

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

**NEZÁVISLOSŤ AKO OSOBITNÁ HODNOTA ĽUDÍ
SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM**

Diplomová práca

Študijný program: Aplikovaná sociálna práca

Školiace pracovisko: Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Školiteľka: PhDr. Eva Števková

Nitra 2010

Miriám Marková

UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Miriam Marková
Študijný program: Aplikovaná sociálna práca
(Jednoodborové štúdium,
Magisterský II.st., externá forma)
Študijný odbor: 3.1.14 sociálna práca
Typ záverečnej práce: Magisterská záverečná práca
Jazyk práce: slovenský

Názov: Nezávislosť ako osobitná hodnota ľudí so zdravotným postihnutím.

Anotácia: Cieľom práce je podať obraz o problematike týkajúcej sa života ľudí so zdravotným postihnutím. Teoretická časť diplomovej práce je venovaná charakteristike zdravotného postihnutia, jednotlivým druhom zdravotného postihnutia, platnej legislatíve v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím, hodnotám v živote ľudí so zdravotným postihnutím, možnostiam ich vzdelávania a pracovného uplatnenia, osobnej asistencii, ako jednému z možných nástrojov na dosiahnutie nezávislého života pre ľudí so zdravotným postihnutím. Cieľom empirickej časti je zistiť ktoré faktory pomáhajú ľuďom so zdravotným postihnutím pri budovaní ich nezávislosti, aké zdroje podpory im chýbajú, a ktoré faktory budovanie ich nezávislosti obmedzujú.

Školiteľ: PhDr. Eva Števková
Konzultant: PhDr. Milan Tomka, PhD.
Oponent: PhDr. Martin Lulei, Phd.
Katedra: KSPSV - Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
Vedúci katedry: PhDr. Milan Tomka, PhD.

Dátum schválenia: 22.3.2010 PhDr. Milan Tomka, Phd.
vedúci katedry

Ďakujem mojej školiteľke práce

PhDr. Eve Števkovej

za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi
poskytla pri vypracovaní diplomovej práce.

ABSTRAKT

MARKOVÁ, Miriam: *Nezávislosť ako osobitná hodnota ľudí so zdravotným postihnutím*. [Diplomová práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra sociálnej práce a sociálnych vied. - Školiteľka: PhDr. Eva Števková. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister (Mgr.). – Nitra : FSVaZ, 2010. 63 s.

Diplomová práca je spracovaná v teoreticko-empirickej rovine.

Hlavný význam tejto práce spočíva v poukázaní na problémy mladých ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré sa dotýkajú rôznych oblastí ich každodenného života.

Autorka v jednotlivých kapitolách venuje pozornosť rôznym oblastiam života mladých ľudí so zdravotným postihnutím, jednotlivým druhom zdravotného postihnutia, platnej legislatíve v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím, hodnotám, možnostiam ich vzdelávania pracovného uplatnenia. Taktiež sa venuje otázke nezávislosti v živote ľudí so zdravotným postihnutím, princípom podpory ich nezávislosti a osobitnú pozornosť zameriava na osobnú asistenciu ako jednému z možných nástrojov na vedenie nezávislého života. Hlavným cieľom realizovaného prieskumu bolo zistiť, čo je najpodporujúcejším faktorom pre ľudí so zdravotným postihnutím pri budovaní ich nezávislosti, a zároveň čo ich v tomto úsilí najviac obmedzuje. Autorka dospela k záveru, že najpodporujúcejším faktorom je ich rodina, najbližší a najobmedzujúcejším faktorom sú architektonické bariéry. Autorka preto odporúča zvýšenie príspevkov a dotácií štátu na dobudovanie bezbariérovosti vo všetkých oblastiach spoločenského života, ako aj zvýšenie informovanosti ľudí so zdravotným postihnutím o možnostiach poskytovania osobnej asistencie.

Kľúčové slová:

Zdravotné postihnutie. Hodnoty. Nezávislosť. Samostatnosť. Osobná asistencia.

ABSTRACT

MARKOVÁ, Miriam: *Independence as a special value of the people with disability*. [Diploma thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Social Work and Social Sciences. - Tutor: PhDr. Eva Števková. Level of qualification: Master (Mgr.). – Nitra : FSVaZ, 2010. 63 p.

This diploma thesis empirically addresses issues in the life of people with disability. It primarily aims to identify supporting and limiting factors that help and restrain disabled whilst building their own independence.

This report firstly characterizes what is disability, individual types of disability, the rights of people with disability, the values in the lives of people with disability, their possibilities in education and employment. The author then pays attention to the independence of people with disability, to principles encouraging their independence as well as to a concept of independent life. And finally, it focuses on personal assistance, its characteristics and significance, and connections between the personal assistant and client.

The empirical part of this report is based on the interpretation and analysis of survey results. It shows that the most supporting factors for people with disability is family whereas the most limiting factors are architectural barriers. The author hence recommends an increase of state donations to eliminate these barriers as well as better informability of possibilities in personal assistance for disabled.

Key words:

Disability. Values. Independence. Separateness. Personal assistance.

OBSAH

ÚVOD	8
1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA	9
1.1 Zdravotné postihnutie, funkčná porucha, handicap	9
1.2 Druhy zdravotného postihnutia	11
1.3 Legislatíva v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím	13
2 HODNOTY V ŽIVOTE ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM	16
2.1 Hodnota ako pojem	16
2.2 Vzdelávanie ľudí so zdravotným postihnutím	17
2.3 Pracovná integrácia	19
2.3.1 Agentúra podporovaného zamestnávania	21
2.3.2 Chránená dielňa a chránené pracovisko	22
3 NEZÁVISLOSŤ	24
3.1 Nezávislosť v živote ľudí so zdravotným postihnutím	24
3.2 Princípy podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím	25
3.3 Model nezávislého života	28
4 OSOBNÁ ASISTENCIA	30
4.1 Charakteristika a význam osobnej asistencie	30
4.2 Vzťah osobný asistent – klient	31
5 PRIESKUM	34
5.1 Ciele a hypotézy prieskumu	34
5.2 Metódy prieskumu	35
6 VÝSLEDKY	38
6.1 Najvýznamnejšia hodnota ľudí so zdravotným postihnutím	38
6.2 Rodina ako zdroj podpory	38

6. 3 Najobmedzujúcejší faktor budovania nezávislosti	39
7 DISKUSIA	42
7.1 Interpretácia výsledkov	42
ZÁVER	53
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV	55
PRÍLOHY	59
A. Dotazník	59
B. Graf 1-3 Identifikačné položky	62
C. Krédo ľudí so zdravotným postihnutím	63

ÚVOD

V súčasnej dobe akoby sme pomaly zabúdali na pravý význam slov: porozumenie, úcta, láska, akoby sa z nášho povedomia vytrácali i pravé hodnoty akými nesporne sú sloboda, nezávislosť, či ľudská dôstojnosť.

U ľudí so zdravotným postihnutím vystupujú častokrát do popredia práve spomínané hodnoty. Zdravotné postihnutie totiž neznamená len samotné fyzické či mentálne poškodenie zdravia, ktoré so sebou prináša určité obmedzenia, resp. znevýhodnenia v porovnaní s ostatnou intaktnou populáciou, ale zároveň v mnohých prípadoch predstavuje i nezanedbateľnú psychickú záťaž pre daného človeka.

Cieľom našej diplomovej práce bolo v primeranom rozsahu podať obraz o problematike týkajúcej sa života ľudí so zdravotným postihnutím, najdôležitejších hodnotách v ich živote, legislatíve v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím, možnostiach ich vzdelávania a pracovného uplatnenia a osobitnú časť sme venovali osobnej asistencii, ako jednému z možných nástrojov na dosiahnutie nezávislého života pre ľudí so zdravotným postihnutím. Spracovanie danej problematiky sme podložili štúdiom odbornej literatúry tak knižnej ako i časopiseckej, rôznych iných dokumentov týkajúcich sa uvedenej oblasti, a v neposlednom rade i štúdiom príslušných zákonov. Význam našej práce spočíva najmä v poukázaní na rozličné problémy, ktoré musia mladí ľudia so zdravotným postihnutím dennodenne riešiť, ako i v načrtnutí možných spôsobov riešenia týchto problémov.

Veríme, že naše poznania, prieskumom získané výsledky a návrhy možných riešení, budú prínosom i pre ďalších odborníkov zaoberajúcich sa touto problematikou, a taktiež i pre samotných ľudí so zdravotným postihnutím.

Nakoľko táto problematika sa netýka len samotných ľudí so zdravotným postihnutím, ale rozličnou intenzitou sa dotýka i každého z nás, práve z toho dôvodu som sa rozhodla spracovať danú tému.

1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

Ľudia so zdravotným postihnutím sú prirodzenou súčasťou našej spoločnosti. No nie vždy, a nie všetci sme ochotní, resp. schopní v plnej miere akceptovať ich postihnutie. Častokrát sa napríklad stáva, že pri náhodnom kontakte na ulici, ostatní ľudia pred nimi či už zo strachu, z ľútosťi, alebo z iných príčin, klopia zrak, zámerne odvracajú svoju pozornosť iným smerom, alebo práve naopak až priveľmi ich sledujú. Vôbec si pri tom neuvedomujú, že zdravotné postihnutie je neoddeliteľnou súčasťou ich každodenného života.

1.1 Zdravotné postihnutie, funkčná porucha, handicap

Zdravotné postihnutie je postihnutie človeka, „ktoré nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu jeho života, hlavne schopnosť nadväzovať a udržiavať vzťahy s ostatnými ľuďmi a schopnosť pracovať“. (Matoušek, 2003, s.271)

Prikláňame sa k tomuto názoru, pretože človek so zdravotným postihnutím sa skutočne musí častokrát okrem svojho samotného nepriaznivého zdravotného stavu, vyrovnávať i s dôsledkami, ktoré so sebou toto postihnutie prináša.

V zmysle štandardných pravidiel na vytváranie rovnakých príležitostí pre ľudí so zdravotným postihnutím z roku 1993 môžeme zdravotné postihnutie definovať ako „veľké množstvo rôznych funkčných obmedzení, ktoré sa vyskytujú v každej populácii vo všetkých krajinách na svete. Ľudia môžu byť postihnutí telesnou, duševnou alebo zmyslovou chybou, poruchou zdravia, alebo duševnou chorobou“ Podľa Dohovoru OSN (2006) „osoby so zdravotným postihnutím zahrňujú osoby, ktoré majú dlhodobé fyzické, duševné, mentálne alebo zmyslové postihnutie, ktoré v interakcii s rôznymi prekážkami môže brániť ich plnému a účinnému zapojeniu sa do spoločnosti na rovnoprávnom základe s ostatnými.“

Funkčná porucha „je nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností občana, ktorý z hľadiska predpokladov vývoja zdravotného postihnutia trvá dlhšie ako 1 rok“. (Zák.č.447/2008, §2)

Miera funkčnej poruchy „sa určuje v percentách. Ak má občan viac funkčných porúch, miera funkčnej poruchy sa určí podľa miery funkčnej poruchy zodpovedajúcej druhu zdravotného postihnutia s najvyšším percentuálnym ohodnotením“. (Zák.č.447/2008, §12)

Podľa ICF *porucha* (impairment) – je akákoľvek strata alebo abnormálnosť v psychologickej, fyziologickej alebo anatomickej štruktúre alebo funkcii.

Obmedzenie je „zníženie alebo strata funkčnej schopnosti alebo aktivity následkom poruchy“. (Hroncová,Hudecová,Matulayová,2001, s.243)

Handicap je „znevýhodnenie zapríčinené poškodením alebo obmedzením, ktoré vyvoláva rozpoltenosť medzi výkonom alebo štatútom individua a toho, čo skupina, do ktorej patrí od neho očakáva“. (Hroncová,Hudecová,Matulayová,2001,s.243)

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) schválila v roku 1980 Medzinárodnú klasifikáciu porúch, zdravotných postihnutí a handicapov, ktorá významnou mierou ovplyvnila formovanie nového systému sociálnej pomoci občanom s ťažkým zdravotným postihnutím, ako i formovanie systému sociálnej práce v tejto oblasti. Klasifikácia odlišuje pojmy choroba a zdravotné postihnutie od pojmov porucha (impairment), obmedzenie (disabilita) a znevýhodnenie (handicap):

Chorobou, či zdravotným postihnutím sa v zmysle uvedenej klasifikácie rozumie vnútorná situácia v organizme.

Obmedzenie (taktiež podľa hore uvedenej klasifikácie) vyjadruje nedostatok schopností jedinca vykonávať nejakú činnosť spôsobom alebo v rozsahu ako je to u človeka bežné.

Z psychologického hľadiska platí, že akékoľvek postihnutie sa neprejaví len poruchou funkcií jedného orgánového systému, ale toto postihnutie ovplyvňuje rozvoj celej osobnosti daného človeka.

Občan so zdravotným postihnutím je občan uznaný za invalidného občana podľa §71 zákona č. 461/2003 o sociálnom poistení. Občan je

invalidný, ak pre dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou fyzickou osobou.

Občan s ťažkým zdravotným postihnutím na účely zákona č. 447/2008 Z.z je „občan, ktorého miera funkčnej poruchy je najmenej 50%“.

Sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia „je znevýhodnenie, ktoré má občan s ťažkým zdravotným postihnutím v porovnaní so zdravým človekom rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok“. (Zákon č.447/2008, §2, ods.2)

Kompenzácia sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia „je určená na prekonanie alebo zmiernenie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia“. (Zákon č.447/2008, §2, ods.1)

1.2 Druhy zdravotného postihnutia

„Hlavnými bežne používanými kategóriami zdravotného postihnutia sú: postihnutia sluchu, zraku, poruchy reči – komunikácie, postihnutia mentálne, postihnutia pohybového ústrojenstva a postihnutia duševnou poruchou. U jednotlivého človeka sa môžu vyskytovať v rôznych stupňoch a rôznych kombináciách“. (Matoušek, 2003, s.271)

V bežnom živote zrejme najviac stretávame ľudí s telesným postihnutím. Jednak z toho dôvodu, že ide o postihnutie, ktoré sa vyskytuje najčastejšie (mali sme možnosť presvedčiť sa o tom i v našom nasledujúcom prieskume), na druhej strane toto postihnutie je častokrát viditeľné už i na prvý pohľad.

