

## Sociálna a pracovná rehabilitácia

### *Modely zdravotného postihnutia*

Viacerí odborníci z oblasti sociálnej, zdravotníckej, aj spoločenskej upozorňujú na skutočnosť, že pre resocializáciu osoby s ťažkým zdravotným postihnutím je veľmi významné skúmať "cez čo sú ľudia so zdravotným postihnutím definovaní". Ide o to, či sú definovaní cez ich postihnutie (v zmysle toho čo nedokážu - *disabilities*), alebo cez ich schopnosti a zručnosti (*abilities*). Táto otázka je dôležitá pre formovanie postojov verejnosti a pre charakter prijímaných politík a praktík.

V historickom kontexte sa skúmanie otázok zdravotného postihnutia v živote človeka formulovalo aj v rámci tzv. modelov. Podľa rôznych autorov sa môžeme stretnúť s rozličným hodnotením. Napr. Michael Oliver, profesor na Greenwich Univerzite je autorom sociologického prístupu a uvádza nasledujúce delenie:

- *individuálny model zdravotného postihnutia* (osobná tragédia)
- *medicínsky model* (nezahrňuje ne-medicínske kritériá zdravotného postihnutia)
  - *morálny model*
  - *charitatívny model*
  - *administratívny model*
- *sociálny model*
  - *funkčne limitovaná perspektíva*
  - *ekologická perspektíva*
  - *ľudsko-právny model/model nezávislého života*
  - *model participácie*
  - *post-moderný model* - definuje zdravotné postihnutie ako problém spoločensko-ekonomickú politiku a priorít, ktorý je spojený s nerovnomernou distribúciou zdrojov, chudobou, nezamestnanosťou. Významnú úlohu tu hrajú samotní zdravotne postihnutí ľudia, výskumníci, politici, ekonómovia (kľúčovou výzvou je sprístupniť technológiu pre všetkých, teda aj pre ľudí so zdravotným postihnutím)

**Prof. D. Pfeiffer (Rehabilitačná klinika Praha. 2002)** identifikoval minimálne 9 interpretácií základnej paradigmy zdravotného postihnutia:

1. *sociálno-konstruktivistický model* (vyvinutý v USA) - delí ľudí na normálnych a ľudí s "neočakávanými" odlišnosťami, ktoré sú vnímané " normálnymi ľuďmi ako stigma,
2. *sociálny model* (Veľká Británia) - spoločnosť bráni ľuďom so zdravotným postihnutím plnej účasti na jej živote, ZPO sú vnímaní ako neschopní prijímať vlastné rozhodnutia,
3. *model poruchy* - základným rozdielom medzi ľuďmi so ZP a bez neho je existencia poruchy (impairment),
4. *model utláčanej minority/politický model* - ľudia so ZP ako minorita, neustále čeliaca diskriminácii, konfrontovaná neustále s bariérami,
5. *model nezávislého života* - právo ľudí so ZP robiť vlastné rozhodnutia,
6. *postmodernistický/postštrukturalný/humanistický/zážitkový/existenciálny model* - zdravotné postihnutie je kultúrny a politický konštrukt, ktorý má byť dekodovaný a dekonštruovaný - majú sa meniť postoje k ľuďom so ZP, každý človek má vlastné potreby, ktoré sa majú brať do úvahy,
7. *kontinuálny model* - medzi ľuďmi so ZP a bez neho je kontinuum (každý človek sa môže stať ZP) - model nie je ešte dopracovaný
8. *model ľudskej diverzity* - komunita ľudí so ZP je veľmi variabilná a akákoľvek štrukturalizácia podľa druhu ZP nemôže fungovať
9. *diskriminačný model* - postihnutým sa človek cíti skutočne vtedy, keď je konfrontovaný s diskrimináciou

Základným trendom novodobého vývoja (spoločným menovateľom viacerých prístupov) je to, že medicínske opatrenia sa v koncepte zdravotného postihnutia hodnotia iba ako čiastkové a väčší dôraz sa kladie na spoločnosť (architektonické a iné životné podmienky a postoje) ako zdroj problémov v živote ľudí so ZP.

### **Všeobecná definícia rehabilitácie:**

*Rehabilitačný proces je dlhodobý dej, ktorého cieľom je obnovenie postihnutých funkcií a prevencia invalidity*, ako to formulovala Svetová zdravotnícka organizácia. Tento proces možno vo všeobecnosti rozdeliť na niekoľko fáz:

- a) vlastná fáza reedukácie postihnutej, alebo postihnutých funkcií (liečebná rehabilitácia), ktorej by mala predchádzať fáza diagnosticko-evalvačná.

