

Sociálna práca s osobami s telesným alebo zmyslovým postihnutím

MUDr. Mária Orgonášová, PhD

Prednášky pre poslucháčov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2. roč. – externí poslucháči, šk. r. 2008/2009

Úvod do problematiky

Povinnosťou lekárov je urobiť všetko, aby bol život zachovaný. Povinnosťou nás všetkých je zachovaný život urobiť tak znesiteľným, nakoľko je to možné s tým presvedčením, že každý jedinec, aj jedinec chorobou poškodený, sa od všetkých ostatných líši podobne ako sa aj ja odlišujem od kohokoľvek na svete. „*Úlohou a povinnosťou nás všetkých je chrániť jedinečnú neopakovateľnú osobnosť proti krutej a neosobnej dobročinnosti!*“ Za tým účelom je nutné poznať druhy zdravotného postihnutia, určiť z toho vyplývajúce potreby jednotlivca (individuálne pomôcky, rehabilitačná odborná pomoc) a identifikovať nedostatky spoločnosti vo vzťahu ku zdravotnému postihnutiu, bariéry, ktoré bránia integrácii a následnej inklúzii do spoločnosti (životné prostredie - vrátane pracovných podmienok)

Súčasný spôsob riešenia problémov zdravotného postihnutia je výsledkom vývoja najmä za posledných dvesto rokov. Spoločenskými faktormi, ktoré v minulosti výraznou mierou ovplyvňovali situáciu osôb, ktoré sa narodili ako osoby so zdravotným postihnutím, alebo neskôr sa stali zdravotne postihnuté, boli a často ešte aj sú, hlavne nevedomosť, nevšímavosť, povera a neprimeraný, neodôvodnený strach. Takýto postoj viedol k tomu, že spôsob riešenia problémov zdravotne postihnutých osôb sa vyvíjal od starostlivosti v izolácii, v ústavoch, k hľadaniu možností včasnej diagnostiky, vzdelávania, prípravy na povolanie, k rôznym formám rehabilitácie, rekvalifikácie až k pracovnému a spoločenskému začleňovaniu do zdravej populácie. Významnú úlohu pritom zohrávajú organizácie osôb so zdravotným postihnutím, ich rodín a priateľov, ktoré obhajujú vytváranie lepších podmienok pre riešenie špecifických problémov v súvislosti so zdravotným postihnutím.

Rastúce medzinárodné povedomie plného rozsahu ľudských práv a vytvárania podmienok pre možnosť ich uplatňovania, zvyrazňuje rešpekt k dôstojnosti ľudskej osoby. Medzinárodná *Listina ľudských práv a slobôd* zahŕňa:

- ekonomické a sociálne práva všetkých ľudí na základné životné a zdravotné potreby;
- osobné práva, ako je sloboda svedomia, vyjadrovania, ako aj právo a sloboda náboženského vyznania;
- občianske a politické práva na plnú a slobodnú účasť na spoločenských dobrách;
- práva na rozvoj, mier a zdravé životné prostredie.

Všetky tieto práva, zhrnuté v Listine ľudských práv a slobôd a prevzaté aj do Ústavy SR, si môže človek uplatňovať len vtedy, keď sú pre to vytvorené primerané podmienky. Problémy s ich uplatňovaním narastajú, ak fyziologické funkcie ľudského organizmu sú trvalo poškodené a spoločnosť prechádza ľahostajne okolo problémov, ktoré v súvislosti s touto skutočnosťou musia prekonávať osoby, ktorých sa to týka, t.j. osoby so zdravotným postihnutím. Ved' je všeobecne známe, že podmienky života zdravotne postihnutých osôb ovplyvňuje celý rad špecifických okolností.

Moderné spôsoby, ktoré sa realizujú prakticky vo všetkých demokratických štátoch, spočívajú najmä:

- v de - inštitucionalizácii zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- v rozšírení spektra poskytovanej dlhodobej starostlivosti s dôrazom na starostlivosť poskytovanú ambulantne, v stacionároch a v prirodzenom sociálnom prostredí (t. j. najlepšie doma),
- v zavádzaní trhových vzťahov a konkurencie do oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti

Cieľom deinštitucionalizácie je zmena postavenia občana, v tomto prípade jednak sociálneho pracovníka, jednak osoby so zdravotným postihnutím, ako objektu sociálnej práce a návrat k práci samostatného sociálneho pracovníka ako subjektu, ktorý napomáha zabezpečovať všetky potreby človeka v prirodzenom prostredí jeho domácnosti podľa jeho želaní a potrieb. Proces deinštitucionalizácie vedie k ochrane občana pred tým, aby bol v čase sociálnej, ale často aj hmotnej núdze vytrhávaný z prostredia vlastnej rodiny, ak to nie je nevyhnutné z hľadiska život ohrozujúcej situácie.

V súčasnosti v Slovenskej republike sa sociálna politika orientuje na možnosť nadviazať na mnohoročnú, kresťanskú tradíciu. V rámci tejto tradície sa presadzujú jednak prvky pracovno - výkonového a inštitucionálne - redistributívneho typu, ale tiež prvky sociálneho učenia Cirkvi, *princípy subsidiarity, solidarity, participácie, slobody a spoločného dobra*, na ktorých je postavené sociálne a pracovné zákonodarstvo, ako aj poisťovacie systémy.

Základné dokumenty sociálneho učenia Cirkvi

Za posledných sto rokov možno zaznamenať v dejinách katolíckej Cirkvi (na Slovensku sa k nej hlási najväčší počet obyvateľov) 4 základné vývojové fázy:

- I. *Fáza prípravy, vzniku a dopadu encykliky **Rerum novarum** (pápež Lev XIII., z r. 1891) – o robotníckej otázke, ktorá je charakterizovaná ako kritická konfrontácia so socializmom a liberalizmom XIX storočia. Tu boli položené základy sociálneho učenia, resp. „sociálneho magistéria cirkvi“. Touto encyklikou dal pápež cirkvi akýsi „štatút občianskeho práva“ ...čím bezbrannejší ľudia sú*

- v spoločnosti, tým viac závisia na účasti a starostlivosti ostatných a predovšetkým na zásahu štátnej autority.
- II. Vydanie encykliky **Quadragesimo anno** (pápež Pius XI., 1931) – o usporiadaní spoločnosti, obnove spoločenského poriadku a jeho zdokonalení podľa zásad evanjelia (vydaná k 40. výročiu encykliky *Rerum novarum*). V tejto encyklike boli rozvinuté klasické princípy – princíp solidarity ako protipól individualizmu a princíp subsidiarity ako protipól kolektivismu, zvlášť marxistickému.
- III. Fáza „koncilová“, v ktorej, okrem encyklík oboch „koncilových pápežov“ (*Mater et magistra* – encyklika Jana XXIII. o najnovšom vývoji života spoločnosti a o jeho usporiadaní vo svetle kresťanského učenia z 15. mája 1961 a *Populorum progressio* – encyklika Pavla VI. o rozvoji národov z 26. marca 1967), bude vhodné pripomenúť aj „Magnu chartu“ dialogického vzťahu cirkvi a moderného sveta, ako aj konštitúciu *Gaudium et spes*, ktorá zásadným spôsobom pojednáva o mnohých kľúčových otázkach sociálnej náuky a povzbudila tzv. teológiu rozvoja.
- Encyklika „Humanae vitae“** z r. 1968 (Pavol VI.) obsahuje sociálnu časť a vyjadruje sa najmä k otázkam demografickej politiky. V tejto fáze cirkve prestala chápať seba samu ako uzavretú pevnosť voči modernému svetu a postavila „ekleziológiu“ na starozákonnom obraze „Božieho ľudu, putujúceho dejinami“. Jeden významný teológ označil za najhlbšiu intuíciu koncilu pochopenie toho, že Cirkev nemožno obnoviť len zintenzívnením zbožnosti, ale aj hlbokou solidaritou s dnešným človekom v jeho problémoch a otázkach.
- IV. Sociálne učenie Jana Pavla II. je zakotvené predovšetkým v jeho 3 sociálnych encyklikách **Laborem exercens** – o ľudskej práci zo 14. septembra 1981. Práca patrí k poslaniu každého človeka, človek sa rozvíja a realizuje vo svojej práci. Práca má súčasne „sociálnu“ dimenziu vzhľadom k tesnému vzťahu k rodine, ako aj k obecnému blahu.
- Sollicitudo rei socialis** – o starosti cirkvi o sociálne otázky z 30. decembra 1987 (Rozanalyzované princípy subsidiarity, solidarity, sociálnej lásky, civilizácie lásky). **Subsidiarita** (lat. subsidium - pomoc): Verejná moc má pomáhať jednotlivcom a sprostredkujúcim skupinám chopiť sa iniciatív iba v prospech tých, ktorí nie sú sami schopní si zabezpečiť svoje životné potreby (nie paternalizmus, až zneužívanie moci: “Vy sami nie ste schopní vyriešiť taký problém. Na tom však nezáleží. My to vhodne vyriešime namiesto vás“. Každý človek je odlišný, je osobou, nenahraditeľným bohatstvom, je zdrojom originality a má čosi priniesť ostatným, ako aj celej spoločnosti. Princíp subsidiarity možno považovať za kľúčový bod celého učenia cirkvi o demokracii.
- Centesimus annus** – k 100. výročiu *Rerum novarum* z 1. mája 1991. Charakteristický je pápežov dôraz na ľudské práva, na „pravdu o človeku“, ktorá musí byť neskrátene uchovaná a ktorá je súčasťou neotrasiteľných hodnôt, na ktorých stojí pravá demokracia a zodpovedné užívanie slobody. V encyklike *Centesimus annus*, ktorá uzatvára prvé storočie sociálnej náuky, pápež okrem analýzy novej historickej situácie po páde komunizmu a nebyvalého ocenenia hospodárskej demokracie, založenej na slobodnom trhu, prináša novú nosnú myšlienku „sociálnej, či humánnej ekológie“ a starostlivosti o spoločenské životné prostredie, ktoré umožňuje uplatňovanie základných etických hodnôt pre všetkých. V tejto encyklike sa zdôrazňuje, že v zásahoch štátu musia byť aj hranice! Štát je len nástrojom, jednotlivec, rodina a spoločnosť tu boli už dávno pred ním a štát je tu preto, aby chránil jedných i druhých a nie aby ich potláčal.

1. Definícia a klasifikácia zdravia a zdravotného postihnutia

1.1 Definície

Definícia zdravia podľa WHO: Zdravie je stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody

a nie iba neprítomnosť choroby alebo poškodenia.

Choroba. V hovorovom jazyku vo vzťahu k ochoreniu bežne rozlišujeme slová „akútne“ a „chronické“ ochorenie. U akútnych ochorení si predstavujeme, že takéto ochorenie končí „ostrým bodom“, že choroba má konečné trvanie. Ak použijeme slovo „chronický“, ktoré je odvodené od slova „chronos“, ktoré znamená „čas“, ide o stav s dlhým časovým trvaním. V živote však často neexistuje presne formulovaná časová hranica medzi akútnymi a chronickými procesmi.

Komplexnosť liečby a starostlivosti o chorého človeka možno hodnotiť z troch hľadísk, ktoré sa navzájom dopĺňajú:

- *biologické vyliečenie*, prípadne dosiahnutie dlhodobej remisie (vymiznutie prejavov choroby).

- *psychologické vyliečenie* (pacient sa zmieri s chorobou, prijme ju ako minulosť resp. ako určitý obmedzujúci stav, napriek ktorému sa bude usilovať o normálny život)

- *sociálne vyliečenie* (začlenenie do spoločnosti).

Definície zdravotného postihnutia v SR:

Poznáme niekoľko foriem hodnotenia zdravotného stavu ľudí podľa toho, za akým účelom sa vykonáva:

Podľa zákona 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení je invalidným občanom občan, u ktorého rozhodnutím posudkovej komisie sociálnej poisťovne je % miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť z dôvodu telesnej poruchy, duševnej poruchy alebo poruchy správania je vyššia ako 40%.

Občanom so zdravotným postihnutím na účely z. č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti je:

- občan uznaný za invalidného podľa osobitného predpisu (Z.č. 461/2003 Z.z.), ktorý má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 41% a viac,
- občan, ktorý má podľa osobitného predpisu (Z.č. 461/2003 Z.z.) pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 20%, ale najviac o 40%.

Občanom s ťažkým zdravotným postihnutím na účely z. č. 447/2008 Z.z. zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, je občan, u ktorého pokles miery funkčnej schopnosti je 50% a viac.

Definícia zdravotného postihnutia podľa Dohovoru OSN (2006)

Osoby so zdravotným postihnutím zahrňujú osoby, ktoré majú dlhodobé fyzické, duševné, mentálne alebo zmyslové postihnutie, ktoré v interakcii s rôznymi prekážkami môže brániť ich plnému a účinnému zapojeniu sa do spoločnosti na rovnoprávnom základe s ostatnými.

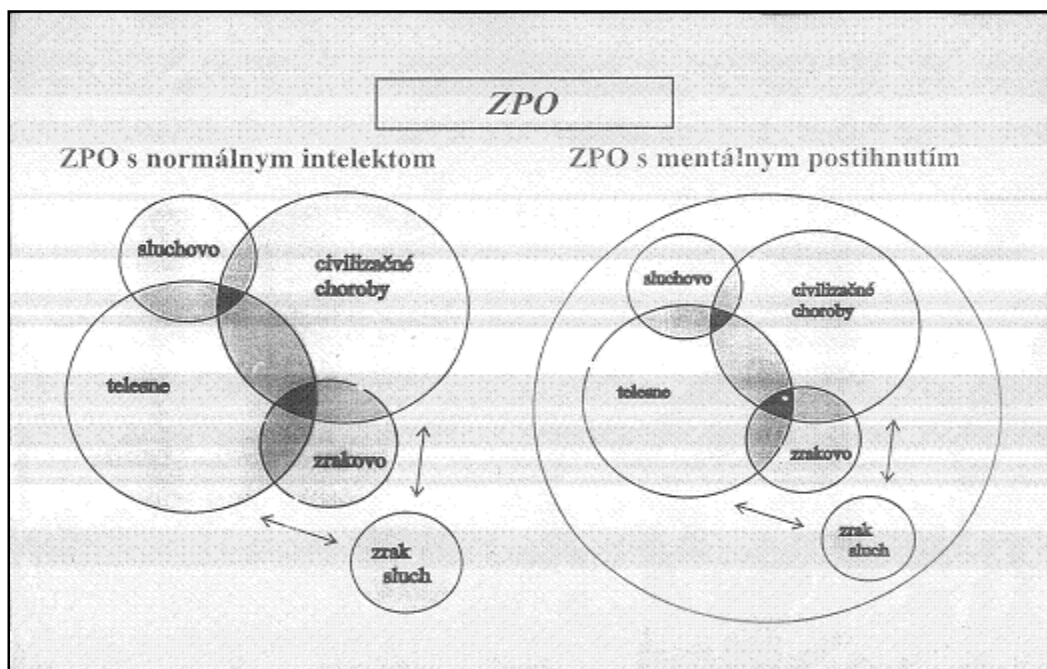
1.2. Charakteristika osôb so zdravotným postihnutím

Ľudia so zdravotným postihnutím (ZPO), či už vrodeným alebo získaným, predstavujú rôznorodú skupinu osôb nielen pokiaľ ide o druh zdravotného postihnutia, ale aj pokiaľ ide o vek, vzdelanostnú úroveň, spoločenské postavenie a prostredie, v ktorom žijú. Najčastejšími problémami, s ktorými sa stretávajú a ktoré ich priamo alebo nepriamo diskriminujú v každodennom živote, sú *problémy v mobilite, v orientácii a komunikácii*, ale v značnej miere aj *v prekonávaní negatívnych postojov, nedôvery a predsudkov* u časti populácie. Takáto diskriminácia vedie k sťaženému prístupu k vzdelaniu, pracovnému, aj spoločenskému uplatneniu a tým k nižším príjmom, pri súčasne výrazne zvýšených nákladoch na živobytie.

Celkovo môžeme osoby so zdravotným postihnutím rozdeliť do 2 veľkých skupín:

- A. Osoby so zdravotným postihnutím s normálnym intelektom
- B. Osoby so zdravotným postihnutím s mentálnou retardáciou (postihnutím)

V oboch skupinách sa potom môžeme stretnúť s osobami s problémami v mobilite (osoby s telesným postihnutím), s problémami v orientácii (osoby so zrakovým postihnutím), alebo v komunikácii (najmä osoby so sluchovým postihnutím), resp. u tej istej osoby sa môže vyskytovať viacnásobné, kombinované postihnutie. Významnou mierou narastá aj počet osôb, postihnutých chronickými, civilizačnými chorobami (Graf č.1).



Graf č. 1

1.3 Modely 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“.

Lekársky 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.

Sociálny model zdravotného postihnutia vidí problém najmä ako sociálny problém a v princípe ako záležitosť možnosti plnej integrácie jednotlivcov do spoločnosti. Zdravotné postihnutie nie je atribút jednotlivca, ale komplexná zbierka podmienok v ktorých žije a z ktorých mnohé sú vytvorené sociálnym prostredím. 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.

Integrovaný, bio-psycho-sociálny model, odporúčaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO). WHO 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.

1.4 Klasifikácia zdravotného postihnutia podľa WHO

Prvá verzia Klasifikácie zdravotného postihnutia bola vydaná ešte v roku 1980 a predstavovala základný krok pre formovanie spoločného záujmu a snahu o medzinárodnú charakteristiku zdravotného postihnutia. Vychádzala ešte z morfológických kritérií – porucha určitého orgánu alebo systému, podmienená zmenami morfológických štruktúr tohto systému s následným obmedzením činnosti postihnutého jedinca. V určitom slova zmysle korelovala s „Medzinárodnou klasifikáciou chorôb“, ktorá vychádzala z medicínskych poznatkov, z príčin

– etiológie, ktorá má za následok patologické zmeny, charakterizované klinickými príznakmi.

INTEGRÁCIA POJMOV PODEĽA WHO z r. 1980
Choroba alebo postihnutie → Porucha → Dizabilita → Handicap

Graf č.2

V r. 2001 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala novú *Medzinárodnú klasifikáciu funkčnosti, dizability a zdravia – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)*, schválenú 54. celosvetovým zdravotníckym zhromaždením.

