



Komplexný vzdelávací program pre neformálnych poradcov rodičov
detí so zdravotným postihnutím

1. MODUL

ÚVOD DO PODPORY ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

ÚLOHA NEFORMÁLNEHO PORADCU

2024-1-TR01-KA220-ADU-000250033

**INOVATÍVNA PODPORA A VZDELÁVANIE RODIČOV DETÍ SO ZDRAVOTNÝM
POSTIHNUTÍM PROSTREDNÍCTVOM NEFORMÁLNEHO PORADENSTVA**

IPAR



Obsah

1. Úvod do podpory ľudí so zdravotným postihnutím. Úloha neformálneho poradcu	4
1.1. Pojem zdravotného postihnutia - definície a súvislosti	4
Cieľ a význam podpory ľudí so zdravotným postihnutím	5
1.2. Základné informácie o druhoch zdravotného postihnutia	6
Fyzické postihnutie	6
Intelektuálne postihnutie	7
Zrakové postihnutie	8
Sluchové postihnutie	8
Autizmus a poruchy autistického spektra (PAS)	10
Viacnásobné postihnutie a iné vývinové poruchy.....	10
1.3. Význam včasnej diagnostiky a intervencie	11
Včasné odhalenie postihnutia.....	11
Včasná intervencia - definícia a ciele	12
Dôsledky nezískania včasnej diagnózy	13
Spolupráca medzi odborníkmi a rodinným prostredím	13
Význam neformálneho poradenstva v procese včasnej podpory.....	14
Zhrnutie	14
1.4. Práva osôb so zdravotným postihnutím	15
Právny základ	15
Právo na vzdelanie	18
Právo na sociálnu podporu a pomoc štátu	19
Právo na nezávislý život a účasť na živote spoločnosti	20
Právo na prácu a profesionálnu aktiváciu	20
1.5. Osobnosť a kompetencie neformálneho poradcu	21
Kto je neformálny poradca?	22
Odborné a metodické zručnosti.....	23
Osobné kompetencie.....	24
Sociálne a komunikačné zručnosti	24
Etický a reflexívny postoj	25
Neformálny poradca v inkluzívnej spoločnosti	25
Záver	26
Dodatok	27
Otázky a odpovede	30
Použitá literatúra	31

Financované Európskou úniou. Vyjadrené názory a postoje sú názormi a vyhláseniami autora(-ov) a nemusia nevyhnutne odrážať názory a stanoviská Európskej únie alebo Európskej výkonnej agentúry pre vzdelávanie a kultúru (EACEA). Európska únia ani EACEA za ne nepreberajú žiadnu zodpovednosť.

1. Úvod do podpory ľudí so zdravotným postihnutím.

Úloha neformálneho poradcu

1.1. Pojem zdravotného postihnutia - definície a súvislosti

Zdravotné postihnutie je komplexný jav, ktorý zahŕňa biologický, psychologický, sociálny a kultúrny rozmer. V odbornej literatúre existuje mnoho definícií tohto pojmu, ktoré sa líšia dôrazom a spôsobom, akým pristupujú k vzťahu medzi jednotlivcom a prostredím. Podľa definície **Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)** obsiahnutej v *Medzinárodnej klasifikácii funkčnosti, postihnutia a zdravia (MKF, 2001)* je zdravotné postihnutie súhrnný pojem, ktorý zahŕňa všetky obmedzenia aktivity a účasti vyplývajúce z interakcie medzi zdravotným stavom osoby a faktormi prostredia. V tomto zmysle nie je zdravotné postihnutie výlučne výsledkom telesného postihnutia, ale dôsledkom dynamickej interakcie medzi charakteristikami jednotlivca a podmienkami, v ktorých žije.

V **Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006)**, ktorý Poľsko ratifikovalo v roku 2012, sa zasa osoby so zdravotným postihnutím definujú ako osoby, ktoré "majú dlhodobé telesné, mentálne, duševné alebo zmyslové postihnutie, ktoré im v interakcii s rôznymi prekážkami môže brániť v plnom a účinnom zapojení do spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými". V tejto definícii sa dôraz presunul z medicínskeho opisu deficitov na sociálne mechanizmy vylúčenia, pričom sa zdôrazňuje význam prostredia a jeho prístupnosti.

Zdravotné postihnutie možno preto chápať **v troch vzájomne sa doplňujúcich súvislostiach:**

- **Lekársky**, ktorý sa zameriava na diagnostiku a liečbu telesného poškodenia, pričom sa na osobu so zdravotným postihnutím pozerá ako na pacienta, ktorý si vyžaduje terapeutický zásah;
- **sociálny**, v ktorom je zdravotné postihnutie skôr dôsledkom neprispôsobenia sa prostrediu a nedostatočnej prístupnosti než vlastnosťou osoby;
- **kultúrny**, ktorý uznáva zdravotné postihnutie ako súčasť rozmanitosti ľudských skúseností a identity, ktorá si vyžaduje prijatie a reprezentáciu vo verejnom priestore.

Za posledných niekoľko desaťročí sme boli svedkami jasnej **zmeny paradigmy** vnímania zdravotného postihnutia - od tzv. **medicínskeho modelu** k **sociálnemu modelu**.

V medicínskom modeli bol človek so zdravotným postihnutím predovšetkým objektom starostlivosti, terapie a nápravných opatrení. Dôraz sa kládol na funkčné obmedzenia a spôsoby ich kompenzácie. Sociálny model, ktorý sa vyvinul v 70. rokoch 20. storočia pod vplyvom emancipačných hnutí a mimovládnych organizácií, predpokladá, že zdrojom zdravotného postihnutia sú bariéry - architektonické, komunikačné, právne, sociálne a mentálne -, ktoré bránia ľuďom s rôznymi obmedzeniami plnohodnotne sa zapojiť do spoločenského života. V tomto prístupe sa zodpovednosť za sociálne začlenenie presúva z jednotlivca na spoločnosť a jej inštitúcie.

V súčasnosti sa v súlade s myšlienkou **sociálneho začlenenia** a koncepciou "spoločnosti pre všetkých" zdravotné postihnutie nepovažuje za odchýlku od normy, ale za jeden z prirodzených variantov ľudského stavu. Cieľom sociálnej politiky a praxe nie je ani tak rehabilitovať "nedostatok", ako skôr vytvoriť prostredie, ktoré umožní každému človeku fungovať v súlade s jeho potenciálom a aspiráciami.

Cieľ a význam podpory ľudí so zdravotným postihnutím

Podpora ľudí so zdravotným postihnutím je jedným zo základných kameňov moderných sociálnych systémov založených na princípoch rovnosti, solidarity a rešpektovania ľudskej dôstojnosti. Táto podpora zahŕňa tak inštitucionálne opatrenia (napr. vzdelávanie, sociálna pomoc, rehabilitácia, podporované zamestnávanie), ako aj neformálne iniciatívy realizované rodinami, miestnymi komunitami, dobrovoľníkmi a neformálnymi poradcami.

Hlavným cieľom podpory je **umožniť osobám so zdravotným postihnutím čo najväčšiu nezávislosť a aktivitu v spoločenskom živote** pri rešpektovaní ich individuálnych potrieb, obmedzení a možností voľby. Nezávislosť v tomto kontexte neznamená úplnú nezávislosť od ostatných, ale schopnosť rozhodovať, vyjadrovať názory, plniť sociálne úlohy a uplatňovať občianske práva spôsobom primeraným schopnostiam jednotlivca.

Druhým kľúčovým cieľom je **sociálna integrácia**, ktorá sa chápe ako proces vzájomnej adaptácie medzi jednotlivcami a ich prostredím. To znamená nielen poskytovať ľuďom so zdravotným postihnutím podporné nástroje a služby, ale aj odstraňovať architektonické, informačné a mentálne bariéry, ktoré bránia ich účasti na verejnom živote. Integrácia nie je jednostranný proces - vyžaduje si otvorenosť, vzdelávanie a empatiu zo strany celej spoločnosti.

Úlohu sociálneho prostredia v procese rehabilitácie a začleňovania ľudí so zdravotným postihnutím nemožno preceňovať. Práve v každodenných interakciách s rodinou, susedmi,

kolegami alebo miestnou komunitou zažíva osoba so zdravotným postihnutím skutočnú podporu alebo naopak vylúčenie. Preto súčasné koncepcie sociálnej rehabilitácie zdôrazňujú význam **prirodzeného prostredia jednotlivca** - miesta, kde žije, učí sa a pracuje - ako kľúčového faktora rozvoja sociálnych zručností a pocitu spolupatričnosti.

