

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

**HANDICAP A INADAPTABILITA**

**Diplomová práca**

Študijný program: Sociálne služby a poradenstvo

Školiace pracovisko: Ústav romologických štúdií

Školiteľ: Mgr. Ivan Rác, PhD.

**Nitra 2012**

**Bc. Kristína Košťálová**



Ďakujem môjmu školiteľovi práce

Mgr. Ivanovi Rácovi, PhD.

za jeho usmernenia, rady, pripomienky a odborné usmernenie, ktoré mi poskytol pri vypracovaní diplomovej práce. Ďalej sa chcem poďakovať Mgr. Emílii Jančovičovej a Bc.

Jane Košťálovej za pomoc a spoluprácu.

## **ABSTRAKT**

KOŠŤÁLOVÁ, Kristína: *Handicap a inadaptabilita*. [Diplomová práca] - Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Ústav romologických štúdií. – Školiteľ: Mgr. Ivan Rác, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister (Mgr). – Nitra : FSVaZ, 2012. 75 s.

Diplomová práca sa zaoberá handicapom a inadaptabilitou. Je rozdelená na šesť kapitol s jednotlivými podkapitolami. Prvá kapitola zdôrazňuje starostlivosť a prácu so zdravotne znevýhodnenými osobami, kde autorka poukázala na integráciu osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti. V druhej kapitole sa zamerala na charakteristiku sociálnej práce ako odbornej činnosti, bližšie definovala jej druhy a metódy, opísala úlohy a kompetencie sociálneho pracovníka. Informácie o sociálno-právnej ochrane zdravotne znevýhodnených osôb a zásady zákona o sociálnych službách rozpracovala v tretej kapitole. V štvrtej kapitole rozobrala jednotlivé druhy postihnutia, kde charakterizovala mentálne, fyzické a kombinované postihnutie. V piatej kapitole, ktorá zahŕňa hlavné ciele prieskumu, sa autorka venovala zariadeniam sociálnych služieb a súčasnému stavu skúmanej problematiky - hodnoteniu kvality poskytovanej starostlivosti handicapovaným klientom. Najrozsiahlejšia šiesta kapitola, ktorá zároveň tvorí prieskumnú časť, podáva analýzu a interpretáciu výsledkov. Hlavnými zdrojmi diplomovej práce bola odborná literatúra z odboru sociálnej práce, psychológie, zdravotníctva, sociológie a práva. V práci poukázala na spôsoby a možnosti adaptácie zdravotne znevýhodnených osôb za aktívnej účasti sociálneho pracovníka v rámci poskytovania odbornej kvalifikovanej činnosti a služieb v zariadení sociálnych služieb. V závere práce autorka predkladá na základe získaných údajov odporúčania pre prax.

### **Kľúčové slová:**

Handicap. Integrácia. Sociálna práca. Sociálno-právna ochrana. Sociálne služby. Sociálny pracovník. Voľno-časové aktivity. Zariadenie sociálnych služieb.

## **ABSTRACT**

KOŠŤÁLOVÁ, Kristína: *Handicap a inadaptability*. [Diploma theses] - Constantine the Philosopher University in Nitra. Faculty of Social Sciences and Health Care; Institute of Roma studies. – Tutor: Mgr. Ivan Rác, PhD. Master of degree: Magister (Mgr). – Nitra : FSVaZ, 2012. 75 s.

This diploma theses is about handicap a inadaptability. It is divided to six chapters with separate subchapters. First chapter emphasizes care and work with disadvantaged and handicapped people, where author pointed out integration of these people to society. In second chapter author focused on characteristics of social work as a special activity, closer defined its kinds and methods and described duties and competencies of social worker. Information regarding socio-legal security of disadvantaged people and principles and regulations of social service law can be found in third chapter. In fourth chapter she analyzed particular types of disability, where she defined mental, physical and combined disability. In fifth chapter, which constitutes main objectives of research, author focused on life of a handicapped person in an institution of social services, freetime activities and to evaluation of quality of care provided to handicapped clients. The most extensive sixth chapter, which is also the research part, provides analysis and interpretation of results. Main resource of this diploma these was special literature from department of social work, psychology, health care, sociology and law. In this theses she pointed out concepts and possibilities of adaptation of disadvantaged and handicapped people with the attention of social worker within administration of qualified activity and service in an institution of social services. In conclusion author is introducing recommendations for practice based on acquired data.

### **Key words:**

Handicap. Integration. Social work. Socio-legal security. Social services. Social worker. Freetime activities. Institution of social services.

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>1 STAROSTLIVOSŤ A PRÁCA SO ZDRAVOTNE ZNEVÝHODNENÝMI OSOBAMI</b>	<b>10</b>
1.1 Osoby so zdravotným postihnutím v spoločnosti	10
<b>2 SOCIÁLNA PRÁCA AKO ODBORNÁ ČINNOSŤ</b>	<b>16</b>
2.1 Druhy a metódy sociálnej práce	17
2.2 Úlohy a kompetencie sociálneho pracovníka	19
<b>3 VZŤAH SOCIÁLNEJ PRÁCE A SOCIÁLNEJ POLITIKY</b>	<b>26</b>
3.1 Sociálno-právna ochrana zdravotne znevýhodnených osôb	26
3.2 Zásady zákona o sociálnych službách	28
<b>4 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA</b>	<b>31</b>
4.1 Mentálne postihnutie	33
4.2 Fyzické postihnutie	35
4.3 Kombinované postihnutie	38
<b>5 ZARIADENIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB – PRIESKUM</b>	<b>40</b>
5.1 Súčasný stav skúmanej problematiky - hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti	43
5.2 Cieľ prieskumu	44
5.3 Prieskumná vzorka	44
5.4 Metódy prieskumu	44
5.5 Prostredie prieskumu	45
5.6 Etické aspekty prieskumu	45

<b>6 ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV</b>	<b>46</b>
<b>7 DISKUSIA</b>	<b>63</b>
7.1 Odporúčania pre prax	67
<b>ZÁVER</b>	<b>68</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV</b>	<b>70</b>

## ÚVOD

V poslednom desaťročí sa veľká pozornosť obracia na spôsoby, ako čo najintenzívnejšie a najúčinnnejšie pomôcť ľuďom, ktorých fyzický i duševný stav zaostáva v porovnaní so zdravými ľuďmi. Tí, ktorí nie sú ako ostatní, ktorí sa odlišujú, potom môžu byť čímsi cudzorodým. Každý však, bez ohľadu na svoju odlišnosť od ostatných, musí byť chápaný ako človek, so svojimi špecifickými kvalitami. Schopnosť prijímať druhého takého, aký je, tolerancia a rešpekt k jeho individualite, to je výraz kvality jedinca a celej spoločnosti. Iba vtedy, keď budeme všetci schopní prekročiť konvencie a stereotypy a človeka so zdravotným postihnutím nebudeme vidieť len pod jedným zorným uhlom – či už uhlom odmietania, alebo súcitu, môžeme sa posunúť ďalej. Títo ľudia si nedokážu nájsť cestu bez pomoci ostatných a často sa stretávajú s nepochopením zo strany okolitého prostredia. V týchto ťažkých chvíľach sa ocitajú v beznádeji, situáciách kde si nedokážu pomôcť sami a často krát sa dostávajú aj do stavu, kedy je ohrozený ich život alebo existencia. Prvoradou zložkou pomoci je rodina. Ak ale táto sociálna skupina vo svojej funkcii zlyhá, do popredia sa dostáva poskytovanie sociálnej pomoci, výber a uplatňovanie foriem sociálnej pomoci a sledovanie činnosti ich pôsobenia. Cieľom diplomovej práce je popísať, analyzovať a interpretovať prácu sociálneho pracovníka a mentálne, prípadne fyzicky handicapovaným klientom v zariadenia sociálnych služieb. Zároveň sa zameriavame na kvalitu poskytovaných služieb a využívanie voľno-časových aktivít klientov v zariadeniach. Prostredníctvom tejto práce chceme poukázať na dôležitosť práce sociálneho pracovníka, ktorý venuje svoju pozornosť na tých, ktorým sa nedostáva príležitosť plne sa zaradiť do aktívneho život. Zároveň cieľom diplomovej práce je pozornosť venovaná zariadeniam sociálnych služieb, v ktorých sa kladie veľký dôraz na kompletný a individuálny prístup ku každému človeku tak, aby žil v medziach svojich možností čo najaktívnejšie. Diplomová práce je spracovaná v siedmich kapitolách. Prvá kapitola sa zaoberá starostlivosťou a prácou so zdravotne znevýhodnenými osobami, kde autorka opisuje integráciu osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti. V druhej kapitole charakterizujeme sociálnu prácu ako odbornú činnosť, jej druhy a metódy, úlohy a kompetencie sociálneho pracovníka. V tretej kapitole pod názvom vzťah sociálnej práce k sociálnej politiky podávame informácie o sociálno-právnej ochrane zdravotne znevýhodnených osôb a zásady zákona o sociálnych službách. V štvrtej kapitole rozoberáme jednotlivé druhy postihnutia, kde opisujeme mentálne, fyzické a kombinované



postihnutie. V piatej kapitole opisujeme súčasný stav skúmanej problematiky, hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti, život handicapovaného človeka v zariadení sociálnych služieb, činnosť a priebeh poskytovaných sociálnych služieb v zariadeniach a využívanie voľno-časových aktivít klientov. V najrozsiahlejšej šiestej kapitole je spracovaná kazuistika vybraných zariadení a klientov sociálnych služieb, súčasne kvalita poskytovaných služieb a voľno-časových aktivít. Ako metódu sme zvolili kazuistiku (case study), ktorej pomocou kvalitatívnej metódy sa nám otvoril priestor na lepšie získanie dôležitých informácií o klientoch v zariadení sociálnych služieb pre opis daného prípadu a na nej založenej hlbokej, intenzívnej analýzy a podrobnej interpretácie prípadu. Ďalej nám nadobudnuté poznatky poslúžili na vykreslenie reálneho stavu v súvislosti s kvalitou poskytovaných služieb a využitím voľno-časových aktivít. Získané informácie z prieskumnej časti sme zároveň rozanalyzovali v šiestej kapitole a v závere práce následne navrhli odporúčania pre prax. Zároveň sme sa snažili o dosiahnutie čo najväčšej spätosti s realitou. Kvalitatívna metóda nám umožnila zaznamenať existenciálnu situáciu jedinca s prihliadnutím na jej jedinečnosť.

V dnešnej uponáhľanej dobe by malo byť samozrejmosťou z úcty k životu pomáhať každému, kto pomoc potrebuje. Keďže človek je najdokonalejším tvorom tejto planéty, táto úloha by ho mala ctieť a robiť človeka človekom.

# 1 STAROSTLIVOSŤ A PRÁCA SO ZDRAVOTNE ZNEVÝHODNENÝMI OSOBAMI

V súčasnom svete sa uznáva názor, že úroveň vyspelosti spoločnosti sa posudzuje podľa ich starostlivosti o zdravotne handicapovaných jedincov. Tu máme na mysli predovšetkým mentálne a telesne postihnutých občanov, ktorí sa v mnohých ohľadoch odlišujú od uznávaných noriem, avšak s rovnakými právami na tieto odlišnosti vyplývajúcej z ich ľudstva. Zdôrazňuje sa nielen nutnosť pracovného, ale i plného zapájania postihnutých osôb do života spoločnosti, poskytovanie čo najväčšieho počtu rôznych služieb podľa potrieb handicapovaných osôb a taktiež usmerňovanie spolupráce rôznych rezortov, organizácii i orgánov vyvíjajúcich činnosť v prospech postihnutých.

## 1.1 Osoby so zdravotným postihnutím v spoločnosti

Vo svete žije viac ako jedna miliarda ľudí s nejakou formou zdravotného postihnutia a z nich približne 200 miliónov zažíva mimoriadne ťažkosti v bežnom fungovaní. V nasledujúcich rokoch bude zdravotné postihnutie ešte väčším problémom, pretože jeho prevalencia stále rastie. Dôvodom je starnutie populácie a vyššie riziko zdravotného postihnutia u starších ľudí, ako aj globálny nárast chronických ochorení ako je cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia a choroby duševného zdravia. V porovnaní s ľuďmi bez zdravotného postihnutia majú ľudia so zdravotným postihnutím na celom svete horší zdravotný stav, nižšie vzdelanie, nižšiu účasť na ekonomike a viac ich žije v chudobe. Je to aj preto, lebo ľudia so zdravotným postihnutím sa stretávajú s prekážkami v dostupnosti služieb, ktoré mnohí z nás považujeme za samozrejmé, vrátane zdravotníctva, vzdelávania, zamestnanosti a dopravy, ale aj v informovanosti (Repková, Sedláková, 2012). Každý človek je jedinečnou osobnosťou líšiacou sa od iných ľudí v jednotlivých charakteristikách, stránkach, zložkách i štruktúrach svojej osobnosti. Vo svojej podstate je každý iný, či už z hľadiska biologického, psychického alebo sociálneho. Všetkým nám je táto odveká pravda dobre známa a počítame s ňou ako s daným faktorom. Sme v tomto smere tolerantní a ochotne priznávame každému právo „byť iný“. Avšak naša tolerancia má isté hranice – hranice, ktoré sú opäť individualizované, tzn. špecificky odlišné pre každého z nás a značne ovplyvnené predovšetkým tzv. spoločenskými normami, alebo zvyklosťami sociálnej skupiny, v ktorej žijeme. Za týmito hranicami táto odlišnosť prechádza v podceňovaní, odmietaní, negatívnomu hodnoteniu a odsúdeniu

(Kvapilík, Černá, 1990). V minulosti boli osoby s niektorým typom postihnutia označované hanlivými výrazmi, v dnešnej dobe sa pojem postihnutý človek nahrádza termínmi, ako napr. jedinec so špeciálnymi potrebami, znevýhodnený človek, osoba s postihnutím a pod. (Pipeková, 2006). „Začlenenie jedinca s postihnutím do spoločnosti je v značnej miere dané jeho postihnutím. Jeho sebauvedomovanie je výrazne ovplyvnené menšími možnosťami subjektívneho výberu referenčnej skupiny. Bez ohľadu na druh postihnutia a tiež vývinové zákonitosti platné u intaktných jedincov je to obdobie, kedy si postihnutý uvedomí svoju odlišnosť a tiež začína subjektívne anticipovať jej následky a formovať vlastnú prognózu. Tento stav vo veľkej miere súvisí s vnímanou akceptáciou zo strany iných ľudí“ (Repková, Požár, Šoltés, 2003, s.72-73). Slowík (2007) poukazuje na to, že handicapovaný človek sa do ľudského spoločenstva potrebuje integrovať v rade oblastí, ktoré zodpovedajú pestrosti života v našej populácii. Patrí sem:

- Školská integrácia – pre individuálne zaradovanie detí s handicapom do bežných tried, alebo zriaďovanie špeciálnych tried v bežných školách,
- Pracovná integrácia – zamestnávanie osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou, projekty podporovaného zamestnávania znevýhodnených osôb,
- Spoločenská (komunitná) integrácia – bezbariérové bývanie a spoločenské prostredie, sociálna pomoc a podpora samostatného a nezávislého spôsobu života osôb s handicapom a ich enkulturácia.

Nápadné zmeny a odlišnosti znižujú sociálny status jedinca so zdravotným postihnutím a nepriaznivo ovplyvňujú jeho sociálne hodnotenie i akceptáciu okolím. Tieto reakcie spätne ovplyvňujú postoje a chovanie takto handicapovaných ľudí. Pokiaľ sa jedinec s telesným postihnutím chová nežiaducim spôsobom, ide často o obrannú reakciu na odmietnutie a podceňovanie, je neprimeranou odozvou človeka, ktorý bol nadmerne frustrovaný a stresovaný (Vágnerová, 2004). Tak ako všetci ľudia, tak i sami zdravotne znevýhodnení potvrdzujú, že nestoja o súcit, nechcú byť iba obsluhovaní v tých najlepších zariadeniach a nemocniciach. Chcú žiť v spoločnosti najbližších, tam kde sa narodili, viesť normálny osobný a rodinný život, žiť vo vlastnom byte, mať zamestnanie, rozhodovať sami ako budú tráviť voľný čas. Toto všetko uprednostňujú pred starostlivosťou v rôznych typoch kolektívnych zariadení vyčleňujúcich ich z každodenného života spoločnosti. Usilujú sa o nájdenie primeraného pracovného a spoločenského uplatnenia a tým dosiahnuť osobné uspokojenie ako iní ľudia. Chcú mať rovnaké práva ako ľudia bez postihnutia (Matoušek,

Kodymová, Koláčková, 2005). Brožová (2003) uvádza, že zdravotne postihnutí jedinci sa vyznačujú nižšou úrovňou ľudského kapitálu, pretože sa im často nedostáva dostatočného vzdelania a chyba im potrebná kvalifikácia. Ak je zdravotné postihnutie získané v priebehu života, nemôžu postihnutí v mnohých prípadoch naďalej vykonávať svoje pôvodné povolania, čím strácajú skúsenosti a možnosť naďalej uplatňovať svoje špecifické zručnosti. Zdravotne postihnutí hľadajú prácu veľmi ťažko, je pre nich teda skoro nemožné získať potrebnú prax, vyžadovanú zamestnávateľom. Tým sa dostávajú do dlhodobej nezamestnanosti, ktorá ich ľudský kapitál stále viac znehodnocuje. Postupne strácajú skôr získané pracovné návyky, alebo nie sú schopní si ich vytvoriť, zabúdajú nadobudnuté znalosti a zručnosti, pričom nemôžu získať nové, prichádzajú o kontakty i prestíž. V porovnaní so zdravými ľuďmi zostávajú zdravotne postihnutí občania v evidencii úradov práce oveľa dlhšie. To sa odráža na ich psychickom prežívaní. Strácajú zmysel života a ľudskú dôstojnosť, tým ich šanca uplatniť sa na trhu práce je veľmi nízka. V rámci sociálnej politiky zamestnávania ľudí so zdravotným postihnutím v bežných pracovných podmienkach by mali byť podporované situácie a funkcie pre ľudí schopných pracovať v takýchto bežných podmienkach, čo by malo byť otázkou prijímania špecifických alebo individualizovaných opatrení na pomoc ľuďom so zdravotným postihnutím a pomoc samotným firmám, ktoré ich chcú zamestnávať. Tieto podporné opatrenia by mali byť maximálne flexibilné a variabilné s cieľom byť najlepším možným spôsobom adaptabilný v každom konkrétnom prípade (motivácia, tréning, prípravné a realizačné opatrenia pre jednotlivca so zdravotným postihnutím i pre firmu). Pokiaľ ide o pracovné podmienky a život vo firme, situácia ľudí pracujúcich v takomto type práce by mala byť maximálne porovnateľná so situáciou ostatných zamestnancov vo firme, bez predsudkov k zvýhodneniu platu z dôvodu handicapu (Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím, 2003). Na podporu zamestnanosti osôb so zdravotným postihnutím sa najčastejšie využívajú štátne dotácie na zriadenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska alebo na ich prevádzku. Podporujú sa ním pracovné miesta na otvorenom trhu práce, ale aj v rámci kompletne „chráneného pracovného prostredia“, kedy v chránenej dielni pracujú iba osoby so zdravotným postihnutím. Len postupne rastie počet podpôr pre osoby so zdravotným postihnutím v pozícii samozamestnávateľov, podpôr pre zamestnávateľov, ktorí žiadajú príspevok na udržanie ich zamestnancov so zdravotným postihnutím v zamestnaní a od roku 2010 aj využívanie systému ich prípravy na pracovné uplatnenie (Repková, Sedláková, 2012). Pracovníci so zdravotným postihnutím majú nárok na primerané a rovnaké ohodnotenie ako zdraví pracovníci. V

praxi je výkon takýchto opatrení limitovaný a neakceptovaný pre často nedostatočnú prípravu na prácu a primerané vzdelanie a kvalifikáciu. Je potrebné venovať dostatočnú rekvalifikáciu pracovníka so zdravotným postihnutím na jeho pracovné miesto, zohľadniť potrebu špecifických pracovných pomôcok, úpravu pracovného času, pracovného harmonogramu a poskytnúť primeranú pracovnú asistenciu. Potom očakávame primeraný výkon, porovnateľný s výkonom zdravého pracovníka. Hovoríme o schopnosti občana so zdravotným postihnutím byť v súťaživosti na trhu práce porovnateľný so zdravým pracovníkom v prípade vyrovnávania podporných mechanizmov. Otázky bezpečnosti, ochrany zdravia a ochrany pred obťažovaním sú dôležitejšie ako všetky ostatné, pretože súvisia s ochranou zdravia a zdravotného stavu, ale aj potenciálnym zneužívaním znevýhodnených a dôverčivých občanov, ktorí sa nevedia brániť pred mobbingom na pracovisku. Mnohé z týchto opatrení by mal riešiť samostatný zákon o sociálno-právnej ochrane formou ďalších osôb - opatrovníkov (Mišová, Stavrovská, Záhorcová, 2009). Hartl (2004) v psychologickom slovníku označuje zdravotné postihnutie ako stav trvalý alebo dlhodobý, ktorý nejde pomocou dostupných prostriedkov celkom odstrániť. Môžeme ale zmierniť nepriaznivý dopad postihnutia na osobu sústavou premyslených opatrení. Pokiaľ si vezmeme osoby s postihnutím z pedagogického hľadiska, sú to všetky deti, dospievajúci a dospelí, ktorí sú v učení, sociálnom chovaní, v komunikácii a reči alebo v psychomotorických schopnostiach tak obmedzení, že je ich existencia v spoločnosti sťažená, a preto potrebujú špeciálnu pedagogickú starostlivosť. Handicapovaní ľudia (fyzicky, psychicky, mentálne), ktorí sa dostali do sociálnych kolíznych situácií bez vlastného pričinenia, v rámci svojich možností vyhľadávajú pomoc prostredníctvom sociálneho poradenstva. Poradcovia sa vo svojej pôsobnosti upriamujú okrem profesionálnej orientácie na duševne a telesne handicapovaných na riešenie špecificky vyostrených životných problémov, konfliktov a náročných situácií súvisiacich s poruchami zdravia, s problémami rodičov a rodinnej výchovy, adjustáciou na meniace sa i nové podmienky v pracovnom, rodinnom a sociálnom živote. Tento typ poradenstva sa zameriava na diagnostikovanie, zmierňovanie, koordinovanie, prekonávanie a kompenzovanie handicapov (Tokárová a kol., 2007). Sociálne poradenstvo nachádza pole svojho uplatnenia i v oblasti práce s handicapovanou klientelou. Poradcovia sa vo svojej pôsobnosti upriamujú okrem profesionálnej orientácie duševne a telesne handicapovaných na riešenie špecificky vyostrených životných problémov, konfliktov a náročných situácií súvisiacich s poruchami zdravia, s problémami rodičov a rodinnej výchovy, adjustáciou na meniace sa i nové podmienky v pracovnom, rodinnom

