SOCIÁLNA REHABILITÁCIA

Social rehabilitation

7: 200 - 398, 2005
ISSN 1212-4117**Jana Levická**

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra teórie sociálnej práce

Summary

Situations can be encountered in the human life, in which a person pretends to be on the fringe of the society. He/she feels his/her elimination from the society to variable extent. Thus, the social rehabilitation is simultaneously a possibility of the consideration of the approach to re-integration of an individual into the society.

Key words: rehabilitation – social rehabilitation – social-rehabilitation care, client-oriented attitude

Súhrn

V živote človeka nastávajú situácie, v dôsledku ktorých sa na rozlične dlhý čas ocitá ako keby na okraji spoločnosti. Prežíva rôzne miery sociálneho vylúčenia. Sociálna rehabilitácia je tak zároveň metódou i možnosťou pre návrat, pre opätovné začlenenie jedinca do spoločnosti.

Kľúčové slová: rehabilitácia - sociálna rehabilitácia - sociálno-rehabilitačná starostlivosť - orientácia na klienta

WHO v roku 1969 definovala rehabilitáciu ako komplexné, koordinované využívanie medicínskych, sociálnych, výchovných a pracovných prostriedkov na výcvik alebo precvičovanie jednotlivca do najvyššej možnej miery s cieľom umožniť mu začlenenie alebo znovuzачlenenie do spoločnosti. Pod spoločenským začlenením rozumieme jeho aktívnu účasť na pracovnom procese, vzdelávaní alebo ďalších aktivitách spoločenského a verejného života, ale tiež rozvoj kontaktov a aktivít v súkromnom živote. Pričom v praxi rozoznávame rozdiely medzi *habilitáciou*, ktorú chápeme ako proces prvotného začlenenia jedinca do spoločnosti (o habilitácii hovoríme najmä vo vzťahu k deťom) a *rehabilitáciou*, čiže o novým, opätovným začlenení jedinca do spoločnosti.

Sociálna rehabilitácia je vo svojej podstate metodickým postupom, ktorý sa usiluje o opätovné začlenenie klientov do spoločnosti. Napriek veľkej variabilite, ktorá je daná rozličnou skladbou klientely sociálnej práce, v úsilí o opätovné začlenenie klienta do spoločnosti, môžeme nájsť u všetkých klientských skupín niekoľko spoločných princípov, ktoré by mal sociálny pracovník rešpektovať.

1. ORIENTÁCIA NA POTREBY KLIENTA

Potreby sú internou normou klienta, ktorú si jedi-

nec vytvára postupne na základe vplyvu jeho prostredia, predchádzajúcich životných skúseností, vzdelania a podobne. Hierarchia potrieb, ktorú si jedinec buduje v priebehu svojho života, býva častokrát narušená, respektíve býva nenaplnená v dôsledku tých životných situácií, následkom ktorých sa jedinec stáva klientom sociálnej práce. Tento proces zmeny, býva sprevádzaný často razom negatívnych emócií ako napríklad strach, neistota, pocit opustenosti atď., ktoré sťažujú interakciu klienta s jeho okolím a nezriedka bývajú dôvodom jeho sociálneho vylúčenia.

Sociálny pracovník, ktorý s klientom pracuje, by si mal byť vedomí dvoch základných skutočností:

- a) významu potrieb vo všeobecnosti,
- b) významu tzv. nemateriálnych potrieb,
- c) individuálneho chápania a pociťovania potrieb klientom.

Samozrejme, že vo svojom úsilí sa sociálny pracovník orientuje na pomoc pri zlepšovaní sociálnej reality klienta ako v rovine materiálnych potrieb, tak i v rovine nemateriálnych potrieb.

