

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**SPOKOJNOSŤ RODIČOV DETÍ S ŤAŽKÝM
POSTIHNUTÍM S REALIZÁCIOU UCELENEJ
REHABILITÁCIE V MESTE NITRA**

Diplomová práca

Študijný program : Aplikovaná sociálna práca

Školiace pracovisko : Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Školiteľ : Mgr. Andrea Juhášová, PhD.

Nitra 2010

Bc. Iveta Juhášová

Moje poďakovanie patrí v prvom rade školiteľke Mgr. Andrei Juhásovej, PhD., ktorá mi poskytovala rady, odborné usmernenie a praktickú pomoc pri vypracovaní diplomovej práce. Vďaka za pomoc pri distribúcií a zbere dotazníkov ďalej patrí Mgr. Nagyovej, sociálnej pracovníčke Špeciálnej školy internátnej a Praktickej školy na Červeňovej ulici, PhDr. Čepelákovej, sociálno – výchovnej pracovníčke denného stacionára na Baničovej ulici, Mgr. Mičíkovej, špeciálnej pedagogičke na ZŠ Topoľová, Mgr. Andovej, špeciálnej pedagogičke na Základnej škole sv. Marka na Petzvalovej ulici, Bc. Benešovej, pani Gregušovej, Mgr. Klocokovej, riaditeľkám v materských školách na Topoľovej, Štiavnickej, Piaristickej a Nábřeží mládeže, PhDr. Šmehilovej, PhD, odbornej pracovníčke v Centre špeciálno – pedagogického poradenstva Effeta.

ABSTRAKT

JUHÁSOVÁ, Iveta: *Spokojnosť rodičov detí s ťažkým zdravotným postihnutím s realizáciou ucelenej rehabilitácie v meste Nitra*. [Diplomová práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra sociálnej práce a sociálnych vied. – Školiteľ: Mgr. Andrea Juhášová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister (Mgr.). -Nitra: FSVaZ, 2010. 62 s.

Autorka sa v práci zaoberá problematikou spokojnosti s poskytovaním ucelenej rehabilitácie detí s postihnutím v meste Nitra. V prvej kapitole sú popísané jednotlivé zložky ucelenej rehabilitácie a možnosti ich realizácie v Nitre, ako aj medzinárodné a domáce dokumenty, ktoré im vytvárajú legislatívny rámec. Druhá kapitola približuje spokojnosť ako pojem, prináša prehľad niekoľkých metód merania spokojnosti a stanovenie jej kritérií pre účel výskumu tejto práce. Tretia kapitola rozpracúva cieľ práce na základe výskumu spokojnosti rodičov získať informácie užitočné pre tvorbu komunitného plánu rozvoja sociálnych služieb mesta ako aj informácie pre organizácie poskytujúce sociálne služby v Nitre, ktoré považujú neustále skvalitňovanie práce za nevyhnutné. Výskum autorka uskutočnila formou dotazníka a následne štatisticky vyhodnotila. V časti diskusia autorka predkladá ďalšie možné smerovanie výskumu, ktoré by bolo zamerané na subjektívne determinanty spokojnosti klienta a možnosti ich pozitívneho ovplyvňovania. Prehľad literatúry je orientovaný na problematiku zdravotného postihnutia a ucelenej rehabilitácie, spokojnosti klienta, ako aj legislatívy v SR týkajúcej sa tejto oblasti. Informácie použité v práci sú získané z odbornej literatúry, odborných časopisov, internetu a z autorkinej štrnásťročnej pracovnej praxe s ťažko zdravotne postihnutými.

Kľúčové slová:

Ucelená rehabilitácia. Sociálna rehabilitácia. Liečebná rehabilitácia. Pedagogická rehabilitácia. Pracovná rehabilitácia. Ťažké zdravotné postihnutie. Spokojnosť. Individuálny plán. Inklúzia. Koordinácia.

ABSTRACT

JUHÁSOVÁ, Iveta: The parents of children with special needs /complicated physical disability/ and their satisfaction with komprehensive rehabilitation in Nitra district. / MA thesis/ - Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Social work and Social sciences. - Tutor: Mgr. Andrea Juhásová, PhD. Master of degree : Magister (Mgr.). - Nitra: FSVaZ, 2010. 62 p.

The author in her work deals with satisfaction in providing the complex rehabilitation for disabled children in Nitra district. In the first chapter there are described particular components of complex rehabilitation and possibilities of their realisation in Nitra, and international and domestic documents which create an legislative framework for them.

The second chapter concerns on satisfaction as a notion, brings the overview of some methods of measuring of satisfaction and assesment of criteria for the purpose of research of this work. The third chapter deals with description of research file, methods of research and the plan of research. In the fourth chapter there are summarized results, the statistical verification of hypothesis, graphical and numerical processing of data. In discussion the author interprets the results and tries to show reader their possible contribution to the process of improvement in providing the complex rehabilitation in Nitra. Information resulting from research can be useful in creation of comunity plan of development of town social services, and as well for private organisations dealing with this problems in Nitra. Summary of literature is oriented at problems of physical disability and complex rehabilitation, client´s satisfaction, and legislation in Slovak Republic concerned that area. Information used in this work are acquired from special literature and magazines, internet and from author´s 14 years work experiences with physically impaired children.

Key words:

Komprehensive rehabilitation. Social rehabilitation. Medical rehabilitation. Pedagogical Rehabilitation. Work Rehabilitation. Disability. Satisfaction. Individual plan. Inclusion. Coordination.

OBSAH

ÚVOD	7
1 UCELENÁ REHABILITÁCIA	9
1.1 Pojem a zložky ucelenej rehabilitácie	9
1.2 Medzinárodné dokumenty a ucelená rehabilitácia	15
1.3 Legislatívny rámec poskytovania ucelenej rehabilitácie v SR	18
1.4 Príklady zo zahraničia – USA , Nórsko	19
1.5 Možnosti poskytovania zložiek ucelenej rehabilitácie v Nitre	21
2 SPOKOJNOSŤ KLIENTA	24
2.1 Spokojnosť ako pojem	24
2.2 Stanovenie kritérií spokojnosti	25
2.3 Možnosti merania spokojnosti	26
3 VÝSKUM SPOKOJNOSTI RODIČOV DETÍ S POSTIHNUTÍM S UCELENOU REHABILITÁCIOU V NITRE	29
3.1 Ciele, výskumné otázky a hypotézy výskumu	29
3.2 Metódy výskumu	30
4 VÝSLEDKY	34
5 DISKUSIA	46
ZÁVER	54
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV	56
PRÍLOHY	60

ÚVOD

So špecifickou skupinou klientov sociálnej práce – s deťmi a mládežou s ťažkým zdravotným postihnutím od narodenia - sa zaoberáme už štrnásť rokov. V pracovnej praxi sa stretávame s problémom zanedbávania včasnej starostlivosti, teda vo veku do troch rokov, a hoci jednotlivé zložky ucelenej rehabilitácie – liečebná, sociálna, pedagogická a pracovná - sú spravidla prístupné pre väčšinu detských a mladých klientov, ďalším častým problémom je to, že ich poskytovanie nie je vzájomne koordinované, odborníci v tomto systéme multidisciplinárneho prístupu nespolupracujú, alebo že liečebná zložka rehabilitácie je výrazne dominantná na úkor ostatných (v niektorých prípadoch jediná až do veku povinnej školskej dochádzky). Tento stav môže spôsobiť to, že sa nedosiahne najvyššia možná úroveň rozvoja jednotlivého dieťaťa. V niektorých prípadoch sme sa v praxi stretli so zbytočným vylúčením rodiča z trhu práce, ktorý sa stal celoživotným opatrovateľom, alebo až so sociálnou exklúziou celej rodiny. Riešenie tejto problematiky zasahuje tri rezorty, školstvo, zdravotníctvo a sociálne veci a preto nepredpokladáme v dohľadnom čase jej legislatívne ukotvenie, napríklad v podobe Zákona o rehabilitácií, ktorý by bol záväzný pre všetky strany bez ohľadu na rezortnú príslušnosť. Z tohto dôvodu vidíme momentálne skôr šancu na zlepšovanie v poskytovaní ucelenej rehabilitácie deťom s postihnutím od narodenia v sociálnej politike miest a obcí v spolupráci s neverejnými subjektmi, poskytujúcimi služby v jej jednotlivých zložkách. Cieľ práce vychádza z predpokladu, že výskum spokojnosti rodičov s ucelenou rehabilitáciou v meste by mohol naznačiť, v ktorých oblastiach sú najväčšie rezervy, čo je potrebné zmeniť alebo zlepšiť v prvom rade. Zaujímalo nás teda, ako dochádza k napĺňaniu princípov medzinárodných dokumentov týkajúcich sa tejto problematiky konkrétne v meste Nitra a ako sú s týmto stavom spokojní rodičia detí s postihnutím, keďže samotní detskí klienti nevedia tento stav zhodnotiť. Pre prácu sme zvolili dotazníkový výskum so štatistickým spracovaním vopred stanovených kritérií spokojnosti s jednotlivými zložkami ucelenej rehabilitácie – s liečebnou, pedagogickou, sociálnou a pracovnou, pričom sme usilovali o čo najobjektívnejšiu možnú vzorku respondentov, dostupnú na území mesta Nitra . Výsledky práce by mohli byť zaujímavé pri zostavovaní priorit a opatrení v Komunitnom pláne sociálneho rozvoja mesta Nitra, na ktorom aktívne participujú aj organizácie tretieho sektora, ale aj pre skvalitňovanie práce jednotlivých neverejných subjektov poskytujúcich služby zložiek ucelenej rehabilitácie pre deti a mladých ľudí s postihnutím v Nitre.

Pri štúdiu odbornej literatúry sme sa stretli so spôsobmi, ako ucelenosť, koordináciu a včasnosť riešia napríklad v USA a Nórsku. Naše názory významne ovplyvnili autori ako Jankovský, Votava, Jesenský, zaujali nás aj niektoré zahraničné výskumy týkajúce sa významnosti vplyvu sociálnej zložky ucelenej rehabilitácie na celkové výsledky rehabilitačnej činnosti, či názory, ktoré zazneli na II. Medzinárodnej špeciálno-pedagogickej konferencii v Bratislave v roku 2009. Dúfame, že naša práca bude prínosom pre ďalší rozvoj činností na poli sociálnej práce v našej organizácii v prospech detského klienta v Nitre – klienta s postihnutím od narodenia, ale aj pre ďalších odborných pracovníkov v oblasti služieb liečebnej, pedagogickej, sociálnej a pracovnej rehabilitácie v Nitre.

1 UCELENÁ REHABILITÁCIA

Ucelená rehabilitácia je interdisciplinárny odbor, ktorý primárne pôsobí na obnovu plnohodnotného nezávislého života a sekundárne pôsobí preventívne na zamedzenie vzniku alebo zmierňovanie negatívnych následkov, ktoré plynú zo závažného ochorenia, úrazu či postihnutia od narodenia. V súvislosti s ťažkým zdravotným postihnutím detí od narodenia sa čoraz častejšie hovorí o dôležitosti poskytovania všetkých zložiek ucelenej rehabilitácie súčasne a to už v najrannejšom období života dieťaťa. Jednotlivé zložky rehabilitácie sa v súčasnej dobe rozvíjajú nerovnomerne a izolovane, sú legislatívne vymedzené rôzne. V tejto časti práce by sme chceli priblížiť pohľad na jednotlivé jej zložky, podľa názorov rôznych autorov.

1.1 Pojem a zložky ucelenej rehabilitácie

Pojem rehabilitácia pochádza z novolatinského pojmu, ktorého význam je *re* – opäť, *habilis* – schopný, teda urobiť opätovne schopným. Význam slova vysvetľujú s malými odchýlkami autori nasledovne: Podľa Votavu (2005, s.9) ide o „odstraňovanie všetkých dôsledkov choroby či úrazu, ktoré sa prejavujú na pohybovom ústrojenstve, rozumových schopnostiach a psychike vôbec, ako aj na vnútorných orgánoch (napríklad pri nekomplikovanom úraze), nahrádzanie trvalého postihnutia zachovanými funkciami (kompenzácia), alebo zabraňovanie zhoršovaniu stavu“. Podľa Koláčkovej a Kodymovej (2005, s.92) „je rehabilitácia súborom postupov, ktorých cieľom je umožniť osobám so zdravotným postihnutím, aby dosiahli a zachovali si optimálnu, fyzickú, zmyslovú, intelektuálnu, psychickú alebo sociálnu úroveň funkcií a boli v najväčšej možnej miere nezávislé. Môže zahŕňať opatrenia pre zaistenie alebo obnovu funkcií ale aj opatrenia kompenzujúce stratu alebo absenciu funkcie či funkčného obmedzenia“. Špecifická je situácia detí, ktoré majú chorobu či postihnutie vrodené. Návrat k pôvodnému stavu je nelogický. V tomto prípade je cieľom rehabilitácie podporovať prirodzený vývoj a priblížiť ho i u postihnutého dieťaťa k vývoju jeho zdravých vrstovníkov, prípadne dosiahnuť úplne fyziologický vývoj. Preto bol navrhnutý v prípade detí používať pojem *habilitácia*, ale ten sa neujal. (V našich podmienkach sa používa tento výraz v úplne iných súvislostiach – *habilitácia* vedeckých pracovníkov vysokých škôl, vo vzťahu k zdravotnému postihnutiu tento výraz nie je obvyklý. Zaujímavé je, že sa vyskytuje v článku 26 Dohovoru.) Jankovský (2001) uvádza, že sa s týmito termínmi

stretol v Dánsku, a že na ich bežné používanie pre rozlíšenie doby vzniku postihnutia v škandinávskych krajinách upozorňuje Vítková. Votava (2005) upozorňuje na rozdielnosť pojmov ucelená rehabilitácia (preklad anglického termínu comprehensive rehabilitation) a komplexná rehabilitácia (preklad anglického termínu zložitý, komplikovaný). Pojem komplexná nepovažuje za vhodný, pretože sa používa skôr vo význame komplexná kúpeľná starostlivosť. Píše, že o ucelenej rehabilitácii hovoríme vtedy, ak dôsledky choroby či postihnutia nemôžu byť riešené výlučne zdravotnými prostriedkami a stav je trvalý alebo dlhodobý, teda chorobu alebo postihnutie nie je možné liečbou úplne odstrániť. Naopak Vašek (1995) píše o komplexnej rehabilitačnej starostlivosti o postihnutých alebo narušených a odôvodňuje to významom latinského výrazu complexus- objatie, spojenie, re – znovu, opäť, habilitas – schopnosť, uspôsobenie a vysvetľuje, že významom je súhrn aktivít multidisciplinárneho charakteru, zameraných na predchádzanie, zmiernenie alebo odstraňovanie nepriaznivých dôsledkov postihnutia (defektu) alebo narušenia jednotlivcov, najmä v prospech ich optimálnej socializácie. Ide o vzájomne zladený a nadväzný, v plánovanom slede alebo súčasne uskutočňovaný rad činností všetkých zúčastnených odborníkov. Podľa WHO z roku 1969 je význam pojmu rehabilitácia vyjadrený nasledovne : „Je to včasné, plynulé a koordinované úsilie o čo najrýchlejšie a čo najširšie zapojenie občanov so zdravotným postihnutím do všetkých obvyklých aktivít života spoločnosti s využitím liečebných, sociálnych, pedagogických a pracovných prostriedkov.“ Z tejto definície vyplýva, že samotný pojem rehabilitácia zahŕňa v sebe všetky zložky, napriek tomu budeme v našej práci používať označenie ucelená, lebo pojem rehabilitácia sa prevažne v praxi u nás aj medzi odborníkmi chápe iba ako súčasť liečebného programu, označenie ucelená budeme chápať ako vyjadrenie skutočnosti, že presahuje oblasť zdravotnej starostlivosti a zahŕňa aj ďalšie oblasti starostlivosti o dieťa s postihnutím. Rôzni autori predkladajú rôzne názory na to, čo tvorí zložky ucelenej rehabilitácie, čo patrí k ich jednotlivým prostriedkom, preto uvádzame niektoré pohľady na túto problematiku. Novosad (2000, s.58) uvádza šesť zložiek ucelenej rehabilitácie nasledovne: Zdravotnú (liečebnú), psychologickú, pedagogickú, pracovnú, voľnočasovú, sociálnu. Novosad (2000, s.60) ďalej vysvetľuje : „Pri ucelenej rehabilitácii ide teda hlavne o prepojené a tímové využívanie aplikovaných metód z oblasti lekárstva, sociálnej práce, výchovy, vzdelávania a profesijnej prípravy i podporovaného pracovného uplatnenia k adaptácii jedinca na odlišné, neštandardné či sťažené životné podmienky a k získaniu alebo znovuzískaniu a upevneniu najvyššej možnej samostatnosti a primeranej funkčnej schopnosti.“ Jesenský (1995, s.26 an) člení ucelenú

(komprehenzívnu) rehabilitáciu podľa zamerania pri plnení úloh a podľa inštitúcií a prostriedkov, ktoré sú pri nej aplikované, na štyri hlavné zložky a jednotlivo ich charakterizuje nasledovne:

1. Liečebná zložka rehabilitácie

Liečebná rehabilitácia sa prelína s vlastným liečením, ale na druhej strane v rámci liečebnej rehabilitácie nachádzame celý rad aktivít, ktoré majú zjavne interdisciplinárny charakter. Preto neprekvapuje, že sa v rámci liečebnej rehabilitácie môžeme stretnúť s prvkami psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie a podobne. Uvedený autor zaraďuje do liečebnej rehabilitácie nasledovné postupy:

Fyzikálna terapia – vodoliečba, elektroliečba (u detských pacientov ojedinele), magnetoterapia, masáže, ultrazvuk, teplo, svetlo, balneoterapia, laserové žiarenie.

Liečebná telesná výchova – Vojtova metóda reflexnej lokomócie, Bobathova metóda.

Ergoterapia – liečba zmysluplnou činnosťou, ktorú nie je možné zamieňať s pojmom pracovná rehabilitácia. Ide o efektívnu liečebnú činnosť, u detí formou hravých aktivít. U detí nejde o návrat stratených funkcií, lebo dieťa od narodenia s postihnutím nemá žiadne skúsenosti z minulosti. Detská ergoterapia sa teda usiluje o dosiahnutie maximálnej možnej samostatnosti, sebaobsluhy. Má teda nielen liečebný efekt, ale tiež resocializačný, takže úzko súvisí aj s rehabilitáciou sociálnou. Animoterapia (hipoterapia a canisterapia). Hipoterapia ako rehabilitačná metóda zaznamenáva vzostup. K liečebným účelom sa využíva kôň. Je zaradená medzi neuromuskulárne facilitačné metódy a prepája oblasť medicínsku, pedagogicko-psychologickú a športovnú. Podľa Pulcovej (2000) je vhodná pre deti s DMO, s poškodením CNS, so sklerózou multiplex, s ortopedickými diagnózami, neurózami, psychózami, so senzomotorickým postihnutím. Niektorí autori ju označujú ako hiporehabilitáciu a delia ju na tri zložky – hipoterapia, liečebno pedagogické jazdenie, rekreačné jazdenie handicapovaných. (Vosátková, in Velemínsky, 2007). Indikáciu posudzuje odborný lekár (neuroológ, rehabilitačný lekár), prakticky ju prevádza vyškolený fyzioterapeut a ten má spravidla ešte pomocníka, ktorý klienta zabezpečuje pred pádom. Za prípravu koňa je zodpovedný vyškolený hipológ. Canisterapia je liečebný kontakt človeka a psa individuálnou alebo skupinovou formou. Prispieva k rozvoju hrubej a jemnej motoriky, podnecuje verbálnu aj neverbálnu komunikáciu, zlepšuje orientáciu, komunikáciu, interakciu, nacvičuje koncentráciu, pozornosť, prispieva k socializácii. (Eisertová, Tichá, in Velemínsky 2007) Ďalšie špecifické terapie- arteterapia, muzikoterapia, psychoterapia. Pri arteterapii ide o liečbu pomocou maľby, kresby, práce s keramickou hlinou, pričom sa sleduje precvičovanie jemnej motoriky, grafomotoriky,

vizuomotorickej koordinácie a vizuálnej percepcie, ale aj psychologické efekty ako emočné ladenie, estetické vnímanie, sebareflexia, projekcia, diagnostika. Táto metóda umožňuje aj zážitok vlastného úspechu. Pri muzikoterapii, teda liečbe hudbou, sa pracuje s rytmom a piesňami. Zaujímavé je podľa nášho názoru delenie liečebnej rehabilitácie, ako ho uvádza Votava (2005) podľa nórskeho profesora Gogstadta, na horizontálnu a vertikálnu. Pri vertikálnej rehabilitácii dôjde ku návratu stavu pôvodného zdravia. Horizontálna rehabilitácia prebieha pri trvalom postihnutí, kedy je možné funkčnú poruchu upraviť len v obmedzenej miere. Trvalé zhoršenie zdravotného stavu je kompenzované nácvikom činností a zmenou životných podmienok. Dôležitým postupom k tomuto cieľu je podľa autora edukácia, teda vzdelávanie a tréning zameraný na zvládnutie hendikepov. V našej práci sa zaoberáme ucelenou rehabilitáciou detí, ktoré majú ťažké zdravotné postihnutie od narodenia, teda pokiaľ hovoríme o liečebnej rehabilitácii, ide takmer výlučne o rehabilitáciu horizontálnu.