a sociálnom živote. Sociálne ciele poradenstiev pre handicapovaných môžu výrazne pomôcť postihnutým občanom v ich prispôbovaní sa spoločenskej realite tým, že sú nápomocné pri zabezpečovaní vhodného pracovného uplatnenia formou personalisticky cielej poradenskej služby. Táto orientácia poradenstva má pre zdravotne postihnutého človeka nezastupiteľný význam spočívajúci v tom, že pre handicapovaného jedinca je práca rehabilitačnou činnosťou (Tokárová a kol., 2003). Zatiaľ čo zdravotnú starostlivosť nájdú znevýhodnení ľudia v ordináciách odborných lekárov, špeciálnopedagogické služby ponúkajú predovšetkým poradenské zariadenia. V poradniach nachádzajú veľmi cennú a potrebnú pomoc pri riešení náročných i zdanlivo banálnych problémov, s ktorými si vzhľadom ku svojmu handicapu nedokážu poradiť sami (Slowík, 2007). Podľa Sollárovej (2005) Rogers nerozlišoval medzi poradenstvom a terapiou. V tomto duchu autorka uvádza pojmy poradenstvo a psychoterapia ako synonymá, čo odôvodňuje tým, že v „prístupe zameranom na človeka“ procesy medzi praktickým pracovníkom a klientom zostávajú rovnaké, či už ich činnosť nazývame „psychoterapiou“, alebo „poradenstvom“. Dôležité je, že na človeka zamerané vzťahy s klientmi si vyžadujú ten najhlbší záväzok – pochopiť jedinečnú individualitu ľudí, s ktorými pracujeme. Poradca pristupuje ku klientovi bez posudzovania, s rešpektom a autenticitou. Poradca sa venuje celej osobnosti svojho klienta, empaticky počúva a reaguje na klientov proces prežívania počas terapie (Sollárová, 2005). Portner (2009) uvádza, že „pracovať so zameraním na osobu“ neznamená hľadiť na človeka bez ohľadu na jeho prostredie a všetky vznikajúce problémy zvädzať výlučne na niekoho samotného. Pokušenie, či skôr nebezpečenstvo, že to budeme robiť, je veľké, ako náhle ide o ľudí s mentálnym postihnutím alebo duševnými poruchami. Pracovať so zameraním na osobu znamená byť prístupný ako osoba. K tomu náleží ochota postaviť sa tvárou tvár vlastnému podielu na situácii. Pracovať so zameraním na osobu znamená tiež jasne rozoznávať obecný rámec situácie. Na jednej strane je vždy rámec daný inštitúciou, finančnými prostriedkami, kompetenciami atď. Rozpoznať vhodný rámec a dať ho k dispozícii, to je ústredný aspekt zameraný na osobu v práci s ľuďmi, ktorí potrebujú podporu alebo sprievodcu v akejkoľvek forme. „Väčšina ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím a problémovým chovaním žije buď u svojich rodín, alebo je sú umiestnení v nejakom ústavnom zariadení“ (Emerson, 2008, s.141). Podľa Repkovej (1999) veľmi dôležitú úlohu zohráva aj stratégia zvládania stresových situácií u členov rodiny, rovnako od vôľových vlastností, aj ich schopnosti hľadať príjemné v ťažkých životných situáciách. Nespravodlivosť vlastného osudu vedie niekedy k zmenám osobnosti človeka so

zdravotným postihnutím, pričom veľký význam má sociálne, emočné zázemie a podpora blízkych ľudí.

## 2 SOCIÁLNA PRÁCA AKO ODBORNÁ ČINNOSŤ

Historické počiatky sociálnej práce sa odvíjajú od filantropických a charitatívnych organizácií. Začiatky sú v organizovanej charitatívnej a nápravnej činnosti dobrovoľných a prevažne náboženských organizácií. Dobročinnosť má svoje korene aj v kresťanskom učení a demokratických tradíciách spoločnosti, ktoré uznávajú hodnoty každého človeka (Strieženec, 2001). Sociálna práca sa rozličnými formami zameriava na mnohostranné, komplexné transakcie medzi ľuďmi a ich okolím. Jej poslaním sú sociálni pracovníci ako takí agensami zmien v spoločnosti a v živote jednotlivcov, rodín a komunit, ktorým slúžia. Tokárová (2007) vníma hodnoty sociálnej práce v rešpektovaní rovnosti a dôstojnosti všetkých ľudí. Uvádza sociálnu prácu ako vzájomne prepojený systém hodnôt, teórie a praxe, ktorá sa sústreďuje na riešenie problémov a na zmeny. Strieženec (2001) opisuje sociálnu prácu ako multidisciplinárnu disciplínu, ktorá skúma praktický život človeka, skupiny, komunity v konkrétnom prostredí, ktoré je determinované súhrnom prírodného, širšieho spoločenského a sociálneho prostredia. Tvrdí, že sociálna práca má svoje prístupy a metodické postupy, prostredníctvom ktorých uľahčuje orientáciu a riešenie sociálnych problémov v životných situáciách. Podľa neho je každý človek neopakovateľná osobnosť a preto nevyhnutou podmienkou úspešnosti sociálnej práce v spoločenskej praxi je tvorivo uplatňovať platné metódy. Sociálna práca je ovplyvnená rôznymi faktormi, najmä kultúrnym systémom, morálkou, historickou tradíciou, spoločenskými hodnotami a zvykmi určitej spoločnosti. Preto sa i sociálna práca, vyvíjala v jednotlivých krajinách podľa špecifických potrieb sociálnej starostlivosti a sociálnej politiky. Z týchto dôvodov sociálna práca nemôže vychádzať z jednotnej všeobecnej teórie, a preto neexistuje ani jednotná definícia sociálnej práce. Na porovnanie uvádzame niekoľko definícií sociálnej práce od rôznych odborníkov. Najstaršiu definíciu sociálnej práce uviedla Masaryková (1928), ktorá ponímala sociálnu prácu ako niečo iné ako je charitatívna dobročinnosť, je to práca cieľavedomá, sústavná práca obtiažna, ktorá ak má byť prácou svedomitou, tak má viesť k cieľu a vyžaduje si človeka celého a odhodlaného pomáhať (Marková, 2006). V slovníku sociálneho pracovníka definuje Strieženec (1999) sociálnu prácu nasledovne: „Sociálna práca je odborná disciplína, ktorá špeciálnymi pracovnými metódami zaisťuje sociálnu starostlivosť o človeka na profesionálnom základe. Vychádza zo systému poznatkov mnohých spoločenských vied (psychológie, sociológie, filozofie, etiky, pedagogiky, lekárskech, právnych a ekonomických vied) a aplikuje vedecké poznatky do praktickej



činnosti. Zaoberá sa optimálnym fungovaním sociálnych inštitúcií zameraných na starostlivosť, zabezpečenie a pomoc jednotlivcom, skupinám alebo komunitám. Takisto Strieženec (1999) uviedol, že predmetom a obsahom sociálnej práce sú problémy, ktorými sa sociálna práca zaoberá, teoreticky objasňuje a prakticky rieši, či zmiernuje a špecifické je najmä to, že rešpektuje kompletne stránky o prostredie človeka ako jedinca, skupiny, či celej komunity. Na základe tohto tvrdenia môžeme povedať, že predmetom sociálnej práce je syntetizované a zovšeobecnené skúmanie príčin, ktoré vedú k sociálnemu problému jednotlivcov alebo skupín, či komunit v určitých sociálnych podmienkach, čím sa vytvára predpoklad na riešenie týchto problémov a uplatnenie prevencie. Sociálne problémy ohraničujú, vymedzujú typológiu sociálnej práce a sú určujúcim faktorom jej odlišnosti od ostatných vedných odborov a povolání. Sociálna práca je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej sociálnej starostlivosti, a preto jej funkcie a ciele vychádzajú zo súladu s funkciami a cieľmi celej spoločnosti. Je to konkrétna práca na realizáciu sociálnej politiky na jednotlivých úrovniach a v rôznych oblastiach života ľudí a spoločnosti ako celku (Schavel et al., 2009). „Samotná sociálna práca predstavuje službu spoločnosti, v ktorej okrem vzdelania musí sociálny pracovník disponovať vlastným hodnotovým systémom, stupňom altruizmu a kvalitami, ktoré budú pri výkone práce spolurozhodovať o kvalite jeho poslania. Ako mnohé vedné odbory, aj sociálna práca prechádza zmenami, ktoré sa týkajú nielen nového definovania sociálnej práce, jej metód a techník“ (Budayová, In: Dni sociálnej práce a Interra 8, 2009, s. 209).

## **2.1 Druhy a metódy sociálnej práce**

V praktickej oblasti sociálnej práce rozlišujeme tieto základné druhy:

1. Individuálna (prípadová) sociálna práca – konkrétna sociálna práca s jednotlivcom, klientom. Môžeme k nej pristupovať buď z psychoanalytického, psychosociálneho, behaviorálneho, psychoterapeutického, alebo iného poňatia. V sociálnej praxi u nás je najrozšírenejší psychosociálny prístup, v ktorom sa sociálna diagnóza vyvodzuje z narušenia vnútorných a vonkajších vzťahov a postojov klienta k sebe samému a sociálnemu okoliu (Tokárová a kol., 2007). Je založená na presvedčení, že cieľovými krokmi a vhodným pôsobením na klienta je možné objasniť, zmierniť a aj odstrániť sociálne „vykoľajenie“ človeka. Sociálna práca s jednotlivcom je priamy kontakt sociálneho pracovníka s klientom v záujme vyriešenia jeho sociálne problémovej situácie. Dôraz sa rovnomerne kladie na možné vplyvy koreniace v osobnosti klienta, ako aj na

možné vplyvy pôsobiace v jeho okolí. Cieľom sociálnej práce s jednotlivcom je zmena chybných životných postojov klienta a jeho schopnosti riešiť primeranou a spoločensky prijateľnou formou svoje osobné, rodinné problémy. Sociálnu prácu s jednotlivcom možno označiť ako:

- individuálna sociálna práca,
- sociálna práca s jednotlivcom,
- prípadová sociálna práca,
- case work.

Všetky štyri spojenia sa vzťahujú na aktivity sociálneho pracovníka zamerané na prácu s jedným konkrétnym klientom (Draganová a kol. 2006).

2. Skupinová sociálna práca – „sociálna práca s väčším počtom osôb, skupinou, ktorá nadväzuje na poznatky individuálnej sociálnej práce a prostredníctvom ďalšieho subjektu (skupiny) pôsobí na všetkých ostatných klientov. Členovia skupiny sa navzájom ovplyvňujú. Médiom býva spoločný sociálny problém, spriaznenosť a prekonanie obáv z nepochopenia vlastného sociálneho problému. Metodika sociálnej práce so skupinou je značne náročnejšia. Požaduje od sociálneho pracovníka väčšie skúsenosti“ (Tokárová a kol., 2007, s.42). Draganová (2006) uvádza, že človek má od narodenia príslušnosť k spoločenskej skupine (rodine, školskej, pracovnej a inej ) a do konca života neunikne vplyvom svojej skupinovej príslušnosti. Vytvorené vzťahy poznamenávajú jeho život a psychiku. Skupina stabilizuje uspokojenie potrieb jedinca, zároveň je pre neho zdrojom frustrácií a stresových situácií, v ktorých sa často len s námahou orientuje a rozhoduje. Skupiny rozdeľuje na:

- primárne, ktoré sú zložené z malého počtu ľudí, ktorých členovia sa stretávajú a bezprostredne ovplyvňujú (rodina, partie kamarátov),
- sekundárne, ktoré sú početnejšie a kritérium vzájomného poznávania a interakcie nespĺňa (osadenstvo, nemocnice, zariadenia sociálnych služieb a iné ) (Draganová a kol.,2006).

3. Komunitná sociálna práca – je u nás najmenej rozpracovaná oblasť sociálnej práce, ktorá je zameraná na konkrétne životné situácie v určitých územných celkoch (Strieženec, 1999). V širšom zmysle možno hovoriť o trvalom napätí medzi spoločenskými potrebami a zdrojmi. Komunitná sociálna práca má zabraňovať vzniku sociálnych problémov

alebo napomáhať v riešení už vzniknutých problémov. Jej cieľom je tiež hľadať kompromisy. Jedna z najdôležitejších stránok je spolupráca s ľuďmi, ktorí majú prirodzenú autoritu v komunite a napomôže vyvolať aktivitu u ďalších členov komunity (Tokárová a kol., 2007). Podľa Strieženca (1999) sa ďalej delia na:

- a) Sociálna práca kuratívna – špecializuje na odstraňovanie , neutralizovanie alebo zmierňovanie vzniknutých sociálne negatívnych, dysfunkčných procesov a prvkov týkajúcich sa jednotlivcov, skupín, komunít a spoločenstva,
- b) Sociálna práca peniterciárna a postpeniterciárna – sleduje vytváranie predpokladov na zaradenie sa do občianskeho života a pripravuje ľudí na rešpektovanie zákonov, spoločenskej morálky a sociálnych noriem,
- c) Sociálna práca podniková – jej obsahom je riadenie, komunikácia, sociálna štruktúra, sociálna klíma, sociálna mobilita, účinky pracovného procesu a sociálne správanie,
- d) Preventívna sociálna práca - má konkrétne zameranie, aktivity slúžia na predchádzanie alebo aspoň znižovanie možných dôsledkov, nežiaducich javov, dysfunkčných procesov, strate sociálnej rovnováhy a suverenity jednotlivcov, skupín, celých spoločenstiev,
- e) Rehabilitačná sociálna práca – zameraná je na obnovenie alebo vytvorenie najvyššieho stupňa fyzickej, psychickej, sociálne a pracovnej výkonnosti občana,
- f) Resocializačná sociálna práca – zameriava sa na odstraňovanie alebo minimalizovanie dlhodobo pretrvávajúcich krízových životných situácií (Strieženec, 1999).

## **2.2 Úlohy a kompetencie sociálneho pracovníka**

Vo vzťahu jednotlivca a jeho sociálneho prostredia dochádza ku rôznym sociálnym situáciám, ktoré môžu mať pozitívny ale i negatívny význam. V prípade, ak táto situácia nadobudne negatívny rámeč, kedy jedinec nie je schopný čeliť vzniknutým problémom, tu nastupuje sociálny pracovník, ktorý mu pomôže daný sociálny problém vyriešiť. Základným determinantom sociálnej práce predstavuje samotný sociálny pracovník. Cieľom práce sociálneho pracovníka by preto malo byť spolupôsobenie v sociokultúrnom živote občana a zvyšovať spokojnosť občana vtedy, keď nie je schopný si svoje potreby zabezpečiť vlastnými silami, prípadne silami svojho blízkeho okolia. Prácu sociálneho pracovníka vystihuje slovné spojenie pomoc k svojpomoci. Táto formulácia len potvrdzuje účasť sociálneho pracovníka na aktivitách, ktoré veľmi úzko súvisia s činnosťami v oblasti

sociálnej prevencie. Opodstatnenosť tohto tvrdenia môžeme nájsť aj v činnostiach sociálneho pracovníka, ktorý pôsobí v oblasti sociálnej sféry a jeho činnosť sa zameriava predovšetkým na:

- prácu s deťmi a mládežou,
- prácu s rodinou a osamelými,
- sociálnu prácu v školách,
- sociálne poradenstvo a pomoc chorým,
- prácu so zdravotne postihnutými,
- prácu s mentálne a psychicky narušenými,
- prácu s osobami vyššieho veku,
- sociálno-psychiatrickú prácu,
- sociálne poradenstvo v podnikoch a zariadeniach sociálneho poistenia,
- poradenstvo a pomoc nezamestnaným,
- prácu so zahraničnými spoluobčanmi,
- poradenstvo a spoluprácu so svojpomocnými skupinami,
- poradenstvo pre občanov prepustených z výkonu trestu odňatia slobody,
- poradenstvo pre spoločensky neprispôsobivých občanov,
- prácu so závislými občanmi ba psychotropných látkach,
- prácu s etnickými minoritami a marginálnymi skupinami,
- následné vzdelávanie sociálnych pracovníkov,
- verejnú prácu (Oláh, Roháč, 2008).

„Sociálnu prácu v praktickej podobe realizujú sociálni pracovníci. Sociálny pracovník je odborník, ktorý sa zaoberá sociálnou pomocou jednotlivcom, skupine alebo komunite, ktorí sa dočasne alebo trvalo nachádzajú v problémovej sociálnej situácii vyžadujúcej spoločenskú sociálnu intervenciu. Činnosť sociálneho pracovníka:

- prispieva k zlepšeniu narušených sociálnych vzťahov v prostredí,
- nabáda jednotlivca k správnym postojom k životu a k spoločensky vhodným spôsobom správania,
- pomáha jednotlivcovi vytvoriť si rovnováhu medzi možnosťami a požiadavkami sociálneho prostredia a vlastnými potrebami a schopnosťami a podľa toho si zvoliť postavenie v sociálnom prostredí,

- pomáha jednotlivcom (skupinám, komunitám) eliminovať poruchy súvisiace s interakciou so svojim sociálnym prostredím,
- vedie jednotlivcov k pocitu zodpovednosti za vlastnú sociálnu situáciu, prípadne situáciu vlastnej rodiny“ (Tokárová a kol., 2007, s. 40-41).

Podľa publikácie Meritum Segment (2008) sociálny pracovník vykonáva: sociálne šetrenie, zabezpečuje sociálnu agendu vrátane riešenia sociálno-právnych problémov v zariadeniach poskytujúcich služby sociálnej starostlivosti, sociálno-právne poradenstvo, analytickú, metodickú a koncepčnú činnosť v sociálnej oblasti, odborné činnosti v zariadeniach poskytujúce služby sociálnej prevencie, despítážnu činnosť, poskytovanie krízovej pomoci, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu. Povolania sociálnych pracovníkov majú istú koncepciu tiež aj vo vzťahu k spoločenským hodnotám. Odborníci svojim konaním a rozhodovaním ovplyvňujú a chránia hodnoty. Profesionálna etika sa preto zaoberá etickými dilemami, problémami hodnôt, ktoré sa vyskytnú pri ich práci, ale zaoberá sa tiež aj špecifickými otázkami, akými sú organizácia a disciplína v rámci profesií (Krsková, 1994). Pojmy morálka a etika sa používajú hlavne v hovorovej reči ako synonymá. V súčasnej dobe sa v súvislosti s označením etických problémov v sociálnej práci objavila rada pojmov, ktoré sa svojim obsahom často kryjú, avšak nemožno ich považovať za pojmy zástupné. Snaha o jednoznačné vymedzenie obsahov pojmov je nevyhnutná. Môžeme si priblížiť pojmy:

Etika – (ethika, grécky „ethos“ – mrav) je to veda o mravnosti, ktorá ako filozofická disciplína pochádza od Aristotela. V etike ide o činnosť praktickú. Môžeme hovoriť tiež o praktickej filozofii. Etika je vetvou filozofie, ktorá sa pokúša určovať hodnotenie ľudských aktivít, ktoré môžu byť zhodnotenú ako správne alebo zlé.

Morálka – (latinsky „mos“ – mrav, „moralit“ – mravný) na rozdiel od etiky má vždy konkrétneho nositeľa. Každý človek sa na základe osobnej slobodnej voľby môže rozhodnúť pre určitý druh chovania. Jednotlivec si vytvára alebo preberá pravidlá v súlade so všeobecným súhlasom (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Pravidlá pre výkon profesie sociálneho pracovníka sú obsiahnuté v etickom kódexe sociálneho pracovníka, ktorý bol prijatý Medzinárodnou asociáciou sociálnych pracovníkov. Je to systematicky usporiadaný súbor noriem, ktorými sa riadia sociálni pracovníci pri výkone svojho povolania. Je rozčlenený do šiestich okruhov, ktoré takto charakterizujeme:

1. normy pre vystupovanie a správanie sa sociálneho pracovníka – vystupovanie, schopnosti a profesionálny rast, služba, čestnosť, štúdium a vedecký výskum,
2. etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči klientom – prvoradosť záujmov klienta, práva klientov, dôvernosť a mlčanlivosť, honoráre,
3. etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči kolegom – slušnosť a zdvorilosť, práca s klientmi kolegov,
4. etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči zamestnávateľom – záväzky voči zamestnávateľským organizáciám,
5. etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči profesii,
6. etická zodpovednosť sociálneho pracovníka voči spoločnosti – udržanie profesionálnej cti, služba spoločstvu, rozvoj poznatkov, podpora všeobecného blaha (Budayová, In: Dni sociálnej práce a Interra 8, 2009).