K základným potrebám, na ktoré sa zameriava pracovník v procese sociálnej rehabilitácie, patria:

- istota a bezpečie
- súkromie

- stabilita
- dôvera a sebadôvera
- ľudské kontakty
- komunikácia

Práve prostredníctvom pôsobenia na oblasť nemateriálnych potrieb môžeme pomôcť klientovi získať vnútorný pokoj, nové ľudské kontakty a podobne a posilniť jeho dôveru v pozitívne očakávania.

2. ORIENTÁCIA NA KLIENTA AKO INDIVIDUALITU

Existujúce formy, postupy a metódy práce, ktoré sa postupne vyvíjali až nadobudli praktické aj teoretické vyjadrenie v jednotlivých metódach sociálnej práce, sú vo svojej podstate priemerovanou formou pomoci. Priemerovanou formou v tom zmysle, že sú určené „priemernému“ a teda zároveň neexistujúcemu človeku. V oblasti saturácie materiálnych potrieb sa tento priemer odráža od materiálnych potrieb, od reálnych skutočností ako napríklad od ceny nevyhnutne vynaložených financií na bývanie, stravu a podobne. Takto taxatívne stanovené dávky a rozsah niektorých služieb sú určené na pokrytie naozaj tej najspodnejšej hranice ekonomickej potrebnosti. Cieľom tejto skupiny metód a foriem pomoci nie je zabezpečiť prostredníctvom ekonomickej formy pomoci štátu psychosociálnu stabilitu klienta, ale len pomôcť „prežiť“ mu určité obdobie. Špecifické postavenie v tomto smere má kompenzácia zdravotného postihnutia. Zdravotne postihnutý občan je v zmysle sociálnej práce a sociálnej legislatívy chápaný ako občan, ktorý z objektívnych (zdravotných) dôvodov je dlhodobý, až trvalo obmedzený alebo vylúčený z možnosti uplatnenia sa na bežnom trhu práce. V súlade s týmto chápaním sú potom ekonomicke zdroje, ktoré majú zabezpečiť občanovi vhodné životné podmienky a sú potom nastavované vyššie ako iné formy ekonomickej pomoci.

Ekonomicke formy pomoci klientovi sú vždy priemerované. Aj pri kompenzácií sociálnych dôsledkov zdravotného postihnutia, založenej na individuálnom prístupe ku klientovi, sa sociálny pracovník pohybuje v systéme priemerovaných nárokov na klienta, daných patričnou legislatívou (v súčasnosti reprezentovanou predovšetkým zákonom č. 195/98 v znení následných úprav).

Rozsah foriem a miera pomoci sú legislatívne stanovené a ohraničené minimom a maximom možností ekonomickej pomoci presne vymedzenej zákonom.

V tej časti sociálnej praxe, v ktorej sa sociálny pracovník orientuje na priame pôsobenie na klien-

ta, má k dispozícii pomerne širokú škálu foriem a metód pomoci. Tieto mimoekonomické formy pomoci orientované predovšetkým na oblasť psychosociálneho fungovania klienta plne umožňujú realizáciu požiadaviek individuálneho prístupu ku klientovi.

Umožňujú sociálnemu pracovníkovi, aby volil a preferoval tie formy práce s klientom, ktoré v najoptimálnejšej miere odrážajú potreby, predstavy a požiadavky klienta.

Mohli by sme povedať, že účinnosť sociálnej práce smerujúca k integrácii klienta spoločnosti je priamo úmerne závislá na schopnosti sociálneho pracovníka prispôbiť pracovné metódy individuálnym potrebám klienta.

3. ORIENTÁCIA NA ZACHOVANIE SUVERENITY KLIENTA A PODPOROVANIE JEHO KOMPETENCIE

Len klient, ktorý vníma sám seba ako jedinca schopného robiť rozhodnutia, niest' zodpovednosť, plánovať a dosahovať zmenu, bude schopný trvalej zmeny.

Takýto klient sa stáva v pravom zmysle partnerom sociálneho pracovníka, je schopný prinášať nové návrhy a riešenia vlastnej situácie a realizovať vlastné očakávania.

