

**UNIVERZITA
JÁNA ÁMOSA KOMENSKÉHO PRAHA**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2012

BC. ŽANETA HOLKOVÁ

UNIVERZITA JÁNA ÁMOSA KOMENSKÉHO

PRAHA

magisterské kombinované štúdium

2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Žaneta Holková

Socializácia a možnosti uplatnenia mentálne
postihnutých jedincov

Praha 2012

Vedúci záverečnej práce: Mgr. Denisa Štefková, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Full-Time Studies

2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Žaneta Holková

Socialization and possibilities of mentally
handicapped subjects

Prague 2012

**The ... Thesis Work Supervisor: Mgr. Denisa Štefková,
Ph.D.**

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojim pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitetnej knižnici.

V..... dňa

Meno autorky

Pod'akovanie

Chcela by som poďakovať Mgr. Denise Štefkovej, Ph.D. za cenné rady, pripomienky a odborné vedenie pri vypracovávaní diplomovej práce.

Anotácia

Autorka spracovala svoju diplomovú prácu na tému: Socializácia a možnosti uplatnenia mentálne postihnutých jedincov. Cieľom bolo predstaviť proces socializácie – začleňovania mentálne postihnutých osôb do spoločnosti, a vplyv transformácie domovov sociálnych služieb na zvýšenie kvality života ich obyvateľov. Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti diplomovej práce autorka definuje mentálnu retardáciu, zaoberá sa procesom socializácie, a tiež informuje o domovoch sociálnych služieb a ich transformácii. V praktickej časti sa autorka zamerala na špecifiká individuálneho plánu rozvoja osobnosti a efektivitu rozvoja osobnosti jeho aplikovaním na troch mentálne postihnutých obyvateľkách domova. Individuálny plán obsahuje – mapovanie, analýzu, ciele a záverečné hodnotenie.

Kľúčové pojmy

domov sociálnych služieb

individuálny plán rozvoja osobnosti

špecifiká tvorby plánu

klient

kvalita života

prijímateľ sociálnej služby

socializácia

transformácia domovov sociálnych služieb

Annotation

The author worked out thesis on the theme: Socialisation and the possibility of application of mentally handicapped individuals. The aim was to present the process of socialization — the integration of mentally handicapped persons in society, and the impact of the transformation of social services to enhance the quality of life of the inhabitants of their homes. The work is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part of the thesis the author defines mental retardáciu, deals with the socialization process-I, and shall also inform about the homes of social services and their transformation. In the practical part, the author focused on the specifics of the individual plan of development of the personality and the effectiveness of the development of the personality of his applying to three mentally handicapped obyvateľkách home. Individual plan of content-is-mapping, analysis, targets and final evaluation.

Key words

Home social services

individual plan of development of personality

specifics of the plan

client

quality of life

recipient of social services

socialization

the transformation of social services homes

OBSAH

ÚVOD	9
1. MENTÁLNA RETARDÁCIA	11
1.1 Druhy mentálnej retardácie	12
1.2 Stupne mentálnej retardácie	14
1.3 Typy oligofrénie a demencie	17
1.4 Osobitosti psychických procesov	18
2. SOCIALIZÁCIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH	21
2.1 Stupne socializácie	24
2.1.1 Právo a ľudia s mentálnym postihnutím	25
2.1.2 Prístupy k mentálne postihnutým osobám	26
2.2 Individuálny plán rozvoja osobnosti	27
2.2.1 Tvorba individuálneho plánu	28
3. TRANSFORMÁCIA DOMOVOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V PROCESE SOCIALIZÁCIE A UPLATNENÍ MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH	32
3.1 Sociálne služby a ich kvalita	33
3.1.1 História domovov sociálnych služieb.	36
3.1.2 Súčasnosť	38
3.2 Domov sociálnych služieb.....	39
3.2.1 História Domova sociálnych služieb Pohorelská Maša	41
3.2.2 Súčasnosť domova	43
3.2.2.1 Možnosti uplatnenia mentálne postihnutých prijímateľov sociál nej služby	45
4. Individuálny plán rozvoja osobnosti v procese sociali- zácie mentálne postihnutých - praktická časť	48
4.1 Zameranie.....	48

4.2 Cieľ prieskumu	49
4.3 Metódy praktickej časti	49
4.4 Vzorka praktickej časti	50
4.5 Špecifiká jednotlivých krokov pri individuálnom pláne roz- voja osobnosti	50
4.6 Analýza a interpretácia praktickej časti	51
4.6.1 Individuálny plán rozvoja osobnosti u prvej prijímateľky sociálnej služby.....	51
4.6.2 Individuálny plán rozvoja osobnosti u druhej prijímateľky sociálnej služby.....	58
4.6.3 Individuálny plán rozvoja osobnosti u tretej prijímateľky sociálnej služby	65
4.7 Vyhodnotenie efektivity individuálnych plánov rozvoja osobnosti.....	72
Odporúčania pre prax	79
ZÁVER	80
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	83
ZOZNAM OBRÁZKOV	86
ZOZNAM PRÍLOH	

ÚVOD

Ľudia s mentálnym postihnutím, zdravotne postihnutí, ľudia so špecifickými potrebami – sú to ľudia ako my ostatní. Sú to občania našej spoločnosti, ktorí sa narodili tiež občanom našej spoločnosti, presne takým akým sme my ostatní. Nedelím ľudí na normálnych a nenormálnych. Každý z nás je jedinečný a aj mentálne postihnutý človek je človekom.

Snáď sa už každý z nás v živote s takýmto človekom stretol. Ja s mentálne postihnutými ľuďmi prichádzam do styku takmer každý deň. Stretávam ich na ulici vo svojom bydlisku, venujem svoje pracovné dni práve starostlivosti o takto postihnutých. Literatúra uvádza, že sú to osoby so špecifickými potrebami no pre mňa sú to osoby „výnimočné“ a sú to pre mňa „objekty celoživotného skúmania“.

Pár rokov pracujem s týmito ľuďmi. Moja pracovná náplň vychádza z napĺňania potrieb prijímateľov sociálnych služieb – opatrovateľské práce, vykonávanie osobnej hygieny, upevňovanie kultúrnych a spoločenských návykov, príprava a realizácia individuálnych plánov rozvoja osobnosti.....

Z môjho pohľadu môžem povedať, že dávam týmto ľuďom „potrebnú“ starostlivosť - lásku, úsmev, snažím sa ich pochopiť, získať si ich dôveru, vžiť sa do ich pocitov, skúmať čo by si želali, z čoho majú radosť, čo ich trápi (čo môže trápiť), v čom by mohli napredovať, čo by ich život obohatilo.

Asi nikto z nás si nevie predstaviť, žiť v zariadení desiatky mesiacov - v zariadení so stabilným režimom a paternalistickým prístupom zamestnancov. Takýto život asi nie je podobný tomu nášmu. Všetci? Pretože ma títo ľudia naučili trpezlivosti, radosti z malých víťazstiev, pochopeniu iného uhla pohľadu na svet, svoje úsilie chcem naďalej venovať príprave a vytváraniu podmienok pre normálny život takto postihnutých – život, aký máme my ostatní.

Aj človek s mentálnym postihnutím chce dospieť sociálne, spoločensky, vzdelávať sa. Väčšinou to sám nezvládne a preto má právo, aby mu niekto pomohol viesť samostatnejší a nezávislý život. A tu je niekde začiatok socializá-

cie - vytvárania podmienok pre uplatnenie sa mentálne postihnutých v spoločnosti.

K zvoleniu tejto témy ma viedli viaceré dôvody. Prvým bola práca v sociálnej sfére (patrí medzi tie oblasti, kde je zmena potrebná). Ďalším momentom je zlepšenie kvality života prijímateľa sociálnej služby – na základe transformácie – čo je ďalší dôvod k napísaniu práce. Posledným (nie menej dôležitým) bol fakt, že mnohí neveria v úspešnosť týchto zmien. A možno práve preto, je práca určená tým, ktorí nevidia dôvod k zmene v sociálnych službách, majú obavy, či považujú obyvateľov domova za osoby, ktoré okrem ubytovania, stravovania k životu a jeho naplneniu nepotrebujú nič iné. A je určená aj všetkým tým, ktorí nie sú spokojní so starostlivosťou o mentálne postihnutých, riadia sa rozumom a majú dostatočné vedomosti na to, aby zmenu prijali a zrealizovali v prospech zlepšenia života takto postihnutých.

Cieľom mojej práce bolo opísať mentálne postihnuté osoby v procese socializácie a predstaviť transformáciu sociálnych služieb, ako zmenu, ktorá zvyšuje kvalitu života ich obyvateľov pri včleňovaní do spoločnosti a úlohou ktorej má byť návrat k človeku, jeho potrebám, túžbam, snom, sociálnemu či pracovnému uplatneniu. Cieľom praktickej časti je predstaviť špecifiká tvorby individuálneho plánu rozvoja osobnosti a zistiť efektivitu jeho aplikácie pri osobnostnom rozvoji mentálne postihnutých.

1. MENTÁLNA RETARDÁCIA

Mentálna retardácia nie je problém, ktorý sa týka len samotnej osoby. Je to problém, ktorý súvisí so schopnosťou a ochotou spoločnosti ponúknuť pomoc a podporu týmto ľuďom ak sa jedná o životné podmienky, vzdelanie, tréningovanie zručností, prácu. Za tejto podpory a pomoci spoločnosti sa mentálne postihnutí ľudia stanú platnými, hodnotnými členmi spoločnosti a ich kvalita života sa bude zvyšovať. Je preto na mieste zaoberať sa mentálnou retardáciou, ktorá je označením kategórie ľudí s poruchami intelektu.

Pre označenie mentálnej retardácie sa v staršej odbornej literatúre môžeme stretnúť s pojmami: duševne chybní, duševne úchylní, duševne abnormálni, duševné oneskorenie, duševne defektní, rozumovo chybní, deti s chybným rozumovým vývinom, , rozumovo zaostalí, intelektovo úchylní, slabomyselní, oligofrénni, mentálne chybní, mentálne defektní, mentálne nenormálni, mentálne retardovaní a iné. Najviac frekvencovanejší a v podstate všeobecne prijatý je termín MR.

Slovo retardácia v pojme MR znamená omeškanie, zdržiavanie, oneskorovanie či spomalenie, čo vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy, poškodenia a zvyrazňuje tiež skutočnosť, že mentálne postihnutie nie je ustálené, ukončené, definitívne a nemenné. MR sa chápe ako všeobecný pojem, ktorý obsahuje určitú formu narušeného ontogenetického vývinu, negatívne odchýlky od normy jednak v úrovni intelektových funkcií, učenia a v sociálnom vývine.(in Bajo-Vašek,1994)

Za najvšeobecnejšiu definíciu mentálnej retardácie môžeme považovať, definíciu Heberovu (1961) ktorá „kladie hlavný dôraz na vyjadrenie podpriemerného vývinu všeobecnej inteligencie. Tento vzniká počas vývinového obdobia a je sprevádzaný poškodením v niektorej oblasti, alebo vo všetkých sférach:

a) maturácie, b) učenia, c) sociálnej adjustácie.“(in Bajo-Vašek,1994, s.37)

„Vojtík(1972)(tamtiež) mentálnu retardáciu uvádza, ako stav označujúci neúplnosť alebo nedostatočnosť psychických funkcií najmä v intelektovej ob-

lasti, ktorý vznikol vo vývoji a je združený s poruchou sociálnej prispôsobivosti“.

Za mentálne postihnutých pokladá Rubištejnová (1966) tých jedincov u ktorých „je trvale narušená poznávacía činnosť spôsobená organickým poškodením mozgu.“ (in Bajo-Vašek,1994, s.37)

Jakabčic a Požár (1995) uvádzajú všeobecné znaky mentálnej retardácie nasledovne:

- je to stav oneskorenia duševného vývinu. Môže ísť o celkové oneskorenie duševného vývinu s rovnomerným zaostávaním vývinu vo všetkých oblastiach, alebo o nerovnomerný vývin s relatívne zachovalou úrovňou vývinu jednotlivých oblastí a niektorých psychických funkcií. Vývin v iných oblastiach, či psychických funkciách pritom značne zaostáva.
- je to stav, ktorý je relatívne trvalý. Dočasné oneskorenie psychického vývinu nepovažujú za retardáciu.
- je to stav, ktorý nie je nemenný. Vplyvom intenzívnej výchovnej starostlivosti sa môže stav podstatne zlepšiť, ale i zhoršiť. Táto menlivosť stavu však neznamená, že sa dá časom odstrániť.
- je to stav, z ktorého sa „nevyrastá“. Vývinový proces zrenia nemôže sám o sebe priniesť zlepšenie stavu. Pozitívne zmeny môžu byť navodené len intenzívnou vonkajšou stimuláciou, a to primeranou výchovnou starostlivosťou.

1.1 Druhy mentálnej retardácie

Mentálna retardácia môže byť podmienená organicky alebo sociálne. O poruchu CNS ide pri organicky podmienenej MR. Podľa toho kedy bol CNS poškodený, v ktorom vývinovom štádiu, hovoríme o oligofrénii alebo demencii.(in Bajo-Vašek,1994)

Oligofrénia

Oligofrénia je stav zapríčinený štrukturálnou difúznou poruchou mozgu v prenatálnom, perinatálnom alebo postnatálnom vývinovom období (približne do druhého roku života dieťaťa ako výsledok rozličných etiologických faktorov. Podľa pôvodu sa oligofrénia delí na dedičnú (hereditárnu) a vrodenú (kongenitálnu). Medzi etiologické faktory oligofrénie sa najčastejšie uvádza mutácia génov a aberácia chromozómov žiarením, chemickými látkami alebo iné neznáme faktory. Všetky tieto a aj viaceré faktory spôsobujú tiež poškodenie mozgu a tým aj disharmóniu vo vývine celej osobnosti s najvýraznejším postihnutím v oblasti intelektu ako obmedzenie, prerušenie alebo zastavenie vývoja.

Oligofrénia sa považovala za stav relatívne nemenný, trvalý, ktorý nemá tendenciu k zlepšovaniu ani zhoršovaniu. V posledných rokoch preniká do teórie a praxe trend odmietania chronicity a nihilizmu, nastupuje trend chápania MR ako dynamický proces a tento jav sa považuje skôr za relatívny než chronický. Prekonávanie diskrepancie medzi aktuálnou a potencionálnou úrovňou môže významne zlepšiť situáciu postihnutého v zmysle osobného rozvoja i v zmysle sociálnej adaptácie a čiastočnej integrácie.(in Bajo-Vašek,1994)

Demencia

Demencia je proces zastavenia, resp. rozpadu normálneho mentálneho vývinu, ktorý vzniká neskoršou poruchou mozgu, zhruba po druhom roku života dieťaťa. Bajo (tamtiež) píše, že embryonálny vývin po narodení prebiehal zo stránky somatickej a psychickej normálne, potom bol však mozog postihnutý organickou deštrukciou alebo funkcionálnou poruchou na základe rozmanitých etiologických faktorov. Ako príčiny uvádza najčastejšie zápal mozgu, zápal mozgových blán, úrazy mozgu, poruchy metabolizmu, intoxikácie, degeneratívne a demyelizačné procesy v CNS, detskú mozgovú obrnu, poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, kôrnatenie mozgových ciev, duševné poruchy (schizofrénia) a niektoré iné poruchy a choroby, ktoré vedú k demencii.

Demencia má progresívny charakter, väčšina klinických foriem má tendenciu k postupnému zhoršovaniu i keď je možnosť zastavenia demencie pri odlišnom tempe progradovania na rozličnej úrovni, rozličnom štádiu a stupni

MR. Pri lokálnych poškodeníach mozgu sú niektoré mechanizmy poškodené, iné zostali na rozličných úrovniach zachované. Prejavuje sa to najmä špecifickými poruchami učenia.

Čím skorší je začiatok demencie, tým väčším problémom je odlišiť ju od oligofrénie. K identifikácii potom dochádza, pri evidentnom napredovaní demencie. (in Bajo-Vašek, 1994)

1.2 Stupne mentálnej retardácie

Zo psychologického hľadiska je v podstate najdôležitejšia klasifikácia MR z hľadiska závažnosti, t. j. stupňa mentálneho postihnutia. Jednotlivé stupne sa ohraničujú IQ a MR je zvyčajne charakterizovaná ako disproporcionalita chronologického a mentálneho veku.

„Vašek (2003, s.170-171) uvádza klasifikáciu MR tak, ako je uvedená v 10. revízii Medzinárodnej klasifikácii chorôb, spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve. Podľa novej klasifikácie sa mentálna retardácia rozdeľuje na 6 základných kategórií:

ľahká duševná zaostalosť, IQ 50-69 (F70)

stredne ťažká duševná zaostalosť, IQ 35-49 (F71)

ťažká duševná zaostalosť, IQ 20-34 (F72)

hlboká duševná zaostalosť, IQ je nižšie než 20 (F73)

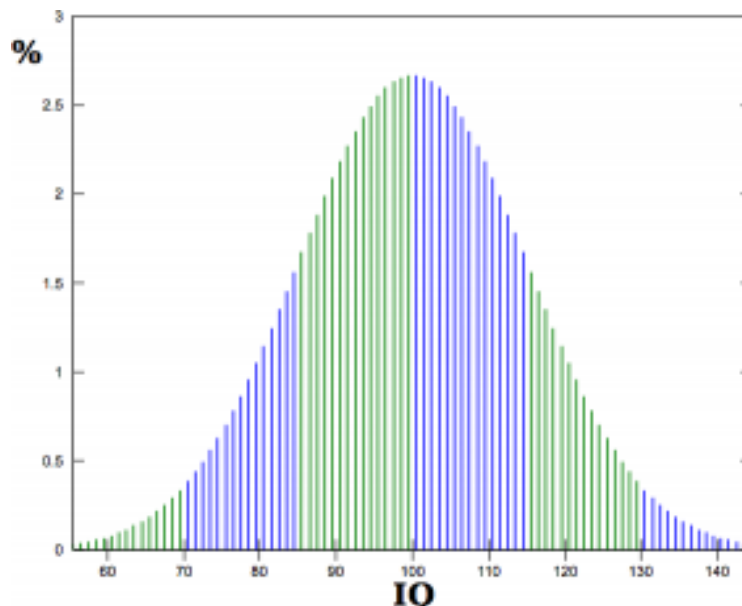
iná duševná zaostalosť (F78)

nešpecifikovaná duševná zaostalosť (F79).“

Inteligencia je merateľná intelligenčnými testami. Vypočítava sa nimi tzv. intelligenčný kvocient (IQ). Podľa Gaussovej krivky (obr. č. 1), rozloženie inteligencie hovorí o tom, že väčšina ľudí na svete (asi 50%) má inteligenciu v oblasti priemeru. Absolutný počet mentálne retardovaných v našej populácii

nie je známy. Na základe kvalifikovaných odhadov je mentálnou retardáciou postihnutých asi 3 % občanov. (Švarcová, 2006)

Obr. 1: Rozloženie inteligencie podľa Gaussovej krivky



Zdroj: Internet

Vašek (in Bajo – Vašek,1994) uvádza:

Hlboká duševná zaostalosť predstavuje najťažší stupeň MR. Ide o hlbokú retardáciu vo všetkých vývinových etapách, o celkové obmedzenie neuropsychického vývinu súčasne s významným zaostávaním motoriky. Časť postihnutých je celkom imobilná, nenaučila sa chodiť a častokrát celý život ležia, alebo sa pohybujú plazením. Ostatných možno charakterizovať hlbokou zaostalosťou v motorike, ktorá sa prejavuje oneskorením a poruchami sedenia, stoja, lokomočných pohybov. Majú sklon k stereotypným, kývavým pohybom hlavy a trupu. Voči hladu bývajú nešimaví, nevedia kúsať. Nemajú vyvinutý sexuálny pud. Reč sa nevytvára, zostávajú len hlasové prejavy pudových a afektívnych reakcií. Obyčajne ide o neartikulované škreky.

