilizačné ochorenia a iné choroby). Odborníci ako Repková (2003), Šmidová (2012), Prevendárová (1998), Sedláková (2012), Vašek (2003), Orgonášová a Palát (2004), Novosad (2005), Votava et al. (2008) a iní, ponúkajú rôzne prístupy ku klasifikácii zdravotného postihnutia. My sa budeme pridŕžavať deleniu podľa autorov Šmidovej (2012), Michalíka a kol. (2011), ktoré podrobnejšie rozpracujeme v nasledujúcich podkapitolách.

1.3 TELESNÉ POSTIHNUTIE

Z celkového počtu osôb so zdravotným postihnutím má najväčšie zastúpenie telesné postihnutie. Príčinou toho sú okrem vrodených porúch, aj poruchy, resp. telesné postihnutie nadobudnuté v priebehu života. Zaradíme sem úrazy, degeneratívne zmeny v organizme, onemocnenie vnútorných orgánov a obehovej sústavy, zhubné novotvary, endokrinné ochorenia, tiež výživy a premeny látok a postihnutia nosného a pohybového ústrojenstva.

Z hľadiska závažnosti postihnutia podľa metodiky Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (MPSVR SR), možno konštatovať, že najčastejším je stredne ťažké postihnutie. (Michalík a kol., 2011)

Telesné postihnutie, nazývané aj ako **somatické postihnutie**, je obmedzenie hybnosti, až znemožnenie pohybu a disfunkcia motorickej koordinácie v príčinnej súvislosti s poškodením, vývojovou vadou či funkčnou poruchou nosného a hybného aparátu, centrálnou alebo periférnou poruchou alebo amputáciou či deformáciou časti motorického systému. Takéto vady či dysfunkcie sú spravidla povšimnutia na prvý pohľad a majú charakter trvalého zníženia funkčnej výkonnosti i straty schopnosti v niektorých alebo viacerých oblastiach pohybu. Spoločným rysom takto postihnutých ľudí je primárna redukcia obvyklých pohybových aktivít a v niektorých prípadoch aj čiastočná až úplná imobilita, čo má zásadný vplyv na kvalitu života, sebestačnosť a prístup k životným príležitostiam u týchto jedincov.

Tabuľka 1 – Označenie telesného postihnutia

Kategória	Kategória	Spoločné označenie
Dlhodobý (popríp. trvalý) nepriaznivý zdravotný stav, eventuálne chronické onemocnenie či interné postihnutie, sekundárne obmedzenie pohybových aktivít.	Telesné postihnutie zahrňujúce poškodenie nosného a lokomočného (pohybového) aparátu, t. j. pohybové postihnutie; primárna redukcia pohybových schopností a možností.	Telesne, event. somatické (z lat. slova “sóma“ – telo) postihnutie (porovnateľné somatopédii = špecializácia v špeciálnej pedagogike alebo somatológii = teloveda).

Zdroj: Renotiárová, Ludíková a kol., 2004

Niektoré typy, formy, či druhy telesného postihnutia sa doplňujú alebo prekrývajú (napríklad kombinované telesné postihnutie a mentálne postihnutie, postihnutie telesné a zmyslové), menia sa, vyvíjajú sa (nemoc prechádza v postihnutie, k postihnutiu sa rozvíjajú symptómy starnutia) a negatívne tak ovplyvňujú viacero oblastí života osôb s telesným postihnutím súčasne.

Telesné postihnutie môže byť podľa Krausa, Šandera (In Šmidová, 2012):

- vrodené,
- získané.

Vrodené poruchy vznikajú poruchou vývoja zárodka spravidla v priebehu prvých týždňov tehotenstva.

Získané poruchy môžu byť zapríčinené napríklad úrazom, hormonálnou činnosťou, rôznymi zápalovými a negeneratívnymi ochoreniami mozgu a miechy a podobne.

Pre sprístupnenie jednotlivých druhov telesného postihnutia je výhodné ich neurologické členenie. Pre účely učebnice sem zaradíme:

- amputácie,
- poranenia miechy,
- detskú mozgovú obrnu (DMO),
- mozgovú obrnu po náhlej cievnej príhode,
- Sklerózu multiplex,
- spinálnu svalovú artrofiu,
- Parkinsonovú chorobu,
- artritídy (zápaly kĺbov) a artrózy
- kraniocerebrálne poranenia detí,
- onemocnenia pľúc a dýchacích ciest (astma, cystická fibróza, pľúcna tuberkulóza),
- poruchy metabolických procesov (poruchy funkcie obličiek a pečene, slinivky brušnej, tráviaceho ústrojenstva, žliaz s vnútornou sekréciou a i.),
- epilepsiu,
- kožné onemocnenia (psoriáza, lupienka, lupus atď.)

1.4 ZMYSLOVÉ POSTIHNUTIE

Medzi zmyslové postihnutie zaradíme zrakové, sluchové postihnutie a poruchy reči.

1.4.1 Poruchy zraku

Hoková (2014) z Národnej rady občanov so zdravotným postihnutím Slovenskej republiky (NROZP v SR) uvádza, že ľudia so zrakovým postihnutím predstavujú zhruba 1,5% celkovej populácie.

Zrakovo postihnutých môžeme klasifikovať do 4 základných skupín:

1. Nevidiaci (slepota) - sú to osoby s úplnou stratou zrakového vnímania, ale tiež osoby ktoré sú schopné vnímať zrakom maximálne svetlo, avšak nie sú schopné lokalizovať jeho zdroj.

2. Prakticky nevidiacich – zaradíme sem osoby, ktoré majú zachované zvyšky zraku tak, že dokážu vnímať svetlo, obrysy a tvary predmetov, ale nedokážu využívať zrak ani s najlepšou možnou korekciou ako dominantný a jediný analyzátor pri práci, orientácii a získavaní informácií.

3. Slabozrakých – patria sem osoby, ktoré napriek najlepšej možnej korekcii majú problémy s vykonávaním zrakovej práce. Takíto ľudia majú vážne poškodený zrak, ale disponujú jeho užitočnými zvyškami, ktoré sa dajú efektívne využiť.

4. Osoby s poruchou binokulárneho videnia (tupoizrakosť, škúlenie) – patria k nim osoby s poruchou funkčnej rovnováhy a fyziologickej spolupráce pravého a ľavého oka. Je to vlastne porucha videnia oboma očami a spôsobuje problémy v priestorovom vnímaní. Môžu sa vyskytnúť ojedinelé prípady zrakového postihnutia kombinované s iným postihnutím.

Podľa veku a rozsahu zorného poľa rozlišujeme zrakové postihnuté:

- s ťažkým stupňom slabozrakosti,
- so stredným stupňom slabozrakosti,
- s ľahkým stupňom slabozrakosti.

Zrakové poruchy Slowík (2007) klasifikuje podľa:

1. postihnutia zrakových funkcií, k nim patrí:

- zníženie zrakovej ostrosti,
- obmedzenie zorného poľa,
- poruchy farby,
- poruchy akomodácie,
- poruchy okulomotoriky,
- poruchy zrakové adaptácie,
- poruchy okohybnej aktivity,
- poruchy hĺbkového (trojrozmerného) videnia,
- poruchy spracovávania zrakových vnemov.

2. stupňa zrakového postihnutia, ako sú:

- poruchy binokulárneho videnia,
- slabozrakosť,
- zvyšky zraku,

- slepota.
- 3. doby vzniku:
 - vrodené, dedičné,
 - získané.
- 4. dĺžky trvania:
 - krátkodobé (akútne),
 - dlhodobé (chronické),
 - opakované (recidivujúce).
- 5. etiológie:
 - orgánové,
 - funkčné.

1.4.2 Poruchy sluchu a poruchy reči

Poruchy sluchu a poruchy reči uvádzame v rámci jednej kategórie, nakoľko dané poruchy bývajú častokrát prepojené. Osoba ktorá dobre nepočuje, t. j. má problémy so sluchom, má už od ranného veku značne obmedzenú schopnosť naučiť sa zrozumiteľne vyjadrovať (rozprávať), artikulovať.

Sluch je dištančný zmysel, ktorý má zásadný význam v procese psychického vývoja jedinca. Zjednodušene možno povedať, že ľudská existencia je založená na vnímanie zvukov, ako z hľadiska orientácie človeka v prostredí, tak z hľadiska procesu jeho socializácie. Ak hovoríme o sluchu, je potrebné sa zmieniť o stavbe sluchového orgánu. Ucho je párovým orgánom, ktorý je tvorený periférnou a centrálnou časťou. Periférna časť sa skladá z vonkajšieho ucha a zvukovodu, ktorý je zakončený bubienkom a jeho blankou. Druhým okruhom je stredné ucho, ktoré tvorí nákovka, strmienok a kladivko. Vo vnútornom uchu (kochlea) sa nachádza ústroj rovnováhy (čo je podstatná informácia, pretože u rady osôb s poruchou sluchu môžeme registrovať aj poruchy rovnováhy). Z etiologického hľadiska poruchy sluchu rozdeľujeme podľa mohutnosti sluchovej straty. Medzi poruchy sluchu patrí nedoslýchavosť, praktická hluchota a úplná hluchota. Podľa miesta, kde k poškodeniu došlo, hovoríme o poruchách prevodných, perцепčných, kombinovaných a centrálnych. Sovák (1981) vo svojej publikácii *Logopedie* uvádza tieto druhy porúch a ich dôsledky:

- hypakuzie – značné zníženie sluchu,
- anakuzie – strata sluchu (počutia; označované aj ako hluchota),

- schizakuzie – rozštiepenie sluchu,
- dysakuzie – deformované sluchové vnímanie,
- hyperakuzie – patologicky zvýšené vnímanie sluchu.

Jedincov s **poruchami reči** nazývame aj osobami s narušením komunikačných schopností. Narušenie vývoja reči z hľadiska priebehu narušeného vývoja reči môžeme klasifikovať nasledovne (Klenková In Sovák, 1981):

- oneskorený vývoj reči – predstavuje oneskorenie vo vývoji reči, pri ktorom možno v priebehu ďalšieho vývoja ešte dosiahnuť tzv. normy, aj keď s časovým oneskorením. Prognóza býva dobrá. Príčinou oneskoreného vývoja reči môže byť nedostatočná stimulácia dieťaťa, prostredie chudobné na rečové podnety, dedičnosť, keď podobné problémy sa objavili u jedného z rodičov dieťaťa.
- obmedzený vývoj reči – reč sa väčšinou rozvíja pomaly, vývoj reči nedosiahne obvykle uznávané normy. Obmedzené bývajú väčšinou všetky jazykové roviny. Obmedzený vývoj sa najčastejšie diagnostikuje u detí s ťažším sluchovým postihnutím, u detí s mentálnym postihnutím či s poruchami autistického spektra.
- prerušený vývoj reči – reč sa spočiatku vyvíja, ale následkom závažnej choroby sa vývoj reči preruší. Príčinou môže byť úraz hlavy, nádorové ochorenie mozgu, ťažká psychická trauma, vážne duševné ochorenie.
- odchýlny vývoj reči – prejavuje sa odchýlkou pomyselné normy len v niektorej jazykovej rovine (napríklad vývoj artikulácie).

Lechta (1990) upozornil, že vývojový proces pri jednotlivých typoch narušeného vývoja reči nemusí byť plynulý. Môžeme pozorovať napríklad stagnáciu, zotrvanie na určitej úrovni relatívne dlhší čas, na ktorý nadväzuje obdobie akcelerácie vývoja reči a potom prípadne opäť jeho spomalenie (pri Downovom syndróme).

Sluchová citlivosť je určovaná v decibeloch (dB) pri čistom tóne, impulzami s frekvenciou 500, 1000 a 2000 hertzov (Hz). Obvykle možno rozlišovať niekoľko úrovní poruchy sluchu: - úplná strata sluchu a hlboká porucha sluchu viac ako 91 dB, - závažná porucha sluchu 71 – 91 dB, - stredne závažná porucha sluchu 56 – 70 dB, - stredná porucha sluchu 41 – 55 dB, - mierna porucha sluchu 26 – 40 dB. (Orgonášová, 2008)

1.5 MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Za mentálne postihnutie sa pokladá zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu. Prejavuje sa počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností.

Mentálnu dizabilitu (postihnutie) Valent (In Michalík et al., 2011, s. 115) definuje ako „vývojovú duševnú poruchu so zníženou inteligenciou, demonštrujúcou sa predovšetkým znížením kognitívnych (t. j. poznávacích), rečových, pohybových a sociálnych schopností.“ Sme obdobného názoru ako Valent a to, že k diagnostikovaniu mentálneho postihnutia nestačí iba stanovenie inteligenčného kvocientu pod sedemdesiat, ale aj zhodnotenie celej rady ďalších aspektov osobnosti, predovšetkým to, či človek zlyháva vo väčšine sociálnych očakávaní svojho širšieho a užšieho prostredia.

Podľa Slowíka (2007) mentálne postihnutie možno zdefinovať z rôznych hľadísk, ktoré uvádzame v tabuľke:

Tabuľka 2 – Aspekty mentálneho postihnutia

Prístup	Definícia
biologický	Postihnutie v dôsledku trvalého závažného organického alebo funkčného poškodenia mozgu, Syndróm podmienený chorobnými procesmi v mozgu.
psychologický	Primárne znížená úroveň rozumových schopností merateľných štandardizovanými IQ testami (vzhľadom k populačnej norme).
sociálny	Postihnutie charakteristické dezorientáciou vo svete a v spoločnosti, ktorá obmedzuje zvládnuť vlastnú sociálnu existenciu samostatne bez cudzej pomoci.
pedagogický	Znížená schopnosť učiť sa navzdory využitiu.
právny	Znížená spôsobilosť k právnym úkonom.

Dôležité je uvedomiť si rozdiel medzi mentálnym postihnutím a demenciou. Hoci symptomaticky tieto ochorenia sú veľmi podobné, ich príčina, etiológia je odlišná. Mentálne postihnutie je:

- vrodené ochorenie, ktoré vzniká v prenatálnom alebo perinatálnom období, prípadne najčastejšie do prvého roku života dieťaťa,
- demencia je charakteristická znížením už získaných mentálnych schopností jedinca, ktoré sa prejavuje degeneratívnymi ochoreniami mozgu, napríklad Alzheimerova choroba.

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že pri tomto postihnutí hlavnou príčinou je poškodenie mozgu, ktoré môže byť funkčné alebo organické.

Etiologická rôznorodosť tiež súvisí s časovým faktorom, ktorý má podstatný vplyv na vznik mentálneho postihnutia. Na základe toho môžeme rozdeliť faktory, ktoré môžu mať za následok mentálne postihnutie do troch skupín (Šmidová, 2012):

- *prenatálne* – vírusové infekcie, RTG žiarenie, diabetes mellitus matky, nedostatočná výživa matky, krvácanie v čase tehotnosti, anémia, nedonosenosť, prenášanie plodu, alkohol, cigarety, drogy;
- *perinatálne* – rizikové pôrody;
- *postnatálne* – jednoznačnejšie je možné určiť príčiny mentálneho postihnutia u syndrómov vyvolaných genetickými poruchami. Príčiny však môžu byť tiež vonkajšie. Génové mutácie alebo chromozomálne odchýlky (Downov syndróm, Turnerov syndróm), metabolické poruchy (fenylketonúria), intoxikácia (fetálny alkoholový syndróm), traumy (hypoxie, asfixie), encefalitída, operačné zákroky (operácie pri odstraňovaní nádoru), onemocnenia mozgu, sociálne faktory (zanedbanie výchovy).

Podľa 10 revízie MKCH (medzinárodnej klasifikácie chorôb) vychádza vymedzenie stupňov mentálneho postihnutia nasledovne:

- F70 – rozsah IQ 50 až 69 predstavuje miernu duševnú zaostalosť (mentálna dizabilita ľahkého stupňa), čo predstavuje u dospelých mentálny vek od deväť do dvanásť rokov;
- F71 – rozsah IQ od 35 do 49 predstavuje stredne ťažkú duševnú zaostalosť (mentálna dizabilita stredného stupňa), u dospelých predstavuje mentálny vek od šesť do deväť rokov;

F72 – rozsah IQ od 20 do 34, predstavuje ťažkú duševnú zaostalosť (mentálna dizabilita ťažkého stupňa), u dospelých mentálny vek od troch do šesť rokov;

F73 – rozsah IQ je pod 20, predstavuje hlbokú duševnú zaostalosť, u dospelých mentálny vek menej ako tri roky. (NCZI, 2018).

Všeobecne sa uvádza približne 3 – 4 % zastúpenie osôb s mentálnym postihnutím v populácii, čo je až 200 mil. osôb vo svete, s tým, že sa v porovnaní s minulosťou eviduje istý nárast poruchy, ktorá má značne diskutabilný charakter. Jedným z nich je uvádzaná lepšia lekárska starostlivosť, kedy lekárska technika udrží pri živote i takého novorodenca, ktorý by v minulosti zomrel skoro po pôrode. Ďalej sa lepšie udáva diagnostika a evidencia mentálnej dizability v porovnaní s minulosťou. Narastá však aj dynamický vývoj civilizácie, ktorá kladie náročnejšie požiadavky na človeka, ktorý by pred niekoľkými desiatkami rokov patrila do širšej normy, dnes vzhľadom k tejto dynamike “spadne” pod jej hranicu.

Z dôvodu počtosti osôb s mentálnym postihnutím podlieha starostlivosť o nich i v medzinárodnom kontexte samostatnému režimu. Valné zhromaždenie OSN prijalo už v roku 1971 Deklaráciu práv mentálne postihnutých osôb rešpektujúcu požiadavky Deklarácie o všeobecných a špeciálnych právach mentálne “retardovaných” vydaných o 3 roky skôr Medzinárodnou ligou pre osoby s mentálnym hendikepom. Snáď žiadne iné zdravotné postihnutie nemá tak veľké problémy etického rázu s vlastným označením a terminológiou ako mentálna retardácia, čo samozrejme vyplýva z charakteru poruchy. A tak zatiaľ čo obory zapodievané sa telesným, zmyslovým a ďalším postihnutím korigujú svoj pojmový aparát len s posunmi vo vede, obory ktoré sa zaoberajú starostlivosťou o osoby s mentálnym postihnutím, sú nútené hľadať novú terminológiu. Dôvodom tohto stavu je fakt, že väčšina pojmov sa po určitej dobe stáva spoločensky neprijateľných, pretože naberajú pejoratívny charakter. Dôsledkom javu je skutočnosť, že z toho, čo bolo pôvodne určené za termín, sa postupom času stáva nadávka: úchyl, debil, imbecil, dement, psychopat, mongol a pod. Z dôvodu humanizácie oborov miznú z terminológie i pôvodné stupne mentálnej retardácie označujúce hĺbku postihnutia: debilita, imbecilita, idiocia. V súčasnej dobe sa kladie dôraz na osobnosť individua a preto sa doporučuje miesto výrazu mentálna retardácia používať pojem osoba s mentálnym postihnutím. Počiatok tohto humanistického trendu možno vidieť aj v snahách Medzinárodnej asociácie pre vedecké štúdium mentálnej retardácie, ktorá už na svojom prvom kongrese v Montpellieri v roku 1967 hovorí o tom, že človek s mentálnou retardáciou je predovšetkým ľudská bytosť a až na druhom mieste je postihnutie. Sme toho názoru, že pri akomkoľvek postihnutí, treba uvádzať ako prvú osobu a až na druhom mieste je jeho druh postihnutia.

1.6 DUŠEVNÉ PORUCHY (PSYCHICKÉ CHOROBY)

Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH

V súčasnosti sa pri diagnostike duševných porúch a patologických stavov používajú 3 hlavné **diagnostické manuály**. Pre nás je podstatný manuál na Slovensku. Je to **10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb** známa pod označením **MKCH-10**, ktorú vydáva Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Vstúpila do platnosti 1. januára 1993, na Slovensku o rok neskôr. (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 2019) Pod písmenom F v nej nájdeme kapitolu týkajúcu sa duševných porúch a porúch správania využívanú na celom svete. MKCH-10 bola spracovaná v kontexte potrieb DRG systému a zároveň s ohľadom na potreby pre široké použitie v ostatných oblastiach. (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021). Označujeme nim systém položiek, ktorými sa označujú jednotlivé choroby a ich varianty podľa dohodnutých a ustanovených kritérií. Obsahuje v uvedenej revízii celé rozpätie v danom čase známych chorobných jednotiek. Ide o klasifikačný a diagnostický systém súčasnej klinickej praxe a medicíny, ktorý sa neustále vyvíja a upresňuje o nové diagnostické jednotky týkajúce sa MKCH. Posledná aktualizácia platí od 1. apríla 2021.²

Označenie je trojrozmerné. Veľké písmeno abecedy je označením základnej diagnózy, ďalší rozmer je označený číslicami od 0 do 9 a označuje typ postihnutia, pričom 0 je žiadne postihnutie a 9 je trvalé a ťažké postihnutie v oblastiach:

- a) starostlivosť o svoju osobu (stravovanie, hygiena, obliekanie a pod.),
- b) práce a pracovnej činnosti,
- c) rodiny a domácnosti,
- d) fungovania v širšom sociálnom prostredí (spoločnosti, voľnočasových aktivít, dopravy a pod.). (Orel, 2012)

² Poznámka: V zmysle zákona č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy je **štandard** definovaný takto: „*Štandardom je súbor pravidiel spojených s vytváraním, rozvojom a využívaním informačných systémov verejnej správy, ktorý obsahuje charakteristiky, metódy, postupy a podmienky, najmä pokiaľ ide o bezpečnosť a integrovateľnosť s inými informačnými systémami. Štandardy musia byť otvorené a technologicky neutrálne.*“

Postihnutie v tomto rozmere je definované v kategóriách: a) poškodenie, b) znížená schopnosť a c) hendikep. Posledný tretí rozmer alebo os zohľadňuje faktory životného štýlu a života, ktoré významnou mierou dopomohli danému klasifikovanému stavu choroby.

Poznanie prejavov, symptómov jednotlivých chorôb sa premieňa do kvality poskytovania psychologických aj sociálnych služieb zo strany jednotlivých sociálnych pracovníkov. Osobitne je dôležité v klinickej sociálnej práci ako aplikovanej disciplíny, ktorá bola Federáciou klinických sociálnych pracovníkov definovaná ako obstaranie alebo zabezpečenie služieb týkajúcich sa zdravia a osobitne duševného zdravia, pre diagnostiku, liečbu a prevenciu duševných porúch, emocionálnych porúch a porúch správania u jednotlivcov, rodín a skupín (aj komunit). (Balogova, 2012) Ťažiskom klinickej sociálnej práce je poskytovať liečbu mentálneho zdravia v sociálnych zariadeniach, na klinikách, ako aj v súkromnej praxi. (Munson, 2002). Klinickí sociálni pracovníci tak poskytujú služby zamerané na duševné zdravie pre jednotlivcov, rodiny so psychickými chorobami. V tejto súvislosti nemôžeme opomenúť aj na sociálny a právny rozmer duševnej choroby. Často sa totiž stáva, že v prípade rôznych duševných porúch dochádza k narušaniu sociálneho kontaktu s realitou, k procesu rozhodovania k schopnosti posudzovať svoj vlastný zdravotný psychický stav. Z tohto dôvodu je legislatívne upravené ako postupovať v uvedených prípadoch zo strany sociálnych pracovníkov. Vychádza sa pritom z oficiálnych medzinárodných dokumentov akými sú Všeobecná deklarácia ľudských práv a slobôd (1948), Listina základných práv a slobôd (1991), Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006), Európska charta práv pacientov (2002), Kódex práv pacientov (1992) Deklarácia práv duševne postihnutých ľudí (1971) a iné.

Duševné poruchy a poruchy správania majú v MKCH-10 označenie F00-F99. Každý druh duševnej poruchy sa delí na podkategórie. Napríklad **schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi** patria do podkategórie F20-F29, kde sa ďalej členia podľa typu schizofrénie na: F20 schizofrénia, F20.0 paranoidná schizofrénia, F20.1 hebefrénna schizofrénia, F20.2 katatonická schizofrénia, F20.3 nediferencovaná schizofrénia atď. Ďalej napríklad **afektívne poruchy** sú včlenené do podkategórie F30-F39. Sem zaradíme: F30 mánická epizóda, F30.0 hypománia, F30.1 mánia bez psychotických príznakov, F30.2 mánia s psychotickými príznakmi, (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 2019)

Medzi duševné poruchy a poruchy správania radíme tieto diagnózy (Zdravie, 2021):

- F00 - F09 Organické duševné choroby vrátane symptomatických
- F10 - F19 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok

- F20 - F29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi
- F30 - F39 Afektívne poruchy
- F40 - F48 Neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy
- F50 - F59 Poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi
- F60 - F69 Poruchy osobnosti a správania dospelých
- F70 - F79 Duševná zaostalosť - mentálna retardácia
- F80 - F89 Poruchy psychického vývinu
- F90 - F98 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania
- F99 - F99 Nešpecifikovaná duševná porucha

1.7 CIVILIZAČNÉ (CHRONICKÉ) OCHORENIA

Bývajú označované aj ako ochorenia 21. storočia kvôli ich veľkému nárastu v populácii. Sú to degeneratívne ochorenia, ktoré sú dôsledkom degenerácie tkanív a orgánov. Najčastejšie sa vyskytujú vo vyspelých krajinách alebo krajinách tretieho sveta. V mnohých prípadoch sú častou príčinou úmrtí. Niektoré z nich spadajú do konkrétnej kategórie zdravotného postihnutia (napríklad nádory zaradujeme medzi telesné postihnutia, ale v dôsledku nádoru môže prísť aj k poruchám sluchu a poruchám reči).

Civilizačné ochorenia rozdeľujeme najčastejšie na:

- **srdcovo-cievne ochorenia,**
- **nádorové ochorenia,**
- **metabolické ochorenia,**
- **nervové a psychické ochorenia.**

My vymedzujeme nasledujúce ochorenia, na ktoré ľudia zomierajú najčastejšie a to srdcovo-cievne, označované odborne ako kardio-vaskulárne. Zaradujeme k nim (Srdcovo-cievne ochorenia, 2021):

- *angina pectoris* – je jednou formou ischemickej choroby srdca. Vzniká následkom nepomeru medzi potrebou a prísunom krvi, a teda aj kyslíka i živín, do srdca. Typicky sa vyskytuje pri zvýšenej fyzickej či psychickej záťaži. Záchvaty angíny pectoris sa opakujú a ich prejavom je tlaková alebo zvieravá bolesť na hrudi.

- *arytmia* – je porucha srdcového rytmu. Arytmiou sa označuje spomalený alebo zrýchlený rytmus srdca a tiež rôzne nekoordinované pohyby srdcového svalu, a teda srdcových predsiení či komôr.
- *ateroskleróza* – je ochorenie tepien. Stena tepny je postihnutá chorobným procesom. Prebieha dlhodobo a pre negatívne podmienky progresívne. Začiatkové štádium ochorenia je možné ovplyvniť životosprávou a liekmi. Neskorá fáza je rizikom pre vznik závažných komplikácií ako je infarkt srdca alebo cievna mozgová príhoda.
- *cievna mozgová príhoda* – je akútne ochorenie nervového systému, ktoré vzniká na podklade poruchy prekrvenia mozgu. Mozgovo-cievne ochorenia sú treťou najčastejšou príčinou smrti a invalidity.
- *infarkt myokardu* – alebo aj infarkt srdcového svalu je akútnou formou ischemickej choroby srdca. Ischémia, čiže nedokrvnenie, vzniká na základe upchatia koronárnej cievy, ktorá vedie krv k bunkám srdcového svalu. Hlavnou príčinou je náhle uzatvorenie alebo dlhodobé zužovanie cievy.
- *krčové žily dolných končatín* – označované odborne aj ako varixy dolných končatín. Varixy sa zaraďujú pod pojem chronická žilová nedostatočnosť, inak aj chronická žilová insuficiencia. Sú to akékoľvek rozšírené (dilatované), predĺžené či vinuté (skrútené) žily, a to bez ohľadu na ich veľkosť. Patria medzi najrozšírenejšie ochorenie vo vyspelých krajinách. Postihujú asi 10 - 40 % populácie sveta a viac ženy ako mužov.
- *pľúcna embólia* – je akútny stav, pri ktorom nastáva upchatie ciev v pľúcach. Najčastejšou príčinou je tromboembolická choroba. Krvná zrazenina sa uvoľní a putuje cievami ako embolus. Ten následne upcháva cievu. Pri masívnej forme hrozí riziko úmrtia.
- *vysoký krvný tlak* – označuje sa odborne ako arteriálna hypertenzia. Krvný tlak je hydrostatický tlak, ktorý je vytváraný krvou na steny ciev. Krv je do krvného obehu, a teda do ciev vymršťovaná z ľavej komory srdca. Vysoký krvný tlak je najčastejším ochorením srdcovo - cievneho systému. Vysoký krvný tlak nebolí. Dlhé roky môže prebiehať bezpríznakovo, preto sa označuje aj ako “tichý zabijak“. Uvádza sa, že postihuje až 25 % dospelých populácie na celom svete.
- *hlboká žilová trombóza* – alebo tiež venózna trombóza je pomerne častým ochorením, ktoré postihuje žilový systém. Najčastejšie ide o žily dolných končatín. Toto ochorenie môže prebiehať nezávažne s miernymi ťažkosťami. Avšak, druhú a

závažnú stranu tvorí riziko rozvoja embólie do pľúc a z dlhodobého hľadiska tiež tromboembolická choroba.

1.8 INÉ OCHORENIA

Orgonášová (2008) k nim zaraďuje:

- poruchy vnútorných orgánov,
- znetvorujúce poruchy,
- generalizované poruchy.

Poruchy vnútorných orgánov

Zahrňujú celý rad chronických ochorení vnútorných orgánov. Do tejto skupiny patrí cukrovka – ktorú radíme aj do skupiny porúch metabolických procesov, fenylnketonúria, celiakia, cystická fibróza – zaraďujeme ju aj medzi onemocnenia pľúc a dýchacích ciest alebo stavy po amputácii prsníka, umelý vývod čreva, vývod močových ciest. V nasledujúcom prehľade uvádzame aspoň niektoré poruchy vnútorných orgánov. Mnohé z nich sú zaraďované aj k tzv. civilizačným chorobám.

K poruchám vnútorných orgánov patria:

- ischemická choroba srdca,
- hypertonická choroba,
- onkologické ochorenia,
- cukrovka,
- motorickej poruchy vnútorných orgánov,
- postihnutie srdcovo - cievnych a respiračných funkcií,
- postihnutie gastrointestinálnej funkcie,
- postihnutie močovej funkcie, porucha vylučovania moču,
- postihnutie reprodukčnej funkcie. (Orgonášová, 2008)

Znetvorujúce poruchy

Zaraďujeme sem anomálie takého výrazného stupňa, že odlišujú postihnutého jedinca od ostatných jedincov, napríklad deformácie kostry horných a dolných končatín (fokomélia – nevyvinutie horných končatín), deformácie chrbtice alebo výrazné znetvorenie kĺbov. Patria sem však aj poruchy tvaru lebky (makrocefália – nadmerná veľkosť hlavy). (Orgonášová, 2008)

Generalizované poruchy

Najčastejšie k nim patria:

- generalizované postihnutie kože,
- atopická dermatitída s dlhotrvajúcimi prejavmi generalizovaného charakteru,
- generalizovaná forma s kĺbovým postihnutím,
- osteoporóza, osteomalácia, osteopatia ľahká a stredná forma lokálna alebo generalizovaná. (Zákon č. 447/2008 Z. z., príloha č. 3)

1.9 MODEL Y ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Za účelom lepšieho pochopenia a vysvetlenia podstaty zdravotného postihnutia a fungovania osôb so zdravotným postihnutím boli používané rozličné koncepčné modely. V bežnej reči hovoríme, že ide o tzv. “lekársky model“ versus “sociálny model“ dizability (postihnutia).

Medicínsky – lekársky model

Tento model hľadá na zdravotné postihnutie ako na problém osoby, zapríčinený priamo chorobou, úrazom alebo inými zdravotnými podmienkami, ktoré vyžadujú lekársku starostlivosť, poskytnutú vo forme liečby profesionálmi. Manažment zdravotného postihnutia je potom zameraný najmä na liečbu zdravotného stavu jednotlivca a na liečbu zmien správania sa. Lekárska starostlivosť je považovaná za hlavný problém a na politickej úrovni principiálnou odpoveďou je modifikovanie alebo reformovanie politiky lekárskej starostlivosti. (Orgonášová, 2008)

Medicínsky model vysvetľovania a zdôvodňovania dizability je ovplyvnený viacerými paradigmami myslenia. Predstavuje spôsob, akým sa o postihnutí premýšľa a je rozhodujúcim faktorom pri nastavovaní služieb, vzdelávania a celkovo ovplyvňuje mieru inkluzivity spoločnosti (resp. stanovuje jej limity). Watermeyer (2019) postihnutie vidí ako problém tela, ktorý bráni ľuďom participovať v aktivitách. Jednou zo základných paradigiem medicínskeho modelu je **pozitívizmus**, ktorý sa snaží o objektívny pohľad na realitu. V prípade posudzovania postihnutia objektivita znamená hodnotenie kvality života človeka s postihnutím niekým zvonku, napríklad lekárom, či iným nestranným odborníkom, ktorý určí

diagnózu, popíše potreby a stanoví intervenciu. Na základe pozitivistického prístupu sú ľudia kategorizovaní podľa diagnóz a na ich podklade sa predpokladajú potreby jednotlivcov. Pozitivistické východisko nedáva priestor hlasu človeka, o ktorého vlastnú skúsenosť sa jedná, pretože cieľom je vyhnúť sa subjektivite a možnému skresleniu (Oliver, 1998). Výhodou tohto pohľadu je presné určenie choroby, či možnosť generalizovať odborné intervencie na základe diagnózy. Rizikom pozitivistickej paradigmy je zjednodušovanie, nálepkovanie a strata individuality, ako aj predpoklad, že postihnutie je nežiaduce a znižuje kvalitu života, čo pre mnohých ľudí nemusí byť pravda, napr. pre ľudí s telesným, senzorickým poškodením, Downovým syndrómom či autizmom.

Podobne je postihnutie vnímané aj podľa paradigmy **funkcionalizmu**, ktorá zdôrazňuje rolu medicíny liečiť a udržiavať normálne fungovanie človeka. Podľa tohto modelu sú aj ľudia s nevyliciteľným postihnutím klasifikovaní ako chorí, s ktorými nie je nič v poriadku. Tento spôsob chápania dizability je veľmi úzko postavený a umožňuje pohyb len v rámci normality, či uniformity. (Oliver, 1998)

Pozitívnu stránku medicínskeho modelu dizability je možné vidieť v špecializovanosti poskytovaných služieb. Odborníci sú expertmi v určitej úzkej oblasti, ktorú diagnóza predstavuje a ponúkajú svoje vedomosti a zručnosti v danej oblasti. Príkladom z oblasti školstva sú špeciálne školy pre deti so sluchovým alebo zrakovým postihnutím. Najväčším nedostatkom medicínskeho modelu nazerania na dizabilitu je to, že nezohľadňuje kontextuálne faktory a faktory prostredia. Potreby človeka sú ovplyvnené aktivitou a participácia detí so zdravotným postihnutím v kontexte integrovaného/inkluzívneho vzdelávania, jeho osobnosťou, ale i životnou situáciou, aktivitami, na ktorých sa podieľa alebo sa ich chce zúčastňovať.

Watermeyer (2019) tiež uvádza, že medicínsky model redukuje život človeka s postihnutím na postihnutie ako osobnú životnú tragédiu. Patogenetický model nazerania na zdravie človeka prehliada zdroje zvládania, ignoruje silné stránky človeka. Človek je vnímaný cez úzku kategóriu diagnózy, ale jeho individuálne danosti sú zanedbávané. Rizikom tohto prístupu nie je len patologizácia človeka, ale aj prehliadnutie jeho skutočných potrieb. Napríklad človek s telesným postihnutím môže mať potreby v oblasti duševného zdravia alebo sociálneho života, ktoré sú preňho dôležitejšie než jeho diagnóza jeho telesného postihnutia.

Sociálny model

Sociálny model vznikol ako reakcia na nedostatky medicínskeho modelu a prináša pohľad na dizabilitu z perspektívy ľudí s postihnutím. Je ovplyvnený paradigmou sociálneho konštruktivismu a kritickou teóriou. Podľa teórie sociálneho konštruktivismu je dizabilita produkovaná spoločnosťou a nie limitmi jednotlivca. Čiže zdravotné postihnutie nie je atribút jednotlivca, ale komplexná zbierka podmienok v ktorých žije a z ktorých mnohé sú vytvorené sociálnym prostredím. (Orgonášová, 2008) V závislosti od spoločnosti, v ktorej človek žije, jeho poškodenie, či potreba, môže a nemusí predstavovať dizabilitu. Postihnutie môže spoločnosť dokonca vytvoriť, ako tomu je v západných spoločnostiach, kde sa dizabilita stáva komoditou, na ktorú sú viazané rôzne špecializované služby. (Oliver, 1998)

Sociálny model zdravotného postihnutia vidí problém najmä ako sociálny problém a v princípe ako záležitosť možnosti plnej integrácie jednotlivcov do spoločnosti. Takto manažment problému vyžaduje sociálnu činnosť a tou je kolektívna zodpovednosť spoločnosti všeobecne, ktorá by mala zabezpečiť, resp. urobiť úpravy prostredia, nutné pre plnú participáciu ľudí so zdravotným postihnutím do všetkých oblastí sociálneho života. Pojem zdravotné postihnutie je potom otázkou postojov, alebo ideológie, ktorá vyžaduje sociálnu zmenu a ktorá na politickej úrovni sa stáva otázkou ľudských práv. Pre tento model je zdravotné postihnutie problémom sociálnym, politickým.

Dôležitým krokom v zmene myslenia smerom k sociálnemu modelu je posun nielen v identifikácii príčin postihnutia (telo alebo myseľ jednotlivca verus spoločnosť), ale aj v tom, kto je vnímaný ako zodpovedný za riešenie situácie. Kým medicínsky model pomáha jednotlivcovi, aby sa rozličnými spôsobmi prispôbil, sociálny model sa snaží o presun zodpovednosti na stranu, ktorá dizabilitu zapríčiňuje.

Tento posun súvisí najmä s **paradigmou kritickej teórie**, ktorá dizabilitu vníma čisto ako produkt nerovností v spoločnosti. Na rozdiel od medicínskeho modelu, kritická teória prináša pohľad sociálnej zodpovednosti, keďže ako riešenie dizability nenavrhuje zmenu jednotlivca, ale zmenu spoločnosti. Predsudky a diskriminácia v spoločnosti totiž človeka obmedzujú viac než jeho telesné poškodenie. Inými slovami, postihnutie nie je spôsobené poškodením, ale bariérami v prostredí. (Oliver, 1998)

Sociálny model dizability odráža perspektívu postavenú na boji za práva ľudí. Crow (1999) uviedla, že sociálny model zohráva centrálnu úlohu v podporovaní vnímania sebahodnoty u jednotlivca, ale aj v rámci kolektívnej identity a politickej organizácie ľudí s postihnutím. Vďaka zmene myslenia spoločnosti smerom k sociálnemu modelu je možné

bojovať proti diskriminujúcim sociálnym štruktúram a zavádzať legislatívu postavenú na ľudských právach.