„Aby sa etický kódex sociálneho pracovníka stal neodmysliteľným prvkom sociálnej práce je nutné udržiavať neustály rešpekt voči človeku ako ľudskej bytosti“ (Schavel, Čišecký, Oláh, 2008, s. 37). Etický kódex objasňuje zásady a požiadavky organizácie na správanie ich príslušníka v rôznych situáciách. Dáva najavo, že zámerom a očakávaním organizácie je vštepiť personálu etické dimenzie svojej politiky a činnosti. Jedným z najfrekvencovanejších modelov takéhoto kódexu je Medzinárodný etický kódex pre profesionálnych sociálnych pracovníkov, ktorý bol spracovaný v roku 1976 Medzinárodnou federáciou sociálnych pracovníkov a začal pôsobiť ako základ či východisko národných etických kódexov (Tokárová a kol., 2007). Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov na svojom prvom zasadnutí v Montreale (2000) pri definovaní profesie sociálna práca priamo uviedla, že princípy ľudských práv a sociálne spravodlivosti sú pre sociálnu prácu zásadné. Ľudské práva ako práva jednotlivcov, ktoré sú považované za principiálne pre slobodu a spravodlivosť a slúžia k ochrane ľudí pred diskrimináciou a týraním. Zdôrazňujú potrebu uznania rôznorodosti. Sociálni pracovníci majú rozpoznať a rešpektovať etnickú a kultúrnu rôznorodosť v spoločnostiach, kde pracujú, berúc pri tom v úvahu individuálne, skupinové a komunitné odlišnosti. Rešpektovanie znamená aj to, že klient, klientka, istá skupina či komunita bude mať odlišné názory a spôsoby správania sa od názorov a správania sociálneho pracovníka alebo pracovníčky, teda od majoritnej populácie. Sociálni pracovníci môžu svojim prístupom prispieť k zmierneniu alebo

odstráneniu negatívneho vnímania odlišných jedincov a skupín, ktorý je pre našu spoločnosť stále príznačný (Mátel, 2009). Úlehla (2009) uvádza, že etický kódex je užitočný, ale zjednodušujúci model. Do profesionálnej práce sa však premieta celý pracovníkov prístup k životu a k ľuďom. Celkom iné prejavy voči klientom bude mať pracovník, ktorý je do hĺbky duše presvedčený, že ľudia sú schopní byť dobrí a ústretoví, len ak k tomu majú príležitosť. A celkom iné bude mať ten, kto verí, že pokiaľ človeka neobmedzujú pravidlá a obavy z ich nedodržania, zneužije situáciu vo svoj prospech, na úkor iných. Takéto postoje sú v nás hlboko zakorenené a je na mieste počítat' s tým, aký na nás majú vplyv. Nejde o to, ktorý z týchto postojov je lepší, aj tak každý sociálny pracovník zaujme ten sebe vlastný. „V sociálnej činnosti chápeme človeka ako uvedomelú rodovú bytosť, ktorá si svoje životné činnosti stanovuje ako predmet svojho vlastného chcenia a vedomia. Táto vedomá činnosť ho odlišuje od ostatných foriem života a preto človek, pokiaľ má byť plnohodnotným človekom, nemôže zostať len tým, čím ho vytvorila príroda. Život a vývoj jedinca je ovládaný okrem špecifických individuálnych zákonitostí, zákonitosťami života druhu, ku ktorému dané individuum patrí. Život človeka má rôzne aspekty ľudskej existencie (spoločenský život, náboženský život, morálny život, životný príbeh jedinca a pod.)“ (Strieženec, 2001, s. 10-11). Ako píše (Mahrová a kol., 2008), v sociálnej práci označenie pre človeka, ktorý využíva služby sociálneho pracovníka, vyzerá celkom jasne. Je to klient a vystupuje voči sociálnemu pracovníkovi v roli spolupracovníka a rovnocenného partnera. Táto filozofia vzájomného pracovného vzťahu vychádza zo psychosociálneho poňatia sociálnej práce, kedy konečná voľba spôsobu života záleží na klientovi a jeho rozhodnutie je rešpektované. Sú však i situácie, kedy tieto predpoklady nie sú celkom naplnené. Príkladom môžu byť práve ľudia s mentálnym postihnutím, ktorí sú často v patientskej roly, niekedy i nedobrovoľne hospitalizovaní, alebo je spôsob života ich postihnutím ovplyvnený smerom, kedy je ohrozené ich sociálne fungovanie, zdravie alebo život. Vzťah medzi opatrovateľmi a ich klientmi považuje za podstatný nielen metóda meraná na osobu. Jeho význam je nesporný v sociálnej práci vôbec. Predstavy o tom, ako by mal tento vzťah vyzerat', sú však rozličné a často nejasné. V tejto práci je omnoho poctivejšie udržovat' spoľahlivý profesionálny vzťah, v ktorom je určitá dištancia, ale dištancia konštantná. Taký vzťah slúži zamestnancom i zvereným ľuďom viac ako prílišná osobná blízkosť, ktorú potom nejde udržat' a ktorá jedného dňa náhle skončí. Všetkým zúčastneným osobám musí byť zrejmé, že ide o profesijný vzťah, akokoľvek môže byť srdečný, vrelý a láskyplný. Profesionalita v žiadnom prípade neznamená chlad a nezúčastnenosť. Profesionalita znamená to, že opatrovateľom ide

o blaho a vývoj klientov, nie o zisk z pocitu, že ich niekto potrebuje (Portner, 2009). Sociálny pracovník je profesionál, ktorý pracuje s ľuďmi, je neustále v interakcii s človekom a jeho osobnosť by sa mala odvíjať od určitých osobnostných predpokladov, charakterových a povahových vlastností. Podstatou sociálnej práce je ľudský vzťah, predpokladom ktorého je optimálna komunikácia. Sociálny pracovník by mal mať určitú dávku inteligencie, všeobecného prehľadu a pozitívne vlastnosti dobrého človeka medzi ktoré zaraďujeme: poctivosť, spravodlivosť, čestnosť, pracovitosť, pravdovravnosť, dôvernosť, slušnosť, zodpovednosť, trpezlivosť, obetavosť. Jeho morálny postoj má byť príkladom pre druhých a vzorom pre klienta i spoločnosť, s ktorými prichádza neustále do kontaktu. Sociálny pracovník sa pri kontakte s klientom nezaobíde bez komunikácie a bez aktívneho počúvania, ktoré významne ovplyvňujú vzťah klient – sociálny pracovník. Musí vedieť bezprostredne nadväzovať kontakt s ľuďmi a používať primerané výrazy podľa všeobecného rozhľadu klienta. Sociálnemu pracovníkovi nesmie chýbať schopnosť empatie a prosociálnosti – schopnosť vcítiť sa do prežívania jedinca, ktoré potom využíva k porozumeniu procesov odohrávajúcich sa v jedincovi (Schavel, Čišecký, Oláh, 2008). Aktuálne sa vznáša požiadavka i na samotného sociálneho pracovníka, ktorá sa týka nielen vzdelania, ale i samotného prístupu ku klientovi. Základným predpokladom kvalitného výkonu sociálneho pracovníka je jeho odborná príprava. Vzdelávanie v sociálnej práci smeruje k odbornosti, ktorá oprávňuje na výkon sociálnej práce ako kvalifikovanej profesionálnej činnosti. Z tohto dôvodu je dôležité jasne definovať kvalifikačné predpoklady pre výkon jednotlivých činností. Vykonávať sociálnu prácu vyžaduje od osobnosti pochopenie a integrovanie hodnôt sociálnej práce, ktoré sú vyjadrením podstatného prínosu k sociálnej spravodlivosti a sociálnemu rozvoju, s cieľom zabezpečiť kvalitu života jedinca, rodiny alebo skupiny v rámci komunity a s cieľom odstrániť všetky druhy diskriminácie. V súčasnosti sa na Slovensku akceptujú nasledovné úrovne vzdelania:

- na ústredných orgánoch miestnej štátnej správy a samosprávy – úplné stredoškolské vzdelanie a vedúci pracovníci a odborní pracovníci bakalárske vzdelanie a vysokoškolské vzdelanie,
- v zariadeniach sociálnych služieb – ukončené stredoškolské vzdelanie, vedúci pracovníci a odborní pracovníci bakalárske vzdelanie a vysokoškolské vzdelanie,
- v centre poradensko-psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu – sociálno-administratívni pracovníci – stredoškolské



vzdelanie, odborní pracovníci – vysokoškolské vzdelanie  
(Tokárová a kol., 2007).

Profesionálne „odvedená“ sociálna práca sa prejaví v motivácii klientov k samostatnejšiemu a zodpovednejšiemu riešeniu svojich problémov, v lepšom uplatnení ľudí na trhu práce, v štruktúrach spoločnosti, v prevencii sociálno-patologických javov, v účelnejšom využití materiálnych a finančných prostriedkov a v zlepšení medziľudských vzťahov. Špecifická črta povolania sociálneho pracovníka spočíva v požiadavke komplexného prístupu k sociálnym klientom, ktorých problémy treba posúdiť v celom sociálnom kontexte (Tokárová a kol., 2003). Sociálna pracovníčka alebo sociálny pracovník má primárnu zodpovednosť za klienta. Znamená to, že z profesionálneho hľadiska sú prvoradé záujmy klienta, nie záujmy jeho samotného ani organizácie, v ktorej pracuje. Sociálni pracovníci nepodriaďujú potreby a záujmy ľudí, ktorí užívajú ich služby, svojim vlastným potrebám a záujmom. Vyžaduje sa od nich, aby poskytovali čo najlepšie služby každému, kto vyžaduje ich pomoc, rady a podporu. Sociálni pracovníci majú svojich klientov chrániť, podporovať ich práva a záujmy vždy, ak je to možné (Mátel, 2009).

### 3 VZŤAH SOCIÁLNEJ PRÁCE A SOCIÁLNEJ POLITIKY

Sociálna práca je umenie, ktoré vyžaduje veľkú škálu vedomostí. Ide predovšetkým o porozumenie pre potreby druhých a schopnosť pomáhať ľuďom tak, aby od našej pomoci nezostali závislí. Sociálna práca je však tiež vedou, pretože disponuje teóriami a ďalej vytvára nové teórie vysvetľujúce vznik a riešenie individuálnych, skupinových a komunitných problémov (Matoušek a kol., 2001). V kontexte sociálnej politiky nás motivovalo niekoľko súvislostí, ktoré by sme mohli nazvať výzvami, kde ide o každodenné kontakty v živote s ľuďmi so zdravotným postihnutím rôzneho druhu a stupňa postihnutia. Ide o spôsoby do akej miery by mala byť spoločnosť zodpovedná za zmierňovanie alebo prekonávanie týchto prekážok. Ďalej sú to očakávania a skúsenosti tých, ktorí pôsobia v oblasti sociálno – právnej ochrany ľudí so zdravotným postihnutím (napríklad zamestnanci orgánov miestnej štátnej správy či miestnej samosprávy, poskytovatelia sociálnych služieb, sociálni poradcovia, zástupcovia občianskeho sektora či privátnej sféry a iné) (Repková, Požár, Šoltés, 2003). Sociálna politika je cieľavedomou činnosťou štátu, ale tiež na nej participujú rôzne inštitúcie, podniky a iné spoločenské subjekty, ktoré majú vplyv na stav sociálnej rovnováhy, na zabezpečenie spoločenskej solidarity (Tokárová a kol., 2003). Cieľom sociálnej politiky podľa Striežena (2001) je poskytovať občanom dostatočný priestor na pracovnú a sociálnu aktivitu, zabezpečovať sociálne istoty, umožňovať im primeraný spôsob života v súlade s ústavou zaručenými právami. Celé snaženie sociálnej politiky vyúsťuje do osobnostného rozvoja s maximálnym využívaním sociálneho potenciálu človeka. Spoločnosť pritom zabezpečuje svoj vlastný rozvoj ako priestor pre rozvoj človeka. Základom sociálnej politiky je jedinec ako súčasť celku so svojimi jedinečnými vlastnosťami, schopnosťami, záujmami, potrebami, jeho blaho, prospech, jeho základné neodňateľné a nescudziteľné práva, predovšetkým právo na ľudskú dôstojnosť a slobodný rozvoj osobnosti (Macková, 2009).

#### 3.1 Sociálno–právna ochrana zdravotne znevýhodnených osôb

„V každej organizovanej forme spoločnosti existujú konkrétne regulatívne pravidlá, vrátane sociálnych regulatívnych pravidiel. Je to rešpektovanie takej vzájomnej väzby hodnôt, noriem, potrieb a záujmov, aby bola zabezpečovaná životnosť celku. Je to aj podmienkou fungovania rozvojovej tendencie v sociálnej oblasti. Predpokladom rozvoja jednotlivca je rozvoj celej spoločnosti, všetkých jej oblastí, ktoré vytvárajú priestor na

napĺňanie zmyslu života jednotlivca – občana“ (Strieženec, 2001, s. 48). Integrácia ľuďí so zdravotným postihnutím nie je úlohou len pre štát, ale pre spoločnosť ako celok a pre všetkých je členov, zástupcov a inštitúcie. Otázky zdravotného postihnutia nemôžu byť iba zodpovednosťou rodiny, priateľov ale všetkých členov spoločnosti, ktorí by si mali uvedomovať všetky typy intolerancie a mali by mať povinnosť posilňovať ľuďí so zdravotným postihnutím v ich úsilí participovať v živote tak normálne, ako je to len možné. Čím viac sa akceptuje, že ľudia so zdravotným postihnutím musia byť integrovaní v rámci bežných a normálnych životných aktivít, tým viac vonkajšia pomoc – bežne poskytovaná verejnými subjektami – môže byť koncentrovaná na oblasti, v ktorých automatická účasť ľuďí so zdravotným postihnutím nie je zatiaľ možná (Schavel, Oláh, 2009). Právo býva systematicky rozdeľované do mnohých kategórií – napríklad na právo ústavné, občianske, trestné a iné. Zatiaľ čo medzinárodne uznávané ľudské práva je za normálnych okolností v demokratickej spoločnosti neprípustné obmedzovať (napríklad právo na život, právo na slobodu a podobne) a vzťahujú sa na každú ľudskú bytosť bez rozdielu, v prípade národných legislatív je situácia trocha odlišná. Právne systémy jednotlivých krajín sú k ľuďom s handicapom rôzne ústretové a v určitých prípadoch môže byť pre niektoré osoby výkon určitých práv dokonca zákonne obmedzený alebo podmienený (Slowik, 2007). V našej krajine tvorí početnú minoritu skupina osôb so zdravotným postihnutím. Aj keď zdravotné postihnutie zahŕňa veľké množstvo telesných a duševných porúch, ktoré im spôsobujú obmedzenia pri vykonávaní určitých činností, nemusia byť ešte plne závislí na pomoc druhých. „Sociálne – právna ochrana je zameraná na práva a právom chránené záujmy občanov, ktorí si ich nemôžu chrániť pre svoj vek, zdravotný stav a iné sociálne udalosti, alebo ak dochádza ku kolízii záujmov osôb, ktoré nemajú spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu so záujmami osôb, ktoré ich zastupujú“ (Strieženec, 2001, s. 71). S cieľom zabrániť alebo prinajmenšom zmierniť náročné situácie, vyčlenenie a diskrimináciu, garantovať rovnosť príležitostí pre ľuďí so zdravotným postihnutím a rozvinúť ich osobnostnú autonómiu, ekonomickú nezávislosť a sociálnu integráciu, mali by mať ľudia so zdravotným postihnutím právo na ekonomické a sociálne zabezpečenie, na primeraný životný štandard prostredníctvom: životného minima, špecifických príspevkov a systému sociálnej ochrany. Sociálno-ekonomická ochrana musí byť zabezpečená cez finančné príspevky a sociálne služby. Táto ochrana musí byť založená na dôkladnom posudzovaní potrieb a situácie ľuďí so zdravotným postihnutím, ktoré musí byť periodicky prehodnocované s cieľom zohľadňovať všetky zmeny v životných okolnostiach jednotlivca, ktoré sú dôvodom takejto ochrany

(Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí s so zdravotným postihnutím, 2003). Malo by byť ochraňované uplatňovanie základných práv ľudí so zdravotným postihnutím, vrátane ochrany pred diskrimináciou.

### **3.2 Zásady zákona o sociálnych službách**

Systém sociálnych služieb by mal zahrňovať čo najväčšiu pestrosť služieb, ktoré sú cielene mierené na skupinu potrebných klientov. Tieto služby by mali byť vzájomne prepojené, nadväzovať jedna na druhú a zodpovedať potrebám ako klientom, tak i spoločnosti. Dochádza tu k spolupráci rôznych rezortov – zdravotníctva, sociálnych vecí, školstva – a zároveň sa prelína štátny a neštátny sektor. Cieľom je vytvoriť systém, ktorý by pôsobil vo všetkých sférach prevencie a prispieval ku kvalite života. Snaha o vytvorenie takého systému je v humánnej spoločnosti určite nevyhnutná. Nie je to však vôbec ľahké a vždy bude časť klientov, ktoré systém vynechá alebo oni nebudú chcieť služby daného systému prijať. Preto by mal mať systém sociálnych služieb nie len otvorené všetky dvere, ale tiež za klientmi ísť, vyhľadávať a oslovovať ich (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb. Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

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

Medzi sociálne služby, ktoré sú zamerané na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu patrí:

1. poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby,
2. opatrovateľská služba,
3. prepravná služba,
4. sprievodcovská služba a predčitateľská služba,
5. tlmočnická služba
6. sprostredkovanie tlmočnickej služby,
7. sprostredkovanie osobnej asistencie,
8. požičiavanie pomôcok (Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách).

Ľudia majú právo žiadať o pomoc a podporu zo strany inštitúcií poskytujúcich sociálne služby v prípade, že nie sú schopní samostatne riešiť svoju nepriaznivú sociálnu situáciu. Hlavným poslaním sociálnych služieb je chrániť záujmy ľudí, ktorí sú oslabení v ich presadzovaní a to z rôznych dôvodov a príčin. Zákon definuje nepriaznivú sociálnu situáciu ako oslabenie alebo stratu schopnosti. Dôvodom môže byť nepriaznivý zdravotný stav, krízová sociálna situácia, životné návyky a spôsob života vedúci ku konfliktu so spoločnosťou, sociálne znevýhodňujúce prostredie, ohrozenie práv a záujmov trestnou činnosťou inej fyzickej osoby. Ak klient nemôže alebo nevie zvládnuť vzniknutú situáciu tak, aby toto riešenie podporovalo jeho sociálne začlenenie a ochranu pred sociálnym vylúčením. Zdravotne znevýhodnení môžu využívať rad sociálnych a zdravotných služieb. Ide o sociálne služby zakotvené v zákone, ktorý sa snaží poskytnúť klientom istoty a štandardizovanú sieť služieb. Dôraz sa kladie na kvalitu poskytovaných sociálnych služieb vymedzených v zákone 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov. Dochádza tu k vymedzeniu práv a povinností zo strany poskytovateľov sociálnych služieb i zo strany štátu, kraja a obce (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Podľa tohto zákona obec na poskytovanie starostlivosti v sociálnych zariadeniach zriaďuje:

- nocľaháreň,
- nízkoprahové denné centrum,
- nízkoprahové denné centrum pre deti a rodinu,

- zariadenie pre seniorov,
- zariadenie opatrovateľskej služby,
- denný stacionár,
- môže zriaďovať, zakladať a kontrolovať aj iné zariadenia podľa tohto zákona (Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách).

Na poskytovanie starostlivosti Vyšší územný celok zriaďuje a súčasne kontroluje tieto zariadenia sociálnych služieb:

- útulok,
- domov na pol ceste,
- zariadenie núdzového bývania,
- zariadenie dočasnej starostlivosti o deti,
- zariadenie podporovaného bývania,
- rehabilitačné stredisko,
- domov sociálnych služieb,
- špecializované zariadenie,
- integračné centrum (Schavel, Oláh, 2009).

Rozličné potreby ľudí so zdravotným postihnutím v oblasti sociálneho poradenstva a sociálnych služieb by mali byť primárne pokrývané v rámci všeobecného rámca sociálnych služieb, s cieľom reagovať na špecifické potreby so zdravotným postihnutím. V niektorých prípadoch by mali byť poskytnuté špecifické služby. Služby by mali byť poskytované pre také množstvo aktivít a podporu individuálnej autonómie, ako je to len možné (Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím, 2003).

## 4 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA

„Každý jedinec sa nachádza v konkrétnom prostredí, ktoré je vytvorené súhrnom životných podmienok, okolností a vplyvov vzťahujúcich sa na určitú osobu alebo skupinu a bezprostredne alebo sprostredkované sa ho dotýka. Jedinec je s prostredím v neustálej interakcii. V sociálnej práci vnímame občana – klienta ako jedinca, ako individualitu človeka v neopakovateľnej jednote svojich schopností, rozumu, citu, vôle a neopakovateľných, spoločenských vzťahov a postavení a v neopakovateľných nevyspytateľných reakciách. Individualita je uceleným súhrnom vnútorných črt a zvláštností človeka ako sociálnej bytosti, charakterizovaná z hľadiska svojich vlastných sociálne významných znakov, ktorými sa odlišuje od iných ľudí, je to osobitosť jedinca v rozmanitosti jeho prejavov“ (Strieženec, 2001, s. 17). Každá spoločnosť si určuje ideál. Tlak na konformitu a vnímanie toho, čo je „bežné“, sa vzťahuje i na chápanie a prijímanie jednotlivých členov spoločnosti. Tí, ktorí nie sú ako ostatní, ktorí sa odlišujú, potom môžu byť čímsi cudzorodým. Každý však, bez ohľadu na svoju odlišnosť od ostatných, musí byť chápaný ako človek so svojimi špecifickými kvalitami. Schopnosť prijímať druhého aký je, tolerancia a rešpekt k jeho individualite, to je výraz kvality jedinca a celej spoločnosti. Iba vtedy, keď budeme všetci schopní prekročiť konvencie a stereotypy a človeka s postihnutím nebudeme vidieť len pod jedným zorným uhlom – či už uhlom odmietania, alebo súcitu, môžeme sa posunúť ďalej (Mišová, 2007). Podľa Jacoba (1954) sú znakom vyspelosti civilizácie opatrenia a starostlivosť o jej slabších členov. Všeobecne ide o vytváranie životného priestoru pre ľudí, ktorí z rôznych dôvodov nie sú schopní žiť samostatne, alebo so svojou rodinou – už nie sú schopní, ešte nie sú schopní, alebo vôbec nie sú schopní. Tento životný priestor musí vyhovovať zvláštnym potrebám ľudí s postihnutím a ako len možno podporovať ich schopnosti, svojbytnosť a zodpovednosť za seba samých. Dnes je zrejmé, že ide o náročnú komplexnú úlohu, vyžadujúcu vzdelanie a odbornú kvalifikáciu (Portner, 2009). „Handicapy (znevýhodnenia) patria v hierarchii javov súvisiacich s chorobou či zdravotným postihnutím človeka podľa Medzinárodnej klasifikácie porúch, disaptibility a handicapu (1980) „najvyššie“. Je v nich totiž obsiahnutá nielen problematika reálneho poklesu funkčnosti orgánov vyjadrená v pojmoch porucha a obmedzenie (disaptibilita/disabilita), ale aj ich dopad na každodenný život človeka a jeho sociálny status. Handicapy vyjadrujú diskrepancie medzi schopnosťami jednotlivca a jeho šancami v štandardne usporiadanom životnom a širšom sociálnom prostredí“ (Repková,

Požár, Šoltés, 2003, s. 30). Podľa Tokárovej a kol. (2003) pod pojmom handicap označujeme sociálne dôsledky vyplývajúce z chyby, postihnutia alebo oslabenia. Ide o znevýhodnenie určitého jedinca v dôsledku postihnutia, ktoré obmedzuje jeho možnosti spoločenského uplatnenia. Je závislé od veku, pohlavia, vzdelania, kvalifikácie a ďalších sociálnych a kultúrnych faktorov. Handicapujeme orientačne rozdeliť na:

- handicap v orientácii: poruchy v orientácii vo vzťahu k okoliu,
- handicap vo fyzickej nezávislosti: úplná alebo čiastočná závislosť na prístrojoch, pomôckach, pomoci druhej osoby,
- handicap v zamestnaní: znevýhodnenie vo výbere zamestnania, možnosť zamestnať sa len za mimoriadnych podmienok, teda špeciálne úpravy pracovného prostredia a pracovného režimu, skrátenie pracovnej doby a podobne,
- handicap v sociálnej integrácii: znevýhodnenie postihnutej osoby vo vytváraní a udržiavaní spoločenských vzťahov,
- handicap v ekonomickej sebestačnosti: handicap vo vzťahu k sociálno-ekonomickému zabezpečeniu nezávislosti života postihnutého jedinca, prípadne jeho rodiny (Tokárová a kol., 2003).