Nová MKF sa pripravovala viac ako 10 rokov, s aktívnou účasťou 65 krajín. Nová verzia, s prihliadnutím na dvadsaťročné skúsenosti, unifikuje popis zdravia a jeho poruchy a definuje jednotlivé komponenty zdravia, faktory charakteristické pre „pocit zdravia“, vrátane výchovy a práce. Vychádza z poznatkov o funkciách a štruktúrach organizmu človeka, o jeho činnostiach, o účasti na aktivitách a o podmienkach, dôležitých pre udržanie pocitu zdravia aj v období choroby. Termín „*funkcia*“ (functioning) je strechový termín pre stav somatických funkcií, aktivít a účasti. Termín „*dizabilita*“ zahŕňa telesné postihnutie, obmedzenie funkcií chorobným stavom a reštrikciu možnej účasti na pracovnom a spoločenskom živote postihnutého jedinca. Nová verzia klasifikácie charakterizuje aj faktory prostredia a ich vplyv na stav zdravia človeka.

Snahou modifikácie pôvodnej „Medzinárodnej klasifikácie porúch, dizability a handicapu“ bolo vytvorenie nového modelu, kde by bola zdôraznená snaha vyjadriť tie momenty psycho-sociálnej oblasti, ktoré sú súčasťou života dlhodobo postihnutého jedinca – jeho životných a pracovných aktivít a účasti na sociálnom, eventuálne spoločenskom živote. Tým vznikla modifikovaná klasifikácia „*Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia - MKF*“, ktorá je dostupná aj v slovenskej verzii a jej uvedenie do praxe sa aj u nás očakáva v priebehu najbližších rokov.

Oproti pôvodnej verzii z roku 1980, ktorá vo vzťahu k zdravotnému postihnutiu venovala pozornosť predovšetkým následkom chorôb, nová verzia formulovala *bio-psycho-sociálny model človeka* a táto skutočnosť viedla k modifikovaniu aj vžitých predstáv o zdravotnom postihnutí. V súčasnosti sa zdravotné postihnutie posudzuje minimálne ako trojdimenzionálny model, teda v troch rovinách:

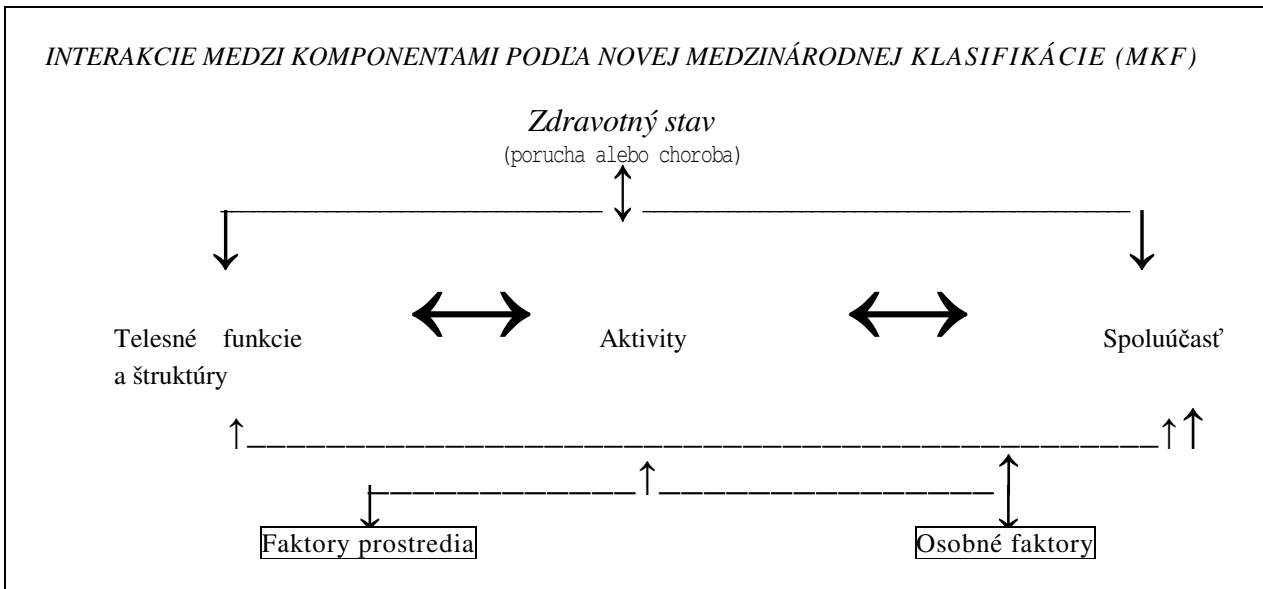
- v rovine „*poruchy*“, ide predovšetkým o zmeny anatomickej štruktúry alebo fyziologickej funkcie človeka

- v rovine *dizability*, kedy následkom poruchy dochádza k zmenám funkčného stavu jedinca vo vzťahu k vykonávaniu určitých činností.

- v rovine *handikapu*, trvalý stav, ktorý nedovoľuje alebo trvalo obmedzuje vykonávanie určitých činností a *odráža interakciu s okolím človeka*, s jeho možnosťou

adaptácie na toto okolie, ktoré môže limitovať účasť postihnutého jedinca na spoločenskom živote.

Vývoj ukázal, že je potrebné určitým spôsobom ďalej modifikovať tieto dimenzie. V MKF sa objavujú ďalšie termíny, ako *participácia* a *aktivity*. Participácia, pracovné alebo životné aktivity, ako spoločenský element, akcentujú základné charakteristiky bio-psycho-sociálneho modelu človeka.



Graf č.3

Ako možno vidieť aj z grafu č.3, MKF berie do úvahy aj obojsmernosť pôsobenia príslušných faktorov, vrátane sociálnych aspektov (faktory prostredia, osobné faktory) a poskytuje mechanizmus ako dokumentovať dopad sociálneho a fyzického prostredia na funkčnosť osoby. Napríklad, ak osoba s ťažkým telesným postihnutím má ťažkosti pri práci v určitej budove, lebo budova nie je vybavená ani výťahom ani rampou, je možné na základe MKF a príslušnej legislatívy (stavebný zákon, antidiskriminačný zákon) intervenovať na kompetentných miestach a žiadať, aby budova bola takýmto zariadením vybavená.

Je naozaj dôležité bez predsudkov, na základe osobného ohodnotenia nadviazať kontakt s ľuďmi so zdravotným postihnutím. Nikto si totiž plne neuvedomuje, aké je pre zdravotne postihnutých jedincov ťažké dokázať sa, no najmä zdravým ľuďom, že sa od nich líšia často iba svojím telesným, zrakovým, sluchovým alebo iným zdravotným postihnutím, no napriek tomu sú schopní aktívne sa zapojiť do spoločenského a kultúrneho života, aj keď na dosiahnutie tohto cieľa sú mnohokrát nútení vynaložiť oveľa viac úsilia.

Kto na tom musí participovať?

1. Sám zdravotne postihnutý jedinec
2. Okolie (rodina, zdravotní a sociálni pracovníci, priatelia, susedia, spolupracovníci, pracovníci štátnej správy, inštitúcie - aj z charitatívnej sféry)

Základným predpokladom efektívnej starostlivosti o osobu so zdravotným postihnutím je nutnosť poznať druhy zdravotného postihnutia, určiť z toho vyplývajúce potreby jednotlivca (individuálne pomôcky, rehabilitačná odborná pomoc) a identifikovať nedostatky v spoločnosti vo vzťahu ku zdravotnému postihnutiu, bariéry, ktoré bránia ich integrácií (životné prostredie - vrátane pracovných podmienok) a možnosti ich odstránenia na základe platnej legislatívy.

2. Príčiny a druhy zdravotného postihnutia

Zdravotné postihnutie môže byť *vrodené, alebo získané*. K získanej strate orgánu alebo jeho funkcie dochádza zvyčajne po úrazoch, alebo v rámci akútneho ochorenia (napr. ochrnutie ako stav po mozgovej príhode, amputácia končatiny po gangréne apod.). Chronická choroba nastupuje obyčajne vleklo, subjektívne ťažkosti narastajú postupne, alebo ako následok určitého počtu akútnych epizód. Obmedzenie činnosti v dôsledku zdravotného postihnutia, aj keď je často značné, nemusí však viesť až k úplnej pracovnej neschopnosti. Často rozvinutím iných schopností, resp. kompenzačných mechanizmov, možno dosiahnuť vysoký stupeň novej profesionality.

Pretože hovoríme o sociálnej práci s osobou s telesným alebo zmyslovým postihnutím, kedy ide zväčša o trvalé chýbanie, stratu alebo poškodenie niektorého životne dôležitého orgánu, či funkcie, alebo o následok ochorenia, ktoré má chronický charakter, budeme sa venovať predovšetkým týmto zdravotným dôsledkom.

Ako sme už spomínali, Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odporúča pri vysvetľovaní vzniku a druhu poruchy a jej dôsledku (zdravotné postihnutie) používať ako základné pojmy výrazy:

Porucha (*impairment*) - akákoľvek strata, alebo abnormálnosť v psychologickú, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre alebo funkcii.

Zdravotné postihnutie (*disability*) – akékoľvek obmedzenie alebo nedostatok (v dôsledku poruchy) schopnosti vykonávať nejakú činnosť spôsobom alebo v rozsahu, aký je považovaný u človeka za normálny.

Handicap (*sociálny dôsledok zdravotného postihnutia*) - nepriaznivá situácia pre daného človeka, vyplývajúca z poruchy alebo dizability, ktorá obmedzuje alebo znemožňuje plnenie úloh, ktoré sú pre túto osobu normálne (vzhľadom na vek, pohlavie, sociálne a kultúrne podmienky).

2.1 Prehľad klasifikácie porúch, dizability a handicapu podľa Svetovej zdravotníckej organizácie – WHO z r. 1980

Naša súčasná legislatíva sa pri hodnotení miery funkčnej poruchy zatiaľ opiera o klasifikáciu WHO z r. 1980, preto použijeme toto rozdelenie :

Klasifikácia porúch

- * *poruchy intelektu*
- * *d'alšie psychické poruchy*
- * *poruchy reči*
- * *poruchy sluchu*
- * *poruchy zraku*
- * *poruchy vnútorných orgánov*
- * *poruchy kostry (telesné poruchy)*
- * *znetvorujúce poruchy*
- * *generalizované, zmyslové a iné poruchy*

Klasifikácia zdravotného postihnutia - dizabilita:

- *dizabilita v správaní sa* - v sebauvedomovaní sa (napr. uvedomovanie si polohy v čase a priestore), v osobnej bezpečnosti, v získavaní vedomostí, v schopnosti zastať si úlohu v rodine, v zamestnaní, v inej sfére chovania
- *dizabilita v komunikácii* - obmedzenie pre porozumenie reči, rozprávanie, počúvanie reči, obmedzenie schopnosti celkového videnia – vnímania, detailného videnia, obmedzenia pre písanie, čítanie, iné
- *dizabilita v osobnej starostlivosti* - problémy s kontrolou vylučovania, v osobnej hygiene, v obliekaní, v stravovaní
- *lokomotorická dizabilita* - obmedzenia pri chôdzi, zdolávaní schodov, šplhaní, behu, pri premiestňovaní, pri používaní dopravných prostriedkov, pri nesení a dvíhaní bremien, iná
- *dizabilita v telesnej dispozícii* - obmedzenia pri zabezpečovaní si životných potrieb, pri vedení domácnosti, podávaní rúk, kľáčaní, pri inom telesnom pohybe, v držaní tela
- *dizabilita v obratnosti* - obmedzenia pri prispôsobovaní si životného prostredia vlastným potrebám, pri každodennej činnosti, pri uchopovaní vecí, držaní vecí, pri inej manuálnej činnosti, pri ovládaní tela, nôh apod.
- *situačná dizabilita* - vo vytrvalosti, v znášateľnosti teploty, v znášateľnosti hluku, svetla, chladu, pracovných stresov, pri znášaní iných činiteľov životného prostredia
- *zvláštna dizabilita v kvalifikácii* (napr. nemožnosť vykonávať profesiu hudobníka, hrať na hudobnom nástroji v dôsledku poranenia prstov)
- *iné obmedzenia činnosti*

Klasifikácia handicapu:

- **orientačný handicap** - neschopnosť osoby orientovať sa vo vzťahu k svojmu okoliu
- **handicap vo fyzickej nezávislosti** - neschopnosť uchovať si bežne nezávislú existenciu, nezávislosť vzhľadom k pomôckam a podpore iných ľudí
- **pohybový handicap** - neschopnosť pohybovať sa efektívne vo svojom okolí – rozsah pohyblivosti od referenčného bodu, napr. vzdialenosť, ktorú vie prekonať bez pomoci od postele
- **handicap v zamestnaní** - neschopnosť tráviť čas zamestnaním, ako je to obvyklé vzhľadom na pohlavie, vzdelanie, vek a kultúru
- **handicap v spoločenskej integrácii** - neschopnosť osoby podieľať sa na obvyklých spoločenských vzťahoch a udržiavať ich
- **handicap v hospodárskej sebestačnosti** - neschopnosť zotrvať v obvyklej socio-ekonomickej činnosti a nezávislosti
- **iný handicap**

V našich podmienkach sa z cudzích výrazov na vyjadrenie zdravotného obmedzenia – dizability často nie celkom správne používa pojem handicapovaný občan. V anglosaskom prostredí sa už používa výlučne pojem „person with dizability“, čo sa do slovenčiny prekladá ako "osoba so zdravotným postihnutím", alebo "zdravotne postihnutá osoba".

2.2 Poruchy a dizabilita telesnej štruktúry a funkcií, sociálny dopad

Vo všeobecnosti možno telesné postihnutie charakterizovať ako obmedzenie výkonných, motorických funkcií v dôsledku ich mechanickej alebo funkčnej poruchy. Pod výkonnými funkciami rozumieme riadenie svalovej činnosti, ktorá zabezpečuje pohyb smerom k určitému cieľu, k získavaniu potravy, k spoločenskej a pracovnej aktivite, k vyjadreniu nálady (mimika), k odovzdaniu informácie (reč) apod.

Fyziologickým predpokladom dobrej výkonnej funkcie je neporušená anatomická stavba kostí a svalov, dobrá inervácia svalov a zachované riadiace štruktúry centrálného nervového systému (mozog – kôrové a podkôrové motorické centrá, mozoček, chrbticová miecha). U človeka motorické funkcie úzko súvisia aj s psychickou činnosťou a tak možno vo všeobecnosti rozlišovať motorickú aktivitu:

- úmyselnú (vôľovú – regulovanú z motorických centier mozgovej kôry, pričom realizátorom sú vždy svaly, inervované nervovými vláknami, ktoré vystupujú z miechy)
- neúmyselnú (mimo vôľovú – regulovanú z podkôrových centier a realizovanú inými nervovými vláknami, ktoré tiež vystupujú z miechy)

Vôľová aktivita zahŕňa vždy aj zložku mimo vôľovú, pretože každý úmyselný pohyb, tj. aktivácia určitých svalových skupín z príslušných motorických centier mozgovej kôry, je sprevádzaná súčasne reflexným pohybom aj iných svalových skupín a tlmením antagonistických svalových skupín. Aby motorická aktivita bola dostatočne a správne koordinovaná a tlmená, je nevyhnutný mechanizmus spätnej väzby, čiže spätný informačný kanál jednak z aktivovaných svalov, čo umožňuje opravu chybného pohybu, jednak zo zmyslových orgánov. Tento informačný kanál je zabezpečený početnými vzostupnými dráhami (smerom z periférie do centra, t.j. priamo zo svalov, ale aj z rôznych zmyslových orgánov, ktoré kontrolujú smer a rozsah pohybu).

Podľa charakteru poruchy rozlišujeme najmä nasledujúce telesné postihnutia:

- *Dôsledky amputácie* (hornej, alebo dolnej končatiny v rôznych výškach, jednostranne alebo obojstranne, môže byť aj vrodená alebo získaná)
- *Dôsledky zápalových a degeneratívnych ochorení kĺbov - artritíd, artróz* (chrbtice, veľkých nosných kĺbov, drobných kĺbov, najmä rúk)
- *Dôsledky poruchy riadiacej funkcie CNS - mozgovej obrny* (následky detskej mozgovej obrny, detskej obrny - poliomyelitídy)
- *Stavy po miestnom poškodení mozgu - po mozgovej príhode* (následok krvácania do mozgu, nedostatočného miestneho prekrvenia - trombóza, embolia, tlak nádoru, úraz hlavy, iné)
- *Stavy po traumatickom poškodení miechy* (úrazoch chrbtice):
 - Obojstranné ochrnutie dolných končatín (*paraparéza, paraplégia*)
 - Ochrnutie horných aj dolných končatín (*quadraparéza, quadruplégia*)
 - Ochrnutie končatín, aj dýchacích svalov (*pentaplégia*, vyžadujúca podporné, riadené dýchanie)
- *Dôsledky neurologických ochorení – roztrúsená mozgovomiechová skleróza* (sclerosis cerebrospinalis multiplex)
- *Dôsledky neuromuskulárnych ochorení* - svalové dystrofie (poznáme cca 9 typov svalovej dystrofie)
- *Parkinsonova choroba*

Samozrejme, je ešte mnoho iných telesných postihnutí, ale uvedené predstavujú tie, s ktorými sa najviac a najčastejšie stretávame.

2.2.1 Amputácie

Porucha:

Chýbanie celej, alebo časti končatiny. Niektoré príčiny chýbania, odstránenia končatiny:

- Vrodené chýbanie končatiny
- Poranenie končatiny pri nehode.

- Odumretie tkaniva, spôsobené chorobným procesom, ktorý redukuje krvné zásobenie napr. dolných končatín (arterioskleróza, infekcie, ktoré spôsobia gangrenózne zmeny napr. pri cukrovke, pri Burgerovej chorobe - fajčiari).
- Zhubné nádory.
- Dlhotrvalé infekcie kostí bez šance na obnovenie funkcie.
- Termálne poškodenie - prílišným teplom i prílišným chladom
- Nefunkčné deformácie končatiny, ktoré sú pre pacienta nežiaduce.
- Život ohrozujúce stavy (upchatie cievy, uštipnutie hadom)

Disabilita:

- ***dizabilita v osobnej starostlivosti*** – niekedy aj problémy s kontrolou vylučovania, v osobnej hygiene, v obliekaní, v stravovaní
- ***lokomotorická dizabilita*** - obmedzenia pri chôdzi, zdolávaní schodov, šplhaní, behu, pri premiestňovaní, pri používaní dopravných prostriedkov, pri nesení a dvíhaní bremien, a iné. Odkázanosť na individuálnu dopravu.
- ***dizabilita v telesnej dipozícii*** - obmedzenia pri zabezpečovaní si životných potrieb, pri vedení domácnosti, podávaní rúk, kľáčaní, pri inom telesnom pohybe, v držaní tela
- ***dizabilita v obratnosti*** - obmedzenia pri prispôsobovaní si životného prostredia vlastným potrebám, pri každodennej činnosti, pri uchopovaní vecí, držaní vecí, pri inej manuálnej činnosti (po amputácii horných končatín), pri ovládaní tela, nôh apod.
- ***zvláštna dizabilita v kvalifikácii*** (nemožnosť vykonávať určitú profesiu napr. hudobníka, hrať na hudobnom nástroji v dôsledku poranenia prstov)

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Zostávajúca schopnosť nezávislého života po amputácii závisí od toho:

- ❖ Kde sa amputácia uskutočnila (kvalita operačného výkonu – napr. vo vojnových podmienkach, alebo v sterilnom klinickom prostredí).
- ❖ Ako veľká časť končatiny bola odstránená, či ide o viacnásobnú amputáciu.
- ❖ Aký je vek a fyzická zdatnosť pacienta.
- ❖ Aká je následná možnosť zabezpečenia umelej končatiny (protézy)
- ❖ Ako kvalitná je u detí a mladistvých rehabilitácia, resp. u dospelých sociálna a pracovná rehabilitácia, prípadne rekvalifikácia

Handicap sa môže prejaviť:

- ***vo fyzickej závislosti*** - neschopnosť uchovať si bežne nezávislú existenciu, nezávislosť vzhľadom k pomôckam a podpore iných ľudí

- **ako pohybový handicap** - neschopnosť pohybovať sa efektívne vo svojom okolí – rozsah pohyblivosti od referenčného bodu, napr. vzdialenosť, ktorú vie prekonať bez pomoci od postele, z bytu k prostriedkom hromadnej dopravy, neschopnosť nastúpiť, resp. vystúpiť z prostriedkov MHD.