2. Sociálna zložka rehabilitácie

Mezinárodná klasifikácia funkčnosti, postihnutia a zdravia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) z roku 1998 pojmy poškodenie, obmedzenie a postihnutie nahradila pojmami poškodenie, aktivita a participácia. Osoba je funkčne zdravá, pokiaľ zodpovedajú jej telesné funkcie a štruktúry zdravému človeku, zvláda všetky činnosti, ktoré zvláda zdravý človek (miera aktivity), a môže sa rozvíjať vo všetkých oblastiach života, ktoré sú pro ňu dôležité (miera participácie – účasti na živote). Nový pohľad na klasifikáciu osôb s postihnutím podľa miery funkčnosti človeka smeruje k čo najrozsiahlnejšej spoločenskej integrácii osôb s postihnutím a k ich čo najväčšej samostatnosti (Bartoňová, M., Vítková, M. 2007). Úlohou sociálnej rehabilitácie je teda predovšetkým predchádzať akémukoľvek sociálnemu znevýhodňovaniu jednotlivcov so zdravotným postihnutím. Táto rehabilitácia musí mať dlhodobý charakter, trvá po celý život jedince s postihnutím. Prostriedky sociálnej rehabilitácie sú metódy reedukácie (rozvoj postihnutých schopností), kompenzácie (náhrada poškodených funkcií) a akceptácie (prijatia života s postihnutím). (Jankovský, J. 2006). Tieto prostriedky sociálnej rehabilitácie se prelínajú s ostatnými zložkami ucelenej rehabilitácie v rôznych inštitúciách, ako sú zariadenia sociálnej starostlivosti, zdravotnícke zariadenia, poradenské zariadenia, špeciálne školy, ale i v rodine. Sociálna rehabilitácia zahŕňa aj ekonomické a ďalšie materiálne podmienky pre život (invalidný dôchodok, finančné príspevky zo systému štátnej sociálnej podpory), právnu ochranu, morálnu podporu, vybavenia technickými pomôckami a opatreniami odstraňujúcimi bariéry sebaobsluhy, možnosti pre

prácu, cestovanie, komunikáciu, spoločenské uplatnenie, odbúravanie predsudkov verejnosti. (Jesenský, 1995) Podľa Votavu (2005) sociálna rehabilitácia zahŕňa zabezpečenie ekonomických istôt, predpoklady pre samostatné bývanie, rozvoj záujmovej činnosti, možnosti združovania a získavania informácií, individuálny rozvoj osobnosti.

Podľa Matouška (2003) je sociálna rehabilitácia totožná s výrazom socioterapia. Ďalej píše, že podľa českého zákona o sociálnej pomoci ide o súbor opatrení, ktoré slúžia k priaznivému ovplyvneniu stavu a situácie osôb, ktoré sú z hľadiska vzniku a vývoja negatívnych javov rizikové alebo sa ocitli v sociálnej núdzi. Socioterapia smeruje k sociálnej rehabilitácii a integrácii. Sociálnou rehabilitáciou sa rozumie obnovenie sociálnych vzťahov a praktických schopností a zručností, ktoré sú dôsledkom sociálneho hendikepu a spôsobom života osoby narušené. Keď hovoríme o sociálnej rehabilitácii, nemôžeme nespomenúť sociálnu integráciu ako snahu prijať ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím ako súčasť spoločnosti. Keďže základnou jednotkou spoločnosti je rodina, významným cieľom sociálnej rehabilitácie je podporovať rodinu a jej vnútorné vzťahy tam, kde sa narodilo dieťa s postihnutím. Integrácia osôb s postihnutím do aktívnej spoločnosti je významom „Štandardných pravidiel“ (Štandardné pravidlá pre vyrovnávanie príležitostí pre zdravotne postihnuté deti, mládež a dospelé osoby, ktoré boli schválené Valným zhromaždením OSN 28.októbra 1993). Uvedený dokument definuje rehabilitáciu nasledovne: „Rehabilitácia je proces, ktorého cieľom je umožniť osobám so zdravotným postihnutím (disabled), aby dosiahli a zachovali si optimálnu fyzickú, zmyslovú, intelektovú, psychickú a sociálnu úroveň funkcií a poskytnúť im prostriedky pre zmenu ich života k dosiahnutiu vyššej úrovne nezávislosti. Rehabilitácia môže zahŕňať opatrenia pre zaistenie a obnovu funkcií alebo opatrenia kompenzujúce stratu alebo absenciu funkcie alebo funkčného obmedzenia.“ Význam sociálnej zložky rehabilitácie u detí s postihnutím od narodenia podčiarkuje výskum Inštitútu zdravotníctva a rehabilitácie na Bostonskej univerzite, USA, ktorý trval 6,7 roka na skupine 60 detí. Jeho výsledkom bolo zistenie, že 82% detí nebolo schopných začleniť sa do života komunity preto, lebo nebola zvolená správna sociálna zložka rehabilitácie, teda príčinou zlyhávania boli faktory prostredia, nie samotné postihnutie. (Bedell, Dumas, 2004)

3. Pedagogická zložka rehabilitácie

Jedinci, ktorí sa rodia so zdravotným postihnutím, zvyčajne zaostávajú v celkových schopnostiach za intaktnou populáciou. Pedagogická rehabilitácia teda znamená zámerné pôsobenie pedagogicko- psychologickými prostriedkami v zmysle reedukácie, v duchu úsilia o obnovenie normálneho stavu, pričom podľa Jankovského (2001) sa pedagogické

prostriedky rehabilitácie prelínajú s prostriedkami rehabilitácie liečebnej, sociálnej i pracovnej. Autor ďalej píše, že vzdelávanie je otvorený systém a výchova permanentný celoživotný proces, napriek tomu je pedagogická rehabilitácia najvýznamnejšia práve v období detstva a dospievania. Podľa Jesenského (1995) je potrebné rozlišovať, či ide o osoby, ktoré sa s postihnutím narodili, alebo postihnutie získali. Úsilie pedagogickej rehabilitácie sa podľa toho zameriava na návrat k pôvodnej línii rozvoja osobnosti alebo o rozvoj čiastkových schopností. Tento prístup nás posúva do oblasti špeciálnej pedagogiky, ktorá sa podľa jednotlivých druhov postihnutia delí na jednotlivé „pédie“. Jednotlivé disciplíny odboru sa delia podľa zamerania na jednotlivé postihnutia na psychopédiu, somatopédiu, tyflopédiu, surdopédiu, logopédiu, etopédiu. (Vašek, 2004). Od praktických problémov postihnutých ľudí sú odvodené úlohy liečebnej pedagogiky. Podľa Hornáčkovej (1999) sa v súčasnej dobe u nás liečebná pedagogika chápe ako terapeutickovýchovné pôsobenie pri výchovných ťažkostiach a hľadá formy pomoci prostredníctvom činnostných terapií. Ide o terapiu hrou, dramaterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu. Liečebnoterapeutické postupy ako súčasť pedagogickej rehabilitácie používajú rôzne programy, napríklad bazálnu stimuláciu, senzomotorický stimulačný program, podporný, reedukačný a sociointegračný program, psychosociálnu rehabilitáciu, individuálny edukačný alebo krízový program. Podľa Jankovského (2001) sa z hľadiska ucelenej rehabilitácie javí v oblasti pedagogickej rehabilitácie veľmi dôležitá psychoterapia, hoci je spojená aj s prostriedkami liečebnej rehabilitácie.

4. Pracovná zložka rehabilitácie

Pracovné prostriedky ucelenej rehabilitácie majú prispieť nielen k pracovnej príprave, teda získaniu vedomostí, zručností, návykov, kvalifikácie, ale zahŕňajú široký proces sústavnej starostlivosti venovanej ľuďom s postihnutím tak, aby sa mohli uplatniť na trhu práce. Predpokladom je obnoviť alebo vytvoriť pracovný potenciál. (Chceli by sme zdôrazniť, že pracovnú rehabilitáciu nie je možné stotožňovať s ergoterapiou, ktorú je možné aplikovať ako špeciálnu terapiu zmysluplnou činnosťou v liečebnej, pedagogickej aj sociálnej zložke rehabilitácie.)V prípade detí, ktoré sa rodia s ťažkým zdravotným postihnutím, hovoríme o pracovnej rehabilitácii v podstate až v období dospievania a prípravy na pracovné uplatnenie. Naliehavosť pracovnej integrácie je daná tým, že práca patrí medzi primárne potreby človeka, a pokiaľ nie je saturovaná, dochádza k frustráciám. Zmyslom pracovnej rehabilitácie je predchádzať takým stavom. Vo vyspelých krajinách sa uplatňuje zvýhodňovanie zamestnávateľov, ktorí vytvorili a udržiavajú pracovné miesta pre ZŤP a stanovením kvót povinného počtu pracovných miest pre ZŤP. Na Slovensku s tým súvisí

vytváranie chránených pracovísk alebo dielní. Populárne je podporované zamestnávanie, teda vytváranie pracovných miest pre ľudí s postihnutím na bežných pracoviskách, pričom zamestnávateľ je finančne podporovaný z Úradu práce. (V Slovenskej republike je podľa zákona č.5/2004 Zb. v znení neskorších predpisov O službách zamestnanosti občan so zdravotným postihnutím znevýhodneným uchádzačom o zamestnanie a zamestnávateľ, ktorý zriadi chránené pracovisko alebo chránenú dielňu môže žiadať o príspevok). V Slovenskej republike je zriadený Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím v Bratislave. Je to špecializované zariadenie, ktoré poskytuje sociálnu, pracovnú a čiastočne aj liečebnú rehabilitáciu. Jeho súčasťou tvoria Stredná odborná škola pre telesne postihnutú mládež a Centrum sociálnej a pracovnej rehabilitácie. Prijímaní sú občania vo veku od 15 do 45 rokov a pripravujú sa na povolanie v 3 ročných učebných odboroch, 4 ročných štúdijských odboroch, v 2 ročnom nadstavbovom štúdiu a v rekvalifikácií pre trh práce.

1.2 Medzinárodné dokumenty a ucelená rehabilitácia

V niektorých medzinárodných dokumentoch vydaných na pôde OSN alebo v Rade Európy sa priamo rieši problematika detí s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorých dôležité princípy by sme chceli krátko uviesť.

Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (OSN, 2007) je od 30. marca 2007 sprístupnený na podpísanie zmluvným krajinám. 9.marca 2010 NR SR súhlasila s návrhom vlády SR na ratifikáciu Dohovoru a Opčného protokolu k Dohovoru, čím vzniká právomoc Výboru OSN pre práva osôb s postihnutím prijímať a posudzovať oznámenia predložené osobami, ktoré tvrdia, že sú obeťami porušovania ustanovení tohto Dohovoru a vyčerpali všetky dostupné vnútroštátne opravné prostriedky. Dokument je najvplyvnejší v medzinárodnom práve týkajúcom sa oblasti zdravotného postihnutia. Uvádžeme krátky prehľad myšlienok, ktoré nás v spojitosti s našou prácou zaujali:

- Čl. 7, ods. 2. Prvoradým hľadiskom pri každej činnosti týkajúcej sa detí so zdravotným postihnutím je najlepší záujem dieťaťa.
- Čl.8,ods.18. Zmluvné strany sa zaväzujú prijať okamžité, účinné a primerané opatrenia: na iniciovanie a uskutočňovanie účinných kampaní na zvyšovanie povedomia verejnosti, ktorých cieľom je vychovávať k vnímavosti k právam osôb so zdravotným postihnutím a podporovať pozitívne vnímanie a väčšie spoločenské povedomie vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím, (b) Presadzovať

postoj rešpektovania práv osôb so zdravotným postihnutím na všetkých úrovniach vzdelávacieho systému a u všetkých detí od ich raného veku.

- Čl.23, ods.3. Zmluvné strany zabezpečia, aby deti so zdravotným postihnutím mali rovnaké práva, pokiaľ ide o život v rodinnom prostredí.
- Čl.24, ods.2 a)...aby deti so zdravotným postihnutím na základe svojho zdravotného postihnutia neboli vylúčené z bezplatného a povinného základného vzdelávania alebo zo stredoškolského vzdelávania; (b) osoby so zdravotným postihnutím mali na rovnakom základe s ostatnými prístup k inkluzívnemu, kvalitnému a bezplatnému základnému a stredoškolskému vzdelaniu v spoločnosti, v ktorom žijú.
- Čl.26, ods.1 Na tento účel (maximálna možná samostatnosť) zmluvné strany zriadia, podporujú a rozširujú komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb tak, aby tieto služby a programy začínali v čo najskoršej etape a boli založené na multidisciplinárnom posúdení individuálnych potrieb a predností.

9. apríla 1992 bol v Rade Európy prijatý dokument, *Odporúčenie Výboru ministrov členským štátom ku koherentnej politike pre ľudí so zdravotným postihnutím č.R/92/6*.

Uvádzame myšlienky, ktoré podľa nášho názoru súvisia so zameraním našej práce:

„Ciele a prostriedky zamerané na vzdelávanie dieťaťa so zdravotným postihnutím by mali zahŕňať individuálny pedagogický, edukačný a všeobecný terapeutický plán prispôbený potrebám, schopnostiam a túžbam dieťaťa. Zodpovední zamestnanci by mali zapájať rodinu dieťaťa do takej miery, aká je možná v súlade s načrtnutým plánom, jeho implementáciou, pokračovaním a hodnotením. Rodina by mala byť následne pravidelne informovaná o prograse dieťaťa a mala by poskytovať potrebnú podporu. Berúc do úvahy princípy včasnej intervencie, je v záujme dieťaťa začať so zdravotno-edukačnými opatreniami v predškolskom veku, špeciálne vtedy, keď by mali tieto opatrenia pomôcť zjednodušiť dieťaťu v neskoršom veku školské vzdelávanie. Kontakty medzi deťmi so zdravotným postihnutím a bez neho silne stimulujú integráciu oboch. Preto by malo byť vzdelávanie poskytované v bežných školách spolu s ich rovesníkmi kedykoľvek je to možné a ak je to u mladých ľudí so zdravotným postihnutím potrebné, aj s nevyhnutnou asistenciou, podporou a opatrovníctvom; aby boli uspokojované ich špecifické potreby, v každom prípade by malo byť pre deti so zdravotným postihnutím zabezpečené poskytovanie špeciálnych terapeutických, technických a edukačných pomôcok. Všetci

Ľudia so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na charakter a stupeň zdravotného postihnutia, majú právo na vzdelávanie v bežných podmienkach prispôsobené tak, aby uspokojovalo ich potreby a želania. K tomu, aby bolo umožnené čo možno najväčšiemu počtu detí navštevovať bežnú školu, mali by byť uspokojené požiadavky zdravotno-terapeutické a psychologické, ak je to potrebné, zabezpečiť v triedach, okrem bežného učiteľa, aj iných kvalifikovaných zamestnancov, zaistiť pomôcky a zariadenia vhodné pre deti so zdravotným postihnutím. Keďže vzdelávanie detí so zdravotným postihnutím spolu s deťmi bez zdravotného postihnutia bez poskytovania systému potrebnej podpory marí ich šance na rovnosť a závisí na okolnostiach konkrétneho prípadu a osobitne na špecifikách zdravotného postihnutia, či bude dieťa lepšie prospievať v špeciálnych alebo integrovaných školských podmienkach, mali by byť dôsledne brané do úvahy želania a ciele rodičov a rozsah, v akom sú v blízkosti bydliska k dispozícii vzdelávacie a terapeutické možnosti. Deťom, ktoré sú veľmi ťažko zdravotne postihnuté, by mali byť k návšteve bežnej materskej škôlky poskytované v rannom veku aj ďalšie služby (doučovanie), a to buď doma alebo v špecializovaných centrách alebo v špecializovaných materských škôlkach. Počas vzdelávania by mali mať žiaci so zdravotným postihnutím prístup k programom a zdrojom, ktoré im umožnia pripravovať sa na budúce zamestnanie, ako napr. poradenstvo pri voľbe povolania a iné podporné systémy. Počas návštevy školy by sa mali vybudovať vzťahy medzi procesom vzdelávania, pracovným tréningom a budúcim zamestnaním prostredníctvom vhodných hodnotení v rámci bežného alebo špecializovaného poradenstva pri voľbe povolania. Počas návštevy školy by mali mať deti prístup k rozličným zdrojom zdravotnej a funkčnej rehabilitácie.“ (Koniec výňatku z myšlienok z dokumentu prijatého v Rade Európy.)

