

Rehabilitacja społeczna w strukturze instytucji pomocy społecznej na Słowacji

Streszczenie

Podstawowa definicja świadczenia usług socjalnych w domach pomocy społecznej opiera się na holistycznym podejściu do klientów. W pracy zidentyfikowano i dokonano porównań świadczeń usług socjalnych w poszczególnych regionach Republiki Słowackiej. Przedstawiono również świadczenia usług socjalnych na podstawie kompetencji założycielskich obowiązujących na Słowacji. W końcowej części pracy wskazano na możliwe do zastosowania metody i techniki rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej oraz na specyfikę praktyki zawodowej pracownika socjalnego.

Słowa kluczowe: resocjalizacja, praca socjalna, pomoc społeczna, niepełnosprawność, terapia zajęciowa

Wprowadzenie

Resocjalizacja jest jednym z najistotniejszych sposobów integracji osób niepełnosprawnych. Skierowana indywidualnie do osoby potrzebującej, zapewnia przyjemność i wsparcie, umożliwia samorealizację. Resocjalizacja wpływa na lepszą integrację. Wspólna praca może odbywać się w małych lub większych grupach osób, z podobną lub taką samą niepełnosprawnością, względnie w grupie osób pełnosprawnych.

Usługi opieki społecznej

Domy pomocy społecznej przeznaczone są dla osób niepełnosprawnych umysłowo, fizycznie, sensorycznie lub z wielochorobowością. Świadczone usługi koncentrują się na promowaniu samowystarczalności podopiecznych oraz zapewnieniu im warunków godnego życia. Docelową grupą są osoby, które ze względów zdrowotnych lub innych nie są w stanie zarządzać swoimi potrzebami życiowymi we własnym środowisku, w różnych sytuacjach, ponadto nie mają możliwości korzystać z pomocy rodziny¹.

Akt nr 448/2008 Coll. w sprawie usług socjalnych definiuje dom pomocy społecznej jako „miejsce, w którym usługa socjalna jest świadczona stacjonarnie

¹ L. Novosad, *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, Praha, Portál, 2009

(całotygodniowo) lub ambulatoryjnie na rzecz osoby fizycznej aż do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli ta osoba fizyczna:

- uzależniona jest od pomocy innych osób fizycznych i stopień jej zależności wynosi co najmniej V, zgodnie z Załącznikiem nr 3 ustawy o usługach społecznych,
- jest osobą niewidomą lub niedowidzącą i stopień jej zależności wynosi co najmniej III, zgodnie z Załącznikiem nr 3 ustawy o usługach społecznych”².

W domu opieki społecznej zapewnia się:

- pomoc niesamodzielnym osobom fizycznym, która ukierunkowana jest na zadania samoobsługowe, załatwianie spraw urzędowych i innych,
- poradnictwo społeczne – pomoc w niekorzystnej sytuacji społecznej, która udzielana jest na poziomie podstawowym lub specjalistycznym,
- resocjalizację – działanie mające na celu promowanie samodzielności, samowystarczalności i samoaktywności, realizowane podczas treningów umiejętności w celu uzyskania nowych kompetencji i wdrożenia ich w codzienne funkcjonowanie,
- mieszkanie – jest to nocleg w pokoju lub jego części wraz z wyposażeniem, korzystanie z części wspólnych oraz świadczenie usług materialnych, związanych z zakwaterowaniem lub zapewnieniem możliwości noclegu,
- wyżywienie – dostarczanie posiłków zgodnie z zasadami zdrowego żywienia oraz z uwzględnieniem wieku i stanu zdrowia osób poprzez zapewnienie stosownej diety,
- utrzymanie czystości – zapewnianie sprzątania zgodnie z higienicznymi potrzebami podopiecznych,
- usługi pralnicze – pranie oraz prasowanie bielizny i odzieży,
- wyposażenie w niezbędne osobiste rzeczy – odzież, obuwie, artykuły higieniczne, przybory szkolne i inne przedmioty codziennego użytku³.

Dom pomocy społecznej zapewnia również rozwój i doskonalenie zawodowego. Poprzez rozwój umiejętności wykonywania pracy rozumiemy nabycie nawyku pracy i umiejętności wykonywania czynności zawodowych. Celem jest zdobycie niezbędnej wiedzy do wykonywania konkretnego zawodu. W domu realizowane są także zajęcia hobbystyczne, czyli kulturalne, sportowe, rekreacyjne, społeczne, nastawione na rozwój kolejnych umiejętności i zdolności podopiecznego⁴.

Z punktu widzenia usług społecznych generalnie istotne jest odniesienie się do skutków różnych negatywnych zjawisk w życiu człowieka, w kontekście jego integracji społecznej. Eliminowanie tych skutków jest istotną częścią misji świadczonych usług społecznych i funkcjonowania tego typu obiektów pomocowych.

² L. Novosad, *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, Praha, Portál, 2009

³ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách v znení neskorších predpisov, § 38

⁴ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách v znení neskorších predpisov, § 15-§ 23

W swojej całodobowej działalności, zgodnie z ustawą nr 448/2008 o usługach socjalnych, ośrodki pomocy społecznej stwarzają warunki do edukacji, mają też obowiązek przechowywania wartościowych przedmiotów. Edukacja stwarza warunki do nauki odbiorcy usług socjalnych, zgodnie z rozporządzeniem. W przypadku przechowania wartościowych przedmiotów, podopieczny może w razie potrzeby zatrzymać kosztowności na podstawie sporządzonej umowy⁵.

Usługa socjalna może być świadczona w ośrodku pomocy społecznej:

- ambulatoryjnie – jest udzielana osobie, która uczęszcza samodzielnie lub jest przewożona do miejsca świadczenia usług socjalnych. Ambulatoryjna opieka społeczna jest świadczona w domu pomocy społecznej przez co najmniej osiem godzin w ciągu dnia⁶,
- w formie terenowej – „usługa ta może być również realizowana poprzez programy w miejscu zamieszkania, których celem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób, rodzin i społeczności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej”⁷,
- jako formularz tygodniowego pobytu – ta usługa nie jest realizowana w dni wolne od pracy, święta i inne dni wolne ustawowo od pracy,
- jako całoroczna forma pobytowa – to forma świadczenia usług socjalnych, w której osoba potrzebująca objęta jest całoroczną opieką z zakwaterowaniem, a także wszystkimi świadczeniami,
- jako inne formy pomocy – usługa społeczna jest świadczona telefonicznie z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych⁸.

Centrum usług społecznych zapewnia odbiorcom o wiele więcej możliwości i angażowania się w różne działania, które są dla nich przydatne w wielu obszarach. Ustawa nr 448/2008 o usługach socjalnych stanowi w § 15 ust. 3: „dostawca usług socjalnych, dotyczy to również usług socjalnych świadczonych w innych typach placówek, takich jak domy pomocy społecznej, nie musi, ale może realizować lub stwarzać warunki dla innych działań, których ustawa nie reguluje, ale podnosi jakość oferowanych usług społecznych. Można wskazać np. różne rodzaje terapii, takie jak arteterapia, muzykoterapia, animoterapia i tym podobne”⁹.

Od 01.01.2014 nie jest możliwe świadczenie usług socjalnych w formie instytucjonalnej jako całorocznej usługi mieszkaniowej przez nowo zarejestrowanych usługodawców. Domy pomocy społecznej utworzone przed tą datą mogą dalej świadczyć całoroczne usługi pobytowe. Usługi socjalne w centrach usług socjalnych są również świadczone dzieciom. Wtedy też należy zapewnić im edukację. Nie ma takiego obowiązku w stosunku do osób pełnoletnich. Jeżeli usługa jest świadczona w ośrodku pomocy społecznej osobie, która skorzystała z tego typu

⁵ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 15-§ 23

⁶ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 13

⁷ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 13

⁸ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 13

⁹ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 15

usług przed osiągnięciem wieku emerytalnego, świadczenia te nadal obowiązują. Obsługa socjalna jest realizowana dla maksymalnie 40. podopiecznych w jednym obiekcie mieszkalnym¹⁰.

Opieka społeczna w ośrodku pomocy społecznej może być świadczona na czas określony lub nieokreślony, uzgodniony w umowie o świadczeniu usług socjalnych. Ustawa o usługach socjalnych określa liczbę odbiorców świadczeń w ośrodku pomocy społecznej, przypadających na jednego pracownika. W tabeli 1 zamieszczono dane liczbowe.