Telesné postihnutie – Podľa Vaška (1996, s.155) telesne a zdravotne postihnutý jedinec „je osoba s poruchami pohybového a oporného ústrojenstva, poškodením nervového ústrojenstva, s výraznými negatívnymi zmenami v zdravotnom stave“.

Telesné postihnutie je spojené s viacerými obmedzeniami. Najzávažnejším z nich je obmedzenie pohybu, samostatnosti, schopnosti sebaobslužných činností, čo v nemalej miere posilňuje závislosť tohto človeka na iných ľuďoch. Dôležitým faktorom, ktorý

určuje mieru sebestačnosti a nezávislosti je v prvom rade rozsah a závažnosť postihnutia.

Mentálne postihnutie – WHO definuje mentálnu retardáciu ako stav špeciálne charakterizovaný subnormálnou inteligenciou takého stupňa a povahy, že osoba potrebuje lekárske liečenie, starostlivosť a cvičenie.

Mentálne postihnutie môže byť podmienené dedičnými predpokladmi, prípadne vrodené, zapríčinené pôsobením negatívnych faktorov ovplyvňujúcich vývin centrálnej nervovej sústavy.

Ľudia s mentálnym postihnutím sa v mnohých prípadoch na prvý pohľad vôbec nelíšia od ostatnej populácie.

Zrakové postihnutie – Podľa Vaška (1996) sa zrakové postihnutie prejavuje ako porucha zrakovej ostrosti, porucha binokulárneho videnia, alebo ako farbosleposť. Podľa stupňa postihnutia delíme zrakovo postihnutých do štyroch základných kategórií.

- nevidiaci
- čiastočne nevidiaci
- slabozrakí
- tupozrakí

Podľa Jesenského (1973) zrakovým postihnutím sú:

Slepotá - defekt obidvoch očí, nevznikajú pri ňom zrakové pocity a zrak nie je možné používať ako hlavný analyzátor. Nahrádzajú ho sluch, hmat, čuch, chuť a pamäť.

Čiastočné nevidenie – sú prítomné zvyšky videnia, ide o hranicu medzi slepotou a slabozrakosťou.

Slabozrakosť – je výrazné zníženie zrakových možností, zníženie rýchlosti a presnosti vnímania.

Tupozrakosť – je zníženie zrakovej ostrosti, ktorú spôsobuje nečinnosť vyvolaná nerovnosťou dioptrickej chyby u oboch očí.

Ďalším druhom zdravotného postihnutia je postihnutie sluchu.

Sluchové postihnutie – poruchy sluchovej citlivosti, strata sluchu, či iné sluchové alebo ušné poruchy. Podľa Matušku (1992, s.10) sluchové postihnutie je „poškodenie sluchového systému a jeho jednotlivých

častí, ktoré vzniká následkom úrazov, choroby, vývinových porúch a iných patologických vplyvov“.

Poruchy reči – bývajú zapríčinené rozličnými faktormi. Môžu byť vrodené, spôsobené mechanickým poškodením, prípadne ako následok zápalového ochorenia. Patrí sem zajakavosť, poruchy reči závislé od poruchy sluchu, od organického poškodenia artikulačných orgánov, chybná výslovnosť a pod.

Príčiny zdravotného postihnutia bývajú rôzne. Môžu byť vrodené, geneticky dané, alebo získané a to v ktoromkoľvek období života ako dôsledok ťažkých úrazov, havárií, prípadne ako následok rôznych závažných ochorení.

Podľa Vágnerovej (2004, s.162) „*vrodené postihnutie*, resp. postihnutie získané v ranom veku ovplyvňuje vo väčšej miere vývin dieťaťa, no na druhej strane je menej subjektívne traumatizujúce, pretože takýto človek je na svoje postihnutie adaptovaný. Postupne si uvedomuje, že ostatní majú aj iné možnosti, než tie, ktoré má on sám“. *Získané postihnutie* predstavuje väčšiu psychickú traumu, pretože človek môže porovnávať, uvedomuje si čo stratil. Z objektívneho hľadiska má oproti ľuďom s vrodeným postihnutím takpovediac výhodu predchádzajúcej skúsenosti, napríklad po strate zraku má predstavu o priestore, pri strate sluchu má zachovanú slovnú zásobu a schopnosť verbálnej komunikácie a rôzne ďalšie sociálne zručnosti a kompetencie.(Vágnerová, 2004)

S uvedeným môžeme súhlasiť, i keď samozrejme každý jednotlivec so zdravotným postihnutím, posudzuje svoju konkrétnu situáciu zo svojho subjektívneho hľadiska.

1.3 Legislatíva v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím

Jedným z najvýznamnejších medzinárodných dokumentov definujúcich základné ľudské práva a slobody je *Všeobecná deklarácia ľudských práv*, ktorá bola prijatá v roku 1948.

V roku 1949 Rada Európy uzavrela *Európsky dohovor o ľudských právach*, cieľom ktorého bolo dodržiavanie ľudských práv a slobôd.

Nadväzujúc na uvedený dohovor, prijala Rada Európy v roku 1961 *Európsku sociálnu chartu*.

V roku 1982 OSN prijala dokument *Svetový akčný program týkajúci sa ľudí so zdravotným postihnutím*, ktorý bol založený na princípe plnej účasti (participácie) a rovnosti ľudí s postihnutím. Spolu s *Odporúčaním Výboru ministrov č. R(92)* z roku 1992 je dôležitým dokumentom šiestich členských štátov Rady Európy ku koherentnej politike pre ľudí so zdravotným postihnutím. Uplatňovanie odporúčaní uvedených v tomto dokumente vedie ku garancii práv ľudí so zdravotným postihnutím na nezávislý život a plnú integráciu v spoločnosti.

V decembri 1993 prijala OSN *Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím*, ktoré sú zamerané na politiku a práva osôb so zdravotným postihnutím a smerujú k rovnosti práv v jednotlivých oblastiach života. Prístup k občanom so zdravotným postihnutím ďalej pokračuje v revidovanej *Európskej sociálnej charte* z roku 1996, v ktorej sa používa termín: „právo osôb s postihnutím na nezávislosť, sociálnu integráciu a na účasť v živote spoločnosti“.

V júni 2001 prijala vláda Slovenskej republiky *Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím* vo všetkých oblastiach života. Program je vlastne rozpracovaním dokumentu *Štandardných pravidiel* na slovenské pomery. Je zameraný na praktický život všetkých osôb so zdravotným postihnutím.

Koncom marca 2002 bola v Madride vyhlásená účastníkmi Európskeho kongresu zdravotného postihnutia *Madridská deklarácia*, ktorá vyzýva k podpore nezávislosti, rovnosti príležitostí a sociálnej inklúzie ľudí so zdravotným postihnutím.

Po ratifikácii všetkými členmi Európskej únie bola 1.12.2009 prijatá Lisabonská zmluva, ktorej súčasťou sa stáva aj Charta základných práv a slobôd.

V súčasnosti očakávame podpísanie *Občného protokolu* prezidentom republiky, čím sa Slovensko pripojí k 51 krajinám, ktoré ho ratifikovali. Dohovor je založený na existujúcich dohovoroch a obsahuje záväzky štátov garantujúce ochranu práv osôb s postihnutím.

2 HODNOTY V ŽIVOTE ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Ako sme spomenuli už v úvode, v súčasnej hektickej, technicky vyspelejšej a komerčnej dobe akoby sme pomaly zabúdali na pravý význam slov: porozumenie, úcta, láska, akoby sa z nášho povedomia vytrácali i pravé hodnoty akými nesporne sú sloboda, nezávislosť, či ľudská dôstojnosť.

2.1 Hodnota ako pojem

Pojem hodnota má pomerne široký, dalo by sa povedať interdisciplinárny význam. Používame ho takmer vo všetkých oblastiach nášho každodenného života

V sociálnej sfére (sme presvedčení o tom, že nie len tam), je hodnota človeka, ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti nadradená nad všetky ostatné hodnoty. Každý jedinec si zaslúži akceptáciu, úctu, pozornosť, zaslúži si príležitosť na vyjadrenie svojich názorov, pocitov, potrieb. Má právo riadiť svoje kroky, určovať si svoje ciele, rovnako tak rozhodovať o tom, akým spôsobom ich bude realizovať.

Podľa Matouška (2003, s. 77) hodnoty sú „to, čo daná spoločnosť, skupina alebo jednotliviec považujú za žiadúce, vhodné a dobré – o čo sa usilujú“.

Hodnoty spoločnosti v značnej miere ovplyvňujú aj naše individuálne hodnoty, ktoré si postupne v priebehu života utvárame.

Ako sme už naznačili, v oblasti sociálnej práce je najzákladnejšou hodnotou človek, jeho ľudská dôstojnosť. Je preto nevyhnutné „aktívne vyjadrovať rešpekt každému klientovi bez ohľadu na akékoľvek spoločensky nežiadúce charakteristiky, poskytovať a vytvárať mu priestor pre realizáciu všetkých priání, ktoré neohrozujú iných ľudí, pri strete záujmov presadzovať spravodlivé riešenie a podporovať zapojenie klienta do všetkých druhov podporných spoločenstiev, počnúc rodinou až po národnú, prípadne globálnu komunitu“. (Matoušek, 2003, s.77)

V sociológii sa hodnotou označuje „ľubovoľný alebo ideálny objekt, idea alebo inštitúcia, skutočný, či imaginárny predmet, ku ktorému jednotlivci alebo skupiny zaujímajú hodnotiaci postoj, pripisujú mu významnú úlohu vo svojom živote a snahu po jeho dosiahnutí pociťujú ako nutnosť“. (Grác, 1979, s.20)

Medzi významné hodnoty v živote ľudí so zdravotným postihnutím, takisto ako aj u zdravej populácie, nesporne patrí *zdravie* (keď už nie svoje vlastné, tak určite zdravie svojich najbližších), porozumenie, láska. Významné miesto v hodnotovom rebríčku zaujíma aj *vzdelanie*, ktoré je základným predpokladom uplatnenia sa na trhu práce, čo zároveň dáva možnosť ich vlastného uplatnenia sa v živote, možnosť vlastnej sebarealizácie, možnosť vlastného príjmu, osamostatnenia a s tým úzko súvisiacej nezávislosti.

Osobitnou hodnotou každého z nás, ľudí so zdravotným postihnutím nevynímajúc, je práve naša osobná sloboda a *nezávislosť*.

2.2 Vzdelávanie ľudí so zdravotným postihnutím

V súčasnosti sa na Slovensku realizuje vzdelávanie ľudí so zdravotným postihnutím buď v špeciálnych školách, ktorých činnosť upravuje Zákon č. 245/2008 Z.z. o sústave základných a stredných škôl o výchove a vzdelávaní, v ktorých sa vzdelávajú deti a mládež s rôznym zdravotným postihnutím – sluchovým, zrakovým, telesným, mentálnym, deti choré a zdravotne oslabené, s narušenou komunikačnou schopnosťou, autizmom, poruchami správania a deti a mládež s viacerými poruchami, alebo sa ich vzdelávanie realizuje v bežných školách, ktoré im vytvárajú podmienky na zabezpečenie ich špeciálnych vzdelávacích potrieb.

V špeciálnych školách sa uplatňuje prepracovaný systém výchovy a vzdelávania žiakov s postihnutím, ktorého hlavným cieľom je dosiahnuť ich maximálnu pracovnú a spoločenskú integráciu s ohľadom na druh a stupeň ich postihnutia. Počty žiakov v triedach sú oproti triedam v bežných školách znížené, a to v závislosti od druhu a stupňa postihnutia, pri vyučovaní sa využívajú individuálne učebné plány. Úspešné vyučovanie je podmienené aplikáciou špecifických

vyučovacích metód, ktoré špeciálni pedagógovia pri práci využívajú. Dôležitú úlohu v edukačnom procese zaujímajú i špeciálne pomôcky, bez ktorých sa žiaci so zdravotným postihnutím nemôžu pohybovať, čítať, písať, komunikovať, či vykonávať rôzne pracovné i záujmové činnosti. Sú to pomôcky kompenzačné, rehabilitačné či ortopedické. U detí s viacnásobným postihnutím sa používajú všetky druhy týchto pomôcok. Ich úlohou je pomáhať deťom so zdravotným postihnutím prekonávať bariéry, motivovať ich k spolupráci, ukazujú im cestu, ako môžu aj oni vykonávať rôzne činnosti i napriek svojmu postihnutiu.(Habšudová, 2001)

„Cieľom špeciálnej edukácie je optimálny rozvoj osobnosti detí so zdravotným postihnutím s rešpektovaním ich osobitosti, dosiahnutie žiadúcej úrovne vzdelanosti a maximálneho stupňa ich socializácie“.(Vančová, 2001, s.34)

Segregovaný systém však so sebou prináša i negatívny dopad na vytváranie a rozvoj sociálnych vzťahov.

Integrované vzdelávanie - vo vyspelých krajinách sa väčšina žiakov so zdravotným postihnutím vzdeláva v bežných školách, ktoré im vytvárajú podmienky na zabezpečenie ich špeciálnych vzdelávacích potrieb. Dôležitá je spolupráca s pracovníkmi pedagogicko-psychologickej poradne, ostatných zainteresovaných odborníkov, ako aj rodičov týchto detí. Predpokladáme, že aj u nás sa bude postupne presadzovať model integrovaného vzdelávania na bežných školách, pričom špeciálne školy budú navštevovať deti s ťažkým postihnutím, ktorých vzdelávanie ani v modifikovaných podmienkach bežných škôl nemôže byť úspešné.

Integrované vzdelávanie žiakov so zdravotným postihnutím u nás zatiaľ nie je dostatočne legislatívne a koncepcne zabezpečené. Svedčí o tom i nedostatočná odborná pripravenosť učiteľov bežných škôl, ktorí učia integrované deti s postihnutím často na základe vlastného entuziazmu. Aj keď podľa zahraničných skúseností je integrované vzdelávanie na bežných školách v konečnom dôsledku pre spoločnosť finančne efektívnejšie, spočiatku si vyžaduje pomerne značné náklady na úpravu materiálneho prostredia, na zabezpečenie špeciálnych

kompenzačných pomôcok, či zabezpečenie ďalších odborných pracovníkov.