Zabezpečenie náhrady umelou končatinou (najlepšie individuálne zhotovenou protézou) môže navrátiť amputovaného skoro do normálneho stavu.

2.2.2 Artritídy (zápaly kĺbov) a artrózy

Porucha:

Chronické zápalové ochorenia kĺbov (artritídy) a následné degeneratívne zmeny kĺbov (artrózy) môžu byť vyvolané rôznymi infekciami. Artrotické zmeny sa objavujú aj po úrazoch, po neprimeranom zaťažovaní zdravého kĺbu, ale aj po normálnom zaťažovaní chorého kĺbu (stavy po vrodennom vyklíbení bedrových kĺbov, alebo zaťažovanie pri Perthesovej chorobe (neinfekčná nekróza hlavice bedrového kĺbu). Najzávažnejšie invalidizujúce kĺbové ochorenia sú:

- špecifické zápaly kostí a kĺbov (osteoarthritis) a reumatický zápal kĺbov (rheumatoidná artritída - progresívne ochorenie, ktoré ničí štruktúru väziva, ktoré obklopuje kĺby. Choroba napáda väzivo kĺbu. Kĺb je teplý, bolestivý, opuchnutý, zdevastovaný, nakoniec zdeformovaný). Artritídy zachvacujú najmä veľké nosné kĺby, zúčastnené na najväčšej záťaži: bedrové kĺby, kolená, ale často aj drobné kĺby prstov a chrbticeu.
- Artrózy - dôsledky vývojovej poruchy, obyčajne bedrového kĺbu, alebo dôsledok poškodenia „záťažou a zodratím“. Ide o degeneratívne, artrotické zmeny veľkých, nosných kĺbov (okrem bedrových aj kolenné kĺby), ktoré sa často znásobujú obezitou.

Dizabilita:

Zápal kĺbu a následné zmeny nesú zodpovednosť za vznik telesného postihnutia s nasledovnými vonkajšími prejavmi:

- ❖ bolesť, ktorá obmedzuje pohybovú aktivitu
- ❖ svaly, ktoré obklopujú príslušné kĺby, slabnú z dôvodu ich nedostatočného používania.
- ❖ poškodené kĺby sa spevňujú v deformovaných postaveniach, alebo ich ubúda („zodierajú sa“) a stávajú sa krehkejšie, pretože podporné štruktúry sú zničené.
- ❖ deštrukcia kĺbov chrbtice môže poškodiť aj miechu a zapríčiniť ochrnutie (pozri poruchy chrbtice).

Prognóza a spoločenský dopad, handicap:

Niektoré z týchto ochorení majú len jedinú, príležitostnú vzplanutie; väčšina je však

poznačená chronickým, progresívnym, bolestivým a deformujúcim ochorením, ktoré trvá celý život, vedie k zdravotnému postihnutiu a *výrazne obmedzuje pohybové aktivity* (podobne ako u osôb po amputácii s tým, že v tomto prípade *psychiku mimoriadne zaťažuje chronická bolesť*).

2.2.3 Detská mozgová obrna (Cerebral Pulsy - „CP“)

Porucha:

Ide o rozsiahle poškodenie mozgu, ku ktorému môže dôjsť pred, počas alebo po pôrode s viac alebo menej výraznou poruchou psychomotorického vývoja dieťaťa. Príčinou môže byť prekonanie vírusového ochorenia matky počas tehotenstva, krvácanie do mozgu počas pôrodu alebo po pôrode, nedostatočné krvné zásobenie mozgu počas tehotenstva, počas pôrodu a iné.

Dizabilita:

- Spoločné pri tejto skupine je strata alebo neschopnosť kontroly vôľových svalov.
- Rozsah následnej motorickej neschopnosti sa veľmi mení. Môže zasiahnuť určitú skupinu svalov spoločnej aktivity jedným alebo viacerými z nasledujúcich spôsobov:
Ochrnutie, nekoordinácia pohybov, slabosť, nechcené alebo mimovoľné pohyby, chvenie, stuhnutie - spazmus niektorých svalových skupín
- Pretože mozog reguluje aj iné, nielen motorické aktivity, poškodenie mozgu v dôsledku detskej mozgovej obrny je často spojené so zrakovým, sluchovým alebo aj mentálnym postihnutím.

Prognóza a spoločenský dopad, handicap

Ide o trvalý stav obyčajne ťažkého zdravotného postihnutia. Motorické, aj niektoré psychické funkcie môžu byť vylepšené technickým zariadením, liečbou a výcvikom. Poškodené mozgové tkanivo nemožno síce obnoviť, ale niektoré funkcie po intenzívnom rehabilitačnom cvičení rôznymi rehabilitačnými technikami (Vojtovou metódou, Bobátovou metódou alebo inými) môže prevziať okolitá, nepoškodená časť mozgu. V obzvlášť ťažkých prípadoch veľkým úspechom je dosiahnutie aspoň určitého stupňa sebaobsluhy. Veľmi dôležité je *začať s príslušným cvičením a komplexnou starostlivosťou čo najskôr*. Za tým účelom je nevyhnutné budovať pri detských oddeleniach diagnostickú sieť, tzv. *centrá včasnej diagnostiky* (podchytiť najmä deti narodené z rizikových tehotenstiev) a *centrá včasnej intervencie* (zabezpečenie komplexnej habilitácie a rehabilitácie).

Handicap závisí od rozsahu a druhu postihnutia (dôsledky vo vzťahu k poruchám motorických, senzorických alebo aj mentálnych funkcií).

2.2.4 Mozgová obrna po náhlej cievnej príhode - jednostranné ochrnutie končatín (hemiparéza, hemiplegia)

Porucha:

Obyčajne ide o jednostranné poškodenie mozgového tkaniva, spôsobené náhlou poruchou krvného obehu v určitej oblasti mozgu v dôsledku:

- náhleho prerušenia krvného zásobovania v určitej časti mozgu (trombóza ciev, embólia – najmä pri chlopňových chybách srdca),
- krvácania do mozgu z prasknutej cievy (pri skleróze, pri vysokom krvnom tlaku, prasknutie cievnej výdute – aneuryzmy)
- nádorového ochorenia
- úrazu

Dizabilita:

Následky závisia od lokalizácie a rozsahu poškodenia:

- strata svalovej funkcie hornej aj dolnej končatiny na jednej strane tela - opačná strana ako je poškodenie mozgu (kríženie motorických dráh)
- zníženie kožnej citlivosti na strane postihnutia
- opuch zasiahnutej ruky alebo nohy (edém)
- porucha rovnováhy pri sadaní alebo vstávaní
- únavnosť, nedostatok vnímania
- zmätenosť, porucha súdnosti, citová labilita, nedôslednosť pri práci
- porucha reči (zvlášť ak je zasiahnutá dominantná strana tela – u pravákov je to ľavá polovica mozgu, u ľavákov pravá polovica mozgu)

Prognóza a spoločenský dopad, handicap

V priebehu prvých dvoch rokov sa môže rehabilitáciou dosiahnuť aj pomerne značné zlepšenie. Je nutné počítať s pravdepodobnosťou opakovania mozgovej príhody, čo závisí od príčiny prvej epizódy. V niektorých prípadoch je možný návrat do pôvodného zamestnania v závislosti od úrovne vzdelania a primeranosti povolania. U mladých ľudí do úvahy prichádza doplnenie vzdelania, prípadne rekvalifikácia na iné povolanie.

Handicap nastáva podobne *ako pri iných poruchách pohyblivosti a poruchách v dorozumívaní.*

2.2.5 Roztrúsená mozgovomiechová skleróza (Sclerosis cerebrospinalis multiplex)

Porucha:

Chronické, progresívne neurologické ochorenie neznámej príčiny, ktoré zničí alebo

rozloží obaly nervových vlákien (myelinové obaly), čím sa výrazne poruší vedenie vzruchov nervovými vláknami. Začína už v mladosti (vo veku 20 – 35 rokov) a je charakterizované vývojom mnohých roztrúsených ložiskových chorobných zmien v centrálnom nervovom systéme.

Dizabilita:

Ochorenie nemá žiadny špecifický obraz, prejavy sú rôzne - premenlivé poruchy rôznych nervových funkcií, pretože ochorenie zasahuje roztrúsené políčka nervového tkaniva. Dôsledky sa prejavujú obvyčajne v nasledujúcich oblastiach:

- *Zmeny motorických funkcií* - závisí od miesta a rozsahu poškodenia mozgu a miechy, ide o progresívnu stratu motorickej schopnosti všetkých štyroch končatín a trupu, čo sa prejavuje nasledovne:
 - nemotornosťou
 - neistou, pomalou, nepeknou chôdzou
 - nekoordinovanosťou pohybov
 - nedobrovoľnými pohybmi svalov.
 - *Reč* - nesúvislá a váhavá.
- *Zmeny v mentálnych schopnostiach* – nemusia byť výrazne postihnuté, niekedy strata pamäti, zhoršený úsudok, ťažkosti pri sústreďovaní, emocionálna labilita („kolísavá nálada“).
- *Vnímanie* - extrémna strnulosť a chvenie v končatinách, postupujúca porucha kožnej citlivosti na dotyk, často až úplná strata citlivosti.
 - Videnie* - rozmazané, „dvojité videnie“, nedobrovoľné chvenie očnej gule, slepota.

Prognóza a spoločenský dopad, handicap

Intenzita a závažnosť symptómov sa menia. Ustávajú sa pomerne dlhé periódy zlepšovania a zhoršovania stavu – najmä po prekonaní vírusových ochorení, strese a pod.. Choroba sa s časom stáva vážnejšou a pacient sa progresívne stáva stále viac postihnutým v mobilite, reči, videní.

Handicap nastáva podobne ako pri iných poruchách pohyblivosti, poruchách v dorozumívaní a v orientácii.

2.2.6 Svalová dystrofia (Muscular Dystrophy)

Porucha

Chronické, progresívne ochorenie – súmerné atrofovanie svalov v dôsledku poruchy prenosu vzruchov z motorických nervových vlákien cez nervovo-svalovú platničku na sval. Poznáme niekoľko typov svalovej dystrofie. Choroba sa objavuje už v detskom a mladistvom

veku, postupne zhoršuje mobilitu a ohrozuje postihnutých ochrnutím aj dýchacích svalov.

Dizabilita

Všeobecným dôsledkom ochorenia je bezbolestné oslabovanie a ubúdanie vôľových svalov. Postup ochorenia závisí od typu, zvyčajne sú najprv postihnuté svaly pliec, horných častí ramena, stehien, a chrbtice. Nižšie časti končatín sú postihnuté neskôr, dýchacie svaly obmedzujú dýchanie a je nutné zabezpečiť riadené dýchanie s kyslíkom.

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Postupné zhoršovanie najmä mobility, až kým väčšina vôľových svalov nie je postihnutá. Intelektuálna úroveň takto zdravotne postihnutých ľudí je často nadpriemerná. Príčinou smrti je zvyčajne znížená schopnosť dýchania v dôsledku úbytku aj hrudného dýchacieho svalstva. Pre udržanie kvality života je nevyhnutná včasná intervencia, zabezpečenie čo najvyššieho vzdelania s využitím všetkej dostupnej kompenzačnej technológie.

2.2.7 Parkinsonova choroba

Porucha

Pomaly progredujúce, degeneratívne ochorenie podkôrových oblastí mozgu, ktoré zasahujú do regulácie motorických funkcií. Objavuje sa vo veku 40 – 60 rokov.

Dizabilita

Všeobecné následky sú:

- Nekontrolovateľný, rytmický tras svalov v pokoji, alebo pri citovom vzrušení, najmä rúk (2 - 6 krát za sek), ale niekedy aj celých horných končatín, hlavy, sánky, jazyka.
- Svalové stuhnutie – hlava a hrudník sa nakláňajú dopredu.
- Ubúdanie motorickej sily, takže pohyby každého druhu sa uskutočňujú pomaly.
- Držanie tele je ohnuté a napäté s tendenciou šuchtavého kroku pri chôdzi.
- Stuhnutosť, až nehybnosť aj svalov tváre, ktorá poskytuje prázdny, mrazivý výraz.
- Hlas sa stáva slabým, zhrubnutým a monotónnym.
- Mentálne symptómy sa vyskytujú často až v neskorších štádiách.

Prognóza a spoločenský dopad

Choroba je zákerná, ťažkosti, najmä pohybové sa stupňujú; progreduje pomaly, mnoho rokov.

2.3.8 Poranenia miechy

Porucha

- Môže ísť o *úplné priečne prerušenie miechy* - vyššie nervové centrá nemôžu regulovať funkcie nervových vlákien vystupujúcich z miechových segmentov pod miestom prerušenia, čo sa potom prejaví v závislosti od miesta poškodenia:
- *Čiastočné prerušenie miechy* - tzv. *Brown - Séquardov syndróm* (spastická obrna končatiny a strata hlbkej a vibračnej citlivosti na poškodenej strane, strata citlivosti na bolesť, teplo a chlad na opačnej strane)

Dizabilita

Následky sú závislé od výšky a rozsahu poranenia. Čím je miesto poranenia chrbtice vyššie, tým je strata funkcií závažnejšia.

- * Ochrvnutie všetkých štyroch končatín, resp. ochrvnutie aj hlavného dýchacieho svalu - diafragmy (*quadraparéza, quadruplegia, pentaplégia*). Je to dôsledok priečného poranenia miechy v krčnej oblasti a zasahuje horné i dolné končatiny a trup.
- * Ochrvnutie oboch dolných končatín (*paraparéza, paraplegia*). Je dôsledkom priečného poranenia miechy pod úrovňou krčnej chrbtice a zasahuje trup a dolné končatiny
- * Následky závisia od rozsahu poranenia; niektorá z funkcií môže byť čiastočne zachovaná, ak miecha nie je úplne poškodená.
- * Pri úplnom prerušení miechy dochádza k strate kontroly mozgu nad všetkými časťami pod úrovňou poranenia (napr. *inkontinencia* - strata kontroly vyprázdňovania močového mechúra, hrubého čreva apod.)
- * Strata citlivosti.
- * Vôľou neovládaný stav svalov (*spasticita* - stuhnutosť)

Prognóza a spoločenský dopad

Ak je poranenie úplné, stav sa v podstate nemení. Ak je poškodenie nekompletné, môžu sa časom niektoré funkcie obnoviť. Poškodenia, vyvolané nádorom alebo zápalovým ochorením môžu mať horšiu prognózu.

3. Zmyslové postihnutia

3.1 Postihnutie zraku

Zrak patrí medzi najzaujímavejšie a najdôležitejšie analyzátory informácií, ktoré pôsobia na naše zmyslové orgány. Prostredníctvom zraku vstupuje do mozgu človeka viac ako 90% všetkých informácií o okolitom svete.

Poruchy zraku závisia od miesta poškodenia a môžu kolísť podľa charakteru a

stupňa poškodenia zrakového analyzátoru a to jeho *periférnej časti* (štruktúry oka), *nervových dráh* (zraková dráha), alebo *centrálnej časti* (podkôrové a kôrové centrá zraku – oblasť záhlavia). K významným štruktúram oka patria *svetlolomné prostredia* (rohovka, šošovka, sklovec) a sietnica, na ktorej sú rozložené *svetlocitlivé elementy* (tyčinky – rozlišujúce svetlo a tieň a čapíky – zodpovedné za rozlišovanie farieb). Rozloženie svetlocitlivých elementov na sietnici je nerovnomerné. V mieste najostrejšieho videnia (*žltá škvrna – fovea centralis*) sa nachádzajú iba čapíky, periférne od tohto miesta sú rozložené tyčinky. V zdravom oku svetelné lúče vstupujú do oka cez *otvor v sietnici (pupilla)* a predmety, pozorované priamym videním vytvárajú priamy, zmenšený, obrátený obraz na sietnici, v mieste žltej škvrny. Ak je nepomer medzi dĺžkou oka a lomivou silou oka, obraz sa vytvára pred, alebo za sietnicou. Takáto porucha sa pomerne dobre koriguje okuliarmi (spojkami alebo rozptylkami).

Na Slovensku pripadá na 60 obyvateľov približne jeden, ktorý je nevidiaci alebo ťažko slabozraký, t.j. celkove 90 – 100 000 osôb. Treba si uvedomiť, že mnoho nevidiacich, resp. ťažko slabozrakých predsa len niečo vidí, ale nie je toho veľa.

Porucha

- Strata oboch očí; ťažké poškodenie rohovky; šedý zákal šošovky – katarakta;
- Ťažké poškodenie sietnice u oboch očí; strata, alebo ťažká porucha zraku u jedného oka s oslabením zraku druhého oka; stredná porucha zraku u oboch očí; ťažká porucha zraku v jednom oku; iná porucha ostrosti zraku; degenerácia žltej škvrny – miesta najostrejšieho videnia
- Obmedzenie priestorového videnia a výpadky v zornom poli (jedno - alebo obojstranné), iná porucha zraku; iná porucha očí – môže sa týkať aj poruchy pohybu mihalnice, dôsledky zápalov spojivkového vaku a i.
- Chronické zvýšenie vnútroočného tlaku – glaukóm (zelený zákal)
- Porucha v priebehu zrakovej dráhy (pred skrížením, alebo za skrížením v oblasti sella turcica)
- Porucha centrálného videnia (v mozgu, v oblasti zrakového centra - sulcus calcarinus)

Dizabilita

- Úplná strata zraku
- Porucha ostrosti zraku – nejasné videnie na diaľku, alebo do blízka
- Strata farebného a centrálného videnia pri degeneratívnom poškodení sietnice v mieste najostrejšieho videnia. Poškodená je tá časť sietnice, kde sú uložené čapíky, zodpovedné za ostré rozlišovanie a za farebné videnie. Periférne, obyčajne čierno-biele videnie, zabezpečované tyčinkami zostáva zachované.
- Diabetická retinopatia, porucha sietnice, zapríčinená cukrovkou, spôsobuje nejasné videnie, rušené škvrnami; iné retinopatie, zapríčinené napr. vírusovým

zápalom sietnice môžu viesť tiež k strate zraku.