Tabela 1. Maksymalna liczba odbiorców pomocy społecznej przypadająca na jednego pracownika i minimalny udział pracowników profesjonalnych w ogólnej liczbie zatrudnionych¹¹

Rodzaj usług socjalnych		Maksymalna liczba odbiorców usług socjalnych na pracownika	Procentowy udział pracowników profesjonalnych wśród ogółu zatrudnionych
Centrum usług społecznych, w którym świadczy się usługi dla osób dorosłych	Całoroczna opieka socjalna w domach	2,0	60%
	Tygodniowe stacjonarne usługi socjalne	2,3	60%
	Ambulatoryjna opieka społeczna	3,0	60%
Centrum usług społecznych, w którym świadczy się usługi dla dzieci	Całoroczna opieka socjalna w domach	1,7	60%
	Tygodniowe stacjonarne usługi socjalne	2,0	60%
	Ambulatoryjna opieka społeczna z zakwaterowaniem	3,0	60%

Na podstawie dokumentów z Centralnego Rejestru Dostawców Usług Socjalnych porównaliśmy i graficznie zilustrowaliśmy świadczenie usług socjalnych w domach pomocy społecznej we wszystkich regionach Republiki Słowackiej (tabela 2).

¹⁰ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 38

¹¹ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

Usługi w ośrodku pomocy społecznej mogą być świadczone przez niepublicznego usługodawcę, miasto lub gminę, którego organem założycielskim jest miasto, gmina lub wyższa jednostka terytorialna (powiat, województwo). W przypadku usługodawców niepublicznych świadczenia współfinansuje wyższa jednostka terytorialna¹².

Tabela 2. Usługi socjalne świadczone według form instytucjonalnych na Słowacji¹³

Region \ Dostawca usług	Prywatny dostawca	Miasto	Organem założycielskim jest miasto	Organem założycielskim jest wyższa jednostka terytorialna
<i>Banská Bystrica</i>	19	2	3	56
<i>Bratislava</i>	22	-	1	35
<i>Košice</i>	31	-	1	21
<i>Nitra</i>	21	1	3	35
<i>Prešov</i>	28	1	-	40
<i>Trenčín</i>	21	1	5	33
<i>Trnava</i>	10	-	11	32
<i>Žilina</i>	9	2	4	62

Największą liczbę ośrodków usług społecznych tworzą wyższe jednostki terytorialne, z wyjątkiem regionu koszyckiego, w którym większa liczba jest świadczona przez niepublicznych usługodawców. Większość ośrodków pomocy społecznej znajduje się w regionie żylińskim, a najmniej w regionie koszyckim i trnawskim.

Centrum pomocy społecznej odgrywa bardzo ważną rolę dla osób z trudnościami w uczeniu się, edukacja należy bowiem do podstawowych usług. Dzieci z trudnościami w nauce nie byłyby w stanie poradzić sobie samodzielnie bez pomocy. Opieka nad osobą ze specjalnymi potrzebami lub niepełnosprawnością jest wielokrotnie utrudniona. Często stwierdza się, że pracując w ośrodkach pomocy społecznej, pracownicy opiekują się większą liczbą dzieci z trudnościami

¹² *Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb*, <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb>, [access date: 20.07.20]

¹³ *Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb*, <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb>, [access date: 20.07.20]

w uczeniu się. Każda osoba jest inna, ma swoją specyfikę, towarzyszą jej odmiennie dysfunkcje powodujące trudności w uczeniu się.

Stopień uszkodzenia mózgu, jako podstawowa przyczyna niepełnosprawności intelektualnej, wpływa na możliwości komunikowania się, zdolności motoryczne, wolę, wrażliwość i zachowanie. Różnorodność deficytów sprawia, że każda osoba z trudnościami w uczeniu się jest jedyna w swoim rodzaju, specyficzna i wyjątkowa, dlatego na świecie nie ma dzieci z identycznymi trudnościami w uczeniu się. Każde dziecko wymaga innego, indywidualnego podejścia. Dlatego pracownik zajmujący się edukacją powinien posiadać predyspozycje, mieć również określone warunki wstępne pozwalające na wykonywanie tego zawodu¹⁴.

Plan strategiczny usług opieki społecznej w odniesieniu do epidemii Covid-19

Rozporządzenie Głównego Inspektora Higieny Republiki Słowackiej w zakresie choroby Covid-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 zostało ogłoszone przez Urząd Zdrowia Publicznego Republiki Słowackiej i dziewięciokrotnie było aktualizowane; ostatnia aktualizacja była w dniu 08.09.2020 r. – OE/791/108782/2020.

Covid-19 scharakteryzowano w następujący sposób: ostry zespół oddechowcy jest wywołany przez koronawirusa SARS-CoV-2 z rodziny Coronaviridae, który należy do beta-koronawirusów, do których należą również koronawirusy SARS-CoV i MERS-CoV. Sekwencjonowanie genomu pokazuje, że SARS-CoV-2 jest blisko spokrewniony z beta-koronawirusami wykrywanymi u nietoperzy (88% identyczności sekwencji), ale różni się od SARS-CoV (79% identyfikacji sekwencji)¹⁵. Wykazują różnicę genetyczną i są przenoszone z człowieka na człowieka. Osoba może zakażać na 48 godzin przed wystąpieniem objawów, a czas inkubacji wynosi od 2 do 14 dni.

Wirusy SARS i MERS rozpowszechniane są poprzez bezpośrednie kontakty międzyludzkie, zwiększając zagrożenie przenoszenia infekcji. Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 2019 rozpoczęła się na chińskim rynku w Wuhan, gdzie sprzedawano do spożycia egzotyczne zwierzęta. Opierając się na genetycznym pokrewieństwie z innymi beta-koronawirusami, SARS-CoV-2 prawdopodobnie ma zoonotyczne pochodzenie. Jednak dokładne

¹⁴ A. Kuraňová, B. Arabášová, *Kompetencie sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb pre klientov s mentálnym postihnutím*. [In:] *Kvantitatívne a kvalitatívne výsledkové stratégie. Zborník príspevkov z V. doktorandskej konferencie konanej 28. Októbra 2014 v Prešove*. Eds. B. Balogová, L. Barteková, A. Jašková, Prešov, Prešovská Univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2014, p. 155

¹⁵ M. J. Loeffelholz, Y. W. Tang, *Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections – the state of the art*. *Emerg Microbes Infect.* 2020;9(1), pp. 747-756

źródło SARS-CoV-2, które pierwotnie zakażało ludzi, pozostaje niepotwierdzone¹⁶.

Skutki nowego koronawirusa są nie tylko medyczne i psychologiczne w odniesieniu do jednostek, ale przede wszystkim oddziałują globalnie na gospodarkę i ekonomię, negatywnie wpływając na politykę, rynek pracy i handel zagraniczny.

Jeśli chodzi o świadczenie usług społecznych, koronawirus przyniósł nowe podejście do opieki nad starszymi osobami, uruchomił środki w przypadku pandemii i kwarantanny, plany działania i strategie kryzysowe, a społeczeństwo zaczęło bardziej interesować się tymi, którzy potrzebują usług społecznych po ogłoszeniu stanu wyjątkowego w pierwszej fazie Covid-19. Podjęto również inicjatywy mające na celu pomoc osobom starszym – przy codziennych zakupach, zakupach leków czy zwiększonej opiece i higienie.

Jednak Covid-19 przyniósł również wiele negatywnych czynników, które przyczyniły się do rozprzestrzeniania się psychospołecznych skutków w obszarze jakości życia seniorów.

W dniu 29 września 2020 r. został zatwierdzony Plan Pandemiczny Ministerstwa Pracy, Spraw Socjalnych i Rodziny Republiki Słowackiej, którego załącznik nr 18 wskazuje na pandemię i ryzyko epidemiologiczne Covid-19 w systemie usług socjalnych:

1. dla ambulatoryjnych usług socjalnych,
2. dla mieszkaniowych usług socjalnych,
3. do wykonywania terenowych prac socjalnych na rzecz społeczności romskiej,
4. dla interwencji kryzysowej i wsparcia rodzin z dziećmi,
5. dla akademików,
6. dla ambulatoryjnych usług interwencji kryzysowej,
7. dla pralni,
8. dla ośrodków higieny osobistej,
9. dla żywienia,
10. dla placówek opieki nad dziećmi do lat trzech,
11. dla terenowych usług socjalnych,
12. dla usług socjalnych obejmujących aktywność indywidualną.

Plan kryzysowy w usługach socjalnych składa się z procedur standardowych i prewencyjnych, które zawierają szereg dokumentów wewnętrznych regulujących następujące podstawowe obszary:

1. Formularz kontaktowy Covid-19 – zawiera informacje o chorobach seniora, informacje o kontaktach, które miał senior; niektóre pytania są wypełniane przez personel medyczny, szczególnie w związku ze stosowaniem środków ochronnych, wywiadem i leczeniem pacjentów z Covid-19 lub bez Covid-19.

