



**IZ VSEBINE:** 2 Uvodnik 3 Direktorat za invalide v letu 2016 6 Promocija zdravja in ravnanje z invalidnostjo na delovnem mestu: naložba v zdravje in delovno zmožnost delavcev invalidov za boljšo kulturo in ugled podjetja 13 Invalidska podjetja med včeraj in jutri 16 K izgorelosti so bolj nagnjeni perfekcionisti in vestni ljudje 21 Gibalna aktivnost invalidov in zdravje za vsak dan 26 Potrebe invalidov skozi prizmo uveljavljanja človekove pravice do spolnost 32 18. Revija pevskih zborov DI ZDIS, Logatec 34 Se poškodbam lahko izognemo? 38 Kam so izginili hendikepirani in zakaj se to tiče invalidov?

## VSEBINA

UVODNIK (Drago Novak) .....	2
DIREKTORAT ZA INVALIDE V LETU 2016 (mag. Cveto Uršič).....	3
PROMOCIJA ZDRAVJA IN RAVNANJE Z INVALIDNOSTJO NA DELOVNEM MESTU: NALOŽBA V ZDRAVJE IN DELOVNO ZMOŽNOST DELAVCEV INVALIDOV ZA BOLJŠO KULTURO IN UGLED PODJETJA (mag. Andrejka Fatur Videtič).....	6
INVALIDSKA PODJETJA MED VČERAJ IN JUTRI (mag. Cveto Uršič) ...	13
K IZGORELOSTI SO BOLJ NAGNJNI PERFEKIONISTI IN VESTNI LJUDJE (Doc. dr. Helena Jeriček Klanšček) .....	16
GIBALNA AKTIVNOST INVALIDOV IN ZDRAVJE ZA VSAK DAN (dr. Tjaša Filipčič).....	21
POTREBE INVALIDOV SKOZI PRIZMO UVELJAVLJANJA ČLOVEKOVE PRAVICE DO SPOLNOSTI (dr. Janez Mekinc).....	26
18. REVIJA PEVSKIH ZBOROV DI ZDIS, LOGATEC (Tatjana Bečaj) .....	32
SE POŠKODBAM LAHKO IZOGNEMO (Doc. dr. Petra Župet, dr. med., prof. šp. vzg.) .....	34
KAM SO IZGINILI HENDIKEPIRANI IN ZAKAJ SE TO TIČE INVALIDOV (Goran Kustura) .....	38



Glasilo sofinancira FIHO.

Stališča ZDIS ne izražajo stališč FIHO.

### Na naslovnici:

Sprejem pri predsedniku RS Borutu Pahorju  
ob 3. decembru, mednarodnem dnevu invalidov



## GLASILO

**Zveze delovnih  
invalidov Slovenije**  
**št. 13/2016**

### Izdajatelj:

Zveza delovnih invalidov Slovenije  
Dunajska cesta 101, 1000 Ljubljana

### Za izdajatelja:

Drago Novak,  
predsednik Zveze delovnih invalidov  
Slovenije

### Uredniški odbor:

mag. Tanja Hočevar, Hilda Hladnjak,  
Drago Kolar, Miroslava Požar

### Lektoriranje:

GASSPER, Tonja Gašperšič s.p.

### Oblikovanje in grafična priprava:

Birografika BORI d.o.o., Ljubljana

### Tisk:

Birografika BORI d.o.o., Ljubljana

### Naslov uredništva:

Zveza delovnih invalidov Slovenije  
Dunajska cesta 101, 1000 Ljubljana  
Telefon: 01 534 35 08  
E-mail: zdis@siol.net

Revija je brezplačna, in v javnem interesu, zaradi česar na podlagi 6. točke 42. člena Zakona o davku na dodano vrednost (Uradni list RS št. 117/2006) ni zavezana plačilu DDV.

Izhaja v nakladi 1000 izvodov.