V tomto kontexte nadobúda mimoriadny význam **neformálne poradenstvo**, ktoré je formou podpory poskytovanej ľuďmi mimo inštitucionálneho systému - rodinnými príslušníkmi, priateľmi, dobrovoľníkmi alebo vedúcimi predstaviteľmi komunity. Neformálny poradca nevystupuje ako terapeut alebo úradník, ale ako spoločník a obhajca osoby so zdravotným postihnutím. Pomáha im orientovať sa v systéme podpory, poskytuje im emocionálnu podporu, sprostredkúva kontakt s inštitúciami a často zastupuje ich záujmy v spoločenských situáciách. Ich úloha je **vzťahová a humanistická** - založená na empatii, porozumení, dôvere a akceptácii.

Neformálne poradenstvo je preto dôležitým spojovacím článkom medzi formálnym systémom podpory a individuálnou skúsenosťou osoby so zdravotným postihnutím. V ére transformácie smerom k inkluzívnej spoločnosti, v ktorej sa kladie dôraz na účasť a aktivitu každého človeka, sa neformálni poradcovia stávajú nenahraditeľnými partnermi pri budovaní kultúry porozumenia, otvorenosti a vzájomného rešpektu.

1.2. Základné informácie o druhoch zdravotného postihnutia

Zdravotné postihnutie bez ohľadu na jeho povahu a stupeň vždy ovplyvňuje fungovanie jednotlivca v sociálnom, vzdelávacom a pracovnom prostredí. Jeho dôsledky sa neobmedzujú len na fyzickú alebo kognitívnu sféru – zasahujú aj do emocionálnej, vzťahovej a identity oblasti. Preto si súčasný prístup k opisu druhov postihnutia vyžaduje zohľadnenie nielen medicínskych, ale aj psychosociálnych aspektov.

Fyzické postihnutie

Fyzické (pohybové) postihnutie zahŕňa akékoľvek trvalé alebo dočasné obmedzenia pohybových funkcií vyplývajúce z poškodenia pohybového aparátu, nervového systému alebo pohybových orgánov. Môže byť dôsledkom vrodených chýb, chorôb (napr. detskej mozgovej

obrnny, svalovej dystrofie, sklerózy multiplex, reumatoidnej artritídy), úrazov, amputácií alebo porúch nervového systému.

Z funkčného hľadiska to znamená ťažkosti pri pohybe, vykonávaní každodenných sebaobslužných činností, udržiavani rovnováhy alebo manipulácii s predmetmi. Rozsah a povaha obmedzení sú rôzne - od miernych pohybových ťažkostí až po úplnú odkázanosť na invalidný vozík alebo opatrovateľa.

Súčasný prístup k ľuďom s telesným postihnutím zdôrazňuje význam **kompensácie a prispôsobenia prostredia**. Moderné asistenčné technológie (napr. elektrické invalidné vozíky, exoskelety, systémy hlasového ovládania) výrazne zvyšujú nezávislosť, zatiaľ čo prispôsobenie verejných priestorov - odstránením architektonických bariér - umožňuje plnohodnotnejšie zapojenie do spoločenského života. Fyzická rehabilitácia a pracovná terapia sú tiež dôležitými prvkami podpory, ktoré prispievajú nielen k udržaniu fyzickej zdatnosti, ale aj k obnoveniu pocitu samostatnosti a sociálnej kompetencie.

Intelektuálne postihnutie

Intelektové postihnutie, predtým označované ako mentálna retardácia, je stav zníženého intelektuálneho a adaptačného fungovania, ktorý sa prejavuje počas vývinového obdobia. Podľa klasifikácie Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-5) zahŕňa tri oblasti: intelektuálne funkcie (uvažovanie, učenie, riešenie problémov), adaptačné funkcie (sociálne, komunikačné a praktické zručnosti) a vek nástupu (pred 18. rokom života).

Existujú štyri stupne mentálneho postihnutia: ľahké, stredne ťažké, ťažké a hlboké. Každý z nich si vyžaduje iný prístup k vzdelávaniu a starostlivosti. Ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím sú často schopní samostatne fungovať, vykonávať odbornú prácu a vytvárať sociálne vzťahy s primeranou podporou. V prípade ťažkého alebo hlbokého postihnutia je nevyhnutná systematická pomoc v každodennom živote a odborná starostlivosť.

V špeciálnom vzdelávaní sa zdôrazňuje význam **individualizovaného vyučovania, jednoduchosti komunikácie, opakovania a pozitívneho posilňovania**. Takisto je nevyhnutné rozvíjať sociálne, sebaobslužné a komunikačné zručnosti. Podpora by mala byť viacrozmerná, mala by zahŕňať vzdelávacie, emocionálne a terapeutické aktivity, pričom hlavným cieľom by malo byť udržanie a rozvoj potenciálu osoby, a nie len kompenzácia nedostatkov.

Zrakové postihnutie

Zrakové postihnutie zahŕňa **nevidiacich** aj **slabozrakých** ľudí, ktorí majú trvalé alebo progresívne obmedzenie zrakových funkcií, ktoré nemožno plne korigovať okuliarmi alebo kontaktnými šošovkami. V závislosti od stupňa straty zraku sa líšia možnosti vnímania zrakových podnetov a kompenzačné stratégie.

Strata zraku ovplyvňuje naše vnímanie sveta, priestorovú orientáciu a rozvoj reči. Preto je pri práci s ľuďmi so zrakovým postihnutím dôležité **podporovať kompenzačné procesy rozvíjaním zmyslov hmatu, sluchu a kinestézie**. Nevidiaci pri vzdelávaní používajú Braillovo písmo, zvukové zariadenia, hlasovú navigáciu a digitálne prístupné materiály.

Zrakové postihnutie často vedie k sekundárnym emocionálnym a sociálnym ťažkostiam - zníženému pocitu bezpečia, strachu zo samostatného pohybu alebo izolácii. Podpora by preto mala zahŕňať nielen rehabilitáciu zraku, ale aj **nácvik samostatnosti a priestorovej orientácie**, ako aj aktivity, ktoré začleňujú jednotlivcov do ich prostredia. Moderné technológie - ako napríklad lokalizačné aplikácie, rozpoznávanie textu a obrazu a hlasoví asistenti - výrazne zvyšujú úroveň nezávislosti ľudí so zrakovým postihnutím, ale zároveň si vyžadujú primeranú vzdelávaciu a technologickú prípravu.

Sluchové postihnutie

Sluchové postihnutie zahŕňa **nepočujúcich** a **nedoslýchavých** ľudí, u ktorých dochádza k obmedzenému vnímaniu akustických podnetov v rôznej miere - od čiastočnej straty sluchu až po úplnú hluchotu. Príčiny môžu byť vrodené alebo získané (napr. infekcie, úrazy, ochorenia stredného ucha, hluk, genetické faktory).

Strata sluchu neovplyvňuje len vnímanie akustických podnetov, ale má aj viacrozmerný vplyv **na rozvoj jazyka, sociálnu komunikáciu, vzdelávanie a identitu jednotlivca**. V prípade detí, ktoré sú nepočujúce od narodenia, sa dôsledky toho, že nemajú prístup k hovorenej reči, môžu prejavovať v ranom detstve vo forme oneskorenia vo vývoji reči, chápania abstraktných pojmov a emocionálneho fungovania. Preto je veľmi dôležité zabezpečiť **včasnú diagnostiku a sluchovú intervenciu**, ako aj umožniť dieťaťu kontakt s plnohodnotným jazykovým systémom - najčastejšie s národným posunkovým jazykom.

V **Poľsku** túto úlohu plní **poľský posunkový jazyk (PJM)** - autonómny jazykový systém s vlastnou gramatikou a syntaxou, ktorý sa líši od poľského jazyka. Podobná situácia existuje aj v iných európskych krajinách: Na **Slovensku** existuje **Slovenský posunkový jazyk (SPJ)**, ktorý v roku 1995 získal štatút úradného jazyka komunity nepočujúcich a bol uznaný za súčasť kultúrneho dedičstva krajiny. Slovensko tiež realizuje aktívnu politiku podpory bilingvizmu vo vzdelávaní nepočujúcich detí - prostredníctvom rozvoja výučbových programov v posunkovom jazyku popri slovenčine. Napriek tomu je v menších mestách stále obmedzený počet certifikovaných tlmočníkov a nedostatočná technologická podpora.

V **Turecku** je situácia zložitejšia. Hoci má **turecký posunkový jazyk (TİD)** bohatú tradíciu a od roku 2005 je oficiálne uznaný štátom, jeho prítomnosť vo vzdelávacom systéme a verejnej správe je stále roztrieštená. Mnohé školy pre nepočujúcich stále využívajú tzv. oralistický prístup, ktorý sa zameriava na výučbu reči a čítanie z pier s obmedzeným využívaním posunkového jazyka. V posledných rokoch sa však čiastočne vďaka spolupráci s európskymi organizáciami (napr. Európskou úniou nepočujúcich) rozvíja hnutie za **úplnú komunikačnú dostupnosť** vrátane prekladov vo verejných médiách, vývoja televíznych tituliek a aplikácií na podporu komunikácie. V Turecku však stále chýbajú konzistentné predpisy zaručujúce prístupnosť verejných služieb pre nepočujúcich v celej krajine, najmä vo vidieckych a východných regiónoch.

