

**UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
FILOZOFICKÁ FAKULTA**

KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE



Tatiana ŽIAKOVÁ, Dušan ŠLOSÁR

**SÚČASNÁ PERSPEKTÍVA SOCIÁLNEJ INKLÚZIE
ĽUDÍ S MENTÁLNYM ZNEVÝHODNENÍM**

KOŠICE 2018

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
FILOZOFICKÁ FAKULTA



KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

SÚČASNÁ PERSPEKTÍVA SOCIÁLNEJ INKLÚZIE ĽUDÍ
S MENTÁLNYM ZNEVÝHODNENÍM

TATIANA ŽIAKOVÁ, DUŠAN ŠLOSÁR

KOŠICE 2018

SÚČASNÁ PERSPEKTÍVA SOCIÁLNEJ INKLÚZIE ĽUDÍ S MENTÁLNYM ZNEVÝHODNENÍM

Vedecká monografia

©2018 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Doc. Mgr. JUDr. Dušan Šlosár, PhD., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Vedecký redaktor:

PhDr. Katarína Šiňaská, PhD., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Recenzenti:

prof. PaedDr. Anna Hudecová, PhD., *Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici.*

doc. PhDr. Mgr. Alena Bašistová, PhD., *Katedra sociálnej práce, Filozofická Fakulta, Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach.*

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv. Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel jazykovou úpravou.

Rozsah strán: 119

Rozsah: 6,38 AH

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 22.10.2018

ISBN 978-80-8152-651-0

Obsah

1 Vymedzenie rámcového konceptu mentálneho postihnutia – konceptualizácia a zdôvodnenie modelov mentálneho postihnutia	7
1.1 Mentálne postihnutie ako multidimenzionálny fenomén	7
1.2 Medicínsky – klasifikačný model.....	11
1.3 Sociálny model	16
1.4 Ekologický model.....	19
1.5 Koncept individuálnej opory, sebaurčenia a vyrovnania príležitostí ľudí s mentálnym postihnutím	21
2 Mentálne postihnutie/znevýhodnenie v spoločenskom kontexte.....	34
2.1 Súčasný tendenčný vývoj terminologického vymedzenia k identifikácii a k popisu ľudí s mentálnym znevýhodnením	34
2.2 Špecifiká socializácie ľudí s mentálnym postihnutím.....	38
2.3 Vplyv sociálneho prostredia na socializáciu	43
2.4 Význam rodiny v socializačnom procese	45
2.5 Aktuálne skúsenosti s procesom socializácie u ľudí s mentálnym znevýhodnením	48
2.6 Koncept sociálneho znevýhodnenia	51
2.7 Postoje spoločnosti k ľuďom s mentálnym znevýhodnením.....	53
2.8 Prosociálne správanie spoločnosti k ľuďom s mentálnym znevýhodnením	56
3 Sociálna inklúzia vo formálnej starostlivosti v porovnaní s neformálnou a ich skutočný prínos pre ľudí s mentálnym znevýhodnením	61
3.1 Formálna a neformálna sociálna práca ako podporný systém pre ľudí s mentálnym znevýhodnením.....	62
3.2 Sociálno-právna ochrana ľudí s mentálnym znevýhodnením	65
3.3 Sociálne služby pre ľudí s mentálnym znevýhodnením	68
3.4 Sociálno-demografická analýza sociálnych služieb	71
3.5 Dlhodobá starostlivosť	74
3.6 Spolupráca s rodinou jedinca s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb	76
3.7 Kompetencie sociálneho pracovníka	78
3.8 Kvalifikačné predpoklady pre výkon povolania sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb	81

4	Vybrané empirické zistenia ako inšpirácie k upresneniu kompetencií sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením	85
4.1	Charakteristika výskumnej vzorky a organizácia výskumu	87
4.2	Kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením vo formálnej starostlivosti	89
4.2.1	Intersubjektové rozdiely v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka	91
4.2.2	Rozdiely v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka z pohľadu respondentov	92
4.2.3	Okruhy problémov klienta s mentálnym znevýhodnením vo formálnej starostlivosti.....	97
4.2.4	Implementácia výsledných zistení empirickej analýzy do praxe.....	100
5	Záver.....	104
6	Zoznam bibliografických odkazov.....	106

Úvodné slovo

Kvalita koexistencie väčšinovej spoločnosti a ľudí s mentálnym znevýhodnením je závislá na vývoji postojov spoločnosti k tejto skupine ľudí. Tieto postoje odrážajú mieru spoločenskej tolerancie a zároveň sú výrazom úrovne vývoja spoločnosti. V tomto kontexte morálneho vývoja spoločnosti, resp. prosociálnosti pri posudzovaní rôznych situácií je potrebná schopnosť pochopenia a vcítania sa do situácie či javu aj z pohľadu iných, s cieľom pochopiť ich záujmy. Predmetom záujmu monografie sú spôsoby tematizovania konceptu sociálnej inklúzie (a s ním súvisiaci koncept sociálnej exklúzie) ľudí s mentálnym znevýhodnením, ktoré napomáhajú formulovať tézy o povahe spoločnosti k danej problematike a to v akademickej literatúre ako aj z praxi konkrétnych inštitúcií. Napriek tomu, že sa držíme prísne odborného jazyka, cieľom tejto publikácie je taktiež priamo odpovedať na niektoré praktické otázky rodinám s členom s mentálnym znevýhodnením.

Predpokladáme, že hľadanie nových riešení na sociálne problémy tejto skupiny ľudí si vyžaduje prijatie uceleného konceptu sociálnej inklúzie ako univerzálneho konsenzu do povedomia populácie v jej morálke, v postojoch i v opatreniach, čo by následne viedlo k ovplyvneniu nielen charakteru prijímaných politík, ale aj sociálnych opatrení v spoločnosti.

V monografii poukazujeme na to, že v našich podmienkach je dominantné poskytnutie profesionálnej opory a pomoci pre jedincov so znevýhodnením zabezpečené formou sociálnych služieb v zariadeniach s ambulatnou či pobytovou formou. Účelné a efektívne poskytnutie profesionálnej opory a starostlivosti si vyžaduje profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov. Význam profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka vo formálnej starostlivosti sa prejavuje najmä v kompetentnom výkone jeho pracovných činností, s cieľom dosiahnuť plnohodnotný a dôstojný život pre prijímateľov sociálnej služby s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb.

Avšak oblasť determinovania okruhu profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením vo formálnej starostlivosti sa v súčasnosti nevyvíja komplexne. Vzhľadom k týmto skutočnostiam sociálna práca v oblasti práce s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením vyžaduje záväzok k rozvíjaniu a

prehodnocovaní okruhu profesionálnych kompetencií sociálnych pracovníkov. To vedie k definovaní a hľadaniu potrebných profesijných funkcií.

Autori

Tatiana Žiaková, Dušan Šlosár

1 Vymedzenie rámcového konceptu mentálneho postihnutia – konceptualizácia a zdôvodnenie modelov mentálneho postihnutia

V spoločnosti existuje niekoľko rozdielnych pohľadov na vývoj rámcového konceptu mentálneho postihnutia, v rámci ktorých sa stále polemizuje o etických, sociálnych, ľudsko-právnych a sociálno-politických aspektoch ľudí so zdravotným znevýhodnením. To platí špeciálne u jedincov s mentálnym znevýhodnením, na ktorých sme upriamili pozornosť. Dosiahnutie uceleného rámcového konceptu by malo vyriešiť sociálne dilemy, ktoré vo vzťahu k ľuďom s mentálnym znevýhodnením v súčasnosti ako spoločnosť riešime. Prijatie tohto konceptu ako univerzálneho konsenzu do povedomia populácie v jej morálke, v postojoch i v opatreniach, by viedlo k ovplyvneniu nielen charakteru prijímaných politík, ale aj sociálnych opatrení v spoločnosti.

Vzhľadom ku skúmanému konceptu, samotné vnímanie mentálneho postihnutia ako sociálneho fenoménu má ako každý filozofický problém tri fundamentálne roviny, ktoré sú vymedzené nasledovne: (a) čo je podstata skúmaného problému (ontologická rovina); (b) ako môžeme podstatu poznať (gnozeologická rovina); (c) aký má skúmaný problém význam pre jedinca, ale aj pre spoločnosť (axiologická rovina). Hranice medzi obsahovými rámcami týchto skúmaných okruhov nie sú úzko vymedzené ale navzájom sa prelínajú.¹ Z tohto pohľadu sa pokúsime komplexne priblížiť jednotlivé aspekty životných kontextov jedinca s mentálnym postihnutím v súčasnej spoločnosti z rôznych hľadísk, čo zároveň vytvára priestor na poukázanie a porovnanie definičných teórií v rámci konceptuálnych modelov znevýhodnením.

1.1 Mentálne postihnutie ako multidimenzionálny fenomén

V podmienkach Slovenska dodnes neexistuje úplne jednotná štatistika, ktorá by uvádzala smerodajný počet existujúcich ľudí s mentálnym postihnutím² v spoločnosti,

¹ NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i realita.

² Radi by sme poznamenali, že si uvedomujeme význam používania rodovo citlivého jazyka, ale pre prehľadnosť čítania ďalšieho textu navrhujeme, že budeme používať mužský rod pojmu sociálny pracovník, klient, prijímateľ sociálnych služieb mysliac však oba rody. V monografii sme si následne

čo však v porovnaní s inými krajinami ale nie je ojedinelé. Problematická skutočnosť, ktorá sa odráža v determinovaní valencie ľudí s mentálnym postihnutím vo svetovej populácii sa prejavuje vo variabilite terminológie pre túto sociálnu skupinu.³ Jedno z možných vysvetlení je, že vo väčšine prípadoch diagnostikovaných jedincov s mentálnou retardáciou je možný výskyt pridruženého postihnutia v rôznej kombinácii – máme na mysli viacnásobné postihnutie zmyslov, pohybového aparátu, psychických chorôb alebo pervazívno vývinových porúch.⁴ Zároveň je to jedno z odôvodnení, prečo je zložité charakterizovať takú rozsiahlu heterogénnu skupinu jednotnou definíciou, ktorá by vo svojej podstate bola natoľko univerzálna, aby obsiahla popisnú charakteristiku, mnohostrannosť, ako aj komplexnosť objasnenia súvislostí a abnormalít u každého jedinca. Vzhľadom k tomu mentálnu retardáciu ako určujúcu diagnózu popisujeme cez definície autorov, ktorí pomocou nasledovných všeobecných znakov zohľadňovali definičné faktory zo psychologickkej, pedagogickej, medicínskej a sociálnej perspektívy:

- ide o stav, pre ktorý je signifikantnou charakteristikou obmedzenie intelektových schopností v priebehu života jedinca (len do 18 roku života);⁵
- ide o stav, ktorý je sprevádzaný zníženou sociálnou prispôsobivosťou, ktorá sa prejavuje ako limitácia zapojenia jedinca s mentálnym postihnutím do pracovného, spoločenského a politického diania spoločnosti;⁶
- nemá sa interpretovať ako doživotný či nemenný stav, ale ako dynamický proces, ktorý môže byť determinovaný biologickými, psychologickými a sociálnymi faktormi;⁷

zvolili z etických dôvodov ekvivalentný pojem ľudí s mentálnym znevýhodnením, keďže je v podstate všeobecne eticky prijatý a súborne označuje kategóriu ľudí s celkovým znížením intelektových schopností. Termín mentálne postihnutie budeme používať vo vzťahu k diagnóze.

³ REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte.

⁴ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

⁵ SCHALOCK, R. L. a R. A. LUCKASSON, et al. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

⁶ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. OREL, M. Psychopatologie.

⁷ VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálně postihnutých.

HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálním postihnutím a společnost.

-
- horná hranica dosiahnuteľného rozvoja je možná adekvátnym výchovným a terapeutickým vplyvom na jedinca samozrejme v závislosti na etiológii – jeho stanovenej diagnózy.⁸

Etiologické faktory mentálnej retardácie sú variabilné a z medicínskeho hľadiska sú determinované z aspektu pôvodu na (a) endogenné faktory – dedične podmienené génové či chromozomálne postihnutie; (b) exogenné faktory – vplyv environmentálnych, chemických či biologických teratogenov. Z aspektu doby pôsobenia rozlišujeme faktory (c) v prenatalnom období; (d) v perinatálnom období; (e) v postnatálnom období.⁹ V postnatálnom období u niektorých prípadov detí (od 1,5 -2 rokov) je komplikované odlišiť primárne a sekundárne príčiny mentálnej retardácie, keďže v anamnéze jedinca s mentálnym postihnutím sa môže vyskytnúť viac etiologických faktorov. Špecifickú definičnú skupinu tvoria sociálne faktory, kedy príčinou nie je narušenie CNS ako u diagnózy mentálne postihnutie, ale nedostatok primeraných podnetov. Vzhľadom k tomu, vysvetlením je, že ide o stav získaný, teda je meniteľný. Definovanie tohto stavu je následne ako sociálne poškodený vývin rozumových schopností, ktorý sa dá pozitívne ovplyvniť primeranými intervenčnými programami.¹⁰

Pri diagnostikovaní mentálneho postihnutia u jedinca – ako upozorňuje Asociácia pre mentálne a vývinové postihnutia (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD*) – je dôležité aj preskúmanie úrovne fungovania jedinca, nezávisle od etiológie, kde je nutné, aby boli obmedzenia vnímané v kontexte prostredia daného jedinca, jeho kultúry, jazykovej rozmanitosti a ďalších možných obmedzení (napr. fyzické, vnemové, behaviorálne). V tomto ohľade je relevantné vnímanie mentálnej retardácie ako multidimenzionálneho fenoménu, ktorý predstavuje rozmanitý komplex individuálnej pomoci a potrieb.¹¹ Výhody pochopenia multidimenzionálnej povahy sú nasledovné: (a) rozpoznanie rozličných biologických a sociálnych komplexov spojených s postihnutím; (b) zaznamenanie základnej

⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

⁹ VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálne postihnutých.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

PIKÁLEK, Š. Výchovná a rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých.

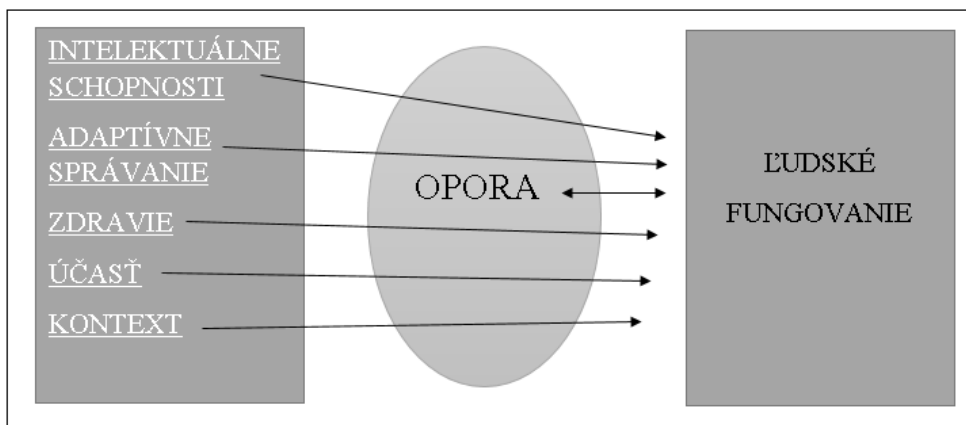
¹⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

¹¹ SZYMANSKI, L. S and L. C. KAPLAN. Mental retardation. In Dulcan, K. M. and J. M. Wienwe et al. *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*.

COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability.

charakteristiky osoby s daným postihnutím; (c) založenie ekologického rámca pre podmienky podpory; (d) poskytovanie stálej konceptuálnej bázy na rozlíšenie medzi osobami so zdravotným postihnutím a osobami s vývinovými poruchami; (e) rozpoznávanie prejavov mentálneho postihnutia, ktorý zahŕňa dynamické, recipročné prepojenia medzi intelektuálnou schopnosťou, adaptívnym správaním, zdravím, participáciou, kontextom a individualizovanou oporou. Bližšie vysvetlenie ponúka obrázok 1, znázorňujúci schému funkčných schopností ľudského fungovania, ktorú sme popísali.¹²



Obrázok 1 Konceptuálna schéma funkčných schopností¹³

Vzhľadom k uvedenému popisu obsiahlej diagnózy mentálneho postihnutia je pochopenie multidimenzionálnej povahy cez definičné faktory, ktoré vytvárajú klinický obraz jedinca s mentálnym postihnutím. Našou snahou je poukázať na účelovosť vytvorenia univerzálnej definície a klasifikácie vo svetovom meradle, ktoré by zohľadňovali všetky súčasné modely na základe ktorých by bolo možné znalosť podrobnej diagnózy nepovažovať len za stigmatizáciu jedinca, ktorá následne vedie ku sociálnej exklúzii.

Ako každý fenomén, tak v tomto kontexte aj mentálne postihnutie vo svojej multidimenzionálnej povahe v súčasnosti zastrešuje psychologické, pedagogické, medicínske, sociálne a právne perspektívy, ktoré sa neustále vyvíjajú a podieľajú sa na jej charakteristike či determinovaní. M. Lečbych to popisuje ako pozorovanie jednej problematiky z rôznych hľadísk, čo vytvára priestor na vzniknutie nových definičných

¹² COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability.

¹³ COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability. s. 13-20.

teórií v rámci konceptuálnych modelov mentálneho postihnutia. Tieto modely majú rozličné implikácie, ktoré sa neustále vyvíjajú vzhľadom ku aktuálnej problematike ľudí s mentálnym postihnutím.¹⁴

1.2 Medicínsky – klasifikačný model

Medicínsky model mentálneho postihnutia ako diagnózy má v súčasnom kultúrnom kontexte dominantnú pozíciu, keďže jeho rozvoj pretrvával viac ako 100 rokov. Primárne sa orientuje na skúmanie a popisovanie rozdielov normality a abnormality. Zameriava sa na špecifikáciu ľudí s mentálnym postihnutím, čím sa zdôrazňuje nevyhnutná funkcia dlhodobých deficitov a limitov jedincov s mentálnym postihnutím.¹⁵ Limity vo fungovaní sú označované ako „postihnutie“ (*disability* – doslovne neschopnosť, obmedzenosť), ktoré môžu byť spôsobené problémami v telesnej štruktúre, vo funkciách a v osobných aktivitách a je nutné ich korigovať – normalizovať.¹⁶ Keďže medicínsky model primárne preferuje psychopatologickú diagnostiku a vzhľadom k tomu rozlišuje mieru závažnosti deficitu ako aj limitov (obmedzení) jedincov s mentálnym postihnutím, býva vzhľadom na svoju implikáciu tento model označovaný aj ako klasifikačný alebo diagnostický.¹⁷

Tabuľka 1 Stupne mentálnej retardácie podľa MKCH 10 (ICD 10) z r. 2018

ódový údaj Kategoré	Terminologické označenie stupňa mentálnej retardácie	Pásmo IQ
F70	Mierna duševná zaostalosť	69 – 50
F70.0	Mierna duševná zaostalosť bez poruchy správania alebo s minimálnou poruchou správania	
F70.1	Mierna duševná zaostalosť s významnou poruchou správania a s potrebou pozorovania alebo liečby	
F70.8	Mierna duševná zaostalosť s inou poruchou správania	
F70.9	Mierna duševná zaostalosť bez údajov o poruche správania	
F71	Stredne ťažká duševná zaostalosť	49 – 35
F72	Ťažká duševná zaostalosť	34 – 20
F73	Hlboká duševná zaostalosť	pod 20
F78	iná duševná zaostalosť	

¹⁴ LEČBYCH, M. In VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

¹⁵ EMERSON, E. and CH. HALTON. Health inequalities and people with intellectual disabilities.

¹⁶ COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability.

¹⁷ LEČBYCH, M. In M. VALENTA, a kol. Mentální postižení.

Zdroj: Tabuľku vytvorila autorka na základe údajov MKCH 10.¹⁸

V súčasnosti medicínsky – klasifikačný model reflektuje duálny systém klasifikácie duševných porúch vo svete. Jednou z nich je Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH 10, medzinárodné označenie – ICD 10) spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (*WHO*) od roku 1992, ktorú používame aj na Slovensku. Podľa nej sa následne klasifikuje duševná zaostalosť/mentálne postihnutie do šiestich kategórií (F70 – F79) ako uvádza tabuľka 1. Jediniec s mentálnym postihnutím je klasifikovaný podľa štandardov MKCH 10 (ICD 10) na základe jeho charakteristických obmedzení v adaptívnom fungovaní ako aj podľa definičných kritérií pri posudzovaní poruchy rozumových schopností.¹⁹ Porucha sa prejavuje počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností. Intelektuálne schopnosti a sociálna adaptácia sa môžu zlepšiť vplyvom nácviku alebo rehabilitácie pod dohľadom profesionálnych odborníkov. Vzhľadom k týmto skutočnostiam na základe súčasnej úrovne vývinovej periódy sa uvádza nasledovné podrozdelenie:

...0 bez poruchy správania alebo s minimálnou poruchou správania,

...1 s významnou poruchou správania a s potrebou pozorovania alebo liečby,

...8 s inou poruchou správania,

...9 bez údajov o poruche správania.

Jednotlivé kategórie popisujú údaj o stupni (kategórii) duševnej zaostalosti/mentálneho postihnutia, v ktorých je obsiahnutý zosumarizovaný (klinický) obraz jedinca s mentálnym postihnutím vo vzťahu k populačnej norme spoločnosti.²⁰

Mierna duševná zaostalosť (F70) je diagnostikovaná u 85% jedincov s mentálnym postihnutím. V porovnaní s intaktnými jedincami najmarkantnejšie rozdiely jedinca s touto diagnózou sú v oblasti komunikácie, kognície, autoregulácie a správania.²¹ Jedinci s touto diagnózou sú schopní dosiahnuť úplnú samostatnosť

¹⁸INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISABILITY – ICD 10. [online].

¹⁹ HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

VALENTA, M. a kol. Mentálni postihnutí.

VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálne postihnutých.

²⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

²¹ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

v sebaobsluže od ostatných ľudí vo svojom okolí. V adaptovanom sociálnom prostredí sú schopní pracovne sa uplatniť – sebarealizovať sa na takých pozíciách, ktoré vyžadujú iba praktické schopnosti.²² Napriek rôznemu druhu kognitívneho znevýhodnenia sú v dnešnej dobe jedinci s touto diagnózou vzdelávateľní. Avšak zameranie edukácie zo strany pedagógov by malo byť na implikáciu vzdelávacích postupov zameraných na kompenzáciu ich nedostatkov (napr. dysgrafické, dyskalkulické a dyslektické poruchy). V sociokultúrnom kontexte v závislosti od psychomotorického vývinu, niektorí jedinci sú schopní udržiavať sociálne interakcie s inými osobami (aj na sociálnych sieťach na internete). Avšak na úspešné fungovanie v spoločnosti majú vplyv aj ďalšie faktory (pervazívna vývinová porucha, pridružené zdravotné postihnutie, epilepsia, porucha aktivity a pozornosti a pod.), v dôsledku čoho sa môže prejaviť emočná, kognitívna a sociálna nezrelosť u jedinca a s tým spojené problémy v socializácii.²³

Stredne ťažká duševná zaostalosť (F71) sa prejavuje u 10% jedincov s mentálnym postihnutím. V tomto rozmedzí je neuropsychický vývin a rozvoj porozumenia výrazne oneskorený. Jedinci si osvojujú len bazálnu slovnú zásobu, ktorá je agramatická. V pedagogickej edukácii sú ich výkony limitované, zvládnu len základy trívia.²⁴ Nutné v tomto prípade je využitie špeciálnopedagogických alternatívnych programov, čo môže prispieť k rozvoju potenciálu jedinca. V sebaobslužných činnostiach dokážu byť samostatní, len potrebujú dohľad a občasnú pomoc – podporu pri úkonoch. Niektorí dospelí sú schopní pracovať v chránených dielňach pod dohľadom, vzhľadom k tejto diagnóze jedinci vyžadujú rôzne stupne ekonomickej a sociálnej podpory.²⁵

Ťažká duševná zaostalosť (F72) je sprevádzaná výraznými obmedzeniami a poruchami – motoriky, komunikácie, s pridruženým somatickým a fyzickým postihnutím u 5% jedincov s mentálnym postihnutím. Neuropsychický vývin je celkovo obmedzený, u jedincov sa vyskytujú torpidné stavy (tuposť, nezáujem a nečinnosť) alebo naopak eretické stavy (nepokoj, zvýšená agresivita, autoagresia).²⁶ Jedinci s touto diagnózou elementárne trívium nezvládajú, vyžadujú neustálu podporu a pomoc aj pri

²² ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

OREL, M. a kol. Psychopatologie.

²³ HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálním postihnutím a společnost.

ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

²⁴ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. OREL, M. a kol. Psychopatologie.

²⁵ HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálním postihnutím a společnost.

²⁶ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. OREL, M. a kol. Psychopatologie.

jednoduchých úkonoch. Včasnou a systematickou špeciálnou rehabilitáciou a výchovnou starostlivosťou profesionálov môže nastať rozvoj v niektorých oblastiach motoriky, kognície, autoregulácie a správania, čím sa zlepši aj ich kvalita života. Vzhľadom k tejto diagnóze sú jedinci odkázaní na ekonomickú a sociálnu podporu od spoločnosti.²⁷

Hlboká duševná zaostalosť (F73) predstavuje vážne poškodenia fungovania organizmu v bio-psycho-sociálnej dimenzii, čím dochádza k obmedzeniam vo všetkých životných aktivitách ako aj v adaptívnom fungovaní. V tomto rozmedzí je neuropsychický vývin výrazne obmedzený – jedinec s touto diagnózou má obmedzenú schopnosť porozumieť požiadavkám a inštrukciám okolia. U detí s touto diagnózou je komplikovanejšie diagnostikovať pervazívnu vývinovú poruchu (atypický autizmus), keďže samotná diagnóza je pervazívna.²⁸ Schopnosť reagovania jedinca na podnety je prostredníctvom komunikácie, čo je charakteristické v tomto prípade ako „rudimentárny neverbálny spôsob“ alebo určité gestá sociálneho správania (napr. úsmev, plač, zamračenie sa).²⁹ Jedinci s touto diagnózou oproti predchádzajúcej kategórii vyžadujú neustálu starostlivosť a asistenciu pri sebaobslužných činnostiach. Nutnosťou je neustále stimulovať ich vývin pomocou individuálnej starostlivosti a rehabilitácie pod vedením profesionálnych odborníkov v zdravotníckych zariadeniach alebo v zariadeniach sociálnych služieb. Vzhľadom k diagnóze a možnému pridruženému fyzickému a zmyslovému postihnutiu je potrebný neustály dohľad nad jedincom.³⁰

Iná duševná zaostalosť (F78) ako kategória sa používa v tom prípade, ak stanovenie stupňa mentálnej zaostalosti/mentálnej retardácie nie je možné presne určiť vzhľadom k pridruženému somatickému alebo sensorickému postihnutiu. Duševná zaostalosť, bližšie neurčená (F79) je klasifikačným stupňom pre takú možnosť, kedy mentálna zaostalosť/ mentálne postihnutie je preukázateľné u jedinca, ale pre nedostatok znakov nie je možné ho presne zaradiť do niektorej z vyššie popísaných kategórií (stupňov).³¹

²⁷ HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

²⁸ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. OREL, M. a kol. Psychopatologie.

²⁹ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace.

OREL, M. a kol. Psychopatologie.

³⁰ HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

³¹ OREL, M. Psychopatologie.

HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

Stručne popísané klasifikačné stupne podľa štandardov MKCH 10 (ICD 10) sa čiastočne odlišujú od ďalšej uznávanej klasifikácie medicínskeho modelu – od Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*) Americkej psychiatickej spoločnosti (*American Psychological Association – APA*). Vzhľadom k novodobému terminologickému fenoménu mentálneho postihnutia, ktorý vyvolal tlak spoločnosti (bližšie v kapitole 2), v obnovennej verzii manuálu Americká psychiatická spoločnosť nahrádza diskriminujúci termín mentálne postihnutie za nový pojem mentálna vývinová porucha (*intellectual developmental disorder*).³² Zároveň mentálne postihnutie ako diagnóza bolo zaradené medzi neurónovývinové poruchy a namiesto IQ sa dôraz kladie pri hodnotení funkčnosti a adaptačných schopností.

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association) **od roku 2013** klasifikuje mentálne postihnutie (Intellectual Disability) do nasledujúcich stupňov, pričom integruje v sebe aj kódy klasifikácie ICD-10 (MKCH-10):³³

- **317 (F70) MILD INTELLECTUAL DISABILITY**
(IQ 50 – 55 až 70)
- **318.0 (F71) MODERATE INTELLECTUAL DISABILITY**
(IQ 35 – 40 až 50 – 55)
- **318.1 (F72) SEVERE INTELLECTUAL DISABILITY**
(IQ 20 – 25 až 35 – 40)
- **318.2 (F73) PROFOUND INTELLECTUAL DISABILITY**
(IQ pod 20 – 25)

Podobne Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) plánuje zmeniť terminológiu aj klasifikáciu mentálneho postihnutia v plánovanej revízii Medzinárodnej klasifikácii chorôb (*International Classification of Diseases – ICD 11*), ktorú zverejní v roku 2018.³⁴

³²DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-5) – development. American Psychiatric Association. [online]. 2012.

³³DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-5) – development. American Psychiatric Association. [online].

³⁴THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 11TH REVISION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. [online].

Pri bližšej analýze medicínskeho modelu E. Emersonom, ktorý zosumarizoval názory viacerých odborníkov sa predpokladá, že v užšom kontexte sa tento model pokúša o klasifikáciu pozorovaných javov a komplexnú definíciu mentálnej retardácie. Zároveň tento model zdôrazňuje hlavne to, čoho jedinec nie je schopný dosiahnuť vzhľadom k svojej abnormite, ktorá vedie k určitému stupňu postihnutia alebo ku funkčnej limitácii. Dôsledkom sú rozličné negatívne dôsledky pre jedincov s mentálnym postihnutím (marginalizácia, sociálna exklúzia). Uplatnenie tohto modelu Emerson z tohto aspektu vidí pre dlhodobú starostlivosť, ktorá by súčasne zastrešovala prevenciu, rehabilitáciu a zdravotnícku starostlivosť. Akákoľvek snaha urobiť jedinca s mentálnym postihnutím rovnoprávnym a plnohodnotným členom v spoločnosti s maximálne možným stupňom samostatnosti v bežných denných činnostiach sa neuplatňuje, keďže sa to považuje za irelevantné a zároveň nedosiahnuteľné vzhľadom na jeho diagnózu klasifikovanú na základe definičných kritérií. Vzhľadom k tomu je povinnosťou spoločnosti vypracovať adekvátne podmienky pre starostlivosť.³⁵

1.3 Sociálny model

Perspektíva a atribúty sociálneho modelu sú v jasnom kontraste k medicínskemu modelu, keďže sa pokúša vytvoriť rámcový koncept mentálneho postihnutia, ako napríklad presadzovanie sociálnych práv, rovnakých príležitostí s rovnakým zaobchádzaním vrátane odstraňovania edukačných, sociálnych, kultúrnych, psychosociálnych a ekonomických bariér, ktoré vyčleňujú ľudí so znevýhodnením z plnohodnotného sociálneho života. Koncept sociálneho modelu hlavne poukazuje na nerovnosti ako výraz sociálneho útlaku a exklúzie, s ktorými sa stretávajú ľudia s mentálnym postihnutím.³⁶ V tejto súvislosti E. Evenhuis apeluje na kolektívnu zodpovednosť spoločnosti. V dôsledku nej by pomoc ako prosociálna činnosť v rámci opornej siete k tejto sociálnej skupine ľudí od majoritnej spoločnosti bola adresnejšia, efektívnejšia a bez negatívnych postojov (predsudkov). Následne jedinec s mentálnym postihnutím a jeho rodinní príslušníci by neboli v každodennej konfrontácii medzi existujúcimi bariérami a absentujúcou podporou v spoločnosti.³⁷

³⁵ EMERSON, E. and CH. HALTON. Health inequalities and people with intellectual disabilities.

³⁶ EMERSON, E. and CH. HALTON. Health inequalities and people with intellectual disabilities.

³⁷ EVENHUIS, H. et al. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities. p. 5.

Nepriaznivé bariéry, ktoré ovplyvňujú životné kontexty ľudí s mentálnym postihnutím žijúcich v rodinách alebo v zariadeniach sociálnych služieb zosumarizovala Svetová zdravotnícka organizácia v spolupráci so Svetovou bankou v roku 2011. Svetová správa o zdravotnom postihnutí (*World Report on Disability*) uvádza nasledovné existujúce nepriaznivé bariéry, ktoré obmedzujú účasť ľudí s mentálnym postihnutím v aktuálnych životných kontextoch (ekonomické, sociálne, zdravotné) v procese individuálnej socializácie, čo následne vedie ku ich segregácii alebo až exklúzii.³⁸

Bariéry v prijímaní informácií – predstavujú prekážky ak stigmatizujúci prejav spasticity alebo pridružené zmyslové postihnutie (zrak, sluch) človeka s mentálnym postihnutím vedie ku komunikačným bariéram s majoritnou spoločnosťou, ale aj s ich rodinnými členmi. Z tohto špecifika vyplýva problematická dostupnosť informácií o programoch, ktoré sú úspešné a môžu skvalitňovať životné podmienky ľudí s mentálnym postihnutím a ich rodín.³⁹ Ako príklad uvádza M. Pörtnerová absenciu oboznámenia rodičov s metódou preterapie, ktorá sa zaoberá postupom v nadväzovaní kontaktu s ľuďmi s mentálnym postihnutím, aby neboli vylúčení z rozhodovacích procesov v otázkach, ktoré priamo ovplyvňujú ich životy.⁴⁰

Bariéry v nedostačujúcej politike – prejavujúce sa vtedy, ak adekvátne potreby ľudí s mentálnym postihnutím nie sú zohľadňované s aktuálnymi nárokmi na systémy a spôsoby života v spoločnosti na legislatívnej úrovni v danej krajine.

Bariéry v životnom prostredí – vnikajú ako reálne obmedzenia, ktoré znemožňujú pohyb jedincov s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí sú imobilní. V tejto problematike nejde len o úpravy interiéru v domácnosti, ale týka sa to aj mnohých budov, inštitúcií a dopravných systémov, ktoré sú vysoko bariérové.

Bariéry v medziludských postojoch – sú charakterizované ako negatívne postoje či predsudky sociálnych skupín a spoločnosti, na ktorých sa podieľa aj odborný personál či učitelia, ktorí „nevidia za postihnutím individualitu jedinca“. Ďalším atribútom je, ak členovia rodiny majú veľmi nízke očakávania od svojich príbuzných s postihnutím. Následne výsledným efektom tohto dlhodobého procesu je diskriminácia či

³⁸ WHO - World Report on Disability. p. 262.

REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie.

³⁹WHO -World Report on Disability. p. 262.

REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie.

⁴⁰ PÖRTNEROVÁ, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.

stigmatizácia jedinca, ktoré vedú až ku sociálnej exklúzii. Pridruženým problémom je postupná izolovanosť rodín s jedincom s mentálnym postihnutím od spoločnosti a kladené nároky na stabilitu oboch rodičov. To je najčastejšie príčinou rezignácie buď jedného (najčastejšie otca, keď dieťa ostane v opatere matky), alebo obidvoch rodičov súčasne vo výchove dieťaťa s mentálnym postihnutím.