Špecifickou úpravou podmienok výchovy a vzdelávania sa umožní veľkej časti populácie týchto žiakov absolvovať základné a stredoškolské vzdelávania v rámci bežného školstva. To podľa nášho názoru prispeje nielen ku kvalitnejším vzdelávacím výsledkom, ale aj pozitívne podporí proces sociálneho začlenenia.

„Takýto model vzdelávania vyžaduje dôslednú prípravu pedagógov na prácu s deťmi so zdravotným postihnutím. Dôležitú úlohu zohráva schopnosť pedagogických pracovníkov a rovesníkov prijať medzi seba dieťa so zdravotným postihnutím, uznať jeho právo chodiť do bežnej školy a prekonať bariéru odlišnosti“.(Repková, 1998,s.54)

Nakoľko však integrácia zdravotne postihnutého dieťaťa do bežnej školy môže byť niekedy pre takéto dieťa nadmernou záťažou, je nevyhnutné pridržiavať sa základného pravidla – „integrovať len vtedy a takou formou, aby sa zabezpečil prospech pre každé jednotlivé dieťa“.(Repková, 1998, s.54)

2.3 Pracovná integrácia

„Hospodárska a sociálna sila každej spoločnosti je založená na pracovnej aktivite ľudí a ich schopnosti pokrývať svoje potreby výsledkami vlastnej práce. Preto by sa mala veľká pozornosť venovať príprave takých podmienok na prácu, pri ktorých by sa v maximálnej miere uplatnil potenciál každého človeka“.(Repková, 1998, s.58)

Pre človeka so zdravotným postihnutím je práca – zamestnanie najlepším spôsobom integrácie do spoločnosti. Práca vo všeobecnosti dáva človeku určitý status. Človeku so zdravotným postihnutím umožňuje žiť naplno, stať sa nezávislým.

Podľa Európskej sociálnej charty má štát povinnosť vytvárať podmienky na zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím. V súlade s princípom rovnakého zaobchádzania môže na to využívať rôzne formy a metódy, ktoré by motivovali zamestnávateľov zamestnávať ľudí so zdravotným postihnutím.

Uchádzač o zamestnanie v zmysle Zákona č.5/2004, o službách zamestnanosti v §6 „je občan, ktorý môže pracovať, chce pracovať a hľadá si zamestnanie a je vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny“.

Znevýhodnený uchádzač o zamestnanie je okrem iných i

- občan so zdravotným postihnutím
- občan, ktorý má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 20%, ale najviac o 40%
- občan, ktorý stratil schopnosť vykonávať svoje doterajšie zamestnanie zo zdravotných dôvodov a nie je občan so zdravotným postihnutím. (Zákon č. 5/2004, §8)

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny poskytuje zamestnávateľom

- poradenstvo pri zamestnávaní ľudí so zdravotným postihnutím
- príspevky na podporu ich zamestnávania
- sleduje využívanie pracovných miest, na ktoré bol poskytnutý príspevok,
- kontroluje plnenie povinností, ktoré má zamestnávateľ pri zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím,
- kontrolu dodržiavania povinného podielu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím na celkovom počte zamestnancov u zamestnávateľa,
- rozhoduje o povinnosti zamestnávateľa zaplatiť odvod za neplnenie povinného podielu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím,
- rozhoduje o udelení súhlasu zamestnávateľovi na skončenie pracovného pomeru výpoveďou zamestnancovi, ktorý je občanom so zdravotným postihnutím. (Zákon č.5/2004,§13)

Príspevok na zamestnávanie znevýhodneného uchádzača o zamestnanie vedeného v evidencii uchádzačov o zamestnanie sa poskytuje mesačne zamestnávateľovi, ktorý na vytvorené pracovné miesto prijme do pracovného pomeru znevýhodneného uchádzača o zamestnanie.

Zamestnávateľ je povinný zachovávať vytvorené pracovné miesto, na ktoré sa poskytuje príspevok najmenej dva roky. (Korimová,2006)

Povinnosti zamestnávateľa pri zamestnávaní občanov so zdravotným postihnutím – zamestnávateľ je povinný

- zabezpečovať pre občanov so zdravotným postihnutím, ktorých zamestnáva, vhodné pracovné podmienky na výkon práce,
- vykonávať zaškolenie a prípravu na prácu občanov so zdravotným postihnutím a venovať osobitnú starostlivosť zvyšovaniu kvalifikácie počas ich zamestnávania,
- viesť evidenciu občanov so zdravotným postihnutím,
- zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím, ak zamestnáva najmenej 20 zamestnancov a ak Úrad práce sociálnych vecí a rodiny v evidencii uchádzačov o zamestnanie vedie občanov so zdravotným postihnutím v počte, ktorý predstavuje 3,2% z celkového počtu jeho zamestnancov. (Zákon č.5/2004, §63)

Zadávanie zákaziek na účely plnenia povinného podielu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím –

„Povinnosť zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím vo výške povinného podielu môže zamestnávateľ plniť aj zadaním zákazky vhodnej na zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím“. (Korimová, 2006, s.27)

Odvod za neplnenie povinného podielu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím – „Zamestnávateľ, ktorý nezamestnáva povinný podiel občanov so zdravotným postihnutím, je povinný za každého občana, ktorý mu chýba do splnenia povinného podielu odvieť odvod vo výške trojnásobku mesačnej minimálnej mzdy platnej ku koncu kalendárneho mesiaca, v ktorom sa odvod za nesplnenie povinného podielu počtu občanov so zdravotným postihnutím odvádza“. (Korimová, 2006, s.29)

2.3.1 Agentúra podporovaného zamestnávania

poskytuje služby občanom so zdravotným postihnutím, dlhodobo nezamestnaným občanom a zamestnávateľom zamerané na uľahčenie

získania zamestnania, alebo na udržanie zamestnania alebo na uľahčenie získania zamestnanca z radov občanov so zdravotným postihnutím.

Činnosti agentúry podporovaného zamestnávania:

- poskytuje odborné poradenstvo zamerané na podporu a pomoc pri získavaní a udržaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia,
- zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím vzhľadom na požiadavky trhu práce,
- vyhľadávanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a jeho sprostredkovanie,
- poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorými sú občania so zdravotným postihnutím a poradenstva pri riešení problémov počas ich zamestnávania,
- vykonáva výber vhodného uchádzača na pracovné miesto na základe požiadaviek zamestnávateľa,
- poskytuje odborné poradenstvo zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní občanov so zdravotným postihnutím. (Zákon č.5/2004,§5)

Činnosť agentúry podporovaného zamestnávania môže vykonávať právnická alebo fyzická osoba za podmienok ustanovených už spomenutým zákonom o službách zamestnanosti, ak má na túto činnosť povolenie vydané Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny podľa § 12 písm.j tohto zákona.

2.3.2 Chránená dielňa a chránené pracovisko

„sú pracoviská zriadené právnickou osobou, alebo fyzickou osobou (zamestnávateľom), v ktorých pracuje najmenej 50% ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce, alebo pracoviská, na ktorých sa ľudia so zdravotným postihnutím zaškoľujú a v ktorých sú pracovné podmienky

vrátane nárokov na pracovný výkon prispôsobené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím“. (Korimová,2006,s.18)

Zamestnávateľ je povinný v zmysle zákona č.5/2004 viesť osobitnú evidenciu nákladov, výkonov a hospodárskeho výsledku chránenej dielne alebo chráneného pracoviska.

Zamestnávateľovi, ktorý zriadi chránenú dielňu, sa poskytuje *príspevok na zriadenie chráneného pracoviska a príspevok na úhradu preukázaných dodatočných nákladov súvisiacich s rozšírením chráneného pracoviska, úpravou priestorov, vybavením pracoviska strojmi, zariadeniami a pracovnými pomôckami potrebnými na vykonávanie činnosti, prenájom motorového vozidla formou lízingu.*(Korimová,2006)

Úrad práce sociálnych vecí a rodiny poskytuje i *príspevok na úhradu prevádzkových nákladov a na dopravu zamestnancov do zamestnania, ako aj príspevok na činnosť pracovného asistenta,* ktorý poskytuje pomoc zamestnancom pri vykonávaní zamestnania a osobných potrieb počas pracovného času. Pracovný asistent poskytuje pomoc aj samostatne zárobkovo činnému človeku so zdravotným postihnutím pri prevádzkovaní, alebo vykonávaní samostatnej zárobkovej činnosti.(Zákon č.5/2004,§59)

Rozsah pracovnej asistencie závisí od zdravotného stavu zamestnancov, a od výrobného programu, na ktorom sa títo pracovníci podieľajú.

Je nesmierne dôležité uvedomiť si, že v oblasti zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím nie je prvoradým cieľom dosahovanie maximálneho zisku, ale v prvom rade ide o uspokojovanie a skvalitňovanie ich sociálnych potrieb, o možnosť ich seberealizácie, určitého finančného prínosu vo forme mzdy, väčšej samostatnosti, nezávislosti, a následne i zlepšenia kvality ich života.

3 NEZÁVISLOSŤ

„Nezávislosť je základom sociálnej suverenity človeka bez ohľadu na to, či má zdravotné postihnutie, alebo nie“. (Repková, 1999, s. 2)

3.1 Nezávislosť v živote ľudí so zdravotným postihnutím

„Novodobé sociálno-politické koncepcie vychádzajú v pohľade na človeka z uznávania jeho práva na manažment vlastného života a priamo budujú na jeho snahe dosiahnuť maximálnu nezávislosť. Jedine nezávislí ľudia môžu prebrať za seba skutočnú zodpovednosť.“ (Repková, 2000, s. 376)

Aby bol človek nezávislý, musí prevziať kontrolu nad svojim životom. „Nezávislosť pre zdravotne znevýhodneného človeka garantujú také individuálne zdroje a sociálne služby, ktoré mu umožňujú prístup k rovnakým sociálnym, politickým, ekonomickým a kultúrnym príležitostiam ako väčšinovej populácii.“ (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 102)

Nezávislosť však nemôže existovať bez závislosti. Tým, že sa človek v niektorej oblasti svojho života stáva nezávislým, je pripravený plnohodnotne vstupovať do nových vzťahov, nových sfér a ponúk a jeho čiastkové „závislosti“ sa tým rozširujú.

„Byť nezávislým znamená celoživotne bojovať o sociálny status, o možnosť rozhodovať o sebe, bojovať o možnosť uchádzať sa o šance a príležitosti, rovnako ako o možnosť nové šance a príležitosti vytvárať, resp. spoluvytvárať. Nezávislosť sa tak stáva charakteristikou osobnosti, trvalou črtou prístupu človeka k daniu okolo seba a je prejavom jeho uvedomeného fungovania v štruktúre spoločenských vzťahov.“ (Repková, 2000, s. 377)

Nezávislosť v živote človeka v prevažnej miere odvodzujeme od toho, do akej miery je schopný vykonávať bežné činnosti potrebné k životu, resp. nakoľko potrebuje pomoc niekoho iného pri zabezpečovaní týchto činností. „Nezaujímá nás už natoľko, kto vyberá činnosti, manažuje ich chod a podobu, od koho sa očakáva, že zasiahne,

rozhodne v prípade potreby zmeny, čo je sebaurčujúca stránka nezávislosti“.(Repková, 1999,s.104)

„Zdrojom sebaurčujúcej nezávislosti je však vždy iba človek sám ako výhradný odborník a nositeľ svojich potrieb a odborník na ne. Jeho nezávislosť môže byť iba nepriamo podporovaná vonkajšími opatreniami. Je to nezávislosť založená na uznaní schopnosti človeka rozhodovať o svojich vlastných potrebách a na uznaní jeho práva dožadovať sa všeobecne prijateľných podmienok, za ktorých by mohol vyvíjať aktivity vedúce k ich uspokojovaniu.“ (Repková,2000,s.379)

„Občan so zdravotným postihnutím sa tak stáva nezávislým nie preto, že sa stiahne do úzadia (že sa izoluje), že umelo znížil svoje životné aspirácie a potreby, aby nikoho „neotravoval“. Ide o nezávislosť založenú na slobode v manažmente vlastného života, t.j. na tom, že občan má možnosť určiť jeho líniu, určiť akú úlohu v ňom majú zohrávať iní ľudia (rodičia, ostatní príbuzní, lekári, iní odborníci, priatelia). Je to nezávislosť založená na schopnosti reálne rozpoznať, čo je potrebné na naplnenie týchto predstáv, čo zvláda sám, pri čom potrebuje pomoc a o akú pomoc by malo ísť. Taktiež ide o nezávislosť založenú na práve občana povedať, akým spôsobom mu má byť pomoc poskytnutá, a na jeho schopnosti zdôvodniť, ako práve zvolená forma pomoci prispeje k naplneniu jeho životných aspirácií a spoločenských úloh.“(Repková,1999,s.3)

3.2 Princípy podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím

Odborníci zaoberajúci sa touto problematikou identifikovali niekoľko základných princípov podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím.

Princíp priority univerzálnych riešení pred riešeniami špeciálnymi

Kompenzačné opatrenia zamerané skôr na jednotlivca posúvajú ľudí so zdravotným postihnutím do polohy inakosti, osobitosti, ktorá vedie k ich ochrane a oddelení od ostatných v mene ich „vlastného dobra“. Odvádzajú pozornosť od „... podpory zmien v právnom systéme krajiny, ktorý by svojim členom zaručoval občianske práva“, teda od

konceptu univerzálnych riešení (univerzálneho dizajnu). Spracované podľa Ratzku in. Repková(2003)

Práva ľudí s postihnutím sú v zmysle Svetového akčného programu predpokladom pokroku v sociálnych, ekonomických, kultúrnych, občianskych a politických práv pre všetkých.

Princíp priority technicko-inštrumentálnych riešení pred personálno-asistenčnými riešeniami

Uvedený princíp je potrebné uplatňovať v prípade, keď nie je možné uplatniť princíp univerzálnych riešení.