V celej Európe sa kladie čoraz väčší dôraz na **komplexný prístup k sluchovému postihnutiu**. To znamená nielen investovať do technológií (načúvacie prístroje, kochleárne implantáty, FM systémy, indukčné slučky), ale aj uznať **hluchotu ako kultúrny a identitárny fenomén**, a nie len ako medicínsky. Súčasný biopsychosociálny prístup podporuje integráciu dvoch paradigiem: **rehabilitácie**, ktorá sa zameriava na zlepšenie funkcie sluchu, a **kultúry**, ktorá zdôrazňuje právo používať posunkový jazyk a zúčastňovať sa na *kultúre nepočujúcich*.

V súčasnosti sa kladie čoraz väčší dôraz na **prístupnosť komunikácie** - tlmočenie do posunkového jazyka v médiách, titulky vo videomateriáloch, prístupné linky pomoci a asistenčné služby. Vzdelávanie osôb so sluchovým postihnutím by malo byť založené na vizuálnych metódach, ktoré zapájajú zrak, gestá a pohyb, a vzdelávací proces by mal podporovať rozvoj sociálnych, emocionálnych a kultúrnych zručností.

Autizmus a poruchy autistického spektra (PAS)

Autistické spektrum (porucha autistického spektra - PAS) zahŕňa skupinu neurovývinových porúch, ktoré sa vyznačujú ťažkosťami v sociálnej komunikácii, obmedzenými vzorcami správania a špecifickým spôsobom vnímania a spracovania zmyslových podnetov. Podľa najnovších diagnostických klasifikácií (DSM-5, ICD-11) sa autizmus považuje skôr za kontinuum fungovania než za jednotnú chorobnú jednotku.

Ľudia s autizmom často vykazujú zmyslovú precitlivosť alebo hyposenzitivitu, potrebu predvídateľnosti a opakujúcich sa rituálov a ťažkosti pri chápaní zámerov a emócií iných ľudí. Zároveň mnohí z nich vykazujú **nadpriemerné schopnosti v špecifických oblastiach**, ako je matematika, hudba, analýza údajov alebo spracovanie vizuálnych informácií.

Podpora ľudí s poruchami autistického spektra si vyžaduje individuálny prístup, ktorý zohľadňuje ich zmyslový profil, tempo učenia a preferovaný spôsob komunikácie. Používajú sa rôzne metódy vrátane **TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)**, **ABA (Applied Behaviour Analysis)** a **modelu SCERTS**, ktoré kladú dôraz na rozvoj komunikácie, emocionálnej sebaregulácie a sociálnych zručností.

Mimoriadne dôležité je tiež **vzdelávať verejnosť v oblasti akceptácie neuroatypickosti** - odklon od vnímania autizmu ako deficitu v prospech neurologickej rozmanitosti. To umožňuje ľuďom s týmto spektrom fungovať v prostredí, ktoré podporuje ich potenciál, a nie obmedzuje ich odlišnosti.

Viacnásobné postihnutie a iné vývinové poruchy

Viacnásobné postihnutie nastáva vtedy, keď u jednej osoby koexistujú dva alebo viac druhov postihnúť, napr. mentálne a telesné, sluchové a zrakové alebo autizmus a mentálne postihnutie. Komplexná povaha týchto porúch znamená, že vzdelávacie, terapeutické a opatrovateľské potreby sú oveľa zložitejšie a proces podpory si vyžaduje **spoluprácu interdisciplinárneho tímu odborníkov**: špeciálnych pedagógov, logopédov, terapeutov zmyslovej integrácie, psychológov a lekárov.

V prípade osôb s viacnásobným postihnutím je prioritou **zachovanie životných funkcií, rozvoj alternatívnej a augmentatívnej komunikácie (AAK)** a zabezpečenie čo najvyššej kvality

života. Kľúčovú úlohu zohráva aj rodinné prostredie, ktoré potrebuje komplexnú podporu - psychologickú, informačnú a materiálnu.

Základom účinnej a empatickej podpory je pochopenie rôznorodosti postihnutia. Každé postihnutie si vyžaduje trochu iný prístup, ale všetky majú spoločný cieľ - **zabezpečiť, aby sa ľudia so zdravotným postihnutím mohli plne zapojiť do spoločnosti**. Súčasné pedagogické a sociálne koncepcie zdôrazňujú, že postihnutie nedefinuje človeka, ale je jedným z aspektov jeho fungovania. Je zodpovednosťou spoločnosti vytvoriť podmienky, ktoré umožnia každému človeku realizovať svoje práva, potenciál a potreby v duchu rovnosti a rešpektu.

1.3. Význam včasnej diagnostiky a intervencie

Včasná diagnostika a vhodne zvolené podporné opatrenia sú kľúčovým prvkom systému pomoci osobám so zdravotným postihnutím. Súčasný výskum v oblasti vývinovej neuropsychológie, špeciálnej pedagogiky a ergoterapie jasne naznačuje, že **rané detstvo je obdobím najväčšej plasticity nervového systému a najefektívnejšieho učenia**. Z tohto dôvodu môže správna diagnostika a intervencia v prvých rokoch života významne ovplyvniť ďalší vývoj dieťaťa a jeho kognitívne, emocionálne a sociálne fungovanie.

Včasné odhalenie postihnutia

Proces diagnostiky v oblasti postihnutia je viacstupňový a interdisciplinárny. Zahŕňa **klinické a pedagogické pozorovanie**, ako aj **psychologické, logopedické, lekárske a neurofyziologické vyšetrenia**. Prvými osobami, ktoré si všimnú znepokojujúce vývojové príznaky, sú zvyčajne rodičia alebo opatrovatelia. Ich pozorovania týkajúce sa napríklad oneskorenia vo vývoji reči, motoriky, očného kontaktu alebo emocionálnych reakcií sú cenným východiskom pre ďalšiu odbornú diagnostiku.

Kľúčovú úlohu v systéme včasnej detekcie zohrávajú aj **pediatri, komunitné pôrodné asistentky, učitelia v materských školách a psychológovia v psychologických a pedagogických poradniach**. Ich úlohou je nielen prvotne identifikovať ťažkosti, ale aj nasmerovať rodiny do diagnostických centier. V tejto súvislosti je mimoriadne dôležité zvyšovať povedomie verejnosti o včasných príznakoch postihnutia a podporovať otvorenosť voči diagnostickému procesu.

Moderné systémy vzdelávania a zdravotnej starostlivosti predpokladajú **preventívne skríningové testy vykonávané** v určitých fázach vývoja dieťaťa - napr. vo veku 2, 4 a 6 rokov. Ich cieľom je odhaliť aj nepatrné odchýlky od vývojovej normy. Pri včasnej diagnostike nejde o nálepkovanie dieťaťa, ale skôr o **nástroj na presné plánovanie podpory**, ktorá mu umožní maximálne využiť jeho potenciál.

Včasná intervencia - definícia a ciele

Pojem **včasná intervencia** sa vzťahuje na integrované terapeutické, vzdelávacie a výchovné opatrenia prijaté vo vzťahu k deťom s vývinovými poruchami a ich rodinám od narodenia do veku približne 7 rokov. Cieľom týchto opatrení je nielen zlepšiť narušené funkcie, ale aj **zabrániť ďalšiemu zaostávaniu vo vývoji a podporiť kompetencie rodičov pri starostlivosti o dieťa a jeho výchove**.

Včasná intervencia má rôzne formy - od individuálnych stretnutí s terapeutmi (napr. logopédmi, fyzioterapeutmi, psychológmi, špeciálnymi pedagógmi) až po komplexné komunitné programy zahŕňajúce rodinu, školu a miestne inštitúcie. Jej účinnosť vyplýva z holistického prístupu - zahŕňa nielen dieťa, ale aj celé jeho okolie.

Základné zásady včasnej intervencie sú:

- **individualizácia** - prispôbenie metód a cieľov schopnostiam a tempu vývoja dieťaťa;
- **komplexnosť** - kombinácia rôznych foriem terapeutických a vzdelávacích intervencií;
- **kontinuita** - systematické pôsobenie a monitorovanie pokroku;
- **zapojenie rodiny** - aktívna účasť rodičov na terapeutickom procese.

V praxi to znamená, že intervencia sa nemôže obmedziť na prácu odborníkov s dieťaťom, ale musí zahŕňať aj **vzdelávanie rodičov**, posilňovanie ich rodičovských zručností a budovanie emocionálnych väzieb a dôvery v podporný systém.