Zdravotné postihnutie je definované z viacerých aspektov. Matoušek (2003) charakterizuje zdravotné postihnutie človeka ako postihnutie, ktoré nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu jeho života, hlavne schopnosť nadväzovať a udržiavať vzťahy s ľuďmi a schopnosť pracovať. Hlavnými, bežne používanými kategóriami zdravotného postihnutia, sú: telesné, mentálne a duševné, sluchové, zrakové, poruchy reči a komunikácie, pohybového ústrojenstva. U jednotlivého človeka sa môžu vyskytovať v rôznych stupňoch a v rôznych kombináciách. Strieženec (1996) definuje zdravotné postihnutie ako ujmu spôsobenú telesnou alebo duševnou poruchou, alebo ich kombináciou. Slowík (2007) napokon charakterizuje jednotlivé pojmy človeka s postihnutím nasledovne:

- chyba, porucha, defekt – je narušenie (abnormalita) psychickej, anatomickej či fyziologickej štruktúry alebo funkcie,
- postihnutie (disabilita) – je obmedzenie alebo strata schopnosti vykonávať činnosť spôsobom, alebo v rozsahu, ktorý je pre človeka považovaný za normálny,



- znevýhodnenie (handicap) – prejavuje sa ako obmedzenie vyplývajúce pre jedinca z jeho chyby alebo postihnutia, ktoré sťažuje alebo znemožňuje, aby naplnil rolu, ktorá je pre neho (s prihliadnutím na jeho vek, pohlavie a sociálnym či kultúrnym činiteľom) normálna.

#### 4.1 Mentálne postihnutie

Mentálnym postihnutím trpí viac než milión ľudí v Európe, Severnej Amerike, Ázii a Austrálii. U týchto ľudí sa vyskytuje tiež ďalšie problematické alebo problémové chovanie, ako je agresia, sebazraňovanie, deštruktivita, hyperaktivita, nevhodné sociálne alebo sexuálne chovanie, bizarné spôsoby jednania a prehĺtania rôznych predmetov. Kombinácia mentálneho postihnutia a porúch chovania môže ničiť život tých, ktorí sú nimi postihnutí a ohrozovať zdravie, bezpečie a blaho tých, kto sa o nich stará. Tiež predstavuje významnú výzvu pre organizácie, ktoré ponúkajú a poskytujú výchovné, zdravotné a opatrovateľské služby. Terminológia používaná k identifikácii a popisu ľudí s ťažkým postihnutím prešla v priebehu minulého storočia mnohými zmenami. Dávame prednosť termínu „mentálne postihnutie“ pred britskými termínmi „poruchy učenia“ a „problémy učenia“ a severoamerickým termínom „mentálna retardácia“. Termín mentálne postihnutie by však mal byť chápaný ako synonymum britského termínu poruchy učenia a severoamerického mentálna retardácia (Emerson, 2008). Pavlovský, Malá (2002) definujú mentálnu retardáciu ako poškodenie intelektových funkcií s narušeným vývojom celej osobnosti. Ide o neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň vývoja vzhľadom k veku s vytvorením sociálnej závislosti. Včasná diagnostika zaisťuje včasnú rehabilitáciu. Podľa závažnosti mentálnej retardácie rozlišujeme ľahkú, stredne ťažkú, ťažkú a hlbokú poruchu:

- ľahká mentálna retardácia: IQ je v pásme 50-69. Ide o postihnutie intelektu, kde sú jedinci vzdelateľní prevažne len vo zvláštnych školách, ale môžu sa uplatniť i v niektorých jednoduchých zamestnaniach,
- stredne ťažká mentálna retardácia: IQ je v pásme 35-49. Je treba vzdelávanie v špeciálnych ústavoch. Výrazne je oneskorená motorika, ale hlavne reč. Nezriedka u nich bývajú rôzne degeneratívne znaky a často sa vyskytujúce epileptické záchvaty,

- ťažká mentálna retardácia: IQ je v rozmedzí 20-34. Jedinci majú určitú snahu po komunikácii, avšak s chudobou emočného a sociálneho uvedomenia. Neschopnosť sociálneho zapojenia vedie k nutnosti trvalej starostlivosti.
- hlboká mentálna retardácia: IQ je nižšie ako 20. Postihnutí neudržia čistotu, nepohybujú sa sami, nie sú schopní žiadnych úkonov, vydávajú neartikulované zvuky. Nutnosť trvalej ústavnej starostlivosti je nevyhnutná.

V pojme mentálna retardácia slovo retardácia znamená zdržiavanie, omeškanie, spomalenie, čo vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy, poškodenia a tiež zvýrazňuje skutočnosť, že mentálne postihnutie nie je ustálené, definitívne a ukončené. V súčasnosti vo vedeckých a odborných prácach prevláda pojem mentálna retardácia, i keď sa sporadicky synonymne a paralelne používajú aj iné pojmy, kde ide predovšetkým o pojem slabomyselnosť, ako najširší pojem pre kategóriu ľudí s poruchami intelektu. Čo sa týka charakteristík, kritérií pre ohraničenie mentálnej retardácie ako anomálneho vývinového stavu vo všetkých dimenziách na jednotlivých vývinových úrovniach, uvádzajú sa najčastejšie termíny: nízka úroveň inteligencie, neprimerané sociálne správanie, spoločenská nesamostatnosť, percepčno-motorické poruchy, biologicko-somatické poruchy, poruchy myslenia, reči a učenia (Vašek, Bajo, 1994). V súčasnosti sa najčastejšie mentálnou retardáciou nazýva komplexné obmedzenie mentálneho vývinu. Mentálnu retardáciu tiež chápeme ako statický, nemeniteľný stav. Vplyvom výchovy, prostredia a terapie sa zlepšuje celkový telesný stav a súčasne aj úroveň psychiky. IQ sa pri správnom prístupe a postupoch u mentálne retardovaných osôb vekom môže zvýšiť. Možnosti liečiteľnosti a hlavne kompenzácie chyby sa výraznejšie prejavujú u tých mentálne retardovaných, kde sú veľmi často popri mentálnom narušení pridružené aj iné postihnutia (Pikálek, 1994). V mnohých spoločnostiach a spoločenských skupinách môžu byť za mentálne postihnuté považované také osoby, ktoré sa v iných podmienkach od bežnej populácie výrazne neodlišujú. Všeobecne sa však v literatúre udáva nerovnomerné rozloženie vzhľadom ku stupňu postihnutia i vzhľadom k pohlaviu. Mentálna retardácia nie je taktiež rovnomerne zastúpená v jednotlivých vekových skupinách. Osoba s mentálnym postihnutím realizuje svoje schopnosti v situácii mnohonásobne ťažšej ako ľudia nepostihnutí. Na tomto sa podieľajú tiež zvláštnosti psychických procesov, predovšetkým v oblasti vnímania, pozornosti, pamäte i myslenia (Kvapilík, Černá, 1990). Mentálne handicapovaní ľudia si svoju situáciu uvedomujú a záleží im na ich spoločenskom statuse. Dokladom je hnutie sebaobhájcov, ktoré je výrazom spoločenského

sebavedomia týchto osôb a tiež pomocnou rukou pre tých, ktorí sa doposiaľ neodvažovali začať sa o svoje práva sami hlásiť a sami ich presadzovať. Cieľom sebaobhajoby je naučiť osoby s mentálnym postihnutím uvedomovať si svoju hodnotu a spoločenskú rolu, samostatne jednať na primeranej úrovni a stávať sa tak pre ostatných členov spoločnosti partnermi, nie iba bytosťami závislými na ich pomoci. Skúsenosti dokazujú, že toto hnutie nie je iba nerozumným experimentom, ale naopak veľmi rozumným a efektívnym prístupom k ľuďom s mentálnym postihnutím (Slowík, 2007).

## **4.2 Fyzické postihnutie**

Somatopédia – z gréckeho slova sóma = telo a paideia = výchova – je vedná disciplína špeciálnej pedagogiky, ktorá sa zaoberá výchovou a vzdelávaním jedincov s telesným a zdravotným postihnutím (Vítková in Pipeková, 2006). Do skupiny osôb s telesným postihnutím obecné zaraďujeme postihnutie, ktoré sa prejavuje trvalými, prípadne iba prechodnými problémami v motorike človeka. Jedná sa teda predovšetkým o poruchy nervového systému s poruchami hybnosti, poruchy pohybového a nosného aparátu. Také poruchy sa tiež môžu prejaviť negatívne na vývoji osobnosti, býva narušený psychomotorický vývoj. Medzi príčiny telesných postihnutí sú všeobecne zaradené faktory endogénne a exogénne (Jankovský, 2001). Vo filozofickom skúmaní telo zakoreňuje človeka v priestore, ako bytosť cíti, vníma, myslí a koná, spojuje človeka s inými ľuďmi, reflektuje okolitý svet i seba samého, transformuje myšlienky v úsiliach a činoch, zabezpečuje poznávanie sveta a vykonáva škálu pohybov. Pohyb priamo tvorivo či formatívne pôsobí na socializáciu človeka i na vývoj jeho osobnosti. Ovplyvňuje jeho samostatnosť, fyzické a psychické zdravie, schopnosť prežívať i spoluprežívať, jeho schopnosť združovať sa, spolupracovať, komunikovať a vyvíjať ciele aktivitu. Človek s telesným postihnutím žije v stálej, každodennej konfrontácii prebiehajúcej v troch základných rovinách:

- V konfrontácii medzi možnosťami danými obmedzenými, nerozvinutými, poškodenými či absentujúcimi funkciami vlastného tela a ambíciami jedinca primeranými jeho nadaniu, intelektu, vzdelaniu, veku a sociokultúrnemu statusu.
- V stálej reflexii seba samého v postojoch a chovaní druhých ľudí a v porovnávaní seba samého s inými jedincami obdobne postihnutými.

- V konfrontácii medzi tým, čoho by s ohľadom na panujúce hmotné a výkonové atribúty súčasnej spoločnosti mal dosiahnuť, a tým, čoho reálne dosiahnuť môže (Novosad, 2011).

Nesprávne používanie pojmov, čoho dôsledok tohto nazerania sa odráža aj v nesprávnom používaní slov handicap a postihnutie, ktoré časť laickej i odbornej verejnosti vníma ako synonymá, pričom preferenciu termínu handicap niektorí chápu ako dôkaz svojej „modernosti“ a hovorí napr. o pomoci handicapovaným alebo výchove handicapovaných. Tým vlastne sami spochybňujú zmysel tejto činnosti, pretože tá by mala byť prácou zameranou na to, aby sa riziko vzniku handicapu minimalizovalo (Novosad, 2011). Postihnutí jedinci boli stále súčasťou komunity, v ktorej žili, no vzťah majoritného obyvateľstva voči nim sa líšil v závislosti od doby, názorov na postihnutých, spoločenského zriadenia. Dnešná doba sa usiluje postihnutých jedincov v maximálnej možnej miere integrovať do spoločnosti a umožniť im žiť plnohodnotný život (Draganová a kol., 2006). Z hľadiska príčin (dedičné, vrodené, resp. vývojové a získané) i prejavov členíme telesne postihnutie na obrny, deformácie a amputácie, pričom u niektorých porúch či chýb môžu tieto kategórie prekrývať. Medzi najčastejšie uvádzané patria:

- Centrálne a periférne obrny: ide o poruchy hybnosti, ktoré majú pôvod v poškodení centrálného nervového systému. K tomu môže dôjsť v priebehu vývoja jedinca, v prenatálnom období, pri pôrode a krátko po ňom, alebo neskôr vplyvom choroby, patologických organických zmien a po úraze. Periférne obrny postihujú iba jednotlivé telesné, resp. orgánové periférie, napr. končatiny, svaly, tvár. Sú následkom hlbších poranení, zápalov, úrazov a otvorených zlomenín, iatrogénnych poškodení pri zdravotníckych úkonoch (Novosad, 2011). Medzi centrálnymi obrnami tvoria závažnú skupinu postihnutia mozgu. Jeho dôsledkom je raná detská mozgová obrna, rôzne druhy mozgových zápalov, krvácanie do mozgu vyvolávajúce mozgovú príhodu a v neposlednej rade mozgová embólia. Početne však narastajú úrazy mozgu, ktoré sa stávajú stále častejšou príčinou pohybových väd, pretože každým rokom postihujú väčší a väčší počet osôb (Opatřilová, 2003).
- Deformácia: Deformácie zahrňujú veľkú skupinu vrodených alebo získaných väd, ktoré sa vyznačujú nesprávnym tvarom niektorej časti tela (Monatová, 1994). K vrodeným patria malformácia, amélia či dysmélia končatín a ďalej sem zaradíme chýbanie dlhých kostí a vývojové anomálie kĺbov. Patrí sem:

- a) nanizmus (trpaslíctvo) ku ktorému dochádza pri nedostatku či prebytku rastového hormónu, ktorý zapríčiňuje proporcionálne či orgánové deformity ľudskej postavy,
  - b) k deformáciám tiež zaraďujeme progresívnu svalovú dystrofiu, u ktorej dochádza k rozpadu svalovej hmoty a jej premene vo väzivové a tukové tkanivo, k postupnej strate hybnosti,
  - c) masthenia gravis má pôvod v poruche nervosvalového prenosu. Je typická rýchlou svalovou únavou a neskorším svalovým ochabnutím,
  - d) aseptické kostné nekrózy, kde vplyvom narušenia výživy kostí a kĺbov dochádza najčastejšie v miestach kĺbových spojení k nekróze (odumieraníu) kostí,
  - e) artritídy, u ktorých ide o zápalové poškodenia pohybového aparátu a vedú k ťažkému poškodeniu kĺbov a obmedzeniu pohyblivosti,
  - f) artrózy, osteoartrózy patria k zápalovým degeneratívnym poškodeniam, kvôli odvápneniu kostí a poškodenia chrupaviek i väzov dochádza k narušeniu povrchu a zhrubení kĺbového tvaru, tvorbe kostných výrastkov a k následnej bolestivosti a obmedzeniu pohybu (Novosad, 2011).
- Amputácia: je umelé odobratie časti končatiny alebo orgánu od ostatného organizmu. Obvyklou príčinou amputácii sú úrazy, kedy k amputáciám dochádza v bezprostredne pri úraze, prípadne následne po ňom. Obvyklé sú napríklad dopravné nehody, úrazy spôsobené elektrickým prúdom, výbušninou a podobne. Ako ďalšie príčiny sa objavujú zhubné nádory na končatinách, cievne ochorenia alebo sepse (Vítková in Pipeková, 2006).

Filipiová (1998) delí telesné postihnutia do štyroch kategórií, a to osoby s ľahším telesným postihnutím, ktoré sa pohybujú pomocou palice či francúzskych bariel, osoby, ktoré sú schopné ujsť iba obmedzenú vzdialenosť, pohybujú sa pomocou protetických pomôcok, ťažko vstávajú a nie sú schopní prekonať priestorové bariéry, ďalej vozičkárov a poslednou kategóriou sú osoby, ktorých choroba je progresívna a postupne prechádza všetkými uvedenými kategóriami. Nepostihnutý človek si ťažko dokáže predstaviť, ako niektoré bežné aktivity a úkony uskutočňuje ten, kto je trvalo na vozíku, alebo má výrazné pohybové obmedzenia. Pre takto handicapované osoby je relatívne zložitejšie sa rýchlo pohybovať v priestore. Vždy sa dajú nájsť spôsoby, cesty, pomôcky k tomu, aby i bežný život človeka s ťažkým telesným postihnutím mohol dosiahnuť podobných kvalít ako

u všetkých ostatných ľudí, teda aby sa i so zdravotným handicapom dalo žiť plnohodnotne (Slowík, 2007).

### **4.3 Kombinované postihnutie**

Napriek tomu, že teoreticky popisujeme a klasifikujeme jednotlivé druhy postihnutia zvlášť, v praxi sa môžeme často stretnúť s kombináciou dvoch a viac rôznych postihnutí alebo porúch u jediného človeka. Ide o natoľko rôznorodú skupinu znevýhodnení, že prakticky nie je možné vytvoriť jednotný klasifikačný systém, a nie je dokonca ani ustálená terminológia používaná pri deskripcii prípadov takto handicapovaných osôb. Používajú sa pojmy kombinované postihnutie, postihnutia viacerými chybami, viacnásobné postihnutie a podobne (Ludíková, 2003). Kombinované zdravotné postihnutie definuje viacero odborníkov v odlišných komplexnejších názoroch. Bartoňová (2005) píše o jedincovi s postihnutím ako o osobe so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. Tieto potreby sa vzťahujú k osobe, ktorej má byť poskytnutá podpora a prostredie, ktoré túto podporu poskytuje. V rámci okruhu osôb so špeciálnymi vzdelávacími potrebami sa však jedná o veľmi rôznorodú skupinu ľudí s rozdielnymi problémami, potrebami a záujmami. Okrem telesne, zrakovo a sluchovo postihnutých patrí do tejto kategórie tiež mentálne postihnutie a ľudia vnútorne chorí alebo s civilizačnými chorobami. Bartoňová ďalej uvádza, že postihnutí v oblasti telesného, zmyslového alebo mentálneho rázu nemusia vždy jednoznačne viesť k obmedzeniu všetkých schopností a zručností. Ľudia s kombinovaným postihnutím sú bezpochyby chápaní ako súčasť populácie. Ich výskyt má zvyšujúcu sa tendenciu. Pre túto skupinu je typická heterogénnosť a variabilita príznakov a prejavov chorôb a z nich vyplývajúca potreba špeciálnych výchovných a vzdelávacích prostriedkov (Renotierová, Ludíková, 2004). Mentálne postihnutie sa môže vyskytnúť tiež v kombinácii so zmyslovými poruchami. Vo vyššom množstve sa vyskytuje napríklad kombinácia mentálneho postihnutia a zmyslových porúch u jedincov s Downovým syndrómom. V takých prípadoch sú sťažené i možnosti kompenzácie zmyslového deficitu, pretože takto mentálne handicapovaný človek má znížené rozumové schopnosti a obmedzené schopnosti učiť sa, teda i osvojiť si zložitejšie komunikačné systémy (napríklad Brailleovo písmo alebo znakový jazyk). Úspech pri využití alternatívnych foriem dorozumievania tu najviac závisí na stupni mentálneho handicapu i zmyslového postihnutia (Slowík, 2007). Podľa Ludíkovej (2005) je viacnásobné postihnutie charakterizované ako: multifaktoriálne, multikazuálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným

prekrývaním vzniká tzv. synergický efekt – nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení. Tento fenomén výrazne podmieňuje individuálne funkcionovanie kompenzačných mechanizmov jedinca. V Akčnom pláne Rady Európy pre ľudí so zdravotným postihnutím (2006) sa uvádza, že jednou z najzraniteľnejších skupín ľudí so zdravotným postihnutím je skupina osôb so zdravotným postihnutím, ktoré v dôsledku závažnosti a zložitej povahy ich zdravotného poškodenia vyžadujú vysoký stupeň pomoci. Kvalita ich života silne závisí od dostupnosti primeraných a kvalitných služieb, ktoré zodpovedajú potrebám týchto ľudí a ich rodín, aby sa v maximálne možnej miere umožnila ich účasť v spoločnosti, namiesto obdoby služieb poskytovaných všeobecne ľuďom so zdravotným postihnutím. Táto skupina má tendenciu byť najpravdepodobnejšie skupinou žijúcou v inštitucionálnom prostredí alebo v niektorých prípadoch žijúcou so svojou rodinou, môže sa však dostať do izolácie v dôsledku malého alebo žiadneho kontaktu s poskytovaním služieb a s ostatnými členmi spoločnosti. Z týchto dôvodov ľudia z tejto skupiny vyžadujú intenzívne a stále kvalitné služby zamerané na ich špecifické potreby. Medzi jedinečne sa vyskytujúce kombinované postihnutie môžeme uviesť hluchoslepotu. Ide o pozoruhodnú kombináciu zrakovej a sluchovej vady. Hlucho-slepí ľudia nebývajú úplne nevidiaci a súčasne nepočujúci, vyskytuje sa u nich kombinácia zrakového a sluchového postihnutia rôznych stupňov. Z toho dôvodu majú úplne výnimočné problémy a potrebujú zvláštny prístup ako v interpersonálnej komunikácii, tak napríklad i vo vzdelávaní. Niekedy zostáva jediným funkčným kompenzačným zmyslom vhodným pre komunikáciu hmat. Stretávame sa preto so zvláštnymi dorozumievacími systémami, ako je napríklad Lormova abeceda (dlaňová abeceda vhodná pre prakticky či úplne hlucho-slepých, kde dotyky do dlane hlucho-slepej osoby zodpovedajú konkrétnym písmenám), ďalej daktylotika do dlane (upravenú prstovú abecedu neznačí osoba do priestoru, ale umiestňuje do dlane hlucho-slepého), alebo TADOMA (metóda používaná osobami s vrodenou hluchoslepotou – hlucho-slepý má svoju ruku položenú na tvári hovorca tak, aby malíčkom vnímal vibrácie hrdla, palcom pohyby pier a ostatnými prstami tvár) (Slowík, 2007). V súčasnom svete treba uvažovať o človeku s postihnutím a obmedzeniami, ako využiť jeho schopnosti a potenciál pre jeho sociálnu integráciu, teda jeho začlenenia do spoločnosti.