Bio-psycho-sociálny model

Tento model je označovaný aj ako integrovaný, protipólom predošlých dvoch, pričom neopomína ani psychickú zložku. Model je odporúčaný Svetovou zdravotníckou organizáciou. Tá viac ako 20 rokov pripravovala objektívne formulácie vo vzťahu k posudzovaniu zdravotného postihnutia. Opakovane pracovala na tzv. Medzinárodnej klasifikácii zdravotného postihnutia, založenej na integrácii týchto dvoch, na prvý pohľad opozičných modelov. Pre dosiahnutie integrácie rozličných perspektív fungovania, je použitý „bio-psycho-sociálny“ prístup, t. j. súvislý pohľad rozličných perspektív zdravia z biologického, psychologického, aj sociálneho hľadiska z pohľadu jednotlivca a z pohľadu jeho možností uplatňovať si ľudské práva. (Orgonášová, 2008)

Pohľad na človeka s postihnutím determinuje spôsob, akým sú poskytované postavené služby (sociálne služby, vzdelávanie, podpora pri učení, pomoc rodine a pod.) a aj zákony regulujúce poskytovanie služieb. Systém poskytovania služieb vychádzajúci z medicínskeho modelu na základe oficiálne určenej diagnostiky, poskytuje v prvom rade intervencie zamerané na jednotlivca. Ak systém pomoci berie do úvahy sociálny model, poskytovatelia služieb sa nezameriavajú na “nápravu“ jednotlivca, ale úpravu prostredia, požiadaviek, formy aktivít. Avšak, napriek tejto perspektíve, je v mnohých krajinách potrebné medicínske stanovenie diagnózy predtým než je umožnené (finančne podporené) poskytnutie úprav. Ako reakcia na redukcionistický pohľad medicínskeho modelu a nedostatky sociálneho modelu vznikol tzv. funkčný model (alebo interakčný model) dizability, ktorý *„zdôrazňuje dynamický proces interakcie medzi jednotlivcom a prostredím“*. (Castro et al., 2011, s. 132) Na jednej strane teda berie do úvahy spôsob, akým sa človek prispôsobuje zdrojom v prostredí a na druhej strane zohľadňuje aj to, ako prostredie reaguje na potreby človeka. (Castro et al., 2011) Základnou črtou hodnotenia podľa tohto modelu je zisťovanie interakcie medzi jednotlivcom, jeho potrebami a možnosťami a tým, čo dané prostredie ponúka. Nehodnotí teda tieto dve kategórie oddelene, ale vždy vo vzájomnom vzťahu.

Pre rekapituláciu, medzi spomenutými modelmi možno badať tieto rozdiely:

Z hľadiska **medicínskeho modelu** je rozhodujúce určenie diagnózy, na základe ktorej môže byť jednotlivcovi predpísaná, či odporučená liečba, určený nárok na terapiu. Expertne určené a presne zacielené terapeutické služby sa zameriavajú na zmenu jednotlivca.

Sociálny model je postavený na naplnení práv jednotlivca, teda jeho aplikácia v spôsobe poskytovania služieb kladie zodpovednosť na zmenu prostredia, poskytnutie, čo najvyhovujúcejších podmienok, v ktorých jednotlivec bude môcť fungovať.

Bio-psycho-sociálny model spája tieto perspektívy, zohľadňuje biologické a psychologické potreby človeka, ktoré je niekedy potrebné naplniť terapeutickými zásahmi, ale zároveň pripúšťa kľúčovú úlohu a vplyv sociálneho prostredia, ktoré je potrebné meniť a prispôbovať.

Podľa uvedeného znevýhodnenie, ktoré je zdravotným postihnutím v jednej situácii, nemusí byť vnímané ako zdravotné postihnutie v inej situácii (napr. podľa sociálneho modelu je obezita cestujúcej považovaná za zdravotné postihnutie vtedy, keď chce pohodlne cestovať lietadlom, ale nezmestí sa do sedadla v lietadle. Ak by letecká spoločnosť upravila veľkosť sedadla podľa potrieb a požiadaviek tejto cestujúcej, čím by zabezpečila jej integráciu, obezita by prestala byť považovaná za postihnutie).

Autor Valenta (2012) vo svojej publikácii *„Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu“* spomína aj **ekologický model**, ktorý spočíva v tom, že aj on v sebe zahrňuje filozofiu inkluzívneho hnutia pre jedincov s mentálnym postihnutím s cieľom vyhnúť sa sociálnej exklúzii jedinca. Primárnym cieľom je tak apelovanie na právo každého jedinca s akýmkoľvek znevýhodnením aktívne participovať na živote v spoločnosti, čo následne vylučuje segregáciu jedinca s mentálnym postihnutím do zariadení sociálnych služieb mimo jeho komunitu. Tento prístup zdôrazňuje význam determinantov sociálneho charakteru akými sú príjem, vzdelanie, bývanie, zamestnanie, ubytovanie, pracovné podmienky, geografická poloha, infraštruktúra a pod. Základný princíp tohto prístupu spočíva v uvedení si faktu, že jedinci s mentálnym postihnutím často nemajú kontrolu nad sociálnym prostredím, v ktorom fungujú a potrebujú oporu na dosiahnutie aktivizácie samostatnosti a sebaurčenia. Vzhľadom k tomu nemajú kontrolu nad niektorými negatívnymi faktormi, ktoré majú vplyv na ich fungovanie v spoločnosti. Z toho jasne vyplýva, že je nutné podporovať intervenciu na štrukturálnej a politickej rovine, aby sa zmiernil vplyv znevýhodnenia u takýchto jedincov s mentálnym postihnutím. V neposlednom rade jeho prednosťou je využiteľnosť sociálnej inklúzie v rámci sociálnej práce v praxi a spôsob akým sa určitej znevýhodnenej skupine poskytuje kvalitná starostlivosť

Nevýhodu je však možné vidieť v tom, že sa zameriava oproti predošlým modelom podstatne viac na prevenciu vo vzťahu k celým sociálnym skupinám s nejakým znevýhodnením, ako na riešenie individuálnych problémov jedincov. (Keleher, Murphy In Ellem, Chui, Wilson, 2006)

2 Činitele ovplyvňujúce kvalitu života osôb so zdravotným postihnutím

V tejto časti vymedzujeme, čo je to integrácia a inklúzia, keďže tieto termíny sa neraz zamieňajú, prípadne sa chybné supľujú. Charakterizujeme kvalitu života, ich dimenzie a spôsoby ich merania. Neopomíname ani na nezávislý spôsob života, ktorý je podstatou integrácie hendikepovaných medzi väčšinovú spoločnosť. K tomu aby sa tieto osoby mohli čo najviac začleniť, je nevyhnutná aj pomoc zo strany štátu, ktorá je realizovaná prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a poskytovaním sociálnych služieb. Peňažné príspevky sú jednou z ciest vedúcich k nezávislému spôsobu života, podobne je to aj pri niektorých sociálnych službách, tu je však potrebné pre prospech klienta zamerať sa aj na kvalitu ich poskytovania. V závere tejto časti nastolujeme otázky a etické dilemy v praxi sociálneho pracovníka pri práci s hendikepovanými.

2.1 INTEGRÁCIA A INKLÚZIA

S pojmom *integrácia* sa zrejme stretol každý z nás. V spoločnosti toto slovo najviac rezonovalo v roku 2004 v súvislosti so vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie, kedy sme sa včlenili do európskych štruktúr. Bol k tomu potrebný väčšinový súhlas obyvateľstva, ktorý sa realizoval prostredníctvom referenda. Následne bolo potrebné prispôbiť a zosúladiť náš právny systém a rovnako aj fungovanie štátnych aj neštátnych inštitúcií, aby sme v rámci európskeho priestoru mohli fungovať v určitej symbióze. To je jeden z príkladov. Ďalším môže byť prijatie euromeny (€) ako platidla u nás na Slovensku v roku 2009, ktoré je základnou menovou jednotkou v krajinách Európskej únie. Čiže sme integrovali (zrovnali) naše platidlo za spoločné európske. V rámci spoločenstva jednotlivých skupín obyvateľstva, najmä tých marginalizovaných, je snahou o ich začlenenie do väčšinovej spoločnosti (Rómovia, ľudia bez domova, ľudia prepustení z výkonu trestu odňatia slobody, drogoví závislí, ľudia so zdravotným postihnutím). Dovoľme si povedať, že práve posledná menovaná skupina “ľudia so zdravotným postihnutím“, tvoria najpočetnejšie zoskupenie (z celkového počtu osôb so zdravotným postihnutím je približne 448 tis. uznaných za osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, t. j. 8 % populácie;

Sedláková, 2012). Zjednodušene by sme mohli teda povedať, že v rámci integrácie sa usilujeme o prispôsobenie osoby s postihnutím k prostrediu. Protipólom integrácie je *inklúzia*, ktoré môžeme charakterizovať ako prispôsobenie sa prostredia ľuďom so zdravotným postihnutím a ich potrebám. Často sa tieto pojmy však zamieňajú. Odborníci sú nejednotní v názoroch, čo je integrácia a čo inklúzia, ako sú tieto dva pojmy a procesy navzájom spojené. Najjednoduchšie a najvšeobecnejšie by bolo chápať integráciu ako organizačné opatrenie, pričom tento termín vychádza z latinského slova *integrare*, čo znamená sceľovať. Inklúziu možno chápať ako pedagogický, sociálny a psychologický proces začleňovania akokoľvek vyčleneného dieťaťa a detí so špeciálnymi potrebami do bežných podmienok výchovno-vzdelávacieho procesu. (Jankovský, 2006) Naopak pri integrácii hovoríme o začleňovaní sa najmä v oblasti zamestnávania, bývania, dopravy či služieb.

Profilovaný rozdiel medzi integráciou a inklúziou môžeme vytýčiť podľa názorov rôznych organizácií, resp. autorov. Kým Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) pod integráciou chápe sociálnu rehabilitáciu ako schopnosť osoby zúčastňovať sa na sociálnych procesoch. (Fischer, Škoda, 2008) Tak Novosad (2009) pod integráciou rozumie aj spôsob začleňovania a uspokojovania určitých častí do jedného celku, teda ide o prepojenie spolužitia osôb z majoritnej spoločnosti s osobami so zdravotným postihnutím.

Autorka Tokárová (2007, s. 514) popisuje, že integrácia je *„plné splynutie hendikepovaného jedinca so spoločnosťou zdravých ľudí, a to vo výchove, vzdelávaní, pracovnom uplatnení a spoločenskom súžití.“*

Základom integrácie by malo byť zmysluplné začlenenie sa osoby so zdravotným postihnutím alebo sociálnym znevýhodnením do spoločnosti. Úspešné začlenenie jedincov s postihnutím je teda závislým na našich postojoch, a to aj na tom ako ich je spoločnosť schopná akceptovať. Za hlavný ukazovateľ úspešnej integrácie sa považuje to, do akej miery dokážeme človeku s postihnutím vytvoriť podmienky k uspokojovaniu jeho základných ľudských potrieb (biologických, sociálnych a rastových potrieb) a tým mu umožniť jeho celkovú sebarealizáciu. (Prochádzková, 2009)

Integračný proces, ktorý u nás prebieha, je typický tým, že dochádza k zjednoteniu. Integráciu Kročanová (2004) popisuje ako:

- odraz odporu voči segregácii jedincov s postihnutím,
- zmenený pohľad na existenciu a fungovanie minoritnej časti populácie,
- začlenenie jedincov so zdravotným postihnutím do sociálneho výchovno-vzdelávacieho prostredia bežnej populácie.

Ako sme sa už vyššie zmienili, inklúzia sa viaže predovšetkým so vzdelávaním detí so špeciálno-výchovnými potrebami. *Inklúzia* je procesom, ktorý poskytuje jedincom s postihnutím možnosť spoznávať heterogenitu človeka v rozličných prostrediach a počas rôznych situácií. (Kováčová, 2010) Samotný proces inklúzie vo výchovno-vzdelávacom procese je „transformáciou vzdelávacích systémov usilujúci sa o vytváranie podmienok pre to, aby sa všetci bez ohľadu na svoj pôvod či zdravotný stav mohli vzdelávať v bežných školách.“ (Vítková In Kováčová, 2019, s. 29) Inklúzia je procesom usilujúcim sa o stieranie akýchkoľvek rozdielov v populácii. Predstavuje spoločenstvo ľudí bez ohľadu na to, či majú odlišnosť alebo nie (ako v kontexte inštitúcií, tak aj na všetkých úrovniach života). Štefková (2007) tvrdí, že o inklúzii možno hovoriť aj vtedy, ak tam nie je žiadny človek s odlišnosťou. V podstate prostredie, ktoré dokáže prijať kedykoľvek a kohokoľvek bez akýchkoľvek ťažkostí, možno označiť za inkluzívne. Je otvorené, akceptujúce a pripravené na proces začleňovania. Na základe spoločných zážitkov sa dané rozdiely v skupine stierajú, odlišnosť sa stáva normalitou, zároveň prebieha profylaxia voči vytváraniu negatívnych predsudkov, fám. Skupinovými hrami dieťa (ne)vedome prijíma hodnoty, ktoré sa neskôr objavujú pri vytváraní nových komunit, kde začlenením všetkých, získava spoločnosť priestor pre chápanie inklúzie v bežnom živote.

Tabuľka 3 – Rozdielnosť medzi pojmami *integrácia* a *inklúzia*

Integrácia	Inklúzia
<i>Zameranie na potreby jednotlivca s postihnutím, narušením a ohrozením</i>	<i>Zameranie na potreby všetkých jednotlivcov bez rozdielov</i>
Expertíza odborníkov	Expertízy pedagógov školy
Špeciálna intervencia	Výuka pre všetkých
Prospech pre jednotlivca s postihnutím	Prospech pre všetkých žiakov
Parciálna zmena prostredia inštitúcie	Celková zmena školy (predovšetkým myslenia filozofie)
Zacielenie na proces vzdelávania žiaka s postihnutím	Zameranie na skupinu a triedu
Špeciálne programy pre žiaka s postihnutím, narušením a ohrozením (individuálny výchovno-vzdelávací program, intervenčný program)	Celková stratégia pedagóga

Hodnotenie žiaka s postihnutím odborníkom (špeciálnym pedagógom, školským psychológom a i.)	Hodnotenie žiaka pedagógom so zacielením sa na vzdelávacie faktory
---	--

Zdroj: Kocúrová, 2002

Predovšetkým v období detského veku a dospievania (adolescenti), sa stretáme s pojmom “nálepkovanie“ (ang. labeling). Ním označujeme niekoho (niečo), kto (čo) sa odlišuje od ostatných, či už výzorom, vzhľadom, správaním sa, predstavou či nesprávnou informáciou. (Kováčová, 2019) Napríklad dieťa, ktoré musí nosiť dioptrické okuliare s hrubými sklami. Ostatné deti ho označia nálepkou „popolník“ alebo „škúlavec“. Alebo iný príklad s ktorým sme sa mohli stretnúť v detstve alebo sme ho zažili. Obliekali ste sa s deťmi v škôlke von a boli ste pomalší ako zvyšok kolektívu. Niektí vám povedali: „Ty si teda riadny slimák!“ Odvtedy sa s vami toto označenie vlieklo ďalej. Slimákom ste boli aj pri spoločnej naháňačke, pri obede alebo na prechádzke. Možno ste sa snažili druhým dokázať, že vy viete byť aj rýchly. Aj tak vám povedali: „To je teda riadny zázrak, že si bol prvý hotový. Na to, že si taký slimák!“ Časom prídete na to, že akokoľvek sa snažíte, všetci vás majú za slimáka. Zbaviť sa nálepky je veľmi ťažké. Najmä deti predškolského a ranného školského veku sú tým stigmatizované. Stigma je odvodené o gréckeho slova označovať. Neraz vedie k diskriminácii, nakoľko ľudia si vytvárajú predsudky voči nim. S diskrimináciou sa stretávame v procese integrácie a inklúzie do rôznych oblastí života osôb so zdravotným postihnutím (t. j. detí, mládež, dospelí v produktívnom a postproduktívnom veku).

2.2 DIMENZIE KVALITY ŽIVOTA, JEJ INDIKÁTORY A SPÔSOB MERANIA

Problematike kvality života sa v súčasnosti venuje veľké množstvo ľudí z rôznych oblastí spoločenského života. Skúmajú ju psychológovia, sociológovia, ekológovia, ekonómovia, politici, pedagógovia, ale aj odborníci z oblasti zdravotníctva či sociálnej práce, pričom každý z nich ju skúma z iného, jemu vlastného pohľadu. Aj napriek enormnému záujmu o túto problematiku po celom svete, nenájdeme ucelenú, všeobecne platnú a akceptovanú definíciu tohto pojmu, pretože koľko odborníkov sa aj napriek tejto snahe pokúsilo zdefinovať termín kvalita života, toľko definícií v súčasnosti existuje, avšak bez akejsi normy, resp. univerzálneho konsenzu.

Prvú zmienku o pojme „kvalita života“ môžeme podľa Hnilicovej (2005) nájsť už v 20. rokoch minulého storočia, v kontexte reflexií o vtedajšom ekonomickom vývoji a poslaní štátu v oblasti materiálnej podpory nižších spoločenských tried.

V 90. rokoch 20. storočia, v dobe zosilňovania globalizácie, sa kvalita života a sociálny rozvoj stáva hlavným zámerom európskych integračných smerov. Došlo k vytvoreniu Európskej nadácie pre riadenie kvality (European Foundation for Quality Management) za účelom vytvoriť z Európy svetového lídra v manažérstve kvality. Táto nadácia vypracovala v roku 1991 tzv. Európsky model TQM (Total Quality Management), ktorého úsilím je realizácia noriem kvality, napr. koncepcia ISO 9000. (Tokárová, 2002)

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) z roku 1996 *„kvalita života vyjadruje, ako ľudia vnímajú svoje miesto v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých žijú, a vo vzťahoch k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom.“* (Bačová, 2008, s. 36) Kvalita života zahŕňa 6 základných oblastí:

Tabuľka 4 - Oblasti a ukazovatele kvality života podľa modelu WHO z roku 1999

Oblasti	Ukazovatele
Fyzické zdravie	energia, únava, bolesť, spánok, odpočinok,
Psychologické zdravie	telesný vzhľad a imidž, sebaúcta, učenie, pamäť, myslenie, pozitívne a negatívne emócie
Úroveň nezávislosti	mobilita, každodenné aktivity, závislosť na liekoch a zdravotníckych pomôckach
Sociálne vzťahy	osobné vzťahy, sociálna podpora, sexuálna aktivita
Prostredie	finančné zdroje, sloboda, istota, bezpečnosť, domáce prostredie, doprava, sociálna starostlivosť, možnosti získania nových zručností a informácie
Náboženstvo	náboženské a osobné presvedčenia

Zdroj: Babinčák, 2008, s. 54

Pojem kvalita života (quality of life) sa týka ľudského bytia, existencie, života. Podľa Hartla, Hartlovej (2000) je kvalita života vyjadrenie pocitu životného „šťastia“, je to miera životnej spokojnosti a nespokojnosti.

Človek si význam kvality života najviac uvedomí až keď sa jeho životné podmienky radikálne zmenia, napr. keď sa uzdraví alebo naopak ochorí, keď sa mu jeho životné sny naplnia alebo stroskotajú, keď zbohatne alebo schudobnie atď. Človek si cez tieto životné súvislosti uvedomuje svoje šance a hodnoty, ktoré nadobúda alebo stráca, a ktoré môžu preňho predstavovať určitý apel na sebahodnotenie a sebapoznávanie. Na jednej strane je

kvalita života jedinca podmienená mierou osobnej aktivity, vôľou, trpezlivosťou a inými osobnostnými charakteristikami, a na strane druhej sú to vonkajšie faktory – ekonomické, kultúrne, geografické, politické. (Tokárová, 2002) Kvalita života je podľa Hnilicu (2005b) celková spokojnosť so životom, pocit celkového fyzického a duševného zdravia, pocit dobrej telesnej kondície, absencia častých bolestí.

Dimenzie kvality života

Mnohé štúdie, ktoré sa zaoberajú konceptom kvality života, ju vymedzujú v rámci jej dimenzie. Ako uvádza Ďurdiak a Porubská (2005) kvalita života na jednej strane predstavuje *objektívne podmienky na dobrý život* a na strane druhej *subjektívne prežívanie dobrého života*. V tomto kontexte sa ako praktické javí rozlíšenie **objektívnych a subjektívnych aspektov kvality života**.

Kvalita života je najčastejšie skúmaná na základe **objektívnych ukazovateľov** (napr. príjem, pracovné podmienky, kvalita bývania, zdravotná starostlivosť a pod.). (viac v časti indikátory a meranie kvality života, pozn. autora)

Subjektívne aspekty kvality života je individuálna kvalita života, čiže subjektívne hodnotenie spokojnosti s jednotlivými oblasťami života. Tento typ kvality života možno postihnúť len cez sebareflexiu, t. j. skúmanie a hodnotenie vlastných predstáv, mieru ich realizácie v komparácii s mierou uskutočnenia ostatnej časti spoločnosti.

Všeobecne sa za základné indikátory individuálnej kvality života pokladajú:

- fyzická pohoda,
- rozvoj osobnosti,
- materiálna pohoda,
- sebarealizácia,
- sociálne vzťahy,
- rekreácia.

Všeobecne subjektívnu kvalitu života tvoria dve zložky: *pohoda* (well-being) a *spokojnosť* (satisfaction) v rôznych oblastiach života. Určujúcim faktorom spokojnosti so životom sú očakávania (expectations), na základe ktorých môžeme kvalitu života vnímať ako „rozdiel medzi očakávaným a tým, čo človek v skutočnosti v živote dosiahne.“ Čím je rozdiel menší, tým je kvalita života vyššia. (Tokárová, 2002, s. 26)

Osobná pohoda - ako uvádza Schusterová (2007) sa skladá z troch oblastí:

1. pozitívne emócie,
2. negatívne emócie (ktoré spolu s pozitívnymi tvoria afektívnu zložku pohody),

3. spokojnosť so životom (ktorá predstavuje kognitívnu zložku osobnej pohody).

Naproti tomu autorky Ryffová, Keyesová (In Kebza, 2005) uvádzajú až šesť zložiek osobnej pohody:

1. sebaaprijatie,
2. zvládnutie životných podmienok,
3. pozitívne vzťahy s druhými,
4. zmysel života,
5. nezávislosť,
6. osobný rozvoj.

Najmä sebaaprijatie, nájsť zmysel života a viesť nezávislý spôsob života sú kľúčové pre osoby so zdravotným postihnutím, čomu sa venujeme nasledujúcej podkapitole

Spokojnosť - je dosahovaná vďaka uspokojovaniu existenciálnych potrieb a potrieb vyššieho rádu a subjektívna pohoda sa stotožňuje s tzv. flow-zážitkom ako dynamickým stavom vedomia naplneným radosťou a šťastím.

Spokojnosť je v rámci psychológie ľudských potrieb a v rámci teórie samoregulácie oblasť psychických javov, ktorú zaradíme do subjektívnej zážitkovej sféry človeka. Je to subjektívny zážitok, ktorý u človeka vzniká v súvislosti s objektívne jestvujúcimi potrebami, alebo podľa teórie samoregulácie ako odpoveď na autoregulačné pochody v organizme (Ďurič a Bratská, 1997). Podľa Koivumaa-Honkanena et al. (2001) je spokojnosť jedným z indikátorov pohody, pričom slúži na hodnotenie života ako celku na základe súvisu medzi osobnými cieľmi a ich dosahovaním.

Z uvedeného vyplýva, že ako osobná pohoda, tak aj spokojnosť je súčasťou psychického zdravia.

Indikátory kvality života

Problemátike skúmaniu a vytvoreniu indikátorov sa venovali štúdie už v 70. rokoch minulého storočia. Diskusie o kvalite života boli sprevádzané najmä spochybňovaním vymedziť indikátory kvality života. Mnoho autorov nenašlo spoločný názor v oblasti riešenia ukazovateľov kvality života. Napr. Toffler (In Halečka, 2002) poznamenáva, že v ekonomickej oblasti existujú ekonomické ukazovatele, ale v sociálnej oblasti sociálne indikátory absentujú. Ako prvý určil indikátory pre zvýšenie kvality života W. Forrester, ktorý vymedzil štyri hlavné faktory:

1. stav znečistenia životného prostredia,
2. stav rastu počtu obyvateľov,

3. financie pre životný štandard,
4. zabezpečenie potravinami.

Európska komisia OSN v roku 1974 (In Halečka, 2002) zosúladiť “sociálne indikátory“ do nasledujúcich ôsmich skupín:

1. zdravie,
2. pocit sociálnej istoty,
3. šanca rozvoja osobnosti,
4. kvalita pracovného miesta,
5. kvalita životného prostredia,
6. možnosť participácie v spoločenskom živote,
7. nákup tovarov a služieb,
8. možnosti využitia voľného času,

Ako ich uvádza Halečka (2002), ukazovatele kvality života prevládajú najmä v oblasti sociálnej politiky a sociálnej práce, čiže zasahujú najmä do spoločensko-politickej oblasti. Pre ilustráciu uvádzame zopár ukazovateľov kvality života: - stav hospodárskeho systému, - spôsob odmeňovania za prácu, - stav zamestnanosti a sociálneho zabezpečenia v prípade nezamestnanosti, - podmienky vzdelávania, - stav zabezpečenia mierového života ľudí, - stav možností voľného času a možnosti jeho využitia.

Ďalej vyššie citovaný autor poukazuje na to, že na ukazovatele kvality života je možné pozeráť aj z iného, negatívneho uhla pohľadu. Kvalitu života narušuje predovšetkým: - devastácia životného prostredia a prírody, - vojny a iné formy násilia, - prehĺbovanie sociálnej nerovnosti, - narušenie demokracie a porušovanie ľudských práv.

Pri skúmaní sociálnych ukazovateľov sú vo vzťahu ku kvalite života vymedzené tri hlavné prístupy (Hnilica, 2005a):

1. škandinávsky (odhaľuje životné podmienky, životnú úroveň a objektívne podmienky, ktoré sú nevyhnutné pre dobrý život),
2. americký (skúma subjektívne prežívanie dobrého života),
3. nemecký (kombinácia oboch prístupov).

Meranie kvality života

Kvalitu života môžeme v súčasnom období merať rozličnými metódami, najmä v závislosti od účelu skúmania. Křivohlavý (In Mühlpachr, 2005) rozdeľuje metódy do troch hlavných skupín:

1. objektívne metódy merania kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba,
2. subjektívne metódy merania kvality života, kde hodnotiteľom je sama daná osoba,
3. zmiešané metódy, ktoré sú kombináciou oboch metód.

Na meranie kvality života sa používajú rôzne hodnotiace stupnice (napr. oddelené odpovede, Likertova škála, vizuálna analógia, adjektívna stupnica) a metodiky WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF (skrátaná verzia obsahujúca 26 položiek).

Kvalitu života môžeme hodnotiť cez kombináciu merateľných hodnôt (zdravie, chudoba, bohatstvo, vzdelanie, úroveň bývania, zamestnanosť) a abstraktných hodnôt (morálka, sloboda, demokracia, bezpečnosť). (Blažej, 2005)

Index kvality života sa niekedy nazýva aj "**index - kde sa narodiť**". Hodnotí, v ktorej krajine je kvalita života najvyššia, a to na základe detailných analýz rôznych oblastí života. Konkrétne zahŕňa informácie o kúpnej sile, bezpečnosti života, kvalite zdravotníctva, výdavkoch na živobytie, pomere cien nehnuteľností a príjmov, čase strávenom dopravou, indexe znečistenia a klimatickom indexe. Pre ilustráciu uvádzame index kvality života vo svete.

Tabuľka 5 – Krajiny s najlepším indexom kvality života za rok 2021

Rank	Country	Quality of Life Index	Purchasing Power Index	Safety Index	Health Care Index	Cost of Living Index	Property Price to Income Ratio	Traffic Commute Time Index	Pollution Index	Climate Index
1	Switzerland	190.82	110.96	78.65	74.47	131.75	8.42	28.73	20.09	80.05
2	Denmark	190.01	94.73	73.28	79.96	91.67	6.66	28.69	20.40	81.80
3	Netherlands	183.31	83.89	72.78	75.76	78.64	7.35	27.81	25.28	87.11
4	Finland	182.79	89.05	72.99	76.40	77.46	8.64	28.96	11.86	56.64
5	Austria	182.37	78.23	74.77	78.40	75.49	10.40	25.68	19.20	77.79
6	Australia	181.52	99.29	57.56	77.71	84.14	7.38	35.04	23.48	92.70
7	Iceland	179.10	71.88	75.87	65.69	96.77	6.31	19.98	16.24	68.81
8	Germany	176.76	93.72	64.58	73.77	70.62	9.12	31.36	27.48	82.97
9	New Zealand	175.77	81.44	57.74	73.58	79.14	8.09	30.70	23.81	96.35
10	Norway	173.57	79.43	66.65	75.50	106.09	8.49	26.87	18.14	68.68

Zdroj : NOIZZ, 2021

Na základe najčerstvejších údajov z roku 2021 sa na čele *rebríčka indexu kvality života* umiestnilo Švajčiarsko. V tesnom závесе za ním je Dánsko, trochu väčší bodový odstup už má Holandsko, Fínsko či Rakúsko. **Slovensko sa v tabuľke umiestnilo na 29. priečke**, naši západní susedia z Česka sú na 22. pozícii.

Tabuľka 6 – Krajiny s najhorším indexom kvality života za rok 2021

Rank	Country	Quality of Life Index	Purchasing Power Index	Safety Index	Health Care Index	Cost of Living Index	Property Price to Income Ratio	Traffic Commute Time Index	Pollution Index	Climate Index
1	Nigeria	52.00	9.78	36.14	48.89	29.74	17.74	61.68	87.35	60.75
2	Iran	64.73	19.00	50.81	52.25	41.34	34.24	47.43	76.13	70.99
3	Bangladesh	65.27	24.07	35.78	42.70	33.31	14.43	58.53	84.91	72.91
4	Kenya	75.77	27.67	38.60	55.83	36.30	27.27	57.39	75.88	99.79
5	Philippines	78.39	19.71	57.84	67.09	40.65	30.14	44.04	74.06	61.03
6	Sri Lanka	79.78	20.77	58.81	72.63	31.28	35.01	57.20	59.92	59.11
7	Peru	83.30	28.81	33.39	56.38	36.26	16.88	48.81	82.69	97.69
8	Egypt	86.31	19.99	53.21	46.21	30.10	13.65	49.08	84.35	91.98
9	Vietnam	88.38	27.26	53.91	58.28	38.05	20.59	29.61	85.92	71.09
10	Indonesia	90.10	20.89	53.77	60.49	37.44	22.01	43.40	67.08	68.48

Zdroj : NOIZZ, 2021

Ako z tabuľky vidno s najhorším indexom kvality života sú na tom: Nigéria, Irán, Bangladéš, Keňa, Filipíny.

Za najšťastnejšie krajiny sveta sa považujú: Fínsko, Dánsko, Švajčiarsko, Island, Nórsko. Slovensko sa nachádza na 36. mieste. Najnešťastnejšou krajinou je Afganistan. A za najšťastnejšie miesto patria Helsinky (Fínsko) a na opačnom konci je za najnešťastnejšie mesto vo svete považovaná Kábul (Afganistan). (NOIZZ, 2020)

2.3 KVALITA ŽIVOTA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Kvalitu života osôb s hendikepom ovplyvňujú mnohé faktory ako je telesné i duševné zdravie, sociálny status, vzťahy s okolím a v rodine, životný štýl. Pri subjektívnom vnímaní kvality života je dôležité aj to ako jedinec s postihnutím hodnotí svoj doterajší život. Pozitívne hodnotenie minulosti môže hendikepovanému pomôcť zvládať lepšie jeho aktuálny stav. S hendikepom sa spája množstvom mýtov, predsudkov, či stereotypov, ktoré ovplyvňujú nielen jeho vnímanie inými zdravými ľuďmi, ale ovplyvňujú aj to, ako vnímajú hendikep samotní hendikepovaní. Bohužiaľ mnohé predsudky zdravotný postih devalvujú, môžu ovplyvniť sebapoňatie danej osoby a tým pádom aj jeho životnú spokojnosť. Niektoré mýty negatívne ovplyvňujú naše vnímanie voči tejto skupine osôb (závislosť od pomoci,

závislosť na poberaní dávok, nemožnosť založiť si rodinu a iné). Mýtus falošných predstáv, ktorý vznikol na základe presvedčenia, že len dobré, alebo vyhovujúce materiálne zabezpečenie je základom spokojnosti osôb s postihnutím. Schopnosti a možnosti hendikepovaných môžu byť a spravidla sú limitované zdravotným stavom a stále sa musia prispôbovať novým podmienkam, problémom či zmenám. Pre kvalitný život je dôležité rozvíjať a naplňovať svoje možnosti, hoci sú do určitej miery obmedzené. Preto je nesmierne dôležitá triezvosť hodnotenia svojho života a umiernenosť nárokov naň.

Na dosiahnutie spokojnosti v prežívaní človeka s hendikepom, je veľmi dôležité, aby mal uspokojivé nielen telesné, ale aj duševné zdravie. Kvalitná zdravotná a taktiež sociálna starostlivosť zabezpečuje uspokojovanie telesných, duševných, ako aj sociálnych a iných potrieb, pričom sa podieľa o udržiavanie a zlepšenie zdravia a celkovej kvality života. (Hegyí, Krajčík, 2010). Na kvalitu života má veľký vplyv sociálne postavenie človeka. Kvalita života a sociálny rozvoj zdravotne a sociálne znevýhodnených osôb má pre takéhoto človeka úplne iný význam a jeho rebríček hodnôt je postavený na každodennom živote zápasit' nielen so zdravotnými problémami, ale aj ekonomickými či sociálnymi. Otázkami kvality života sa ľudia začínajú zaoberať najmä vtedy, keď dochádza k jeho zníženiu.

V rodine, ktorej člen trpí zdravotným postihnutím, je kvalita života podmienená ako objektívnymi, tak aj subjektívnymi faktormi. V konečnom dôsledku, však predstavuje vždy uspokojovanie potrieb jednotlivca. Kvalitu života je nutné chápať v interakcii so životným štýlom človeka s postihnutím a životným cyklom rodiny ako takej, ktorý je podmienený ekonomickým zabezpečením rodiny, zdravotným stavom postihnutého človeka, hodnotovým systémom, mierou sebestačnosti vo vzťahu k zdravotnému postihnutiu ako aj úrovňou saturácie potrieb každého z jej členov z pohľadu bio-psycho-sociálno-spirituálneho.

Človek s postihnutím žije v konfrontácii, ktorá prebieha v troch základných rovinách. Po prvé ide o konfrontáciu medzi svojimi možnosťami, ktoré sú obmedzené poškodenými alebo absentujúcimi funkciami vlastného tela a ambíciami toho ktorého človeka, ktoré sú primerané jeho sociálnokultúrnemu statusu, nadaniu, vzdelaniu a intelektu. Druhá rovina spočíva v konfrontácii chovania druhých ľudí v porovnaní so sebou samým. V treťom prípade hovoríme o konfrontácii medzi tým, čo by mal v súčasnej spoločnosti dosiahnuť a tým, čo reálne môže dosiahnuť. (Novosad, 2011)

Na základe pozitívnych a negatívnych aspektov starostlivosti o odkázaného člena a procese integrácie môžeme vymedziť niekoľko dimenzií kvality života aplikovateľných na život rodiny s postihnutým členom a osoby so zdravotným postihnutím:

- **zdravie** – predstavuje dimenziu, ktorá je hodnotená z hľadiska očakávaného zlepšenia zdravotného stavu postihnutého človeka, zahŕňa emocionálne prežívanie postihnutia ako choroby a riziká zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k hendikepu;
- **materiálne blaho** – táto dimenzia charakterizuje materiálne zabezpečenie rodiny, jej výšku príjmov na základe hodnotenia nákladov rodiny spojenej so zdravotnou a sociálnou starostlivosťou o postihnutého človeka, ako aj zmeny majetkových pomerov pri príchode postihnutého člena do rodiny;
- **ekonomické zabezpečenie** – táto dimenzia popisuje úroveň ekonomického postavenia rodiny z hľadiska zabezpečenia potrieb rodiny, vyjadruje ekonomickú náročnosť starostlivosti o postihnutého člena v rodine;
- **sebarealizácia** – predstavuje dimenziu, v ktorej je implementovaná možnosť jedinca s postihnutím ako aj členov rodiny realizovať sa v činnostiach, ktoré ich naplňujú, dávajú im zmysel života či rozvíjajú vlastný potenciál, osobnosť alebo zručnosti;
- **aktívne občianstvo** – vyjadruje schopnosť osoby s postihnutím integrovať sa do života v komunite, uplatniť sa na trhu práce, predstavuje úroveň aktívnej účasti na spoločenskom živote, komunikácii, rekreačných aktivitách, ako aj distribúciu osobných aktivít či účasť na verejnom živote;
- **sociálne vzťahy a väzby** – táto dimenzia špecifikuje súdržnosť a silu rodinných vzťahov, sociálne interakcie rodiny s priateľmi, kolegami a okolím, ich intenzitu a distribúciu týchto väzieb, ako aj možnosť rozširovania sociálnych kontaktov, získavania zdrojov pomoci a podpory zo sociálnej siete na zlepšenie kvality života rodiny s postihnutým členom.

Kvalita života postihnutého človeka je ovplyvnená tým, aké má sociálne vzťahy a možnosti integrácie do spoločnosti. Tento proces integrácie nefunguje dobre, pretože sa spája ako sme už spomínali s množstvo diskriminačných prejavov, mýtov a predsudkov voči osobám so zdravotným postihnutím, dochádza k izolovanosti a bezmocnosti, pocitu odcudzenia sa od diania v komunite, čo vyvoláva negatívny dopad na komplexné vnímanie kvality života u človeka s postihnutím.

Sociálne prostredie – vplyv prostredia na kvalitu života rodiny s postihnutým členom, dostupnosť, adresnosť sociálnych služieb v okolí domova, využívanie všetkých zdrojov a výhod vo verejnom i súkromnom sektore;

Úroveň nezávislosti a sebestačnosti – možnosť viesť nezávislý život a vykonávať sebaobslužné činnosti čiastočne samostatne, je indikátorom subjektívneho vnímania kvality života človeka s postihnutím, implikuje samostatnosť, nezávislosť a kompetencie

osobnostného charakteru, ktoré podporujú vlastný životný štýl a pozitívnu víziu, zahŕňa pozitívne pocity sebavedomia;

Psychická pohoda a spokojnosť – osobný postoj k životu a prežívanie pocitu spokojnosti so sebou samým či so svojim životom má priamu súvislosť s akceptáciou zdravotného postihnutia, obsahuje aj zvládanie záťažových situácií, ktoré u postihnutého človeka vytvárajú priamy indikátor subjektívneho vnímania kvality života.

Životná neistota – predstavuje dimenziu kvality života, ktorá zahŕňa riziká zhoršenia zdravia, zdravotných komplikácií, sociálnej izolácie, a popisuje osobnostné a ekonomické neistoty, nejasnosť budúcnosti, riziká nezamestnanosti a chudoby.

2.4 SOCIÁLNE DÔSLEDKY ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Za sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia (ďalej len ŤZP) sa považuje znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba s ŤZP v porovnaní so zdravým občanom rovnakého veku, pohlavia za rovnakých podmienok, žijúca v rovnakých alebo porovnateľných podmienkach a ktoré z dôvodu ŤZP nevie prekonať.

Prejavy sociálnych dôsledkov napr:

- ťažkosti v nadväzovaní sociálnych kontaktov,
- problémy vo vyjadrovaní pocitov,
- neporozumenie,
- separácia/izolácia,
- sťažený prístup (verejný život, informácie),
- nedostatok prístupu k informáciám (najmä ľudia so zmyslovými postihnutiami).