Empirický výskum potvrdzuje, že deti, ktorým bola poskytnutá včasná intervencia, **dosahujú vyššiu úroveň kognitívnych, emocionálnych a sociálnych funkcií** v porovnaní s deťmi, ktorým bola poskytnutá pomoc až v školskom veku. Účinnosť týchto opatrení však závisí od dostupnosti odborníkov, medzisektorovej spolupráce a informovanosti rodičov a učiteľov.

Dôsledky nezískania včasnej diagnózy

Neposkytnutie včasnej diagnózy alebo jej oneskorenie často vedie k **prehĺbeniu vývinových ťažkostí**, ktoré časom ovplyvňujú ďalšie oblasti fungovania dieťaťa. Nediagnostikované kognitívne, zmyslové alebo emocionálne deficity môžu spôsobiť sekundárne poruchy správania, vzdelávacie a sociálne ťažkosti a v dôsledku toho vylúčenie zo skupiny rovesníkov a nízke sebavedomie.

Zo systémového hľadiska oneskorená intervencia spôsobuje aj **vyššie sociálne a ekonomické náklady** spojené s potrebou zaviesť neskôr dlhodobé kompenzačné a opatrovateľské opatrenia. Z tohto dôvodu sú súčasné politiky v oblasti vzdelávania a zdravotníctva založené na zásade "**čím skôr, tým lepšie**", ktorá je základom účinnej sociálnej a profesionálnej rehabilitácie v dospelosti.

Je potrebné zdôrazniť, že včasná diagnostika nie je len medicínskou, ale aj **etickou a sociálnou** otázkou. Umožňuje rodinám prijímať informované rozhodnutia o ďalšej starostlivosti, terapii a vzdelávaní a poskytuje deťom prístup k rovnakým možnostiam rozvoja. Oneskorenie diagnostiky vývinových problémov je často spôsobené nedostatkom vedomostí, tabu alebo strachom rodičov zo stigmatizácie. Dôležitým prvkom systému podpory je preto **sociálna výchova a psychoprofylaxia**, ktoré odbúravajú stereotypy a podporujú postoj včasnej reakcie na znepokojujúce príznaky.

Spolupráca medzi odborníkmi a rodinným prostredím

Účinnosť včasnej diagnostiky a intervencie do veľkej miery závisí od kvality spolupráce medzi jednotlivými článkami podporného systému: zdravotníckymi službami, vzdelávaním, sociálnou pomocou a mimovládnyimi organizáciami. Je mimoriadne dôležité vytvoriť **interdisciplinárne tímy**, ktoré spájajú lekárske, psychologické a pedagogické kompetencie.

Rodina dieťaťa so zdravotným postihnutím by mala byť považovaná za **rovnocenného partnera v** diagnostickom a terapeutickom procese. Práve rodičia sú najdôležitejším zdrojom informácií o správaní, pokroku, ťažkostiach a emóciách dieťaťa. Zapojenie rodičov do procesu plánovania terapie zvyšuje účinnosť prijatých opatrení, znižuje ich pocit bezmocnosti a posilňuje ich zastupiteľnosť.

Je potrebné zdôrazniť, že včasná intervencia by mala zahŕňať aj **emocionálnu podporu rodiny** - psychologickú pomoc, podporné skupiny, poradenstvo. Rané štádiá diagnostiky sú pre rodičov často obdobím silného stresu, neistoty a pocitu straty. Správne vedená psychologická pomoc im umožňuje postupne prijať situáciu, pochopiť potreby dieťaťa a zapojiť sa do jeho vývoja.

Význam neformálneho poradenstva v procese včasnej podpory

Rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím čelia rôznym výzvam vo svojom sociálnom a ekonomickom živote bez ohľadu na krajinu, v ktorej žijú.

Začlenenie neformálneho poradenstva do systému včasnej intervencie rozširuje jeho rozsah a robí ho **humánnejším, prístupnejším a zrozumiteľnejším** pre rodiny.

Podľa nášho projektu je neformálnym poradcom rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím rodič, ktorý taktiež vychováva dieťa so zdravotným postihnutím a získal skúsenosti alebo si osvojil efektívnejšie spôsoby zvládania náročných životných situácií. Neformálny poradca môže byť pre ostatných rodičov vzorom. Absolvovaním komplexného vzdelávania pre neformálnych poradcov (Komplexný vzdelávací program IPAR) môžu takíto skúsení rodičia získať ďalšie špecifické zručnosti a poradenské kompetencie, ktoré im umožnia vhodným spôsobom zdieľať svoje skúsenosti s inými rodičmi v podobnej situácii.

Neformálni poradcovia pôsobia ako podporný článok medzi odborníkmi a prostredím dieťaťa a prispievajú k budovaniu **komunity, ktorá podporuje rozvoj** - na základe dôvery, empatie a spoločnej zodpovednosti. Ich empatická prítomnosť, emocionálna podpora a pomoc pri jednaní s inštitúciami môže výrazne znížiť úroveň stresu rodičov a uľahčiť im podniknúť kroky.

Zhrnutie

Význam včasnej diagnostiky a intervencie nemožno preceňovať - je základom účinnej pomoci, integrácie a rozvoja ľudí so zdravotným postihnutím. Včasné odhalenie vývinových ťažkostí nielen minimalizuje následky deficitov, ale predovšetkým **predchádza sekundárnym psychologickým a sociálnym dôsledkom**. Včasná intervencia vykonávaná v duchu spolupráce medzi odborníkmi, rodinou a komunitou sa stáva prvým krokom k začleneniu, rovnosti a plnohodnotnej účasti na spoločenskom živote.

1.4. Práva osôb so zdravotným postihnutím

Súčasnú demokratickú spoločnosť sú založené na zásadách rovnosti, dôstojnosti a sociálnej spravodlivosti. Jednou z ich základných povinností je zaručiť osobám so zdravotným postihnutím rovnaké práva a možnosti účasti na spoločenskom živote ako všetkým ostatným občanom. Právo na nezávislý a dôstojný život, na vzdelanie, prácu a účasť na kultúre nie je výsadou - je to **základné ľudské právo**.

V tomto kontexte má právo nielen regulačnú, ale aj **emancipačnú a ochrannú** funkciu, pretože poskytuje osobám so zdravotným postihnutím nástroje na uplatnenie ich práv a boj proti diskriminácii.

Právny základ

Práva osôb so zdravotným postihnutím v Európe

Súčasnú demokratickú spoločnosť sú založené na hodnotách rovnosti, slobody a sociálnej spravodlivosti, ktoré tvoria základ pre vytvorenie systémov ochrany ľudských práv. V tomto kontexte nie sú práva osôb so zdravotným postihnutím samostatnou kategóriou privilégií, ale neoddeliteľnou súčasťou katalógu ľudských práv. Ich podstatou je zabezpečiť, aby mal každý človek bez ohľadu na úroveň svojich schopností možnosť plne sa zúčastňovať na spoločenskom, vzdelávacom, profesijnom a kultúrnom živote.

Právo tu má dvojakú funkciu: regulačnú, ktorá organizuje vzťahy medzi jednotlivcami a verejnými inštitúciami, a emancipačnú, ktorá umožňuje osobám so zdravotným postihnutím využívať právne nástroje na presadzovanie svojich práv, boj proti diskriminácii a posilnenie ich účasti na spoločenskom živote.

Medzinárodný právny základ a jeho význam

Najdôležitejším medzinárodným dokumentom o ochrane práv osôb so zdravotným postihnutím je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD), prijatý v roku 2006 a platný od roku 2008. Dohovor zaviedol zásadnú zmenu paradigmy: od medicínskeho modelu, ktorý vníma zdravotné postihnutie ako individuálny problém, k sociálnemu modelu, ktorý zdôrazňuje význam environmentálnych, sociálnych a inštitucionálnych prekážok ako zdrojov vylúčenia.

V preambule dohovoru sa uvádza, že zdravotné postihnutie je výsledkom vzájomného pôsobenia medzi osobami s dlhodobými obmedzeniami a postojovými, environmentálnymi a komunikačnými prekážkami, ktoré im bránia v plnohodnotnej účasti na živote spoločnosti. Zmluvné štáty sa zaviazali zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím rovnaké príležitosti, prístup k vzdelaniu, zamestnaniu a plnú účasť na kultúrnom a verejnom živote.

V Európe takmer všetky krajiny ratifikovali CRPD a zaviazali sa implementovať jej ustanovenia do vnútroštátneho práva. Tento proces však prebieha rôznym tempom a s rôznym stupňom účinnosti.

Európsky kontext - rozmanitosť modelov a postupov

V krajinách Európskej únie sa stáva štandardnou praxou uplatňovanie zásady "plnej účasti a rovnosti príležitostí" prostredníctvom politik prístupnosti, integrácie do vzdelávania a podpory zamestnávania na otvorenom trhu práce. Strategické smery sú stanovené v Európskej stratégii pre oblasť zdravotného postihnutia na roky 2021 - 2030, ktorú prijala Európska komisia a ktorej hlavným cieľom je vytvoriť "Úniu rovnosti" - priestor, v ktorom môžu ľudia so zdravotným postihnutím využívať všetky svoje občianske práva na rovnakom základe s ostatnými.