Bariéry v konzultácii a zapájaní sa – ak mnohí ľudia s mentálnym postihnutím sú vylúčení z rozhodovacích procesov, ktoré ovplyvňujú priamo ich životy a nemajú možnosť výberu voľby, ktorá by bola podľa nich najvhodnejšia.⁴¹ Samotní pracovníci zariadení sociálnych služieb, ako aj rodičia, by mali pristupovať k plnoletému jedincovi s mentálnym postihnutím ako ku dospelaj osobe s ohľadom na jeho obmedzené možnosti. Z čoho vyplýva rešpektovanie jeho súkromia, jeho dôstojnosti a poskytnutie mu takej sociálnej podpory, aby v rámci akceptovaných vlastných rozhodnutí dospel k primeranému zaobchádzaniu.⁴²

Bariéry v poskytovaní služieb – prejavujú sa ako neprimerané personálne zabezpečenie alebo slabé (odborné) schopnosti personálu, čo môže ovplyvniť kvalitu ako aj primeranosť služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím. Ďalšou prekážkou je marginálne zastúpenie niektorých typov zariadení sociálnych služieb na regionálnej úrovni.

Bariéry v informovanosti a v zbieraní údajov – predstavujú existenciu variability terminológie zdravotného postihnutia, ako aj jej legislatívnu mnohoúčelovosť, čo len poukazuje na nedostatok presných a porovnateľných údajov o úspešných programoch vo svete. Pre pochopenie problematiky mentálneho postihnutia je potrebné profesionálnymi odborníkmi vypracovanie komplexnej analýzy sociálneho prostredia a jeho dopadov na rôzne aspekty znevýhodnenia jedinca so stanovenou systematickou pravidelnosťou.

Primárnym rámcom sociálneho modelu, na ktorý poukazuje E. Emerson, je politicko-spoločenská zmena, ktorá posúva pozornosť od diagnózy jedinca – limitácie jeho potenciálnych funkcií – ku znevýhodneniu ako ku sociálnemu fenoménu, ktorý je dôsledkom postojov, pomerov a systémov znevýhodňujúcej spoločnosti. V takomto zmysle tento model apeluje na politickej úrovni, aby sa preventívne podchytili ekonomické, kultúrne a sociálne štruktúry a procesy, ktoré znevýhodňujú ľudí

⁴¹ WHO -World Report on Disability. s. 262.

⁴²MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi.

s mentálnym postihnutím v legislatíve.⁴³ Avšak podstatným deficitom sociálneho modelu je jeho koncentrovanie sa na kvalitnú komplexnú starostlivosť, kde dôležitým míľnikom je deklarácia OSN – *Dohovor o ľudských právach ľudí so zdravotným postihnutím*. Tento prístup modelu sa zameriava na spoločenské aspekty sociálneho znevýhodnenia vo forme finančných príspevkov a nárastu zariadení sociálnych služieb zameraných na starostlivosť o ľudí s mentálnym postihnutím. Výsledným efektom je, že jedinec s mentálnym postihnutím sa stáva pasívnym prijímateľom a pestuje sa tým u neho závislosť od ostatných ľudí. Vzhľadom k tomu sa v súčasnosti vedú diskusie o tom, akým spôsobom rozpoznať realitu znevýhodnenia a realitu nedostatku.⁴⁴

1.4 Ekologický model

Ako sme poukázali v predošlých rámcových modeloch, v súčasnosti sa uskutočnili rozličné pokusy na prepracovanie konceptu mentálneho postihnutia. Avšak podobne ako sociálny model, aj tento v sebe zahrňuje filozofiu inkluzívneho hnutia pre jedincov s mentálnym postihnutím s cieľom vyhnúť sa sociálnej exklúzii jedinca. Primárnym cieľom je tak apelovanie na právo každého jedinca s akýmkoľvek znevýhodnením aktívne participovať na živote v spoločnosti, čo následne vylučuje segregáciu jedinca s mentálnym postihnutím do zariadení sociálnych služieb mimo jeho komunitu.⁴⁵

V tomto prístupe sa sociálni pracovníci ako aj pomáhajúci pracovníci nevyhnutne dostávajú do tohto ekologického rámca poskytovania starostlivosti, ak sú zamestnaní v oblasti poskytovania starostlivosti vo verejnom sektore. Tento prístup zdôrazňuje význam determinantov sociálneho charakteru akými sú príjem, vzdelanie, bývanie, zamestnanie, ubytovanie, pracovné podmienky, geografická poloha, infraštruktúra a pod. Základný princíp tohto prístupu spočíva v uvedomení si faktu, že jedinci s mentálnym postihnutím často nemajú kontrolu nad sociálnym prostredím, v ktorom fungujú a potrebujú oporu na dosiahnutie aktivizácie samostatnosti a sebaurčenia. Vzhľadom k tomu nemajú kontrolu nad niektorými negatívnymi faktormi, ktoré majú vplyv na ich fungovanie v spoločnosti. Z toho jasne vyplýva, že je nutné podporovať intervenciu na štrukturálnej a politickej rovine, aby sa zmiernil vplyv

⁴³ EMERSON, E. and CH. HALTON. Health inequalities and people with intellectual disabilities.

⁴⁴ LEČBYCH, M. In VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

⁴⁵ VALENTA, M. Mentální postižení.

znevýhodnenia u jedinca s mentálnym postihnutím. Nevýhodu ekologického modelu je možné vidieť v tom, že sa zameriava oproti predošlým modelom podstatne viac na prevenciu vo vzťahu k celým sociálnym skupinám s nejakým znevýhodnením, ako na riešenie individuálnych problémov jedincov. V neposlednom rade jeho prednosťou je využiteľnosť sociálnej inklúzie v rámci sociálnej práce v praxi a spôsob akým sa určitej znevýhodnenej skupine poskytuje kvalitná starostlivosť.⁴⁶

V tomto ponímaní nie je prijímateľ sociálnej služby s mentálnym postihnutím len objektom sociálnej práce, teda pasívnym prijímateľom pomoci a starostlivosti. Zámerom je, aby sa stal aktívnym článkom tohto procesu.⁴⁷ V súvislosti s ekologickým modelom M. Pörtnerová predkladá nemanipulatívny prístup a jeho zameranie na ciele podporu pre jedinca s mentálnym postihnutím ako prijímateľa sociálnej služby v kontexte prístupu zameraného na človeka. Tento prístup má dopomôcť k úspešnej spolupráci prijímateľov sociálnej služby a kľúčových pracovníkov s ohľadom na naplnenie potreby seberealizácie jedinca. Táto potreba môže byť z rôznych príčin obmedzená a v tom prípade je potrebné nachádzať vhodné formy individuálnej kompenzácie pre jej saturáciu a aktivovať vnútorné zdroje jedinca.⁴⁸ Tento model uprednostňuje pri klasifikácii ľudí s mentálnym postihnutím nasledovné definičné atribúty pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti:

- (a) schopnosti jedinca – rozpoznanie biologických a sociálnych komplexov spojených s postihnutím;
- (b) sociálne prostredie, ktoré určuje podmienky životného kontextu jedinca;
- (c) fungovanie, ktoré je zadefinované ako stupeň ekologického rámca pre podmienky adekvátnej podpory;
- (d) časový rámec, pre vytvorenie aktuálnej podpory.⁴⁹

Toto vnímanie konceptu mentálneho postihnutia je v súčasnosti dominantou klasifikačného systému štandardizovanej podpory AAIDD, s ktorou je obsahovo konzistentná Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, postihnutia a zdravia –

⁴⁶ KELEHER, H. and B. MURPHY In WILSON, J. and W. H. CHUI. Social Work and Human Services Best Practice.

⁴⁷ KRUPA, S. Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. 2007–a

⁴⁸ PÖRTNEROVÁ, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.

⁴⁹ COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability.

MKF (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), ktorý predložila Svetová zdravotnícka organizácia – WHO (2001). Podľa tohto modelu termín „funkčné schopnosti“ zahrňuje všetky životné aktivity ľudského fungovania, ktoré sú potrebné na sociálnu inklúziu jedinca so sociálnym znevýhodnením – telesné funkcie, osobné aktivity a participácia na komunitnom a sociálnom živote, ktoré sú ovplyvňované zdravím jedinca, jeho prostredím a kontextuálnymi faktormi.⁵⁰

Implementácia prvkov MKF do legislatívnej posudzovacej praxe na Slovensku,⁵¹ podobne ako v krajinách Európskej únie, zjednotila pravidlá posudzovania funkčnej schopnosti zdravotného postihnutia podľa odporúčania dokumentu. Jedným zo zámerov bolo podporiť zotrvanie osôb s mentálnym postihnutím v prirodzenom rodinnom prostredí v rámci podpory neformálnej starostlivosti. Následne sa týmto počínom usilovali znížiť tlak žiadateľov o poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, čím by sa mali do budúca aj naplňovať stanovené ciele deinštitucionalizácie a transformácie sociálnych služieb. Druhým cieľovým zámerom bolo eliminovať prípady, kedy umiestnenie ľudí s mentálnym postihnutím do zariadení sociálnych služieb s pobytovou formou starostlivosti bolo zo strany rodiny za iným účelom ako odkázanosť na pomoc inej osoby.⁵²

Z predstavených modelov vyplýva, že existuje niekoľko rozdielnych pohľadov na vývoj rámcového konceptu mentálneho postihnutia. Avšak pre optimálnu úplnosť tohto konceptu si dovoľujeme presunúť centrum pozornosti na životné kontexty jedinca s mentálnym postihnutím ako užívateľa sociálnych služieb v procese individuálnej interakcie so sociálnym prostredím, v ktorom dôležitú úlohu zohrávajú sociálni pracovníci s koordinovaným prístupom individuálnej opory.

1.5 Koncept individuálnej opory, sebaurčenia a vyrovnania príležitostí ľudí s mentálnym postihnutím

Teória základných potrieb, respektíve teória motivácie A. Maslowa môže byť aplikovaná na takmer každú oblasť individuálneho a sociálneho života jedinca. Plnohodnotná teória motivácie vyžaduje určité základné predpoklady, ktoré by bolo potrebné bližšie špecifikovať. V prvom rade je potrebné brať na vedomie fakt, že

⁵⁰ COULTER, D. Multidimensional framework for understanding intellectual disability.

⁵¹ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenom názve.

⁵² REPKOVÁ, K a L. BRICHTOVÁ. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím.

jedinec je akýmsi integrovaným, organizovaným celkom. Maslow sa domnieva, že je skôr výnimkou, aby akýkoľvek vedomý stav, či požiadavka, mala iba jednu motiváciu. Inými slovami, je to vždy celý človek, ktorý je motivovaný, nie iba jeho časť. Ako príklad uvádza, že ak je človek hladný, je hladný „v celku“, nie je hladná iba jedna jeho časť.⁵³ Tradičná Maslowova hierarchia potrieb sformulovaná v rámci teórie ľudskej motivácie prepája teoretické prístupy funkcionalizmu (James, Dewey) s holistickými (Wertheimera, Goldstein) a s dynamickými koncepciami (Freud, Fromm, Horneyová) a stáva sa tak univerzálnym usmernením pre klasifikáciu potrieb pre každý vedný odbor a jej využitie nachádzame aj v sociálnej práci.⁵⁴ Zadefinované a hierarchizované potreby Maslowom smerujú od základných biologických tendencií až po naplnenie svojho potenciálu – ku sebaaktualizácii. Potreby, ktoré sa nachádzajú najnižšie na stupňoch pyramídy, samotným autorom sú zadefinované ako deficitné či nedostatkové, keďže sú existenčne nevyhnutné pre každého jedinca. Ak nie sú naplnené, dochádza u jedinca k prejavom ako je napätie či frustrácia. Oproti tomu vyššie hierarchicky umiestnené potreby sú zadefinované ako rastové, čiže potreby bytia (metapotreby), keďže ich saturáciou sa ich intenzita len zvyšuje.⁵⁵

Ďalším pridruženým faktorom je, že väčšina potrieb, túžob, či stimulácií týkajúcich sa akéhokoľvek jedinca sú vzájomne prepojené. To sa týka najmä vyšších potrieb, ktoré sa zriedka vyskytnú v čistej forme bez akéhokoľvek naviazania na ostatné potreby. Väčšina štúdií v minulosti skúmali potreby a motiváciu ako akési izolované zložky, ktoré majú jasný cieľ a prostriedky na jeho dosiahnutie. Plnohodnotné porozumenie motivácii však vyžaduje zameranie sa na fundamentálne ciele a priority skôr ako na prostriedky, ako tieto ciele dosiahnuť. Výpovedná hodnota výskumu totiž vo všeobecnosti závisí od úrovne univerzálnosti, ktorú výsledok vykazuje, a v tomto prípade sú ciele spojené s motiváciou jedincov podstatne univerzálnejšie ako prostriedky, ktorými ich dosahujú. Prostriedky dosahovania cieľov sa líšia nielen medzi osobami, ale aj kultúrne a dejinne. Motívy ľudí však ostávajú v rozličných dejinných obdobiach, či kultúrach veľmi podobné. Toto je fundamentálna požiadavka, ktorú Maslow začlenil do svojej teórie hierarchie potrieb, a bez nej by sa nemala interpretovať.⁵⁶

⁵³ GOBLE, F. G. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow.

⁵⁴ ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti.

⁵⁵ GREENE, R. R. and N. P. KROPF. Competence – select theoretical frameworks.

⁵⁶ GOBLE, F. G. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow.



Obrázok 2 Schéma Maslowovej hierarchie ľudských potrieb⁵⁷

Dosahovanie vyšších úrovní potrieb umožňuje jedincovi jeho individuálna motivácia, ktorou sa približuje k vyššiemu stupňu ľudského vedomia v ideálnom prípade k vrcholnému zážitku (*peak experience*).⁵⁸ Maslow popisuje dosahovanie nadosobných cieľov ako proces, v ktorom jedinec dospeje k naplneniu transcendentálno-spirituálnej potreby – centrálnej integrujúcej zložky osobnosti. Podľa C. G. Junga v hodnotovom systéme kultúrneho človeka sa najvyššia potreba stáva potrebou zmyslu, ktorú prepracoval V. E. Frankl vo svojom teoretickom prístupe. Táto potreba je charakteristická tým, že prepája ďalšie motivačné, kognitívne a emočné komponenty. Deje sa tak, keďže táto potreba je individuálna a vzhľadom k tomu je u každého jedinca individuálne štruktúrovaná, ale treba brať na ohľad aj tú skutočnosť, že súčasťou populácie sú aj jedinci, ktorí sú ovládaní iba nižšími motívmi.⁵⁹

Potreby každého jedinca sú zadefinované na základe Maslowovej hierarchie, ktorá zároveň uplatňuje všeobecné ľudské práva jedinca na saturáciu jeho základných potrieb, ako aj vo vzťahu ku rešpektu k hodnotám, ktoré sa odvíjajú od životného kontextu jedinca. Ak jedinec s mentálnym postihnutím sa v konkrétnej situácii správa odlišne ako ostatní ľudia spoločnosti, predpokladáme u jedinca samozrejmu individuálnu odlišnosť so špecifickými dispozíciami určujúcich diagnózu. Ľudia s mentálnym postihnutím nemajú mimoriadne, teda akési zvýhodňujúce potreby. Práve naopak, majú také isté potreby ako jedinci intaktnej majority, len potrebujú pomoc – podporu od spoločnosti ako takej, aby ich mohli naplniť.⁶⁰

⁵⁷ GREENE, R. R. and N. P. KROPPF. Competence – select theoretical frameworks.

⁵⁸ GREENE, R. R. and N. P. KROPPF. Competence – select theoretical frameworks.

⁵⁹ BLATNÝ, M. a kol. Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současní přístupy.

⁶⁰ TYNE A. In KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities.

Vzhľadom k tomu, tak ako u celej populácie, tak aj u jedincov s mentálnym postihnutím je diferenciálnym rozmerom charakteristická intenzita motivácie, hierarchizácia a vnútorná konfigurácia ľudských potrieb. Špecifickosť životných kontextov ľudí s mentálnym postihnutím je tak určená variabilitou prostriedkov na dosahovanie saturácie základných potrieb.⁶¹ Snaha saturovať niektoré základné potreby pre túto skupinu ľudí nie je jednoduchá a možná vzhľadom k podmienkam, ktoré sú určujúce v škále bariér v ich živote.

1.6 Uspokojovanie potrieb ako komplexu vrodenej motivačných tendencií u ľudí s mentálnym postihnutím

Špecifickú aplikáciu Maslowových teórií do empirickej štúdie uskutočnili L. Kreugera, A. Nieboerova. Ich cieľom bolo identifikovať primárne potreby ľudí s diagnózou ťažké mentálne postihnutie a následne vytvoriť škálu priorít potrieb, ktoré identifikovali rezidenti ako probandi výskumu v rezidenčnom zariadení v Holandsku. Výsledkom empirickej analýzy bolo zistenie, že pre probandov v rezidenčnom zariadení je najdôležitejšia potreba bezpečia, istoty a základné biologické potreby týkajúce sa konzistentnej štruktúry dňa. Sociálne potreby boli označované ako sekundárne, aj keď si výskumníci všimli, že rezidenti mali záujem zbližovať sa s ostatnými rezidentmi či pracovníkmi. V praktickej perspektíve to indikuje, že saturácia potreby bezpečia u ľudí s ťažkým mentálnym postihnutím je najvýznamnejšia.⁶²

V nadväznosti na predchádzajúcu štúdiu a teóriu základných potrieb J. Křivohlavý zámerne rozširuje sociálne potreby s cieľom obsiahnuť aj základné existenčné potreby každého jedinca o:

- (a) potrebu bezpečia;
- (b) potrebu priateľského vzťahu;
- (c) potrebu sociálneho pripútania;
- (d) potrebu vzájomnosti – byť v niekoho starostlivosti, alebo naopak byť starostlivý k niekomu;
- (e) potrebu sociálnej komunikácie;
- (f) potrebu sociálnej komparácie;

NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životná realita.

⁶¹ REPKOVÁ, K. In ŽIAKOVÁ, E. a kol. Psychosociálne aspekty.

⁶² KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities.

-
- (g) potrebu kooperácie – prekračovať individuálne možnosti;
 - (h) potrebu afiliácie – sociálneho kontaktu;
 - (i) potrebu sociálnej evalvácie – úcta, rešpekt a sociálne uznanie od druhých ľudí;
 - (j) potreba sociálneho zaradenia a spolupatričnosti;
 - (k) potrebu sociálnej identity;
 - (l) potreba emocionálnej väzby.⁶³

V tejto súvislosti je dôležitým faktom, na ktorý ale upozorňuje M. Vágnerová a J. Hučík, že saturácia potrieb ako komplexu vrodenných motivačných tendencií u ľudí s mentálnym postihnutím závisí od stupňa a typu ich diagnózy mentálnej retardácie ako aj od aktuálneho psychického a somatického stavu, ktoré sú špecifické pre každého jedinca.⁶⁴ V zhode s Maslowom a ním klasifikovanou hierarchiou potrieb, do oblasti základných ľudských potrieb pre ľudí s mentálnym postihnutím, ktorí sú v dlhodobej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zahrňuje J. Hynek nasledovné:

- (a) potreby fyziologického a materiálneho zabezpečenia;
- (b) potrebu citovej istoty, bezpečia a súkromia v zariadení;
- (c) potrebu medziľudského kontaktu – interpersonálna väzba s osobou;
- (d) potrebu úcty a rešpektu ku svojej osobe;
- (e) potrebu vlastnej sebarealizácie.⁶⁵

Fyziologické potreby sú bezpochyby najsilnejšie vo vzťahu k ich prejavom a výskytu. V Maslowovej teórii však nenájdeme nekonečný, či vyčerpávajúci zoznam fyziologických potrieb. Práve ich jednoznačnosť a bezprostrednosť nevyžaduje pre teóriu potrieb konkretizovať každú jednu fyziologickú potrebu na to, aby bolo jasné, akú majú funkciu a dôležitosť.⁶⁶ Fyziologické potreby u jedinca s mentálnym postihnutím sú v tom prípade saturované ak smerujú k zachovaniu existencie života a k uspokojovaniu životných kontextov. Medzi tieto potreby patria aj sexuálne potreby, ktorých saturácia u niektorých jedincov s mentálnym postihnutím v dospievaní a neskôr aj v dospelosti spôsobujú problémové správanie patologického rázu.⁶⁷ Neschopnosť diferencovať mieru primeraného uspokojovania tejto fyziologickej potreby môže byť

⁶³ KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálním postihnutím a společnost.

⁶⁵ HÝNEK J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

⁶⁶ GOBLE, F. G. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow.

⁶⁷ HÝNEK J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

príčinou spoločensky nevhodných prejavov saturácie sexuálnej potreby ako masturbáciou a obnažovaním sa na verejnosti, či sexuálnym atakom voči inej osobe, ako aj týranie a zneužívanie rôznymi spôsobmi.⁶⁸

Potreba citovej istoty a bezpečia sprevádza ľudí s mentálnym postihnutím po celý život. Aktualizuje sa ako interpersonálna väzba s osobou (najčastejšie s jedným z rodičov). Základ tejto potreby je v citovej väzbe, charakterizovanej ako emočná opora.⁶⁹ Potreba bezpečia sa objavuje akonáhle sú fyziologické potreby zabezpečené. Práve táto potreba sa najkontrastnejšie prejavuje u neurotických, alebo mentálne postihnutých detí aj dospelých. Zdravý dospelý človek totiž tieto potreby má v bežnom stave zabezpečené, respektíve sa nimi nezaobrá. Jedinec so zdravotným znevýhodnením často považuje potrebu bezpečia za „záležitosť života a smrti“, a to napriek tomu, že táto potreba je v základnom zmysle naplnená.⁷⁰

Touto potrebou sa podrobne zaoberal J. Bowlby, neskôr M. Ainsworthová. Bowlby po prvý krát v 50-tych rokoch poukázal vo svojich výskumoch na to, čo opísal ako proces „vytvárania a prerušovania afektívnych záväzkov“, pričom sa spoliehal na inovatívne metódy v tej dobe ešte len formujúcej sa disciplíny – etiologickej. Svoju teóriu nazval príznačne teóriou pripútania (*attachment*). Fundament teórie spočíva v opise fenoménov, ktoré vznikajú pri odcudzení. Bowlby sa zamerával na negatívne efekty sprievodnej intenzívnej mentálnej bolesti, ktorá mala za následok prejavy násilného správania, pocitu nešťastia, zúfalstvo, apatiu, či pocit vylúčenia a odlúčenia. Tento mechanizmus skúmal Bowlby na príkladoch odlúčenia detí od matiek, pričom metódy psychoanalýzy nechával nepovšimnuté a puto medzi rodičom a dieťaťom skúmal z etiologického hľadiska. Domnieval sa, že Freud a Klein urobili chybu, keď podcenili väzbu medzi dieťaťom a matkou a nepovažovali ju zo psychologického hľadiska za sebestačnú, ale za inštinkt odvođený/derivovaný z nižších potrieb ako je hlad a sexualita. Teória pripútania považuje túto väzbu za primárnu a samostatnú a poskytuje zároveň jazyk, v ktorom sa dáva hlavné slovo fenomenológii vlastnej skúsenosti pripútania, ktorej dáva plnú legitimitu. Pripútanie je „primárny motivačný systém“, ktorý vstupuje do vzťahov s ostatnými hlavnými motivačnými systémami. Tento záver potvrdzuje práca R. Baumeistera a M. Learyho⁷¹ U niektorých jedincov s mentálnym

⁶⁸ VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychopatologie.

⁶⁹ VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

⁷⁰ GOBLE, F. G. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow.

⁷¹ HOLMES, J. John Bowlby and Attachment Theory.

postihnutím v dospelosti môže mať táto potreba prejav až infantilného pripútania a vzhľadom k tomu získavajú status večných detí. Priebeh emancipačného procesu je veľmi ojedinelý u jedincov s mentálnym postihnutím, skôr sa prehľbuje fixácia zo strany rodičov, najmä osamelých matiek.⁷²

Potrebu sociálneho kontaktu (*need to belong*) Baummeister a Leary predostreli v analýze výskumných výsledkov vývinovej a sociálnej psychológie zameraných na túto potrebu. Ich výsledok odkazoval na nevyhnutnosť naplnenia tejto potreby pre celkový pocit pohody, naplnenia a spokojnosti. Jedno z viacerých významných zistení sa týka faktu, že samotná potreba je postačujúca na to, aby každý jedinec pocíťoval potrebu vytvárať sociálne skupiny, ktorých sa týmto spôsobom stáva príslušníkom. Zároveň ale neopúšťať už existujúce sociálne skupiny, ktorých je členom, a to všetko bez toho, aby bol motivovaný aj inými záujmami. Je pritom taktiež zrejmé, že v skupine sociálne silných, aktívnych jedincov sa členovia stávajú príslušníkmi sociálnych skupín aj na základe iných motívov, predovšetkým motívu, či potreby niečím prispieť, alebo niečo ovplyvniť. Vo vzťahu k jedincom s mentálnym postihnutím je uvedený výskum veľmi potrebný pre významné zistenie, že u tejto skupiny ľudí je táto potreba i úplne postačujúca na to, aby sa stala absolútne kľúčovou vo vzťahu k ich celkovému stavu. Teda vykazuje iné parametre oproti potrebám, ktoré sa väčšinou spájajú s inými, pridruženými sekundárnymi motívami.⁷³

Potreba úcty a rešpektu u ľudí s mentálnym postihnutím je naplnená vtedy, ak sociálne prostredie a personál zariadenia sociálnych služieb spoločensky akceptuje túto sociálnu skupinu s ohľadom na ich reálny fyzický vek. Vzhľadom k tomu, uspokojovanie tejto potreby u tejto sociálnej skupiny je závislé od postoja a rešpektu ich sociálneho prostredia a spoločnosti, aby boli schopní nadobudnúť vlastnú hodnotu a spoločenské uplatnenie.⁷⁴

S touto potrebou úzko súvisí potreba citu spolupatričnosti. Maslowa trápil stav psychológie v jeho dobe, kedy sa táto potreba úplne prehliadala, respektíve nebolo možné nájsť ten správny prístup k tomu, ako poukázať na vplyv citu spolupatričnosti na problémové správanie jedincov. Výskumom potreby spolupatričnosti ako nevyhnutnej sociálnej potreby sa venoval A. Adler a R. Dreikus vo vzťahu k významu, akým potreba

⁷² VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

⁷³ CARLSON, J. and S. SLAVIK. Readings in the Theory of Individual Psychology.

⁷⁴ HYNEK J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

spolupatričnosti ovplyvňuje porozumenie rozvoja osobnosti a rozvoja individuálneho životného štýlu jedinca. V tomto postoji sa ukazuje to, ako je možné vysvetliť zmyslupnosť jedincovho správania v sociálnej súčinnosti s inými jedincami. Táto potreba sa javí aj v súčasnosti ako relevantná pri riešení problémov v interpersonálnych vzťahoch.⁷⁵ Cit spolupatričnosti je potrebné rozvíjať u jedinca stimulujúcim prostredím podobne ako jazyk, v ktorom sa dáva hlavné slovo fenomenológii skúsenosti s primeranými stimulantmi napriek vrodenej kapacite ju používať u každého jedinca. Vďaka rozvíjaniu konceptu spolupatričnosti u jedinca s mentálnym postihnutím už počas dospievania umožní jedincovi nachádzať zmyslupnosť uplatnenia v rovesníckej skupine, v komunite.⁷⁶

Potreba seberealizácie je naplnená u ľudí s mentálnym postihnutím vtedy, ak jedinec s mentálnym postihnutím má možnosť rozhodovať o svojich každodenných aktivitách, avšak vzhľadom k svojim vývinovým možnostiam a schopnostiam.⁷⁷ V tejto súvislosti M. Pörtnerová zdôrazňuje, že v práci s ľuďmi s mentálnym postihnutím je nevyhnutné im dôverovať a umožniť im, aby v rámci svojich možností mohli prevziať zodpovednosť za seba, keďže to vplýva na kvalitu ich života, pocit vlastnej hodnoty, čo následne vedie k ich zvýšenej rezilencii – ku komplexnej odolnosti.⁷⁸

Rozsah základných ľudských potrieb ľudí s mentálnym postihnutím R. Schalock dopĺňa o potrebu sociálnej inklúzie predpokladajúc, že saturácia tejto potreby reflektuje kvalitu života.⁷⁹ Berúc do úvahy všetky vymenované kľúčové potreby ľudí s mentálnym postihnutím môžeme konštatovať, že ich saturácia má podiel na zlepšení kvality života nielen samotného jedinca, ale aj na zvýšení kvality života ich rodín. Avšak pre účelové poskytnutie individuálnej kompenzácie saturácie potrieb u jedinca s mentálnym postihnutím pomocou profesionálnych odborníkov je potrebné identifikovať príčiny nenaplnenia konkrétnej potreby, aby sa predišlo rizikám vyplývajúcich z neuspokojenia potrieb.

V reálnej životnej praxi sa každý jedinec stretáva s prekážkami, s ktorými je konfrontovaný pri saturácii svojich potrieb. Avšak na výber má niekoľko rôznych možností ako môže tieto prekážky prekonať – od racionálneho úsilia až po afektívne

⁷⁵ GOBLE, F. G. The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow.

⁷⁶ ADLER, A. In PETOROVÁ, D. Problémy adolescencie z hľadiska Adlerovej psychológie. s. 65-80.

⁷⁷ HYNEK J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

⁷⁸ PÖRTNEROVÁ, M. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.

⁷⁹ SCHALOCK R. In KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities.

reakcie. Podobne je to aj u ľudí s mentálnym postihnutím, len u tejto skupiny zanechávajú podstatne negatívnejšie dôsledky. Ak základné potreby u človeka ako aj u jedinca s mentálnym postihnutím nie sú saturované, zvyšuje sa u nich pravdepodobnosť neprimeraných psychických reakcií ako enormnej psychickej záťaže – frustrácia, stres, napätie, nervozita či deprivácia, ktoré vedú k problémovému správaniu, k nepochopeniu zo strany sociálneho prostredia. V praxi sa často pristupuje k problematickému správaniu osôb s mentálnym postihnutím ako ku prirodzenému znaku diagnózy mentálnej retardácie. Avšak samotným problémom, či príčinou môže byť len nedostatočná funkčná analýza správania, prostredia alebo dokonca nezrealizované doplnujúce psychiatrické vyšetrenie v anamnéze.⁸⁰

K stavu frustrácie dochádza v dôsledku neumožnenia realizovania komplexu motivačných tendencií v konkrétnej podobe či obsahu, ktorých uspokojovanie má pre jedinca existenciálny význam. U ľudí s mentálnym postihnutím, tak ako u každého jedinca, vedie neuspokojenie potrieb k rozvíjaniu enormného psychického napätia, čo následne vedie k problémovému správaniu ako:

- (a) k agresii,
- (b) k úniku – stav úzkosti alebo autoagresia,
- (c) k regresii, transgresii,
- (d) k depresii.

K neriešiteľným stavom frustrácie patrí deprivácia, kedy jedinec už nedokáže saturovať svoje základné existenčné potreby. Najzávažnejšie druhy či typy deprivácie sú na úrovni fyziologickej, senzorickej, sociálnej, sexuálnej a rozvojovej.⁸¹ Kľúč pomoci jedincom s mentálnym postihnutím nie je v potlačovaní neprimeraných psychických reakcií reštriktívnymi postupmi. Potrebné je nasmerovať pomoc k zisteniu, ktoré možnosti sú blokované pri realizácii potreby u jedinca a následne mu poskytnúť asistenciu v rozvíjaní poznávacích, citových a činnostných stimulantov v dostatočnej miere.⁸² Vzhľadom k tomu aj prísun podnetov by mal byť primeraný možnostiam intelektovej úrovne ľudí s mentálnym postihnutím, pričom treba zohľadniť adekvátnu dobu pôsobenia či časový rámec. Nedostatok adekvátnych stimulantov spôsobuje poškodenie psychického vývinu a zase naopak, ak je nadmerný prísun informácií,

⁸⁰ ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

⁸¹ MIKŠÍK, O. Psychika osobnosti v období závažných životných a spoločenských zmien.

⁸² HYNEK, J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

podmienok a situácií, tie svojou kvantitou, podstatou a povahou môžu vyčerpávať, stresovať jedinca s mentálnym postihnutím.⁸³

Podľa Eriksona a Sullivana sa už deti s mentálnym postihnutím stretávajú skôr s negatívnou reakciou a trestom ako odpoveďou za neúspech v procese osvojenia, poznania a ovládania. To následne vedie k reakcii na nový či nezvyčajný podnet prejavujúci sa problémovým správaním už v detskom veku, ktoré ich sprevádza až do dospelosti. Záchvaty zlosti, agresie a poškodzovania vecí súbežné u detí, u ktorých nebola diagnostikovaná mentálne postihnutie dosahujú vrchol v 2. - 3. roku dieťaťa. Avšak frekvencia problémového správania sa u detí s mentálnym postihnutím znižuje vývinom verbálnej sebaregulácie a učeniu sa alternatívnym spôsobom riešenia životných problémov, ktoré sa ich osobne dotýkajú.⁸⁴ U niektorých jedincov s mentálnym postihnutím dochádza k problémovému správaniu v adolescencii alebo v dospelosti z nasledovných dôvodov:⁸⁵

- špecifického syndrómu a poruchy: Leschov – Nyhanov syndróm, Rettov syndróm, syndróm fragilného X, poruchy autistického spektra, syndróm De Langeova, Riley-Dayov syndróm;
- špecifického poškodenia spojeného s diagnózou ťažkého stupňa mentálneho postihnutia, kedy jedinca majú obmedzené vyjadrovacie schopnosti;
- sociálnych dôsledkov mentálneho postihnutia, ktoré znižujú možnosť osvojiť si adaptívne správanie, čo vedie k neschopnosti spoločensky prijateľným spôsobom popísať svoje potreby;
- izolácia v rodine, kedy dochádza k obmedzeniu kontaktu so sociálnym okolím, s intaktnou populáciou;
- ak na jedinca sú kladené subjektívne nadmerné sociálne požiadavky, ktoré spôsobujú narastajúci stres u jedinca;
- negatívnych postojov spoločnosti;
- vedľajších účinkov medikácie psychofarmakologickej liečby;
- ak sa nepodarí rozpoznať nenaplnené potreby, alebo ak sú nenaplnené potreby zjavné u jedinca, len nie je ich možné naplniť ani s pomocou asistenta.

⁸³ VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

⁸⁴ PIKÁLEK, Š. Výchovná a rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých.

⁸⁵ HYNEK, J. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

Relatívne málo štúdií sa pokúsilo opísať rozsah rozmanitých foriem problémového správania u ľudí s mentálnym postihnutím v celkovej populácii žijúcich v danej zemepisnej oblasti. Ku charakteristike problematiky použijeme epidemiologickú analýzu problémového správania dvoch rozsiahlych výskumov ako uvádza tabuľka 2, ktoré sa zamerali na identifikáciu prevalencie rôznych foriem problémového správania u ľudí s mentálnym postihnutím v severozápadnom Anglicku a v Kalifornii.⁸⁶

Tabuľka 2 Identifikácia rôznych foriem problémového správania u ľudí s mentálnym postihnutím⁸⁷

	Severozápadné Anglicko Qureshi, Kernan, Emerson	Kalifornia Borthwick – Duffyová
	Počet skúmaných 7286	Počet skúmaných 91 164
	Správanie hodnotené ako prítomné a ťažko zvládnuteľné	Správanie hodnotené ako prítomné
Agresívne správanie	2,1%	2,1%
Sebazraňovanie – vyžadujúci okamžitý zásah lekára	1,3%	2,2%
Sebazraňovanie	0	9,3
Poškodzovanie majetku	1,3%	7,1
Onanovanie na verejnosti, neprispôobilosť, túlanie, stereotypy, verbálne konflikty.	3,4%	0

Z epidemiologickej analýzy ale nevyplýva odôvodnená príčina negatívnych dôsledkov problémového správania jedinca s mentálnym postihnutím. Autori štúdie sa skôr zamerali na zmapovanie rozsahu rozličných foriem problémového správania u ľudí s mentálnym postihnutím, ktoré popísali a hierarchizovali.⁸⁸ Vo svojej štúdii dospeli L. Kreuger – A. Nieboerová tiež k záveru, že zvolený prístup zamerania na saturáciu potrieb osôb s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb by mal byť skôr orientovaný na skupiny s rozličnou prioritou potrieb, než na skupiny s rozličnými formami správania. To však neznamená, že rovnaké potreby rozličných prijímateľov sociálnej služby sa dajú uspokojiť rovnakým spôsobom. Kreuger a Nieboerová poukazujú na dôležitosť využívania kreativity a Rogersov „na osobu

⁸⁶ EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.