¹⁶ Zgodnie z planem strategicznym Urzędu Zdrowia Republiki Słowackiej Nr OE/791/108782/2020

2. Dokument wewnętrzny – Plan kryzysowy (w zarządzaniu działaniami mającymi na celu zapobieganie powstawaniu i rozprzestrzenianiu się Covid-19 lub innych chorób zakaźnych), który zawiera: opis sytuacji początkowej, jak zidentyfikować problem, opis problemu lub potencjalnego ryzyka, zarządzanie eliminacją ryzyka; zawiera również opis konkretnych zagrożeń w odniesieniu do Covid-19 i propozycje środków wraz z przewidywanym czasem rozwiązania, w tym zapis kontroli i podpisy osób odpowiedzialnych¹⁷.
3. Procedura rozwiązywania problemu związanego z koronawirusem zawiera¹⁸:
 - Pierwsza faza: Pierwsza faza/czas: Zapewnienie miejsca dla personelu w trybie kryzysowym i przydzielenie pacjentów.
 - Zapewnienie pokoju dla osób z podejrzeniem lub potwierdzonym Covid-19 – odpowiedzialna jest przełożona pielęgniarek.
 - Faza druga: wejście i komunikacja specjalisty z chorym w izolacji domowej/kwarantannie.
 - Faza trzecia: monitorowanie, ocena stanu zdrowia i testy – zgodnie z dekretem rządowym 77/2020 Dz., wdrożenie określonych środków ekonomicznych.
 - Faza czwarta: testowanie.
 - Postępowanie w przypadku choroby innych osób.
 - Infrastruktura, bezpieczeństwo materiałowe, zarządzanie ryzykiem.
4. Telefoniczna lista firm z liczbą regionalnych higienistek.
5. Zapis: Działania profilaktyczne i dezynfekujące z produktami zawierającymi co najmniej 60% etanolu – zawiera zapis wykonania działań profilaktycznych zapobiegających rozprzestrzenianiu się koronawirusa.
6. Lista rzeczy wniesionych przez pracownika na pracę w służbie kryzysowej.
7. Wewnętrzny dokument aktywności zawodowej: Monitoring objawów u osób z podejrzeniem choroby zakaźnej górnych dróg oddechowych (grypa, Covid-19) prowadzony w ramach procesu pielęgnacyjnego – pomiar temperatury, monitorowanie objawów, stolec, orientacja, itp.
8. Dokument wewnętrzny – Lista działań w zakresie świadczenia usług społecznych w sytuacji kryzysowej rozprzestrzeniania się koronawirusa: celem jest zidentyfikowanie działań, które będą wykonywane w sytuacji zagrożenia rozprzestrzenianiem się koronawirusa, a które nie będą wykonywane przez poszczególnych pracowników obiektu.

¹⁷ Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia 269/2020 Sb. na realizację określonych środków mobilizacji gospodarczej w związku z ogłoszeniem stanu wyjątkowego w celu rozwiązania drugiej fali koronawirusa Covid-19.

¹⁸ Rząd przyjął rozporządzenie nr 271/2020 Z. z. (uzupełniające rozporządzenie Rządu Republiki Słowackiej nr 103/2020 Sb. w sprawie niektórych środków w zakresie dotacji podlegających kompetencji Ministerstwa Pracy, Spraw Socjalnych i Rodziny Republiki Słowackiej w nagłych przypadkach, stan wyjątkowy lub stan wyjątkowy ogłoszony w związku z Covid-19).

Uzasadnienie: Strategia kryzysowa to szereg wcześniej zaplanowanych działań mających na celu przewidywanie, łagodzenie i eliminację skutków kryzysu w celu osiągnięcia trwałej ochrony, bezpieczeństwa i stabilności finansowej obiektu.

9. Plan zagospodarowania łóżek w placówce – dokument służy do wewnętrznego zespołu kryzysowego, który zgodnie z tym planem określi przekazanie osób podejrzanych o chorowanie na Covid-19 lub chorych, na których nałożona została izolacja domowa.
10. Procedura czasowego opuszczenia obiektu – celem dokumentu jest zapewnienie jednolitej procedury działania w sytuacji ogłoszenia pandemii na Słowacji i ograniczonego przepływu osób. Procedura ta dotyczy chorych, którym zlecono badanie lub inny zabieg medyczny w poradni specjalistycznej lub w szpitalu.
11. Zarządzanie przyjęcia podopiecznych do placówek pomocy społecznej i placówek ochrony socjalno-prawnej dzieci oraz opieki społecznej w związku ze zwiększonym ryzykiem rozprzestrzeniania się wirusa Covid-19.
12. Zapis awaryjny – zawiera procedurę awaryjną dla przypadku Covid-19, która obejmuje informacje: datę i godzinę zdarzenia, funkcje fizjologiczne i stan świadomości, krótki opis sytuacji, zastosowane środki, konsekwencje oraz informację, że osoby zostały powiadomione/skontaktowano się.
13. Opis przypadku Covid-19 zawiera:
 - Informację o pacjencie.
 - Dane kliniczne, wywiad i objawy.
 - Podstawowy wywiad medyczny pacjenta.
 - Informacje dotyczące narażenia: podróż międzynarodowa i lokalna w ciągu 14 dni od wystąpienia pierwszych objawów.
 - Udział w masowych zgromadzeniach, takich jak koncert, mecz, kino, teatr w ciągu 14 dni od wystąpienia objawów.
 - Przebywanie w placówkach medycznych do 14 dni przed wystąpieniem objawów.
 - Bliski kontakt z osobami z Covid-19 na 14 dni przed wystąpieniem pierwszych objawów.
 - Szczegóły laboratoryjne i epidemiologiczne.
 - Przebieg kliniczny/powikłania.
 - Wyniki, wtórne infekcje bakteryjne, inne szczegóły.
14. Dokument wewnętrzny – Plan Kryzysowy (w zarządzaniu działaniami mającymi na celu zapobieganie pojawianiu się i rozprzestrzenianiu się Covid-19 lub innych chorób zakaźnych) – zawiera procedurę kryzysową oraz plan (17 stron). Ten plan awaryjny jest wiążący dla koordynacji działań reagowania kryzysowego za pośrednictwem wewnętrznego zespołu kryzysowego i dla wszystkich członków zespołu.

W dniu 8 maja 2020 roku Rozporządzenie Rządu Republiki Słowackiej nr 116/2020 Z. z. w sprawie niektórych środków z zakresu usług socjalnych w przypadku wystąpienia stanu wyjątkowego ogłoszonego w związku z chorobą Covid-19 zostało przesłane do wszystkich założycieli instytucji pomocowych. Dołączono specjalne memorandum wyjaśniające, sporządzone przez Kierownika Departamentu.

Rozporządzenie nr 271/2020 Z. z. to uzupełniające rozporządzenie Rządu Republiki Słowackiej nr 103/2020 Sb. w sprawie niektórych środków z zakresu dotacji należących do kompetencji Ministerstwa Pracy, Spraw Socjalnych i Rodziny Republiki Słowackiej w sytuacjach nadzwyczajnych lub stanu wyjątkowego ogłoszonego w związku z Covid-19 określa fazy, w których poszczególne środki będą stosowane i które dostosowane są do kryzysowych, zaplanowanych sytuacji.

Niniejsze wytyczne, zgodnie z Planem pandemicznym na wypadek epidemii na Słowacji, wydane przez Ministerstwo Zdrowia Republiki Słowackiej, regulują zalecenia w formie czterech faz:

1. Faza zielona – sytuacja pod kontrolą, nie ma podejrzeń zakażenia Covid-19 w placówce.
2. Faza pomarańczowa – sytuacja się pogarsza, w placówce przebywała osoba starsza lub pracownik z podejrzeniem i/lub potwierdzonym przypadkiem Covid-19.
3. Faza czerwona – sytuacja krytyczna, placówka została zainfekowana potwierdzonym testem odpowiednio dwóch lub więcej podopiecznych lub pracowników i obiekt zostaje zamknięty.
4. Faza szara – stan przed epidemią, powrót do normalnej pracy obiektu.

Rehabilitacja społeczna

Zdaniem J. Votavy rehabilitacja społeczna to zespół działań o charakterze multidyscyplinarnym, których celem jest łagodzenie, zapobieganie lub eliminowanie szkodliwych następstw niepełnosprawności, w celu stworzenia warunków do optymalnej socjalizacji. O rehabilitacji społecznej mówimy wtedy, gdy następstwa choroby lub niepełnosprawności mają charakter czasowy lub trwały i nie można ich całkowicie wyeliminować przez kompleksowe leczenie medyczne¹⁹.