ISSN 1854-0759

# UVODNIK

Sodobna socialna država ni statična, temveč se razvija in prilagaja potrebam prebivalstva, in v kontekstu ranljivih skupin je osrednja prioriteta socialna vključenost. Iz modela v preteklosti, ki je bil omejen predvsem na socialne transfere in institucionalno oskrbo, prehajamo v družbo s skupnostnimi oblikami bivanja, preprečevanjem in z zmanjševanjem družbene izključenosti, kar invalidske organizacije postavlja pred nove in drugačne izzive. Dodatne izzive pred nas postavlja digitalizacija in individualizacija družbe in drugi socialni, ekonomski ter politični procesi, ki se zdijo pogosto v nasprotju z načeli solidarnosti, nesebičnosti in drugimi zahtevami invalidskih organizacij.

Spodbujanje socialnega vključevanja je tudi ena od prednostnih tematskih osi Operativnega programa za črpanje strukturnih skladov Evropske kohezijske politike v aktualni finančni perspektivi.

Ob tem je pomembno omeniti tudi, da je bil pred kratkim pripravljen in predstavljen predlog Zakona o FIHO in FŠO, izredno pomemben akt, ki bo obe fundaciji umestil v sistem in, tako vsaj upamo, odpravil prakso stalnega spreminjanja zakonodaje na tem področju, ki smo ji bili priča zadnje desetletje. Podobno se je sicer dogajalo tudi na področju financiranja znanosti, kjer je metodologija v manj kot dveh letih doživela šest sprememb.

Postopek in način razporejanja sredstev je kompleksen problem v vseh družbenih podsistemih in v nasprotju s prepričanjem nekaterih zaenkrat še ne obstaja algoritem, ki bi ocenjeval objektivno, pravično in transparentno, poskusi uvajanja matematičnih formul in numeričnih števil pa se niso obnesli niti na področjih, kjer se zdijo primerjave lažje kot pri posebnih socialnih programih. Ena od načinov ocenjevanja na razpisih v sferi znanosti je dosegla maksimalno matematično število kriterijev, vendar so metodologijo zaradi slabih rezultatov in revolta uporabnikov hitro spremenili nazaj v smer ocenjevanja vsebin.

Na področju invalidskih organizacij radikalno eksperimentiranje do neke mere preprečuje obveznost odločevalcev, da se v skladu s Konvencijo o pravicah invalidov v vseh procesih odločanja o stvareh, ki se tičejo invalidov, posvetujejo z njihovimi reprezentativnimi predstavniki in kljub siceršnjim nedoslednostim pri uresničevanju konvencije ugotavljamo, da se obveza posvetovanja vedno bolj spoštuje in tudi pri pripravi predloga omenjenega zakona smo predstavniki invalidov aktivno sodelovali.

V javni obravnavi je tudi predlog novega Zakona o igrah na srečo, ki na ključnih področjih za invalidske organizacije sicer ne obeta velikih sprememb, še vedno pa ostaja prisoten davek na srečke, čeprav je bil zastavljen kot začasni ukrep v obdobju finančne krize, in ki s pozitivnimi učinki za proračun ne odtehta negativnih na porabo, zlasti na področju športnih stav, kjer se zdi neizkoriščen potencial za financiranje invalidskih, humanitarnih in športnih organizacij zaradi davka in odlivov na sivi trg največji.

V javni obravnavi je tudi objavljen predlog Bele knjige, vendar še ni moč povsem jasno izluščiti, kakšne spremembe se prazaprov načrtujejo. S stališča invalidskih organizacij in njihovih članov je pomembno, da nobena od pravic, ki izhajajo iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ne postane socialni transfer. Zveza delovnih invalidov Slovenije (ZDIS) se je vključila v razpravo in pripravila predloge za Belo knjigo. Pozvali smo vsa naša društva, da sodelujejo s predlogi in pobudami, katere smo potem predstavili na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM).

Vsakoletna mednarodna konferenca invalidskih podjetij, ki jo organizira Zavod invalidskih podjetij Slovenije (ZIPS), je postala uveljavljen mednarodni dogodek, ki se ga je tudi letos udeležilo skoraj 200 predstavnikov invalidskih podjetij iz Slovenije in drugih članic EU. Pozdravni nagovor je imel predsednik vlade dr. Miro Cerar, sodelujoči pa so v razpravi ugotovili, da imajo slovenska invalidska podjetja dolgoletno tradicijo in pomenijo zgled uspešnega in vzdržnega zaposlovanja invalidov. Predstavniki resnega ministrstva so prisotnim zagotovili, da MDDSZEM absolutno podpira model invalidskih podjetij, ki je povsem skladen tudi z Uredbo EU o splošnih skupinskih izjemah in mehanizmom državnih pomoči in na tem področju ne načrtuje nobenih sistemskih sprememb.