Odporúčenie Výboru ministrov č.56/2006 o Akčnom pláne Rady Európy na podporu práv a plnej účasti ľudí so zdravotným postihnutím na živote spoločnosti na roky 2006-2015. (Rada Európy, 2006) Spomenuli by sme niekoľko myšlienok z časti Smer činnosti č. 10 : Rehabilitácia. „...organizovať, posilňovať a rozširovať komplexné rehabilitačné služby...zabezpečiť hlavne kvalitný včasný zásah, multidisciplinárny prístup od narodenia, vrátane pomoci a poradenstva pre rodičov...formulovať národné rehabilitačné politiky...navrhovať holistické rehabilitačné programy...zriaďovať špecializované rehabilitačné centrá s multidisciplinárnym tímom pracovníkov špecializujúcich sa na rehabilitáciu...“

1.3 Legislatívny rámec poskytovania ucelenej rehabilitácie v Slovenskej republike

V Slovenskej republike nie je legislatívne ukotvené poskytovanie ucelenej rehabilitácie ako multidisciplinárneho systému. V Česku sa pracuje na vecnom zámere Zákona o ucelenej rehabilitácii. (Švestková, 2006). Liečebná rehabilitácia je súčasťou systému zdravotnej starostlivosti upravenej zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, sociálnu rehabilitáciu upravujú zákony č. 448/2008 o sociálnych službách a č. 447/2008 o kompenzáciách ťažkého zdravotného postihnutia, pedagogickú rehabilitáciu vymedzuje zákon 245/2008 Z.z. Zákon o výchove a vzdelávaní a vyhláška MŠ SR č.322/2008 o špeciálnych školách, a najdôležitejšou normou pre pracovnú rehabilitáciu zákon č.52/2010 O službách zamestnanosti, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 5/2004. Zákon č. 448/2008 v § 16 Odborné činnosti vymenúva okrem iného aj sociálnu rehabilitáciu, (v zmysle § 21 odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručnosti alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobsluže, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách), ošetrovateľskú starostlivosť (podľa § 22 ide o zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu) a pracovnú terapiu (v zmysle § 23 ide o odbornú činnosť na osvojenie pracovných návykov a zručností fyzickej osoby pri vykonávaní pracovných aktivít pod odborným vedením na účel obnovy, udržania alebo rozvoja jej fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností a jej začlenenia do spoločnosti). V § 18 Ďalšie činnosti je okrem iného menované utváranie podmienok na vzdelávanie, a to podľa „školského zákona „ . Deťom a mládeži so zmyslovým postihnutím (postihnutie zraku a sluchu) je možné popri vzdelávaní v materských, základných a stredných školách poskytovať podľa tohto zákona § 37 Rehabilitačné stredisko, okrem iného sociálnu rehabilitáciu. Pre deti a mládež s ťažkým kombinovaným postihnutím, ktorí dochádzajú do školy v obmedzenej miere, alebo skončili školskú dochádzku, ponúka Zákon 448/2008 podľa § 38 Domov sociálnych služieb, možnosť sociálnej rehabilitácie, pracovnej terapie, výchovy a liečebnej rehabilitácie. Prínosom nového zákona je zedefinovanie kvalifikačných predpokladov potrebných na vykonávanie činností v oblasti sociálnych služieb a to nielen pre sociálneho pracovníka, odborného poradcu, opatrovateľa, ale aj pre vychovávateľa, pracovného terapeuta, zdravotníckeho zamestnanca, čo by mal byť základný predpoklad na skvalitnenie služieb pre klienta. Na záver by sme chceli spomenúť povinnosť poskytovateľa sociálnej služby

podľa § 9 uvedeného zákona vypracovať a písomne hodnotiť „, individuálny rozvojový plán „, klienta. V našej praxi vidíme formálnosť tohto opatrenia, pretože nie je možné podľa nášho názoru bez nariadenej spolupráce školy a lekára vypracovať a uplatňovať taký plán účelne. Spolupráca stojaca na dobrej vôli zúčastnených strán nefunguje.

1.4. Príklady zo zahraničia – USA, Nórsko

V tejto časti našej práce by sme chceli krátko zamerať pozornosť na to, ako funguje v praxi myšlienka ucelenej rehabilitácie detí s postihnutím v USA a v Nórsku. Chceli by sme pouvažovať, na akých princípoch praktická realizácia stojí a ako by sa dali uplatniť či rozvinúť v našom meste, berúc do úvahy platnú legislatívu a možnosti reálnej praxe. Chceli by sme upozorniť, že podľa nášho názoru nie je možné prijímať nekriticky všetky názory a spôsoby uplatnenia tejto práce, pretože je nevyhnutné brať do úvahy históriu, spoločenský vývoj a fungujúce prístupy v jednotlivých krajinách. (Juhásová, 2008)

Podľa Zacharovej (2006) sú v USA sociálne služby a ucelená rehabilitácia pre deti s postihnutím a ich rodiny koncentrované okolo škôl. Konkrétne ide o služby včasnej diagnostiky a identifikácie postihnutia alebo oneskorenia vo vývine, špecializované poradenstvo, rodičovský tréning, psychologické, audiologické, školské zdravotnícke služby, fyzioterapeutickú a logopedickú starostlivosť, služby sociálneho pracovníka s cieľom mobilizovať rodinu a komunitu, služby v oblasti pracovnej rehabilitácie, voľného času, prepravy, podpory mobility a orientácie, kompenzačné pomôcky. Spoločne vychádzajú zo šiestich základných princípov, ktoré sú zakotvené v zákone a autorka ich uvádza nasledovne :

1. Princíp „nulového odmietnutia“ – znamená, že každá škola musí podľa svojej spádovej oblasti trvalého pobytu žiaka vzdelávať všetky deti s postihnutím, verejná škola nesmie vylúčiť žiadne dieťa, bez ohľadu na závažnosť alebo stupeň postihnutia.
2. Princíp nediskriminačného zhodnotenia zručnosti dieťaťa a diagnostiky – obsahuje myšlienku, že postihnutie každého dieťaťa musí byť potvrdené viacerými odlišnými testovacími metódami, aby eliminovalo skreslenie a nesprávny postup.
3. Bezplatné primerané vzdelanie vo verejných školách – bez ohľadu na vážnosť postihnutia musí mať každé dieťa možnosť vzdelávať sa vo verejnej škole v mieste svojho bydliska, pričom jeho vzdelávanie musí byť individuálne naplánované vzhľadom na jeho schopnosti a potreby. Vypracovanie individuálneho plánu a vzdelávanie samotné musí byť bezplatné.

4. Minimálne obmedzujúce prostredie – vzdelávanie dieťaťa s postihnutím mimo bežnej triedy je podriadené zložitému procesu posúdenia, pričom musia byť jasne definované dôvody takého kroku a rodičia musia súhlasiť.

5. Princíp vytvorenia istôt pre deti s postihnutím a ich rodičov na zaistenie spravodlivého zaobchádzania v procese hodnotenia a poskytovania služieb – v podstate ide o právo veta pre rodičov pri umiestnení dieťaťa do školy a pri plánovaní služieb pre rodinu, pri hodnotení, diagnostike a rozhodnutiach ohľadne dieťaťa, berie sa do úvahy právo zákonného zástupcu na rozhodovanie, odborník je v úlohe poradcu.

6. Princíp zapojenia rodičov a samotných detí a ľudí s postihnutím do plánovania a rozhodovania – škola musí spolupracovať pri plánovaní služieb na individuálnej úrovni pre konkrétne dieťa, ale aj na úrovni plánovania celkového systému služieb, ktoré škola poskytuje.

V *Nórsku* je individuálny plán v prvom rade materiálom pre občana so špeciálnymi potrebami, pričom jeho vzťah s profesionálom je interaktívny a spolupracujúci a občan je subjektom sociálnych služieb. Špecifikom v *Nórsku* (a v ďalších krajinách, ktoré majú rozvinutý systém individuálnych plánov) je to, že sú zadefinované vo viacerých zákonoch. Uvádzame ich stručný prehľad podľa Cangára (2007, s.17).

Zákon o sociálnych službách. §4-3a. Právo na individuálny plán.

Ten, kto má potrebu dlhodobých a koordinovaných služieb, má právo na vypracovanie individuálneho plánu, ktorý sa má vypracovať v spolupráci s občanom. Odbor v komunite (obci, okrese) musí spolupracovať s ostatnými poskytovateľmi sociálnych služieb na tvorbe plánu s cieľom vypracovania komplexného plánu ponuky pre toho, komu sa tento plán vypracováva.

Zákon o právach pacienta. §2-5 Právo na individuálny plán.

Pacient, ktorý má potrebu dlhodobých a koordinovaných zdravotníckych služieb, má právo na vypracovanie individuálneho plánu v nadväznosti na zákon o komunitných zdravotných službách, zákon o odborných zdravotných službách a zákon o etablovaní a výkone sociálno-právnej ochrany.

Zákon o odborných zdravotných službách. §2-5. Individuálny plán.

Odborné zdravotné stredisko má vypracovať individuálny plán pre pacientov s potrebou dlhodobej a koordinovanej ponuky služieb. Odborné zdravotné stredisko musí spolupracovať s ostatnými poskytovateľmi služieb na zabezpečenie komplexnej ponuky služieb pre pacientov.

Zákon o komunálnych zdravotných službách. §6-2a. (Individuálny plán)

Odbor komunálnych zdravotných služieb musí vypracovať individuálny plán pre pacientov s potrebou dlhodobej a koordinovanej ponuky služieb. Odbor komunálnych zdravotných služieb musí spolupracovať s ostatnými poskytovateľmi služieb kvôli potrebe zabezpečenia komplexnej ponuky služieb pre pacientov.

Zákon o zriaďovaní a výkone sociálno-právnej ochrany psychického zdravia. §4-1. Individuálny plán.

Keď je pacient v psychiatrickom zariadení, je toto zariadenie povinné vypracovať individuálny plán jeho sociálno-právnej ochrany. Ak je pacient pod sociálno-právnu ochranu dobrovoľne, nemôže sa vypracovať plán bez jeho spolupráce a súhlasu. Ak je pacient pod nútenou sociálno-právnu ochranu, je potrebné sa pokúšať o spoluprácu s pacientom na plánovaní. Individuálny plán musí zmapovať potreby sociálno-právnej ochrany psychického zdravia, stanoviť ciele ochrany a určiť aké psychické služby budú aktuálne a aký bude ich rozsah. Individuálny plán musí popisovať výkon ochrany, a potrebnú spoluprácu s ostatnými sociálnymi a zdravotnými službami. Je nutné pravidelne robiť revízie plánu. V prípade, ak nie je vypracovaný individuálny plán v stanovenom čase, môže úrad na dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v regióne prikázať inštitúcií takýto plán vytvoriť. Cangár (2007, s.18) uzatvára prehľad o individuálnom pláne zhrnutím zásad pri jeho tvorbe nasledovne: „... vypracováva sa na základe potrieb občana, musí byť komplexný, flexibilný a koordinovaný. Nevyhnutná je spolupráca s občanom a spolupráca medzi poskytovateľmi služieb navzájom. Nie je možné, aby občan alebo jeho zástupca v prípade, že ide o dieťa, neparticipoval pri príprave individuálneho plánu.“

1.5 Možnosti poskytovania zložiek ucelenej rehabilitácie v Nitre

Pokúsili sme sa o zostavenie prehľadu možností poskytovania jednotlivých zložiek ucelenej rehabilitácie detí s ťažkým zdravotným postihnutím v meste Nitra, ktoré sa poskytujú v zdravotných, školských, poradenských a sociálnych zariadeniach. Jednotlivé možnosti sme pre lepšiu prehľadnosť zoskupili podľa typu zariadenia :

a) *Zdravotnícke zariadenia* - štátne a neštátne zariadenia spadajúce pod rezort Ministerstva zdravotníctva. Oddelenie detskej liečebnej rehabilitácie pri Fakultnej nemocnici s poliklinikou, Nitra. Tu prebieha v najväčšom rozsahu diagnostika a liečebná rehabilitácia – fyzikálna terapia a liečebná telesná výchova, pod dozorom lekára fyziatra.

Detské rehabilitačné centrum, Cabajská ulica Nitra. Ide o neštátne zdravotnícke zariadenie, v ktorom pracuje lekár fyziater, rehabilitačný pracovník a opatrovatel'ky. Zariadenie spolupracuje s neurológom a ortopédom. Je zamerané na diagnostiku, fyzikálnu terapiu detí s nerovnomerným alebo zaostávajúcim psycho- motorickým vývinom, zác'vik rodičov do reflexných rehabilitačných techník a LTV. Rehabilitačné oddelenie Medicínskeho centra na Bajkalskej ulici, Nitra. Rehabilitačná sestra z centra pracuje na vysunutom pracovisku na Základnej škole Topoľová 6 v Nitre, kde sa poskytuje liečebná rehabilitácia v zmysle liečebnej telesnej výchovy, pre deti s postihnutím, ktoré sú v tejto škole integrované.

b) Školy a školské zariadenia

Pedagogická rehabilitácia sa prelína so špeciálnou a liečebnou pedagogikou, pričom v prípade detí sa poskytuje predovšetkým v školách, špeciálnych materských školách a školských zariadeniach, ktoré patria pod rezort Ministerstva školstva. Podľa prevažujúceho druhu postihnutia detí (zmyslové, mentálne, telesné) je spravidla zabezpečená starostlivosť špeciálneho pedagóga alebo je poskytované metodické vedenie špeciálneho pedagóga zo strany centra špeciálno-pedagogického poradenstva. Uvádzame prehľad týchto škôl, školských zariadení, poradní:

Špeciálna materská škola a základná škola pre deti s autizmom, Mudroňova ulica 1

Špeciálna materská škola pre deti s ťažkým kombinovaným postihnutím, Topoľová ulica 6

Materské školy so špeciálnou triedou:

pre deti s poruchami zraku, Piaristická ulica

pre deti s poruchami sluchu , Štiavnická ulica

pre deti s telesným alebo mentálnym postihnutím, Nábrežie mládeže

Špeciálna základná škola Na hôrke 30

Špeciálna základná škola internátna a Praktická škola Červeňova 42

Špeciálna základná škola Mudroňova 1

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Cabajská ulica,

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Topoľová ulica,

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Effeta, Samova ulica

Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, Piaristická ulica,

Pedagogicko psychologická poradňa, Levická ulica

c) Sociálne zariadenia a inštitúcie

Úrad práce sociálnych vecí a rodiny

Útvar sociálneho úradu MSÚ Nitra

Únia nevidiacich a slabozrakých

Domov sociálnych služieb pre deti a mládež s ťažkým postihnutím, Topoľová 6

Denný stacionár pre ŤZP občana , Baničova 12

Rehabilitačné stredisko Efeta, Samova 4

d) Zariadenia pre pracovnú rehabilitáciu

Keďže v prípade detí, ktoré sa už rodia s ťažkým zdravotným postihnutím, hovoríme o pracovnej rehabilitácii (nezamieňame s ergoterapiou) hlavne v období dospievania a prípravy na pracovné uplatnenie, zaradili sme do prehľadu školy, ktoré pripravujú mladých ľudí na pracovnú integráciu:

Praktická škola na Červeňovej ulici , kde sa realizuje nácvik základných pracovných zručností klientov – žiakov školy

Stredné školy rôzneho zamerania, kde sa integratívne vzdelávajú žiaci so zmyslovými postihnutiami (hlavne sluchové postihnutie)

2 SPOKOJNOSŤ KLIENTA

Orientácia na klienta je dnes strategickou víziou všetkých progresívnych organizácií a spokojný zákazník je hlavným cieľom manažmentu kvality. Pre úspech podnikajúcej firmy je veľmi dôležité správne identifikovať požiadavky a očakávania svojich zákazníkov a sledovať mieru ich spokojnosti. Výsledkom takejto stratégie je vyšší úspech ako u konkurencie. V oblasti sociálnych služieb a konkrétne pri poskytovaní ucelenej rehabilitácie detí s postihnutím od narodenia nesledujeme spokojnosť klienta pre vyšší finančný zisk (ten sa vlastne vôbec nedosahuje), ale pre oveľa závažnejšie dôvody – je to cesta ako identifikovať priority na zlepšenie služieb alebo zavedenie ďalších služieb v prospech dieťaťa a tak odstraňovať, zmiernovať alebo brzdiť regres procesu následkov postihnutia, s ktorým sa dieťa narodí. Myslíme si, že toto je cesta skvalitňovania implementácie princípov prístupu k tejto skupine so špeciálnymi potrebami vychádzajúcich z medzinárodných dokumentov.

2.1 Spokojnosť ako pojem

Spokojnosť klienta je pojem ťažko uchopiteľný, čo sa odráža vo vysokej náročnosti na jeho sledovanie a meranie. Napriek tomu je dôležité, aby sa organizácie zaujímali o úroveň spokojnosti klienta a to nie len v súkromnom podnikateľskom sektore, ktorý je motivovaný ziskom, ale aj v neziskovom či verejnom sektore poskytujúcom služby, kde úbytok klientov môže znamenať úbytok finančných prostriedkov na činnosť organizácie. Kvalitné systémy merania spokojnosti poskytujú informácie o tom, ako si organizácia počína v porovnaní s konkurentmi na cieľovom trhu. Norma ČSN EN 9000 definuje pojem spokojnosť klienta (zákazníka) ako „vnímanie klienta týkajúce sa stupňa splnenia jeho požiadaviek“, (Nenadál, 2004, s.7) Vnímanie je subjektívne a je vždy spojené s pocitmi. Podobne Kotler (2001) uvádza, že spokojnosť klienta závisí na jeho pocitoch vyplývajúcich z porovnania spotrebiteľského úžitku s očakávanou výkonnosťou. Spokojnosť klienta podľa Matouška (2003, s.222) „je subjektívny ukazovateľ kvality starostlivosti“. V prieskumoch sa zisťuje celková spokojnosť alebo jej zložky. Obvykle sa hodnotí spokojnosť s dostupnosťou služby a názor klienta o prijateľnosti služby. Poskytovatelia i hodnotitelia služby potrebujú poznať spokojnosť klienta, ale nemali by ju považovať za parameter najväčšieho významu. Klienti svoju spokojnosť v prieskumoch

často nadhodnocujú, čo je možné interpretovať ako prejav vďačnosti voči poskytovateľom, alebo ako obavu, že by po výraznom prejavení nespokojnosti nabudúce starostlivosť nedostali alebo sa stretli s neochotou personálu. Spokojnosť podľa Hartla (2000, str. 556) „je príjemný pocit z dobrých vzťahov a dobre vykonanej činnosti, ak trvá dlho je demotivujúci, nasleduje psychická obezita“. Podľa Strmeňa (1998) je to subjektívne kritérium kladného hodnotenia rôznych javov, stavov, činností a objektov, vrátane seba samého, pociťovaného ako príjemný zážitok radosti, úspechu alebo zadosťučinenia za doterajšiu prácu či činnosť. Mieru nespokojnosti vidno zvyčajne hneď a ľahko, spokojnosť možno skôr odhadovať. Podľa Křivohlavého (2006, str. 181) „je človeku dobre a je teda spokojný, napríklad aj vtedy, keď nahrádza nepresaditeľné požiadavky pozitívne sformulovanými splniteľnými cieľmi, prianiami, nádejami alebo rany chápe ako výzvy a nie ako niečo, čo ho trvale ničí“. Pri tomto pohľade sa však vynárajú otázky, ktoré by si vyžadovali skôr filozofický prístup. Zaujímavý bol pre nás aj pohľad na spokojnosť podľa Sternberga (2002, str.429), ktorý chápe metódu uspokojovania, teda hľadania spokojnosti, ako proces hľadania jedinca dovtedy, kým nenájde niečo, čo spĺňa minimálnu úroveň požiadaviek a nie to najlepšie vybrané zvažovaním všetkých alternatív“.

2.2 Stanovenie kritérií spokojnosti

Prieskum spokojnosti klienta (v našom prípade rodiča dieťaťa s postihnutím) s poskytovanou sociálnou službou má svoje riziká. Vo svojej praxi sa stretávame s tým, že s rovnako prebiehajúcou rehabilitáciou je rôzna miera spokojnosti respektíve nespokojnosti u jednotlivých rodičov. Podľa Playna (2005) závažná životná udalosť ovplyvní kvalitu života, dostavujú sa subjektívne pocity nespokojnosti, zmeny perspektívy, hodnôt a často aj zmyslu života. Narodenie dieťaťa s ťažkým postihnutím určite je závažná životná udalosť, ktorá kvalitu života celej rodiny významne ovplyvní a prináša zmeny perspektívy, zmeny hodnôt alebo aj zmeny v oblasti hľadania odpovedí na otázku zmyslu života. V tejto súvislosti hovorí Halama (2007) o raste navodenom stresom (stres-induced growth), zmieňuje sa o kvalitatívnych výskumoch americkej výskumníčky Parkerovej. Tieto výskumy hovorili o ľuďoch, ktorí ťažkú chorobu či iný traumatický zážitok vnímajú ako to „najlepšie, čo ich v živote stretlo“, ale zároveň uvádzajú, že nejde o fenomén, ktorý by sa dal ľahko vysvetliť jednoduchými procesmi. Úlohu hrajú nielen zvládacie procesy, zvnútornená religiozita, sociálna opora, miera stresovosti záťažovej situácie, množstvo pozitívnych udalostí pred tým, ale aj kognitívne procesy, kognitívne hodnotenia,

spracovávanie intruzívnych myšlienok. Zaujímavé boli pre nás pozorovania z praxe Ficovej (2009), ktorá pracuje v špeciálnej triede pre deti s ťažkým kombinovaným postihnutím na bežnej základnej škole. Hoci matky dosiahli to, čo tak veľmi chceli – integráciu svojho dieťaťa v škole, kde bolo kompletne zázemie zahrňujúce ucelenú rehabilitáciu – napriek tomu prejavovali známky nespokojnosti. Autorka dochádza k predpokladu, že príčinou je životná frustrácia matiek súvisiaca s osamelosťou, nemožnosťou zapojiť sa do práce, s dopadmi legislatívy a nie s úrovňou rehabilitácie detí ako takou. Myslíme si, že pre stanovenie kritérií spokojnosti v oblasti verejných služieb v neziskovej sfére je prínosom názor autora Nenadála (2004, str.20), podľa ktorého sa dajú zisťovať znaky spokojnosti dvoma prístupmi. Buď sa do role zákazníka (klienta) sa vžijú zamestnanci organizácie a snažia sa určiť, čo ovplyvňuje ich vnímanie spokojnosti (môže dôjsť ku skreslenému pohľadu na to, čo je pre klienta dôležité), alebo sa názory zisťujú priamo od klienta dotazníkom, priamym rozhovorom, diskusiou vo fokusových skupinách. Parasuraman (2003, str. 180) odporúča 6 až 12 účastníkov, skúseného moderátora, odmena členom skupiny, homogenita skupiny z hľadiska socioekonomických charakteristík. Keďže spokojnosť klienta ovplyvňuje viacero jej znakov, ktoré majú rôznu mieru dôležitosti, je možné priradiť váhu jednotlivým znakom, aby bolo zrejmé, ktorý znak je pre klienta zásadný a ktorý je doplnkový alebo okrajový. Nenadál (2004, str. 28) odporúča na zisťovanie váhy znakov jednoduchú alokačnú metódu, keď klient pridelí jednotlivým znakom spokojnosti dôležitosť bodovo alebo percentuálne.