⁸⁷ EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.

⁸⁸ EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.

zameraný prístup,“ ktoré napomáhajú prijímateľom sociálnej služby v saturácii potrieb a predchádzajú tak problémovému správaniu zo strany osôb s mentálnym postihnutím.⁸⁹

V súvislosti s epidemiologickou analýzou zmapovania problémového správania a so štúdiou Kreuger a Nieboerová je nutné brať na vedomie, že saturácia základných ľudských potrieb je celoživotným procesom, ktorý zároveň utvára a rozvíja osobnosť jedinca s mentálnym postihnutím. Predpokladáme, že motívy a procesy stimulujúce správanie nevytvádzajú o tom, že by bolo možné charakterizovať elementárnym spôsobom problémové správanie u ľudí s mentálnym postihnutím, pretože každý jedinec je špecifikovaná individualita s charakteristickými osobnostnými črtami. Vzhľadom k tomu poznávanie a myslenie jedincov s mentálnym postihnutím je riadené aj s ohľadom na vzorce správania, ktoré obsahovo vyplývajú zo životných kontextov v procese individuálnej interakcie jedinca s mentálnym postihnutím s aktuálnymi nárokmi na systémy a spôsoby života v spoločnosti.⁹⁰

V tomto kontexte rozhodujúcou pomocou vzhľadom ku predchádzaniu negatívnych sociálnych faktorov na jedinca s mentálnym postihnutím odporúčajú J. Kutnohorská, M. Cichá, R. Goldmann brať do úvahy pre sociálnych pracovníkov rovnostranný trojuholník, kde na vrchole je saturácia potrieb klienta. Druhý vrchol predstavujú schopnosti jedinca s postihnutím, ktoré sú obmedzené a tretí vrchol predstavujú možnosti podpory, ktoré môžu byť poskytnuté jedincovi s mentálnym postihnutím, zabezpečené a tiež zafinancované v rámci poskytnutia starostlivosti v zariadení sociálnych služieb.⁹¹

Pre aplikovanie tohto prístupu ako účelového poskytnutia individuálnej kompenzácie pre osobu s mentálnym postihnutím je potrebné identifikovať príčiny blokovania realizácie konkrétnej potreby sociálnymi pracovníkmi. Až potom je možné následné poskytnutie rôznych nástrojov kompenzácie vo forme (a) adekvátnej sociálnej služby – osobná asistancia, podporované bývanie, (b) podporné služby – odľahčovacie služby (*respitecare*), (c) sociálneho programu či dobrovoľníckej aktivity. Avšak je tu potrebná ucelenosť a popularizácia podporných služieb v spoločnosti ako aj preferovanie prosociálneho správania a empatie u populácie v danej komunite, ktorá je súčasťou opornej siete jedinca. Následne takáto kompenzácia pri saturácii potrieb

⁸⁹ KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities.

⁹⁰ MIKŠÍK, O. Psychika osobnosti v období závažných životných a spoločenských zmien.

⁹¹ KUTNOHORSKÁ, J. a kol. Etika pro zdravotně sociální pracovníky.

jedincov s mentálnym postihnutím môže byť koordinovaná na pracovnú seberealizáciu alebo na voľnočasové a záujmové aktivity, podľa ponuky konkrétnej komunity, obce.⁹²

⁹² REPKOVÁ, K a L. BRICHTOVÁ. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím. NOVOTNÁ, E. Sociologie sociálních skupin.

2 Mentálne postihnutie/znevýhodnenie v spoločenskom kontexte

Neoddeliteľnou a zároveň neprehliadnuteľnou súčasťou ľudskej spoločnosti sú jedinci s mentálnym postihnutím. Je to skupina ľudí, ktorí vzhľadom na druh a intenzitu svojho postihnutia majú značne pozmenený náhľad na svet, ale i na svoju vlastnú osobu. Ľudia s mentálnym postihnutím sa cítia často dezorientovaní z dôvodu nedostatočného pochopenia svojimi blízkymi a svojím okolím, čo je spôsobené zlou komunikáciou, neadekvátnym správaním (vzhľadom na situáciu) a neverbálnymi prejavmi (pohľady, gestá, mimika...). Schopnosť vyjadrovať svoje myšlienky a udržiavať obsahovú líniu rozhovoru je pre ľudí s mentálnym postihnutím často veľký problém. Z toho vyplýva, že mentálne znevýhodnenie nie je problémom týkajúcim sa len samotnej osoby, ale úzko súvisí s úrovňou spoločnosti.⁹³ Najzhubnejším postojom je podľa J. Šickovej-Fabrici takzvaná „sociálna slepota.“ Tento prívlastok môže dostať nielen jednotlivec, ale sociálne slepou môže byť aj celá spoločnosť. Je to tzv. selektívna slepota, ktorá je bežná u ľudí našej kultúry, keď sa postihnutý človek síce dostane do zorného poľa zdravého človeka, ale jeho myseľ ho neregistruje...⁹⁴ Vynára sa otázka, ako je spoločnosť schopná a ochotná vytvárať pre dospelých s mentálnym postihnutím podmienky pre vzdelávanie, tréning sociálnych spôsobilostí a podporu adaptácie do bežného sveta a tým im poskytnúť - v rámci ich možností - šancu na plnohodnotné uplatnenie sa v spoločnosti. Samotná cieľová skupina ľudí s mentálnym znevýhodnením je veľmi širokou cieľovou skupinou a v spoločnosti existujú rôzne postoje k tejto skupine.

2.1 Súčasný tendenčný vývoj terminologického vymedzenia k identifikácii a k popisu ľudí s mentálnym znevýhodnením

Terminológia používaná k identifikácii a k popisu ľudí s mentálnym postihnutím vo vedeckých i odborných prácach prešla mnohorakým revidovaním, pretože väčšina termínov sa v priebehu rokov stala sprofanovanými, stigmatizujúcimi

⁹³ MARY, N. L. An Approach to Learning About Social Work with People with Disabilities.

⁹⁴ FABRICI – ŠICKOVÁ, J. Arteterapia – Úžitkové umenie. s. 17.

ako aj dehonestujúcimi. Laický i odborný terminologický aparát odráža v sebe kultúrne predstavy spoločnosti a ako vstupuje do bežného slovníka obvykle získava negatívny prízvuk a stáva sa spoločensky nekorektným. Patria sem termíny ako oligofrénia, slabomyseľnosť, klasifikácia mentálneho postihnutia na debilitu, imbecilitu a idiociu, či oslovenie tejto skupiny ľudí ako jedinci s mentálnou retardáciou.⁹⁵ Všeobecná humanizácia vedných disciplín vrátane odborov pomáhajúcich profesií zameraných na starostlivosť a pomoc pre jedincov s mentálnym postihnutím sa snaží vypustiť z odbornej terminológie pojmy, ktoré sú spoločensky neúnosné ale zároveň odporúča termíny, ktoré nehodnotia osobu, ale situáciu, ktorá je pre jedinca obmedzujúca.⁹⁶ Problém však nastáva pri operacionalizácii, pri konkrétnom definovaní a vymedzení pojmu mentálneho postihnutia, keďže jednotlivé rezorty ako aj odborné disciplíny ho determinujú z aspektu vlastného zaujatia. Pre existujúce rozdiely vo vedeckej i v laickej terminológii v nadnárodnom meradle, v deklarácii OSN v Dohovore o právach ľudí so zdravotným postihnutím – *Convention on the Rights of Person with Disabilities*⁹⁷ sa následne rozvíjala nová terminológia. Týmto dokumentom sa vlastne ustanovuje používať termín „osoba so zdravotným postihnutím“.⁹⁸ Do tohto spektra Dohovor zaraďuje osoby:

- (a) s dlhodobým telesným postihnutím;
- (b) so zrakovým postihnutím;
- (c) so sluchovým postihnutím;
- (d) s vnútornými chorobami (srdečné choroby, nádorové ochorenia);
- (e) s mentálnym postihnutím – osoby s dedičnými alebo s vrodenými zníženými schopnosťami;
- (f) s demenciou;
- (g) so psychiatrickými chorobami;
- (h) s rôznymi kombinovanými postihnutiami, ktoré v interakcii s rôznymi bariérami bránia vhodnému začleneniu sa osoby do majoritnej spoločnosti.⁹⁹

⁹⁵ EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.

⁹⁶ VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

⁹⁷ Ktorý bol schválený Valným zhromaždením OSN v r. 2006 a NR SR bol ratifikovaný v r. 2010, zákon č. 317/2010 Z. z. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2.

⁹⁸ REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. s. 6.

⁹⁹KUTNOHORSKÁ, J. a kol. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. s. 115.

Ľudia so zdravotným postihnutím tvoria z hľadiska typu, intenzity a určitých znakov nehomogénnu skupinu. Táto sociálna skupina je týmto medzinárodným dokumentom porozdeľovaná do kategórií, ktoré vymedzujú konzistentné charakteristiky určitého typu postihnutia. Vzhľadom k tomu aj Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím sa v článku č. 1 zároveň identifikuje mentálne postihnutie ako intelektová dizabilita (*intellectual disability*), alebo mentálna dizabilita (*mental disability*).¹⁰⁰ Pojem mentálne postihnutie (*intellectual disability*) je vhodnejším pre tieto dôvody, ako uvádza R. L. Schalock:¹⁰¹

- tento pojem odráža zmenenú konštrukciu postihnutia, ktorú popisuje Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) ako aj Asociácia pre mentálne a vývinové postihnutia (AAIDD);
- ako pojem sa vhodnejšie zhoduje s aktuálnymi odbornými postupmi, ktoré sa zameriavajú na funkčné správanie;
- tento pojem je menej urážlivý, než pojem mentálna retardácia;
- a zároveň je viac v súlade s medzinárodnou terminológiou.

V tomto ohľade humanizačný trend revidovania terminológie nastal aj u Americkej asociácie pre mentálne retardovaných (*American Association on Mental Retardation – AAMR*), ktorá sa transformovala na Asociáciu pre mentálne a vývinové postihnutia (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD*). Podobne sa to týkalo aj transformácie žurnálov ako *The American Journal on Mental Retardation* (Americký žurnál pre mentálnu retardáciu) na *American Journal on Intellectual and developmental disabilities* (Americký žurnál pre mentálne a vývinové postihnutia).¹⁰² Od roku 2007 prebiehala kampaň za „ukončenie používania slova „Retard“ prostredníctvom *Special Olympics Interantional* a *Bes buddies*. Celá kampaň bola vedená k upovedomeniu spoločnosti o dehumanizujúcich a dehonestujúcich účinkoch slova „retard“–„retardovaný“. ¹⁰³ V roku 2010 americký prezident Barack Obama oficiálne podpísal *Rosa's law S.2781* (Rosin zákon) do federálneho zákona, ktorý sa usiluje odstrániť diskriminujúce slová „mentálna

¹⁰⁰ CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSON WITH DISABILITIES. UNITED NATIONS. [online]. 2006.

¹⁰¹ SCHALOCK, R. L. and R. A. LUCKASSON, et al. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. s. 116 -118.

¹⁰²SCHALOCK, R. L. and R. A. LUCKASSON, et al. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability.

¹⁰³ MURPHY, M. and H. SCHATZ. Spread the Word to End the Word - Fact Sheet. [online].

retardácia“ a „mentálne retardovaný,“ ktoré boli príliš dlho ukotvené na označovanie ľudí s mentálnym postihnutím. Podpísanie tohto zákona je významným míľnikom v zavedení dôstojnosti a rešpektu k všetkým ľuďom s mentálnym postihnutím.¹⁰⁴

V slovenskej legislatíve sa pojem jedinec respektíve občan s mentálnym postihnutím vyskytuje zriedkavejšie. Vo všeobecne záväzných právnych predpisoch a v nariadeniach vlády sa stretávame s termínom občan alebo fyzická osoba so zdravotným postihnutím. Vymedzenie pojmu zdravotného postihnutia ako legálnej definície je v zákone č. 447/2008 Z. z.¹⁰⁵ Uvedený zákon asi najpodrobnejšie vymedzuje pojem ťažké zdravotné postihnutie, i keď ide skôr o medicínsky pojem a taktiež je predmetom skúmania medicíny, vzhľadom k tomu zákon len určuje, na čo má osoba nárok ak má určitý stupeň zdravotného postihnutia. Podľa zákona č. 461/2003 Z. z.¹⁰⁶ za invalidného občana je považovaná fyzická osoba s nárokom na invalidný dôchodok, ak má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav v spojení s poklesom zárobkovej činnosti. V oblasti školstva Školský zákon¹⁰⁷ v rámci výkladov pojmov vymedzuje osobitné skupiny žiakov v § 2 menovaného zákona. Zákonná definícia z hľadiska ich mentálneho postihnutia alebo fyzického postihnutia charakterizovaného ako dieťa so špeciálnymi výchovno–vzdelávacími potrebami alebo dieťa/žiak so zdravotným znevýhodnením. Pri školskej integrácii detí/ žiakov so zdravotným znevýhodnením sa postupuje podľa princípov rovnocennosti a rovnoprávnosti k výchove a vzdelávaniu so zohľadnením výchovno–vzdelávacích potrieb jedinca, ktoré sú súčasťou štátnych vzdelávacích programov pre (a) deti a žiakov s mentálnym postihnutím; (b) deti a žiakov so sluchovým postihnutím; (c) deti a žiakov so zrakovým postihnutím; (d) deti a žiakov s telesným postihnutím; (e) deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou; (f) deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami; (g) deti a žiakov chorých a zdravotne oslabených, (h) deti a žiakov hluchoslepých; (i) žiakov s vývinovými poruchami učenia; (j) žiakov s poruchami aktivity a pozornosti; (k) deti a žiakov s viacnásobným postihnutím; (l) deti a žiakov s poruchami správania.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Rosa's Law. Special Olympics. [online].

¹⁰⁵ Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

¹⁰⁶ Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.

¹⁰⁷ Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

¹⁰⁸ § 94 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

2.2 Špecifická socializácie ľudí s mentálnym postihnutím

Svetová zdravotnícka organizácia (*WHO*) poukázala na fakt, že vo všeobecnosti vyššia miera profesionálnej lekárskej starostlivosti za posledné dekády zvýšila v určitých krajinách priemernú dĺžku života u zdravej populácie tak ako aj u ľudí s mentálnym postihnutím. Na tento fenomén nie sú pripravení poskytovatelia starostlivosti a pomoci ľuďom s mentálnym postihnutím ako aj ich rodinám, keďže s predĺžením života týchto jedincov prichádzajú nové výzvy a požiadavky pre celkovú starostlivosť a ich sociálnu inklúziu.¹⁰⁹ Vzhľadom k tomu zvládanie fenoménu mentálneho postihnutia je dôsledkom úrovne demokracie a humanity spoločnosti, predovšetkým závislej od povahy motívu pomoci, ktorá môže byť čisto altruistická s konečným cieľom zvyšovania úrovne ostatných ľudí alebo naopak egoistická, za účelom získania osobného zvýhodnenia.¹¹⁰

Vo všeobecnosti je socializácia spôsob, akým sa každý jedinec za pomoci a asistencie ostatných členov komunity stáva sám členom určitej sociálnej skupiny, alebo viacerých skupín – spoločnosti. Slovo asistencia je v tomto momente dôležité v tom, že poukazuje na fakt, že socializácia nie je jednostranný proces a že jedinec musí byť v tomto procese sám aktívny a následne selektívny v tom, čo si od ostatných členov sociálnej skupiny zoberie za svoje. Nové prístupy zároveň ukazujú, že socializácia v tomto ponímaní pôsobí aj tak, že mladší člen sociálnej skupiny socializuje starších členov sociálnej skupiny. Výsledkom tohto procesu je osvojenie si pravidiel, rolí, štandardov a hodnôt, ktoré pôsobia na sociálnej, emocionálnej, kognitívnej a osobnej úrovni. Je mnoho aspektov socializácie, ktoré sú očakávané, ale sú tu aj také, ktoré sú negatívne a nechcené. Dokonca aj v prípadoch socializácie do spoločensky akceptovateľných sociálnych skupín (slabá sebadôvera, zmena v správaní k horšiemu, atď.).¹¹¹ Hlavným cieľom socializácie u ľudí s mentálnym postihnutím do majoritnej spoločnosti je dosiahnuť adekvátne, plnohodnotné a fundované uplatnenie v spoločnosti. To by malo zohľadňovať odlišné biologické, psychologické, sociálne a environmentálne faktory, čím by sa malo predchádzať tým negatívnym činiteľom, ktoré ovplyvňujú jedinca s mentálnym postihnutím. Negatívnym dôsledkom je myslená

¹⁰⁹ EVENHUIS, H. et al. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities.

¹¹⁰ BATSON, C. D In Post S. G. et al. Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue.

¹¹¹ GRUSEC, J. E. and P. D. HASTINGS. Handbook of socialization : theory and research.

izolovanosť a sociálna diskriminácia jedincov, čo vedie k samotnému sociálnemu znevýhodneniu – k medikalizácii, k závislosti a k inštitucionalizácii.¹¹² Vzhľadom k tomu miera socializačného procesu ľudí s mentálnym postihnutím závisí od nasledujúcich aspektov:

- od úrovne osobnostného rozvoja a kognitívnych procesov jedinca s mentálnym postihnutím;
- od včasnej, fundovanej pomoci a podpory od rodinných príslušníkov;
- od kvality koexistencie väčšinovej spoločnosti a ľudí s mentálnym postihnutím;
- od adekvátnej podpory – podporných programov a stimulačných impulzov zo strany spoločnosti, ktoré sú adresované tejto skupine ľudí priebežne a kontinuálne.¹¹³

Spoločnosť zohráva v tomto procese významnú úlohu a preto pri začleňovaní jedinca s mentálnym postihnutím do sociálneho prostredia by mala byť sústredená pozornosť na nasledujúce oblasti adekvátnej podpory zo strany spoločnosti v rámci komunity:

- (a) nárast všeobecného povedomia v populácii,
- (b) podporné služby,
- (c) rehabilitácia,
- (d) dostupnosť vzdelania a zamestnania,
- (e) udržanie životnej úrovne – sociálneho zabezpečenia,
- (f) chrániť a podporovať základné rodinné vzťahy, špecifické emocionálne väzby,
- (g) dostupnosť kultúrnych a voľnočasových aktivít, možnosť aplikovania náboženského vierovyznania.¹¹⁴

Z tohto hľadiska sa proces socializácie nedá obmedziť iba na výber niektorých uvedených aspektov, keďže objektom je jedinec s odlišnými dispozíciami, ktoré sú limitáciou jeho funkčnosti. Napriek tomu, jedinec s mentálnym postihnutím v porovnaní s jedincom bez postihnutia nie je schopný prejsť procesom socializácie a začleniť sa

¹¹² REPKOVÁ, K. Sociálno-právne kontexty. In ŽIAKOVÁ, E. Psychosociálne aspekty sociálnej práce.

¹¹³ VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

RIMMERMAN, A. Social inclusion of people with disabilities.

¹¹⁴ REPKOVÁ, K. In ŽIAKOVÁ, E. Psychosociálne aspekty sociálnej práce.

do sociálnej skupiny – či už v najširšom slova zmysle ide o spoločnosť ako takú, alebo len o užšie vymedzenú sociálnu skupinu.¹¹⁵

Úspešnosť ľudí s mentálnym postihnutím sa zväčša spája s ich schopnosťou zapojiť sa do aktivít spoločnosti. Z analýzy životnej situácie ľudí s mentálnym postihnutím v rámci výskumu „Kognitívne verzus sociálne predpoklady úspešnosti u ľudí s mentálnym postihnutím“ vyplynuli ako významné tieto faktory:

- rodinné zázemie (podpora rodiny v záujmových a pracovných aktivitách),
- charakter prístupu a postojov ľudí v blízkom sociálnom prostredí,
- podmienky a príležitosti vytvorené danou spoločnosťou.

Ako vyplýva z výskumu potrebná sociálna opora a akceptácia jedincov s mentálnym postihnutím od užšieho či širšieho okolia formuje ich sebadôveru a motiváciu pri naplňovaní svojich potrieb.¹¹⁶ Avšak treba zohľadňovať aj mimointelektové faktory, medzi ktoré sú zahrnuté nedostatočné adaptívne fungovanie a naplnenie sociálnych požiadaviek, ktoré sa podieľajú na socializácii u tejto skupiny jedincov vo väčšej miere než u bežnej populácie.¹¹⁷

Vzhľadom k tomu mieru zapojenia jedinca s mentálnym postihnutím do pracovného, spoločenského a politického diania spoločnosti určujú stupne socializácie, ktoré sú interdisciplinárne, čiže sú uplatňované v sociálnej, pedagogickej, psychologickej, medicínskej a v právnej oblasti.¹¹⁸ Tradičná štvorstupňová škála socializácie ľudí s mentálnym postihnutím bola zafinovaná prof. M. Sovákom v 70 – tých rokoch, ku ktorej sa prikláňajú odborníci ako J. Hučík, L. Novosad, Š. Pikálek, V. Lechta. Avšak niektorí autori ako E. Emerson, M. Bollard, A. Rimmerman a K. Repková sa na základe svojich štúdií prikláňajú len k popularizovanej integrácii alebo ku sociálnej inklúzii od najútlejšieho veku jedinca s mentálnym postihnutím. Inštitucionálna (formálna) starostlivosť podľa týchto autorov by mala byť indikovaná len v naliehavých prípadoch. Títo autori vychádzajú hlavne zo sociálneho či ekologického modelu, ktoré sme si predstavili v 1. kapitole. Domnievame sa, že je adekvátne popísať jednotlivé stupne socializácie, keďže všetky v sebe zahrňujú filozofiu socializačného hnutia, v ktorých dôležité postavenie majú aj sociálni pracovníci, keďže

¹¹⁵ MARY, N. L. An Approach to Learning About Social Work with People with Disabilities.

¹¹⁶ GROMA, M. a kol. Pohľad úspešnosti ľudí so zdravotným postihnutím na determinanty úspechu. In CABANOVÁ, K. Patopsychológia.

¹¹⁷ PETROVÁ, A. In VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

¹¹⁸ HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

z profesionálnej roly sociálnych pracovníkov vyplýva ich pozícia ako fungujúcich prostredníkov medzi klientom, ktorý potrebuje pomoc a spoločnosťou, v ktorej jedinec funguje. Tieto stupne sú determinované nasledovne:

Integrácia je v súčasnosti frekventovaný a populárny pojem, zároveň je však determinovaný k rôznym účelom a kontextom. Vo všeobecnosti psychologickou a sociálnou podstatou pojmu je jeho vymedzenie v zdravotnej a v dlhodobej starostlivosti ako najvyššieho stupňa socializácie.¹¹⁹ Významovo ide o rovnoprávne začlenenie sa do spoločnosti bez potreby špecifických opatrení a prístupov zo strany sociálneho prostredia. Vzhľadom k tomu hlavným predpokladom je nezávislosť a samostatnosť v oblastiach profesijnej prípravy, v pracovnom uplatnení i v spoločenskom živote.¹²⁰ Úspešnú integráciu aj s dobrou prognózou možno predpokladať u jedincov, ktorí sú ekonomicky aktívni v širších sociálnych štruktúrach, čo znamená že sú integrovaní v makrosystéme medzi intaktnú populáciu a tým pádom právoplatne participujú na fungovaní spoločnosti. Zo psychologického, ekonomického a celospoločenského hľadiska je kľúčovým prínosom integrácie znižovanie rozdielov v spôsobe života v danej spoločnosti a zároveň zvyšovanie prosociálneho správania, altruizmu a empatie u intaktnej populácie. Tým pádom prognózou do budúcnosti je idea nediferencovania spoločnosti na „zdravú a nemocnú“.¹²¹

Sociálna inklúzia v doslovnom preklade znamená zaradenie, zahrnutie a vzhľadom k tomu hlavnými elementmi tohto procesu sú aktívne zapájanie sa do komunity, rozvíjanie a udržiavanie sociálnych väzieb s ostatnými ľuďmi, zmysel a potreba spolupatričnosti. V mnohých menovaných smeroch ľudia s mentálnym postihnutím ostávajú na okraji spoločnosti, keďže s touto sociálnou skupinou sa nekonzultuje akým spôsobom a do akých aktivít spoločnosti by si želali byť začlenení v danej komunite.¹²² V tomto kontexte sociálna inklúzia zvyšuje kvalitu života ľudí s mentálnym postihnutím, vzhľadom k tomu ambíciami komunity pre sociálnu inklúziu ľudí s mentálnym postihnutím by malo byť zohľadňovanie nasledovného súboru priorít: (a) personalizácia – umožniť jedincovi mať skutočnú možnosť voľby a získať tak kontrolu nad vlastným životom, nad poskytovanými službami komunitou; (b) celodenné aktivity – okrem osobitného zamerania na platenú prácu, sú to voľnočasové

¹¹⁹ REPKOVÁ, K. Dlhodobá starostlivosť.

¹²⁰ HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

¹²¹ HUBINKOVÁ, Z. a kol. Psychologie a sociologie ekonomického chování.

¹²² RIMMERMAN, A. Social inclusion of people with disabilities.

aktivity jedinca vykonávané nielen počas dňa, ale aj počas víkendov v rámci jeho komunity; (c) prístup k bývaniu, ktoré jedinec chce a potrebuje s osobitným dôrazom na súkromie; (d) politická zmena – legislatívne podchytená sociálna opora vrátane zefektívnenia partnerskej spolupráce so zariadeniami poskytujúcich služby pre ľudí s mentálnym postihnutím v rámci komunity, za účelom vytvorenia partnerstva sociálnej inklúzie marginálnej skupiny.¹²³ Inými slovami, premenou a rozvojom postojov spoločnosti sa dá dospieť ku pozitívne významnému vplyvu na životné kontexty a príležitosti sociálnej inklúzie pre jedinca s mentálnym postihnutím. Medzi indikátory aspektu udržiavania vzťahov pre jedinca s mentálnym postihnutím ako významného elementu sociálneho začleňovania do komunity v rámci spoločnosti boli zvýraznené Emersonom a McVillim nasledovne: (a) počet priateľov mimo domova – ktorí sú definovaní ako osoby, s ktorými sa jedinec pravidelne stretáva a majú spoločné aktivity v rámci komunity, pričom navzájom sú si sociálnom oporou, keďže si poskytujú podporu; (b) počet susedov v blízkosti jeho obydla – ktorí poznajú jedinca po mene, a následne ktorých spoznáva aj samotný jedinec; (c) frekvencia kontaktu s rodinnými príslušníkmi počas mesiaca.¹²⁴

Adaptácia (adjustácia) je schopnosť prispôsobenia sa v procese individuálnej interakcie jedinca s aktuálnymi nárokmi spoločnosti.¹²⁵ Samotný proces adaptovania sa jedinca s mentálnym postihnutím závisí od úrovne osobnostného rozvoja, kognitívnych procesov ako aj od jeho vlastnej aktivity prispôbiť sa sociálnemu prostrediu s cieľom dosiahnuť optimálnu mieru sociálnej samostatnosti, aby bol jedinec akceptovaný ako člen spoločnosti.¹²⁶ Vo výchovnom a vo vzdelávacom procese sa prejavuje úroveň sociálno-psychologickej schopnosti prispôbiť sa a prijať vzťahy v skupine bez deviácie a problémových konfliktov vzniknutých pri saturácii potrieb. Ako zlyhaním adaptačného mechanizmu je definovaná sociálna maladaptácia, ktorá sa prejavuje u jedinca za rôznych podmienok. Jednou z príčin je, ak základné ľudské potreby jedinca nie sú dostatočne alebo vôbec uspokojované, alebo ak existuje nesúlad medzi potrebami jedinca a podmienkami prostredia. Základnými príznakmi sú emocionálne a psychické poruchy, neschopnosť rešpektovať normy, poruchy správania, delikvencia a kriminalita.¹²⁷

¹²³ BOLLARD, M. R. Intellectual disability and Social inclusion.

¹²⁴ EMERSON, E. In BOLLARD, M. R. Intellectual disability and Social inclusion.

¹²⁵ KUTNOHORSKÁ, J. a kol. Etika pro zdravotně sociální pracovníky.

¹²⁶ HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

¹²⁷ FARKOVÁ, M. Dospelost a její variabilita.

2.3 Vplyv sociálneho prostredia na socializáciu

V interpretácii E. Durkheima sociologická perspektíva procesu socializácie je vnímaná ako socializačná dimenzia, ktorá zahŕňa komplexný proces integrácie jednotlivca do nadosobného celku. Snahou Durkheima v jeho koncepcii bolo poukázať na spoločenskú prirodzenosť človeka a tým zároveň na dvojitú existenciu jedinca – individuálnu (ontogenetickú) a sociálnu (sociogenetickú). Socializovanie jednotlivca znamená jeho včlenenie do spoločnosti, kedy sa stáva článkom spoločnosti a pritom zostáva uceleným organickým celkom.¹²⁸ V tomto prípade nejde o pasívne prispôbenie sa sociálnemu prostrediu, ale naopak jedinec musí byť v tomto procese sám aktívny a následne selektívny v tom, čo si od ostatných členov sociálnej skupiny, spoločnosti a kultúry zoberie za svoje. V tomto ohľade ide o formovanie jedinca ako samostatnej individuality a zároveň aj nositeľa kultúry ako predstaviteľa spoločnosti.¹²⁹ Spoločnosť má významný podiel na formovaní životného začlenenia aj jedinca s mentálnym postihnutím. V rámci tohto procesu sa usiluje formovať jeho podstatu sociálneho bytia ako „nesociálneho jedinca od narodenia“, aby mohol jedinec fungovať sociálnym životom v spoločnosti. Durkheim pojem socializácia postavil do úzkej súvislosti s pojmom výchova, ktorá ako proces transformácie je nástrojom nielen spoločnosti ale aj rodiny.¹³⁰ Výchovný proces z ontogenetického aspektu je chápaný ako interakčná socializácia. Jeho primárnym zameraním je na usmerňovanie a zároveň postupné pretváranie bezprostredných základných pudových a situačných prejavov u dieťaťa s mentálnym postihnutím (od ranného veku). Týmto procesom integrovaných interakcií so životnou realitou sa následne špecifikuje individualita jedinca s mentálnym postihnutím.¹³¹

Jadro sociálno-psychologickej perspektívy socializácie S. Freud zdôrazňoval identitou, ktorú vnímal ako relatívne kontinuálnu vnútornú psychickú štruktúru (do určitej miery stálu, nemennú a fixnú), Erikson naopak zdôrazňoval procesuálnu povahu identity – ako objavujúcu sa prostredníctvom interakcie medzi jednotlivcom a jeho bezprostredným kultúrnym a sociálnym prostredím. V dôsledku toho Erikson videl človeka, ktorý sa v procese socializácie neustále vyvíja. Viacerí zo psychoanalytikov -

¹²⁸ DURKHEIM, E. In ONDREJKOVIČ, Úvod do sociologie výchovy.

¹²⁹ GRUSEC, J. E. and P. D. HASTINGS, Handbook of socialization : theory and research.

¹³⁰ DURKHEIM, E. In ONDREJKOVIČ, Úvod do sociologie výchovy.

¹³¹ MIKŠÍK, O. Psychika osobnosti v období závažných životných a spoločenských zmien.

ako je A. Adler, E. Fromm, K. Horney a C. Jung sa od Freudovej teórie vzdialili smerom k rozvoju identity.¹³² Podľa sociologických výskumov M. Meadovej a R. Lintona rozhodujúcu úlohu pri formovaní ľudskej identity predstavuje kultúra, ktorú si človek v rámci socializácie osvojuje v sociokultúrnom prostredí. Na správanie a prežívanie jedinca v sociálnom prostredí má podľa ich štúdií viac určujúcejší význam kultúra (kultúrne vzorce, postoje, hodnoty) a výchova v procese socializácie, než samotná dedičnosť.¹³³ Vzhľadom k tomu človek ako ľudský organizmus je vybavený biologicko-pudovými inštinktmí, ktoré automatizujú niektoré činnosti jedinca a ovplyvňujú tak ľudské správanie, ale ich samotná existencia je však podmienená viac biologicky než sociálne. Avšak ich prejavovanie v konkrétnom čase a v určitej forme je determinované sociálno-kultúrnym vplyvom. Každý jedinec potrebuje asistenciu (pomoc a oporu), aby si v procese zrenia osvojil vývinové aspekty socializácie, ktorými sú: (a) vývin sociálnej reaktivity, (b) vývin sociálnych kontrol a hodnotových orientácií, (c) osvojenie si sociálnych rolí a tak dospel až k plnohodnotnému členstvu v spoločnosti.¹³⁴

U jedincov s mentálnym postihnutím v tomto procese socializácie a formovaní špecifickej individuality zohrávajú dôležitú úlohu činitele socializácie v sociálnom prostredí, ktoré im umožňujú zastávať sociálne hodnotné roly v rámci ich komunity. Čo znamená vytvorenie, podporu a ochranu hodnotových sociálnych rolí pre ľudí s mentálnym postihnutím za asistencie, keďže bez pomocnej opory by im hrozila sociálna exklúzia. Podmienkou je však nie len nadobudnúť, ale následne aj naplňovať tieto sociálne roly.¹³⁵ Z hľadiska sociológie výchovy sú determinované tri vývinové etapy, ktoré sa navzájom prelínajú a ovplyvňujú: (a) primárna socializácia (b) sekundárna socializácia; (c) terciárna socializácia. Činiteľmi v procese socializácie sú rôzne kontexty kruhov Bronfenbrennerovho ekologického systému teórie ľudského vývinu, zosumarizované v obrázku 3: mikrosystém (rodičia, súrodenci, starí rodičia), mezosystém (spolužiaci, priatelia, učitelia, exosystém (formálne organizácie a neformálne zoskupenia), makrosystém (médiá, miestne samosprávy a širšie sociokultúrne kontexty).¹³⁶

¹³² DELAMATER, J. and A. WARD. Handbook of social psychology.

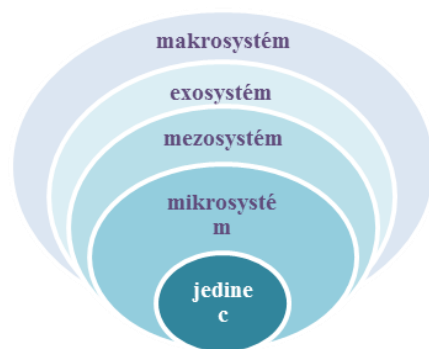
¹³³ VÝROST, J a I. SLAMENÍK Sociální psychologie 2.

¹³⁴ KOLÁŘ, Z. a kol. Výkladový slovník pedagogiky.

JANDOUREK, J. Slovník sociologických pojmů.

¹³⁵ THOMAS, D. and H. WOODS. Working with people with learning disabilities.

¹³⁶ BERNS, R. M. Child, family, school, community socialization and support.