Klient, vedomí si vlastnej hodnoty a možnosti, je schopný poznať a ujať sa svojich kompetencií. Stáva sa aktívnym pri presadzovaní svojich oprávnených záujmov, dokáže nájsť možné zdroje pomoci, a to ako v členoch vlastnej rodiny, tak i v širšom prostredí.

Kompetencie, o ktorých klient rozhoduje samostatne, nielen posilňujú sebavedomie a sebestačnosť klienta, ale priaznivo pôsobia aj na rozvoj tých schopností klienta, ktoré sú potrebné k získaniu nezávislosti klienta na svojom okolí.

Klient je v pravom zmysle odborníkom na vlastné problémy, a preto má právo žiadať, aby o ich riešení rozhodoval on, aby tieto rozhodnutia mohol sám realizovať a aby mu pritom bola poskytnutá primeraná odborná pomoc.

4. ORIENTÁCIA NA IMAGE SOCIÁLNEHO KLIENTA

Klient sociálnej práce je človekom potrebujúcim pomoc odborníka pri riešení svojich problémov.

Takto isto by sme mohli vnímať napríklad klienta – človeka, ktorý prichádza za architektom, aby mu naprojektoval dom, klienta prichádzajúceho za právnikom, dožadujúceho sa realizácie vlastných práv, klienta-pacienta, hľadajúceho pomoc u odborníka-lekára atď. Všetci títo „klienti“ sú spoločensky akceptovaní, vyhľadanie vyššie spomínaných foriem pomoci je chápané ako pri-

rodzenosť, bez akýchkoľvek negatívnych náso-
sov.

Čím je teda iná pozícia klienta sociálnej práce?

Prečo ju sprevádza tak silné vnútorné i vonkajšie odmietanie? Pozícia klienta sociálnej práce je rozdielna práve v negatívnom spoločenskom chápaní skutočnosti vedúcich k zmene, následkom ktorej klient potrebuje pomoc spoločnosti. Z historického vývinu samotnej profesie vidíme, že počet jednotlivcov potrebujúcich túto formu pomoci tak v minulosti nižší a vo vedomí ostatných sa spája s mnohými negatívami: lajďák, žobrák, kriminálnik, atď. „Strešná“ spoločnosť sa síce snažila pomáhať, ale zároveň svoju pomoc zdôrazňovala rozdielom medzi ňou a tými, ktorým bola jej pomoc určená. Negatívny image klienta sociálnej práce bol natoľko silný, že ho nestačil prekonať ani nárast klientov, ktorý sa o pomoc spoločnosti uchádzajú z dôvodov dočasnej straty zamestnania, nedostačujúceho ekonomického príjmu, vysokého životného veku, straty rodičov, choroby či zdravotného postihnutia. A to aj napriek upozorneniu, ktoré môžeme nájsť už v prácach J. Adamsovej, A. Salomonovej a ďalších, že s rozvojom spoločnosti, predovšetkým s rozvojom jej poznania a vývojom techniky, bude narastať aj počet ľudí vyžadujúcich sociálnu starostlivosť spoločnosti. Aj napriek veľkému počtu klientov v súčasnosti (odborné odhady hovoria, že približne každý štvrtý až piaty človek potrebuje počas svojho života určitú formu sociálnej pomoci), sa pojem „klient“ sociálnej práce neustále chápe negativisticky.

Táto skutočnosť pôsobí nepriaznivo predovšetkým na samotného klienta, na tvorbu jeho sebaobrazu, posilňuje autoaversionálne sklony, ktoré v konečnom dôsledku môžu viesť k seba-poškodzovaniu klienta, ba až k pokusom o autodestrukciu klienta. Toto negatívne chápanie pozície klienta sociálnej práce posilňuje v jedincovi pocity bezmocnosti, frustrácie, spoločenskej nežiadanej, bezcennosti atď. Je preto z hľadiska individuálneho prežívania a celkového zvládnutia sociálne-problémovej situácie klienta nevyhnutne potrebné pôsobiť aj na vnímanie image klienta v spoločnosti, ale tiež pracovať s klientom na seba prijatí v roli klienta sociálnej práce.