KOMPENZÁCIE SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV ŤAŽKÉHO ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA (ďalej len ŤZP)

- **Zákon č. 447/2008 Z.z.** o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov – účinný od 1.1. 2009
- **Zákon 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 – účinný od 1. 1. 2009

Cieľom právnej úpravy je podpora sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ŤZP do spoločnosti za jej aktívnej účasti, pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti.

ZÁKON Č. 447/2008 Z. z. O PEŇAŽNÝCH PRÍSPEVKOCH NA KOMPENZÁCIU ŤZP

- Kompenzácia sociálneho dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia (ŤZP) je zmiernenie alebo prekonanie sociálneho dôsledku ŤZP poskytovaním peňažných príspevkov na kompenzáciu, podľa tohto zákona alebo poskytovaním sociálnych služieb podľa zákona o sociálnych službách.
- Sociálny dôsledok ŤZP je znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ŤZP v porovnaní so zdravou fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ŤZP prekonať sama.
- ŤZP = miera funkčnej poruchy (MFP) 50 % a viac
- Funkčná porucha je nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z hľadiska predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov. MFP sa určuje v desiatkach percent. Možno ju zvýšiť o 10% s prihliadnutím na ďalšie funkčné poruchy. Jednotlivé poruchy sú uvedené v percentách v prílohe č. 3 zákona č. 447/2008 Z.z.

Oblasti kompenzácie

Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa kompenzujú v oblasti:

- a) mobility a orientácie,
- b) komunikácie,
- c) zvýšených výdavkov,
- d) sebaobsluhy.

Posudková činnosť na účely kompenzácie, na účely preukazu a parkovacieho preukazu

Posudková činnosť na účely kompenzácie, preukazu a parkovacieho preukazu je **lekárska posudková činnosť a sociálna posudková činnosť**.

Posudkovú lekársku činnosť vykonáva posudkový lekár príslušného orgánu, sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník príslušného orgánu a iní prizvaní odborníci najmä z oblasti stavebníctva, architektúry, ergoterapie a pomôcok.

Realizácia lekárskej a sociálnej posudkovej činnosti prebieha na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (úsek posudkových činností), podľa miesta trvalého pobytu FO.

Posudková činnosť

- **Lekárska posudková činnosť**

- hodnotí a posudzuje zdravotný stav,
- určuje mieru funkčnej poruchy,
- posudzuje sociálne dôsledky v oblasti kompenzácií,
- posudzovanie jednotlivých druhov odkázanosti fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (FO s ŤZP),
- posudzovanie fyzickej schopnosti a psychickej schopnosti FO s ŤZP udeliť písomný súhlas.

Výsledkom lekárskej posudkovej činnosti je lekársky posudok.

- **Sociálna posudková činnosť**

- posudzuje individuálne predpoklady,
- posudzuje rodinné prostredie,
- posudzuje prostredie, ktoré ovplyvňuje začlenenie do spoločnosti,
- posudzuje všetky druhy odkázanosti,
- navrhuje kompenzácie.

Výsledkom sociálnej posudkovej činnosti je posudkový záver.

Na základe lekárskeho posudku a na základe posudkového záveru príslušný orgán vypracúva komplexný posudok na účely kompenzácie.

Peňažné príspevky na kompenzáciu ŤZP (zákon č. 447/2008 Z.z.)

- » peňažný príspevok na osobnú asistenciu - opakovaný,
- » peňažný príspevok na kúpu pomôcky – zoznam pomôcok a maximálne zohľadňované sumy z ceny pomôcok sú uvedené v predpise č. 7/2009 Z. z. Opatrenia MPSVR SR,
- » peňažný príspevok na výcvik používania pomôcky,
- » peňažný príspevok na úpravu pomôcky,
- » peňažný príspevok na opravu pomôcky,
- » peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia,
- » peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla,
- » peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla,
- » peňažný príspevok na prepravu - opakovaný,
- » peňažný príspevok na úpravu bytu,
- » peňažný príspevok na úpravu rodinného domu,
- » peňažný príspevok na úpravu garáže,
- » peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov – opakovaný
- » peňažný príspevok na opatrovanie - opakovaný.

Príslušný orgán (Odd. posudkových činností) vystavuje fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím preukaz fyzickej osoby s ŤZP alebo preukaz fyzickej osoby s ŤZP-S (so sprievodcom), ak je takáto osoba odkázaná na sprievodcu. (príloha A)

Príslušný orgán vystavuje fyzickej osobe s ŤZP parkovací preukaz, ak je odkázaná na individuálnu prepravu. (príloha B)

Konanie o priznanie peňažného príspevku na kompenzáciu, o preukaze a konanie o parkovacom preukaze sa začína na základe písomnej žiadosti FO alebo na základe písomnej žiadosti FO alebo rodiča maloletého dieťaťa alebo fyzickej osoby, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti.

- Žiadosť musí obsahovať:
 - meno a priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého/ prechodného pobytu,
 - lekársky nález,
 - potvrdenie o príjme za predchádzajúci kalendárny rok pred podaním žiadosti a vyhlásenie o majetku FO s ŤZP,
 - pri žiadosti o priznanie PP na opatrovanie je povinný žiadateľ predložiť aj potvrdenie o príjme zo zamestnania za kalendárny mesiac, v ktorom bola podaná žiadosť,
 - druh peňažného príspevku a odôvodnenie žiadosti.

Podkladom na rozhodnutie o peňažnom príspevku na kompenzáciu je komplexný posudok.

Žiadosti o PP na kompenzáciu ŤZP podávajú FO na miestnom príslušnom Úrade práce sociálnych vecí a rodiny, odbore sociálnych vecí a rodiny, oddelení PP na kompenzáciu ŤZP. Tu prichádza k prvému kontaktu klienta so sociálnym pracovníkom.

Sociálny pracovník musí:

- dokonale ovládať zákon č. 447/2008 Z.z.
- uplatniť individuálny a citlivý prístup ku každému klientovi,
- mať vedomosti z oblasti psychológie, sociológie, prípadne iných humanitných disciplín,
- mať komunikačné zručnosti,
- byť asertívny,
- mať vedomosti z oblasti ekonomickej,
- dbať o účelné vynakladanie peňažných prostriedkov štátu.

Z hľadiska informovanosti sa títo klienti delia do dvoch skupín:

- Klienti, ktorí prichádzajú s presnou predstavou o konkrétnom PP na kompenzáciu, o ktorý chcú požiadať, majú informácie.
- Klienti, ktorí prichádzajú so žiadosťou o „nejaký,, druh kompenzácie sociálnych dôsledkov ŤZP, ale sami nevedia akej, žiadajú poradiť, na čo majú nárok.

Prevzatú žiadosť sociálny pracovník postupuje na oddelenie posudkových činností so žiadosťou o vypracovanie komplexného posudku. Posudkový lekár na základe predložených lekárskeho nálezov určí mieru funkčnej poruchy FO a vypracuje lekárskeho posudok.

Ak je miera funkčnej poruchy nižšia ako 50 %, lekárskeho posudok obsahuje len:

- mieru funkčnej poruchy,
- vyjadrenie, že FO sa nepovažuje za FO s ťažkým zdravotným postihnutím s odôvodnením tohto vyjadrenia.

Ak je miera funkčnej poruchy 50 % a viac, lekárskeho posudok obsahuje:

- mieru funkčnej poruchy,
- vyjadrenie, že ide o FO s ŤZP,
- závery k jednotlivým druhom odkázanosti fyzickej osoby s ŤZP,
- termín opätovného posúdenia zdravotného stavu.

Oddelenie posudkových činností vypracuje komplexný posudok, ktorý okrem iných náležitostí obsahuje:

- sociálne dôsledky ŤZP vo všetkých oblastiach kompenzácie,
- návrh druhu PP na kompenzácie.

2.4.1 Osobná asistencia ako cesta k nezávislému spôsobu života

Len tak ísť von. Spraviť si program podľa seba. Pre niekoho samozrejmosť, pre osobu na vozíku túžba, realizácia ktorej si vyžaduje časté prispôsobovanie sa: systému štátnej inštitúcie, času, potrebám a prioritám rodiny. Zdraví rovesníci, kamarátky či susedia nepotrebuju na to, aby mohli ísť len tak von, prekonávať fyzické bariéry a dodržiavať program stanovený niekým iným.

Mať rovnaké práva, slobody a príležitosti ako ľudia bez zdravotného postihnutia. Žiť nezávisle, rozhodovať o vlastnom živote, prevziať zodpovednosť za seba a svoje rozhodnutia. Tieto princípy tvoria základ filozofie nezávislého života. Podľa nej sú ľudia so zdravotným postihnutím najlepší odborníci a odborníčky na vlastné potreby a sami najlepšie vedia, ako riešiť svoje problémy. Spoločnosť ich má vnímať v prvom rade ako občanov, až potom ako užívateľov lekárskej starostlivosti.

Nezávislý život uprednostňuje peňažné príspevky pred poskytovaním služieb zo strany úradov. Dáva človeku možnosť slobodne si vybrať medzi poskytovateľmi služieb, podľa vlastného uváženia si ich kvázi “kúpiť” a kontrolovať. Žiada odstránenie všetkých fyzických (infraštruktúrnych a inštitucionálnych) aj psychických bariér. Požaduje zaviesť do praxe univerzálny dizajn, ktorý automaticky ráta s pohybom ľudí s rôznymi druhmi postihnutia alebo s inými obmedzeniami (osoby s barami, na vozíkoch) bez toho, aby boli potrebné ďalšie špeciálne architektonické úpravy prostredia. Jedným z nástrojov, prostredníctvom ktorých môže človek prekonávať znevýhodnenia spôsobené zdravotným postihnutím, a tým žiť nezávisle, je osobná asistencia.

Osobná asistencia je pomoc fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím pri rôznych úkonoch a činnostiach. Je jedným zo spôsobov kompenzácie sociálnych dôsledkov zdravotného postihnutia. Predstavuje podporný nástroj, ktorý človeku so zdravotným postihnutím umožňuje viesť relatívne nezávislý a samostatný život vo svojej domácnosti, byť rovnoprávnym členom rodiny, študovať, pracovať alebo byť iným spôsobom prínosom pre spoločnosť (Gričová, Adamovičová, 2000). Osobná asistencia je založená na medziľudskom vzťahu a dohode medzi užívateľom osobnej asistencie a osobným asistentom, ktorý asistenciu vykonáva. Užívatelia delegujú na asistentov tie činnosti, ktoré z dôvodu postihnutia nemôžu vykonávať samostatne alebo ich musia robiť s pomocou iných osôb. Vďaka tomu majú čas a energiu na aktivity, ktoré samostatne vykonávať dokážu. Pojem “osobná” znamená, že osoba so zdravotným postihnutím sama rozhoduje o tom, ktoré aktivity a akým spôsobom sa vykonávajú. Každý človek je jedinečný a má vlastný spôsob života. Pomoc sa preto prispôbuje individuálnym potrebám ľudí so zdravotným postihnutím. Požiadavky na asistenciu ovplyvňuje aj rodinné zázemie, spôsob bývania, (bez)bariérovosť prostredia, používanie kompenzačných pomôcok a ďalšie faktory.

Osobnú asistenciu taxatívne vymedzuje zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (ŤZP) v § 20 ako „pomoc fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím pri činnostiach uvedených v prílohe č. 4. Osobnú asistenciu vykonáva osobný asistent.“ Jej účelom je aktivizácia, podpora sociálneho

začlenenia fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a podpora nezávislosti a možnosti rozhodovať sa a ovplyvňovať plnenie rodinných rolí, vykonávanie pracovných aktivít, vzdelávacích aktivít a voľnočasových aktivít. Medzi činnosti osobnej asistencie zaradujeme osobnú hygienu, obliekanie, príprava jedla, nakupovanie, pomoc pri domácich prácach, dohľad, pomoc počas dovolenky a iné. Osobná asistencia má formu peňažného príspevku na kompenzáciu ŤZP, ktorý vypláca štát. Peňažný príspevok na osobnú asistenciu priznáva a vypláca úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste bydliska užívateľa osobnej asistencie.

K základným východiskám osobnej asistencie patrí:

Deinštitucionalizácia – osoba s postihnutím môže prijať osobnú asistenciu, ktorá je vykonávaná v jeho domácom prirodzenom prostredí a tak vďaka tomu nie je odkázaná na život v inštitucionálnom zariadení.

Deprofesionalizácia – osobný asistent nepotrebuje špeciálne vzdelanie alebo kvalifikáciu, osoba s postihnutím ho sama zaúča a dáva inštrukcie, akým spôsobom mu má pomáhať pri vykonávaní každodenných činností,

Delimitácia – osobná asistencia nemá presne stanovený počet úkonov, ani čas, kedy sa má poskytovať. Môže sa vykonávať dennodenne aj počas víkendov a sviatkov.³

Demedikalizácia – pri osobnej asistencii je potrebné rozlišovať medzi tým, či je osoba “chorá” alebo “postihnutá”. Postihnutá osoba totiž nie je objektom zdravotnej starostlivosti, lekársku pomoc spravidla vyhľadá vtedy, keď ochorie, napríklad dostane chrípku. Inými slovami – ľudia s postihnutím nie sú “pacienti”.

Osobná asistencia neponúka univerzálny návod na riešenie všetkých problémov súvisiacich so zdravotným postihnutím. Nie je to ani forma pomoci, ktorá vyhovuje každému človeku. Pre mnohých ľudí však znamená šancu na skvalitnenie života a relatívne nezávislú existenciu. Ak má byť efektívnym a funkčným nástrojom, treba sa s ňou vopred dôkladne oboznámiť a pochopiť všetky jej plusy a mínusy.

K pozitívam osobnej asistencie môžeme zaradiť:

- možnosť osamostatniť sa, absolvovať štúdium a prípravu na povolanie, založiť si rodinu, prevziať rodinné roly a s nimi súvisiace povinnosti;

³ *Poznámka:* Druh úkonov a rozsah (t. j. počet hodín stanovených ročne) sa určuje na základe vypracovania komplexného posudku, ktorý je podkladom na rozhodnutie o priznanie peňažného príspevku (o i. aj na osobnú asistenciu).

- možnosť slobodne a nezávisle sa rozhodovať o vlastnom živote, svojich potrebách, záujmoch, aktivitách, o osobnom a profesijnom raste;
- viesť plnohodnotný život napriek fyzickým či psychickým obmedzeniam;
- šanca prevziať zodpovednosť za vlastný život a aktívne riešiť svoje osobné záležitosti;
- akceptovať vlastné zdravotné postihnutie so všetkými kladmi a záporami a uvedomiť si svoju jedinečnosť;
- možnosť získať nových priateľov, udržať si priateľov a pestovať s nimi vzťahy bez závislosti od nich;
- odbremeniť rodinných príslušníkov a znížiť ich zaťaženie stresom;
- možnosť zabrániť rozpadu manželstva alebo rodiny z dôvodu preťaženia;
- asistencia zabraňuje izolácii človeka pred umiestnením v zariadení sociálnych služieb.

Medzi negatíva patrí:

- nedostatok kvalitných asistentov, resp. ich fluktuácia z dôvodu slabého finančného ohodnotenia a chýbajúce sociálne zabezpečenie ľudí vykonávajúcich asistenciu a tak osoba s ťažkým zdravotným postihnutím, odkázaná na celodennú pomoc, ich musí hľadať prakticky neustále, čo prináša neistotu a komplikácie;
- asistencia predstavuje zásah do súkromia človeka a jeho rodiny;
- nepredvídateľnosť každodenných situácií: môže sa stať, že asistent nepríde v dohodnutom termíne alebo náhle prestane asistenciu vykonávať, čo prináša stres a problémy;
- pri osamelo žijúcich ľuďoch, ktorí si do domácnosti púšťajú ako asistenta cudzieho človeka, hrozí riziko okradnutia, fyzického alebo psychického ublíženia;
- maximálne stanovený počet hodín osobnej asistencie na deň je 20, čo komplikuje situáciu človeku, ktorý žije sám a potrebuje pomoc aj v noci.

Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP vo svojich ustanoveniach presne vymedzuje, kto má nárok na peňažný príspevok na osobnú asistenciu (rovnako aj ostatných peňažných príspevkov), aké sú podmienky pre jej poskytovanie, kto je osobný asistent a kto jeho užívateľ. Ďalej sú v zákone uvedené práva a povinnosti, zmluva o výkone osobnej asistencie, výkaz o odpracovaných hodinách (úradu práce, sociálnych vecí a rodiny sa posiela do 5. dňa v mesiaci za predchádzajúci kalendárny mesiac), potvrdenie o vyplatení odmene, čestné vyhlásenie k daňovému priznaniu.

Osobná asistencia je často zamieňaná s opatrovaním. Základným rozdielom je, kto, kedy, akým spôsobom a v akom rozsahu pomoc poskytuje a kto poskytovanie pomoci riadi. Pri opatrovaní starostlivosť väčšinou poskytuje člen rodiny alebo profesionálna opatrovateľská služba, ktorú zabezpečuje mesto, samosprávny kraj alebo súkromný poskytovateľ. Opatrovaní ľudia obvykle nemajú možnosť ovplyvniť, od koho pomoc prijímú. Pri osobnej asistencii si človek so zdravotným postihnutím zabezpečuje pomoc prostredníctvom asistentov a asistentiek. Je zodpovedný za ich výber, zaučenie, čas a spôsob vykonávania jednotlivých činností, vyplácanie odmeny. Ak opatrovanie poskytuje rodinný príslušník, človek so zdravotným postihnutím sa môže spoľahnúť na istotu a nepretržitosť pomoci. Opatrovanie nie je náročné na administratívu a opatrovatelia majú stabilný príjem. Užívateľ asistencie, naopak, zodpovedá za organizovanie asistenčných služieb a má administratívne povinnosti voči štátu. Osoba, ktorá chce vykonávať opatrovateľskú službu v domácnosti klienta a v zariadení sociálnych služieb, musí mať dosiahnuté stredné odborné vzdelanie v študijnom odbore so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, prípadne má povinnosť absolvovať akreditovaný opatrovateľský kurz v dĺžke najmenej 220 hodín. Človek opatrujúci svojho rodinného príslušníka nepotrebuje formálne vzdelanie. Pokiaľ ide o asistenciu, jej vykonávanie si nevyžaduje žiadne špeciálne vzdelanie či kurz, jedinou formálnou podmienkou je plnoletosť a spôsobilosť na právne úkony bez obmedzenia.

Tiež sa osobná asistencia zamieňa s pracovným asistentom a asistentom učiteľa.. Asistent učiteľa je zamestnancom školského zariadenia a jeho práca je hrazená zo zdrojov ministerstva školstva. Na vykonávanie tejto činnosti musí mať asistent učiteľa dosiahnuté aspoň pedagogické minimum. Asistent učiteľa individuálnym prístupom pomáha v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu žiakom, ktorí majú špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby. Tým pádom môžu byť aj žiaci s takýmito potrebami integrovaní do bežnej školy a môžu sa vzdelávať v hlavnom prúde vzdelávacieho procesu. Asistent učiteľa s pomocou špeciálneho pedagóga a školského psychológa pomáha skvalitňovať vyučovací proces žiaka so zdravotným znevýhodnením alebo s nadaním. Žiakovi pomáha: - pochopiť znenie slovnej úlohy; - vysvetľuje poučky; - pracuje s ním vlastným tempom; - diktuje poznámky z tabule, prípadne mu ich pomáha písať; - pri písaní písomnej práce asistent zjednodušuje zadania úloh a viackrát sa ich snaží žiakovi vysvetliť, aby otázku pochopil a dokázal na ňu odpovedať; - asistent učiteľa pomáha deťom aj v reálnych situáciách v škole, napríklad na dvore školy cez veľkú prestávku alebo v jedálni počas obeda. Štatút asistenta učiteľa je zakotvený v zákone č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon). Finančné

prostriedky na osobné náklady asistentov učiteľa sa poskytujú podľa § 4a zákona č. 597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení. Výnimku tvorí štúdium na vysokej škole, keď užívateľ osobnej asistencie môže do rozsahu hodín zarátat' aj pomoc počas vyučovania. Vtedy asistent vykonáva činnosti súvisiace so štúdiom na vysokej škole – písanie poznámok, pomoc pri toalete počas vyučovania, návšteva knižnice alebo sprevádzanie počas študijných pobytov mimo Slovenskej republiky.

Profesijná etika pri výkone osobnej asistencie by mala byť súčasťou výkonu práce osobného asistenta ako pomáhajúcej profesie. Lebo schopnosť konať v súlade s etickými zásadami je základným predpokladom, aby pomoc v praxi fungovala kvalitne a bola naplnená. S profesijnou etikou úzko súvisí aj vnímanie svojej práce a postavenia v rámci spoločnosti samotnými osobnými asistentmi. Napriek tomu, že ich finančné ohodnotenie štátom je podcenené, význam tohto povolania pre ľudí so zdravotným postihnutím aj samotnú spoločnosť je veľký a dnes už nenahraditeľný. Osobní asistenti si môžu byť právom vedomí tejto svojej úlohy a prínosu pre spoločnosť, byť preto sebavedomí a na svoju prácu hrdí. Pozitívnu hodnotou osobnej asistencie je konkrétna pomoc človeku so zdravotným postihnutím ku kvalitnému životu, integrácia, vzájomné obohacovanie sa, skúsenosť s postihnutím, zmena osobných priorít či hodnôt. Uvedomenie si týchto faktov vytvára celkový obraz o osobnej asistencii medzi verejnosťou i štátnymi predstaviteľmi.

Medzi základné etické zásady pri výkone osobnej asistencie patria:

- rešpektovať súkromie užívateľa a povinnosť zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach súvisiacich so zdravotným stavom užívateľa, s jeho rodinou a domácnosťou, o ktorých sa asistent dozvedel pri výkone osobnej asistencie;
- k užívateľovi je potrebné správať sa korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou;
- rešpektovať užívateľa ako rovnocenného partnera so všetkými právami, povinnosťami a zodpovednosťou za svoje rozhodnutia a konanie;
- neznížiť sa k drzému, hrubému alebo nemravnému konaniu voči užívateľovi;
- nemožno nijakým spôsobom zneužiť dôveru a závislosť užívateľa;
- porušenie tejto zásady je dôvodom na okamžité odstúpenie od zmluvy o výkone osobnej asistencie zo strany užívateľa;
- zvlášť je nepripustné zneužiť fyzickú závislosť užívateľa;
- je nepripustné krahnúť v domácnosti užívateľa, bez jeho dovolenia prehľadávať osobné dokumenty a mobilný telefón;

- zhotovovať fotografiu užívateľa a ďalej ju šíriť je možné len s jeho súhlasom;
- nie je v súlade s etickými zásadami odopierať užívateľovi podať lieky, jedlo či nápoj, ktoré osobný asistent a asistentka považujú za nevhodné.

2.4.2 Sociálne služby a kvalita ich poskytovania

Autori Lešková, Leško (2006) sú toho názoru, že bežnou súčasťou nášho každodenného života sú aj osoby so zdravotným postihnutím, ktorí nemajú v živote rovnaké východiskové pozície ako jedinci bez postihnutia. Bariéry, ktoré zdraví prekonávajú s ľahkosťou a aj samozrejmosťou, pre nich znamenajú často neprekonateľné prekážky, znamenajú odrezanie od sveta, znemožňujú im integráciu, čo často spôsobuje uzatváranie sa do seba. Osoba so zdravotným postihnutím sa neraz ocitá v situácii, ktorú nevie sama riešiť a nepozná všetky možnosti, ktoré má. *„Prístup okolia a celej spoločnosti k ľuďom s postihnutím má veľký vplyv na ich sebahodnotenie. Zvládanie svojej situácie nezávisí len od osobných vlastností človeka s postihnutím. Spoločnosť je povinná oboznamovať sa so svetom ľudí so zdravotným postihnutím, lebo len tak bude schopná zaujať správny postoj a poskytnúť pomoc. Jej prístup môže spočívať v akceptácii, odmietnutí alebo ľahostajnosti.“* (Arnoldová, 2007, s. 164)

Sociálna práca využíva mnoho nástrojov k zlepšeniu sociálnej situácie ľudí v spoločnosti, či už je to finančná alebo materiálna pomoc, osobné služby či výskumné aktivity. V tomto kontexte chápeme sociálne služby ako služby, ktoré sami sociálni pracovníci poskytujú či sprostredkujú (v zmysle osobných sociálnych služieb – personal social services). Musil (2004) v tejto súvislosti používa termín “služby sociálnej práce“, ktoré označujú komplex činností s konkrétnymi klientmi, ktorí prispievajú k realizácii zámerov sociálnych pracovníkov. Z pohľadu príjemcov sociálnych služieb, definuje sociálne služby Kozlová (2005), ktorá uvádza, že sociálne služby sú poskytované občanom, ktorí ich potrebujú vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu alebo veku a ktorí bez pomoci spoločnosti nemôžu prekonať ťaživú sociálnu situáciu.

V spoločnosti mylne prevláda názor, že sociálne služby sú určené predovšetkým pre seniorov. Nie je tomu ale tak, podobne sú určené pre rodiny s deťmi, ktoré sú v zlej sociálnej situácii, marginalizovaným skupinám, osobám so zdravotným postihnutím. Mylný názor vyvracia samotná definícia sociálnej služby, ktoré je v zákone č. 448/2008

Z. z. o sociálnych službách v § 2 ukotvená ako: odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb,
- riešenie krízovej sociálnej situácie,
- prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny,
- zabezpečenie starostlivosti o dieťa z dôvodu situácie v rodine, ktorá vyžaduje pomoc pri starostlivosti o dieťa.

V dnešnej dobe sociálne služby predstavujú širokú oblasť pomoci klientom v najrozličnejších životných situáciách. Sú hlavnými pojmami sociálnej politiky aj sociálnej práce na Slovensku. Je potrebné sa zamerať na sociálne služby pre osoby so zdravotným postihnutím, pretože práve u tejto skupiny občanov pozorujeme zrejmy posun a zmenu od klientov až po prijímateľov či reálnych spotrebiteľov sociálnych služieb.

Druhy sociálnych služieb rozdeľujeme do 5 oblastí:

1. sociálne služby krízovej intervencie;
2. sociálne služby na podporu rodiny s deťmi;
3. sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku;
4. sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií;
5. podporné služby.

Z hľadiska predmetu záujmu našej učebnice (ľudia so zdravotným postihnutím), je pre nás podstatná 3. až 5. oblasť. Treba podotknúť, že tretia oblasť je zameraná súčasne na osoby so zdravotným postihnutím a na ľudí v dôchodkovom veku. Je tomu tak z dôvodu, že osoba v postproduktívnom veku má častokrát aj zdravotné problémy, čím sa približuje potrebám ľudí so zdravotným postihnutím. Pre hendikepovaných sa poskytujú služby dennou formou, týždennou formou a to buď v domácom prostredí alebo v rámci pobytovej služby v zariadení inštitúcie. Zaradíme sem:

- *podporované bývanie* – je lepšou alternatívou k inštitucionálnej starostlivosti. Poskytuje ľuďom so zdravotným postihnutím možnosť žiť bežným spôsobom života tak, ako ostatní ľudia. Ľudia, ktorí žijú v podporovanom bývaní majú možnosť rozvíjať a získavať nové zručnosti potrebné pre samostatný život. Sociálni pracovníci im poskytujú poradenské služby zamerané na riešenie bežných problémov i špecializované poradenstvo.
- *opatrovateľskú službu* – poskytuje sa v domácom prostredí. Jej hlavným prínosom je, že občania odkázaní na pomoc inej osoby nemusia byť umiestnení do zariadenia, ale starostlivosť v podobe opatrovateľskej služby im je poskytovaná priamo v ich domácom prostredí.
- *rehabilitačné stredisko* - poskytuje sociálnu službu osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej osoby a osobe slabozrakej, nepočujúcej. Činnosti, ktoré sa realizujú v rehabilitačnom stredisku sú zamerané na obnovu sebestačnosti osôb s postihnutím a opätovné začlenenie do spoločnosti. Tieto osoby si vytvárajú denný režim, určujú si osobný plán, ciele, učia sa zvládať práce, ktoré sú nevyhnutné pre život v domácnosti, ako napríklad nakupovanie, upratovanie, príprava občerstvenia, stravovacie návyky a podobne.
- *domov sociálnych služieb* – je inštitucionálnym zariadením, v ktorom klienti dostávajú plný servis služieb (obslužné činnosti ako ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie; odborné činnosti ako sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, záujmová činnosť a iné činnosti).
- *špecializované zariadenie* – jedná sa o pobytové zariadenie v ktorom sa poskytujú obslužné, odborné a ďalšie činnosti a ich cieľom je rozvíjanie, prehľbovanie a upevňovanie sociálnych zručností.
- *denný stacionár* – poskytuje osobám so zníženou sebestačnosťou celodenné programy, v ktorých sa kombinujú sociálne a výchovné terapeutické činnosti. Služba poskytovaná v zariadení s denným pobytom, je určená pre osoby, ktoré žijú s ekonomicky aktívnymi členmi rodiny, pričom príslušníci rodiny z tohto dôvodu nemôžu svojim blízkym so zdravotným postihnutím poskytnúť starostlivosť počas dňa, ale nechcú ich ani umiestniť v domove sociálnych služieb.

Medzi ďalšie poskytované služby patria:

- *opatrovateľská služba,*
- *prepravná služba,*
- *sprievodcovská služba a predčítateľská služba,*

- *tlmočnická služba a jej sprostredkovanie,*
- *sprostredkovanie osobnej asistencie,*
- *požičiavanie pomôcok.*

Ďalšou 4. oblasťou sú služby s použitím telekomunikačných služieb ako je *monitorovanie a signalizácia potreby pomoci*, ktoré slúžia na poskytovanie nepretržitej, dištančnej, hlasovej, písomnej (krátka textová správa) alebo elektronickej komunikácie prostredníctvom signalizačného zariadenia alebo audiovizuálneho zariadenia napojeného na centrálny dispečing, ktorý zabezpečí potrebnú pomoc na základe vyslaného signálu potreby pomoci. Ďalšou je *služba krízovej pomoci poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií*, ak sa osoba nachádza v krízovej sociálnej situácii alebo v inej obtiažnej životnej situácii, ktorú nemôže riešiť vlastnými silami a zabezpečuje sa najmä poskytnutím sociálneho poradenstva.

Poslednú 5. oblasť tvoria služby, ktoré sú nápomocné k ceste viesť samostatný, zmysluplný život:

- *odľahčovacia služba,*
- *pomoc pri výkone opatrovnických práv a povinností,*
- *denné centrum,*
- *podpora samostatného bývania,*
- *jedáleň,*
- *práčovňa a stredisko osobnej hygieny.*

Ako uvádzajú autorky Repková, Sedláková (2012, s. 26) „*sociálne služby patria k oporným pilierom systému sociálnej ochrany osôb so zdravotným postihnutím. Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie ľudí z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu predstavujú na Slovensku výrazne najzastúpenejší sektor sociálnych služieb.*“ Pri realizácii sociálnych služieb spolupracujú rôzne rezorty - ministerstvo zdravotníctva, školstva, sociálnych vecí a zároveň sa prelína štátny a neštátny sektor. Účelom je vytvoriť systém, ktorý bude vplývať na všetky sféry prevencie a bude prispievať ku kvalite života každého klienta.

2.5 ETICKÉ OTÁZKY A DILEMY V PRAXI SOCIÁLNEJ PRÁCE S OSOBAMI SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Každodenne sa v praxi stretávame s rôznymi etickými dilemami. Je to prakticky vždy, keď sa človek musí rozhodnúť pre jedno z riešení, kde ani jedno nie je optimálne a najlepšie. Mnohí si mýlia pojmy etický problém a etická dilema. Je však medzi nimi zásadný rozdiel. Etická dilema musí spĺňať tri podmienky:

1. musia existovať rôzne možnosti konania, z ktorých si jednotlivec môže jednu zvoliť,
2. rozhodnutie, ktorý smer je v danej situácii najlepší (situácie, ktoré sú nepríjemné, ale nevyžadujú voľbu nie sú etickými dilemami),
3. v každom prípade dochádza k nedodržaniu etického princípu ako takého, t. j. neexistuje ideálne (dokonalé) riešenie.

V dilematických situáciách sa robia rozhodnutia veľmi ťažko. Hoci niektoré dilemy môžu vykazovať istú podobnosť, v mnohých aspektoch budú jedinečné a neopakovateľné (iné osoby, iné prostredie, iná organizácia atď.). Práve preto nie je možné sociálnym pracovníkom ponúknuť presný návod na riešenie dilematických situácií. Kľúč leží najmä v samotnej osobe sociálneho pracovníka, v jeho osobnosti, skúsenostiach a vedomostiach. (Mátel, 2012).

Pracovníci môžu naraziť na široké spektrum etických dilem ako dôsledok ich rôznorodých a niekedy aj nezlučiteľných povinností voči klientom, zamestnávateľom, kolegom, profesii a celej spoločnosti. (Reamer In Mátel, 2012) Vznik dilematických situácií môže úzko súvisieť s konfliktami záujmov.

Americký profesor sociálnej práce a špecialista na etiku Frederic G. Reamer (In Mátel, 2012) navrhol systematický postup, ktorý môže pomôcť, keď sa sociálni pracovníci dostanú do dilematickej alebo problematickej situácie a budú sa musieť rozhodnúť. Medzi systematický postup zaradil:

1. Identifikácia etického problému, resp. dilemy, vrátane hodnôt a povinností sociálnej práce, ktoré sa ocitli v konflikte.
2. Identifikácia jednotlivcov, skupín alebo organizácií, ktorých sa bude etické rozhodnutie pravdepodobne dotýkať. Dotknutých môže byť viacero osôb súčasne. (Radková, 2013).
3. Predbežne identifikovať všetky realizovateľné smery konania a následky pre všetkých účastníkov, vrátane potenciálnych prínosov a rizík pre každého z nich. Ide o akýsi počiatočný „brainstorming“, ktorý pomôže odhaliť viacero variantov riešenia.

4. Dôkladné preskúmanie dôvodov výhod a nevýhod každého z variantov riešenia s prihliadnutím na etický kódex a platnú legislatívu;

Vzhľadom na medzinárodne prijaté princípy etiky sociálnej práce (IFSW/IASSW, 2018) sa zdôrazňuje hodnota a dôstojnosť všetkých ľudí, vrátane ochrany ich fyzickej, psychickej integrity. Na druhej strane slovenský kódex, ako aj medzinárodné etické princípy zdôrazňujú zachovávanie dôvernosti informácií.

- Etické teórie, princípy a smernice;
- Praktické teórie a princípy sociálnej práce. V tomto procese pomáha rozlíšenie praktických aspektov prípadu od etického uvažovania;
- Osobné hodnoty (vrátane náboženstva, kultúry, etických hodnôt a politických ideí), zvlášť tie, ktoré sa dostávajú do rozporu;
- Konzultovanie s kolegami a príslušnými odborníkmi (zamestnanci organizácie, supervízori, právni zástupcovia a odborníci na etiku). Zvyčajne sociálni pracovníci nemusia urobiť rozhodnutie sami bez možnosti konzultovania s ďalšími odborníkmi, ale do procesu môžu zapojiť aj iných. Takisto konzultovanie môže pomôcť k ochrane samotných sociálnych pracovníkov v prípadoch obvinenia kvôli dôsledkom ich rozhodnutia;
- Urobenie rozhodnutia a dokumentácia celého procesu rozhodovania. V priebehu systematického procesu prípravy na vykonanie rozhodnutia sa často vyjasňuje, ktorý smer riešenia prinesie viac prospechu a menej zla. (Radková, 2013)
- Monitorovanie, zhodnocovanie a zdokumentovanie rozhodnutia. Urobením etického rozhodnutia nie je ukončený celý proces, pretože prídu na rad dôsledky. Sociálny pracovník musí byť pripravený svoje rozhodnutie zdôvodniť klientke/klientovi, zamestnávateľom (vedeniu organizácie), kolegom a náležitým úradom. Dôsledná dokumentácia je dôležitá aj kvôli eventuálnym sťažnostiam, obvineniam zo zneužitia právomoci alebo pri súdnom konaní.

Sociálna práca je sama o sebe založená na hodnotách demokracie a ľudských práv. Sociálni pracovníci preto dbajú na dodržovanie ľudských práv u skupín i jednotlivcov. (Novotná, 2014)

Zvládanie etických dilem, s ktorými sa pracovník stretáva je veľmi komplikované. Prvým krokom je dilemu identifikovať, určiť hodnoty, povinnosti a práva a ujasniť si, koho sa riešenie bude týkať. Pri zvládaní etických dilem sa od pracovníka očakáva dvojitý prístup. Na jednej strane pristupovať ku každému individuálne podľa situácie a špecifických potrieb

jednotlivca, na druhej strane sa očakáva, že sa bude riadiť pokynmi zamestnávateľa a zavedených postupov a pravidiel. (Musil, Nečasová, 2008)

Sociálni pracovníci sa stretávajú so širokou paletou etických dilem, ktoré musia prekonávať pri práci s touto skupinou a ktoré do značnej miery ovplyvňujú osobné skúsenosti, životná prax a vlastný hodnotový systém sociálneho pracovníka.

Je dôležité, aby sociálny pracovník v kontakte s klientmi s postihnutím sa riadil princípmi rešpektu a rovnosti. Človek si vytvára svoj vlastný obraz a zaujíma vlastný postoj k realite, preto len ťažko môže sociálny pracovník ovplyvniť to, ako klient vníma svoje postihnutie, to je na osobnosti každého klienta, avšak jeho úlohou je rešpektovať jeho individualitu a neposudzovať ho. Na druhej strane princíp rovnosti hovorí o dodržiavaní základných ľudských práv a ľudskej dôstojnosti za každých okolností. Preto by sociálni pracovníci v rámci etických noriem a morálky mali prijímať každého klienta rovnako, a brať na zreteľ myšlienku, že všetci ľudia sú si rovní a nesmú byť zo žiadneho dôvodu diskriminovaní.

3 INTEGRÁCIA A INKLÚZIA V ŽIVOTNÝCH ETAPÁCH ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

3.1 OBLASŤ VÝCHOVY A VZDELÁVANIA

Predprimárna oblasť (jasle, materská škola) integrácie začína už v **predškolskom veku**, kedy sa dieťa vyvíja a pri vhodnom pôsobení a vytvorení podmienok, sa ľahšie bude adaptovať v prirodzenom prostredí zdravých detí. Je dokázané, že ak sa s integráciou začne už v útlom veku, jej pozitívne účinky sa prejavia skôr. Každé dieťa začína vychovávať od útleho detstva jeho rodina. Učí sa chodiť, rozprávať, sledovať dianie okolo seba, rozlišovať predmety, napodobňovať dospelých (s ohľadom na jeho zdravotný stav). Osvojuje si určitý spôsob správania a konania. Môžeme povedať, že rodina zabezpečuje dieťaťu primárnu výchovu. Rodina však nemôže zabezpečiť všetky atribúty výchovy. Keďže človek je tvor spoločenský, potrebuje sa vedieť dorozumievať s ľuďmi, resp. asimilovať do spoločnosti. Na rad nastupuje škola, pričom primárna výchova zostáva aktívna. Škola formuje intelekt dieťaťa, dáva mu ucelený prehľad o spoločenskom živote, rozvíja jeho kognitívnu zložku, utvára postoje, názory..... Nie nadarmo sa totiž hovorí, že “škola je učiteľkou života”. Pre “zdravé” deti je prospešné, ak sú v kontakte s hendikepovanými. Ak sa zameriame na vek, možno konštatovať, že deti predškolského veku si viac-menej nevšímajú odlišnosti (vzájomné rozdiely medzi nimi), ak nie sú upozornení sprostredkované dospelým alebo iným dieťaťom. Zvyčajne ich vnímajú ako prirodzenú súčasť skupiny. Deti v útlom veku nerozlišujú, že oni sú bielej farby pleti, ale na ulici stretnú dieťa tmavej pleti. Podľa Radakovičovej (2012) sa rovesníci voči “iným” deťom správajú zväčša bez odmietania, strachu a pod. Inklúzia sa aj preto najlepšie realizuje v detskom veku. Pre porovnanie, pri začleňovaní resp. zrovnoprávnení na pracovnom trhu je to už zložitejšie a aj finančne nákladnejšie, predovšetkým pre zamestnávateľa. Ťažšie je to aj pre jedinca so zdravotným postihnutím, ak štúdium absolvoval na škole pre žiakov so špeciálno-výchovnými potrebami, kde nebol v priamej interakcii so zdravými žiakmi. Takýto žiak bude mať väčšiu pravdepodobnosť ťažšie sa adaptovať na pracovné prostredie, podobne aj pri práci s kolegami bude narážať na isté úskalia.