Opieka rehabilitacyjna dotyczy głównie czterech obszarów. Obszar psychologiczny, skoncentrowany na tworzeniu pozytywnej relacji z samym sobą i własną niepełnosprawnością oraz ogólnie z równowagą psychiczną. Obszar techniczny, obejmujący badania, produkcję i konserwację urządzeń protetycznych, które

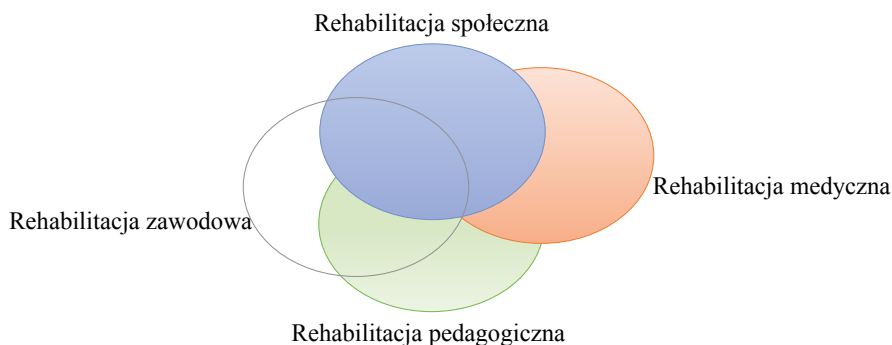
¹⁹ J. Votava, *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha, Karlova Univerzita v Praze, Karolinum, 2005, p. 14

pomagają przezwyciężyć trudności w zaburzeniach ruchu, komunikowaniu się, itp. Z kolei obszar prawny obejmuje tworzenie norm prawnych, umożliwiających ludziom pełne życie zgodnie z Deklaracją Praw Człowieka. Ostatni obszar, ekonomiczny, zawiera zestaw środków potrzebnych do zaspokojenia podstawowych potrzeb codziennego życia²⁰.

„Kompleksowa rehabilitacja, obejmująca rehabilitację medyczną, społeczną, pedagogiczną i zawodową, to przede wszystkim przestrzeganie i ochrona podstawowych praw i wolności w odniesieniu do praw osób niepełnosprawnych. Aby prawa i wolności miały zastosowanie do osób niepełnosprawnych, niezbędne są ramy prawne dla ich ochrony. Poszanowanie podstawowych praw i wolności człowieka jest uregulowane w Karcie Podstawowych Praw i Wolności, do której Republika Słowacka przystąpiła w 1991 r. Na mocy ustawy konstytucyjnej č. 23/1991 Sb. Konstytucja Republiki Słowackiej zapewnia również szczególną ochronę osobom niepełnosprawnym”²¹.

Kompleksowa rehabilitacja to złożony proces wzajemnie powiązanych ze sobą czterech obszarów: rehabilitacji medycznej, rehabilitacji społecznej, rehabilitacji pedagogicznej i rehabilitacji zawodowej²².

Rycina 1. Kompleksowa rehabilitacja²³



²⁰ A. Juhásová, A. Šmiehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, pp. 10-11

²¹ M. Kečkěšová, V. Kusin, *Sociálna rehabilitácia – súčasť komplexnej rehabilitácie*. [In:] *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 20. novembra 2014* Ed. P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová, Bratislava, UK v Bratislave, 2014, p. 104

²² B. Horváthová, M. Mašatová, J. Patriková, *Sociálna rehabilitácia ako významná súčasť v rámci integrácie klientov (liečebné, sociálne, pedagogické a pracovné prostriedky)*. [In:] *Aspekty komplexnej starostlivosti o zdravotne znevýhodnené deti a mladistvých v podmienkach DSS s ambulatnou starostlivosťou. Odborný materiál pre študentov príbuzných odborov a dobrovoľníkov v zariadení DSS SČK, ÚzS Košice – mesto*. Eds. M. Repejová, M. Vatra, E. Dudová et al., Košice, Slovenský červený kríž, 2014, p. 61

²³ A. Juhásová, A. Šmiehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 10

O. Matousek i współ. wskazują, że pod pojęciem rehabilitacji medycznej rozumie się chirurgiczną rekonstrukcję, leczenie odwykowe, szkolenie samoobsługowe, itp. Przez rehabilitację społeczną rozumiemy bezpieczeństwo materialne i egzystencjalne, ochronę prawną osoby z niepełnosprawnością, jej integrację ze społeczeństwem, itp. Zwracamy większą uwagę na kwestie społeczne. Wskazana w tym artykule rehabilitacja społeczna spełnia ważną rolę codziennej pracy zawodowej z podopiecznymi. Rehabilitacja pedagogiczna koncentruje się na edukacji i szkoleniach, doksztalcaniu zawodowym oraz rozwoju samowystarczalności, zdolności i umiejętności. Należy tu uwzględnić różne niesprawności podczas konstruowania indywidualnych planów edukacyjnych, edukacji i reedukacji. Rehabilitacja zawodowa dotyczy możliwości zatrudnienia, które może obejmować szkolenie zawodowe, badania rynku pracy, doradztwo zawodowe, ochronę zatrudnienia, itp.²⁴.

Zgodnie z ustawą nr 448/2008 Coll. o usługach socjalnych: „profesjonalna aktywność wspiera samodzielność i samowystarczalność osoby fizycznej poprzez rozwijanie i ćwiczenie umiejętności, które utrwalone staną się nawykami w zakresie samoobsługi, opieki domowej i podstawowych obowiązków społecznych, przy maksymalnym wykorzystaniu zasobów rodzinnych i środowiska. Jeżeli osoba jest uzależniona od pomocy osób trzecich, resocjalizacja obejmuje przede wszystkim szkolenie w zakresie korzystania z oferowanych pomocy, wykonywania prac domowych, orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, nauki pisanie i czytania (np. alfabetem Braille’a) oraz komunikacji społecznej”²⁵.

„Rehabilitację społeczną osób z trudnościami w uczeniu się charakteryzujemy jako trening umiejętności społecznych, nabywania umiejętności komunikacji społecznej, samoegzystencji i samozatrudnienia. Wskazane elementy w procesie edukacyjnym umożliwiają osobie niepełnosprawnej samodzielne życie”²⁶.

Według E. Kollárovej zasadniczym zadaniem w resocjalizacji jest osiągnięcie przez uczestnika terapii jak największej niezależności od pomocy innych ludzi, z możliwie pełną kontrolą zadań samoobsługowych, prac domowych, umiejętności korzystania ze środków transportu, robienia zakupów i przypominania sobie różnych spraw²⁷.

Rehabilitacja społeczna jest rozumiana jako zespół środków społecznych, które mają zapewnić godne i maksymalnie wartościowe życie osobom niepełnosprawnym. Ważną rolę w resocjalizacji odgrywiają czynniki rodzinne, osobowościowe i środowiskowe, w których dana osoba żyje. Ważna jest subiektywna umiejętność aktywnego prowadzenia długotrwałego procesu rehabilitacji i wykorzystywania

²⁴ O. Matoušek, P. Kodymová, J. Koláčková, *Sociální práce v praxi: specifiká různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, p. 93

²⁵ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 21

²⁶ A. Juhásová, A. Šmečilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 108

²⁷ E. Kollárová, *Základy somatopédie*, Bratislava, Vydavateľstvo UK, 2006, p. 46

każdej okazji do uzyskiwania kompetencji do wykonywania konkretnych prac. Realizowane to jest podczas oferowanych zajęć rehabilitacyjnych²⁸.

Cele resocjalizacji

Resocjalizacja zajmuje się następującymi obszarami, w których powinny obowiązywać poniższe zasady:

- uczenie życia osób z zaburzeniami lub brakiem funkcji, profilaktyka, uwzględniająca posiadany potencjał,
- resocjalizacja ma charakter procesu trwającego przez całe życie i nie może być skoncentrowana tylko na działaniach w obiektach zamkniętych,
- uczestnicy terapii muszą brać w niej czynny udział i aktywnie współpracować,
- proces powinien być realizowany głównie w formie grupowej, z zachowaniem intymności uczestników,
- obowiązuje ścisła współpraca z rehabilitacją medyczną, pedagogiczną i zawodową, w praktyce pewne obszary działania są zbieżne,
- skuteczność resocjalizacji uwarunkowana jest zewnętrznymi warunkami środowiskowymi²⁹.

Ponadto podstawowe zasady resocjalizacji obejmują:

- orientację na potrzeby uczestników terapii. W ciągu swojego życia każda osoba tworzy hierarchię potrzeb, która stopniowo zmienia się pod wpływem sytuacji życiowych, otoczenia, posiadanego doświadczenia życiowego, dostępnych opcji, itp.,
- orientację na odbiorcę jako jednostkę – mamy na myśli skupienie się na odbiorcy i indywidualne podejście do jego potrzeb, z wykorzystaniem istniejących metod, form i procedur resocjalizacyjnych,
- orientację na zachowanie suwerenności beneficjenta i wspieranie jego kompetencji – beneficjent powinien podejmować decyzje i brać na siebie odpowiedzialność. Uzyskane kompetencje przez uczestnika terapii pozwalają mu wzmocnić pewność siebie i samowystarczalność,
- orientację na wizerunek odbiorcy społecznego – odbiorca to osoba potrzebująca pomocy eksperta, tj. pracownika socjalnego, który pomaga mu rozwiązać jego problemy³⁰.