Člane ZDIS še obveščam, da bo do konca leta Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM), skupaj z Nacionalnim svetom invalidskih organizacij Slovenije (NSIOS), v okviru evropskega projekta EU Disability Card začelo izdajati Evropsko invalidsko kartico, s katero bodo lahko slovenski invalidi v drugih državah EU recipročno uveljavljali enake ugodnosti kot domači državljani, hkrati pa bosta začela delovati portal in aplikacija z bazo ponudnikov ugodnosti v Sloveniji.

Drago Novak, predsednik ZDIS

# DIREKTORAT ZA INVALIDE V LETU 2016

**Mag. Cveto URŠIČ,**  
**Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti**

Če me spomin ne vara, že osmo leto zapored za Glasilo pripravljam kratko informacijo o preteklih aktivnostih Direktorata za invalide. Ker na zakonodajnem področju v zadnjem letu ni bilo sprejetih nobenih pomembnejših novosti, bom tokrat več pozornosti namenil dvema projektoma, katerih nosilec je (bil) direktorat. Seveda pa bom v nekaj stavkih orisal tudi druge pomembnejše aktivnosti, ki so se zgodile v preteklem letu.

## 1. Projekt ZMOREMO

Ministrstvo je v letu 2015, skupaj s partnerji (Urbanistični inštitut Republike Slovenije, Društvo študentov invalidov Slovenije in Združenje izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije v Republiki Sloveniji), izpeljalo projekt ZMOREMO. Njegov osnovni namen je prispevati k večjemu spoštovanju pravic invalidov predvsem na področjih dostopnosti in zaposlovanja. Ob tem pa se je želelo tudi vse odločevalce o pravicah invalidov, zaposlene na ministrstvih, občinah in upravnih enotah, na zelo konkreten način seznaniti z ovirami, s katerimi se invalidi zaradi hude gibalne oviranosti, slepote ali gluhoste srečujejo v vsakdanjem življenju. V ta namen je bilo organiziranih 12 izobraževalnih seminarjev na temo zaposlovanja invalidov na odprtem trgu dela. Prav tako je bilo izpeljanih 24 delavnic, in sicer na 12 ministrstvih in 12 občinah ter upravnih enotah, v sklopu katerih so lahko zaposleni s pomočjo didaktičnih pripomočkov poizkusili, kako svet doživljajo slepi in slabovidni ter gluhi in naglušni. Preverjena je bila dostopnost do nekaterih javnih objektov v Sloveniji. Po letu 2007 je bil ponovno izdan tudi Vodnik po pravicah invalidov, ki je izšel v tiskani obliki, lahko berljivi obliki, znakovnem jeziku in zvočni tehniki. Za potrebe promocije smo izdelali tudi mobilno aplikacijo ZMOREMO. Projekt je bil sofinanciran s strani Evropske unije, več o njem pa je možno izvedeti na spletnih straneh direktorata.

## 2. Projekt EU kartica ugodnosti za invalide

Ministrstvo je leta 2015 uspešno kandidiralo na razpisu Evropske Unije za podporo nacionalnim aktivnostim za sprejetje EU kartice ugodnosti za invalide. EU kartica ugodnosti za invalide naj bi se uporabljala kot

'izkaznica', s katero bodo invalidi izkazovali status invalida pri uveljavljanju komercialnih popustov (na področjih, kot so na primer promet, šport in prosti čas, kultura), do katerih so upravičeni na podlagi svoje invalidnosti. Pomembno je vedeti, da je končni cilj oziroma namen, da bi bilo možno kartico uporabljati v vseh državah članicah EU – podobno kot parkirno kartico. Z drugimi besedami povedano, komercialne ugodnosti, ki veljajo za 'domače' invalide, naj bi veljale tudi za 'tujce'.