Obrázok 3 Bronfenbrennerov ekologický systém¹³⁷

2.4 Význam rodiny v socializačnom procese

V súčasnosti je rodina vnímaná ako krehká, ale mnohovýznamná inštitúcia, ktorá má nezastupiteľné miesto v socializácii (primárnej i sekundárnej). V tomto kontexte plní základné funkcie, ktoré sú determinované ako reprodukčná, ekonomická, domestifikačná, výchovná, socializačná a ochranná funkcia. Spoločnosť svoj všeobecný rešpekt a oporu voči tejto inštitúcii ukotvila formálne v podobe Zákona o rodine.¹³⁸

Avšak krehkosť rodiny spočíva aj vtom, ako zvláda konfrontáciu s neúnosnou záťažou, ako je napríklad narodenie dieťaťa s mentálnym postihnutím a následne vyrovnanie sa s anticipačnou stratou (stratou očakávanej budúcnosti). Pre rodičov je to náročné obdobie kladenia otázok, ktoré sa stanú situačne náplňou ich života. Avšak môžu očakávať, že nastane etapa v ich živote, kedy sa prestanú pýtať? Čo ak reálny život znamená žiť so strachom a bolesťou či v sebaklame? Vzhľadom k tomu sa domnievame, že žiadni potenciálni rodičia nie sú chránení pred negatívnymi následkami tejto udalosti.¹³⁹ Neúnosná záťaž reality máva za následok narušenie štruktúry a fungovanie rodiny, keďže rodičia si musia prejsť určitými fázami vyrovnania sa s touto udalosťou – od šoku a popierania, cez fázu postupnej akceptácie až po postupnú fázu zaujatia realistického postoja k danej situácii.¹⁴⁰ N. Dale upozorňuje na skutočnosť, že niektorí rodičia môžu preklenúť viacerými fázami súčasne, či medzi fázami oscilovať či niektorú fázu preskočiť. Nebezpečným negatívom tohto modelu určenia fáz je posudzovanie správnosti vyrovnania sa so záťažovou situáciou. To následne môže viesť

¹³⁷ BERNIS, R. M. Child, family, school, community socialization and support.

¹³⁸ TRPIŠOVSKÁ, D. Sociální Psychologie.

PROCHÁDZKA, M. Sociální pedagogika.

¹³⁹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krízová intervence pro praxi -2.

¹⁴⁰ KÜBLEROVÁ – ROSSOVÁ, E. In VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

k mylným záverom, že v niektorých prípadoch sú rodičia považovaní za tých, ktorí popierajú pragmatickú skutočnosť a ich realitou sa stal sebaklam.¹⁴¹

U mnohých autorov kulminuje názor, že adaptovanie sa na vzniknutú krízu rodičovskej identity má multifaktoriálnu podmienenosť. Vzhľadom k tomu jej priebeh, časové rozpätie ako aj úspešnosť vyrovnania sa závisí od niekoľkých faktorov (etiológia postihnutia, individuálna charakteristika dieťaťa s mentálnym postihnutím, miera rezilencie rodiny – spôsob zvládania – prekonania stresu na individuálnej a rodinnej úrovni, vulnerabilita rodiny, kvalita vzťahu rodičov).¹⁴² Kľúčovú rolu tu zohráva reziliencia rodiny, ktorá spĺňa dôležitú regeneratívnu úlohu v obnovení a v posilnení fungovania rodiny. Miera rezilencie je podľa I. Sobotkovej interferovaná externými zdrojmi (socioekonomická stabilita rodiny, oporná sociálna sieť rodičov) a internými zdrojmi (súdržnosť a spirituálna orientácia rodiny, inteligencia a sebadôvera jedinca ako rodiča).¹⁴³

Vzhľadom k tejto skutočnosti zvýšená pozornosť odborníkov je upriamená na rodičovstvo dieťaťa s mentálnym postihnutím, ktoré je sprevádzané rizikom prevahy nežiaduceho výchovného štýlu u obidvoch partnerov (najmä u matiek), keď vo svojich rolách rodičov sú intenzívne konfrontovaní s individuálnym prejavom mentálneho postihnutia svojho dieťaťa. V niektorých prípadoch rodičia zaujmú (alebo iba jeden z nich): (a) ambivalentný (nejednotný) štýl výchovy; (b) otvorenú alebo skrytú formu odmietania, prijatím neprimerane náročného výchovného postoja, ktorý naopak nerešpektuje obmedzenia dieťaťa; (c) autokratický štýl výchovy, kedy si dieťa zvolí apatiu ako nástroj na odolávanie sile a hnevu rodičov; (d) hyperprotektivitu, ktorá slúži ako obranný mechanizmus, čo sa prejavuje ako nekritický, ochranársky postoj, ktorý vedie dieťa k infantilnému správaniu až do dospelosti.¹⁴⁴

Úspešnosť vo výchovnom procese primárne závisí od kvality emocionálnej väzby medzi rodičmi a dieťaťom. Zároveň je potrebné zohľadňovať jedinečnosť ako

¹⁴¹ DALLE, N. In STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálním postihnutím. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*.

¹⁴² ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krízová intervence pro praxi -2*.

ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*.

VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu*.

¹⁴³ SOBOTKOVÁ, I. In STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálním postihnutím.

¹⁴⁴ VALENTA, M. a kol. *Mentálne postihnutí*.

VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu*.

NICOLL, W.G. In STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálním postihnutím.

aj možnosti jedinca s mentálnym postihnutím na úrovni biologickej, behaviorálnej, kognitívnej a sociálnej. Z tohto pohľadu, dieťa s mentálnym postihnutím získava sociálne kompetencie prostredníctvom týchto foriem sociálneho učenia: (a) modelovanie a napodobňovanie,¹⁴⁵ (b) podmieňovanie – použitie odmien a trestov,¹⁴⁶ (c) demonštráciou, čím sa predchádza prejavom intrapsychických procesov, ktoré vznikajú v interakcii s inými ľuďmi.¹⁴⁷

Vsocializačnom procese je významná pre rodiny s dieťaťom s mentálnym postihnutím vzájomná sociálna interakcia a súčinnosť opornej sociálnej siete v rámci kontextu kruhov Bronfenbrennerovho ekologického systému (obr. 3). Kvalita dimenzie Bronfenbrennerovho ekologického systému do istej miery vyjadruje postoj jeho subsystémov z hľadiska: (a) miery poskytnúť pomoc (oporu), (b) adjektíva interpersonálnej angažovanosti, (c) v získaní a v dostupnosti zdrojov pre orientáciu v náročnej situácii. Pre rodiny s existujúcim jedincom s mentálnym postihnutím sú rozhodujúce možnosti poskytnutia sociálnej opory v podobe inštrumentálnej, informačnej, emocionálnej od profesionálnych pracovníkov z exosystému a makrosystému. Len tak následne po vhodnej intervencii môže celá rodina normálne fungovať v rodinnom mikrosystéme.¹⁴⁸ Z tohto aspektu, apelovaním I. Strnadovej je, aby sa spolupracovalo a komunikovalo s rodinou s dieťaťom s mentálnym postihnutím ako s aktívnym článkom v reťazci socializácie, čím sa vyhne negatívnemu faktoru ako sociálnej izolácii.¹⁴⁹

Posudzovanie rodinného zázemia a kvality rodinných vzťahov je dôležité vzhľadom k tomu, ak dieťa s mentálnym postihnutím vážnym spôsobom ovplyvňuje rodinný systém, alebo ak rodinné faktory úzko súvisia s kvalitou rozvoja biologickej, behaviorálnej, kognitívnej a environmentálnej úrovne u jedinca. Okrem individuálnej či rodinnej diagnostiky je užitočné získať aj informácie o reálnych životných podmienkach týchto rodín metódami klinickými či testovacími založených na jednotnej teórii.¹⁵⁰ Vzhľadom k tomu medzi mnohými odborníkmi vo svete¹⁵¹ kulminuje názor, že je tu

¹⁴⁵ BANDURA, A. In DELAMATER, J. – WARD, A. Handbook of social psychology.

¹⁴⁶ CAHILL, S. E and B. THORNE, In DELAMATER, J. a A. WARD, Handbook of social psychology.

¹⁴⁷ CHODOROW, N. In DELAMATER, J. a A. WARD, Handbook of social psychology.

¹⁴⁸ BERNIS, R.M. Child, family, schol, community socialization and support.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

¹⁴⁹ STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálním postižením. In Psychologie a patopsychologie dieťaťa.

¹⁵⁰ VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

¹⁵¹ REPKOVÁ, K a L. BRICHTOVÁ. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím. VALENTA, M. a kol. Mentální postižení.

opodstatnená potreba vypracovať analýzu o životných podmienkach rodín, v ktorých žijú dospelí ľudia s mentálnym postihnutím s jasným cieľom uľahčiť hľadanie efektívnych zásahov do ich životného prostredia. K získaniu potrebných informácií a dát od cieľovej skupiny je okrem štatistických údajov a verbalizovaných požiadaviek cieľovej skupiny potrebné ešte urobiť celostnú diagnostiku životných podmienok rodín, v ktorých žijú dospelí ľudia s mentálnym postihnutím. Pochopenie situácie rodín ľudí s mentálnym postihnutím môže vylepšiť vyhliadky na odstránenie nepriaznivých bariér a zároveň ponúknuť také služby, ktoré umožnia ľuďom s mentálnym postihnutím ako aj ich rodinným príslušníkom dosiahnuť adekvátne, plnohodnotné a fundované uplatnenie v spoločnosti.

V súčasnej spoločnosti je možné interpretovať a analyzovať kvalitu života na základe rozsiahlejšieho spektra premenných faktorov ovplyvňujúcich životné podmienky rodín s jedincom s mentálnym postihnutím. S vývojom vedeckého poznania kvality života rodín s existujúcim členom s mentálnym postihnutím sa ukázalo, že pre rodiny sú významné rodinné emocionálne väzby, pričom sa u nich prejavuje zvýšená miera spirituality a altruizmu. Naopak ako stresový potenciál bol označený nedostatok opory komunity, sociálna izolovanosť, nedostatok voľného času a strata osobnej životnej perspektívy.¹⁵² Z týchto štúdií vyplýva, že u týchto rodín je hodnotená nižšia miera kvality života a prejavuje sa u nich vyššie riziko výskytu stresových činiteľov ako negatívnych faktorov.

2.5 Aktuálne skúsenosti s procesom socializácie u ľudí s mentálnym znevýhodnením

Rodina v sekundárnej a v terciárnej fáze socializácie by nemala u jedincov s mentálnym znevýhodnením zastávať monopol. Všetkými prostriedkami, ktoré sú v spoločnosti dostupné, by sa mal jedinec zapojiť do systému povinného vzdelávania (využitím individuálnych vzdelávacích programov) a následne sa rozvíjať vo všetkých

STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodín s mentálnim postihnutím. In Psychológia a patopsychológia dieťaťa.

THORPE, L. et al. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioural Issues.

KOBER, R. Enhancing quality of life.

¹⁵² KOBER, R. Enhancing quality of life.

BROWN, I. et al. The development of family quality of life concepts and measures.

oblastiach života pomocou legislatívne podchytenej sociálnej opory.¹⁵³ Existuje celý rad faktorov, ktoré pôsobia ako sprostredkovatelia alebo naopak ako obmedzenia, v procese socializácie v závislosti od ich prítomnosti či absencie. Medzi tieto faktory patria postoje a povedomie spoločnosti, akceptácia a rešpekt, pracovné prostredie, dobrovoľníci a asistenti, kvalita a dostupnosť poskytovaných služieb, prístup k informáciám a k vzdelaniu.¹⁵⁴ V tejto súvislosti pre efektívnu účasť na organizovanom spoločenskom živote je potrebné vnímanie socializácie ako proces učenia sa. Následne jedinec od narodenia získava vedomosti a zručnosti, hodnoty, postoje, návyky a spôsoby myslenia o spoločnosti, do ktorej patrí. Spoločnosť mu zároveň umožňuje zapojiť sa účinne a vhodným spôsobom do sociálneho života určitej komunity.¹⁵⁵

Na identifikovanie indikátorov vo všetkých fázach socializácie sa uskutočnila komplexná empirická analýza zorganizovaná organizáciou Kessler v USA, do ktorej boli zahrnutí ľudia s mentálnym znevýhodnením a ľudia bez znevýhodnenia vo veku 24 rokov. Z tejto štúdie vyplýva, že indikátormi pre plnohodnotné začlenenie jedinca s mentálnym znevýhodnením do komunity je významné:

- (a) ak je akceptovaný a rozpoznávaný ako individualita, bez sociálneho znevýhodnenia;
- (b) ak môže rozvíjať a udržiavať interpersonálne vzťahy;
- (c) ak je zahrnutý do sociálnych a spoločenských aktivít komunity;
- (d) ak má vhodné podmienky na seberealizáciu (vhodné zamestnanie);
- (e) ak je dostupná formálna a neformálna podpora.¹⁵⁶

Následne sa jedincom s mentálnym znevýhodnením aj v dospelosti umožňuje socializovať na sekundárnej a terciárnej úrovni v rôznych kontextoch – v rodine, v škole, v zamestnaní, v komunite, v zariadeniach sociálnych služieb – na osobnej, medziludskej a infraštruktúrálnej rovine. V rámci tohto procesu sa rozvíja pocit spolupatričnosti, na ktorý apelujú mnohí odborníci, keď je jedinec s mentálnym znevýhodnením prijatý a má pozitívne interakcie s ostatnými členmi spoločnosti a vzhľadom k tomu nie je vylúčený prostredníctvom marginalizácie alebo šikanovania.

Trendy špecifikácie a diverzifikácie cieľových skupín a na nich viazanej špecifikácie pomoci a starostlivosti umocňuje aj ten fakt, že život ľudí s mentálnym

¹⁵³ BERNIS, R.M. Child, family, school, community socialization and support.

HUČÍK, J a kol. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

¹⁵⁴ RIMMERMAN, A. Social inclusion of people with disabilities.

¹⁵⁵ GOULD, M. and G.WAGNER, et.al. The process of socialization.

¹⁵⁶ BOLLARD, M. R. Intellectual disability and Social inclusion.

znevýhodnením je nabitý rozhodujúcimi udalosťami, ktoré majú negatívny dopad na nich v dospelom veku a v období starnutia, čím je oslabený ich akčný potenciál v ovplyvňovaní verejných vecí v danej spoločnosti.¹⁵⁷ V tomto kontexte rozhodujúce životné udalosti predstavujú významný indikátor, ktorý ovplyvňuje kvalitu života jedinca svojou objektívnou zmenou v konfrontácii jedinca s jeho každodennými prekážkami.¹⁵⁸ Najčastejšie stresujúce udalosti ľudí s mentálnym znevýhodnením, ktoré sú súčasťou ich osobnej skúsenosti, keďže vstupujú do ich sociálnych väzieb sú nasledovne: necitlivá separácia od blízkych ľudí, strata významných (emocionálnych) väzieb, nedostatok súkromia, neustále zmeny životných kontextov, obmedzovanie alebo odopieranie základných ľudských práv, nedostatok kontroly nad vlastným životom, negatívne interakcie a konflikty so sociálnym okolím, traumatizujúce skúsenosti so zneužívaním a týraním.¹⁵⁹

V súvislosti so životnými udalosťami, ktoré majú negatívne následky na ľudí s mentálnym znevýhodnením v dospelom veku a v starnutí, poukazuje R. L. Schalock, na čiastkové ukazovatele ako samostatnosť, sociálna participácia, či životná pohoda, cez ktoré je možné mapovať vplyv pomoci na tieto cieľové (sociálne) skupiny. Ide o takzvaný operacionálny model kvality života (*Operational QOL Model*), ktorý má tri implikácie s potenciálnymi dôsledkami, ktoré sa pri pomoci jedincom s mentálnym znevýhodnením môžu využiť ako činitele a ukazovatele zároveň:

- (a) zvýšenie poskytovaných služieb na politickej a organizačnej úrovni vytvorením právoplatnej štruktúry služieb;
- (b) vysvetlenie, ako daný program vstupuje, spracúva a vystupuje ako mediátor, ktorý ovplyvňuje konkrétny výsledok osobnej kvality života;
- (c) poskytnutie aplikácie a výskumného prostredia pre medzidisciplinárny výskum.¹⁶⁰

Keďže do 90-tych rokov v niektorých krajinách EÚ bola problematika existencie a zdravého starnutia ľudí s mentálnym znevýhodnením tabuizovaná, výsledky z prieskumu zameraného na zdravé starnutie ľudí s mentálnym znevýhodnením Svetovej zdravotníckej organizácie, slúžili na preukázanie sociálnej hodnoty

¹⁵⁷REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte.

¹⁵⁸PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví.

¹⁵⁹DURECOVÁ K. In ČADILOVÁ, V. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.

REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte.

¹⁶⁰SCHALOCK, R. L. In KOBER, R. Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities. s. 27.

podporných služieb pre túto skupinu ľudí. Štúdia poukazuje na novo získané zručnosti prijímateľov sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb, ktoré im pomáhajú zúčastňovať sa na bežných spoločenských príležitostiach, ktoré v praktickom, či voľno – časovom zmysle dlhodobo zlepšujú ich kvalitu života. Ďalej je to získanie rozmanitého rytmu života v snahe bojovať so stereotypom a ustrnutím, na ktoré nadväzuje poznanie, že odhodlanie zdoľávať výzvy a produktivita je súčasťou života aj v prípade dospelých a starnúcich ľudí s mentálnym znevýhodnením.¹⁶¹ Otázka zdravého starnutia musí byť ešte len správne identifikovaná, posúdená a vypracovaná. „Komplexná interakcia medzi biologickými, psychologickými a sociálnymi aspektmi je odôvodniteľne najdôležitejšou a najpotrebnejšou oblasťou výskumu.”¹⁶²

2.6 Koncept sociálneho znevýhodnenia

Fenoménom postmodernej spoločnosti sú konzumné, výkonové, či aspiračné hodnoty, ktorých primárnou vlastnosťou je, že utvárajú stigma – handicap človeka s mentálnym znevýhodnením. Tieto preferované hodnoty sú udávané ako synonymum normality, spoločenskej prestíže a akceptovateľnosti jedinca. Z toho vyplýva, že charakteristikou súčasnej spoločnosti je skôr „vlastnícko-materialistický kontext ľudskej existencie“.¹⁶³ V tomto kontexte E. Goffmann poukazuje na to, že stigma ako stav je hlboko diskreditujúci a formuje osobnosť jedinca smerom od úplnej celistvej osobnosti k roztrieštenej, neúplnej. U stigmatizovaných ľudí je ich hlavná znevýhodňujúca črta zároveň kritériom ich hlavného statusu. Stigmatizovaní ľudia sa síce odklňajú od normy väčšinovej spoločnosti, avšak nie sú sociálnymi deviantmi. Sociálni devianti a stigmatizovaní ľudia sa často považujú za sociálne podobnú skupinu. Na rozdiel od sociálnych deviantov však podľa Goffmana stigmatizovaní ľudia s mentálnym znevýhodnením neuskutočňujú vedomé rozhodnutia odkloniť sa od bežného chodu vecí a sociálneho poriadku porušovaním noriem a pravidiel. Ale aj tak špecifická reakcia spoločnosti na odchýlku od sociálnej normy v referenčnom rámci vedie ku prístupu či stavu stigmatizácie, čo znižuje dôstojnosť a životné šance stigmatizovaných jedincov v danej spoločnosti. V tomto zmysle je stigma špeciálny druh vzťahu medzi

¹⁶¹ WHO. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Summative Report. p. 16-17.

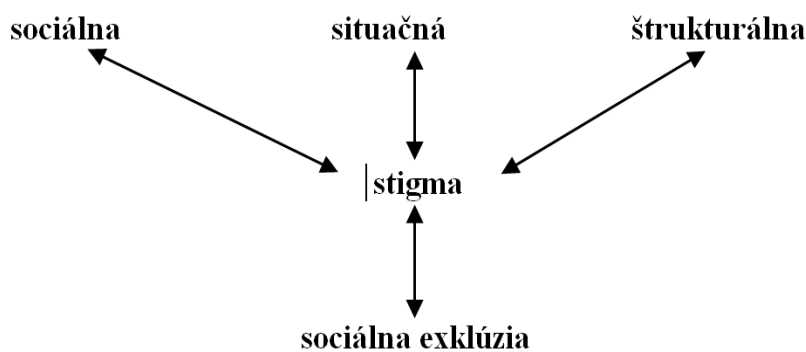
¹⁶² THORPE, L., DAVIDSON, P. and M. P. JANICKI. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioural Issues. p. 10.

¹⁶³ NOVOSAD, L. Telesné postizení jako fenomén i realita. s. 61.

stigmatizujúcim atribútom a stereotypom, ktorý sa vytvára v spoločnosti pri vnímaní daného atribútu.¹⁶⁴

Vzhľadom k tomu je stigma charakterizovaná ako asociatívny stav, ktorý predurčuje ľudí so znevýhodnením k uvedenému postoju a odráža skôr pokračovanie socializačného procesu ako formy diskriminácie určitých identifikovateľných skupín ľudí. Následne P. Burke rozlišuje tieto tri typy stigmy:¹⁶⁵

- Sociálnu – ako sa spoločnosť správa k ľuďom so znevýhodnením v každodennej interakcii.
- Situačnú – aké má sociálne prostredie vplyv na identitu jednotlivca so znevýhodnením.
- Štrukturálnu – ako sa jednotliví členovia spoločnosti správajú k ľuďom so znevýhodnením z pozície authority.



Obrázok 4 Koncept sociálneho znevýhodnenia¹⁶⁶

Vzájomné vplyvy týchto troch typov poukazujú na skutočnosť (obrázok 4), že následky stigmatizácie môže mať potenciál dospieť až ku sociálnej exklúzii. Skúsenosť sociálnej exklúzie môže vyplývať, ako sme uviedli, aj z pozície znevýhodnenia, pričom táto pozícia je posilnená sociálnymi, štrukturálnymi a situačnými aspektmi stigmatizácie.¹⁶⁷ Zároveň je to relatívne subjektívna interpretácia sociálnej exklúzie prostredníctvom znevýhodnenia odčlenených (izolovaných) skupín. V Európskych

¹⁶⁴ GOFFMANN, E. in KORNBLUM, W. Sociology in a Changing World.

¹⁶⁵ BURKE, P. a J. PARKER. Social work and disadvantage: Addressing the roots of stigma Through association.

¹⁶⁶ BURKE, P. and J. PARKER. Social work and disadvantage: Addressing the roots of stigma Through association. s.17.

¹⁶⁷ BURKE, P. and J. PARKER. Social work and disadvantage: Addressing the roots of stigma Through association.

krajinách je sociálna exklúzia vo všeobecnosti považovaná ako znevýhodnenie spojené s chudobou, s určitými normami v sociálnej, ekonomickej a v politickej rovine spoločnosti a dotýka sa ako jednotlivcov, domácností, až po špecifické skupiny obyvateľstva, ako aj špecifických oblastí. Ako jav je meraná rozličnými relatívnymi indikátormi, ktoré demonštrujú rozdiel medzi odčlenenými sociálnymi skupinami a majoritnou spoločnosťou na národnej úrovni. Výskumy na určenie indikátorov sociálnej exklúzie a sociálnej inklúzie – keďže tieto javy sú vnímané ako neoddeliteľné strany tej istej mince – u ľudí s mentálnym znevýhodnením patria medzi pomerne nové. Väčšina štúdií v krajinách USA, Kanady a v Anglicku determinujú selektívne indikátory – vzdelanie, príjem, zamestnanie, občianska a sociálna participácia, interpersonálne väzby.¹⁶⁸

Avšak v sociálnej práci vzhľadom na dodržanie profesionálnej úrovne podľa Goffmana je veľmi dôležité, aby osoba s mentálnym znevýhodnením nebola kategorizovaná sociálnymi pracovníkmi a to na základe diagnózy či sociálneho znevýhodnenia. Naopak cieľom sociálnych pracovníkov by malo byť predovšetkým eliminovať stigmatizáciu osôb s mentálnym znevýhodnením v praxi sociálneho sektora a vyrovnávať ich príležitosti v sociálnej, ekonomickej a v politickej rovine spoločnosti.¹⁶⁹ Aj keď medzi hlavné atribúty sociálnej politiky našej spoločnosti patrí odbúravať nepriaznivé fyzické bariéry, ktoré ovplyvňujú životné kontexty jedincov s mentálnym znevýhodnením žijúcich v rodinách alebo v zariadeniach sociálnych služieb, ešte tu zostávajú psychické bariéry, ktoré sú ťažšie odstrániteľné (negatívne postoje spoločnosti – predsudky, stereotypy).¹⁷⁰

2.7 Postoje spoločnosti k ľuďom s mentálnym znevýhodnením

Kvalita koexistencie väčšinovej spoločnosti a ľudí s mentálnym znevýhodnením je závislá na vývoji postojov spoločnosti k tejto skupine ľudí, ktoré odrážajú mieru spoločenskej tolerancie a zároveň sú výrazom úrovne vývoja spoločnosti – teda sú utvárané náboženskými, filozofickými a etickými vplyvmi.¹⁷¹ Postoje, okrem toho, že sú chápané takto sociálne, sú zároveň niečím osobným a individuálnym, na čo poukazujú najnovšie teórie postojov v sociálnej psychológii. Vymedzenia a základné

¹⁶⁸ RIMMERMAN, A. Social inclusion of people with disabilities.

¹⁶⁹ DAVIS, L. J. et al. The Disability Studies Reader.

¹⁷⁰ HUBINKOVA, Z. a kol. Psychologie a sociologie ekonomického chování.

¹⁷¹ NOVOSAD, L. Telesné postižení jako fenomén i realita.

charakteristiky pojmu postoj (*attitude*) boli v psychológii predstavené G. Allportom ešte v 30-tych rokoch. Od tej doby sa vo vnímaní a použití pojmu a konceptu postojov mnoho zmenilo. Napriek tomu ale stále platí východisková pozícia, na ktorej staval G. Allport, že postoje súvisia so stavom mysle, ktoré majú dynamický vplyv na správanie jednotlivca a jeho reakcie na sociálne situácie.¹⁷² Postoj je v tomto zmysle potrebné odlíšiť od presvedčenia (*belief*). Presvedčenia sú súborom faktov a názorov, ktoré nie sú funkčné na tak globálnej úrovni ako postoje, a na rozdiel od postojov, ktoré sa priamo týkajú voľby a bezprostredného prejavu v sociálnej situácii, presvedčenia sa týkajú vysvetlenia a porozumenia. Oba pojmy, presvedčenia aj postoje, sú základné funkčné štruktúry v medziľudskej komunikácii, majú „interpersonálnu“ funkciu.¹⁷³

V súčasnosti základné delenie postojov odkazuje na implicitné, explicitné a duálne postoje ako na základné formy a funkcie postojov v ľudskom správaní. Implicitné postoje sú automatické a neuvedomé hodnotiace reakcie, zatiaľ čo explicitné postoje sú kontrolované a vedomé hodnotiace reakcie. Duálne postoje sú rozličné vyhodnotenia rovnakého objektu postoja, ktoré závisia od kontextu a situácie.¹⁷⁴ Napriek tomu, že postoje reprezentujú predpokladané reakcie na určité situácie a ľudí v týchto situáciách, neznamená to, že by sme na základe toho vedeli predpovedať sociálne správanie jedinca, alebo celých skupín. Na tento fakt poukázal R. LaPiere ešte v roku 1934.¹⁷⁵ Na R. LaPierov podnet reagoval o pár desaťročí neskôr A. W. Wicker (1969), ktorý sériou testov a empirických výskumov poukázal na to, že vo väčšine prípadov je väzba postoja k prejavu v správaní v skutočnosti veľmi slabá.¹⁷⁶ S postupnou verbalizáciou konceptu postojov sa ukazovalo ako najvhodnejšie skúmať faktory formovania postojov ktoré W. J. McGuire v roku 1989 rozdelil podľa komponentov postoja: sú to mentálne procesy (kognitívne), afektívne emócie (emotívne) a behaviorálne (konatívne) komponenty.¹⁷⁷ Zatiaľ čo prvé koncepty pojmu postojov uvažovali o postojoch ako o výlučne sociálnych štruktúrach (postoj je vždy sociálny postoj), s novými faktami sa o postojoch začalo hovoriť v súvislosti s niečím, čo je osobné, vnútorné a často aj sociálne neprejavené.¹⁷⁸ V nasledujúcej schéme J.

¹⁷²INGLEBY, E. Applied Psychology for Social Work. p. 40.

¹⁷³BUSHMAN, B. J. and R. F. BAUMAISTER, (ed.) Social Psychology and Human Nature. p. 200.

¹⁷⁴BUSHMAN, B. J. and R. F. BAUMAISTER, (ed.) Social Psychology and Human Nature. p. 200.

¹⁷⁵INGLEBY, E. Applied Psychology for Social Work. p. 41.

¹⁷⁶BURR, V. The Person in Social Psychology. p. 27.

¹⁷⁷INGLEBY, E. Applied Psychology for Social Work. p. 40.

¹⁷⁸BURR, V. The Person in Social Psychology. p. 26.

Řezáč¹⁷⁹ znázorňuje úrovně vývoja hodnotiaceho vzťahu človeka k objektu, kedy od nediferencovaného prežívania (ako poznania), cez utvorenie racionálneho náhľadu na objekt, až na tendenciu správať sa k nemu s určitým spôsobom, postupuje človek od pocitov k postoju.



Obrázok 5 Schéma vývoja hodnotiaceho vzťahu človeka k objektu¹⁸⁰

Súčasná sociálna psychológia potrebuje individualistický koncept postojov pretransformovať na pôvodnú sociálnu pozíciu, avšak s určitými zmenami. Navrhuje pozeráť sa na sociálny kontext ako na miesto, kde naše správanie nachádza svoj význam a je preto nevyhnutné dať dôraz nielen na osobnostné prvky postojov, ale predovšetkým na povahu sociálneho kontextu, v ktorom sa postoje dostávajú do konfrontácie so situáciou, v ktorej sa nevyhnutne musia prejaviť.¹⁸¹

Napriek humanizačným tendenciám rôznych kampaní neziskových organizácií¹⁸² kognitívna zložka postoja k ľuďom s mentálnym znevýhodnením je u laikov v spoločnosti pomerne málo zastúpená, čo vyplýva z nedostatku relevantných informácií o diagnóze mentálneho postihnutia. Jedným z negatívnych faktorov, ktorý spôsoboval stres zo skúseností rodičov s dieťaťom s mentálnym znevýhodnením, bolo neustále upozorňovanie od okolia na verejnosti na ich neschopnosť vychovávať svoje dieťa. Ďalšou pre rodičov citlivou reakciou od ostatných ľudí na verejnom priestranstve je zazeranie na „zvláštnosť“ ich detí.¹⁸³ Nedostatok informácií ako poukazuje štúdia Strnadovej vedie k prevahe emocionálnej zložky v postoji k jedincom s mentálnym

¹⁷⁹ŘEZAČ, J. Sociální psychologie. s. 34.

¹⁸⁰ŘEZAČ, J. Sociální psychologie. s. 34.

¹⁸¹BURR, V. The Person in Social Psychology. p. 26.

¹⁸²Široká verejnosť je vnímaná ako dôležitý subjekt pre spoluprácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím na šírenie osvedčených prostredníctvom nadácií a ich kampaní: Jašidielňa – Nadacia Krajina Harmónie, Denné centrum Divadlo z pasáže, Divadlo Baltazár v Budapešti, Deň krivých zrkadiel – ZPMP, ARTEST, People first, Special Olympics Interantional a Bes buddies, Svetový deň downovho syndrómu - Worl Down Syndrom Day (21.3.2014) a mnoho iných.

¹⁸³STRNADOVÁ, I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálnym postihnutím. In Psychológia a patopsychológia dieťaťa.

znevýhodnením, ktorá tendenčne obsahuje oba póly citového hodnotenia vo vzájomnej koexistencii ako pozitívne uvedomenie aj negatívne prežívanie (predsudky). Jediniec s mentálnym znevýhodnením sa dostáva do zorného uhla spoločnosti avšak v konfrontácii so súcitom alebo naopak odporom, pretože symbolizuje negatívum, ktorému sa ostatní jedinci spoločnosti chcú vyhnúť.¹⁸⁴ Samotné správanie jedinca je napodobňovanie alebo modelovanie, v tom prípade ak tu existuje silné emocionálne pripútanie sa k osobe, ktorá prejavuje dané správanie. Ak nastane takýto prípad, je možné predpokladať, že škodlivý postoj bude posilnený v rámci sociálnych skupín, ktoré majú silné citové puto. Tento argument ukazuje, že ide o formu naučeného správania, u ktorej je pravdepodobné, že bude kopírovaná, ak sú jedinci vo veľmi blízkych citových väzbách s ostatnými členmi skupiny, ktorí spúšťajú ich správanie pod vplyvom predsudkov. Toto tvrdenie môže byť tiež ilustrované na zväzovanie toho, prečo existujú škodlivé postoje voči ľuďom s mentálnym znevýhodnením.¹⁸⁵

2.8 Prosociálne správanie spoločnosti k ľuďom s mentálnym znevýhodnením

V tejto kapitole sa usilujeme o premostenie historickej, teoretickej roviny a praktického prístupu súčasného a lokálneho pôsobenia, čím sme chceli poukázať na potrebu širšieho záberu pri akomkoľvek projektovaní a realizácii prosociálne zameraných aktivít s ľuďmi či skupinami, ktoré sú čiastočne alebo plne odkázaní na pomoc spoločnosti v snahe dosiahnuť vytýčené ciele. V každej dobe boli postoje majoritnej spoločnosti k ľuďom s znevýhodnením buď altruistické alebo egoistické. Poskytovaná pomoc a podpora, ktorá nie je orientovaná na dosiahnutie určitého cieľa - tak ako zo strany klienta - prijímateľa sociálnej služby tak aj zo strany sociálneho pracovníka ako poskytovateľa služby či pomoci, je dočasná a v konečnom dôsledku neúčinná.

Najvyšším prejavom sociability je altruistický – prosociálny postoj spoločnosti. Hoci altruizmus je do veľkej miery sociálny fenomén, ktorý má nezastupiteľné miesto v ľudskom správaní a ako taký je súčasťou spoločenskej štruktúry v kultúrnom zmysle, sociálni psychológovia sa naďalej zaoberajú vo svojich štúdiách tým, prečo človek ako

¹⁸⁴ VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu.

NOVOSAD, L. Tělesné postižení jako fenomén i životná realita.

¹⁸⁵ BANDURA, A. In INGLEBY, E. Applied Psychology for Social Work.

bio-psycho-sociálna bytosť, ktorá je činná – seba a svet pretvárajúca, sa správa altruisticky.¹⁸⁶

Altruizmus je historicky a teoreticky definovaný cez mnohé koncepty, pričom dôraz sa kladie na otázku čím altruizmus vlastne je: povahovou vlastnosťou človeka, citom náklonnosti jednotlivca, či tendenciou správania spoločensky vyvinutej ľudskej bytosti? Koncepcia altruizmus bola teoreticky predstavená a do sociálnych súvislostí uvedená už v antike, avšak až s nástupom vedeckého myslenia pod vplyvom pozitivizmu sa uchytil altruizmus v kontexte etickej teórie priamo vychádzajúcej a aplikovateľnej na sociálnu skutočnosť súdobého človeka. Aj keď koncepcia a interpretácia altruizmu v podaní Augusta Comteho (1798–1857) nie je imúnna voči “starnutiu”, navždy bude predstavovať ten míľnik, po ktorom sa už o altruizme uvažuje otvorene ako o povinnosti voči humanite”.¹⁸⁷

Súčasnú sociálnu teóriu altruizmus podrobujú výskumu v inom kontexte, ako to robil vo svojej morálnej filozofii I. Kant alebo iniciátor dnešného pojmu „altruizmus“ – August Comte. Vo svojom diele *Catéchisme Positiviste* poukazuje A. Comte na altruizmus ako nevyhnutnú alternatívu egoizmu. Napriek tomu, že konať v prospech ostatných ľudí môžeme chcieť s cieľom dosiahnuť osobný úžitok, je tu prítomný altruistický aspekt, cez ktorý sme vždy súčasťou ľudskosti, ktorej sme výtvorom. Polemiky, ktoré A. Comte podnietil viedli takzvaných psychologických hedonistov k záverom, že aj konanie v prospech druhých je motivované egoizmom a preto pojem altruizmus nie je v objasňovaní motivácie, morálnej povinnosti, či príčiny z psychosociálneho hľadiska nejako zásadný.