V stratégii sú stanovené tri piliere činnosti:

- Základné práva - ochrana pred diskrimináciou a násilím,
- nezávislý život a samostatnosť - rozvoj služieb podporujúcich nezávislosť,
- rovnosť príležitostí v zamestnaní a vzdelávaní - prostredníctvom odstraňovania infraštruktúry a komunikačných bariér.

V praxi sa uplatňovanie týchto zásad líši v závislosti od sociálnych a politických podmienok v jednotlivých krajinách.

Poľsko

V Poľsku bol dohovor ratifikovaný v roku 2012, čím sa začal proces harmonizácie vnútroštátnych právnych predpisov s jeho ustanoveniami. Najdôležitejšími právnymi aktmi v tejto oblasti sú:

- Zákon o pracovnej a sociálnej rehabilitácii a zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím (1997), ktorý upravuje otázky pracovnej aktivácie, chráneného zamestnávania a finančnej podpory,

- Charta práv osôb so zdravotným postihnutím (1997) - deklaratívny akt, ktorý tvorí základ politiky rovnosti,
- Zákon o vzdelávaní (2016), ktorý zaručuje právo na inkluzívne vzdelávanie a prispôsobenie školského prostredia potrebám žiakov so zdravotným postihnutím.

Poľský systém sa vyznačuje aj fungovaním Štátneho fondu pre rehabilitáciu osôb so zdravotným postihnutím (PFRON), ktorý zohráva kľúčovú finančnú a operačnú úlohu pri odstraňovaní bariér, podpore zamestnanosti, dotovaní rehabilitačných pobytov a činnosti mimovládnych organizácií.

Slovensko

Na Slovensku je ochrana práv osôb so zdravotným postihnutím zaručená ústavou (články 12 a 38 Ústavy SR) a rozpracovaná v odvetvových zákonoch, vrátane zákona o sociálnych službách (2008) a zákona o výchove a vzdelávaní (2008). Slovensko ratifikovalo Dohovor OSN v roku 2010 a podniká kroky na úplnú implementáciu modelu sociálnej a vzdelávacej inklúzie.

Dôležitým prvkom slovenského systému je Národný program rozvoja osôb so zdravotným postihnutím 2021-2030 (2014-2020), ktorý sa zameriava na rovnosť príležitostí v zamestnaní, podporu rodín a prístupnosť verejných priestorov. V posledných rokoch Slovensko investovalo značné finančné prostriedky EÚ do modernizácie škôl a zavádzania technológií na podporu vzdelávania žiakov so zdravotným postihnutím.

Jednou z výziev však zostávajú regionálne rozdiely v prístupe k službám a obmedzený počet odborníkov (psychológov, terapeutov, asistentov). Napriek tomu je Slovensko v porovnaní s ostatnými krajinami strednej a východnej Európy uznávané ako príklad krajiny, ktorá dôsledne buduje systémový model podpory založený na ľudských právach.

Turecko

V Turecku sú otázky týkajúce sa práv osôb so zdravotným postihnutím upravené zákonom o osobách so zdravotným postihnutím (2005) a krajina ratifikovala Dohovor OSN v roku 2009. Hoci formálne prijala jeho zásady, v praxi sa proces implementácie v jednotlivých regiónoch líši a do veľkej miery závisí od dostupnosti zdrojov.

V posledných rokoch Turecko prijalo niekoľko vykonávacích aktov týkajúcich sa prístupnosti verejných priestorov, dopravy, inkluzívneho vzdelávania a chráneného zamestnávania. Vláda

vedie osvetové kampane pod heslom Engelsiz Türkiye ("Turecko bez bariér") a veľké mestá ako Ankara, Istanbul a Izmir zaviedli mestské systémy na uľahčenie mobility osôb so zdravotným postihnutím.

V praxi však pretrvávajú vážne problémy, najmä v oblasti inkluzívneho vzdelávania a prístupu na trh práce. Z výskumu tureckého ministerstva pre rodinu a sociálnu politiku vyplýva, že miera zamestnanosti osôb so zdravotným postihnutím zostáva pod 30 % a vo vidieckych oblastiach je výrazne nižšia.

Mimovládne organizácie, ako napríklad Türkiye Sakatlar Derneği, zohrávajú dôležitú úlohu pri monitorovaní dodržiavania práv a podpore sociálneho povedomia v duchu dohovoru OSN, ale ich činnosť je často obmedzená nedostatkom stabilného financovania a vysoko centralizovanou administratívou.

Európa ako priestor spoločných noriem a rôznych postupov

V európskom meradle je zrejmý trend zbližovania právnych systémov smerom k jednotnému modelu ochrany práv osôb so zdravotným postihnutím. Spoločným menovateľom je uznanie, že zdravotné postihnutie nie je vlastnosťou jednotlivca, ale dôsledkom nedostatočnej dostupnosti a prekážok prostredia.

Rozdiely medzi krajinami, ako je Slovensko a Turecko, zároveň ukazujú, že samotné prijatie medzinárodných právnych aktov nezaručuje plnú inklúziu. Implementácia si vyžaduje trvalé investície do vzdelávania, zmeny spoločenských postojov, školenia zamestnancov a efektívneho presadzovania práva.

Právo na vzdelanie

Vzdelávanie je jedným zo základných pilierov sociálnej integrácie. Poskytuje príležitosti na rozvoj zručností, samostatnosť v živote a účasť na profesionálnom a verejnom živote. V súlade s článkom 24 Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sú zmluvné štáty povinné zabezpečiť **inkluzívny systém vzdelávania na všetkých úrovniach**, ktorý zohľadňuje rôznorodosť študentov a ich individuálne potreby.

V rôznych vzdelávacích systémoch sa právo na vzdelanie realizuje prostredníctvom:

- možnosti navštevovať **bežné školy** s príslušnými organizačnými a vyučovacími úpravami,

- vytvorením **inkluzívnych škôl a tried**, v ktorých sa žiaci so zdravotným postihnutím učia spolu so zdravými rovesníkmi,
- a existenciou **špeciálnych škôl** - pre žiakov, ktorí potrebujú intenzívnu terapeutickú a rehabilitačnú podporu.

Kľúčovým dokumentom v oblasti vzdelávania je **rozhodnutie o potrebe špeciálneho vzdelávania**, ktoré vydáva pedagogicko-psychologická poradňa a v ktorom sú uvedené formy a rozsah podpory potrebnej pre daného žiaka.

V praxi to znamená úpravu učebných osnov, vyučovacích metód a tempa práce, ako aj zabezpečenie odbornej pomoci - pomocného učiteľa, špeciálneho pedagóga, logopéda alebo psychológa.

V koncepcii inkluzívneho vzdelávania nejde pri vzdelávaní ľudí so zdravotným postihnutím o ich prispôsobenie škole, ale o **prispôsobenie školy žiakovi**. Povinnosťou školy je vytvoriť podmienky, ktoré umožnia každému dieťaťu rozvíjať sa podľa svojich najlepších schopností. Takto chápané vzdelávanie nielen vzdeláva, ale aj **učí tolerancii, empatii a sociálnej zodpovednosti**.

Právo na sociálnu podporu a pomoc štátu

Štát ako garant rovnosti medzi občanmi je povinný poskytnúť osobám so zdravotným postihnutím vhodný systém **dávok, služieb a nástrojov sociálnej podpory**. Ten zahŕňa finančnú aj nefinančnú pomoc a jeho cieľom je umožniť osobám so zdravotným postihnutím dôstojný život, profesionálnu aktivitu a integráciu do spoločnosti.

Systém sociálnej podpory v partnerských krajinách zahŕňa okrem iného:

- **peňažné dávky** - trvalé príspevky, príspevky na starostlivosť, príspevky na starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím,
- **cielené programy**,
- **opatrovateľské služby a špecializované opatrovateľské služby** poskytované v mieste bydliska,
- **systém osobnej asistencie** - umožňujúci osobám so zdravotným postihnutím samostatne fungovať a zúčastňovať sa na spoločenskom živote,

- ako aj **programy bývania a zamestnanosti**, ktoré podporujú nezávislosť a aktivizáciu.

V súlade so zásadami Dohovoru OSN nemôže mať štátna podpora výlučne ochranný alebo charitatívny charakter - mala by viesť k **posilneniu sebaurčenia a občianskej participácie**. Znamená to posun od pasívneho (na dávkach založeného) modelu pomoci k modelu **aktívneho sociálneho začlenenia**, v ktorom sú osoby so zdravotným postihnutím spolutvorcami procesu podpory, nielen jeho príjemcami.