- Obojstranné zúženie zorného poľa (perimetra), tzv. tunelové videnie. Býva zapríčinené glaukómom – zeleným zákalom, alebo niektorými inými očnými chorobami, resp. vnútrolebečným nádorovým ochorením (napr. adenom hypofýzy v sella turcica - ak pôsobí na miesto kríženia zrakovej dráhy vonkajším tlakom). Pre zaujímavosť - s tunelovým videním sa stretávame aj u osôb pod silným vplyvom alkoholu.
- Pri katarakte - šedom zákale šošovky sa všetko javí ako nejasné, zahmlené a rozmazané. Vyskytuje sa tiež u ochorenia cukrovkou a u starších ľudí. Táto porucha sa dá liečiť operatívne, odstránením alebo transplantáciou šošovky.

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Závisia do značnej miery od vzdelania a od sociálnej habilitácie a rehabilitácie zrakovo postihnutej osoby, ktorá sa realizuje formou praktických nácvikov činností:

- v špeciálnej škole pre nevidiace a slabozraké deti
- v kurzoch
- v strediskách sociálnej rehabilitácie
- priamo v domácom prostredí.

Habilitácia a rehabilitácia zrakovo postihnutej osoby zahrňuje:

Psychorehabilitáciu – prekonávanie psychologických bariér, spojených s poškodením zraku.

Mobilitu – výcvik priestorovej orientácie a samostatného bezpečného pohybu doma, v okolí, po komunikáciách. Výcvik orientácie pomocou paličky, pohyb pomocou vodiaceho psa.

Sebaobsluhu – zvládnutie každodenných činností, starostlivosť o seba a rodinu, prípadne zvládnutie požiadaviek sebaobsluhy, spojených s výkonom povolania.

Komunikáciu – výučba bodového písma, písanie na slepeckom a kancelárskom písacom stroji, používanie magnetofónu, práca s výpočtovou technikou a s inými pomôckami.

Reedukáciu zraku – výučba optimálneho využívania zachovaných zvyškov zraku.

Pri Únii nevidiacich a slabozrakých Slovenska pracuje **CETIS** (Centrum technických a informačných služieb), ktoré zabezpečuje viaceré špeciálne služby pre nevidiacich a slabozrakých ľudí:

- vyhodnocovanie individuálnej potreby kompenzačnej techniky, výcviku, rekvalifikácie, služieb a perspektívy zamestnania z hľadiska zrakovej poruchy, schopností vzdelania a praxe klienta. Súčasťou testovania je osobné odskúšanie rôznych typov kompenzačných pomôcok.

- technické poradenstvo pre užívateľov kompenzačných pomôcok a semináre pre užívateľov
- kurzy čítania s čítacím prístrojom pre nevidiacich Optacon
- kurzy práce so špeciálnymi hovoriacimi počítačmi pre nevidiacich ako je Eureka Braille'n Speak a služby pre ich užívateľov (tlač Braillovým písmom, tlač notových textov, špeciálne aplikačné programy atď.)
- kurzy práce so štandardnými počítačmi, vybavenými syntetickou rečou, zväčšeným zobrazovaním, hmatovým displayom a ďalšími kompenzačnými perifériami a adaptívnymi programami
- špeciálne rekvalifikačné a vzdelávacie kurzy - strojopis, spracovanie textov na počítači, práca so štandardnými aplikačnými programami na počítačoch, prispôbených pre zrakovo postihnutých užívateľov
- zdokonaľovacie a doplnkové kurzy, podmieňujúce rekvalifikácie a vzdelávanie - mobilita, sebaobsluha, Braillovo písmo, klávesnicové zručnosti atď.
- prepis manuálov a odbornej literatúry do Braillovo písma, na diskety a zabezpečovanie zvukových nahrávok
- poradenstvo pre zamestnávateľov v otázkach budovania pracovných miest a služieb pre zrakovo postihnutých zamestnancov
- testovanie kompenzačných pomôcok, spoluprácu s výskumnými a vývojovými pracoviskami, ich výrobcami a distribútormi.

Od školského roku 1993/94 bolo *pri Komenského univerzite* z prostriedkov EU vytvorené **Podporné centrum pre zrakovo postihnutých**, ktoré poskytuje služby študentom UK. Hlavným zámerom centra je pomáhať pri integrácii zrakovo postihnutých študentov do vysokoškolského štúdia a života. V posledných rokoch rozšírilo svoje služby aj pre iné školské zariadenia a iné druhy zdravotného postihnutia.

3.2. Postihnutie sluchu

Poruchy sluchu, úplná alebo hlboká porucha vývoja sluchu od narodenia znamená zväčša aj stratu reči – hluchonemosť. Strata sluchu, prípadne porucha môže byť spôsobená poruchou na úrovni periférnej časti sluchového analyzátora (vonkajšie ucho, stredné ucho, vnútorné ucho), sluchovej nervovej dráhy, alebo podkôrového či kôrového centra (v spánkovom laloku mozgu).

Porucha

- vývojová porucha periférnych častí ucha, sluchovej nervovej dráhy alebo sluchových centier

- porucha stredného alebo vnútorného ucha ako dôsledok zápalového procesu, resp. zlého prekrvenia, alebo nádorového procesu
- porucha mozgových centier z rôznych príčin

Dizabilita

- porucha sluchovej citlivosti (úplná, alebo hlboká porucha vývoja sluchu, hlboká obojstranná strata sluchu, hlboká porucha sluchu v jednom uchu so stredne ťažkou poruchou druhého ucha, stredne ťažká obojstranná porucha sluchu, silná porucha sluchu v jednom uchu so strednou, alebo menšou poruchou druhého ucha, iná porucha sluchovej citlivosti). *Tam, kde je porucha asymetrická, klasifikuje sa podľa menej poškodenej strany.* 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
 - 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
- iné poškodenia funkcie sluchu (porucha rozlišovania reči, iná porucha sluchovej funkcie, porucha vestibulárnej a rovnovážnej funkcie).

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Poruchy sluchu sú významnou prekážkou sociálnej integrácie. Nielenže sťažujú komunikáciu so zdravými osobami, ale sú príčinou nedostatočného vzdelávania tejto skupiny zdravotne postihnutých osôb. Situácia sa o niečo zlepšila prijatím Zákona o používaní posunkovej reči, ktorý ukladá povinnosť bilingválneho vzdelávania (odzeraním a posunkovou rečou) v špeciálnych školách pre ťažko sluchovo postihnuté deti a mládež. Zákon tiež dáva právo na tlmočníka posunkovej reči v úradnom styku. Stále však pretrváva nedostatočný počet tlmočníkov posunkovej reči aj pre problémy financovania tlmočnických služieb.

4. Zdravotné postihnutia pri poruchách vnútorných orgánov

Zahrňujú celý rad chronických ochorení vnútorných orgánov. Funkčné dôsledky nemusia byť vždy viditeľné, alebo invalidizujúce, niektoré poruchy ale môžu výrazne znevýhodňovať pracovný a spoločenský život jedinca. Do tejto skupiny možno zaradiť aj znevýhodnenia, ako dôsledok metabolických porúch (cukrovka, fenylylketonúria, coeliakia,

cystická fibróza) alebo onkologických ochorení (stavy po amputácii prsníka, umelý vývod čreva – ileostomia, resp. colostomia, umelý vývod močových ciest – ureterostomia). V nasledujúcom prehľade uvádzame aspoň *niektoré poruchy vnútorných orgánov*.

Mnohé z nich sú zaraďované aj k tzv, civilizačným chorobám (ischemická choroba srdca, hypertonická choroba, onkologické ochorenia, cukrovka).

4.1. Zdravotné postihnutie ako dôsledok motorickej poruchy vnútorných orgánov

Porucha:

- nepriechodnosť horných dýchacích ciest (tracheobronchiálna obštrukcia)
- nepriechodnosť pažeráka alebo žalúdka
- nepriechodnosť čreva,
- nepriechodnosť močových ciest
- iná mechanická porucha, resp. kombinácia predchádzajúcich porúch

Dizabilita

- nedostatočné okysličovanie
- nemožnosť normálneho príjmu potravy
- nemožnosť vyprázdňovania čriev
- porucha vylučovania moču

Prognóza a spoločenský dopad:

Riešenie je obvyčajne chirurgické. V prípade vytvorenia umelého vývodu je nutná kompenzácia fyziologickej funkcie zdravotníckymi pomôckami, ktoré by mali mať takú kvalitu, aby postihnuté osoby mohli naďalej zotrvať v rodinnom, prípadne pracovnom a spoločenskom prostredí.

4.2. Postihnutie srdcovo - cievnych a respiračných funkcií

Porucha

- vývojové poruchy
- štrukturálne zmeny pľúc a priedušiek v dôsledku chronických zápalových procesov, resp. nádorového ochorenia
- štrukturálne zmeny srdcového svalu v dôsledku nedostatočného prekrvenia (stavy po infarkte), chronického zápalu, resp. toxického poškodenia
- štrukturálne zmeny steny ciev v dôsledku arteriosklerózy, iných poškodení

Dizabilita

- poruchy dýchania (dyspnoe, napr. pri astmatickom ochorení, kašeľ,

- zvýšená tvorba hlienov, vykašliavanie pri chronickej bronchitíde)
- bolesť v hrudníku pri námahe
- poruchy srdcového rytmu, záchvaty dušnosti (ischemická choroba srdca, stavy po infarkte myokardu)
- výkyvy krvného tlaku, negatívne dôsledky vysokého krvného tlaku
- bolesti v nohách pri námahe, občasné krívanie

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Ľudia s postihnutím vnútorných orgánov a ich funkcií sú zvyčajne v stálej liečebnej starostlivosti internistov, prognóza často závisí od včasnosti liečebného zásahu. Pracovné a spoločenské uplatnenie závisí od závažnosti ochorenia a od možnosti výrazného ovplyvnenia medikamentóznou alebo chirurgickou liečbou.

4.3. Postihnutie gastro-intestinálnej funkcie

Porucha

- poškodenia štruktúr a funkcie rôznych častí tráviaceho systému (gastro-intestinálneho aparátu) - dutina ústna, pažerák, žalúdok, slinivka brušná, žlčník, črevá, konečník)

Dizabilita

- problémy so stravovaním, neznášanlivosť niektorých druhov potravín (častá žalúdočná nevoľnosť- nauzea, zvracanie, regurgitácia)
- plynatosť
- bolesti brucha (črevné koliky, žlčníkové záchvaty)
- hnačky, zápchy, dráždivé črevo, inkontinencia vylučovania stolice

Prognóza, spoločenský dopad, handicap

Pacienti sú dlhodobo zdravotne pod kontrolou. Pokiaľ príčinou nie je závažné organické ochorenie, ťažkosti možno zmierniť medikamentózne alebo robiť chirurgickú intervenciu. Návrat do bežného života je častý. Niekedy sú nevyhnutné zmeny v stravovaní (diéta).

4.4. Postihnutie močovej funkcie, porucha vylučovania moču

Porucha

- poškodenia štruktúr rôznych častí močových orgánov (obličky, močovody, močový mechúr, močová rúra)

- poškodenie funkcie močových orgánov
- nádorové ochorenia

Disabilita

- kolika v oblasti močových ciest (pri kameňoch v močových cestách)
- nedostatočné vylučovanie moču - zlyhanie obličiek – urémia
- časté močenie - polyúria
- samovoľný reflexný odchod moču (napr. automatický močový mechúr) a samovoľný odchod prebytku moču (inkontinencia)
- samovoľné odchody moču z iných príčin
- iné poruchy močenia

Prognóza a spoločenský dopad

Tieto poruchy veľmi znepríjemňujú život postihnutého najmä z hľadiska spoločenského. Vyžadujú riešenie zdravotnícke a prípadne poskytnutie príspevku na pravidelné hygienické zabezpečenie (jednorazové plienky apod.)

4.5. Postihnutie reprodukčnej funkcie

Porucha

- vývojové poruchy pohlavných orgánov
- pozápalové zmeny štruktúry pohlavných orgánov
- porucha regulačných mechanizmov (žľazy s vnútornou sekréciou, nervový systém)

Dizabilita

- impotencia, sterilita
- hermafroditizmus
- nadmerné straty krvi pri menštruácii (menorrhagia) a iné menštruačné poruchy (dysmenorrhagia)
- iné

Prognóza a spoločenský dopad

Porucha má dopad najmä na spoločenský život a možnosť vytvorenia rodiny. Môže výraznou mierou aj psychicky traumatizovať jedinca.

4.6 Iné poruchy vnútorných orgánov

- abnormálnosť ciev v hrudníku a bruchu (napr. aneurizma aorty)
- krvácanie z vnútorných orgánov

- transpozícia vnútorných orgánov (napr. srdce vpravo, pečeň vľavo)
- iné poruchy vnútorných orgánov

Prognóza a spoločenský dopad

Niektoré z uvedených porúch sa zistia iba náhodne, nemusia spôsobovať zdravotné ťažkosti, prípadne sa stanú predmetom záujmu až po objavení sa komplikácií.

Okrem uvedených porúch medzinárodná klasifikácia WHO vyčleňuje ešte skupinu **generalizované** (mnohopočetné poruchy, poruchy zrážania krvi, poruchy krvotvorby, poruchy tvorby a rastu kostí, náchylnosť k zlomeninám, poruchy metabolizmu – cukrovka, fenylketonúria, coeliakia a iné) **zmyslové** (mimo poruchy zraku a sluchu) a iné poruchy. Mnohé z týchto porúch skôr či neskôr znevýhodňujú postihnutú osobu aj v oblasti psychomotorického vývoja, mobility, orientácie či komunikácie.

5. Geriatrické problémy (problémy spojené s procesom starnutia)

V menšom alebo väčšom rozsahu sa u starších osôb s rôznym druhom zdravotného postihnutia vyskytujú aj ďalšie sprievodné zmeny ako prejavy starnutia, ktoré majú tendenciu s vekom sa zhoršovať:

- Všeobecný úbytok pohyblivosti a narastanie tuhnutia v kĺboch.
- Určitý stupeň sklerózy ciev.
- Zhoršovanie pamäti a úbytok koncentračnej schopnosti
- Zmenšovanie zdatnosti a väčšia unaviteľnosť.
- Zhoršovanie koordinácie.
- Predĺžovanie reakčného času na podnety.
- Zhoršovanie sluchu, zraku, zužovanie zrakového poľa a zvýšenie požiadavky na osvetlenie.

6. Zásady správania sa pri styku s osobami so zdravotným postihnutím

Vďaka pokroku v technológii, v medicínskej starostlivosti a vďaka právnym úpravám v legislatíve vyspelých krajín (napr. Zákona o zdravotne postihnutých Američanoch – ADA, ktorý bol podpísaný americkým prezidentom Bushom 26. júla 1990) sa výrazne zvýšila aktivita ľudí so zdravotným postihnutím a ich snaha začleniť sa plnohodnotne do spoločenského života. Vďaka tomu aj u nás, najmä po r. 1999 sa už stále častejšie na verejnosti stretávame s osobami s rôznym druhom zdravotného postihnutia a preto je nutné osvojiť si niektoré medzinárodne odporúčané pravidlá správania sa pri spoločenskom alebo pracovnom kontakte s osobou so zdravotným postihnutím.

6.1. Všeobecné odporúčania:

- Pri stretnutí sa s človekom, ktorý je zdravotne postihnutý, treba hľadiť na neho **v prvom rade ako na osobu** a nepoužívať výraz handicapovaný, alebo postihnutý pred výrazom osoba. Lepšie je povedať *osoba so zdravotným postihnutím*, ako zdravotne postihnutá osoba.
- Treba si uvedomiť, že aj keď je zdravotné postihnutie spôsobené chorobou, alebo nehodou, **samotné postihnutie nie je chorobou**. Môže ísť napr. o poruchu funkcie zraku, sluchu, pohybu.
- Treba si uvedomiť, že osoby s chronickým ochorením orgánu, alebo systému, ktorého **dysfunkcia nemusí byť viditeľná**, môžu byť práve tak obmedzované ako osoby, kde je dysfunkcia viditeľná. Nie všetci sú odkázaní na užívanie vozíčkov, nemusia mať biele palice, vodiacich psov alebo používať posunkovú reč.
- Treba si uvedomiť, že osoby so zdravotným postihnutím **môžu viesť tiež zaujímavý život**.
- Treba sa rozprávať vždy priamo s osobou so zdravotným postihnutím, a nie cez tretiu osobu, tým tiež pomôžeme osobe so zdravotným postihnutím zaradiť sa do spoločnosti. O zdravotnom postihnutí **diskutujeme radšej priamo s osobou, ktorá je postihnutá a nie s inými v jej prítomnosti**.
- Je lepšie priamo sa opýtať, či osoba so zdravotným postihnutím potrebuje asistenciu a nepredpokladať automaticky, že je to potrebné. Ak odpoveď je neprimeraná, alebo negatívna, nie je to už náš problém, ale problém osoby, ktorej sa to týka. **Nikdy, ale nikdy** nezačnime tlačiť vozíček, alebo chytať niekoho za rameno bez toho, aby sme sa ho najprv opýtali či mu môžeme pomôcť, resp. či pomoc potrebuje.
- Je nutné **jednať s dospelými ako s dospelými**. Osobu so zdravotným postihnutím môžeme oslovovať krstným menom len keď je familiárnosť namieste, resp. v súlade so správaním sa k všetkým ostatným osobám v spoločnosti. Používajme titul ako bežne u iných pracovníkov.
- Nechajme osobe so zdravotným postihnutím **priestor a čas na pokojné rozprávanie a chôdzu**.
- Zhodnoňme **čo môže** osoba so zdravotným postihnutím **robiť**. **Pamätajme, že ťažkosti môžu byť spôsobené viac prístupom spoločnosti a bariérami v prostredí ako samotným zdravotným postihnutím**.

6.2. Niekoľko špecifických zásad pri komunikácii s osobou s ťažkou poruchou zraku:

- Pri stretnutí a pozdravení sa vždy identifikujte seba a osobu, ktorá je s vami. Napr. „Vedľa mňa vpravo je Mária“.