S vývojom vedeckého poznania mysle a spoločnosti kulminoval názor, že spoločensky orientované správanie jednotlivca v súčasnej spoločnosti je možné interpretovať a analyzovať na základe čím menšieho počtu premenných a tieto snahy ústia k eliminácii dualizmov vo filozofii mysle, epistemológii, sociológii, spoločenských vedách, psychológii a etike (pragmatizmus, existencializmus, radikálny empirizmus, realizmus). Podľa novších výskumov C. D. Batson uvádza, že je dôvod prekročiť tieň Comteho teórie a oprávnené sa domnievať, že altruizmus a egoizmus majú spoločný základ, ktorým sa zjednotí objasňovanie motívov ľudského spoločenského správania.

¹⁸⁶ VACEK, P. Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech.

¹⁸⁷ BATSON, C. D. In Post S. G. et al. Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue. p. 90-91.

Avšak to neznamená, že altruizmus a egoizmus nie sú rozdielne tendencie, ukazuje C. D. Batson. Spoločným menovateľom má byť podľa neho motivujúci faktor spúšťajúci zameranosť na dosiahnutie cieľa. „Altruizmus je motivačný stav s konečným cieľom zvyšovania životnej úrovne ostatných. Egoizmus je motivačný stav s konečným cieľom zvyšovania svojej vlastnej životnej úrovne.”¹⁸⁸ Metóda zisťovania toho – ktorého motivačného faktoru je C. D. Batsonom definovaná cez alternatívy zamýšľaného konania. Inými slovami, ak je pozitívne ovplyvňovanie ostatných náhodným produktom ľudského konania, nejde o priame altruistické správanie. Nasledujúci obrázok zhrňa tieto definície:

Výsledky pomoci		
Povaha motívu pomoci	Zmiernenie trpenia iných	Získanie osobného zvýhodnenia
Altruistické	Konečný cieľ	Neúmyselný dôsledok
Egoistické	Inštrumentálny cieľ	Konečný cieľ

Obrázok 6 Formálna štruktúra otázky altruizmu¹⁸⁹

Epistemologicky má C. D. Batson blízko ku Kantovej filozofii, hoc ako sám ukazuje „ústredný motív etiky, ktorý je založený na povinnosti je v Kantovej morálnej filozofii nahradený všeobecnejším zmyslom obojstranného nároku (altruistického konania) založenom na zdieľanej humanite”.¹⁹⁰ V tomto zmysle je koncipovaný známy I. Kantov kategorický imperatív, ktorý nemá ďaleko od A. Comtovoho epistemologického stanoviska, podľa ktorého konať altruisticky je nevyhnutne podmienené vznikom ľudskej spoločnosti a kultúry, ktorá prirodzene koná v súlade s univerzálnym princípom. Kantov dôraz na prirodzenosť a univerzálnosť altruistického správania je demonštrovaný a zosobnený v takzvanej “nedružnej – družnosti” ľudí. Človek je podľa Kanta tvor nespooločenský, no napriek tomu je nútený a tlačný k vzájomnej spolupráci, ktorá ho modeluje aj po morálnej stránke. Príroda núti človeka k družnosti napriek všetkým vlohám, ktorým príroda z človeka robí bytosť výsosťne

¹⁸⁸ BATSON, C. D In Post S. G. et al. Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue.

¹⁸⁹ BATSON, C. D In Post S. G. et al. Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue. p. 90.

¹⁹⁰ BATSON, C. D In Post S. G. et al. Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue. p. 90

nespoločenskú. Táto tenzia podľa Kanta napomáha v neustálom raste kultúry a spoločnosti ľudí na vyšší vývojový stupeň, v ktorom človek v spoločnosti a komunitě znovuobjavuje možnosti súladu svojej prirodzene vrodenej tendencii k družnosti, ako aj nedružnosti, keď sa učí využívať plody ľudského ducha pre spoločné dobro s cieľom zaistiť rast morálneho vedomia. „*Prostriedkom, ktorý príroda využíva na rozvinutie všetkých svojich vlôh, je ich antagonizmus v spoločnosti, keďže sa napokon predsa len stáva príčinou ich zákonitého poriadku. Antagonizmom rozumiem nedružnú družnosť ľudí, t.j. ich sklon vstupovať do spoločnosti, spájajúci sa však s plným odporom, ustavične hroziacim túto spoločnosť rozdeliť. ... Človek má náklonnosť spolčovať sa; totiž v takomto stave sa cíti viac než človekom, to je cíti rozvoj svojich prírodných vlôh. Má však aj veľký sklon vydeľovať sa (izolovať); lebo zároveň v sebe nachádza nedružnú vlastnosť chcieť všetko riadiť len podľa svojho ponímania. Tu sa robia prvé ozajstné kroky od surovosti ku kultúre, ktorá sa vlastne zakladá na spoločenskej hodnote človeka...*”¹⁹¹

Všetky spoločenské štruktúry sú takpovediac vynútené a preto, aj keď z morálneho hľadiska môžeme altruizmus alebo iný aspekt pro-sociálneho konania vnímať ako pozitívnu nezištnú vlastnosť, je každé takéto konanie vždy zároveň nevyhnutné pre dosiahnutie konečného cieľa humanity, ktorým je rozvinutie všetkých prírodných vlôh človeka a vytvorenie spravodlivej občianskej spoločnosti, v ktorých sa všetky vlohy môžu realizovať. Altruizmus teda ani nepotrebuje špeciálne morálne zdôvodnenie – je jednoducho nevyhnutnosťou keďže je zároveň aj prostriedkom ako sa dostať k ďalším cieľom. Z tohto hľadiska je Kantovo vnímanie altruizmu podobné modernému Batsonovmu konceptu, podľa ktorého motivácia ku cielenému konaniu je podstatným faktorom v každom vedeckom psycho-sociálnom poznávaní človeka a jeho spoločenských spôsobov správania. Altruizmus sa vyskytuje podľa C. D. Batsona v spojitosti s dosiahnutím určitého cieľa, nikdy nie len v čistej podobe. Na tento vytýčený cieľ totiž musia byť zvolené vhodné prostriedky, ktoré samotné prejavy altruizmu opodstatňujú a dávajú mu zmysel. Na strane druhej Kant, bol ochotný pripustiť, že akýkoľvek prejav vôle, ktorý koná so zámerom dosiahnuť svoj cieľ, nie je závislý od toho, čo dosahuje a či je vhodný. Je tu teda podľa Kanta všeobecná požiadavka konať morálne a altruisticky, ktorá nedbá na účel ani prostriedky.

¹⁹¹ Kant, I. K večnému mieru. s. 61

Všeobecný zmysel nároku na altruistické a predovšetkým morálne chovanie Kant zdôvodňuje nasledovne: „Vôľa nie je dobrá tým, čo spôsobuje alebo dosahuje, nie svojou vhodnosťou na dosiahnutie nejakého predsavzatého účelu, ale výlučne chcením, t.j. osebe a skúmajúc ju samu osebe ju bez porovnávania máme vyhodnotiť oveľa vyššie ako všetko, čo by sa ňou dalo dosiahnuť v prospech akejkolvek náklonnosti, či dokonca, ak chceme, súhrnu všetkých náklonností. Aj keby tejto vôli nejakou nepriazňou osudu alebo skromnou nádielkou macošskej prírody chýbala akákoľvek schopnosť presadiť svoj zámer, aj keby pri svojom najväčšom nasadení predsa nič nedosiahla, a ostala by iba táto dobrá vôľa (pravdaže nie iba ako číre želanie, ale ako použitie všetkých prostriedkov, pokiaľ sú v našej moci): predsa by sa sama osebe skvela ako klenot, ako čosi, čo má svoju plnú hodnotu samo osebe. Užitočnosť či bezvýslednosť nemôže k tejto hodnote ani nič pridať, ani z nej nič odobrať” .¹⁹²

Rozdielnosť v objasňovaní, diagnostikovaní a skúmaní altruizmu ako fenoménu, ktorý je existenčne prepojený vzhľadom k bytiu jedinca, kedy jeho svet je zároveň súčasťou sociálneho bytia spoločnosti alebo tým, že sa narodil v určitom systéme tendenčných sociálnych vzťahov však poukazujú na to, že altruizmus je základným prejavom ľudskej schopnosti realizovať morálne zásady nielen z egoistických, nevyhnutných, či náboženských pohnútok. Zároveň však štruktúra altruizmu podnietila odborníkov k diskurzu o existencii čistého altruizmu v zmysle prirodzenej podstaty človeka. Vzhľadom k tomu, sociálni pracovníci a pomáhajúci odborní pracovníci ako profesionáli sú schopní konať s dôrazom na blaho iných ľudí, aby potlačil svoj vlastný prospech ? V tejto súvislosti, treba brať na vedomie, že do rozhodovacieho procesu jedinca o poskytnutí pomoci vstupuje zároveň aj prehodnotenie, komu následná pomoc bude poskytnutá – atribúcia altruizmu.¹⁹³

¹⁹² Kant, I. Základy metafyziky mravov. s. 17

¹⁹³ VACEK, P. Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech. VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. Sociální psychologie 2.

3 Sociálna inklúzia vo formálnej starostlivosti v porovnaní s neformálnou a ich skutočný prínos pre ľudí s mentálnym znevýhodnením

Altruizmus je do veľkej miery fenomén, ktorý má nezastupiteľné miesto v ľudskom spoločenskom správaní a ako taký je súčasťou spoločenskej štruktúry v kultúrnom zmysle. Súčasná sociálna teória altruizmu podrobujú výskumu v inom kontexte, ako to robil vo svojej morálnej filozofii Immanuel Kant alebo iniciátor dnešného pojmu altruizmus – August Comte. Na to aby sme altruizmus vnímali nielen ako fenomén z morálneho, náboženského, filozofického, či etického hľadiska, ale aj ako premennú v rovnici sociálnej teórie, je potrebné konkretizovať a usmerniť spôsob, metódu, predmet a spoločenskú hodnotu poskytovanej pomoci, ktorá sa vníma ako altruistická. Jedným z najvhodnejších spôsobov ako konkretizovať a zameriavať altruistické správanie je cez koncepty kvality života, ktoré získavajú postavenie najkomplexnejších ukazovateľov účinnosti sociálnej práce v praxi.

V predchádzajúcej kapitole sme sa snažili poukázať na postoje majoritnej spoločnosti k ľuďom s mentálnym znevýhodnením. Negatívny postoj spoločnosti voči ľuďom s mentálnym znevýhodnením môže kulminovať až na takzvanú sociálnu slepotu. Tento prívlastok nemusí dostať len jednotlivec, ale sociálne slepou môže byť aj celá spoločnosť. Je to tzv. selektívna slepota, ktorá je bežná u ľudí našej kultúry, keď sa jedinec s mentálnym znevýhodnením síce dostane do zorného poľa človeka, ale jeho myseľ ho neregistruje.¹⁹⁴ Je dôležité dbať na to, aby spolucítiaci postoj v situáciách núdze k druhému človeku alebo ku skupine ľudí, ako aj rozmer a kvalita tejto pomoci, nenadobudla tento prívlastok aj voči potrebám ku klientovi v profesionálnej rovine.

V tomto kontexte je potrebné podčiarknuť potrebu identifikovať faktory ovplyvňujúce sociálnu inklúziu vo formálnej starostlivosti v porovnaní s neformálnou a ich skutočný prínos nielen pre jedincov s mentálnym znevýhodnením ale aj pre spoločnosť. To sa týka i hľadania pomeru medzi kultivujúcim profesionálnym sebarozvojom sociálnych pracovníkov a ich určenými kompetenciami, ktorými

¹⁹⁴ FABRICI – ŠICKOVÁ, J. Arteterapia.

ovplyvňujú proces plánovania a tvorby komplexnej starostlivosti o túto populáciu obyvateľstva v zariadeniach sociálnych služieb.

3.1 Formálna a neformálna sociálna práca ako podporný systém pre ľudí s mentálnym znevýhodnením

Kľúčovým aspektom kritiky v osobnej praxi v akomkoľvek odbore je pýtať sa otázku: „Čo robím?“ V sociálnej práci si M. Payne kladie otázku „Potrebujú ľudia s mentálnym znevýhodnením sociálnu prácu?“ Táto otázka sa tu kladie v dvoch rozličných spôsoboch. Po prvé, čo sa týka toho, či administrácia životnej úrovne vyžaduje kvalifikovaných sociálnych pracovníkov špeciálne na prácu s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením. Táto otázka sa týka faktu, že reorganizácia sociálnej starostlivosti často spôsobuje, že ku prijímateľom sociálnej služby sa dostáva nedostatočne kvalifikovaný pracovník z iného sektoru sociálnych služieb. Dôraz pri akejkoľvek odpovedi na túto otázku by sa podľa Paynea mal klásť na manažment sociálnych služieb. Po druhé, táto otázka sa kladie v tom zmysle, že sa pýta na postoj sociálneho pracovníka, ktorý si kladie túto otázku vo vzťahu k náplni a zmyslu svojej práce, čo je podľa Paynea veľmi podstatným faktorom pri celoživotnom rozvoji zručností a kompetencií sociálneho pracovníka. Otázku, ktorú by si mali sociálni pracovníci klásť je: „Prosperujú ľudia s mentálnym znevýhodnením zo sociálnej práce?“¹⁹⁵

Na to, aby sociálna práca bola úspešná v praktickej rovine pri poskytovaní starostlivosti ľuďom s mentálnym znevýhodnením a ich rodinám, musia jej princípy byť založené na poznaní sociálneho prostredia jedinca (celkovej opornej siete), rámcového konceptu mentálneho postihnutia a sociálnej politiky štátu. Dôležité je aj posilniť princíp subsidiarity (latinsky subsidium – pomoc, podpora), ktorý ako podporný koncept predpokladá intervenciu vyšších organizačných foriem (napríklad štátu) voči nižším subúrovniam či jednotlivcom podpornej siete Bronfenbrennerovho systému. Vzhľadom k tomu ide o utváranie občianskej spoločnosti, ktorá vytvára priestor a podmienky pre združovanie a organizovanie spoločenských aktivít na pomoc a podporu jedinca s mentálnym znevýhodnením, aby mohol dosiahnuť plnohodnotný a dôstojný život. Tým pádom sa sekundárne docieli eliminovanie útlaku zo strany

¹⁹⁵ PAYNE, M. and G. A. ASKELAND. Globalization and international social work.

majoritnej spoločnosti voči jedincom s mentálnym znevýhodnením, čo následne je vnímané ako prevencia pred stigmatizáciou či sociálnou exklúziou. Avšak v súlade s požiadavkami princípu subsidiarity, štát nie je považovaný za hlavného aktéra, ale skôr za koordinátora.¹⁹⁶

Prostredníctvom poskytovania sociálnej opory v rámci podpornej siete Bronfenbrennerovho systému ako jednej z možností intervencie zo strany vyššieho organizačného celku (makrosystému), je možné efektívne riešiť vzniknuté problémy pri prekonávaní aktuálnych bariér vytvorených sociálnym prostredím, s ktorými je konfrontovaný jedinec s mentálnym znevýhodnením vo svojom fungovaní. Podľa *Svetovej správy* o zdravotnom postihnutí je obsiahnutie komunitnej sociálnej práce v národnej politike krajiny interaktívne dynamickou možnosťou pre sociálnych a pomáhajúcich pracovníkov. V rámci štátnych či mimovládnych (neziskových) organizácií môžu poskytovať rodinám s existujúcim jedincom s mentálnym znevýhodnením sociálni pracovníci alebo pomáhajúci pracovníci: (a) adekvátne informácie o možnostiach využitia opornej siete, (b) úzku dlhodobú spoluprácu, (c) ako aj následne spájanie rodín, ktoré zdieľajú podobné problémy (napr. podporné - svojpomocné skupiny).¹⁹⁷ Ako príklad by sme chceli poukázať na činnosť ekumenickej medzinárodnej organizácie L'Arche International, ktorá má pôsobnosť v 40 krajinách sveta (Maďarsko, Slovinsko, Poľsko, Nemecko, Veľká Británia, USA, India a ďalšie). Prvá komunita takého typu bola založená vo Francúzku manželským párom na princípoch solidarity a altruizmu v meste Trosky – Brehuli, v roku 1964. V súčasnosti hlavné zameranie komunity je na spolunažívanie a zdieľanie pracovného aj voľného času ľudí s mentálnym znevýhodnením s ľuďmi bez postihnutia, ktorí v komunite fungujú ako neprofesionálni asistenti.¹⁹⁸

Pre zakotvenie rôznych mimovládnych, spoločenských a odborných organizácií v spoločnosti je potrebná dôvera, prosociálne správanie a empatia obyvateľstva, aby dobrovoľne a bez nároku sa podieľali (participovali) na odstraňovaní bariér, ktoré sú prekážkami pri zvyšovaní životnej úrovne jedincov s mentálnym znevýhodnením v komunite. Z tohto aspektu je pozitívum vo zvyšovaní spoločenskej hodnoty dobrovoľníckej práce, keďže sa zvyšuje ako osobný, sociálny, tak kultúrny kapitál

¹⁹⁶ MÍČKA, R. Subsidiarita ako podstatný konstitutívny princíp sociálnej politiky a občanské spoločnosti. In *Sociální práce/ Sociální práca*.

¹⁹⁷ WHO - World Report on Disability.

¹⁹⁸ www.larche.org

každého zapojeného človeka. Ďalším kľúčovým atribútom neziskového sektora je vhodné využívanie informácií schopnosť kooperovať a viesť dialóg so štátnymi orgánmi s ohľadom na presadzovanie záujmov ľudí s mentálnym znevýhodnením, aby mohli efektívne participovať na živote komunity a spoločnosti v rámci svojich možností. Na Slovensku sú v neziskovom sektore pomerne aktívne: Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím (ZPMP), Slovenský zväz zdravotne postihnutých, Kresťanská liga na pomoc mentálne postihnutým na Slovensku, INFODOM – informačný servis pre rodičov postihnutých detí, Agentúra podporovaného bývania, Občianske združenie Inklúzia, Neinvestičný fond obláčik pre postihnuté deti a iné.¹⁹⁹

V tomto kontexte úlohou vlády je pomocou sociálnej politiky vytvárať také životné podmienky pre jedincov s mentálnym znevýhodnením, aby podporné služby, asistenčné aktivity a dobrovoľnícka činnosť pokryli potreby a požiadavky osôb s mentálnym znevýhodnením na formálnej či neformálnej úrovni. V súčasnosti štátom podporované zariadenia s ambulantnou formou starostlivosti a zariadenia s podporovaným bývaním pre jedincov s mentálnym znevýhodnením sú v marginálnom zastúpení. Avšak neziskové organizácie majú iba limitované pokrytie ohľadom poskytovania tejto služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením. Vzhľadom k tomu nedisponujú dostatočným zaistením na vytváranie takejto formy adekvátnej podpory v rámci sociálnej siete jedinca.²⁰⁰

Vláda SR koncom roka 2011 implementáciou záujmov jedincov s mentálnym znevýhodnením pre ich efektívne participovanie na živote komunity, pristúpila na schválenie Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. Následne dňa 30. 11. 2011 uznesením č. 761/2011, bolo schválené nadväzujúce vypracovanie *Národného akčného plánu prechodu transformačným procesom z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015*. Cieľom a zmyslom zmeny bolo z tradičného modelu sociálnych služieb prejsť na systém služieb komunitnej starostlivosti za účelom opierania sa o ľudsko-právne aspekty ľudí s mentálnym znevýhodnením v medzinárodnom meradle a princípov opornej siete Bronfenbrennerovho systému komunitného života. Hlavným právnym východiskom bol Dohovor OSN o právach

¹⁹⁹ HUČÍK, J. Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť.

²⁰⁰ PAVELOVÁ, E. Komunitná sociálna práca.

osôb so zdravotným znevýhodnením.²⁰¹ V tomto procese plánovania prechodu na komunitne založené služby aktuálne prebieha projekt štruktúry transformácie na všetkých úrovniach, vrátane zariadení sociálnych služieb pre ľudí s mentálnym znevýhodnením. Zámerom je v období rokov 2016-2020 zavedenie a hodnotenie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb za účelom zabezpečenia sociálneho začlenenia prijímateľov sociálnych služieb so zameraním sa na osoby s mentálnym znevýhodnením (najmä ženy a staršie osoby). Podporou rozvoja sociálnych služieb na komunitnej úrovni, by mohli žiť následne v komunitnom prostredí. Tieto úlohy boli navrhnuté v zmysle odporúčania Výboru OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím č. 58 a č. 56.²⁰²

Podľa J. Pfeiffera, hlavným atribútom deinštitucionalizácie nie je znižovanie kapacít zariadení sociálnych služieb, ale eliminovanie inštitucionálnej kultúry v spoločnosti. Negatívnym aspektom inštitucionalizácie na klienta ako prijímateľa sociálnej služby je: (a) izolovanie ľudí s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach od širšej komunity; (b) nedostatok kontroly nad vlastným životom; (c) realizovanie rigidných postupov zo strany personálu; (d) blokové jednanie s každým klientom rovnako; (e) dodržiavanie pravidiel a smerníc zariadenia sú dôležitejšie ako saturácia potrieb jednotlivcov; (f) sociálny odstup zamestnancov od klientov - prijímateľov sociálnej služby.²⁰³

3.2 Sociálno-právna ochrana ľudí s mentálnym znevýhodnením

Humanizačným trendom v sociálnej práci súčasných európskych štátov je pomoc pre ľudí so znevýhodnením (aj s ťažším stupňom mentálneho postihnutia) podporovaná hlavne kladením dôrazu na základné ľudské práva, ako aj na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, čo znamená zachovanie rovnováhy medzi nezávislosťou a kvalitou života. V tejto súvislosti oblasť sociálnej ochrany ľudí s mentálnym znevýhodnením, ako právneho rámca má na Slovensku dvojakú líniu: nemožnosť diskriminovať niekoho z dôvodu zdravotného postihnutia je obsiahnutá

²⁰¹ Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. MPSVR SR. [online].

²⁰² Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 – 2020. MPSVR SR. [online].

²⁰³ PFEIFFER J. In REPKOVÁ, K. a L. BRICHTOVÁ. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím.

v zákone s najvyššou právnou silou, a to v Ústave SR,²⁰⁴ ako aj v zákone NRSR č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (antidiskriminačný zákon) v platnom znení.²⁰⁵ Základným právnym atribútom demokratického štátu je aj právo na vzdelávanie a informácie pre každého občana, vzhľadom k tomu nemôžu byť nikomu odňaté ako je uvedené v ustanovenom zákone NRSR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení. Po rodine má škola ako druhý socializačný činiteľ významný vplyv na sociálnu inklúziu jedinca s mentálnym znevýhodnením. Hlavnými elementmi tohto procesu sú aktívne zapájanie sa do komunity, rozvíjanie a udržiavanie sociálnych väzieb s ostatnými ľuďmi, zmysel a potreba spolupatričnosti.²⁰⁶

Naplnenie potreby sebarealizácie a spolupatričnosti pre ľudí s mentálnym znevýhodnením je možné, ak sú na to vytvorené podmienky spoločnosťou. Prostriedkom je legislatívne podchytená opora za účelom sociálnej inklúzie tejto sociálnej skupiny a to v podobe formálnych legislatívnych noriem: (a) zákon NRSR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, (b) zákon NRSR č. 311/2001 Z. z. Zákonníkom práce v platnom znení, (c) či zákonom NRSR č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení. Pracovné príležitosti pre ľudí s mentálnym znevýhodnením na Slovensku sú tak umožnené na základe (a) podporovaného zamestnávania; (b) chránených dielní a chránených pracovísk; (c) pracovnej terapie v zariadeniach sociálnych služieb; (d) v rehabilitačnom stredisku. Ale aj napriek potenciálu a pracovnému entuziazmu u jedincov s mentálnym znevýhodnením nie je možné ich zamestnať vzhľadom k nevytvoreným podmienkam. Vzhľadom k tomu ich existenčné potreby im zabezpečujú sociálne dávky – invalidný dôchodok.²⁰⁷

²⁰⁴ Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov.

²⁰⁵ REPKOVÁ, K. a SEDLÁKOVÁ, D. Zdravotné postihnutie.

HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím.

²⁰⁶ PIKÁLEK, Š. Výchovná a rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých.

RIMMERMAN, A. Social inclusion of people with disabilities.

²⁰⁷ Na účely zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti je občan so zdravotným postihnutím uznaný za invalidného občana, ktorý má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o 20% ale najviac o 40%. Posudzovanie miery poruchy pre účely peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia upravuje zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Posudzovanie vykonávajú Úrady práce sociálnych vecí a rodiny.

Druhú líniu tvoria osobitné politiky a opatrenia špecializované pre osoby so zdravotným znevýhodnením, ktoré sú programovo sústredené v celonárodnom vládnom dokumente. Vzhľadom k tomu dôležitým míľnikom je *Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím*,²⁰⁸ ktorý Slovenská republika ako jedna z krajín prijala a zároveň implementovala záväzky z neho plynúce aj prostredníctvom právnych noriem a sociálnej práce. V tomto dokumente sa zmluvné strany zaviazali jedincom s mentálnym znevýhodnením umožniť sociálnu inklúziu do komunity v spoločnosti v podobe dostupných služieb, vzdelania či zamestnania.²⁰⁹

Poskytovanie sociálnych služieb patrí tradične k oporným pilierom systému sociálnej ochrany ľudí s mentálnym znevýhodnením, keďže slúžia na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie nielen pre jedincov ale aj pre ich rodinných príslušníkov.²¹⁰ Vzhľadom k tejto skutočnosti hlavným aspektom zákona o sociálnych službách ako právneho rámca je kladenie dôrazu na (a) prevenciu pred vznikom alebo riešenie nepriaznivej sociálnej situácie jedinca a jeho rodiny (b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti viesť samostatný život; podporovať začlenenie jedinca do spoločnosti, (c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb jedinca a jeho rodiny, (d) riešenie krízovej sociálnej situácie jedinca a jeho rodiny, (e) prevenciu pred sociálnou exklúziou jedinca a rodiny. Spôsob výkonu samotnej sociálnej služby zákon ponecháva na sociálnej práci na základe doposiaľ získaných poznatkov spoločenských vied a poznatkov o stave a vývoji poskytovania sociálnej služby.²¹¹ Identifikácia problémovosti životného prostredia jedinca s mentálnym znevýhodnením ako aktéra sociálnych služieb sa tak stáva primárnym predmetom sociálnej práce.²¹²

Z vyššie konkretizovaných aspektov je možné determinovať zámer poskytovania sociálnych služieb, ktorý ma viesť: (a) k zabezpečeniu existenčných podmienok pre ľudí, ktorí sú odkázaní na podporu a pomoc, (b) ku zabezpečeniu priaznivého prostredia, čím sa zabráni nárastu negatívnych spoločenských javov, (c) k vytvoreniu podporných aktivít, ktoré budú rozvíjať a podporovať autonómiu klienta, (d) ku

²⁰⁸ Zákon č. 317/2010 Z. z. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2.

²⁰⁹ REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie.

PAVELOVÁ, I. Komunitná sociálna práca.

²¹⁰ KRUPA, S. Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov. 2007–a.

²¹¹ § 2 ods. 5 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenom názve.

²¹² LUBELCOVÁ, G. Sociálne služby v SR. In Sociálna práca/ Sociálna práca.

poskytnutiu pomoci pri sociálnej inklúzii, čím by sa malo podporovať zotrvanie jedinca v jeho prirodzenom prostredí, (e) ku naplňovaniu ľudských práv.²¹³ V tomto ohľade špecifické kompetencie sociálnej práce sú spojené s prehľadom o podporných sieťach organizácií zahrnutých do práce s klientom alebo s klientovou sociálnou sieťou a komunitou. Popri tom majú sociálni pracovníci za pomoci kooperatívnych a kooperačných zručností spájať navzájom rozličné oblasti, v ktorých majú hlavné slovo odborníci z iného sektoru. Profesionálna samostatnosť a sebavedomie má pozitívny a posilňujúci efekt, zároveň sa však sociálni pracovníci musia naučiť jasne rozpoznávať hranice svojej pôsobnosti s cieľom čo najefektívnejšie plniť práve túto „prepájajúcu úlohu“. Zvyšovanie citlivosti pre túto úlohu by malo byť hlavnou náplňou modernej edukačnej metodológie v sociálnej práci.²¹⁴

3.3 Sociálne služby pre ľudí s mentálnym znevýhodnením

Sociálne služby v zariadení²¹⁵ pre ľudí s mentálnym znevýhodnením slúžia už dlhé roky k poskytovaným sociálnym službám. Primárnymi dôvodmi sú odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby alebo dovŕšenie dôchodkového veku a nemajú vo svojom prostredí (v sociálnej sieti) osobu, ktorá by ich opatrovala. Napriek prevládajúcim tradičným formám zariadení poskytujúcich sociálne služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením sa postupne rozvíjajú aj nové typy zariadení sociálnych služieb, ktoré sú zatiaľ zastúpené v našich podmienkach marginálne a ich zriaďovateľom je neziskový sektor:

- Domovy sociálnych služieb s ambulantnou starostlivosťou (s dennou),
- Domovy sociálnych služieb s pobytovou (týždennou) starostlivosťou,
- Domovy sociálnych služieb s pobytovou (ročnou) starostlivosťou,
- zariadenia pre seniorov,
- rehabilitačné strediská,
- špecializované zariadenia,
- zariadenia podporovaného bývania.²¹⁶

²¹³ LEVICKÁ, J. a kol. Sociálne služby.

²¹⁴ PAYNE, M. and G. A. ASKELAND. Globalization and international social work.

²¹⁵ Zariadenia sociálnych služieb, ktoré prešli do zriaďovateľskej pôsobnosti obcí a KSK sú zatiaľ podľa uvedeného zákona č. 448/2008 Z. z. o soc. službách finančne dotované zo strany štátu.

²¹⁶ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenom názve.

Zákon o sociálnych službách odlišuje ambulantnú a pobytovú formu v zariadení sociálnych služieb. V súlade so zásadami modernej sociálnej práce, by mali byť viac podporované práve zariadenia s ambulantnou formou alebo zariadenia s podporovaným bývaním. Tým by sa posilňovalo zotrvanie klienta s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľa sociálnej služby v jeho prirodzenom prostredí, aby sa nenarušili sociálne väzby, ktoré nadobudol počas života. Ako ďalšie pozitívum O. Matoušek a G. Lubelcová vidia v znižovaní sociálnej závislosti, či izolovanosti od komunity.²¹⁷ Podporované bývanie je určené ľuďom s mentálnym znevýhodnením, ktorým ich diagnóza nedovoľuje plne sa integrovať vlastnými silami do spoločnosti. Jednou z požiadaviek je disponovať sebaobslužnými sociálnymi zručnosťami aj napriek funkčným obmedzeniam. Súčasťou tejto služby je poskytnutie bytovej jednotky skupine jedincov s mentálnym znevýhodnením, kde individuálny rozvoj aktívneho socializačného procesu sa uskutočňuje za účasti a pomoci zamestnancov podporovaného bývania, osobných asistentov, dobrovoľníkov a rodiny.²¹⁸ V ČR je táto služba poskytovaná ako služba chráneného bývania a to v zriaďovateľskej pôsobnosti len neziskového sektoru.²¹⁹

Okrem poskytovania sociálnej služby v zariadení s rôznou formou pobytu, ale aj podporovaného bývania, patrí opatrovateľská služba ku najvyužívanejším sociálnym službám pre ľudí s mentálnym znevýhodnením a pre ich rodinných príslušníkov v našich podmienkach. Tieto služby môžu byť vhodne kombinované. Ďalšie služby sú týmto právnym rámcom definované pre jedincov s mentálnym znevýhodnením nasledovne: (a) prepravná služba, (b) sprievodcovská služba, (c) predčitateľská služba, (d) tlmočnická služba, (e) sprostredkovanie tlmočnickej služby, (f) požičiavanie pomôcok, (g) sprostredkovanie osobnej asistencie. Obsiahnutie asistencie a podporných služieb v právnom rámci pre ľudí s mentálnym znevýhodnením bolo snahou umožniť primárne zostať rovnocennými členmi spoločnosti, aby mohli títo jedinci participovať na kultúrnych a socioekonomických aktivitách spoločnosti, čím sa sekundárne zvýši aj ich životná úroveň.²²⁰

²¹⁷ LUBELCOVÁ, G. Sociálne služby v SR. In Sociální práce/ Sociálna práca.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby.

²¹⁸ §34 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

PAVELOVÁ, I. Komunitná sociálna práca.

MIŠOVÁ, Z. a kol. Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb.

²¹⁹ MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby.

²²⁰ § 12 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenej názve.

REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie.

Pre udržateľnosť európskeho trendu poskytovania interaktívne dynamických alternatív komunitnej sociálnej práce formou osobnej asistencie či podpornej služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením a ich rodinám podľa Svetovej správy o zdravotnom postihnutí to spočíva najmä: (a) na finančných prostriedkoch; (b) na kvalifikovanosti asistentov, ktorým by mal byť poskytnutý odborný výcvik zahrňujúci znalosti Konvencie práv osôb so zdravotným znevýhodnením.²²¹ V tomto ohľade sa nestačí zameriavať len na neformálnu starostlivosť (rodinní príslušníci, užšia oporná sociálna sieť), ale na rozvoj podporných služieb v infraštruktúre danej krajiny, ktorá predpokladá aj vytváranie formálnej starostlivosti. To znamená vládou zaistených podmienok formálnej starostlivosti cez sociálne politiky implementovaných do právnych rámcov v danej krajine. Tým sa podporí vytvorenie efektívnych modelov asistencie a rozvoja siete sociálnej opory na všetkých subúrovniah Bronfenbrennerovho systému, v ktorom sú obsiahnutí poskytovatelia štátnych, i mimovládnych zariadení. Naopak, podporou rodín okrem poskytnutia sociálnych služieb v zariadeniach pre ich členov s mentálnym znevýhodnením znamená sprostredkovanie novej respitnej starostlivosti (respite care) – odľahčovacej služby. Efektívne a účelové poskytnutie profesionálnej podpory si vyžaduje sociálne zručnosti, ako na strane prijímateľov sociálnej služby, tak aj sociálnych pracovníkov či už ide o starostlivosť formálnu či neformálnu.²²²

Naopak odborná činnosť krízovej intervencie nie je obsahom žiadnej sociálnej služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia. Aj jedinci s mentálnym znevýhodnením sa môžu dostať do krízovej situácie a dôsledkom toho mať potrebu krízovej intervencie. Hoci ďalej zákon uvádza, že ak sa jedinec ocitne v krízovej sociálnej situácii, ktorá vyžaduje krízovú intervenciu a okamžitú pomoc, poskytne sa mu taká sociálna služba, ktorá bude zodpovedať povahe nepriaznivej sociálnej situácie.²²³ Zákon o sociálnych službách zaraďuje medzi takéto služby použite telekomunikačných technológií, ktorá sa poskytuje prostredníctvom hlasovej, písomnej (krátka textová správa) alebo pomocou signalizačných zariadení na základe vyslaného signálu od jedinca s nepriaznivým zdravotným stavom, ktoré sú napojené na centrálny dispečing zabezpečujúci potrebnú pomoc. Cieľom tejto služby je

²²¹ WHO - World Report on Disability.

²²² PAVELOVÁ, L. Komunitná sociálna práca.
HUČÍK, J. a kol. Osoby s mentálnym postihnutím.
WHO - World Report on Disability.