Právo na nezávislý život a účasť na živote spoločnosti

Právo na nezávislý život je jedným z kľúčových ľudských práv, ktoré je potvrdené v článku 19 Dohovoru OSN. Vychádza z toho, že každá osoba so zdravotným postihnutím má právo **vybrať si miesto pobytu, životný štýl a rozhodovať o svojom každodennom fungovaní**. V praxi to znamená, že štát je povinný vytvoriť podmienky, ktoré umožnia osobám so zdravotným postihnutím plne sa zapojiť do spoločnosti bez toho, aby sa museli vzdať svojej samostatnosti.

Realizácia tohto práva si okrem iného vyžaduje:

- prístupnosť verejných priestorov (budov, dopravných prostriedkov, komunikačnej infraštruktúry),
- prístupnosť informácií a digitálnych technológií (webové stránky, aplikácie, úradné dokumenty),
- prístup ku kultúre, športu, vzdelávaniu a trhu práce,
- a boj proti diskriminácii vo všetkých oblastiach verejného života.

V posledných rokoch zohráva dôležitú úlohu pri uplatňovaní tohto práva **sociálny model nezávislého života, ktorý je** založený na myšlienke posilnenia postavenia a osobnej asistencie. V rámci tohto prístupu nie je osoba so zdravotným postihnutím pasívnym príjemcom služieb, ale **aktívnym účastníkom života v komunite**, ktorý rozhoduje o sebe, svojich potrebách a spôsobe ich uspokojovania.

Právo na prácu a profesionálnu aktiváciu

Právo na prácu je nielen predpokladom ekonomickej nezávislosti, ale aj **faktorom sociálnej integrácie, osobného rozvoja a sebaúcty**.

V súlade s článkom 27 Dohovoru OSN sú štáty povinné zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím rovnaký prístup k zamestnaniu na otvorenom trhu práce, a to aj prostredníctvom

- prispôsobením pracovných miest,
- podpory podporovaného zamestnávania,
- boja proti diskriminácii v procese prijímania do zamestnania,
- a rozvojom systému odborného vzdelávania a rekvalifikácie.

Dôležitou formou podpory sú aj **chránené dielne** a **sociálne družstvá**, ktoré poskytujú pracovné príležitosti pre ľudí vyžadujúcich špeciálne pracovné podmienky.

Moderný prístup k zamestnávaniu osôb so zdravotným postihnutím však predpokladá, že cieľom nie je vytváranie "samostatných" pracovných miest, ale **rovnocenná účasť na otvorenom trhu práce**. V tejto súvislosti je kľúčová zmena spoločenských postojov - odklon od stereotypov a predsudkov v prospech vnímania osôb so zdravotným postihnutím ako hodnotných a kompetentných zamestnancov.

Systém práv osôb so zdravotným postihnutím vytvára ucelenú štruktúru, ktorej cieľom je zabezpečiť, aby mal každý občan možnosť plne sa zapojiť do spoločenského života. Jeho účinnosť však nezávisí len od zákonných ustanovení, ale predovšetkým od **skutočného uplatňovania zásad rovnosti, prístupnosti a účasti** v každodennej praxi verejných inštitúcií a miestnych spoločenstiev.

Zákon je nástroj, ale jeho skutočný význam sa realizuje len vtedy, keď spoločnosť zaujme inkluzívny postoj, rešpektuje rozmanitosť a je pripravená zdieľať zodpovednosť za spoločné dobro. V tomto zmysle je ochrana práv osôb so zdravotným postihnutím nielen povinnosťou štátu, ale aj **meradlom morálnej a humanistickej vyspelosti spoločnosti**.

1.5. Osobnosť a kompetencie neformálneho poradcu

Súčasný systém podpory pre osoby so zdravotným postihnutím sú založené nielen na inštitucionálnych štruktúrach, ale aj na potenciáli a zapojení miestnych komún. V tomto kontexte zohrávajú mimoriadne dôležitú úlohu **neformálni (rovesnícki) poradcovia** – rodičia detí so zdravotným postihnutím, ktorí nemajú formálnu odbornú kvalifikáciu v oblasti sociálnej pomoci, ale ich postoj, empatia a životné skúsenosti prinášajú do procesu podpory skutočnú hodnotu.

Neformálny poradca je často podporným článkom medzi inštitucionálnym svetom a každodenným životom rodiny s dieťaťom so zdravotným postihnutím. Je to úloha, ktorá si vyžaduje citlivosť, zodpovednosť a emocionálnu zrelosť, ako aj špecifické interpersonálne a organizačné zručnosti.

Rodičia detí so zdravotným postihnutím, ktorí majú cenné vedomosti a skúsenosti v oblasti výchovy detí so zdravotným postihnutím, sociálnej a právnej ochrany, poskytovania sociálnych a zdravotných služieb a pomôcok, služieb zamestnanosti a ďalších oblastí budú zapojení do procesu neformálneho poradenstva. Rodina, ktorá sa dokázala dobre vyrovnáť so situáciou v jej počiatočnej fáze, môže byť spoľahlivým zdrojom sily a podpory pre iné rodiny. Podpora dotknutých rodičov od samého začiatku je veľmi žiaduca a neformálne poradenské služby môžu v tomto procese zohrávať dôležitú úlohu. Prostredníctvom týchto služieb a s využitím informačno-komunikačných technológií môžu dotknutí rodičia získať pomoc rýchlejšie aj v geograficky odľahlých regiónoch, čo môže prispieť k ich sociálnemu začleneniu.

Rodičia zapojení do vzdelávacieho programu pre neformálnych poradcov, ktorí budú rozvíjať svoje osobné, sociálne, poradenské a digitálne zručnosti, získajú nové kompetencie a zručnosti na primerané zdieľanie svojich skúseností. Naučia sa aktívne počúvať, klásť otázky, identifikovať hranice svojich kompetencií, uplatňovať etické princípy poradenských služieb a odporúčať vhodnú odbornú pomoc.

Kto je neformálny poradca?

Neformálny poradca pre rodičov detí so zdravotným postihnutím podľa nášho projektu je rodič, ktorý sám vychováva dieťa so zdravotným postihnutím, ale už má skúsenosti alebo osvedčené stratégie na zvládanie náročných životných situácií. Môže slúžiť ako príklad a podpora pre ďalších rodičov. Absolvovaním vzdelávania pre neformálnych poradcov môže získať ďalšie špecifické zručnosti a poradenské kompetencie, ktoré mu umožnia efektívne a vhodným spôsobom odovzdávať svoje skúsenosti iným rodičom v podobnej situácii.

Úlohou neformálneho poradcu nie je nahradiť odborníkov, ale **doplniť systém podpory** o ľudský a emocionálny prvok.

Neformálni poradcovia plnia niekoľko úloh súčasne:

- **informačnú úlohu** - poskytujú vedomosti o možnostiach podpory, postupoch a inštitúciách;
- **emocionálnu úlohu** - poskytujú prítomnosť, pochopenie a prijatie;
- **sprostredkovateľská úloha** - podporuje komunikáciu s úradmi, lekármi, školami alebo na pracovisku.

Odborné a metodické zručnosti

Neformálny poradca nie je profesionálom v právnom zmysle, jeho činnosť by mala byť založená na základných metodických a organizačných zručnostiach, ktoré určujú účinnosť poskytovanej podpory.

V prvom rade sú nevyhnutné **základné znalosti o druhoch zdravotného postihnutia** - ich špecifických vlastnostiach, obmedzeniach, potrebách a možnostiach rozvoja. To umožňuje poradcovi pochopiť situáciu osoby, s ktorou pracuje, a vyhnúť sa nesprávnej interpretácii jej správania.

Je dôležité **poznať systém sociálnej podpory a inštitúcie poskytujúce pomoc**. Poradca by mal vedieť, kam rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím odkázať, ak potrebuje získať finančné dávky, rehabilitáciu alebo právnu pomoc. V tejto súvislosti je dôležité, aby vedel vysvetliť zložité úradné postupy v jazyku, ktorý je pre príjemcu zrozumiteľný.

Ďalšou kompetenciou je **plánovanie a koordinácia podporných aktivít** - napr. podpora pri organizovaní lekárskeho návštevy, terapeutických sedení, dopravy alebo spoločenských aktivít. Neformálny poradca môže pôsobiť ako "organizátor každodenného života", ktorý pomáha rodičovi dieťaťa so zdravotným postihnutím udržiavať jej životný rytmus a zostať v kontakte s okolím.

Poradca by mal poznať **základné zásady medzilidskej komunikácie, aktívneho počúvania riadenia času, riešenia konfliktov, etické princípy poskytovania neformálneho poradenstva a používať informačno-komunikačné technológie**. To mu umožňuje poskytovať účinnú podporu bez toho, aby zasahoval do autonómie rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím, a budovať vzťah založený na dôvere a vzájomnom rešpekte.