Ťažká duševná zaostalosť predstavuje výrazné oneskorenie psychického a motorického vývinu. Oneskorené sedenie, státie, chodenie. Slabý svalový tonus. Nekoordinovanosť hrubých pohybov. Prítomnosť rytmických, kývavých

pohybov. Reagujú na hlad, teplo, chlad, vlhko a to zväčša neadekvátnymi, preexponovanými reakciami. Možnosti edukácie sú veľmi obmedzené. Vnímajú, avšak pamäť, predstavy, asociačné schopnosti sú minimálne, myslenie prakticky celkom chýba. Duševný vývoj zostáva na úrovni nižšej nervovej činnosti (pudovej, afektívnej, vegetatívnej), prípadne na úrovni prechodných foriem, napríklad napodobňovania. Môžu sa naučiť veľmi primitívne, chybne hovoriť, pravda bez chápania obsahu. Častá je echolália. Možno ich nacvičiť elementárnej sebaobsluhy, hygienickým návykom a jednoduchým manuálnym prácam. Možnosti edukácie sú veľmi obmedzené. Včasná intervencia a rehabilitačná starostlivosť môže významne prispieť k rozvoju rozumových schopností, komunikačných schopností či sebestačnosti.

Stredná duševná zaostalosť predstavuje obmedzenie v somatickom a neuropsychickom vývine, zaostávanie v motorike. Vývin všetkých funkcií je oneskorený a narušený. Markantne sa to prejavuje najmä v pozornosti a nedostatkom schopností koncentrácie. Veľmi slabá je činnosť pamäti vo všetkých jej fázach. Myslenie je mimoriadne primitívne. Reč sa vyvíja značne oneskorene a dospeje v podstate na úroveň konkretizácie, t.j. k používaniu významových zvukov. Slovník je chudobný, vyjadrovanie väčšinou na úrovni jednoslovných viet. Citovo sú nevyrovnané, labilné, často s neadekvátnymi afektívnymi výbuchmi. Reakcie často nezodpovedajú podnetom. Sú schopní osvojiť si spoločenské a pracovné návyky a zvládnu i prvky trivia – čítania, písania, počítania. Príprava na jednoduché manuálne práce sa má zabezpečiť podľa pracovného stupňa vo výchovných strediskách a pracovať majú v chránených dielňach alebo v rámci domovov sociálnych služieb. Nie sú úplne samostatní, sú odkázaní na dozor, usmerňovanie inými osobami, pri práci na vedenie a permanentnú kontrolu.

Ľahká duševná zaostalosť je najľahším stupňom mentálnej retardácie. Psychické procesy, reč, motorický a neuropsychický vývin sú kvantitatívne a kvalitatívne odlišné od normy. Sú čiastočne oneskorené a obmedzené. Najzreteľnejší deficit je v myslení, najmä pri abstrakcii, dedukcii a úsudku. Jedinci v ľahkom stupni mentálnej retardácie sú málo zvedaví a vynaliezaví, nevedia

sa hrať, majú neadekvátne prejavy, správanie. Ich duševné prejavy sú už riadne vyššou nervovou činnosťou a tak postihnutý dospeje až k schopnosti abstraktného myslenia. Reč postupuje až k schopnosti zovšeobecňovania, abstrahovania, teda do druhej signálovej sústavy. Reč je zo stránky formálnej a obsahovej u väčšiny postihnutých narušená. Retardácia vývinu psychických funkcií nemusí byť sama o sebe nápadná, ale v porovnaní s normálnymi deťmi základnej školy sa zreteľne manifestuje a rozdiel medzi mentálne postihnutým dieťaťom a jeho normálnym rovesníkom vo väčšine prípadov postupom času narastá. Tieto deti sú vychovávateľné a vzdelávateľné v podmienkach špeciálneho prístupu a špeciálnej výchovy. Ich sociálna prognóza je priaznivá. Bývajú zaradení do pracovného procesu ako kvalifikovaní alebo nekvalifikovaní pracovníci. Dosiahnu úroveň sociálnej adaptácie a čiastočne aj integrácie.

1.3 Typy oligofrénie a demencie

Podľa prejavov v správaní Vašek (in Bajo-Vašek,1994) osoby s mentálnou retardáciou zaradil do 3 skupín:

a) **typ eretický** (nepokojný, dráždivý, instabilný, verzatilný).

Patria sem deti nepokojné, vzrušivé, dráždivé, u ktorých procesy vzruchu a útlmu prebiehajú patologicky rýchle a vzruch prevláda nad útlmom. V škole tieto deti nevydržia dlho sedieť na mieste, stále sa vrtia, otáčajú, vyskakujú, všetko chytajú, bijú sa, sú zlostné, agresívne, napádajú spolužiakov. Eretici sa prejavujú nedostatkami pozornosti pri učení – vnímaní, zapamätaní, myslení. Myslenie majú zrýchlené, ale málo hodnotné. V rečovej sfére sa prejavujú ako hlučné, mnohovravné, vyrušujú vykrikovaním. K uvedeným smptomom prístupuje navyše citová nestálosť a slabá vôľa, ktoré sa prejavujú v obmedzených možnostiach motivácie, efektívnej aktivizácie, emocionálnej labilite, afektívnej inkontinencii a neochote prekonať i celkom malé prekážky. Ich typické prejavy možno čiastočne ovplyvňovať, tlmiť medikamentózne, ataraktikami, sedatívami alebo psychoterapeuticky, tréningom správania a posilňovaním žiadúceho správania, špeciálnou výchovou.

b) **typ apatický** (torpidný, strnulý)

Patria sem pasívne, nevzrušivé deti s nedostatkom prirodzenej aktivity u ktorých prenos vzruchu a útlmu prebieha patologicky pomaly a útlm prevláda nad vzruchom. Je u nich nápadná nepohyblivosť, nečinnosť, hypokinetickosť. Sú to deti malátne, lenivé, niekedy sa motoricky prejavujú jednoduchými nediferencovanými, stereotypnými pohybmi. Bývajú zväčša spokojní a poslušní. V učení je problémom ich motivovať, aktivizovať, máločo ich zaujíma, niesú zvedaví. Pomaly chodia, pomaly vnímajú, myslia, hovoria. Apatickosť možno čiastočne ovplyvniť medikamentózne, terapeutickými prostriedkami a špeciálnou výchovou.

c) nevyhranený typ

Medzi výrazne eretickými a apatickými typmi je široká škála prechodných typov detí, u ktorých procesy vzruchu a útlmu sú relatívne v rovnováhe. resp. niektorý z nich len mierne prevláda. Tieto deti sú z hľadiska výchovnej prognózy pre sociálnu adaptáciu, rehabilitáciu a integráciu najvhodnejšie. (in Bajor-Vašek,1994)

1.4 Osobitosti psychických procesov

Z hľadiska psychickej štruktúry osobnosti jedinci s MP netvorí homogénnu skupinu, ktorú by bolo možné globálne vyčerpávajúcím spôsobom charakterizovať. Každý človek s MP je samostatný subjekt, ktorý má svoje osobnostné rysy, ale aj napriek tomu sa u značnej väčšiny prejavujú určité spoločné znaky. „MR sa klinicky prejavuje hlavne:

- spomalenou chápavosťou, jednoduchosťou a konkrétnosťou úsudkov;
- zníženou schopnosťou až neschopnosťou komparácie a vyvodzovania logických vzťahov;
- zníženou mechanickou a hlavne logickou pamäťou;
- rozptýlenou pozornosťou;
- nedostatočnou slovnou zásobou a neobratnosťou vo vyjadrovaní;
- poruchami vizuomotoriky a pohybovej koordinácie;
- citovou vzrušivosťou;

- sugestibilitou a rigiditou správania;
- nedostatkami v osobnej identifikácii a vo vývoji „ja“;
- oneskoreným psychosexuálnym vývojom;
- nerovnováhou ašpirácií a výkonov;
- zvýšenou potrebou uspokojenia a bezpečia;
- poruchami v interpersonálnych skupinových vzťahoch a v komunikácii;
- zníženou prispôsobivosťou k sociálnym požiadavkám a niektorými ďalšími charakteristickými znakmi.“ (Švarcová,2006,s.41)

Medzi základné príznaky mentálnej retardácie patria odchýlky od normy v týchto poznávacích procesoch a činnostiach. Vzhľadom k stupňu postihnutia môžu byť nedostatky vo všetkých, alebo len niektorých procesoch, s menšími, či väčšími odchýlkami.

Vnímanie – pri psychickom procese poznávania prostredníctvom zmyslových orgánov môžu existovať rozdiely v rozsahu vnímania, zameranosti či v rýchlosti. Dochádza tiež ku zmenám orientácie priestoru, času a pohybu.

Predstavy – keďže sú závislé od stavu vnímania a úrovne myslenia pri mentálne postihnutých jedincoch sú charakteristické nejasné a nepresné predstavy.

Pamäť – býva narušená vo všetkých fázach. Mentálne retardovaným ľuďom trvá dlhšie, kým si niečo zapamätajú a podstatne kratší čas udržia poznatok v pamäti.

Pozornosť – je to schopnosť vedomia sústrediť sa na určité informácie. Mentálne postihnutí majú značný problém zbudiť a zamerať pozornosť, rýchlo sa unavia, nie sú schopní pozornosť udržať.(Ondriášová,2005)

Myslenie – proces, ktorý umožňuje poznanie skutočnosti. Táto základná forma poznávacej činnosti je u MP poškodená najviac. Úroveň ich myslenia je závislá od ostatných poznávacích procesov. Myslenie je na jednoduchej úrovni.

Reč – je schopnosť vytvárať artikulované zvuky, spájať ich a vytvárať komunikáciu, ktorá je prostriedkom socializácie. Reč je u MP jedincov značne narušená poškodením centrálnnej nervovej sústavy, čo sa prejavuje na vývine reči, ktorý je oneskorený a len pomaly sa vyvíja. Reč býva narušená, spomalená, alebo zmenená v závislosti od druhu a rozsahu postihnutia.

Emócie – vyjadrujú postoj klienta k určitému javu, situácii, označujú, čo je nepríjemné alebo príjemné. Tvoria dôležitú časť ľudského správania. Ovpływujú správanie zdravých ľudí a tiež mentálne postihnutých. Poruchy emotivity charakterizuje prevaha citov viažúcich sa k uspokojovaniu biologických potrieb, oneskorené vytváranie citov, neprimeranosť citových reakcií, zvýšená impulzivnosť, nedostatočná kontrola.

Vôľa - schopnosť človeka vykonávať naplánovanú činnosť. Prvou fázou je vytýčenie cieľa. U osôb s MR často nie je reálny, v rámci ich možností. Pri druhej fáze, ktorou je prijatie rozhodnutia, je charakteristické vzdať sa cieľa. Sú málo vytrvalí, určité nedostatky sú aj v motivácii.(Vašek,2001)

2. SOCIALIZÁCIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Proces socializácie, ako uvádza Bajo – Vašek (1994) trvá v podstate po celý ľudský život. Vytvára sa a realizuje v spoločenskom živote, uprostred medziľudskej komunikácie, medziľudských vzťahov, pri vzájomnom pôsobení medzi jednotlivcom a spoločnosťou. Tento proces zahŕňa proces sociálneho učenia, proces aktívneho rozvoja schopností, podmieňujúcich úspešné zapojenie do spoločenského života.

Je to proces začleňovania mentálne postihnutých do bežnej spoločnosti mentálne intaktných ľudí, ale aj do spoločnosti rovnako mentálne postihnutých. Je to práve sociálny vývin, sociálne učenie, sociálne vzťahy, ktoré u mentálne postihnutých patria do základného symptomatologického vzorca mentálneho postihnutia. Socializácia je preto zakotvená v hlavných cieľoch výchovy, vzdelávania a v celej psychopedickej starostlivosti. Socializáciu mentálne postihnutých možno tiež chápať ako proces neustáleho učenia sa spoločenským normám, ako proces osvojovania si potrebného spoločenského vplyvu, ktorý poskytuje prostredie, v ktorom MP ľudia žijú.

„Socializácia je procesom postupnej kultivácie človeka jeho zapojením do ľudského spoločenstva z výchovnej, vzdelávacej, pracovnej, kultúrnej i subjektívnej stránky - v zmysle sebauplatnenia a sebauspokojenia.” (Bajo - Vašek, 1994, s. 212)

„MP jedinec potrebuje vzhľadom na závažnosť svojho postihnutia saturujúce zaobchádzanie primárneho sociálneho prostredia, ktoré adekvátne reaguje na rôzne biopsychosociálne potreby. I keď je v podstate po formálnej stránke osobnostná štrukturalizácia ukončená, v jeho obsahu sú možnosti cieľovou a trpezlivou špeciálnopedagogickou intervenciou dosiahnuť pozitívne zmeny v socializácii, ako aj psychoterapeutickými postupmi odstrániť emocionálne bloky spôsobené psychickými traumami z postihnutia, ktoré znižujú už aj tak nedostatočné rozumové schopnosti.“ (Kozoň, 2007, s. 93)

Repková (1998) proces znovuzачlenenia občana so zdravotným postihnutím do širšej spoločnosti, vysvetľuje ako proces sprevádzaný zvláštnym fenoménom a to syndrómom rastúceho stromu. Jeho podstata spočíva v zdanlivom

protipôsobení výšky poskytnutých podporných opatrení k výške spokojnosti ľudí so zdravotným postihnutím. Jednotlivcom, ktorí boli predtým separovaní od širšieho spoločenského diania a ktorých životné potreby boli redukované na minimum (koreň a kmeň stromu) sa pomocou podporných intervencií začínajú otvárať nové možnosti (hlavné vetvy stromu). Z obetných baránkov sa stávajú významné objekty sociálnej politiky. Spoločnosť demonštruje svoju dobrú vôľu, svoj záujem a občanom so zdravotným postihnutím sa ponúka zmysluplnejšia alternatíva ich doterajšieho života. Každá nová možnosť im otvára priestor na ďalšie možnosti – vetvičky stromu.

Závažným ukazovateľom životnej úrovne a vyspelosti každej krajiny, ako uvádza Pikálek (2004) je sociálna politika, ktorá sa realizuje na konkrétnych opatreniach zahrnutých do systému sociálnej starostlivosti. Určite neodmysliteľnou súčasťou tohto systému je starostlivosť o mentálne postihnutých ľudí. Úroveň starostlivosti o MP jedincov patrí ku kritériám celkovej úrovne danej spoločnosti. Vývoj spoločnosti a jeho premeny prinášali so sebou vždy novú kvalitu starostlivosti o MP ľudí- ide o sedem vývojových štádií, ktoré majú svoje historické vymedzenie a zodpovedajú aj jednotlivým spoločenským normám. Ide o štádiá: represívne, rehabilitačné, charitatívne, štádium renesančného humanizmu, redukčné, socializačné a prevenčné. I keď vývoj starostlivosti o MP dospel v súčasnosti v civilizovanom svete do svojich najvyšších štádií, charakter starostlivosti o MP v jednotlivých štátoch sveta určujú práve odlišné politické, ekonomické, sociálne a historické podmienky. Charakteristické pre vyspelé spoločenstvá sú dominantné humanistické princípy, v ktorých sa odráža idea oslobodenia človeka od akéhokoľvek útlaku, optimistický prístup a viera v možnosti rozvoja osobnosti každého postihnutého. Typickou je tiež snaha o systematickosť a komplexnosť starostlivosti o mentálne postihnutých. Cieľom takejto starostlivosti je socializácia mentálne postihnutých a zaistenie zodpovedajúceho spoločenského i pracovného uplatnenia.

Riešeniu problematiky starostlivosti o postihnutých ľudí vrátane mentálne postihnutých jedincov sa v súčasnosti venujú významné inštitúcie a organizácie s celosvetovou pôsobnosťou. Dôležitou takouto inštitúciou je najmä činnosť UNESCO v OSN pre výchovu, vedu a kultúru (United Nations

Educational, Scientific and Cultural Organization). Riadiacim orgánom UNESCO je Generálna konferencia, ktorá sa schádza každý druhý rok – tu permanentne vzniká program činnosti tohto orgánu. V roku 1966 sa prvý raz dostala do tohto programu aj oblasť postihnutých. Problematikou postihnutých sa zaoberalo – na podnet UNESCO – i valné zhromaždenie OSN. Tento orgán prijal v roku 1971 DEKLARÁCIU PRÁV MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH osôb. Program deklarácie vychádza z najnovších vedeckých poznatkov z oblasti starostlivosti o postihnutých a prináša všetkým členským štátom námety a odporúčania, ktoré majú smerovať k prospechu týchto osôb. Ide tu o presadenie efektívneho spôsobu prevencie postihnutia, rehabilitácie a realizácie cieľov „plného zapojenia“ postihnutých osôb do života spoločnosti, čo znamená zaručiť im rovnaké príležitosti k rozvoju ako majú ostatní, nepostihnutí ľudia a zaručiť im tiež rovnaké možnosti zvyšovania životnej úrovne, ktoré vyplývajú zo sociálneho a ekonomického rozvoja tej – ktorej krajiny. Základná idea je vyjadrená v úvode Svetového programu: „Viac než 500 miliónov ľudí na celom svete je postihnutých v dôsledku mentálneho, fyzického alebo zmyslového postihnutia. Prináležia im rovnaké práva a príležitosti k rozvoju ich osobnosti ako všetkým ostatným“.(Pikálek,2004, s.31)

Aktivity UNESCA a súvzťažných organizácií sú v súčasnosti orientované na spresňovanie diagnostiky postihnutých, na zaisťovanie čo najskorších a čo najsprávnejších zásahov v ich prospech, na inováciu a skvalitňovanie výchovy a vzdelávania postihnutých osôb všetkých vekových skupín, skvalitňovanie prípravy a ďalšieho vzdelávania odborníkov, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o postihnutých, rozvoj celkovej starostlivosti, jej riadenia, štruktúry i organizácie v celom behu života „od kolísky po hrob“. Osobitný dôraz sa kladie na spôsoby a prostriedky socializácie postihnutých osôb všetkých kategórií. Zdôrazňujú sa najmä tieto moderné zásady starostlivosti o postihnutých:

- **participácia a partnerstvo** (účasť postihnutých osôb, príp. ich rodičov, príbuzných na všetkých aktivitách, ktoré sa ich dotýkajú)

- **integrácia** (plné zapojenie postihnutých osôb do života spoločnosti)
- **personalizácia** (uspokojovanie individuálnych potrieb)
- **decentralizácia** (poskytovanie čo najväčšieho počtu rozličných služieb podľa potrieb postihnutých)
- **interprofesionálna koordinácia** (riadenie, usmerňovanie spolupráce rôznych rezortov, orgánov i organizácií vyvíjajúcich činnosť v prospech postihnutých) (Pikálek, 2004. s.33)

2.1 Stupne socializácie mentálne postihnutých

Stupeň socializácie, čiže dosiahnuteľný stupeň a miera zapojenia do pracovno-rehabilitačného procesu a spoločenského života je u mentálne postihnutých osôb rozdielna. Podľa Sováka je potrebné zistiť:

1. do akej miery je možné zapojenie, t.j. stupeň socializácie,
2. pre ktoré typy postihnutých jedincov je odstupňované zapojenie vhodné a účelné,
3. v ktorom roku má začať príprava k socializácii. (in Pikálek, 2004)

Podľa závažnosti, stupňa mentálneho postihnutia môže jedinec dosiahnuť jeden z týchto stupňov socializácie, zapojenia do pracovného a spoločenského života. Sovák (1972) uvádza 4 stupne:

- 1) Integrácia – úplné, celkové splynutie postihnutého so spoločnosťou zdravých ľudí, vo výchove, vzdelávaní i v pracovnom i spoločenskom uplatnení. K atribútom integrácie patrí aj nezávislosť, samostatnosť. Podľa väčšiny autorov tento stupeň sociálneho zapojenia mentálne postihnutí nemôžu dosiahnuť.