²⁸ B. Horváthová, M. Mašatová, J. Patriková, *Sociálna rehabilitácia ako významná súčasť v rámci integrácie klientov (liečebné, sociálne, pedagogické a pracovné prostriedky)*. [In:] *Aspekty komplexnej starostlivosti o zdravotne znevýhodnené deti a mladistvých v podmienkach DSS s ambulantnou starostlivosťou. Odborný materiál pre študentov príbuzných odborov a dobrovoľníkov v zariadení DSS SČK, ÚzS Košice – mesto*. Eds. M. Repejová, M. Vatra, E. Dudová et al., Košice, Slovenský červený kríž, 2014, p. 63

²⁹ J. Jesenský, *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, Praha, Karlova Univerzita v Praze Karolinum, 1995, p. 37

³⁰ J. Levická, *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*, Trnava, Edícia ProSocio, 2006, pp. 147-150

Celem resocjalizacji jest osiągnięcie jak najwyższego stopnia integracji społecznej. Można mówić o aktywnych narzędziach i usługach, które wpływają na obniżenie poziomu uzależnienia człowieka, wynikającego z jego niepełnosprawności i ułomności. W rehabilitacji społecznej wykorzystuje się trening samoobsługowy, szkolenie w zakresie stosowania środków kompensacyjnych, trening specjalnych umiejętności komunikacyjnych, trening orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, trening z zakresu komunikacji społecznej, kontaktów społecznych i samego poradnictwa³¹.

Resocjalizacja koncentruje się głównie na następujących obszarach:

- samodzielności i niezależności od pomocy innych – kontrola pracy w zakresie samoobsługi, prac domowych, umiejętności zapamiętywania spraw osobistych,
- komunikowania się – polega na opanowaniu różnego rodzaju alternatywnej komunikacji, takiej jak język migowy, system MAKATON, komputery, itp.,
- poprawne zachowanie społeczne, nastawione na budowanie pozytywnych relacji i zaufania.

„Eksperci samorządowi i służby socjalne podkreślają, że resocjalizację można przeprowadzić:

- ambulatoryjnie – w środowisku domowym, w tym w mieszkaniach chronionych, w świetlicach, w ośrodkach rehabilitacji społecznej i zawodowej w ramach usług środowiskowych, oraz
- instytucjonalnie – w ośrodkach rehabilitacyjnych, w domach pomocy społecznej”³².

Zdaniem D. Moravcovej konieczne jest stworzenie odpowiednich warunków do skutecznej resocjalizacji. Wskazane ważne obszary to:

- „poznać odbiorcę terapii,
- przygotować odbiorcę do rehabilitacji, zapoznać się z procedurami, z których będzie korzystać,
- określić efekt prowadzonych terapii,
- zdobyć zaufanie odbiorcy, działając spokojnie i zdecydowanie,
- skłonić odbiorcę do współpracy w spokojnej i przyjaznej atmosferze,

³¹ B. Horváthová, M. Mašatová, J. Patriková, *Sociálna rehabilitácia ako významná súčasť v rámci integrácie klientov (liečebné, sociálne, pedagogické a pracovné prostriedky)*. [In:] *Aspekty komplexnej starostlivosti o zdravotne znevýhodnené deti a mladistvých v podmienkach DSS s ambulatnou starostlivosťou. Odborný materiál pre študentov príbuzných odborov a dobrovoľníkov v zariadení DSS SČK, ÚzS Košice – mesto*. Eds. M. Repejová, M. Vatra, E. Dudová et al., Košice, Slovenský červený kríž, 2014, p. 63

³² B. Horváthová, M. Mašatová, J. Patriková, *Sociálna rehabilitácia ako významná súčasť v rámci integrácie klientov (liečebné, sociálne, pedagogické a pracovné prostriedky)*. [In:] *Aspekty komplexnej starostlivosti o zdravotne znevýhodnené deti a mladistvých v podmienkach DSS s ambulatnou starostlivosťou. Odborný materiál pre študentov príbuzných odborov a dobrovoľníkov v zariadení DSS SČK, ÚzS Košice – mesto*. Eds. M. Repejová, M. Vatra, E. Dudová et al., Košice, Slovenský červený kríž, 2014, p. 63

- utrzymać współpracę i aktywność beneficjenta poprzez pozytywny wpływ na niego”³³.

Ważne jest, aby mówić o opiece profilaktycznej, bieżącej i późniejszej rehabilitacji po okresie resocjalizacji. W przypadku profilaktycznej opieki rehabilitacyjnej ważne jest zapobieganie powstawaniu błędów lub zaburzeń w postaci pracy profilaktycznej czy zdrowego trybu życia. Opieka rozpoczyna się po zaistnieniu sytuacji problemowej. Celem tego działania jest złagodzenie lub wręcz wyeliminowanie negatywnych sytuacji i ich wpływu na odbiorcę. Późniejsza opieka rehabilitacyjna to zestaw usług, które są kontynuacją dotychczasowej opieki; dla części uczestników konieczne będzie zapewnienie opieki do końca życia³⁴.

„W ramach świadczenia usług społecznych świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia w domu usług socjalnych zajęć zawodowych, w tym resocjalizacyjnych. Resocjalizację jako działalność zawodową i inne czynności, takie jak poradnictwo specjalistyczne i stymulowanie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością, może wykonywać świadczeniodawca na podstawie akredytacji, o której decyduje Ministerstwo Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Republiki Słowackiej. Ministerstwo przyznaje również akredytację niepublicznym usługodawcom, którzy świadczą usługi socjalne bez prawa do zysku, wszelkie środki przeznaczone są na działalność statutową”³⁵.

„Usługobiorca nie wypłaca świadczeniodawcy świadczenia rehabilitacji społecznej, z wyjątkiem świadczeniodawcy, który świadczy usługi socjalne w celu osiągnięcia zysku”³⁶. Finansowanie resocjalizacji należy do kompetencji gmin i samorządowych regionów. Zgodnie z §75 ustawy o usługach socjalnych, gminy i regiony samorządowe zobowiązane są do wnoszenia składek na funkcjonowanie służby społecznej, a także opłacania opieki nad osobami niesamodzielnymi przez osoby trzecie, zwane świadczeniodawcami niepublicznymi, które jednak nie zapewniają świadczeń rehabilitacyjnych³⁷. „Obowiązek wnoszenia opłat przez samorząd województwa uwarunkowany jest sporządzeniem stosownego wniosku przez jednostkę samorządu terytorialnego. Usługi socjalne na rzecz niepublicznego świadczeniodawcy, wskazanego przez beneficjenta, mogą być wykonywane, jeżeli usługi nie będą świadczone przez gminę lub region samorządowy”³⁸.

³³ D. Moravcová, *Zrakové terapie slabozrakých a pacientů s nízkym vizem*, Praha, TRITON, 2004, pp. 40-41

³⁴ J. Levická, *Metódy sociálnej práce*, Trnava, VeV, 2002, p. 97

³⁵ M. Kečkéšová, V. Kusin, *Sociálna rehabilitácia – súčasť komplexnej rehabilitácie*. [In:] *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 20. novembra 2014*. Eds. P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová, Bratislava, IRIS, 2014, p. 107

³⁶ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, §72

³⁷ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 75

³⁸ M. Kečkéšová, V. Kusin, *Sociálna rehabilitácia – súčasť komplexnej rehabilitácie*. [In:] *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 20. novembra 2014*. Eds. P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová, Bratislava, IRIS, 2014, p. 107

Instruktorem resocjalizacyjnym, w rozumieniu ustawy, jest „pracownik socjalny, pomocnik socjalny, pedagog specjalny lub inna osoba z wykształceniem średnim, która ukończyła akredytowane szkolenie z zakresu resocjalizacji w liczbie 150 godzin. Nr 448/2008”³⁹.

Celem pracy instruktora resocjalizacyjnego w domu pomocy społecznej jest:

- pomoc w utrzymaniu optymalnego poziomu kompetencji psychicznych i emocjonalnych beneficjenta,
- zaangażowanie beneficjenta w grupowe programy zintegrowane oraz w środowisku,
- współpraca z członkami rodzin odbiorcy, w działaniach związanych z resocjalizacją,
- opracowanie indywidualnych planów resocjalizacji beneficjenta,
- wdrażanie i ewaluacja programu resocjalizacyjnego,
- organizacja życia odbiorcy, ze szczególnym uwzględnieniem jego potrzeb,
- prowadzenie dokumentacji z procesu resocjalizacji,
- doskonalenie sprawności psychofizycznej odbiorcy⁴⁰.