2.3 Možnosti merania spokojnosti

Metoda ServQual je metóda merania kvality služieb, ktorá bola vyvinutá v USA autormi Parasuraman, Zeithaml, Beny.(Fedorrof, 1988).Podľa ich názoru je najväčším problémom pri poskytovaní služieb rozdiel medzi očakávaniami zákazníka a tým, aká služba im je skutočne poskytnutá. Ich metóda je založená na modeli medzier, ktoré vznikajú na rôznych úrovniach procesu poskytovania služieb (medzi tým, čo zákazník očakáva a čo si o zákazníkových očakávaníach myslí vedenie organizácie, čo zákazník očakáva a charakteristikami služby, ktorú organizácia vytvára, medzi systémom doručovania služieb a mediálne avizovanými štandardami, resp. zárukami voči zákazníkovi). (Parasuraman in Gasterová 2003). Zákazník v dotazníku vyjadruje súhlas a nesúhlas v tvrdeniach a otázkach, v ktorých sú obsiahnuté vlastnosti, ktoré vystihujú jednotlivé

aspekty modelom daných dimenzií uvedených medzier. Čím vyšší je rozdiel medzi očakávanou a vnímanou kvalitou poskytovanej služby, tým nižšia je jej úroveň. Metóda je vhodná pre organizáciu poskytujúcu služby, môže získať informácie ako zákazníci vnímajú službu a ako očakávajú zákazníkovi ovplyvňujú jeho spokojnosť. Mateides (1999) uvádza dva druhy metód na meranie spokojnosti. Znakovo orientované metódy na zisťovanie miery spokojnosti pri jednotlivých znakoch spokojnosti (dotazníkové zisťovanie, interview, analýza globálnej mienky – zisťovanie všeobecnej spokojnosti so službou podľa vopred určenej štruktúry, frekvenčno-relevantná analýza – hodnotenie problémových prípadov podľa predloženého zoznamu, analýza Conjoint – odpovedá napríklad na otázku, ktoré vlastnosti služby sú pre zákazníka najdôležitejšie a najmenej dôležité, multiatribútové prístupy). Druhý druh metód sú metódy orientované na prežité skúsenosti (pozorovanie – interakcie zákazníka a poskytovateľa, analýza sťažností a pochvál, sekvenčná technika udalostí- popis zážitkov pri rozklade výkonu na malé procesy, technika kritických udalostí –popis zážitkov z interakcií). Nenadál (2004) uvádza dva smery postupov merania a monitorovania spokojnosti zákazníka, postupy využívajúce výstupné ukazovatele vnímania zákazníkov a postupy využívajúce interné ukazovatele výkonnosti –analýzy údajov z databázy organizácie, poskytujú informácie o tom, ako sú v organizácii rozvinuté procesy podmieňujúce pozitívne alebo negatívne vnímanie zákazníkov. Autor navrhuje v rámci merania sledovať ukazovatele spojené s ponúkanými službami, so vzťahmi so zákazníkmi, s celkovým image organizácie. Podľa Púčka (2005) prináša meranie spokojnosti spätnú väzbu, ktorá poskytuje organizácii dôležité informácie o samotnej spokojnosti ale aj o úrovni poskytovaných služieb, prípadne ďalšie ukazovatele výkonnosti organizácie. Preto je dôležité vo fáze prípravy presne definovať dôvody merania a očakávaní, vymedziť čoho a koho sa zisťovanie bude týkať. Ducár, Naščáková, Malák (2006) predkladajú návrh systému merania spokojnosti zákazníka modelom KANO. Metóda je postavená na rozdelení požiadaviek zákazníka do troch skupín : povinné, základné kritériá produktu (ich absencia spôsobí veľkú nespokojnosť, ale ich splnenie má malý vplyv na spokojnosť), jednorozmerové kritériá(ich splnenie a spokojnosť má lineárnu závislosť), a napokon atraktívne kritériá (ich splnenie má najvýraznejší vplyv na spokojnosť ale ich absencia nevedie k nespokojnosti). Pri realizácii výskumu spokojnosti podľa tejto metódy je teda potrebné jednotlivé znaky spokojnosti identifikovať a zaradiť ich do vyššie definovaných skupín. V dotazníku sú potom na každý jednotlivý znak položené dve otázky, jedna sleduje reakciu v prípade, že požiadavka je splnená, druhá naopak ak splnená nie je. Odpovede sú vo forme škály v piatich stupňoch. Metóda

vyhodnocuje spokojnosť s jednotlivými znakmi produktu a zároveň do ktorej kategórie daný znak spadá. Výsledky výskumu odhaľujú, na ktoré znaky produktu je potrebné zamerať sa najrýchlejšie.

3 VÝSKUM SPOKOJNOSTI RODIČOV DETÍ S POSTIHNUTÍM S UCELENOU REHABILITÁCIOU V NITRE

K stanoveniu témy výskumu nás motivoval záujem zistiť, ako vnímajú momentálny stav poskytovania ucelenej rehabilitácie detí s postihnutím v Nitre rodičia týchto detí. Získané informácie by mohli naznačiť, čo treba v Nitre v tejto oblasti sociálnej práce zlepšovať. Zameraním na subjektívne vyjadrenú spokojnosť klientov s realizáciou ucelenej rehabilitácie v Nitre sa výskum rozhodne nepokúša znižovať význam objektívnych ukazovateľov kvality tejto služby, vyjadrenej vo forme určitých štandardov vyplývajúcich zo zákona o sociálnych službách. Zámerom bolo skôr pokúsiť sa pozrieť na túto problematiku očami klienta a tak poskytnúť ucelenejší pohľad pre odborníkov, ktorí v týchto službách pracujú a záleží im na rozvoji ucelenej rehabilitácie vo svojom meste.

3.1 Ciele, výskumné otázky a hypotézy výskumu

Predmetom diplomovej práce bola spokojnosť rodičov s realizáciou ucelenej rehabilitácie detí s postihnutím v Nitre. V priebehu tvorby výskumného problému sme si kládli otázky : Je vnímaná spokojnosť rodičov rozdielna v jednotlivých zložkách rehabilitácie ? S ktorou zložkou sú najviac a najmenej spokojní ? Je vnímaná spokojnosť rodičov rozdielna pri rôznych druhoch postihnutia detí ? Sú s niektorými znakmi jednotlivých zložiek rehabilitácie rodičia detí s postihnutím výrazne nespokojní ?

Na základe preštudovanej literatúry a našej osobnej skúsenosti a pozorovania v oblasti sociálnej práce so špecifickou skupinou ťažko zdravotne postihnutých, sme stanovili hlavný cieľ výskumu : *Zistiť, aká je subjektívne vnímaná spokojnosť rodičov detí s postihnutím s realizáciou ucelenej rehabilitácie v Nitre.* Špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným čiastkovým cieľom :

C1: Zistiť, či existuje rozdiel v ich spokojnosti s realizáciou liečebnej zložky a ostatných zložiek ucelenej rehabilitácie.

C2: Zistiť rozdiely v spokojnosti s pedagogickou rehabilitáciou v predškolskom veku u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím v Nitre.

C3: Zistiť, aká je úroveň odbornej informovanosti rodičov detí s postihnutím o problematike ucelenej rehabilitácie v Nitre.

C4: Zistiť stav realizácie ucelenej rehabilitácie v Nitre vo všetkých jej zložkách v ranom veku dieťaťa.

Na základe týchto čiastkových cieľov sme formulovali nasledovné výskumné otázky :

O1: Existuje rozdiel vo vnímaní spokojnosti s realizáciou liečebnej rehabilitácie a ostatných zložiek rehabilitácie (sociálnej, pedagogickej, pracovnej) ?

O2: Existuje rozdiel vo vnímaní spokojnosti s pedagogickou rehabilitáciou v predškolskom veku u rodičov detí s mentálnym a rodičov detí s kombinovaným postihnutím ?

O3: Aká je odborná úroveň informovanosti rodičov detí s postihnutím o problematike ucelenej rehabilitácie ?

O4: Aký je stav realizácie všetkých zložiek ucelenej rehabilitácie v ranom veku dieťaťa ?

Pri štúdiu literatúry sme sa nestretli s rovnako zameraným výskumom. Podľa Gavoru (2008, s.63) „...môže hypotéza vzniknúť na základe osobnej skúsenosti ...pozorovania a predikcie.“ Formulácia hypotéz vychádza teda čiastočne z teoretických poznatkov a z našich praktických skúseností nadobudnutých počas štrnásťročnej práce s deťmi a mládežou s postihnutím. Uvedené hypotézy vychádzajú z výskumnej otázky O1 a O2.

H1: Rozdiel vo vnímaní spokojnosti v realizácií liečebnej rehabilitácie a ostatných zložiek ucelenej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

H1.1 : Rozdiel vo vnímaní spokojnosti v realizácií liečebnej rehabilitácie a pedagogickej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

H1.2 : Rozdiel vo vnímaní spokojnosti v realizácií liečebnej rehabilitácie a sociálnej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

H1.3 : Rozdiel vo vnímaní spokojnosti v realizácií liečebnej rehabilitácie a pracovnej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

H2 : Rozdiel vo vnímaní spokojnosti s dostupnosťou pedagogickej rehabilitácie v predškolskom veku u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím v Nitre je štatisticky významný.

3.2. Metódy výskumu

Výberový súbor

Základným súborom pre náš výskum boli rodičia detí s mentálnym, telesným, zrakovým, sluchovým alebo kombinovaným postihnutím od narodenia v Nitre. (Nebrali sme do úvahy deti a mládež, ktorí sú považovaní za ťažko postihnutých v dôsledku úrazu alebo napríklad civilizačného ochorenia .) Rodičov sme oslovovali osobne – DSS Topoľová,

stacionár na Baničovej, špeciálna materská škola Topoľová, základná škola Topoľová, alebo prostredníctvom špeciálnych pedagógov alebo sociálnych pracovníkov v materských školách na Nábřeží mládeže, Štiavnickej, Piaristickej, v základnej škole na Petzvalovej, v špeciálnej škole na Červeňovej a Kollárovej, v centre Effeta. Spolu to bolo 11 inštitúcií v Nitre, kde sa deťom poskytuje vzdelávanie, výchova, sociálne služby, poradenstvo. Výberový výskumný súbor z tohto základného súboru tvorilo 109 rodičov, vlastnosti výberového súboru zistené v siedmych položkách identifikačnej časti dotazníka sú usporiadané v nasledujúcich tabuľkách.

Tab.1 Rozloženie respondentov podľa postihnutia a školskej dochádzky dieťaťa

Postihnutie	Počet respondentov	Školská dochádzka dieťaťa	Počet respondentov
telesné	9 (8%)	chodí do školy denne	55 (50%)
mentálne	36 (33%)	chodí do školy niektoré dni v týždni	13 (12%)
zrakové	8 (7%)	chodí do materskej školy	24 (22%)
sluchové	17 (16%)	chodil do školy, teraz je v soc. zariadení	5 (5%)
kombinované	39 (36%)	nechodil do školy, je v sociálnom zariadení	12 (11%)

Tab.2 Rozloženie respondentov podľa vzťahu k dieťaťu, vzdelania rodiča a starostlivosti

Vzťah k dieťaťu	Počet responden.	Vzdelanie	Počet responden.	Starostlivosť o dieťa	Počet responden.
otec	22 (20%)	základné	11 (10%)	dieťa má asistenta	3 (3%)
matka	84 (77%)	stredné	72 (66%)	starám sa oň iba ja	24 (24%)
iný príbuzný	3 (3%)	vysokoškolské	26 (24%)	starajú sa oň všetci členovia rodiny	82 (75%)

Tab.3 Rozloženie respondentov podľa rodinnej situácie a zamestnanosti rodiča

Rodinná situácia	Počet respondentov	Zamestnanosť rodiča	Po
Úplná rodina	87 (80%)	rodič poberá príspevok za opatrovanie	48 (44%)
Osamelý rodič	22 (20%)	rodič poberá rodičovský príspevok	12 (11%)
Zdravý súrodenec	47 (43%)	rodič pracuje, nepoberá príspevok	48 (44%)
Súrodenec s postihnutím	10 (9%)	rodič je nezamestnaný	1 (1%)

Zaujímavým zistením bolo, že deti, ktoré nechodia ani nechodili do školy (dvanásť), majú všetky kombinované postihnutie, polovica opýtaných osamelých rodičov (jedenásť), má dieťa s mentálnym postihnutím, všetci rodičia s vysokoškolským vzdelaním pracujú

a nepoberajú žiadny sociálny príspevok, ani jeden rodič so základným vzdelaním nepracuje, ale všetci poberajú príspevok za opatrovanie svojho dieťaťa. Takmer polovica detí má zdravého súrodenca (43%), v prípade desiatich súrodencov s postihnutím ide v ôsmich prípadoch o sluchové postihnutie vo dvoch prípadoch o kombinované postihnutie. V prípade osamelých rodičov šlo o 5 otcov a 17 matiek. Nie každý osamelý rodič uviedol, že sa o dieťa stará sám, z čoho vyplýva pomoc širšej rodiny, na druhej strane niektorí respondenti z úplnej rodiny uvádzajú, že o dieťa sa v rodine starajú iba oni.

Metódy

Výskumnou metódou, ktorou sme zisťovali spokojnosť respondentov, bol štrukturovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Obsahoval 9 uzatvorených položiek, z toho 7 bolo identifikačných, 36 škálovaných položiek na kvantifikáciu miery spokojnosti / nespokojnosti rozložených po 9 v každej zo štyroch zložiek rehabilitácie, 1 otvorenú položku. Na deskripciu dát potrebnú pri vyhodnocovaní výskumnej otázky O3 a O4 sme použili metódu komparačnej analýzy, numerickú charakteristiku súboru sme vyjadrili mierami centrálnej tendencie, priemerom, mediánom, modusom. Pri overovaní hypotéz, ktoré boli sformulované na základe výskumných otázok O1 a O2, sme sumarizovali dáta získané prostredníctvom dotazníka vo frekvenčných tabuľkách, prezentovali sme ich graficky. Štatistické testovanie hypotéz sme realizovali pomocou metódy na zistenie významnosti rozdielov χ^2 .

Operacionalizácia pojmov :

vnímaná spokojnosť – respondentom vyznačené skóre v škálovaných položkách č.1 až č.9 týkajúcich sa jednotlivých zložiek rehabilitácie

odborná úroveň informovanosti rodičov – počet respondentov informovaný odborníkom, počet respondentov vyjadrujúcich rovnosť dôležitosti všetkých zložiek rehabilitácie, respondentom vyznačené skóre v škálovaných položkách č.6 a č.8

stav realizácie ucelenej rehabilitácie v ranom veku – respondentom vyznačené skóre v škálovannej položke č.7 vo všetkých zložkách rehabilitácie

Plán výskumu

V decembri 2009 sme skonštruovali dotazník . V januári 2010 sme znenie otázok preskúšali v sonde pomocou interview s piatimi respondentmi, ktorí majú deti v Domove sociálnych služieb, kde pracujeme. Pri tomto overovaní sme zistili, že je potrebné upresniť dve uzatvorené položky v identifikačnej časti dotazníka, vo vstupnej časti dotazníka zdôrazniť, že respondent nehodnotí zariadenie, v ktorom jeho dieťa práve je (pre zníženie rizika skreslených – vylepšených hodnotení v škálovaných otázkach), v záverečnej

otvorenej položke ponechať aj možnosť nevyjadriť sa, aby sme nemuseli vyradovať zo súboru dotazníky rodičov, ktorí nie sú schopní písomne formulovať požadovaný názor. Dĺžka vyplňania dotazníka bola 20 – 30 minút. V mesiaci január a február sme postupne oslovovali respondentov v Domove sociálnych služieb s ambulatnou službou na Topoľovej ulici (deti s kombinovaným postihnutím), v stacionári na Baničovej ulici (mládež s kombinovaným postihnutím), v špeciálnej materskej škole na Topoľovej ulici (deti s kombinovaným postihnutím). Keďže šlo o osobný kontakt, návratnosť v týchto prípadoch bola 100%. Ďalej sme prostredníctvom sociálnych pracovníkov a špeciálnych pedagógov oslovili respondentov v Materskej škole na Piaristickej (deti so zrakovým postihnutím), Štiavnickej (deti so sluchovým postihnutím) a Nábřeží mládeže (deti s mentálnym postihnutím), v Základnej škole na Topoľovej, (integrované deti s telesným postihnutím), Petzvalovej, (deti so sluchovým postihnutím), v Špeciálnej základnej škole a Praktickej škole na Červeňovej, v Spojenej škole na Mudroňovej, v Centre špeciálno-pedagogického poradenstva Efeta na Samovej, kde bola návratnosť nižšia. V poslednom zariadení boli štyri zo šiestich dotazníkov vyplňané s pomocou tlmočníka, pretože aj rodičia boli nepočujúci. Celkovo sme distribuovali 150 dotazníkov, návratnosť predstavovala 87%, po optickej kontrole a následnom vyradení neúplných dotazníkov sme do spracovania mohli použiť 109 dotazníkov (n = 109). Optické spracovanie dotazníka a následne štatistické spracovanie sme realizovali v mesiaci marec. Vyhodnotenie výsledkov, ich interpretáciu, a implikácie pre prax a prípadný budúci výskum sme spracovali v mesiacoch marec a apríl 2010.

4 VÝSLEDKY

Spokojnosť rodičov detí s postihnutím s realizáciou ucelenej rehabilitácie v Nitre sme zisťovali na deviatich škálovaných charakteristikách spokojnosti s piatimi stupňami a to pre každú zložku rehabilitácie zvlášť.