Pre dieťa bez postihnutia je však prvoradé, aby mu jeho rodičia vysvetlili, že sa bude stretávať, hrať, súťažiť, prípadne v neskoršom veku učiť sa síce s dieťaťom navonok odlišným, ale s rovnakými túžbami, snami, záujmami. Vysvetliť, že tak to zariadila príroda a keďže to nemôžeme zmeniť, nemali by sme mať ani iný prístup k nemu. Že svet je rozmanitý, jeho pestrosť je jeho súčasťou a my sme súčasťou tohto sveta. Dobrým príkladom pre vysvetlenie dieťaťa môžu byť aj zvieratká – je ich veľa druhov a napriek tomu žijú v symbióze.

Inkluzívne vzdelávanie je vo všeobecnosti považované za efektívny nástroj sociálnej inklúzie. Toto presvedčenie deklaruje aj tlačová správa z medzinárodnej konferencie „Predpoklady inkluzívneho vzdelávania na Slovensku“, ktorú zorganizoval Úrad vlády SR spoločne s mimovládnyimi organizáciami Amnesty International Slovensko, Človek v ohrození Slovensko a Inštitút pre dobre spravovanú spoločnosť. V jej obsahu rezonuje názor, že *„výsledkom inkluzívneho vzdelávania je plnohodnotné začlenenie – teda inklúzia – každého jednotlivca do spoločenského, hospodárskeho a kultúrneho života.“* (Petöcz, 2015, s. 124) Vzdelaniu sa v našej spoločnosti stále pripisuje nemalá moc a napriek tomu, že škola postupne stráca monopol na vzdelávanie, je stále považovaná za nezastupiteľnú inštitúciu, ktorej primárnou úlohou je vytvoriť podmienky pre realizáciu práva na vzdelanie. Vzdelanie, ktoré škola sprostredkuje, je chápané ako nevyhnutnosť, ako brána k lepšiemu životu.

3.1.1 Inkluzívne vzdelávanie na základných a stredných školách

Inkluzívne vzdelávanie je inovatívny prístup v oblasti vzdelávania, ktorý predovšetkým zdôrazňuje právo každého dieťaťa na kvalitné vzdelávanie. Pojem inkluzívne vzdelávanie vznikol v 90. rokoch 20. storočia. Presnejšie v dňoch 7. - 10. júna 1994 na svetovej konferencii s témou „Vzdelávanie žiakov so špeciálnymi potrebami“ v Salamance v Paríži, kde sa zúčastnené vlády 92 štátov a 25 medzinárodných organizácií zjednotili na akčných rámcoch podporujúcich vzdelávanie pre všetkých žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Inkluzívne vzdelávanie sa opiera o východiskové hodnoty ako rovnosť, dodržiavanie práv, sociálna spravodlivosť, tolerancia, rešpektovanie rozmanitosti, demokracia a participácia (byť súčasťou komunity, mať prístup ku kvalitnému vzdelaniu a možnostiam na rozvoj). Vychádza z rešpektu k jedinečnosti každého žiaka, k jeho osobitostiam

vychádzajúcim z príslušnosti k určitej skupine alebo prostrediu. Heterogénnosť je vnímaná ako normalita. (Bagalová a kol., 2015)

Prioritnou úlohou v inkluzívnom vzdelávaní je zabezpečiť rovnaké príležitosti pre všetky deti a pre všetkých žiakov, umožniť im získanie efektívnych vzdelávacích služieb, potrebných pomôcok a podporných služieb, s cieľom pripraviť deti a žiakov na produktívny život ako plnoprávných členov spoločnosti.

Cieľom inkluzívneho vzdelávania je plnohodnotná účasť všetkých detí a žiakov na vzdelávaní, ktorá ponúka príležitosť maximalizovať rozvoj ich intelektuálneho a sociálneho potenciálu a tak zlepšiť predpoklady na neskoršie plnohodnotné začlenenie detí a žiakov do spoločenského a pracovného života. Jednoznačným cieľom kvalitného inkluzívneho vzdelávania je tak skončiť so všetkými formami diskriminácie a podporovať sociálnu kohéziu. (Červenická In Bagalová a kol., 2015)

V rámci výchovy a vzdelávania detí a žiakov so špeciálno-vzdelávacími potrebami sa postupuje v zmysle zákona o výchove a vzdelávaní č. 245/2008 Z. z. (školský zákon). Ten upravuje vzdelávanie v materských, základných a stredných školách, v praktickej škole a v odbornom učilišti. Tento zákon nepoužíva pojem inklúzia, keďže bol prijatý v roku 2008, teda ešte predtým, ako naša krajina oficiálne prijala medzinárodné dokumenty zaväzujúce ju k implementácii inkluzívnej politiky. Inklúzia resp. integrácia vo vzdelávaní je tiež podchytená v niekoľkých právnych predpisoch, a to najmä v Ústave SR č. 460/1992 Zb., čl. 38 a 42, vo vyhláske MŠVVaŠ SR č.325/2008 Z. z. o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie; v zákone č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (antidiskriminačný zákon), ktorý ustanovuje, že dodržiavanie zásady rovnakého zaobchádzania spočíva v zákaze diskriminácie aj z dôvodu zdravotného postihnutia. Z medzinárodných dokumentov sú to: Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948), ktorá v ods. 1 ustanovuje „*Každý má právo na vzdelanie. Vzdelanie musí byť.....*“ Taktiež aj čl. 29, ods. 2 Listiny základných práv a slobôd vymedzuje, že: „*Mladiství a osoby zdravotne postihnuté majú právo na osobitnú ochranu v pracovných vzťahoch a na pomoc pri príprave na povolanie.*“ Podobne aj Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006) v č. 24 sa zmieňuje o práve na vzdelávaní.

Na základe vyššie uvedeného vidíme, že vzdelávanie jedincov so zdravotným postihnutím upravuje celý rad právnych predpisov. Tieto domáce a medzinárodne platné dokumenty tvoria základné východiská filozofie pre koncepciu vzdelávania detí a mládeže so zdravotným postihnutím, ktorá v súlade s celosvetovým trendom kladie popri tradičnom segregovanom spôsobe výchovy a vzdelávania prostredníctvom sústavy špeciálnych škôl

veľký dôraz na rozvoj integrovaného spôsobu výchovy a vzdelávania detí, žiakov a študentov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach škôl a školských zariadení bežného typu.

V **oblasti primárneho vzdelávania** je rozdiel, či je dieťa s hendikepom včlenené medzi zdravých spolu vrstovníkov už na 1. stupni základnej školy alebo až na 2. stupni, prípadne k tomuto procesu príde až na strednej škole v rámci sekundárneho vzdelávania. Rafferty et al. (2001) potvrdili, že ak sú všetci žiaci už od začiatku vzdelávania účastní v procese začlenenia, je viac pravdepodobné, že prístup detí z väčšinovej spoločnosti bude akceptujúci. Je menej pravdepodobné, že samotnú odlišnosť budú žiaci v tomto vývinovom období považovať za narušenie. (Idol, 2006) A práve žiaci, ktorí sú vedení a vychovávaní od ranného veku, sú v rámci rovesníckych vzťahov ochotní iniciovať a udržiavať priateľstva s deťmi s odlišnosťou. Podľa výskumných zistení autorov Guralnick a Paul-Brown (1977) sa potvrdilo, že žiaci z majoritnej spoločnosti majú tendenciu prispôbiť svoju komunikáciu bez toho, aby boli upozornení zo strany dospelých osôb. Vývinové obdobie a podpora správania voči odlišnosti vytvára pozitívnu atmosféru a zvyšuje vzájomnú kolegiálnu detí v triede, skupine. Ak žiak nastúpi do školy bežného typu, nemusí to automaticky znamenať neprijatie jeho spolužiakmi. Aj v tomto prípade môže pedagóg spolupôsobiť na priaznivú atmosféru. Zdraví žiaci spolu s postihnutými môžu vytvárať priateľstvá, navzájom sa spoznávať a na seba si zvykať, učiť sa spolu a pre seba navzájom žiť. Nepostihnutým deťom potom poskytnúť spoločným s postihnutými pravdivé a hlboké poznanie vlastností ich osobnosti, pomocou ktorého sa vytvára ich pozitívny vzťah k nim a schopnosť nie len žiť vedľa seba, ale žiť spolu jeden pre druhého.

Aby inklúzia mohla byť úspešná, musia byť splnené podmienky, predovšetkým:

1. Rodičia žiaka musia vyjadriť súhlas s integráciou. Až na základe návrhu na prijatie žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do základnej školy a správy zo špeciálno-pedagogického, psychologického, odborného vyšetrenia sa riaditeľ školy písomne vyjadrí k integrácii.
2. Žiakovi musí byť poskytovaná špeciálna starostlivosť pri učení.
3. Integrácia musí prebiehať v súlade s účinným využívaním prostriedkov, ktoré škola má. Tá musí zabezpečiť vybavenie po personálnej aj materiálnej stránke.
4. Spolu s ostatnými žiakmi sa integrovaní zúčastňujú na činnosti školy.

Rodič musí zabezpečiť dopravu do školy a z nej. (Návrh na vzdelávanie, 2018) Neoddeliteľnou súčasťou prístupu k integrovanému žiakovi je rešpektovanie jeho individuálnych potrieb. Individuálny prístup by sa mal dotýkať predovšetkým metód

výkladu učiva, jeho opakovania, upevňovania a preverovania a tiež osobného prístupu prostredníctvom pochvaly. Nutnosťou je zohľadňovať jeho znevýhodnenie a z neho vyplývajúce bariéry v edukácii. Sme toho názoru, že v praxi je náročné uplatňovať individuálny prístup, pretože žiak väčšinou nemá osobného asistenta, resp. učiteľ nemá svojho asistenta učiteľa, nakoľko je ich nedostatok. Ministerstvo školstva môže prideliť z kapitoly ministerstva a z kapitoly ministerstva vnútra na žiadosť zriaďovateľa verejnej školy finančné prostriedky na osobné náklady asistentov učiteľa pre žiakov so zdravotným znevýhodnením podľa ustanovenia zákona č. 597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení podľa § 4a, ods. 2, písm. c). V súčasnosti je mesačný normatív na osobné náklady asistenta učiteľa 1 016 Eur. Aby bolo individuálne integrovanie efektívne, je potrebná obojstranná kooperácia subjektov žiak – učiteľ – rodič a možnosť konzultovania prípadných problémov s odborníkmi. Podporné služby pre tieto subjekty poskytujú:

- *centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie* – metodicky usmerňujú koordinátorov prevencie, školských psychológov, výchovných poradcov na stredných školách, ďalej poskytujú komplexnú psychologickú, špeciálno-pedagogickú, diagnostickú, výchovnú, preventívnu a poradenskú starostlivosť žiakom (okrem žiakov so zdravotným postihnutím),
- *centrá špeciálno-pedagogického poradenstva* – poskytujú komplexné odborné činnosti žiakom so zdravotným postihnutím a špecializujú sa výlučne na jeden jeho druh,
- *školský špeciálny pedagóg* – podieľa sa na vypracúvaní individuálnych výchovno-vzdelávacích plánov, pracuje so žiakmi na vyučovacej hodine a pod.,
- *školský psychológ* – diagnostikuje poruchy správania a učenia, vytvára podmienky pre pozitívne zmeny, pracuje s problémovými žiakmi a poskytuje konzultácie rodičom, žiakom a učiteľom,
- *výchovný poradca* – poskytuje poradenstvo a konzultácie v oblasti výchovy a vzdelávania, profesijnej orientácie a v oblasti prevencie delikventného správania a sprostredkúva spoluprácu školy s poradenskými zariadeniami,
- *liečebný pedagóg* – poskytuje terapeuticko-výchovnú pomoc žiakom s poruchami vývinu alebo správania a tiež žiakom, ktorých psychický, emocionálny a sociálny vývin je ohrozený,

- *sociálny pedagóg* – plní predovšetkým funkciu sociálnej prevencie (zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní v znení neskorších predpisov).⁴

Úspešná integrácia závisí na spolupráci tímu odborných pracovníkov školy, mimoškolských zariadení a organizácií a rodičov. Dôležitá je úroveň vzájomnej komunikácie, spolupráce, schopnosti robiť spoločné rozhodnutia a pozitívneho postoja k integrácii všetkých členov tímu. Členovia tohto tímu sú spoluzodpovední za utvorenie podmienok pre výchovu a vzdelávanie žiaka so zdravotným postihnutím na bežnej škole a poskytovanie odborného servisu tak žiakovi ako aj rodičom. Jednotliví členovia tímu sa podieľajú na zabezpečovaní špeciálnej starostlivosti u každého žiaka so zdravotným hendikepom individuálne adekvátne jeho špeciálno-pedagogickým potrebám. Špeciálny pedagóg môže spolupracovať podľa potreby s ďalšími odborníkmi (napr. zo špeciálno-pedagogickej poradne, detského integračného centra a pod.). Tím odborných pracovníkov a rodičov odporúča riaditeľovi prijať, resp. neprijať takéhoto žiaka na bežnú školu. K prijatiu na školu slúži Návrh na vzdelávanie dieťaťa alebo žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v materskej škole, v základnej škole, v strednej škole a v špeciálnej škole. V prípade prijatia žiaka rozhoduje aké metódy, postupy, služby, materiálne a personálne zabezpečenie bude potrebné realizovať, aby sa mohol žiak úspešne vzdelávať na bežnej škole. V prípade, že riaditeľ školy na základe odporúčania realizačného tímu rozhodne neprijať žiaka so zdravotným postihnutím na bežnú základnú školu a rodičia s jeho rozhodnutím nesúhlasia, je vhodné požiadať o posúdenie problému a vyjadrenie nezávislého erudovaného odborného pracovníka z inštitúcie mimo školy (napr. z príslušnej špeciálno-pedagogickej poradne, detského integračného centra atď.). Po oboznámení sa s dôvodmi realizačného tímu, riaditeľa školy ako aj rodičov dieťaťa, odborný pracovník zaujme stanovisko, ktoré je základom pre ďalšiu diskusiu realizačného tímu a rodičov, v ktorej je potrebné nájsť kompromisné riešenie. Najvhodnejším výsledkom pre žiaka, rodičov aj učiteľov v takomto prípade je na základe diskusie, odborných argumentov a vzájomného presviedčania zúčastnených strán dospieť ku kompromisnému riešeniu. Ak rodičia dieťaťa ani potom nesúhlasia s navrhovaným riešením, majú možnosť sa obrátiť na odbor školstva a kultúry príslušného okresného úradu. (Úloha školského špeciálneho pedagóga v ZŠ, 1999)

Pri inkluzívnom **sekundárnom vzdelávaní**, t. j. na stredných školách tiež závisí, či študent so zdravotným hendikepom navštevoval klasickú ZŠ alebo špeciálnu. Od toho sa aj

⁴ Treba však pripomenúť, že riaditeľ nemá zákonnú povinnosť zamestnávať zmienených odborníkov.

vyvíja jeho vzťah s okolím, učiteľom, spolužiakom a k učeniu ako takému. Študenti so špeciálno-výchovnými potrebami sa obvykle vzdelávajú v rámci stredných, praktických škôl a odborných učilíšť, ak im ich zdravotný stav resp. postihnutie neumožňuje vzdelávať sa na stredných školách bežného typu. Výchova a vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sa okrem špeciálnych škôl realizuje v ostatných školách a to buď v špeciálnych triedach podľa druhu zdravotného postihnutia alebo v triedach alebo výchovných skupinách spolu s ostatnými žiakmi školy, čím je podporená snaha o ich integráciu. Zákon č. 245/2008 Z. z. tiež pamätá na možnosť vzdelávať sa podľa individuálneho vzdelávacieho programu v zmysle § 94, ods. 1, písm. b) 2.

Úspešnosť inkluzívnej edukácie žiaka závisí na jednej strane na závažnosti jeho postihnutia, na jeho možnostiach a kapacite a na druhej strane na možnostiach školy, jej pedagógov a taktiež na kolektíve. Nezanedbateľnú úlohu zohrávajú aj školskí sociálni pracovníci.

3.1.2 Školský sociálny pracovník

Úlohou škôl v 21. storočí je sprostredkovať vedomosti a rozvíjať zručnosti a hodnoty, ktoré pripraví žiakov na rýchlo sa meniaci svet. Dnešné školopovinné deti budú prežívať viac sociálnych, technologických a globálnych zmien ako akákoľvek iná generácia pred nimi a školy zohrávajú dôležitú úlohu pri príprave žiakov aj na tieto neznáme výzvy. Sociálni pracovníci, v spolupráci s pedagogickými a odbornými zamestnancami škôl, hrajú kľúčovú úlohu nielen v pomoci pri zvládaní stresu, ktorý prichádza s touto zmenou, ale aj v pomoci prijať zmeny, adaptovať sa na nové situácie a posilniť ich flexibilitu.

Na Slovensku nás ešte čaká dlhý proces. Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, ako stavovská organizácia, potrebuje iniciovať odbornú diskusiu s ministerstvami (Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR) o potrebe systematického riešenia sociálnych problémov žiakov na školách a možných riešeniach súčasnej situácie. Za jedno z najefektívnejších riešení tejto problematiky považujeme práve systematické etablovanie školskej sociálnej práce do škôl.

Pre rozvoj školskej sociálnej práce na Slovensku je potrebné okrem iného vymedziť oblasť pôsobenia školských sociálnych pracovníkov a z toho odvodiť prislúchajúce kompetencie, ktoré budú odlišné od kompetencií iných odborných zamestnancov škôl,

prípadne sa budú vhodne dopĺňať. V zákone č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch naďalej abscentuje v kategórii odborných zamestnancov školský sociálny pracovník (§ 23).

Školský sociálny pracovník pôsobí najmä v prostredí školy, dobre pozná školské prostredie a problémy, s ktorými sa stretávajú nielen žiaci a ich rodičia, ale aj pedagogickí a iní zamestnanci školy. Služby, ktoré poskytuje školský sociálny pracovník, umožňujú žiakom a ich rodinám prekonať nielen sociálne, ale aj osobné problémy, ťažkosti s učením, pomáhať žiakom vyrovnávať sa s krízou a to predovšetkým, vďaka včasnej identifikácii problému.

Školská sociálna práca je určená pre všetky typy škôl. Môžeme ju chápať ako prostredník medzi školou, rodinou a komunitou, ako jednu z možných činností sociálneho pracovníka. Školský sociálny pracovník by svoju prácu mal prispôbiť cieľovej skupine tej ktorej školy. V každej škole by mal mať viacero plánov práce pre jednotlivé podskupiny, pretože v každej škole je mix rôznorodých problémov, ktoré sú zároveň súčasťou všetkých fáz systému. Jednou z metód využívanej v sociálnej práci je sieťovanie stretnutia. Tento nástroj multidisciplinárnej spolupráce je zameraný na plánované a koordinované spoločné stretnutia odborníkov vystupujúcich v prípade klienta/dieťaťa, jeho rodiny a ďalších pre klienta a prípad dôležitých osôb, za účelom výmeny informácií a názoru, spoločnej analýzy problému a hľadania riešenia. Sieťovanie môže mať aj formu zberu informácií a hľadania prienikov medzi odborníkmi, ktorí s hendikepovaným dieťaťom spolupracujú. K sieťovaniu s poradenskými inštitúciami, ÚPSVR SR, psychológom, lekárom a ďalšími inštitúciami, ktoré majú byť nápomocné pri riešení sociálnych problémov klientov sa pripája aj Barbora Ciuttiová (2008), ktorá bola jednou z prvých školských sociálnych pracovníkov na Cirkevnej základnej škole Angely Merici v Trnave od školského roku 2006/2007 v rámci projektu "Školská sociálna práca" a to 100 rokov od jej vzniku v USA. Do tohto projektu boli zapojené aj 2 základné školy v Považskej Bystrici.

Pod pojmom sieťovanie (z angl. networking) rozumieme nasledujúce situácie (Tirpáková, 2019):

- vytváranie sietí rôznych pomáhajúcich, predovšetkým sociálnych a psychologických služieb v prospech klienta - dieťaťa/rodiny, za účasti - dieťaťa/rodiny,
- efektívnu, plánovanú a priebežne vyhodnocovanú spoluprácu viacerých pomáhajúcich subjektov na realizovaní spoločného cieľa v prospech riešenia nepriaznivej situácie u klienta - dieťaťa/rodiny,

- tvorbu podporných sietí pre klientov - dieťa/rodinu v ohrození (v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a v oblasti sociálnych služieb),
- prepojenie klienta - dieťaťa/rodiny na komunitné služby tak, aby ich rodina mohla lepšie využívať, aby o nich bola informovaná, resp. aby boli pre ňu dostupnejšie pri riešení sociálnej situácie, alebo pre zvýšenie kvality, prípadne bezpečia života svojich členov,
- účelné vyskladanie rôznorodej pomoci pre klienta - dieťa/rodinu a zabezpečenie poskytnutia služieb rôznych pomáhajúcich organizácií v jasne označenom čase v prospech klienta - dieťaťa/rodiny vo vysokom ohrození či v krízovej situácii,
- podpora komunikácie medzi klientom - dieťaťom/rodinou a organizáciami v rôznych rezortoch: sociálnych vecí, školstva, zdravotníctva, medzi štátnymi inštitúciami a verejnými a neverejnými poskytovateľmi sociálnych služieb,
- rozvoj efektívnej podpory klientov/rodiny za aktívnej účasti klientov/rodiny tvorbou plánov pomoci,
- zverejnenie a predstavenie služieb príslušných subjektov s kompetenciami v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí, (napr. služby obcí, služby oddelení sociálnoprávnej ochrany, služby akreditovaných subjektov, služby centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a pod.) na spoločnom stretnutí za účasti klienta - dieťaťa/rodiny.

Školskú sociálnu prácu by mal vykonávať školský sociálny pracovník alebo sociálny pedagóg. Prvý by musel byť legislatívne ukotvený a druhý, ktorý v zákone o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch existuje, by mal doplniť svoje vzdelanie, pretože je otázne, či má dostatočné kompetencie v sociálnej práci. Úlohou školského sociálneho pracovníka ako odborníka prvého kontaktu je nasmerovať dieťa a rodinu k ďalšej pomoci, ktorú dieťa potrebuje. Táto úloha vyplýva z multidisciplinárnej prípravy sociálneho pracovníka, ktorý je kompetentný vnímať špecifické potreby dieťaťa a rodiny. Zároveň v tomto zmysle môže školský sociálny pracovník pôsobiť ako styčný bod (člen koordinačného tímu) v rámci sociálnoprávnej ochrany, komunity, ochrany detí pred násilím a podobne. Sociálni pracovníci mobilizujú silné stránky rodiny, školy a komunity, aby prekonal prekážky stojace na ceste k vzdelávaniu. Sociálny pracovník naplňa potrebu žiaka pri regulovaní vzťahov a komunikácie medzi školou, rodinou, komunitou, pôsobí ako jeho advokát, resp. podporovateľ, ktorý žiakovi sprístupňuje informácie, ktorým žiak nerozumie. Sociálni pracovníci spolu s celým tímom pedagogických a odborných zamestnancov používajú rôzne metódy a formy práce, aby posúdili a pomáhali adresne riešiť problémy

svojich klientov. Tým, že sociálni pracovníci pomáhajú riešiť problémy, ktoré ovplyvňujú vzdelávanie žiakov, pomáhajú im rozvinúť ich potenciál a tiež prispievajú k ochrane a presadzovaniu práva na vzdelávanie, ktoré rešpektuje dôstojnosť, hodnotu a kultúru každého jednotlivca. (Gymerská, Krššáková, Maďarová, 2020)

Školskí sociálni pracovníci/pracovníčky prispievajú k zvyšovaniu kvality života svojim úsilím o dosiahnutie základného cieľa, ktorým je poskytnúť prostredie pre učenie a vzdelávanie, v ktorom deti a mládež môžu nadobudnúť zmysel pre kompetenciu, schopnosť riešiť problémy a rozhodovať sa a pripravenosť adaptovať sa na zmeny a nie byť zodpovednosť za svoje ďalšie vzdelávanie. (Allen-Meares, 2009) Školský sociálny pracovník teda prináša svojim pôsobením do školského systému nové znalosti a skúsenosti a to najmä do podpory žiakov. Práve jeho získané skúsenosti a znalosti sú potrebné pre rozvoj kľúčových zručností a vedomostí žiakov, jeho aktivity majú vytvoriť čo najlepšie prostredie a podmienky nielen pre vzdelávanie, ale aj pre nadobúdanie osobných schopností a sebavedomia žiakov.

Za kľúčové činnosti v praxi školského sociálneho pracovníka považuje Dupper (2010):

- udržiavanie otvorenej komunikácie medzi školou a rodinou,
- posilňovanie rodiny pri riešení sociálnych problémov,
- poskytovanie sociálneho poradenstva v rôznych formách,
- podporu žiakov a ich rodín z rizikového prostredia,
- pomoc rodičom pri plnení ich rodičovských rolí,
- rozvoj komunitných služieb,
- plánovanie a organizovanie preventívnych programov.

Učitelia bývajú zaneprázdnení množstvom úloh a povinností a nestíhajú sa venovať všetkým oblastiam a prípadným problémom žiakov. V zahraničí si už dávno uvedomili, potrebu rozšíriť multidisciplinárny tím v školskom prostredí o pozíciu školského sociálneho pracovníka, resp. zaviesť do škôl školskú sociálnu prácu. Tá má viacero výhod ako pre školu, samotného študenta, tak aj pre rodinu. (Skyba, 2018)

K prínosom pre školu môžeme zaradiť: - poradenstvo učiteľom, poskytovanie informácií o žiakovi a rodine, - pomoc učiteľom napr. pri výskyte problémového správania žiakov, - pomoc pri budovaní vzťahu dôvery medzi učiteľom a žiakom, - spolupráca s vybranými inštitúciami pri riešení individuálnych prípadov, aj metódou sieťovania.

Pre študenta s hendikepom môžeme badať pozitívne prítomnosť sociálneho pracovníka predovšetkým: - vo včasnej diagnostike; - v prevencii pred problémami medzi ním a zdravými študentmi formou prednášok, besied, rozhovorov so žiakmi a vstúpení

výchovných a morálnych zásad; - vo vyhľadávacej činnosti v prípade hmotnej a sociálnej núdzy; - v sledovaní školskej dochádzky; - v pomoci žiakovi s postihnutím v zapojení sa do rovesníckej skupiny; - v krízovej intervencii - nápravnej činnosti (súhrn postupov na dosiahnutie pozitívnej zmeny v konaní žiaka); - vo vytváraní rovných príležitostí vo vzdelávaní pre žiakov s hendikepom, prípadne zo sociálne znevýhodneného prostredia (pomoc pri príprave do školy, doučovanie); - v budovaní sebavedomia žiakov so zdravotným postihnutím a pod.

Prítomnosť sociálneho pracovníka na škole má pre rodinu tieto výhody: - posudzovanie rodinného prostredia žiakov v prípade problémov (návštevy v rodine); - sociálne poradenstvo rodičom s cieľom odporučiť poskytnutie odborných poradenských služieb špecializovanými inštitúciami; - práca s rodičmi žiakov metódami sociálnej práce v kombinácii s metódami edukácie dospelých (napr. prednášky a besedy o aktuálnych problémoch a možnostiach riešenia, učiť rodinu finančnej gramotnosti, a pod.).

V zahraničí je úlohou školského sociálneho pracovníka plnohodnotne spolupracovať s učiteľmi, výchovnými poradcami, so školskými psychológmi, ale hlavne so žiakmi a ich rodičmi. Dovoľme si povedať, že dvojnásobne to platí v rodinách, ktoré majú dieťa so zdravotným postihnutím, keďže v nich sú problémy častokrát viac vypuklejšie. Školský sociálny pracovník sa venuje rôznym preventívnym aktivitám, ktoré predchádzajú rizikovému správaniu detí. Cieľom školského sociálneho pracovníka je preventívnymi aktivitami posilňovať rodinu a zabezpečovať otvorenú komunikáciu medzi žiakom, rodičom a školou aj v spolupráci s ďalšími inštitúciami.

3.2 ZAMESTNÁVANIE OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

O inkluzívnom zamestnávaní osôb s ťažkým zdravotným postihnutím by sme len ťažko mohli hovoriť v našich podmienkach na Slovensku. To by chcelo odstrániť celú radu prekážok, cez technické a architektonické bariéry, bariéry v doprave, informačné bariéry, neochote zamestnávateľov zamestnávať hendikepovaných z dôvodu častej chorobnosti, prípadne hospitalizácie, nutnosti prispôbiť pracovné miesto a pracovné podmienky na pracovisku. Mýlne si myslia, že majú nízku motiváciu plniť si pracovné povinnosti alebo či zvládnu pracovnú záťaž, obavy zo zásahu zo strany rodiny v prípade výskytu problému/-ov. Napokon ani legislatíva neupravuje inkluzívne zamestnávanie. Preto treba s týmto termínom narábať opatrne.

Integrácia v **oblasti zamestnávania a zamestnania** na otvorenom trhu práce je vari tou najväčšou prekážkou pre ľudí so zdravotným postihnutím. Nie len z toho dôvodu, že aj človek bez hendikepu má neraz problém nájsť si zamestnanie, ale samotný postihnutý čelí často predsudkom zo strany zamestnávateľov, má dočinenia s bariérami, či už fyzickými, technickými, informačnými a psychickými. Rozhoduje tiež skutočnosť, aký druh a stupeň postihnutia daná osoba má. Ak nemá zamestnanie, resp. nevie si nájsť nové zamestnanie, má to neblahý vplyv aj na jej zdravotný stav. Negatívne pôsobenie nezamestnanosti je buď priame, ktoré sa prejavuje skôr výskytom depresí, úzkosti, straty sebadôvery, alebo nepriame, ktoré súvisí so zhoršenou kvalitou života a vysokým rizikom chudoby, výskytom nevhodného stravovania, rôznych negatívnych návykov (alkohol, fajčenie, drogy, kriminalita atď.). A práve ľudia so zdravotným postihnutím vzhľadom k tomu, že im už zdravie neslúži na 100 percent, môže dlhodobá strata zamestnania ešte viac ohroziť ich “pošramotené” zdravie. Najmä imobilní ľudia majú sťažený kontakt s okolím a zamestnanie neraz býva ich jedinou príležitosťou, kedy môžu byť v kontakte so spoločnosťou. Títo ľudia sa cítia byť vytesnení zo spoločnosti, o. i. aj tým, že všade, kam sa chcú dostať, narazia na množstvo architektonických bariér. Tento pocit “vytesnenia” sa u nich ešte viac stupňuje, ak dôjdu o zamestnanie a nevedia si nájsť ďalšie. Nadobúdajú pocit zbytočnosti, nezáujmu zo strany spoločnosti. Cítia sa byť izolovaní. Samozrejme sa to odráža na ich psychike. Frustrácia, stres, strach o svoju budúcnosť, existenčné ťažkosti, to všetko prežíva nezamestnaný človek. Veľa handicapovaných ľudí potrebuje preto, aby mohlo čo najplnohodnotnejšie fungovať, zdravotnícke alebo kompenzačné pomôcky. Niektoré treba častejšie vymieňať vzhľadom na rýchlejšiu opotrebovanosť. Nie všetky sú plne hrazené sociálnou poisťovňou. Na väčšinu z nich treba doplácať v závislosti od výšky príjmu a ceny pomôcky. Ak handicapovaný príde o stály príjem, tým pádom nemá dostatok finančných prostriedkov, aby si mohol obstaráť novú pomôcku. Niektoré pomôcky napomáhajú k zlepšeniu alebo udržaniu aktuálneho zdravotného stavu (rôzne opierky, barle, podložky, držiaky atď.) a ich absencia spôsobuje následne jeho zhoršenie. Ako sme už spomínali, strata zamestnania pôsobí najmä na psychiku človeka, ktorá výrazným spôsobom ovplyvňuje aj zdravie človeka. Napr. u osoby, ktorá trpí epileptickými záchvatmi je väčšia pravdepodobnosť, že v prípade straty zamestnania, sa epileptické záchvaty budú opakovať častejšie a niekedy aj intenzívnejšie, pretože práve psychická nepohoda je častým spúšťačom epilepsie. Strata práce predovšetkým prináša náhlu zmenu v niekoľkých oblastiach života. Zredukujú sa finančné možnosti, vniká závislosť na finančnej pomoci od štátu, od druhých ľudí, mení sa životný štandard. Nesmieme však zabudnúť na jej veľký hospodársky a

politický význam, ktorý sa týka všetkých občanov, ako aj demokratickej verejnosti. (Hangoni, Gerka, 2009)

Štát má za úlohu pomáhať občanom s hendikepom či už prostredníctvom zriadenia a prevádzky chránených dielni a chráneného pracoviska, prevádzkou agentúr podporovaného zamestnávania, sociálnych podnikov, ktoré z hľadiska zamerania činnosti môžu byť integračným podnikom, ako aj Inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu osôb so zdravotným postihnutím. Nakoľko chránené dielne a chránené pracoviská, sociálne podniky neslúžia priamo na integráciu na otvorený trh práce, ba práve naopak, skôr segregujú hendikepovaných, nakoľko v nich pracuje minimálne 50 % občanov so zdravotným postihnutím, nie sú predmetom nášho záujmu. Najbližšie k integračnému snaženiu majú agentúry podporovaného zamestnávania a integračné podniky, ktoré popíšeme neskôr.

Systém podporných mechanizmov v rámci aktívnej politiky trhu práce je v súčasnosti v SR prezentovaný predovšetkým:

- poradenstvom v príprave na prácu,
- prípravou na prácu,
- prípravou na zamestnanie a umiestnenie do zamestnania.

Systém dopĺňajú chránené dielne a chránené pracoviská pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sa nevedia uplatniť na otvorenom trhu práce. Najbližšie k otvorenému trhu práce majú v systéme služieb zamestnanosti agentúry podporovaného zamestnávania, pracujúce pre klienta metódou podporovaného zamestnávania, teda vyhľadávania pracovných miest na otvorenom trhu práce a podporou pri ich udržaní. Pre efektívne pracovné začlenenie osôb so zdravotným postihnutím platí omnoho viac ako u iných, že proces prípravy na prácu a zaškolenie, proces zdokonaľovania pracovných a sociálnych zručností potrebných pre pracovné začlenenie, proces rozvoja nových kvalifikačných zručností je možné realizovať nielen vo formálnom, či neformálnom vzdelávacom procese, ale aj priamo na pracovisku – či na otvorenom trhu práce.

3.2.1 Podporované zamestnávanie

Hlavnou ideou podporovaného zamestnávania je sprostredkovanie platenej regulárnej práce. Len vtedy ide o regulárnu prácu, ak pre klienta a aj pre ľudí bez postihnutia je nastávajúca práca akceptovateľná a nemôže byť nimi vykonávaná lacnejšie a efektívnejšie. Činnosť má zodpovedať zákonom uznávaným normám i princípom a klient má mať vždy

možnosť pracovať v rovnakom časovom rozpätí ako jeho nie postihnutí kolegovia. Podporované zamestnávanie má nasledovať v pracovnom prostredí, ktoré umožňuje kontakt s nie postihnutými kolegami a pomáha im ísť v rámci sociálnej interakcie, ktorá sa medzi nimi odohráva až za pracovné hranice. V USA sa vychádza zo skúseností, že nielen pracovné zručnosti sú dôležité k integrácii postihnutého na pracovisko, ale v rovnakej miere sú dôležité aj jeho sociálne zručnosti. Teda z toho vyplýva, že ľudí s handicapom treba od začiatku zapojiť do normálnych pracovných vzťahov. Keď má byť pre každého otvorená možnosť účasti na pracovnom živote, tak to znamená, že nikomu nesmie byť odopieraný prístup k programom podporovaného zamestnávania podľa jeho typu a stupňa postihnutia. Keď nemôžu byť uchádzači o zamestnanie dostatočne podporovaní, nemožno to zvrhnúť na deficit jednotlivca, ale na koncepčné chyby alebo chýbajúce zdroje v podporných systémoch. V mnohých prípadoch nie je uzatvorený proces integrácie na normálny trh práce len sprostredkovaním a ambulantným pracovným tréningom. Značná časť klientov programov podporovaného zamestnávania je odkázaná celý pracovný život na sústavné podporovanie na pracovisku.

Podporované zamestnávanie nie je len obyčajnou technikou pracovnej integrácie, ale snaží sa v nás otvoriť nové nazeranie na podporovanie ľudí s postihnutím. Východiskovým bodom podporovania je orientácia na silné stránky a schopnosti, a nie na postihnutia a deficit. Tradičný systém pomoci ľuďom s postihnutím väzí zväčša v tom, že sa neobjektívne charakterizujú len tým, čo nedokážu robiť. Sme dobrí profesionáli, ak ide o to, aby sme u niekoho popísali jeho deficit. Ľudia s postihnutím sú ľudia so schopnosťami. Tieto sme povinní u nich odhaliť a posilňovať ich v nich. Podporované zamestnávanie ukazuje, že sa dajú nájsť individuálne pracovné možnosti, keď človek vie, čo osoba s postihnutím dokáže a popritom aj to, čo táto osoba nedokáže.

K základným predpokladom podporovaného zamestnávania radíme:

- Aby si ľudia sami určovali svoj život a chceli robiť vlastné rozhodnutia. K tomu potrebujú dobré informácie a podporu.
- Dôležité východiskové body každého človeka ako sú motivácia, priania, jeho silné stránky a schopnosti, a nie postihnutie. Ľudia s rovnakým postihnutím majú totiž veľmi rozličné schopnosti, silné stránky, priania a ciele.
- Aby ľudia nikdy neprestávali osobnostne rásť a ďalej sa vyvíjať. Každý človek sa môže učiť celý život.

- Neformálne kontakty a podporné siete sú aspoň tak dôležité ako formálna pomoc. Širokospektrálne perspektívy sú tu veľmi dôležité, experti majú k dispozícii len jednu z mnohých.
- Aby ľudia chceli prevziať za niečo v živote zodpovednosť, chceli byť podnecovaní k činnosti, priúčať sa novým veciam a vyvíjať sa. Chceli pre druhých niečo znamenať. Pokúšať sa uspokojiť vo svojom živote rovnaké základné potreby (uznanie, vzťahy, istotu, možnosti rozvoja). (Doose, 1997)

3.2.2 Agentúry podporovaného zamestnávania

Jedným z opatrení štátu ako pomáhať občanom so zdravotným postihnutím v oblasti zamestnávania je poskytovanie pomoci prostredníctvom Agentúr podporovaného zamestnávania (ďalej len “agentúry”). Hoci nie sú priamym nástrojom na nájdenie si pracovného miesta na otvorenom trhu práce, stojí za zmienku ich spomenúť.