*EU kartica ugodnosti za invalide*

V Sloveniji načrtujemo, da bo še letos pripravljen predlog sprememb in dopolnitev Zakona o izenačevanju možnosti, na podlagi katerih bo ta kartica 'uzakonjena'. Nato bo ministrica, pristojna za invalidsko varstvo, s pravilnikom predpisala obliko EU kartice ugodnosti za invalide, njeno veljavnost in postopek za njeno izdajo. Uporabljati pa naj bi se v Sloveniji začela v sredini leta 2017. Posebna vrednost projekta je, da ga ministrstvo izvaja s partnerjem NSIOS – Nacionalni svet invalidskih organizacij Slovenije. Tudi o tem projektu je moč več izvedeti na spletnih straneh ministrstva. Velja pa še dodati, da je bila prva analiza komercialnih popustov, ki jih imajo invalidi, narejena leta 2014 (objavljena je na spletnih straneh Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta – Soča; [http://www.rczr.uri-soca.si/sl/2014\\_2/](http://www.rczr.uri-soca.si/sl/2014_2/)), letos pa jo dopolnjuje NSIOS.

## 3. Izvajanje Zakona o izenačevanju možnosti invalidov

V lanskem Glasilu sem že predstavil zadnje dopolnitve Zakona o izenačevanju možnosti invalidov (v nadaljevanju: ZIMI), ki omogočajo tudi težko gibalno oviranim, da

dobijo psa pomočnika. Ministrstvo je z nekaj zamude pripravilo osnutek pravilnika, ki bo podrobneje urejal pogoje za dodelitev psa pomočnika, postopek za pridobitev psa pomočnika, izbor in delo izvedencev ter vsebino pogodbe, sklenjene med izvajalcem šolanja psov pomočnikov in ministrstvom, pristojnim za invalidsko varstvo. Osnutek pravilnika tako določa, da je do psa pomočnika upravičen polnoletni invalid, ki

- je državljan Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ali tujec, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji,
- je sposoben sam sprejeti odločitev za psa pomočnika in je seznanjen z obveznostmi in odgovornostmi, ki jo prinaša taka odločitev,
- ima velike težave pri gibanju, prenašanju, premikanju ali ravnanju s predmeti, ima ustrezne psihofizične lastnosti in primerne bivalne pogoje, in
- ima socialno mrežo v primeru, da zaradi kakršnega koli razloga na njegovi strani za psa ne zmore krajši čas skrbeti sam.

Vlogo bo, enako kot v primeru uveljavljanja tehničnega pripomočka ali prilagoditve vozila, invalid vložil na upravni enoti. Ta bo na podlagi izvedenskih mnenj, ki jih bosta podala multidisciplinarni izvedenski tim s področja fizikalne in rehabilitacijske stroke ter psihologije in izvedenec s področja dela s psi pomočniki, ki izpolnjuje mednarodne standarde za inštruktorje psov pomočnikov, izdala odloč-



*Pes vodnik*

bo z vrednotnico. Na tej osnovi bo invalid lahko izbral katerega koli izvajalca šolanja psov pomočnikov, ki bo imel z ministrstvom podpisano pogodbo za izvajanje šolanja psov pomočnikov, ministrstvo pa bo plačalo to šolanje. Po uspešno opravljenem preizkusu ob koncu šolanja bo invalid dobil psa v trajno last.

ZIMI kot enega izmed ukrepov za izenačevanje možnosti invalidov predpisuje (so)financiranje tehničnih pripomočkov za invalide s senzornimi okvarami (gluhi, naglušni, slepi, slabovidni in gluhoslepi) in (so)financiranje prilagoditve vozila gibalno oviranim invalidom, ki lahko vozilo upravljajo sami, ter invalidom, ki sami ne upravljajo vozila, prilagoditev pa je nujno potrebna za vstop invalida v vozilo in varno vožnjo. Ti dve pravici nista vezani na pravni status invalida – **uveljavljajo ju lahko tudi delovni invalidi** – pač pa na stopnjo oziroma vrsto invalidnosti. Sofinanciranje prilagoditve vozila je od začetka, to je od konca leta 2014, pa do začetka avgusta 2016 uveljavljalo skupaj 412 invalidov.

Tehničnih pripomočkov pa je bilo (so)financiranih skupaj 2752.