## 5 ZARIADENIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB - PRIESKUM

V dnešnej spoločnosti si majú byť ľudia rovni pred zákonom. Taktiež majú mať rovnakú nádej na získanie výhodných spoločenských pozícií, hoci by išlo o nádej teoretickú. Ľudia sa však nerodia obdarení rovnakými vlohami, pre uplatnenie na trhu práce, ani pre faktický prístup ku spoločensky výhodnému postaveniu. Nerovnosť vo vrodenej výbave ľudí plodí otázku: kde má byť vedená hranica medzi ľuďmi normálne nadanými, schopnými spoločenského uplatnenia a ľuďmi handicapovanými, ktorí majú byť chránení, prípadne zvýhodňovaní. Kto má byť nositeľom starostlivosti o handicapovaných (Matoušek, 1995). Občania s ťažkým zdravotným postihnutím sú neoddeliteľnou súčasťou každej spoločnosti. Ťažkosti sa začínajú už pri narodení postihnutého dieťaťa. Prvým najdôležitejším sociálnym a aj spoločenským prostredím, v ktorom prichádza jedinec do styku je jeho rodina. Rodina je vlastne prvou malou sociálnou skupinou s výrazným výchovným poslaním, ktoré je v prípade zdravotne postihnutého značne sťažené. Funkciu rodiny ovplyvňujú mnohé podmienky – vnútorné a vonkajšie. Vonkajšie podmienky rodiny – finančné a hmotné je možné skvalitňovať rôznymi opatreniami zo strany spoločnosti. Vnútnú funkciu rodiny v značnej miere ovplyvňujú vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny. Nejde len o základný vzťah matka – zdravotne postihnutý, alebo otec – zdravotne postihnutý, ale aj o vzťah ostatných členov rodiny k sebe navzájom (Kvapilík, Černá, 1990). Je pochopiteľne prirodzené, že sa rodičia zaujímajú o budúcnosť svojho postihnutého dieťaťa. Predpovedať, aké bude v dospelosti je v tomto prípade veľmi zložitú. Svoju úlohu tu zohráva veľa faktorov a to: povaha dieťaťa, výchova, inteligencia a konkrétne okolnosti, s ktorými sa stretáva (Selikowitz, 2005). S pribúdajúcimi rokmi je každodenná starostlivosť o zdravotne postihnutého jedinca veľmi náročná a vyčerpávajúca. Veľmi často sa stretávame s prípadmi, kedy rodičia už nevládzu zabezpečiť starostlivosť po psychickej i fyzickej stránke. Napriek obavám z reakcie najbližšej rodiny a okolia sú nútení uvažovať o zásadnom kroku v ich živote a to vzdať sa svojho člena rodiny, umiestniť ho v zariadení sociálnych služieb a prijať poskytované sociálne služby. Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na: prevenciu vzniku nepriaznivej situácie, na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej



osoby a rodiny, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny. Sociálne služby sa nezameriavajú len na jednotlivca, ale aj na jeho rodinu a aj na komunitu. Domov sociálnych služieb sa ujíma svojej úlohy vtedy, ak zlyhala starostlivosť o zdravotne postihnutého jedinca zo strany jeho vlastnej rodiny, vzdialeného príbuzenstva a to z rozličných objektívnych a subjektívnych príčin. Jedným z typov zariadenia pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, je domov sociálnych služieb. Podľa § 38 odsek 2 Zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov sa v domove sociálnych služieb poskytuje: pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, vreckové a vecné dary. Následne zabezpečuje aj: pracovnú terapiu, záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí. Zariadenia sociálnych služieb sa podieľajú významnou mierou na starostlivosti o mentálne retardovaných jedincov. Napriek tomu, že majú dlhoročnú tradíciu a dosiahli sa vynikajúce výsledky v ich činnosti, súčasné pokroky v špeciálnej a liečebnej pedagogike a v ďalších zainteresovaných disciplínach, predovšetkým v psychológii a medicíne nás zaväzujú k tomu, aby sme sa neuspokojili s dosiahnutým stavom a snažili sa výsledky súvzťažného základného, ale hlavne aplikovaného výskumu spomínaných vedných disciplín využívať v praxi (Pikálek, 1994). Pobyt v zariadení, zvlášť dlhodobý, je vždy vážnym zásahom do klientovho osudu, niekedy trvalo ovplyvňujúcim jeho ďalší život. Jednotlivé životné etapy majú svoje špecifiká, ktorým by mali byť režimy v zariadeniach prispôsobené. Starostlivosť v zariadeniach má nezanedbateľné riziká pre klientov. Tieto riziká sa tiež líšia podľa toho, v ktorom veku a v akej životnej situácii sa klient do zariadenia sociálnych služieb dostal (Matušek, 1995). Rozličné opatrenia celostného procesu rehabilitácie by mali smerovať k podpore autonómie ľudí so zdravotným postihnutím ako individuí, k zabezpečeniu ich ekonomickej nezávislosti a plnej integrácie do spoločnosti. Preto by mali byť do rehabilitačného procesu zakomponované a v rámci neho rozvíjané individuálne a skupinové opatrenia s cieľom zabezpečiť, aby ľudia so zdravotným postihnutím zostali, alebo sa stali nezávislými jedincami, do miery ako je to možné a žiť bežným plnohodnotným sociálnym životom, ktorý obsahuje právo byť iným. Komplexná rehabilitácia znamená rozmanitosť základných a doplnkových opatrení, ustanovení, možností a služieb, ktoré môžu garantovať telesnú i psychickú nezávislosť. Úpravy v rámci územného plánovania, prístupné budovy a bývanie, športové zariadenia,

voľnočasové aktivity, doprava, komunikácia, kultúrne aktivity, sú všetko faktory, ktoré môžu prispieť k cieľom rehabilitácie (Korehntná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím, 2003). Liečebná rehabilitácia sa podľa Jesenského (1995) zameriava na odstránenie postihnutia, na odstránenie funkčných porúch a ďalej na elimináciu následkov zdravotného postihnutia. Liečebnú rehabilitáciu ďalej člení na rehabilitáciu vertikálnu, ktorá smeruje k obnoveniu pôvodného stavu organizmu, a rehabilitáciu horizontálnu, ktorá je dlhodobá a vzťahuje sa k poškodeniu závažného a chronického charakteru. Rehabilitácia sa netýka iba nápravy poškodených pohybových funkcií, ale okrem telesnej oblasti ide o celkové obnovenie schopnosti jedinca v oblasti fyzickej, psychickej i sociálnej. Existujú programy pracovnej rehabilitácie, pedagogickej, alebo sociálnej rehabilitácie. Akúkoľvek liečbu alebo liečebný postup môžeme označiť ako terapiu, ktorá je z pohľadu špeciálnej pedagogiky to, čo má vo vzťahu k osobám s postihnutím ako pedagogické (edukačné), tak i liečebné (nápravné) účinky. Medzi špeciálne terapie zaradujeme:

- arteterapia – metóda využívajúca terapeutické možnosti výtvarných činností (má psychoterapeutický efekt, rozvíja komunikačné schopnosti a možnosť sebvýjadrenia klienta),
- muzikoterapia – terapeutická metóda založená na efektoch hudobnej percepcie a aktívnej práce s hudbou,
- ergoterapia – terapeutické využitie pracovných činností,
- dramaterapia – metóda založená na liečebnom efekte dramatických postupov,
- zooterapia – špeciálna terapia využívajúca kontakt klienta a zvieratá (napríklad koňa alebo psa),
- herná terapia – využitie hry ako terapeutického prostriedku (Jesenský, 1995).

V zariadeniach sociálnych služieb je prvoradou úlohou sociálneho pracovníka, ale aj celého tímu zariadenia stimulovať klientov k väčšej aktivite, ktorá ich má ochrániť pred upadnutím do apatie a depresie, v ktorých sa klienti častokrát v zariadeniach nachádzajú. Rheinwaldová (1999) uvádza, že pri práci s klientom, ktorý sa nachádza v akomkoľvek duševnom stave, je dôležité, aby sa mu sociálny pracovník venoval natoľko, aby sa cítil spokojný a kľudný a aby bola zachovaná jeho ľudská dôstojnosť a hodnota ľudského života.

## **5.1 Súčasný stav skúmanej problematiky - hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti**

Úlohou štandardov je popísať, ako má vyzerat' kvalitná poskytovaná sociálna služba. Štandardy sú vlastne súborom merateľných a overiteľných kritérií, prostredníctvom ktorých posudzujeme kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Poskytované kvalitné služby by mali byť v súlade so štandardami kvality poskytovaných sociálnych služieb:

- snažia sa podporovať pracovnú integráciu a inklúziu prijímateľov sociálnych služieb,
- prijímajú skutočnosť, že všetci sú si rovní, rodia sa slobodní v dôstojnosti a v právach a bez ohľadu na ich sociálny problém, v ktorom sa práve nachádzajú k nim prístupujú s úctou a s rešpektom,
- napomáhajú znižovať sociálnu odkázanosť prijímateľov, ich sociálny rozvoj a tým aj ich postupné osamostatňovanie,
- v spolupráci s prijímateľmi sociálnych služieb ponúkajú a realizujú primeranú individuálnu, skupinovú a komunitnú sociálnu službu.

Základnou funkciou štandardov kvality je brániť nedôstojným podmienkam poskytovania sociálnych služieb, podporovať a znovu nachádzať dôstojnosť prijímateľa, tak ako zo strany jeho samého, tak i zo strany poskytovateľa sociálnych služieb a prostredia, v ktorom žije ( Hrablayová, et al., 2005). Úlohou štandardov poskytovaných sociálnych služieb je poukázať na to, ako majú vyzerat' kvalitné sociálne služby. Najdôležitejšou prioritou poskytovanej kvalitnej sociálnej služby je pomôcť docieľiť podporu u jednotlivých užívateľov sociálnych služieb v naplňovaní ich cieľov, ktorí chcú pomocou týchto služieb dosiahnuť optimálne riešenie vo vlastnej nepriaznivej sociálnej situácii. Úroveň kritérií štandardov musí byť stanovená tak, aby tieto štandardy boli využiteľné pre ktorúkoľvek poskytovanú sociálnu službu bez ohľadu na právnu formu zariadenia a tým zároveň aj na jej charakter a veľkosť. Požadovaná kvalita poskytovaných sociálnych služieb k spokojnosti klientov je vo veľkej miere ovplyvňovaná individuálnym a zodpovedným prístupom všetkých zamestnancov zariadenia.

## **5.2 Cieľ prieskumu**

Cieľom diplomovej práce je popísať, analyzovať a interpretovať prácu sociálneho pracovníka s mentálne, prípadne fyzicky handicapovaným klientom v zariadeniach sociálnych služieb.

Čiastkové ciele:

- a) zmapovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb vo vybraných zariadeniach podľa platného zákona o sociálnych službách a štandardov kvality poskytovaných služieb,
- b) zistiť kvalitu poskytovaných voľno-časových aktivít v rámci dodržiavania režimu dňa v zariadeniach sociálnych služieb,
- c) porovnať personálne podmienky vo vybraných zariadeniach so zameraním na štruktúru a počet sociálnych pracovníkov,
- d) analyzovať dokumentáciu vedenú pri každom klientovi v zariadení sociálnych služieb.

## **5.3 Prieskumná vzorka**

Prieskumnou populáciou pri analýze práce sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb, poskytovania sociálnych služieb a voľno-časových aktivít tvorili na tomto úseku zámerné vybraní 3 sociálni pracovníci vo veku od 28 – do 48 rokov s vysokoškolským vzdelaním z každého zariadenia, 2 ergoterapeuti so špecializáciou a 1 odborne spôsobilý ošetrovateľský personál. Druhú prieskumnú vzorku tvorili 3 zámerné vybrané zariadenia sociálnych služieb a 6 zámerné vybraných obyvateľov – mužov i žien. Vzorka obyvateľov bola rozdelená na 2 mobilných, 2 čiastočne imobilných, 2 imobilných klientov vo vekovom rozpätí od 23 - 57 rokov.

## **5.4 Metódy prieskumu**

Na analýzu a prieskum danej problematiky bolo vhodné použiť kvalitatívnu metódu pre lepšie porozumenie, zovšeobecnenie daného javu a zachytenie jedinečnosti klientov a sociálnych pracovníkov (osôb, komunity, situácií).

- pozorovanie: správania a činnosti sociálnych pracovníkov v bežnom pracovnom procese pri práci s klientmi,

- rozhovor: zrealizovaný so sociálnymi pracovníkmi, ergoterapeutmi a ošetrovateľským personálom. Boli použité zámerne vytvorené priame otázky na každého jednotlivého vybraného klienta na identifikáciu vzťahu sociálny pracovník – klient,
- obsahová analýza dokumentov: osobné spisy klientov na získanie základných informácií o rodinnej a zdravotnej anamnéze, predchádzajúcom bydlisku, veku, dĺžke pobytu v zariadení klienta a o opise vonkajších i vnútorných priestorov, charakteristiky a fungovania samotných zariadení sociálnych služieb, v ktorých sa prieskum realizoval,
- literárna metóda: na vytvorenie teoretických východísk a na získanie prehľadu o riešenej problematike prostredníctvom zákona, historických dokumentov a dostupných interných záznamov zariadenia,
- kvalitatívna analýza: zameraná na podrobnosť a presnosť spracovania dát. Získané informácie sme podali v slovnej podobe.

## **5.5 Prostredie prieskumu**

Tri zámerne vybrané zariadenia sociálnych služieb v topoľčianskom okrese, s kapacitou od 41 do 170 klientov, s celoročným pobytom. Zriaďovateľom uvedených zariadení je Nitriansky samosprávny kraj.

## **5.6 Etické aspekty prieskumu**

Po písomnom požiadaní a súhlase riaditeľov na zrealizovanie prieskumu sme následne oboznámili s naším zámerom sociálnych pracovníkov, ergoterapeutov i ostatných zamestnancov zariadenia. V ich spolupráci sme pozorovali klientov pri využívaní voľnočasových aktivít za aktívnej účasti sociálneho pracovníka. Po absolvovaní vysokoškolskej praxe a z nadobudnutých skúseností sme sa riadili etickými zásadami a pravidlami profesie sociálneho pracovníka. Pri priamom styku s klientmi i sociálnym pracovníkom sme dodržiavali ich intimitu, nezasahovali sme do ich rozhodovania a za plného zachovania ľudskej dôstojnosti klientov.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV

Aktuálny stav problematiky, ktorý sa týka poskytovania kvalitných sociálnych služieb a možnosť využitia voľného času klientov v zariadeniach sociálnych služieb zostáva výrazne za potrebami praxe. U klientov, ktorí sú umiestnení v zariadeniach sociálnych služieb sa príchodom do zariadenia zmenili ich sociálne role, vzťahy s príbuznými, kontakt s okolím. Celkovo sa zmenil spôsob života, musia sa prispôbovať domácemu poriadku v zariadení. Veľmi ťažko znášajú bezmocnosť o rozhodovaní o ekonomických záležitostiach, pretože väčšina je obmedzená, alebo úplne zbavená spôsobilosti na právne úkony. Cieľom odborných pracovníkov novoprijatým klientom je čo najskôr a v čo najväčšej miere pomôcť adaptovať sa na nové zmenené prostredie a získať samostatnosť k uspokojovaniu potrieb s prihliadnutím na individualitu a zdravotný stav klientov. V rámci realizovaného prieskumu sme navštívili tri vybrané zariadenia sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v topoľčianskom okrese, ktorých zriaďovateľov je Nitriansky samosprávny kraj. Základnú vzorku tvorilo 6 klientov s kombináciou postihnutia, z toho boli 4 muži a 2 ženy vo vekovom rozpätí od 23 do 55 rokov.

### A) Zariadenie sociálnych služieb

Zariadenie sociálnych služieb sídli v rozľahlom barokovom kaštieli postavenom v roku 1650 a je Národnou kultúrnou pamiatkou I. stupňa. V roku 1946 bol objekt skonfiškovaný a od roku 1950 slúži na sociálne účely – bol to prvý domov dôchodcov v okrese Topoľčany. V roku 1986 sa zariadenie reprofilizovalo na ústav sociálnej starostlivosti pre mužov s mentálnym postihnutím, neskôr sa premenoval na domov sociálnych služieb. Od roku 2002 patrí domov sociálnych služieb pod zriaďovateľskú pôsobnosť Nitrianskeho samosprávneho kraja so sídlom v Nitre, v tom čase s kapacitou 175 klientov s kombinovaným postihnutím. V roku 2010 sa zariadenie koedukovalo a začali sa poskytovať sociálne služby aj dospelým ženám s kombinovaným postihnutím. Kapacita zariadenia je 115 klientov. Okolo celého kaštieľa sa rozprestiera park so vzácnymi drevinami v rozlohe 3,5 hektárov. Zariadenie tvorí štvorkrídlová dvojpodlažná budova s ústredným nádvorím a fontánou. Vstupná brána do nádvoría sa nachádza vo východnom krídle kaštieľa. Jednotlivé fasády sú členené rezalitmi, baštami a vežou. Miestnosti majú krížové, hrebienkové, valené a korýtkové klenby. Druhé poschodie má vysoké rovné

stropy. V juhozápadnej časti na poschodí sa nachádza jedáleň a slávnostná sieň, kde sa doteraz zachovali trámové stropy s neorenesančnými rezbami. Súčasťou kaštieľa je aj kaplnka, ktorú využívajú klienti i ostatní občania obce (Klčo, Illášová, 1994). Zariadenie poskytuje bezbariérový prístup formou schodolezu, ktorý využívajú najmä pri premiestňovaní klientov na invalidných vozíkov počas uskutočňovania rôznych kultúrnych akcií.

Po písomnom oslovení a súhlase sociálneho pracovníka zariadenia sme prvú prieskumnú vzorku realizovali v zariadení sociálnych služieb č.1, kde sú umiestnení klienti, muži a ženy vo veku 22 až 80 rokov, s vysokou heterogenitou lekárskejších diagnóz. V zariadení sociálnych služieb sú podľa fyzického postihnutia zaradení mobilní, čiastočne imobilní a imobilní klienti. Podľa dostupných informácií u všetkých klientov u väčšiny prevláda kombinácia postihnutí. Vzhľadom k vyššiemu veku klientov sa často vyskytujú somatické a zmyslové postihnutia, ktoré si vyžadujú kompenzačné pomôcky (invalidné vozíky, francúzske barle, chodítka, naslúchacie prístroje, okuliare, pomôcky technického vybavenia pre presun klientov – sedacie vaky). Táto skutočnosť kladie na pracovníkov vysoké nároky či už pri zabezpečovaní a poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, tak i pracovníkov pracovno-sociálnej rehabilitácie. Úsek pracovno-sociálnej rehabilitácie je zložený z dvoch sociálnych pracovníkov a štyroch ergoterapeutov, ktorí pracujú podľa samostatne vypracovaných osnov zariadenia a dodržiavajú realizáciu harmonogramu. Pri každom novoprijatom klientovi sa vypracováva individuálny rozvojový plán, do ktorého sa zaznamenáva každodenná činnosť, aktivity a správanie jednotlivého klienta. Snažia sa vytvárať klientom priateľské a bezpečné prostredie, ktoré v nemalej miere prispieva k tomu, aby bolo zachované jeho čo najväčšie súkromie a aby sa v zariadení cítil čo najlepšie. Veľký dôraz kladú na individuálny prístup ku každému človeku tak, aby žil v medziach svojich možností čo najaktívnejšie. Pretože každý človek má svoju cenu, bez ohľadu na fyzickú odlišnosť a duševný stav. Niektorí klienti príchodom do zariadenia zrušili svoju doterajšiu pracovnú a spoločenskú aktivitu a odovzdávajú sa ničnerobeniu – pasivite a strate záujmov o všetko. Z tohto dôvodu majú stanovený vhodný režim dňa, ktorý sa snažia pracovníci úseku pracovno-sociálnej rehabilitácie v spolupráci s klientmi dodržiavať. Je rozdelený na dopoludňajšiu a odopoludňajšiu časť dňa.

Dopoludnie:

- dozor pri vynášaní raňajšej stravy, pomoc pri rozdávaní stravy a kŕmení klientov,
- porada o činnosti úseku sociálno-pracovnej rehabilitácie,
- príprava na varenie kávy v tvorivých dielňach pre klientov, nosenie čistého prádla na oddelenia, nosenie rôznych tovarov, individuálne rozhovory s klientom,
- kondičná ergoterapia – v letnom období – všetky skupiny, mobilní klienti pracovná terapia, imobilní klienti v altánkoch – individuálny prístup,
- v zimnom období mobilní klienti pracovná terapia (čítareň, tvorivá dielňa, maľovanie, modelovanie, čítanie rozprávok, sledovanie televízie)

Obed: dozor pri vynášaní a rozdávaní obedňajšej stravy, pomoc pri kŕmení klientov

Popoludnie:

- príprava na popoludňajšiu činnosť v dennej miestnosti terapeutov,
- práca v záujmových skupinách – dielne, spoločné vychádzky, športové aktivity, spoločenské, hudobné a dramatické popoludnie, rozhovory v skupinách,
- príprava na rannú činnosť (príprava materiálu a pomôcok na rannú aktivitu, vyhodnotenie individuálneho rozvojového plánu klienta)

Večierka: samotná večera, príprava klientov k večernej hygiene

Ich spoločným cieľom je poskytovať a využívať maximálne množstvo a rôznorodosť aktivít a činností, ktoré umožnia klientom prežiť v zariadení aktívny život až do vysokého veku. Klientov aktivizujú pracovnou a spoločenskou činnosťou, pričom zohľadňujú jedinečnosť osobnosti každého z nich z hľadiska ich individuálnych potrieb a stupňa mentálnych schopností. Voľno -časový priestor na rozvoj klientov je rozdelený na:

- odpočinok
- zábavu
- sebazdelávanie



V spolupráci s uvedenými sociálnymi pracovníkmi sme dospeli k tomu, že činnosti, ktoré klienti vykonávajú vo svojom voľnom čase sú rozdelené do štyroch oblastí:

1. športovo – rekreačné aktivity (relaxačné a poznávacie vychádzky, organizujú Malú letnú olympiádu pre klientov v rámci celého Nitrianskeho kraja, jednodňové poznávacie výlety, týždňové rekreačné pobyty v hotelových zariadeniach, spoločné aktivity s klientmi okolitých zariadení v zimnom období sánkovanie, šmýkanie na ľade na vodnej nádrži v blízkom okolí, futbal, aktívne cviky v telocvični, organizovanie stolno-tenisového turnaja),

2. aktivity kultúrno – umeleckého typu (diskotéky, maškarné plesy, mikulášske posedenia s návštevou príbuzných, umelecká prehliadka organizovaná pod záštitou Nitrianskeho samosprávneho kraja „Oskar“ – kde sa klienti prezentujú s nacvičeným divadelným predstavením,

3. fyzické aktivity – práca v skleníku – zamerané na pestovanie zeleniny, ktorá obohacuje jedálny lístok, remeselnícke a poľnohospodárske práce ako je kosenie, hrabanie trávy, sadenie a polievanie kvetov a stromčekov, zber suchých konárov, zapájajú sa do pomocných prác v práčovni nosením čistého prádla na jednotlivé oddelenia, v kuchyni s napomáhaním vynášania stravy a v letných mesiacoch zberom liečivých rastlín v blízkom okolí),

4. sociálne aktivity – (premietanie videofilmov, sledovanie televízie, počúvanie rozhlasu, čítanie kníh, časopisov, návšteva kina, príprava masiek na karneval, návšteva knižnice, ktorá je spojená s kvízovou súťažou, posedenia s dôchodcami z obce, súťaže v spoločenských hrách v šachoch a kartách, rôzne posedenia pri príležitosti životných jubileí).