Podporované zamestnávania má už na Slovensku vyše 20 ročnú tradíciu. Prvá agentúra vznikla v decembri 1999 v Bratislave z iniciatívy Viery Záhorcovej, riaditeľky Združenia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím. Išlo o pilotný projekt Phare s podporou MPSVR SR. Cieľom projektu bolo vytvoriť nové formy služieb pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, aby sa zlepšila ich kvalita života, podporila ich samostatnosť, sociálna a ekonomická nezávislosť. Agentúra podporovaného zamestnávania n. o. - Bratislava v spolupráci s MPSVR SR a BBRZ Rakúsko iniciovala v roku 2001 vznik ďalších troch agentúr na Slovensku, v Banskej Bystrici, Vranove nad Topľou a Agentúru špecializovaných služieb – autisti v Bratislave. Poskytli im svoje know how pri zakladaní agentúry a školenie v spolupráci s BBRZ v rámci projektu Phare Acces. (Záhorcová, 2001). Impulzom pre vznik agentúr boli skúsenosti, ktoré získali priaznivci tohto projektu na konferenciách Európskej únie podporovaného zamestnávania (EUSE). Keď sa podporované zamestnávania ako služba občanom znevýhodneným na trhu práce stala podmienkou vstupu krajín do Európskej únie, aj na Slovensku sa modelová služba začala rozvíjať. V roku 2004 sa začlenila služba podporovaného zamestnávania do nového zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti. Ten v § 58 definuje agentúru ako právnickú osobu alebo fyzickú osobu, ktorá poskytuje služby občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným občanom a zamestnávateľom zamerané na uľahčenie získania zamestnania alebo na udržanie zamestnania alebo na uľahčenie získania zamestnanca z radov občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov.

Agentúry sa stali podnetom pre tvorbu Štandardov kvality podporovaného zamestnávania na Slovensku. Štandardy tvorili rôzne pracovné skupiny, poskytovatelia a užívatelia služby podporovaného zamestnávania a experti z príbuzných oblastí sociálnych služieb a poradenstva takmer 3 roky. Podporované zamestnávanie si stále viac nachádza svoje miesto medzi odborníkmi, zamestnávateľmi a občanmi so zdravotným postihnutím. Je to časovo ohraničená služba, ktorá pomáha ľuďom začleniť sa, byť súčasťou majority, mať rovnaké práva na prácu a mzdu. Prináša všetkým zainteresovaným pocit uspokojenia a užitočnosti. Podporované zamestnávanie ako metóda bola vyvinutá v USA pred 37 rokmi na podporu integrácie a zamestnávania ľudí s mentálnym postihnutím. Postupne našla uplatnenie aj v iných krajinách a pre iné znevýhodnené skupiny občanov na trhu práce. V priebehu vývoja podporovaného zamestnávania sa pohľady na kvalitu služby menili. Tento vývoj nie je nikdy ukončený, je to stále sa vyvíjajúci proces. Požiadavky na služby sa menia hlavne podľa potrieb občanov. Pre dosiahnutie kvality musí byť definovaný obsah služby, náplň činnosti, cieľová skupina, metódy a formy práce a spôsoby ich dosahovania, ciele a kritériá pre efektívnosť poskytovania služby za účelom uspokojenia potrieb klienta. (Záhorcová, 2009). Služby sú v agentúrach poskytované bezplatne.

Medzi hlavné činnosti agentúry podporovaného zamestnávania podľa zákona č. 5/2004. Z.z., § 8, ods. 1 patrí:

- a) poskytovanie odborného poradenstva zameraného na podporu a pomoc pri získaní a udržaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia a poskytovanie odborného poradenstva pri získaní a udržaní si pracovného miesta dlhodobo nezamestnaným občanom,
- b) zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov vzhľadom na požiadavky trhu práce,
- c) vyhľadávanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a pre dlhodobo nezamestnaného občana a jeho sprostredkovanie,
- d) poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorí sú občania so zdravotným postihnutím alebo dlhodobo nezamestnaní občania a pri riešení problémov počas ich zamestnávania,
- e) vykonávanie výberu vhodného občana so zdravotným postihnutím alebo vhodného dlhodobo nezamestnaného občana na pracovné miesto na základe požiadaviek a nárokov zamestnávateľa,

- f) poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní konkrétneho občana so zdravotným postihnutím podľa § 9, ods. 1, písm. a) citovaného zákona.

Klientmi agentúr podporovaného zamestnávania sú ľudia, ktorí majú rozličné druhy (kategórie) postihnutia a vyžadujú si špecifický prístup.

Ľudia s telesným postihnutím sú skoro vždy obmedzení vo svojich telesných funkciách. Niektorí z nich nemôžu vykonávať určité činnosti vôbec, prípadne len za pomoci špeciálnych pomôcok. Ďalší sú obmedzení vo svojej fyzickej výkonnosti, v pohybovej stránke (vo vzťahu k podmienkam na pracovisku, vo vzťahu k dopraveniu sa na pracovisko a z neho domov, vo vzťahu k sociálnym kontaktom a k praktickým aktivitám na pracovisku, ako napr. dostupnosť a využívanie toaliet, sociálnych priestorov atď.). Aby títo ľudia mohli vôbec pracovať, niektorí z nich potrebujú bezbariérové prispôsobené bývanie a pracovnú asistenciu, ktorá im umožní opustiť byt a dostať sa na pracovisko. Vzhľadom na stupeň telesného postihnutia, môžu mať možnosti vzdelávania limitované, preto majú horšiu šancu uplatniť sa na trhu práce.

U *ľudí s mentálnym postihnutím* je hlavným problémom na pracovisku skutočnosť, že nie sú schopní samostatne plánovať a nasmerovať pracovný priebeh. V dôsledku chýbajúceho zmyslového chápania nevedia primerane reagovať pri vychýleniach a poruchách pracovných procesov. Komplexné pracovné situácie sú schopní zvládnuť len vtedy, ak sa podarí túto komplexnosť zredukovať. Pri nich treba stále počítať s tým, že sú hodnotení ako málo vnímaví, a tým sú vyradovaní z informačných systémov na pracovisku. U týchto ľudí sa prejavujú ešte aj dodatočné problémy, ktoré sú spojené s tým, že prichádzajú z veľmi ochraňujúceho prostredia a vôbec nie sú pripravení na vedenie samostatného života, ktorý je predpokladom pre prácu.

Psychicky chorí ľudia alebo ľudia so psychosociálnymi problémami majú všeobecne sťažený prístup k práci. Často u nich dochádza k nahromadeniu materiálnych problémov, k deficitu vnímania svojej hodnoty, ku sociálnej izolácii a u mnohých z nich sa objavujú rodinné ťažkosti. Preto je dôležité pri ich zamestnávaní poznať: - priebeh choroby a symptómy, - jasné pravidlá v rozhovore a konaní, - pôsobenie liekov v kontexte spojenom s prácou, - rozpoznanie neistoty v konaní a cieleň sociálny tréning, ktorý pomôže klientovi riešiť jeho problém. (Herbst et al., 1999)

Jedinci so zrakovým postihnutím sú vždy obmedzení v mobilitě ohľadne dostupnosti na pracovisko, ako aj činnosti na pracovisku. Ich orientácia je možná len po vybudovaní si svojej "vnútornej mapy". Ďalšie obmedzenie spočíva vo využívaní pracovných

prostriedkov. Najčastejšie môžu vykonávať také činnosti, ktoré vyžadujú rutinu. Komunikácia cez symboly a písmo sú možné len s použitím špeciálnych pomôcok.

Osoby so sluchovým hendikepom sú vo svojej schopnosti komunikovať pomocou reči obmedzení. Veľká časť z nich komunikuje len pomocou posunkovej reči, ktorou sa naopak, vo svete počujúcich takmer nekomunikuje. Identita mnohých týchto ľudí je v prvej línii obmedzená na ich život medzi nepočujúcimi, takže tu prichádza ešte aj tento nepriaznivý faktor, ktorý sťažuje integráciu na pracovisko.

Efektívnym nástrojom pomoci, ktorý je nápomocný pri vykonávaní práce na pracovisku pre ľudí so zdravotným postihnutím, je **pracovný asistent**. Rozdiel medzi ním a osobným asistentom spočíva v tom (ľudia si tieto pojmy zamieňajú, pozn. autorov), že kým osobný asistent poskytuje pomoc hendikepovanej osobe pri vykonávaní bežných činností počas dňa, pracovný asistent poskytuje pomoc zamestnancovi alebo zamestnancom s postihnutím pri vykonávaní zamestnania a osobných potrieb počas pracovného času. V zmysle § 59 zákona o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z. z. môže zamestnávateľ na základe písomnej žiadosti, ak zamestnáva občana so zdravotným postihnutím alebo samostatne zárobkovo činná osoba, ktorá je občanom so zdravotným postihnutím, požiadať príslušný úrad práce o príspevok na činnosť pracovného asistenta. Na to aby vedel poskytnúť účinnú odbornú pomoc, musí poznať špecifiká u jednotlivých druhov postihnutia.

U *ľudí s telesným postihnutím* musí dbať na to, aby boli známe a dostupné všetky služby a kompenzačné pomôcky (odľahčovacia služba, elektrický vozík, barly, držiaky, stojany, automobil, prepravná služba, osobná asistencia atď.).

U *osôb s mentálnym postihnutím* musí používať princíp podporovaného zamestnávania “najprv umiestniť a potom zaškoliť“. Skoro vždy je nevyhnutné zaškolenie a sprevádzanie na pracovisku.

U *ľudí s duševnými chorobami* treba brať ohľad hlavne pri výbere a začleňovaní sa takéhoto človeka na pracovisko, na jeho sociálne správanie, z ktorého neraz pramenia problémy.

U *osôb so zrakovým postihnutím* treba zabezpečiť, aby boli pred nástupom do zamestnania oboznámení s prostredím, v ktorom sa budú pohybovať. Zabezpečiť im tréningy v oblasti mobility (nacvičiť cestu na pracovisko a späť), vizualizácie, sociálnych zručností.

U *jedincov so sluchovým hendikepom* je potrebné naučiť ich využívať aj iné kanály komunikácie než je posunková reč, ako napríklad odzveranie z úst, dorozumievanie sa

pomocou prstovej abecedy. Treba nájsť vhodný prostriedok dorozumievania sa s nadriadenými a kolegami, aby nevznikali neskôr zbytočné problémy.

Profil pracovného asistenta spočíva v tom, že musí spĺňať *kvalifikačné a osobnostné predpoklady*, medzi ktoré zaradíme:

- štúdium sociálnej práce alebo pedagogické vzdelanie, mať technické, praktické alebo manažérske zručnosti a schopnosti,
- výnimočnú schopnosť a ochotu komunikovať a spolupracovať s klientmi, rodinnými príslušníkmi, podnikmi, zariadeniami, úradmi, úradníkmi, kolegami a nadriadenými,
- pripravenosť k plnému nasadeniu, osobná stabilita, sebaisté vystupovanie a schopnosť presadenia sa,
- posudzovaciu schopnosť, pedagogické umenie a schopnosť pôsobiť motivujúco,
- organizačný talent,
- ochotu k internému a externému vzdelávaniu,
- musí byť schopný robiť rozhodnutia a vedieť niesť zaň aj zodpovednosť, schopnosť stotožnenia sa s myšlienkovými ideami podporovaného zamestnávania. (Herbst et al., 1999)

Vo vzťahu voči klientovi:

- háji vždy jeho záujmy,
- je rovnocenným partnerom, je preňho oporou a poradcom,
- musí si získať jeho dôveru, ak chce s ním spolupracovať,
- učí ho, aby sa naučil postupne zmobilizovať svoje sily a dokázal si neskôr pomôcť aj sám, tzv. pomoc k svojpomoci.

Pracovný asistent musí mať tiež vedomosti o nevyhnutných prostriedkoch na zvýšenie mobility; prostriedkoch týkajúcich sa vybavenia pracovného miesta (musí poznať možnosti kompenzácie pre ľudí s postihnutím); ovládať pracovnoprávne a sociálne zákony, ktoré sa dotýkajú ľudí s postihnutím; znalosti o adekvátnych spoločenských spôsoboch komunikácie s majiteľmi podnikov, firiem, s predstavenstvom úradu práce; vedomosti o marketingu (oblasť styku so spoločnosťou, verejnej propagačnej práce s médiami), znalosti o podnikovej štruktúre a systéme v podnikoch, možnostiach a spôsoboch vyjednávania. Schopnosti sociálneho pracovníka ako sú empatický a zároveň asertívny prístup, rešpektovanie druhých a schopnosť dávania spätnej väzby a reflexie, by mali byť samozrejmosťou. Ak tieto schopnosti nenapĺňa, mal by si ich zabezpečiť dovzdelávaním formou školení, kurzov, supervízie a celoživotným vzdelávaním. Pracovný asistent pomáha aj klientom, ktorí prácu

majú, ale chcú ju zmeniť alebo tým, ktorí majú problém na pracovisku či už so zamestnávateľom alebo s kolegami a je nutná intervencia zo strany asistenta.

Pracovný asistent pri práci s klientom využíva metódy a postupy práce ku ktorým patrí

1. **Informačný rozhovor:** získame nim základné poznatky o klientovi. Na konci informačného rozhovoru sa rozhodne, či bude nasledovať prevzatie klienta do starostlivosti agentúry alebo nie.
2. **Dohoda o spolupráci:** je to fáza uzavretia dohody o spolupráci. Klient tu podpisuje prehlásenie, v ktorom je oboznámený s podmienkami starostlivosti. Starostlivosť, ktorú poskytuje pracovný asistent klientovi, je založená na sebaurčení zo strany klienta. Zásada sebaurčenia vychádza vždy z potrieb a prianí klienta, a tak konečné rozhodnutie týkajúce sa jeho zamestnania a plánovania života je na ňom samom. V dohode o spolupráci sa kladie dôraz hlavne na dodržiavanie dohodnutých termínov a na ochotu klienta vyrovnáť sa so svojou pracovnou integráciou.
3. **Hĺbkový rozhovor:** v rámci neho sa vyplní dotazník, kde sa zisťujú informácie z rôznych oblastí života klienta. Sú v ňom otázky týkajúce sa: - ukončeného vzdelania, - jeho doterajšej pracovnej kariéry, - jeho predstáv o pracovnom mieste (pracovnej orientácie), - jeho rodinného života, - obmedzení, ktoré má v dôsledku postihnutia, - schopností, zručností, záľub, - jeho postihnutia (vrátane informácií o operáciách, liečeniach, medikamentoch), - kompenzačných pomôcok, - bývania či prepravy.
4. **Prípravná fáza na začlenenie, prípadne znovuzačlenenie klienta na trh práce:** v rámci tejto fázy nastupuje podpora klienta pracovným asistentom, ktorá slúži na jeho pracovnú integráciu. Zaraďujeme sem: - sprevádzanie pri telefonickom nadväzovaní kontaktov s firmami, - podporu pri zhromažďovaní podkladov pre uchádzanie sa o prácu, - plánovanie spôsobu uchádzania sa o prácu, - nácvik na pohovor (hranie rolí, telefonovanie atď.), - pomoc pri vybavovaní úradných dokladov (výpis z registra trestu, a pod.). Popri pomoci klientovi uchádzajúcemu sa o zamestnanie si musí pracovný asistent plniť aj iné úlohy: - nadviazať telefónny kontakt s firmami a následne ich osobne kontaktovať za účelom predstavenia činnosti agentúry podporovaného zamestnávania, - navštíviť pracoviska a zistiť podmienky na pracovisku, - kooperovať s úradmi práce, inými zariadeniami.
5. **Sprevádzanie klienta na pracovisku:** nepochybne súvisí s nástupnou fázou. Nástup do zamestnania sa spravidla spája s veľkou zmenou všeobecných životných zvyklostí (zvyknutie si na nový režim, vyriešenie starostlivosti o dieťa,...). Pracovný asistent podporuje klienta nielen pri prispôbovaní sa novému pracovnému prostrediu a

požiadavkám, ale aj novému dennému životnému rytmu. Následná starostlivosť na pracovisku je ponúkaná klientovi podľa jeho individuálnych potrieb na určitú stanovenú – dohodnutú dobu. Pracovný asistent vykonáva krízovú intervenciu v prípade, ak sa vyskytne problém na pracovisku. (Wolfmayr et al., 1999)

Zamestnávateľ alebo SZČO so zdravotným postihnutím okrem príspevku na činnosť pracovného asistenta môže požiadať aj o iné príspevky ako sú (zákon č. 5/2004 Z. z., § 56, 56 a, 57, 60):

- príspevok na zriadenie chránenej dielne a chráneného pracoviska,
- príspevok na udržanie občana so zdravotným postihnutím v zamestnaní,
- príspevok občanovi so zdravotným postihnutím na samostatnú zárobkovú činnosť,
- príspevok na úhradu prevádzkových nákladov chránenej dielne a chráneného pracoviska a na úhradu nákladov na dopravu zamestnancov.

Ďalším z opatrení štátu v oblasti zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím, ktoré radíme do podporných služieb je **Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím (IPR)**.

IPR má viac ako 55 ročnú tradíciu. Ide o odborné účelové zariadenie s celoslovenskou pôsobnosťou, ktorého zriaďovateľom je MPSVR SR. Cieľom a úlohou odbornej a profesionálnej prípravy v zariadení je vytvoriť pre účastníkov – občanov so zdravotným postihnutím predpoklady, aby sa po jej úspešnom absolvovaní mohli aktívne uplatniť na trhu práce. Ako jediné špecializované zariadenie na Slovensku poskytuje komplexnú sociálnu a pracovnú, ale čiastočne aj liečebnú rehabilitáciu a starostlivosť občanom s hendikepom. Zariadenie má vybudovaný bezbariérový prístup.

Hlavnú súčasť Inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu tvoria:

- Stredné odborné učilište pre telesne postihnutú mládež (SOU pre TPM)
- Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie (CSPR). (IPR, 2021):

Do činnosti SOU pre TPM sa prijímajú občania s postihnutím vo veku od 15 rokov. Ide spravidla o činnosť v oblasti prípravy mladých i dospelých ľudí so zdravotným postihnutím na povolanie v štruktúre 3-ročných učebných odboroch (napr. technicko-administratívny pracovník, mechanik opravár, elektromechanik, polygraf - knihár, zlatník a klenotník, kaderníčka atď.), 4-ročných študijných odboroch (kozmetik, mechanik počítačových sietí) 2-ročného nadstavbového štúdia a pomaturitného štúdia (podnikanie v remeslách a službách, elektrotechnik, strojár, technicko-ekonomický pracovník, verejná správa). Súčasťou komplexnej prípravy v SOU pre TPM je taktiež prípravná trieda, ktorá trvá jeden

rok a pomáha uchádzačom o štúdium zvládnuť vedomostné prekážky, ktoré im neumožnili zaradenie sa do učebného odboru.

Neoddeliteľnú súčasť sú zabezpečované služby starostlivosti a pomoci v oblasti: - sociálnej, - zdravotno-preventívnej (ergoterapia, vodoliečba, elektroliečba, liečebná výchova atď.), - psychologickkej (psychodiagnostická činnosť, individuálna a skupinová psychoterapia). Služby zabezpečujú kvalifikovaní odborníci – lekári (internista, neurológ, ortopéd, zubár), zdravotné sestry a rehabilitačné pracovníčky v moderne vybavených špecializovaných priestoroch. Príprava na povolanie a poskytované služby vrátane ubytovania a stravovania sú pre žiakov SOU pre TPM bezplatné. Žiakom v zmysle predpisov MŠ SR poskytujeme mesačne finančnú odmenu.

V súčasnosti IPR poskytuje komplexné psychologické služby pre svojich klientov. Vybavený je modernými priestormi, psychologickým laboratóriom s počítačovou technikou, testmi a pomôckami pre psychodiagnostiku. Aktivity úseku sa realizujú prostredníctvom týchto hlavných činností:

- poradenské psychologické služby pre klientov a rodičov klientov,
- poradenské psychologické služby pre odborných pracovníkov IPR,
- individuálna a skupinová terapia pre klientov,
- psychodiagnostická činnosť,
- riešenie problémových a záťažových situácií klientov,
- výskumná, osvetovo-publikačná činnosť,
- riešenie otázok psychosociálnej rehabilitácie klientov.

Schopnosti a predpoklady na zvládnutie prípravy na príslušné profesie sa u uchádzačov zisťujú v poradni pre voľbu povolania. Odborný tím pracovníkov poradne je založený z lekára, psychológov, rehabilitačných pracovníčok, pedagógov, technika a majstrov odborného výcviku, sociálnej pracovníčky a riaditeľa IPR.

Cieľ práce v IPR sa v súčasnom období neorientuje iba cestou prípravy žiakov na povolanie a jej úspešné ukončenie, ale aj ďalšieho pôsobenia a úspešného uplatnenia absolventov na trhu práce. K tomuto účelu v roku 2003 bol v rámci projektu zahraničnej pomoci zriadený samostatný úsek pri IPR Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie. Tento úsek zabezpečuje bezplatne činnosti v rámci informačno–poradenských služieb, testovania a overovania zostatkového pracovného potenciálu klientov cestou rôznych sociálnych a rehabilitačných programov, ako aj aktivít, zameraných na pomoc občanom so zdravotným postihnutím pri zamestnávaní sa na trhu práce a zamestnávatelom. Jeho činnosť je úzko prepojená taktiež s úsekom praktického vyučovania, hlavne v oblasti ďalšieho vzdelávania

a zvyšovania si kvalifikácie klientov. V záujme naplnenia aj celospoločenských cieľov IPR aktívne spolupracuje s organizáciami a inštitúciami, zameranými na starostlivosť o občanov so zdravotným postihnutím ako sú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, zväzy a združenia pre rôzne druhy postihnutia, chránené dielne a pod. Veľmi úzka spolupráca je s Národným rehabilitačným centrom Kováčová, Špecializovanou nemocnicou pre ortopedickú protetiku, Špecializovaným liečebným ústavom Marína, Národným ústavom detských chorôb či Integračným sociálnym podnikom Aptet ISP, Profesia.sk.

3.3 Rodina s členom so zdravotným postihnutím

Rodina je najdôležitejšia spoločenská skupina a spoločenská inštitúcia. Vo svojom historickom vývoji na ceste k súčasnej podobe stratila viacero tradičných vlastností, ale svoje základné znaky si zachovala.

Podľa Špánika (1994):

- a) rodina je spoločensky schválená forma trvalého spolužitia,
- b) členovia rodiny bývajú spravidla v jednej domácnosti,
- c) rodina sa skladá z osôb navzájom spojených tým, čo vládnucci zvyk uznáva za zväzok krvi, manželstva alebo adopcie,
- d) členovia rodiny spolupracujú medzi sebou v rámci spoločensky uznávanej deľby práce, pričom jedna z najdôležitejších úloh tejto spolupráce je výživa a výchova detí.

Hlavným poslaním rodiny je od nepamäti starostlivosť o svojich potomkov a to bez rozdielu svetadielov. Je základnou jednotkou (bunkou) každej spoločnosti. Reprodukuje človeka nielen ako živočícha, ale aj ako sociálny fenomén, sprostredkuje mu vzrastanie do určitej kultúry a danej spoločnosti. Pre rodinu oddávna platilo, že ponúka jedinečný prístup k riešeniu sociálnych otázok a preto sme si vedomý toho, že v rodine sa tvoria základy pre národné, štátne, ale rovnako aj medzinárodné hodnoty spoločenstva. Povinnosťou štátu je nielen napomáhať k vzniku rodiny, ale taktiež podporovať ju, aby mala adekvátne podmienky pre dôstojnú existenciu. Jej prioritou je preto starostlivosť o dieťa.

Najkrajšou udalosťou pre partnerov je príchod dieťaťa na svet. Nie všetci majú to šťastie, že sa im narodí zdravé dieťa. Príčin môže byť viacero, či už genetické, rôzne zápalové ochorenia počas gravidity, užívanie návykových látok až po problémy počas pôrodu (perinatálne obdobie) alebo po ňom (postnatálne obdobie). Súčasná medicína dokáže už v rannom štádiu tehotenstva zistiť, či plod dieťaťa sa vyvíja v poriadku a tak v prípade

nepriaznivých prognóz môže budúca matka ako aj jej partner byť o tom včas informovaný ešte pred pôrodom, čo je určite menej traumatizujúce, ako by sa rodičia dozvedeli o tom, že ich bábätko nie je “zdravé” až po pôrode. Napriek tomu situácia, keď novonarodené dieťa sa narodí postihnuté, stavia všetkých do nepoznanej situácie. Rodičia a celé okolie od prvej chvíle riešia množstvo problémov a otáznikov. Hľadajú pre dieťa pomoc. Dieťa sa od útleho veku stretáva s množstvom lekárov, psychológov, rehabilitačných a iných odborníkov, podrobuje sa mnohým vyšetreniam, operáciám, následne navštevuje špeciálne výchovné a vzdelávacie zariadenia. Pobyty v nemocnici, zariadeniach rehabilitačnej starostlivosti či pobyt v sociálnom zariadení alebo špeciálnej internátnej škole prináša novú skúsenosť, odlúčené od svojej rodiny. Prežívanie takéhoto života znamená boriť sa s vlastným problémom súvisiacim s postihnutím, prijímanie tohto postihnutia, prežívať odlúčenie od blízkych a zvykať si neustále na nové prostredie.

V súčasnosti viac ako kedykoľvek predtým sa vysoká inteligencia a príjemný zovňajšok (popri vždy cennom zdraví) preferujú ako spoločensky významné hodnoty. Postihnuté deti, žiaľ, mnohokrát tieto kritéria nespĺňajú. Touto skutočnosťou bývajú často stigmatizované a následne izolované, pričom stigma a izolácia sa dotýkajú celej rodiny. Čím viac sa dieťa odlišuje od spoločensky uznávaných noriem, tým väčšia je diskreditácia rodiny nielen z pohľadu spoločenského okolia, ale nezriedka aj v očiach samotných jej príslušníkov. Postihnutie dieťaťa prináša rodine fyzický, sociálny, ekonomický a predovšetkým psychický (emocionálny stres).

Koluchová et al. (1989) uvádzajú, že: *„psychický, zmyslový alebo somatický defekt u dieťaťa nie je pre rodinu iba niečím “čo chýba”, alebo naopak “čo je tu navyše”, ale posúva fungovanie rodiny na kvalitatívne inú úroveň.“* Na každú rodinu ako i samotné dieťa pôsobí jeho postihnutie špecifickým spôsobom, ktorý súvisí:

- b) s druhom a stupňom postihnutia,
- c) časovým faktorom, t. j. s dobou, v ktorej došlo k postihnutiu, resp. jeho rozpoznaníu a so zmenami rozsahu postihnutia v čase,
- d) s príčinami jeho vzniku. (Koluchová et al., 1989)

Rodina a spoločnosť sú dva samostatne termíny, avšak rodina ako aj spoločnosť sa navzájom ovplyvňujú a dopĺňajú. Nielen rodina pôsobí na život spoločnosti, ale aj spoločnosť vplýva na život rodiny. Prináša potomstvo, stará sa o jeho duševný a telesný vývin, o jeho zdravie a pôsobí výchovne na svojich členov. Každá rodina plní tieto základné funkcie:

- biologicko-reprodukčnú,

- výchovnú a socializačnú,
- emocionálnu,
- ekonomickú.

Je zrejmé, že pre rodinu s postihnutým dieťaťom je oveľa ťažšie plniť svoje funkcie, pretože naráža pri ich plnení na stále nové problémy, ktoré nevie riešiť, resp. vyžaduje sa pri ich plnení často pomoc profesionála – odborníka. Skrtič (1984) z Kansaskej univerzity (USA) spolu so svojimi pracovníčkami načrtli 9 základných funkcií, ktoré plní rodina s postihnutým dieťaťom:

1. ekonomická,
2. telesnej starostlivosti,
3. odpočinková a regeneračná,
4. socializačná,
5. sebadefinujúca,
6. citového zázemia,
7. poradenská a vodcovská,
8. výchovná a výuková,
9. prípravy na povolanie.

Hoci je toto delenie staršieho dátá, považujeme ho naďalej za platné, keďže rodina s postihnutým dieťaťom sa pri plnení týchto funkcií stretáva s problémami.

Pri *ekonomickej funkcii* sa zvyšujú nároky na spotrebu spojené s najmä častou návštevou u lekára (liečebným procesom). Niekedy v priebehu dňa musí navštíviť celý rad lekárov, čo sa samozrejme odrazí na väčšej spotrebe benzínu. Ďalej sú to zvýšené náklady na kúpeľnú liečbu, vyučovacie pomôcky a pod. Ak ide o dieťa s ťažkým zdravotným postihnutím, častokrát jedinou vhodnou alternatívou, ak rodičia nechcú umiestniť svoje dieťa do zariadenia sociálnych služieb, je vzdanie sa zamestnania jedného z rodičov, aby bolo možné sa v čo najväčšej možnej miere permanentne 24 hod. venovať svojmu “chorému“ dieťaťu. Aj v dnešnej dobe je prevažne hl. živiteľom rodiny otec, takže táto nemilá povinnosť zostať nútené doma sa zväčša vzťahuje na matku. A ak sa aj po čase, keď dieťa povyrastie, vráti späť vykonávať svoje povolanie, má zvyčajne nižšiu kvalifikáciu.

Pri *funkcii telesnej starostlivosti* o postihnuté dieťa to predstavuje pre rodinu nesmiernu záťaž najmä po fyzickej stránke, ale tiež je tým narušená psychická pohoda, keďže rodič nemá dostatok času venovať sa aj iným veciam. Vo väčšine takýchto rodín zostáva doma s dieťaťom najmä matka, ktorá ho musí dvíhať, premiestňovať, obliekať, čo má za následok, že po určitom čase sa dostavuje zvýšená únava. Matka neraz začína pociťovať bolesti kĺbov,

chrbtice. Je preto nesmierne dôležité, aby práve osoby, ktoré sú tejto starostlivosti vystavené boli z času na čas od nej odbremenené a aby si aj oni mohli oddýchnuť a zotaviť sa. Jednou z veľmi dobrých nástrojov sociálnej pomoci je práve pre tento prípad osobná asistencia. Prevendárová (1998) robila prieskum, z ktorého výsledkov vyšlo, že osobná asistencia vykonávaná inou osobou ako je rodič, vedie k zníženiu neúmerného dlhoročného psychického a fyzického zaťaženia rodičov, k zlepšeniu ich zdravotného stavu a prípadne aj zvýšeniu priemerného veku. Vhodným nástrojom je tiež odľahčovacia služba v zmysle § 54 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý ju definuje ako sociálnu službu poskytovanú fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorou sa poskytuje alebo zabezpečuje fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálna služba počas obdobia, v ktorom fyzická osoba, ktorá opatruje, nemôže opatrovanie vykonávať. Cieľom odľahčovacej služby je umožniť fyzickej osobe, ktorá opatruje, nevyhnutný odpočinok na účel udržania jej fyzického zdravia a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Služba sa poskytuje najviac na 30 kalendárnych dní v roku.

V rámci *socializačnej funkcie* je základným sociálnym vzťahom dieťaťa jeho vzťah k rodičom. Vytvára predpoklady vývoja osobnosti, ovplyvňuje budovanie vlastnej identity a zásadným spôsobom determinuje interpretáciu všetkých ďalších sociálnych skúseností s ktorými sa dieťa vo svojom budúcom živote stretne. Socializácia vychádza z „*neustáleho determinatívneho vplyvu sociálneho prostredia, ako i z podstaty človeka, ktorý tým, že sa dostáva do nových sociálnych situácií, nadobúda skúsenosti, ktoré obohacujú jeho arzenál spôsobov správania a ktoré sú v ňom latentne zakotvené.*“ (Kollárik a kol., 2008) Veľmi dôležitým vzťahom z hľadiska socializácie je vzťah k súrodencom. Socializačná funkcia býva narušená najmä v rodinách s nízkym sociokultúrnym statusom. V takomto prípade sa u postihnutých detí objavujú viac sekundárne dôsledky postihnutia, a to predovšetkým v emocionálnej, kognitívnej a sociálnej oblasti.

Pri *funkcii citového zázemia* je citový vzťah rodiny k postihnutému dieťaťu ovplyvnený viacerými faktormi a to, o aký druh a stupeň postihnutia sa jedná, či sa rodič dokáže stotožniť s handicapom dieťaťa, či mu bola poskytnutá adekvátna pomoc, keď sa dozvedel, že jeho dieťa bude postihnuté, taktiež či vie na koho/akého odborníka sa má obrátiť v prípade komplikácii a v neposlednom rade tiež na podpore bližšieho okolia. Dôležitým faktorom je tiež, či sa dieťa narodilo s handicapom alebo ho nadobudlo v priebehu života (napr. po úraze). V „postihnutých“ rodinách sa pomerne často do popredia dostávajú pocity viny a žiarlivosti. Matka sa neraz sebaobviňuje, že niečo zanedbala počas tehotenstva, hoci to „niečo“ nevie presne pomenovať. Súrodenci často žiarlia, že sa im nedostáva toľko

pozornosti ako ich postihnutému súrodencovi. V takýchto rodinách je ťažké docieľiť zdravú citovú rovnováhu, hoci na druhej strane, handicap dieťaťa niekedy paradoxne pomáha zlepšiť jej kohéziu (emocionálnu, intelektuálnu a fyzickú súdržnosť).

V rámci *výchovnej a výukovej funkcie* sa plnením tejto funkcie v našej literatúre hovorí takmer výlučne o „*výchovnom vplyve, ktorý majú rodičia na svoje deti*“. Prevendárová (1998) zdôrazňuje recipročný charakter výchovných vplyvov: deti sa mnohému učia od svojich rodičov, ale zároveň sú prameňom poučenia pre starších členov rodiny. Samozrejme, že každý problém, ktorý človek v živote vyrieši, ho posúva ďalej a dáva mu nové poznanie, náhľad a zmýšľanie o živote. Mnohí ľudia so zdravotným postihnutím rýchlo dospejú a majú hlbšiu životnú filozofiu, pretože sú často konfrontovaní s problémami. To môže byť prínosné pre ostatných členov rodiny, pretože sa môžu od nich veľa naučiť. V tomto prípade čerpá veľa v rodine nielen dieťa, ale aj rodina. Navzájom ich to môže veľmi obohatiť.

Funkcia prípravy na povolanie značne determinuje možnosť dieťaťa jeho profesionálneho uplatnenia. Rodina pomáha svojmu postihnutému členovi pri výbere povolania v rámci jeho vlastných možností a limitov, ktoré poskytuje spoločnosť. Treba však spomenúť, že sa pomerne často stáva, že rodič sám rozhoduje o voľbe povolania svojho handicapovaného dieťaťa, či už z dôvodu, že nechce aby bolo konfrontované s realitou u zamestnávateľov, z dôvodu predchádzajúcej negatívnej skúsenosti alebo, že nie je schopné si sám vybrať vhodné povolanie (mysliac si, že len sám rodič najlepšie vie, čo je pre jeho dieťa prospešné). Autori podotýkajú, že v rodinách s postihnutým členom sa špecifickým spôsobom formuje vzťah k povolaniu aj u zdravých súrodencov, že títo si často volia povolanie, ktorého podstatou je sociálne (výchova alebo služba ľuďom).

Služba včasnej intervencie

Dieťa so zdravotným postihnutím má právo na výchovu v prostredí svojej rodiny. Úlohou štátu je poskytnúť rodinám detí so ZP potrebné informácie, služby a podporu. Jednou z foriem takejto podpory je **služba včasnej intervencie** poskytovaná podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Služba je určená deťom so zdravotným postihnutím do siedmych rokov veku. Včasná intervencia zahŕňa diagnostiku, poradenstvo, psychologické a odborné konzultácie, fyzioterapiu, stimuláciu komplexného vývinu dieťaťa a sociálnu rehabilitáciu. Cieľom sociálnej rehabilitácie je rozvoj samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti rodiny, napríklad formou nácviku priestorovej orientácie a samostatného pohybu, nácviku používania kompenzačnej pomôcky, komunikácie s prostredím. Služba sa poskytuje v zariadení včasnej intervencie (ambulantná forma) a priamo v domácnosti

(terénna forma), podľa rozhodnutia rodiny, ktorej sa má poskytovať. V prípade, že takáto rodina má záujem o danú službu, môže sa obrátiť na niektoré z ôsmich centier včasnej intervencie, ktoré pôsobia v každom krajskom meste. Služba je poskytovaná bezplatne.⁵

3.3.1 Vzájomné vzťahy medzi členmi rodiny

Ak chce rodina s členom s postihnutím zdravo fungovať, musí sa vedieť vysporiadať s množstvom problémov, ktoré sa bytostne dotýkajú jej aktérov, t. z., musí zvládať rôzne záťažové situácie. To sa týka aj vzťahov medzi jednotlivými členmi v rodine. Je to neľahká úloha s ktorou sa rodina pasuje takmer permanentne. Týka sa to manželských vzťahov, vzťahov medzi rodičmi a deťmi a vzťahov medzi súrodencami.

Manželské vzťahy

Rodine, ktorej sa narodí dieťa so zdravotným postihnutím alebo k vzniku príde v priebehu života dieťaťa, vystavuje manželský vzťah rodičov nesmiernemu náporu. Je skúškou ich osobnostnej zrelosti, tolerancie, trpezlivosti a schopnosti spolupracovať. Okrem osobnostných kvalít manželov veľmi záleží na stabilite vzťahu, nie však v zmysle strnulosti, ale naopak, schopnosti pružne reagovať na záťažové situácie. Vplyv postihnutia dieťaťa je na manželský vzťah rodičov síce veľký, ale nemožno ho hodnotiť jednoznačne negatívne. Objavujú sa totiž aj štúdie, ktoré zdôrazňujú zvýšenú pevnosť a súdržnosť týchto rodín, ale väčšina autorov zhodne zastáva názor, že príchod handicapovaného dieťaťa do rodiny predstavuje obrovské riziko narušenia stability manželského zväzku. Podľa Featherstona (In Repková, 1998) postihnuté dieťa zasahuje štruktúru manželstva štyrmi rozličnými spôsobmi:

1. Postihnuté dieťa predstavuje pre rodičov často symbol zlyhania. Manželia neraz "otravia" svoj vzťah neustálym obviňovaním seba i partnera, pričom vynárajú sa aj úvahy o tom, že „....možno s iným partnerom by sa to nestalo“.
2. Vzbudzuje silné city u oboch rodičov, koncentruje na seba maximum pozornosti. Manželia sa niekedy natoľko identifikujú so svojou rodičovskou rolou, že ich partnerská rola zostáva potlačená, alebo na ňu celkom rezignujú.

⁵ Kontakty na centrá včasnej intervencie sú napríklad na stránke <http://www.cvislovensko.sk/>

3. Postihnuté dieťa narúša organizáciu a chod domácnosti. Ak sa niektorí z manželov odmieta zúčastňovať na rodinnom živote rovnako intenzívne ako druhý partner, môže prísť k postupnému odcudzeniu vzťahov, podporovanému navyše únavou a vyčerpaním toho, kto sa v rodine väčšmi angažuje.
4. Handicapované dieťa a problémy späté s jeho výchovou a opaterou sú živnou pôdou pre manželský konflikt. Manželia sa oveľa častejšie ako v iných "zdravých" rodinách dostávajú do ťažko riešiteľných situácií, čo vyžaduje istú súhru postojov a konaní partnerov, ale aj toleranciu vzájomných odlišností a chýb, rovnako aj obojstranné dobré komunikačné schopnosti.