Osobné kompetencie

Osobnosť neformálneho poradcu má veľký význam pre kvalitu podpory. Medzi kľúčové vlastnosti patrí **empatia, trpezlivosť, zodpovednosť, etická citlivosť a emocionálna odolnosť**. Neformálni poradcovia sa často stretávajú s utrpením, frustráciou, úzkosťou a bezmocnosťou iných ľudí. Schopnosť udržať si emocionálnu rovnováhu bez toho, aby upadli do chladnej ľahostajnosti, je nevyhnutná na udržanie trvalého pomáhajúceho vzťahu.

Dôležitá je aj **autenticita** - postoj úprimnosti, otvorenosti a súladu medzi slovami a činmi. Pomáhajúca osoba musí vzbudzovať dôveru, čo je možné len vtedy, keď sú jej úmysly jasné a jej konanie dôsledné.

Zmysel pre cieľ a poslanie, ktorý umožňuje neformálnym poradcom zostať motivovanými napriek ťažkostiam a obmedzeným výsledkom, nemožno preceňovať. Pomoc druhým často neprináša okamžité výsledky a vyžaduje si trpezlivosť a vytrvalosť.

Poradcovia sa musia **starat'** aj o **svoje vlastné duševné zdroje, aby mohli pomáhať iným** - využívať podporné skupiny, supervíziu, odpočinok a reflexiu vlastných emócií. Pomáhanie je obojstranný proces, ktorý môže viesť k vyhoreniu, ak ho nesprevádza sebauvedomenie a starostlivosť o seba.

Sociálne a komunikačné zručnosti

Vzťah medzi neformálnym poradcom a rodičom dieťaťa so zdravotným postihnutím je založený na dôvere, spolupráci a partnerstve. Preto kľúčovú úlohu zohrávajú **sociálne a komunikačné zručnosti**.

Poradca by mal byť schopný **aktívne počúvať**, pochopiť potreby, emócie a motivácie druhej osoby. Aktívne počúvanie nie je len o prijímaní informácií, ale aj o empatickom reagovaní, potvrdzovaní porozumenia a spoločnom hľadaní riešení.

Ďalšou zručnosťou je **bezbariérová komunikácia** - prispôsobenie jazyka, tónu a spôsobu komunikácie schopnostiam príjemcu.

Neformálny poradca by mal byť tiež schopný **budovať vzťahy založené na vzájomnom rešpekte**, bez akejkoľvek dominancie alebo závislosti. Znamená to uznať právo podporovanej osoby na vlastné rozhodnutia, aj keď sa nie vždy zhodujú s očakávaniami poradcu.

Ďalšou dôležitou sociálnou zručnosťou je podpora **spolupráce s ostatnými účastníkmi systému podpory** - rodinou, odborníkmi, zástupcami verejných inštitúcií.

Etický a reflexívny postoj

Etika v práci neformálneho poradcu je rovnako dôležitá ako v práci profesionálov. Základnou zásadou **je rešpektovanie dôstojnosti a autonómie rodiča s dieťaťom so zdravotným postihnutím**. Podpora by sa mala ponúkať tak, aby posilňovala postavenie rodiča, a nie aby ju robila závislou od pomoci.

Poradca by sa mal riadiť zásadou **diskrétnosti a ochrany súkromia**. Informácie získané v priebehu poradenského vzťahu sú dôverné a môžu byť zverejnené len so súhlasom dotknutej osoby.

Dôležitým prvkom etiky je aj **vyhýbanie sa paternalistickému prístupu**, t. j. presvedčeniu, že poradca "vie lepšie", čo je pre podporovanú osobu dobré. Takýto postoj, aj keď vychádza z dobrých úmyslov, môže viesť k obmedzeniu autonómie a posilneniu závislosti.

Neformálny poradca by mal praktizovať **reflexiu** - schopnosť analyzovať vlastné konanie, emócie a motivácie. Reflexivita mu umožňuje rozpoznať hraničné situácie, v ktorých sa pomoc môže zmeniť na nadmernú starostlivosť, a učí ho pokore voči zložitosti ľudských skúseností.

Neformálny poradca v inkluzívnej spoločnosti

V ére sociálnych zmien a rastúceho občianskeho povedomia sa neformálni poradcovia stávajú dôležitou súčasťou inkluzívnej spoločnosti. Ich činnosť prispieva k budovaniu **sociálneho kapitálu** založeného na vzájomnej dôvere, solidarite a empatii.

V praxi títo poradcovia pôsobia ako **sprostredkovatelia sociálnych vzťahov**, inšpirujú ostatných k činnosti v prospech rodičov detí so zdravotným postihnutím a presadzujú myšlienky rovnosti a integrácie. Ich práca má nielen individuálny, ale aj komunitný rozmer - formuje postoje, mení jazyk a ovplyvňuje sociálnu kultúru.

Týmto spôsobom neformálni poradcovia prispievajú k realizácii základného predpokladu Dohovoru OSN - že spoločnosť sa stáva úplnou len vtedy, keď z nej nikto nie je vylúčený.

Neformálny poradca nie je povolanie, ale **sociálne a etické poslanie**. Ich sila nespočíva v štruktúrach a predpisoch, ale vo vzťahoch založených na empatii, autenticite a úcte.

V spoločnosti, ktorá smeruje k integrácii a rovnosti, je úloha neformálneho poradcu čoraz dôležitejšia. Ich postoj nám pripomína, že podpora sa nezačína predpismi, ale **človekom, ktorý vidí druhého človeka**.

Záver

Medzi subjektmi zapojenými do systému podpory má osobitné postavenie neformálny poradca - osoba, ktorá nie je profesionálnym terapeutom ani zamestnancom podpornej inštitúcie, ale zohráva kľúčovú úlohu sprostredkovateľa, tlmočníka a spoločníka v každodennom fungovaní rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím.

Neformálny poradca pre rodičov detí so zdravotným postihnutím je podľa nášho projektu rodič, ktorý sám vychováva dieťa so zdravotným postihnutím, ale už má skúsenosti alebo osvedčené stratégie na zvládanie náročných životných situácií. Môže slúžiť ako príklad a podpora pre ďalších rodičov. Absolvovaním vzdelávania pre neformálnych poradcov môže získať ďalšie špecifické zručnosti a poradenské kompetencie, ktoré mu umožnia efektívne a vhodným spôsobom odovzdávať svoje skúsenosti iným rodičom v podobnej situácii.

Ich úloha je obzvlášť dôležitá v malých miestnych komunitách, kde práve siete susedských a komunitných vzťahov určujú skutočnú úroveň integrácie.

Práve v miestnom prostredí sa formujú každodenné životné podmienky, vzťahy a postoje k zdravotnému postihnutiu. Miestne inštitúcie, školy, kultúrne centrá, farnosti, kluby seniorov a kluby vidieckych žien môžu vytvoriť systémy mikropodpory, ktoré majú reálny vplyv na sociálne začlenenie.

Vzdelávanie v oblasti prístupnosti, komunikácie a rozmanitosti zohráva kľúčovú úlohu, a to tak medzi neformálnymi poradcami, ako aj širšie - v celej komunite. Neustále zlepšovanie medziľudských a komunikačných zručností, empatie, schopnosti rozpoznáť potreby a primerane na ne reagovať sa stáva súčasťou moderného občianskeho kapitálu.

Dodatok

Poľsko

Vláda Poľskej republiky. (2021). *Stratégia pre osoby so zdravotným postihnutím na roky 2021-2030*. Kancelária predsedu vlády.

Ministerstvo rodiny a sociálnej politiky. (2016). *Zákon o vzdelávaní (Prawo oświatowe) - Ustanovenia o inkluzívnom vzdelávaní* (konsolidované znenie, anglické zhrnutie). Vláda Poľskej republiky.

Ministerstvo rodiny a sociálnej politiky. (1997/2024). *Zákon z 27. augusta 1997 o odbornej a sociálnej rehabilitácii a zamestnávaní osôb so zdravotným postihnutím* (konsolidované znenie, anglické zhrnutie). Vláda Poľska.

Poľský parlament (Sejm). (1997). *Charta práv osôb so zdravotným postihnutím* (uznesenie Sejmu; anglický preklad).

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). (Každoročne). *Výročná správa o činnosti a financovaní osôb so zdravotným postihnutím* (anglické zhrnutie). PFRON.

Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2018). *Záverečné pripomienky k úvodnej správe Poľska (CRPD/C/POL/CO/1)*. Organizácia Spojených národov.

Európska agentúra pre špeciálne potreby a inkluzívne vzdelávanie. (2022). *Poľsko - informácie o krajine: Systémy a postupy inkluzívneho vzdelávania*. EASNIE.