- 2) Adaptácia – prispôsobenie sa postihnutého spoločenskému prostrediu, ktoré je možné len za určitých podmienok. Potrebné sú tu určité ohľady na individuálne vlastnosti, schopnosti a potreby jedinca. Mnohí autori považujú tento stupeň socializácie za vrchol možností mentálne postihnutých ľudí.
- 3) Utilita – sociálna upotrebitel'nosť postihnutého jedinca, u ktorého sú možnosti rozvoja obmedzené. Pracovné a spoločenské uplatnenie týchto osôb sa môže realizovať za dohľadu a riadenia intaktných osôb. Postihnutý nie je teda celkom samostatný, je závislý od iných. Sem môžeme zaradiť väčšinu postihnutých z pásma strednej MR a časť z dolného pásma ľahkej MR.
- 4) Inferiorita – sociálna nepoužitel'nosť postihnutého. Sem patria celkom nesamostatné, plne závislé osoby z pásma ťažkej a hlbkej MR, alebo z dolného pásma strednej MR. Môžeme hovoriť o nevytvorení alebo strate sociálnych vzťahov u týchto osôb. Sú neschopné, alebo len obmedzene schopné jednoduchšej manuálnej práce. (in Bajo-Vašek, 1994)

2.1.1 Právo a ľudia s mentálnym postihnutím

Ľudské práva a slobody sú spojené so životom každého človeka. V súčasnej dobe sa vo svete vyzdvihuje humanizácia, teda ľudskosť. Aj Európska únia ju zdôrazňuje vo vzťahu k deťom, národnostným menšinám ako aj k postihnutým ľuďom. Ľudské práva sú zakotvené vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv Organizácie spojených národov, prijatú a vyhlásenú rezolúciou Valného zhromaždenia 217 A (III.) z 10. decembra roku 1948, ktorú jednomyseľne prijali krajiny sveta (Wachenfeld 1995). Podpísalo ju Švédsko i Slovensko (ako Československo). Ľudské práva sa vzťahujú na všetkých ľudí, teda i ľudí s mentálnym postihnutím, i keď sa špeciálne o nich Všeobecná deklarácia ľudských práv nezmieňuje. Avšak v roku 1960 bola založená Medzinárodná liga združení pre ľudí s mentálnym postihnutím - v anglickej skratke ILSMH. Svetový kongres Ligy vypracoval a schválil rezolúciu o právach mentálne pos-

tihnutých ľudí - Deklaráciu OSN o právach mentálne postihnutých, ktorá bola v roku 1971 prijatá na 2027. plenárnom zasadaní OSN (in Bajo - Vašek,1994).

V r. 1987 bol prijatý ďalší dokument, ktorý umožňoval skúmať zaobchádzanie s postihnutými ľuďmi a dodržiavanie ich práv.

V roku 1993 vznikol dôležitý dokument Štandardné pravidlá na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím (OSN), ktoré nie sú právne záväzným dokumentom, ale ich účelom je zabezpečiť, aby sa na ľudí s mentálnou postihnutím vzťahovali rovnaké práva a povinnosti, s najvyšším stupňom ich integrácie.

V Madride v r. 2003 sa konal kongres o osobách so zdravotným postihnutím, odtiaľ vzišla Madridská deklarácia.(Slowík,2007)

Hoci sme všetci ľuďmi, stáva sa, že sme voči mentálne postihnutým osobám nevšímaví a ich problémy a potreby nás nezaujímajú. Domnievame sa, že neakceptovaním ľudských práv, ktoré sú podporované zákonmi každého štátu, nemáme právo nazývať sa ľuďmi.

Na záver snád' citát z prejavu jedného z účastníkov konferencie K 97, rodiča dieťaťa s mentálnym postihnutím zo Švédska: „Môžeme uzákoniť právo na odpočinok a podporu, právo na domov a denné činnosti, ale nikdy nemôžeme uzákoniť právo na lásku. A pritom je to v skutočnosti najdôležitejšia požiadavka pre osoby s mentálnym postihnutím, pre nás rodičov a nakoniec pre všetkých. Ak by sme boli donútení vzdať sa všetkého a ponechať si len to jediné, pravdepodobne by si všetci vybrali najbližšieho človeka. Nedostatok blízkych vzťahov a lásky, a izolácia osôb s mentálnym postihnutím sú najväčšou tragédiou ich života...“ (Švarcová,2006. s. 20)

2.1.2 Prístupy k mentálne postihnutým osobám

Postoj k mentálne postihnutým ľuďom sa v posledných rokoch výrazne zmenil a zaznamenal krok vpred. Predtým sa mentálna retardácia liečila najmä zaradením do inštitúcií na to určených. Dnes sa mení pohľad spoločnosti na

mentálne postihnutých občanov. Spoločnosť je vnímavejšia voči špecifickým potrebám týchto ľudí.(Emerson,2001)

Väčšina ťažko mentálne postihnutých osôb je umiestnená v Domovoch sociálnych služieb. Ich život je dopredu naplánovaný podľa určitého stabilného režimu s ochranárskym prístupom zamestnancov. Cieľom je však poskytovanie starostlivosti, ktorá je naplánovaná s maximálnym zabezpečením ich potrieb a istôt.

Tento zaužívaný prístup a postoj ku klientovi sa v posledných rokoch vďaka transformácii sociálnych služieb mení.

Paternalistický prístup sa mení na prístup individuálne zameraný na klienta a primeraný jeho schopnostiam. Smeruje k získaniu čo najväčšej miery samostatnosti. Znamená to, že klient je centrom s jeho potrebami, možnosťami a želaniami. Zaujímate sa vžiť do jeho situácie, zaujímate sa o jeho pocity. Klientove správanie a jeho osobnosť nehodnotíme, hoci s ním nemusíme súhlasiť, rešpektujeme jeho práva a potrebu slobodne si vybrať z možností a následne rozhodovať. Všetky informácie považujeme za dôverné a ku klientovi pristupujeme diskretné.(Krupa,2006)

2.2 Individuálny plán rozvoja osobnosti

Individuálny plán rozvoja osobnosti (ďalej IPRO) je plánom, na základe ktorého je občanovi s postihnutím poskytovaná starostlivosť podľa jeho individuálnych potrieb, s cieľom rozvíjať jeho zručnosti a dosiahnuť, čo možno najväčšiu nezávislosť. Sú v ňom zahrnuté všetky dôležité oblasti klientovho života. V procese vypracovávania individuálneho plánu má centrálnu úlohu klient, jeho potreby, zručnosti, schopnosti. IPRO obsahuje spolu so záujmami klienta i zvolené ciele, ale i spôsob, ako sa budú naplňovať. Okrem klienta, ktorý je prvoradý a ktorého sa plán týka, je dôležitý i človek, ktorý IPRO utvára. On je tým, na koho sa môže kedykoľvek obrátiť, a naopak – klient plne participuje so zodpovedným pracovníkom na tvorbe plánu. Cieľom plánu je dosiahnutie najvyššej miery rozvoja jeho schopností, dôraz sa kladie na samorozhodovanie klienta a jeho aktívnu spoluprácu. Môžeme povedať, že spolupráca (zodpoved-

ný pracovník – klient) je základnou podmienkou pri tvorbe plánu. Spolupráca medzi týmito dvoma ľuďmi, ako aj ostatnými, ktorí sa podieľajú na vypracovávaní plánu stojí na úcte, akceptácii, zotrúvaní a osamostatňovaní sa. Úcta je vnímanie jedinečnosti a dôstojnosti každého z nás. Akceptácia je vnímanie iného človeka a jeho prijatie. Zotrúvanie je viazané na sociálnu situáciu klienta a zotrúvanie s ním. Osamostatnenie sa je vedenie klienta k čo najväčšej samostatnosti. Tieto štyri pojmy, na základe ktorých funguje každý vzťah, sa považujú za východiská individuálneho plánovania. Aby bol plán efektívny a prínosom pre klienta musí obsahovať tri základné zložky:

1. komplexný – zameranosť na celú osobnosť klienta, má obsahovať jeho potreby,
2. koordinovaný – spolupráca viacerých odborníkov - multidisciplinárny tím,
3. individuálne prispôbený – zameranosť na klienta (jeho možnosti, schopnosti, zručnosti).(Krupa,2006)

2.2.1 Tvorba individuálneho plánu

IPRO – jeho vypracovanie obsahuje päť fáz:

1. fáza – mapovanie životnej situácie

Zbieranie informácií patrí medzi najdôležitejšie fázy. V tejto fáze, ktorú môžeme nazvať i prípravná sa oboznamujeme s klientom a získavame o ňom základné informácie. Mapujeme jeho životnú situáciu, prehodnocujeme všetky okolnosti, ktoré by mohli mať na neho vplyv. Pri mapovaní potrebujeme základné údaje: meno, vek, diagnózu, lieky, životný príbeh, fungovanie v jednotlivých oblastiach, mapovanie silných a slabých stránok (čo klient dokáže a problémové oblasti), komunikácia, samostatnosť... Zdrojom informácií je samostatný klient, rodina, zdravotný záznam, iné zariadenie (v prípade predloženia), kamaráti... Spôsoby, ktorými môžeme informácie získať sú rôzne, napr: pozorovanie, rozhovor, dokumentácia, štúdium odbornej literatúry. Analýza zistených informácií, zhodnotenie situácie klienta, vyhodnotenie najdôležitejších potrieb – určením jeho priorít, vedie k druhej fáze tvorby individuálneho plánu.(Krupa,2006)

2. fáza – Voľba cieľov

Dôkladné spracovanie všetkých dostupných informácií je druhá fáza tvorby plánu. Proces voľby metód nám určuje smer, k čomu sa chceme dopracovať. Stanovenie cieľov má riadiacu funkciu, ale sú i akousi kontrolou našej činnosti. Hlavným cieľom je pozitívna zmena kvality života klienta viesť čo najsamostatnejší a plnohodnotný život. Nadradený cieľ má dlhodobý charakter, na to, aby sme ho dosiahli je potrebné množstvo čiastkových cieľov krátkodobejšieho charakteru. Čiastkové ciele môžeme rozdeliť podľa oblastí života klienta, alebo časového hľadiska, ktoré je potrebné na dosiahnutie cieľa. Ďalej môžeme krátkodobé ciele rozdeliť na tzv. ciele udržiavacieho charakteru – udržať schopnosti klienta na takej úrovni, ako sú v súčasnosti Alebo to môžu byť tzv. ciele tréningového charakteru – aktivity, ktoré zručnosti klienta rozvíjajú. Tzv. sociálne ciele sú zamerané na voľný čas klienta a aktivity naplňajúce potreby osobného charakteru. Všetky ciele by mali byť merateľné (aby sa dali vyhodnocovať) a malo by byť v nich zohľadnené časové hľadisko. Ciele prihliadajú na všetky stránky osobnosti (t.j. psychickú, fyzickú, sociálnu a duchovnú).(Krupa,2006)

V tejto fáze je dôležité a nevyhnutné stanovenie cieľa na základe priorít – aké ciele by sa mali naplňovať a v akom poradí, od dôležitých k menej dôležitým, v akom čase by mali byť naplnené. Stupeň postihnutia klienta má pri voľbe cieľov významnú úlohu. K tejto fáze patrí podporenie toho, čo už klient vie a postupné vedenie k osvojovaniu činností, kde má rezervy. Aby klient dosiahol stanovené ciele, treba si zvoliť adekvátnu metódu, čo je ďalšia fáza tvorby individuálneho plánu.(Krupa,2006)

3. fáza – Voľba metódy

Tento krok fázy tvorby IPRO sa zameriavame na rozvoj každodenných, samoobslužných činností. Ide o zvolenie spôsobu, akým sa to bude učiť, v nemalej miere k tomu prispieva fantázia a kreativita zodpovedného pracovníka. Medzi metódy práce s klientom môžeme zaradiť: komunikáciu, názornú ukážku, rozhovor, slovné usmernenie, pozorovanie, pochvala, povzbudenie, odmena... V prvom rade je to formou tréningu komunikačných zručností, so-

ciálnych a každodenných zručností. K tréningu týchto zručností môžeme získať klienta využívaním posilovačov (jedlé posilovače, senzorické podnety, pozornosť, objatie), ktoré ho motivujú a má záujem začať tréning a pokračovať v ňom. Je možné, že klient pri vykonaní úkonu bude potrebovať nejakú pomoc. Dôležité je zaznamenať formu pomoci i spôsob, ktorý budeme používať pri vykonávaní opatrenie.

4. fáza – Plán činností

Táto fáza tvorí jadro individuálneho plánu. V zjednodušenej podobe odpovedá na päť otázok:

Kto? – klient a osoby, ktoré sa budú na činnosti podieľať.

Čo? – názov opatrenia, vymedzenie aktivity, ktorej sa budeme venovať.

Kedy? – časový harmonogram nácviku.

Ako? – rozpracovaný spôsob, akým sa bude činnosť vykonávať.

Kde? – prostredie, kde sa bude činnosť realizovať.

V tejto časti individuálneho plánu je potrebné, aby všetci členovia tímu dodržiavali podmienky, ktoré plán činnosti stanovuje. Od neho závisí úspech alebo neúspech celej činnosti. (Krupa, 2006)

5. fáza – Hodnotenie

Hodnotenie nám dáva spätný obraz o tom, či sme mali dostatok informácií, či sme si zvolili správny cieľ a či sme ho dosiahli, či je metóda správna resp. neúspešnosť volenej metódy, správny alebo chybný plán činnosti, či zvolené prostredie je vhodné alebo nie... Hodnotíme, či sme na niečo nezabudli, nevyšli alebo si niečo neuvedomili. Keďže individuálny plán nie je statický môže sa meniť a individuálne prispôbovať, alebo zachytiť zmeny, ktoré sa v klientovom živote udiali. Hodnotenie realizuje klient a pracovníci, ktorí s ním pracujú. Zaznamenávame úspechy a neúspechy, pokroky ktoré klient dosiahol, aké ciele boli naplnené ktoré nie a pod. Najideálnejšie je vyhodnocovať plán 1-krát mesačne – čiastkové ciele približne každý štvrtý rok, hlavné každý polrok, intervaly hodnotenia by však mali byť pravidelné. Hodnotením získavame údaje o naplňaní cieľov, v prípade neúspešnosti nám umožňuje vrátiť

sa späť, alebo zmeniť postup a nájsť vhodnejší spôsob práce s klientom.(Krupa,2007)

3. TRANSFORMÁCIA DOMOVOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V PROCESE SOCIALIZÁCIE A UPLATNENÍ MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Ako odznelo v diskusnej prednáške N. E. Bank-Mikelsena (1991,s. 3): „Ľudia ktorí majú mentálne postihnutie, bez ohľadu na jeho hĺbku alebo iné postihnutie, majú rovnaké zákonné a ľudské práva. Znamená to, že majú právo na existenciu podobne ako ostatní občania v krajine v ktorej žijú. V dôsledku svojho postihnutia majú špeciálne potreby a potrebujú teda aj špeciálne služby, pomoc a podporu. Všetky spoločnosti v dnešnom svete ponúkajú pomoc a podporu svojim občanom ak ide o životné podmienky, vzdelanie, prácu a voľný čas a keď je to potrebné aj rôzne druhy liečenia. Tým občanom, ktorým tieto základné služby nepostačujú, aby im poskytli rovnaké príležitosti, by sa mali poskytovať špeciálne služby. Myšlienka vytvárania normálnych životných podmienok pre ľudí s MP sa nazýva „normalizácia“. Je určite potrebné zdôrazniť, že „cieľom nie je normalizovať ľudí, ale normalizovať ich životné podmienky.“

Transformácia sociálnych služieb je len jedným úzkym špecifickým procesom z hľadiska zmien, ktoré v živote jednotlivcov prebiehajú. Praktický výklad termínu transformácia sociálnych služieb mal a dnes ešte má rôzne interpretácie.(Krupa,2007)

Transformácia sociálnych služieb vo svojej podstate znamená reformu tradičných sociálnych služieb, ktorých hlavným cieľom je zmena ich kvality. Nevyhnutnou podmienkou transformácie je decentralizácia, spojená so zmenou vlastníctva zariadenia, ktorým je štát, na nového majiteľa, ktorým je vyšší územný celok (VÚC).(Krupa,2006)

Aj keď je v súčasnej dobe rôzne ponímaná, a niektorí ju mylne považujú za privatizáciu, transformácia v sociálnych službách znamená omnoho viac. Je potrebné za ňou vždy vidieť konkrétneho človeka a jeho individuálne

potreby. Učiť sa ho rešpektovať ako dôstojnú a jedinečnú bytosť. Aby bola podstata transformácie správne chápaná, je nutné sa s ňou stotožniť. Zžiť sa so zmenenou filozofiou poskytovania sociálnych služieb. Zmenená v tom zmysle, kde klient nie je vnímaný ako objekt dobre mienených intervencií, ale je vnímaný ako plnohodnotný člen spoločnosti. Má predsa rovnaké práva a príležitosti ako všetci ostatní. (Krupa,2007)

Životu človeka sa po transformácii ponúka možnosť realizovať zmeny podľa jeho potrieb a schopností, podieľa sa na týchto zmenách, je ich spoluvykonateľom. Začína sám rozhodovať o svojom živote. Učí sa pracovať, samostatne žiť, stretáva sa so svojimi priateľmi z komunity. Začína žiť život obyčajných ľudí. Všetko doposiaľ uvedené smeruje k vysvetleniu, že transformácia nie je cieľom, ale nevyhnutným procesom, ktorý je bytostnou súčasťou všetkého živého. Zmeny, ktoré proces transformácie prináša, vedú k zmene kvality života, sú pre človeka, nie proti nemu. Transformácia sociálnych služieb je „zosúladením podmienok života ľudí s ich potrebami a právami tak, aby mohli žiť dôstojný život.“ (Krupa,2007,s.35)

Úspech transformácie sociálnych služieb závisí od postojov ľudí, ktorí priamo pracujú so zdravotne postihnutými ľuďmi. Preto sa vzdelávanie zamestnancov (na úrovni všetkých pracovných pozícií) stalo nevyhnutnou súčasťou tohto procesu. Pri vzdelávaní ide v prvom rade o to, aby sa zmenil tradičný prístup v poskytovaní sociálnych služieb, ktorý bol doposiaľ skôr mentorský a ochranársky. Aby sa zmenila filozofia poskytovania služieb a klient bol akceptovaný ako rovnocenný partner. Aby sa pri práci s klientom kládol dôraz na jeho samorozhodovanie a aktívnu spoluprácu. (Krupa,2006)

3.1 Sociálne služby a ich kvalita

Sociálne služby predstavujú rôzne činnosti, ktoré sú určené na pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii, nevedia si sami zabezpečiť základné životné potreby alebo potrebujú pomoc z iných vážnych dôvo-

dov. Sociálne služby sú jedným z nástrojov sociálnej politiky štátu. (Fachinelli,2003)

Rezort sociálneho zabezpečenia je zodpovedný za sociálnu starostlivosť, ktorá zabezpečuje komplexnú starostlivosť o týchto jedincov. Nie je to len úplné zaopatrenie, ale aj sociálna výchova, výchova k práci, pracovné uplatnenie, kultúrno-zájmové vyžitie a zdravotno-liečebná rehabilitácia.(in Bajo-Vašek)

Poskytovanie sociálnej služby je zamerané na klienta ako bio – psycho – sociálnej bytosti a na uspokojovanie jeho potrieb. (Krupa,2006)

„Potreby pri určitej symplikácii možno vymedziť ako určitý stav človeka (v biologickej, sociálnej a psychickej oblasti), pri ktorom, ak je narušená rovnováha medzi uspokojovaním a nasýtenosťou, vstúpia do činnosti na dosiahnutie stavu rovnováhy motivačné faktory. Dlhšie trvanie nenasýtenosti (narušenej rovnováhy) môže mať negatívne následky pre organizmus či osobnosť jedinca v retardačnom, deprivačnom, či ohrozujúcom zmysle.“(Vašek,2003,s.64)

V ľudskom živote sú potreby a ich uspokojovanie ovplyvňované motiváciou človeka, jeho hodnotami a cieľmi, ktoré mu dávajú zmysel.(Nemčeková - Žiaková,2002).