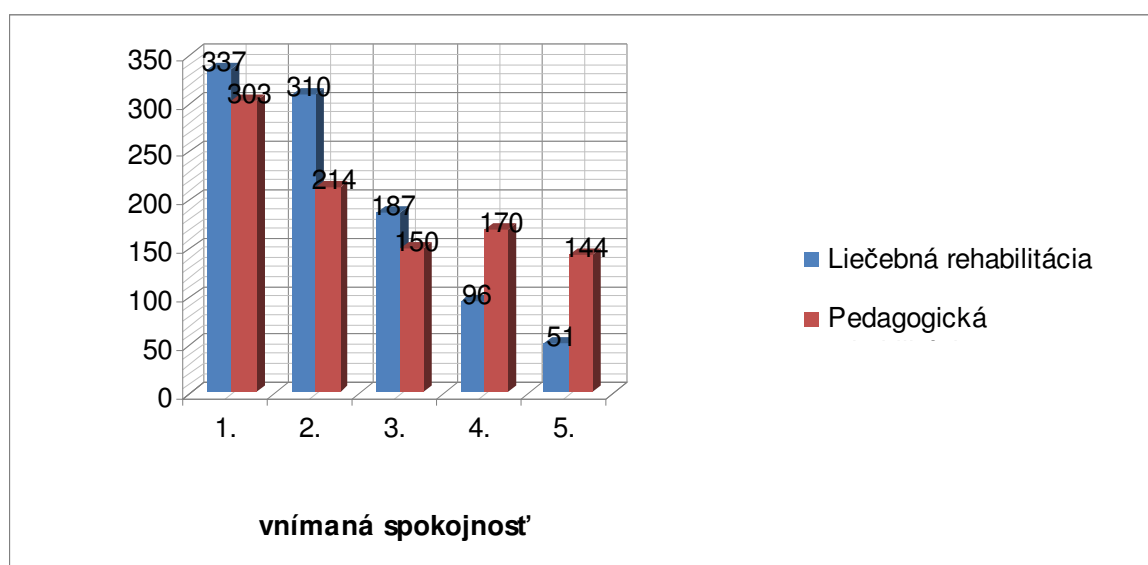
Výsledky overovania hypotézy *H1: Rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov v realizácii liečebnej rehabilitácie a ostatných zložiek ucelenej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.*

Hypotéza H 1.1 Rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov v realizovaní liečebnej rehabilitácie a pedagogickej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

Najprv sme stanovili sumárne skóre vnímanej spokojnosti v liečebnej a pedagogickej rehabilitácii, ktorú respondenti vyjadrili na škálach jednotlivých deviatich charakteristík uvedených zložiek.

Tab.4 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a pedagogickej rehabilitácii

Vnímaná spokojnosť	1.	2.	3.	4.	5.
Liečebná rehabilitácia - skóre	337	310	187	96	51
Pedagogická rehabilitácia - skóre	303	214	150	170	144



Graf 1 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a pedagogickej rehabilitácii

Stanovenú hypotézu sme overovali pomocou χ^2 – testu pre kontingenčnú tabuľku. V tabuľke č. 5 sú spracované jednotlivé údaje, ktoré sú potrebné na výpočet hodnoty χ^2 .

Tab.5 Kontingenčná tabuľka pre overenie hypotézy H 1.1 pomocou χ^2

Vnímaná spokojnosť	1		2		3		4		5		Spolu
Liečebná rehabilitácia	337	320	310	262	187	168,5	96	133	51	97,5	981
	0,90		8,79		2,03		10,29		22,18		
Pedagogická rehabilitácia	303	320	214	262	150	168,5	170	133	144	97,5	981
	0,90		8,79		2,03		10,29		22,18		
Spolu	640		524		337		266		195		1962

Nulová hypotéza predpokladá, že rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej rehabilitácie a pedagogickej rehabilitácie nie je štatisticky

významný. Po dosadení do vzorca $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(f_{ij} - o_{ij})^2}{o_{ij}}$ dostaneme hodnotu $\chi^2 = 88,40$

Vypočítame stupeň voľnosti podľa vzorca $\gamma = (k - 1) \cdot (m - 1)$, čiže, $\gamma = 4$. Stanovíme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a zo štatistických tabuliek určíme kritickú hodnotu

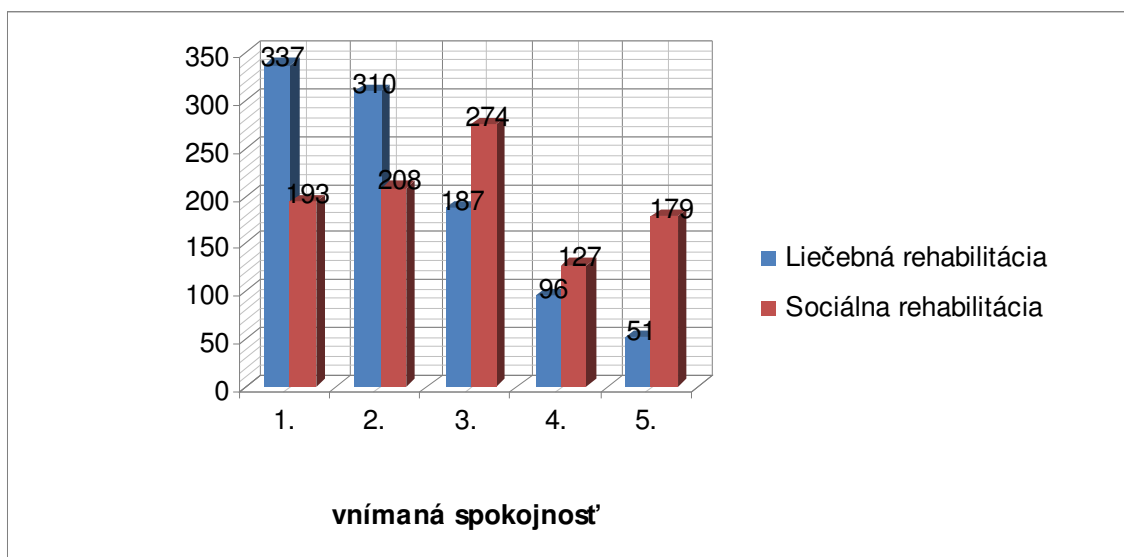
$\chi_4^2(0,05) = 9,49$. Keďže $88,40 > 9,49$ tak nulovú hypotézu zamietame, teda rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej a pedagogickej rehabilitácie je štatisticky významný. Hypotéza H1.1 bola potvrdená.

Hypotéza H 1.2 Rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov v realizovaní liečebnej rehabilitácie a sociálnej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

Najprv sme stanovili sumárne skóre vnímanej spokojnosti v liečebnej a sociálnej rehabilitácií, ktorú respondenti vyjadrili na škálach jednotlivých deviatich charakteristík uvedených zložiek.

Tab.6 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a sociálnej rehabilitácii

Vnímaná spokojnosť	1.	2.	3.	4.	5.
Liečebná rehabilitácia - skóre	337	310	187	96	51
Sociálna rehabilitácia - skóre	193	208	274	127	179



Graf 2 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a sociálnej rehabilitácii

Stanovenú hypotézu sme overovali pomocou χ^2 – testu pre kontingenčnú tabuľku. V tabuľke č. 7 sú spracované jednotlivé údaje, ktoré sú potrebné na výpočet hodnoty χ^2 .

Tab.7 Kontingenčná tabuľka pre overenie hypotézy H 1.2 pomocou χ^2

Vnímaná spokojnosť'	1		2		3		4		5		Spolu
Liečebná rehabilitácia	337	265	310	259	187	230,5	96	111,5	51	115	981
	19,56		10,04		8,21		2,15		35,62		
Sociálna rehabilitácia	193	265	208	259	274	230,5	127	111,5	179	115	981
	19,56		10,04		8,21		2,15		35,62		
Spolu	530		518		461		223		230		1962

Nulová hypotéza predpokladá, že rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej a sociálnej rehabilitácie nie je štatisticky významný.

Po dosadení do vzorca $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(f_{ij} - o_{ij})^2}{o_{ij}}$ dostaneme hodnotu $\chi^2 = 151,17$. Vypočítame

stupeň voľnosti podľa vzorca $\gamma = (k - 1) \cdot (m - 1)$, čiže, $\gamma = 4$. Stanovíme hladinu

významnosti $\alpha = 0,05$ a zo štatistických tabuliek určíme kritickú hodnotu $\chi_4^2(0,05) = 9,49$

Keďže $151,17 > 9,49$ tak nulovú hypotézu zamietame, teda rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej a sociálnej rehabilitácie je štatisticky významný.

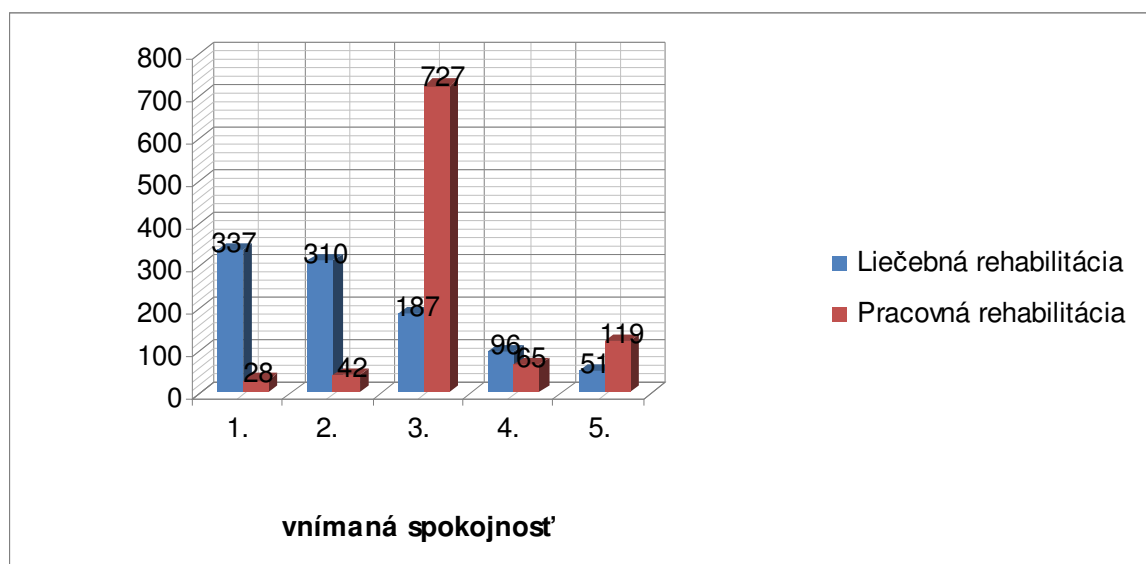
Hypotéza H1.2 bola potvrdená.

Hypotéza H 1.3 Rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov v realizovaní liečebnej rehabilitácie a pracovnej rehabilitácie v Nitre je štatisticky významný.

Najprv sme stanovili sumárne skóre vnímanej spokojnosti v liečebnej a pracovnej rehabilitácii, ktorú respondenti vyjadrili na škálach jednotlivých deviatich charakteristík uvedených zložiek.

Tab. 8 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a pracovnej rehabilitácii

Vnímaná spokojnosť'	1.	2.	3.	4.	5.
Liečebná rehabilitácia - skóre	337	310	187	96	51
Pracovná rehabilitácia - skóre	28	42	727	65	119



Graf 3 Vnímanie spokojnosti respondentov v liečebnej a pracovnej rehabilitácii

Stanovenú hypotézu sme štatisticky overovali pomocou χ^2 – testu pre kontingenčnú tabuľku. V tabuľke č. 9 sú spracované jednotlivé údaje, ktoré sú potrebné na výpočet hodnoty χ^2 .

Tab.9 Kontingenčná tabuľka pre overenie hypotézy H1.3 pomocou χ^2

Vnímaná spokojnosť'	1		2		3		4		5		Spolu
Liečebná rehabilitácia	337	182,5	310	176	187	457	96	80,5	51	85	981
	130,80		102,02		159,52		2,98		13,60		
Pracovná rehabilitácia	28	182,5	42	176	727	457	65	80,5	119	85	981
	130,80		102,02		159,52		2,98		13,60		
Spolu	365		352		914		161		170		1962

Nulová hypotéza predpokladá, že rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej a pracovnej rehabilitácie nie je štatisticky významný.

Po dosadení do vzorca $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(f_{ij} - o_{ij})^2}{o_{ij}}$ dostaneme hodnotu $\chi^2 = 817,84$. Vypočítame

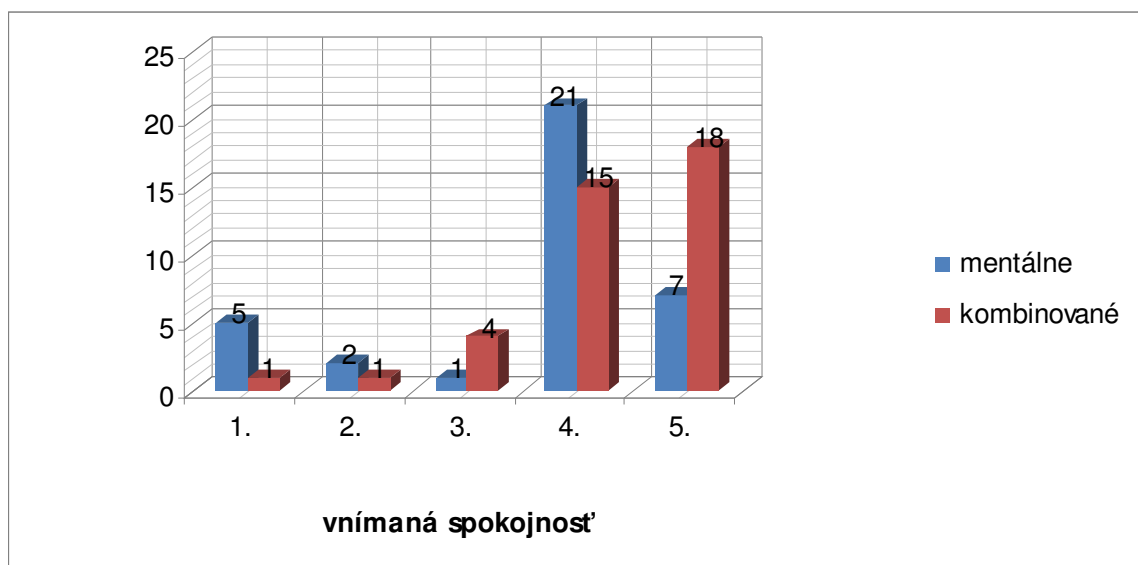
stupeň voľnosti podľa vzorca $\gamma = (k - 1) \cdot (m - 1)$, čiže, $\gamma = 4$. Stanovíme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a zo štatistických tabuliek určíme kritickú hodnotu $\chi_4^2(0,05) = 9,49$. Keďže $817,84 > 9,49$, tak nulovú hypotézu zamietame. To teda znamená, že rozdiel vo vnímaní spokojnosti respondentov s realizovaním liečebnej a pracovnej rehabilitácie je štatisticky významný. Hypotéza H1.3 bola potvrdená.

Výsledky overovania hypotézy H2 : Rozdiel vo vnímaní spokojnosti s dostupnosťou pedagogickej rehabilitácie v predškolskom veku u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím je štatisticky významný.

Výberový súbor sme rozdelili podľa znaku, ktorý bol v položke dotazníka č.3 – Označte druh postihnutia Vášho dieťaťa, na tri skupiny respondentov – rodičia detí s mentálnym postihnutím, rodičia detí s kombinovaným postihnutím, rodičia detí s telesným a zmyslovým postihnutím. Potom sme zistili sumárne skóre vnímanej spokojnosti s charakteristikou „ Pedagogická rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku „ vyjadrenej na škále, (charakteristika č.9 v zložke pedagogická rehabilitácia), a to v skupine respondentov so znakom rodičia detí s mentálnym postihnutím a rodičia detí s kombinovaným postihnutím. Sumárne skóre týchto dvoch skupín respondentov je zaznamenané v tabuľke 10 a v grafe 4.

Tab.10 Vnímaná spokojnosť s charakteristikou „ Pedagogická rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku“

Vnímaná spokojnosť	1.	2.	3.	4.	5.
Rodičia detí s mentálnym postihnutím - skóre	5	2	1	21	7
Rodičia detí s kombinovaným postihnutím - skóre	1	1	4	15	18



Graf 4 Vnímaná spokojnosť s charakteristikou „ Pedagogická rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku“ u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím

Stanovenú hypotézu sme overovali pomocou χ^2 – testu pre kontingenčnú tabuľku. V tabuľke č. 11 sú spracované jednotlivé údaje, ktoré sú potrebné na výpočet hodnoty χ^2 .

Tab. 11 Kontingenčná tabuľka pre overenie hypotézy H2 pomocou χ^2

Škála	1	2	3	4	5	Spolu					
mentálne	5	2,88	2	1,44	1	2,4	21	17,28	7	12	36
		1,56		0,22		0,82		0,80		2,08	
kombinované	1	3,12	1	1,56	4	2,6	15	18,72	18	13	39
		1,44		0,20		0,75		0,74		1,92	
Spolu	6		3		5		36		25		75

Nulová hypotéza predpokladá, že rozdiel medzi vnímanou spokojnosťou respondentov s charakteristikou „ Pedagogická rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku“ u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím nie je štatisticky významný.

Po dosadení do vzorca $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(f_{ij} - o_{ij})^2}{o_{ij}}$ dostaneme hodnotu $\chi^2 = 10,54$. Vypočítame

stupeň voľnosti podľa vzorca $\gamma = (k - 1) \cdot (m - 1)$, čiže, $\gamma = 4$. Stanovíme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a zo štatistických tabuliek určíme kritickú hodnotu $\chi_4^2(0,05) = 9,49$

Keďže $10,54 > 9,49$ tak nulovú hypotézu zamietame, teda rozdiel medzi vnímanou spokojnosťou respondentov s charakteristikou „Pedagogická rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku“ u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím je štatisticky významný. Hypotéza H2 je pravdivá.

Výskumná otázka O3 „Aká je odborná informovanosť rodičov detí s postihnutím v Nitre o problematike ucelenej rehabilitácie?“

Odpoveď na výskumnú otázku sme sa snažili zistiť v dotazníkovej položke č.8 a č.9 a vo vnímanej spokojnosti na položke č.10 - škálovaných položkách – charakteristikách č.8 a č.6 vo všetkých zložkách ucelenej rehabilitácie. Dotazníková položka č.8 : „Od koho ste prvý krát dostali informáciu o potrebe ucelenej rehabilitácie pre Vaše dieťa?“ zisťuje, či sa informácia o potrebe rovnomerného poskytovania všetkých zložiek rehabilitácie rodičom poskytuje zo strany odborníkov, ktorí sa deťom s postihnutím venujú spravidla v ranom veku. Uvádzame frekvencie odpovedí:

a. od detského lekára, neurológa, rehabilitačného lekára	17 respondentov
b. od iného rodiča, ktorý má dieťa s postihnutím	20 respondentov
c. v pedagogicko-psychologickej poradni	5 respondentov
d. od sociálneho pracovníka v zariadení soc. služieb	9 respondentov
e. zistil som to vlastným úsilím	8 respondentov
f. ešte som sa s takou informáciou nestretol	50 respondentov
g. iné	0 respondentov

Z prehľadu vidíme, že odborníkom bola prvá informácia o potrebe ucelenej rehabilitácie podaná iba v prípade 31 respondentov (28%), pričom 50 respondentov (45,87%) sa ešte s takou informáciou vôbec nestretlo. Lekár túto informáciu poskytol 17 krát z 31, čo znamená 54,84%.