- Na začiatku rozhovoru oslovte menom osobu, s ktorou sa zhovárate. Používajte normálny tón a hlasitosť. Naznačte, keď budete chcieť ukončiť rozhovor alebo odísť.
- Keď chcete podať ruku, je potrebné povedať niečo také ako napr. „Podáme si ruky?“.
- Opýtajte sa, či potrebuje nejakú pomoc. Ak ste asistentom, podajte svoje rameno. Upozornite na schodíky, alebo zmenu úrovne dlažby. Používajte upozornenia výrazmi, ako sú „vpravo“ a „vľavo“ .
- Ak ponúkate sedenie, oprite ruku nevidiacej osoby na zadné alebo predné operadlo sedadla.
- Pri platení, resp. manipulácii s peniazmi rozdeľte peniaze podľa ich hodnoty. Podajte ich spolu a slovné označte napr. cent, Euro, apod.

6.3. Niekoľko špecifických zásad pri komunikácii s osobou s ťažkou poruchou sluchu

- Vždy komunikujte tvárou v tvár (nepočujúci vedia odčítať z pohybu pier slová, ktorými sa im prihovárate).
- Ak ste v spoločnosti viacerí, snažte sa pretlmočiť nepočujúcemu aj rozhovor počujúcich.
- V nebezpečných, život ohrozujúcich situáciách jednajte okamžite, bez pokusu o slovné informovanie, dodatočne môžete situáciu vysvetliť.

6.4. Základné potreby rodín so zdravotne postihnutým členom:

- **Poskytnutie základných pomôcok a zariadení**, ktoré umožnia osobe so zdravotným postihnutím ostať žiť v bežnom dome, v rodine, dostať sa na pracovisko a pracovať v primerane upravenom prostredí
- **Finančná podpora pre kompenzáciu zvýšených nákladov** na prevádzku domácnosti, alebo na starostlivosť o zdravotne postihnutú osobu.
- **Dostupnosť služieb v okruhu max. 30 km** (zdravotná starostlivosť, rehabilitácia, vzdelávanie, pracovné uplatnenie, kultúra a šport, možnosť účasti na náboženských úkonoch, agentúra opatrovateľskej starostlivosti apod.)
- **Spoluúčasť na starostlivosti o zdravotne postihnutú osobu podľa individuálnych potrieb rodiny a jej členov – odľahčovacie služby** (napr. prechodný, krátkodobý pobyt v inej rodine, pomoc v domácnosti niekoľko hodín denne, sociálne poradenstvo apod.)
- **Vzájomná pomoc rodín v podobnej situácii**, výmena informácií a skúseností - formovanie skupín, mimovládnych organizácií na regionálnej, celonárodnej a medzinárodnej úrovni.
- **Podpora zamestnanosti osôb so zdravotným postihnutím** na voľnom trhu práce, alebo cestou podporovaného zamestnávania, tvorbou chránených pracovísk, či v krajnom

prípade chránených dielní.

- **Zmena postojov širokej verejnosti cez pôsobenie médií.** Nejde o vyvolávanie súcitu, ale skôr o informovanie verejnosti o tom, v čom môžu byť aj zdravotne postihnuté osoby prospešné spoločnosti a čo môžu dokázať, ak sa im vytvoria priaznivé podmienky.

7. Tvorba podmienok pre nezávislý život osôb s ťažkým zdravotným postihnutím

Na konci šesťdesiatych rokov vzniklo v Spojených štátoch amerických hnutie „*Independent living*“. Založil ho na Univerzite v Berkley v Kalifornii spolu so svojimi priateľmi, študentmi s telesným postihnutím Ed Roberts. Hovorili si Rolling Quards („valiaci sa kvadruplegici“). Jeho cieľom bolo dosiahnuť plnú rovnoprávnosť zdravých ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím.

V r. 1969 vytvorili program, ktorý pomenovali ako „*Stratégia nezávislého života*“ a začiatkom sedemdesiatych rokov založili aj prvé Centrum nezávislého života. V tomto centre boli poskytované služby ľuďom so zdravotným postihnutím (zvlášť vzájomné poradenstvo, informačný servis a sprostredkovanie osobnej asistencie). K hnutiu sa postupne prihlásilo mnoho ďalších štátov a vzniklo tiež Európske hnutie nezávislého života - ENIL (*The European Network of Independent Living*), ktoré združuje európske centrá, pomáha im v činnosti, vytvára koordinačnú a informačnú sieť. Na Slovensku vznikli tiež Centrá nezávislého života v Bratislave a v Košiciach.

7.1 Definícia nezávislého života.

Byť nezávislým znamená **mať rovnaké možnosti výberu ako majú zdraví ľudia** v oblasti sociálnej, politickej, ekonomickej a kultúrnej a vedieť, bez ohľadu na zdravotné postihnutie, ako tieto možnosti využiť. Základným predpokladom je mať prístup k potrebným informáciám vzhľadom na kategóriu dizability, mať možnosť získať primerané vedomosti, kompenzačné zabezpečenie a primerane upravené životné prostredie (vrátane bezbariérovosti, osobnej asistencie a možnosti tlmočenia). Na druhej strane to neznamená, že ľudia so zdravotným postihnutím a ľudia zdraví budú mať rovnaké schopnosti, alebo, že musia robiť veci rovnakým spôsobom, znamená to však, že nachádzajú rovnocenné (porovnateľné) možnosti.

Dopracovať sa k nezávislému a dôstojnému spôsobu života napriek zdravotným obmedzeniam, je cieľom *sociálnej rehabilitácie*. Táto 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).

7.2. Zásady nezávislého života:

Steven E. Brown zo Svetového inštitútu zdravotného postihnutia zhromaždil materiál o nezávislom spôsobe života, v ktorom okrem iného formuloval hlavné zásady hnutia za nezávislý život. Centrá nezávislého života v jednotlivých zemiach prijali zásady tohto hnutia a prispôbili ich svojim konkrétnym podmienkam. Zo strany ENIL (Európskeho hnutia nezávislého života) boli vytýčené nasledujúce hlavné zásady:

- Nezávislý spôsob života je proces vedomého sebazdokonaľovania, zvyšovania sebadôvery a emancipácie.
- Ľudia so zdravotným postihnutím musia byť schopní tento proces individuálne i kolektívne kontrolovať s využitím demokratických princípov a na základe rovnoprávnosti
- Ako rovnoprávni občania musia mať osoby so zdravotným postihnutím zabezpečené základné ľudské potreby: stravu, hygienu, ošatenie, bývanie, zdravotnú starostlivosť, technické pomôcky, opatrovateľskú službu, vzdelanie, pracovné uplatnenie, informácie, komunikáciu, dopravu a prístup do verejných i kultúrnych zariadení, právo na sexualitu, právo na rodinu a rodičovstvo.
- Hnutie musí pokrývať potreby všetkých ľudí so zdravotným postihnutím. Deti so zdravotným postihnutím musia byť už od útleho detstva, resp. mladosti vedené k nezávislému (samostatnému) spôsobu života. O to sa majú usilovať aj ich rodičia.
- Ľuďom so zdravotným postihnutím musí byť daná rovnocenná príležitosť, aby sa podieľali na určovaní vlastných potrieb, na voľbe a rozsahu kontroly.
- Hnutie je proti systémom, ktoré podporujú závislosť na ústavných inštitúciách.
- Osoby so zdravotným postihnutím sa musia samy podieľať na výskume, vývoji, plánovaní a rozhodovaní o záležitostiach, ktoré sú spojené s ich životom a to na všetkých úrovniach.

7.3. Podmienky pre dosiahnutie nezávislého života

K najdôležitejším podmienkam pre dosiahnutie nezávislého (samostatného) života patrí:

- *dosiahnutie primeraného vzdelania*
- *zabezpečenie potrebných kompenzačných pomôcok*
- *vytváranie bezbariérového životného prostredia*
- *osobná asistencia*
- *tlmočenie posunkovou rečou*

7.3.1 Dosiahnutie primeraného vzdelania

Každý človek je vzdelávateľný. Ústava SR zabezpečuje právo na vzdelávanie každému občanovi SR. U osôb so zdravotným postihnutím je v niektorých prípadoch nutné brať do úvahy špecifické individuálne potreby pre dosiahnutie primeranej úrovne vzdelania. Z tohto dôvodu sa uplatňujú rôzne formy vzdelávania:

- *integrované vzdelávanie* (zaradenie medzi zdravé deti do bežných škôl, využívanie potrebných individuálnych kompenzačných a didaktických pomôcok)
- vzdelávanie v bežnej škole, ale v *špeciálnej triede* (výučbu zabezpečuje obyčajne špeciálny pedagóg s využitím špeciálnej didaktickej techniky, niektoré vyučovacie hodiny sú spoločné so zdravými deťmi napr. výtvarná výchova, hudobná výchova, náboženstvo a pod.)
- vzdelávanie v *špeciálnej škole* (v škole sa vzdelávajú iba deti so špeciálnymi potrebami, výučbu zabezpečujú špeciálni pedagógovia, škola aj deti sú vybavené kompenzačnými pomôckami a príslušnými didaktickými potrebami)
- vzdelávanie v *domácom prostredí* (deti nie sú schopné dochádzky do akejkoľvek školy, pedagóg, resp. špeciálny pedagóg prichádza pravidelne do rodiny a zabezpečuje vzdelávanie podľa aktuálnych možností s využitím potrebných technických pomôcok).

7.3.2 Kompenzačné pomôcky

„Kompenzačná pomôcka“ je charakterizovaná schopnosťou rozšíriť, doplniť alebo nahradiť niektorú telesnú štruktúru resp. funkciu. Napr. keď sa pozrieme na barlu, používa sa na doplnenie tej štruktúry tela, ktorá nesie prirodzenú hmotnosť. Mechanický, alebo elektrický vozík sa používa ako náhrada schopnosti chôdze (premiestňovania sa).

Osobné kompenzačné pomôcky možno deliť do niekoľkých skupín:

* z hľadiska potrieb a kompenzácie zdravotnej poruchy:

- pre mobilitu
- pre orientáciu
- pre dorozumievanie a výmenu informácií

* z hľadiska ich využívania:

- pre život a prácu v domácnosti
- pre pracovnú činnosť
- pre rekreáciu, kultúru, šport

Za kompenzačnú pomôcku môžeme považovať aj osobné motorové vozidlo, vozidlo hromadnej dopravy, upravené pre transport osôb s ťažkým telesným postihnutím, schodišťové výťahy a rampy, magnetofónové nahrávky pre zrakovo postihnutých ľudí, videokazety pre nepočujúce osoby, indukčné slučky pre nedoslýchavých ľudí (indukčné

slučky filtrujú vedľajšie šумы, čím sa zvyšuje zrozumiteľnosť napr. v kinách, divadlách, v prednáškových a koncertných miestnostiach) a pod.

Osobné kompenzačné pomôcky možno získať:

1. Bezplatne, alebo za čiastočnú úhradu cez zdravotnú poisťovňu (podľa kategorizačného zoznamu zdravotníckych pomôcok a zdravotníckych potrieb). V kategorizačnom zozname zdravotníckych pomôcok, ktorý sa pravidelne aktualizuje Opatrením MZ SR sú zdravotnícke pomôcky, určené na kompenzáciu zdravotného postihnutia, začlenené ako:

- pomôcky pre inkontinentných pacientov
- pomôcky pre diabetikov
- parochne a príčesky z prírodných a umelých vlasov
- pomôcky pre stomikov
- sériovo vyrábané prsné epitézy
- individuálne zhotovované ortopedicko-protetické pomôcky
- hromadne vyrábané ortopedicko-protetické pomôcky
- kompenzačné a rehabilitačné pomôcky
- vozíky, pomôcky pre imobilných chorých
- pomôcky pre sluchovo postihnutých
- okuliare a optické pomôcky

2. Zakúpením z peňažného príspevku na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia (Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia). Poskytujú ho odbory sociálnych vecí Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny

3. Zakúpením pomocou sponzorských príspevkov od právnických alebo fyzických osôb (aj cez nadácie)

4. Zakúpením z vlastných finančných prostriedkov

Distribúciu a predaj špeciálnych kompenzačných pomôcok pre osoby so zrakovým postihnutím zabezpečuje Nadácia TYFLOCOMP, ktorá ponúka:

- Pomôcky pre orientáciu
- Pomôcky na písanie bodovým písmom
- Pomôcky pre sebaobsluhu
- Výpočtovú techniku - *špeciálne počítače s hlasovým výstupom, špeciálne upravené PC zo zväčšeným zobrazením resp. s hlasovým výstupom*
- Tlačiarne – čiernobiele a farebné na Braillovo písmo
- Optické pomôcky a televízne čítacie lupy
- Pomôcky pre voľný čas, hry a hračky.

7.3.3. Vytváranie bezbariérového životného prostredia

Za účelom tvorby podmienok pre možnosť integrovaného života ťažko telesne či zmyslovo postihnutej osoby, je nevyhnutné projektovanie budov, dopravných systémov a komunikácií tak, aby architektonicko - stavebné riešenie nemohlo byť dôvodom pre jej odmietnutie a následnú izoláciu. Architektonicko – stavebné bezbariérové riešenia musia byť zahrnuté v rámci:

- urbanistiky (pozemné komunikácie, úprava terénu, stavby verejného používania)
- dopravy (prostriedky hromadnej dopravy, preprava vlastným motorovým vozidlom, špeciálna preprava, taxi - služba)
- interiérov (doma, na pracovisku, v budovách verejného užívania – úrady, zdravotnícke zariadenia, školy, šport, kultúra, oddych)
- signalizačných zariadení pre zmyslovo postihnutých

V našich podmienkach legislatívny rámec pre bezbariérovú architektonickú tvorbu tvorí *Stavebný zákon* a *Vyhláška č.532/2002 Z.z.*, ktorou sa stanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o všeobecných technických požiadavkách na stavby využívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie. Vyhláška určuje, ako sa má postupovať pri obstarávaní, navrhovaní a schvaľovaní územno-plánovacej dokumentácie zóny a pri navrhovaní, umiestňovaní a povoľovaní stavieb (bytové a rodinné domy, domy osobitného určenia, občianske vybavenie a stavby pre výrobu, či zamestnávanie v administratíve).

Pretože vyhláška hovorí predovšetkým o stavbách, ktoré sa projektujú v súčasnosti, stále pretrvávajú problémy s debariérizáciou stavieb, ktoré boli projektované a vybudované v minulosti (hoci už aj Vyhláška z r. 1985 a neskôr z r. 1994 hovorila o bezbariérovej výstavbe, ale nebola dodržiavaná a chýbali aj účinné formy sankcionovania). Mnohí i tzv. odborníci často tvrdia, že debariérizáciu už nemožno uskutočniť z technických alebo ekonomických dôvodov. Chýba dostatočná informovanosť a ochota hľadať kompromisné riešenia, i keď tieto obyčajne nie sú optimálne.

Doc. Ing. arch. Mária Samová, CSc. a spol. práve z týchto dôvodov vypracovali architektonickú príručku pre navrhovanie rodinných domov a bytov pre osoby s obmedzenou schopnosťou pohybu, v ktorej na otázku, ako navrhovať obytné prostredie pre ZPO uvádzajú ako jedinú správnu metódu tzv. univerzálne navrhovanie, čo znamená výstavbu bytov vhodných pre všetkých, bez ohľadu na ich zdravotný stav. Napr. rozmerový rádius 1,5 m by mal byť základom pre všetky miestnosti (vrátane sociálnych zariadení), dverné otvory užšie ako 800 mm by sa nemali v projektoch vôbec objavovať. Schodištia v rodinných domoch by mali poskytovať možnosť dodatočnej inštalácie výťahu a pod. Ved' čo je dobré pre zdravotne postihnutých (telesne či zrakovo), môže byť dobré a užitočné aj pre ostatných užívateľov.

Pre potreby architektov možno z hľadiska obmedzeného pohybu a vzťahu k bariéram, rozdeliť osoby s telesným postihnutím do 4 skupín:

- I. V prvej skupine sú *ľudia s ľahším telesným postihnutím* (používajú palice alebo barle).
Problémy: vysoké schody, ťažké nastupovanie do prostriedkov MHD, klzký terén, štartovacie problémy pri vstávaní zo stoličky, nebezpečenstvo pádu a pod.
- II. V druhej skupine sú *osoby, ktoré sa pohybujú pomocou bariel, používajú ortopedické a protetické pomôcky*.
Problémy: chôdza iba s ťažkosťami, na obmedzenú krátku vzdialenosť, nutná pomoc druhej osoby pri vstávaní, pri prekonávaní schodov, nutnosť pridržať sa zábradlia. Prostriedky MHD neprístupné, šmykľavý terén veľmi nebezpečný.
- III. V tretej skupine sú *vozičkári*. Tu je potrebné si uvedomiť, že sú veľké rozdiely vzhľadom na základnú zdravotnú poruchu a z toho vyplývajúcu dizabilitu. Iné požiadavky sú, ak ide o osobu po obojstrannej amputácii dolných končatín, iné ak ide o osobu po úraze chrbtice (paraplégia, quadruplégia), alebo o dôsledok muskulárnej dystrofie, či o sclerosis multiplex. Do tejto skupiny sa teda zaraďujú jednak osoby pomerne samostatné, ktoré vedú dobre ovládať svoj mechanický, či elektrický vozík a nevyžadujú neustálu pomoc druhej osoby, alebo ju vyžadujú iba v určitých situáciách. Sem tiež zaraďujeme osoby, ktoré potrebujú pomoc 24 hodín denne, ktoré sa obyčajne vedú pohybovať iba na elektrických vozíčkoch.
Problémy: zvýšené nároky na priestor, potreba rámp na prekonanie schodov, nebezpečné sú najmä terénne nerovnosti (hrozí prevrátenie vozíka).
- IV. V štvrtej skupine sú *ľudia, ktorých choroba je progresívna* a je nutné počítať s narastaním problémov v mobilite už v čase, keď sú ešte pomerne pohybliví.

Architektúra pre skupinu *ľudí so zmyslovým postihnutím* (nevidiaci, slabozrakí, nepočujúci) musí mať „špecifické“ kvality. Podrobnosti sú rozpracované a ilustrované v metodickej príručke Doc. Samovej a spol., ktorú vydala Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, v ktorej autori venujú veľkú pozornosť špeciálnym opatreniam, ako sú vodiace línie (schodiská a rampy), varovné a signálne pásy (chodníky, priechody), označovanie prekážok, akustické prvky pre orientáciu, signalizáciu (akustické majáky - slúžia k lokalizácii konkrétnych orientačných bodov napr. pri vstupe do určitých verejných priestorov, na priechody a nástupištia hromadnej dopravy), a informáciu (výťahy, dopravné prostriedky).

Eurostav v r. 2008 vydal unikátnu publikáciu bezbariérového riešenia, so zameraním na všetky druhy zdravotného postihnutia od autorov Samová a spol. „Tvorba bezbariérového prostredia“.