²²³ § 61 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenom názve.

predchádzať alebo zabezpečiť riešenie krízovej sociálnej situácie jedinca.²²⁴ Vzhľadom k tejto skutočnosti sa domnievame, že riešenie krízovej intervencie s použitím len telekomunikačných technológií nie je vhodným či postačujúcim riešením pre jedincov s mentálnym znevýhodnením. V tomto smere by bolo vhodné v právnom rámci bližšie špecifikovať aj nové personalizované prístupy intervencie s pomocou sociálnych pracovníkov, ktoré sa využívajú v krajinách európskej únie pri práci s klientom s mentálnym znevýhodnením - prijímateľom sociálnej služby. A to vzhľadom k takým okolnostiam, keď sa jedinec dostane do krízovej existenčnej situácie, ktorá si vyžaduje nie len krátkodobý akt pomoci, ale dlhodobú individuálnu prácu so sociálnym pracovníkom, tímový multidisciplinárny prístup viacerých profesionálnych pracovníkov alebo tzv. prípadového pracovníka (case manager).²²⁵

3.4 Sociálno-demografická analýza sociálnych služieb

Pre monitorovanie poskytovaných služieb v rámci SR sa vypracováva Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky, ktorej cieľom je informovať o stave a vývoji sociálnej situácie obyvateľstva na Slovensku na základe sociálno-ekonomických ukazovateľov. V Správe z roku 2017 bolo 1 131 zariadení sociálnych služieb (zariadenie pre seniorov, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, zariadenie opatrovateľskej služby), v ktorých služby boli poskytnuté 45 037 občanom odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej stupeň V. podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Z tohto počtu majú väčšinové zastúpenie zariadenia sociálnych služieb s celoročnou (pobytovou) starostlivosťou, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť 79,5 % občanom, pričom týždenné a denné zariadenia sociálnych služieb poskytujú starostlivosť 14,8 % občanom. Primárnymi dôvodmi sú odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby alebo dovŕšenie dôchodkového veku a nemajú vo svojom prostredí (v sociálnej sieti) osobu, ktorá by ich opatrovala. Z celkového počtu obyvateľov zariadení sociálnych služieb bolo 15,9 % obyvateľov pozbavených spôsobilosti na právne úkony a s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony. V dôchodkovom veku bolo 62,1 % obyvateľov.²²⁶ Ako

²²⁴ § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenom názve.

²²⁵ www.socialworkers.org

REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ. Zdravotné postihnutie.

²²⁶ MPSVaR SR, Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2017 .

vyplýva z tejto Správy, na Slovensku sú zatiaľ preferované rozličné formy rezidenčnej ako formálnej starostlivosti (domovy sociálnych služieb s pobytovou formou starostlivosti), ktoré patria k tradičnej verzii sociálnych intervencií. Napriek prevládajúcim tradičným formám zariadení poskytujúcich sociálne služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením sa postupne rozvíjajú aj nové typy zariadení sociálnych služieb, ktoré sú zatiaľ zastúpené v našich podmienkach marginálne a ich zriaďovateľom je neziskový sektor. Patria sem zariadenia podporovaného bývania či domovy sociálnych služieb s ambulantnou formou starostlivosti.

Domovy sociálnych služieb sú nerovnomerne rozložené z územného hľadiska, ako aj druhu a typu sociálnych služieb. Pomer verejných a neverejných poskytovateľov je približne v každom kraji vyrovnaný. Kapacitou príjmu prijímateľov sociálnych služieb preyšujú verejní poskytovatelia, čo môže byť z dôvodu budovania veľkokapacitných zariadení v režime, v ktorom bol zriaďovateľom štát.

Ako príklad porovnania kapacity verejných a neverejných poskytovateľov uvádzame zastúpenie Domovov sociálnych služieb s ambulantnou a pobytovou formou starostlivosti pre občanov s mentálnym znevýhodnením v Košickom a v Banskobystrickom kraji (vid'. tabuľka 3 a tabuľka 4).

Tabuľka 3 Domovy sociálnych služieb v Košickom kraji ²²⁷

OKRES	VEREJNÍ POSKYTOVATELIA		NEVEREJNÍ POSKYTOVATELIA		FORMA POSKYTOVANEJ SLUŽBY		
	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELI A SLUŽBY	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELI A SLUŽBY	A	T	R
GELNICA	1	126	-	-	4	4	118
KOŠICE I-IV	2	170	3	162	110	22	200
KOŠICE OKOLIE	3	243	-	-	-	-	235
MICHALOVCE	4	320	2	68	35	12	341
ROŽŇAVA	2	116	3	68	30	13	141
SOBRANCE	-	-	1	8	8	-	-
SPIŠSKÁ NOVÁ VES	-	-	4	204	24	15	165
TREBIŠOV	1	76	2	30	4	-	102
SPOLU	13	1051	15	540	223	66	1302

Legenda: **A** – ambulantná forma starostlivosti, **T**– týždenná forma starostlivosti, **R** – ročná forma starostlivosti

²²⁷ MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. Analytické centrum. 2018. Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb.

Analýza poskytovaných služieb v Košickom kraji ponúka viaceré východiská pre výber priorit, z ktorých vyberáme ako podstatné predovšetkým tie, ktoré poukazujú na fakt, že tu prevládajú zariadenia s pobytovou formou starostlivosti - najmä Domovy sociálnych služieb s celoročným pobytom pre ľudí s mentálnym znevýhodnením. S pribúdajúcim vekom u ľudí s mentálnym znevýhodnením sa menia aj požiadavky starostlivosti pre prijímateľov sociálnej služby, najmä v období starnutia. Vo svojej štúdií Kreuger a Nieboerová²²⁸ dospeli k záveru, že zvolený prístup zamerania na saturáciu potrieb osôb s mentálnym znevýhodnením v rezidenčných zariadeniach s dlhodobou starostlivosťou by mal byť skôr orientovaný na skupiny s rozličnou prioritou potrieb, než na skupiny s rozličnými formami správania. To však neznamená, že rovnaké potreby rozličných klientov - prijímateľov sociálnej služby sa dajú uspokojiť rovnakým spôsobom. K tomu je potrebná adresná diferenciacia klientov podľa veku a diagnózy aj v zariadeniach so štatútom Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov. Zároveň z tejto analýzy vyplýva, že absentuje adresná diferenciacia prijímateľov sociálnej služby podľa veku a diagnózy v zariadeniach so štatútom DSS a v zariadeniach pre seniorov. Táto skutočnosť poukazuje na poskytovanie služieb bez selekcie ako pre seniorov, tak pre osoby s mentálnym znevýhodnením.

Tabuľka 4 Domovy sociálnych služieb v Banskobystrickom kraji²²⁹

OKRES	VEREJNÍ POSKYTOVATELIA		NEVEREJNÍ POSKYTOVATELIA		FORMA POSKYTOVANEJ SLUŽBY		
	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	A	T	R
BANSKÁ BYSTRICA	2	48	3	41	89	-	-
BANSKÁ ŠTIAVNICA	-	-	1	15	15	-	-
HNÚŠŤA	-	-	1	15	15	-	-
OŽDANY	-	-	1	3	3	-	-
RIMAVSKÁ SOBOTA	-	-	1	18	18	-	-
MALINEC	1	3	-	-	3	-	-
ZVOLEN	1	23	-	-	23	-	-
ŽIAR NAD HRONOM	1	16	-	-	16	-	-

²²⁸ KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities.

²²⁹ MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. Analytické centrum. 2018. Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb

LUČENEC	1	4	-	-	4	-	-
NOVÁ BAŇA	1	17	-	-	17	-	-
POHORELÁ	1	2	-	-	2	-	-
DETVA	1	40	-	-	40	-	-
SPOLU	9	153	7	92	245	-	-

Legenda: **A** – ambulatná forma starostlivosti, **T**– týždenná forma starostlivosti, **R** – ročná forma starostlivost

Z analýzy poskytovaných služieb v Banskobystrickom kraji vyplýva, že tu prevládajú Domovy sociálnych služieb s ambulatnou formou starostlivosti pre ľudí s mentálnym znevýhodnením a úplne absentujú formy pobytovej starostlivosti. Zároveň polovica týchto zariadení má vymedzené vekové ohraničenie pre prijímateľov služieb, teda sú určené pre deti a mládež.

3.5 Dlhodobá starostlivosť

Vychádzajúc z o sociálno-demografickej analýzy sociálnych služieb v Košickom a v Banskobystrickom kraji je možné badať preferovanie najmä formálnej starostlivosti pre jedincov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb (Domovy sociálnych služieb s ambulatnou a pobytovou formou starostlivosti, podporované bývanie). Zároveň sme upozornili na fakt, že s narastajúcim počtom ľudí s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľov sociálnej služby sa menia aj požiadavky starostlivosti pre túto skupinu osôb v ich dospelom veku a v starnutí. V praxi to znamená pochopenie charakteru a rozsahu (dlhodobej) starostlivosti cez kľúčové determinanty podmieňujúce definovanie podporných opatrení:

- a) demografické zmeny – vyššia miera profesionálnej lekárskej starostlivosti za posledné dekády zvýšila v určitých krajinách priemernú dĺžku života u ľudí s mentálnym znevýhodnením.
- b) zmeny v sociálnych štruktúrach – zvyšovanie očakávaní od kľúčovej pozície rodiny v zabezpečovaní záväzku opatrovania a starostlivosti. Tento indikátor úzko súvisí s predchádzajúcim, keď v dospelom veku a starnutí jedincov s mentálnym znevýhodnením prichádzajú o rodinných príslušníkov a stretávajú sa s novými zdravotnými problémami.

-
- c) ekonomické zmeny – finančná dostupnosť starostlivosti a následne podporenie jej udržateľnosti.²³⁰
 - d) všeobecný nedostatok organizovanej verejnosti alebo systematicky vedeného súkromného sektora, ktorý by priamo adresoval a konkretizoval potreby jedincov s mentálnym znevýhodnením v ich dospelom veku.
 - e) potreba modifikácie verejného postoja vzhľadom na 1. vytvorenie pozitívneho a uznávaného statusu jedincov s mentálnym znevýhodnením a 2. zlepšenie verejnej podpory sociálnych služieb, ktoré sú vytvorené na podporu dospelých s mentálnym znevýhodnením.²³¹

Berúc v úvahu dané fakty, sociálna starostlivosť by mala byť uskutočňovaná vo verejnom záujme danej spoločnosti. To pre sociálnu prácu znamená usilovať sa poskytnúť určité formy pomoci ľuďom v zložitej sociálnej situácii. Avšak definícia foriem pomoci nie je samozrejmom záležitosťou. Humanistická koncepcia usiluje o sociálnu prácu, ktorá to, čo sa nazýva a chápe pod pojmom *pomoc* modifikuje a pretransformuje na to, čo sa už rozumie pod pojmom *starostlivosť*. Nie je to však len hra so slovíčkami. Starostlivosť má nasledovné charakteristické aspekty, ktoré ju odlišujú od pomoci. V tomto kontexte M. Payne poukazuje na nasledovné pozitívne aspekty starostlivosti:

- Starostlivosť vedie k osobnostnému rozvoju a seba-aktualizácii.
- Starostlivosť vedie ku kreativite.
- Starostlivosť nevytvára tak výraznú existenciálnu medzeru medzi poskytovateľom a prijímateľom.
- Starostlivosť nevytvára dopredu nalinkované schematické formy, ktoré prijímateľ musí prijať alebo odmietnuť.
- Starostlivosť vytvára príležitosť pre rozšírenie úzkeho sociálneho prostredia prijímateľa.
- Starostlivosť usiluje o vzájomný vzťah poskytovateľa a prijímateľa.²³²

Uvedené body sú všetky výsledkom humanistických prvkov v sociálnej práci, ktorá sa cez ich realizáciu stáva holistickou, obzvlášť dôležitou v individuálnom

²³⁰ REPKOVÁ, K. Dlhodobá starostlivosť.

²³¹ THORPE, L. et al. Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioural Issues.

²³² PAYNE, M. Humanistic social work – core principles and practice.

prístupe s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením. Sociálna práca v tomto kontexte potrebuje dlhodobu udržateľnú formu starostlivosti a nie len rýchly akt intervencie bez ďalšieho monitorovania situácie. Sektor starostlivosti pre jedincov so znevýhodnením je determinovaný ako: (a) sociálnu starostlivosť – zastrešuje typy služieb sociálnej starostlivosti, (b) podpornú starostlivosť – s cieľom inklúzie osôb s mentálnym znevýhodnením do sociálneho prostredia, (c) starostlivosť ako obchod – služby sú tovarom, (d) edukáciu – holistický prístup vnímania starostlivosti.²³³ Súbor služieb obsiahnutý v dlhodobej starostlivosti (*long-term care*) by mal byť súčasťou okrem domáceho prostredia (neformálnej starostlivosti) aj v zariadeniach dlhodobej rezidenčnej starostlivosti.²³⁴ V slovenskej legislatíve zatiaľ nie je doslovne vymedzený pojem dlhodobá starostlivosť. V rámci dokumentu *Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie* sú formy dlhodobej starostlivosti determinované ako sociálne služby, peňažný príspevok za opatrovanie a osobnú asistenciu.²³⁵

3.6 Spolupráca s rodinou jedinca s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb

Preferovanie zdieľanej starostlivosti – reťazca sociálnej podpory (*social support chain*) ako prijateľného spôsobu dlhodobej starostlivosti vyžaduje kombináciu neformálnej (rodinnej) starostlivosti spolu s formálnymi typmi sociálnych služieb. Napríklad ide o zariadenia sociálnych služieb s ambulatnou formou starostlivosti alebo zariadenia podporovaného bývania. Táto synergická forma využitia ako laickej tak profesionálnej starostlivosti (sociálnymi pracovníkmi, kvalifikovanými asistentmi, inštruktormi sociálnej rehabilitácie) umožňuje rodinným príslušníkom zladiť starostlivosť o jedinca s mentálnym znevýhodnením v dospelom veku s pracovným a rodinným životom za účelom obmedzenia negatívnych dôsledkov a faktorov, ako je napríklad enormná psychická záťaž.²³⁶ Avšak získané údaje zo socio-demografickej analýzy (kapitola 3.4) poukazujú na fakt, že deinštitucionalizácia sociálnych služieb s podporou zdieľanej starostlivosti o osobu s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľa sociálnej služby zatiaľ oblasť sociálnych služieb na Slovensku ešte

²³³ REPKOVÁ, K. In LEVICKÁ, J. a kol. Sociálne služby.

²³⁴ RANCI, C. and E. PAVOLINI. Reforms in long - term care policies.

²³⁵ Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie na roky 2008-2011. MPSVaR. In REPKOVÁ, K. Dlhodobá starostlivosť.

²³⁶ JANEČKOVÁ, H. a R. N. NOVOTNÁ. Role rodinných vzťahů v institucionální péči o seniory. In Sociální práce/ Sociálna práca.

neovplyvnila. Vzhľadom k tejto skutočnosti novodobým javom v spoločnosti, na ktorý upozorňujú C. Ranci, E. Pavolini, a P. Kennet je defamilizácia (*defamilization of care*), kedy povinnosti a zodpovednosť za opatrovanie jedincov s ťažkým mentálnym znevýhodnením preberajú poskytovatelia sociálnych služieb v zariadeniach v rámci formálnej starostlivosti.²³⁷

V našich podmienkach je tak spolupráca rodiny jedinca s mentálnym znevýhodnením so zariadením sociálnych služieb jasne zadefinovaná v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a v zákone NRSR č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení. V tomto ohľade záväzky rodiny sú ustanovené za účelom uhradenia peňažného poplatku pre umiestneného osoby s mentálnym znevýhodnením za schválené sociálne služby v zariadeniach s ambulatnou či pobytovou formou starostlivosti, ale zároveň je zohľadňovaný príjem rodinných príslušníkov vychádzajúc z ich vyživovacej povinnosti ustanovených v Zákone o rodine.²³⁸

V súčasnosti existuje vysoká miera zhody názorov odbornej verejnosti ohľadom základných princípov pomoci pre rodiny s členom s mentálnym znevýhodnením. Tieto princípy môžu byť pomenované spoločným termínom ako tzv. „konzultácie o psycho-educácii pre rodiny“. Tento prístup zdôrazňuje potrebu informovanosti členov rodiny ohľadom konceptu mentálneho postihnutia od narodenia až do dospelosti u jedinca s touto diagnózou. Predovšetkým ide o informácie o príčinách, dôsledkoch, prejavoch mentálneho postihnutia, ako aj o formách zvládania, zmierňovania či poskytnutia starostlivosti. Najpodstatnejšou črtou však stále ostáva aktívna pomoc zo strany sociálneho pracovníka v čase, keď rodina prechádza ťažkým traumatizujúcim obdobím sprevádzaným častým pocitom viny, ako aj pri zvládaní každodenných problémov, ktoré sa často opakujú ako napríklad problémové správanie. V tomto kontexte sa objavuje veľa potrebných zručností, ktoré by si sociálny pracovník potreboval osvojiť pre riešenie identifikovaných rizík akými sú pocity viny, strachu, úzkosti, straty, hnevu a hanby, ktoré sa objavujú vyplývajúce zo starostlivosti o existujúceho dospelého jedinca

²³⁷ RANCI, C. and E. PAVOLINI. Reforms in long - term care policies.

KENETT, P. Handbook of comparative social policy.

²³⁸ REPKOVÁ, K. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Neformálna starostlivosť.

s mentálnym znevýhodnením. Zvolený prístup v rámci konzultácie vyžaduje vysokú citlivosť a dlhodobý prístup od sociálnych pracovníkov.²³⁹

V tejto súvislosti práve podpora rodinných väzieb a zachovanie kontaktu s rodinnými príslušníkmi jedinca s mentálnym znevýhodnením zo strany sociálnych pracovníkov v rámci koordinovanej činnosti v zariadení sociálnych služieb predstavuje pre prijímateľa sociálnej služby do budúcnosti významnú súčasť kontinuity života a jeho sociálneho zakotvenia. Tento významný inkluzívny faktor prispieva k spokojnosti a hlavne k normalizácii života v zariadeniach sociálnych služieb. Avšak pozornosť by mala byť upriamená aj na personálne zabezpečenie, ako aj na kompetencie sociálnych pracovníkov, čo ovplyvňuje následne kvalitu a primeranosť služieb pre ľudí s mentálnym znevýhodnením.²⁴⁰

Sociálni pracovníci ako konzultanti sa často ocitnú v situácii, keď ako zamestnanci zariadení sociálnych služieb nedostávajú potrebnú podporu zo strany zamestnávateľa, ktorý očakáva praktické a efektívne riešenie pre prijímateľa sociálnej služby (jedinec s mentálnym znevýhodnením alebo rodič) len v rámci sociálneho poradenstva. Efektívne riešenia však v takýchto prípadoch nemusia byť prospešné z dlhodobého hľadiska. Problém spočíva v tom, že reprezentujú príliš širokú skupinu ľudí s rozličnými postihnutiami a tým pádom s rozličnými požiadavkami a potrebami. Preto sa pracovník dostáva medzi dve strany, ktoré vlastne požadujú rozličný prístup. Vzhľadom k tomu konzultácie sociálneho pracovníka by tomuto mali zabrániť tým, že vybudujú od začiatku efektívny vzťah medzi sociálnym pracovníkom, prijímateľom sociálnej služby a jeho rodinou.²⁴¹

3.7 Kompetencie sociálneho pracovníka

V súčasnosti na Slovensku sociálna práca naberá na spoločenskom význame, pričom významný rozvoj bol zameraný na tvorbu legislatívnych opatrení (napr. zákon o sociálnych službách, zákon o rodine, zákon o živnostenskom podnikaní, zákon o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kuratele). Napriek tomu ani jedna z právnych noriem nevymedzuje konkrétne špecifikáciu kompetencií či profesijného rozvoja sociálnych pracovníkov. Z tohto hľadiska identita sociálnej práce v spoločnosti

²³⁹ WILSON, J. and W. H. CHUI. Social Work and Human Services Best Practice.

²⁴⁰ REPKOVÁ, K. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Neformálna starostlivosť.

²⁴¹ WILSON, J. and W. H. CHUI. Social Work and Human Services Best Practice.

znamená vymedzenie legislatívneho ukotvenia sociálnej práce zo zamerania sa na neustálu reflexiu spoločenských ekosystémových zmien.²⁴² Následne významný kvalitatívny rozmer pre sociálnu prácu predstavuje hodnotová ukotvenosť najmä v inštitucionálnom rámci a na organizačnej úrovni. A to vzhľadom k významnému vplyvu profesijnej hodnoty na interakciu medzi prijímateľom sociálnej služby a sociálnym pracovníkom. V tomto kontexte je vymedzenie profesionálnej hodnoty sociálneho pracovníka formulované v etických kódexoch.²⁴³ Kódex americkej Národnej asociácie sociálnych pracovníkov determinuje základné hodnoty pre účelovú a perspektívnu profesiu sociálnych pracovníkov ako: (a) službu, (b) sociálnu spravodlivosť, (c) dôstojnosť a hodnotu človeka, (d) dôležitosť ľudských vzťahov, (e) integritu, (f) kompetenciu. Dôraz je najmä kladený na ich implementáciu v praxi v súvislosti s existenčnou skúsenosťou jedinca.²⁴⁴ Podľa etického kódexu sociálnych pracovníkov v Slovenskej republike sú podstatnými hodnotami pre výkon sociálnej práce demokracia a ľudské práva. Z tohto hľadiska je vnímanie hodnôt ako kľúčových aspektov sociálnej práce avšak etické princípy či zásady slúžia na ich konkretizáciu. Na základe etických kompetencií a zásad sú vymedzené aj profesijné kompetencie sociálneho pracovníka, a to vo vzťahu: (a) k sebarozvoju – profesionálnemu rastu, (b) ku klientovi ako prijímateľovi sociálnych služieb, (c) ku spolupracovníkom, organizácii, (d) k profesii, (e) ku spoločnosti.²⁴⁵

Z aspektu etiky je sociálny pracovník kompetentný ak: (a) disponuje profesionálnymi znakmi (vedomosťami, schopnosťami, vlastnosťami, zručnosťami a skúsenosťami), ktoré sú k takémuto správaniu potrebné – čiže disponuje danou kompetenciou; (b) spoznáva v danom správaní hodnotu či zmysel – vie danú kompetenciu vhodne využiť; (c) má možnosť v konkrétnom prostredí takéto správanie použiť s ohľadom na existujúce pracovné podmienky.²⁴⁶ V tejto súvislosti ide skôr o vymedzenie kompetencií sociálneho pracovníka ako súboru vlastností, spôsobilostí a znalosť sociálnych alebo metodických schopností. To je následne vnímané, ako byť kompetentným pre profesijný obor v konkrétnych profesijných situáciách.²⁴⁷ Avšak poniektorí autori Z. Havrdová, M. Oláh, Z. Mlčák profesionálne kompetencie

²⁴² BALOGOVÁ, B. Pomôže zákon o sociálnej práci profesijnej identite sociálneho pracovníka.

²⁴³ MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce.

²⁴⁴ www.socialworkers.org

²⁴⁵ HUDECOVÁ, A. a kol. Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov.

²⁴⁶ WOODRUF In HUDECOVÁ, A. a kol. Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov.

²⁴⁷ MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce.

sociálneho pracovníka všeobecne definujú ako schopnosť napĺňať potreby a meniace sa požiadavky ako zo strany prijímateľa sociálnej služby, tak od spoločenských ekosystémových zmien, ktoré sú kladené na profesiu sociálnej práce, nakoľko jednou z charakteristík sociálnej práce je jej dynamická povaha a nutnosť reagovať na zmeny v spoločnosti.²⁴⁸ Význam profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka vo formálnej starostlivosti sa prejavuje najmä v kompetentnom výkone jeho pracovných činností, ktorými ovplyvňujú životný štýl, spôsob, program a aktivity prijímateľov sociálnej služby (s mentálnym znevýhodnením) v inštitucionálnom prostredí.²⁴⁹

Zároveň môžeme konštatovať, že táto skutočnosť poukazuje na rozdielnosť v determinovaní kompetencií. To následne spôsobuje v odbornej verejnosti práve duálne vnímanie tohto pojmu ako: (a) kompetencie vo vzťahu k sebe (*competency*) – zo psychologického hľadiska je to vnímané ako predpoklad čiže profesionálne znaky pracovníka, (b) kompetencie vo vzťahu k práci (*competence*) – z praxeologického hľadiska je to prejavujúce sa kompetentným výkonom v danej profesii. Vzhľadom k tomu je nutné rozlišovať, do akej miery je rozvíjaný pracovník ako ľudský zdroj vo špecificky skupinovom kontexte, alebo ide o rozvíjanie a riadenie jeho kompetencií pre daný výkon jeho povolania v danom profesijnom obore.²⁵⁰ Vzhľadom k uvedenému, taktiež aj „profesijné vzdelanie, vrátane všetkých foriem odborného vzdelania, predstavuje pomyselnú základňu, ktorú cez profesionalitu dokáže pracovník transformovať v pravú chvíľu tak aby zvládol a napomohol rôznorodému klientovi“.²⁵¹

Súčasnú iniciatívu v posledných rokoch v odbore sociálna práca poukazujú na potrebu medzinárodných definícií sociálnej práce a jej štandardov pre potreby ďalšieho vzdelávania. Globálne štandardy pre vzdelávanie v obore sociálna práca sa definovali v spolupráci IFSW a IASSW, no napriek tomu akademická, ontologická aj epistemologická hodnota jednotlivých štandardov a kľúčových cieľov sa líši vzhľadom k novodobým sociálno-ekonomickým javom v spoločnosti, ako sú sociálna exklúzia, s ktorou úzko súvisia stigmatizácia a diskriminácia jedincov so sociálnym znevýhodnením. Ukazuje sa teda, že je naďalej potrebná užšia spoločná spolupráca medzi krajinami, ktorá môže dosiahnuť otvorenú dohodu o lokálnych a regionálnych

²⁴⁸ TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce.

²⁴⁹ OLAH, M. a kol. Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce.

MLČÁK, Z. In HUDECOVÁ, A. a kol. Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov.

HAVRDOVÁ, Z. In MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce.

²⁵⁰ MLČÁK, Z. In HUDECOVÁ, A. a kol. Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov.

VETEŠKA, J. a kol. Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání.

²⁵¹ JAŠKOVÁ, A. a A. SABOLOVÁ FABIANOVÁ. Sociálna práca ako rizikové povolanie.

definíciách a relevantných cieľoch v danom odbore. Keďže štandardy sa spravidla vytvárali v krajinách, kde sú väčšie zdroje na ich implikáciu, v krajinách s nižšou úrovňou zdrojov v sociálnej sfére nemali možnosť globálne uplatňovať vlastné opodstatnené výsledky. Spolupráca na globálnych štandardoch a štandardizácii však v sebe zahŕňa skrytú implikáciu. Mohlo by sa totiž v tomto procese stať, že štandardy odolávajúce potrebným zmenám by boli výsledkom slabej kvality lokálneho systému vzdelávania. Keďže sa tradície praxe a edukačných systémov tak líšia, globálne štandardy by mali byť definované všeobecne ako procesy, ktorých snahou je prispôbiť sa lokálnym tradíciám a politikám, skôr ako keby sme ich definovali ako hegemonické medzinárodné perspektívy.²⁵²

V tomto kontexte sa nepodarilo v súčasnosti oblasť determinovania okruhu profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka rozvinúť tak komplexne, aby to smerovalo ku akceptácii všetkými odborníkmi vo svetovom meradle. Príčinou je niekoľko faktorov, ako vysoká variabilita sociálnej práce a následne zameranie na jej legislatívne ukotvenie. Dôvodom je neustále meniaci sa rola a rozsah pracovných činností sociálneho pracovníka s ohľadom na zmeny spoločenských ekosystémov a požiadaviek zo strany spoločnosti,²⁵³ časté zmeny týkajúce sa zákonov a postupov práce, stret s rôznymi cieľovými skupinami.²⁵⁴

3.8 Kvalifikačné predpoklady pre výkon povolania sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb

Z doposiaľ naznačených súvislostí rozvoja kompetencií a ich uplatnenia v praxi v širšom rozsahu však vyplýva, že v súčasnosti v podmienkach SR určujúcim faktorom pre výkon povolania sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb sú kvalifikačné predpoklady aktuálnych i perspektívnych nárokov na sprostredkovanie sociálnej služby pre prijímateľov sociálnej služby. Plnenie kvalifikačných predpokladov ako aj profesijné vzdelanie potrebné na kompetentné vykonávanie pracovných činností sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb sa posudzuje podľa právnych

²⁵² PAYNE, M. and G. A. ASKELAND. Globalization and international social work.

²⁵³ TRUHLÁŘOVÁ, Z. Kompetence v sociální práci. In MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce.

²⁵⁴ TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Výber neefektívnych stratégií zvládania záťaže ako rizikový faktor v pomáhajúcich profesiách.

predpisov.²⁵⁵ Profesionálne vzdelanie zastrešuje všetky formy odborného vzdelania (absolvovanie akreditovaného kvalifikačného vzdelania I. a II. VŠ stupňa) a odborný rast (celoživotné vzdelávanie).²⁵⁶ Podstatou odborného rastu je vytváranie a udržiavanie optimálneho prispôsobovania kvalifikácie pracovníka a kvalifikovanosťou profesionálneho povolania. Z tohto hľadiska sa delí kvalifikovanosť na: (a) objektívnu – nároky na výkon danej profesie, (b) subjektívnu – reálna pracovná prispôsobivosť pracovníka, ktoré nadobudol mimo rámec formálneho kvalifikačného vzdelania.²⁵⁷

V zariadení sociálnych služieb pre výkon sociálneho pracovníka stanovuje zákon nasledovné pracovné aktivity:

- poskytovanie krízovej pomoci, preventívnej a resocializačnej činnosti v oblasti sociálno-patologických javov – drogových závislostí, týrania, sexuálneho zneužívania, zanedbávania alebo šikanovania;
- odborné sociálne – právne poradenstvo;
- sociálnu diagnostiku;
- sociálnu rehabilitáciu;
- preventívno-výchovnú činnosť;
- sociálnu terapiu;
- posudzovanie a konzultácia o stanovených individuálnych postupoch na riešenie partnerských, rodinných a medziľudských vzťahov;
- koordinačná, posudzovacia a metodická činnosť pri vypracúvaní individuálnych plánov pre rozvoj osobnosti dieťaťa alebo mladého dospelého;
- zabezpečenie sociálnej agendy vrátane riešenia sociálno-právnych problémov týkajúcich sa sociálnej starostlivosti.²⁵⁸

V tomto kontexte právne normy stanovujú predpokladané profesionálne aktivity na výkon sociálneho pracovníka ako sprostredkovateľa sociálnych služieb. Jeho účelovými funkciami sú plánovať, posudzovať, koordinovať a poskytovať konzultačnú pomoc a poradenstvo.²⁵⁹

²⁵⁵ Nariadenie vlády SR č.341/2004 Z.z. príloha č.1

²⁵⁶ REPKOVÁ, K. a L. BRICHTOVÁ. Sociálna ochrana.

§ 84 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v skrátenej názve.

²⁵⁷ VETEŠKA, J. a kol. Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání.

²⁵⁸ Nariadenie vlády SR č. 341/2004 Z. z. príloha č.1

²⁵⁹ MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby.

Podľa Národnej asociácie sociálnych pracovníkov (*National association of social workers -NASW*) v USA, sociálni pracovníci by mali poskytovať svoje služby, považovať sa za kompetentných a vystupovať ako kompetentní iba v rámci svojho vzdelania, tréningu, licencie, certifikátu, konzultácií a ostatných relevantných profesionálnych skúseností. Používať intervenčné techniky a prístupy, ktoré sú pre nich nové je možné iba po náležitom naštudovaní a po prekonzultovaní v prítomnosti odborníka na danú oblasť, respektíve intervenčnú techniku. Ak takéto známe štandardy vo vzťahu k vyžadovanému riešeniu, či zásahu v praxi nie sú známe, sociálni pracovníci by mali pred intervenciou zaistiť kompetenciu svojho zásahu dostatočnou prípravou prostredníctvom výskumu, vzdelávania alebo konzultácie. Sociálni pracovníci by sa ďalej mali pravidelne zaujímať o odbornú literatúru a periodiká v danom obore. NASW tak chráni, zároveň podporuje a rozvíja prax sociálnych pracovníkov s rôznou klientelou, čím sa zabezpečuje zvyšovanie odbornej kvalifikácie a kultivovaného odborného rastu.²⁶⁰

Vzhľadom k uvedenému je dôležité uvedomenie, že kompetencie sociálnych pracovníkov sú dynamickým fenoménom, ktorý sa modifikuje s vývojom spoločnosti a s meniacimi sa požiadavkami osôb s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľov sociálnej služby, ktorí potrebujú pomoc. Táto skutočnosť poukazuje na nutnosť neustále prehodnocovať jednotlivé kompetencie sociálneho pracovníka, čo vedie k definovaniu a hľadaniu potrebných profesijných funkcií, ktoré by mali byť zadané v štandardoch kompetencií sociálneho pracovníka v práci s klientmi v zariadeniach sociálnych služieb, podobne ako to zaznamenáva Národná asociácia sociálnych pracovníkov (*NASW*) v USA na svojich stránkach, ktoré sú sprístupnené aj pre klientov a verejnosť.²⁶¹

V oblasti sociálnych služieb je evaluácia zameraná na systematický zber informácií, ktorého prínosom je hodnotenie sociálnych služieb a sociálnych programov. Z tohto hľadiska kvalitné sociálne služby reagujú na meniace sa požiadavky a potreby prijímateľa sociálnej služby. Avšak v SR prax v evaluácii sociálnych služieb poukazuje na skutočnosť, že do významnej miery je ovplyvňovaná nasledujúcimi faktormi: (a) neexistencia východiskového teoretického konceptu, (b) experimentovanie s evaluačnými nástrojmi, (c) neúčinná legislatívna ukotvenosť. Jedným z nástrojov hodnotenia kvality sociálnych služieb je SWOT analýza, ktorú MPSVaR v spolupráci

²⁶⁰ COURNOYER, B. R. The social work skills workbook.

²⁶¹ HUDECOVÁ, A. a kol. Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov.

so samosprávnymi krajmi využila v r. 2007 na získanie informácií a údajov o slabých stránkach sociálnych služieb. Na základe výsledkov vyplynul nedostatočný počet kvalifikovaných zamestnancov poskytujúcich sociálne služby a absencia zvyšovania kvalifikácie či osobného rastu, chýbajúce štandardy sociálnych služieb a iné. Vzhľadom k tomu bola vytvorená koncepcia rozvoja sociálnych služieb, ktorá bola zameraná hlavne na legislatívne zmeny, ale aj ohľadom podpory výskumu a celoživotného vzdelávania zamestnancov. Samotná legislatívna úprava hodnotenia kvality sociálnych služieb, ktorá hovorí najmä o podmienkach poskytovania sociálnych služieb, je obsiahnutá v zákone o sociálnych službách. Tieto podmienky sú rozdelené do troch kategórií:

- (a) procedurálne,
- (b) prevádzkové,
- (c) personálne – obsahujú personálne zabezpečenie, počet klientov - prijímateľov sociálnej služby na jedného zamestnanca, supervízny plán.²⁶²

Napriek týmto skutočnostiam sa domnievame, že je tu opodstatnená potreba vypracovania nástrojov a metodík na prehodnocovanie okruhu profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka, čo vedie k definovaniu a hľadaniu potrebných profesijných funkcií. Vytvorenie systému hodnotenia výsledkov rozvoja kompetencií umožní: (a) vytvorenie všeobecne záväzných štandardov kompetencií sociálneho pracovníka v práci s prijímateľmi sociálnej služby v zariadeniach sociálnych služieb, (b) regionálny systém analýz ako možnosť posudzovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb na základe spätnej väzby od pracovníkov na celom území SR.²⁶³ Na tento zámer je potrebné hľadanie vhodného nástroja pre ďalšie výskumné zistenia v rámci evaluácie zameranej na odhaľovanie nových možností rozvoja profesionálnych kompetencií sociálnych pracovníkov vo všetkých krajoch na území SR, čím by sa dosiahlo poskytovanie kvalitnej sociálnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.

²⁶² LEVICKÁ, J. a kol. Sociálne služby.

²⁶³ LEVICKÁ, J. a kol. Sociálne služby.