V prípade poklesu alebo úplnej straty funkčnosti jednotlivých orgánov, systémov, či duševných funkcií sa pred poskytovaním pomoci inou osobou uprednostňuje poskytovanie pomôcok a technických zariadení, ktoré pokles alebo stratu funkčnosti kompenzujú. Môžeme predpokladať, že človek, ktorý je vďaka pomôcke samostatnejší sa bude cítiť slobodnejší ako ten, kto je odkázaný na pomoc iného. (Repková,2003)

Princíp priority asistencie niekoho iného pred opaterou niekým iným

Tento princíp sa uplatňuje vtedy, ak nie je postačujúce poskytnutie pomôcky, alebo technického zariadenia. Ak chce byť človek so zdravotným postihnutím nezávislý a slobodný, snaží sa v čo najväčšej miere rozhodovať o veciach a udalostiach, ktoré sa ho bezprostredne alebo sprostredkovane týkajú. Aj keď je v mnohých činnostiach, niekedy takmer pri všetkých činnostiach odkázaný na pomoc niekoho iného, je v jeho záujme nestratiť kontrolu nad týmito činnosťami, organizáciou týchto činností, právo hodnotiť úroveň a efekt pomoci v závislosti od jeho predstáv a požiadaviek.(Repková,2003)

Princíp priority asistencie cudzích ľudí pred asistenciou blízkych

Slovo „asistencia“ vyjadruje určitú citovú neutralitu a nezávislosť vo vzťahoch. „Aj pri tých najhumánnejších pohnútkach a pri najväčšom citovom zainteresovaní nemôžu byť blízke osoby vo vzťahu k sebe vzájomne nezávislé. Pri osobnej asistencii ľuďom so zdravotným postihnutím je preto veľmi dôležité odlíšenie, v čom si blízki ľudia (rodičia a deti, súrodenci navzájom, partneri navzájom, širšia rodina) vzájomne pomáhajú v rámci bežnej rodičovskej, partnerskej,

súrodeneckej, širšej rodinnej starostlivosti, pomoci a povinnosti a čo je už nad tento rámec.“(Repková, 2000, s.380)

„Táto nadrámcová pomoc sa potom stáva predmetom osobnej asistencie vo vzťahu k človeku so zdravotným postihnutím, aj keď naďalej zostáva žiť vo svojom prirodzenom prostredí a udržiava plnohodnotné citové vzťahy s členmi užšej i širšej rodiny.“(Repková,2003, s.123)

Princíp priority priamych platieb pred organizovanou službou

Občan so zdravotným postihnutím si sociálnu službu buď vyberá sám, sám si ju organizuje podľa vlastných potrieb a predstáv, preberá zodpovednosť za vhodnosť vlastného výberu a po poskytnutí služby ju sám aj zaplatí, alebo mu je poskytovateľ sociálnej služby „pridelený“, kritériá a formy pomoci sú definované a organizované niekým iným, občan sa pri uspokojovaní svojich potrieb viac-menej prispôsobuje. Zodpovednosť za úroveň poskytovanej služby v tomto prípade preberá niekto „zvonku občana“, čím sa jeho závislosť na iných posilňuje.(Repková,2003)

Systém priamych platieb má podľa Repkovej (2003) stimulujúci efekt na nezávislosť ľudí so zdravotných postihnutím, a je nástrojom posilnenia (empowermentu) občana v záujme zachovania jeho kontroly nad vlastným životom.(Repková,2003)

Princíp priority rozvojových riešení pred riešeniami statickými

Ako uvádza Repková (2003, s.124) „formy intervencie právnymi nástrojmi by mali byť také, aby motivovali človeka k potrebe sebarozvoja a nie ku konzervovaniu dosiahnutého stavu“. Uspokojená nižšia potreba evokuje aktivizáciu potreby vyššej, čo má z hľadiska rozsahu intervencie rastúci (rozvíjajúci) sa efekt. Z ľudí funkčne vysoko závislých sa postupne stávajú ľudia síce naďalej funkčne závislí, ale s rozvíjajúcou sa sebaurčujúcou nezávislosťou.“(Repková,2003, s.124)

Uplatňovanie princípov podpory nezávislosti predstavuje podľa Repkovej (2003) otvorený cyklus a požiadavky na charakter a rozsah podpory sa postupne dostávajú na kvalitatívne vyššiu úroveň.

3.3 Model nezávislého života (Independent living)

Koncom 60. rokov sa v USA spojili ľudia s ťažkým zdravotným postihnutím a vytvorili hnutie Independent Living. Cieľom je dosiahnuť v spoločnosti zmeny, ktoré by umožňovali efektívne fungovanie ľudí so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach ich života. Ide o hnutie samotných ľudí so zdravotným postihnutím. Podľa zástancov tohto hnutia urobila spoločnosť z ľudí so zdravotným postihnutím chorých, ktorí sú objektom starostlivosti špecialistov (lekárov, psychológov, terapeutov, logopédov, sociálnych pracovníkov, rehabilitačných pracovníkov), ktorí vystupujú ako odborníci na ich ľudské potreby, ako organizátori a kontrolóri ich života. (Repková, 2002)

Ľudia so zdravotným postihnutím potrebujú mať zodpovednosť za svoj vlastný život, majú právo na plnú účasť v živote spoločnosti ako aj právo na sebaurčenie.

Na Slovensku sa začalo hnutie nezávislého života formovať koncom deväťdesiatych rokov 20. storočia, približne v rovnakom období ako nový systém sociálnej pomoci. Systém sociálnej pomoci občanom s ťažkým zdravotným postihnutím je založený na princípe individuálnej kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, pričom model nezávislého života má byť zameraný na strategické a systémové riešenia na úrovni celej spoločnosti, ktorá má garantovať všetkým rovnakú prístupnosť k verejným systémom (školsťvo, doprava, architektúra, zdravotnícke služby, bývanie), pomáhajúcim uspokojovať životné potreby ľudí. (Repková, 2002)

Podľa L. Prušu výplatou sociálnych dávok sa nedôjde k zabezpečeniu sociálnej suverenity občanov so zdravotným postihnutím. Na to je podľa autora potrebná aktivizácia schopností a potenciálu každého človeka, vedenie diskusie a prijímanie opatrení na zabezpečenie rovnakých práv, odstránenie diskriminácie a zrovnoprávnenie príležitostí. (In Repková, 2002)

„Čisté dávkové schémy nemôžu zásadným spôsobom z dlhodobého hľadiska zmeniť situáciu ľudí so zdravotným postihnutím v spoločnosti“. (Repková, 2002, s.5)

Stále pretrváva nedôslednosť v odstraňovaní architektonických bariér (neprístupnosť obchodov, budov, prepravy), finančná neprístupnosť zdravotnej starostlivosti (doplácanie na lieky), pretrvávajú problémy v zabezpečovaní bývania primeraného ich požiadavkám. Vysoká nezamestnanosť dopadá na ľudí so zdravotným postihnutím ešte výraznejšie ako na ostatnú populáciu.(Repková,2002)

Koncept nezávislého života ľudí so zdravotným postihnutím je strategický rámec, ktorý však presahuje možnosti systému sociálnej pomoci občanom s ťažkým zdravotným postihnutím. Tento systém má len obmedzený vplyv na riešenie kľúčových otázok tvorby životných podmienok ľudí, ktoré zahŕňajú aj životné podmienky ľudí so zdravotným postihnutím. „Predpoklady na dosiahnutie pokroku poskytuje dokument Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života, ktorý vláda Slovenskej republiky prijala v júni 2001. Sú v ňom zakomponované systémové opatrenia a úlohy týkajúce sa všetkých oblastí života ľudí a spoločnosti s uvedením zodpovednosti pre všetky subjekty (rezorty, inštitúcie, organizácie), ktoré vstupujú svojou pôsobnosťou do tejto sféry.“(Repková,2002,s.5)

Významnú úlohu tu zohráva i Rada vlády pre problematiku občanov so zdravotným postihnutím, ako i Združenia občanov so zdravotným postihnutím, ktorí by mali byť nositeľmi predstáv o modeli nezávislého života ľudí so zdravotným postihnutím, ako i jeho realizátormi vo vzťahu k štátnym a ostatným verejným inštitúciám.(Repková,2002)

4 OSOBNÁ ASISTENCIA

Jedným z nástrojov na dosiahnutie nezávislého života pre ľudí so zdravotným postihnutím je osobná asistencia.

4.1 Charakteristika a význam osobnej asistencie

Osobná asistencia ako jedna z foriem sociálnej práce, je zameraná na poskytovanie pomoci pri vykonávaní bežných životných úkonov občanom s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí takúto pomoc potrebujú. Podľa Repkovej je osobná asistencia (personal assistance) „pomoc smerovaná od človeka (osobného asistenta) k inému človeku, ktorý z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia takúto pomoc potrebuje pri vykonávaní rozličných životných činností“. (Repková in. Grichová, 2008, s. 18)

Osobná asistencia umožňuje klientovi nezávislé rozhodovanie o svojom živote, umožňuje mu viesť plnohodnotný spôsob života nie len v oblasti vzdelávania a zamestnania, ale i vo všetkých ostatných oblastiach nášho života, ako napríklad kultúra, šport, či cestovanie. Taktiež napomáha klientovi pri realizácii jeho záľub a koníčkov. Klient si sám určuje kedy a akú pomoc potrebuje, má pritom možnosť v plnej miere organizovať prácu svojho asistenta, ktorého si tiež má právo sám vybrať.

Hlavným cieľom osobnej asistencie „ je umožniť občanovi so ZZT (zdravotným znevýhodnením – telesným), osamostatniť sa od svojich najbližších členov rodiny a môcť rozhodovať o svojom živote a prevziať zaň zodpovednosť. Zároveň stať sa aj napriek svojmu handicapu prínosom pre svoju rodinu, ale i pre celú spoločnosť. Môcť zastávať svoju sociálnu rolu v rodine, priateľských, pracovných a iných vzťahoch. Dáva priestor pre žitie nezávislého a plnohodnotného života“. (Grichová, 2008, s. 111)

S tým môžeme plne súhlasiť. Človek so zdravotným postihnutím sa nemôže pri napĺňaní svojich potrieb vždy spoliehať iba na svojich blízkych a priateľov, ktorí sú mnohokrát zaneprázdnení svojimi

vlastnými povinnosťami. Bol by tak v podstate závislý od toho, či a kedy si nájdú voľný čas i pre neho.

4.2 Vzťah osobný asistent – klient

Podľa Repkovej (1999,s.148) „základný a zásadný rozdiel medzi rodičom a osobným asistentom spočíva v tom, že rodič vystupuje za dieťa, pričom osobný asistent vystupuje v mene dieťaťa!“

Odborníci filozofie nezávislého života ako uvádza Repková (1999,s.4) vo svojom príspevku, sa zhodujú na tom, „že čím väčšmi je občan so zdravotným postihnutím centrom pozornosti odborníkov, tým menej rozhoduje o svojom živote sám.“

Osobný asistent v rámci svojej činnosti asistuje klientovi pri zabezpečovaní úkonov telesnej hygieny, pri príprave a konzumácii stravy, pri preprave, či vybavovaní rôznych záležitostí na úradoch a pod. Zo strany klienta je v rámci prijímania osobnej asistencie potrebné častokrát prekonať aj nepríjemné a chýlostivé záležitosti, ktoré sú spojené s jeho osobnou hygienou, obliekaním, alebo činnosťami spojenými s jeho vyprázdňovaním. „Iba ten, kto to dokáže, môže dosiahnuť úplnú nezávislosť voči rodinným príslušníkom i svojmu postihnutiu“. (Grichová, 2008,s.95)

V prípade, že klient z rôznych príčin nedokáže prijať pomoc pri intímnych činnostiach od osobného asistenta, sú blízki rodinní príslušníci povinní tieto činnosti členovi svojej rodiny vykonávať zadarmo, nakoľko to vyplýva jednak z ich rodinných práv a povinností, ale i všeobecných morálnych povinností. (Grichová,2008)

Pri poskytovaní osobnej asistencie ide prevažne o bežné činnosti, ktoré si nevyžadujú špeciálnu kvalifikáciu. I samotní ľudia so zdravotným postihnutím sa zhodujú na tom, že osobný asistent nemusí mať pre výkon svojej činnosti špeciálne vzdelanie. Voľne by sme mohli povedať, že osobný asistent je „len“ nástrojom (prostriedkom) realizácie klientových zámerov.

Osobná asistencia teda nie je založená na závislosti medzi človekom s ťažkým zdravotným postihnutím a jeho osobným asistentom, ale ide

o vzťah založený na slobodnej vôli obidvoch aktérov, stanovení určitých pravidiel, ako i poskytovaní odmeny za vykonané služby, ktorú klient vypláca svojmu asistentovi. Za celkovú organizáciu osobnej asistencie v plnej miere zodpovedá klient, zároveň preberá zodpovednosť i za prípadné problémy, ktoré by pri vykonávaní osobnej asistencie mohli vzniknúť.

Medzi oboma aktérmi nejde o pozíciu prijímateľa a darcu, ale ide o vzťah klienta ako odberateľa služby a osobného asistenta ako poskytovateľa služby. Takýto vzťah je predpokladom vzájomnej úcty, objektívnosti a vzájomnej nezávislosti.

Pre správne využívanie osobnej asistencie je nevyhnutné aby klient aj osobný asistent disponovali určitými osobnostnými vlastnosťami a schopnosťami.

Medzi najdôležitejšie kritériá, ktoré musí spĺňať záujemca o vykonávanie osobnej asistencie môžeme zaradiť schopnosť vnímať človeka s ťažkým zdravotným postihnutím ako rovnocenného človeka, rešpektovať jeho rozhodnutia, nezasahovať do jeho konania a spôsobu života, rešpektovať a dodržiavať pravidlá osobnej asistencie, zodpovedný prístup k vykonávaniu stanovených úloh. Človek, ktorý má záujem vykonávať osobnú asistenciu musí spĺňať vekovú hranicu najmenej 18 rokov, a musí byť svojprávnny.

Aby mohol užívateľ osobnej asistencie správne využívať poskytované služby, musí takisto spĺňať určité kritériá. Nevyhnutným predpokladom je psychická zrelosť, schopnosť organizovať svoj vlastný život, schopnosť vyjadriť svoje potreby, schopnosť predvídať a riešiť prípadné konflikty, ktoré v rámci poskytovania osobnej asistencie môžu vzniknúť. Nesie totiž v plnej miere zodpovednosť za celý priebeh a organizáciu osobnej asistencie.

Osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je odkázaná na osobnú asistenciu, môže byť poskytnutý príspevok na osobnú asistenciu. Výška peňažného príspevku zodpovedá rozsahu osobnej asistencie. Rozsah osobnej asistencie závisí od činností, ktoré si klient nemôže vykonávať sám. Tento peňažný príspevok je možné poskytovať od 6. roku veku dieťaťa až do 65. roku.