V takýchto rodinách sa vyskytuje ešte mnoho ďalších faktorov, ktoré zvyšujú manželský stres ako napr. zvýšená finančná záťaž, zvýšená časová záťaž, spánková deprivácia, sociálna izolácia manželov a i. Rodina v spleti týchto problémov neraz nevie ako konať, na koho sa obrátiť o pomoc. V minulosti bolo celkom bežné, že dieťa končilo v domovoch sociálnych služieb.⁶ V súčasnosti sa už situácia aspoň čiastočne zlepšuje, nakoľko odborníci sú dostupnejší a nemalú pomoc zohrávajú aj Centrá včasnej intervencie, hoci zatiaľ sú len v krajských mestách.

Vzťahy medzi rodičmi a deťmi

Vzájomné vzťahy a interakcie medzi rodičmi a deťmi závisia od mnohých faktorov. Ako príklad môžeme uviesť rozdiely medzi vekovo mladšími a staršími rodičmi v intenzite citových vzťahov k deťom. Z hľadiska vzájomných vzťahov je významné aj zloženie rodiny, počet detí, ich vek, pohlavie a poradie v ktorom sa narodili. Prvorodené dieťa býva viac stredobodom pozornosti celej rodiny a rodičia majú pri jeho výchove menej skúseností, preto ak je postihnuté práve toto dieťa, môžu sa rodičia pri jeho výchove dopustiť vzhľadom na svoju neskúsenosť niektorých chýb. Vzájomné vzťahy v rodine ovplyvňuje tiež úroveň komunikácie, spôsob, akým sa o problémoch hovorí, miera otvorenosti a úprimnosť vo vzťahoch. Ďalej sú vzťahy ovplyvňované aj medzi pohlavnými rozdielmi, tzn. existuje špecificky materský a špecificky otcovský prístup k deťom, ovplyvnený navyše aj pohlavím potomka.

Cleveland (In Prevendárová, 1998) sa domnieva, že: „matky mávajú tendenciu vytvárať veľmi úzke, uzavreté vzťahy so svojimi postihnutými deťmi. Tým ich izolujú od primeraných sociálnych kontaktov a bránia tak prirodzeným prejavom ich nezávislosti aj v

⁶ Pred prijatím zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci sa inštitucionálne zariadenia nazývali ústavy sociálnej starostlivosti určené pre "zverencov".

prípadoch, kde to postihnutie umožňuje.“ Mnohé matky sa osamostatňovaniu dieťaťa vedome či nevedome bránia. K tomuto postoju ich berie strach a úzkosť o dieťa, neinformovanosť o jeho skutočných potrebách a možnostiach, kompenzácia vlastných pocitov viny atď. Matky zdravotne znevýhodnených detí prežívajú svoju situáciu viac stresujúco než otcovia. Je to prirodzené, ak si uvedomíme, že prevažne ony nesú najväčšie bremeno starostlivosti o takého dieťa. Vzťah otca k postihnutému dieťaťu býva odlišný ako vzťah matky, pretože sa vo vzťahu k svojim deťom prejavujú zdržanlivejšie. Sú náchylnejší city v sebe skôr skrývať, než ich vyjadrovať navonok. Na rozdiel od matiek ich viac znepokojuje budúcnosť potomkov a to, aký sociálny a vzdelanostný status dosiahnu. Taktiež sa ich väčšmi dotýka vonkajší výzor dieťaťa, ak je stigmatizovaný v dôsledku postihnutia. Pohlavie dieťaťa je zvlášť významný faktor práve v súvislosti s otcami, pretože ak je dieťa mužského pohlavia, otec si príliš idealizuje rolu, ktorú by mohol zohrávať pri jeho výchove. Často márne túži po tom, že si spolu napr. zahrajú hokej alebo iný šport, pričom sa musí uspokojiť s tým, že sa jeho dieťa naučí aspoň chodiť s pomocou barle. Pre otcov je vraj ťažké neporovnávať dieťa s hendikepom so zdravými a nevyžadovať od neho rovnaký výkon.

Súrodenecké vzťahy

Príchod postihnutého človečika do rodiny máva značný vplyv aj na nepostihnutých súrodencov. Starší súrodenec býva pre dieťa s postihnutím často prospešný, stáva sa jeho ochrancom a príležitostným opatrovateľom. Často zdravý súrodenec chráni svojho postihnutého brata alebo sestru pred útokmi iných detí a pomáha mu začleniť sa do širšieho sociálneho prostredia. Súrodenci postihnutých detí bývajú často na svoj vek lepšie prispôsobení, zrelší, zodpovednejší, tolerantnejší a ochotnejší. V takýchto rodinách sa však oveľa častejšie vyskytujú negatívne prejavy v súrodeneckých vzťahoch oproti bežným rodinám, kedy zdravý súrodenec, napríklad – musí viac doma pomáhať, než jeho rovesníci, – rodičia mu nevenujú toľko pozornosti ako jeho postihnutému súrodencovi; – prechováva pocity krivdy, zlosti a žiarlivosti; – musí sa viac snažiť, aby si získal pozornosť rodičov a pod. Žiarlivosť a rivalita v súrodeneckej skupine závisí aj od pohlavia dieťaťa a poradia jeho narodenia. Mladší zdraví súrodenci horšie znášajú prítomnosť postihnutého súrodenca než starší.

3.3.2 Adaptačný proces na materstvo a výchovu potomkov

Rodina prechádza určitým adaptačným procesom po príchode „chorého“ dieťaťa do nej. Dôležitá je nie len rola matky, ale aj otca – pri starostlivosti o postihnuté dieťa. Stručne uvádzame najčastejšie problémy u jednotlivých druhoch postihnutia, ktoré sa pri výchove takýchto detí vyskytujú. Vzhľadom k tomu, že každý handicap je jedinečný a vyznačuje sa špecifickými problémami (napr. pri sluchovo postihnutých sa vyskytujú iné problémy pri výchove u čiastočne nepočujúcich a iné u úplne nepočujúcich), sme si vedomí toho, že nie je v našich silách obsiahnuť všetky problémy s ktorými sa rodina s postihnutým členom stretáva.

Ak sa rodičom narodí postihnuté dieťa je to pre nich obrovský šok, ako aj pre starých rodičov, príbuzných. Ako sme už v úvode spomenuli, pre matku je prijateľnejšie, ak sa dozvie o tom, že bude mať postihnutého potomka ešte pred pôrodom. Hoci stále bude dúfať, že nakoniec sa narodí zdravé, môže sa na príchod svojho „chorého“ dieťaťa lepšie pripraviť. Veľkou zaťažkávajúcou skúškou pre rodinu je však aj, ak sa dieťa stane postihnuté v priebehu detstva, dospievania (v dôsledky choroby, úrazu,) a to najmä preto, lebo rodina už má jasnú predstavu o tom, čo zo svojho dospievajúceho syna/dcéry chce mať a zrazu je podľa ich plánov všetkému koniec. Z počiatku sa vôbec nezamýšľajú nad tým, že aj keď ich potomok má handicap, môže plnohodnotne fungovať a začleniť sa do spoločnosti. Tomu predchádza niekoľko fáz, ktorými prechádza rodina s handicapovaným členom, pričom keďže každá rodina je jedinečná, neopakovateľná so svojimi špecifikami, tak sa môžu jednotlivé fázy navzájom prekrývať.

Seligman (1984) hovorí o týchto štyroch fázach:

1) Obdobie, keď sa rodina dozvie, že dieťa je postihnuté, je pre ňu jedno z najnáročnejších životných období. Rodičia sa musia najprv naučiť správne zaobchádzať so svojim postihnutým potomkom.

2) V tomto období, v ideálnom prípade pod drobnohľadom odborníkov, pripravujú svoje dieťa na život, stimulujú jeho psychický a fyzický vývin adekvátne k detskému veku, ale aj k ich vlastným možnostiam a schopnostiam.

3) Začiatok tejto fázy je determinovaný vstupom dieťaťa do mimo rodinného prostredia, jeho inštitucionálnou výchovou a vzdelávaním (DSS a škola). Vstup do výchovno-vzdelávacieho procesu je významným okamihom ako v živote dieťaťa, tak rovnako aj celej rodiny. Toto obdobie môže, ale nemusí byť identické s tzv. bežným školským vekom (6 – 14 rokov), pretože niektoré postihnuté deti sa dostávajú do mimo rodinného prostredia skôr,

iné neskôr alebo nikdy, čo podmieňuje najmä závažnosť postihnutia. U detí vo veku nad 6 rokov bývajú už identifikované aj dovtedy skryté postihnutia ľahšieho stupňa, ako aj rozličné výukové ťažkosti a poruchy správania. Rodičia sú často nútení prehodnotiť doterajšie plány a očakávania, ktoré mali v súvislosti s ich dieťaťom.

4) Toto posledné štádium nastáva v čase, keď už dospelé postihnuté dieťa žije opäť buď spoločne so svojimi starými rodičmi alebo mimo rodiny, pod dozorom alebo tiež samostatne a to v závislosti od individuálnych aj spoločenských podmienok a možností. Mnoho rodičov sa obáva, že o ich postihnuté dieťa nebude dobre postarané, ak sa už oni nebudú môcť oňho starať sami. V tomto období si rodičia často robia starosti aj kvôli vhodnému zamestnaniu pre dieťa a neraz sú žiaľ priamymi svedkami jeho márných pokusov o hľadanie vhodného životného partnera.

V každom z uvedených štádií plní rodina špecifické úlohy, má svoje špecifické potreby, aj celkový iný spôsob života, ktorým sa odlišuje od rodín prechádzajúcich iným štádiom vývinu. Ak má rodinný systém zostať zachovaný, rodina musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky. Táto "schopnosť rodinného systému meniť štruktúru moci, rol a rodinných pravidiel podľa situačných a vývinových potrieb" sa nazýva adaptácia.

Ako sme už v úvode tejto podkapitoly spomenuli, narodenie postihnutého dieťaťa pôsobí na rodinu enormne tiesnivo. Tento fakt často pociťujú ako "životnú tragédiu", či už ide o poruchu zraku, sluchu, motoriky alebo mentálneho vývinu. Kým "normálne" dieťa znamená pre rodiča radosť, pýchu, prameň budúcej nádeje, postihnuté dieťa znamená zármutok, poznamenanie, niekedy takmer neznesiteľnú hanbu. Budúcnosť postihnutého dieťaťa naplňa rodičov pochybnosťami a pocitmi neistoty. Ani súrodenci takého dieťaťa spočiatku nechápu, prečo je ich súrodenec inakší ako ostatné deti a iba pomaly sa s touto odlišnosťou vyrovnávajú.

Vo vzťahu rodičov k svojmu postihnutému dieťaťu badať niekoľko rôznych schém správania sa. V. S. Sommersová (In Jakabčic, Požár, 1995) zaradila spôsoby, akými rodičia reagujú na postihnutie svojho dieťaťa do piatich kategórií:

1. *Akceptovanie dieťaťa a jeho postihnutia* - rodič postihnutie vníma objektívne a preukazuje skutočnú oddanosť a primerané hodnotenie dieťaťa. Nevyjadruje viditeľné pocity viny alebo vzdoru. Heslom je: "musíme dosiahnuť najviac, čo sa dá". Vo väčšine prípadov viera vo vlastné sily a v schopnosti dieťaťa dodáva duševnú podporu a oporu.
2. *Odmietavá reakcia* - popiera sa, že postihnutie má emocionálny vplyv na rodičov a že dieťa je naozaj postihnuté. Vzdelávacie a profesionálne plány s dieťaťom

naznačujú, že rodič neakceptuje a neuznáva pre svoje dieťa nijaké obmedzenia. Dieťa sa vedie k nadmernej ambiciózności a rodič trvá na vysokej úspešnosti.

3. *Nadmerné ochrankárstvo* - rodičia sú zaujatí pocitmi ľútosti a súcitu, ktorý vyjadrujú v nadmernej starostlivosti a ochrankárskom zaobchádzaní s dieťaťom. Potreba matky po predmete svojej lásky môže viesť k tomu, že udržiava svoje dieťa na infantilnej úrovni. Často rozhoduje miesto neho i v úplných maličkostiach. Starostlivosť o dieťa naznačuje príchylnosť milujúceho a nadmieru pozornosti.
4. *Skryté zavrhovanie* - postihnutie sa pokladá za hanbu. Negatívny postoj a odpor voči dieťaťu sa skrýva za nadmerne starostlivou a úzkostlivou ohľaduplnosťou a preháňaním povinností, úzkostlivou snahou byť dobrou matkou (otcom).
5. *Otvorené zavrhovanie* - dieťa sa otvorene prijíma s odporom a rodič si je vedomý nepriateľských citov, avšak utvára si obranu na ich zdôvodnenie. Spoločnosť, lekár alebo učiteľia sú vinní za ich predsudky voči postihnutiu. Rodič na základe procesu projekcie dosahuje pocit oprávnenosti tohto nepriateľstva a úľavu z veľkého pocitu viny.

Podľa Sommersovej (In Jakabčic, Požár, 1995) nemožno vyznačiť ostrú hraničnú čiaru medzi jednotlivými postojmi, pretože niektoré z nich sa zrejme prekrývajú. Autorka prvé dva postoje považuje za pozitívne, pretože dovoľujú dieťaťu rásť, rozvíjať sa a zúčastňovať sa na živote rodiny. Treba nám ešte spomenúť, že pri otvorenom zavrhovaní rodičia často volia ako jedinú (východiskovú) alternatívu umiestnenie svojho handicapovaného dieťaťa do domova sociálnych služieb alebo obdobného zariadenia, uisťujúc sa, že je to v najlepšom poriadku, "veď aj iní tak činia" a žiaľ, niekedy sa dieťaťu, najmä ak má veľmi ťažké handicap, zrieknu.

Rodina je základným prostredím výchovy detí, a to najmä predškolského a mladšieho školského veku, príp. dospievania. Vychovávať však, to je predovšetkým vlastným príkladom byť vzorom pre deti v správaní sa k iným a vystupovaní na verejnosti. Z hľadiska uplatňovania výchovy a charakteru výchovného procesu sa rozlišuje:

- autoritatívna rodina – dieťa je od ranného veku objektom „drezúry“,
- liberálna rodina – dieťa sa stáva objektom neprimeranej nežnosti a obdivu rodičov, povoľujú mu všetko, čo chce, čo vedie k negatívnym dôsledkom ako napr. nesamostatnosť, impulzivnosť, neskrotnosť a i.
- demokratická rodina (autori používajú označ. "stredný typ", pozn. autora) – rodičia citlivo kladú požiadavky na dieťa a primeraným spôsobom kontrolujú ich plnenie. Vážia si ho, prejavujú mu náklonnosť, ale zároveň sú voči nemu primerane náročné.

Autor Zelina (2011) vymedzil 9 typov, resp. štýlov výchovy dieťaťa so zdravotným postihnutím zo strany rodičov:

1. *výchova cez úspechy* – charakterizuje ju láska a vysoký stupeň akceptácie dieťaťa, vysoké požiadavky, náročnosť, častá kontrola a používanie odmien.
2. *liberálna (zhovievavá) výchova* – charakteristická je pre ňu láska a akceptácia, málo požiadaviek, zriedkavá kontrola a odmeňovanie.
3. *demokratická výchova* – pri tejto výchove je primeraná láska a akceptácia, primerane vysoké až vysoké požiadavky, zriedkavá kontrola (uprednostňuje sa dôvera), zriedkavé tresty a občasné odmeňovanie.
4. *nadmieru starostlivá (hyperprotektívna) výchova* – pre ňu je príznačná silná láska a akceptácia, empatia, malé požiadavky, častá kontrola a odmeňovanie.
5. *rigorózný autokratizmus* – charakterizuje ho skryté nepriateľstvo alebo chýbanie akceptácie a empatie, vysoké požiadavky, častá kontrola, trestanie je hl. spôsobom vplyvu na správanie vychovávaného,
6. *punitívny autokratizmus* – vyznačuje sa vysokým stupňom nepriateľstva alebo chýbaním akceptácie, empatie, vysokými požiadavkami, častou kontrolou a trestaním.
7. *príležitostný autokratizmus* – príznačné je preňho nepriateľstvo, chýbanie akceptácie a empatie, vysoké požiadavky, zriedkavá kontrola a trestanie.
8. *zanedbávajúca výchova* – vyznačuje sa chladným emocionálnym postojom, chýbaním akceptácie, nízkymi požiadavkami, zriedkavou kontrolou, chýbaním posilnení (odmeny, tresty).
9. *zavrhujúca výchova* – charakterizuje ju nepriateľstvo a chýbanie akceptácie, nízke požiadavky, zriedkavá kontrola a prísne tresty.

Viacerí autori sa zhodujú v názore, že v rodinách s postihnutým dieťaťom sa veľmi často vyskytuje hyperprotektívny (nadmerne ochranný) štýl výchovy. Platí to však predovšetkým pri matkách. U otcov najčastejšie prevažuje liberálny a zanedbávajúci výchovný štýl. Niektorí rodičia pristupujú k svojim deťom zasa príliš perfekcionalisticky. Snažia sa, aby sa ich “choré” dieťa vyrovnalo zdravým bez ohľadu na jeho možnosti. Takto konajú najmä tí rodičia, ktorí nedokážu akceptovať postihnutie ako reálnu skutočnosť. Následkom toho býva takéto dieťa zbytočne preťažované a neurotické, čo vedie k jeho maladaptácii, pocit trvalého nedostačujúceho a negatívneho prístupu ku vzdelaniu. Iní rodičia zasa majú odmietavý postoj k handicapovanému dieťaťu. Tento postoj máva častejšie skrytú formu, prejavujúcu sa navonok podráždenosťou, nadmernou kritickosťou, neprimeraným obmedzovaním a

trestaním dieťaťa, alebo vyhýbaním sa zodpovednosti za jeho výchovu. Niektorí rodičia majú k svojim handicapovaným deťom ambivalentný postoj. Netrzeplivosť a odmietanie strieda pocit viny a snaha odčiniť negatívne prejavy nadmernou povolenosťou a prejavmi lásky. Podľa nás najvhodnejšie pristupujú k výchove postihnutého dieťaťa tí rodičia, ktorí dokážu akceptovať jeho handicap, majú k nemu láskyplný a zároveň primerané požadujúci prístup.

3.4 Efektívne trávenie voľného času ako významný faktor integrácie ľudí s ŤZP

Voľný čas je vo všeobecnosti vnímaný ako čas, ktorý zostáva po splnení všetkých povinností súvisiacich s vykonávaním a prípravou do práce a návštevou školy. Počas voľna si môžeme dopriať oddych, regeneráciu psychických a fyzických síl, uvoľnenie či zábavu. Aktivita vykonávaná počas voľného času nám prinesú uspokojenie a celkový prospech aj tým, že nám umožňujú stretávať sa s inými ľuďmi a vytvárajú priestor pre seberealizáciu. Podstatné je nezabúdať na to, že voľný čas je potrebné zmysluplne (efektívne) vyplňať v každom veku, pretože je jedným z najdôležitejších zdrojov rozvoja každého človeka.

Možností efektívneho trávenia voľného času sa ponúkajú aj ľuďom s ŤZP. Stačí si len vybrať, čo je pre koho príjemné, vyhovujúce či prospešné, finančne dostupné a v neposlednom rade najmä prístupné. Práve prítomnosť architektonických, technických a informačných bariér im neumožňuje vstup do každej inštitúcie (štátnej ako aj neštátnej). Ak má takáto osoba záujem spoznávať historické a kultúrne dedičstvo či krásy prírody Slovenska, stretáva sa s bariérami, predovšetkým všadeprítomnými schodmi, nevhodnou veľkosťou dverí (príliš úzke, napr. pre vozičkára), klzkými povrchmi (možnosť ľahšie sa pošmyknúť u osoby s barlamami). Nevidiaca osoba, ktorá navštívi nejakú pamätihodnosť, nemá vždy možnosť prečítať si text v Braillovom písme, ktorý sa viaže k výstavnému exempláru. Aj taký prah vo dverách môže imobilnej osobe sťažiť prístup do miestnosti koncertnej sály, či športového podujatia.

V poslednom období sa čoraz viac stretávame s pojmom “pedagogika voľného času” ako jednej z pedagogických disciplín. Za hlavné princípy pedagogiky voľného času pedagogický slovník považuje:

- autonómia činnosti, jej uvedomelý výber, pohľad na voľný čas ako na prostriedok rozvoja osobnosti, upevňovanie zdravia, voľný čas ako výzva a úloha pre osobnosť,
- aktivita subjektu, prekonávanie pasívnej konzumácie, rozvoj tvorivosti,

- orientácia na sociálne kontakty, spoločné prežívanie voľného času s rodinou a priateľmi,
- spontaneita, uvoľnenosť, otvorenosť pre nové veci,
- zábava, radosť, zážitok z činnosti,
- odreagovanie, uvoľnenie, priestor pre znovunadobudnutie zmyslu. (Prucha, Walterová, Mareš, 2009)

Je na nás, budúcich sociálnych pracovníkov, aby sme robili osvetu aj v oblasti trávenia voľného času ľuďmi s hendikepom. Aby mohli športovať, kultúrne sa vyžiť, napr. návštevou múzeí, hradov, zámkov, zoologických záhrad, parkov, koncertných predstavení, divadiel, ale tiež, aby mohli tráviť dovolenku na Slovensku alebo niekde v zahraničí pri mori.

4 PORADENSTVO, REHABILITÁCIA A VIERA AKO PROSTRIEDOK K ZAČLEŇOVANIU SA OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM DO MAJORITNEJ SPOLOČNOSTI

Táto kapitola popisuje tie činnosti práce sociálneho pracovníka, ktoré sú nápomocne pri začleňovaní prípadne znovuzačlenení sa osôb so zdravotným postihnutím v rôznych oblastiach života. V predošlej kapitole sme popísali opodstatnenosť školského sociálneho pracovníka v procese inkluzívneho vzdelávania detí s hendikepmi. Pozornosť sme venovali tiež vysokoškolskému a celoživotnému vzdelávaniu. Priblížili sme význam agentúr podporovaného zamestnávania a ďalších inštitúcií, ktoré by mali mať priaznivý vplyv na zamestnávanie ľudí so zdravotným postihnutím na otvorenom trhu práce. Ako však ukázal výskum, stále tomu tak nie je a títo ľudia sa zostávajú v procese osamostatňovania sa na pracovnom poli viac menej bokom. Tiež sme mapovali situáciu rodín, ktoré majú člena so zdravotným postihnutím. V rámci tejto kapitoly sme vybrali tie najdôležitejšie činnosti sociálneho pracovníka ako sociálno-právne poradenstvo, ktoré sa uplatňuje najmä na ÚPSVR SR pri podávaní žiadosti za účelom priznania kompenzačných pomôcok, ktoré sú dôležitým prostriedkom k nezávislému spôsobu života hendikepovaných. Rovnako dôležité je poskytovanie poradenstva za účelom nárokovania si na sociálnu službu, ktoré poskytujú mestá a obce (t. j. samospráva). Nezabudnuteľnú úlohu zohráva poskytovanie psychologického poradenstva, ktoré ale priamo nespadá do kompetencií sociálneho pracovníka, preto sa mu bližšie nevenujeme. Pri uplatňovaní sa osôb so zdravotným postihnutím na trhu práce slúži profesijno-kariérne poradenstvo, tiež sociálna a pracovná rehabilitácia. Využívanie pastoračnej činnosti má pre hendikepovaných rovnako svoje opodstatnenie. Mnohí z nich sa vďaka viere dokázali skôr zmieriť so svojim hendikepom a svoj postih neberú ako trest, údel zo strany prírody, ale prijímajú ho ako súčasť svojho života, z ktorého môžu ťažiť.

4.1 SOCIÁLNO-PRÁVNE PORADENSTVO

Východiskom pre poradenstvo sú publikácie od autorov, ku ktorým patria okrem iných K. Repková, J. Riapoš, a H. Lacková, tiež legislatívne ustanovizne a to zákon č. 447/2008.

Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP, zákon č. 448/2008 Z. z. sociálnych službách, zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti, zákon č. 568/2009 Z. z. celoživotnom vzdelávaní. Zdravotné postihnutie môže ovplyvniť jednotlivca, ale aj jeho rodinu a okolie. Nie vždy môže vykonávať všetky aktivity, preto tento fakt môže ovplyvniť sociálne, duševné a tiež zdravotné oblasti človeka so zdravotným postihnutím.

Zdravotné postihnutie bolo v minulosti považované za medicínsky problém, ktorý definovali kritéria v oblasti medicíny bez ohľadu na spoločenský dopad postihnutej osoby, prípadne na možnosti využitia schopností, ktoré bolo možné rozvíjať u tejto osoby a neriešila sa kompenzácia, ktorá môže značne uľahčiť každodenný život človeka s postihnutím. (Repková, Sedláková, 2012)

Aj v bežnom živote človeka stačí niekedy malá rada, ktorá mu pomôže nájsť správny smer. Osoby s ťažkým zdravotným postihnutím sa dostávajú do problematickej situácie, pretože ich možnosti sú ohrozené alebo sa bežne nemôžu vysporiadať so situáciami, ktoré zdravý človek rieši bez problémov. Preto práve pre tieto osoby je poradenstvo veľmi významné a často stačí vysvetliť a poradiť im, aké možnosti súčasný sociálny systém ponúka pre uľahčenie ich situácie, aby sa vedeli obrátiť na kompetentné organizácie a úrady, ktoré im môžu neľahkú situáciu značne zjednodušiť, pomôcť v nasmerovaní a výbere vhodnej profesie, školy, zamestnania, pracovnej pozície a celkovo uplatniteľnosti človeka s postihnutím, aby následne práca bola pre nich radosť. Osoby so zdravotným postihnutím tvoria kategóriu, ktorá si často vyžaduje pomoc štátu a poskytovanie poradenstva je pre nich veľmi významné predovšetkým v oblasti zabezpečenia ich existencie.

Kategória ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím je často odkázaná na pomoc štátu a poskytovanie sociálneho poradenstva je pre zabezpečenie ich existencie veľmi významné. Sociálne poradenstvo je zamerané z hľadiska svojho obsahu na riešenie týchto problémov:

- poskytnutie a prehodnotenie dávky sociálnej pomoci,
- posúdenie opodstatnenosti peňažného príspevku na kompenzáciu pri jeho zavedení, určení a uvoľnení osobitného príjemcu peňažného príspevku na kompenzáciu,
- zníženie alebo odňatie účelovej peňažnej dávky sociálnej starostlivosti občanov s ťažkým zdravotným postihnutím,
- poskytovanie opatrovateľskej služby, prepravnej služby,
- poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb,
- odňatie sociálnej služby, zastavenie poskytovania sociálnej služby, zníženie alebo zvýšenie úhrady za poskytovanie sociálnej služby, prípadne neplatenie sociálnej služby.

(Schavel, Oláh, 2009)

Poskytovanie sociálneho poradenstva osobám so zdravotným postihnutím môže byť vykonávané na úrovni:

- štátnej správy,
- samosprávy,
- neštátnych subjektov – mimovládny sektor,
- v zariadeniach sociálnych služieb.

Štátna správa má v súvislosti s poskytovaním sociálneho poradenstva dominantné postavenie. Štát garantuje kompenzáciu buď prostredníctvom finančných dávok, alebo prostredníctvom zdravotnej pomôcky. Uvedené sa koná v súlade s cieľom zabezpečiť integráciu občana s ťažkým zdravotným postihnutím. Posudzovanie klientov zabezpečujú oddelenia posudkových činností príslušných úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, v ktorých pracujú sociálni pracovníci a lekár. Štát často nie je schopný zabezpečiť základné rámcové podmienky (materiálno-technické, personálne, priestorové, organizačné) pre prácu posudkových útvarov, čo ovplyvňuje aj predlžovanie čakacej doby vybavenia žiadosti klienta.

Klienti prichádzajú na oddelenia posudkových činností:

- spontánne (informácie od známych, príbuzných, z médií),
- z podnetu inštitúcie (zväzy, asociácie, občianske združenia),
- z podnetu ošetrojúceho lekára,
- z podnetu odborného lekára,
- na základe distribúcie kolegu sociálneho pracovníka z iného oddelenia odboru sociálnych vecí,
- na základe informácie získanej u kompetentného zamestnanca verejnej správy.

Početnosť a prvotnú návštevu klientov podnecujú aj samotní sociálni pracovníci, zamestnanci posudkových útvarov, ktorí v rámci svojich činností v teréne upozorňujú potencionálnych klientov na možnosti kompenzácie ich ťažkého zdravotného postihnutia. Uvedený fakt je pozitívnym prvkom v práci sociálneho pracovníka, poukazuje na obrat z chápania sociálnej práce ako sumáru administratívnych úkonov na prvky terénnej sociálnej práce, ktorá ešte aj v dnešnej dobe neraz absentuje. Nakoľko sociálny pracovník musí poznať aj príslušnú legislatívu, tak okrem sociálneho poradenstva poskytuje kvázi aj právne poradenstvo, aj keď nie v celom rozsahu.

Samospráva prevzala značnú časť kompetencií od štátnej správy, čo je prirodzený proces. Výsledkom toho bola snaha v priblížení sa svojmu občanovi, v mapovaní

konkrétnych problémov, v zapájaní občanov do riešenia sociálnych problémov obyvateľov z ich bezprostredného okolia a pod. Kompetentný zamestnanec alebo skupina zamestnancov (sociálnych pracovníkov) je v bezprostrednom kontakte s občanom, ktorému pomáha pri riešení jeho sociálnych problémov, občana distribuuje na príslušné inštitúcie, pomáha mu administratívne zvládnuť niektoré úkony, ktoré si klient nie je schopný zabezpečiť vlastnými silami (vykonáva základné distribučné poradenstvo).

Sociálny pracovník už nestojí v anonymite a v samospráve komunikuje s príslušnými inštitúciami a subjektmi v meste, ktoré zabezpečujú vybrané sociálne činnosti a podieľajú sa na riešení niektorých sociálnych problémov obyvateľstva, ako sú najmä:

- opatrovateľská služba,
- ošetrovateľská služba,
- prepravná služba,
- prevádzkovanie zariadení sociálnych služieb.

Neziskový (mimovládny) sektor má svoje nezastupiteľné miesto pri práci s občanmi so zdravotným postihnutím. Poskytujú sociálne poradenstvo, ktoré je veľmi intenzívne zamerané na integráciu občanov so zdravotným postihnutím, ich posilnenie v samotnej schopnosti človeka prirodzene sa orientovať v osobnom a spoločenskom živote. Špecifiká poradenského typu ako napr. vyrovnávanie sa s postihnutím, udržanie a nadviazanie partnerských vzťahov, ako aj spolužitie s postihnutým jedincem pomáhajú riešiť odborníci aj prostredníctvom psychologickéj starostlivosti. Ich prirodzenou súčasťou je aj podpora dobrovoľníckej činnosti, vytváranie a podpora svojpomocných skupín.

Sociálny pracovník (poradca) musí mať okrem patričného vzdelania a výcviku komunikačných schopností, aj primeranú schopnosť:

- neustále získavať podrobné informácie o možnostiach pomoci občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím s cieľom zabezpečiť primeranú mieru integrácie optimálneho fungovania klienta,
- akceptovať právo klienta so zdravotným postihnutím vyjadrovať sa k svojim potrebám, návrhom a požiadavkám na riešenie problému v súvislosti s jeho integráciou a optimálnym fungovaním v spoločnosti,
- analyzovať sociálnu situáciu klienta, identifikovať rozdielne potreby a možnosti ich uspokojovania,
- vedieť posudzovať a pozorovať správanie jednotlivcov a skupín,
- odhaľovať prítomnosť rizikových faktorov ovplyvňujúcich riešenie problému klienta,

- spolupráce s ostatnými zainteresovanými odborníkmi, vedieť spolupracovať s rodinou, prípadne skupinou, či komunitou, v ktorej sa klient nachádza. (Schavel, Olah, 2009)

Sociálne poradenstvo orientované na klienta s ťažkým zdravotným postihnutím musí rešpektovať okrem všeobecných princípov sociálnej práce aj niektoré špecifiká, ktoré sú determinované práve danou skupinou klientov. V sociálno-poradenskej intervencii je potrebné dodržiavať nasledovné princípy:

- intervencia by mala byť pre klienta dostupná v mieste jeho bydliska,
- občania s hendikepom sú prirodzenou súčasťou spoločnosti, a preto si vyžadujú uznanie, úctu a porozumenie tak, ako ostatní občania našej spoločnosti,
- rešpektovať ich špecifické potreby a ich záujmy s prihliadnutím na druh a rozsah ich postihnutia,
- akceptovať predstavy klienta o tom, ako by mal vyzerat' jeho život, podnecovať rodinu a najbližšie okolie k dosiahnutiu tohto cieľa.

4.2 PROFESIJNO-KARIÉRNE PORADENSTVO

V časti venovanej zamestnávaniu osôb so zdravotným postihnutím, sme sa zamerali na agentúry podporovaného zamestnávania a Inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu osôb s ŤZP, ktoré pripravujú a sprostredkujú zamestnanie, prípadne robia intervenciu z dôvodu výskytu problémov na pracovisku alebo pomáhajú pri zmene zamestnania. V tejto časti sa zameriavame na profesijno-kariérne poradenstvo.

Poradenské služby sú poskytované už žiakom základných a stredných škôl. Sú to verejné služby, poskytujú sa bezplatne. Kompetencie školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie definuje zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a vyhláška č. 325/2008 Z. z. o zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie. Ide o systém odborných poradenských služieb (psychologických, pedagogických, špeciálno-pedagogických, sociálnych) deťom a mládeži, ich rodičom, pedagogickým zamestnancom, zamestnancom školskej správy, pri výchove a vzdelávaní na základných a stredných školách a v školských zariadeniach počas školskej dochádzky a prípravy na povolanie. Toto vymedzenie pôsobnosti poradenstva zdôrazňuje, že výchovné poradenstvo je súčasťou výchovno-vzdelávacej sústavy a akcentuje jeho významnú participáciu na optimalizácii výchovy a vzdelávania žiakov.

Zariadeniami výchovného poradenstva a prevencie sú centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a centrá špeciálno-pedagogického poradenstva. Vykonávajú činnosti diagnostické, poradenské, terapeutické, preventívne a rehabilitačné. (Lepeňová In Beková a kol., 2014)

Zariadenia výchovného poradenstva a prevencie sa zameriavajú na optimalizáciu vývinu detí a mládeže (ich osobnostného, vzdelávacieho, sociálneho, kariérového vývinu), a to až do ukončenia prípravy na povolanie. Osobitnú starostlivosť venujú žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Významnou súčasťou systému výchovného poradenstva a prevencie je kariérová výchova a kariérové poradenstvo. Zameriava sa na pomoc žiakom a študentom počas vzdelávania a odbornej prípravy osobitne na základných a stredných školách, participuje na ich príprave pre trh práce, zvyšuje ich zamestnateľnosť a pôsobí preventívne pred možnou nezamestnanosťou v budúcnosti. Úspešnosť kariérovej výchovy a kariérového poradenstva v školách je závislá od úzkej spolupráce školy so všetkými zložkami výchovného poradenstva a prevencie, so sociálnymi partnermi školy, s orgánmi verejnej správy, so zamestnávateľmi, inými školami, občianskymi združeniami. Potrebná je tiež úzka spolupráca a vzájomná výmena informácií so službami zamestnanosti (s úradmi práce) – osobitne o aktuálnych aj perspektívnych potrebách trhu práce, o možnostiach uplatnenia absolventov v praxi, o stave profesionálnej orientácie žiakov (profesionálne želania žiakov a rodičov), o výsledkoch vzdelávania a odbornej prípravy, o možnostiach ich výchovného usmerňovania v súlade s potrebami trhu práce.

Významnou súčasťou systému výchovného poradenstva a prevencie sú výchovní poradcovia, školskí psychológovia, školskí špeciálni pedagógovia, liečební pedagógovia, sociálni pedagógovia a koordinátori prevencie, ktorí vykonávajú svoju činnosť v školách. Ako sme už v práci spomínali, absentujú školskí sociálni pracovníci.

Termín “vysokoškolské“ poradenstvo sa vzťahuje jednak na základnú cieľovú skupinu tejto služby, jedinca v období svojho vysokoškolského štúdia, ako aj na inštitúciu, ktorá služby poradenstva svojim študentom poskytuje, vysokú školu. Vysokoškoláci sú dnes veľmi diverzifikovaná skupina, ktorá si vyžaduje široký diapazón špecifickej poradenskej podpory. Na poskytovanie poradenskej služby študentom pri zostavovaní študijných plánov pôsobia na vysokých školách študijní poradcovia. Študijného poradcu vymenúva z radov vysokoškolských učiteľov a odvoláva rektor alebo dekan, ak má študijný poradca pôsobiť v rámci fakulty. (Zvariková In Beková a kol., 2014)

Podporu študentov a uchádzačov o štúdium so špecifickými potrebami upravuje zákon o vysokých školách č. 131/2002 Z. z., ktorý v § 100, ods. 7 uvádza, že na vysokých školách

pôsobia:

- a) špeciálne pedagogické pracoviská na podporu štúdia študentov so špecifickými potrebami,
- b) koordinátori pre študentov so špecifickými potrebami (ďalej len „koordinátor“).

Koordinátorom môže byť fyzická osoba alebo právnická osoba. Ak je koordinátorom fyzická osoba, výkonom činnosti ho poveruje rektor; ak na vysokej škole pôsobí aj koordinátor pre fakultu, výkonom činnosti ho poveruje dekan. Ak je koordinátorom fyzická osoba, ide spravidla o vysokoškolského učiteľa. Ak je koordinátorom právnická osoba, zmluvu o výkone činnosti s ním uzatvára rektor. Právnická osoba môže zabezpečovať činnosť koordinátora aj pre viac vysokých škôl. Činnosť koordinátora je zabezpečovaná z prostriedkov fondu na podporu štúdia študentov so zdravotným postihnutím. Na Univerzite Komenského v Bratislave a na Technickej univerzite v Košiciach pôsobia špeciálne pedagogické pracoviská na podporu štúdia študentov so špecifickými potrebami, ktoré plnia úlohu metodických, znalostných a koordinačných centier. Koordinátor „vykonáva poradenstvo pre študentov pri zabezpečovaní podporných služieb a tieto služby pre nich koordinuje“.

Poradenstvo v službách zamestnanosti, podobne ako samotné služby zamestnanosti poskytujú odbornú poradenskú podporu a pomoc tým, ktorí služby zamestnanosti potrebujú pri hľadaní zamestnania, práce, a to bez ohľadu na to, aký je ich aktuálny status z pohľadu zamestnanosti. Základným poslaním služieb zamestnanosti je zvyšovanie úrovne zamestnanosti na jednej strane a znižovanie miery nezamestnanosti, resp. ochrana pred nezamestnanosťou na strane druhej. Medzi nástroje, ktorými sa tieto ciele majú dosiahnuť, patrí aj poradenstvo. V podmienkach úradov práce, sociálnych vecí a rodiny sa poradenstvo poskytuje jednak v rámci **informačných a poradenských služieb**, tak aj v rámci **služieb odborného poradenstva**. Sú nimi aj služby pri poskytovaní informácií a odborných rád o možnostiach zamestnania na území Slovenskej republiky a v zahraničí, o predpokladoch na výkon povolania, o možnostiach a podmienkach účasti na programoch aktívnych opatrení na trhu práce a na aktivačnej činnosti, o podmienkach nároku na dávku v nezamestnanosti a o podmienkach účasti v partnerstvách vytvorených na podporu rozvoja zamestnanosti.

Pod **informačnými a poradenskými službami** sa rozumejú služby pri:

- voľbe povolania,
- výbere zamestnania a jeho zmeny,
- výbere zamestnanca. (Grajčár In Beková, 2014)

Poradenstvo pri voľbe povolania - zahŕňajú najmä poskytovanie informácií a odborných rád o druhoch povolanií a o predpokladoch a požiadavkách na výkon určitého povolania. Tieto sú dopĺňané informáciami o situácii na trhu práce, možnostiach štúdia popri zamestnaní a rekvalifikácie, o možnostiach uplatnenia sa na trhu práce po ukončení školy, profesiách žiadaných resp. absentujúcich v regióne, najväčších zamestnávateľoch regiónu. Poradenstvo pre voľbu povolania je súčasťou preventívneho poradenstva, ktoré realizujú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny priamo na školách alebo v Informačno-poradenskom stredisku na úrade.