Praca resocjalizacyjna, jako ważne narzędzie poprawy jakości życia osób z niepełną sprawnością, dostarcza nowych inspiracji i umożliwia podejmowanie przez nich dobrych decyzji. Pomaga odzwierciedlić ich wymagania i potrzeby w zakresie koniecznych świadczeń i jakości prowadzonych usług socjalnych, zgodnie z ich potrzebami uwzględniającymi rodzaj niepełnosprawności⁴¹.

Metody i techniki resocjalizacji w praktyce pracownika socjalnego

P. Tománek⁴² podkreśla, że wsparcie rodzinne i społeczne odgrywa kluczową rolę w procesie samodzielnego życia i wspierania dobrej jakości życia osób z dysfunkcjami, które są najczęściej beneficjentami usług opieki społecznej.

„Stosowanie i dobór odpowiednich metod i technik w pracy socjalnej, a zwłaszcza w pracy z beneficjentami, wymaga unikalnego podejścia, z zachowaniem niezbędnych procedur. Przy doborze metod indywidualnych ważna jest wiedza, dlatego też przed pracownikiem socjalnym stawiane są wysokie wymagania. Twórcy metod pracy socjalnej określają sposoby, dzięki którym można

³⁹ Zákon č. 448/2008 Zákon o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, § 84

⁴⁰ A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 225

⁴¹ M. Kečkéšová, V. Kusin, *Sociálna rehabilitácia – súčasť komplexnej rehabilitácie*. [In:] *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 20. novembra 2014*. Eds. P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová, Bratislava, IRIS, 2014, p. 108

⁴² P. Tománek, *Fragmenty slova – fragmenty výchovy*. [In:] „Testimonium fidei“, 2018, Vol. 6, N. 1, pp. 40-48

osiągnąć konkretny cel nie tylko w teorii, ale i w praktyce. Opracowano zasady, jak zdobywać wiedzę i umiejętności, zawsze jednak musi być to świadome podejście do pracy socjalnej”⁴³.

W ramach rehabilitacji społecznej, zdaniem M. Nová, „stosowane metody pracy muszą być dostosowane do wieku, aktualnego stanu fizycznego i psychicznego, liczby uczestników, możliwości czasowych i przestrzennych, którymi dysponuje placówka. Trzeba też wziąć pod uwagę to, co chcemy osiągnąć za pomocą zastosowanej metody. W istocie każda stosowana metoda i technika ma znaczenie terapeutyczne”⁴⁴.

Metody i techniki resocjalizacji dzielą się na trzy kategorie:

1. Metody i techniki edukacji i reedukacji – opierają się na długim procesie działania i indywidualnym podejściu. Metody i techniki edukacji i reedukacji koncentrują się na treningu samoopieki, kompetencji społecznych i umiejętności komunikowania się. Odpowiednią formą jest edukacja w postaci regularnie powtarzających się ćwiczeń lub zajęć stacjonarnych.

Podstawowe metody i techniki stosowane w edukacji i reedukacji⁴⁵:

- Informacje łatwe do przyswojenia – dla osób z trudnościami w uczeniu się odgrywają ważną rolę w integracji ze społeczeństwem. Osoby te często nie są w stanie zrozumieć informacji lub nieprawidłowo je interpretują. Powinny otrzymywać jasny przekaz i informacje dostosowane do ich potrzeb⁴⁶.
- Własna adwokatura – to rodzaj wsparcia, który pozwala osobom niepełnosprawnym zapobiegać problemom w życiu osobistym i społecznym. Taka „samoobrona” obejmuje codzienne decyzje, wyrażanie opinii, edukacji w zakresie zagadnień społeczno-prawnych⁴⁷.
- Profilaktyka społeczna – ma na celu zapobieganie występowaniu, nawrotom lub pogłębianiu się zaburzeń w rozwoju fizycznym, psychicznym i społecznym osób z dysfunkcjami. Formy profilaktyki społecznej mogą obejmować działalność poszukiwawczą lub planowanie funkcjonowania na różnych poziomach – gmina, region. Poprzez działalność poszukiwawczą rozumiemy nawiązywanie kontaktów z innymi osobami⁴⁸.

2. Metoda i technika kompensacji – metoda ta ma na celu usunięcie przeszkód społecznych w zakresie wspomaganie podejmowania decyzji. Polega ona na wspomaganie przy podejmowaniu decyzji. W tej metodzie osoba z dysfunk-

⁴³ Š. Strieženec, *Teória a metodológia sociálnej práce*, Trnava, Tripsoft, 2006, p. 114

⁴⁴ M. Nová, *Metody sociálnej práce se seniory*. [In:] *Gerentologie pro sociální práci*, Eds. J. Ondrušová, B. Krahulcová, Praha, Karolinum, 2020, p. 122

⁴⁵ A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, pp. 115-116

⁴⁶ A. Žilková, *Lahko čitateľné texty*, Bratislava: ZPMP, 2011, s. 1, http://www.zpmpvrs.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=43&Itemid=225, [access date: 18.07.20]

⁴⁷ A. Žilková, *Lahko čitateľné texty*, Bratislava: ZPMP, 2011, s. 1, http://www.zpmpvrs.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=43&Itemid=225, [access date: 18.07.20]

⁴⁸ A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 117

cjami musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych. Pracownik socjalny pomaga takiej osobie w podejmowaniu decyzji we wszystkich dziedzinach życia. Ważne jest, aby pracownik socjalny dostrzegał wolę osoby, która jest wspierana i chronił ją przed oszukańczymi praktykami. To jest nowa metoda, która zapewnia nieco inne podejście⁴⁹.

3. Metody i techniki akceptacji – odmienność osób z ograniczoną sprawnością psychiczną i fizyczną znajduje odzwierciedlenie w ich postrzeganiu, rozumieniu oraz doskonaleniu ich „świata” wewnętrznego i zewnętrznego. Metody te pośredniczą w akceptacji i zrozumieniu siebie takimi, jakimi są, a także w akceptacji i zrozumieniu niedoskonałości przez większość społeczeństwa⁵⁰. Metody i techniki obejmują:

– *Poradnictwo społeczne* – dostarcza ono informacji na temat procedur wynikających z pomocy społecznej państwa, z której korzystają osoby będące w trudnej sytuacji społecznej. Według A. Juhásovej, A. Šmehilovej i P. Ajdariovej poradnictwo społeczne koncentruje się na określaniu zakresu i charakteru potrzeb społecznych. Poradnictwo społeczne oferuje pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, aktywizuje odbiorcę w poszukiwaniu skutecznych rozwiązań⁵¹.

O poradnictwie społecznym można mówić jako o ugruntowanym systemie doradztwa zawodowego, podczas którego pracuje się w ramach indywidualnego rozwoju. Poradnictwo społeczne skierowane do osób z niepełnosprawnościami powinno dostarczać podstawowych informacji o świadczeniach, usługach, pomocy zawodowej, pomocy w kontaktach społecznych oraz wspierać je w promowaniu ich praw i interesów⁵².

– *Arteterapia* – rozumiana jest jako korzystanie ze sztuki w terapii; najczęściej wykorzystuje się zajęcia plastyczne. Korzystać z niej mogą praktycznie wszyscy. Terapia poprzez sztukę to metoda, której nie ogranicza wiek, sprawność psychiczna, często skierowana jest nawet do osób pełnosprawnych. Stosuje się tu formę indywidualną, ale również i grupową. Preferowaną techniką w procesie terapii jest ceramika, ze względu na jej szeroki potencjał terapeutyczny⁵³.

– *Terapia teatralna* – „nastawiona na samoakceptację, to zespół podejść i metod, w których pierwotnie wykorzystuje się teatralne środki do rozwo-

⁴⁹ I. Mišová, *Rozvoj centier komplejných služieb komunitného charakteru zameraný na poskytovanie informačnej, poradenskej a vzdelávacej činnosti*. [In:] *Práca ako kľúčový faktor k inklúzií. Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou*, I. Mišová, J. Brnová, M. Fečíková, et al., Bratislava: ZPMP, 2006, p. 36

⁵⁰ I. Mišová, Z. Stavrovská, *Podporované rozhodovanie*, Bratislava, ZPMP v SR, 2009, p. 3

⁵¹ A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 126

⁵² O. Matoušek, *Slovník sociální práce*, Praha: Portál, 2008, p. 200

⁵³ A. Juhásová, A. Šmehilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*. Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 126

ju osobistego, uzdrawiania emocjonalnego, korygowania niechcianych postaw i zachowań. Podobnie jak w poprzednim podejściu, ważny jest dobór technik do możliwości uczestników”⁵⁴. „Odpowiednie są zajęcia teatralne, rozwijające mowę i myślenie oraz korygujące określone zachowania. Celem terapii teatralnej jest zapewnienie odbiorcy wglądu w siebie oraz swoje myślenie i zachowanie”⁵⁵.