Popri spomenutých voľno-časových aktivitách pracovníci zariadenia venujú veľkú pozornosť pohybovej rehabilitácii klientov. V rámci pohybovej formy rehabilitácie najmä u imobilných klientov sú zaradené rôzne druhy pasívnych a aktívnych cvikov. Pri pasívnych cvikoch, napríklad proti stuhlosti klientov, dekubitom u paretických (čiastočne ochrnutých) klientov sa využívajú rôzne druhy polohovania, akými sú antalgické (protiboolestivé), preventívne (proti dekubitom) a korekčné, čiže zámerné (vysadzovanie do kresla). Pri aktívnej forme, pri ktorej sme boli aj účastní, pracovníci zariadenia v rámci uspokojovania biologických a psychosomatických potrieb klientov používajú aktivity

formou vychádzok, cvičenia so slovným alebo hudobným doprovodom, na chodbách sa využívajú chodítka. Ďalšou formou využitia voľného času klientov v zariadení je i realizovanie najstaršej liečebnej metódy – ergoterapie. Počas nepriaznivého počasia a dlhých zimných dní sociálni pracovníci v spolupráci s ergoterapeutmi využívajú čítareň, kde klientom kráti voľný čas predčítaním kníh a časopisov. Liečba slovom – psychoterapia je najpoužívanejšou metódou. Sociálni pracovníci túto metódu využívajú najmä pri individuálnych pohovoroch pri adaptácii na nové prostredie novoprijatých klientov do zariadenia sociálnych služieb. Oni i všetci ostatní pracovníci sú si vedomí toho, že svojím profesionálnym prístupom a milým slovom sa dá dosiahnuť viac, ako drahým liekom.

Zariadenie č. 1 v rámci svojej pôsobnosti postupuje podľa platného zákona o sociálnych službách. Taktiež sa aktívne podieľa na realizovaní rôznych projektov v oblasti vzdelávania zamestnancov a zvyšovania ich kvalifikácie napríklad dopĺňaním si úrovne vzdelania na vysokých školách. Veľkú pozornosť venuje estetizácii prostredia, ktoré má každodenný vplyv na život klientov aj zamestnancov zariadenia sociálnych služieb. Zariadenie sociálnych služieb je súčinné pri vykonávaní praxe študentov stredných aj vysokých škôl. Neopomenuteľnou súčasťou tohto zariadenia sociálnych služieb je aj veľmi dobrá a dlhodobá spolupráca s Univerzitou Konštantína Filozofa v Nitre, v odbore sociálna práca, kde si budúci sociálni pracovníci v rámci praxe vykonávanej v tomto zariadení prakticky utvrdzujú svoje nadobudnuté teroretické poznatky zo štúdia.

#### **a) kazuistika č. 1**

Prvé pozorovanie sme realizovali s 57 ročným klientom umiestneným v zariadení sociálnych služieb č.1 s diagnózou oligofrénia v pásme imbecility. Klient sa narodil doma a psychomotorický vývoj v rannom detstve bol značne oneskorený. V dvanástom mesiaci bol vyšetrený v nemocnici, kde lekári zistili, že ide o rannú detskú mozgovú obrnu. Rozprávať začal okolo tretieho roka života. Po dvanástom mesiaci matka spozorovala, že mu ochrnievajú dolné končatiny. Keď bol menší, čiastočne dokázal chodiť s oporou, neskôr nedokázal chodiť vôbec. Pre nezvládnutie starostlivosti rodičov bol umiestnený v detskom domove a v roku 1975 bol premiestnený do domova sociálnych služieb pre dospelých. V dôsledku svojho kombinovaného postihnutia je klient imobilný – pripútaný na invalidný vozík. Klient potrebuje každodennú pomoc obslužného personálu pri kŕmení i pri celkovej hygiene. Nie je schopný sám vykonávať svoje primárne potreby, je nutné ho

plienkovať. Kontakt s klientom bol relatívne dobrý. V rámci svojich možností rozumie výzvam zo strany personálu, jeho rečový prejav je chudobnejší. Napriek všetkému sa snaží spolupracovať. Je umiestnený na oddelení pre imobilných klientov, kde je veľmi citovo naviazaný na svojho spolubývajúceho kamaráta, ktorý je tiež pripútaný k vozíku. Jeden bez druhého si nevedia predstaviť svoj život v zariadení. Neustále musia byť pri sebe, častokrát to pôsobí až komicky, keď sa svojším spôsobom snažia medzi sebou dohovoriť. Je veľmi emočný klient, veľmi prežíva všetky sviatky, najmä vianočné, vie to veľmi citlivo prežívať. Vždy sa teší na návštevu matky, ktorá ho v zariadení navštevuje sporadicky. Svoje postihnutie zvláda relatívne dobre, nie sú potrebné dlhodobejšie preliečenia v psychiatrických zariadeniach, realizujú sa iba pravidelné ambulantné prehliadky psychiatra v okresnom meste. Klient sa aktívne zapája do voľno-časových aktivít organizovaných v rámci jeho schopností. Dožaduje sa pozornosti sociálneho pracovníka, na ktorého je veľmi naviazaný. Pri nespokojnosti, alebo pri zlej nálade, vydáva nekontrolovateľné zvuky, až výkriky. Je však ovládateľný, uposlúchne pokyny pracovníka. Má rád hranie sa s plyšovými hračkami, nerád ich požičiava. Teší sa na spoločné vychádzky, ktoré sa realizujú každý deň, dá sa povedať za každého počasia. Má rád, keď sa mu vonku niekto neznámy prihovorí. V letnom období sedáva v parku zariadenia, pozoruje okoloidúcich, všetko sa snaží okomentovať svojou rečou. V zimnom období sleduje televíziu v spoločenskej miestnosti, má rád rozprávky, snaží sa napodobňovať zvuky zvieratiek. Z nášho pozorovania je vidieť, že klient je nekonfliktný, je uzmierený so svojím pobytom v zariadení, s častí si je vedomý toho, že zbytok života prežije medzi rovnako postihnutými klientmi. Spontánne vyjadruje svoje požiadavky, pozná pracovníkov. Vyžaduje individuálny prístup a nepretržitú starostlivosť.

## **b) kazuistika č. 2**

V zariadení sociálnych služieb je 26 rokov umiestnený 53 ročný muž s diagnózou idiocia, s ťažkým perinatálnym poškodením mozgu aj pohybového aparátu. Klient je bez zistenej záťaže v rodine. Od narodenia je duševne zaostalý, s kombinovaným postihnutím, ochrnutý na dolné končatiny, na ktorých má aj vývojové chyby. Má viditeľné deformácie tváre, horných aj dolných končatín. Počas detstva bol viackrát vyšetrený, liečený, uskutočnil sa aj pokus o operačné riešenie deformít dolných končatín. Taktiež bol umiestnený vo viacerých zariadeniach sociálnych služieb, kde na otázku či sa tam má dobre odpovedal: „áno“. Jeho stav je trvalý a doživotný, preto si v zariadení vyžaduje

sústavnú pomoc a opateru pri vykonávaní všetkých potrieb, kŕmení, hygiene i pri plienkovaní. Vzhľadom k tomu, že ide o imobilného klienta, nie je schopný samostatného pohybu, pričom maximálny možný pohyb je iba za pomoci invalidného vozíka s doprovodom druhej osoby. Jeho postihnutie mu nedovoľuje držať hlavu vo vzpriamenej polohe, preto ju má stále v úklone. Pri prvotnom zhodnotení jeho výzoru neuniklo našej pozornosti, že klientovo ľavé oko je nižšie postavené. Spontánne pohybuje ľavou hornou končatinou, pohyb pravou hornou končatinou je nemožný pre spasticitu, i keď ošetrojúci personál v rámci svojich možností vykonáva rehabilitácie horných končatín. Verbálny kontakt bolo ťažko nadviazať, keďže počas vyvíjanej komunikácie sa vyjadroval neartikulovane, vydával iba neidentifikovateľné zvuky podobné mrmlaniu, prípadne vykrikovanie jednoduchých samohlások sprevádzané slinotokom, často spojené s problémom zadýchania. Občas sme zachytili jednoslovnú odpoveď. V dôsledku svojej diagnózy a svojej nemohúcnosti bol často v nekludnom stave, čo sa prejavovalo v sklonoch k agresívnym prejavom, akými boli prudké, afektované pohyby rukou. Ide o veľmi emočného klienta, so sklonom k impulzivite, labilite, ktorá občas vyústila do explozivite. Je schopný si uvedomovať dianie okolo seba. Návšteva neznámych ľudí naňho pôsobí ľahostajne, aj keď spočiatku spozornie, ale naďalej potom zostáva vo svojej apatii. Jeho sociálne vzťahy tvoria najbližší, rovnako handicapovaní obyvatelia, s ktorými trávi aj väčšinu svojho času počas pobytu v zariadení. Medzi sebou sa dorozumievajú pomocou rôznych gestikulácií, na ktoré sú už v ich, môžeme povedať, akože hovorovej reči zvyknutí. K jeho dobrej nálade prispieva tak ako aj u ostatných klientov návšteva sociálneho pracovníka, ktorý sa ho snaží zapojiť do rôznych hier. Rád sa zúčastňuje poznávacích výletov, ktoré organizuje zariadenie i pre imobilných klientov. Konkrétne tento klient obľubuje každoročne poriadaný zájazd do zoologickej záhrady v Bojniciach. V čase našej návštevy na oddelení pre imobilných, sociálny pracovník v spolupráci s ergoterapeutom dávali klientovi jednoduché otázky, ako napríklad: „Ako robí pes, ako robí mačka, kravička“. Pre jeho lepšiu predstavivosť používali nakreslené obrázky daných zvierat. Musíme sa priznať, že v niektorých momentoch sme sa cítili ako v materskej škôlke. Bolo to pre nás niečo nové, s čím sme sa doteraz nestretli. Priznávame, niekedy až vtipné, ale po zvážení si jeho ťažkého zdravotného stavu, sme si uvedomili vážnosť tejto situácie. Veľmi emočne je naviazaný na svoju sestru. Vždy sa na ňu veľmi teší, je zaujímavé, že dokáže pochopiť, keď mu sociálny pracovník vopred oznámi túto, pre neho veľmi radostnú správu spojenú práve s návštevou jeho sestry v zariadení. Ostáva veľmi nekludný, priam nervózny, až arogantný, čo spôsobuje nahromadená nedočkavosť a radosť.

Počas jeho trvalého pobytu v zariadení sociálnych služieb sa uňho sociálni pracovníci i ostatní pracovníci zariadenia snažia udržiavať fyzickú a psychickú kondíciu v čo najlepšej forme.

## **B) Zariadenie sociálnych služieb**

Zariadenie sociálnych služieb sídli v kaštieli, ktorý bol pôvodom barokovou stavbou z roku 1880. Prestavaný a rozšírený bol nadstavbou poschodia. Dnes kaštieľ pôdorysne tvorí štvorkrídlovú budovu s ústredným nádvorím, s pôvodne otvorenými polkruhovými arkádami. V miestnostiach a na chodbách sú hrebienkovité, pruské alebo rovné stropy. Najstarší inventár kaštieľa tvoria kozub s doskou z čierneho mramoru, mozaiková dlažba pri kozube, kamenná obruba dnes už nefunkčnej studne. Zaujímavý je aj originálny zvonček v podchode do parku. V parku kaštieľa sa nachádza zrekonštruovaná drevená besiedka a o kúsok ďalej ľadovňa, ktorá sa doteraz používa na uskladnenie zeleniny. Stojí neďaleko kostola a predpokladá sa, že na jeho mieste bola predtým zemianska kúria. Kaštieľ prešiel veľkou prestavbou, odvtedy je dvojpodlažný. Budova neskôr slúžila vojnovým invalidom a dnes je v nej zariadenie sociálnych služieb, ktoré je rozpočtovou organizáciou Nitrianskeho samosprávneho kraja. Zariadenie sociálnych služieb je dvojpodlažná budova s prízemím a suterénom. Kapacita zariadenia je 170 klientov. Zariadenie má vlastný dvor a veľkú záhradu so skleníkmi. K oddychu klientov slúži rozsiahly park. Prízemie zariadenia tvoria administratívne priestory, kuchyňa s jedálňou a úsek pracovnej terapie. Poschodie pozostáva z ubytovacích jednotiek – izieb pre klientov, spoločných kúpeľní a WC. Klientom je k dispozícii knižnica a návštevná miestnosť. Vo voľno-časových aktivitách, pri terapii a výchovnej činnosti využívajú klienti pracovnú dielňu a relaxačnú miestnosť. Pre klientov slúžia spoločenské miestnosti, najmä pri sledovaní TV. Za posledných pár rokov sa podarilo budovu bezbariérovu upraviť, rekonštrukčnými prácami z väčšej časti opraviť, zúčelniť a zmodernizovať tak, aby sa mohli obyvateľom poskytovať kvalitné a komplexné sociálne služby. V roku 2010 až 2011 prešlo zariadenie sociálnych služieb viacerými rekonštrukciami: výmena okien, vytvorenie novej spoločenskej miestnosti a vybavenie izieb novým nábytkom.

Po písomnom oslovení a súhlase sociálneho pracovníka zariadenia sme druhú prieskumnú vzorku realizovali v zariadení sociálnych služieb č.2. Je to domov sociálnych služieb - špecializované zariadenie pre schizofréniu. Ide o zariadenie, v ktorom sú umiestnení klienti – dospelí muži vo veku od 35 – 85 rokov. Títo klienti sa vyznačujú rôznou vekovou

štruktúrou a taktiež rozmanitou sústavou rozličných diagnóz. Pre nás z poskytnutých informácií ide konkrétne o diagnózy spojené s mentálnym postihnutím, demenciou a kombinovaným postihnutím. Z hľadiska špecializácie zariadenia sa najväčšia pozornosť zameriava práve na osoby trpiace schizofréniou. Počas nášho pobytu v zariadení sociálnych služieb sme týchto klientov rozčlenili do okruhu osôb, medzi ktorých zaraďujeme: mobilných klientov, čiastočne imobilných, imobilných s početnými diagnózami mentálnej retardácie rôzneho stupňa, schizofrénie, organický psychosyndróm, závislosti na psychotropných a omamných látkach, schizoafektívna psychóza. U klientov s týmito formami postihnutia sa poskytujú v tomto zariadení rôzne druhy služieb, ktoré sú vykonávané ako na úseku pracovno – výchovných aktivít, tak i na oddelení ošetrovateľskej starostlivosti. Úsek pracovno-výchovných aktivít pracuje pod vedením jednej koordinátorky (odborný sociálny pracovník), pod vedením ktorého pracuje šesť ergoterapeutov. Pracujú podľa stanovených osnov harmonogramu, ktorý sa snažia dodržiavať. Taktiež na základe individuálneho rozvojového plánu sa venujú každému klientovi. V rámci tohto osobitného prístupu klienti nadobúdajú sebestačnosť a orientáciu v rámci svojej telesnej a duševnej kondície. Získavajú aj primeranú sociabilitu vzťahov a s toleranciou k druhým si vytvárajú lepšie medziľudské vzťahy. Pri zachovávaní určeného domáceho poriadku klienti dodržiavajú harmonogram práce na úseku pracovno-záujmových aktivít.

Ranná zmena:

- raňajky klientov – usmerňovanie klientov pri dodržiavaní hygienických, kultúrnych a stolovacích návykov,
- administratívna činnosť – príprava a organizácia pomôcok k pracovnej činnosti s klientmi,
- pracovno - záujmové aktivity v pracovných dielňach,
- ukončenie pracovnej činnosti, upratovanie pracovných pomôcok,

Obed klientov: - usmerňovanie klientov pri dodržiavaní hygienických, kultúrnych a stolovacích návykov, obedňajšia prestávka,

Odpoludňajšia zmena:

- pracovno-záujmové aktivity v pracovných dielňach,
- olovrant pre klientov,

- administratívna činnosť,
- večera klientov – usmerňovanie klientov pri dodržiavaní hygienických, kultúrnych a stolovacích návykov.

Tak ako v zariadení sociálnych služieb č.1 i v zariadení č.2 sa sociálni pracovníci v spolupráci s ergoterapeutmi snažia v rámci voľno-časových aktivít vyplňať voľný čas klientov tak, aby odvrátili ich myslenie na svoju chorobu, postihnutie a v nekonečnom rade i na to, že sú izolovaní od svojej rodiny a najbližších príbuzných. Aktivity klientov sú obdobné ako v zariadení č.1. Zabezpečujú: pracovnú terapiu – práca v skleníku, remeselnícke a poľnohospodárske práce, starostlivosť o záhony kvetov, dozber suchých konárov v parku, hrabanie lístia, zapájanie sa do pomocných prác v práčovni, v kuchyni a to napomáhaním s vynášaním stravy, v zimnom období odpratávanie snehu z chodníkov. Okrem pracovnej terapie sa v zariadení sústreďujú predovšetkým na organizovanie rôznych záujmových, kultúrnych, rekreačných i športových aktivít. V rámci týchto záujmových činností sa striedajú arteterapia - kde sa zameriavajú na komunikáciu neverbálnou cestou výtvarným prejavom klientov, muzikoterapia – používajú hudobné nástroje, kde za sprievodu ergoterapeuta sa snažia o vylúdenie jednoduchých tónov, biblioterapia – klienti si navzájom čítajú knihy, časopisy, čím si obohacujú svoju slovnú zásobu a komunikujú medzi sebou. Pohybovo – relaxačné aktivity využívajú najmä pri organizovaní rôznych jednodňových výletoch, poznávacích vychádzok, zapájania sa do športových súťaží organizovaných v rámci Nitrianskeho kraja. Najobľúbenejšou športovou aktivitou je organizovanie stolno-tenisového turnaja, na ktorý sú pozývané viaceré zariadenia sociálnych služieb. V zariadení sociálnych služieb sa pravidelne organizujú kultúrno-spoločenské akcie pri rôznych príležitostiach. Každoročným zvykom je organizovanie dňa otvorených dverí, stretnutia klientov zariadení sociálnych služieb v okrese i mimo okresu. V rámci skupinových komunitných stretnutí klientov, sociálnych pracovníkov a ergoterapeutov funguje výbor klientov, ktorý sa zameriava na riešenie bežných problémov, ktoré sa v ich bežnom každodennom živote vyskytnú. Prioritou zariadenia je poskytovať sociálne služby pre svojich klientov v súlade s platným zákonom o sociálnych službách. Dbá o to, aby sa kvalita sociálnych služieb zvyšovala. Do tohto procesu zapája všetkých zamestnancov zariadenia, podporuje ich v rozvíjaní svojich vedomostí absolvovaním rôznych školení a kurzov. Udržávajú dobrú spoluprácu pri poskytovaní výkonu praxe študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety v Piešťanoch a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre.