Poradenstvo pri výbere zamestnania alebo jeho zmeny – je zamerané na posúdenie osobných predpokladov, schopností a získaných odborných zručností uchádzača o zamestnanie a záujemcu o zamestnanie a poskytovanie informácií a odborných rád súvisiacich so zdravotnými a kvalifikačnými požiadavkami na pracovné miesta. Osobitný dôraz sa kladie na pomoc evidovaných nezamestnaných, ktorí si vyžadujú zvýšenú starostlivosť, najmä občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou.

Poradenstvo pri výbere zamestnania - je zamerané na posúdenie osobnostných, zdravotných a kvalifikačných predpokladov, schopností a zručností občana v nadväznosti na požiadavky zamestnávateľa na konkrétne pracovné miesto.

Súčasťou pracoviska úradu práce je aj informačno-poradenské stredisko (IPS), v ktorom sú klientom k dispozícii počítače s prístupom na internet a tlačiarňou. Do IPS prichádzajú klienti, ktorými sú uchádzači o zamestnanie, záujemcovia o zamestnanie, žiaci základných a stredných škôl, vysokoškoláci a všetci občania, ktorí ho navštívia. Vyhľadávanie informácií je samoobslužné. V prípade potreby je občanovi nápomocný odborne pripravený zamestnanec. Klienti si v IPS môžu vyhľadávať informácie o trhu práce, o voľných pracovných miestach, môžu si pripraviť a vytlačiť písomnosti potrebné pre prijatie do zamestnania, životopis, motivačný list a pod. Nájdu tu vzory a návody ako písať životopis, žiadosť o zamestnanie, motivačný list a tiež široké spektrum informácií (v elektronickej a tlačenej podobe) o trhu práce, nástrojoch aktívnej politiky trhu práce, ktoré napomáhajú návratu uchádzačov na trh práce, odbornú literatúru, informačné letáky, propagačné materiály, prehľad stredných a vysokých škôl, katalóg zamestnávateľov a investorov v regióne s informáciami o pracovných podmienkach a zamestnávaných typoch profesií, sociálnom programe a možnostiach zamestnania.

Služby odborného poradenstva slúžia na riešenie problémov spojených s pracovným uplatnením uchádzača o zamestnanie, na vytváranie súladu medzi jeho osobnostnými predpokladmi a požiadavkami na vykonávanie určitého zamestnania, na ovplyvňovanie

rozhodovania a správania sa uchádzača o zamestnanie, ako aj na jeho sociálnu a pracovnú adaptáciu. Zákon o službách zamestnanosti ustanovuje, že odbornú poradenskú činnosť vykonáva poradca, ktorý získal vysokoškolské vzdelanie.

Poradenstvo slúžiace na zmiernenie nerovnováhy na trhu práce poskytujú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny formou:

- *Individuálne poradenstvo* je najčastejšie využívanou formou odborných poradenských služieb, ktoré je prioritne zamerané na podporu zamestnateľnosti klienta odborných poradenských služieb. Uskutočňuje sa v interakcii klient - poradca. Cieľom individuálneho poradenstva je pripraviť klienta odborných poradenských služieb na kontakt s trhom práce. Individuálne poradenstvo sa uskutočňuje formou individuálneho poradenského rozhovoru, ktorý zahŕňa:
 - komplexné zhodnotenie osobnostných predpokladov a odborných predpokladov uchádzača o zamestnanie,
 - určenie cieľov potrebných na návrat na trh práce,
 - určenie možných prekážok pri dosahovaní určených cieľov,
 - vypracovanie návrhu na prekonanie možných prekážok pracovného uplatnenia.(Schavel, Olah, 2009)

Kľúčový význam v rámci individuálneho poradenstva zohrávajú pritom tzv. individuálne akčné plány na podporu pracovného uplatnenia, ktoré úrad zabezpečuje vypracovať každému uchádzačovi o zamestnanie vedeného v evidencii uchádzačov o zamestnanie najmenej tri mesiace. Je to forma poradenstva, ku ktorej viac inklinujú introvertné typy klientov (nezamestnaných), ktorí o svojej problémovej situácii nechcú, alebo zo subjektívnych či z objektívnych dôvodov nemôžu hovoriť v skupine ľudí.

- *Skupinové poradenstvo* pre nezamestnaných charakterizujú vzťahy a komunikačné väzby typu poradca - skupina, poradca - každý člen skupiny, členovia skupiny navzájom. Je určené predovšetkým znevýhodneným skupinám uchádzačov o zamestnanie v zmysle zákona o službách zamestnanosti a ďalším klientom odborných poradenských služieb vyžadujúcim zvýšenú poradenskú starostlivosť, ktorí pre dosiahnutie žiaduceho cieľa zväčša vyžadujú doplnenie individuálneho poradenstva ďalšími aktivitami. Zaradenie klienta odborných poradenských služieb do skupinového poradenstva vychádza z individuálnych potrieb a osobného záujmu klienta. Aktivity skupinového poradenstva sú založené predovšetkým na skupinovej dynamike, aktívnom sociálnom učení a získavaní vedomostí a praktických zručností na základe osobných skúseností. Táto forma poradenstva je vhodná pre komunikatívnych klientov a pre klientov, ktorí trpia

nedostatkom sociálnych kontaktov. Hendikepovaní sú práve tou kategóriou, ktorá má zúžené sociálne interakcie s okolím z dôvodu prítomnosti bariér rôzneho druhu.

Medzi základné aktivity realizované v rámci odborných poradenských služieb patrí predovšetkým:

- poradenský rozhovor,
- vypracovanie individuálneho akčného plánu,
- bilancia kompetencií uchádzača o zamestnanie,
- skupinové poradenstvo,
- psychologické poradenstvo. (Grajčár In Beková, 2014)

Pre úplnosť dodávame, že kariérové poradenstvo sa poskytuje aj poskytovateľom služieb kariérového poradenstva v súkromnom – neziskovom sektore.

4.3 SOCIÁLNA REHABILITÁCIA

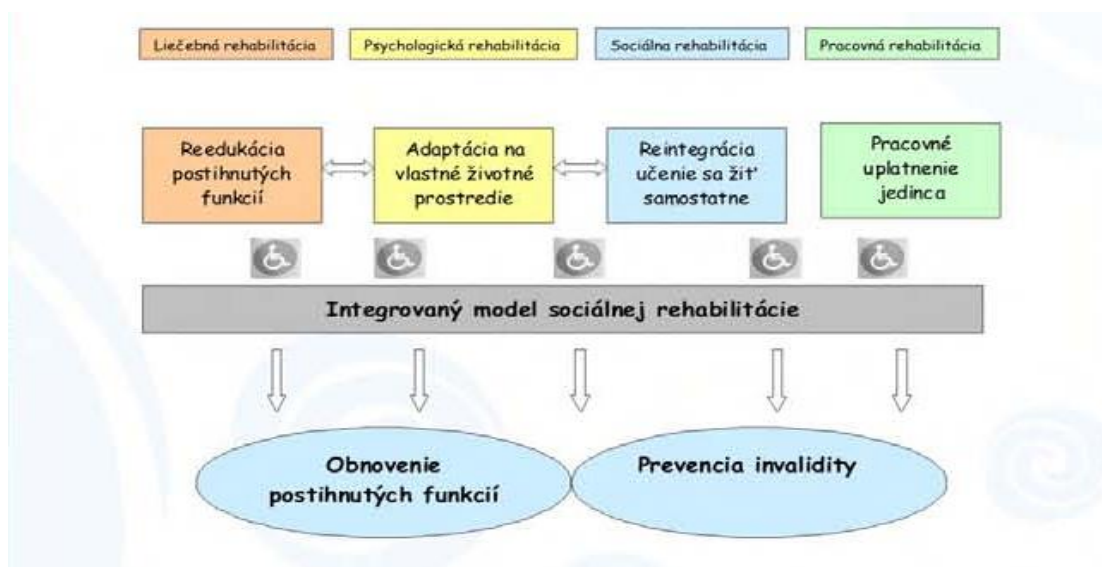
Sociálna rehabilitácia je dôležitým nástrojom pomoci pri začleňovaní sa človeka so zdravotným postihnutím do každodenných činností v spoločnosti. Je nástrojom podpory nezávislosti osôb s hendikepom. Pojem *rehabilitácia* je odvodený z latinského názvu *rehabilitationem* (re – opäť a *habilis* – spôsobilý, schopný, vhodný) a znamená obnovenie, navrátenie, zotavenie. Rehabilitáciou rozumieme komplexné, kombinované a koordinované postupy s využitím liečebných, sociálnych, výchovných a pracovných prostriedkov, zamerané na dosiahnutie a zachovanie optimálnej fyzickej, zmyslovej, psychickej a sociálnej úrovne funkcií, odstránenie alebo zmiernenie dôsledkov postihnutia, dosiahnutia čo najvyššej možnej miery nezávislosti a sebestačnosti a začlenenia alebo znovu začlenenia do spoločnosti, s cieľom dosiahnuť stav plného rozvoja vlastných schopností, spoločenského uplatnenia a aktívnej účasti na aktivitách, spoločenského a verejného života. (Číž, 2009)

Kým u nás je zaužívaný pojem *komplexná rehabilitácia*, v Českej republike používajú termín *komprehenzívna rehabilitácia* – ucelená, nakoľko výraz “komplexný” má pejoratívny a zavádzajúci charakter a v anglickom preklade význam “zložitý“, “spletitý“, “komplikovaný“, čo nevystihuje podstatu prepojenosti jednotlivých zložiek rehabilitácie. Autorky Juhasová, Šmehilová, Ajdariová (2012) sú za používanie pojmu “ucelená” rehabilitácia.

Pod ucelenou rehabilitáciou tak rozumieme:

- **zdravotnú rehabilitáciu** – tá sa zameriava na odstránenie alebo zmiernenie poruchy/postihnutia. Jej súčasťou je *liečebná rehabilitácia*, ktorá ako medicínsky odbor využíva chirurgické, medikamentózne terapie, psychoterapiu, liečebnú, telesnú výchovu a prácu za účelom obnovy alebo riešenia poškodenia organizmu.
- **psychologickú rehabilitáciu** – zameriava sa na psychodiagnostiku, psychologickú pomoc, psychokorekciu v kontexte zmeneného zdravotného stavu, najmä psychoterapiou, nácvikom psychosociálnych spôsobilostí, rehabilitáciou kognitívnych funkcií, psychoedukáciou a socioterapiou.
- **pracovnú rehabilitáciu** – pod ňou rozumieme zapájanie klienta do práce v chránenom prostredí (napríklad chránené dielne a chránené pracoviská), aj na voľnom trhu práce s cieľom obnoviť pracovné schopnosti a zvýšiť možnosti zaradiť sa do pracovného procesu. Ide predovšetkým o poradenstvo v tejto oblasti a sprostredkovanie zamestnania.
- **sociálnu rehabilitáciu** – tá je priamo vymedzená v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, kde je v § 21 definovaná ako „*odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluhe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite*“, s cieľom viesť dôstojný a hodnotný život.

Obrázok 1 – Model sociálnej rehabilitácie



Zdroj: Hirčková, 2008, s. 6

Autor Jesenský (1995) delí rehabilitáciu ešte na:

- prechodnú (krátkodobú) - starostlivosť bezprostredne nadväzuje na liečebnú, ktorá vedie k upevneniu úplného obnovenia zdravia a normálnej kvality života. Rieši sa prevažne na úrovni liečebnej rehabilitácie v zdravotníckych, prípadne i kúpeľných zariadeniach.
- permanentnú (dlhodobú) – týka sa osôb s dlhodobým alebo trvalým narušením kvality života. Rieši sa z časti liečením, ale hlavne prostriedkami sociálnej, pedagogickej a pracovnej rehabilitácie. Vedľa zdravotníckych zariadení, práce a sociálnych vecí, prípadne školských zariadení, sa na jej riešení podieľajú i občianske združenia osôb so zdravotným hendikepom a charitatívne organizácie.

Sociálna rehabilitácia má široký diapazón, spája sa s ňou všetko, čo človek so zdravotným postihnutím potrebuje k začleneniu do bežného života. Spočíva v znovu objavovaní stratených alebo nájdení nových spôsobov riešenia situácií v živote, na pracovisku a v ostatných oblastiach života. Človek so zdravotným hendikepom si prostredníctvom nej osvojuje zručnosti a schopnosti potrebné pre jeho ďalšie fungovanie v spoločnosti. Takýto nácvik vždy nemusí prebiehať iba pod dohľadom špecializovaného sociálneho pracovníka. Pomáha mu taktiež najbližšie okolie, ako sú príbuzní a známi. Zámerom je maximálne podporiť nezávislosť hendikepovaných vo všetkých oblastiach života. WHO sociálnu rehabilitáciu charakterizuje ako súbor opatrení potrebných k zaradeniu alebo návratu osoby s postihnutím do spoločnosti. Pri dosahovaní jej cieľov, ide o kombinované a koordinované využívanie lekárskeho, sociálneho, vzdelávacieho a ostatných prostriedkov.

Sociálna rehabilitácia plní aj iné funkcie, ako je upevňovanie a rozvoj sebavedomia, rozvoj samostatnosti jedinca. Prostredníctvom nej má osoba s hendikepom možnosť vytvárať si nové priateľstvá a sociálne kontakty, komunikovať a zdieľať podobné skúsenosti ľudí s rovnakým druhom zdravotného postihnutia.

K cieľom sociálnej rehabilitácie patrí:

- predchádzať zhoršovaniu zdravotného stavu osôb so zdravotným postihnutím (zachovať čo najlepší zdravotný stav), a usilovať sa o jeho zlepšovanie,
- obnovovať alebo zachovávať stratený životný štýl osôb s postihnutím,
- podporovať rozvoj a sebestačnosť človeka s hendikepom a jeho návrat do vlastného rodinného prostredia,

- rozvíjať schopnosti užívateľov sociálnych služieb poskytovaných v rámci sociálnej rehabilitácie,
- znižovať sociálne riziká osôb s hendikepom, t. j. predchádzať k vzniku nepriaznivým sociálnym situáciám, sociálno-patologickým javom, ako je nezamestnanosť, osamelosť, nemožnosť prispôbiť sa svojmu okoliu, sociálna odkázanosť na pomoci iných,
- poskytovať výchovné a aktivačné prostriedky,
- získavať maximálne možné schopnosti pre bežný život,
- podporovať nadväzovanie a zachovávanie sociálnych väzieb s rodinou, priateľmi, kolegami v zamestnaní,
- podporovať pri hľadaní vhodného zamestnania a naučiť hospodáriť s finančnými prostriedkami,
- podporovať zmysluplné využitie trávenia voľného času,
- podporovať k samostatnosti a zodpovednosti (starostlivosť o seba, zodpovednosť voči vzdelaniu a práci),
- zlepšiť vlastné rodinné zázemie,
- využívať dostupné kompenzačné pomôcky a iné.

V rámci kategórie podľa druhu zdravotného postihnutia sa pri sociálnej práci využívajú rôzne metódy a techniky práce sociálnej rehabilitácie.

U *ľudí s telesným postihnutím* sú to metódy a techniky reedukácie, ktoré sú orientované na nadobúdanie alebo znovunadobúdanie vedomostí a schopností potrebných pri prevencii alebo prekonávaní znevýhodnení vyskytujúcich sa v súvislosti so zdravotným postihnutím. Radíme sem: - sociálno-rehabilitačné kurzy; - nácvik zručností pre zvládanie starostlivosti o vlastnú osobu, sebestačnosti, výchovné, vzdelávacie a aktivačné činnosti; - edukácia v oblasti sociálno-právnej tematiky; - kariérne poradenstvo; - demonštrácia kompenzačných, rehabilitačných a ortopedických zdravotných pomôcok; - výcvik v používaní protetických a kompenzačných pomôcok; - sociálne poradenstvo; - budovanie fyzickej kondície; - psychoterapia, arteterapia, muzikoterapia, dramaterapia, animoterapia a ďalšie.

U *ľudí s mentálnym postihnutím* je najväčší dôraz kladený najmä na podporu samostatnosti, aktivizovanie schopností a sociálnu komunikáciu. Takúto sociálnu rehabilitáciu je potrebné poskytovať kontinuálne, pretože osoby s mentálnym postihnutím potrebujú vzhľadom na svoj hendikep podporovať svoje schopnosti a zručnosti neustále, nakoľko po čase môžu prirodzene zabudnúť aj to, čo sa už naučili. K metódam a technikám práci s nimi sa využívajú: - edukácia a reedukácia; - sexuálna výchova; - sociálna prevencia;

- sebaobhajovanie; - edukácia zameraná na prípravu k podporovanému bývaniu a podporovanému zamestnávaniu v chránených dielňach; - sociálna prevencia; - sociálne poradenstvo; - psychoterapia, ergoterapia a iné formy terapie.

U *osôb so sluchovým postihnutím* na základe špecifik vyplývajúcich zo sluchového postihnutia by mala sociálna rehabilitácia obsahovať najmä tie intervencie práce s klientom, ktoré reflektujú najmä na elimináciu komunikačnej a informačnej bariéry. Na základe toho by spektrum intervencií práce so sluchovo postihnutým klientom malo obsahovať minimálne intervencie práce špecificky orientované na tie atribúty, ktoré sú pre rozvoj takého klienta najzávažnejšie a z toho dôvodu je potrebné brať do úvahy individuálny rozvoj, prácu s rodinou a s prirodzeným sociálnym prostredím klienta. K intervenciám sociálnej práce u osôb so sluchovým postihnutím zaradíme: - auditívno-verbálny tréning; - nácvik odzerania; - rozvoj a tréning jazykových kompetencií; - rozvoj a tréning komunikačných zručností; - identifikácia v komunite; - rozvoj kompetencií v medzinárodnej komunikácii; - špecializované poradenstvo.

U *jedincov so zrakovým postihnutím* je potrebné často sa učiť niečomu novému (ak došlo k poškodeniu alebo strate zraku v priebehu života), aby si mohli prezrieť isté detaily, musia sa pozerieť trochu iným spôsobom ako doteraz, nová je obsluha pomôcok, dodržiavanie pracovnej vzdialenosti. Sociálna rehabilitácia je odborná činnosť, ktorá je zameraná na získavanie a rozvoj vedomostí, zručností a návykov potrebných na prekonávanie dôsledkov straty alebo poškodenia zraku a na zvyšovanie nezávislosti takejto osoby. Jej cieľom je podporiť nezávislosť jedinca so zrakovým hendikepom v každodennom živote. Obsahom sociálnej rehabilitácie u osôb so zrakovým postihnutím je: - výcvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu; - výcvik sebaobsluhy; - výcvik komunikačných zručností; - nácvik práce s optickými a kompenzačnými pomôckami; - práca so špeciálnym počítačom a programom. Medzi metódy a techniky práce s touto cieľovou skupinou zaradíme: - metódy kompenzácie (predstavuje súhrn postupov zameraných na rozvíjanie náhradných nepostihnutých funkcií a schopností – napríklad hmat, sluch, čuch, chuť, pohyb); - metódu vyrovnávania sa s vadou (akceptácia); - metódu reedukácie (súhrn postupov zameraných na využívanie a rozvoj uchovaných potencií -aptibility- poškodenej funkcie); - zrakovú terapiu atď.

Sociálna rehabilitácia pre osoby so zdravotným postihnutím sa poskytuje v zariadeniach podporovaného bývania, v zariadeniach opatrovateľskej služby, v rehabilitačnom stredisku, v domovoch sociálnych služieb, v špecializovanom zariadení a v dennom stacionári (Zákon

č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). V zmysle daného zákona sa v rámci sociálnej rehabilitácie poskytuje:

- výchova, vzdelávanie a aktivačná činnosť,
- sociálne poradenstvo,
- sociálno-terapeutická činnosť,
- upevňovanie schopností a zručností,
- kontakt so spoločenským prostredím,
- hygiena, stravovanie, upratovanie a iné úkony.

4.4 VIERA A DOBROVOLEŇICKÁ ČINNOSŤ V ŽIVOTE ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Pastorácia (z latinského slova „pastor“, ktorého význam je pastier) je mnohotvárnny súbor činností, ktorými cirkev navonok i dovnútra realizuje svoje poslanie. Spočíva v pôsobení a zabezpečuje duchovnú starostlivosť o ľudí, či už veriacich, alebo neveriacich, v konkrétnych životných podmienkach. Pastoračná činnosť sa môže týkať určitej skupiny osôb (napr. pastorácia mládeže, pastorácia povolání, pastorácia mládeže osôb so zdravotným postihnutím, chorých, vojakov, nezamestnaných, rodín) alebo určitých životných situácií (napr. pastorácia v nemocniciach). Pastorácia je služba ľuďom a môže spočívať v pomoci, ako pri hľadaní či upevňovaní viery, tak pri riešení najrôznejších životných situácií, ale zahŕňa napríklad aj udeľovanie sviatostí.

Cirkvi a náboženské spoločnosti (CaNS) zameriavajú svoju sociálnu a charitatívnu činnosť aj na oblasť osôb so zdravotným postihnutím. CaNS zabezpečujú osobám so zdravotným postihnutím duchovno-pastiersku a psychologickú pomoc a vytvárajú im v spoločenstve priestor na realizáciu. CaNS vytvárajú podmienky pre účasť osôb so zdravotným postihnutím na náboženských obradoch (bezbariérový prístup, bohoslužobné knihy v Braillovom písme pre nevidiacich a podobne). Realizujú náboženské aktivity v rôznych typoch sociálnych a zdravotných inštitúcií pre všetky typy zdravotného postihnutia – pre nepočujúcich, nevidiacich, telesne postihnutých, ľudí s psychickými ochoreniami atď.). Uskutočňujú napríklad bohoslužby pre nepočujúcich v posunkovom jazyku. Na svoje aktivity majú cirkvi zriadené špecifické inštitúcie - charitné domy a diakonické strediská. Významnú úlohu pri dostupnosti náboženských aktivít pre osoby so zdravotným postihnutím plní tiež Slovenská katolícka charita, Diakonia Evanjelickej cirkvi

augsburského vyznania, Diakonia Apoštolskej cirkvi a iné. Diakonie poskytujú služby predovšetkým na základe zákona o sociálnych službách a o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele. Ide o cirkevné organizácie, založené registrovanými cirkvami na Slovensku ako účelové zariadenie cirkvi, t. j. náboženský život je neoddeliteľnou súčasťou ich práce. CaNS zakladajú a spravujú špeciálne vzdelávacie zariadenia. Prostredníctvom pastoračnej činnosti duchovných sú tak podporované projekty, ktoré priamo súvisia s ochranou kultúrnych práv osôb so zdravotným postihnutím.

Na Slovensku existuje len jediná špeciálna škola, ktorá poskytuje vzdelávanie hluchoslepým žiakom. Ide o školu v Červenici pri Prešove – Evanjelickú spojenú školu internátnu pre hluchoslepé deti, ktorú zriadila evanjelická cirkev augsburského vyznania na Slovensku a v roku 1992 ju MŠVVŠ SR zaradilo do siete špeciálnych škôl. Súčasťou školy sú špeciálna materská škola, špeciálna základná škola a praktická škola. Ide o jedinú školu svojho druhu a zamerania v SR.

Viera má v živote ľudí so zdravotným postihnutím svoje miesto. Odborníci Ludvigh Cintulová, Beňo a Samohýl tvrdia na základe vlastnej skúsenosti, že duchovné prežívanie vlastného postihnutia je kľúčom k samo vyrovnaní sa so zdravotným postihnutím bez ohľadu na to, o aký druh postihnutia ide. Ak sa človek so zdravotným postihnutím pýta „Prečo?“, tak odpoveď na takto kladenú otázku nenájde nikdy bez širšieho duchovného významu. Praktická skúsenosť ukazuje, že najlepšie sa so svojim postihnutím (hendikepom) dokázali vyrovnáť tí, u ktorých sa ich postihnutie stalo súčasťou ich identity, dokázali postihnutie začleniť ako súčasť ich osobnosti, a týmto spôsobom poraziť vlastné postihnutie. Zdravotné postihnutie samotné osebe zmysel nemá. Nadobúda ho až vtedy, keď sa stane súčasťou osobnosti zdravotne postihnutého, jeho postojov k životu a motiváciou pre druhých. Lebo jediný zmysel možno zdravotnému postihnutiu dať iba vtedy, keď sa stane súčasťou niečoho, čo ho presahuje. Teda keď dopĺňa to, čo chýba Kristovmu utrpeniu (Beňo, 2014). Jediné tak mu možno dať širší význam a zmysel. Takéto prežívanie a vnímanie postihnutia mu dá pozitívny zmysel a dokáže sa zmeniť na niečo väčšie.

Nie každý zdravotne znevýhodnený človek má to šťastie, že vyrastá v rodine, riadiacej sa Božími princípmi. Život s postihnutím totiž veriaci človek vníma z celkom inej perspektívy. V prvom rade takýto jedinec pochopí, že Pán Boh ho má rád presne takého, aký je, že viera pomáha zvládať neľahký údel. Život s Bohom ukazuje zmysel. Vďaka viere sa človek ľahšie vyrovná s tým, že jeho praktický život obmedzuje určitá choroba, postihnutie, nedostatok. Keď uvažuje o zmysle, naplnení svojej existencie na tejto zemi, i tu nachádza odpoveď z pohľadu veriaceho kresťana. V Bohu nachádza radosť. Cez Neho aj v blízkych,

v priateľoch. A tiež ho naplňa, keď aj on môže niekomu pomôcť, poradiť. To je zmysel života. Útočisko v Bohu pomáha zvládať život s hendikepom a poskytnúť človeku priestor na sebarealizáciu. Oporou hendikepovanému človeku sa môže stať aj cirkevný zbor. Spoločenstvo rovnako zmýšľajúcich ľudí, ktorí vyznávajú rovnaké hodnoty, tiež pomáha. Je to aj určitá forma prevencie pred tým, aby človek so zdravotným hendikepom neupadol do stavu zatrpknutia, depresie, keď sám seba ľutuje a nevidí zo svojej situácie žiadne východiská. „Pokiaľ máte okolo seba ľudí, ktorí vás majú radi, tak práve oni vás posilňujú a vy ich tiež.

Dobrovoľnícke aktivity osôb so zdravotným postihnutím ako faktor sociálnej inklúzie

V živote ľudí so zdravotným postihnutím môže mať veľký význam aj vykonávanie dobrovoľníckej činnosti. Ako tvrdí Brozmanová Gregorová (2006), osoby so zdravotným postihnutím môžu byť ako príjemcovia pomoci a to v rámci verejne prospešného dobrovoľníctva (t. j. pomoc od iných občanov), tak aj poskytovateľmi pomoci v rámci vzájomne prospešného dobrovoľníctva (ľudia s podobnými problémami sú združovaní do klubov či spolkov). V tomto prípade dobrovoľníctvo pôsobí ako faktor sociálnej inklúzie a participácie. Dochádza tak k integrácii jedincov s postihnutím do spoločnosti. Vďaka tomu sú narušené negatívne stereotypy a predstavy o ľuďoch s hendikepom ako o pasívnych príjemcov pomoci.

Doterajšia spoločenská prax v mnohom prispela k tomu, že ľudia so zdravotným postihnutím sa odučili otvorene hovoriť o svojich životoch, o problémoch ktoré majú, aby u ostatnej populácie nevyvolávali pocity ľúlosti. Okrem tých najaktívnejších málo prezentujú svoje danosti, schopnosti a chuť podujat' sa k niečomu novému, čo je prvým predpokladom rovnocenného dialógu s okolím a vzájomného obohacovania.

Dobrovoľník je osoba, ktorá koná v prospech druhých dobrovoľne, na základe vlastného presvedčenia a bez nároku na finančnú odmenu. Je to človek, ktorý je ochotný pomáhať iným ľuďom, aj keď z toho nemá priamy finančný osoh.

Dobrovoľnícka práca človeka so zdravotným postihnutím je osožná nielen pre organizáciu, pre ktorú pracuje, ale najmä pre samotného dobrovoľníka s postihnutím. On sa prišiel niečo naučiť, dozvedieť sa, spoznať a samozrejme pracovať. Organizácia má z neho osoh, ale mala by k nemu pristupovať so zámerom jeho osobnostného rastu. Hoci dobrovoľnícka práca nie je platená, častokrát dokáže ponúknuť dobrovoľníkovi so zdravotným postihnutím oveľa viac ako peniaze.

Ľudia so zdravotným postihnutím podobne ako zdraví potrebujú k plnému prežitiu života pocit uspokojenia z vlastnej práce, schopnosť seberealizácie, ktorú majú možnosť získať práve aj dobrovoľníckymi aktivitami. Seberealizácia sa stáva hybným motorom, motiváciou vedúcou k uzdraveniu. V prípade nutnosti pomáha prekonávať rôzne zdravotné obmedzenia a ťažkosti, pomáha k dosiahnutiu stanovených cieľov. Dôležitý je tu pocit zmysluplnosti a účelnosti života. Prínos dobrovoľníkov nespočíva len v podobe práce vykonanej zadarmo.

Napriek tomu, že dobrovoľníctvo nie je platené, dobrovoľník so zdravotným postihnutím môže prostredníctvom neho veľa získať. Odmenou za jeho prácu môže byť osobný rast, nadobudnutie nových vedomostí a praktických zručností, získanie profesionálnych kontaktov, nadviazanie nových priateľstiev atď. Sú tiež príležitosti robiť dobrovoľníka v zahraničí a získať medzinárodnú skúsenosť. Ľudia so zdravotným postihnutím nemajú len biologické potreby, ale aj sociálne (ako napr. túžba niekam patriť, byť užitočný pre spoločnosť, komunitu atď.). I tieto potreby možno uspokojovať dobrovoľníckou prácou. Domnievame sa, že existuje aj množstvo iných dôvodov, prečo i ľudia s postihnutím pracujú dobrovoľne: napr. hľadajú priateľov, novú komunitu, motivuje ich vnútorné presvedčenie, chcú byť užitoční, hľadajú nové životné hodnoty alebo týmto spôsobom chcú užitočne stráviť svoj voľný čas. Dobrovoľníctvo ako u zdravých tak i u jedincov s postihnutím je zároveň praktickým spôsobom získavania potrebných zručností a skúseností, dôležitých pre človeka i pri uplatnení sa na trhu práce. Zapojenie ľudí so zdravotným postihnutím do dobrovoľníckych aktivít stimuluje zároveň súdržnosť v komunitách a má aktivačný potenciál. I ľudia so zdravotným postihnutím majú potrebu riadiť svoj život, rozhodovať o sebe. To všetko súvisí s potrebou seberealizácie a sebaurčenia. Dobrovoľnícka práca toto zdravotne postihnutému človeku môže ponúknuť. Zároveň mu môže umožniť využívať jeho potenciál a splniť túžbu v živote niečo dosiahnuť. Človek so zdravotným postihnutím môže dobrovoľníckou činnosťou získať príležitosť vyskúšať si svoje schopnosti, získať sociálny kapitál a môže tým prispievať k budovaniu svojej vlastnej budúcnosti. Dobrovoľníctvo mu môže pomôcť aj rýchlejšie stratiť zábrany v komunikácii, jednoduchšie sa začleniť do spoločnosti, bežného života a môže predstavovať tiež konkrétnu formu podpory a pomoci pre zlepšenie kvality jeho života. Človek s postihnutím môže vnímať dobrovoľnícku činnosť ako možnosť vlastnej, osobnej realizácie.

Z výskumu, ktorý sme zrealizovali a ktorého sa zúčastnilo 330 ľudí so zdravotným postihnutím vykonávajúcich dobrovoľnícku činnosť nám vyšli nasledujúce závery: dobrovoľnícka činnosť ponúka dobrovoľníkovi so zdravotným postihnutím veľa výhod, napr.:

- odvádza pozornosť od postihnutia alebo choroby, aktivizuje postihnutého určitým smerom a zamedzuje tak únik od skutočnosti do pasivity a pesimizmu,
 - prostredníctvom zaujímavého priebehu činností a ich výsledkov vyvoláva žiaduce kladné emocionálne stavy,
 - prispieva k rozvoju samostatnosti a posilňuje zdravé sebavedomie pri dosahovaní úspechov a uznania,
 - umožňuje získať nové vedomosti a praktické skúsenosti, mnohokrát i mimo svojej krajiny,
 - umožňuje získať nové zručnosti, ktoré môže zúročiť vo svojej neskoršej práci alebo v živote,
 - v zahraničí, napr. prostredníctvom Európskej dobrovoľníckej služby dáva dobrovoľnícka činnosť človeku s postihnutím možnosť študovať jazyk, prípadne zlepšiť svoje doterajšie jazykové schopnosti, získať medzinárodnú pracovnú skúsenosť, získať medzinárodné kontakty pre svoj profesionálny i súkromný život, spoznať inú kultúru,
 - umožňuje mu nájsť si nových priateľov,
 - umožňuje vidieť a vnímať svet okolo seba z iného uhla pohľadu,
 - dáva postihnutému človeku možnosť zistiť, či ho daná práca v budúcnosti bude baviť a uspokojovať,
 - dáva možnosť vidieť prácu v organizácii, čerpať z jej skúseností a ponaučiť sa z chýb,
 - umožňuje spoznať nové možnosti a spôsoby práce,
 - umožňuje získať životnú skúsenosť, osobnostne dozrieť a stať sa viac nezávislým a pod.
- Všetky a ešte i ďalšie výhody a možnosti ktoré dobrovoľníkovi so zdravotným postihnutím ponúka dobrovoľnícka činnosť sú zmesou získavania praktických skúseností, zručností a teoretických vedomostí.

4.5 VÝZNAMNÉ DOKUMENTY V OBLASTI INTEGRÁCIE OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

- **Organizácia spojených národov (OSN)**
 - Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948)
 - Deklarácia práv dieťaťa
 - Dohovor o právach dieťaťa
 - Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (r. 2006)
 - Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006)
- **Rada Európy**
 - Európska sociálna charta (1961)
- **Európska únia (EÚ)**
 - Únia rovnosti: Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030
- **Svetová zdravotnícka organizácia (WHO)**
 - Svetová správa o zdravotnom postihnutí (WHO/Svetová banka 2011)
- **Slovenská republika**
 - ZÁKON z 25. júna 2015 o komisárovi pre deti a komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov
 - Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021-2030

Zákon. č. 176/2015 z. z. o komisárovi pre deti a komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím

Postavenie, pôsobnosť komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, podmienky výkonu tejto funkcie a zriadenie Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím

upravuje zákon č. 176/2015 Z.z. o komisárovi pre deti a o komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“), ktorý nadobudol účinnosť 1. septembra 2015. Tento zákon predovšetkým vytvoril inštitucionálne zabezpečenie verejnej ochrany práv osôb so zdravotným postihnutím. Komisár sa podieľa na ochrane práv osôb so zdravotným postihnutím, podporou a presadzovaním práv priznaných osobe so zdravotným postihnutím medzinárodnými zmluvami, ktorými je Slovenská republika viazaná (*Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím* a *Opčný protokol* prijaté Valným zhromaždením OSN).

Organizácia spojených národov (OSN) prijala rezolúciou Valného zhromaždenia OSN č. 61/106 dňa 13. decembra 2006 počas jeho 61. zasadnutia mnohostrannú univerzálnu medzinárodnú zmluvu ľudskoprávnej povahy **Dohovor Organizácie Spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím** (ang. Convention on the Rights of Persons with Disabilities; ďalej len „Dohovor“) a Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím (ang. Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities; ďalej len „Protokol“). Pre Slovensko sa stal tento dohovor záväzný o vyše tri roky neskôr podpisom prístupového dohovoru prezidentom Slovenskej republiky v apríli 2010. Tento dohovor a protokol v plnej miere nahradil Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím (1993).

Dohovor sa zakladá na týchto zásadách:

- rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti, vrátane slobody voľby, a samostatnosti osôb,
- nediskriminácia,
- plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti,
- rešpektovanie odlišnosti a prijímania osôb so zdravotným postihnutím ako súčasti ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti,
- rovnosť príležitostí,
- prístupnosť,
- rovnosť medzi mužmi a ženami,

- rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovanie práva detí so zdravotným postihnutím na zachovanie vlastnej identity.

Európska komisia prijala v marci 2021 **Stratégiu v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030**. Stratégia vychádza z výsledkov predchádzajúcej európskej stratégie pre oblasť zdravotného postihnutia 2010 – 2020, ktorá pripravila pôdu pre Európu bez bariér a pre posilnenie postavenia osôb so zdravotným postihnutím, aby mohli uplatňovať svoje práva a plne sa zapájať do spoločenského a hospodárskeho života. Napriek pokroku, ktorý sa dosiahol v uplynulom desaťročí, osoby so zdravotným postihnutím musia stále bojovať s významnými prekážkami a sú viac ohrozené rizikom chudoby a sociálneho vylúčenia.

Cieľom tejto stratégie je podniknúť ďalšie kroky, ktorými sa zabezpečí, aby všetky osoby so zdravotným postihnutím v Európe, a to bez ohľadu na ich pohlavie, rasový alebo etnický pôvod, náboženské vyznanie alebo presvedčenie, veku:

- mohli uplatňovať svoje práva,
- mali rovnaké príležitosti, rovnaký prístup k účasti na spoločenskom a hospodárskom živote,
- mohli sami rozhodovať o tom, kde, ako a s kým žijú,
- mohli sa v EÚ voľne pohybovať bez ohľadu na to, že potrebujú podporu,
- a nemuseli už zažívať diskrimináciu.

V tejto novej a posilnenej stratégii sa zohľadňuje, že zdravotné postihnutie môže mať rôzne formy – dlhodobé telesné, duševné, intelektuálne či zmyslové postihnutie (v súlade s článkom 1 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím), ktoré sú často neviditeľné.

V záujme riešenia rizík viacnásobného znevýhodnenia, ktorému čelia ženy, deti, staršie osoby, utečenci so zdravotným postihnutím a osoby so sociálno-ekonomickými ťažkosťami, prichádza stratégia s prierezovou perspektívou v súlade s Agendou 2030 pre udržateľný rozvoj a cieľmi udržateľného rozvoja. Nová stratégia preto obsahuje ambiciózny súbor opatrení a hlavných iniciatív v rôznych oblastiach a má mnoho priorít, ako napríklad:

- dôstojná kvalita života a nezávislosť, keďže sa zameriava najmä na proces návratu z ústavnej starostlivosti, sociálnu ochranu a nediskrimináciu v práci,
- dostupnosť: možnosť slobodne sa pohybovať a vybrať si adresu pobytu, ale aj zapájať sa do demokratického procesu,

- rovnoprávne zastúpenie, keďže cieľom stratégie je účinne chrániť osoby so zdravotným postihnutím pred akoukoľvek formou diskriminácie a násilia, zabezpečiť rovnaké príležitosti v oblasti spravodlivosti, vzdelávania, kultúry, športu a cestovného ruchu a prístup k nim, ale aj rovnaký prístup ku všetkým zdravotníckym službám,
- propagácia práv osôb so zdravotným postihnutím na celom svete,
- rola EÚ ako lídra, ktorý ide príkladom,
- odhodlanie EÚ realizovať túto stratégiu.