Existuje veľa definícií potrieb. Snáď najznámejšia je od A. S. Maslowa (obr.2), ktorý vytvoril pyramídu z piatich kategórií a a hierarchicky tak potreby usporiadal.

Obr. 2: Pyramída potrieb A. S. Maslowa



Zdroj:(internet)

Život postihnutého človeka sa skladá z tých istých oblastí, ako majú aj zdraví ľudia. Dávajú im zmysel žiť plnohodnotným a kvalitným životom. Pri poskytovaní sociálnych služieb je dôležité myslieť na všetky oblasti a stále častejšie je zdôrazňovaná sociálna rovina a upriamenie starostlivosti na túto dimenziu.

Poskytovanie kvalitných sociálnych služieb vyžaduje iný prístup a postoj zamestnanca ku klientovi, taktiež vzdelávanie a rozširovanie odborných poznatkov a vedomostí priamo súvisí s kvalitou služieb.

Kvalitné sociálne služby vytvárajú podmienky k podporeniu samostatnosti, motiváciu a rozvoj osobnosti. Ide aj o rešpektovanie vekových a kultúrnych požiadaviek klienta, podpore v integrácii, rozvíjanie partnerských vzťahov a individuálnych prístupov, vytvoreniu štandardného bývania. Ďalšou podmienkou zvyšovania kvality je zriaďovanie menších domov. Často krát veľké a neúčelné budovy nevytvárajú podmienky, ktoré by podporovali rozvoj klienta, naopak, mnohé negatívne prejavy v ich správaní nie sú priamym dôsledkom ich mentálnej retardácie, ale vplyvom prostredia. Prevádzka zariadenia presahuje vyšší počet klientov tak v celom zariadení, ako aj na izbách. Kvalita služieb sa odvíja aj od vzťahu zamestnanca ku klientovi založeného na participácii a možnosti robiť rozhodnutia, či vybrať si z možností. Užívatelia služieb by

mali byť zapojení do kvality služieb, alebo treba hľadať možnosti a spôsoby zapojenia sa na základe partnerstva. Pri zavádzaní kvality poskytovaných služieb nezávisí len od postojov ku klientovi. Ovpływujú ju legislatívne, politické, kultúrne, či hospodárske podmienky krajiny. Taktiež materiálne, personálne a finančné zdroje zariadenia.

Pri zavádzaní kvality do poskytovaných služieb sa hodnotí kvalita a odborné postupy pri práci s klientom, kvalita života klienta, dodržiavanie jeho ľudských práv a slobôd, kvalita infraštruktúry pre zabezpečenie sociálnej služby, kvalita riadenia.

V súčasnej dobe sú požadované kvalitné sociálne služby. Efektívny a funkčný systém riadenia, ktorý zabezpečuje vysokú kvalitu služieb a neustále zlepšovanie je systém manažérstva kvality podľa normy ISO 9001. Zavedený a certifikovaný systém je dnes najžiadanejším a najrozšírenejším spôsobom zabezpečenia kvalitného poskytovania služieb.

Aby bol život ľudí s MR kvalitný, do určitej miery závisí od poskytovaných sociálnych služieb, ak sú kvalitné, skvalitňuje sa aj život klienta. (Krupa, 2006)

3.1.1 História domovov sociálnych služieb

Sociálne služby a ich poskytovanie majú svoje dejiny. Mentálne postihnutí ľudia sú v ich vývoji menšinou, ku ktorej intaktná spoločnosť zaujímala protichodné postoje. Jeden považoval postihnutia za znamenia, ktoré budili rešpekt. Druhý postoj bol segregáčny (postoj, ktorý prevládal). Tento týmito ľuďmi opovrhuje. Aj napriek tomu sa stretávame s poskytovaním starostlivosti na pomoc odkázaným jedincom, ktorá sa vyvíja s dobou. (Vašek, 1994)

Stredovek prináša so sebou organizovanú sociálnu službu, vďaka kresťanstvu. Charakteristické sú postoje ochrany a pomoci, zakladajú sa kláštory, útulky, hospice. (Postihnutí ľudia sa s rozvojom medicíny a vedy stávajú predmetom záujmu, zvyšuje sa starostlivosť o tieto osoby. (Farkašová, 2005)

Spoločnosť už nie je taká nevšimavá a snaží sa riešiť problémy týchto ľudí zakladaním rozsiahlejších inštitúcií. Starostlivosť sa zintenzívňuje, vytvára sa snaha o prevenciu postihnutí a hľadajú sa aj možnosti integrácie. Vydávanie medzinárodne platných dokumentov, deklarácií prináša iný pohľad na MP jedincov. Postupné začleňovanie do spoločnosti, uznanie práva na výchovu, vzdelávanie, plnohodnotný život je najmodernejším trendom k mentálne postihnutým v súčasnosti.(in Bajó - Vašek,1994)

Začínajú vznikáť kláštory, lazarety, útulky. Oni sa na dlhé obdobie stávajú jediným miestom na uspokojovanie najzákladnejších potrieb postihnutých občanov. Neskôr vznikajú veľkokapacitné zariadenia s nevhodnými podmienkami pre život človeka. Mlčky boli tolerované neľudské podmienky s nedostatočnou starostlivosťou. Táto doba sa nazýva obdobím mlčania, pretože široká, a ako aj odborná verejnosť nezaujíma k tomuto problému žiadne stanovisko, toleruje nedôstojnosť a mlčí.

Po tomto období mlčania prichádza obdobie inštitucionalizácie, typické budovaním a udržiavaním zariadení, slúžiacim pre rôzne postihnutých jedincov.

Nasleduje významné obdobie, obdobie humanizácie. Proces humanizácie je zameraný na skvalitňovanie služieb a prinavrátenie dôstojnosti človeka, zlepšovanie podmienok a prostredia zariadenia.

Proces humanizácie úzko súvisel s procesom normalizácie, ktorý chce vyrovnať podmienky života bežného občana v porovnaní s občanom, ktorý je prijímateľom sociálnej služby. Úlohou normalizácie je integrácia mentálne postihnutých ľudí, umožňujúca rozvíjanie možností, schopností, vedomostí a uspokojovanie ich potrieb. Humanizácia a normalizácia sú prepojené s procesom transformácie sociálnych služieb.(Krupa,2006)

Inštitucionálna starostlivosť na Slovensku začína vznikom prvého ústavu pre slabomyseľných v r.1898 v Plešivci s desiatimi mentálne postihnutými osobami. Rozrastaním ústavu mal v r. 1930 už 465 chovancov. Okrem ústavov

začínajú vznikať aj pomocné školy. Prvá bola súkromná pomocná škola v Petrovanoch 11 žiakmi. Ďalšie pomocné školy sú v Bratislave otvorené v r.1924, v Košiciach v r. 1925 a v Trenčíne v r. 1930.

V roku 1932 bol v Žiline založený Zemský spolok pre starostlivosť o slabomyseľných na Slovensku. S jeho pomocou bol v r. 1940 zriadený internát pre trenčiansku pomocnú školu. V tomto roku mení svoj názov na Spolok pre liečebnú nápravu a pomáha pri zriaďovaní ústavov v Spišskej Novej Vsi, Bojkovej, banskej Bystrici a Pezinku. V roku 1950 zaniká a starostlivosť o mentálne postihnutých preberá štát. Neskôr sa zákony snažia vytvárať optimálnejšie podmienky pre všestranný rozvoj mentálne postihnutých a najvyšší možný stupeň ich socializácie. (in Bajó–Vašek,1994)

3.1.2 Súčasnosť

Veľa rokov boli mentálne postihnutí hádam najviac stigmatizovaní. Asi pred tridsiatimi rokmi aj vo vyspelých krajinách nastáva trend aktívnej podpory na vytvorenie podmienok, aby mentálne postihnutí mohli vyrastať a žiť v rodinách mimo ústavných zariadení a zaradiť sa do života zdravých ľudí.

V dôsledku toho sú vypracované v rozvinutých krajinách (Írsko, Anglicko) programy na zrušenie veľkokapacitných zariadení a umiestnenie obyvateľov v chránených bývaniach v bežnej zástavbe so zdravými obyvateľmi. Aj v ďalších krajinách dochádza k takému podobnému vývoju napr. v Dánsku, Nemecku, Švédsku, či iných západných krajinách.(Gáborová,2002)

Poskytovanie sociálnych služieb je v súčasnosti ovplyvňované transformačným procesom, ktorého výsledkom a hlavným cieľom je zmena ich kvality. Inštitučný systém sa mení na komunitný. Odmietavý postoj sa mení na postoj rešpektujúci, klient (pacient) sa mení na rovnoprávneho občana. Prvoradý je záujem o konkrétneho človeka a jeho potreby, rešpektovanie osobitosti a individuality pri zachovávaní jeho dôstojnosti. Skvalitňovanie života je založené na akceptovaní jeho možností, na podpore jeho schopností. Umožňuje mu vykonávať zmeny a sám sa podieľa na ich tvorbe a rozhodovaní o svojom živote. Uskutočňovanie týchto zmien a ich úspešnosť, zavedenie nových prístupov pri

poskytovaní sociálnych služieb závisí aj od ich poskytovateľov. Požadovaná je z ich strany akceptácia klienta ako rovnocenného partnera a citlivý prístup k nemu, ktorý bol doposiaľ ochranný. K stotožneniu sa s filozofiou vyžaduje odbornú prípravu a vzdelávanie.

Dôležitým prvkom v procese socializácie je zriaďovanie chránených dielní, tréningové domy, vytváranie podmienok pracovného uplatnenia a chráneného bývania. Pri skvalitňovaní sociálnych služieb je dôležité poznať stav a situáciu klienta .(Krupa,2007)

Podľa zákona 448/2008 Z.z.: „ Poskytovateľ sociálnej služby uvedenej v § 34 až 40 je povinný plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, viesť písomné individuálne záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotiť priebeh poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby .“(Zbierka,2008)

Na tomto poznaní je vypracovaný individuálny plán rozvoja osobnosti ktorý zahŕňa všetky oblasti klientovho života, s cieľom získania čo najvyššej nezávislosti.

Individuálny plán rozvoja osobnosti je vytvorený zmapovaním situácie klienta, na základe tohto zmapovania sú volené ciele, ktoré vedú k zvyšovaniu kvality života klienta. Aby boli ciele dosiahnuteľné, musí byť zvolená správna metóda a spísaný plán činností. Posledný krok pri individuálnom plánovaní je jeho hodnotenie.(Krupa,2006)

3.2 Domov sociálnych služieb

Zákon č. 195 z 19. Mája 1998 o sociálnej pomoci „upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom je zmierniť alebo prekonať s aktívnou účasťou občana hmotnú núdzu alebo sociálnu núdzu, zabezpečiť základné životné podmienky občana v prirodzenom prostredí, zabraňovať príčinám vzniku, prehĺbovania alebo opakovania porúch psychického vývinu,

fyzického vývinu a sociálneho vývinu občana a zabezpečiť integráciu občana do spoločnosti.“

„V domove sociálnych služieb možno poskytovať starostlivosť občanovi so zdravotným postihnutím, ktorým sú telesné postihnutie, duševné poruchy a poruchy správania alebo zmyslové postihnutie.

V domove sociálnych služieb sa

- a) poskytuje nevyhnutná starostlivosť, ktorou je
 - 1. stravovanie,
 - 2. bývanie,
 - 3. zaopatrenie,
- b) poskytuje ďalšia starostlivosť, ktorou je
 - 1. výchova,
 - 2. poradenstvo,
 - 3. záujmová činnosť,
 - 4. kultúrna činnosť,
 - 5. pracovná terapia,
 - 6. rekreačná činnosť,
 - 7. rehabilitačná činnosť,
- c) poskytuje osobné vybavenie, ak sa starostlivosť v domove sociálnych služieb poskytuje občanovi celoročne a občan nemá osobné vybavenie,
- d) utvárajú podmienky na pracovné uplatnenie,
- e) zabezpečuje úschova cenných vecí.

V domove sociálnych služieb pre deti možno poskytovať starostlivosť dieťaťu s

- a) telesným postihnutím
- b) duševnými poruchami a poruchami správania alebo
- c) telesným postihnutím a duševnými poruchami a poruchami správania.

V domove sociálnych služieb pre deti možno poskytovať starostlivosť aj dieťaťu s telesným postihnutím alebo s duševnými poruchami a poruchami správania, ktoré je zároveň zmyslovo postihnuté.

V domove sociálnych služieb pre dospelých možno poskytovať starostlivosť občanovi

- a) s telesným postihnutím,
- b) s duševnými poruchami a poruchami správania,
- c) so zmyslovým postihnutím alebo
- d) s kombináciou postihnutí.

V domove sociálnych služieb pre dospelých možno poskytovať starostlivosť občanovi od skončenia povinnej školskej dochádzky, od skončenia vzdelania za osobitných podmienok, od skončenia ďalšej prípravy na povolanie a ďalším dospelým občanom so zdravotným postihnutím od 25 rokov veku.“(Zbierka,1998)

3.2.1 História Domova sociálnych služieb v Pohorelskej Maši

„• **Začiatok 19. stor.** - (v archívoch nie je presný dátum výstavby)

- nechal bulharský cár Boris Coburg vystavať budovu v Pohorelskej Maši. Neďaleko budovy bola zriadená železničná stanica.

• **1935 - 1942** - budova bola majetkom Katolíckej charity, ktorá v ňom zriadila Domov pre siroty

• **1943** - Ošetrovací ústav pre nevyliciteľne chorých, zriadený Katolíckou charitou

• **1943** – Vojenský lazaret

• **1947** – budovu prevzalo a zrekonštruovalo Povereníctvo zdravotníctva v Bratislave

• **1945 - 1946** - zriadený Ústav pre mentálne a telesne postihnutých (60 – 80 postihnutých občanov)

• **1954** - Prestavba ústavu, zvýšenie počtu lôžok na 130 miest.

• **1972** - Rozšírenie ústavu o bývalý súkromný dom v Červenej

Skale a poskytovanie sociálnych služieb pre deti

- **1981** - Rekonštrukcia budovy ústavu
- **1993** - Rekonštrukcia domova
- **1994** - Zriadenie skleníka
- **1995** - Komplexná rekonštrukcia sanity
- **2000** - Zriadenie pobočky v bývalej Materskej škole (24 miest)
- **2008** - Domov sociálnych služieb (ďalej DSS) v Pohorelskej Maši poskytuje služby pre deti, mládež a dospelých občanov s celkovým počtom miest 127 (Červena Skala 17 miest, v Pohorelskej Maši v hlavnej budove 86 miest) a v samostatnom bývaní 24 miest
- **2009** - Podporované bývanie Pohorelá (7 klientov).“ [cit. 2012-02-22]

Domov sociálnych služieb Pohorelská Maša sa nachádza v malebnom prostredí Horehronia, neďaleko okresného mesta Brezno. Sídlí v historickej budove- kaštieli bulharského cára Borisa Coburga. Samotná budova slúžila cárovi Coburgovi ako letné sídlo - lovecký zámok. Bola to dvojposchodová budova ku ktorej patril kostol, park, železnička, maštale a okolité pozemky.

Po úpadku cára a jeho rodiny budovu prevzala Katolícka charita v Bratislave, ktorá tu zriadila Domov pre siroty (kronikár neuvádza kedy) od roku 1943 bol Katolíckou charitou v budove zriadený Ústav pre nevyliciteľne chorých. Počas Slovenského národného povstania slúžil ústav ako Vojenský lazaret.

Po vojne ho od Katolíckej charity prevzal Československý štát a odovzdal do Správy povereníctva zdravotníctva v Bratislave. Zrekonštruovaný Ústav pre mentálne chorých - Domov dôchodcov začal činnosť v roku 1950 s kapacitou 60 postelí, postupom času bola kapacita 80 postelí.

V roku 1954 na podnet správcu Ústavu Gustáva Ambra bol k budove pristavený dvojdom, čím sa kapacita Ústavu k 1. 1. 1955 rozšírila na 130 postelí.

Od roku 1962 Ústav sociálnej starostlivosti, jeho priestory začali využívať ľudia s mentálnym a somatickým postihnutím. Spočiatku tu boli umiestnené deti vo veku od 3 do 12 rokov, neskôr sa horná veková hranica posunula až na 26 rokov. V tomto čase v ústave pôsobili rehoľné sestry – mníšky. Začiatky výchovnej práce boli veľmi ťažké. Chýbalo základné vybavenie tried, potrebná literatúra, pomôcky. Najväčší dôraz sa kládol na upevňovanie sebaobsluhy a hygieny. V roku 1972 sa zakúpila budova „železničiar-skeho domu“ v Červenej Skale, ktorá je vzdialená od Pohorelskej Maše 15 kilometrov. Slúžila ako Ústav pre mentálne chorých. Neskôr, v roku 1978 sa zriadila pobočka Červená Skala, kde boli umiestnení imobilní ľudia s postihnutím, v súčasnosti deti do 18 rokov.

Ústav prešiel mnohými rekonštrukciami, zakúpením ďalších budov pre klientov a v roku 1998 bol premenovaný na Domov sociálnych služieb.

V roku 2000 bola odkúpená budova bývalej Materskej škôlky v Pohorelskej Maši, ktorá po rekonštrukcii slúži 15 klientom v strednom stupni postihnutia, v súčasnosti nazývaná ako pobočka Pohorelská Maša - “tréningový dom“.

V roku 2006 bol odkúpený rodinný dom v obci Pohorelá, tzv. Podporované bývanie rodinného typu.

Rok 2006 je prelomovým rokom, kde prebieha proces transformácie s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov.(Domov sociálnych služieb Pohorelská Maša)

3.2.2 Súčasný domov

Domov sociálnych služieb v Pohorelskej Maši poskytuje sociálne služby pre deti, mládež a dospelých občanov s mentálnym, kombinovaným postihnutím a občanom s duševnými poruchami s celkovou kapacitou 127 miest. V súčasnosti DSS tvorí hlavná budova, ktorú obýva 85 poberateľov sociálnej služby

(ďalej PSS). K hlavnej budove patrí aj pobočka v Červenej skale, kde je umiestnených 17 detí vo veku do 18 rokov. Tretia je pobočka v Pohorelskej Maši, nazývaná „tréningový dom“, kde býva 18 PSS. „Nádej“- je samostatné bývanie, kde našlo svoj domov v rodinnom dome v Pohorelej 7 PSS (žien). Vzhľadom na vysoký počet PSS v hlavnej budove je táto členená na štyri oddelenia, ostatné pobočky členené nie sú.

Domov je typom zariadenia s celoročnou formou pobytu a poskytovaním služieb (t.j. nepretržitou prevádzkou a starostlivosťou).

Organizačná štruktúra domova sa člení na úseky: úsek riaditeľa, ekonomický, sociálny, prevádzkový, hospodársky, sociálno-výchovný, sociálno-zdravotný.

Domov v rámci svojej pôsobnosti poskytuje služby určené zákonom v súlade s platnou legislatívou, formou nevyhnutnej starostlivosti akou je: bývanie, stravovanie a zaopatrenie.