Medzi vyspelé technické zariadenia patria aj elektronické systémy, vybavené syntetickou rečou (autobusové a vlakové cestné poriadky) – u nás ešte nie sú inštalované. Pozoruhodné sú aj taktilné prvky pre orientáciu, signalizáciu a informáciu (tyflografické plániky a mapy -

poskytujú predstavu o priestore)

Záverom možno pripomenúť slová Doc. Samovej: „Čím dôslednejšie budú aplikované princípy univerzálneho designu, tým menšia bude skupina občanov, pre ktorú bude potrebné prijímať špeciálne opatrenia a vytvárať špeciálne služby. Je napr. neprijateľné a v rozpore s metódou univerzálneho projektovania, vymedzovať len určité priestory bytu pre telesne alebo zmyslovo postihnutého človeka a obmedzovať mu prístup do iných miestností bytu či rodinného domu“.

7.3.4 Osobná asistencia

Osobná asistencia je adekvátna forma starostlivosti o osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá v najvyššej možnej miere kompenzuje dôsledky zdravotného postihnutia. Klientovi má umožniť nezávislé rozhodovanie o vlastnom živote, o uspokojovaní svojich potrieb (pre zabezpečenie každodennej hygieny, pre možnosť účasti na kultúrnych podujatiach, pre cestovanie, v zamestnaní, v úradnom styku apod.). Možnosť využívania služieb osobného asistenta v rámci kompenzácie sociálnych dôsledkov zdravotného postihnutia upravuje Zákon 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Hlavné charakteristiky osobnej asistencie:

- Osobná asistencia je činnosť, ktorá nevyžaduje žiadne odborné vzdelanie, či školenie asistentov. Ak je potrebné akékoľvek školenie, ktoré presahuje bežné vzdelanie, ide o odborný, špecifický alebo iný druh asistencie.
- Každý užívateľ osobnej asistencie musí byť schopný organizovať a riadiť prácu svojho osobného asistenta. Ak klient nie je schopný sám sa rozhodovať, musí byť o neho postarané inými inštitúciami sociálnej, alebo inej starostlivosti.
- Služby osobnej asistencie majú klientovi zabezpečiť zvlášť základné životné potreby (príjem potravy, toaleta, polohovanie, hygiena), pomáhať pri zabezpečovaní chodu domácnosti, pri vzdelávaní, výkone povolania, pri kultúrnych a športových záujmoch, pri nákupoch, prechádzkach a pod. v zmysle kompenzácie zdravotného postihnutia.
- Služby osobnej asistencie by mali byť poskytované v nevyhnutnom rozsahu. Ide v podstate o zabezpečenie sociálnych potrieb. Zdravotné potreby musia byť zabezpečované odborne pripravenými osobami. U osobného asistenta sa očakáva zdravotné vzdelanie iba na úrovni poskytnutia prvej pomoci.
- Systém osobnej asistencie nesmie vylučovať iné služby, poskytované klientovi, naopak, klient musí mať možnosť kombinácie s inými formami starostlivosti.

V našich podmienkach možnosti nezávislého života a získania kompenzačných pomôcok nie sú na takej úrovni a tak dostupné ako vo vyspelých krajinách, preto nie všetky zdravotne postihnuté osoby dostanú všetko čo potrebujú k samostatnému životu. Mnohé úkony, ktoré by pomocou techniky zvládol aj zdravotne postihnutý človek bez cudzej pomoci, musia zatiaľ vykonávať ich osobní asistenti.

8 Problémy posudzovania a kompenzovania dôsledkov zdravotného postihnutia

Komplexné posúdenie je základným predpokladom, východiskom komplexnej habilitácie a rehabilitácie (vrátane sociálnej rehabilitácie), čo predovšetkým znamená individuálne zhodnotenie a monitorovanie funkčnej sebestačnosti vo viacerých oblastiach každodennej činnosti. Tento monitoring informuje nielen o aktuálnom stave a sociálnej situácii klienta, ale aj o jeho vývoji.

Vybrané položky by mali byť testované a klasifikované odborným tímom, v ktorom by mali mať zastúpenie okrem lekárov aj fyzioterapeuti, ergoterapeuti, skúsené sociálne sestry, logopédi, psychológovia.

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. Pre širokú populáciu ľudí s rôznym zdravotným postihnutím bol vybraný minimálny počet položiek (6 oblastí činnosti).

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. *lokomócia* (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 z uvedených položiek má sedembodovú klasifikáciu (7-1). Najvyššia hodnota (7) znamená najväčšiu samostatnosť.

8.1. Testovanie sebestačnosti

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)
- *zmenená 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 úsilie 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!

8.2. Testovanie funkcie sfinkterov

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

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

8.3. Testovanie mobility

Obsahuje všetky aspekty presunov na a z postele, zo stoličky a z 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

8.4. Testovanie lokomócie

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.

8.5 Testovanie komunikácie

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.

8.6. Testovanie sociálnej adaptability

Zahŕňa *schopnosti, spojené so začleňovaním sa do kolektívu, schopnosti riešenia problémov* denného života (robenie logických, spoľahlivých a včasných rozhodnutí, týkajúcich sa základných finančných, sociálnych a personálnych vecí), *pamäť* (spoznávanie 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, inými 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.

8.7. Vytvorenie programu sociálnej habilitácie a rehabilitácie

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, zácvik 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

9. Sociálna práca a nástroje sociálnej práce

9.1. Základné charakteristiky sociálnej práce

„Snažme sa robiť iba veci, ktoré považujeme za správne. Možno budú nad našimi možnosťami, možno nebudeme mať na ne dostatok síl, možno nám nebude stačiť čas na ich realizáciu a možno sa nikdy nedozvieme konečný výsledok. Ale ak nebudeme robiť nič, alebo ak si nájdeme dôvody, prečo tie správne veci neuskutočniť, potom nielenže nič poriadne neurobíme, ale nebudeme ani šťastní“.

Mahatma Ghandi

Sociálna práca je pomerne nová profesia a v niektorých východoeurópskych krajinách je aj dosť málo rozvinutá. Je to profesia životne dôležitá pre ľudí v núdzi (sociálnej alebo aj hmotnej), pre ich rodiny a opatrovateľov. Profesionalizáciou sociálnej práce sa sociálny pracovník stáva nielen realizátorom rôznych foriem pomoci, ale aj ich navrhovateľom.

Sociálna práca je vysoko profesionálna činnosť a jej výkon si vyžaduje určitý vzdelanostný stupeň a osobnostný potenciál. Vyžaduje uplatňovanie odborného postupu pri práci s jednotlivcom, párom, skupinou, komunitou a sociálnou sieťou. Ide o systematickú a kontinuálnu prácu.

R. 1988 definovala Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov sociálnu prácu ako činnosť, ktorá predchádza problémom alebo upravuje problémy jednotlivcov, skupín a komunit, ktoré vznikajú z konfliktov potrieb jednotlivcov a spoločenských inštitúcií. Jej zámerom je zvyšovanie kvality života všetkých ľudí. Sociálna práca by sama mala ovplyvňovať uskutočňovanie vhodných sociálnych zmien (Schinnerlingová).

9.1.1. Základné pojmy sociálnej práce vo vzťahu k zdravotnému postihnutiu:

- *sociálna udalosť* – sociálna skutočnosť, kde sa stalo niečo neočakávané alebo nepredvídané. Sociálna udalosť je spoločnosťou uznaná životná udalosť, na prekonanie ktorej je potrebná sociálna pomoc. Stáva sa sociálnym rizikom, ak jej následky vedú k neschopnosti občana zabezpečiť si svoje potreby vlastným príjmom – napr. vznik zdravotného postihnutia

- *sociálny klient* – občan, odkázaný na pomoc iných subjektov v rôznej intenzite - zdravotne ťažko postihnutý občan. Veľký význam má, v akej miere je takáto osoba ochotná spolupracovať na riešení svojej sociálnej udalosti

- *sociálna situácia* - stav, postavenie, okolnosti, ktoré sú vytvorené súhrnom

životných podmienok, okolností a vplyvov, vzťahujúcich sa na určitú osobu alebo skupinu - strata mobility, strata orientácie či dorozumievacích schopností, iné obmedzenia vyplývajúce zo zdravotného postihnutia

- *sociálny problém* – strata zamestnania, spoločenská izolácia, rozvrat v rodine, často strata zmyslu života (v závislosti od hodnotového systému)

Aby mohol byť diagnostikovaný sociálny stav klienta komplexne, je nutné zistiť širšie okolnosti, príčiny a dôsledky, ktoré priamo či nepriamo určujú sociálnu situáciu klienta, preto je nevyhnutné:.

- *spájať sociálnu komunitnú prácu s individuálnym prístupom*. Na sociálnu komunitnú prácu, ktorá je v súčasnosti najmenej rozpracovaná, sa sústreďuje teraz pozornosť najmä v súvislosti so snahou o decentralizáciu aj sociálnych služieb a o ich poskytovanie prevažne v prirodzenom prostredí, tj v rodine, obci alebo v meste. Komunitná sociálna práca sa zameriava na konkrétne životné situácie a podmienky v určitých územných celkoch. Predpokladá dobrú spoluprácu s ľuďmi, ktorí majú prirodzenú autoritu v komunite a pomôžu povzbudiť k aktivite aj ďalších členov komunity.

- pri poskytovaní sociálnej práce zdravotne postihnutej osobe *dbať na vyváženosť sociálnej a zdravotníckej starostlivosti*, čo je znakom kvality prostredia, v ktorom sa nachádza klient, ktorý potrebuje pomoc.

- Komplexnosť prístupu k práci so zdravotne postihnutou osobou možno hodnotiť ako už bolo povedané, z troch hľadísk, ktoré sú sami o sebe jedinečné, ale sa aj navzájom doplňujú:

- *biologické vyliečenie*, prípadne dosiahnutie dlhodobej remisie (vymiznutie prejavov choroby)
- *psychologické vyliečenie* (pacient sa zmieri s chorobou, prijme ju ako minulosť resp. ako určitý obmedzujúci stav, napriek ktorému sa bude usilovať o normálny život)
- *sociálne vyliečenie* (začlenenie do spoločnosti)

S. Krupa uvádza 5 dôležitých kritérií kvality sociálneho prostredia:

- zachovanie ľudskej a občianskej dôstojnosti
- simulácia pravidiel života rodiny
- sociálna integrácia
- humanizácia
- transformácia

Projektovanie a formovanie sociálneho prostredia je podmienené aj vzdelávaním pracovníkov, ktorí sa na ňom profesionálne podieľajú. Kvalitatívnym kritériom by mohlo byť napr. plnenie minimálnych štandard v sociálnej práci.

V súvislosti so sociálnou prácou sa málo pozornosti venuje bolesti, psychickému, alebo fyzickému utrpeniu, ktoré môže sprevádzať zdravotné postihnutie a podmieňovať aj dlhodobý smútok, depresiu, ako reakciu na neakceptabilné sociálne prostredie.

9.1.2. Všeobecné nároky na sociálneho pracovníka:

- odborné - kvalifikačné
- osobnostné

Sociálni pracovníci môžu sociálne služby nielen sami zabezpečovať, ale identifikovať aj potreby iných služieb a pomáhať ľuďom tieto služby získať a tiež uvádzať ľudí do týchto služieb.

Sociálny pracovník, najmä v administratíve by mal vedieť:

- vysvetliť rodičom zdravotne postihnutých detí, aké podmienky vytvára spoločnosť pre budúce vzdelávanie jeho dieťaťa a pre jeho prípravu na povolanie, aké kompenzačné pomôcky sú v danom čase k dispozícii na trhu, ktoré z nich sú preplácané poisťovňou a na ktoré je možné získať príspevok od štátnej správy.
- pri práci s dospelou, zdravotne postihnutou osobou sa očakáva čo najväčšia informovanosť v otázkach riešenia problémov a potrieb, nevyhnutných pre každodenný život zdravotne postihnutej osoby, alebo rodiny so zdravotne postihnutým členom.
- poradiť, ktoré zdravotnícke zariadenia v danom regióne poskytujú príslušné kvalifikované zdravotnícke služby vo vzťahu k zdravotnému postihnutiu.
- mal by vedieť aj to, ktoré špecifické občianske združenia zdravotne postihnutých osôb pôsobia v regióne.

Získaním príslušného všeobecného vzdelania pre sociálnu prácu proces vzdelávania sa nekončí, každý člen tímu sociálnych pracovníkov môže a mal by si ďalej zvyšovať kvalifikáciu, získať špecializáciu napr. výcvikom so zameraním na starostlivosť o deti, o osoby s určitým druhom zdravotného postihnutia apod.

Sociálna práca zahŕňa:

- sociálnu diagnostiku (poznávanie príčiny vzniku, rozsahu a závažnosti sociálnej udalosti).
- voľbu nástrojov sociálnej pomoci a ich uplatňovanie
- sledovanie účinnosti sociálnej pomoci

Sociálna práca - preventívna primárna, sekundárna, terciárna

- kuratívna – aktivizácia a mobilizácia občana

- rehabilitačná

- resocializačná – smeruje k minimalizácii následkov a k prevencii recidív

9.1.3. Zásady vzťahu k osobe so zdravotným postihnutím:

- rešpektovanie jeho autonómie - ZPO je subjekt, pre ktorý pracujeme, ktorému poskytujeme soc. služby a nie objekt našej starostlivosti
- konanie dobra - naše služby musia smerovať v prospech osoby, ktorej tieto služby poskytujeme
- nepoškodzovanie a spravodlivé zaobchádzanie
- vytváranie vhodného prostredia fyzikálneho, ale aj duševného a duchovného

Čo musí vedieť zvládnuť sociálny pracovník v priamom vzťahu ku klientovi ?

- byť pripravený pre prácu s ľuďmi, ktorí môžu byť v emočnom strese, zle adaptovaní, rozhnevaní až agresívni
- pracovať s ľuďmi vzhľadom na ich druh postihnutia (telesné, zmyslové... ale aj viacnásobné - kombinované)
- má vedieť, aké možnosti pomoci a služieb sú k dispozícii (aj vzhľadom na miestne podmienky)
- má vedieť poskytnúť primeranú podporu, usmernenie
- má vedieť poskytnúť pomoc aj pri vybavovaní úradných záležitostí

Sociálny pracovník si stále musí uvedomovať, že cesty realizácie sociálnej služby môžu byť vystlaté aj mnohými prekážkami (neúmerné pracovné zaťaženie sociálneho pracovníka, riziká poškodenia vlastného zdravia, nedocenenie práce až nevďačnosť, a pod.)

9.2. Nástroje sociálnej pomoci.

Sociálna práca zahrňuje aj poskytovanie *sociálnej pomoci* – pomoc pri prekonávaní a zmierňovaní sociálnej alebo hmotnej núdze formou sociálneho poradenstva, sociálno-právnej ochrany, sociálnych služieb a vecnou aj finančnou pomocou, ktorá sa poskytuje z rôznych zdrojov sociálnej solidarity (vrátane miest a obcí, charity, sponzorov).

Predchádzanie stavu núdze pri spoločnosťou a štátom uznanej sociálnej situácii, napr. u zdravotne postihnutých osôb je čiastočne riešené účelovými peňažnými príspevkami podľa zákona a cez prostriedky štátnej sociálnej podpory, t.j. zo spoločných zdrojov sociálnej solidarity.

9.3. Úrovne sociálnej práce

V našich podmienkach možno rozlíšiť 3 až 4 úrovne sociálnej práce.

- Terénna sociálna práca
- Poradenská terénna a supervízna sociálna práca
- Riadiaca sociálna práca
- Výskumná sociálna práca

9.3.1. Terénna sociálna práca

- a) priama práca s klientom* - v domácnosti (klient – ten, ktorému sa poskytuje služba), v rezidenčných podmienkach (ÚSS, DD, Dom penzióny, týždenné zariadenia), v nerezidenčných podmienkach (zariadenia dennej starostlivosti, stacionáre)
Prácu v týchto zariadeniach v súčasnosti vykonávajú rôzne osoby na rôznych vzdelanostných úrovniach (bez vzdelania, i s vysokoškolským vzdelaním, pri trvalom nedostatku stredoškolsky vzdelaných odborníkov)
- b) funkcia dávkového a administratívneho pracovníka* – (zvyčajne absolvent sociálno-právneho nadstavbového štúdia SEŠ, (OA). Chýba vzdelávanie v zmysle krátkodobých výcvikov v komunikácii, v kooperácii, vo zvládaní záťažových situácií a v relaxačných technikách.
- c.) sociálny kurátor* – sociálny pracovník pre rôzne skupiny. Vzdelaním by mal byť na úrovni ÚSO + sociálno-právne nadstavbové štúdium.

9.3.2. Poradenská terénna a supervízna sociálna práca

Túto funkciu čiastočne preberajú psychológovia, špeciálni a liečební pedagógovia, sociálni kurátori a sociálni pracovníci obvodných, miestnych a obecných úradov. Vzdelaním by mali byť absolventmi aspoň bakalárskej formy štúdia, prípadne vyššieho odborného vzdelania. V súčasnosti poradenské služby poskytujú aj mnohé mimovládne špecifické organizácie.

9.3.3. Riadiaca sociálna práca

Môže ísť o riadiacu sociálnu prácu na úrovni miestnej, okresnej, regionálnej, alebo centrálnej (ministerskej). Potrebné vzdelanie – univerzitné, magisterské a postgraduálne, resp. doktorandské štúdium.

9.3.4. Výskumná sociálna práca

U nás je vykonáva Výskumný ústav práce, sociálnych vecí a rodiny pri MPSVR SR a Centrum sociálnych analýz (S.P.A.C.E). Potrebné vzdelanie – univerzitné a postgraduálne.

9.4. Sociálne služby

9.4.1. Poradenské služby

Poradenské služby sa poskytujú pre znevýhodnené skupiny (dlhodobo evidovaní občania na Úradoch práce, mladiství, absolventi škôl, občania nad 50 rokov, občania so zmenenou pracovnou schopnosťou (ZPS) napr. pri zamestnávaní.

Ciele – na základe individuálneho poznania práce s klientmi, uvážení ich schopností, predpokladov zdravotných a kvalifikačných a osobných kvalít (u ZPO zväžiť potreby kompenzácie ZP, úpravy prostredia a inej podpory).

- obnova a rozvoj zamestnaneckých zručností, osvojenie si nového pracovného štýlu (postoje a pracovné návyky). Vypracovanie projektov pre prácu s klientom (napr. formou konzultácií raz za týždeň po dobu 4-mesiace).