Komisia sa zaviazala podporovať členské štáty pri formovaní ich národných stratégií a akčných plánov s cieľom prehĺbiť vykonávanie Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a právnych predpisov EÚ v tejto oblasti. Vyzvala preto členské štáty, aby prispeli k tejto novej a posilnenej stratégii stanovujúcej rámec pre opatrenia EÚ i pre vykonávanie Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Slovenská republika na túto výzvu zareagovala a v súlade s Programovým vyhlásením vlády SR na roky 2020-2024 sa vláda SR zaviazala k príprave **Národného programu rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030**, ktorý nahrádza ten predošlý za obdobie 2010-2020. Je pripravovaný za účasti viacerých odborníkov z rôznych oblastí tak, aby bolo pokryté nielen široké spektrum jednotlivých oblastí, ale zároveň, aby bola zabezpečená aj prepojenosť a kompatibilita všetkých opatrení a úloh. V programe sú uvedené oblasti, v ktorých majú jednotlivé rezorty prispieť k jeho naplneniu.

ZÁVER

V úvodnej časti učebnice sme spomínali, že ľudia s postihnutím majú rovnaké potreby ako ostatní. Majú však sťažené podmienky pre ich uspokojovanie. Nesmieme sa im otáčať chrbtom, lebo sú súčasťou nás a našich životov. Ľudia sa častokrát začínajú zaoberať problémami hendikepovaných, až keď sa v ich rodine alebo blízkym príbuzným narodí dieťa s nejakou formou zdravotného postihnutia.

Predkladaná učebnica je teoretického zamerania. Pozostáva zo 4 kapitol a príslušných podkapitol. V prvej kapitole sme sa venovali základným pojmom ako je zdravie, choroba, porucha, defekt. Vymedzili sme rozdiel medzi zdravotným postihnutím, ohrozením a oslabením. Ďalej sme legislatívne podchytili, kto je považovaný za invalidného a kto za osobu s ťažkým zdravotným postihnutím. Uviedli sme právne pramene viažuce sa k vzdelávaniu detí a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zamestnávaniu hendikepovaných. Neopomenuli sme ani na významné dokumenty ako je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030 a Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030. Následne sme podrobne diferencovali jednotlivé kategórie zdravotného postihnutia ako je telesné, mentálne, zmyslové postihnutie, duševné poruchy, civilizačné ochorenia a priniesli tak ucelený koncept. V závere kapitoly sme upriamili pozornosť na modely zdravotného postihnutia a ich aspekty.

V nasledujúcej 2. kapitole sme roznalyzovali, čo je integrácia a inklúzia. Dospeli sme k zisteniu, že najbližšou oblasťou o ktorej môžeme hovoriť ako o inkluzívnej, je oblasť vzdelávania, ktorá má ale tiež svoje štrbiny ako napríklad nedostatočné sieťovanie a koordinačná činnosť medzi pedagogickými a odbornými zamestnancami, rodičmi, sociálnymi pracovníkmi, organizáciami v miestnej komunite a ďalšími intervenujúcimi subjektmi; nepostačujúci výkon supervízie pedagogických a odborných zamestnancov; slabá osvetová činnosť. Svoju pozornosť sme sústredili i na kvalitu života osôb so zdravotným postihnutím. K umožneniu viesť nezávislý spôsob života, ktorý je realizovateľný i prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu a poskytovaním služieb ako je podporované bývanie, denný stacionár, rehabilitačné stredisko, bol venovaný samotný priestor. Tak ako pri každej činnosti sociálneho pracovníka s klientom, aj pri práci s osobami s postihnutím sa natískajú etické dilemy a otázky, ktorým sme sa venovali na záver kapitoly.

3 kapitola sa zaoberala otázkami integrácie a inklúzie v životných etapách ľudí so zdravotným postihnutím. Rozanalyzovali sme predprimárne, primárne, sekundárne a terciárne vzdelávanie. V oblasti zamestnávania sme poukázali, ako zle vplýva na zdravie hendikepovaných nemožnosť zamestnať sa, ako aj strata zamestnania. Jednou z ciest ako etablovať osoby so zdravotným hendikepom na otvorený trh práce, je aj využívanie agentúr podporovaného zamestnávania. Ich činnosť a prácu s klientom sme zapracovali v rámci kapitoly.

Posledná kapitola nám ponúkla priestor pre poradenstvo osôb so zdravotným postihnutím. Venovali sme sa sociálno-právnemu poradenstvu, kariérnemu poradenstvu. Podchytili sme význam sociálnej rehabilitácie pre túto skupinu osôb. Taktiež sme opísali významné medzinárodné i národné dokumenty v oblasti integrácie osôb so zdravotným postihnutím. Načrtli sme vieru v Boha, ktorá pre mnohých hendikepovaných znamená, že prostredníctvom nej lepšie akceptujú svoj postih, nepokladajú ho za tiaž, ale naopak, nachádzajú v ňom zmysel svojej existencie. Tiež sme v krátkosti opísali dobrovoľnícku činnosť ľudí so zdravotným postihnutím a jej význam v životoch týchto ľudí.

Veríme, že učebnicou sme aspoň čiastočne odhalili problematiku osôb so zdravotným postihnutím a študentom pomohli získať ucelené poznatky z oblasti, v ktorej sociálna práca má taktiež veľmi významné miesto.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- ALLEN-MEARES, P. 2009. *Social Work Services in Schools*. 6. vyd. Michigan : Pearson Publishing, 2009. 432 s. ISBN 978-02-0562-712-7.
- ALFORD, J. 2004. Dienstleistungsqualität in Australien. In Beckmann, Ch. et al. *Qualität in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden : Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN 3-8100-3869-5.
- ARNOLDOVÁ, A. 2007. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 1. díl., 3. vydanie, Praha : Karolinum, 614 s. ISBN 978-80-246-1393-2.
- AUTISTICKÉ CENTRUM ADREAS, N. O. 2008. *Čo je autizmus?* [online]. Bratislava : Andreas, n. o. [citované 2021-02-14]. Dostupné z: <<https://andreas.sk/index.php?www=autizmus>>.
- BABINČÁK, P. 2008. Definície, teoretické modely a indikátory kvality života: Historický vývin pojmu. In *Kvalita života a sociálny kapitál – psychologické dimenzie*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. ISBN 978-80-8068-747-2, s. 41-75.
- BAČOVÁ, V. 2008. Kvalita života a sociálny kapitál – porovnanie pojmov a teórií : História skúmania kvality života a sociálneho kapitálu. Kvalita života v širšom historickom rámci. In *Kvalita života a sociálny kapitál – psychologické dimenzie*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. ISBN 978-80-8068-747-2, s. 21-39.
- BAGALOVÁ, Ľ. – BIZÍKOVÁ, Ľ. – FATULOVÁ, Z. 2015. *Metodika podporujúca inkluzívne vzdelávanie*. Bratislava : ŠPÚ, 154 s. ISBN 978-80-8118-143-6.
- BALOGOVIČ, B. – ŽIAKOVÁ, E. (eds.) 2017. *Vademecum sociálnej práce*. Terminologický slovník. Košice : Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 360 s. ISBN 978-80-8152-483-7.
- BALOGOVIČ, B. 2012. Klinická sociálna práca ako koncept medzigeneračného premostenia. In *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity*. Prešov : FF PU. ISBN 978-80-555-0548-0. s. 13 – 25.
- BEKOVÁ, L. a kol. 2014. *Kariérové poradenstvo v Slovenskej republike*. Slovenská akademická asociácia pre medzinárodnú spoluprácu, centrum Euroguidance. Bratislava : Európska komisia a MŠVVŠ SR, 114 s. ISBN 978-80-89517-10-7.
- BEŇO, P. Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. In Beňo, P. – Tarciová, D. – Čapíková, S. (eds.). *Komunikácia so sluchovo postihnutými v*

- zdravotníctve a sociálnej práci*. Trnava : Trnavská univerzita v Trnave v spolupráci s VŠZaSP sv. Alžbety, 2014 (2. vyd.). ISBN 978-80-8082-786-1. s. 171-267.
- BĚLOHLÁVKOVÁ, L. – VOSMIK, M. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha : Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
- BJÖRCK-ÅKESSON, E. – WILDER, J. – GRANLUND, M. – PLESS, SIMEONSSON, M. R. – KADOLFSSON, M. – ALMQVIST, L. – AUGUSTINE, L. – KLANG, N. & LILLVIST, A. 2010. *The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention – feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice*. *Disability and Rehabilitation*, 32 (Sup.1), pp. 125 –138, DOI: 10.3109/09638288.2010.516 787.
- BLAŽEJ, A. 2005. Kvalita života z aspektu udržateľného rozvoja v 21. storočí. In *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2005. ISBN 80-8068-425-1, s. 21-26.
- BOBZIEN, M. – STARK, W. – STRAUS, F. 1996. *Qualitätsmanagement*. Alling : Verlag Sandmann, 104 s. ISBN 3-929221-34-9.
- BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. 2006. *Dobrovoľníci v oblasti pomoci osobám so špecifickými potrebami*. [online]. In: C.A.R.D.O. 14–15. apríla 2006. [citované 2021–05–19]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/ie2l04/24899254>>.
- BRUHN, M. 2011. *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. 8. Aufl. Heidelberg : Springer, 688 s. ISBN 978-3-642-13809-6.
- CARR, D. – SPRINGER, K. W. 2010. Advances in families and health research in the 21st century. In *Journal of Marriage and Family*. [online]. 2010;72;743-761. [citované 2021-05-05]. Dostupné z <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>>.
- CASTRO, S. – PINTO, A. I., & MAIA, M. 2011. *Linking the Carolina curriculum for preschoolers with special needs to the ICF-CY*. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 57/2(113), pp. 131–144.
- CIBÍKOVÁ, B. 2014. *Hodnocení výkonnosti podniku*. Brno : Fakulta podnikatelská, Vysoké učení technické v Brně. 86 s.
- CIUTTIOVÁ, B. 2008. Školská sociálna práca – prepojenie medzi školou a rodinou. In *Zborník Konferencia poskytovateľov sociálnych služieb rodinám s deťmi*. [online]. 2008.

[citované 2021-05-12]. s. 29-32. Dostupné na internete: <<http://www.trnava.sk/userfiles/download/attachment/zborniksoc.pdf>>.

COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT EVALUATION OF THE EUROPEAN DISABILITY STRATEGY 2010-2020. 2020. [online]. Brussels : European Commission, november 2020, [citované 2021-05-09]. Dostupné z <[SWD_2020_289_F2_SWD_EVALUATION_EN_V5_P1_1105823.pdf](#)>.

CROW, L. 1996. Including all of our lives: Renewing the social model of disability. In C. Barnes & G. Mercer (eds.). 1996. *Exploring the Divide*, pp 55 – 72. Leeds: The Disability Press.

ČÍŽ, I. 2009. *Pohľad na pomoc občanom so zdravotným postihnutím pri umiestňovaní sa na trhu práce cestou pracovnej a sociálnej rehabilitácie*. [online]. [citované 2021-02-20]. Dostupné z <http://www.iprba.sk/dokumenty/cspr/studijne_materialy/2009_2010/pomoc_obcanom.pdf>.

DÁVIDOVÁ, M. – HARDY, M. – HAMAROVÁ M. 2017. *Prežívanie zmysluplnosti a bezpečný typ vzťahovej väzby ako významný spôsob pomoci pre prácu v oblasti pomáhajúcich profesií*. VŠZaSP sv. Alžbety : Acta Missiologica, 2017, 2(11): 60 s. ISSN 2453-7160.

DEMKE, F. 2008. *Das Selbstverständnis sozialerarbeit*. Saarbrücken : VDM Verlag Dr. Müller, ISBN 978-3-8364-6395-9.

Diagnóza - (F00 - F99) Duševné poruchy a poruchy správania. [online]. Portál Zdravie.sk [citované 2021-04-20]. Dostupné z: <<https://www.zdravie.sk/diagnoza/2416/diagnoza-f00-f99-dusevne-poruchy-a-poruchy-spravania>>.

Disability and Carers. 2021. [online]. Australian Government. Department of Social Services. 12. marca 2021[citované 2021-05-21]. Dostupné z: <<https://www.dss.gov.au/disability-and-carers-programs-services-disability-employment-services/published-des-star-ratings>>.

Disability Employment Services. Services that can help you find and keep a job if you have a disability, illness or injury. [online]. 29. január 2021 [citované 2021-05-20]. Dostupné z: Dostupné z: <<https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/topics/disability-employment-services/51421>>.

DLOUHÁ, J. a kol. 2013. *Úvod do psychopedie*. Hradec Králové : Gaudeamus, 154 s. ISBN 978-80-7435-333-8.

- Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím*. 2006. [online]. Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky. [citované 2021-04-14]. Dostupné z: <<https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim-opcny-protokol-sk-aj.pdf>>.
- DOLINSKÁ, V. 2014. *Vzdelávanie dospelých v kontexte celoživotného vzdelávania*. [online]. Banská Bystrica, 11 s. [citované 2021-02-26]. Dostupné z: <<https://www.ef.umb.sk/konferencie/vdrsp/zb/pdf/Dolinska.pdf>>.
- DOOSE, S. 1997. *Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Arbeitswelt*. Hamburg 1997 - Beiträge und Ergebnisse der Tagung INTEGRATION 2000 am 30./31. Mai 1996 in Hamburg.
- DUPPER, D. 2010. *A New model of school discipline: Engaging students and preventing behavior problems*. London : Oxford University Press. ISBN: 978-0195378078.
- ŽURDIAK, L. – PORUBSKÁ, G. 2005. Vplyv seba vzdelávania na kvalitu života. In *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2005. ISBN 80-8068-425-1, s. 781 - 782.
- ŽURIČ, L. – BRATSKÁ, M. 1997. *Pedagogická psychológia – terminologický a výkladový slovník*. Bratislava : Media trade, 463 s. ISBN 80-08-02498-4.
- EASNIE. 2011. *Teacher Education for Inclusion Across Europe. Challenges and Opportunities*. [online]. Brussels : European Agency for Development in Special Needs Education. [citované 2021-03-14]. Dostupné z <<https://www.european-agency.org/sites/default/files/te4i-synthesis-report-en.pdf>>.
- EFQM Excellence model. 2020. [online]. England and Wales : NEF consulting [citované 2021-05-03]. Dostupné z: <<https://www.nefconsulting.com/training-capacity-building/resources-and-tools/efqm-model/>>.
- ELLEM, K. – W. H. CHUI – WILSON, J. (eds). 2006. *Social Work and Human Services Best Practice*. Annandale. 2nd edition, N.S.W : Federation Press. ISBN 1862875995.
- ENCYCLOPAEDIA BELIANA. 2013. [online]. Bratislava : Centrum spoločných činností SAV, Encyklopedický ústav. [citované 2021-04-13]. Dostupné z: <<https://beliana.sav.sk/heslo/intaktny>>.
- FISCHER, S. – ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

- GORDÁNSKY, J. 1995. *Práca a sociálna politika*. Ročník III/1995, č. 11-12, 34 s. ISBN 12-105643.
- GRIČOVÁ, Ľ. – ADAMOVIČOVÁ, A. 2000. *Agentúra osobnej asistencie - Osobná asistencia*. Bratislava, Organizácia muskulárnych dystrofií v SR.
- GROMA, M. a kol. 2019. *Aktivita a participácia detí so zdravotným postihnutím v kontexte integrovaného/ inkluzívneho vzdelávania*. Bratislava : Univerzita Komenského. 197 s. ISBN 978-80-223-4862-1.
- GURALNICK, M. J. – PAUL BROWN. 1997. The nature of verbal interactions among handicapped and nonhandicapped preschool children. In *Child Development*, 48, pp. 254 – 260.
- GYMERSKÁ, M. – KRŠŠÁKOVÁ, E. – MAĐAROVÁ, Ľ. 2020. *Teória a východiská praxe školskej sociálnej práce*. Bratislava : Persona, 55 s.
- HALEČKA, T. 2002. Kvalita života a jej ekologicko-environmentálny rozmer. In *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4, s. 65-79.
- HANGONI, T. - GERKA M. 2009. *Človek – práca - nezamestnanosť*. Gorlice : Diecezjalny ośrodek kultury prawosławnej ELPIS w Gorlicach, s. 147. ISBN 978-83-928613-2-4.
- HARGAŠOVÁ, M. a kol. 2014. *Úvod do sveta práce*. Bratislava : Expol pedagogika, 180 s. ISBN 978-80-8091-580-3.
- HARTL, P. – HARTLOVA, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatria*. Bratislava : Herba, 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HERBST, M. – WOLFMAYR, F. – ZEITLINGER, A. 1999. *Konzept der steirischen Arbeitsassistenten*. Graz : März 1999.
- HIRČKOVÁ, M. 2008. *Sociálna rehabilitácia ako nástroj podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím*. Informačná brožúra nie len pre občanov so zdravotným postihnutím. Bratislava : Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR, 15 s.
- HNILICA, K. 2005a. Předmluva k dílu II. In *Kvalita života a zdraví*. Praha : TRITON, 2005a. ISBN 80-7254-657-0, s. 245-247.
- HNILICA, K. 2005b. Konflikt hodnot a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha : TRITON, 2005b. ISBN 80-7254-657-0, s. 296-302.

- HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha : TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0, s. 205-213.
- HOKOVÁ, T. 2014. *Sociálna rehabilitácia zrakovo postihnutých*. [online]. Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR. [citované 2021-03-02]. Dostupné z: <<https://www.nrozp.sk/soc-rehabilitacia/zrakovo-postihnuti/88-socialna-rehabilitacia-zrakovo-postihnutych>>.
- HYNIE S. 1995. *Psychofarmakologie v praxi*. Praha : Galén, 320 s. ISBN 80-85824-17-5.
- IDOL, L. 2006. Toward inclusion of special education students in general education: A program evaluation of eigh schools. In *Rremedial and Special Education*, 27, pp. 77 – 94.
- INŠTITÚT PRE PRACOVNÚ REHABILITÁCIU OBČANOV SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM. [online]. Bratislava. [citované 2021-05-16]. Dostupné na: <<https://v1.iprba.sk/prihovor-riaditeľa/>>.
- JAKABČIC, I. – POŽÁR, L. 1995. *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava : PdF UK, IRIS, 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Somatopedická a psychologická hlediska. 2. vydanie. Bratislava : Triton. 176 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopédie*. Praha : Grada Publishing, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- KOIVUMAA-HONKANEN, H. et al. 2008. *Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study*. [online]. Kuopio University Hospital. [citované 2021-03-15]. 07 July 2008, Dostupné na: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2001.00046.x>>.
- KOLLÁRIK, T. a kol. 2008. *Sociálna psychológia*. Bratislava : Univerzita Komenského, 548 s. ISSN 9788022324793.
- KOLUCHOVÁ, I. et al. 1989. *Přehled patopsychologie dítěte*. 1. a 2. diel. Praha : SNP, 157 s.
- KONČEKOVÁ, Ľ. 2014. *Vývinová psychológia*. Bratislava : Vydavateľstvo Michala Vaška, 295 s. ISBN 978-80-7165-945-7.

- KOPEČEK M. 2001. Zobrazovací metody v psychiatrii In Novák, T. *Zobrazovací metody v psychiatrické praxi*. [online]. Praha : Psychiatrické centrum, 2009. [citované 2021-03-09]. s. 24 – 28. Dostupné na: <http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3625&magazine_id=2>.
- KOVÁČOVÁ, B. 2019. *S inklúziou od raného veku. Dieťa s odlišnosťou a jeho vstup do kolektívu*. Hliník nad Hronom : Reziliencia, 100 s. ISBN 978-80-972277-5-3.
- KOZLOVÁ, L. 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton, 80 s. ISBN 80-7254-662-7.
- KRAUS, J. – ŠANDERA, O. 1964. *Telesné postihnuté dieťa*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 178 s.
- KRAUSOVÁ, A. 1995. *Problematika zamestnávania zdravotne postihnutých občanov a nezamestnanosť osôb so ZPS v SR*. Práca a mzda, I/XLIII, 1995, č. 2, s. 22.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KROČANOVÁ, Ľ. 2004. Dominantné činitele sociálnej integrácie sluchovo postihnutých detí v predškolskom veku. In Valenta, M., Rádlová, E. (eds.) 4. *Medzinárodná konferencia k problematice osob se specifickými potřebami (1. část)*, Olomouc : PdF, s. 219 – 225.
- LAZAROVÁ, E. – KOSOVÁ, K. 2020. *Spinálna svalová atrofia u detí sa dá liečiť, prísť musíte včas*. [online]. Bratislava : Slovenský pacient, občianske združenie, november 2020. [citované 2021-03-08]. Dostupné z: <<https://slovenskypacient.sk/spinalna-svalova-atrofia-u-deti-sa-da-liecit-prist-musite-vcas/>>.
- LECHTA, V. 1990. Narušený vývin reči. In Lechta, V. a kol. *Logopedické repetitórium*. Bratislava : SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9. s. 91 – 111.
- LEŠKOVÁ, L. – LEŠKO, L. 2006. Osobná asistencia poskytovaná občanom s ťažkým zdravotným postihnutím ako nástroj podpory ich nezávislého života. In: *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Hradec Králové: Gaudeamus, 477 s. ISBN 80-7041-716-1.
- LEVICKÁ, J. – MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : SAP, 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
- LIŠTIAKOVÁ, I. 2015. Transparentnosť diagnostického procesu ako podpora tímovej spolupráce. In *Pedagogická diagnostika v praxi materskej školy: pomocník pri odhaľovaní osobnostných individualít dieťaťa predškolského veku*. Bratislava : Dr. Josef Raabe, 2015. ISBN 978-80-89182-63-3. s. 1 – 20.

- LUDÍKOVÁ, L. et al. 2016. *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 206 s. ISBN 978-80-244-5059-9.
- MADUNOVÁ, A. – DURAČINSKÁ, M. 2019. *Osobná asistencia. Teória a prax*. Bratislava : Organizácia muskulárnych dystrofií. 3. vyd. 87 s. ISBN 978-80-973582-0-4.
- MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha : Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MAREŠ, P. 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha : SLON, 172 s. ISBN 80-86429-08-3.
- MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN T. 2010. *Aplikovaná etika v sociální práci*. Brno : Institut mezinárodních studií, 236. ISBN 978-80-87182-13-0.
- MEDZINÁRODNÁ ASOCIÁCIA ŠKÔL SOCIÁLNEJ PRÁCE (IASSW – International Association of Schools of Social Work). 2018.
- MEDZINÁRODNÁ FEDERÁCIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV (IFSW – International Federation of Social Workers). 2018.
- Medzinárodná klasifikácia chorôb*. 2019. [online]. Bratislava : Národné centrum zdravotníckych informácií, 2019 [citované 2019-09-10]. Dostupné z: <<http://www.klemens.sav.sk/fiusav/doc/filozofia/2009/6/577-583.pdf>>.
- Metabolická porucha*. 2019. [online]. Bratislava : Portál Lekár.sk, jún 2019. [citované 2021-04-22]. Dostupné z: <<https://lekar.sk/clanok/metabolicka-porucha>>.
- MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha : Portál, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MUNSON, E, Carlton. 2002. *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. Oxford : Haworth Social Work Practice Press. ISBN 0-7890-1077-1.
- MUSIL, L. – NEČASOVÁ, M. 2008. Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In ŠRAJER, J. – MUSIL, L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice, Brno : Albert. 2008: s. 150.
- MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych vám pomohla, ale...*“. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 243 s. ISBN 80-903070-1-9.
- MÜHLPACHR, P. 2005. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2005. ISBN 80-8068-088-4, s. 59-70.

- Nález Ústavného súdu ČR sp. zn. II. ÚS 568/06 z 20.02.2007.
- Nariadenie vlády SR č. 391/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách na pracovisku.
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2021. [online]. Bratislava [citované 2021-03-18]. Dostupné z: <<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>>.
- Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030.*
- Návrh na vzdelávanie dieťaťa alebo žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v materskej škole, v základnej škole, v strednej škole a v špeciálnej škole.* 2018. [online]. Bratislava : MŠVVŠ SR, september 2018. [citované 2021-03-10]. Dostupné z: <<https://edicnyportal.iedu.sk/Forms/Show/4160>>.
- NEMOCNICA POPRAD, a. s. 2021. *Amputácie*. [online]. Poprad. [citované 2021-04-13]. Dostupné z: <<https://www.nemocnicapp.sk/wp-content/uploads/amputacia.pdf>>.
- NIKOLOVÁ, I. 2020. *Skleróza multiplex sa v začiatkoch tvári ako únava či prepracovanie*. [online]. Bratislava : Skupina AGEL SK, a. s., máj 2020. [citované 2021-04-21]. Dostupné z: <<https://www.agel.sk/media/tlacove-spravy/200526-skleroza-multiplex.html>>.
- Norma ISO 9001:2009 *Systém manažérstva kvality*.
- NORWICH, B. 2016. *Conceptualizing Special Educational Needs Using a Biopsychosocial Model in England: The Prospects and Challenges of Using the International Classification of Functioning Framework*. *Frontiers in Education*, 1(5), 1-12.
- NOVOSAD, L. 2011. *Tělesně postižení jako fenomén i životní realita*. Praha : Portal, 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOTNÁ, J. 2014. *Teorie sociální práce*. Jihlava : Vysoká škola polytechnická, Jihlava, 135 s. ISBN 978-80-87035-962.
- NOVÝ, I. - SURYNEK, A. et al. 2002. *Sociologie pro ekonomy a manažeri*. Praha : Grada publishing, 191 s. ISBN 80-247-0384-X.
- OECD. 2013. *Skilled for life? Key findings from the Survey of Adult Skills*, [online]. OECD Publishing, s. 18 [citované 2021-04-21]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/skills/piaac/Slovakia_in%20Slovak.pdf>.

- OLIVER, M. 1998. *Theories of disability in health practice and research*. British Medical Journal, PMC, 317(7170), s. 1446 – 1449.
- OREL, M. et al. 2012. *Psychopatologie*. Praha : Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- ORGONÁŠOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca s osobami s telesným alebo zmyslovým postihnutím*. Študijné texty pre poslucháčov 2. ročníka VŠZaSP sv. Alžbety, 61 s.
- ORGONÁŠOVÁ, M. – PALÁT, M. 2004. *MFK – Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka*. Bratislava : EKOVS, 41. s. ISBN 80-968689-1-8.
- PAULOVÁ, I. 2009. *Prístupy k manažérstvu kvality vo vzdelávacích organizáciách/školách*. Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, s. 75. ISBN 978-80-8052-346-6.
- PAVLOVIČOVÁ, A. – BAŠOVÁ, L. 2012. Retrospektívne zhodnotenie kvality z pohľadu implementácie. In *4. ročník konferencie Dobrá prax – naša inšpirácia*. Trnava : TTSK, 13.03.2012, ISBN 978-80-971062-1-8., s. 41-51.
- PETÖCZ, K. – HORNÁ, D. (eds.) 2015. *Právo na vzdelanie a jeho kľúčové aspekty*. Bratislava : Štátny pedagogický ústav, 407 s. ISBN 978-80-8118-141-2.
- PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, 132 s. ISBN 80-967148-9-9.
- PROCHÁZKOVÁ, L. 2009. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno : MSD, 2009. 113 s. ISBN 978-80-7392-094-4.
- PRUCHA, J. - WALTEROVÁ, E. - MAREŠ, J. 2009. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PRUŽINSKÁ, J. – MIŽÍČKOVÁ, L. 1999. Životný štýl a práca ako jeho súčasť. In *Šanca*. IX, sept. 1999, s.17 – 20.
- RADAKOVIČOVÁ, S. 2012. *Podmienky predškolského inkluzívneho vzdelávania v SR*. Trnava : Pedagogická fakulta TU. Diplomová práca (školiť B. Kováčová).
- RADI, F. a kol. 2016. Nezamestnanosť ako dlhodobý problém ľudí so zdravotným postihnutím. In *Zborník z virtuálnej vedeckej konferencie: Sekundárne sociálne problémy podmienené nezamestnanosťou*. Rimavská Sobota : Asociácia pre sociálny rozvoj a podporu občanov SR. 2016. s. 96-109. ISBN: 978-80-972352-1-5.
- RADKOVA, L. 2013. *Basic principles of volunteerism*. Emerging Issues in Social Work and Community Health in Sub-Saharan Africa versus EU. Editor: Nandoya, S. E. Hope for sick and poor, Nairobi, 358-374 s. ISBN 978-9966-21-043.

- RAFFERTY, Y. – PISCITELLI, V. – BOETTCHER, C. 2003. The impact of inclusion on language development and social competence among preschoolers with disabilities. In *Exceptional Children*, 69, pp. 467 – 479.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc : Univerzita Palackého, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava : Kancelária WHO na Slovensku, 74 s. ISBN: 978-80-970993-9-8.
- REPKOVÁ, K. – POŽÁR, L. – ŠOLTÉS, L. 2003. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava : Informačná kancelária Rady Európy, 214 s. ISBN 80-89141-03-X.
- REPKOVÁ, K. 2002. K vybraným podobám paradoxu zdravotného postihnutia. In *Speciální pedagogika*. č. 4, s. 267- 278.
- REPKOVÁ, K. 2002. Osobná asistencia v podpore nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím. In *Československá psychologie*, 2002. Vol. XLVI, no 4., s. 299-322.
- REPKOVÁ, K. 1998. *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava: EPOS, 1998. 191 s. ISBN 80-8057-005-1.
- ROSA, I. 2021. *Bohatstvo neznamena šťastie: V ktorých krajinách sa žije najlepšie a kde je život každodenný boj?* [online]. [citované 2021-03-14]. Bratislava : NOIZZ, Ringier Axel Springer SK [citované 2021-03-14]. Dostupné z: <<https://noizz.aktuality.sk/zaujímavosti/v-ktorych-krajinach-sveta-sa-zije-najlepsie-a-najhorsie/e0lttck>>.
- SCHAVEL, M. – OLÁH, M. 2010. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. 2. doplnené vydanie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 218 s. ISBN 80-806848-7-1.
- SCHAVEL, M. - OLÁH, M. 2009. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 232 s. ISBN 80-8068-487-1.
- SCHAVEL, M. – OLÁH, M. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. 2. vyd. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 208 s. ISBN 80-969449-6-7.
- SCHMIDTOVÁ M. 2011. *Faktory ovplyvňujúce kvalitu integrovaného/inkluzívneho vzdelávania žiakov so sluchovým postihnutím v základných školách*. Bratislava : Iris, 145 s. ISBN 978-80-89238-54-5.
- SCHUSTEROVÁ, N. 2007. Vzťah hodnôt, cieľov a subjektívnej pohody. In *Československá psychologie*. [online]. 2007, roč. 51, č. 1, [citované 2021-03-12]. Dostupné z: <<https://www.proquest.com/docview/235731580/fulltextPDF>>. ISSN 0009062X, s. 48-57.

- SIMEONSSON, R. 2009. ICF-CY: *A universal tool for documentation of disability*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 6(2), pp. 70 – 72.
- SKRTIČ, T. M. et al. 1984. Handicapped Children and their Brothers and Sisters. In: *Several Handicapped Young Children and Their Families*. Orlando : Academic Press, s. 215-246.
- SKYBA, M. 2018. *Teoretické východiská školskej sociálnej práce na Slovensku*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-555-2096-4.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M. 1981. *Logopedie : učebnice*. 2. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 460 s.
- Srdcovo-cievne ochorenia. 2021. [online]. Bratislava : Prvý komplexný zdravotnícky portál Zdravoteka.sk [citované 2021-04-27]. Dostupné z: <<https://zdravoteka.sk/choroby/srdcovo-cievne-ochorenia/>>.
- Stratégia v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 – 2030. [online]. Európska komisia : Zamestnanosť, sociálne záležitosti a začlenenie [citované 2021-05-17]. Dostupné z: <<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=sk>>.
- ŠEBESTOVÁ, P. 2008. *Proces riadenia systému kvality sociálnych služieb na Slovensku*. [online]. [citované 2021-05-17]. s. 84 – 89. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/38568/SebestovaP_ProcesRiadenia_2008.pdf%20;jsessionid=6ED2430614C14E6AF7D8290EDE9B68CB?sequence=1>.
- ŠKORVÁNEK, M. 2018. *Extrapramidové ochorenia CNS*. Košice : Neurologická klinika; LF UPJŠ, 84 s.
- ŠMIDOVÁ, M. 2012. *Sociálna práca s osobami so zdravotným postihnutím*. Trnava : Dobrá kniha, Teologická fakulta Trnavskej univerzity, 221 s. ISBN 978-80-7141-769-9.
- ŠMIDOVÁ, M. 1998. *Prístup k deťom s telesným postihnutím*. Trnava : SAP, 98 s. ISBN 80-88908-19-1.
- ŠPÁNIK, M. 1994. *Sociálna determinácia výchovy v rodine a v škole*. Bratislava: PdF UK, 86 s. ISBN 80-966994-3-1.
- ŠUSTROVÁ, M. 2007. Downom syndróm a súčasnosť. In *Pediatrica pre prax*. Bratislava : Solen, č. 4/2007, s. 202 – 205.
- TIRPÁKOVÁ, D. 2019. *Školská sociálna práca*. [online]. Bratislava : Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. Štandardý národný projekt. [citované 2021-05-11]. Dostupné z: <Skolska-socialna-praca..pdf>. 35 s.

- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov : Akcent Print. 573 s. ISBN 80-968367-5-7.
- TOKÁROVÁ, A. 2002. K metodologickým otázkam výskumu a hodnotenia kvality života : Úvodom. In *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-087-6, s. 8-27.
- TRACY BRYAN. 2020. *Discover the Importance of Lifelong Learning*. [online]. [citované 2021-05-12]. Dostupné z <<http://www.briantracy.com/blog/personal-success/expand-your-mind-importance-of-lifelonglearning-and-continuous-education/>>.
- Úloha školského špeciálneho pedagóga v ZŠ. *Informatívno-metodický materiál*. 1999. [online]. Bratislava : MŠVVaŠ SR, september 1999 [citované 2021-05-10]. Dostupné z <https://cloud2i.edupage.org/cloud/Uloha_sks_pedagoga.pdf?z%3AxWDAagbhcOpmUC5VT%2BnHXopRgBRNMm49rymTopVbADFXaIM4K04SJELRYgOvurmN>.
- Únia rovnosti: Stratégu pre práva osôb so zdravotným postihnutím na obdobie 2021 – 2030 *Union of equality: Strategy on the rights of persons with disabilities 2021-2030*. [online]. Brussels : European Commission, marec 2020, [citované 2021-05-09]. Dostupné z <[Union of equality: Strategy on the rights of persons with disabilities 2021-2030 \(easy-to-read version\) - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](#)>.
- Ústava SR č. 460/1992 Zb.
- VALENTA, M. a kol. 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Homý Slavkov : Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0937-9.
- VALENTA, M. a kol. 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. Paha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 332 s. ISBN 80-968797-6-6.
- VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava : Sapiaientia, 210 s. ISBN 963-9135-73-9.
- VENGLÁŘOVÁ, M. – EISNER, P. et al. 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha : Portál, 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
- Volunteering for all?* 2003. Exploring the link between volunteering and social exclusion. In: Research Bulletin.
- VOMBERG, E. 2010. *Praktisches Qualitätsmanagement*. Stuttgart : Kohlhammer, 300 s. ISBN 978-3-17-020619-9.

Všeobecná deklarácia ľudských práv (OSN, 1948).

Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. Záverečné odporúčania k východiskovej správe Slovenskej republiky, CRPD/C/SVK/CO/1 z 18.04.2016.

Vyhláška č. 532/2002 Z. z. Ministerstva životného prostredia Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie.

Vyhláška MŠVVŠ SR č.325/2008 Z. z. o školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie.

WATERMEYER, B. 2019. 1.2 *Social Model of Disability and Disability Rights*. [online]. OpenUTC. [citované 2021-04-27]. Dostupné z: <<http://hdl.handle.net/11427/30270>>.

WILEY, J. 2002. *Pracovná terapia v Kanade*. Pracovný materiál v rámci projektu Komunitná rehabilitácia, Bratislava, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International classification of functioning, disability and health*. [online]. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 311 s. [citované 2021-04-14]. Dostupné z: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=C54B4C305C6DC44EF8020BCFFE C34CCC?sequence=1>>. ISBN 92-4-154542-9.

ZÁHORCOVÁ, V. 2009. *Štandardy kvality podporovaného zamestnávania*. Bratislava : APZ. 36 s. ISBN 978-80-970384-6-5.

ZÁHORCOVÁ, V. 2001. *Správa pre média – informačný materiál APZ n. o.*, Bratislava.

Zákon č.131/2002 Z. z. o vysokých školách.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.

Zákon č. 597/2003 Z. z. o financovaní základných škôl, stredných škôl a školských zariadení.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (antidiskriminačný zákon).

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákona č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

- Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia 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) v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 514/2009 Z. z. o doprave na dráhach.
- Zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 443/2010 Z. z. o dotáciách na rozvoj bývania.
- 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. 336/2015 Z. z. o podpore najmenej rozvinutých okresoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- ZÁSKALICKÝ, P. 2010. Proměny paradigmatu – od segregace k inkluzi. In LECHTA, V. a kol. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha : Portál, 2010, 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- ZDRUŽENIE OBČANOV SLOVENSKA POSTIHNUTÝCH EPILEPSIOU. 2021. *Čo je epilepsia?* [online]. Bratislava : ZOSPE AURA. [citované 2021-02-26]. Dostupné z: <<http://www.epilepsiask.sk/co-je-epilepsia>>.
- ZELINA, M. 2011. *Stratégie a metódy rozvoja osobnosti dieťaťa*. Bratislava: IRIS, 241 s. ISBN 978-80-89256-60-0.
- II. *Správa o plnení opatrení vyplývajúcich z Národného programu rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020 a návrh na jeho aktualizáciu.* [online]. [citované 2021-05-18]. Dostupné z: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GRyUbtSfPcJ:https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/vlastnymat.rtf+&cd=7&hl=sk&ct=clnk&gl=sk>>.

PRÍLOHY

ZOZNAM PRÍLOH

PRÍLOHA A: Vzor preukazu občana s ŤZP/so sprievodcom

PRÍLOHA B: Parkovací preukaz

Príloha A: Vzor preukazu občana s ŤZP/so sprievodcom

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v PREUKAZ FYZICKEJ OSOBY S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM Fotografia 30 x 40 mm * 000000 Držiteľ: Dátum narodenia: Trvalý pobyt: V dňa Podpis držiteľa preukazu Odtlačok pečiatky úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a podpis oprávnenej osoby	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v PREUKAZ FYZICKEJ OSOBY S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM SO SPRIEVODCOM Fotografia 30 x 40 mm * 000000 Držiteľ: Dátum narodenia: Trvalý pobyt: V dňa Podpis držiteľa preukazu Odtlačok pečiatky úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a podpis oprávnenej osoby
---	--

Zdroj: príloha č. 8 z. č. 447/2008 Z.z.

Príloha B: Parkovací preukaz



**Parkovací preukaz pre fyzickú osobu
so zdravotným postihnutím**



Parking card
 Carte de stationnement
 Parkausweis
 Tarjeta de estacionamiento
 Contrassegno di parcheggio
 Parkeerkaart
 Karta parkingowa
 Pysäköintilupa
 Parkolási kártya
 Карта за паркиране
 Parkovací karta
 Parkima karta

Platný do: 00-00-0000

Č.: 00 00 00

Vydaný:

MODEL EURÓPSKEJ ÚNIE

FOTO

Tento preukaz oprávňuje držiteľa k využívaniu vyhradených parkovacích miest a zariadení v členských štátoch Európskej únie.

Preukaz je potrebné umiestniť v prednej časti vozidla tak, aby bola predná časť preukazu jasne viditeľná na účely kontroly.

Priezvisko:

Meno:

Podpis:

Zdroj: príloha č. 9 z. č. 447/2008 Z.z.