- *Terapia zajęciowa* – w rehabilitacji społecznej osób jest niezbędnym elementem zdobywania nowych umiejętności i ich wykorzystywania w praktyce. Wielokrotnie w procesie rehabilitacji społecznej spotykamy się z ergoterapią, która umożliwia osobom niepełnosprawnym umysłowo wykonywanie zajęć hobbystycznych, również w towarzystwie innych osób. Popularnymi technikami są rękodzieło, prace ogrodnicze, itp. Celem terapii zajęciowej jest maksymalny rozwój i wspieranie zdrowia każdego człowieka oraz bazowanie na jego własnych potrzebach i wymaganiach otoczenia. Terapia zajęciowa ma ogromne znaczenie w samodzielnym wykonywaniu normalnych, codziennych czynności, zapewniając samowystarczalność⁵⁶.
- *Muzykoterapia* – jest bardzo popularną metodą w pracy; to metoda leczenia, wykorzystująca muzykę jako środek terapeutyczny. Muzykoterapia działa na pograniczu medycyny, psychologii i sztuki muzycznej. Oprócz wymiaru artystycznego, muzyka stwarza również przestrzeń do autoekspresji metodami twórczymi. W trakcie terapii korzysta się z muzyki lub elementów muzycznych (melodii, dźwięku, harmonii) dla jednej osoby lub grupy, w celu rozwijania relacji, komunikacji, wyrażania siebie; ma też inne intencje terapeutyczne. Celem muzykoterapii jest rozwój potencjału człowieka lub oddziaływanie na odbiorcę, w celu osiągnięcia lepszej integracji interpersonalnej oraz wyższej jakości życia⁵⁷.
- *Psychoterapia* – to szczególny rodzaj interwencji psychologicznej, wpływającej na życie psychiczne, zachowanie człowieka, relacje międzyludzkie i procesy cielesne. W psychoterapii konieczne jest dobranie indywidualnych metod, uwzględniających możliwości psychiczne uczestnika zajęć. Najczęściej celem psychoterapii jest osiągnięcie samoakceptacji i trening efektywnych form zachowań. Wśród rekomendowanych kierunków psychoterapii można wymienić terapię behawioralną oraz logoterapię, skoncentrowaną na procesie psychoterapii zorientowanej na beneficjenta⁵⁸.

⁵⁴ G. Mahrová, M. Venglářová, M. Čadková-Svejkovská, et al., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha, Grada, 2008, p. 119

⁵⁵ K. Majzlanová, *Dramatická výchova vo výchove mentálne postihnutých detí*, Trenčín, PTK Echo, 1993, p. 41

⁵⁶ M. Krivošíková, *Úvod do ergoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2011, pp. 13-19

⁵⁷ J. Kantor, M. Lipsky, J. Weber, *Základy muzikoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2009, p. 27

⁵⁸ J. Vymetal, et al., *Obecná psychoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2004, pp. 21-23

- *Animoterapia* – „definiowana jest jako działalność z udziałem zwierząt, w której naturalny kontakt człowieka ze zwierzęciem ma na celu poprawę jakości życia odbiorcy. Kontakt ten powoduje naturalny rozwój zdolności społecznych. Animoterapię można również realizować w formie chowu małych zwierząt domowych lub żywego inwentarza. Osoby w kontakcie ze zwierzętami budują płaszczyznę relacji z żywą istotą, mogą też realizować odpowiedzialność i opiekę nad żywym stworzeniem”⁵⁹.
- Zajęcia rekreacyjne – mogą mieć formę grup wykorzystujących hobby, gry, wycieczki lub pobyty wakacyjne, organizowane przez członków rodziny lub przez instytucje, w których dana osoba się znajduje. Najważniejszym elementem spędzania wolnego czasu jest sam udział w zajęciach, który zachęca do kreatywności, współpracy i komunikacji. Niejednokrotnie działania te wzbogacane są o wydarzenia kulturalne i sportowe, związane z publiczną prezentacją i występami⁶⁰.

Interwencje resocjalizacyjne

Pracownik socjalny, wykonujący resocjalizację, uczestniczy w spotkaniach i sesjach. Spotkania te są nastawione na dyskusję, przedstawiają problemy i ich rozwiązanie. Aby praca na spotkaniach pracownika socjalnego była efektywna, należy kierować się prostymi zasadami:

- komunikować się, używając prostego języka, przy wsparciu obrazów i fotografii,
- czekać na odpowiedź i nie przerywać wypowiedzi uczestników,
- dla osób słabowidzących użyć większej czcionki i obrazów,
- uświadomić sobie, że osoby dysfunkcyjne powinny mieć szanse na podejmowanie ryzyka i popełnianie błędów, jak wszyscy inni,
- każde spotkanie powinno mieć określony cel,
- mówić prosto, bez profesjonalnych terminów i żargonu,
- uświadomić sobie, że własne doświadczenia życiowe mogą bardzo różnić się od doświadczeń osób wymagających wsparcia,
- wspierać ludzi, którzy tego wymagają,
- wyjaśnić teksty pomocnicze,
- stworzyć realistyczne i możliwe do osiągnięcia cele,
- stworzyć odpowiednią atmosferę akceptacji⁶¹.

⁵⁹ A. Juhásová, A. Šmečilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*, Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 130

⁶⁰ A. Juhásová, A. Šmečilová, P. Ajdariová, *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*, Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012, p. 130

⁶¹ I. Mišová, *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

Odpowiednie formy interwencji resocjalizacyjnej mogą obejmować edukację w postaci indywidualnych lub grupowych cyklicznych spotkań. Mogą być prowadzone ambulatoryjnie lub w instytucjach. W praktyce proponujemy zastosować poniższe formy:

- „*Gry* – ich wielką zaletą jest to, że potrafią zjednoczyć grupę, bawią i minimalizują napięcie. Obowiązujące zasady zachęcają do samokontroli i współpracy oraz werbalnego i często odpowiedniego kontaktu fizycznego. Sensownie dobrana gra może pomóc w zrozumieniu abstrakcyjnych pojęć, takich jak zaufanie i współpraca. Gry mają również pozytywny wpływ na zachowania społeczne i motywują do działania.
- *Dyskusje* – wymagają wyrażenia więcej niż jednego punktu widzenia. Dyskutanci muszą być przygotowani do wyrażenia opinii odrębnej od innych, a następnie powinni zareagować na inne wypowiedzi. Praca w grupie uczy uważnego myślenia, współpracy i zastanawiania się nad uczuciami, opiniami i doświadczeniami swoimi i innych ludzi. Najczęstsze dyskusje toczą się przy okrągłym stole lub mają charakter panelowy. Mogą być one realizowane w dużych grupach, ale także w mniejszych. Kluczowe jest wybranie interesującego uczestników spotkania, tematu i odpowiednia jego prezentacja. Zasadą jest akceptacja wszystkich opinii⁶².
- *Burza mózgow* – czyli przekazywanie myśli tak szybko, jak to możliwe, bez stanowienia o ich wartości; to jedna z ostatnich metod aktywizujących przed rozpoczęciem dyskusji grupowej. Burza mózgow to przede wszystkim wiele pomysłów, zdobywanie kreatywnych, oryginalnych pomysłów. Ta aktywność daje każdemu możliwość wyrażenia siebie. Analiza poszczególnych pomysłów ma miejsce dopiero po wyczerpaniu wszystkich propozycji. Konieczne jest trenowanie tej techniki przez dłuższy czas, gdyż czasami pozwolenie na zbyt dużą swobodę powoduje wytworzenie dużej ilości informacji niezwiązanych z tematem⁶³.
- *Działania dotykowe* – dotyk to także możliwość komunikacji. Może uszczęśliwić ludzi i zdziałać cuda. Uścisk dłoni to jedna z najczęstszych form kontaktu społecznego. Dotyk należy traktować bardzo ostrożnie, a osobista przestrzeń każdego uczestnika musi być zachowana. Dotknięcia mogą zbliżyć i stworzyć pozytywne, przyjazne więzi emocjonalne między uczestnikami terapii⁶⁴.