OECD. (2019). *Prehľady OECD o systémoch zdravotníctva: Poľsko 2019 - kapitoly o základnej starostlivosti, zdravotnom postihnutí a dlhodobej starostlivosti*. Vydavateľstvo OECD.

Slovensko

Vláda Slovenskej republiky. (2021). *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2021 - 2030*. Úrad splnomocnenca vlády SR pre osoby so zdravotným postihnutím.

Národná rada Slovenskej republiky. (2008). *Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách* (v znení neskorších predpisov; anglické resumé).

Národná rada Slovenskej republiky. (2008). *Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia* (v znení neskorších predpisov; anglické resumé).

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky. (2015/2021). *Rámec inkluzívneho vzdelávania-Politické opatrenia pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami* (anglický prehľad).

Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2016). *Záverečné pripomienky k úvodnej správe Slovenskej republiky (CRPD/C/SVK/CO/1)*. Organizácia Spojených národov.

Európska agentúra pre špeciálne potreby a inkluzívne vzdelávanie. (2022). *Slovensko-informácie o krajine: Systémy a postupy inkluzívneho vzdelávania*. EASNIE.

Európska komisia. (2020). *Správa o krajine: Slovensko - sociálna ochrana a začlenenie so zameraním na politiku v oblasti zdravotného postihnutia*. Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie.

Regionálny úrad WHO pre Európu. (2021). *Dlhodobá starostlivosť, rehabilitácia a komunitná podpora na Slovensku: Policy brief*. Svetová zdravotnícka organizácia.

Turecko

Turecko *Zákon č. 5378 o osobách so zdravotným postihnutím a o zmene a doplnení niektorých zákonov a vyhlášok* (2005) (v znení neskorších predpisov; neoficiálny preklad do slovenčiny).

Ministerstvo rodiny a sociálnych služieb. (2021). *Národný akčný plán pre práva osôb so zdravotným postihnutím (2021-2023/2025)* (anglické zhrnutie). Vláda Turecka.

Turecký štatistický inštitút (TÜİK). (2021). *Kompendium štatistík o zdravotnom postihnutí* (anglické tabuľky a metadáta). TÜİK.

Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím. (2019). *Záverečné pripomienky k úvodnej správe Turecka (CRPD/C/TUR/CO/1)*. Organizácia Spojených národov.

Európska agentúra pre špeciálne potreby a inkluzívne vzdelávanie. (2022). *Informácie o krajine Túrkiye: Systémy a postupy inkluzívneho vzdelávania*. EASNIE.

Svetová zdravotnícka organizácia. (2020). *Rehabilitácia v systémoch zdravotníctva: Profil krajiny - Turecko*. WHO.

Európska komisia. (2018). *Správa o Turecku za rok 2018: Sociálna politika a zamestnanosť - kapitola o začlenení osôb so zdravotným postihnutím* (pracovný dokument útvarov Komisie). Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie.

Rozvojová banka Rady Európy. (2022). *Sociálne začlenenie a prístupnosť v Turecku: Policy note with the focus on disability (Politická poznámka so zameraním na zdravotné postihnutie)*. CEB.

Otázky a odpovede

1) Podľa Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím je zdrojom zdravotného postihnutia:

- a) výlučne postihnutie tela jednotlivca
- b) interakcia medzi obmedzeniami jednotlivca a sociálnymi a environmentálnymi prekážkami
- c) nedostatočný prístup k liečbe a rehabilitácii

2) Ktoré z nasledujúcich tvrdení najlepšie charakterizuje sociálny model zdravotného postihnutia?

- a) Zameriava sa na diagnostiku a liečbu deficitov jednotlivca.
- b) Vníma osobu so zdravotným postihnutím ako pacienta, ktorý si vyžaduje lekársky zásah.
- c) Zdôrazňuje význam environmentálnych a sociálnych prekážok ako príčin vylúčenia.

3) Hlavným cieľom včasnej intervencie je:

- a) farmakologická liečba vývinových porúch
- b) podpora rozvoja dieťaťa a kompetencií jeho rodiny v čo najskoršom štádiu života
- c) zaradenie detí do vhodných foriem špeciálneho vzdelávania

4) Princíp inkluzívneho vzdelávania znamená, že:

- a) škola by sa mala prispôbiť individuálnym potrebám žiaka
- b) žiaci so zdravotným postihnutím by mali navštevovať len špeciálne školy
- c) žiaci so zdravotným postihnutím by sa mali učiť podľa samostatného učebného plánu

5) Neformálny poradca by mal predovšetkým:

- a) prijímať rozhodnutia v mene rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím
- b) poskytovať emocionálnu a informačnú podporu, rešpektujúc autonómiu rodiča dieťaťa so zdravotným postihnutím
- c) vykonávať povinnosti profesionálneho sociálneho pracovníka

Správne odpovede: 1)b, 2)c, 3)b, 4)a, 5)b

Použitá literatura

1. Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
2. Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015). *Assistive technologies: Principles and practice* (4th ed.). Elsevier.
3. DeJong, G. (1979). Independent living: From social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(10), 435–446.
4. European Commission. (2021). *Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030*. Publications Office of the European Union.
5. Florian, L. (Ed.). (2014). *The SAGE handbook of special education* (2nd ed.). SAGE.
6. Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. *Maturitas*, 94, 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.001>
7. Larkin, M., Henwood, M., & Milne, A. (2019). Carer-related research and knowledge: Findings from a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 55–67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12586>
8. Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2012). *Active support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. Jessica Kingsley.
9. O'Brien, J., & O'Brien, C. L. (1998). *A little book about person-centered planning*. Inclusion Press.
10. Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Macmillan.
11. Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
12. Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
13. Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>
14. Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited* (2nd ed.). Routledge.
15. Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services: Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
16. Twigg, J., & Atkin, K. (1994). *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Open University Press.

17. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations.
18. United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). *General comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law*. United Nations.
19. WHO, ILO, UNESCO. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. World Health Organization.
20. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. WHO.
21. World Health Organization. (2011). *World report on disability*. WHO.
22. World Health Organization. (2022). *Global report on assistive technology*. WHO & UNICEF.
23. Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Bibliography in Polish

24. BON – Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób z Niepełnosprawnościami. (2021). *Wytyczne dotyczące racjonalnych usprawnień i komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami*. MRiPS.
25. Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjalna: Od tradycji do współczesności*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
26. Dykcik, W. (red.). (2010). *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
27. Gąciarz, B., & Rudnicki, S. (red.). (2014). *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*. Wydawnictwo IFiS PAN.
28. GUS – Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Osoby z niepełnosprawnościami w Polsce: Wyniki NSP 2021 (wybrane wskaźniki)*. GUS.
29. Hulek, A. (1998). *Społeczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. PWN.
30. Jachimczak, B., & Bąbka, J. (red.). (2020). *Edukacja włączająca: Teorie, badania, praktyka*. Difin.
31. Kirenko, J. (2007). *Jakość życia osób z niepełnosprawnością*. UMCS.
32. Kubicki, P., & Serafin, M. (red.). (2020). *Deinstytucjonalizacja usług społecznych w Polsce: Kierunki zmian*. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej / MFiPR.
33. Ministerstwo Cyfryzacji. (2020). *Wytyczne dostępności cyfrowej dla podmiotów publicznych (WCAG 2.1 – interpretacje i dobre praktyki)*. MC.
34. Ministerstwo Edukacji i Nauki. (2021). *Edukacja dla wszystkich. Założenia edukacji włączającej*. MEiN.
35. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. (2019). *Podręcznik projektowania uniwersalnego*. MFiPR.

36. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. (2021). *Standardy dostępności dla polityki spójności 2021–2027*. MFiPR.
37. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2021). *Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030*. MRiPS.
38. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2023). *Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023/2024. Wytyczne*. MRiPS.
39. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. (2023). *Program „Opieka wytechnieniowa” – edycja 2023/2024. Wytyczne*. MRiPS.
40. Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 2015: Raport z badań*. Instytut Spraw Publicznych.
41. PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (2023). *Sprawozdanie z działalności PFRON*. PFRON.
42. PZG – Polski Związek Głuchych. (2018). *Standardy dostępności komunikacyjnej dla osób głuchych i słabosłyszących*. PZG.
43. Rzecznik Praw Obywatelskich. (2020). *Prawa osób z niepełnosprawnościami w Polsce – wyzwania, rekomendacje, dobre praktyki*. Biuro RPO.
44. Szatur-Jaworska, B., & Błędowski, P. (red.). (2016). *Wsparcie osób starszych i ich opiekunów w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
45. Szumski, G. (2019). *Edukacja włączająca w polskiej szkole*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
46. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. (2016). *Dz.U. 2017 poz. 59 z późn. zm.*
47. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. (2019). *Dz.U. 2019 poz. 1696*.
48. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (1997). *Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.*
49. Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. (2019). *Dz.U. 2019 poz. 848 z późn. zm.*