Osobná asistencia však okrem veľkého počtu kladov v sebe zahŕňa aj niekoľko vážnych nevýhod spočívajúcich najmä v ohrození súkromia užívateľa osobnej asistencie a členov jeho rodiny prítomnosťou cudzej osoby v domácnosti, odhalením vzťahov užívateľa, finančnej situácie užívateľa, dôverných informácií, napríklad z telefonických rozhovorov. Taktiež je nevyhnutné zosúladiť potreby užívateľa osobnej asistencie s možnosťami osobných asistentov a v neposlednom rade ide aj o zvýšenie finančných nákladov spojených s administratívnymi činnosťami súvisiacou s prijímaním osobnej asistencie. (Grichová,2008)

Tieto nevýhody je však potrebné prekonať, pretože „len umožnením vstupu cudzej osoby (osobného asistenta) do súkromného života užívateľa osobnej asistencie je možné získať nezávislosť, ktorú mu ponúka“. (Grichová,2008,s.106)

Nepochybujeme o tom, že osobná asistencia je prínosom pre ľudí so zdravotným postihnutím práve preto, že im umožňuje viesť nezávislý život, riadiť ho podľa svojich predstáv, mať kontrolu nad vlastným životom, a zároveň niesť zodpovednosť za rozhodovanie o vlastnom živote. Mať právo slobodne sa rozhodovať, povinnosť plniť si svoje úlohy a v neposlednom rade niesť zodpovednosť za svoje rozhodnutia, práve v tom my vidíme skutočnú slobodu a nezávislosť.

5 PRIESKUM FAKTOROV OVPLYVŇUJÚCICH BUDOVANIE NEZÁVISLOSTI ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Teoretickú časť diplomovej práce sme venovali charakteristike zdravotného postihnutia, jednotlivým druhom zdravotného postihnutia, platnej legislatíve v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím, hodnotám v živote ľudí so zdravotným postihnutím, možnostiam ich vzdelávania a pracovného uplatnenia. Poslednú kapitolu teoretickej časti sme venovali osobnej asistencii, ako jednému z možných nástrojov na dosiahnutie nezávislého života pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Náš prieskum sme v nadväznosti na teoretickú časť, zamerali na zisťovanie faktorov, ktoré pomáhajú, alebo chýbajú ľuďom so zdravotným postihnutím pri budovaní ich vlastnej nezávislosti a samostatnosti. Prieskum sme sa rozhodli realizovať formou dotazníka, nakoľko touto metódou môžeme za pomerne krátky čas získať informácie od veľkého množstva respondentov. Výhodou dotazníka je i spoľahlivejšie kvantifikovanie subjektívneho obrazu, a pomerne ľahké vyhodnotenie a porovnávanie odpovedí.

5.1 Ciele a hypotézy prieskumu

Predmetom diplomovej práce bola nezávislosť ako osobitná hodnota ľudí so zdravotným postihnutím. Ako uvádza Repková (1993) nezávislosť človeka so zdravotným postihnutím je založená na jeho schopnosti reálne rozpoznať, čo je potrebné pre naplnenie jeho predstáv, akú úlohu v jeho živote zohrávajú iní ľudia, čo zvláda sám, pri čom potrebuje pomoc a o akú pomoc by malo ísť.

Počas zostavovania prieskumného problému sme si kládli podobné otázky: Akú úlohu v ich živote zohráva ich osobná nezávislosť a samostatnosť? Kto ich najviac podporuje v budovaní ich vlastnej nezávislosti a samostatnosti? Sú spokojní s dostupnosťou úradov,

obchodov a iných verejných inštitúcií? Sú spokojní so svojou momentálnou finančnou situáciou?

Na základe preštudovanej literatúry - knižnej, časopiseckej i legislatívnych prameňov z danej problematiky, sme si stanovili **hlavný cieľ** prieskumu: Zistiť, čo je najpodporujúcejším faktorom pre ľudí so zdravotným postihnutím pri budovaní ich nezávislosti, a zároveň zistiť, čo ich v tomto úsilí najviac obmedzuje.

Spresnením a špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **čiastkovým cieľom**:

C1.Zistiť, aké miesto v živote ľudí so zdravotným postihnutím zaujíma ich vlastná nezávislosť a samostatnosť.

C2.Zistiť, ktoré faktory pomáhajú ľuďom so zdravotným postihnutím v budovaní ich vlastnej nezávislosti.

C3.Zistiť, ktoré faktory obmedzujú ľudí so zdravotným postihnutím v budovaní ich nezávislosti.

Na základe uvedených čiastkových cieľov nám vyplynuli nasledovné **prieskumné hypotézy**:

H1.Predpokladáme, že väčšina respondentov uvedie, že ich vlastná samostatnosť zohráva v ich živote významnejšiu úlohu, než vzdelanie, alebo zdravie.

H2.Predpokladáme, že najpodporujúcejším zdrojom v budovaní nezávislosti je častejšie vlastná rodina a najbližší, než osobný asistent.

H3.Predpokladáme, že najobmedzujúcejším faktorom v budovaní nezávislosti osôb so zdravotným postihnutím sú architektonické bariéry pred spoločenskými bariérami.

5.2 Metódy prieskumu

Zámerný výber

Základným kritériom výberu respondentov bolo zdravotné postihnutie. Ďalším kritériom bola ich územná príslušnosť (trvalé bydlisko) v Banskobystrickom kraji, a vek do 40 rokov. Zamerali sme sa

v prevažnej miere na respondentov, ktorí sú z nášho regiónu, a v súčasnosti sú klientmi Oddelenia peňažných príspevkov na kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia ÚPSVaR vo Zvolene, v Banskej Bystrici a v Žiari nad Hronom. Pracovníčky týchto oddelení nám veľkou mierou pomohli dotazníky distribuovať. Následne nám sprostredkovali doručenie vyplnených dotazníkov naspäť.

Metódy

V rámci prípravy prieskumnej časti diplomovej práce sme využívali viacero metód sociálneho prieskumu. V prvom rade to bola literárna metóda, ktorá zahŕňa štúdium literatúry, ktorá sa zaoberá problematikou týkajúcou sa života ľudí so zdravotným postihnutím.

Hlavnou prieskumnou metódou, ktorou sme zisťovali podporujúce a obmedzujúce faktory v budovaní nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím, bol neštandardizovaný dotazník, ktorý bol špeciálne zameraný na podmienky mladých ľudí so zdravotným postihnutím a obsahoval 4 uzatvorené položky, 8 polouzavretých, 1 poradovú, 2 škálované, 2 otvorené a 3 identifikačné položky.

Plán prieskumu

V období september – november 2009 sme získavali informácie o nezávislosti z existujúcej literatúry, tvorili sme teórie. V decembri 2009 sme skonštruovali dotazník. V januári 2010 sme oslovili respondentov prostredníctvom jednotlivých pracovníčok Oddelení peňažných príspevkov na kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia ÚPSVaR vo Zvolene, v Banskej Bystrici a v Žiari nad Hronom, a požiadali ich o vyplnenie dotazníka. Rozdaných bolo 140 dotazníkov, vrátilo sa nám 105 dotazníkov, návratnosť predstavovala 75%. Po optickej kontrole sme do spracovania mohli použiť 98 dotazníkov (n=98).

Nasledovalo kódovanie dotazníkov (číslovanie), aby nedošlo k ich prípadnej zámene. V ďalšej fáze sme pristúpili k triedeniu, zoradovaniu a sumarizovaniu získaných odpovedí.

Z celkového počtu 98 respondentov (*Príloha B, Graf 1,*) bolo 55 žien (56%) a 43 mužov (44%).

Vekovú hranicu do 20 rokov (*Príloha B, graf 2*), tvorilo 32 respondentov (33%), od 21 do 40 rokov 66 respondentov (67%).

Členenie na základe získaného vzdelania (*Príloha B, Graf 3*), bolo nasledovné: základné vzdelanie malo 28 respondentov, (z toho 15 aktuálnych študentov), stredoškolské vzdelanie bez maturity bolo zastúpené 32 respondentmi (33%), úplné stredoškolské vzdelanie malo 27 respondentov (27%), vysokoškolské I. st. 4 (4%), vysokoškolské II. st. 3 (3%) a 4 respondenti boli absolventi špeciálnej školy.

6 VÝSLEDKY

Analýzou a vyhodnotením údajov získaných z odpovedí respondentov na jednotlivé otázky uvedené v dotazníku, sme sa dopracovali k nasledovným výsledkom:

6.1 Najvýznamnejšia hodnota ľudí so zdravotným postihnutím

Ľudia so zdravotným postihnutím pripisujú najvýznamnejšiu úlohu vo svojom živote svojej nezávislosti a samostatnosti.

Tab.10 Poradie hodnôt podľa významnosti

Najvýznam. hodnota	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Samostatnosť, nezáv.	18	32,73	15	34,88	33	33,67
Vzdelanie	13	23,64	4	9,30	17	17,35
Zdravie	15	27,27	16	37,21	31	31,63
Iné	9	16,36	8	18,60	17	17,35
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Na základe výsledkov získaných vyhodnotením odpovedí na otázku č. 13 (tab.10) sme zistili, že u 33,7% ľudí so zdravotným postihnutím, (32,7% žien a 34,9% mužov), zohráva živote najvýznamnejšiu úlohu ich vlastná samostatnosť a nezávislosť. Viac, než ich vlastné (podlomené) zdravie, či vzdelanie. Zdraviu pripisuje najvýznamnejšiu úlohu 31,6% opýtaných (27,3% žien a 37,2% mužov), a vzdelaniu 17,4%, čo predstavuje 23,6% žien a 9,3% mužov.

Samotný nepriaznivý zdravotný stav nezohráva pri budovaní ich vlastnej nezávislosti najvýznamnejšiu úlohu. V odpovedi na otázku č. 17 (tab.14) respondenti len v 8 prípadoch (8,2%) označili svoj zdravotný stav za najobmedzujúcejší faktor v budovaní ich vlastnej nezávislosti.

Hypotéza H1 sa nám potvrdila v plnom rozsahu.

6.2 Rodina ako zdroj podpory v budovaní nezávislosti

Ako vyplýva z odpovedí na otázku č. 12 (tab.9), i samotná práca mnohých z nich v istom zmysle podporuje v budovaní ich nezávislosti.

Až 35,0% respondentov (36,4% žien a 33,3% mužov) udáva, že práca im dáva možnosť svojej sebarealizácie, u 30,0% respondentov (27,3% žien a 33,3% mužov) sú takto získané financie nevyhnutným prostriedkom na realizáciu svojich záujmov a dosahovanie vytýčených cieľov.

Vyhodnotením otázky č. 16 (*tab.13*) sme zistili, že najpodporujúcejším zdrojom v budovaní nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím je ich vlastná rodina, najbližší.

Tab. 13 Zdroj podpory v budovaní samostatnosti

Zdroj podpory	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Rodina, najbližší	28	50,91	19	44,19	47	47,96
Osobný asistent	2	3,64	2	4,65	4	4,08
Priatelia	17	30,91	15	34,88	32	32,65
Spolupracovníci	4	7,27	4	9,30	8	8,16
Iné	4	7,27	3	6,98	7	7,14
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Až 47,9% opýtaných (50,9% žien a 44,2% mužov) odpovedalo, že najviac ich v tomto úsilí podporuje vlastná rodina, ich najbližší, a 44,4% z tých, ktorí sú prijímateľmi osobnej asistencie (50,0% žien a 40,0% mužov) uviedlo, že najviac ich podporuje osobný asistent. Z celkového počtu 98 respondentov takmer tretina (32,6%) uviedla, že najväčším podporovateľom sú pre nich priatelia, priateľky.

Osem respondentov (4:4) označilo v tomto smere za najpodporujúcejší zdroj svojich spolupracovníkov.

Hypotéza H2. sa nám tiež potvrdila v plnom rozsahu.

6.3 Najobmedzujúcejší faktor budovania nezávislosti

Vyhodnotením odpovedí na viaceré dotazníkové otázky sme zistili mnoho faktorov obmedzujúcich budovanie nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím.

V otázke č.15 (*tab.12*) až 38,2% respondentov (33,3% žien a 44,7% mužov), ktorí nie sú prijímateľmi osobnej asistencie uviedlo, že by ju

chceli získať, no buď nespĺňajú kritériá, alebo už majú opatrovateľa, alebo že im táto možnosť vôbec nebola ponúknutá.

Vyhodnotením odpovedí na otázku č. 6 (*tab.5*) registrujeme vysokú nespokojnosť respondentov s dostupnosťou úradov, obchodov a iných verejných inštitúcií. Až 54,1% opýtaných (56,4% žien a 51,2% mužov) je v tomto smere skôr nespokojných, a 21,4% (14,5 % žien a 30,2% mužov) nie je vôbec spokojných s ich dostupnosťou.

Taktiež zlá finančná situácia ľudí so zdravotným postihnutím je jedným z faktorov nepriaznivo ovplyvňujúcim ich snahu o budovanie vlastnej nezávislosti. Na otázku č. 9 (*tab.6*) až 31,6% respondentov (21,8% žien a 44,2% mužov) odpovedalo, že vôbec nie sú spokojní so svojou momentálnou finančnou situáciou, a viac ako polovica (53,1%) uviedla, že by mohla byť lepšia. Aj uskromniť sa dá, no už je to do istej miery *finančná bariéra*.

Na otázku č. 16 (*tab.13*) až 4 respondenti (2 ženy a 2 muži) odpovedali, že v ich úsilí o budovanie samostatnosti a nezávislosti ich nepodporuje nikto, že sú na to úplne sami.

Vyhodnotením otázky č. 17 (*tab.14*) sme dospeli k záveru, že najväčšou prekážkou v budovaní nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím sú architektonické bariéry, pred bariérami spoločenskými.