Tab.12 Informovanosť o potrebe ucelenej rehabilitácie v Nitre

prvá informácia podaná odborníkom a + c + d	prvá informácia nepodaná odborníkom b + e + f	respondenti spolu
31 (28%)	78 (72%)	109 (100%)

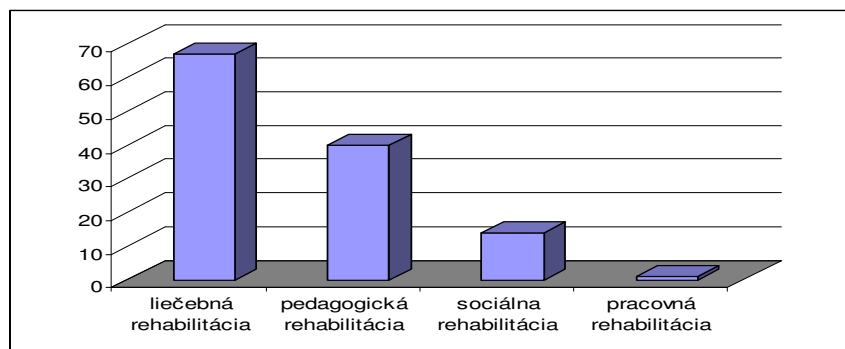
Dotazníková položka č.9 : „Podľa svojho názoru číslicami priradte stupeň dôležitosti jednotlivým zložkám ucelenej rehabilitácie nasledovne : 1. najdôležitejšia, 2. menej dôležitá, 3. ešte menej dôležitá, 4. najmenej dôležitá. Je možné, podľa Vášho názoru,

priradiť ten istý stupeň dôležitosti aj viacerým zložkám. Táto položka zisťuje, či si respondenti uvedomujú rovnosť dôležitosti všetkých zložiek rehabilitácie, ak nie, tak ktorú zložku preferujú.

Zo všetkých 109 respondentov 20 respondentov (18%) priradilo všetkým zložkám rehabilitácie zhodný stupeň dôležitosti č.1. Ostatných 89 respondentov (82%) priradilo rôzne stupne, pričom nás zaujímalo, koľkokrát bol najvyšší stupeň dôležitosti priradený jednotlivým zložkám.

Tab.13 Priradenie stupňa dôležitosti č.1 jednotlivým zložkám(dotazníková otázka č.9)

liečebná rehabilitácia	pedagogická rehabilitácia	sociálna rehabilitácia	pracovná rehabilitácia
67 priradení	40 priradení	14 priradení	1 priradenie

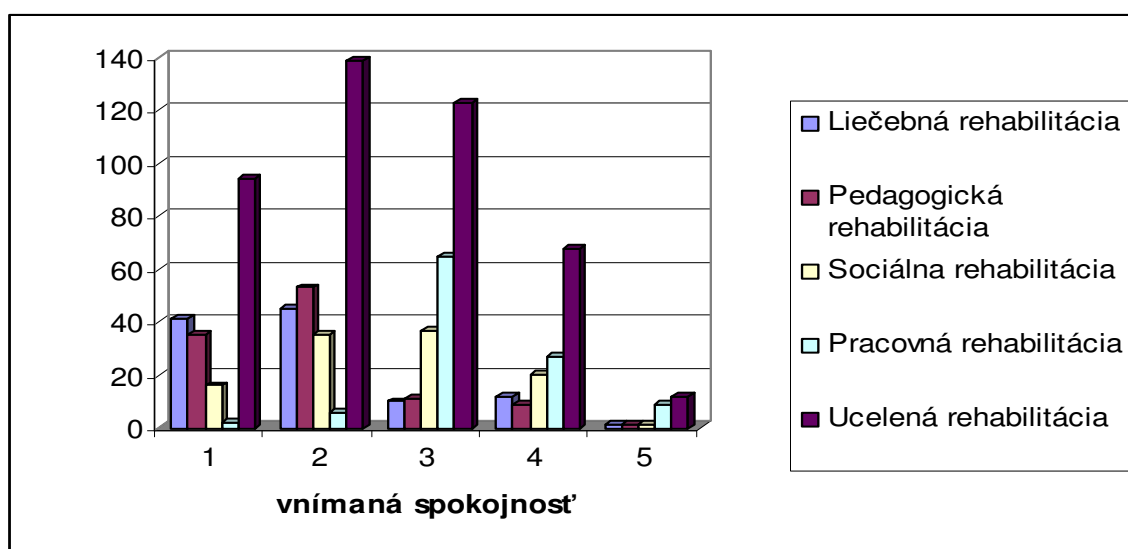


Graf 5 Priradenie stupňa dôležitosti č.1 jednotlivým zložkám(dotazníková otázka č.9)

Ďalej sme stanovili sumárne skóre vnímanej spokojnosti všetkých respondentov na charakteristiku č. 6 „Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom“ a na charakteristiku č.8 „V Nitre je dobrá odborná informovanosť o liečebnej / pedagogickej / sociálnej / pracovnej rehabilitácii“ , a to pre každú zložku rehabilitácie zvlášť a potom pre ucelenú rehabilitáciu ako celok. V tabuľke č.14 a č. 15 sú sumárne skóre ako aj priemerné hodnoty a medián. Porovnávaním hodnoty mediánu sme zistili, že respondenti hodnotili negatívnejšie tvrdenie „v Nitre je dobrá odborná informovanosť...“ ako tvrdenie „odborníkmi som dostatočne informovaný...“ s výnimkou hodnotenia liečebnej rehabilitácie, kde je medián zhodný : 2 – skôr súhlasím. Graf 8 zachytáva rozdiely vo vnímaní spokojnosti medzi týmito charakteristikami spokojnosti.

Tab.14 Charakteristika č.6 „Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom“

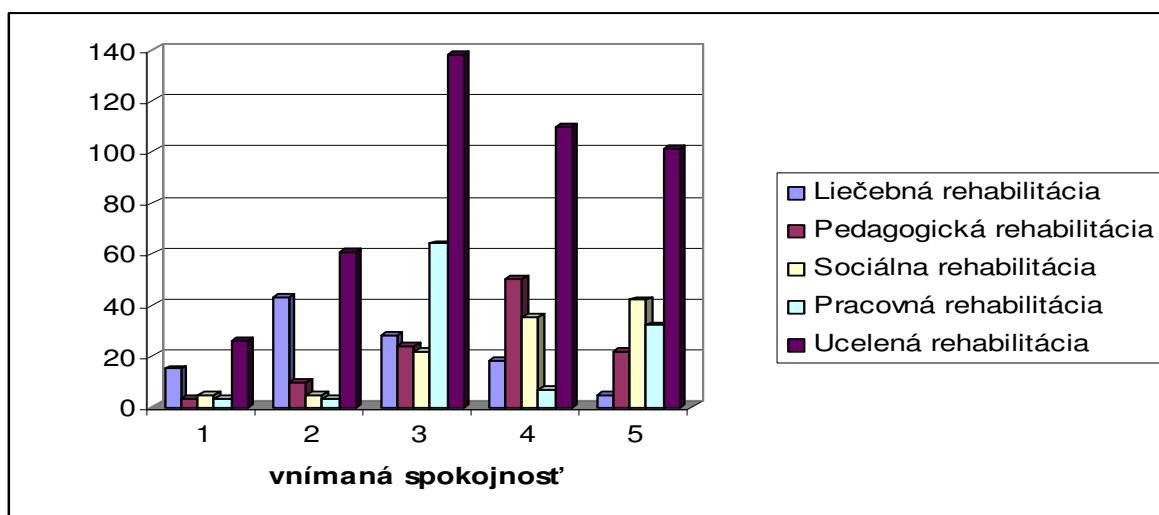
Vnímaná spokojnosť	1	2	3	4	5	priemer	medián	modus
Liečebná rehabilitácia	41	45	10	12	1	1,96	2	2
Pedagogická rehabilitácia	35	53	11	9	1	1,97	2	2
Sociálna rehabilitácia	16	35	37	20	1	2,58	3	3
Pracovná rehabilitácia	2	6	65	27	9	2,83	3	3
Ucelená rehabilitácia	94	139	123	68	12	2,46	2	2



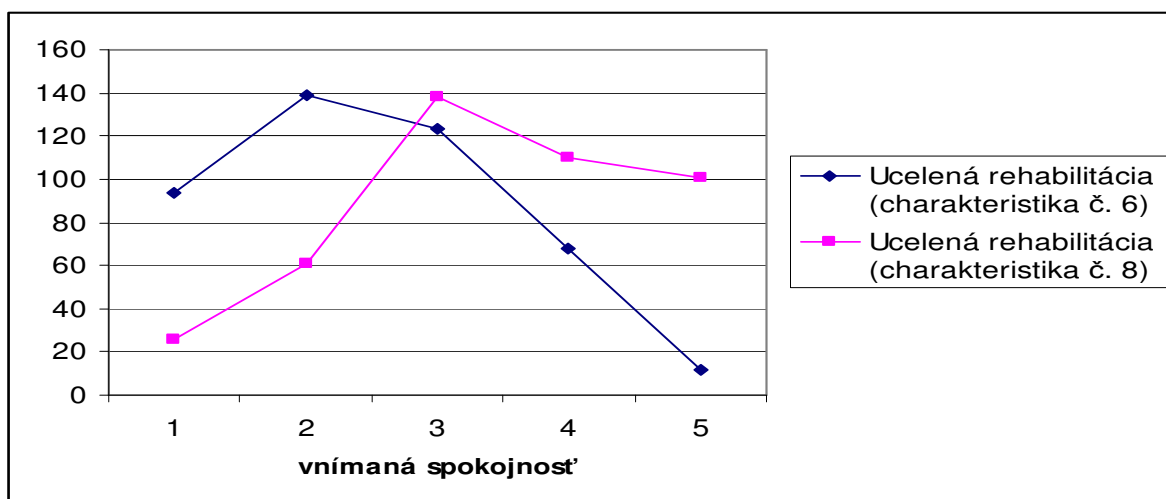
Graf 6 Charakteristika č.6 „Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom“

Tab15. Charakteristika č.8 „V Nitre je dobrá odborná informovanosť o liečebnej / pedagogickej / sociálnej / pracovnej rehabilitácii“

Vnímaná spokojnosť	1.	2.	3.	4.	5.	priemer	medián	modus
Liečebná rehabilitácia	15	43	28	18	5	2,58	2	2
Pedagogická rehabilitácia	3	10	24	50	22	3,72	4	4
Sociálna rehabilitácia	5	5	22	35	42	3,95	4	5
Pracovná rehabilitácia	3	3	64	7	32	3,57	3	3
Ucelená rehabilitácia	26	61	138	110	101	3,46	3	3



Graf 7 Charakteristika č.8 „V Nitre je dobrá odborná informovanosť o jednotlivých zložkách ucelenej rehabilitácie“



Graf 8 Porovnanie vnímanej spokojnosti v charakteristike č.6 a č.8

V spojitosti s úrovňou odbornej informovanosti nás zaujímala otvorená položka v závere dotazníka č.11 : Napíšte prosím, čo podľa Vášho názoru v systéme ucelenej rehabilitácie v meste Nitra chýba, alebo by bolo treba zlepšiť, prípadne sa pokúste navrhnuť systém spolupráce medzi jednotlivými zložkami. Zo 109 respondentov sa v tejto položke vyjadrilo iba 15 (takmer 14%), ostatní (94 čo je 86%) uviedli, že sa nevedia vyjadriť. Z rodičov detí so sluchovým postihnutím sa vyjadril iba jeden, uviedol slabú pracovnú rehabilitáciu, absenciu chránených dielní, slabú sociálnu rehabilitáciu detí so sluchovým postihnutím v súvislosti s integratívnou výchovou a vzdelávaním, nízku odbornú úroveň sociálnych pracovníkov na úradoch. Z rodičov detí so zrakovým postihnutím sa nevyjadril ani jeden.

Z rodičov detí s mentálnym postihnutím sa vyjadrili traja, vo dvoch prípadoch by posilňovali pracovnú rehabilitáciu v chránených dielňach a v jednom prípade by skvalitňovali prácu v oblasti liečebnej rehabilitácie. Rodičia detí s telesným postihnutím sa vyjadrili štyria, posilňovali by oblasť pedagogickej rehabilitácie, chýbajú špeciálne predškolské zariadenia, vo dvoch prípadoch mali názor, že chýba veľké centrum, ktoré by koordinovalo všetky zložky, malo by odborníkov, ktorí sa vyznajú, majú skúsenosti a kontakty. Najviac vyjadrení smerovalo od rodičov detí s kombinovaným postihnutím, osem. Uvádzame ich heslovite:

- odborníci nespolupracujú, mal by to koordinovať lekár, ten pozná dieťa prvý, ten by mal byť dobre informovaný o možnostiach rozvoja dieťaťa
- vo veku do troch rokov je absolutne nedostatočná rehabilitácia, chýba niečo, kde by bolo všetko pod jednou strechou, informovanosť rodiča ja chabá, škôlky nie sú
- je potrebné jedno komplexné zariadenie, ktoré by zastrešovalo všetky zložky rehabilitácie
- všetko by malo byť pod jednou strechou a nie kilometre od seba
- odborná zdatnosť sociálnych pracovníkov na úradoch je veľmi slabá, poradenstvo je tam slabé, skôr sa vás chcú zbaviť ako poradiť, nemajú koordináciu ani poznatky ani skúsenosti
- medzi zložkami nie je spolupráca, všetko by malo byť pod jednou strechou
- úplne chýba komunikácia a koordinácia, prístup je buď medicínsky alebo psychologický alebo sociálny, chýba holizmus

Tab. 16 Počet vyjadrení na otvorenú položku č. 11 v dotazníku

Rodičia detí s postihnutím	nevyjadrili sa - počet	vyjadrili sa - počet
mentálnym	34	2
telesným	5	4
zrakovým	8	0
sluchovým	16	1
kombinovaným	31	8
SPOLU	94 (86%)	15 (14%)

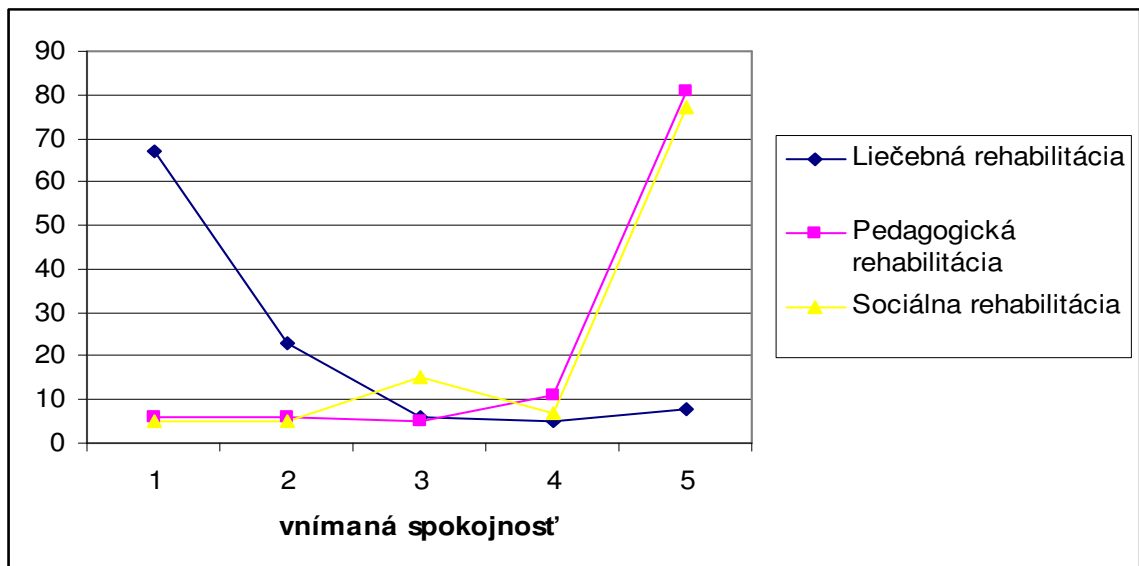
Výskumná otázka O4 : *Aký je stav realizácie liečebnej, pedagogickej a sociálnej rehabilitácie v Nitre v ranom veku dieťaťa (do troch rokov)?*

Táto položka zisťovala včasnosť ucelenej rehabilitácie v Nitre, teda či sa jej jednotlivé zložky, okrem pracovnej, začali poskytovať dieťaťu s postihnutím už do troch rokov

života. V tabuľke 16 sú sumárne skóre, priemer, medián za každú sledovanú zložku rehabilitácie zvlášť. Z porovnania hodnôt mediánu vidieť výraznú spokojnosť s týmto znakom v liečebnej rehabilitácii a výraznú nespokojnosť v pedagogickej a sociálnej rehabilitácii. Porovnanie zložiek je v grafe 9.

Tab.16 Charakteristika č.7: „Rehabilitácia sa začala poskytovať v ranom veku“

Vnímaná spokojnosť	1.	2.	3.	4.	5.	priemer	medián	modus
Liečebná rehabilitácia	67	23	6	5	8	1,75	1	1
Pedagogická rehabilitácia	6	6	5	11	81	4,42	5	5
Sociálna rehabilitácia	5	5	15	7	77	4,34	5	5
Ucelená rehabilitácia	78	34	26	23	166	3,50	5	5



Graf 9 Charakteristika č.7: „Rehabilitácia sa začala poskytovať v ranom veku“ v jednotlivých zložkách rehabilitácie

5 DISKUSIA

Interpretácia výsledkov

Výsledkom výskumu v prípade verifikácie hypotéz bolo potvrdenie pravdivosti hypotézy H1 o štatisticky významnom rozdiel medzi spokojnosťou s liečebnou rehabilitáciou a spokojnosťou s jednotlivými ostatnými zložkami, teda pedagogickou, sociálnou a pracovnou. Na grafickom spracovaní výsledkov vidieť, že respondenti vyjadrili svoju subjektívne vnímanú spokojnosť s liečebnou rehabilitáciou vždy vyššie v porovnaní s každou inou zložkou rehabilitácie. Tento výsledok korešponduje s nasledovnou praxou : Liečebná zložka rehabilitácie spravidla nastupuje vo veľmi krátkom čase po narodení dieťaťa s telesným alebo kombinovaným postihnutím. Je to v súlade s neustále prevládajúcim medicínskym modelom nazerania na problém dieťaťa, ktoré sa narodí s ťažkým zdravotným postihnutím. Jeho dôsledkom je vidieť dieťa ako chorého pacienta, ktorý potrebuje lieky a cvičenie. Súhlasíme s tým, že kvalitná liečebná rehabilitácia po narodení je nepopierateľne dôležitý štart. Avšak výsledok nižšej spokojnosti respondentov s pedagogickou a sociálnou rehabilitáciou naznačuje ich nedostatočnosť alebo v niektorých prípadoch až absenciu. Na porovnanie výsledkov výskumu spokojnosti respondentov v Nitre uvádzame výpoveď matky dieťaťa s kombinovaným postihnutím s iného nemenovaného mesta na Slovensku, ktorá bola uverejnená v časopise Efeta v roku 2008 : „Moje dieťa narodené v roku 1998 s detskou mozgovou obrnou dodnes nezažilo komplexnú starostlivosť.....detský lekár nás ani jediný raz neodporučil na nejaké poradenstvo pre postihnuté deti.....prvú pomoc nám dávali rehabilitační pracovníci prípadne neurológovia.... rehabilitačné strediská donedávna ani nechyrovali o špeciálnych pedagógoch alebo logopédoch.....Na Slovensku si musí rodič sám zisťovať, čo by sa pre dieťa malo urobiť a potom si to aj sám presadzovať.....syn bol intelektovo oveľa dopredu pred motorikou, ale keďže stále ležal a nemohol získavať sociálne skúsenosti sám, vyžadovalo to od nás rodičov veľké úsilie....Pokúsila som sa o nemožné, obtelefonovala som 10 materských škôl v meste, ale ani jedna nebola ochotná prijať nás aspoň na pár hodín. Vďaka predvolebnému obdobiu pre nás primátor našiel miesto v jednej materskej škole a mesto dokonca zaplatilo asistentku, dlhodobo nezamestnanú pani s kladným vzťahom k deťom. Strach z toho, že sa to nebude páčiť rodičom zdravých detí sa ukázal ako neopodstatnený. Avšak učiteľkám sa nepáčila „kontrola neodoborníka“, asistentky prítomnej v triede s dieťaťom. Nakoniec sa syn dostal do špeciálnej školy, kde sa otvorila

trieda predškolskej výchovy pod vedením špeciálneho pedagóga s dlhoročnou skúsenosťou. Toto opatrenie sa pre syna ukázalo ako nenahraditeľné...“ (Výpoveď matky..., 2008, s.18) Matka s touto skúsenosťou sa obávala uverejniť svoje meno a mesto, v ktorom býva v časopise, do ktorého sa odhodlala otvorene opísať svoje snahy a trápenia pri hľadaní ucelenej rehabilitácie pre svojho syna. V jej prípade v inom meste ako je Nitra teda rovnako prevažovala liečebná rehabilitácia nad ďalšie nie menej potrebné zložky. Výsledkom výskumu Inštitútu zdravotníctva a rehabilitácie na Bostonskej univerzite v USA, ktorý trval 6,7 roka na skupine 60 detí, bolo zistenie, že 82 % detí nebolo schopných začleniť sa do života komunity preto, lebo nebola zvolená správna sociálna zložka rehabilitácie, teda príčinou tohto zlyhania boli faktory prostredia nie samotné postihnutie. (Bedell, Dumas, 2004) Je to v súlade s výsledkom nášho výskumu, kde zaznamenávame nižšiu spokojnosť respondentov so sociálnou rehabilitáciou ako s liečebnou, pretože to odráža realitu znižovania významu sociálnej rehabilitácie u detí s postihnutím v porovnaní s liečebnou rehabilitáciou. Detský fyziater, teda zdôrazňujeme, že je to lekár, z Centra sociálneho poradenstva pre rodinu a deti v Moskve, takisto presadzuje potrebu okamžitého programu na zlepšenie úrovne sociálnej prispôsobivosti a zakladaniu rehabilitačných centier v spolupráci so školami. (Vozzhaeva, 2003). To takisto naznačuje zaostávanie sociálnej rehabilitácie za liečebnou, v súlade s našimi výsledkami výskumu.