9.4.2. Služby pre deti:

- denná starostlivosť o deti predškolského veku (jasle, materské školy) -
- denná starostlivosť o deti školského veku počas prázdnin
- zabezpečenie zvláštnej podpory a materiálnej vybavenosti pre rodiny s cieľom – dieťa ostane v rodine
- dispenzarizácia dieťaťa v určitom zariadení
- iné služby (podobné ako u dospelých občanov)

9.4.3. Služby pre dospelých:

- a) odľahčovacie služby (aj v spolupráci so zdravotníctvom zabezpečenie prestávky v trvalých nárokoch na starostlivosť rodinných príslušníkov)
 - nemocničný pobyt pre ťažko zdrav. postih.
 - starostlivosť v útulku pre terminálne chorých
 - umiestnenie v SOS, resp. v súkromnom sanatóriu, v zariadení pre dlhodobo chorých v blízkosti vlastného domova
 - umiestnenie v inej rodine
 - nočná výpomocná starostlivosť
 - denné služby s pružným časovým rozvrhom
 - dovolenka pre postihnutého i pre opatrovateľa
 - zabezpečenie starostlivosti počas neprítomnosti rodiny

- b) služby v domácom prostredí
 - ❖ návštevy (pravidelné) „ pomocníčky v domácnosti“
 - ❖ návštevy (pravidelné) „pomocná opatrovateľka“ napr. pri osobnej hygiene, sebaobsluže a pod.
 - ❖ zabezpečenie stravy

- ❖ zabezpečenie služieb práčovne
- ❖ zvláštne úpravy a vybavenie v byte (dome)
- ❖ zabezpečenie telefónu, rozhlasu, televízie apod.

c.) denné sociálno-právne poradenské služby

- možnosti výcviku a prípravy na povolanie po skončení školskej dochádzky
- možnosti zamestnania (voľný trh práce – kvóty, chránené pracoviská, chránené dielne), ochrana osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou, úprava pracoviska a soc. podmienok, zachovanie rovnováhy vo vzťahu k zdravým (vytváranie rovnocenného konkurzného prostredia pri vstupe do zamestnania, ale napr. aj pri podnikaní)
- sociálno-právne poradenstvo (v otázkach sociálneho poistenia, poskytovania štátnej sociálnej podpory, alebo štátnej sociálnej pomoci)

9.4.4. Opatrovateľské služby (OS) – zdravotne ťažko postihnutým občanom, starým ľuďom a občanom, ktorí potrebujú osobitnú pomoc:

- *za plnú úhradu*
- *častočnú úhradu*
- *bez úhrady (sociálne odkázaní, účastníci odboja resp. ich manželky alebo manželia)*

Stanica opatrovateľskej služby (SOS) poskytuje celodennú starostlivosť na prechodný čas (bývanie, stravovanie, úkony opatrovateľskej služby)

10. Medzinárodné dokumenty so zameraním na práva osôb so zdravotným postihnutím

10.1. Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím

Na základe skúseností, získaných počas Desaťročia zdravotne postihnutých osôb, ktoré vyhlásila OSN ešte v r. 1983 – 1992 boli vypracované „Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“, schválené Plenárnym zasadnutím OSN v r. 1993. Cieľom bolo dosiahnuť medzinárodnú dohodu, ktorá by pomáhala odstraňovať všetky formy diskriminácie osôb so zdravotným postihnutím.

Politický a morálny rámec týchto pravidiel tvorí *Medzinárodná listina ľudských práv* (zahŕňa aj Všeobecnú deklaráciu ľudských práv, Medzinárodnú zmluvu o hospodárskych, sociálnych a politických právach, Medzinárodnú zmluvu o občianskych a politických právach, Zmluvu o právach dieťaťa, Zmluvu o odstránení všetkých foriem diskriminácie

žien, ako aj Svetový program činnosti pre zdravotne postihnuté osoby).

Hoci *Štandardné pravidlá* neboli právne záväzné, znamenali veľký morálny a politický záväzok členských štátov OSN. Ústredný motív, ktorý bolo možné vycítiť z celého dokumentu bol: „Osoby so zdravotným postihnutím sú členmi spoločnosti a majú právo zostať v miestnej komunite. V rámci normálnych štruktúr vzdelávania, zdravotníckej starostlivosti, zamestnania a sociálnych služieb by mali dostať takú pomoc, akú potrebujú“.

Štandardné pravidlá sa stali základom pre vypracovanie *Národného programu rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života*, ktorý prijala vláda SR v r. 2001, ktorý sa pravidelne monitoroval a opakovane aktualizoval až do r. 2008, kedy došlo v Rade vlády SR pre problematiku osôb so zdravotným postihnutím k organizačnej zmene.

10.2 Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím

V decembri 2006 Valné zhromaždenie Organizácie spojených národov schválilo nový, významný dokument: ***Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím***. Dňa 30. 3. 2007 ho podpísala EU a v septembri 2007 ho podpísal aj prezident SR. Podpisom sa štát zaviazal začať ratifikačný proces. Je dôležité vedieť, že ***po ratifikácii Dohovoru národnými parlamentmi, bude tento dokument pre zmluvné strany právne záväzný***. U nás sa ratifikačný proces zatiaľ iba pripravuje.

Dohovor má 50 článkov, Opčný protokol k Dohovoru obsahuje 18 článkov. Účelom tohto dokumentu je presadzovať, chrániť a zabezpečovať plné a rovnaké užívanie všetkých ľudských práv všetkými osobami so zdravotným postihnutím.

Všeobecné zásady Dohovoru:

- (a) rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti, osobnej nezávislosti, vrátane slobody voľby a samostatnosti osôb;
- (b) nediskriminácia;
- (c) plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti;
- (d) rešpektovanie odlišnosti a prijímanie osôb so zdravotným postihnutím ako súčasť ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti;
- (e) rovnosť príležitostí;
- (f) prístupnosť;
- (g) rovnosť medzi mužmi a ženami;
- (h) rešpektovanie rozvíjajúcich sa schopností detí so zdravotným postihnutím a rešpektovanie práva detí so zdravotným postihnutím na zachovanie vlastnej identity.

11. Súčasná legislatíva na Slovensku

Základným znakom zmeny systému sociálneho zabezpečenia po zmene politického systému, v prostredí demokracie, trhového hospodárstva a privatizácie, je snaha o deinštitucionalizáciu, decentralizáciu a prechod od štátneho paternalizmu k uplatňovaniu princípov subsidiarity, solidarity a zásluhovosti, ako aj demonopolizácia a vytváranie konkurenčného prostredia v oblasti poskytovania sociálnych služieb. Toto predpokladá nevyhnutnú zmenu pozície štátneho dirigizmu na pozíciu sociálneho partnerstva, zmenu plošného poskytovania sociálnych dávok na adresné posudzovanie potrebnosti riešenia sociálnej alebo hmotnej núdze, zmenu prevažne inštitucionálnej starostlivosti na poskytovanie sociálnych služieb v domácom prostredí, s cieľom zachovať prirodzené prostredie rodiny a umožniť aj osobám s ťažkým zdravotným postihnutím integrovať sa do spoločnosti.

V legislatíve Slovenskej republiky *zatiaľ neexistuje špeciálny zákon o integrácii občanov so zdravotným postihnutím*, ktorý by komplexne riešil celú problematiku. Táto je čiastočne obsiahnutá v početných právnych predpisoch.

11.1. Antidiskriminačný zákon (Zákon č. 365/2004)

Zákon zahrňuje aj požiadavku nediskriminácie osôb so zdravotným postihnutím. V praxi sa však zatiaľ často stretávame či už s priamou, alebo nepriamou (skrytou) diskrimináciou, čo v konečnom dôsledku významnou mierou znižuje kvalitu života ľudí so zdravotným postihnutím. Ide napr. o bariéry pri získavaní primeraného zamestnania, pri snahe o zvyšovanie vzdelanostnej úrovne, v úradnom styku, pri kultúrnej alebo športovej spoločenskej aktivite.

11.2. Zákon o sociálnom poistení č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov

Zákon v §§ 153-156 hovorí o lekárskej posudkovej činnosti pri výkone sociálneho poistenia a podľa prílohy č. 4 sa stanovuje percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, podľa druhu postihnutia orgánov a životne dôležitých systémov. Zákon o sociálnom poistení nahradil Zákon o sociálnom zabezpečení č. 100/1988 Z.z - systém sociálneho zabezpečenia, novým systémom sociálneho poistenia, založeným na poistnom princípe. Ide o základný zákon v sociálnej oblasti, základný pilier dôchodkového systému v Slovenskej republike. Tvorí komplexnú právnu úpravu vzniku nároku na dôchodok, stanovuje podmienky vzniku nároku na dôchodok, spôsob výpočtu, vrátane stanovenia výšky dávky invalidného dôchodku ako jedného z typov dôchodku pri strate schopnosti vykonávať pracovnú činnosť.

Podľa zákona poistenec má nárok na invalidný dôchodok v čase pred splnením podmienky

nároku na starobný dôchodok ak pre dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav jeho pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť je vyšší ako 40% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou. Výpočet sumy invalidného dôchodku závisí od percentuálneho poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a je rozdielny v rozsahu od 40% do 70% (v minulosti čiastočný invalidný dôchodok) a nad 70% (v minulosti invalidný dôchodok). *Zákon tiež stanovuje úrazové dávky*, definuje pracovnú rehabilitáciu a rekvalifikáciu, nárok na úhradu nákladov - rehabilitačné a rekvalifikačné, ako aj nárok na náhradu za bolesť a za sťažené spoločenské uplatnenie. Pre zdravotne postihnutého občana zákon ponecháva možnosť pracovať podľa jeho vlastného uváženia, bez obmedzenia invalidného dôchodku. Po dosiahnutí dôchodkového veku sa potom pri výpočte starobného dôchodku berie do úvahy príjem z ekonomickej činnosti, ako aj príjem z dôchodku. Súčasťou zákona sú 4 prílohy:

Príloha č. 1 - Zoznam chorôb z povolania

Príloha č. 2 - Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť

Príloha č. 3 - Všeobecné vymeriavacie základy v kalendárnych rokoch pred rokom 2003

Príloha č. 4 - Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť podľa druhu zdravotného postihnutia orgánov a systémov

11.3. Zákon o službách zamestnanosti č. 5/2004 Z. z

Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti je základným zákonom aj pre zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím. Zákon stanovuje zamestnávateľovi, ktorý zamestnáva viac ako 20 zamestnancov, povinný podiel zamestnávania osôb so ZPS (3,2%). Obsahuje tiež podmienky pre rekvalifikáciu, pre prípravu na povolanie, podporuje tvorbu chránených pracovísk a chránených dielní. Stanovuje tiež zásady pri vytváraní vhodných pracovných podmienok a pri skúmaní zdravotnej spôsobilosti a primeranosti ponúkaného pracovného miesta.

Formy zamestnávania osôb so zdravotným postihnutím

- *Integrované zamestnávanie na voľnom trhu práce* - uplatňuje sa najmä u osôb s menej viditeľným typom zdravotného postihnutia (mimo kvóta systému, štatisticky nezachytené)
- *Zamestnávanie v rámci kvóta systému (3,2%)* - zamestnávatelia často neplnia kvótu, uprednostňujú platenie odvodov, prípadne náhradné plnenie zákazkami pre chránené dielne.
- *Špecifické formy zamestnávania – chránené pracoviská a chránené dielne* (podmienky sú presne definované, pracovné miesta sú špeciálne upravované s finančnou podporou Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny)
- *Podporované zamestnávanie* - sprostredkujú najmä Agentúry podporovaného zamestnávania (APZ) – vhodné najmä pre osoby s mentálnym postihnutím, pracovníka prvých niekoľko dní až mesiacov v práci podporuje pracovník APZ

- *Homework a samozamestnávanie* (zamestnávateľ dáva prácu domov, resp. osoba so zdravotným postihnutím si vybaví živnosť)

Ako zvýšiť zamestnateľnosť osôb s ťažkým zdravotným postihnutím:

- Zvýšiť motiváciu zamestnávateľov zamestnávať osoby so ZP (daňové zvýhodnenia, resp. zvýšiť odvody pri neplnení kvót) Zvýšiť motiváciu zamestnávateľov zamestnávať osoby so ZP aj na regionálnej úrovni (zo strany samospráv – odpustenie platby lokálnych daní a iné miestne úľavy atď.)
- Zlepšiť informovanosť zamestnávateľov o pracovných možnostiach osôb so ZP
- Zjednodušiť administratívu pri vytváraní chránených pracovísk a chránených dielní
- Podporovať vytváranie siete Agentúr podporovaného zamestnávania
- Zlepšiť pripravenosť osôb so ZP na samozamestnávanie

11.4. Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia č. 447/2008 Z. z.

Základným predpokladom poskytnutia peňažného príspevku je posúdenie fyzickej osoby z hľadiska ťažkého zdravotného postihnutia a stanovenie miery funkčnej poruchy na 50% alebo viac.

Vybrané druhy odkázanosti fyzickej osoby s ŤZP na kompenzáciu:

- Fyzická osoba s ŤZP je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak je odkázaná na osobnú asistenciu alebo opatrovanie.
- Fyzická osoba s ŤZP je odkázaná na pomôcku, na úpravu pomôcky, na zdvíhacie zariadenie, na úpravu osobného motorového vozidla, na úpravu bytu, na úpravu rodinného domu alebo na úpravu garáže, ak sociálne dôsledky jej ŤZP možno prekonať alebo zmierniť pomôckou, úpravou pomôcky, zdvíhacím zariadením, úpravou osobného motorového vozidla alebo úpravou bytu, rodinného domu alebo garáže.
- Fyzická osoba je odkázaná na individuálnu dopravu ak nie je schopná, pri rešpektovaní jej prirodzenej dôstojnosti:
 - ❖ premiestniť sa k vozidlu VHD osôb a k prostriedku železničnej dopravy a späť, nastupovať do a vystupovať z vozidla VHD osôb a prostriedku železničnej dopravy,
 - ❖ udržať sa vo vozidle VHD osôb počas jazdy, alebo zvládnuť z dôvodu ŤZP inú situáciu vo vozidle VHD osôb a v prostriedku železničnej dopravy najmä z dôvodu poruchy správania (duševné ochorenia, vertebrobasilárnej insuficiencia s ťažkými závratmi, strata dvoch končatín, kardiopulmonálna nedostatočnosť ťažkého stupňa alebo ťažká porucha sfinkterov).

Jednorazové peňažné príspevky na kompenzáciu ŤZP sú:

- peňažný príspevok na kúpu, výcvik používania, úpravu a opravu pomôcky (Možno ho poskytnúť len na pomôcky uvedené v zozname pomôcok. Pri určení výšky peňažného príspevku sa zohľadňuje cena pomôcky v zozname pomôcok, najviac v sume 8 630,42 eura (260 000,- Sk). Výška peňažného príspevku na kúpu druhého mechanického vozíka je najviac 1 659,70 eura (50 000,- Sk), druhého el. vozíka je najviac 4 979,09 eura (150 000,- Sk) Za pomôcku sa považuje aj pes so špeciálnym výcvikom (vodiaci pes, asistenčný pes a signálny pes). Pomôckou je aj špeciálny softvér alebo aktualizácia softvéru.
- peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia (schodolez, zdvihák, šikmá schodisková plošina, zvislá schodisková plošina, výt'ah, alebo stropné zdvíhacie zariadenie). Výška peňažného príspevku je najviac 11 617,88 eura (350 000,- Sk),
- peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla, na úpravu osobného motorového vozidla na kúpu osobného motorového vozidla - najviac 6 638,79 eura (200 000,- Sk), s automatickou prevodovkou najviac 8 298,48 eura (250 000,-Sk), na úpravu osobného motorového vozidla, najviac 6 638,79 eura (200 000,-Sk),
- peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu, garáže,

Opakované peňažné príspevky na kompenzáciu ŤZP sú:

- peňažný príspevok na osobnú asistenciu (najviac 7 300 hodín ročne. Sadzba na jednu hodinu osobnej asistencie je 1,39 % sumy životného minima (t. č. 2,48 eura – 75,00 Sk) pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenú osobitným predpisom peňažný príspevok na prepravu (mesačne najviac 51,02% sumy životného minima (t. č. 91,28 eura – 2 750,- Sk)
- peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov
 - ❖ na diétne stravovanie, (výška peňažného príspevku *na diétne stravovanie* mesačne je rozdielna v závislosti od druhu ochorenia a vypočítava sa na základe životného minima:
 - a) 18,56 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu pre choroby a poruchy uvedené v prílohe č. 5 v prvej skupine (fenylylketonúria, cystická fibróza s pankreatickou insuficienciou, ulcerózna kolitída, Crohnova choroba, celiakia)
 - b) 9,28 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu pre choroby a poruchy uvedené v prílohe č. 5 v druhej skupine (diabetes mellitus, malnutricia po resekcii žalúdka, niektoré ďalšie ochorenia GIT)
 - c) 5,57 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu pre choroby a poruchy uvedené v prílohe č. 5 v tretej skupine (chronická insuficiencia obličiek, zúženie pažeráka – poruchy prehĺtania)

- ❖ na výdavky súvisiace s hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia,
- ❖ so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla Výška peňažného príspevku na kompenzáciu zvýšených výdavkov, súvisiacich so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla je mesačne 16,70 % sumy životného minima (t.č.29,87 – 900,- Sk).
- ❖ so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom.Výška peňažného príspevku na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom je mesačne 22,27 % sumy životného minima (t.č. 39,84 – 1 200,-),
- peňažný príspevok na opatrovanie

11.5 Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z.

Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

11.5.1 Poskytovateľ sociálnej služby:

- a) „verejný poskytovateľ sociálnej služby“ - obec, právnická osoba zriadená obcou alebo založená obcou, právnická osoba zriadená vyšším územným celkom alebo založená vyšším územným celkom
- b) „neverejný poskytovateľ sociálnej služby“ - iná právnická alebo fyzická osoba

Povinnosti poskytovateľa sociálnej služby:

- a) prihliadať na individuálne potreby prijímateľa sociálnej služby,
- b) aktivizovať prijímateľa sociálnej služby podľa jeho schopností a možností,
- c) poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni,
- d) spolupracovať s rodinou, obcou a komunitou pri utváraní podmienok na návrat prijímateľa sociálnej služby poskytovanej v zariadení s celoročnou pobytovou formou do prirodzeného rodinného prostredia alebo komunitného prostredia s

prednostným poskytovaním sociálnej služby terénnou formou, ambulatnou formou alebo týždennou pobytovou formou, a to so súhlasom prijímateľa sociálnej služby a pri rešpektovaní jeho osobných cieľov, potrieb, schopností a zdravotného stavu.