Tab.14 Faktory obmedzujúce budovanie samostatnosti

Obmedzujúce faktory	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	N	%	N	%
Zdravotný stav	5	9,09	3	6,98	8	8,16
Nízke sebavedomie	1	1,82	0	0,00	1	1,02
Málo kont.s priateľ.	3	5,45	2	4,65	5	5,10
Malé mož.prim.zam.	8	14,55	5	11,63	13	13,27
Malé mož.realiz.špor.	0	0,00	3	6,98	3	3,06
Architekt. bariéry	30	54,55	21	48,84	51	52,04
Chýbajú fin.prostrie.	8	14,55	9	20,93	17	17,35
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Až 52,0% respondentov (54,6% žien a 48,8% mužov) potvrdilo, že práve architektonické bariéry sú pre nich najviac obmedzujúcim faktorom pri budovaní ich nezávislosti. Chýbajúce finančné prostriedky, ktoré by pomohli architektonické bariéry prekonať

uviedlo 17,4% respondentov, (14,6% žien a 20,9% mužov). Chýbajúce finančné prostriedky úzko súvisia s malými možnosťami získania primeraného zamestnania, ktoré ako ďalší z faktorov obmedzujúcich budovanie vlastnej samostatnosti uviedlo 13,3% opýtaných, (14,6% žien a 11,6% mužov). Z celkového počtu 98 respondentov, ôsmi (8,2%) označili za obmedzujúci faktor svoj vlastný nepriaznivý zdravotný stav. Málo kontaktov s priateľmi (5,1%), malé možnosti realizácie v športe (3,0%) a nízke sebavedomie respondentov (1,0%) doplnilo škálu spoločenských faktorov obmedzujúcich budovanie nezávislosti u ľudí so zdravotným postihnutím.

U mužov síce len 48,8% uviedlo, že architektonické bariéry sú najobmedzujúcejším faktorom v budovaní ich samostatnosti, no v celkovom hodnotení (ženy + muži) ich za najobmedzujúcejší faktor označilo 52% respondentov, a bariéry spoločenské, ako najobmedzujúcejší faktor budovania samostatnosti uviedlo len 48% opýtaných.

Hypotéza H3. sa nám taktiež potvrdila v plnom rozsahu.

7 DISKUSIA

Pri vyhodnocovaní výsledkov sme použili metódu deskriptívnu, pretože sme považovali za potrebné uviesť a porovnať rozdiely medzi výpoveďami žien a mužov v jednotlivých oblastiach ich života, počnúc charakterom zdravotného postihnutia, cez lokalitu bývania, spôsob a spokojnosť s bývaním, s dostupnosťou rôznych inštitúcií, ich finančnou situáciou, zamestnanosťou, hodnotovým rebríčkom a v neposlednom rade sme porovnávali rozdiely v zdrojoch podpory budovania ich samostatnosti, ako aj rozdiely vo faktoroch, ktoré budovanie samostatnosti obmedzujú. Výsledky dotazníka sme vyhodnotili v početnosti a v percentách, porovnávali a prezentovali v tabuľkách.

7.1 Interpretácia výsledkov

Tab.1 Charakter zdravotného postihnutia

Postihnutie	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	N	%	n	%
Telesné	31	56,36	22	51,16	53,00	54,08
Mentálne	11	20,00	12	27,91	23,00	23,47
Zrakové	9	16,36	5	11,62	14,00	14,29
Sluchové	1	1,82	1	2,33	2,00	2,04
Porucha reči	0	0,00	1	2,33	1,00	1,02
Viacnásobné	3	5,46	2	4,65	5,00	5,10
Spolu	55	100,00	43	100,00	98,00	100,00

Z 98 respondentov bolo až 53 telesne postihnutých (54,1%), mentálne postihnutie bolo druhé najčastejšie (23,5%), nasledovalo zrakové (14,3%), sluchové (2,0%), porucha reči (1,0%) pričom viacnásobné postihnutie tvorilo 5,1%.

Je zaujímavé, že u žien bolo zastúpenie telesného postihnutia vyššie ako u mužov (31:22) a mentálne opačne (11:12). Zrakovo postihnutých žien bolo v porovnaní s mužmi takmer dvakrát viac (9:5), sluchové postihnutie malo zhodné zastúpenie (1:1). Poruchou reči bol postihnutý 1 respondent (muž), a viacnásobné postihnutie bolo zastúpené v pomere 3:2.

Tab.2 Lokalita bývania

Lokalita	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
V meste	37	67,27	34	79,07	71	72,45
Na dedine	17	30,91	7	16,27	24	24,49
Na samote	1	1,82	2	4,66	3	3,06
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Čo sa týka lokality bývania, 67,3% žien býva v meste, 31% na dedine a necelé 2% na samote. Mužov na samote býva 4,7%, na dedine 16,3% a v meste býva viac mužov ako žien, až 79,1%.

Tab.3 Spôsob bývania

Spôsob bývania	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Sám(a)	8	14,55	3	6,98	11	11,22
S rodičmi	12	21,82	22	51,16	34	34,69
S inými osobami	34	61,82	15	34,88	49	50,00
Iné	1	1,82	3	6,98	4	4,08
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Až 50% respondentov (34 žien a 15 mužov) uviedlo, že býva v domácnosti s inými osobami (manžel, manželka, deti, súrodenci). Je zaujímavé, že veľmi veľa mužov (až 51,1%) býva v spoločnej domácnosti s rodičmi, čo znamená, že matka sa zrejme osobne stará o svoje dieťa s postihnutím, a preto mu pravdepodobne nie je poskytovaná osobná asistancia.

Osem žien a traja muži (spolu 11,2%) uviedli, že vo svojej domácnosti žijú úplne sami, a štyria respondenti (1 žena a 3 muži) uviedli, že bývajú v zariadení SS.

Tab.4 Spokojnosť s bývaním

Spokojnosť	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	N	%	n	%
Áno	17	30,91	9	20,93	26	26,53
Čiastočne	28	50,91	21	48,84	49	50,00
Nie	10	18,18	13	30,23	23	23,47
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Len 26,5% respondentov je spokojných so svojim aktuálnym bývaním, presná polovica (50%) je čiastočne spokojná a zvyšných 23,5% nie je spokojných so svojim bývaním. Väčšiu nespokojnosť prejavujú muži (30,2%), a naopak, ženy vyjadrili častejšie svoju spokojnosť s bývaním (30,9%).

Na otázku č.5, čo by respondenti najradšej na svojom bývaní zmenili, 54 (čo z celkového počtu 98 predstavuje 55,1%) odpovedali, že by potrebovali odstrániť architektonické bariéry, prerobiť WC, kúpeľňu a taktiež zariadenie kuchyne prispôbiť tak, aby korešpondovalo s ich postihnutím. Výmenu svojho bytu za bezbariérový, či výmenu za byt v bližšej lokalite k centru mesta uviedlo 17 respondentov, čo činí 17,5% opýtaných. Je zaujímavé, že 7 respondenti nevedia, čo by na svojom bývaní zmenili. Len 20 respondentov uviedlo, že by na svojom bývaní nič nezmenilo.

Tab.5 Spokojnosť s dostupnosťou inštitúcií

Škála spokojnosti	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Áno, veľmi spokoj.	4	7,27	1	2,33	5	5,10
Čiastočne spokojn.	12	21,82	7	16,28	19	19,39
Skôr nespokojný(á)	31	56,36	22	51,16	53	54,08
Vôbec nie spokojn.	8	14,55	13	30,23	21	21,43
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Z celkového počtu 98 respondentov je 53 skôr nespokojných s dostupnosťou inštitúcií, a 21,4% nie je spokojných vôbec. To znamená, že isté bariéry sa vyskytujú vo viac než 75% odpovedí respondentov i napriek tomu, že po očakávanom podpísaní Občného protokolu prezidentom SR, by mali byť *všetky bariéry* odstránené.

Na otázku č. 7, čo by pomohlo zvýšiť spokojnosť s dostupnosťou úradov, obchodov a iných verejných inštitúcií, odpovedali respondenti nasledovne: 35,7% uviedlo, že novovzniknuté inštitúcie už síce bezbariérovosť spĺňajú, no staršie budovy ešte stále nevyhovujú ich požiadavkám, 27,5% opýtaných uviedlo, že by uvítali mať základnú

sieť obchodov, úradov a služieb v blízkosti svojho bydliska, 21,4% sa prihovára za bezbariérovú hromadnú dopravu. Deviaty respondenti sa nevedeli k otázke vyjadriť, a šiesti odpovedali skepticky, že aj tak sa na tom nič nezmení.

K otázke č. 8, týkajúcej sa poradia dôležitosti rôznych oblastí života, respondenti najčastejšie (až 31,6%) na prvé miesto zaradili lásku, citové vzťahy, nasledovalo zamestnanie (27,5%). Tretie miesto patrilo zhodne po 15,3% priateľstvu i bývaniu. Pohodu, klud a porozumenie si najviac cení 5,1% respondentov. Šiestu priečku respondenti umiestnili kultúru, a na 7-8 miesto zhodne školu a šport.

Je zaujímavé, že ženy najčastejšie na prvom mieste uvádzali lásku a citové vzťahy (41,8%), pričom muži na prvé miesto najčastejšie umiestnili zamestnanie, úspech, uznanie (39,5%).

Tab.6 Spokojnosť s finančnou situáciou

Finančná situácia	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	N	%	n	%
Som spokojný(á)	9	16,36	3	6,98	12	12,24
Nie som spokojný(á)	12	21,82	19	44,19	31	31,63
Mohla by byť lepšia	34	61,82	18	41,86	52	53,06
Iné	0	0,00	3	6,98	3	3,06
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

So svojou finančnou situáciou je celkove spokojných len 12,2% respondentov, nespokojných je 31,6%, a 53% respondentov uvádza, že finančná situácia osôb so zdravotným postihnutím by mohla byť lepšia. Najmä u žien (61,8%) je evidentné, že majú menej prostriedkov na uspokojovanie svojich potrieb, ako by si predstavovali. Vynára sa tu do istej miery finančná bariéra. Mnohokrát sa musia uskromniť, aby vyšli z toho mála, ktoré majú k dispozícii.

Napriek tomu traja respondenti muži (takmer 7%) uvádzajú v odpovedi, že sú na tom iní ľudia ešte aj horšie.

Tab.7 Poberanie invalidného dôchodku

Poberanie ID	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Áno, plného	19	34,55	17	39,53	36	36,73
Nie	24	43,64	18	41,86	42	42,86
Iných dávok	12	21,82	8	18,60	20	20,41
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Až 36,7% respondentov poberá plný invalidný dôchodok. Zo 42,9% respondentov, ktorí nepoberajú invalidný dôchodok je 24 žien a len 18 mužov. Je zaujímavé, že 21,8% žien poberá iné dávky, u mužov to robí 18,6%.

Tab.8 Zamestnanosť respondentov

Zamestnanie	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Áno	22	40,00	18	41,86	40	40,82
Nie	23	41,82	20	46,51	43	43,88
Iné	10	18,18	5	11,63	15	15,31
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Ako vyplýva z tabuľky, celkove je zamestnaných takmer 41% respondentov, z toho 22 žien a 18 mužov. Takmer 44% respondentov je nezamestnaných a opäť je to viac žien (23) ako mužov (20). Na čiastočný úväzok pracuje 10 žien, kým u mužov je to len 11,6%, teda piati. Ženy sú podľa toho v tomto smere aktívnejšie, vedú pestrejší život.

Tab.9 Význam zamestnania

Zamestnanie ako	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Možnosť seberealiz.	8	36,36	6	33,33	14	35,00
Možnosť príjmu	6	27,27	6	33,33	12	30,00
Mož.moral. ocenenia	0	0,00	2	11,11	2	5,00
Spoločenský status	0	0,00	1	5,56	1	2,50
Zvýš.vlastn.hodnoty	2	9,09	1	5,56	3	7,50
Iné	6	27,27	2	11,11	8	20,00
Spolu	22	100,00	18	100,00	40	100,00

Z celkového počtu 22 žien, ktoré sú zamestnané, 8 uviedlo, že zamestnanie im dáva možnosť seberealizácie. Zamestnanie hlavne ako zdroj príjmu uviedlo 6 žien (27,3%), rovnako 6 žien považuje svoju prácu za užitočne strávený čas, či možnosť byť v spoločnosti iných ľudí. Zaujímavé je, že u mužov zamestnanie predstavuje zhodne v 33,3% možnosť seberealizácie ako aj možnosť príjmu. Taktiež zhodne v 11,1% uviedli, že zamestnanie pre nich znamená možnosť morálneho ocenenia, či možnosť byť medzi ostatnými ľuďmi. Do tretice zhodne v 5,6% uvádzajú zamestnanie ako určitý spoločenský status, či z výšenie vlastnej hodnoty.

Tab.10 Poradie hodnôt podľa významnosti

Najvýznam. hodnota	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Samostatnosť, nezáv.	18	32,73	15	34,88	33	33,67
Vzdelanie	13	23,64	4	9,30	17	17,35
Zdravie	15	27,27	16	37,21	31	31,63
Iné	9	16,36	8	18,60	17	17,35
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

V celkovom hodnotení významnosti jednotlivých hodnôt odpovedali ženy a muži takmer rovnako. Samostatnosť a nezávislosť ako najvýznamnejšiu hodnotu uviedlo 33,7% opýtaných, z toho 32,7% žien a 34,9% mužov. Zdravie ako najvýznamnejšiu hodnotu uviedlo 31,6% respondentov, u žien to bolo 27,3%, u mužov 37,2%. Vzdelaniu pripisovali ženy väčší význam než muži, až 23,6% pričom muži len 9,3%. V celkovom súbte však vzdelanie zaujalo rovnaké miesto ako porozumenie a akceptácia - zhodne 17,3%.

Tab.11 Príjemca osobnej asistencie

Poskytovanie OA	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Áno	4	7,27	5	11,63	9	9,18
Nie	51	92,73	38	88,37	89	90,82
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Je zaujímavé, že z 98 opýtaných respondentov je len 9 príjemcov osobnej asistencie (9,2%). Z toho ženy tvoria 7,3% a muži o niečo viac, teda 11,6%. Z uvedeného vyplýva, že až 90,8% opýtaných z rôznych dôvodov osobnú asistenciu nevyužíva.

Dôvody tejto skutočnosti sme ďalej skúmali vyhodnocovaním odpovedí na nadväzujúcu otázku.

Tab.12 Dôvody neposkytovania osobnej asistencie

Dôvody neposk. OA	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Nepotrebujem	25	49,02	12	31,58	37	41,57
Nechcem	9	17,65	9	23,68	18	20,22
Chcel by som, ale...	8	15,69	6	15,79	14	15,73
Iné	9	17,65	11	28,95	20	22,47
Spolu	51	100,00	38	100,00	89	100,00

Na otázku prečo nie sú prijímateľmi osobnej asistencie 37 respondentov, z toho 25 žien a 12 mužov uviedlo, že k svojmu postihnutiu osobnú asistenciu nepotrebuje, až 18 respondentov (9:9) odpovedalo, že osobnú asistenciu nechce, a 14 respondentov uviedlo, že osobná asistencia im nebola priznaná. Ďalších 20 respondentov, z toho 9 žien a 11 mužov je spokojných s doterajšou starostlivosťou rodičov alebo blízkych opatrovateľov a o osobnej asistencii ani neuvažuje.