Ubytovanie PSS je na 1-5 lôžkových izbách so základným vybavením. U imobilných PSS je to polohovacia posteľ, skriňa, nočný stolík, prípadne polohovacie kreslo. Zariadenie izieb je prispôsobené potrebám a upravené podľa vlastných predstáv PSS, plne akceptujúc ich prania. Obytné miestnosti pôsobia vkusne. Dôstojné bývanie poskytuje primerané pohodlie pre PSS a rešpektuje právo na ich súkromie.

Stravovanie je racionálne (v súlade so zásadami správnej výživy) rozdelené do piatich jedál (raňajky, desiata, obed, olovrant, večera). Jedálny lístok je schvaľovaný zástupcami PSS. Strava sa podáva v priestoroch jedálne, u imobilných PSS na lôžku.

Zaopatrenie zahŕňa v sebe zdravotnícku starostlivosť a rehabilitáciu. Pracovníci sociálno-zdravotného úseku poskytujú starostlivosť PSS v ošetrovateľskej a opatrovateľskej oblasti v závislosti od zdravotného stavu a stupňa postihnutia. Úlohou tohto úseku je tiež pomoc a zvýšená starostlivosť u PSS, ktorí sú na ňu odkázaní pri hygiene, obliekaní a ďalších úkonoch, ktoré

si sami nemôžu zabezpečiť. Zariadenie podľa potreby navštevuje lekár, psychiater, neurológ a ostatní špecialisti. V rámci rehabilitácie sú poskytované služby od klasických masáží, cez aktívne a pasívne cvičenia zamerané na jemnú a hrubú motoriku, elektroliečba, hydroterapia, liečba biolampou. Domov zabezpečuje i externé služby – kadernícke a pedikérske.

V zmysle zákona o sociálnej pomoci sa poskytujú v domove aj ďalšie služby: výchovno-vzdelávacia činnosť, pracovno-rehabilitačná činnosť, záujmová a kultúrna činnosť, rekreačná činnosť a poradenstvo.

Rok 2006 je prelomovým rokom, kde prebieha proces transformácie s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov.

3.2.2.1 Možnosti uplatnenia mentálne postihnutých prijímateľov sociálnej služby

Podľa Baja: „Ak je cieľom výchovy všestranne rozvinutá osobnosť človeka, harmonický rozvoj a jednota jeho telesných a duševných vlastností, potom cieľom výchovy MP ľudí je čo najvšestrannejší rozvoj ich osobnosti s prihliadnutím na ich optimálne možnosti, dané povahou a stupňom postihnutia.“ (in Bajo – Vašek,1994,s.67)

Výsledkom výchovy má byť čo možno najvyšší stupeň socializácie postihnutých, čiže najširšie a najúspešnejšie pracovné a spoločenské uplatnenie. Cieľ výchovy MP detí, mládeže a dospelých má objektívny charakter, zodpovedá zákonitostiam rozvoja spoločnosti i zákonitostiam rozvoja postihnutého jedinca. Cieľ výchovy MP má východiskový a súčasne určujúci vplyv na obsah, proces a výsledky výchovy tejto populácie, na formuláciu konkrétnych dielčích výchovných cieľov, ktoré musia byť s hlavným cieľom výchovy v súlade. Stupeň socializácie - miera zapojenia MP jedinca do pracovného a spoločenského života sú rozličné závislosti od stupňa MP, ale aj od ďalších faktorov, stavu

telesného, duševného a sociálneho rozvoja, vzťah k ľuďom, k činnosti, k práci, úroveň prítomnosti, úroveň autoregulácie a pod.(in Bajo - Vašek,1994)

Domov sociálnych služieb v Pohorelskej Maši pri rozvoji prijímateľov sociálnej služby (klient – v súčasnosti prijímateľ sociálnej služby) preto prihliada na optimálne možnosti, ktoré sú dané povahou a stupňom postihnutia. Výchovný personál pracuje prostredníctvom inštruktorov sociálnej rehabilitácie, sociálnych pracovníčok a vychovávateľiek s PSS komplexne vo všetkých zložkách výchovy. Patrí sem: telesná, zmyslová či pracovná výchova, ktoré rozvíjajú všetky stránky osobnosti. Do denných výchovno-vzdelávacích aktivít sú zakomponované samoobslužné činnosti, ktoré patria k prioritám výchovnej činnosti. Sebaobsluha je zameraná na čo najvyššieho stupňa sebestačnosti v jednotlivých činnostiach, na upevňovanie a utváranie hygienických a sociálnych návykov. Výsledkom má byť čo najvyšší stupeň socializácie.

K záujmovej, kultúrnej a rekreačnej oblasti by sme mohli pridať rôzne aktivity, ktorých prioritou je zmysluplný život PSS. Medzi spoločenské a kultúrne vyžitie, ktorého sa PSS zúčastňujú patria návštevy divadelných predstavení, výletov, výstav a iných podujatí. PSS domova sú zapojení do rozhodnutí o akcii a majú možnosť si vybrať. Tiež sú to vychádzky do mesta, individuálne nákupy, oslavy jubileí, Mikuláša, Vianoc, karneval, či návštevy svojich príbuzných. Sú vedení i k športu a pohybovým aktivitám. Dvor, ktorý je súčasťou domova poskytuje dostatočný priestor na športové vyžitie a voľnočasové aktivity. Na dvore sa nachádza krb, lavičky, hojdačky, ktoré tvoria príjemné miesto pre spoločné posedenie a pohyb na čerstvom vzduchu. Ďalšie miesto domova je rozsiahly park, kde sú PSS zapájaní do upratovacích prác, zameraných na vytváranie a cvičenie elementárnych pracovných zručností. K zmysluplným činnostiam patrí aj ich pomoc pri upratovaní dvora a parku (zametanie, hrabanie lístia, čistenie, odhňanie snehu). Taktiež sú zapojení do starostlivosti o skleník, kde pestujú rôznu zeleninu a kvety. Súčasťou domova je aj cintorín zosnulých PSS, o ktorých hroby sa starajú PSS počas cirkevných sviatkov. V domove (v hlavnej budove a pobočke v Pohorelskej Maši) je vytvorených niekoľko dielní, v ktorých pracujú PSS na základe dobrovoľnosti,

spontánnosti, voľného prístupu, záujmu z vlastného presvedčenia urobiť niečo pre seba, pre svoje sebazdokonalenie.

Tvorivú dielňu navštevujú imobilní PSS a PSS so stredným, ťažkým stupňom MR a viacnásobne postihnutí. V tvorivej dielni sa každý pracovný deň venuje štyrom PSS individuálne jedna vychovávateľka. Vytvárajú tu rôzne ozdobné predmety z prírodných materiálov vhodné na blížiacu sa príležitosť. Poslednými spoločnými silami pred veľkonočnými sviatkami vyrobili 4 desiatky veľkonočných ozdôb: vence, zajačiky zo sadry a iné ozdobné predmety. Tie potom tesne pred sviatkami predávali za symbolickú cenu a zisk z predaja použili na zakúpenie nových pomôcok. Osem PSS pracuje na chránenom pracovisku. Každý deň cestujú samé do 3 kilometre vzdialenej osady. Je to dielňa na výrobu cestovín. Ich samotná práca spočíva v strihaní sáčkov a balení cestovín do krabíc.

Prijímatelia sociálnej služby sa môžu uplatniť aj v dielňach: tkáčskej, keramickej, tvorivej, pestovateľskej, fotografickej a artedielni. Tieto dielne poskytujú prijímateľom pracovné príležitosti pod vedením a dohľadom inštruktorov sociálnej rehabilitácie a sociálnych pracovníkov. Poslaním dielne je pripraviť PSS na konkrétnu prácu, ktorou nadobúdajú potrebné zručnosti a pracovné návyky v rámci svojich možností a schopností, komunikačných a sociálnych zručností, potrieb, požiadaviek a záujmov. Dôraz je kladený na sebarealizáciu každého PSS, vyhľadávanie situácií, v ktorých by mohol byť úspešný každý PSS, podporovanie jeho manuálnych zručností a schopností podľa dispozícií, ktoré sú u každého človeka s postihnutím iné. Pri práci v týchto dielňach je dôraz kladený na jeho záujmy, spontánnosť, samorozhodovanie a voľný prístup do ktorejkoľvek z dielní. Niekedy sa stáva, že PSS sú v dôsledku svojho postihnutia, zlej psychickej nálady len pasívnymi pozorovateľmi činnosti inštruktora. Potrebujú viacej komunikovať, vyrozprávať o tom, čo ich trápi, ako by si predstavovali svoj život a pod. Veľmi dôležitou časťou pracovnej terapie, osobnostného rozvoja je otvorená komunikácia, vybudovanie si pevného a priateľského vzťahu medzi klientom a zamestnancom založenom na dôvere a zodpovednosti.

4 Individuálny plán rozvoja osobnosti v procese socializácie mentálne postihnutých - praktická časť

4.1 Zameranie

Praktickú časť diplomovej práce sme realizovali v Domove sociálnych služieb Pohorelská Maša. V roku 2006 začína v domove transformačný proces, ktorý má za úlohu zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb, čiže ide teda o zmenu kvality života občana so špecifickými potrebami. V roku 2006 - 2007 Rada pre poradenstvo zabezpečila v rámci projektu EQUAL akreditované vzdelávanie svojich zamestnancov zamerané na získanie základných vedomostí o individuálnej práci s klientom, o službách ktoré sa odvíjajú od potrieb klienta kde je klient subjektom, naučiť sa základné princípy a metódy detailného mapovania schopností, potrieb a potenciálu klientov pod vedením kvalifikovaných rektorov. Zamestnanci sa naučili vnášať do konkrétnych foriem a metód dennej práce s klientom hodnotné etické princípy. Po tomto vzdelávaní zamestnanci získali certifikát (platný v celej EÚ), ktorý im umožňuje aplikovať získané poznatky práve v sociálnych službách, ktoré prechádzajú v súčasnosti reformou, transformáciou, ktorá znamená zosúladovanie podmienok života ľudí s ich potrebami a právami tak, aby mohli žiť dôstojný život. V snahe o najvšestrannejší rozvoj ich osobnosti a prispievaniu k spokojnosti prijímateľov sociálnej služby sú sprostredkované podnety pre ich vlastnú sebarealizáciu. Sú preto využívané rôzne formy aktivácie a je to aj aplikácia Individuálneho plánu rozvoja osobnosti. Keďže ešte neboli výskumne overené výsledky jeho použitia u mentálne postihnutých v prirodzených podmienkach, zaujímala nás jeho tvorba (špecifiká tvorby) a efektívnosť rozvíjania osobnosti u mentálne postihnutých aplikovaním individuálnych plánov rozvoja osobnosti, zamerali sme sa na tento okruh problémov v praktickej časti našej diplomovej práce.

4.2 Cieľ prieskumu

Cieľom praktickej časti je zistiť efektivitu rozvíjania osobnosti mentálne postihnutých aplikovaním Individuálnych plánov rozvoja osobnosti.

Z uvedeného cieľa nám vyplynuli úlohy pre realizáciu praktickej časti:

1. Preštudovať súvzťažnú literatúru k danej problematike.
2. Stanoviť cieľ, metódy a plán prieskumu.
3. Vybrať vhodné metódy prieskumu a aplikovať ich na vybranej vzorke.
4. Vybratú vzorku spracovať kazuisticky.
5. Prezentovať individuálne plány rozvoja osobnosti a vyhodnotiť ich efektivitu pri rozvoji osobnosti na nami vybratej vzorke.
6. Formulovať závery a odporúčania pre prax.

4.3 Metódy praktickej časti

Pri teoretickom spracovaní danej témy a praktickom realizovaní prieskumu práce sme použili nasledovné metódy:

Literárna metóda – zahŕňa štúdium súvzťažnej literatúry doposiaľ danou problematikou. Na základe štúdia dostupnej literatúry (uvedenej v zozname) sme sa snažili spracovať teoretickú časť a získané poznatky aplikovať pri realizácii praktickej časti našej diplomovej práce.

Špeciálnopedagogické metódy – pri realizácii sme použili tieto metódy: pozorovanie, rozhovor, rozbor výsledkov činností, orientačné skúšky zmyslových orgánov.

Kazuistickú metódu – sme použili pri zaraďovaní prijímateľov sociálnej služby do výskumnej vzorky. Zamerali sme sa na dôkladné štúdium všetkých dostupných materiálov.

Metódou experimentu – sme si overovali použitie Individuálnych plánov rozvoja osobnosti pri rozvíjaní osobnosti u nami navrhnutých PSS.

Metódy kvalitatívnej analýzy, syntézy, indukcie a dedukcie sme využili v praktickej časti diplomovej práce pri diagnostike a hodnotení výsledkov prieskumu.

4.4 Vzorka praktickej časti

Na základe stanoveného cieľa nami realizovaného prieskumu a témy diplomovej práce, sme vybrali respondentov, ktorí spĺňajú dané kritéria. Vzorku tvoria traja prijímatelia sociálnej služby s mentálnym postihnutím.

Prieskum sa realizoval u týchto PSS:

Anna – 20 rokov

Jana – 26 rokov

Katka – 23 rokov

4.5 Špecifiká jednotlivých krokov pri individuálnom pláne rozvoja osobnosti

Časť 1.: Mapovanie – anamnéza

- meno,
- vek,
- diagnóza,
- pridružené postihnutie,
- liečba,
- terapie,
- problémové funkcie,
- fyzické funkcie – fungovanie jemnej a hrubej motoriky,
- kognitívne funkcie – čítanie, písanie, počítanie, koncentácia,
- komunikácia – zajakavosť, používanie piktogramov,
- orientácia – miestom, časom, priestorom,
- psychosociálna zaostalosť – je PSS mentálne postihnutý, alebo psychosociálne zaostalý?
- sociálna funkcia – ako sa PSS správa pri stretnutí s ľuďmi,
- špecifické poruchy správania – konfliktný, nekonfliktný typ,
- citový život – nervozita, dobrá nálada, labilná emotivita,
- záujmy – čo PSS rád robí.

Časť 2.: Sebaobslužné a hygienické návyky

- stravovanie,
- obliekanie,
- hygienické a kultúrne návyky,
- hospodárenie s financiami,
- aktivity – činnosti na ktorých sa PSS podieľa.

Časť 3.: Analýza

- opis problémovej oblasti PSS s odôvodnením, prečo práve táto oblasť, metódy práce s PSS, výstupom je formulácia cieľa – cieľov.

Časť 4.: Ciele

- nadradený cieľ – vzťahuje sa ku kvalite života prijímateľa,
- hlavný a čiastkový cieľ – zahŕňa jednu problémovú oblasť.

Časť 5.: Hodnotenie

- má sprievodnú a kontrolnú úlohu pri napĺňaní cieľov

4.6 Analýza a interpretácia praktickej časti

4.6.1 Individuálny plán rozvoja osobnosti u prvej prijímateľky sociálnej služby

Anna – 20 rokov

Prijímateľka sociálnej služby pochádza z 9. tehotenstva matky, obaja rodičia boli alkoholici. Pôrod prebehol doma v 9 mesiaci, následne bola prevezená na novorodenecké oddelenie do Banskej Bystrice. Pre nezáujem rodičov bola odtiaľ premiestnená do Dojčenského ústavu vo Valaskej. V r. 1995 bola prijatá do DSS Pohorelská Maša v sprievode zdravotnej sestry a sociálnej pracovníčky.

V zdravotnej dokumentácii sa najčastejšie vyskytujú rôzne katarálne ochorenia horných dýchacích ciest, žalúdočné obtiaže, angíny, virózy.

Kontakt s rodinou neudržiava, nakoľko rodina neprejavuje o ňu záujem.

U PSS je diagnostikovaná DMO, ťažký stupeň mentálnej retardácie. Prídružené postihnutie je epilepsia, ktorej príčinou bolo poškodenie pri pôrode.

- DMO – ochorenie, vznikajúce v dôsledku mozgového poškodenia, zapríčiňuje poruchu hybnosti.
- Ťažký stupeň mentálnej retardácie (IQ 20 – 35) – je charakteristický týmito príznakmi:
 - postihnutí reagujú na chlad, teplo, vlhko často prehnanými reakciami
 - vnímajú, ale pamäť a predstavy sú na minimálnej úrovni
 - duševný vývin zaostáva na najnižšej nervovej činnosti – pudovej, afektívnej
 - potrebná je celoživotná starostlivosť

Podľa tabuľkového predpisu sa čiastočne napĺňa predpoklad, aj keď naša PSS sa javí o niečo šikovnejšia a vnímavejšia oproti tomuto popisu.

- Epilepsia – náhly vznik a šírenie silných elektrických výbojov v mozgu.

Medikamentózna liečba u PSS je nasledovná: psychofarmaká, antileptiká.

Medzi terapie, ktoré sa PSS poskytujú sú: psychoterapie (zdravotný a výchovný personál), ďalej je to rehabilitácia (masáže, cvičenia zamerané na hrubú a jemnú motoriku, PSS navštevuje rehabilitačnú miestnosť a aktívne spolupracuje s rehabilitačným pracovníkom). Ďalej je to hydroterapia a muzikoterapia, ktoré má PSS veľmi rada a pozitívne na ňu vplýva.

Problémovou funkciou u PSS je neschopnosť verbálne komunikovať.

Úroveň zmyslových orgánov je nasledovná:

- zrakové vnímanie – je nevyhnutné, plní svoju funkciu, zameriava sa na výnimočné, nové predmety, ktoré sa značne odlišujú od okolia farbou, vie rozlišovať farby,
- sluchové vnímanie – je nepoškodené, rozlišuje kontrastné zvuky, lokalizuje ich. Sluchové a zvukové vnemy priaznivo pôsobia na PSS, rada počúva hudbu,
- hmatové vnímanie – dobre vyvinuté, rada sa dotýka ľudí, hladí ich,
- čuchové vnímanie – pravdepodobne tiež plní svoju funkciu, uspokojuje ju a priaznivo na ňu vplýva arómaterapia,
- chuťové vnímanie – je vyvinuté, má rada všetky jedlá, konzumuje ich s veľkou chuťou. Proces vnímania u PSS je v zjednodušenej podobe, vníma okolie, reaguje na oslovenie, reaguje na jednoduché pokyny a rozumie im.

Pozornosť je rozptýlená a myslenie stereotypné. Vedomosti sú na minimálnej úrovni, až žiadne. Písať, čítať ani počítať nedokáže, maľuje „svojské“ tvary.

PSS je mobilná. Hrubá motorika je dobre rozvinutá, chôdza je vzhľadom na jej svalstvo trochu nekoordinovanejšia. Snažíme sa ju zdokonaľovať cvičením (vie napodobniť cviky, ktoré cvičíme), alebo na prechádzkach. Chôdzu po schodoch zvláda tiež. Hoci je silnejšej postavy, je veľmi aktívna – veľa chodí, behá za loptou, skáče. Veľmi rada cvičí na fit lopte. Jemná motorika nie je celkom dobre rozvinutá. U PSS je charakteristický nevyhraný typ senzorickej a motorickej laterality – z tejto príčiny sú jednotlivé manuálne zručnosti menej presné. Jemnú motoriku sa snažíme zdokonaľovať cvičením, hraním s drobnými hračkami a predmetmi (napr.: hříbiky, skladačky a pod.) Dľaňový úchop u PSS je dobrý, vie čmárať, pri tom mení farby, obrázok maľuje svojským spôsobom. U PSS sú prítomné pohybové stereotypie.

Do výchovno -vzdelávacieho procesu sa zapája aktívne. Rada a ochotne spolupracuje.