Ďalším výsledkom výskumu v prípade verifikácie hypotéz bolo potvrdenie pravdivosti hypotézy H2 o štatisticky významnom rozdieli medzi spokojnosťou s dostupnosťou pedagogickej rehabilitácie v predškolskom veku u rodičov detí s mentálnym postihnutím a rodičov detí s kombinovaným postihnutím. Výsledky potvrdili, že vnímaná spokojnosť s uvedenou charakteristikou je vyššia u rodičov detí s mentálnym postihnutím. V Nitre je pre deti s mentálnym postihnutím zriadená špeciálna trieda v Materskej škole na Nábřeží mládeže (zriaďovateľská pôsobnosť Mesta Nitra) a každé dieťa, ktoré má iba mentálne postihnutie je tu bez problémov prijaté. Tu je poskytovaná kvalitná a odborná predškolská výchova a vzdelávanie pre túto presne vyšpecifikovanú skupinu detí so špeciálnymi potrebami, čo zodpovedá pedagogickej rehabilitácii v predškolskom veku. Problém však vzniká, ak dieťa nevie chodiť samostatne bez pomoci, alebo je inkontinentné. Pri takomto kombinovanom postihu je v obciach úplne neumiestniteľné v predškolskom zariadení. V Nitre je jediná Špeciálna materská škola zriadená občianskym združením pre deti s ťažkými kombinovanými postihnutiami. Tu je poskytovaná pedagogická rehabilitácia v predškolskom veku deťom bez ohľadu na diagnózu alebo rozsah potrebnej asistencie a obsluhy. Materská škola má však iba jednu triedu a pre neustály zápas o finančné prežitie

nie je možné ju rozširovať. Deti s postihnutím zmyslovým, zrakovým alebo sluchovým, majú špeciálne triedy v Materských školách zriadených mestom Nitra a bez problémov sú tu zapojené do procesu pedagogickej rehabilitácie. Preto sme v hypotéze porovnávali „rizikovejšie deti“, a výsledky potvrdili, že najviac problémov v meste Nitra v oblasti pedagogickej rehabilitácie v predškolskom veku zaznamenávame pri deťoch s postihnutím kombinovaným.

Pri hľadaní odpovede na výskumnú otázku O3 Aká je úroveň odbornej informovanosti rodičov o problematike ucelenej rehabilitácie sme v dotazníkovej položke č.8 zistili, že iba 31 (28 %) respondentov uviedlo, že informáciu o potrebe ucelenej rehabilitácie sa dozvedeli od odborníka. Zaujímavé je, že z toho v 17 prípadoch to bol, v 5 prípadoch špeciálny pedagóg – šlo o deti s telesným postihnutím denne navštevujúcich školu, v 9 prípadoch sociálny pracovník – šlo o deti s kombinovaným postihnutím umiestnené v zariadení sociálnych služieb. 50 respondentov uviedlo, že sa nikdy s takou informáciou nestretlo, 20 sa to dozvedelo od iného rodiča, 8 vlastným úsilím. Tento výsledok ukazujúci veľmi nízku úroveň odbornej informovanosti rodičov koreluje s faktom zisteným v dotazníkovej položke č. 9, že iba 20 respondentov (18 %) si uvedomuje rovnakú dôležitosť všetkých zložiek rehabilitácie. V prípade respondentov, ktorí prirad'ovali zložkám rôzne stupne dôležitosti, sa opätovne potvrdil predpoklad, že bude preferovaná liečebná zložka, dostala 67 krát najvyšší stupeň dôležitosti, pričom pedagogická 40 krát, sociálna iba 14 krát a pracovná iba 1 krát. Javí sa nám teda, že aj v Nitre sú významné rezervy v odbornej informovanosti rodičov o problematike ucelenej rehabilitácie, liečebná zložka je výrazne preferovaná na úkor ostatných, čo je negatívum pre detského klienta. Pripomíname, že aj spokojnosť rodičov s liečebnou rehabilitáciou bola vyššia v porovnaní so spokojnosťou s inými zložkami. Prekvapením bol výsledok hodnotenia respondentov v nasledovných dvoch vybraných charakteristikách rehabilitácie : Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom. V Nitre je dobrá odborná informovanosť o liečebnej / pedagogickej / sociálnej / pracovnej rehabilitácií. Očakávali sme zhodné hodnotenia, ale medián 2 bol zhodný opäť iba v liečebnej zložke. V pedagogickej zložke je medián „odborníkmi som ...informovaný...“ 2 ale „v Nitre je dobrá informovanosť...“ až 4. Tento výsledok je pravdepodobne spôsobený snahou rodičov kladne hodnotiť odborníkov v zariadeniach, ktoré ich deti navštevujú, kým pri hodnotení „Nitry“ mali väčšiu voľnosť vyjadrenia a pravdepodobne odpovedali pravdivejšie. Podobné výsledky sme zaznamenali aj v sociálnej zložke rehabilitácie. O slabej úrovni odbornej informovanosti rodičov svedčí aj výsledok plynúci s otvorenej

položky v závere dotazníka, kde sme vyzvali respondentov, aby navrhli, čo by bolo treba v systéme ucelenej rehabilitácie v Nitre zlepšiť, čo chýba. Na túto položku reagovalo iba 15 opýtaných (14 %), šlo o rodičov, ktorí odborné informácie dostali, čo bolo zjavné z ich názorov – chýba ucelenosť formou informovanosti a spolupráce odborníkov zo všetkých zložiek, chýba rannosť – deti do troch rokov majú šancu byť iba v zdravotníckych zariadeniach, teda sociálna a pedagogická rehabilitácia absentuje, chýbajú chránené dielne, ktoré by mohli byť pre určitú skupinu klientov odrazom na trh práce, chýba komplexné zariadenie zo všetkými zložkami, odborná zdatnosť na sociálnych úradoch, chýba holizmus. Javí sa nám, že tí rodičia, ktorí neodpovedali na túto otvorenú položku, neodpovedali práve preto, že tomu vôbec nerozumejú, čo by bol dôkaz o absentujúcej odbornej informovanosti zo strany profesionálov v zariadeniach a na úradoch. Na záver by sme chceli interpretovať výsledky zistené v súvislosti s výskumnou otázkou O4 – Aký je stav realizácie ucelenej rehabilitácie v ranom veku. Táto otázka sledovala dôležitý aspekt, rannosť, teda starostlivosť vo veku od narodenia do troch rokov. Radi by sme uviedli myšlienky z 2. medzinárodnej špeciálno-pedagogickej konferencie, ktorá sa konala v novembri 2009 v Bratislave pod záštitou Štátneho pedagogického ústavu a Univerzity Komenského v Bratislave. Vo viacerých príspevkoch bola kriticky hodnotená ranná starostlivosť pre deti do troch rokov, s konštatovaním, že spolupráca medzi odborníkmi a učiteľmi bežných škôl viazne, pomoc rodičom je nedostačujúca, chýba tolerancia zdravotne postihnutých zo strany intaktnej spoločnosti, absentuje mobilita poradenských služieb, je nepripravenosť na inklúziu. Táto správa sa týkala situácie na Slovensku. Výsledky výskumu spokojnosti rodičov s rehabilitáciou v ranom veku v Nitre s tým korešpondujú. V tabuľke vyhodnotení sme videli strednú hodnotu –v prípade liečebnej rehabilitácie v ranom veku medián 1 ale v prípade pedagogickej rehabilitácie v ranom veku medián 5 a v prípade sociálnej rehabilitácie v ranom veku takisto medián 5. To znamená, že v Nitre rodičia veľmi dobre hodnotia liečebnú rehabilitáciu v ranom veku, čo je v súlade s už spomínaným medicínskym nazeraním na problematiku. Veľmi nespokojní sú s pedagogickou a sociálnou rehabilitáciou v ranom veku, čo je odraz stavu, aký bol konštatovaný na uvedenej konferencii odborníkov.

Diskusia o limitoch výskumných metód

Návratnosť dotazníka predstavovala 87%, avšak musíme poznamenať, že nebola rovnomerne rozložená v skúmanom súbore. Respondenti, ktorí boli priamo oslovení nami osobne v štyroch inštitučných zariadeniach pre deti s postihnutím, mali 100% návratnosť. Išlo o rodičov detí s kombinovaným postihnutím a telesným postihnutím. Predpokladáme,

že toto osobné oslovenie je pravdepodobne dôvodom aj toho, že práve z tejto skupiny respondentov sme zaznamenali relatívne najviac vyjadrení v otvorenej položke dotazníka. Ostatní respondenti, oslovení prostredníctvom odborných zamestnancov v iných zariadeniach, mali návratnosť nižšiu, ako uvádzame celkovú. Tento fakt nám naznačuje opatrnosť pri zovšeobecňovaní zistených poznatkov v celom výskumnom súbore. Dobrovoľná účasť respondentov vo výskume znamenala určité nároky – čas, premýšľanie, ochota, a keby boli respondenti motivovaní nejakou formou odmeny, predpokladáme vysokú návratnosť, čo by predstavovalo vyššiu reprezentatívnosť súboru, ale aj presnejšie vyjadrenia na škálach. Rovnaké hodnotenie vo všetkých 36 škálovaných položkách sme považovali za dôkaz formálnosti, takéto dotazníky sme pri prvej optickej kontrole vyradili, čím sa nám zmenšil výskumný súbor zo 130 vrátených na uvádzaných 109 respondentov. Napriek našej snahe získať v súbore približne rovnaký počet otcov a matiek a dosiahnuť tak vyššiu reprezentatívnosť súboru, nakoniec sme analyzované dáta mali iba od 20 % otcov z celkového počtu respondentov. Problematickú charakteristiku súboru predstavuje základné vzdelanie 10 % respondentov, u ktorých sme zaznamenali problémy so spracovaním škálovaných položiek, na ktorých vyjadrovali na 5 stupňovej škále mieru spokojnosti resp. nespokojnosti s jednotlivými charakteristikami štyroch zložiek ucelenej rehabilitácie v Nitre. Uvedené informácie sme získali od odborných zamestnancov, ktorí sprostredkovali vyplňanie dotazníka v Špeciálnej a Pratickej škole na Červeňovej ulici a v Základnej škole na Topoľovej ulici. V prípade podobného výskumu v budúcnosti by bolo dobré všetkých respondentov oslovovať osobne, počas vyplňania dotazníka byť prítomný a odpovedať na nejasnosti tak, aby sa predchádzalo možným skresleniam vo vyjadreniach v dôsledku nedostatočného porozumenia z dôvodu základného vzdelania respondenta. Zároveň by osobný kontakt výskumníka vylúčil predkladanie dotazníka zo strany odborníka v zariadení a znížilo by sa riziko, že respondenti budú pozitívne skresľovať hodnotenie, lebo sa cítia určitým spôsobom kontrolovaní, alebo majú pocit, že pozitívnejším hodnotením vyjadrujú vďaku či lojalitu zariadeniu, kde mu bol dotazník predložený. Určité skreslenie nastalo vo vyjadrovaní spokojnosti s pracovnou rehabilitáciou. Príčinu vidíme v tom, že deti respondentov boli vo veku od troch rokov a teda značná časť respondentov nemala ešte žiadnu skúsenosť v Nitre s touto zložkou rehabilitácie. Mnohí z nich to riešili hodnotením neviem, ani spokojný ani nespokojný, čím bolo hodnotenie podľa nášho názoru skreslené. Ideálnym modelom výskumu by bolo jeho rozdelenie na samostatné štúdie pre každú zložku ucelenej rehabilitácie jednotlivo s dostatočne veľkými súbormi s reprezentatívnym zastúpením za každý druh ťažkého

zdravotného postihnutia a v oblasti pracovnej rehabilitácie vo veku po ukončení povinnej školskej dochádzky. To by však kládlo výrazne vyššie nároky na organizáciu výskumu.

Diskusia o dôsledkoch vyplývajúcich z výsledkov.

V dokumente Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, prijatý na pôde OSN v roku 2007, ktorým sme sa zaoberali v teoretickej časti práce. V čl.26, ods.1 sa píše : „Na tento účel (maximálna možná samostatnosť osôb s postihnutím) zmluvné strany zriadia, podporujú a rozširujú komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb tak, aby tieto služby a programy začínali v čo najskoršej etape a boli založené na multidisciplinárnom posúdení individuálnych potrieb a predností.“ Keďže výsledky výskumu spokojnosti v Nitre s dostupnými rehabilitačnými službami ukazujú vyššiu spokojnosť s liečebnou rehabilitáciou v porovnaní s ktoroukoľvek inou zložkou, javia sa nám rezervy pre aktivitu zmluvnej strany Dohovoru – štát a následne mestá a obce – aby „podporovali a rozširovali komplexné rehabilitačné služby...začínali v čo najskoršej etape...na multidisciplinárnom posúdení...“ Výsledky nášho výskumu naznačujú potrebu rozvoja sociálnej a pracovnej zložky, v predškolskom veku rozvoja pedagogickej zložky a celkovo rozvoja holistického prístupu pri práci s detským klientom s postihnutím. V teoretickej časti práce sme ďalej spomenuli dokument, *Odporúčenie Výboru ministrov členským štátom ku koherentnej politike pre ľudí so zdravotným postihnutím č.R/92/6*, ktorý bol prijatý 9. apríla 1992 v Rade Európy. Z dokumentu (D) pripomenieme niekoľko myšlienok v porovnaní s výsledkami (V) nášho výskumu :

D : Zodpovední zamestnanci by mali zapájať rodinu dieťaťa do takej miery, aká je možná v súlade s načrtnutým plánom, jeho implementáciou, pokračovaním a hodnotením. Rodina by mala byť následne pravidelne informovaná o prograse dieťaťa a mala by poskytovať potrebnú podporu. V : Respondenti hodnotili výrok – Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom – stupňom 2, skôr súhlasím v liečebnej a pedagogickej, stupňom 3, neviem, aj súhlasím aj nesúhlasím v sociálnej a pracovnej rehabilitácii. To naznačuje, že uvedené odporúčenie nie je v Nitre aplikované, pretože rodiny nie sú dost' informačne zapojené do osobného plánu rozvoja dieťaťa.

D : Berúc do úvahy princípy včasnej intervencie, je v záujme dieťaťa začať so zdravotno-edukačnými opatreniami v predškolskom veku, špeciálne vtedy, keď by mali tieto opatrenia pomôcť zjednodušiť dieťaťu v neskoršom veku školské vzdelávanie. Deťom, ktoré sú veľmi ťažko zdravotne postihnuté, by mali byť k návšteve bežnej materskej školy poskytované v rannom veku aj ďalšie služby (doučovanie), a to buď doma alebo v

špecializovaných centrách alebo v špecializovaných materských školách. V : Respondenti hodnotili výrok- Rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku–stupňom 2, skôr súhlasím v liečebnej rehabilitácií a stupňom 4, skôr nesúhlasím v pedagogickej a sociálnej rehabilitácií. Hodnotenie výroku – Rehabilitácia sa začala poskytovať už v ranom veku - stupňom 1, úplne súhlasím v liečebnej rehabilitácií, stupňom 5, úplne nesúhlasím v pedagogickej a sociálnej rehabilitácií. Z výsledkov vyplýva, že v Nitre je problém s včasnou intervenciou v oblasti pedagogickej a sociálnej rehabilitácie. Možno konštatovať, že vyjadrená miera spokojnosti resp. nespokojnosti je signálom zlyhávania včasnosti aj ucelenosti, čo sú vlastne základné princípy efektívnej ucelenej rehabilitácie. V meste Nitra by teda bolo potrebné vytvárať stabilné finančné podmienky materských škôl a špeciálnych materských škôl (ktoré nie sú zriadené Krajským školským úradom) tak, aby každé dieťa v ranom veku malo možnosti aj na pedagogickú a sociálnu rehabilitáciu. Umiestňovanie detí a odbornosť personálu v predškolskej výchove je oblasť kompetencií Mesta. Pre neverejné subjekty vzniká priestor na vybudovanie pracoviska, ktoré by bolo schopné zastrešiť komplex potrebných služieb pre rodinu s postihnutým dieťaťom. Javí sa nám však, že to nie je stav obmedzený iba na mesto Nitra. Tu je miesto pre vstup štátu, ako zmluvnej strany Dohovoru, aby bol vytvorený efektívny legislatívny rámec na poskytovanie včasnej a ucelenej rehabilitácie. Rovnaké výzvy voči štátu plynú aj z dokumentu „Akčný plán Rady Európy na podporu práv ľudí s postihnutím na roky 2006 – 2015“, v ktorom je cieľ zabezpečiť špecializované rehabilitačné centrá s multidisciplinárnym tímom pracovníkov. Možným riešením by bol vznik samostatného Zákona o ucelenej rehabilitácií, v ktorom by boli rozdelené kompetencie a zaistená vzájomná kooperácia všetkých zúčastnených subjektov - napríklad práca Centra včasnej starostlivosti alebo Koordinačného centra ucelenej rehabilitácie. Obdobný proces prebehol v uplynulých 25 rokoch vo viacerých vyspelých štátoch, vrátane štátov strednej Európy a Ruska. Zaujímavým by mohol byť terénny koordinačný pracovník včasnej intervencie, ktorý pracuje v systéme rodina, je pracovníkom koordinačného centra rehabilitačných služieb, pričom to musí byť odborne zdatný a skúsený sociálny pracovník, špeciálny pedagóg alebo psychológ.