4 Vybrané empirické zistenia ako inšpirácie k upresneniu kompetencií sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením

Tendenciou súčasnej spoločnosti v našich podmienkach je preferovanie najmä formálnej starostlivosti pre jedincov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb (DSS s ambulantnou a pobytovou formou starostlivosti, podporované bývanie). Pre zvyšovanie nielen kvality starostlivosti o prijímateľa sociálnej služby, ale aj kvality sociálnych služieb s využitím komplexnej a koordinovanej sociálnej starostlivosti je potrebné neustále prehodnocovať jednotlivé kompetencie sociálnych pracovníkov s prihliadaním na vývoj spoločnosti a na meniace sa ich požiadavky.

V predošlej kapitole sme sa snažili podčiarknuť potrebu identifikovať činitele, prostriedky a účely ovplyvňujúce proces plánovania a tvorby komplexnej starostlivosti o túto populáciu obyvateľstva s cieľom dosiahnuť ich optimálnu kvalitu života. Poskytované služby by mali umožňovať ich užívateľom sa čo najplnohodnotnejšie zúčastňovať na živote spoločnosti. To následne smeruje k definovaniu a hľadaniu potrebných profesijných funkcií, ktoré by mali byť determinované v štandardoch kompetencií sociálneho pracovníka v práci s klientmi v zariadeniach sociálnych služieb, podobne ako to zaznamenáva Národná asociácia sociálnych pracovníkov (NASW). Týmto aktom sa sprístupní sociálna práca s jedincami s mentálnym znevýhodnením nielen pre odborníkov, budúcich študentov ale aj pre verejnosť.

Vzhľadom k týmto skutočnostiam našim zámerom empirickej analýzy bolo poukázať na opodstatnenú potrebu vypracovania analýzy na identifikovanie profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka v sociálnej práci s dospelými ľuďmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb. Na základe identifikovania adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka respondentmi, bol posudzovaný ich subjektívny záujem o činnosti sociálneho pracovníka prostredníctvom šiestich indikátorov. Indikátory kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb boli vymedzené nasledovne: *plánovanie, poradenstvo, konzultácie, koordinovanie, hodnotenie a posudzovanie, odborný rozvoj a rast*. Prostredníctvom podrobnej empirickej analýzy sme získali základný prehľad o zistených údajoch pre

indikátory (funkcie) sociálneho pracovníka s ohľadom na diferenciaciu a špecifikáciu okruhov problémov osôb s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľov sociálnej služby.

Pre zber empirických údajov sme využili výskumnú metodiku, ktorú sme prevzali od R. Hruškovej²⁶⁴, ktorú sme modifikovali. Pri určovaní indikátorov autorka metodiky, ktorú sme modifikovali vychádzala z funkcií sociálnej práce obsiahnuté v štandardoch v Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov, zverejnené na ich stránke. Naším cieľom bolo prezentovať zaujímavú a prepracovanú metodiku, ktorou je možné overovať funkcie sociálneho pracovníka a okruhy problémov klienta.

Operacionalizované položky boli merané pomocou Likertovej škály, pričom úlohou respondentov bolo definovať mieru významnosti pre jednotlivé položky pomocou 7-stupňovej škály (1 – rozhodne významné, 7 – rozhodne nevýznamné). Vzhľadom k tomu, miera významnosti adjektíva respondentov rastie smerom k najnižšiemu skóre, v našom prípade k hodnote 1.

Každý z vyššie uvedených indikátorov kompetencií sociálneho pracovníka je usporiadaný do systému troch subindikátorov (okruhov problémov osôb s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľov sociálnych služieb). Okruhy problémov sú vymedzené a operacionalizované nasledovne:

1. SUBINDIKÁTOR OSOBNÉ PROBLÉMY – operacionalizované položkami ako: prejavenie stresu, napätia, nervozity; pridružená choroba a handicap; stavy úzkosti a depresie; neprijemné zážitky ako traumy, strata blízkej osoby; nesplnené očakávania; návykové správanie, problémy patologického charakteru (zneužívanie – citové, sexuálne, psychické, fyzické, šikanovanie, fyzické ataky).
2. SUBINDIKÁTOR SOCIÁLNE PROBLÉMY – operacionalizované položkami ako: rodinné a neformálne vzťahy (kamaráti, spolubývajúci, spolupracovníkmi); problémy s nadväzovaním kontaktov s ostatnými ľuďmi; problémy v intímnych vzťahoch a v sexuálnom živote; problémy národnostnej a jazykovej povahy; problémy vznikajúce so zaradením sa do skupín, organizácií – identita.
3. SUBINDIKÁTOR VÝCHOVNO-VZDELÁVACIE PROBLÉMY – operacionalizované položkami ako: adaptácia na nové prostredie; problémy

²⁶⁴ HRUŠKOVÁ, R. Školská sociálna práca v prostredí vysokých škôl. In Sociálne a politické analýzy. s. 183 – 241.

HRUŠKOVÁ, R. Školská sociálna práca v prostredí vysokých škôl. In Sociálne a politické analýzy. s. 295 – 369.

s vychovávateľmi a terapeutmi; problémy spojené so socializáciou; neúspech v stanovených cieľoch v individuálnom pláne; nevhodné správanie v zariadení; problémy s uplatňovaním spojené so sklamaním, dezilúziou; neplnenie si svojich povinností; častá absencia v zariadení.

4.1 Charakteristika výskumnej vzorky a organizácia výskumu

Obraz o predpokladaných potrebách cieľovej skupiny v inštitucionálnej starostlivosti nám poskytli diferencie v identifikovaní adjektíva indikátorov (funkcií) a subindikátorov (okruhov problémov) z pohľadu respondentov – posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka v zariadení sociálnych služieb. Výber respondentov bol nenáhodný a kvótny. Hlavným kritériom pre výber respondentov bola príslušnosť účastníka ku aktérskej skupine (sociálni pracovníci, rodičia, potenciálni rodičia). Výskumný súbor posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka bol zložený z troch skupín:

1. Prvú skupinu respondentov zastupovali – sociálni pracovníci, ktorí majú profesionálne skúsenosti v oblasti sociálnej práce s osobami s mentálnym znevýhodnením v inštitucionálnych zariadeniach v Košickom kraji.
2. Druhá skupina respondentov bola vytvorená z rodičov ľudí s mentálnym znevýhodnením, ktorí sú prijímateľmi sociálnej služby v Domovoch sociálnych služieb s ambulantnou starostlivosťou, s pobytovou starostlivosťou (týždennou) alebo v podporovanom bývaní.
3. Tretiu skupinu tvorili respondenti, ktorí nie sú rodičmi dieťaťa s mentálnym znevýhodnením a nie sú v žiadnom príbuzenskom vzťahu. Ako laici bez odborného vzdelania s najväčšou pravdepodobnosťou sa približujú k postojom rodičov, ktorým sa tieto deti rodia. Vyjadrujú postoj rodičov pred narodením dieťaťa.

Vzhľadom k výberu výskumného súboru, kľúčovou charakteristikou nášho merania bola objektívnosť, aby sme tak predišli spoločensky žiaducim odpovediam. Obraz o štruktúre výskumného súboru s ohľadom na rod uvádza tabuľka 5, ktorá obsahuje zloženie výskumného súboru podľa príslušnej aktérskej skupiny a vekovej kategórie.

Tabuľka 5 Štruktúra výskumnej vzorky podľa skupín respondentov a rodu

ROD	SKUPINY RESPONDENTOV A ICH POČET							
	Sociálni pracovníci		Rodičia		Potenciálni rodičia		Σ	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Muži	3	2,86	10	9,52	13	12,38	26	24,76
Ženy	32	30,48	25	23,81	22	20,95	79	75,24
Σ	35	33,33	35	33,33	35	33,33	105	100

Organizácia výskumu

Spôsob zberu dát bol časovo náročný, keďže v prvom rade boli oslovení riaditelia a riaditeľky DSS s ambulantnou, pobytovou formou starostlivosti a zariadení s podporovaným bývaním verejného ale aj neverejného sektora v Košickom kraji (v Košiciach, Rožňave, Strážskom, Prakovciach, Trebišove, Michalovciach, Šemši a v Spišskej Novej Vsi) prostredníctvom e-mailovej výzvy. Boli oslovené zariadenia poskytujúce sociálne služby, ktorých zriaďovateľom je KSK, Arcidiecézna charita v Košiciach, Spišská katolícka charita a občianske združenia (ZPMP – DSS Náš dom v Spišskej Novej Vsi, Červený kríž, Nezisková organizácia LUX, DSS Súcit n.o.) v celkovom počte 30. Následne s ich dovoľením sme kontaktovali sociálnych pracovníkov najprv telefonicky, potom e-mailom alebo poštovou zásielkou, aby sme predstavili a popísali výskumný projekt, jeho ciele s prosbou o ich čas a aby sa zúčastnili na výskume. Podobne sme postupovali u druhej a tretej skupiny výskumného súboru. Laikov, ktorí sa pripravovali na uzavretie manželstva v Košiciach sme oslovili cez Inštitút rodiny (Univerzitné pastoračné centrum v Košiciach). Rodičov, ktorí navštevujú zariadenia sociálnych služieb v Košiciach (DSS Domko, Červený kríž, ZPMP) sme kontaktovali len osobne, aby im boli zrozumiteľne poskytnuté informácie o cieľoch výskumu a podmienkach. Pri realizácii výskumu boli dodržané etické zásady (a) zachovanie anonymity účastníkov, (b) dobrovoľná účasť na výskume, (c) zrozumiteľné informovanie o prebiehajúcom výskume.

4.2 Kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením vo formálnej starostlivosti

Získané dáta kvantitatívneho charakteru sme analyzovali s použitím parametrických testov jednofaktorovej analýzy rozptylu ONE – WAY ANOVA (skúmanie vzťahu medzi závislou intervalovou a nominálnou premennou – faktorom), testov multidimenzionálnej analýzy rozptylu MANOVA (opakované merania pre intrasubjektový faktor varianty subjektu: Ja, Ostatní ľudia), metód deskriptívnej štatistiky a testov variability pre viacpoložkové otázky.

Spracovanie súborov položiek pre jednotlivé indikátory (funkcie) sociálneho pracovníka pomocou metód deskriptívnej štatistiky nám umožnilo získať prehľadné výsledné zistenia nielen pre indikátory (funkcie), ale aj pre jednotlivé operacionalizované položky. Celkovo súbory položiek pre všetky funkcie i pre subjekty „Ja a Ostatní“ boli hodnotené s dôrazom na aritmetický priemer (M), rozptyl a štandardnú odchýlku. Respondenti subjektívne hodnotili jednotlivé položky subindikátorov (okruhov) problémov vzhľadom na:

1. subjekt Ja = reflektovanie potrieb klienta podľa vlastnej predstavy respondenta,
2. subjekt Ostatní = reflektovanie potrieb klienta podľa predstavy ostatných ľudí.

Tabuľka 6 Hodnoty Crombachovej Alfy

Indikátory	CROMBACHOVA ALFA		Subindikátory	CROMBACHOVA ALFA	
	Subjekt Ja	Subjekt Ostatní		Subjekt Ja	Subjekt Ostatní
Plánovanie	0,91	0,94	Osobné	0,84	0,88
			Sociálne	0,84	0,86
			Výchovno-vzdelávacie	0,84	0,88
Poradenstvo	0,91	0,96	Osobné	0,83	0,92
			Sociálne	0,85	0,90
			Výchovno-vzdelávacie	0,86	0,92
Konzultácie	0,94	0,97	Osobné	0,86	0,93
			Sociálne	0,87	0,92
			Výchovno-vzdelávacie	0,92	0,93
Kordinovanie	0,94	0,97	Osobné	0,84	0,91
			Sociálne	0,90	0,93
			Výchovno-vzdelávacie	0,90	0,93
Hodnotenie a posudzovanie	0,94	0,97	Osobné	0,87	0,91
			Sociálne	0,87	0,94
			Výchovno-vzdelávacie	0,87	0,92
Odborný rozvoj a rast	0,93	0,96	Osobné	0,86	0,91
			Sociálne	0,83	0,92
			Výchovno-vzdelávacie	0,86	0,92

Namerané hodnoty Crombachovej alfy (viď tabuľka 6) pre jednotlivé indikátory (funkcie) sú v rozmedzí od 0,91 do 0,94 pre subjekt Ja. Pre subjekt Ostatní rozmedzie hodnôt je od 0,94 do 0,97. Pre položky subindikátorov (okruhov problémov) hodnoty Crombachovej alfy sú v rozmedzí od 0,83 do 0,92 pre subjekt Ja. Pre subjekt Ostatní rozmedzie hodnôt je od 0,86 do 0,94. Vzhľadom k tomu, že Crombachova alfa je vo všetkých položkách \geq ako 0,7 môžeme konštatovať, že výsledky empirickej analýzy spĺňajú kritérium spoľahlivosti.

Tabuľka 7 Deskriptívna štatistika pre identifikovanie indikátorov kompetencií sociálneho pracovníka vzhľadom na subjekt Ja a subjekt Ostatní - súhrnné priemerné skóre

INDIKÁTORY kompetencií sociálneho pracovníka	Subjekt Ja			Subjekt Ostatní			Celkové priemerné skóre bez ohľadu na subjekt
	priemerné skóre	rozptyl	štandard. odchýlka	priemerné skóre	rozptyl	štandard. odchýlka	
PLÁNOVANIE	2,24	0,78	0,88	2,65	1,22	1,10	2,44
PORADENSTVO	2,37	0,73	0,86	2,86	1,56	1,25	2,62
KONZULTÁCIE	2,39	0,93	0,96	2,93	1,64	1,28	2,66
KOORDINOVANIE	2,49	1,13	1,06	2,89	1,80	1,34	2,69
HODNOTENIE, POSUDZOVANIE	2,41	0,88	0,94	2,98	1,75	1,32	2,70
ODBORNÝ ROZVOJ	1,82	0,69	0,83	2,35	1,44	1,22	2,09

Súhrnné priemerné skóre jednotlivých indikátorov (funkcií) identifikovaných kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb vzhľadom na obe varianty subjektu (Ja, Ostatní) poukazujú na fakt, že respondenti identifikovali adjektívum všetkých indikátorov (funkcií) ako kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením vo významnom hodnotení 7- stupňovej škály. K takému záveru sme dospeli vzhľadom k zisteným hodnotám celkového súhrnného skóre všetkých indikátorov (funkcií) sociálnych pracovníkov posudzovaných respondentmi (tabuľka 7). A to v reflektovaní cez svoju predstavu, ktoré sú v rozmedzí od $M=1,82$ – do $M=2,49$. Podobne aj v reflektovaní cez predstavu ostatných ľudí, ktoré sú v rozmedzí od $M=2,35$ – do $M=2,98$.

Na základe porovnania hodnôt priemerných skóre vybraných funkcií sociálnych pracovníkov respondenti ako najviac významné identifikovali položky potreby pomoci a s ňou spojených aktivít na úrovni **odborný rozvoj a kultivovaný sebarozvoj sociálneho pracovníka**. Naopak za menej významné respondenti identifikovali funkciu **hodnotenie a posudzovanie postupov sociálneho pracovníka** pri práci s klientom s

mentálnym znevýhodnením a **koordinovanie postupov v spolupráci s inými profesionálnymi odborníkmi**. U ostatných sledovaných indikátorov (Plánovanie, Poradenstvo, Konzultácie) boli rozdiely hodnôt súhrnného priemerného skóre minimálne.

4.2.1 Intersubjektové rozdiely v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka

Respondenti ako posudzovatelia kompetencií sociálneho pracovníka prejavili záujem o určovanie charakteru indikátorov zameraných na potrebu pomoci a s ňou spojených aktivít pre prijímateľov sociálnych služieb s mentálnym znevýhodnením. Empirickou analýzou spracované intersubjektové diferencie pre jednotlivé indikátory v identifikovaní adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka uvádza tabuľka 8. Zistené údaje poukazujú na skutočnosť, že intersubjektové diferencie pre jednotlivé indikátory v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka v celkovom hodnotení sú štatisticky významné. Z celkového súhrnného skóre hodnotenia vyplýva, že respondenti posudzovali jednotlivé funkcie/indikátory významnejšie v reflektovaní cez svoju predstavu než cez predstavu ostatných ľudí.

Tabuľka 8 Intersubjektové diferencie v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka (MANOVA)

INDIKÁTOR	F	p	M – priemerné skóre	
			Ja	Ostatní
PLÁNOVANIE	24,16	<0,001 ***	2,24	2,65
PORADENSTVO	29,80	<0,001 ***	2,37	2,86
KONZULTÁCIE	37,43	<0,001 ***	2,39	2,93
KOORDINOVANIE	32,54	<0,001 ***	2,49	2,89
HODNOTENIE A POSUDZOVANIE	40,01	<0,001 ***	2,41	2,98
ODBORNÝ ROZVOJ A RAST	34,33	<0,001 ***	1,82	2,35

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

V rámci identifikovaní adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka sa štatisticky významné intersubjektové diferencie namerali u indikátora HODNOTENIE A POSUDZOVANIE ($F=40,01$, $p<0,001$). Respondenti väčší význam pripisovali funkcii sociálneho pracovníka v rámci ktorej posudzuje a hodnotí potreby klienta s mentálnym postihnutím z vlastného pohľadu (subjekt Ja/ $M=2,41$). Naopak menší význam pripisovali k funkcii sociálneho pracovníka, v rámci ktorej posudzuje a hodnotí potreby klienta s mentálnym postihnutím z pohľadu ostatných ľudí (subjekt Ostatní/ $M=2,98$), ako vyplýva z priemerného súhrnného skóre. Špecifické zistenie je, že signifikantne najnižšie intersubjektové diferencie medzi subjektmi boli namerané na úrovni PLÁNOVANIE ($F=24,16$, $p<0,001$). No aj napriek tomu, celkové priemerné skóre poukazuje, že väčší význam respondenti pripisovali funkcii sociálneho pracovníka v rámci ktorej plánuje aktivity pre plnenie potrieb klienta s mentálnym postihnutím cez svoju predstavu (subjekt Ja/ $M=2,24$) než cez predstavu ostatných ľudí (subjekt Ostatní/ $M=2,65$). Podľa nameraného priemerného skóre je najvyššia miera významného hodnotenia na úrovni odborný rozvoj a vzdelávanie sociálnych pracovníkov so zameraním na potreby klienta s mentálnym postihnutím pri reflektovaní respondentmi cez svoju predstavu ($M=1,82$) než cez predstavu ostatných ľudí ($M=2,35$). Pozitívne stanovisko všetkých respondentov k tomuto indikátoru (funkcii) len poukazuje na fakt, že kultivovaný sebarozvoj – profesijný rast patria k uznávaným kompetenciám sociálneho pracovníka v súčasnosti.

Naše konštatovanie smeruje podľa uvedených zistení k tomu, že respondenti ako posudzovatelia kompetencií pozitívnejšie reflektovali cez svoju predstavu (vzhľadom na subjekt Ja) než cez predstavu ostatných ľudí (subjekt Ostatní). Berúc v úvahu hodnoty priemerného skóre u jednotlivých indikátorov vzhľadom na subjekt Ja tak aj vzhľadom na subjekt Ostatní sa pohybovali vo významnom hodnotení 7- stupňovej škály. Tieto zistenia nás vedú ku konštatovaniu, že respondenti významne identifikovali adjektívum kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb.

4.2.2 Rozdiely v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka z pohľadu respondentov

Táto časť analýzy je zameraná na diferencie v identifikovaní adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením

v zariadeniach sociálnych služieb s ohľadom na príslušnosť ku aktérskej skupine respondentov. Pozornosť sme upriamili na tie posudzované indikátory výskumného súboru, ktorých namerané hodnoty preukázali významné diferencie. Uvedomujeme si, že niektoré zistenia by boli štatisticky významnejšie v tom prípade, ak by bola výskumná vzorka väčšieho rozsahu.

Vzhľadom k tomu, podľa súhrnných údajov uvedených v tabuľke 9 sú diferencie medzi jednotlivými skupinami respondentov zjavné, aj keď štatisticky nie sú významné. Podľa údajov najväčšie diferencie zaznamenávame v blízkosti názorov medzi troma aktérskymi skupinami výskumného súboru len pre indikátor poradenstvo ($F=3,17$; $p=0,04$). Skupina č.1 (sociálni pracovníci) považovali za najviac významné pre klienta s mentálnym znevýhodnením možnosť poradiť sa s odborníkom ($M=2,30$) – podľa hodnôt skóre ide o pozitívne hodnotenie. Výrazne menej považovali pre klienta s mentálnym znevýhodnením možnosť poradiť sa s odborníkom skupina č.3 (potenciálni rodičia, $M=2,73$) a následne najmenej významné pre skupinu č.2 (rodičia, $M= 2,83$), ale podľa hodnôt priemerného skóre ide posudzovanie tohto indikátora ako významného.

Tabuľka 9 Diferencie v identifikovaní kompetencií sociálneho pracovníka s ohľadom na skupiny respondentov (ONEWAY)

INDIKÁTOR	F	p	M - priemerné skóre			SUBJEKT	F	p	M - priemerné skóre		
			1	2	3				1	2	3
Plánovanie	0,98	0,37	2,50	2,57	2,28	JA	1,24	0,29	2,27	2,39	2,06
						OSTATNÍ	0,58	0,56	2,72	2,74	2,48
Poradenstvo	3,17	0,04	2,30	2,83	2,73	JA	4,36	0,02	2,04	2,49	2,59
						OSTATNÍ	2,30	0,11	2,55	3,18	2,86
Konzultácie	1,88	0,17	2,39	2,84	2,76	JA	1,47	0,24	2,18	2,44	2,56
						OSTATNÍ	2,22	0,11	2,60	3,24	2,95
Koordinovanie	1,54	0,21	2,46	2,95	2,67	JA	1,24	0,29	2,30	2,70	2,47
						OSTATNÍ	1,58	0,21	2,62	3,19	2,87
Hodnotenie a posudzovanie	2,52	0,08	2,42	2,97	2,82	JA	1,73	0,18	2,17	2,56	2,49
						OSTATNÍ	2,77	0,07	2,66	3,38	2,90
Odborný rozvoj a rast	2,50	0,08	1,84	2,22	2,20	JA	4,34	0,02	1,58	1,83	2,05
						OSTATNÍ	1,76	0,18	2,10	2,60	2,35
KSP - celkové skóre	2,09	0,12	2,31	2,72	2,55	JA	1,90	0,15	2,08	2,40	2,37
						OSTATNÍ	2,03	0,13	2,54	3,05	2,73

Legenda: 1. Sociálni pracovníci, 2. Rodičia, 3. Potenciálni rodičia

Avšak pohľad na priemerné celkové skóre naznačuje, že všetky tri skupiny respondentov pri posudzovaní potrieb klienta s mentálnym znevýhodnením zhodne

identifikovali ako najviac významnú kompetenciu osobnostne kultivujúcu, ktorá sa zameriava na odborný rozvoj a vzdelávanie sociálneho pracovníka u skupiny č.1 (M=1,84). Veľmi zhodné skóre sme namerali u skupiny č.2 (M= 2,22), ako aj u skupiny č.3 (M=2,20).

Špecifickým zistením je, že za najmenej významné zo všetkých indikátorov (funkcií) sociálneho pracovníka posudzovala aktérska skupina č.1 (sociálni pracovníci) práve indikátor plánovanie a príprava aktivít pre klienta s mentálnym znevýhodnením (so skóre M=2,50) v porovnaní s ďalšími dvoma skupinami respondentov, ako vyplýva z nameraných hodnôt priemerného skóre.

Zaujímavým zistením je, že respondenti aktérskej skupiny č. 2 (rodičia, M=2,97) a respondenti aktérskej skupiny č.3 (potenciálni rodičia, M=2,82) zhodne identifikovali za najmenej významný indikátor hodnotenie a posudzovanie potrieb klienta s mentálnym znevýhodnením ako vyplýva z hodnôt priemerného skóre. Pri porovnaní celkového súhrnného skóre všetkých aktérskych skupín ako posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka je prínosným zistením, že najmenej pozitívne posudzovala všetky funkcie sociálnych pracovníkov aktérska skupina č.2 (rodičia) s celkovým priemerným skóre (M= 2,72) oproti aktérskej skupine č.1 (sociálni pracovníci) a skupine č.3 (potenciálni rodičia).

Avšak hodnoty celkového súhrnného skóre identifikovania adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka aktérskej skupiny č.1 (M=2,31), aktérskej skupiny č. 2 (M=2,72), aktérskej skupiny č. 3 (M=2,55) sa pohybovali vo výrazne významnom hodnotení 7- stupňovej škály. Z nameraných údajov vyplýva, že respondenti jednotlivé položky indikátorov tendenčne pozitívnejšie reflektovali cez svoju predstavu (vzhl'adom na subjekt Ja), než zo subjektu Ostatní, čiže cez predstavu ostatných ľudí. Podľa uvedených zistení konštatujeme, že jednotlivé indikátory (funkcie) kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb sú pre celý výskumný súbor rozhodne významné, ako poukazujú diferencie priemerných hodnôt pre subjekt Ja ako aj pre subjekt Ostatní.

Ako vyplýva z hodnôt celkového priemerného skóre, všetky tri skupiny respondentov z výskumného súboru pri posudzovaní potrieb klienta s mentálnym znevýhodnením zhodne identifikovali ako najviac významnú kompetenciu osobnostne kultivujúcu, ktorá sa zameriava na **odborný rozvoj a vzdelávanie sociálneho pracovníka** v zariadení sociálnych služieb. Pozitívne stanovisko respondentov k tomuto

indikátoru (funkcii) len poukazuje na fakt, že kultivovaný sebarozvoj a profesijný rast patria k celkovo uznávaným kompetenciám sociálneho pracovníka v súčasnosti. Z aspektu etiky je sociálny pracovník považovaný za kompetentného vtedy, ak disponuje profesionálnymi znakmi. Avšak podstatou odborného rastu je v optimálnej miere prispôsobovanie kvalifikácie sociálneho pracovníka s kvalifikovanosťou profesijného povolania.

Ako druhá najvýznamnejšia funkcia sociálneho pracovníka podľa posudzovania celého výskumného súboru je **plánovanie a príprava programov pre poskytovanie adekvátnej starostlivosti** klientom s mentálnym znevýhodnením v zariadení sociálnych služieb. Sociálni pracovníci identifikovali za najmenej významný zo všetkých funkcií „Plánovanie starostlivosti“ v porovnaní s ďalšími dvoma skupinami respondentov, ako vyplýva z nameraných hodnôt priemerného skóre. Plánovanie starostlivosti je **súčasťou individuálneho plánu**, ktorý je nástrojom na stanovenie krátkodobých i dlhodobých cieľov pre klienta s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb. Vzhľadom k tomu by plánovanie malo byť východiskovou funkciou zvolenia vhodných metód, nastavenie kompenzácie potrieb, čím by sa predchádzalo negatívnym faktorom zasahujúcich do životných kontextov klienta. Avšak práve nástroj Individuálny plán z osobnej skúseností autorov, ktoré nadobudli počas osobných rozhovorov pri podávaní inštrukcií ohľadom metodiky je, že pre samotných sociálnych pracovníkov je vnímaný ako byrokratická záťaž a skôr plán práce zamestnancov daného zariadenia.

Konzultačná a poradenská činnosť boli respondentmi ako posudzovateľmi kompetencií sociálnych pracovníkov identifikované pomerne rovnako významne, ako vyplýva zo súhrnného priemerného skóre. To poukazuje na skutočnosť, že klienti s mentálnym znevýhodnením a ich rodičia sa vyrovnávajú s rôznymi negatívnymi faktormi vo svojom živote, ktoré hlavne vyžadujú možnosť poradiť sa a získať odporúčania odborníka hlavne na úrovni osobných problémov ako vyplýva z našich výskumných zistení. V sociálnom poradenstve je vnímanie klienta komplexnejšie – zo širšieho uhla pohľadu. Konzultačná pomoc je skôr orientovaná na individuálny prístup medzi sociálnym pracovníkom a klientom (ako aj bezprostredným sociálnym prostredím klienta) so zameraním sa na rešpektovanie konkrétnych špecifik daného mentálneho postihnutia. V tomto ohľade ide o rozvíjanie rešpektu a vzájomného vzťahu.

Z výskumných zistení sme dospeli ku konštatovaniu, že respondenti si uvedomujú opodstatnenú potrebu riešenia a zvládania problémov klienta s mentálnym znevýhodnením nielen intervenciou sociálnym pracovníkom, ale aj s ďalším profesionálom či pomáhajúcim odborným personálom. Tímovou spolupracou odborníkov je možné poskytnúť klientovi plánovanú profesionálnu pomoc na zvládanie a riešenie jeho problémov. Výsledkom je dosiahnutie zlepšenie kvality starostlivosti

Za najmenej významné respondenti posudzovali indikátor **hodnotenie a posudzovanie životných kontextov klienta s mentálnym znevýhodnením**, ktorý reflektujú cez svoju predstavu ako vyplýva zo súhrnného priemerného skóre. Ako ďalší s nižším súhrnným skóre bol identifikovaný respondentmi indikátor koordinovanie a tímová spolupráca s profesionálnymi odborníkmi, predovšetkým úroveň riešenia problémov a ukotvenia pomoci a to pri reflektovaní cez predstavu druhých ľudí.

Špecifickým zistením pri porovnaní všetkých aktérskych skupín ako posudzovateľov kompetencií sociálneho pracovníka je ten fakt, že aktérska skupina rodičov klientov s mentálnym znevýhodnením identifikovala ako najmenej významné kompetencie sociálneho pracovníka v práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením – **hodnotenie/ posudzovanie a koordinovanie/tímová spolupráca**. Pri hľadaní možnosti vysvetlenia sme dospeli k záveru podobne ako realizátorka výskumu I. Strnadová.²⁶⁵ Autorka výskumu poukazuje na relevantnú skutočnosť, ktorá vyplynula z výskumného projektu Psychiatrického centra so zameraním na identifikovanie stresových činiteľov v rodinách s dieťaťom s mentálnym znevýhodnením. Medzi stresové činitele rodín s existujúcim jedincom s mentálnym znevýhodnením sú determinované ako nedostatočná koordinovaná spolupráca s odborníkmi a podpora od poskytovateľov sociálnych služieb. Autorka výskumu poukazuje na ďalší závažný fakt, ktorý vyplynul z jej výskumu. U rodičov vzniká vo vyššej miere riziko syndrómu vyhorenia, tak ako u pomáhajúcich profesionáloch, keďže sa rodičia tendenčne venujú svojmu dieťaťu obetavo a ochranársky (tzv. skleníková výchova).

Za prínosné zistenie možno považovať, že aktérska skupina potenciálnych rodičov identifikovala kompetencie sociálneho pracovníka významne pozitívne, ako vyplýva z celkového priemerného skóre. Toto zistenie považujeme za hodnotné, keďže u tejto skupiny mladých ľudí sa prejavil altruizmus za účelom zvyšovania životnej

²⁶⁵ STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálnym postihnutím. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*.

úrovne ostatných členov spoločnosti. Prejavenie altruizmu ako ľudskej schopnosti realizovať morálne zásady poukazuje na skutočnosť, že stresový činiteľ u rodičov vnímaný ako neprijatie ich dieťaťa spoločnosťou sa v našej empirickej analýze nepreukázal.

Z nameraných údajov vyplýva, že respondenti posudzovali jednotlivé položky indikátorov pomerne pozitívnejšie vzhľadom zo svojho pohľadu než z pohľadu ostatných ľudí. Avšak hodnoty celkového súhrnného skóre identifikovania adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka všetkých troch skupín výskumného súboru sa pohybovali vo významnom hodnotení 7- stupňovej škály. Táto skutočnosť poukazuje na významné identifikovanie adjektíva kompetencií sociálneho pracovníka v zariadeniach sociálnych služieb zo subjektívneho pohľadu respondentov aj s ohľadom na ich príslušnosti ku aktérskej skupine.

4.2.3 Okruhy problémov klienta s mentálnym znevýhodnením vo formálnej starostlivosti

Respondenti posudzovali jednotlivé položky subindikátorov (okruhov) problémov klienta vzhľadom na:

1. variantu Ja = reflektovanie potrieb klienta cez svoju predstavu;
2. variantu Ostaní = reflektovanie potrieb klienta cez predstavu ostatných ľudí.

Podľa zistených údajov priemerného skóre sme sledovali hodnotenie respondentov vo vzťahu k subjektu, ktoré sme následne vzájomne porovnali.

V rámci sledovania celkového súhrnného priemerného skóre (bližšie tabuľka 10) u jednotlivých indikátorov (funkcií) sociálneho pracovníka vo vzťahu ku subindikátorom (okruhov problémov klienta), respondenti posudzovali za najviac významné problémy v rámci subindikátora osobné, čiže problémy priamo vzťahujúce sa ku klientovi s mentálnym znevýhodnením. Toto špecifické zistenie bolo rovnaké pre oba subjekty. Domnievame sa, že hodnotenie respondentov je výraznejšie spojené s charakterom problémovej oblasti klienta s mentálnym znevýhodnením, než s podstatou identifikovaných funkcií sociálneho pracovníka. Vzhľadom k týmto skutočnostiam, sme získali aj obraz o predpokladaných potrebách cieľovej skupiny v inštitucionálnej starostlivosti.

Tabuľka 10 Deskriptívna štatistika pre identifikovanie subindikátorov vzhľadom pre subjekt Ja a subjekt Ostatní - súhrnné priemerné skóre

INDIKÁTORY kompetencií sociálneho pracovníka	Subjekt Ja			Subjekt Ostatní		
	Subindikátor osobné	Subindikátor sociálne	Subindikátor Vých – vzdel.	Subindikátor osobné	Subindikátor sociálne	Subindikátor Vých. vzdel.
PLÁNOVANIE	2,04	2,28	2,40	2,42	2,67	2,84
PORADENSTVO	1,91	2,60	2,59	2,44	3,02	3,13
KONZULTÁCIE	1,82	2,70	2,65	2,49	3,21	3,09
KOORDINOVANIE	2,11	2,68	2,68	2,59	3,00	3,09
HODNOTENIE, POSUDZOVANIE	2,14	2,62	2,46	2,70	3,24	3,01
ODBORNÝ ROZVOJ	1,55	1,96	1,95	2,12	2,47	2,46

Toto špecifické zistenie bolo rovnaké vzhľadom na subjektívne reflektovanie respondentov cez svoju predstavu ako aj cez predstavu ostatných ľudí u všetkých sledovaných indikátorov. Následne za rovnako významné respondenti posudzovali problémy zo subindikátora sociálne problémy, týkajúce sa narušenia sociálnych interakcií klienta a subindikátora výchovno-vzdelávacie problémy, ktoré sa týkali okruhu socializačných problémov v prostredí zariadenia sociálnych služieb.

Z empirickej analýzy sme zároveň získali aj obraz o predpokladaných potrebách cieľovej skupiny v inštitucionálnej starostlivosti. Na základe súhrnného skóre sme porovnali jednotlivé položky problémov klientov s mentálnym znevýhodnením zo subindikátorov (okruhov problémov klientov). Vybrali sme tie, ktoré respondenti zhodne považovali za najviac a najmenej významné vzhľadom na subjektívne reflektovanie cez svoju predstavu a cez predstavu ostatných ľudí. Medzi najviac významné problémy klientov s mentálnym znevýhodnením, ktoré je potrebné riešiť s pomocou sociálnych pracovníkov v zariadení sociálnych služieb boli s najvyšším súhrnným skóre:

- potreba pomoci pri zvládaní pridruženého handicapu a choroby u klientov;
- potreba pomoci pri zvládaní stresu, nervozity a napätia u klientov;
- potreba pomoci pri riešení problému s návykovým správaním u klientov;
- potreba pomoci pri zvládaní stavu úzkostí, depresie a strachu u klientov;
- potreba pomoci pri riešení násilia a zneužívania (sexuálneho a citového obťažovania, či ohrozovania);

-
- potreba pomoci pri riešení násilia vo vzťahoch;
 - potreba pomoci pri zvládaní adaptácie v novom prostredí;
 - potreba pomoci pri zvládaní a prekonaní tráum, nepríjemných zážitkov;
 - potreba pomoci pri prekonaní nevhodného správania klienta v zariadení sociálnych služieb.