- Rozumová, zmyslová a rečová výchova – rozvíjame adekvátne postihnutiu a schopnostiam PSS. Rozvoj poznania je charakteristický výberom témy a obsahu napr.: rozprávanie o ročných obdobiach, poznávanie tela, napodobovanie zvukov zvierat, rozlišovanie farieb a pod. Telesná výchova – PSS rada chodí na prechádzky, rada cvičí – jednoduché pohybové hry a tanečné pohybové prvky pri hudbe, relaxačné cviky, cviky s loptou, krúženie hlavou, úklony...
- Estetická výchova – veľmi rada má hudbu, jej počúvanie. Ďalšou zložkou estetickej výchovy je literárna aktivita. PSS má rada príbehy, krátky, stručné s jasným obsahom, zaujme ju aj obrázková kniha, ktorú listuje a rozprávame k nej text. Oblasť výtvarnej realizácie je vo fáze detského čmárania.
- Etická výchova – obsahuje prvky morálneho konania a správania sa k sebe a svojmu okoliu. PSS nie je agresívna, má rada pohladenia a dotyky, vie vycítiť zodpovednosť (keď ideme na prechádzku pevne drží svoju kamarátku za ruku).
- Pracovná výchova – zo všetkých zložiek má PSS najradšej túto zložku. Hrá sa so stavebnicami, legom, navlieka gorálky, zapichuje hříbiky (drobné tvary do perforovaných otvorov), dokáže postaviť vežu z deviatich kociek. Samostatne navíja špagát na klbko, zoraďuje gombíky podľa veľkosti, pekne listuje v časopisoch, vie trhať a kráčať papier. Ochotne spolupracuje pri zhotovovaní ozdôb, pri odkladaní pomôcok, pri úprave prostredia, pri samoobslužných činnostiach.

Z hľadiska ťažkého mentálneho postihnutia PSS nezvláda prvky čítania, písania ani počítania.

Verbálna komunikácia nie je možná, PSS nevie rozprávať. Niekedy vydáva neartikulované zvuky. U PSS je orientácia časom, miestom, osobou a situáciou nepostačujúca, orientovať sa dokáže len v jej známom prostredí (v budove, kde býva, na oddelení). Do neznámeho prostredia chodí vždy len s doprovodom.

Psychosociálna zaostalosť vyplýva aj z jej postihnutia, ale v nemalej miere k tomu prispela i dysfunkčná rodina a nevhodná starostlivosť hraničiaca so zanedbávaním zo strany matky u skôr narodených súrodencov. PSS je už od narodenia v domovoch, obaja rodičia sú alkoholici, nejavia záujem o kontakt s PSS.

Sociálna funkcia u PSS je primerane rozvinutá a dobrá. V sociálnom vnímaní rozlišuje známe osoby – personál a ostatných PSS, pri stretnutí so známymi ľuďmi reaguje pozitívne, s cudzími ľuďmi najprv ostýchavo, no po prvotnom zoznámení (obzeraním, pohladením) rada nadviaže kontakt. Má pozitívny vzťah s personálom, ale i obyvateľmi domova. Pozícia v skupine je dominantná, na oddelení je obľúbená, kamarátska.

Špecifické poruchy správania u PSS neevidujeme. Je nekonfliktný typ, nikomu neublíži, nie je autoagresívna. V podstate je pokojná, ale neznáša krik a hluk, vtedy znervózne a reaguje v podobe afektívnych reakcií. Do špecifického správania PSS môžeme zahrnúť zlozvyk, ktorý spočíva v tom, že ak sa jej niečo zapáči (hračka, nejaký predmet) schováva to a odkladá. Reaguje silným emočným vypätím, ak sa to zistí.

Citový život u PSS charakterizuje citová nestabilita. Frekventovanosť citových reakcií sa mení v priebehu krátkeho časového intervalu. Emočne je PSS labilnejší typ, je veľmi citlivá, plačom reaguje na hluk, krik. Protipólom je prívetivý a láskavý tón personálu, ktorý dokáže opätovať prítuléním, pohladkaním, milým úsmevom. Občas je vzdorovitá.

Primeraná záujmová aktivita jej mentálnej úrovni priamo umocňuje výsledky v činnostiach. Avšak vytváranie vhodných záujmov je dôležitou úlohou. Skupina záujmov u PSS je pomerne široká. Viažu sa na muzikoterapiu, telocvik, rôzne aktivity pracovnej výchovy, má rada hry a zábavu. Obľubuje tašky – rôzne druhy, farby a veľkosti.

Úroveň stravovacích návykov je celkom dobrá. Stravu konzumuje samostatne s použitím lyžice. Napit' sa dokáže samostatne. Niekedy je počas prijímania potravy a tekutín dosť nepokojná, pozornosť upútava na iné predmety z okolia. Jedáva neprimeraným, rýchlym tempom.

PSS sa dokáže obliecť, vyzliecť a obuť samostatne (oblečenie má nachystané), ale nie všetky úkony sú úplne a správne zautomatizované a abstínuje estetickosť úpravy zovňajška. Je schopná samostatného obúvania a vyzúvania vsúvacej obuvi. Obuv, ktorá si vyžaduje zaväzovanie šnúrok jej doposiaľ prináša neúspech – nevie šnúrovať. Manipulácia s malými gombíkmi (zapínanie a rozopínanie) a zipsom vykonáva s pomocou personálu. Hygienické a kultúrne návyky má osvojené čiastočne. Dokáže si umyť tvár, ruky, zuby, krémovať tvár a telo krémom nedokáže. Nezvláda sprchovanie, umytie vlasov šampónom a následne učesať vlasy pred zrkadlom. Počas dňa i noci má plne osvojené používanie WC, ale nie celkom správne, čiastočne používa toaletný papier. Značné nedostatky sa objavujú pri čistení nosa, chýba zodpovednosť návyku - nosiť vreckovku. Hospodárenie s financiami zabezpečuje sociálna pracovníčka, nakoľko PSS nie je schopná postarať sa o veci svojej osobnej potreby a nevie nakladať s finančnými prostriedkami. Aktivity, do ktorých sa PSS zapája sú všetky činnosti výchovno-vzdelávacích zložiek. Rada chodí na prechádzky, rada cvičí, počúva hudbu, zapája sa do pracovnej výchovy, rozvoja poznania. Dokáže sa sama obliecť a vyzliecť, obuť. Hygienické návyky má čiastočne osvojené, dokáže si umyť tvár, ruky, zuby, pravidelne používa WC.

Analýza:

Problémové oblasti, ktoré pokladáme za prioritné a chceme s nimi cielene pracovať sú samoobslužné činnosti v oblasti hygieny, obliekania, stravovania, spoločenských a kultúrnych návykov a ich zlepšenie. Ich nácvik a zdokonaľovanie by mohli pozitívne ovplyvniť kvalitu života PSS, musíme rešpektovať a zohľadňovať potreby a postihnutie PSS. Vzhľadom k tomuto a dosiahnutiu želaného efektu, sa zameriame na oblasť hygieny, jednak aby sa na PSS nekládol nápor nových informácií a taktiež, aby sme udržiavali jej hy-

gienické schopnosti na takej úrovni, aké sú v súčasnosti, resp. sme ich ďalej zdokonaľovali.

Metódy práce s PSS budú nasledovné:

- komunikácia – PSS rozumie jednoduchým pokynom, takže budeme slovne upriamovať pozornosť na vykonávanú činnosť,
- názorná ukážka – PSS budeme ukazovať, akým spôsobom to budeme robiť (ukážky v knihách, vedením ruky),
- pochvala a taktilné podnety – za každý (aj nepatrný úspech) PSS pochválime, jednak to má rada a vyjadruje to našu spokojnosť s dobre vykonanou činnosťou,
- odmena – formou jedlých posilovačov (sladkostí, kávy a pod.).

Ciele:

- nadradený: zlepšiť samoobslužné činnosti
- hlavný: zlepšenie hygienických návykov
- čiastkový: sprchovanie

Plán činností:

Kto? – PSS a službukonajúci personál.

Kde? – kúpeľňa.

Kedy? – 5 krát týždenne (pondelok – piatok), odpoľudňajšia služba od 18:00 – 18:30 hod.

Čo? – sprchovanie počas jedného roka.

Ako? – spôsob, akým budeme túto činnosť realizovať, bude nasledovný:

1. PSS slovne informujeme o začatí aktivity – upriamime jej pozornosť na sprchovanie,
2. vždy, keď pôjdeme do kúpeľne, pripravíme si a so sebou zoberieme pyžamo, šľapky a osušku (ostatné pomôcky na sprchovanie sú už v kúpeľni),
3. keď, budeme v kúpeľni, PSS sa vyzlečie (čo ovláda), vyzuje sa a použité prádlo vloží do prádelného koša,

4. pustíme vodu a nastavíme teplotu vody (nakoľko je to komplikované pre postihnutie PSS, pomáhať jej v tom bude personál),
5. PSS vojde do vane,
6. PSS si namočí telo a osprchuje ho (tiež za pomoci služby),
7. uchopí hubku a mydlo (správne použiť za pomoci personálu),
8. PSS si namydlí celé telo – hlavne intímne časti,
9. PSS sa osprchuje (opláchne telo tak, aby mydlo bolo preč),
10. postup 1 krát zopakujeme,
11. PSS vyjde z vane, poutiera sa do osušky (utrie si celé telo, chrbát, nohy, ruky),
12. Použije telové mlieko, rozotrie ho pravidelne na všetky časti tela (znovu za pomoci personálu),
13. PSS sa oblečie do pyžama.

Hodnotenie:

Náš cieľ sa zameriava na rozvoj každodenných, samoobslužných činností, aby sme u PSS zredukovali pomoc druhej osoby na minimum a tým pozitívne ovplyvnili kvalitu života a jej sebestačnosť. Spôsob, akým budeme realizovať túto činnosť a metódy práce s PSS sú komunikácia, názorná ukážka, pochvala, povzbudenie, pohladenia, odmena. Cieľ sme stanovili na dlhšie časové obdobie, v rozpätí jedného roka, vzhľadom na dosiahnuté výsledky – udržať hygienické schopnosti na takej úrovni, aké sú v súčasnosti a ďalej ich zdokonaľovať. Túto činnosť sme začali realizovať 1. novembra 2011. Uskutočňovali sme ju v hlavnej budove na oddelení C – keďže je klientkou tohto oddelenia. Na realizácii činností sa podieľa PSS a personál, ktorý má odpoľudňajúcu službu. Cieľ sme stanovili na dlhšie časové obdobie, takže konečný výsledok posúdime až po uplynutí jedného.

4.6.2 Individuálny plán rozvoja osobnosti u druhej prijímateľky sociálnej služby

Jana – 26 rokov

PSS pochádza z prvého rizikového tehotenstva matky (matka počas tehotenstva prekonala chrípku), obidvaja rodičia sú zdraví. Pôrod prebehol

v KÚNZ Banská Bystrica, dieťa bolo po pôrode dlho kriesené. Vyvinul sa spasticko –paretický syndróm, DMO na podklade popôrodnej asfíxie. Ako trojročná bola prijatá do DSS Pohorelská Maša.

V zdravotnej dokumentácii sa uvádza, že ako dieťa bola kľudná, v detstve sa vyskytovali časté infekty dýchacích ciest. Od narodenia bola sledovaná na neurologickej ambulancii pre psychomotorické postihnutie.

Kontakt s rodinou je veľmi dobrý. Rodičia ju chodia pravidelne navštevovať, na prázdniny a sviatky chodí na dlhšie pobyty domov.

U PSS je diagnostikovaná DMO- kvadraparetická forma, stredný stupeň mentálnej retardácie. Pridružené postihnutie je epilepsia, poruchy správania a emocionálna výbušnosť.

- DMO – ochorenie, vznikajúce v dôsledku mozgového poškodenia, zapríčiňuje poruchu hybnosti.

- Stredný stupeň mentálnej retardácie – IQ 35 - 50. Je charakteristický týmito príznakmi:
 - obmedzenie a zaostávanie v motorike a vývine psychických funkcií,
 - prítomnosť citovej nevyrovnanosti, lability a objavujú sa neadekvátne efektívne výbuchy,
 - reakcie často nezodpovedajú podnetom,
 - jedinci sú schopní osvojiť si spoločenské a pracovné návyky,
 - aj napriek tomu sú v podstate nesamostatní, odkázaní na dozor a pomoc; a celoživotné usmerňovanie inými osobami.

- Epilepsia – náhly vznik a šírenie silných elektrických výbojov v mozgu.

Liečba u PSS je nasledovná: psychofarmaká, antileptiká.

Medzi terapie, ktoré sú v domove pre PSS poskytované patrí psychoterapia, hydroterapia, muzikoterapia a samozrejme rehabilitácia. Silné emočné vypätie a výbušnosť u PSS zvládame pomocou bazálnej stimulácie, ktorá pozi-

tívne na PSS vplýva. Problémovou funkciou u PSS je svalstvo pohybového aparátu. Keďže PSS má obmedzenú pohybovú schopnosť, pohybuje sa s použitím ortopedickej pomôcky – mechanický invalidný vozík.

Ďalšou problémovou funkciou je oblasť komunikácie, jej neschopnosť dorozumievať sa verbálnou formou.

Úroveň zmyslových orgánov je nasledovná:

- zrakové vnímanie - je vyvinuté, plní svoju funkciu, u PSS zaznamenávame spomalené tempo pri prezentácii podnetu predĺžením časového intervalu,
- sluchové vnímanie – je nepoškodené, vie rozlíšiť zvuky a sluchové vnemy (hlasy ľudí, zvierat, hluk, ticho), rada počúva hudbu a dobre na ňu vplýva muzikoterapia,
- hmatové vnímanie – je čiastočne znížené a evidujeme u nej spomalené kontrakcie na svalstve rúk – nemožno rýchlo uvoľniť podanú ruku, má rada dotykové podnety ako sú objatia, taktilné podnety. Taktiež zaznamenávame u PSS emocionálnu nestabilitu a výbušnosť, kedy dochádza k autoagresívnemu konaniu,
- čuchové vnímanie – plní svoju funkciu, priaznivo na ňu vplýva inhalovanie vonných olejov, pri zápachu badáme u PSS zmeny v gestikulácii, z toho dedukujeme, že zápach jej vadí,
- chuťové vnímanie – je dobre vyvinuté, uprednostňuje niektoré druhy jedál (syry, ovocie, sladkosti), niektoré jedlá však nemá rada a odmieta ich.

Jej proces vnímania dokazuje určitú odchýlku oproti normálu, vníma v zjednodušenej podobe, nie komplexne. Dobre reaguje na oslovenie, na jednoduché pokyny, rozumie im. Problémy nastávajú v jej sústredení pozornosti aj stálosti. Rozptýlenosť každej maličkosti ju vzruší a u PSS ochabuje pozornosť. Koncentrácia je nestála, sústredí sa len na krátky čas. Vedomosti sú na minimálnej úrovni. Písať, čítať, počítať nedokáže, maľuje „čmáranice“.

PSS sa pohybuje pomocou mechanického invalidného vozíka. Hrubá motorika je vyvinutá na minimálnej úrovni. Dokáže meniť polohy tela v ľahu na posteli z pravej strany na ľavú a opačne. Hrubú motoriku cielene podporujeme rehabilitačnými technikami a cvičeniami zameranými na svalstvo pohybového aparátu. Jemná motorika je rozvinutá na nízkej úrovni. Vzhľadom k jej postihnutiu ťažšie zvláda manuálne zručnosti, sú menej presné. Jemnú motoriku cielene stimulujeme podpornými aktivitami, napríklad vedením jej ruky. Motorika je lepšie vyvinutá vľavo, je ľaváčka. Dľaňový úchop je znížený pre kontrakciu drobných svalov rúk.

Výchovno – vzdelávacieho procesu sa zúčastňuje a zapája primerane svojmu stavu. Vo výchovných činnostiach nie je vytrvalá.

- Rozumová, zmyslová a rečová výchova – je primeraná jej schopnostiam a záujmom. Spolupracuje v medziach svojich možností a zapája sa do zložiek a rozvoja poznania.
- Telesná výchova – u PSS rozvíjame primerane pohybovým schopnostiam, chodí na prechádzky, cvičí s loptou a podobne.
- Estetická výchova – rada počúva hudbu – dychovky, okrem toho sa započúva do príbehov, pozornosť je po krátkom intervale rušená okolitými vplyvmi a ochabuje. Výtvarný prejav u PSS sú „čmáranice“. Estetická výchova obsahuje morálne správanie a konanie k sebe a svojmu okoliu. PSS vo vzťahu a okoliu používa prvky sebapoškodzovania a agresie. Pomáha láskavý prístup a nacvičovanie vhodného správania.
- Pracovná výchova – do tejto zložky výchovy sa zapája primerane svojím schopnostiam a možnostiam pri samoobslužných činnostiach, úprave okolia a pod. PSS nezvláda písanie, čítanie a počítanie.

Verbálna komunikácia nie je možná – nevie rozprávať. Dorozumievanie medzi PSS a spoločenským prostredím sa vedie formou neverbálnej komunikácie. Vydáva neartikulované zvuky, pozornosť si vynucuje krikom. Komuni-

kuje pomocou posunkov, ktoré si sama vytvára a pomenováva nimi osoby, predmety a činnosti.

Orientácia miestom, časom, osobou a situáciou je nedostačujúca. Orientovať sa vie len v známom prostredí (na oddelení), vonku chodí s doprovodom. Čas a dátum nevie určiť, dianie okolo seba vníma adekvátne jej postihnutiu. Psychosociálna zaostalosť vyplýva z jeho mentálneho postihnutia a deficitu intelektových schopností.

Sociálna funkcia u PSS je dobrá. Medziosobnostné vnímanie plne rozlišuje známe osoby – personál, rodičia, ostatní PSS. Pri stretnutí so známymi aj cudzími ľuďmi reaguje pozitívne. Je extrovertný typ, má dobrý vzťah s personálom. V kolektíve chce byť dominantná, presadzuje si svoje a uspokojuje si tým potrebu ocenenia.

Špecifické poruchy správania nastávajú pre emocionálnu výbušnosť. Vysoko impulzívne správanie s afektóvymi postojmi úzko hraničí s agresívnym samopoškodzovaním aj voči svojmu okoliu. Nesprávny podnet od okolia - spoluobyvateľky ju dokáže priviesť do stavu zúrivosti. Hádže sa na invalidnom vozíku, ubližuje si (hryzie si ruky, udiera sa, škrtí sa). Ak jej niekto nerozumie, je neústupčivá, tvrdohlavá a daný posunok ukazuje do vtedy, kým nedosiahne to po čom túži.

Citový život charakterizuje nestálosť. Jej citové reakcie sa menia v priebehu krátkeho času. Nedostatočne racionálne ich prejavuje k svojmu okoliu. K určitým osobám prejavuje výraznú náklonnosť, ochotu spolupracovať, rešpektovať mravné a spoločenské požiadavky. Protipólom sú prejavy nevhodného správania v podobe ublíženia blízkym. Je žiarlivá a nervózna, ak sa niekomu dostáva viac pozornosti.

Záujmy PSS vychádzajú z jej fyzického postihnutia a úrovne intelektových schopností. Rada sa zdržuje v spoločenskej miestnosti, cvičí v medziach svojich možností a schopností. Teší sa na vychádzky a výlety. Obľubuje počúvanie hudby, hry, zábavu a sledovanie televízie (nie však dlho) v súvislosti so

zníženým vnímaním. Veľmi rada komunikuje s personálom a rada očakáva telefonát od rodičov.

Úroveň stravovacích návykov je nízka. Stravu konzumuje lyžicou, tekutiny pije s pomocou. Počas stolovania sa dosť ušpiní, rozlieva polievku, stravu rozsýpa po stole. Jedáva pomalým tempom. To všetko súvisí s postihnutím PSS a zníženými manuálnymi zručnosťami. PSS sa dokáže obliecť, vyzliecť a obuť iba s pomocou personálu. Jej snaha o samostatnosť v tejto činnosti je veľká, avšak potrebná je neustále pomoc a kontrola zo strany personálu. Manipuláciu s gombíkmi a zipsom nevláda, obúvanie jej nejde.