Diskusia o budúcich zámeroch

Pri spracovávaní výsledkov analýz v našom výskume sa nám javili ďalšie možné determinanty spokojnosti rodičov s ucelenou rehabilitáciou svojich detí s postihnutím a to subjektívne, ktoré nesúvisia priamo s objektívnymi znakmi kvality týchto služieb. Zvyčajne rodičia, ktorí boli plne zapojení do pracovného procesu, vyjadrovali vyššiu mieru

spokojnosti než tí rodičia, ktorí boli celodennými opatrovateľmi svojich detí, hoci mohlo ísť o ten istý druh postihnutia dieťaťa a teda boli ponúknuté približne rovnaké služby. Je možné, že to súvisí s napĺňaním sociálnych rolí rodiča. Ficová (2009) uvádza, že skupina matiek, ktoré dosiahli cieľ integratívneho začlenenia detí do školy s komplexnou starostlivosťou, po uplynutí krátkeho času opäť prejavovali nespokojnosť. Príčinou bolo to, že sa im nepodarilo zamestnať sa, pracovať, mať svoje kolegyne, viesť normálne ženské reči... Domnievame sa teda, že by mohol byť prínosom budúci výskum zameraný na vplyv subjektívnych determinantov na spokojnosť rodiča s rehabilitáciou detí. Napríklad rodičovská zamestnanosť, spolupráca členov užšej a širšej rodiny pri starostlivosti, druh postihnutia dieťaťa, možnosti vzájomnej komunikácie medzi rodičom a dieťaťom s postihnutím, možnosti kultúrnych, športových, rekreačných a iných sociálnych aktivít bez dieťaťa. Výsledky by mohli naznačiť smery sociálno-rehabilitačných programov smerujúcich k celej rodine, ktoré by skvalitňovali náročný život celej rodiny nesúcej takýto údel. Druhý možný smer budúceho výskumu by sme videli v zachovaní skúmania objektívnych determinantov spokojnosti rodičov s ucelenou rehabilitáciou, avšak pre každý druh postihnutia zvlášť a pre tri vekové kategórie zvlášť – predškolský vek, školský vek, príprava na pracovné uplatnenie. Takto nasmerovaný výskum by presnejšie vyšpecifikoval miesta v poskytovaní služieb ucelenej rehabilitácie, ktoré je potrebné vylepšovať v prvom rade.

ZÁVER

Preštudovaná literatúra a medzinárodné dokumenty tvoriace právny rámec národnej legislatívy ako aj naše pozorovania počas pracovnej praxe nám umožnili stanoviť si ciele práce, ktoré sme podľa nášho názoru aj dosiahli. Zistili sme, že v Nitre je najdostupnejšia liečebná rehabilitácia, a to pre deti už od ranného veku, má pomerne dobré materiálové vybavenie, zamestnanci sú odborne spôsobilí a majú dobrý osobný prístup ku klientovi. Respondenti sú nespokojní s tým, že lekári nekomunikujú so špeciálnymi pedagógmi a sociálnymi pracovníkmi. Pedagogická rehabilitácia sa v období ranného veku, teda do troch rokov, takmer nevyskytuje, vo veku do šesť až sedem rokov to pre deti so zmyslovým, ľahkým telesným a ľahkým mentálnym postihnutím je dosiahnuteľné ale nie bez problémov, spravidla iba v špeciálnych triedach, pre deti s ťažkým postihnutím to je možné iba v jedinej materskej škole na Topoľovej ulici, ale tam sú z finančných dôvodov obmedzené kapacity na šesť detí. Sociálna rehabilitácia je tiež respondentmi vnímaná ako ťažko dostupná v predškolskom veku, nedostupná v rannom veku, rovnako im chýba vzájomná komunikácia medzi zúčastnenými odborníkmi ako aj odborná informovanosť z ich strany o problematike. (Výsledkom je napríklad aj to, že menej ako 20 % respondentov chápe rovnosť dôležitosti všetkých zložiek pre ich dieťa.). Pracovná rehabilitácia bola hodnotená rozpačito, najviac respondentov volilo pri všetkých charakteristikách tejto zložky možnosť neviem, aj spokojný, aj nespokojný. Stalo sa to asi preto, že sme v súbore mali málo rodičov s deťmi v stredoškolskom veku, keď prebieha priama príprava na povolanie, a preto väčšina to vnímala tak, že sa ich to netýka. V budúcnosti pri podobnej práci by bolo vhodnejšie skúmať oblasť pracovnej rehabilitácie na súbore s deťmi so zmyslovým, telesným a ľahším mentálnym postihnutím a to od 15 rokov veku. Získal by sa presnejší obraz pre túto zložku. V „Akčnom pláne Rady Európy na podporu práv a plnej účasti ľudí so zdravotným postihnutím na živote spoločnosti na roky 2006 – 2015“ sa v časti „3. Smer činnosti č.10 : Rehabilitácia“ píše, že rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím je povinnosťou spoločnosti, ktoré garantuje ľudskú dôstojnosť a má byť zahrnuté medzi prioritné ciele každej spoločnosti. Komplexné rehabilitačné programy majú zahŕňať množstvo doplňujúcich opatrení, poskytnutí, služieb a zariadení, ktoré môžu významne prispieť k fyzickej a psychologickému nezávislosti zdravotne postihnutých ľudí. Ďalej tento plán odporúča zabezpečiť najmä kvalitný včasný zásah, multidisciplinárny prístup od narodenia, vrátane pomoci a poradenstva rodičom,

zriaďovať špecializované rehabilitačné centrá s multidisciplinárnym tímom pracovníkov využívajúcim holistický prístup, presadzovať multisektorovú spoluprácu v oblasti zdravotníctva, vzdelávania, sociálnej starostlivosti a zamestnávania a zabezpečiť integrované riadenie a koordinovanie rehabilitácie. Výsledky výskumu ukazujú slabé miesta v rehabilitácií, no predpokladáme, že nie iba v Nitre. Na úrovni obce, mesta alebo neverejného poskytovateľa niektorej zložky rehabilitácie je možné dosahovať zlepšenia, avšak v oblasti menovaných nedostatkov postavené výrazne na dobrej vôli zúčastnených. Zdá sa, že je potrebný Zákon o rehabilitácií, ktorý by vymedzil medzisektorovú spoluprácu, zabezpečil zriadenie rehabilitačných centier s tímom spolupracujúcich odborníkov, zabezpečil včasnosť a ucelenosť. Takýto zákon by našu národnú rehabilitačnú politiku dal do súladu s medzinárodnými dokumentmi, ktoré Slovenská republika ratifikovala, vytvoril by legislatívny rámec efektívnej sociálnej práce so skupinou ťažko zdravotne postihnutých občanov na regionálnej úrovni. Uvedomujeme si, že kvalita, profesionalita, efektivita je vždy determinovaná ľuďmi v priamom výkone, nie samotným zákonom, ale na druhej strane nemôže byť kvalitná profesionálna starostlivosť, ktorá má byť základným právom dieťaťa s postihnutím, výsledkom vyčerpávajúcej snahy a boja jednotlivcov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

- BEDELL, G.- DUMAS, H.2004. Social participation of children and youth with acquired brain injuries discharged from inpatient rehabilitation: a follow-up study. In *Brain Injury* [online].2004, vol.18, no.1 [cit.2009-23-11]. Dostupné na internete: <<http://www.tandf.co.uk/journals.>> ISSN 1362-301X.
- CANGÁR, M. 2007. Individuálny plán – nástroj na spoluprácu. In *Integrácia*. ISBN 1336-2011, 2007, č.2, s.168.
- Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím*. [online].2007, [cit.2009-15-11]. Dostupné na internete : <<http://www.employment.gov.sk/index.php?d=12174>>
- DUCÁR,S.-NAŠČÁKOVÁ,J.-MALÁK,M. 2006. *Návrh systému merania spokojnosti zákazníkov KANO modelom*. [online] 2006,č.9, roč. 12, s.137-139 [cit.2009-15-11]. Dostupné na internete : <<http://www.sjf.tuke.sk/transferinovacii/>> ISSN 1337-7094
- FEDORROF, P.: Comparing service quality performance with customer service quality needs. Explanation of SERVQUAL Methodology of Zeithaml, Parasuraman, and Berry [online]. 1988, [cit. 24.4.2009]. Dostupné na internete: <<http://www.12manage.com/methods.zeithaml.servqual.html>>
- FICOVÁ, L.2009. Status matky celodenne pečujúcej o dieťa s ťažkým handicapem. In *Efeta, otvor sa*. ISSN 1335-1397, 2009, roč. 19, č.1, s.8.
- FRANĚK, J.: Co je to ServQual? [online]. 2008, [cit. 24.4.2009]. Dostupné na internete: <<http://www.servqual.estranky.cz/stranka/whatis>>
- GASTEROVÁ, L.2003. *Providing quality in the public sector a practical approach to improving public services*. Philadelphia: Open University, 2003.292 s. ISBN 0 335 20955 6.
- GAVORA, P.2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava : Vydavateľstvo UK, 2008.272s.ISBN 978-80-223-2391-8
- HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava : SAP, 2007. 190 s. ISBN 978-80-8095-023-1.
- Historický krok na ceste k plnému uplatňovaniu práv osôb so zdravotným postihnutím*. [online]. 2010, [cit.2010-15-04]. Dostupné na internete : <<http://www.nrozp.sk/index.php/component/content/article/135-historicky-krok-na-cestek-plnemu-uplatnovaniu-prav-osob-so-zdravotnym-postihnutim>>
- HORŇÁKOVÁ, M. 1999. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Perfekt,1999. 187s. ISBN

80-8046-126-0.

JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001.160 s. ISBN 80-7254-192-7.

JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995.159 s. ISBN 80-7066-941-1.

JUHÁSOVÁ, I. 2008. *Ucelená rehabilitácia detí s ťažkým zdravotným postihnutím v okrese Nitra*: bakalárska práca. Nitra : UKF, 2008. 48 s.

KARDOŠOVÁ, T. 2007. Modely práce s rodiči v rámci včasnej intervencie v nemecky hovoriacich krajinách. In *Efeta, otvor sa*. ISSN 1335-1397, 2007, roč. 17, č.4, s.8.

KERROVÁ, S.1997. *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997.168 s. ISBN 80-7178-147-9.

KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

KOTLER, P. 2001. *Marketing management*. Praha : Grada, 2001. 719 s. ISBN 80-247-0016-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha : Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

NENADÁL, J.2004. *Modely měření a zlepšování spokojenosti zákazníků: výstup z projektu podpory jakosti č.4/4/2004*. Praha : Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004. 98 s. ISBN 80-02-01672-6

NOVOSAD, L.2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000.160 s. ISBN 80-7178-197-5.

PARASURAMAN, A.2007. *Marketing research*. Boston : Houghton Mifflin Co., 2007. 638 s. ISBN 9780618660636

PULCOVÁ, M. 2000. Hipoterapia s bielohrivými haflingami. In *Dietá*. ISSN 1335-0919, 2000, roč.6, č.3, s.28.

PLAYNE, J. 2003. *Kvalita života a zdraví*. Praha :Triton, 2005.630 s.ISBN 80-7254-657-0.

PUČEK, M. et al.2005. *Měření spokojenosti v organizacích veřejné správy-soubor příkladů* . Praha : MV ČR, 2005. 105 s. ISBN 80-239-6154-3.

- SIMEONSSON, R. et al. 2003. Applying the International Classification of Functionin, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. In *Disability and Rehabilitation* [online]. 2003, vol.25, no.11-12, [online]. [cit. 2009-23-11]. Dostupné na internete: <<http://www.tandf.co.uk/journals.>>. ISSN 1464-5165.
- ŠVESTKOVÁ, M. 2006. Česku chybí zákon o rehabilitaci. In *Florence*. [online]. 2006, č.3, roč. 2 [cit. 2009-23-11]. Dostupné na internete: <<http://www.florence.cz/osetrovatelstvo/zpravodajstvi/cesku-chybi-zakon-o-rehabilitaci>>. ISSN 1801-464X
- RADA EUROPY, 2006. Odporučenie Výboru ministrov č.56/2006 o Akčnom pláne Rady Európy na podporu práv a plnej účasti ľudí so zdravotným postihnutím na živote spoločnosti na roky 2006-2015. [online]. [cit. 2009-15-11]. Dostupné na internete: <<http://www.employment.gov.sk/index.php?SMC=1?d=15213>>
- STENBERG, R. 2002. *Kognitívni psychologie*. Praha : Portál, 2002. 632 s. ISBN 80-7178-376-5.
- STRMEŇ, L. 1998. *Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii*. Bratislava : IRIS, 1998. ISBN 80-88778-69-7.
- VANČURA, J. 2007. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu-Barrister Principal, 2007. 152 s. ISBN 978-80-87029-14-5.
- VAŠEK, Š. 2004. *Špeciálno pedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapientia s.r.o., 2004. ISBN 80-969112-0-1.
- VAŠEK, Š. a kol. 1995. *Špeciálna pedagogika, terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 80-08-00864-4.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VOTAVA, J. a kol. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. 208 s. ISBN 80-246-0708-5.
- VOZZHAEVA, F. 2003. Realizatsiia kompleksnykh reabilitatsionnykh programm dlia detei-invalidov. In: *Sotsiologicheskie issledovaniia*. ISSN 1060-9393, 2003, vol.45, no.10, pp.64-77.
- Výpoved' matky postihnuteho dieťaťa*. 2008. In *Efeta*. ISSN 1335-1397, 2008, roč.18, č.1, s.18.
- ZACHAROVÁ, M. 2006. Čo poskytuje škola v USA pre deti s postihnutím a ich rodiny? In *Integrácia*. ISBN 1336-2011, 2006, č.2., s.28.

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

Zákon NR SR č.448 / 2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

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

Zákon NR SR č.245 / 2009 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (školský zákon)

PRÍLOHA A

Vážená pani / pán,

volám sa Iveta Juhášová a som externá študentka 5. ročníka odboru Aplikovaná sociálna práca na UKF v Nitre. Dovoľujem si Vás poprosiť o vyplnenie tohto anonymného dotazníka. Slúži pre potreby výskumu, ktorý je súčasťou mojej diplomovej práce. Upozorňujem Vás, že svojimi vyjadreniami **nehodnotíte zariadenie, ktoré Vaše dieťa momentálne navštevuje**, vyjadrujete svoj názor na poskytovanie všetkých štyroch zložiek ucelenej rehabilitácie detí s ťažkým zdravotným postihnutím v meste Nitra celkovo.

Vopred Vám ďakujeme za Váš čas a ochotu vyjadriť sa.

1. Označte prosím v akom ste vzťahu k dieťaťu :
 - a. otec
 - b. matka
 - c. iný príbuzný

2. Označte prosím Vaše najvyššie vzdelanie :
 - a. základné
 - b. stredné
 - c. vysokoškolské

3. Označte druh postihnutia Vášho dieťaťa :
 - a. telesné
 - b. mentálne
 - c. zmyslové – zrakové
 - d. zmyslové - sluchové
 - e. kombinované

4. Aká je Vaša momentálna situácia vo vzťahu k zamestnaniu?
 - a. poberám príspevok za opatrovanie, nepracujem
 - b. poberám príspevok za opatrovanie, pracujem (označte aj vtedy, ak pracujete iba na dohodu alebo iba niektoré mesiace)
 - c. poberám rodičovský príspevok, nepracujem
 - d. nepoberám žiadny príspevok, pracujem
 - e. Iné :

5. Aká je Vaša momentálna situáciu v súvislosti zo starostlivosťou o dieťa ?
 - a. dieťa má osobného asistenta (alebo opatrovatelku doma)
 - b. o dieťa sa starám v rodine iba ja
 - c. na starostlivosti o dieťa sa podieľajú všetci členovia rodiny

6. Označte prosím možnosti, ktoré vystihujú Vašu rodinnú situáciu (aj viac možností zároveň) :

- a. žijeme v úplnej rodine
- b. som osamelým rodičom
- c. dieťa má zdravého súrodenca
- d. dieťa má súrodenca s postihnutím

7. Označte situáciu dieťaťa v súvislosti s jeho školskou dochádzkou :

- a. dieťa chodí do školy denne
- b. dieťa chodí do školy v niektoré dni týždňa
- c. dieťa je v predškolskom veku
- d. dieťa školskú dochádzku už absolvovalo, je v zariadení sociálnych služieb
- d. dieťa nechodí ani nechodilo do školy, je v zariadení sociálnych služieb

8. Od koho ste prvýkrát dostali informáciu o potrebe ucelenej rehabilitácie pre Vaše dieťa ?

(Čiže o potrebe poskytovania všetkých zložiek rehabilitácie pre dieťa – liečebnej, pedagogickej, sociálnej, pracovnej)

- a. od detského lekára, neurológa, rehabilitačného lekára
- b. od iného rodiča, ktorý má dieťa s postihnutím
- c. v pedagogicko-psychologickej poradni
- d. od sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb
- e. zistil som to vlastným úsilím, nie od odborníka
- f. ešte som sa s takou informáciou nestretol
- g. iné :

9. Podľa svojho názoru číslicami priradíte stupeň dôležitosti jednotlivých zložiek ucelenej rehabilitácie nasledovne : 1. najdôležitejšia, 2. menej dôležitá, 3. ešte menej dôležitá, 4. najmenej dôležitá. Je možné, podľa Vášho názoru, priradiť rovnaký stupeň dôležitosti aj viacerým zložkám.

liečebná

pedagogická

sociálna

pracovná

10. V nasledujúcich tabuľkách vyznačte pre každú zo štyroch zložiek ucelenej rehabilitácie v meste Nitra zvlášť mieru svojho súhlasu resp. nesúhlasu s uvedenými výrokmami nasledovne:

- 1 úplne súhlasím
 2 skôr súhlasím
 3 neviem, aj súhlasím aj nesúhlasím
 4 skôr nesúhlasím
 5 úplne nesúhlasím

Liečebná rehabilitácia	1	2	3	4	5
Miesto poskytovania liečebnej rehabilitácie je debarierizované					
Materiálno-technické vybavenie je vyhovujúce					
Zamestnanci sú odborne spôsobilí na poskytovanie týchto služieb					
Zamestnanci majú dobrý osobný prístup ku klientovi					
Odborníci (lekári) komunikujú so špec. pedagógom a soc. pracovníkom					
Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom					
Liečebná rehabilitácia sa začala poskytovať v ranom veku (do 3 rokov)					
V Nitre je dobrá odborná informovanosť o liečebnej rehabilitácii					
Lieč. rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku					

Pedagogická rehabilitácia	1	2	3	4	5
Miesto poskytovania pedagogickej rehabilitácie je debarierizované					
Materiálno-technické vybavenie je vyhovujúce					
Zamestnanci sú odborne spôsobilí na poskytovanie týchto služieb					
Zamestnanci majú dobrý osobný prístup ku klientovi					
Odborníci (pedagógovia) komunikujú s lekármi a soc. pracovníkom					
Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom					
Pedag. rehabilitácia sa začala poskytovať v ranom veku (do 3 rokov)					
V Nitre je dobrá odborná informovanosť o pedagog. rehabilitácii					
Ped. rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku					

Sociálna rehabilitácia	1	2	3	4	5
Miesto poskytovania sociálnej rehabilitácie je debarierizované					
Materiálno-technické vybavenie je vyhovujúce					
Zamestnanci sú odborne spôsobilí na poskytovanie týchto služieb					
Zamestnanci majú dobrý osobný prístup ku klientovi					
Odborníci (sociálny pracovník) komunikujú s lekármi a pedagógmi					
Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom					
Soc. rehabilitácia sa začala poskytovať v ranom veku (do 3 rokov)					
V Nitre je dobrá odborná informovanosť o sociálnej rehabilitácii					
S. rehabilitácia je bez problémov dostupná už v predškolskom veku					

Pracovná rehabilitácia	1	2	3	4	5
Miesto poskytovania pracovnej rehabilitácie je debarierizované					
Materiálno-technické vybavenie je vyhovujúce					
Zamestnanci sú odborne spôsobilí na poskytovanie týchto služieb					
Zamestnanci majú dobrý osobný prístup ku klientovi					
Odborníci komunikujú s lekármi, pedagógmi, soc. pracovníkmi					
Odborníkmi som dostatočne informovaný o zaobchádzaní s dieťaťom					
Príprava na pracovnú rehabilitáciu začala počas povinnej škol. dochádzky					
V Nitre je dobrá odborná informovanosť o pracovnej rehabilitácii					
Rehab. je bez problémov dostupná po skončení povinnej škol. dochádzky					

11. Napíšte prosím, čo podľa Vášho názoru v systéme ucelenej rehabilitácie v meste Nitra chýba, alebo by bolo treba zlepšiť, prípadne sa pokúste navrhnúť systém spolupráce medzi jednotlivými zložkami :