Interpretácia týchto zistení nám umožňuje hľadanie možností vysvetlenia. Jedným z nich je, že u klientov s mentálnym znevýhodnením sa stretávame častejšie s prekážkami pri naplňovaní ich potrieb. Ak základné potreby u jedinca s mentálnym znevýhodnením nie sú satureované, zvyšuje sa u nich pravdepodobnosť neprímeraných psychických reakcií – frustrácia, stres či deprivácia, ktoré vedú k problémovému správaniu a k nepochopeniu zo strany sociálneho prostredia. V praxi sa často pristupuje k problematickému správaniu klienta ako ku prirodzenému znaku diagnózy mentálnej retardácie, pričom v niektorých prípadoch je potrebné len zrealizovať dôkladné psychiatrické vyšetrenie, analýzu správania a prostredia, čiže bližšie poznať sociálne kontexty jedinca.

Pomoc sociálnych pracovníkov pri riešení či zvládaní problémov klientov v zariadení sociálnych služieb, ktorým respondenti prikladali najmenší význam vzhľadom k hodnotám priemerného skóre boli:

- charakter riešenia problémov s národnostnými či jazykovými bariérami;
- riešenie častej neúčasti v zariadení sociálnych služieb a zanedbávanie klientových povinností v tomto zariadení.

Domnievame sa, že prisudzovanie menšej významnosti položke riešenia problémov s národnostnými či jazykovými bariérami je z toho dôvodu, že v súčasnosti sa problémy s národnostnými či jazykovými bariérami u ľudí s mentálnym znevýhodnením nevyskytujú až v takej miere ako v iných krajinách USA či EÚ. Za pozitívum však považujeme to, že hodnoty súhrnného skóre u všetkých položiek subindikátorov (okruhov problémov klienta) sa pohybovali vo významnom hodnotení 7-stupňovej škály. Na základe tejto skutočnosti môžeme len konštatovať, že respondenti jednotlivé problémy týkajúce sa klienta / prijímateľa sociálnej služby s mentálnym znevýhodnením identifikovali ako rozhodne významné a nezaujímajú voči nim odmietavý postoj.

4.2.4 Implementácia výsledných zistení empirickej analýzy do praxe

Implementácia výsledných zistení empirickej analýzy do praxe môže napomôcť bližšie špecifikovať funkcie sociálnych pracovníkov v sociálnej starostlivosti o túto klientelu v súlade s ich meniacimi sa požiadavkami a potrebami v dospelosti. Nami sformulované niektoré odporúčania pre teóriu i prax sociálnej práce s klientmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb sú nasledovné:

1. Domnievame sa, že je tu opodstatnená potreba vypracovania nástrojov a metodík na prehodnocovanie okruhu profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka, čo vedie k definovaniu a hľadaniu potrebných profesijných funkcií v „extra priestore“ (vyžadujú priamy kontakt s klientom) a v „intra priestore“ (aktivity sociálneho pracovníka sa priamo nedotýkajú klienta). Vytvorenie systému hodnotenia výsledkov rozvoja kompetencií umožní:
 - vytvorenie všeobecne záväzných štandardov kompetencií sociálneho pracovníka v práci s klientmi v zariadeniach sociálnych služieb,
 - regionálny systém analytických zisťovaní, ako možnosť posudzovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb na základe spätnej väzby od pracovníkov na celom území SR.
2. Kompetencie sociálneho pracovníka v práci s klientmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb odporúčame zaradiť do vytvorených štandardov kompetencií sociálneho pracovníka nasledovné
 - *Kompetencia plánovanie aktivít* – sociálny pracovník sa zameriava na prípravu sociálneho programu a na plánovanie aktivít, postupov a činností za účelom riešenia alebo zlepšenia problémov a potrieb klienta/prijímateľa sociálnej služby. Úlohou sociálnych pracovníkov je zlepšovať a obnovovať sociálne fungovanie, čo vedie k rešpektovaniu sociálneho kontextu jedinca s mentálnym znevýhodnením.
 - *Kompetencia poradenskej činnosti – sociálneho pracovníka*, ktoré môžeme súhrnne označiť ako podpora odborníka a odborné vedenie v rámci poskytovania poradenskej odbornej činnosti a intervencie pre klienta a jeho rodinných členov. Vzhľadom k tomu, podstatným faktorom je disponovanie dostatočnými informáciami o možnostiach sociálno-právnej pomoci, ale aj o možnostiach

kompenzácie saturácie potrieb jedinca. Zároveň mať prehľad o podporných sieťach organizácií zahrnutých do práce s klientom alebo s klientovou sociálnou sieťou v komunite.

- *Kompetencia konzultačnej činnosti – sociálny pracovník* poskytuje, diskutuje a vyjasňuje informácie vhodným spôsobom za účelom individuálnej spolupráce nielen s klientom, ale aj s jeho rodinnými príslušníkmi. Ide o rozvíjanie rešpektu a vzájomného vzťahu – dlhotrvajúci dialóg medzi pracovníkom a klientom/prijímateľom sociálnej služby (ako aj bezprostredným sociálnym prostredím klienta) so zameraním na rešpektovanie konkrétnych špecifik daného mentálneho postihnutia. V tomto ohľade ide o rozvíjanie rešpektu a vzájomného vzťahu.
- *Kompetencia koordinovania a tímovej spolupráci odborníkov – sociálny pracovník* kontaktuje a nadväzuje novú spoluprácu ako multidisciplinárnu formu spolupráce, ktorou je klientovi poskytovaná plánovaná profesionálna pomoc na zvládanie jeho problémovej situácie. Sociálni pracovníci za pomoci kooperatívnych a kooperačných zručností prepájajú navzájom rozličných odborníkov z iného sektoru.
- *Kompetencia posudzovacia – sociálny pracovník* získava, analyzuje, porovnáva a spracováva nielen informácie o životnej situácii klienta ale aj o charaktere pôsobenia klienta v zariadení sociálnych služieb. To znamená byť schopný pripraviť plán intervencie.
- *Kompetencia osobnostne kultivujúca/ odborný rozvoj a rast - sociálny pracovník* v rámci sebavzdelávania a rozvíjania svojich odborných znalostí a zručností vytvára a udržiava optimálne prispôbovania sa kvalifikácii pracovníka s kvalifikovanosťou profesionálneho povolania vzhľadom k aktuálnym, neustále sa meniacim teoretickým poznatkom v sociálnej práci ako aj v oblasti právnych noriem.
- *Kompetencia metodická* by mohla obsahovať vzhľadom k predchádzajúcim schopnosť sociálnych pracovníkov navrhovať inovatívne metódy a štandardy starostlivosti pre klienta s mentálnym znevýhodnením v zariadení sociálnych služieb.

Definovaníu potrebných profesijných kompetencií sociálnych pracovníkov pre „intra priestor“ sú plánovanie, odborný rozvoj/rast, metodická kompetencia v sociálnej

práci s klientmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb. Pre extra priestor sú to poradenstvo, konzultácie, koordinovanie, tímová spolupráca a posudzovanie. Vo vytvorených štandardoch kompetencií sociálneho pracovníka navrhujeme zaradiť aj etické profesijné hodnoty sociálnej práce ako aj najnovšie vedecké poznatky ohľadom využívania metód zameraných na riešenie problémov v rámci nasledovných okruhov.

V rámci *okruhu osobných problémov*, odporúčame zameranie sa sociálneho pracovníka na poskytnutie:

- pomoci pri zvládaní pridruženého handicapu či choroby u klienta s mentálnym znevýhodnením;
- pomoci pri prekonávaní stresu, nervozity a napätia u klienta;
- pomoci pri zvládaní a riešení problému s návykovým správaním u klienta;
- pomoci pri zvládaní a riešení stavov úzkostí, depresie a strachu prejavujúcich sa u klienta;
- pomoci pri prekonávaní tráum, nepríjemných zážitkov;
- pomoci pri riešení rôznych foriem násilia a zneužívania (sexuálneho a citového obťažovania, či ohrozovania).

V rámci *okruhu sociálnych problémov*, odporúčame zameranie sa sociálneho pracovníka na poskytnutie:

- pomoci pri riešení problémov rôznych foriem násilia a zneužívania vo vzťahu (šikanovanie, donucovanie a fyzické násilie);
- pomoci pri zvládaní a riešení problémov v rodinných vzťahoch;
- pomoci pri zvládaní problémov vo vzťahoch s kamarátmi, spolupracovníkmi a spolubývajúcimi.

V rámci *okruhu výchovno-vzdelávacích problémov*, odporúčame zameranie sa sociálneho pracovníka na poskytnutie:

- pomoci pri zvládaní adaptácie v novom prostredí;
- pomoci pri zvládaní a riešení problémov s pracovníkmi zariadenia;
- pomoci pri zvládaní a riešení nevhodného správania klienta s mentálnym znevýhodnením v zariadení sociálnych služieb.

-
3. Relatívne málo štúdií sa pokúsilo opísať rozsah rozmanitých foriem problémového správania u ľudí s mentálnym znevýhodnením v celkovej populácii žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb danej zemepisnej oblasti. Na základe našich výsledkov, si dovoľujeme navrhnúť podnety na ďalšiu analýzu s cieľom zistiť príčiny nevhodného správania u ľudí s mentálnym znevýhodnením. Domnievame sa, že implementácia výsledných zistení do praxe by napomohla bližšie špecifikovať sociálnu starostlivosť o túto klientelu v súlade s ich meniacimi sa požiadavkami a potrebami najmä v dospelom veku.
 4. Keďže terminológia na označenie tejto skupiny ľudí sa doposiaľ ešte definitívne v odbornej obci na Slovensku neustálila je potrebné vytvoriť univerzálny pracovno–terminologický rámec k identifikácii a k popisu ľudí s mentálnym znevýhodnením pre potreby sociálnej práce, ako aj pre sociálnych pracovníkov a pomáhajúcich odborných pracovníkov.

5 Záver

V monografii sme sa zamerali na koncept sociálnej inklúzie ľudí s mentálnym znevýhodnením na rôznych úrovniach (sociálnej, kultúrnej, psycho-sociálnej a edukačnej). Predpokladali sme, že hľadanie inovatívnych riešení na sociálne problémy tejto skupiny ľudí si vyžaduje prijatie uceleného konceptu sociálnej inklúzie ako univerzálneho konsenzu do povedomia populácie v postojoch i v opatreniach. To by následne viedlo k ovplyvneniu nielen charakteru prijímaných politík, ale aj sociálnych opatrení v spoločnosti s prihliadaním na meniace sa požiadavky ľudí s mentálnym znevýhodnením.

V súčasnosti je tendenciou našej spoločnosti preferovanie najmä formálnej starostlivosti pre jedincov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb (DSS s ambulatnou a pobytovou formou starostlivosti). Táto skutočnosť poukazuje na to, že účelné a efektívne poskytnutie profesionálnej opory a starostlivosti si vyžaduje profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov. Význam profesionálnych kompetencií sociálneho pracovníka vo formálnej starostlivosti sa prejavuje najmä v kompetentnom výkone jeho pracovných činností s cieľom dosiahnuť plnohodnotný a dôstojný život pre klienta s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb. Pre zvyšovanie nielen kvality starostlivosti o prijímateľa sociálnej služby, ale aj kvality sociálnych služieb s využitím komplexnej a koordinovanej sociálnej starostlivosti je potrebné neustále prehodnocovať jednotlivé kompetencie sociálnych pracovníkov. Kompetencie sociálnych pracovníkov sú dynamickým fenoménom, ktorý sa modifikuje s vývojom spoločnosti a s meniacimi sa požiadavkami osôb s mentálnym znevýhodnením ako prijímateľov sociálnej služby, ktorí potrebujú pomoc.

Z realizovanej empirickej analýzy boli identifikované profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov pre „intra priestor“: plánovanie, odborný rozvoj/rast, metodická kompetencia v sociálnej práci s prijímateľmi sociálnych služieb s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb. Pre extra priestor sú to poradenstvo, konzultácie, koordinovanie/ tímová spolupráca a posudzovanie. Implementácia výsledných zistení empirickej analýzy môže v praxi slúžiť ako východisko pre výskumy k definovaniu kompetencií sociálnych pracovníkov v sociálnej starostlivosti o ľudí s mentálnym znevýhodnením. Na tento zámer je potrebné zamerať sa na aktuálne

požiadavky klientov v zariadeniach sociálnych služieb so všetkými formami starostlivosti na území SR. Vytvorenie systému hodnotenia výsledkov rozvoja kompetencií umožní vytvorenie všeobecne záväzných štandardov kompetencií sociálnych pracovníkov v práci s klientmi v zariadeniach sociálnych služieb. Následné vytvorenie regionálneho systému analytických zisťovaní ako možnosti posudzovania kvality poskytovaných sociálnych služieb bude umožnené na základe spätnej väzby od sociálnych pracovníkov na celom území SR.

6 Zoznam bibliografických odkazov

- AINSWORTH, P., and P. BAKER, 2004. *Understanding Mental Retardation*. Jackson, MS: University Press of Mississippi. ISBN 1-57806-647-6. Dostupné z: QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/107367729>>.
- BALOGOVÁ, B., 2013. Pomôže zákon o sociálnej práci profesijnej identite sociálneho pracovníka. In *Sociální práce/Sociálna práca*. ISSN: 1213-6204. roč. 16, č. 1/2013. s. 31-35.
- BATSON, C. D In: POST, S. G. et al. 2002. *Altruism & Altruistic Love: Science, Philosophy, & Religion in Dialogue*. New York: Oxford University Press. ISBN: 978-01-951-4358-4.
- BERNS, R. M., 2012. *Child, family, school, community socialization and support*. Emeritus: University of California. ISBN-13: 978-1-111-83096-0.
- BLATNÝ, M. a kol., 2010. *Psychologie osobnosti – hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.
- BOLLARD, M. R., 2009. *Intellectual disability and Social inclusion – a critical review*. Great Britain: Elsevier. ISBN 978-0-443-10418-3.
- BROWN, I. et al., 2012. The development of family quality of life concepts and measures. In: *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 56, issue 1/ 2012, p. 1-16. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01486.x [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2011.01486.x/full>>.
- BURR, V., 2002. *The Person in Social Psychology*. New York: Psychology Press. ISBN 1-84169-180-1.
- BURKE, P. and J. PARKER, 2007. *Social work and disadvantage: Addressing the roots of stigma Through association*. London: J. Kingsley publishing. ISBN 978-1-84310-364-6.
- BUSHMAN B. J. and R. F. BAUMAISTER (ed.), 2011. *Social Psychology and Human Nature*. Belmont, California: WADSWORTH. ISBN-13: 978-0-495-90993-4.
- ČADILOVÁ, V. a kol., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

-
- CASTLES, E., 1996. *We're People First: The Social and Emotional Lives of Individuals with Mental Retardation*. Westport, CT: Praeger Publishers. ISBN 0-275-95243-6. Dostupné z: QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/26185772>>.
- CARLSON, J. and S. SLAVIK, 2006. *Readings in the Theory of Individual Psychology*. Great Britain: Taylor and Francis group. ISBN 0-203-95657-5.
- COURNOYER, B. R., 2013. *The social work skills workbook*. NY: Cengage Learning. 7th edition. ISBN 13-978-1-258-17779-9.
- COULTER, D., 2010. Multidimensional framework for understanding intellectual disability. In SCHALOCK, R. L. et al. *Intellectual disability: Definition, Classification and system of supports*. 11 edition, AAID. ISBN 978-1-935304-04-3, s.13-20
- Convention on the Rights of Person with Disabilities*. UNITED NATIONS. [online]: Source: Annex 1, Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities (A/61/611 - PDF, 117KB). Dec. 2006. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <<http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N06/645/30/PDF/N0664530.pdf?OpenElement>>.
- DAVIS, L. J. et al., 2006. *The Disability Studies Reader*. NY: Taylot and Francis group. ISBN 0-415-95334-0.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) – development*. American Psychiatric Association. [online]. The Future of Psychiatric Diagnosis. APA, © 2018. [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>.
- DELAMATER, J. and A.WARD, 2013. *Handbook of social psychology*. Springer. ISBN 978-94-007-6771-3.
- DOWLING, S. et al., 2006. *Person – centred planning in social care*. King's College London. ISBN-13:978- 18-593-5479-7.
- DURECOVÁ, K., Problémové chování i lidí s mentální retardace a psychické poruchy. In: ČADILOVÁ, V. a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2. 55-64 s.
- EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
- EMERSON, E. and CH. HALTON, 2014. *Health inequalities and people with intellectual disabilities*. Cambridge university press. ISBN 978- 0521-13314-2
-

ENGEL, G. In: FRANKEL, R. M. et al. 2003. *The biopsychosocial approach: past, present, future*. URPRESS, UK – UNIVERSITY OF ROCHESTER, USA. ISBN-1-58046-102-6.

EVENHUIS, H. et al., 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues*. [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/MSD/HPS/MDP/00.5). [cit. 2013-01-15].

Dostupné na internete: <http://www.who.int/mental_health/media/en/21.pdf>.

FABRICI – ŠICKOVÁ, J., 2006. *Arteterapia – Úžitkové umenie*. Bratislava – Petrus, ISBN 80-89233-10-4.

FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2480-5.

GOBLE, F. G., 2004. *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. USA: Jefferson center. ISBN 0-9760402-04.

GOULD, M. and G. WAGNER, et.al., 2011. *The process of socialization*. Salem press: California. ISBN 978-1-42983-488-9.

GREENE, R. R. and N.P. KROPF, 2011. *Competence – select theoretical frameworks*. Transaction publishers. ISBN 978-1-4128-4212-9.

GRUSEC, J. E. and P. D. HASTINGS, 2007. *Handbook of socialization : theory and research*. New York: The Guilford Press. ISBN-13: 978-1-59385-332-7.

GROMA, M. a kol. Pohľad úspešností ľudí so zdravotným postihnutím na determinanty úspechu. In: CABANOVÁ, K. a kol. 2012. *Patopsychológia – vznik, vývin a...* Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie – Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3325-2. s. 51-55.

[cit. 2013-01-16] Dostupné na internete: <http://www.fedu.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/KPP_Sokolova/zbornik_patopsychologiaKPP.pdf>.

HARRIS, J. C., 2006. *Intellectual Disability: Understanding Its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York: Oxford University Press, ISBN-13: 978-0-19-517885-2.

Dostupné na QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/119390155>>.

HENDL, J., 2012. *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 978-80262-0200-4.

-
- HRUŠKOVÁ, R., 2012. Školská sociálna práca v prostredí vysokých škôl. In *Sociálne a politické analýzy*. ISSN 1337 5555, roč.6, č.2/2012. s. 183 – 241.
- HRUŠKOVÁ, R., 2013. Školská sociálna práca v prostredí vysokých škôl. In *Sociálne a politické analýzy*. ISSN 1337 5555, roč.7, č.1/2013. s. 295 – 369.
- HOGG, J. et al., 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Ageing & Social Policy*. [online]. Geneva: Switzerland: World Health Organization. (WHOMSD/HPS/MDP/00.7). [cit. 2013-01-16]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/mental_health/media/en/23.pdf>.
- HOLMES, J., 1993. *John Bowlby and attachment theory*. NY: ROUTLEDGE. ISBN 0-203-13680-2.
- HUČÍK, J. a kol., 2013. *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján: Prohu s.r.o. ISBN 978-80-89535-13-2.
- HUBINKOVÁ, Z. a kol., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1593-3.
- HUDECOVÁ, A. a kol., 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov – v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická Univerzita. ISBN 978-80-557-0112-7.
- CHOTAŠ, J. a J. KARÁSEK, 2005. *Kantov kategorický imperatív*. Praha – OIKOYMETH. ISBN 80-7298-096-3.
- INGLEBY, E., 2010. *Applied Psychology for Social Work*. Great Britain: Learning Matters Ltd. ISBN: 978 1 84445 356 6.
- International Classification of Disability – ICD 10. Version: 2016. [online]. WHO, © 2018. [cit. 2018-01-15]. Dostupné na internete: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F70-F79>>.
- JAEGER, P. T. and C. A. BOWMAN, 2005. *Understanding Disability: Inclusion, Access, Diversity, and Civil Rights*. Westport, CT: Praeger. ISBN: 0-275-98226-2. [cit. 2013-01-15]. Dostupné na QUESTIA:<<http://www.questia.com/read/119703619>>.
- JANEČKOVÁ, H. a R. N. NOVOTNÁ, Role rodinných vzťahů v inštitucionálnej péči o seniory. In: *Sociální práce/ Sociálna práca*. roč. 16, č. 1/2013. s. 72-82. ISSN: 1213-6204.
- JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3679-2.
-

JASSEN, C. G. C., C. SCHUENGEL and J. STOLK, Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: The interpretation of discrepancies between clients and caregivers. In: *Quality of Life Research -International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research.*. Vol. 14, Issue 1, Journal no. 11136, p. 57-69. ISSN: 0962-9343

JAŠKOVÁ, A. a A. SABOLOVÁ FABIANOVÁ, 2018. *Sociálna práca ako rizikové povolanie. Vybrané aspekty rizík na pozadí hypermoderny*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-1987-6.

KANT, I., 1996. *K večnému mieru*. Bratislava – Archa.. ISBN 80-7115-129-7.

KANT, I., 2004. *Základy metafyziky mravov*. Bratislava: Kaligram. ISBN 80-7149-635-9.

KENETT, P. A., 2013. *Handbook of comparative social policy*. Great Britain: Edward Elgar Publishing limited, 2. edition. ISBN 978-1-84980-366-3.

KOLÁŘ, Z. a kol., 2012. *Výkladový slovník pedagogiky*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3710-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

KREUGER, L. et al. Needs of person with severe intellectual disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008, vol. 21, issue 5, p. 466–476.

KOBER, R., 2010. *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities*. NY: Springer. ISBN 978-90-481-9649-4.

KORNBLUM, W., 2011. *Sociology in a Changing World*. USA: Cengage Brain. ISBN 13-978-1-111-30157-6.

KRUPA, S., 2003. *Kvalitné sociálne služby*. Bratislava: RPSP. ISBN 80-968586-5-3.

KRUPA, S., 2007–a, *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: RPSP. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné na: http://www.rpsp.sk/download/transformacia_dss.pdf

KRUPA, S., 2007-b. *Rozvoj komunitných sociálnych služieb :Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: RPSP. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné na: http://www.rpsp.sk/download/transformacia_dss.pdf

KUTNOHORSKÁ, J. a kol., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-3843-7.

LANGER, S. a J. NOVOTNÁ, Inteligence a některé další faktory jako kritéria pro pracovní uplatnění mentálně postižených. In: VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0, s. 158 – 159.

L'arche international. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-25]. Dostupné na internetu: <http://www.larche.org/en/mission_in_action/valuing_diversity>.

LEVICKÁ, J. a kol., 2013. *Sociálne služby. Vývoj, súčasný stav a možnosti merania kvality*. VEDA: Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978-80-8082-738-0.

LEARY, M. R. and J. P. TANGNEY, 2012. *Handbook of self and identity*. NY: Guilford Press. ISBN 978-1-4625-0305-6.

LUBELCOVÁ, G., Sociálne služby v SR. In: *Sociální práce/ Sociálna práca*. ISSN: 1213-6204. roč. 16, č. 1/2013. s. 61-71.

MACLEAN, W. E., 1997. *Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research*. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. ISBN 0-8058-1407-8. Dostupné na QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/48981847>>.

MARTIN P. a P. BATESON, 2009. *Úvod do teorie a metodologie měření chování*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-526-4.

MARY, N. L. An Approach to Learning About Social Work with People with Disabilities. In: *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*. The Haworth Press, 2007. Vol. 6, No. 1/2, p. 1-22.

MERRY, T., 2004. *Naučte sa byť poradcom – poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: IKAR. ISBN 80-551-0768-8.

MATOUŠEK, O. a kol., 2011. *Sociální služby*. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O. a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATSON, J. L. ed., 2007. *Handbook of Assessment in Persons with Intellectual Disability*. Burlington. MA: Academic Press. ISSN: 0074-7750. Dostupné z: QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/120018375>>.

MAY, D. ed., 2000. *Transition and Change in the Lives of People with Intellectual Disabilities. Research Highlights In Social Work*. London: Jessica Kingsley. ISBN -1-85302-863-0. Dostupné z: QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/120386774>>.

MCCLLEAND, D. C., 1987. *Human motivation*. Press syndicate of the University Cambridge. ISBN 0521- 36961-7

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (UZIS). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. [online]. 2010. ISBN 978-80-247-1587-2. 278 s. ÚZIS ČR, © 2010-2013. [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>>.

MÍČKA, R., 2013. Subsidiarita jako podstatný konstitutivní princip sociální politiky a občanské společnosti. In: *Sociální práce/ Sociálna práca*. roč. 13, č.4, s. 35-42. ISSN 1213-6204.

MIKŠÍK, O., 2009. Psychika osobnosti v období závažných životných a společenských změn. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1600-1.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR. Analytické centrum. 2018. Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb [online]. [25. 6. 2018]. Dostupné z: https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/?searchBean.kraj=Ko%C5%A1ick%C3%BD+kraj&searchBean.druhSluzby=&searchBean.forma=ambulantn%C3%A1&searchBean.typPoskytovateľa=&btnSubmit=Vybra%C5%A5&_sourcePage=iJtqBStoi-6X4i-cpz16u9bzXpfh0JyukhtxHaAOBVs%3D&__fp=YZmlc2VAgRnZLDO0K7Mkz38h6YlVDycPGL5_Hd6gJ1IaJKeKoXWOPhw0DzNMMyfisVxr44JFK7X9ny91b5aueogg1x6KsU9sMM8lzaQbSghKPxBUQI53EEY86DCtkyO77GL5_Hd6gJ1Ju1f3hW-qN23guO9_af8HE

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR. ANALYTICKÉ CENTRUM. 2017. *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2017*. MPSVaRSR. 2017 [online]. [25. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvateľstva-slovenskej-republiky-za-rok-2017.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR. ANALYTICKÉ CENTRUM. *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú*

starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2016 – 2020. [online]. September 2016. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/files/rodina-soc-pomoc/soc-sluzby/narodny-akcny-plan-prechodu-z-institucionalnej-komunitnu-starostlivosť-systeme-socialnych-sluzieb-roky-2016-2020.pdf>

MIŠOVÁ, Z. a kol., 2007. *Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb*. Bratislava: ZPMP v SR. ISBN:978-80-969077-6-2.

MOJTOVÁ, M. a kol., 2013. *Klinický sociálny pracovník*. Nitra: UKF. ISBN 978-80-558-0269-5.

MOULLIN, M., 2002. *Delivering Excellence in Health and Social Care: Quality, Excellence, and Performance Measurement*. Philadelphia: Open University Press. ISBN 0-335-20888-6. Dostupné z: QUESTIA: <<http://www.questia.com/read/119525646>>.

MURPHY, M. and H. SCHATZ, 2009. *Spread the Word to End the Word - Fact Sheet*. [online]. Created by The Joseph P. Kennedy Jr. Foundation for the Benefit of Persons with Intellectual Disabilities. ©2013 Special Olympics. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: <<http://media.specialolympics.org/soi/files/spread-the-word/2013/STW-Fact-Sheet.docx>>.

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *NASW standards*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-25]. Dostupné z: <<http://www.socialworkers.org/practice/>>.

Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. MPSVR SR. [online]. December 2011. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.bgsfm.sk/stranka_data/subory/bg_mv0/nap-di.pdf>.

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *Standards of social works*. [online]. NASW, ©2013. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <<http://www.socialworkers.org/practice/>>.

NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i realita*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

ONDREJKOVIČ, P., 1998. *Úvod do sociologie výchovy*. Bratislava: SAV. ISBN 80-224-0579-5.

ORGONÁŠOVÁ, M. a V. ZÁHORCOVÁ, 2011. *Hodnotenie zdravotného stavu a pracovného potenciálu osôb so zdravotným postihnutím v niektorých krajinách EU*

-
- a zvlášť v SR. [online]. Bratislava: Slovenská únia podporovaného zamestnávania. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://www.supz.sk/tmp/asset_cache/link/0000012445/Anal%FDza%20posudzovac%EDch%20syst%E9mov%20v%20karajin%Elch%20EU%20a%20v%20SR.doc>.
- OREL, M. a kol., 2013. *Psychopatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- OLAH, M. a kol., 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 80-969449-6-7.
- PALLANT, J. 2007. *SPSS Survival manual*. New York : Open University Press. ISBN 978-0-335-22366-4.
- PAVELOVÁ, Ľ. a kol., 2013. *Komunitná sociálna práca*. Sociálna práca v komunite. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89238-79-8.
- PAYNE, J. a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- PAYNE, M. 2012. *Humanistic social work – core principles and practice*. Lyceum Books INC. eISBN 978—935871-14-9.
- PAYNE, M. and G. A. ASKELAND, 2008. *Globalization and international social work*. Postmodern change and challenge. Great Britain: ASHGATE. ISBN – 978-0-7546-4946-5.
- PELCOVÁ, N., 2001. *Vzorce lidství: filosofie o člověku a výchově*. Praha: ISV. ISBN 80-85866-64-1.
- PETROVÁ, D., 2007. Problémy adolescence z hľadiska Adlerovej psychológie. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, roč. - 42, č. 1-2, s.65-80. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/CelyCasopis/papd_2007-1-2-text.pdf>.
- PETROVÁ, A., Adaptabilita a sociabilita. In: VALENTA, M. a kol. 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3829-1. 249 – 259 s.
- PIKÁLEK, Š., 2004. *Výchovná a rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 80-968797-7-4.
- PROCHÁDZKA, M., 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4033-1.
-

-
- PÖRTNEROVÁ, M., 2009. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.
- PUNCH, K. F., 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.
- RANCI, C. and E. PAVOLINI, 2013. Reforms in long - term care policies. Investigating institutional change and social impacts. Springer. ISBN 978-1-4614-4501-2.
- REICHEL, J., 2010. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ, 2012. Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Bratislava: Rodomax, s.r.o. ISBN 978-80-970993-9-8.
- REPKOVÁ, K. Sociálno-právne kontexty. In: ŽIAKOVÁ E. a kol. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2.vyd. Prešov: AKCENT PRINT. ISBN 80-969274-2-6. 136-145 s.
- REPKOVÁ, K. a kol., 2010. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Neformálna starostlivosť. IVPR, Bratislava. ISBN: 978-80-7138-130-3
- REPKOVÁ, K., 2011. *Dlhodobá starostlivosť v kontexte integrovanej sociálnej práce*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. ISBN 978-80-7138-132-7.
- REPKOVÁ, K. a L. BRICHTOVÁ, 2012. Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vývoj od roku 2012. Bratislava: Epos. ISBN 978-80-8057-960-9.
- RYAN R, M., 2012. *The oxford handbook of human motivation*. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-539982-0.
- ŘÍČAN, P. 2010. *Psychologie osobnosti*. Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
- RIMMERMAN, A., 2013. *Social inclusion of people with disabilities*. Cambridge university press. ISBN 978-1-107-014626-1.
- Rosa's Law. Special Olympics*. [online]. September, 2010. Created by The Joseph P. Kennedy Jr. Foundation for the Benefit of Persons with Intellectual Disabilities. Special Olympics, ©2013. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z:

<<http://www.specialolympics.org/Regions/north-america/News-and-Stories/Stories/Rosa-s-Law.aspx>>.

SCHALOCK, R. L. and R. A. LUCKASSON, et al., 2007. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. In: *Intellectual and developmental disabilities, AAID*. Vol. 45, no. 2, 116-124 p. [cit. 2013-01-25]. Dostupné z:

<<http://www.aaid.org/media/PDFs/renamingMRIDDApril2007.pdf>>.

STRNADOVÁ I. Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin s mentálním postižením. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2007, roč. - 42, č. 3, s. 191-213. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z:

<http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/CelyCasopis/papd_2007-3-text.pdf>

SWITZKY, H. N. ed., 2006. *Mental Retardation, Personality, and Motivational Systems*. New York: Elsevier Academic. Dostupné z: QUESTIA:

<<http://www.questia.com/read/120017981>>.

SZYMANSKI, L.S and L.C. KAPLAN, Mental retardation. In: DULCAN, K. M. and WIENWE J. M. et al., 2006. *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*. American psychiatric publishing. ISBN -58562-217-6.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2011. *Krízová intervence pro praxi -2*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠVARCOVÁ, I., 2003. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-821-X.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. 2017. *Rizikové správanie onkologicky chorých klientov sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ. ISBN 978-80-8152-524-7.

TÓTHOVÁ, L. a E. ŽIAKOVÁ. Výber neefektívnych stratégií zvládania záťaže ako rizikový faktor v pomáhajúcich profesiách. In: M. KÖVEROVÁ a M. MESÁROŠOVÁ eds. 2018. *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce*. Košice: Katedra psychológie FF UPJŠ. s. 117-122. ISBN 978-80-8152-606-0.

TRUHLÁŘOVÁ, Z. Kompetence v sociální práci. In: MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

TRPIŠOVSKÁ, D. 2007. *Sociální Psychologie*. Praha: Univerzita J.A.Komenského. ISBN 978-80-86723-30-3.

The International Classification of Diseases 11th Revision. World Health Organization. [online]. WHO, © 2013. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html>>.

THOMAS, D. and H. WOODS, 2003. *Working with people with learning disabilities. Theory and practice.* Great Britain: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1-85302-973-4.

THORPE, L. et al. 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioural Issues.* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, (WHO/MSD/HPS/MDP/00.4). [cit. 2012-10-25].

VACEK, P., 2000. *Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech.* Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-148-1.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 978- 80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. a kol., 2004. *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA, M. a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.

VANČOVÁ, A., 2005. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých.* Bratislava: Sapienta. ISBN 80-968797-6-6.

VETEŠKA, J. a kol., 2011. *Teorie a praxe – kompetenčního přístupu ve vzdělávání.* Praha: Educa Service. ISBN 978-80-87306-09-3.

VÝROST, J. a I. SLAMENÍK, 2008. *Sociální psychologie 2.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1428-8.

WALSH, P. N. et al., 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Women`s Health and Related Issues.* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, (WHO/MSD/HPS/MDP/00.6). [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/mental_health/media/en/22.pdf>.

WILSON, J. and W. H. CHUI, 2006. *Social Work and Human Services Best Practice. Annandale. N.S.W :* Federation Press. ISBN 9781862875999.

WHOQOL. 1997. *Measuring quality of life the world health organization quality of life Instruments.* [online]. (THE WHOQOL-100 AND THE WHOQOL-BREF). Geneva, Switzerland: World Health Organization, (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4). [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. Towards a common Language for functioning, disability and health – The International Classification of Functioning, Disability and Health. [online]. (WHO/EIP/GPE/CAS/01.3). [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Summative Report*. [online] Geneva: Switzerland: World Health Organization, (WHO/MSD/HPS/MDP/00.3). [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/mental_health/media/en/20.pdf>.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Nariadenie vlády č. 341/2004 Z. z. príloha č.1, ktorým sa ustanovujú katalógy pracovných činností pri výkone práce vo verejnom záujme a o ich zmenách a doplnení v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky.

Oznámenie MZV SR č. 317/2010 o uzavretí Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím ratifikovaný NRSR, ktorý pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2.

Oznámenie MZV SR č. 318/2010 Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, pre Slovenskú republiku opčný protokol nadobudol platnosť 25. júna 2010 v súlade s článkom 13 ods. 2.

Súčasná perspektíva sociálnej inklúzie ľudí s mentálnym znevýhodnením

Vedecká monografia

Autori: Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.

doc. Mgr. JUDr. Dušan Šlosár, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Rok vydania: 2018

Počet strán: 119

Rozsah: 6,38 AH

Vydanie: prvé

Dostupné od: 22.10.2018

ISBN 978-80-8152-651-0