⁶² I. Mišová, *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

⁶³ I. Mišová, *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

⁶⁴ M. Mandelik, J. Bramueková, D. Patková, R. Kuková, *Inštruktor sociálnej rehabilitácie*, CD. Prešov, VaV Akademy, 2012, p. 129

- *Wywiad i słuchanie* należą do najstarszych technik resocjalizacyjnych, które dają ogólny obraz problemów odbiorcy. Wywiad dostarcza informacji, których nie uzyskalibyśmy innymi metodami, dlatego forma ta jest uważana za podstawową i najważniejszą metodę resocjalizacji. Dzięki wywiadowi mamy informacje o aktualnym stanie problemów, poznajemy rzeczywistość, sposoby na życie, uzyskujemy informacje o środowisku, w którym żyje konkretna osoba. Informacje uzyskane podczas wywiadu pozwalają nam zrozumieć problemy odbiorcy, możliwości i motywacje do ich rozwiązywania. Celem wywiadu jest ocena informacji i wyznaczenie kolejnych etapów działania w rozwiązaniu problemu. Podstawowym warunkiem rozmowy jest stworzenie miłej atmosfery i pozytywnych relacji interpersonalnych przez pracownika socjalnego. Przed wywiadem pracownik socjalny powinien uzyskać ważne informacje na temat beneficjenta. Fazy procesu komunikacyjnego, środowisko komunikacyjne, nieścisłości komunikacyjne, sprzężenie zwrotne, kanały komunikacyjne, zaburzenia sygnałowe są przedmiotem resocjalizacji⁶⁵.
- *Odgrywanie ról* to kolejna pomocnicza technika treningowa w resocjalizacji. Beneficjent ćwiczy kompetencje bezpośrednio w konkretnej sytuacji modelowej lub in vivo (czyli w sytuacji życiowej). Beneficjent odgrywa różne sytuacje lub stosowana jest wzajemna wymiana ról. Odgrywanie ról może przypominać nam psychodramę, ale w przeciwieństwie do psychodramy ma inne teoretyczne i racjonalne cele⁶⁶. „Odgrywanie ról pozwala wyrazić nawet te ukryte uczucia, skonsultować problem, wykazać empatię, wypróbować nowe zachowania, wskazać problemy społeczne i dynamikę interakcji w grupie. Podkreśla się również znaczenie niewerbalnych reakcji emocjonalnych. Jednak niektórym uczestnikom zajęć może być trudno wyjść ze swojej roli i odegrać inną rolę, ponieważ ta technika wymaga pewnej dozy wyobraźni. Dla większości osób ta aktywność jest dostępna i powszechnie stosowana w praktyce”⁶⁷.
- Techniki relaksacyjne – w resocjalizacji stosuje się relaksację, warunkowaną możliwością spotkań. Celem technik relaksacyjnych jest odzwierciedlenie wrażeń, przeżyć, samopoznanie, wprowadzenie przyjemnej atmosfery, odprężenie, ale także wymuszenie koncentracji. Relaksacją powinien kierować pracownik, który posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe i doświadczenie. Praca w grupie wymaga długotrwałego treningu

⁶⁵ J. Levická, *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*, Trnava, Edícia ProSocio, 2006, pp. 161-162

⁶⁶ M. Schavel, M. Olah, *Sociálne poradenstvo a komunikácia*, Bratislava, BEKI DESIGN, s.r.o., 2008, p. 124

⁶⁷ I. Mišová, *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

i tolerancji wobec tych, którzy nie są w stanie w pełni przestrzegać wszystkich instrukcji⁶⁸.

Podsumowanie

Rehabilitacja społeczna ma duży wpływ na jakość ogółu świadczeń, usług socjalnych w domach pomocy społecznej. Można też mówić o niezastąpionej roli, którą ona pełni w życiu osób z niepełnosprawnością fizyczną lub/i psychiczną. Resocjalizacja wnosi nowe aspekty do życia beneficjentów, pomaga w (ponownej) adaptacji, wspomaga integrację środowiskową z przyjaciółmi lub bliskimi krewnymi, ale także w społeczeństwie jako całości. Ponieważ jest to zbiór działań wspierających samodzielność, niezależność i samowystarczalność udzielanych w domach pomocy społecznej, możemy mówić także o aktywowaniu zdolności, umiejętności i utrwalaniu przyzwyczajzeń mieszkańców. Wielokrotnie powtarzane metody i techniki terapeutyczne stają się częścią życia tych osób, a sam proces rehabilitacji wydaje się mniej ważny niż poczucie zdobytych umiejętności, zwłaszcza radość z samodzielnego wykonywania codziennych czynności.

Bibliografia

Horváthová B., Mašatová M., Patriková J., *Sociálna rehabilitácia ako významná súčasť v rámci integrácie klientov (liečebné, sociálne, pedagogické a pracovné prostriedky)*. [In:] *Aspekty komplexnej starostlivosti o zdravotne znevýhodnené deti a mladistvých v podmienkach DSS s ambulatnou starostlivosťou. Odborný materiál pre študentov príbuzných odborov a dobrovoľníkov v zaradení DSS SČK, ÚzS Košice – mesto*. Eds. M. Repejová, M. Vatra, E. Dudová et al., Košice, Slovenský červený kríž, 2014

Jesenský J., *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, Praha, Karlova Univerzita v Praze Karolinum, 1995

Juhášová A., Šmiehilová A., Ajdariová P., *Sociálna rehabilitácia ľudí so zdravotným postihnutím*, Nitra, Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012

Kantor J., Lipský M., Weber J., *Základy muzikoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2009

Kečkéšová M., Kusin V., *Sociálna rehabilitácia – súčasť komplexnej rehabilitácie*. [In:] *Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 20. novembra 2014* Ed. P. Krajčí, M. Lezo, M. Fuchsová, Bratislava, UK v Bratislave, 2014

⁶⁸ I. Mišová, *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

- Kollárová E., *Základy somatopédie*, Bratislava, Vydavateľstvo UK, 2006
- Krivošíková M., *Úvod do ergoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2011
- Kuraňová A., Arabášová B., *Kompetencie sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb pre klientov s mentálnym postihnutím*. [In:] *Kvantitatívne a kvalitatívne výskumné stratégie. Zborník príspevkov z V. doktorandskej konferencie konanej 28. Októbra 2014 v Prešove*. Eds. B. Balogová, L. Barteková, A. Jašková, Prešov, Prešovská Univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2014
- Levická J., *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*, Trnava, Edícia ProSocio, 2006
- Loeffelholz M. J., Tang Y. W., *Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections – the state of the art*, Emerg Microbes Infect. 2020;9(1)
- Matoušek O., *Slovník sociální práce*, Praha: Portál, 2008
- Matoušek O., Kodymowá P., Koláčková J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, Praha: Portál, 2010
- Mahrová G., Venglářová M., Čadková-Svejkovská M., et al., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha, Grada, 2008
- Majzlanová K., *Dramatická výchova vo výchove mentálne postihnutých detí*, Trenčín, PTK Echo, 1993
- Mandelik M., Bramueková J., Patková D., Kuková R., *Inštruktor sociálnej rehabilitácie*, CD. Prešov, VaV Akademy, 2012
- Mišová I., *Rozvoj centier komplexných služieb komunitného charakteru zameraný na poskytovanie informačnej, poradenskej a vzdelávacej činnosti*. [In:] *Práca ako kľúčový faktor k inklúzií. Zborník z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou*, I. Mišová, J. Brnová, M. Fečíková, et al. Bratislava: ZPMP, 2006
- Mišová I., Stavrovská Z., *Podporované rozhodovanie*, Bratislava, ZPMP v SR, 2009
- Moravcová D., *Zrakové terapie slabozrakých a pacientů s nízkym vizez*, Praha, TRITON, 2004
- Nová M., *Metody sociální práce se seniory*. [In:] *Gerentologie pro sociální práci*, Eds. J. Ondrušová, B. Krahulcová, Praha, Karolinum, 2020
- Novosad L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, Praha, Portál, 2009
- Tománek P., *Fragmenty slova – fragmenty výchovy*. [In:] „Testimonium fidei”, 2018, Vol. 6, N. 1
- Strieženec Š., *Teória a metodológia sociálnej práce*, Trnava, Tripsoft, 2006
- Schavel M., Olah M., *Sociálne poradenstvo a komunikácia*, Bratislava, BEKI DESIGN, s. r. o., 2009
- Votava J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha, Karlova Univerzita v Prahe, Karolinum, 2005

Vymetal J., et al., *Obecná psychoterapie*, Praha, Grada Publishing, 2004

Akty prawne

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

Nariadenie č. 271/2020 Z. z. ktorým sa dopĺňa nariadenie vlády SR č. 103/2020 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením Covid-19

Usmernenie č. EO/791/108782/2020 ÚVZ SR

Zákon č. 179/2011 Z. z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene a doplnení zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov

Nariadenie vlády SR č. 116/2020 Z. z. o niektorých opatreniach v oblasti sociálnych služieb v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhlásené v súvislosti s ochorením Covid-19

Nariadenie vlády SR č. 261/2020 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády SR č. 70/2020 Z. z. ktorým sa ustanovujú niektoré podmienky financovania sociálnych služieb v čase mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu

Strony internetowe

Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb, <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb>, [access date: 20.07.20]

Mišová I., *Sociálna rehabilitácia pre ľudí s mentálnym postihnutím*, <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/mentalne-postihnutie/97-socialna-rehabilitacia-ludi-s-mentalnym-postihnutim>, [access date: 25.07.20]

Žilková A., *Lahko čitateľné texty*, Bratislava: ZPMP, 2011, s. 1, http://www.zpmpvsr.sk/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=43&Itemid=225, [access date: 18.07.20]