Matky starajúce sa o svoje dieťa s postihnutím si pravdepodobne nechcú pripustiť, že by službu, ktorú oni poskytujú svojmu dieťaťu, mohol niekto cudzí robiť lepšie.

Tab. 13 Zdroj podpory v budovaní samostatnosti

Zdroj podpory	Ženy		Muži		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
Rodina, najbližší	28	50,91	19	44,19	47	47,96
Osobný asistent	2	3,64	2	4,65	4	4,08
Priatelia	17	30,91	15	34,88	32	32,65
Spolupracovníci	4	7,27	4	9,30	8	8,16
Iní ľudia	4	7,27	3	6,98	7	7,14
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Najväčší zdroj podpory samostatnosti vidia respondenti v rodine, svojich blízkych. Až 51% respondentiek uviedlo rodinu ako najpodporujúcejší zdroj budovania samostatnosti, u mužov len 44,2%. Druhou najväčšou skupinou na podporu samostatnosti u žien (30,9%) i u mužov (34,9%) sú priatelia, priateľky. V 8 odpovediach to boli spolupracovníci. Štyria respondenti uviedli, že v budovaní ich samostatnosti im najviac pomáha ich osobný asistent. Ak vezmeme do úvahy, že celkove je 9 prijímateľov osobnej asistencie, z tohto hľadiska to predstavuje 44,4%.

Je na zamyslenie, že štyria respondenti (2:2) uviedli, že nemajú podporu u iných ľudí, sú na to sami. Môže to znamenať, že o nich okolie nemá záujem, ignoruje ich, no na druhej strane to môže znamenať i opak, že samotní respondenti sa vyhýbajú kontaktu s okolím, žijú v ústraní, nestoja o „súcit“.

Tab.14 Faktory obmedzujúce budovanie samostatnosti

	Ženy		Muži		Spolu	
Obmedzujúce faktory	n	%	n	%	n	%
Zdravotný stav	5	9,09	3	6,98	8	8,16
Nízke sebavedomie	1	1,82	0	0,00	1	1,02
Málo kont.s priateľ.	3	5,45	2	4,65	5	5,10
Malé mož.prim.zam.	8	14,55	5	11,63	13	13,27
Malé mož.realiz.špor.	0	0,00	3	6,98	3	3,06
Architekt. bariéry	30	54,55	21	48,84	51	52,04
Chýbajú fin.prostrie.	8	14,55	9	20,93	17	17,35
Spolu	55	100,00	43	100,00	98	100,00

Najväčším problémom ľudí so zdravotným postihnutím sú architektonické bariéry (52%) a chýbajúce finančné prostriedky (17,4%), ktoré by pomohli architektonické bariéry prekonať. Jedným z dôvodov chýbajúcich finančných prostriedkov ako uviedlo 13,3% respondentov (8 žien a 5 mužov), sú malé možnosti získania primeraného zamestnania, ktoré sa odvíjajú od samotného nepriaznivého zdravotného stavu respondentov. Zdravotný stav ako najobmedzujúcejší faktor v budovaní samostatnosti uviedlo len 8,2% respondentov (5 žien a 3 muži). Malé možnosti kontaktu s priateľmi

uviedli 3 ženy a 2 muži. Traja muži uviedli, že majú malé možnosti realizácie v športe.

Vyhodnotením odpovedí na otázku č.13 (*tab.10*) sme zistili, že nezávislosť a samostatnosť zohrávajú v živote ľudí so zdravotným postihnutím *najvýznamnejšiu úlohu*. Tým sme dosiahli čiastkový cieľ C1.

Na základe výsledkov dosiahnutých vyhodnotením odpovedí na otázky č.4 (*tab.4*), č.6 (*tab.5*) a č.9 (*tab.6*), sme zistili, že pomáhajúcimi faktormi v budovaní nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím sú: *primerané bývanie, dostupnosť inštitúcií, vyhovujúca finančná situácia, prijímanie osobnej asistencie*.

Priamy zdroj tejto podpory na základe vyhodnotenia odpovedí na otázku č. 16 (*tab.13*) je *rodina, ich najbližší, priatelia, spolupracovníci, osobný asistent a iní ľudia z blízkeho, či širšieho okolia*. Čiastkový cieľ C2 sme dosiahli identifikáciou uvedených podporných faktorov.

Vyhodnotením odpovedí na otázku č.17 (*tab.14*), sme zistili, že obmedzujúcimi faktormi pri budovaní nezávislosti sú: *architektonické bariéry, zlá finančná situácia, malé možnosti primeraného zamestnania, samotné zdravotné postihnutie, málo kontaktov s priateľmi, malé možnosti realizácie v športe a nízke sebavedomie*, čím sme dosiahli tretí čiastkový cieľ C3.

Po vyhodnotení čiastkových cieľov bola naša pozornosť zameraná na hlavný cieľ nášho prieskumu, ktorým bolo zistiť, *najpodporujúcejší zdroj* pre ľudí so zdravotným postihnutím pri budovaní ich nezávislosti, a zároveň zistiť, čo je v tomto smere *najobmedzujúcejším faktorom*. K hlavnému cieľu sme sa dopracovali potvrdením hypotéz H2 a H3.

Rodinu, svojich najbližších ako najväčší zdroj podpory pri budovaní vlastnej nezávislosti označilo až (48%) respondentov. Z celkového

počtu prijímateľov osobnej asistencie „len“ 44% uviedlo, že najväčším podporovateľom v tomto úsilí je pre nich práve ich osobný asistent.

Najväčšou prekážkou v budovaní vlastnej nezávislosti, až u 52% respondentov, sú práve *architektonické bariéry*.

Výsledky získané týmto prieskumom potvrdili naše predpoklady a tvrdenia, že mladí ľudia so zdravotným postihnutím musia denne prekonávať rozličné prekážky, či obmedzenia. I napriek tomu, že mnohé školy, úrady, či iné inštitúcie už splňajú požiadavku bezbariérovosti, ešte stále sú to práve architektonické bariéry, ktoré najväčšou mierou negatívne ovplyvňujú ich úsilie o vlastnú nezávislosť a samostatnosť.

Nakoľko neštátne neziskové organizácie zaoberajúce sa problematikou ľudí so zdravotným postihnutím či už v oblasti vzdelávania, zamestnávania, bývania, dopravy, zdravotných a sociálnych služieb, kultúry, športu, a ďalších oblastí nášho spoločenského života nestačia v plnenej miere nahrádzať úlohu štátu vo vytváraní vhodných podmienok a k vedeniu plnohodnotného života pre ľudí so zdravotným postihnutím jednak z hľadiska personálneho či organizačného, najväčším problémom je jednoznačne nedostatok financií. Tu vidíme značné rezervy zo strany štátu. Štát, štátna správa i samospráva by mali oveľa väčšou mierou prispievať k vytváraniu vhodných podmienok pre ľudí so zdravotným postihnutím, najmä pri dobudovaní bezbariérovosti vo všetkých uvedených oblastiach o to najmä formou zvýšených príspevkov a dotácií.

Je potešujúce, že najväčšími podporovateľmi mladých ľudí so zdravotným postihnutím v ich úsilí o vlastnú nezávislosť a samostatnosť je práve ich rodina, najbližší. Je nevyhnutné podporovať tieto rodiny najmä vytvorením vhodných podmienok na zamestnávanie mladých ľudí so zdravotným postihnutím, a zároveň podporovať vo väčšej miere využívanie osobnej asistencie. Rodičia, príp. iní blízki príbuzní starajúci sa celodenne o zdravotne postihnutého člena svojej rodiny, môžu paradoxne brzdiť jeho úsilie

o samostatnosť a nezávislosť. Tento človek je v podstate odkázaný na „voľný čas“ svojich príbuzných, nemôže realizovať svoje plány a ciele vtedy, keď chce a potrebuje on sám, ale častokrát ich musí prispôbiť iným povinnostiam jeho najbližších. Preto doporučujeme podstatne zvýšiť informovanosť ľudí so zdravotným postihnutím o možnostiach poskytovania osobnej asistencie najmä zo strany pracovníkov príslušných oddelení Úradov práce, sociálnych vecí rodiny v rámci ich poradenskej činnosti. Pretože práve osobná asistencia je jedným z možných nástrojov na vedenie plnohodnotného a nezávislého života ľudí so zdravotným postihnutím.

ZÁVER

Preštudovaná literatúra nám umožnila presne si stanoviť čiastkové ciele, ako i hlavný cieľ našej práce. Naším hlavným cieľom bolo poukázať na problémy mladých ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré sa dotýkajú všetkých oblastí ich každodenného života. Zistili sme, že mladí ľudia so zdravotným postihnutím sa skutočne dennodenne stretávajú s rôznymi obmedzeniami, či znevýhodneniami v porovnaní s ostatnou intaktnou populáciou. Sú to najmä architektonické bariéry, ktoré v najväčšej miere bránia budovaniu ich vlastnej nezávislosti a samostatnosti. Po očakávanom podpísaní Občného protokolu prezidentom SR, by však mali byť *všetky bariéry* odstránené.

No nie sú to len architektonické bariéry, ktoré obmedzujú ľudí so zdravotným postihnutím v ich úsilí o samostatnosť a nezávislosť. V mnohých prípadoch sú to i chýbajúce finančné prostriedky, ktoré sú nevyhnutné nielen na zabezpečenie základných životných potrieb každého človeka, ale najmä k realizácii (uskutočneniu) vlastných snov, predstáv, k dosahovaniu stanovených cieľov, teda financie nevyhnutné k dosiahnutiu ekonomickej nezávislosti daného jedinca.

Napriek tomu, že štát má povinnosť vytvárať podmienky na zamestnávanie osôb so zdravotným postihnutím, a v súlade s princípom rovnakého zaobchádzania môže využívať rôzne formy a metódy motivácie zamestnávateľov zamestnávať mladých ľudí so zdravotným postihnutím, zamestnávateľia v mnohých prípadoch radšej zaplatia odvod za neplnenie povinného podielu počtu občanov so zdravotným postihnutím, než by mali investovať do vytvárania vhodných podmienok na ich zamestnávanie. Agentúry podporovaného zamestnávania, chránené dielne, či chránené pracoviská nedokážu uspokojiť záujem a požiadavky všetkých ľudí so zdravotným postihnutím.

I z toho dôvodu sa nám osobná asistencia javí ako jeden z možných nástrojov na dosiahnutie nezávislého života ľudí so zdravotným postihnutím. Umožňuje im totiž riadiť si svoj život podľa vlastných

predstav, mať kontrolu nad svojím životom a zároveň niesť zodpovednosť za rozhodovanie o vlastnom živote.

Z nášho prieskumu síce vyplynulo, že len minimálny počet opýtaných je prijímateľom osobnej asistencie, no domnievame sa, že je to práve z dôvodu nedostatočnej informovanosti o možnostiach poskytovania pomoci mladým ľuďom so zdravotným postihnutím, ako i slabej informovanosti o jednotlivých druhoch a formách tejto pomoci. Značné rezervy v poskytovaní týchto informácií vidíme najmä na strane samotných pracovníkov jednotlivých oddelení príslušných Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.

Najväčším podporovateľom mladých ľudí so zdravotným postihnutím v ich úsilí o budovanie nezávislosti a samostatnosti je práve rodina, ich najbližší, a veľkou mierou ich v tomto úsilí podporujú i priatelia.

Na druhej strane, sú medzi nami i ľudia, ktorí sú so svojím postihnutím sami, nemajú žiadnu podporu okolia. Môže to znamenať, že o nich okolie nemá záujem, no zároveň i to, že samotní aktéri sa z rôznych dôvodov zámerne vyhýbajú kontaktu s okolím, žijú v ústraní, nestoja o „súciť“. Možno by to bola práve práca sociálnych pracovníkov v teréne realizovaná formou nezávislej ponuky, aby spoločne našli spôsob a možnosti sebarealizácie a naplnenia života týchto ľudí.

V každom prípade však musíme u ľudí so zdravotným postihnutím v plnej miere rešpektovať ich právo na sebaurčenie, právo na slobodné rozhodovanie o vlastnom živote a taktiež právo, ale zároveň i povinnosť niesť zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Práve v tom my osobne vidíme skutočnú slobodu a nezávislosť.

Nesnažme sa teda „*pomáhať*“ tam, kde to nie je potrebné, neberme na seba „*zodpovednosť*“ rozhodovať za iných, nechajme toto privilégium tým, ktorým plným právom patrí. Vytvoríme mladým ľuďom so zdravotným postihnutím adekvátne podmienky na vedenie plnohodnotného života, no nerealizujeme ich vlastné ciele. Buďme len prostriedkom na ich dosiahnutie...

...a pri prekonávaní bariér buďme pre nich „*naklonenou rovinou*“

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANDREÁNSKA, V. a kol. *Psychologické faktory ovplyvňujúce kvalitu života jedincov s rozličnými druhmi postihnutia*. Bratislava: 2002. 59 s. ISBN 80-88868-81-5

BRICHTOVÁ, L. Ako poznáme a vnímame osobnú asistenciu pre pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím na Slovensku. In *Práca a sociálna politika*. Roč. 4, 1996, č. 5.

GRÁC, J. *Pohľady do psychológie hodnotovej orientácie mládeže*. Bratislava: 1979. 340s.

GRICHOVÁ, K. *Formy pomoci štátu pri začlenení občanov so zdravotným znevýhodnením do bežného života*. Ružomberok: 2008. 111s. ISBN 978-80-8084-293-2

HABŠUDOVÁ, M. Edukáciou k integrácii viacnásobne postihnutých detí. In *Zborník príspevkov z odborného seminára: Výchova a vzdelávanie znevýhodnených detí*. Bratislava 2001. s. 30

HRONCOVÁ, J. - HUDECOVÁ, A. - MATULAYOVÁ, T. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica: 2001. 300s. ISBN 80-8055-476-5.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: 2005. 184s ISBN 80-7367-013-5

JESENSKÝ, J. *Výber z pedagogiky zrakovo postihnutých*. Bratislava: 1973. 160s.