Z hľadiska časovej organizácie sociálnej rehabilitácie môžeme hovoriť o preventívnej, aktuálnej a následnej rehabilitačnej starostlivosti.

Preventívna rehabilitačná starostlivosť sa zameriava na predchádzanie vzniku chýb alebo porúch (napr. ošetrovacie pobyty pre baníkov, preventívna práca s mládežou, zdravý životný štýl

a pod.).

Aktuálna rehabilitačná starostlivosť nastupuje bezprostredne po vzniku sociálnej problémovej situácii s cieľom odstrániť alebo zmierniť dopad tejto situácie na klienta. Podľa dĺžky trvania môže byť aktuálna rehabilitačná starostlivosť krátkodobá (v trvaní niekoľko dní) a dlhodobá (v trvaní niekoľko rokov).

Následná rehabilitačná starostlivosť je súbor služieb, nadväzujúcich na aktuálnu rehabilitačnú starostlivosť. U niektorých klientov prerastajú do tzv. celoživotnej starostlivosti.

Sociálna rehabilitácia zahŕňa opatrenie, ktoré uspôsobujú jednotlivca pre život v spoločenskom prostredí, pre kontakty s inými ľuďmi. Ako taká je imanentnou zložkou sociálnej práce.

Sociálna rehabilitácia sa zameriava predovšetkým na nasledovné oblasti:

- samostatnosť, nezávislosť na pomoci iných (ovládanie sebaobslužných prác, domáчих prác, schopnosť používať dopravné prostriedky, vybavovať si svoje osobné záležitosti, nakupovať a pod.),
- dorozumievanie sa – okrem bežnej hovorovej reči ide o zvládanie rôznych druhov náhradnej komunikácie (posunková reč, systém MAKATON, počítače ...),
- dobré spoločenské vystupovanie, orientované na budovanie pozitívneho klientskeho image,
- oblasť individuálnych záujmov,
- rodinný život – hospodárenie, udržiavanie bytu, výchova detí, spolunažívanie členov rodiny vrátane otázok sexuálneho spoluzitia manželov.

Formy sociálnej rehabilitácie sú závislé od veku a problému klienta. Súčasťou sociálnej rehabilitácie sú aj socio-terapeutické programy so zameraním na posilnenie sebadôvery, zmenu postoja klienta, na oblasť komunikácie a asertívneho správania a pod.

Pri dospelých sa zameriavame v sociálnej rehabilitácii na tie oblasti, o ktorých predpokladáme, že môžu byť z hľadiska klienta zdrojom budúceho napätia, poruchy rodinných väzieb, dysfunkčného správania a pod.

Ide predovšetkým o úsilie dosiahnuť zmenu v nasledovných oblastiach:

- zmena v pracovnom zaradení,
- zmena postavenia v rodine,
- zmena životného režimu, záujmov,
- zmena vzťahu k iným ľuďom,
- zmena životného prostredia atď.

LITERATÚRA

Dzúrik, J. – Trnovec, T. a kol. 1997: Štandardné terapeutické postupy. Martin, Osveta.

Kábele, F. 1986: Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství. Praha, SPN.

Levická, J. 2000: Kvalita života so zameraním na občanov so zdravotným postihnutím. Dizertačná práca, FZaSP TU Trnava.

Levická, J. 1998: Vývoj a súčasný stav sociálneho

poradenstva. In: Sociálne poradenstvo. Trnava, SAP.

Repková, K. 1998: Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie. Bratislava, EPOS.

Strieženec, Š. 1998: Slovník sociálneho pracovníka. Trnava, AD.

Vašek, Š. 1996: Špeciálna pedagogika. Bratislava, Sapientia.

Jana Levická
j.levicka@centrum.sk