Hygienické návyky sú tiež na minimálnej úrovni. Snaží sa umývať si tvár, ruky, zuby, potrebuje pomoc pri zvládaní týchto činností.. Aj pri kúpaní, umývaní vlasov, natieraní krémom, vytláčaní zubnej pasty, česaní a ostatných hygienických úkonoch. Pri týchto aktivitách používame denný tréning. Používanie WC, čistenie nosa je u PSS zvládané tiež iba s pomocou.

Vzhľadom k svojmu postihnutiu PSS nevláda hospodáriť s peniazmi. Vie, že za peniaze sa nakupuje, ale ich hodnotu nepozná.

Aktivity, do ktorých sa PSS zapája sú zložky výchovného procesu, snaží sa podieľať na samoobslužných činnostiach, alebo pri úprave prostredia.

Analýza:

Problémové okruhy oblastí , v ktorých sme objavili nedostatky a je potrebné ich riešiť sú sociálne zručnosti, samoobslužné činnosti v hygienických a kultúrnych návykoch, oblasť obliekania a stravovania. Je to taktiež zdravotná oblasť a zlepšenie fyzického zdravia. Budeme s nimi cielene pracovať, zlepšovať kvalitu života PSS, tým, že sme stanovili akútne priority pre pozitívne zmeny. Vynaložíme potrebné úsilie, o čo najvyššiu mieru samostatnosti. Zameriame sa na oblasť sociálnych zručností v okruhu stravovania. PSS sa dokáže najesť s lyžicou, ale kultúra stolovania je nízka. Chceli by sme dosiahnuť zlep-

šenie samoobslužnej činnosti, zvýšiť samostatnosť a znížiť závislosť od pomoci personálu.

Metódy práce s PSS budú nasledovné:

- komunikácia – keďže PSS rozumie jednoduchým pokynom, slovne ju upovedomíme o vykonávanej činnosti,
- názorná ukážka – PSS ukážeme, ako budeme aktivitu prevádzať (vedením ruky, ukážky v knihách),
- vysvetľovanie pracovného postupu,
- poučanie,
- povzbudzovanie a pochvala,
- odmena – formou jedlých posilovačov, ktoré má PSS rada (sladkosti, ovocie, syry, káva).

Ciele:

- nadradený: zvýšenie samostatnosti
- hlavný: zlepšenie kultúrnych návykov pri stolovaní
- čiastkový: správne stolovanie pri hlavnom jedle

Plán činností:

Kto? – PSS a službu konajúci personál.

Kde? – jedáleň na oddelení.

Kedy? – 7 krát do týždňa, denná služba, od 12:00 – 13:00 hod.

Čo? – stravovanie, hlavné jedlo, v dĺžke pol roka.

Ako? – spôsob, akým budeme činnosť realizovať, bude nasledovný:

PSS oboznámime s danou aktivitou,

1. počas činnosti personál podáva informácie a slovne upriamuje na jednotlivé kroky plánu,
2. PSS si umyje ruky,
3. po tomto sa usadí na svojom mieste pri stole,
4. uchopí pripravenú lyžicu do dominantnej ruky,
5. ak je potrebné, služba pomôže PSS s uchopením ruky, pomôže jej

- správne nabrať stravu a vložiť lyžicu do úst,
6. tento postup zopakujeme šesťkrát, a potom necháme PSS jesť samotnú,
 7. pri neúspechu môžeme PSS pomôcť viackrát,
 8. PSS adekvátne poučame, aby jedla pomaly a správne,
 9. pri akomkoľvek úspechu PSS pochválime,
 10. po hlavnom jedle ju motivujeme odmenou.

Hodnotenie:

Cieľom nášho plánu je zvýšenie samostatnosti u PSS a správnosť kultúrnych návykov pri stolovaní. Snažíme sa odbúrať závislosť inej osoby, zvýšiť sebavedomie a tým ovplyvniť kvalitu života PSS. Medzi spôsoby a do metód práce sme zahrnuli slovné metódy – komunikáciu, vysvetľovanie pracovného postupu, názornú ukážku, povzbudenie s poučaním, pochvalu a odmenu (ovoce, či sladkosti, ktoré má rada). Cieľ je stanovený na obdobie pol roka. Túto činnosť sme začali realizovať 1. novembra 2011, v hlavnej budove, na oddelení C. Na činnosti sa zúčastňuje PSS a pracovník, ktorý je práve v službe, Cieľ sme stanovili na kratšie časové obdobie, vzhľadom ku každodenne vykonávanej činnosti. Záverečné zhodnotenie a výsledok, ktorý sme dosiahli posúdime až po uplynutí časového plánu.

4.6.3 Individuálny plán rozvoja osobnosti u tretej prijímateľky sociálnej služby

Katka – 23 rokov

PSS pochádza zo 4. Gravidity – 26 týždeň (nechcenej – matka krátko predtým mala UPT, takže vedela, že ďalšia UPT neprichádza do úvahy). Obidvaja rodičia boli zdraví. Pôrod prebehol v lese (pôrodné bolesti prišli na matku idúc autom na nákup), sama bez pomoci porodila nezrelé dieťa. Dieťa zabalila do uteráka a doniesla do nemocnice v Rimavskej Sobote. Pre ťažkú nezrelosť bolo dieťa preložené na nedonosenecké oddelenie. Po dovŕšení vekovej hranice bola v roku 1990 prijatá do DSS Pohorelská Maša.

V zdravotnej dokumentácii sa vyskytujú bežné detské ochorenia, cez časté bronchitídy, dyspepsia, retinopátia, otitis. Ako ročná bola prijatá na operáciu očí, ale od chirurgického zákroku sa upustilo, pretože by priniesol len anatomické zlepšenie, bez funkčného efektu.

Prijímateľka sociálnej služby nemá žiadny kontakt s rodinou. Matkino vyhlásenie, že chce, aby dieťa bolo umiestnené do Dojčenského ústavu, svedčí o nezaujíme zo strany blízkych.

U PSS je diagnostikovaná detská mozgová obrna (ďalej DMO) - kvadruparetická forma, hlboká mentálna retardácia, sekundárna epilepsia, slepota.

- DMO – ochorenie, vznikajúce v dôsledku mozgového poškodenia, zapríčiňuje poruchu hybnosti.
- Hlboká mentálna retardácia – najťažší stupeň mentálnej retardácie (IQ pod 20),

charakteristický týmito príznakmi:

- ide o celkové obmedzenie motorického a neuropsychického vývinu,
- časť postihnutých zostáva imobilná, po celý život ležia, alebo sa pohybujú plazením,
- nevytvára sa u nich reč, len zvukové prejavy pudových a afektívnych reakcií,
- potrebujú celoživotnú, komplexnú starostlivosť.

- Epilepsia – náhly vznik a šírenie silných elektrických výbojov v mozgu.

Medikamentózna liečba u PSS je nasledovná: psychofarmaká, antiepileptiká.

Medzi terapie, ktoré sa v domove pre PSS poskytujú sú: psychoterapie zo strany výchovného a zdravotného personálu, priaznivo vplýva i muzikoterapia, ale aj prvky arómaterapie formou vonných olejov a lúč. Ďalej je to rehabilitácia a u tejto PSS realizujeme aj bazálnu stimuláciu. Ošetrovateľská starostli-

vosť v koncepte bazálnej stimulácie je poňatá cez základné prvky, ktorými sú rehabilitačné techniky na somatickú, vestibulárnu a vibračnú stimuláciu.

Funkcie zahŕňa svalstvo chrbtového a pohybového aparátu, nakoľko PSS je imobilná a stále leží.

Úroveň zmyslových orgánov je v tomto stave:

- zrakový orgán – neplní svoju funkciu, je nevidiaca,
- sluchový orgán – je nepoškodený, plní svoju funkciu, na PSS priaznivo vplývajú sluchové a zvukové vnemy, rada počúva hudbu, nie však príliš hlasnú, ktorá ju rozladí. Taktiež rada počúva príjemnú, upokojujúcu relaxačnú hudbu.
- chuťový orgán – je nepoškodený, plní svoju funkciu, PSS má rada sladké chute, sladké mliečne jedlá. Z hľadiska prehĺtacieho a žuvacieho reflexu je tu čiastočné obmedzenie, tuhá strava sa musí nadrobiť na jemné, malé kúsky (nie však mixovať), aby nestratila úplne podnety k prežúvaniu a prehĺtaniu,
- čuchový orgán – pravdepodobne tiež plní svoju funkciu, priaznivo a upokojujúco na PSS vplýva inhalovanie eukalyptového oleja formou vonnej lampy. Pri zápachu nebadáť na PSS zmeny v mimike, či gestikulácii, preto sa domnievame, že jej zápach nevaďí, nakoľko neprejavuje žiadne badateľné zmeny v správaní či konaní,
- hmat – je čiastočne oklieštený znížením prahom citlivosti, nakoľko u PSS pri silnom emočnom vypätí, alebo rozladení dochádza k autoagresívnemu konaniu – silno kričí, napne svalstvo tela, prehýna sa v chrbte (hlavou dozadu smerom k sedaciemu svalu). Na druhej strane má rada príjemný dotyk, pohladenie, ískanie a masírovanie jemného charakteru, ľahkú vtieranie oleja do pokožky na tvári, celom tele. Aktivity takéhoto charakteru vedia PSS upokojiť a odvrátiť pozornosť od agresie, ktorú vysiela voči sebe.

Proces vnímania u PSS je veľmi slabý. Reaguje, keď sa jej prihovoríme, adekvátne schopnosti prijímať a spracovávať informáciu, reaguje na svoje meno.

PSS je imobilná, inkontinentná. Hrubá motorika nie je rozvinutá, PSS nedokáže samostatne meniť polohy tela ani v ľahu na chrbte z pravej na ľavú

stranu a naopak, či z brucha na chrbát. Potrebuje sústavnú pomoc. Jemná motorika je primeraná postihnutiu, má rozvinutý dľaňový úchop na nižšej úrovni, do rúk vie uchopiť hračku, nejaký predmet.

Výchovno-vzdelávací proces opíšeme z hľadiska elementárnych výchovných zložiek.

- Rozumová, zmyslová a rečová výchova – rozvíjame ju primerane postihnutiu a podľa toho vytvárame aktivity na podnetové pociťovanie predmetov a javov.
- Telesná výchova – rozvíjame primerane pohybovým schopnostiam spolu s rehabilitačným pracovníkom. Ide o liečebný telocvik so zameraním na posilňovanie svalstva.
- Pracovná výchova – rozvíjame primerane postihnutiu a schopnostiam. PSS spolupracuje pri kúpaní pri umývaní vlasov čiastočne nadvihne hlavu), pohne rukou pri obliekaní. Jej kooperácia je minimálna, ale je to signál, že je tu aspoň snaha, ktorá sa môže rozvíjať. Vyššia forma pracovnej výchovy je dost obmedzená.
- Estetická výchova – PSS rozvíjame tie časti, ktoré má PSS rada a o ktoré javí záujem. Je to počúvanie tichej príjemnej hudby – muzikoterapia, rada počúva knižné príbehy, príjemne intonovaným hlasom.
- Etická výchova – PSS pri emocionálnom vypätí používa prvky autoagresie, možno by pomohlo nacvičovať taktilné hry na poznávanie vlastného tela, aby pocit ohrozenia neriešila samoubližovaním.

Z hľadiska hlbokého mentálneho postihnutia PSS nezvláda prvky, čítania, počítania a písania.

Komunikácia je rozvinutá v rovine neartikulovateľných zvukov, ktorými dáva najavo svoju spokojnosť – smiechom, pokojným mrnkaním, úsmevom, alebo nespokojnosť – plač, výbuchy zlosti. Výrazným prvkom komunikácie je pocitový kontakt – PSS komunikuje s okolím prostredníctvom manipulácie s telom – agresia, búchanie hlavy, ale len pri negatívnom pôsobení podnetov okolia. V takejto situácii pomôže okamžité odstránenie spúšťača stresu a prejsť

na nami osvedčené upokojujúce aktivity (jemné masírovanie, hladenie, upokojujúca bazálna stimulácia).

Orientácia časom, priestorom a miestom je nepostačujúca. PSS nechápe situácie.

Psychosociálna zaostalosť vyplýva z jej ťažkého postihnutia, ale i nepriaznivé okolnosti domáceho prostredia (nechcené dieťa, nezájum rodičov a blízkych, žiadny kontakt).

Sociálna funkcia vo vzťahu k známym ľuďom je dobrá – reaguje pozitívne. Pri pocite ohrozenia z neznámych ľudí reaguje autoagresívne.

Špecifické poruchy správania nastávajú v prípade kolísavých emočných nálad, ktoré vznikajú na podnet ohrozenia z neznámych osôb, alebo bezprostredného kontaktu s mobilnými prijímateľmi sociálnej služby, ale spúšťačom môže byť aj nespokojnosť a nezájum o jej osobu zo strany personálu.

Zájumy PSS sa viažu na niektoré druhy terapií (muzikoterapia, arómaterapia). Má rada prítomnosť personálu, ktorý sa jej venuje, obľubuje taktilné - dotykové stimuly, rada počúva príbehy z kníh.

Stravovanie zabezpečujeme PSS formou drobnej, jemne pripravenej stravy (jedlo nemixujeme). Obľubuje sladké jedlá, jedlá mliečneho druhu.

Obliekanie z hľadiska hlbokého stupňa mentálneho postihnutia a postihnutia pohybového aparátu PSS sama nezvláda, potrebuje pomoc. Oblečenie jej vyberá, oblieka a vyzlieka službukonajúci personál.

Hygienické a kultúrne návyky PSS nemá osvojené vzhľadom k jej hlbokému mentálnemu postihnutiu.

Hospodárenie s financiami zabezpečuje sociálna pracovníčka (nákup osobných vecí, didaktických rozvíjajúcich potrieb, pomôcok, sladkostí). Vzhľadom na stupeň postihnutia nevie nakladať s finančnými prostriedkami.

Činnosti na ktorých sa PSS podieľa sú všetky zložky výchovno-vzdelávacích aktivít, avšak v podobe minimálnej aktivity.

Analýza:

Problémovou oblasťou u klientky, ktorú považujeme za prioritnú a treba ju riešiť je zdravotná oblasť a zlepšenie fyzického zdravia vzhľadom ku kvadruparetickej forme DMO a hlbokému mentálnemu postihnutiu. S touto oblasťou je potrebné cielene pracovať, aby nedochádzalo k znižovaniu svalového tonusu. Začneme realizovať hydroterapiu, aby sme stimulovali hybnosť a vlastnú aktivitu PSS.

Metódy práce s PSS sú nasledovné:

- slovné usmernenie – s PSS komunikujeme jasne a zreteľne, pokojným tónom upriamiť pozornosť na hydroterapiu,
- pochvala,
- taktilné podnety,
- povzbudenie.

Ciele:

- nadradený cieľ: skvalitnenie života PSS
- hlavný cieľ: stimulácia svalstva a prevencia preležaní
- čiastkový: hydroterapia

Plán činnosti:

Kto? – PSS a službu konajúci personál.

Kde? – kúpeľňa a prirodzené prostredie (izba PSS).

Kedy? – 2x do týždňa, každý utorok a piatok v dopoludňajšej službe, v intervale do 30 minút.

Čo? – hydroterapia.

Ako? – spôsob, akým budeme realizovať túto činnosť je nasledovný:

1. pripravíme si všetky pomôcky na realizáciu činnosti (osuška, podložka, oleje ...),
2. PSS informujeme adekvátne jej schopnosti vnímať,
3. PSS premiestnime do kúpeľne,
4. do vane napustíme vodu, pridáme morskú soľ, oleje alebo iné prísady na uvoľnenie svalstva,
5. do vane vložíme masážnu podložku,
6. PSS položíme do vane na podložku a necháme ju ležať na chrbte asi 15 minút,
7. vybrať PSS z vane na lôžko s osuškou,
8. ďalej postupujeme spôsobom ,ako pri kúpaní (osušiť, ošetriť telo olejom, zabaliť, obliecť),
9. PSS premiestnime do svojej izby,
10. PSS podáme tekutiny,
11. uložíme ju do vhodnej polohy z použitím kompenzačných pomôcok,
12. PSS prikryjeme.

Hodnotenie:

U PSS sme stanovili cieľ na skvalitnenie života. Využijeme spôsoby hydroterapie, liečebného telocviku s odbornou masážou zo strany úseku rehabilitácie. Dôležité je zameranie na stimuláciu svalstva a prevenciu preležanín. Cieľ je dlhodobý (vzhľadom na postihnutie PSS) v časov intervale jedného roka. Začiatok terapie sme stanovili na 1. november 2011. Činnosti sme realizovali v hlavnej budove na oddelení C. Na činnosti sa podieľali a v budúcnosti sa budú podieľať PSS a dopoludňajšia služba. Aký výsledok dosiahneme po krátkom čase, zhodnotíme v mesačnom hodnotení, avšak je to dlhodobý cieľ, ktorý môžeme posúdiť až po uplynutí jedného roka, ako sme si to stanovili v časovom pláne

4.7 Vyhodnotenie efektivity individuálnych plánov rozvoja osobnosti

Vyhodnotenie individuálneho plánu rozvoja osobnosti u prvej prijímateľky sociálnej služby

Meno: Anna

Realizácia IPRO: november 2011 – január 2012

november 2011

Spolupráca PSS a pracovníka je dobrá. Minimálne signály, ktoré sme postrehli je vo väčšine prípadov spokojnosť a iba málokedy zaznamenávame odmietavé správanie a nechť k vykonávanej činnosti. IPRO sa realizovalo 5 krát do týždňa, v odpoľudňajšej službe, v časovom intervale 30 minút. Viditeľné pokroky zaznamenávame v komunikácii s PSS po slovnom upriamení pozornosti na sprchovanie, sústreďí pozornosť a zamieri do kúpeľne. Zo stanovených krokov postupnosti zvláda samostatne vyzlečenie a vie si dať použité prádlo do prádelného koša. Dokáže vojsť do vane, ostatné kroky zvláda s pomocou personálu. Keďže pri činnosti potrebuje pomoc, naďalej je potrebné rozvíjať stanovený cieľ. Motiváciou pre PSS je povzbudenie, taktilné podnety, úsmev, pochvala, káva, sladkosti a pod. Čiastkový cieľ nespĺnil definovanie hlavného cieľa a je potrebné naďalej pracovať v tejto oblasti.

december 2011

Ďalej pokračujeme v realizácii činnosti na dosiahnutie cieľa. Evidujeme dobrú spoluprácu s PSS, ktorá sa na sprchovanie teší, má radosť. Naďalej sa pokračuje v časovom rozpätí harmonogramu a plánu. Viditeľné pokroky sa rozšírili o ďalšie kroky, tešia nás malé, ale pre nás sú to veľké úspechy, ktoré sme postrehli. Prvé tri kroky plánu postupnosti zvláda, dokáže si pustiť vodu, ale nastavenie teploty vody neovláda, vzhľadom k neschopnosti rozlíšiť teplú a studenú vodu. Veľké pozitívum je snaha PSS mydlíť si telo, ale pre netrzeplivosť prestane činnosť prevádzať a zanechá ju. Naďalej pracujeme na rozvíjaní schopností a trénujeme zručnosti PSS motivačnými spôsobmi. Nakoľko cieľ

nie je splnený, pokračujeme v realizácii činností, pretože sme dosiahli v oblasti hygienických návykov dobré a slušné výsledky. Považujeme za prirodzené a správne naďalej zlepšovať a zdokonaľovať túto oblasť a zároveň udržať schopnosti PSS na takej úrovni, aké sú v súčasnosti.

január 2012

Spolupráca s PSS je veľmi dobrá. Dá sa povedať, že minimálne signály, ktoré sme u PSS postrehli je potešenie a radosť pri realizácii plánu. IPRO realizujeme podľa časového harmonogramu, zaznamenávame viditeľné pokroky, ktoré sme už spomínali. Patria sem kroky: PSS si vie zobrať nachystané veci, zamieri do kúpeľne, vyzlečie sa, dokáže vojsť do vane, vie si uložiť prádlo do koša. Negatívnym bodom je krátke zameranie pozornosti a neschopnosť sústrediť sa na vykonávanú činnosť – začne niečo vykonávať a zároveň to zanechá. Potrebujeme pomoc aj pri nastavení teploty vody, sprchovaní, mydlení tela, utieraní a krémovaní. Niektoré kroky sú úspešnejšie, za krátky čas zvláda toho dosť, na iné kroky budeme potrebovať dlhšie časové obdobie. Je potrebné ďalej rozvíjať a nacvičovať rozvoj tejto oblasti a podporovať ju. Cieľ je čiastočne splnený, pokračujeme v zdokonaľovaní zručností, ktoré nadobudla a docvičujeme tie, ktoré zvláda s pomocou, prípadne vôbec. Cieľ prispel k skvalitneniu osobnostného rozvoja PSS, k zvýšeniu jej samostatnosti.