11.5.2. Druh sociálnej služby:

- a) sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú
1. nocľaháreň,
 2. útulok,
 3. domov na pol ceste,
 4. nízkoprahové denné centrum,
 5. zariadenie núdzového bývania,
- b) sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú:
1. pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného a pracovného života,
 2. poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
 3. poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu,
- c) *sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku*, ktorými sú:
- poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek (príloha č. 9),
 - opatrovateľská služba,
 - prepravná služba,
 - sprievodcovská služba a predčitateľská služba,
 - sprostredkovanie tlmočnickej služby, tlmočnícka služba,
 - sprostredkovanie osobnej asistencie,
 - požičiavanie pomôcok,
- d) sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú:
- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
 - krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,
- e) podporné služby, ktorými sú:
- odľahčovacia služba,
 - pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností,
 - poskytovanie sociálnej služby v dennom centre,

- poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre,
- poskytovanie sociálnej služby v jedálni,
- poskytovanie sociálnej služby v práčovni,
- poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

11.5.3. Formy sociálnej služby:

1. *Ambulantná forma sociálnej služby* (ďalej len „ambulantná sociálna služba“) sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie.
2. *Terénna forma sociálnej služby* (ďalej len „terénna sociálna služba“) sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí.
3. *Pobytová forma sociálnej služby v zariadení* (ďalej len „pobytová sociálna služba“) sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Pobytová sociálna služba sa poskytuje ako celoročná, alebo týždenná sociálna služba.

Poskytovanie ambulantnej a terénnej sociálnej služby alebo ambulantnej sociálnej služby má prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Ak terénna sociálna služba alebo ambulantná sociálna služba nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby, poskytuje sa pobytová sociálna služba. Pred celoročnou pobytovou sociálnou službou má prednosť týždenná pobytová sociálna služba. Forma poskytovania sociálnej služby sa uplatňuje v súlade s právom fyzickej osoby na výber formy poskytovanej sociálnej služby.

Sociálnu službu možno poskytovať aj inou formou, najmä telefonicky, alebo s použitím telekomunikačných technológií, ak je to účelné.

11.5.4. Odborné činnosti v rámci sociálnych služieb:

- a) základné sociálne poradenstvo,
- b) špecializované sociálne poradenstvo,
- c) pomoc pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy
- d) pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
- e) sociálna rehabilitácia,
- f) ošetrovateľská starostlivosť v zariadení,
- g) pracovná terapia,
- h) tlmočenie,
- i) sprostredkovanie
 1. tlmočenia,
 2. osobnej asistencie,
- j) pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností.

Odbornú činnosť podľa písm. a) možno vykonávať samostatne na základe zápisu do registra podľa § 64.

Odborné činnosti podľa písm. b) a e) možno vykonávať samostatne na základe akreditácie podľa § 88.

11.5.5. Komunitný rozvoj, komunitná práca, komunitná rehabilitácia

Komunitná práca v oblasti poskytovania sociálnych služieb je podpora aktivít členov miestnej komunity k svojpomocnému riešeniu sociálnych problémov v rámci miestneho spoločenstva, najmä rozvojom sociálnych služieb. Zahrňuje aj komunitnú rehabilitáciu, t.j. koordináciu činnosti subjektov, ktorými sú najmä rodina, obec, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia služieb zamestnanosti, poskytovatelia sociálnych služieb a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Jej cieľom je obnova alebo rozvoj fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností fyzickej osoby v nepriaznivej sociálnej situácii a podpora jej začlenenia do spoločnosti. Za účelom vykonávania komunitnej rehabilitácie sa môžu zriaďovať tzv. *komunitné centrá*.

Obec vypracúva komunitný plán sociálnych služieb a vyšší územný celok vypracúva koncepciu rozvoja sociálnych služieb v spolupráci

- a) s inými poskytovateľmi sociálnych služieb v ich územnom obvode,
- b) s prijímateľmi sociálnych služieb v ich územnom obvode.

Komunitný plán sociálnych služieb a koncepcia rozvoja sociálnych služieb obsahuje najmä:

- a) analýzu stavu poskytovaných sociálnych služieb v územnom obvode obce alebo vyššieho územného celku, vrátane vyhodnotenia materiálno-technického vybavenia sociálnych služieb a vzdelanostnej štruktúry zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby,
- b) analýzu požiadaviek prijímateľov sociálnej služby a ďalších obyvateľov v územnom obvode obce alebo vyššieho územného celku na rozvoj sociálnych služieb podľa jednotlivých druhov sociálnych služieb a cieľových skupín,
- c) analýzu sociologických údajov a demografických údajov v územnom obvode obce alebo vyššieho územného celku,
- d) určenie cieľov a priorít rozvoja sociálnych služieb v územnom obvode obce alebo vyššieho územného celku,
- e) časový plán realizácie komunitného plánu sociálnych služieb alebo koncepcie rozvoja sociálnych služieb vrátane určenia personálnych podmienok, finančných podmienok, prevádzkových podmienok a organizačných podmienok na ich realizáciu,
- f) spôsob vyhodnocovania plnenia komunitného plánu sociálnych služieb alebo koncepcie rozvoja sociálnych služieb

12. Reformné kroky v sociálnej starostlivosti

12.1 Deinštitucionalizácia

Cieľom deinštitucionalizácie je zmena postavenia občana, v tomto prípade jednak sociálneho pracovníka, jednak osoby so zdravotným postihnutím, ako objektu sociálnej práce a návrat k práci samostatného sociálneho pracovníka ako subjektu, ktorý napomáha zabezpečovať všetky potreby človeka v prirodzenom prostredí jeho domácnosti podľa jeho želaní a potrieb. Proces deinštitucionalizácie vedie k ochrane občana pred tým, aby bol v čase sociálnej, ale často aj hmotnej núdze vytrhávaný z prostredia vlastnej rodiny, ak to nie je nevyhnutné z hľadiska život ohrozujúcej situácie.

Pre samostatnú prácu v podmienkach deinštitucionalizácie musí byť sociálny pracovník profesionálne dobre pripravený, musí mať potrebné sociálne cítenie a schopnosť vžiť sa do postavenia svojho klienta. Účasť klienta na spolurozhodovaní musí byť samozrejmosťou.

12.2. Decentralizácia

Decentralizáciou sa rozumie proces vedomého odovzdávania kompetencií a zodpovednosti tým, ktorí dokážu poskytovať sociálne služby a iné formy sociálneho zabezpečenia kvalitnejšie. Na mysli máme decentralizáciu štátneho vplyvu nie v zmysle odovzdávania moci a kompetencií z centrálnych orgánov na nižšie orgány štátnej správy, ale ide najmä o presun kompetencií smerom k samosprávnym orgánom obcí a miest, ktoré sú bližšie k občanovi a na princípe „subsidiarity“ môžu efektívnejšie využívať všetky formy sociálnej pomoci za priamej, úzkej spoluúčasti samotného občana. Takýto prístup (princíp) vedie nakoniec nielen k posilneniu postavenia občana v spoločnosti, ale má pozitívny vplyv aj na občiansky princíp „solidarity“ („viem komu som pomohol“). Spoločnosť v procese decentralizácie vytvára podmienky pre lepšiu garanciu dodržiavania ľudských práv.

12.3. Viac zdrojové financovanie

Centralistický a paternalistický prístup štátu, ktorý bol v minulosti jediným zriaďovateľom sociálnych služieb, znamenal tiež uniformitu v prevádzkovaní inštitúcií a v poskytovaní sociálnych služieb podľa štátnych úradníkov. Po r. 1992, kedy bol schválený Zákon č. 135/1992 Zb. O poskytovaní služieb právnickými a fyzickými osobami sa začala situácia meniť. Zriaďovateľmi a poskytovateľmi sociálnych služieb sa mohli stať aj neštátne subjekty, najčastejšie z tretieho sektora, čím sa vniesol nový, zväčša vyšší štandard a táto skutočnosť vyprovokovala aj štátne inštitúcie zaoberať sa viacej kvalitou prevádzkovania sociálnych služieb a problémom tvorby tzv. minimálnych štandard sociálnej práce vo

vzdelávaní pracovníkov, ako aj v prevádzkovaní zariadení.

Významnou mierou sa na humanizácii sociálnych služieb podpísali aj zariadenia nového typu, prechod od celoročných, „veľkokapacitných“ ústavov azylového typu k týždenným a denným ambulantným zariadeniam v mieste, alebo v blízkosti bydliska. Tieto zariadenia na svoju prevádzku získavali finančné prostriedky nielen zo štátnych zdrojov (tieto zvyčajne predstavovali nie viac ako 30% celkových nákladov), ale tiež od rôznych domácich i zahraničných nadácií, cirkevných inštitúcií, sponzorov, alebo aj z humanitných zbierok

13. Prevencia hmotnej núdze osôb s ťažkým zdravotným postihnutím

13.1. Zamestnávanie na voľnom trhu práce

Veľmi významnou formou integrácie občanov so zdravotným postihnutím a prevencie jeho hmotnej núdze je zaradenie, resp. znovu - zaradenie do pracovného procesu a to buď formou návratu na pôvodné pracovisko, s väčšou či menšou úpravou pracoviska, uplatnenie sa na voľnom trhu práce, alebo získanie zamestnania v rámci kvóta systému, t.j. v zmysle zákona č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti a nariadenia vlády, podľa ktorého pri zamestnávaní viac ako 25 pracovníkov je zamestnávateľ povinný zamestnávať v podiele 3,2% aj občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou (ZPS), z toho 0,2% majú byť občania s ťažším zdravotným postihnutím. V prípade nedodržania tohto podielu sú určené povinné odvody do fondu zamestnanosti.

Pracovnému zaradeniu, obzvlášť ťažko zdravotne postihnutých osôb, musí predchádzať pracovná rehabilitácia ako kontinuálny a koordinovaný proces rehabilitácie, ktorý zdravotne postihnutým jedincom zabezpečuje služby, zamerané na zachovanie pôvodného, prípadne získanie nového zamestnania. Pracovná rehabilitácia by mala zahŕňať posudzovanie zostatkových schopností, plánovanie pracovného zaradenia, výcvik, umiestnenie a poskytnutie doplnkových služieb.

Stabilný každoročný nárast počtu evidovaných nezamestnaných so zmenenou pracovnou schopnosťou (ZPS), ich stály podiel na celkovom počte nezamestnaných a rast ich dlhodobej nezamestnanosti poukazujú na ***výrazné znevýhodnenie občanov so ZPS na trhu práce***. Počet evidovaných nezamestnaných so ZPS narastá rýchlejšie ako u zdravých občanov. Špecifickou formou zamestnávania ťažko zdravotne postihnutých osôb je vytvorenie chránených pracovísk alebo chránených dielní.

13.2. Chránené pracoviská a chránené dielne

Chránenou dielňou, resp. pracoviskom v zmysle zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti ***sú pracoviská*** zriadené právnickou alebo fyzickou osobou, ***v ktorých pracuje***

najmenej 50% občanov so ZPS, alebo pracoviská, v ktorých sa takíto občania zaškoľujú alebo pripravujú na prácu a v ktorých sú pracovné podmienky, vrátane nárokov na pracovný výkon, prispôsobené zdravotnému stavu občanov so ZPS.

V chránených dielňach a pracoviskách sa môže vhodne voliť výrobný program alebo pracovná činnosť, prípadne sa môže zaradiť osobitná pracovná náplň, pričom sa uplatňujú pracovné postupy i pracovné podmienky podľa potreby. Napr. úprava pracovného času, pracovnej prestávky a pracovné tempo by mali byť voliteľné, nie určené. Pri obsadzovaní jednotlivých pracovných pozícií sa prihliada na individuálne možnosti pracovníkov, na ich zastupiteľnosť a schopnosť vzájomnej pomoci. Pamätá sa aj na možnosť vyčleniť určité pracovné činnosti pre domácu prácu, vhodnú pre pracovníkov so ZPS, ktorí nemôžu pracovať ani v upravených pracovných podmienkach, a to najčastejšie pre problémy s dopravou do zamestnania.

Za zriadenie chráneného pracoviska sa považuje aj **zriadenie jednotlivého pracovného miesta**, ktoré právnická alebo fyzická osoba vytvorila alebo prispôsobila zdravotnému stavu občana so ZPS. **Chránené pracovisko môže byť zriadené i v domácnosti občana so ZPS.**

Chránená dielňa alebo chránené pracovisko sú určené predovšetkým na pracovné uplatnenie občanov so ZPS s ťažším zdravotným postihnutím a pre občanov so ZPS, ktorým zamestnávateľ nemôže poskytnúť vhodné zamestnanie na iných pracoviskách.

V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje zaškoľovanie alebo príprava na prácu, a zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie, ak pre nich zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie.

V prípade, že právnická, alebo fyzická osoba zriaďuje chránenú dielňu alebo chránené pracovisko po dohode s ÚPSVaR, na vytvorenie nových vhodných pracovných miest pre občanov so ZPS a pri splnení podmienok stanovených zákonom o službách zamestnanosti jej môže byť poskytnutý **príspevok**.

Podmienkou je, aby v chránených dielňach a chránených pracoviskách pracovalo najmenej 50% občanov so ZPS a doba prevádzkovania bola najmenej 2 roky.

Súčasne môže byť každoročne poskytnutý aj **príspevok na prevádzku chránenej dielne**. Žiadosť o poskytnutie týchto príspevkov predkladá žiadateľ na ÚPSVaR, v ktorého územnom obvode chce chránenú dielňu alebo chránené pracovisko zriadiť.

13.3. Význam zriaďovania chránených dielní a pracovísk

Možno ho hodnotiť z dvoch hľadísk:

1. význam pre spoločnosť- spoločnosť zriaďovaním chránených dielní a chránených

pracovník rieši problém nezamestnanosti a zabezpečuje zamestnanie čo najväčšieho počtu občanov so ZPS, u ktorých pracovný výkon v dôsledku zdravotného postihnutia nie je v súlade s požiadavkami na pracovnú silu v trhovom hospodárstve

2. **význam pre človeka** – zriaďovaním chránených dielní a chránených pracovísk sa vytvárajú zdravotne postihnutých jedincov, ktorým sa čiastočne zachoval pracovný potenciál, podmienky na uplatnenie sa na konkurenčnom trhu práce. Títo jedinci si získavajú nielen rovnoprávne postavenie, ale zároveň aj možnosť uplatniť vlastnú samostatnú zárobkovú činnosť.

Spoločnosť by sa mala usilovať bez predsudkov, na základe individuálneho ohodnotenia nadviazať kontakt so zdravotne postihnutými ľuďmi. Málokto si totiž plne uvedomuje, aké je pre zdravotne postihnutých jedincov ťažké dokázať sebe, no najmä zdravým ľuďom, že sa od nich líšia často iba svojím telesným, sluchovým alebo iným zdravotným postihnutím, no napriek tomu sú schopní aktívne sa zapojiť do spoločenského a kultúrneho života, aj keď na dosiahnutie tohto cieľa sú mnohokrát nútení vynaložiť oveľa viac úsilia.

14. Občianske združenia zdravotne postihnutých osôb a ich úloha

14.1. Význam občianskych združení

- aktívna účasť občanov na zabezpečovaní novej kvality života zdravotne postihnutých občanov:
- vzájomná pomoc a výmena informácií medzi členmi občianskeho združenia
- poskytovanie špecifického poradenstva na základe osobných skúseností
- odstránenie pocitu osamelosti
- pomoc pri riešení životných kríz jednotlivca i rodín
- možnosť slobodného vyjadrovania svojich pocitov
- spolupráca s odborníkmi – špecialistami pre určitý druh zdravotného postihnutia

14.2. Typy celoslovenských občianskych združení

Špecifické, napr.:

- Združenie postihnutých civilizačnými chorobami (ZPCCH)
- Združenie na pomoc mentálne postihnutým (ZPMP)
- Slovenský zväz telesne postihnutých (SZTP)
- Organizácia muskulárnych dystrofikov (OMD)
- Spoločnosť na pomoc paraplegikom (SPP)
- Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska (ÚNSS)

- Slovenský zväz sluchovo postihnutých (SZSP)
- Iné (www.aozpo.sk)

Zmiešané

- Združenie zdravotne postihnutých občanov na Slovensku (ZZPO)

Celonárodné

Národným zástupcom špecifických organizácií zdravotne postihnutých občanov Slovenska vo významnej celoeurópskej organizácii **EDF (European Disability Forum)** od vstupu Slovenska do EU je **Národná rada občanov so zdravotným postihnutím v SR (NR OZP)**

Národným zástupcom špecifických organizácií zdravotne postihnutých občanov Slovenska **vo svetovej organizácii Disabled People International (DPI)** je celoslovenská organizácia, **Asociácia organizácií zdravotne postihnutých občanov SR (AOZPO SR)**, ktorá t.č. združuje 37 špecifických celoslovenských organizácií zdravotne postihnutých osôb. Reprezentuje OZP aj v **celosvetovej organizácii Rehabilitation Internationale (RI)**. **Je tiež členom NR OZP**, kde zastupuje organizácie, združené v AOZPO SR.

Hlavnou aktivitou strechových organizácií je monitorovanie aktuálnej situácie ZPO v SR, spolupráca pri príprave legislatívnych a iných návrhov pre orgány štátnej správy a orgány miestnej samosprávy, ako aj pri príprave návrhov opatrení, týkajúcich sa životných podmienok ZPO, ktoré predkladajú iné orgány, alebo organizácie. Okrem toho poskytuje informačný servis a poradenstvo svojim členským organizáciám, ako aj jednotlivcom - osobám so zdravotným postihnutím.

Použitá literatúra:

1. Úvod do publikácie: „Sociálne encykliky (1891 – 1991)“, Zvon, České katolícké nakladateľství, Praha 1996.
2. Dokument OSN: „Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím“ z r. 1993, Bratislava, slov. preklad 1994
3. Dokument OSN: „Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím“ z r. 2006, Bratislava, slov. preklad 2008
4. Dokument WHO: *Internationale classification of functioning, disability and health (ICF)* z r. 2001, Bratislava, slov. preklad 2003
5. M. Orgonášová, M. Palát: *Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, príručka k dokumentu WHO*, Bratislava, 2003
6. *Aktuálna legislatíva SR*
7. *Sociológia* 28, 1996, č.6. str.599
8. *Rehabilitácia Supl. 28, Ročník XVII / 1984*

9. *M. Malý: Poranenie miechy a rehabilitácia*
10. *S. Krupa: Doktorandská práca, Bratislava, 1999*
11. *J. Hrdá, M. Šroňková: Osobní asistence jako jedna z cest k samostatnému životu, Praha, 1996*
12. *M. Potůček, Sociální politika, Praha 1995*
13. *L. Gajdošová, P. Rusiňák, Slovník práva sociálneho zabezpečenia, Bratislava, 1996*
14. *Š. Strieženec: Úvod do sociálnej práce, Trnava, 1999*
15. *Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia*
16. *Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách*
17. *Zákon č.5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti*
18. www.aozpo.sk
19. www.slovenskobezbarier.sk