- b) fáza adaptácie - pacient sa adaptuje na svoj ekosystém, tj. na svoje pracovné a životné prostredie v podmienkach neúplne redukovanej, alebo deficitnej funkcie (v popredí sú mechanizmy psychosociálnej rehabilitácie)
- c) fáza reintegrácie - rieši existenciu funkčného deficitu a jeho väzbu na ekosystém. Pacient sa musí naučiť žiť so svojím postihnutím

S narastajúcim počtom úrazov, chronických ochorení, vrodených telesných a mentálnych postihnutí u detí, venuje rehabilitačná medicína zvýšenú pozornosť dlhodobým rehabilitačným programom

V súčasnosti do popredia záujmu prichádza takzvaný *integrovaný model rehabilitácie*. Je známe, že každé dlhotrvajúce chronické postihnutie vyžaduje komplexný prístup zameraný nielen na úpravu postihnutých fyziologických funkcií, ale aj na úpravu psychosociálnych funkcií s cieľom integrácie postihnutej osoby do bežných spoločenských štruktúr. Integrovaný model rehabilitácie vyžaduje skúsených odborníkov v rehabilitačnej medicíne - lekárov, fyzioterapeutov, rehabilitačných psychológov, logopédov, ale aj sociálnych pracovníkov, orientovaných v problematike dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti. Úprava postihnutých funkcií, spolu s úpravou narušenej homeostázy psychosociálnych funkcií a koordinácia rehabilitačných postupov predstavujú základné princípy tohto modelu.

Každý ľudský jedinec je bio-psycho-sociálna jednotka, preto dochádzame k záveru, že každé chronické ochorenie a postihnutie má za následok príslušné funkčné zmeny viacerých fyziologických systémov v organizme. Biologicko-fyziologické faktory spolu s faktormi psychologickými a sociálnymi, ktoré v období zdravia predstavujú stav homeostázy, alebo vyrovnanosti, sú v období najmä chronického ochorenia narušené. Narušenie homeostázy fyziologických funkcií ide ruka v ruku s narušením homeostázy psychosociálnych funkcií a táto skutočnosť sa negatívne prejavuje na klinickom stave postihnutého jedinca.

Integrovaný model rehabilitácie zasahuje do všetkých troch oblastí bio-psycho-sociálneho celku - časová a obsahová koordinácia použitých rehabilitačných metodík a techník spolu so synergistickým prístupom ich aplikácie v rámci dlhodobých rehabilitačných programov vytvára priestor pre ich optimalizáciu.

Takýto komplexný prístup si vyžaduje určitú koordináciu pri používaní najrôznejších metodík a techník súčasnej rehabilitačnej medicíny. Časová a obsahová koordinácia indikovaných metodík a techník a ich synergistické využitie v rámci rehabilitačných programov, predstavuje *komprehenzívny prístup*, ktorý sa v súčasnosti stáva základným princípom pri tvorbe dlhodobých rehabilitačných programov u chronických ochorení a fyzických či mentálnych postihnutí.

Integrovaný model rehabilitácie možno použiť aj u detských pacientov s chronickým, dlhotrvajúcim ochorením alebo postihnutím. S prihliadnutím na vek dieťaťa sa jednotlivé metodiky a techniky v rehabilitačných programoch modifikujú. Akcentuje sa predovšetkým úprava narušených psychosociálnych funkcií a využívajú sa v prvom rade prostriedky modernej pedagogiky.

***Sociálna rehabilitácia:*** Ide o súbor opatrení spoločnosti k zabezpečeniu dôstojného a maximálne možného hodnotného života osôb so zdravotným postihnutím. Okrem dočasne či trvalo vyradených občanov z pracovného procesu (invalidní občania) zahŕňa aj deti, mladistvých a starých ľudí. Dôležitú úlohu hrajú faktory osobnosti, rodinné zázemie, komunita, v ktorej občan žije. Veľmi dôležitá je individuálna schopnosť aktívne realizovať dlhodobý rehabilitačný proces a využiť všetky možnosti naučiť sa pracovať s ponúkanými prvkami v rámci rehabilitačného procesu. Výsledkom je schopnosť nájsť pozitívny vzťah nielen k svojmu zdravotnému postihnutiu, k svojmu okoliu, ale aj k tým, ktorí sú tiež zdravotne postihnutí.

***Pracovná rehabilitácia:*** Ide o súbor opatrení a dlhodobej prípravy zdravotne postihnutej osoby s cieľom prispôsobenia sa na pracovné alebo iné aktivity. Ide o využitie tzv. zostatkového pracovného potenciálu. Je nutné skúmať fyziologické funkcie, ktoré umožnia voľbu príslušnej činnosti, stupeň možného zaťaženia a primeranú dobu trvania pracovných a iných aktivít.