### c) kazuistika č. 3

Ďalším klientom zaradeným do nášho sociálneho prieskumu je 23-ročný muž s dvojročným pobytom v zariadení sociálnych služieb. Jeho diagnóza je mentálna retardácia stredne ťažkého stupňa s poruchami správania, sprevádzaná eretickými prejavmi. Narodil sa v rómskej rodine. Matka – mentálne retardovaná žila neusporiadaným životom, ku ktorému v nemalej miere prispelo aj jej nadmerné požívanie alkoholu. V minulosti bola opakovane trestaná. Otec bol oligofrenik. Hneď po narodení bol umiestnený v dojčenskom ústave, ako dvojročný bol premiestnený do detského domova. Do dovŕšenia svojej dospelosti vystriedal niekoľko inštitucionalizovaných zariadení. Keďže v týchto zariadeniach, kde boli jemu seberovní klienti, bol už ťažko zvládnuteľný, bol prijatý do zariadenia sociálnych služieb pre dospelých. Z informácií, ktoré nám boli poskytnuté v zariadení sa dozvedáme, že je to veľmi konfliktný typ klienta. Jeho povaha je nestála, s prejavmi agresivity a veľkého psychomotorického neklúdu. Vo zvýšenej miere sa u neho prejavujú už spomínané črty eretizmu, sprevádzané nepokojom, podráždenosťou a afektívnosťou. I keď ide o mobilného klienta, potrebuje sústavnú pomoc inej fyzickej osoby pri niektorých životných úkonoch, ktoré má neosvojené. Týka sa to najmä hygieny a obliekania. Diagnóza, ktorou klient trpí, si vyžaduje neustálu odbornú psychiatrickú liečbu. Veľmi často musí byť dlhodobo hospitalizovaný v špecializovaných psychiatrických nemocniciach. Tento typ klienta sme si vybrali z dôvodu jeho schopnosti neformálneho nadviazania komunikácie s nami. Hneď nás privítal slovom „Vitajte“. Od začiatku nášho pozorovania chcel byť stredobodom pozornosti a záujmu. Neustále si vyžadoval pozornosť sociálneho pracovníka i ostatných zamestnancov zariadenia. Je doslovne naliehavý, neusmerniteľný, v prípade nesplnenia požiadaviek, dochádza z jeho strany k samopoškodzovaniu. Vynucuje si osobné stretnutia so sociálnym pracovníkom neustálym klopaním na dvere. Ak sa stane, že musí dlhšie čakať, zostáva agresívny a v prípade nesplnenia jeho požiadaviek, dochádza z jeho strany k nepredvídateľnému konaniu, čo sa prejavuje v rozbíjaní okien, následne s črepinami si reže tvár, ruky. V prípade takéhoto konania ničí všetko, čo mu príde pod ruky. Práce ostatných klientov, obrazy na stenách, trhá fotky, napáda okoloidúcich nič netušiacich klientov. Jeho sebaopoškodzovanie má čím ďalej stúpajúcu tendenciu. Všetci klienti sa ho obávajú, v zariadení má rešpekt. V prípade, ak si jeho zranenie vyžaduje chirurgické ošetrenie, stáva sa kludnejším, ako keby sa pred ostatnými vystatoval, čo on svojim konaním dosiahol. Neuvedomuje si následky svojich činov. Z tohto dôvodu nemá v zariadení veľa priateľov,



je skôr samotár. Neustále sa pýta na matku. Žiada si jej prítomnosť. Chodí prosiť sociálneho pracovníka o udanie telefónneho čísla na matku do charity, kde by údajne mala žiť aj s druhom. Vymýšľa si rôzne adresy, na ktorých by mohla existovať. Otca síce nepozná, ale udá nejaké meno a priezvisko a adresu nápravno-výchovného zariadenia, kde mu majú zamestnanci pomôcť napísať list s cieľom skontaktovať sa s ním. Jeho diagnóza a z toho vyplývajúce správanie si vyžaduje individuálny prístup sociálneho pracovníka a ergoterapeutov. Jeho adaptačný proces bol veľmi zdĺhavý. Zamestnanci sa ho preto snažili naviesť na ich už zaužívaný režim, čo bolo niekedy problematické. V prípade jeho absolútneho nezájmu museli prísť na spôsob ako zaujať jeho pozornosť a tým zabrániť jeho agresívnym výčinom. Z voľno-časových aktivít sa zapája najmä do kreslenia. Je gramotný, schopný napísať jednoduché slovné spojenia. Svojimi nakreslenými výtvormi sa potom následne chodí ospravedlňovať všetkým za svoje predchádzajúce správanie. Aj tu však veľmi dlho nevydrží, je veľmi hyperaktívny, nereaguje na pokyny pracovníka, svojvoľne odchádza. Jeho prejavy sú veľmi detinské, v prípade obdarovania nejakým malým predmetom, alebo sladkosťou prejavuje svoju radosť tým, že doslova behá po celom zariadení a chváli sa pred ostatnými. Teší sa na každodenné vychádzky do parku a blízkeho okolia, vynucuje si svoju pozornosť, dá sa povedať, že za bránami zariadenia svoje správanie akoby zmenil. Všetkých okoloidúcich slušne pozdraví, chce pomáhať s odnesením nákupu. Naoko pôsobí spokojným dojmom. Klient svojím správaním často narúša aktivity. Aj napriek individuálnemu prístupu zo strany odborných pracovníkov je vzhľadom k dĺžke pobytu v zariadení a prejavom správania adaptačný proces neúspešný.

#### **d) kazuistika č. 4**

V zariadení sociálnych služieb je umiestnený 49-ročný muž, rómskeho pôvodu, s diagnózou mentálna retardácia ťažkého stupňa. Pre zlé nevyhovujúce sociálne a bytové podmienky v rodine bol umiestnený do dojčenského ústavu a následne po dovŕšení štyroch rokov do detského domova. Narodil sa ako dvojča. Celý svoj život bol vychovávaný v zariadeniach sociálnych služieb. Bolo to spôsobené jeho neprispôsobivosťou, veľmi zle sa adaptuje na nové podmienky. Klient je pozbavený spôsobilosti na právne úkony, opatrovníkom mu je na základe súdneho uznesenia ustanovené zariadenie. Klient je mobilný, v čase nekludu je potrebné poskytovať mu obslužné činnosti spojené s hygienou. Veľké problémy nastávajú v čase podávania jedla, kedy je schopný prijať potravu samostatne, ale ak sa mu niečo znepečí, dochádza k jeho náhlým výbuchom zlosti. Vtedy

je schopný hodiť tanier s jedlom o zem a odchádza z jedálne. Je tvrdohlavý, personál ignoruje, po naliehaní ostáva značne agresívny. Svoju výbušnú povahu si kompenzuje napádaním spolubývajúcich a niekedy sa stáva, že dôjde aj k slovnému a fyzickému ataku voči sociálnym pracovníkom a ostatným zamestnancom. Vo veľkej miere sa u neho prejavujú aj suicidálne sklony. U klienta bol zaznamenaný pokus o podrezanie si žíl. Z tohto dôvodu musí byť službukonajúci personál v neustálej pohotovosti a dozerať na jeho konanie. Vyžaduje si zvýšený individuálny prístup ako sociálneho pracovníka, tak i všetkých zamestnancov zariadenia. V čase nášho príchodu sa nachádzal v spoločenskej miestnosti, kde práve vyšíval. V rámci jeho voľno-časových aktivít je to jeho najmilšia činnosť, ktorú vykonáva pravidelne, dá sa povedať, že každý deň. Po opýtaní, aké obrusy najradšej vyšíva, nám odpovedal „Chcem obrus s vetvičkami a sviečkami na Vianoce“. Úpútali sme jeho pozornosť našou otázkou, odpovedal nám jasne a zrozumiteľne. Avšak po jeho naliehaní, aby sme mu aj mi dali nejaký obrus, ktorý chce hneď vyšívať, sme mu odpovedali, že teraz momentálne pri sebe žiadny nemáme, jeho chovanie sa prudko zmenilo a následne začal plakať a plač prechádzal až do kvílenia – zavýjania. Sociálny pracovník zareagoval tým, že mu navrhol, aby sme sa išli pozrieť do jeho izby, kde má svoje výšivky zaobrázené. V tom opäť zareagoval úplne inak, ukludnil sa, spozornel a viedol nás na oddelenie. Ďalšou činnosťou, ktorá ho vie ako tak zabaviť, je počúvanie jeho vlastného rádia, cédečiek, ktorých má veľmi veľa, a ktoré nosí neustále pri sebe v igelitovej taške. Zapája sa aj do pracovnej aktivity ľahšieho stupňa, ako je hrabanie lístia a zbieranie suchých konárov. Výletov ako takých sa nezúčastňuje v dôsledku jeho diagnózy a veľkého nekládu, ale obľubuje zábavy, kde môže tancovať. Keďže je klient veľmi nevyspytateľný svojím čím ďalej agresívnejším správaním, nemá v zariadení žiadnych kamarátov. Majú z neho strach, obavy, chodí na izby a vykráda im stolíky, kde majú uložené svoje osobné veci. Zároveň je ale prefíkaný, rád si vymýšľa a klame, ako napríklad, že ho niekto zbil, alebo okradol. Vyvoláva hádky medzi spolubývajúcimi, ktoré vyúsťujú do bitiek. Je rád stredobodom pozornosti. O rodine veľa nevieme, nepozná matku, ani otca. V čase jeho pobytu neprejavil nikto z príbuzných žiadny záujem. Klient sa dožaduje stále prekladu do iného zariadenia, kedy sľubuje, že už tam bude dobrý, bude poslúchať a že bude dobre vychádzať s kamarátmi, ktorých tam bude mať. Nemá problém s nadviazaním kontaktu aj s neznámymi osobami, ale samotné mentálne postihnutie je príčinou neschopnosti adaptovať sa v akomkoľvek sociálnom prostredí.

### **C) Zariadenie sociálnych služieb**

Zariadenie sociálnych služieb bolo pôvodne domov zriadený po delimitácii z obce v roku 1979. Umiestnený bol v priestoroch bývalej základnej školy po minimálnej rekonštrukcii. V záujme zvýšenia kapacity boli v rokoch 1989 - 1990 pristavené dva montované domy typu „Okál“, z ktorých jeden bol určený pre ubytovanie štrnásť klientiek so slabším mentálnym postihnutím. V druhom objekte bola zriadená administratíva, čím sa uvoľnili priestory v hlavnom objekte pre klientky. V zariadení boli v rokoch 2000 – 2005 postupne úplne zrekonštruované práčovňa, stravovacia prevádzka, vznikli nové ubytovacie priestory pre 9 klientiek a parkové priestory pre oddych. Všetky tieto zmeny znamenali skvalitnenie života klientiek zariadenia. Zriaďovateľom tohto zariadenia, v ktorom sa poskytujú sociálne služby iba ženám, je od roku 2002 Nitriansky samosprávny kraj Nitra. Kapacita zariadenia je 41 klientiek vo veku od 38 – 87 rokov s celoročným pobytom. Okrem základnej starostlivosti – a to ubytovania, stravovania a ďalších činností, je už tradične pre klientky organizovaná záujmovo-kultúrna činnosť a pracovné činnosti.

Aj v poslednom oslovenom zariadení sociálnych služieb č. 3 a súhlasu sociálneho pracovníka sme uskutočnili tretiu prieskumnú vzorku. Ide o zariadenie, v ktorom sú umiestnené ženy – klientky s rôznou vekovou štruktúrou a rôznym typom diagnóz. Dôvodom umiestnenia v tomto zariadení sociálnych služieb s celoročným pobytom sú klientky najčastejšie trpiace s ochorením schizofrénie, organického psychosyndrómu – ako následok fyzického poškodenia mozgu, demencie, niektoré poruchy osobnosti, poruchy nálady, halucinácie, mentálnej retardácie rôzneho stupňa a psychoafektívnej psychózy. V zariadení nie sú umiestnené klientky so žiadnou závislosťou na psychotropných látkach. Naším pozorovaním sme klientky rozdelili do kategórie mobilné, čiastočne imobilné, imobilné. V zariadení nie je zriadený pracovno – výchovný úsek, o voľno-časové aktivity je zodpovedný jeden sociálny pracovník jeden ergoterapeut, ktorí úzko spolupracujú s ošetrovateľským úsekom. Majú vypracovaný individuálny rozvojový plán na každú klientku, ale vzhľadom na nízky počet sociálnych pracovníkov a ergoterapeutov nie je možné sa tak kvalitne individuálne zameriavať na každú klientku zvlášť. Tak isto nemajú vypracovaný harmonogram, takže každodenný režim dňa prebieha spontánne, v závislosti od vzniknutých situácií. Napríklad, ak sa u niektorej klientky prejaví zhoršenie jej psychického stavu v zvýšenej miere, ktoré sa preukáže jej agresiou k spolubývajúcim, poprípade k personálu, je nutné pozornosť obrátiť k nej. Plynulosť dní v zariadení je síce obdobný ako v iných zariadeniach sociálnych služieb, ale väčšia pozornosť na

vykonávanie záujmových činností je sústredená v dopoludňajších hodinách, v čase prítomnosti sociálneho pracovníka a ergoterapeuta. Voľno-časové aktivity sú prispôsobené fyzickým zdatnostiam a možnostiam klientiek. V rámci organizovania kultúrno – záujmových činností sa pravidelne zúčastňujú divadelných predstavení, vystúpení spevákov, zúčastňujú sa poznávacích vychádzok do blízkeho okolia a taktiež jednotýždňových rekreačno-rehabilitačných pobytov na Slovensku aj v zahraničí. Zariadenie sociálnych služieb pravidelne navštevujú kadernička a pedikúrka. Zo záujmovej činnosti je najväčší záujem o ručné práce (vyšívanie a štrikovanie). V rámci sociálnych aktivít je to sledovanie televízie, počúvanie hudby, hranie spoločenských hier a čítanie kníh a ženských mesačníkov. Klientky sa radi podieľajú na zhotovovaní masiek na maškarný ples, zúčastňujú sa súťaží v pečení vianočného pečiva. Čo sa týka vykonávania fyzických aktivít, klientky sú pasívne, iba s veľkým sebazaprením sa zapájajú do ľahších foriem pomáhania, či už pri úprave areálu zariadenia, alebo aj poriadku na izbách. Tie zdatnejšie a vytrvavejšie sú aktívne pri športových aktivitách poriadaných medzi jednotlivými zariadeniami sociálnych služieb v rámci celého Nitrianskeho kraja. Usporiadávajú kultúrno - spoločenské akcie – ako sú veľkonočné zábavy, maškarné plesy, posedenia pod jedličkou. Svoje problémy a prípadné sťažnosti, nedorozumenia a nejasnosti riešia formou osobitného pohovoru a následného návrhu na vyriešenie. V zariadení nemajú zriadený výbor klientov, neusporiadávajú ani komunitné stretnutia. I vzhľadom na ochudobnený kolektív sociálnych pracovníkov, ergoterapeutov a snaživého prístupu ošetrojúceho personálu zariadenie sa snaží poskytovať kvalitné sociálne služby v rámci platného zákona o sociálnych službách. V rámci svojej pôsobnosti poskytujú možnosť využiť realizáciu praxe vysokoškolským študentom z odboru sociálna práca.

#### **e) kazuistika č. 5**

V tomto zariadení bola predmetom nášho prieskumu 32-ročná žena. Je to mentálne retardovaná klientka s Downovým syndrómom. Od malička je psychiatricky liečená pre mentálnu retardáciu – imbecilita. Klientka vyrastala iba v domácom prostredí, vzhľadom k zlej rodinnej sociálnej situácii. Otec ťažko chorý, vyživovacia povinnosť spočívala na matke. Má jednu zdravú sestru, ktorá sa maximálne snažila vypomáhať s jej výchovou a jej zvládaním často neprimeraného správania sa. Postupom času sa jej zdravotný stav zhoršoval. Na odporúčenie pedagogicko-psychologickej poradne bolo rodičom navrhnuté v danej situácii, ako jediné možné riešenie, umiestniť dieťa do zariadenia sociálnych

služieb. Pri našej návšteve bola klientka kludná, zdalo sa, že v niektorých prípadoch až apatická, neprejavovala záujem. Na kladené otázky reagovala, ale odpovede boli len vo forme jednoduchých odpovedí (áno, nie, nechcem ísť, pôjdem potom). Pri otázkach zameraných na rodinu spozornie a dožaduje sa osobného stretnutia so sestrou, ktorá ju po prijatí do zariadenia pravidelne navštevuje. Jej sociálny vývin, nadväzovanie sociálnych vzťahov je v nižšom štádiu vývinu, rozumie iba jednoduchým príkazom a len ojedinele urobí to, o čo je požiadaná. Väčšinu času strávi sedením v spoločenskej miestnosti. V dôsledku svojho postihnutia však nie je schopná v rámci voľno-časových aktivít využívať svoje myslenie napríklad na naučenie sa básničky, alebo jednoduchého textu piesne. Svoje negatívne myšlienky a nespokojnosť s niečím, alebo s niekým dáva najavo hlasnými výkrikmi v negatívnom podtón. Zväčša sa dá upokojiť neverbálnou komunikáciou a to pohladením od sociálneho pracovníka. Badateľný myšlienkový proces je v jednoduchej forme, ktorý sa odráža v nenáročnej činnosti ako je hra s kockami, alebo loptou. Pri výzve, aby znázornila prostý obrázok, jej grafický prejav sa javil na úrovni čmárania. Preto jej sociálny pracovník venuje pozornosť pri jej orientácii a správnom pochopení výzvy na rôzne úkony. Mnohé úkony sa nám zdali vo väčšine prípadov až infantilné, detinské až nerozumné. Sociálni pracovníci sa snažia o individuálny prístup, kde sa zameriavajú na vytvorenie, alebo rozvíjanie samoobslužných činností na uspokojovanie primárnych potrieb klientky pri umývaní, obliekaní, chodení na toaletu alebo pitia zo šálky. Počas dlhšieho pobytu v zariadení, kedy sme pozornosť obracali na klientku, sme si všimli, že nám venuje väčší záujem, ako pri prvom kontakte. Reakcie na prejavy neznámych osôb, alebo rozlišovanie priateľov, či schopnosť hrať sa, sa prejavilo už pri vzájomnom stretnutí s inými obyvateľmi zariadenia. Jej nálada sa zmení v odpor, inokedy v nezáujem, i keď má rada spoločnosť sociálnych pracovníkov, voči ktorým sa správala dostupne a s dôverou. Obľubuje spoznávanie okolia počas možných vychádzok, kde kráča za pomoci v sprievode sociálneho pracovníka. Počas zimných dní svoju pozornosť venuje prezeraním obrázkových knižiek, sledovaním televízie a pohybovým aktivitám, ktoré jej to dovoľujú v medziach svojho postihnutia. Z opakovaných osobných stretnutí sme zistili, že klientke je potrebné venovať individuálny prístup. Aj napriek svojmu postihnutiu je schopná sa rozvíjať a učiť sa za pomoci druhej osoby uspokojovať svoje primárne potreby. Vyžaduje si to ale trpezlivosť a neustále opakovanie úkonov zo strany odborných pracovníkov.

## f) kazuistika č. 6

Ďalšou klientkou v prieskume bola 45-ročná slobodná žena s diagnózou mentálna retardácia ľahšieho stupňa. Rodičia boli alkoholici, žili vo veľmi zlých sociálnych podmienkach. Už ako maloletá bola zneužívaná, čo malo za následok jej skoré otehotnenie – porodila syna. Tento bol následne umiestnený v detskom domove. Až do dospelosti páchala rôzne kriminálne výtržnosti, kradla a pokúsila sa aj o užívanie drog. Túto ťažkú životnú situáciu napokon psychicky nezvládala, čo vyústilo až do jej umiestnenia do zariadenia sociálnych služieb. V čase nášho zotrvania v zariadení klientka pomáhala službukonajúcemu personálu pri ukladaní šatstva do skríň. Naša prítomnosť ju okamžite zaujala, ihneď nás chytila pod rameno, premerala si nás od hlavy po päty a mala k nám pripomienky na náš výzor, akí sme škaredí, lebo sme moc chudí. Ona sama je totiž zavalitej postavy. Klientka je mobilná, pri vykonávaní primárnych potrieb je zväčša samostatná. Dozor potrebuje iba v rámci ženskej hygieny, ktorú ani po viacerých upozorneniach nedodržiava. Klientka je komunikatívna, má rada spoločnosť iných, ale zväčša to musia byť zamestnanci zariadenia, pretože o svojich spolubývajúcich si myslí, že sú choré a doslova povedané „šibnuté“. K nám sa správala úctivo, okamžite nám začala rozprávať o svojom synovi, ktorý ju má údajne veľmi rád, ale má málo času na to, aby ju chodil navštevovať. Po našom opýtaní na túto skutočnosť sociálneho pracovníka sme sa dozvedeli, že syn ju bol v zariadení od jej príchodu párkrát navštíviť. Táto jeho návšteva ju totižto vždy veľmi rozladí, čo spôsobí prudkú zmenu v jej správaní. Veľakrát už došlo k tomu, že sa sebapoškodzuje a to tým spôsobom, že si zapáli na sebe šatstvo, doškriabe si tvár, prsia, ruky. V afekte je schopná poškodiť aj majetok zariadenia, rozbíjaním črepníkov s kvetmi, vázy, obrazy. Po verbálnej intervencii sociálneho pracovníka a ostatných pracovníkov sa ospravedľuje, že to už nikdy nespraví a zároveň sa sama pýta na preliečenie do psychiatrickej nemocnice. Vo voľno-časových aktivitách sa rada zapája do aktivít spojených s tancom, kde prejavuje svoj temperament, tancovaním najmä rómskych tancov. Veľa času trávi aj v tvorivých dielňach, kde rada maľuje, vyfarbuje obrázky a nalepuje. Je dosť prispôsobivá a vždy sa naviaže na jednu osobu, s ktorou je schopná stráviť potom celý deň.

## 7 DISKUSIA

Na základe preštudovanej literatúry, ale predovšetkým zo získaných osobných zážitkov a objektívnych informácií z opakovaných návštev v zariadeniach sociálnych služieb sme dospeli k nasledujúcim poznatkom. Tak ako prevažná väčšina verejných poskytovateľov sociálnych služieb aj navštívené zariadenia sídlia v historických, kultúrnych pamiatkach a starších zrekonštruovaných budovách. Spĺňajú hygienické normy a štandardy bývania, ale dispozičné riešenia, spoločné WC, kúpeľne a väčší, v niektorých prípadoch až sedem spolubývajúcich v jednej izbe, vyvolávajú nespokojnosť u niektorých klientov. Ďalšou nevýhodou je vysoká heterogenita lekárskejších diagnóz (mentálna retardácia, alkoholicy, ťažké psychiatrické ochorenia) u umiestnených klientov. Samotný pobyt v zariadení a individuálne odlišnosti u jednotlivých ochorení sú často predmetom konfliktov u klientov. Všetky tri zariadenia majú vypracované podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby podľa zákona o sociálnych službách. Zákon v prílohe č. 2 v bode A určuje 24 podmienok, z ktorých je 10 procedurálnych, 4 personálne a 10 prevádzkových. V bode B je hodnotiacia škála plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a v bode C celkové vyhodnotenie plnenia podmienok. Predmetom našej práce nie je celkové hodnotenie podmienok kvality, ale pri spracovaní a hodnotení získaných informácií sme dospeli k nasledujúcim záverom. V jednej z personálnych podmienok je stanovenie štruktúry a počtu pracovných miest, ktorý je primeraný počtu prijímateľov sociálnej služby a ich potrebám.

V zariadení číslo 1 je celkový počet 115 klientov a 57,5 pracovníkov. Z tohto počtu pracovníkov je 60 % percentuálny podiel odborných pracovníkov 34,5. Personálnu podmienku poskytovateľ spĺňa, ale v štruktúre odborných pracovníkov je 6 sociálnych pracovníkov, čo predstavuje, že na jedného sociálneho pracovníka v priemere vychádza starostlivosť o 19 – 20 klientov. Ak vychádzame z potrieb klientov a náročnosti individuálneho prístupu spôsobené ťažkým postihnutím klientov, predpokladáme, že v praktickej rovine je podmienka kvalitnej poskytnutej služby ťažko splniteľná. Pri predstave, že jeden pracovník sa bude venovať 19 klientom bez ohľadu na vek a postihnutie, ktorí vyžadujú individuálny prístup, je nereálna.

Zariadenie č. 2 na celkový počet 170 klientov spĺňa podmienku percentuálneho podielu odborných pracovníkov. Na jedného sociálneho pracovníka v prepočte vychádza 24 – 25

klientov pri celkovom počte sedem pracovníkov v zariadení. Aj pri predstave, že pracovník sa bude venovať 25 – člennej skupine, nemôžeme povedať, že poskytuje kvalitnú starostlivosť.