Záver:

Aj napriek zisteným skutočnostiam, realizujeme náš plán rozvoja osobnosti PSS. Je zameraný na sprchovanie, zlepšenie hygienických návykov a zručností, skvalitnenie života. Zameriava sa na oblasť samoobslužných činností a reálna potreba rozvíjať túto oblasť je úzko spätá s oblasťou podpory a rozvoja fyzického a duševného zdravia u PSS. Plán sme vypracovali podľa individuálnych potrieb, rešpektovali sme zručnosti a schopnosti PSS a volili ciele na základe priorit. Mali sme na pamäti to, čo už PSS dokáže, ktoré schopnosti je potrebné udržiavať, a ktoré ďalej rozvíjať. Budeme sa snažiť zdokona-

ľovať problematickejšie činnosti a podporovať pozitívne stránky. Veríme, že jej zlepšíme a skvalitníme život.

Vyhodnotenie individuálneho plánu rozvoja osobnosti u druhej prijímateľky sociálnej služby

Meno: Jana

Realizácia IPRO: november 2011 – január 2012

november 2011

Spolupráca PSS a pracovníka je v súvislosti k jej schopnostiam a možnostiam celkom dobrá. Oceňujeme snaživosť u PSS, ktorá sa pri správne vykonanom úkone teší, IPRO realizujeme každý deň, pri hlavnom jedle. Viditeľné pokroky sú umývanie rúk pred obedom, správne usadenie na miesto, uchopenie lyžice. Pri treťom kroku – umývanie rúk potrebuje pomoc, pretože si sama nedokáže pustiť vodu. Keďže pri väčšine úkonov potrebuje pomoc, ďalej budeme cvičiť a rozvíjať stanovený cieľ. Vytýčený cieľ nie je splnený, doposiaľ u PSS zaznamenávame slabú a nesprávnu zručnosť pri stravovaní, v ciele je nutné pokračovať a ďalej cvičiť kroky postupnosti. Motiváciou do ďalšej činnosti je pochvala a odmena, z ktorých má nesmiernu radosť a teší sa.

december 2011

V realizácii činností na splnenie cieľa pokračujeme. PSS sa snaží spolupracovať na všetkých krokoch postupnosti. Pri pochvale, ktorá je vždy poteší, prejavuje svoju radosť posunkami. V realizácii plánu pokračujeme v stanovenom čase. Dokáže si umyť ruky (s pomocou), usadiť sa na miesto, vziať do ruky lyžicu. Pri správnom stolovaní je nutné venovať jej viac pozornosti, niekedy jej to ide lepšie, inokedy s problémami (rozsýpanie jedla po stole, omrvinky, fŕkanie, ušpinenie oblečenia). Považujeme za potrebné, ďalej rozvíjať a zdokonaľovať jednotlivé kroky s vhodnou motiváciou, pretože cieľ nie je splnený. V súvislosti so skutočnosťou, že PSS chodí často domov (aj počas týchto sviatkov je tomu tak) pri plnení cieľa spolupracujeme s rodičmi

PSS. Tí sú informovaní a usmernení o plnení cieľa, spolupráca je na dobrej úrovni.

január 2012

V stanovenej činnosti pokračujeme. PSS sa pri správnej realizácii úkonu smeje a teší sa. Plán realizujeme každý deň, počas obeda. Hoci je potrebná pomoc a pozornosť zo strany personálu, PSS po slovnom upozornení dáva väčší dôraz a sústredí pozornosť na správnosť stolovania. Výsledky sú viditeľné, hoci je nutné ďalej rozvíjať a nacvičovať jednotlivé úkony. Po každom úspechu je motivovaná pochvalou a odmenou. Cieľ je splnený iba čiastočne, v súvislosti s jej postihnutím sa úspech dostavuje veľmi pomaly. Pri hodnotení doterajších záverov, uvažujeme nad možnosťou, či by nebolo vhodné ostať pri tomto ciele ešte ďalší polrok, aby sme udržali jej schopnosti na takej úrovni, aké sú doposiaľ. Zároveň tréningom každodenných zručností rozvíjať a zdokonaľovať cieľ, ktorý prispel k zvýšeniu samostatnosti prijímateľky sociálnej služby.

Komentár k individuálnemu plánu

Pozitívne body, ktoré sme postrehli:

- zlepšenie zdravotného stavu u PSS, pracovnou činnosťou rehabilitujeme svalové skupiny rúk, prstov,
- rozvíjanie rozumovej výchovy – PSS intenzívnejšie rozmýšľa a kladie dôraz na správne vykonávané činnosti,
- znižovanie závislosti od iných osôb,
- zvýšenie sebavedomia u PSS.

Negatívne body, ktoré je potrebné zlepšiť:

- pomalý postup zvládania činnosti,
- nízka správnosť stolovania,
- potreba zvýšenej pozornosti od personálu.

Záver:

Vzhľadom k problémom, ktoré u PSS evidujeme, realizujeme plán rozvoja osobnosti, ktorý je zameraný na správne stolovacie návyky. S rozvojom samoobslužných činností a so snahou zvýšenia samostatnosti chceme prispieť k skvalitneniu života PSS. Pracujeme s oblasťou samoobslužných činností, cielene ju podporujeme a rozvíjame tým duševný i fyzický stav PSS. Plán sme vypracovali na základe individuálnych potrieb a špecifik PSS s vedomím, znížiť závislosť druhej osoby na minimum a eliminovať aktívnejšiu formu obsluhy personálu, prípadne doma od rodičov. Zlepšením kultúrnych návykov chceme podporiť samostatnosť a tým zvýšiť sebavedomie u PSS. Vieme, že to nie je ľahké, ale určite to má význam.

Vyhodnotenie individuálneho plánu rozvoja osobnosti u tretej prijímateľky sociálnej služby

Meno: Katka

Realizácia IPRO: november 2011 – január 2012

november 2011

Spolupráca PSS s pracovníkom je veľmi ťažká, vzhľadom na jej ťažký stupeň postihnutia. Pri takomto postihnutí komunikácia s klientkou spočíva prostredníctvom minimálnych signálov, vo väčšine prípadov to bola nespokojnosť, vydávanie neartikulovaných zvukov, plač. IPRO sa realizovalo 2-krát týždenne, vždy v utorok a piatok, v dopoludňajšej službe v časovom intervale 30 minút. Pokroky sú málo viditeľné, vzhľadom k začiatku terapie. Žiadne kroky postupnosti plánu nezvláda samostatne, nakoľko je PSS imobilná. Potrebuje sústavnú pomoc. Je to dlhodobý cieľ, u PSS je potrebné pravidelné a stále stimulovanie svalstva. Naďalej je potrebné pokračovať v terapii. Stanovenie cieľa nie je naplnené.

december 2011

Ďalej pokračujeme v terapii. Spolupráca s PSS je minimálna, takmer žiadna. Minimálne signály, ktoré evidujeme u PSS sú hrdelné zvuky, niekedy

nepokoj, ale i úsmev. V realizácii plánu sa pokračuje v stanovenom čase. Hoci PSS má problém vzbudiť a zamerať pozornosť na vykonávanie činností, niekedy po terapii zaznamenávame pocit spokojnosti. Hoci žiadne kroky PSS nezvláda samostatne, vo všetkom potrebuje pomoc personálu, ďalej pokračujeme v realizácii plánu. Na spríjemnenie kúpeľa pridávame do vody rôzne prísady. Aktivity budeme rozvíjať a zdokonaľovať stanovený cieľ.

január 2012

Spolupráca PSS s pracovníkom je naďalej minimálna, vzhľadom k jej postihnutiu. Pri realizovaní činnosti sa začína usmievať, prejavuje spokojnosť, niekedy i nervozitu, plač. Postupujeme podľa stanoveného plánu, po terapii je svalstvo uvoľnené a PSS pokojne zaspí. Stav PSS je trvalý a vo všetkých krokoch postupnosti potrebuje pomoc. Počas troch mesiacov sme zistili že je potrebné naďalej pracovať na tomto ciele, ktorý si vyžaduje dlhodobé plnenie. Cieľ je čiastočne splnený, prispel k skvalitneniu života PSS, pomáha jej v stimulácii svalstva, prevencii preležanín, uvoľňovaniu bolesti.

Komentár k individuálnemu plánu rozvoja

Pozitívne body, ktoré sme postrehli pri realizácii činností:

- zmena zdravotného stavu u PSS,
- eliminácia regresie svalového tonusu,
- pozitívny vplyv na komplexný rozvoj PSS,
- zlepšenie materiálneho vybavenia – kompenzačné pomôcky.

Negatívne body ktoré je potrebné zlepšiť:

- nedostatočné vybavenie kúpeľne – potreba zakúpenia masážnej podložky do vane,
- potreba zaškolenia všetkých pracovníkov v oblasti rehabilitačných techník.

Záver:

V súvislosti so zistenými skutočnosťami, naďalej realizujeme hydroterapiu. Pokračujeme v liečebnom telocviku a cielenej masáži problémových partií tela. Zdravotná oblasť, ktorú podporujeme a cielene s ňou pracujeme úzko súvisí s oblasťou komplexného rozvoja. Pri tvorbe plánu sme sa snažili o zohľadnenie špecifik a osobitosti PSS, plán sme vytvorili na mieru jej potrieb; domnievame sa, že týmito terapiami jej zlepšíme a skvalitníme život. Dúfame, že budú na osoh a naša práca a snaha nebola a nebude do budúcnosti zbytočná. Myslíme si že táto práca je náročná, ale má aj pekné ľudské priority, pre ktoré sa oplatí pracovať.

Odporúčania pre prax

Vzhľadom k tomu, že pri spracovaní tejto diplomovej práce sme narazili na niektoré negatíva, navrhujeme tieto opatrenia:

Odporúčania pre verejnosť:

- venovať väčšiu pozornosť jedincom so špecifickými potrebami
- vytvoriť podmienky pre integráciu týchto ľudí do spoločnosti

Odporúčania pre prax:

- zvýšiť počet personálu vzhľadom k potrebám a individualite prijímateľov sociálnej služby DSS,
- zmeniť organizačnú štruktúru – zvýšiť počet odborných zamestnancov (so vzdelaním v obore špeciálna pedagogika, liečebná pedagogika),
- umožniť zúčastňovania na spoločenskom dianí,
- vytvárať podmienky na výchovu a vzdelávanie vzhľadom na ich špecifické potreby,
- zabezpečiť dosiahnutie rozvoja osobnosti a zvýšenie kvality života,
- uspokojiť zvýšené nároky a potreby na rehabilitáciu používaním rehabilitačných pomôcok,
- vytvárať primerané možnosti pracovného uplatnenia,
- zvýšiť adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť,
- zlepšovať materiálne a priestorové podmienky úpravou a humanizáciou prostredia.

Záver

Socializácia postihnutých má svoje zákonitosti v závislosti od druhu a stupňa postihnutia, záleží však od rozvoja spoločnosti a mentality ľudí.

Problematika týkajúca sa mentálne postihnutých si vyžaduje mnohé zmeny postoja spoločnosti, tie začínajú cielene za pomoci zodpovedných pracovníkov a ich pozitívneho myslenia.

Dá sa konštatovať, že najväčším problémom je nedokonalá legislatíva, ktorá neumožňuje rovnaké práva pre ľudí s mentálnym postihnutím, ako pre ľudí bez postihnutia. V našich podmienkach však socializácia ľudí so špecifickými potrebami napreduje stále rýchlejšie.

Mentálne postihnutí je to skupina občanov, ktorí vzhľadom na svoje postihnutie potrebujú pomoc a stálu podporu pre rozvíjanie svojich schopností, zručností a návykov. Často majú problémy s komunikáciou, riešením určitých situácií, zvládaním konfliktov, asertívnym správaním, prijatím sociálnych rolí náležiacich veku a ich adekvátnym zvládaním. Ťažko sa rozhodujú, a preto je potrebné trénovať ich komunikačné a sociálne zručnosti, sebaapresadzovanie, samoobslužné návyky, uplatňovanie svojich práv a sebareguláciu, čo vedie k osamostatňovaniu, sebarealizácii a nezávislému životu.

V našej práci sme sa zaoberali mentálne postihnutými v procese socializácie - procese, ktorý nemá normalizovať týchto ľudí, ale normalizovať (vytvárať) podmienky pre ich všestranný rozvoj a uplatnenie sa v živote.

Priblížili sme úlohu sociálnych služieb v domovoch sociálnych služieb, opísali možnosti uplatnenia mentálne postihnutých obyvateľov.

V krátkosti sme priblížili zmenu v sociálnych službách (transformáciu), ktorej cieľom je sociálna a pracovná integrácia ich obyvateľov. Predstavili sme aj IPRO - nástroj na spoluprácu, ktorý slúži k tomu, aby mohol obyvateľ domova viesť, čo najviac aktívny a „nezávislý“ život.

Zamerali sme sa na tvorbu, realizáciu a efektivitu individuálneho plánu rozvoja osobnosti mentálne postihnutých v procese socializácie.

Teoretické rozpracovanie tejto tematiky vo všeobecnosti je dostupné, ale praktické skúsenosti v literatúre absentujú. Skoncipovať individuálny plán roz-

voja osobnosti u mentálne postihnutých je práca náročná, vychádzajúca z prihliadania na špecifiká týchto osôb a vyžaduje si množstvo teoretických vedomostí i praktických skúseností. Preto naše návrhy, rady a odporúčania podávame len ako vzor pri vypracovávaní individuálnych plánov rozvoja osobnosti pre mentálne postihnutých.

Z praktickej časti diplomovej práce vyplýva, že vypracovanie a realizácia individuálnych plánov rozvoja osobnosti mentálne postihnutých osôb je pri rozvoji ich osobnosti efektívna a odporúčame využívanie IPRO pri rozvoji osobnosti podľa ich individuálnych potrieb, s cieľom rozvíjať samoobslužné činnosti, zvýšenie samostatnosti, či celkovom skvalitnení života takto postihnutých osôb. Môžeme tiež súhlasiť s názormi autorov, že používanie individuálnych plánov pri osobách so špecifickými potrebami prispeje k rozvíjaniu zručností, návykov, podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti, aktiváciu schopností mentálne postihnutých posilňovaním návykov pri sebaobsluže, či základných sociálnych aktivitách. Dá sa povedať, že sme si to čiastočne overili v praxi.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. BAJO, I. - VAŠEK, Š.: *Pedagogika mentálne postihnutých..* (Psychopédia), Bratislava: Sapientia, 1994. 240 s. ISBN 80-967180-1-0
2. BANK-MIKKELSEN, N.E.: *Životné podmienky pre ľudí s mentálnym postihnutím.* Brusel: ILSMH, 1991, s. 3
3. Domov sociálnych služieb Pohorelská Maša. [cit. 2012-02-22] Dostupné na internete: <<http://www.dsspohorelskamasa.sk/historia/historia.htm>
4. EMERSON, E.: *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 390 - 1
5. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Ošetrovatelstvo – teória.* Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 - 4
6. GALGANOVÁ, M.: Ref 23
7. GALGANOVÁ, M.: *List. September 2004*
8. GÁBOROVÁ, L.: *Normalizácia a integrácia mentálne postihnutých ľudí do spoločnosti.* In. *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých.* Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. 606 s. ISBN 80 – 8068 – 088 - 4
9. JAKABČIC, I. - POŽÁR, L.: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých.* Bratislava: Iris, 1995. 194s. ISBN 80-88778-11-5
10. JESENSKÝ, J.: *Základy komprehenzivní pedagogiky.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
11. KOZOŇ, A.: *Úvod do patopsychológie postihnutých.* Trnava: Personal Consultant, 2007. 155 s. ISBN 978-80-969668-3-7.
12. KATUŠČÁK, Š.: *Ako písať záverečné a kvalifikačné práce.* Nitra : Enigma, 2007. 162 s. ISBN 978-80-89132-45-4
13. KRUPA, S. et al. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov.* [online]. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2007. [2012-02-22] Dostupné na internete: < http://www.rpsp.sk/download/transformacia_dss.pdf

14. KRUPA, S. et al. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2007. 198 s. ISBN 978 – 80 -970004 – 4.
15. KRUPA, Slavomír et al.. *Rozvoj komunitných sociálnych služieb*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2006. 109 s. ISBN 80 – 969581 – 7 - 8
16. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. [učebnice VŠ] Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80 – 85850 – 76 - 1
17. MICHALÍKOVÁ, S.- MIŠOVÁ, I.: *Ludské práva ľudí s mentálnym postihnutím, Národná správa SR, ZPMP v SR*. Bratislava , september 2003
18. NEMČEKOVÁ, M. – ŽIAKOVÁ, K.: *Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou*. 1. Vyd. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK, 1997. 70 s. ISBN 80 – 88866 – 03 - 0
19. ONDRIAŠOVÁ, M.: *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80 – 8063 – 199 - 9
20. REPKOVÁ, K.: *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie*, 1. vyd. Bratislava: Epos, 1998. 192 s. ISBN 80-8057-005-1.
21. PIKÁLEK, Š.: *Výchovná a pracovnorehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, s.r.o., 2004. 168 s. ISBN 80-968797-7-4
22. ROŠOVÁ, SR. AKVILÍNA: *List*. Ref 22
23. SLOWÍK, J. : *Speciální pedagogika*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1733 - 3
24. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7
25. VAŠEK, Š.: *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia, 2003. 210 s. ISBN 80-89229-02-6
26. VAŠEK, Š.: *Špeciálno-pedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapientia. 186 s. ISBN 978-80-89229-05-5
27. *Zákon č.195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci*. [cit.2012-02-22]. čiastka 73.
Dostupné na internete:
http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/docl_1331_894902413.pdf

28. *Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách*. [cit. 2012-02-21]. čiastka 165. Dostupné na internete:

<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=208538&FileName=zz2008-00448-0208538&Rocnik=2008>

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obr. 1 Rozloženie inteligencie podľa Gaussovej krivky	15
Obr.2 Pyramída potrieb A. S. Maslowa.....	35

PRÍLOHY

Príloha A – Chránené pracovisko na výrobu obalového materiálu na cestoviny Pohorelá



Sedem prijímateľov sociálnej služby pracuje na výrobe sáčkov pod vedením inštruktora:



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Žaneta Holková

Obor: Mgr. ŠPPGU

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Socializácia a možnosti uplatnenia mentálne postihnutých jedincov

Rok: 2010/2012

Počet strán textu bez príloh: 73

Celkový počet strán príloh: 1

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 18

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 6

Počet internetových zdrojov: 4

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, Ph.D.