#### ***Diagnosticko - evalvačná fáza rehabilitácie:***

Východiskom komplexnej rehabilitácie musí byť diagnostika, čo predovšetkým znamená zmeranie a monitoring funkčnej sebestačnosti vo viacerých oblastiach každodennej činnosti. Tento monitoring informuje nielen o aktuálnom stave a sociálnej situácii klienta, ale aj o jeho vývoji. Prof. MUDr. Myron Malý, (riaditeľ Národného rehabilitačného centra v Kováčovej) vo svojej monografii (1999) uvádza základné vyšetrenia, používané v USA, ale už aj vo viacerých krajinách vyspelej Európy. Bol vybraný minimálny počet položiek (6 oblastí činnosti) pre širokú populáciu ľudí s rôznym zdravotným postihnutím. Vybrané položky sú testované a klasifikované odborným tímom, v ktorom by mali mať zastúpenie fyzioterapeuti, ergoterapeuti, skúsené sestry, logopédi, psychológovia.

*Testované položky*

1. *sebestačnosť* (jedenie, úprava zovňajšku, kúpanie, obliekanie hornej časti tela, obliekanie dolnej časti tela, umývanie, schopnosť orientácie v priestore)
2. *funkcie sfinkterov* (kontinencia močového mechúra, kontinencia konečníka)
3. *mobilita* (schopnosť presunov - posteľ, stolička, vozík, WC, vaňa, sprcha)
4. *lokomocia* (schopnosť chôdze/vozík, schody, schopnosť nastupovať do a vystupovať z vozidiel hromadnej dopravy)
5. *komunikácia* (schopnosť vnímania, vyjadrovania sa)
6. *sociálna adaptabilita* (sociálne začlenenie, riešenie problémov, pamäť)

*Klasifikácia:*

Každá položka má sedembodovú klasifikáciu (7-1). Pri zaznačení do formulára sa vyberá nižšie skóre zo škály 7 - 1. Najvyššia hodnota (7) znamená najväčšiu samostatnosť.

*ad 1) Sebestačnosť*

*O sebestačnosti možno hovoriť, keď klient nevyžaduje pomoc inej osoby (7-6):*

- *úplná sebestačnosť* - 7 (nevyžaduje žiadne modifikácie, ani pomocné zariadenia, alebo kompenzačné pomôcky a činnosť je vykonávaná v primeranom čase)
- *zmenenú sebestačnosť* - 6 (vyžaduje pomocné zariadenie, kompenzačné pomôcky, pre vykonanie určitej činnosti je potrebný dlhší čas, alebo je táto činnosť vykonávaná menej spoľahlivo)

*Čiastočná závislosť je stav, kedy je potrebný dohľad alebo pomoc inej osoby (5-3)*

- *vyžaduje len dohľad, alebo usmernenie (5)* bez fyzickej pomoci
- *vyžaduje minimálnu pomoc (4)* - klient vyžaduje minimálnu fyzickú pomoc, sám je schopný vynaložiť 75% úsilia, resp. aj viac
- *vyžaduje strednú pomoc (3)* - klient vyžaduje väčšiu pomoc, jeho možnosti vynaložiť úsilia sú 50% - 75%

*Úplná závislosť je stav, kedy je potrebná maximálna, alebo úplná pomoc inej osoby (2-1)*

- *maximálna pomoc (2)* - schopnosť klienta vynaložiť vlastné úsilie je 25% - 50%.
- *úplná, komplexná pomoc (1)* - schopnosť klienta vynaložiť vlastné úsilie je 0 - 25%.

***Podobnú klasifikáciu možno použiť vo všetkých testovaných položkách!***

*ad 2) Funkcie sfinkterov*

Zahŕňa testovanie vôľového ovládania močového mechúra, resp. ovládanie defekácie stolice. Kvalifikácia:

- *bez pomoci (7-6)*, pri čiastočnej nezávislosti používa pomôcky ako je močová fľaša, podložná misa, katéter, absorbčné vložky - pacient sa sám stará o svoju hygienu
- *s pomocou (5-1)* - používanie pomôcok, súvisiacich s inkontinenciou (stimulátory, lieky, katéter, pomoc druhej osoby !)

#### *ad 3) Mobilita*

Obsahuje všetky aspekty presunov na a z postele, stoličky a vozíka, na a z toalety, pri kúpaní, prípadne pri postavení sa, ak ide o chodiaceho pacienta.