JUSKO, P. - VAVRINČÍKOVÁ, L. *Sociálne zabezpečenie*. B. Bystrica: 2006. 192s ISBN 80-8083-255-2

KIRBYOVÁ, A. *Nešikovné dítě*. Praha: 2000. 206s.

ISBN 80-7178-424-9

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: 2006.

ISBN 80-7367-181-6

KORIMOVÁ, G. *Sociálny podnik-Teória a prax*. Priechod: 2006. 74s.

ISBN 80.969014-5-1

MATUŠKA, O. a kol. *Rozvíjanie reči sluchovo postihnutých detí raného a predškolského veku*. Bratislava: 1992. 168s.

ISBN 80-08-01202-1

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: 2001. 312s.

ISBN 80-7178-473-7

MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, P. - KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: 2003

ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha 2003 288s.

ISBN 80-7178-549-0

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: 2000. 159s.

ISBN 80-7367-174-3

PAULIČKOVÁ, I. *Osobná asistencia poskytovaná podľa zákona o sociálnej pomoci*. In: *Hospodárske noviny*. 2002, roč. 10, č. 82.

REPKOVÁ, K. *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*. Bratislava: 192s. ISBN 80-8057-005-1

REPKOVÁ,K.-POŽÁR,L.-ŠOLTÉS,L.*Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*.Bratislava:2003.213s.
ISBN 80-89141-03-X

REPKOVÁ,K.*Zdravotné postihnutie:Obraz z galérie nášho poznania*.Bratislava:1999.240s.ISBN 80-8057-178-3

REPKOVÁ,K.Manažment života so zdravotným postihnutím.Sám sebe manažérom II.In *ráca a sociálna politika*.1999,roč.7,č.4, s.2

REPKOVÁ K.Princípy podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím.In *Sociológia*.2000,roč.32, č.4,s.376-377

ŠVARCOVÁ,I.*Mentální retardace* Praha:2001.17 s.
ISBN 80-7178-506-7

VÁGNEROVÁ,M.*Psychopatologie pro pomáhající profese*.
Praha:2004.872s.ISBN 80-7178-802-3

VANČOVÁ,A.*Edukácia viacnásobne postihnutých*.Bratislava:
2001.98s.ISBN 80-967180-7-X

VANČOVÁ,A.Špecifiká edukácie viacnásobne postihnutých. In
Edukáciou k integrácii viacnásobne postihnutých detí. Bratislava: 2001.
s.34

VAN DER KLIFT,K. Krédo ľudí so zdravotným postihnutím.
In:*Informácie ZPMP v SR*.1999.roč.3,č.34-35.

VAŠEK,Š.*Základy špeciálnej pedagogiky*.Bratislava:2006.217s.
ISBN 80-89229-02-6

VAŠEK Š.*Špeciálna pedagogika*.Bratislava:1996.178s.
ISBN 80-967180-3-7

VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. 2. vyd. Bratislava: 2003

ISBN 80-968797-2-3

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím. Bratislava: 2009.

48s. ISBN 978-80-89344-01-7

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

Zákon NR SR č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti

Zákon NR SR č. 245/2008 Z.z. o systéme základných a stredných škôl

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

Zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Zákon NR SR č. 449/2008 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 461/2003 o sociálnom poistení

Prílohy

Príloha A

DOTAZNÍK

Vážení respondent, respondentka,
dovoľujeme si Vás požiadať o spoluprácu pri vyplnení dotazníka k diplomovej práci na tému: Nezávislosť ako osobitná hodnota ľudí so zdravotným postihnutím.

Zakrúžkujte prosím tie odpovede, s ktorými súhlasíte. Ak ponúknuté možnosti nekorešpondujú s Vaším názorom, napíšte nám ho, prosím.

Tento dotazník je anonymný, jeho vyplnenie je dobrovoľné. Podklady z neho získané budú použité výlučne na prieskumné účely v rámci mojej diplomovej práce.

Ďakujeme Vám za spoluprácu.

Miriam Marková

Aké je Vaše pohlavie:

- a) žena
- b) muž

Váš vek:

- a) do 20 rokov
- b) od 21-40 rokov

Vzdelanie:

- a) základné
- b) stredoškolské bez maturity
- c) stredoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské I. st.
- e) vysokoškolské II. st.
- f) iné (vyplňte prosím, aké)

1. Charakter Vášho zdravotného postihnutia (označte všetky, ktoré máte)

- a) telesné
- b) mentálne
- c) zrakové
- d) sluchové
- e) porucha reči

2. Kde bývate?

- a) v meste
- b) na dedine
- c) na samote

3. V domácnosti žijete

- a) sám (sama)
- b) s rodičmi
- c) s inými osobami(uved'te ktorými)
- d) iné

4. Ste spokojný/á so spôsobom Vášho bývania?

- a) áno
- b) čiastočne
- c) nie

5. Čo by ste na svojom bývaní najradšej zmenili?

.....
.....

6. Ste spokojný/á s dostupnosťou úradov, obchodov a iných verejných inštitúcií vo Vašom okolí?

- a) áno, veľmi spokojný/á
- b) čiastočne spokojný/á
- c) skôr nespokojný/á
- d) vôbec nie som spokojný/á

7. Čo by pomohlo zvýšiť Vašu spokojnosť v tomto smere?

.....
.....

8. Zorad'te prosím uvedené podmienky do poradia (od 1 do 8) podľa toho, aké dôležité sú pre Vás osobne:

- a) bývanie
- b) zamestnanie, úspech, uznanie
- c) škola
- d) kultúra
- e) šport
- f) priateľstvo
- g) láska, citové vzťahy
- h) iné(uved'te ktoré)

9. Aká je Vaša momentálna finančná situácia?

- a) som spokojný/á
- b) nie som vôbec spokojný/á
- c) mohla by byť lepšia
- d) iné

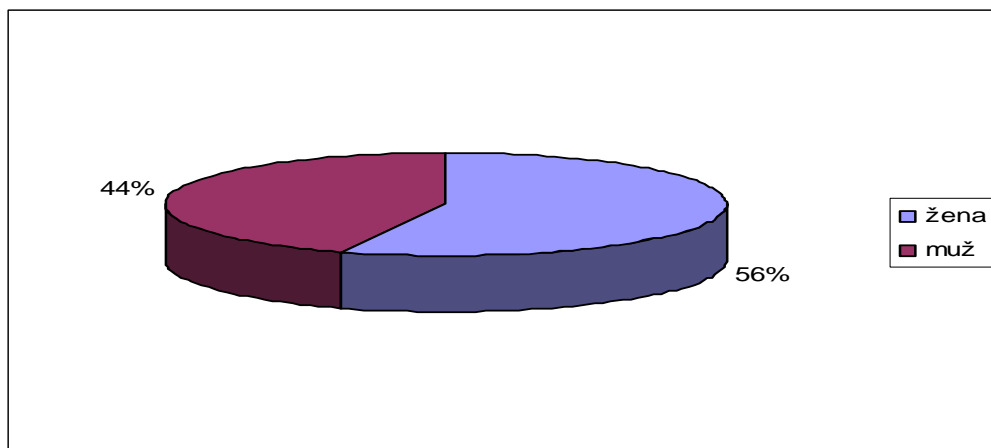
10. Ste poberateľom invalidného dôchodku?

- a) áno
- b) nie
- c) iných dávok(uved'te ktorých)

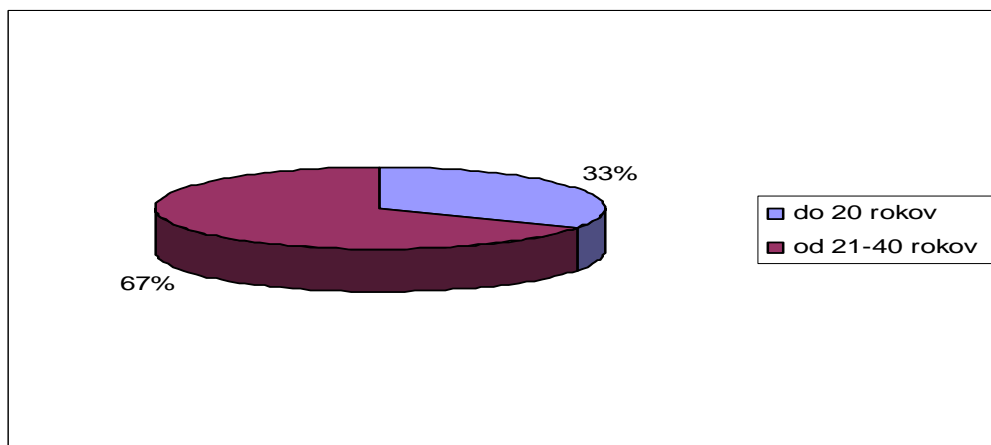
11. Ste zamestnaný/á?
a) áno
b) nie
c) iné
12. Ak ste na predchádzajúcu otázku odpovedali áno, čo to pre Vás osobne znamená?
a) možnosť seberealizácie
b) možnosť príjmu
c) možnosť ocenenia
d) spoločenský status
e) zvýšenie vlastnej hodnoty
f) iné(uveďte prosím, čo konkrétne)
13. Uveďte prosím, ktorá z uvedených hodnôt zohráva vo Vašom živote najvýznamnejšiu úlohu:
a) samostatnosť, nezávislosť
b) vzdelanie
c) zdravie
d) iné(uveďte prosím, čo konkrétne)
14. Ste užívateľom osobnej asistencie?
a) áno
b) nie
15. Ak ste na predchádzajúcu otázku odpovedali nie, uveďte prečo:
a) nepotrebujem ju
b) nechcem
c) chcel(a) by som, ale nemôžem ju získať pre.....
(uveďte prečo)
d) iné
16. Kto Vás najviac podporuje v budovaní Vašej samostatnosti?
a) rodina, najbližší
b) osobný asistent
c) priatelia
d) spolupracovníci
e) iní ľudia.....(uveďte prosím ktorí)
17. Čo Vás najviac obmedzuje v budovaní Vašej nezávislosti?
a) samotný zdravotný stav
b) nízke sebavedomie
c) nedostatok kontaktov s priateľmi
d) nedostatočné možnosti získania primeraného zamestnania
e) malé možnosti realizácie v športe
f) architektonické bariéry
g) chýbajúce finančné prostriedky
h) iné(uveďte prosím ktoré)

Príloha B

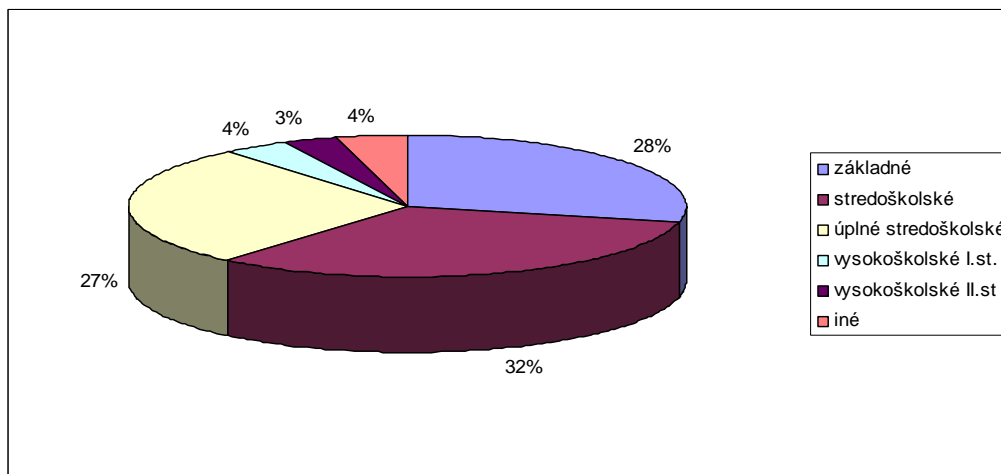
Identifikačné položky:



Graf 1 Respondenti podľa pohlavia.



Graf 2 Vek respondentov



Graf 3 Vzdelanie respondentov

Príloha C

Krédo ľudí so zdravotným postihnutím

(základné východiská)

- Nepovažujte moje postihnutie za problém. Uznajte, že moje postihnutie je atribút.
- Nepovažujte moje postihnutie za nedostatok. Ste to vy, kto ma považuje za deviantného a bezmocného.
- Nesnažte sa ma opraviť, pretože nie som rozbitý (pokazený). Podporte ma. Ja môžem spoločnosti prispievať vlastným spôsobom.
- Nevnímajte ma ako pacienta. Som vaším spoluobčanom.
- Považujte ma za svojho suseda. Pamätajte, že nikto z nás nemôže byť sebestačný.
- Nesnažte sa zmeniť moje správanie. Buďte potichu a počúvajte.
- To, čo označujete za nevhodné, je možno mojim pokusom komunikovať s vami spôsobom, ktorým dokážem.
- Nesnažte sa ma meniť. Nemáte na to právo. Pomôžte mi naučiť sa tomu, čo chcem vedieť.
- Neskrývajte svoju neistotu za „profesionálny odstup“. Buďte človekom, ktorý počúva a nezbavte ma zápasu v snahe všetko zlepšovať.
- Neskúšajte na mne teórie a stratégie.
- Nesnažte sa ma ovládať. Ako človek mám právo na vlastnú silu.
- Nepoučujte ma, aby som bol poslušný, podrobený a slušný. Potrebujem mať pocit, že mám právo povedať NIE, keď sa chcem brániť. Nebuďte voči mne dobročinní.
- Buďte mojim spojencom proti tým, ktorí ma využívajú pre vlastné uspokojenie.
- Nesnažte sa stať mojim priateľom. Zaslúžim si viac. Snažte sa ma poznať. Potom sa môžeme stať priateľmi.
- Nepomáhajte mi, aj keď vám to robí dobre. Pýtajte sa ma, či pomoc potrebujem. Dovoľte mi ukázať vám, ako mi môžete pomôcť.
- Neobdivujte ma. Príanie žiť život nevyžaduje obdiv.
- Rešpektujte ma, pretože rešpekt predpokladá rovnoprávnosť.
- Nehovorte mi, čo môžem robiť, neopravujte ma, nevedzte ma.
- Nepracujte na mne. Pracujte so mnou.

(Kunc Van der Klift)