Zariadenie č. 3, tak ako predchádzajúce, spĺňa podmienku odborných pracovníkov. Ale na 41 klientov pripadajú dvaja sociálni pracovníci, z čoho vychádza, že na jedného sociálneho pracovníka pripadá 20 - 21 členná skupina. V teoretickej rovine je personálna podmienka počtu odborných pracovníkov vo všetkých troch sledovaných zariadeniach splnená, ale v praktickej rovine ju už pozitívne nemôžeme hodnotiť. Pri personálnom obsadení musíme brať do úvahy aj fakt, že určení sociálni pracovníci sú v zariadeniach sociálnych služieb zodpovední za vedenie spisového materiálu – dokumentácie u každého klienta. Tým sa automaticky skraca čas, ktorý môže pracovník stráviť v priamom kontakte s klientmi.

Ďalším kritériom hodnotenia kvality v práci sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb bola dokumentácia, konkrétne vypracovaný harmonogram práce – režim dňa klientov a individuálny rozvojový plán u každého klienta. V zariadení č. 1 a č. 2 bol písomne vypracovaný režim dňa približne na dobu 12 hodín, na čas, kedy sa uskutočňuje prevažná väčšina aktivít s klientmi. Poskytovaná nepretržitá 24-hodinová starostlivosť je rozpracovaná v organizačnom a prevádzkovom poriadku zariadení. V zariadení č. 3 režim dňa nebol písomne vypracovaný. Predpokladáme, že písomné vypracovanie nie je časovo a finančne veľmi náročné, a jeho zverejnenie na dostupnom mieste určite prispeje k lepšej orientácii klientov, pracovníkov a príbuzných. Jednou z procedurálnych podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, na ktorú sme sa v práci zamerali, je určenie postupov a pravidiel na vypracovanie a hodnotenie individuálneho rozvojového plánu u prijímateľa sociálnej služby. Zariadenie č. 1 podmienku spĺňa. Individuálny rozvojový plán je vypracovaný u každého novoprijatého klienta a v trojmesačných intervaloch sa vyhodnocuje. Dokumentácia obsahuje osobné údaje a podrobnú anamnézu získanú od klienta a príbuzných. Denne u každého klienta sa písomne zaznamenávajú výsledky pozorovania správania a konania. Záznam obsahuje 23 položiek, ktoré sa denne hodnotia. Z nášho pohľadu je takýto časovo náročný záznam neefektívny. Predpokladáme, že jeden pracovník nemôže objektívne zhodnotiť stav podľa jednotlivých položiek a pri počte 20 klientov v skupine ho administratíva oberá o čas, ktorý by mohol venovať klientom. V individuálnych plánoch nám ale chýbalo určenie dĺžky a kritériá hodnotenia novoprijatého klienta v adaptačnom procese. Zmena sociálneho prostredia a statusu je v živote každého človeka veľkou záťažou, ktorá si niekedy vyžaduje pomoc druhej osoby.



Preto by sa mala väčšia a pravidelná starostlivosť poskytovať novoprijatému klientovi. Často klienti prichádzajú z domáceho prostredia a príchodom do zariadenia strácajú svoje doterajšie spoločenské kontakty a zvyky, musia sa prispôbiť novému životu v kolektíve. Najúčinnnejším je individuálny prístup, kedy vhodne zvolenými metódami a postupmi sociálnej práce môžeme získať cenné informácie o klientovi, ktoré môžu sociálnym pracovníkom pomôcť pri práci s klientom pri zvládaní situácií v procese adaptácie a v nepredvídateľných situáciách počas pobytov.

Zariadenie č. 2 má u všetkých klientov vypracovaný individuálny rozvojový plán a spĺňa procedurálnu podmienku kvality. Do záznamov zápisy nerobia denne, len v prípade zmeny v správaní klienta alebo pri zistení z objektívnych faktov, ktoré neboli zaznamenané, ale do budúcnosti môžu byť prínosné. Individuálne rozvojové plány sa písomne vyhodnocujú jeden krát za mesiac. Tak ako aj u predchádzajúceho zariadenia, aj v tomto zariadení v plánoch u novoprijatých klientoch chýbala dĺžka adaptačného procesu a návrh individuálneho prístupu. Zariadenie č. 3 aj napriek zákonnej povinnosti nemá vypracované individuálne rozvojové plány, nespĺňa procedurálnu podmienku kvality poskytovanej sociálnej služby. Zariadenie by podľa hodnotiacej škály malo znížené bodové hodnotenie pri celkovom vyhodnotení kvality poskytovanej sociálnej služby. Vo všetkých troch navštívených zariadeniach sociálnych služieb nám v individuálnych rozvojových plánoch chýbal plán riešenia rizikových situácií. U všetkých klientoch vymedziť rizikové oblasti (pohyb, hygiena, voľno-časové aktivity, zdravotné riziká, vzťahy, sexualita, správanie...). V prípade, že klientovi v určitej oblasti hrozí zvýšené riziko, uviesť opatrenia, ktoré sú potrebné pre zníženie rizika a pre bezpečné zvládnutie situácie (napr.: práca s ostrými predmetmi u klienta so sklonom k sebapoškodzovaniu, sklon k užívaniu alkoholu u klienta s agresivitou...). Vymedzenie rizikových oblastí u klientov môže byť nápomocné pri skvalitnení a zefektívnení práce v zariadeniach. K tomu, aby pracovník získal klienta k spolupráci je nevyhnutná jedna z najdôležitejších sociálnych zručností človeka – schopnosť komunikovať. Účinná komunikácia býva zárukou obojstrannej spokojnosti, pomáhať vytvárať dobrý pracovný a ľudský vzťah, klientovi pomáha zapojiť sa do riešenia problémov a smeruje k profitu klienta v rámci pomoci. Pri našich opakovaných návštevách v zariadeniach sme boli často účastníkmi komunikácie pracovník – klient. Komunikovať s niektorými klientmi s kombináciou postihnutí si vyžaduje od pracovníkov schopnosť prakticky používať a ovládať prvky verbálnej a neverbálnej komunikácie. V prístupe pracovníkov ku klientom sme nezaznamenali situácie, ktoré by znižovali dôstojnosť,

znevažovali individualitu klientov. Klienti majú možnosť písomného, telefonického kontaktu s príbuznými, návštevy v priebehu dňa sú neobmedzené. Pozitívne sa môžeme vyjadriť k podmienkam v zariadeniach, ktoré sú vytvorené a poskytovatelia sa snažia ich zveľaďovať tak, aby klientom pobyt v zariadení nahrádzal prirodzené sociálne prostredie. Vytváranie priateľského a bezpečného prostredia a zachovania súkromia hrajú nemalú úlohu v tom, ako sa klient v zariadení cíti. Pracovníci kladú dôraz na kompletný prístup ku každému klientovi tak, aby žil v medziach svojich možností čo najefektívnejšie. V snahe čo najdlhšieho zachovania telesného a duševného zdravia klientov poskytovatelia v sledovaných zariadeniach sociálnych služieb organizujú rôzne akcie a poskytujú možnosť zapojiť sa do rôznych aktivít. Klientov sa snažia aktivizovať pracovnými, spoločenskými a športovými činnosťami, pričom zohľadňujú osobitosť každého z nich. Cieľom aktivizácie je poskytnúť rôznorodé činnosti, ktoré môžeme na základe získaných informácií zo zariadení rozdeliť do niekoľkých skupín. Činnosti, pri ktorých je potrebná spolupráca – pomáhajú udržať spoločenské schopnosti klientov. Činnosti spojené s učením – klienti si osvoja nové poznatky a posilnia sebavedomie. Činnosti spojené s rutinou nepodnecujú tvorivosť, ale sú určitým prameňom uspokojenia, pretože u mnohých klientov prevládali v domácom prostredí. Všetky tri zariadenia poskytujú pestrú paletu rôznorodých fyzických, športovo – rekreačných, kultúrnych, spoločenských a sociálnych aktivít s cieľom zlepšiť zdravotný a psychický stav klientov, lebo ak to nie je možné, zabrániť jeho zhoršovaniu. V praktickej časti práce sme na šiestich príkladoch - v kazuistikách chceli priblížiť len časť klientov, ktorým v zariadeniach sociálnych služieb sociálni pracovníci poskytujú pomoc.

Sociálni pracovníci sú pri výkone svojho povolania terčom útokov, nadávok zo strany klientov. Do svojej práce zväčša vkladajú veľké množstvo emócií a úsilia, ale emočný alebo osobný zisk z nej už nemajú zďaleka tak veľký. Klient očakáva, že sociálny pracovník mu je povinný venovať maximum svojho času. Vysoké nároky kladené na výkon tejto pomáhajúcej profesie často nekorešponujú so schopnosťami a možnosťami samotných sociálnych pracovníkov. Z toho vyplýva, že práca sociálneho pracovníka je ťažká a psychicky i telesne nesmierne vyčerpávajúca. V zariadeniach pracujú ako členovia tímu odborných pracovníkov a len vzájomná spolupráca a pozitívne interpersonálne vzťahy napomáhajú splniť očakávania klientov s cieľom poskytovať kvalitnú starostlivosť. Pretože sociálna práca si za cieľ kladie pomôcť klientovi tak, aby ho zmenená kvalita života nevrhla do oblasti, v ktorej nie je možné žiadnu pomoc poskytnúť. Samozrejme tak

ako aj v iných pomáhajúcich profesiách, tak aj u sociálnych pracovníkov je potrebné eliminovať a znižovať množstvo rizikových faktorov, ktoré môžu viesť k vyhoreniu následkom dlhodobej nerovnováhy medzi investíciou do práce a ziskom z nej. Vzdelávaním učiť sociálnych pracovníkov asertívnemu správaniu ku klientom a spolupracovníkom a podporovať v nich snahu o autonómiu.

### **7.1 Odporúčania pre prax**

Na základe výsledkov zrealizovaného prieskumu v zariadeniach sociálnych služieb, zameraného na prácu sociálneho pracovníka, využívanie voľnočasových aktivít a na kvalitu poskytovaných služieb navrhujeme niekoľko odporúčaní pre prax:

- podporovať v spoločnosti pozitívne vnímanie profesie sociálneho pracovníka,
- zabezpečiť sústavné vzdelávanie,
- oboznamovať sociálnych pracovníkov s príčinami, ktoré vedú k syndróme vyhorenia,
- prehodnotiť záznamy v individuálnych rozvojových plánoch,
- v záznamoch určiť postupy adaptačného procesu u novoprijatých klientov,
- vypracovať u každého klienta plan riešenia rizikových situácií.

## ZÁVER

Človek je tvor spoločenský, obdarovaný schopnosťou myslieť, mať mravné cesty a estetické zážitky, mať ľudský vzťah k svetu a k iným ľuďom, pracovať, komunikovať s ostatnými. Tieto črty charakterizujú jeho podstatu, v jej individuálnom zosobnení a prejavení sa. Svet človeka tvorí množstvo rôznych sociálnych skupín, do ktorých sa od narodenia človek zaraďuje. Dnešná doba však nadobudla hektický charakter a mnohí z nás sa mu prispôbili, avšak nepostrehli niektoré fakty a skutočnosti tých, ktorí ho nemôžu naplno uplatniť vo svoj prospech. Zabraňuje im v tom fyzický alebo duševný stav. Súčasťou tejto spoločnosti sú preto aj skupiny ľudí na ktorých väčšinová populácia vzhliada s odstupom a ich tolerancia sa obmedzuje na isté hranice, pre každého individuálne. Premieta sa to v odsudzovaní, hodnotení, odmietaní, podceňovaní, ale každý bez rozdielu z nás má právo zaradiť sa do spoločnosti a v rámci svojich možností tak viesť plnohodnotný život, pretože aj handicapovaný človek má nárok na svoje úspešné uplatnenie sa a poskytnúť im rovnaké príležitosti k rozvoju, ako majú ostatní ľudia a tiež aj rovnaké možnosti zvyšovania životnej úrovne. Preto úlohou človeka je s úctou pomáhať a spríjemňovať každú chvíľu ich neľahkého osudu. V diplomovej práci sme sa venovali problematike využívania voľno-časových aktivít, zamerali sme sa na zistenie kvality poskytovaných sociálnych služieb a tiež sme interpretovali teoretický prehľad o práci sociálneho pracovníka s mentálne, prípadne fyzicky handicapovaným klientom v zariadení sociálnych služieb. Na základe štúdia odbornej literatúry a v konkrétnych prípadoch kazuistiky sme sa presvedčili o tom, že práca sociálneho pracovníka si vyžaduje veľkú odbornú profesionalitu, založenú na empatii a individuálnom prístupe ku každému klientovi. Z toho dôvodu sa veľký dôraz kladie na ich sústavné sebavzdelávanie a dopĺňanie si svojich kvalifikačných predpokladov pre úspešné zvládanie nepredvídateľných situácií v práci s handicapovaným klientom. Ako sme mali možnosť presvedčiť sa, klienti vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb sa plne aktivizujú v rámci svojich schopností vo voľno-časových aktivitách. To im zabraňuje upadať do letargie, pristupovať k životu s naladením na pozitívne myslenie, odvracať pozornosť od uvedomovania si svojho handicapu. Uvedomili sme si, aké ťažké je v ich prípade odlúčenie od rodiny, vytrhnutie z ich bežného sociálneho prostredia, zanechania svojich zvyklostí a následne prispôbiť sa úplne novému prostrediu a spôsobu života. Práve táto oblasť adaptácie nás priviedla k zisteniu, že problematika handicapovaných ľudí si

vyžaduje komplexný prístup všetkých zainteresovaných ľudí, ale najväčšiu zodpovednosť na zvládnutie tejto etapy je v rukách sociálneho pracovníka. Vychádzajúc z našich zistení môžeme povedať, že i napriek tomu, že sa zariadenia usilujú dodržiavať platnú legislatívu a postupujú podľa zákona o sociálnych službách v rámci ich možností, kvalita poskytovaných služieb by bola na vyššej úrovni. Preto si dovoľujeme tvrdiť, že vzhľadom na nedostačujúci počet odborných sociálnych pracovníkov, ktorý je momentálne vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb, nezodpovedá plnohodnotnej starostlivosti o každého klienta.

V závere našej diplomovej práce sme skonštatovali a dospeli k presvedčeniu, že stanovené ciele sa nám podarilo splniť. Myslíme si, že nami zvolenou metódou – kazuistikou sa nám lepšie podarilo preniknúť do zodpovedného konania a prístupu sociálneho pracovníka jeho spolupráce s handicapovaným klientom. Táto forma prieskumu nám umožnila lepšie nahliadnutie do života klientov v zariadeniach s prihliadnutím na ich správanie, či už v pozitívnom, alebo negatívnom vnímaní a poslaní sociálnych pracovníkov a dala nám možnosť využiť tieto získané teoretické a s častí aj praktické poznatky v budúcom uplatnení pri vykonávaní práce sociálneho pracovníka.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

- BALOGOVÁ, B. – GERKA, M. – ALEŠ, P. 2002. *Úvod do sociálnej práce*. Prešov : Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove, 2002. 80 s. ISBN 80-8068-120-1.
- BARTOŇOVÁ, M. 2005. *Kapitoly ze specifických poruch učení I*. 1. vyd. Brno : MU, 2005. 128 s. ISBN 978-80-210-3613-0.
- BROŽOVÁ, D. 2003. *Společenské souvislosti trhu práce*. Praha : Slon. 2003.
- DNI SOCIÁLNEJ PRÁCE A INTERRA 8. 2009. *Sociálna sféra Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax) a Rómske osobnosti. Zborník príspevkov z Konferencie s medzinárodnou účasťou konanej na Univerzite Konštantína Filozofa, Nitra 11.-12. Novembra*. 2009. Nitra : ŠEVT Bratislava. 2009. 249 s. ISBN 978-80-8094-650-0.
- DNI SOCIÁLNEJ PRÁCE. 2008. *Transformácia sociálnej sféry Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. 2008. Nitra : FSVaZ, UKF. 2008. 307 s. ISBN 978-80-8094-231-1.
- DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin : Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- EMERSON, E. 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha : Portál, s.r.o. 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- FILIPIOVÁ, D. 1998. *Život bez bariér*. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.
- FISCHER, S. – ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha/Kroměříž : TRITON. 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
- HRABLAYOVÁ, E. et al., 2005. *Analýza sociálnych potrieb*. Bratislava : ŠEVT, a.s., 2005. 50 s. ISBN 80-967908-5-4.

- JACOB, W. *New hope for the reterded child*. Public affaire pamphlet n.20, 1954.
- JANKOVSKÝ, J. *Nucená rehabilitace dělí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2001. 142 s. ISBN 80-7254-192-7.
- JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Karolinum, 1995. 195 s. ISBN 80-70669-41-1.
- KLČO, M. - ILLÁŠOVÁ, Ľ. 1994. *História Horných Obdokoviec*. Nitra : Obecný úrad v Horných Obdokovciach, 1994. 135 s. ISBN 80-967166-7-0.
- KOREHENTNÁ POLITIKA REHABILITÁCIE PRE ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM. 2003. *Odporúčanie č. R(92) 6 Výboru ministrov Rady Európy*. Bratislava : Charis, s.r.o. 2003. 62 s. ISBN 80-89141-02-1.
- KRSKOVÁ, A. 1994. *Etika právnického povolania*. Bratislava : Vydavateľské oddelenie Právnickej fakulty Univerzita Komenského, 1994. 129 s. ISBN 80-7160-065-2.
- KVAPILÍK, J. – ČERNÁ, M. 1990. *Zdravý zpusob života mentálně postižených*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p, 1990. 134 s. ISBN 80-201-0019-9.
- LUDÍKOVÁ, L. 2005. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MACKOVÁ, Z. 2009. *Právo sociálneho zabezpečenia*. Šamorín : Heuréka, 2009. 161 s. ISBN 978-80-89122-53-0.
- MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada Publishing, a.s. 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, E. – PAVLOVSKÝ, P. 2002. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha : Portál, s.r.o., 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, D. 2006. *Rodovo citlivý prístup v práci s klientom a klientkou sociálnej práce*. In: Smutek, M. – Kappl, M. – (Ed.). *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2006, 305 s. ISBN 80-7041-716-1.

- MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha : AF, s.r.o., 1995. 141 s. ISBN 80-85850-08-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. – KODYMOVÁ, P. – KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, s.r.o. 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATULAY, K. 1989. *Ošetrovanie mentálne poškodených*. Martin : Osveta, n.p. 1989. 159 s.
- MATULAY a kol., K. *Mentálna retardácia*. 1986. Martin : Osveta. 1968. 336 s.
- MÁTEL, A. 2009. *Naše možnosti pomoci ženám – obetiam domáceho násilia*. Skalica : Alija, 2009. 200 s. ISBN 978-80-970083-1-4.
- MERITUM SEGMENT. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha : ASPI, a.s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
- MIŠOVÁ, Z. 2007. *Ako podporovať ľudí s mentálnym postihnutím?* Bratislava : ZPMP v SR, 2007. 42 s. ISBN 978-80-89344-00-0.
- MIŠOVÁ, I. - STAVROVSKÁ, Z. - ZÁHORCOVÁ, V. 2009. *Dohovor OSN o právach osob so zdravotným postihnutím*. Bratislava : ZPMP v SR, 2009. ISBN 978-80-89344-02-4.
- MONATOVÁ, L. 1994. *Pedagogika speciální*. Brno : MU Brno, 1994. 199 s. ISBN 80-210-1006-6.
- Nájomníci kovarského kaštieľa prežili potopenie Titanicu*. [online]. 2010, [cit. 2012-02-15]. Dostupné na internete: <<http://topolcany.sme.sk/c/5327364/najomnici-kovarskeho-kastiela-prezili-potopenie-titanicu.html>>.
- NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha : Portál, s.r.o. 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.



- OLÁH, M. – ROHÁČ, J. 2008. *Sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. Bratislava. 2008. 256 s. ISBN 978-80-89271-35-1.
- OPATRÍLOVÁ, D. 2003. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno. 2003. ISBN 80-210-3242-1.
- PEČ, O. – PROBSTOVÁ, V. 2009. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha : TRITON. 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PIKÁLEK, Š. 1994. *Ústavná sociálna starostlivosť pre ťažko mentálne postihnuté osoby*. Bratislava : PTK – ECHO. 1994. 77 s. ISBN 80-88753-01-5.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PORTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha : Portál, s.r.o. 2009. 174 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. 2004. *Speciální pedagogika*. Olomouc : UP, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- REPKOVÁ, K. 1999. *Zdravotné postihnutie – obraz z galérie nášho poznania*. Bratislava : Epos 1999. 240 s. ISBN 80-8057-178-3.
- REPKOVÁ, K. – POŽÁR, L. – ŠOLTÉS, L. 2003. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava : Charis, s.r.o. 2003. 214 s. ISBN 80-89141-03-X.
- REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie. Vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava : Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.

- RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Grada Publishing, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- ROHR, H-P. 2003. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Portál s.r.o. 2003. 117 s. ISBN 978-80-7367-637-7.
- SELIKOWITZ, M. 2005. *Downuv syndrom*. Praha : Portál s.r.o. 2005. 197 s. ISBN 80-7178-973-9
- SCHAVEL, M. et al., 2009. *Sociálna práca vo verejnej správe*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 2010. 161 s. ISBN 80-8082-065-1.
- SCHAVEL, M. – ČIŠECKÝ, F. – OLÁH, M. 2008. *Sociálna prevencia*. Prešov : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, 2008. 140 s. ISBN 978-80-89271-22-1.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada Publishing, a.s. 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOLLÁROVÁ, E. 2005. *Aplikácie prístupu zameraného na človeka (PCA) vo vzťahoch*. Bratislava : Ikar, a.s. 2005. 196 s. ISBN 80-551-0961-3.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava : Sapientia, 1996. 255 s. ISBN 80-967-589-0-X.
- STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : Tripsoft, 2001. 197 s. ISBN 80-968294-6-7.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca*. Druhé vydanie. Prešov : AKCENT PRINT, 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov : AKCENT PRINT. 2007. 572 s. ISBN 978-80-969419-8-8.
- ÚLEHLA, I. 2009. *Umění pomáhat*. Praha : SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON), 2009. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.

V KAŠTIELI. [online]. 2011, [cit. 2012-02-14]. Dostupné na internete: <<http://www.zssvkastieli.sk/>>.

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava : Sapiaientia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.

VAŠEK, Š. – BAJO, I. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých. (Psychopédia)*. Bratislava : BARTÁK TISK, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedie, Klasifikace pohybových vad in PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

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

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2003. *Ošetrovatel'stvo. Teória a vedecký výskum*. Martin : Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.