- *bez pomoci (7-6)*, pri úplnej samostatnosti klient dokáže všetko vykonávať sám a spoľahlivo, pri čiastočnej sebestačnosti používa kompenzačné pomôcky ako je sklzová doska, držadlá, katapultovacia stolička, barle a protézy. K presunom potrebuje viac času ako je primeraný tomuto úkonu
- *s pomocou (5-1)* - pri presunoch potrebuje dohľad, alebo pomoc inej osoby aj popri používaní pomôcok

#### *ad 4) Lokomócia*

Zahŕňa chôdzu, resp. používanie vozíka, zvládanie schodov

*bez pomoci (7-6)*, pri úplnej samostatnosti klient dokáže prejsť sám vzdialenosť 50 - 17 m bez pomôcok, resp. s použitím ortézy, bariel, palice, chodítka, prípadne dobre ovláda vozík. Vyžaduje dlhší čas ako je primeraný danej vzdialenosti, všetko vykonáva sám, ale nie na 100%

- *s pomocou (5-1)* - potrebuje dohľad, alebo pomoc inej osoby aj pri používaní pomôcok, sám nezrealizuje ani vzdialenosť 17 m. Môže vyžadovať aj úplnú pomoc 2 osôb, napr. pri chôdzi do schodov.

#### *ad 5) Komunikácia*

Obsahuje *porozumenie* sluchovej, alebo vizuálnej komunikácie (písanie, gestá, posunková reč), rečové aj nerečové vyjadrovanie. V protokole je nutné vyznačiť najčastejší spôsob vnímania (sluchové, zrakové), resp. vyjadrovania (vokálne, nevokálne)

- *bez pomoci (7-6)*, pri úplnej samostatnosti klient rozumie konverzáciu, inštrukciám, hovorenému aj písanému prejavu bez problémov. Môže používať optické aj sluchové pomôcky, potrebuje niekedy viac času pre pochopenie

- *s pomocou (5-1)* - potrebuje napovedanie, zdôrazňovanie niektorých slov, viet, posunkové pokyny. Potrebuje časovú pomoc (o 25 - 75% viac času). Pri vyjadrovaní potrebuje opakovať, môže používať len jednoduché slová a gestá.

#### *ad 6) Sociálna adaptabilita*

Zahŕňa *schopnosti spojené so začleňovaním do kolektívu, schopnosti riešenia problémov* denného života (robenie logických, spoľahlivých a včasných rozhodnutí, týkajúcich sa základných finančných, sociálnych a personálnych vecí), *pamäť* (spoznávania a zapamätanie si rôznych postupov pri vykonávaní denných aktivít, schopnosť uchovať a spätne použiť informáciu verbálnu alebo vizuálnu), *poznávanie ľudí*

- *bez pomoci (7-6)*, pri úplnej samostatnosti interakcie klienta s personálom, iným pacientmi, s členmi rodiny sú primerané, kontrolované, nepotrebuje lieky, alebo len občas. Nie je potrebný dohľad, robí primerané rozhodnutia, pozná ľudí okolo seba. Môže akceptovať napovedanie
- *s pomocou (5-1)* - potrebuje dohľad, povzbudenie, usmernenie pri rozhodovaní, verbálnu pomoc inej osoby, napovedanie. Niekedy sa klient správa neprimerane (náladové záchvaty zlosti, hrubé výrazy, neprimerané prejavy emócií - plač, smiech) Pri požiadavke úplnej pomoci klient nie je schopný poznávať a pamätať si.

Testovať a klasifikovať jednotlivé položky je potrebné robiť opakovane a dosiahnuté výsledky vzájomne porovnávať. Na základe takejto komplexnej diagnostiky je potom možné určiť potrebné kompenzácie a pripraviť program sociálnej rehabilitácie, ktorý by mal zahrňovať:

- poradenstvo
- kompenzačné pomôcky (výber, zabezpečenie, záchvat používania)
- úpravu domáceho prostredia (bývanie)
- nácvik zručností pre každodenný život, pre možnosť budúceho pracovného uplatnenia (pozri pracovnú rehabilitáciu!)
- transport
- prístupnosť životného prostredia z hľadiska architektonických bariér, priestorovej orientácie a možností spoločenskej komunikácie
- zabezpečenie sociálnych dávok a finančnej podpory
- šport, rekreáciu

*Sociálna rehabilitácia* by mala začínať od okamihu, kedy je jasné, že pacient (klient) bude zdravotne postihnutý a bude mať špeciálne potreby (t.j. už pri lôžku pacienta). Sociálna rehabilitácia sa môže vykonávať *ambulantne* (v domácom prostredí, vrátane chráneného bývania, v denných aktivačných centrách, v Centrách sociálnej a pracovnej rehabilitácie v rámci komunitných služieb), resp. *inštitucionálne* (napr. v Národnom rehabilitačnom centre, v Domovoch sociálnych služieb).