ZIMI omogoča tudi financiranje Klicnega centra za gluhe. V letu 2015 je Klicni center prejel več kot 5500 klicev. Registriranih ima preko 430 uporabnikov. Število klicev in uporabnikov se vsako leto poveča. Storitve Klicnega centra omogoča osebam z okvaro sluha

pomoč pri pridobivanju splošnih informacij in urejanju osebnih zadev s področja državnih organov, organov lokalne samouprave, izvajalcev javnih pooblastil in izvajalcev javnih služb ter storitev javne narave. Klicni center deluje 24 ur vse dni v tednu. V njem delajo certificirani tolmači slovenskega znakovnega jezika, na ta način je omogočena nemotena komunikacija z gluхими osebami – uporabniki. Pokrita je uporaba vseh komunikacijskih poti, ki jih uporabljajo osebe z okvaro sluha in sicer SMS sporočila (za vse tipe mobilnih telefonov), internetni video klic, video klic na mobilni telefon, spletni pogovor, elektronska pošta in telefaks. Storitve klicnega centra so za uporabnike brezplačne.

---

## 4. Nekatere druge aktivnosti

Ena izmed pomembnejših aktivnosti direktorata je tudi programsko financiranje osebne asistencije. Tako se na osnovi Javnega razpisa za sofinanciranje programov za samostojno oziroma samostojnejše življenje invalidov za obdobje od 2015 do vključno 2018, ki ga je leta 2014 objavilo ministrstvo, zagotavlja asistencija približno 1200 invalidom. Zaposlenih pa je na osnovi tega razpisa približno 310 osebnih asistentov. Zaradi potreb po osebni asistenci in ker še ni sprejet zakon, ki bi urejal to področje, je ministrstvo v letu 2016 za obdobje do leta 2018 pripravilo nov razpis, s katerim je omogočilo vključitev novih uporabnikov in zaposlitev dodatnih 35 osebnih asistentov.

Nadalje velja izpostaviti sodelovanje pri pisanju dveh direktiv s področja dostopnosti, ki ju pripravlja Evropska komisija. Prva je direktiva o dostopnosti spletišč javnega sektorja. Ko bo sprejeta, bo direktiva zavezala državna spletišča in spletišča celotnega javnega sektorja (zdravstvo, izobraževanje, itd.), da bodo dostopna. Druga direktiva je širša in vključuje zahtevo po dostopnosti različnih proizvodov in storitev, kot na primer bankomate in bančne storitve, osebne računalnike, telefone in TV opremo, telefonijo ter avdiovizualne storitve, promet, e-knjige in e-poslovanje, ipd. Usklajevanje vsebine obeh direktiv med državami članicami EU je zahtevno, tako da v tem trenutku še ni moč re-

či, kdaj bosta direktivi sprejeti. Velja pa pojasniti, da je Slovenija do sedaj že sprejela vrsto predpisov s ciljem omogočiti invalidom in drugim funkcionalno oviranim ljudem, da »imajo enako kot drugi dostop do fizičnega okolja, prevoza, informacij in komunikacij« (9. člen Konvencije o pravicah invalidov). Izpostaviti velja zlasti: Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, na kratko ZI-MI, ki ureja enake možnosti in nediskriminacijo invalidov tudi na področju enakopravnega sodelovanja v postopkih pred državnimi organi, organi samoupravne lokalne skupnosti in izvajalci javnih pooblastil oziroma javne službe (7. člen); Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika, ki gluhim osebam zagotavlja pravico uporabljati slovenski znakovni jezik oziroma pravico do informiranja v njim prilagojenih oblikah s pomočjo tolmača za znakovni jezik; Zakon o zdravilih, ki v 87. členu določa, da mora biti »ime zdravila na ovojnicini izpisano tudi v Braillovi pisavi. Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom zagotovi, da je na predlog organizacij pacientov navodilo za uporabo na voljo v oblikah, ki so primerne za slepe in slabovidne«; Zakon o medicinskih pripomočkih, s katerim je zagotovljen dostop tudi do medicinskih pripomočkov, ki odpravljajo komunikacijske ovire (npr. Braillova vrstica ali slušni aparat); pa še na primer Zakon o medijih, ki v 4. členu določa, da Republika Slovenija posebej podpira ustvarjanje in razširjanje programskih vsebin, namenjenih slepim in gluho-nemim v njim prilagojenih tehnikah, ter razvoj ustrezne tehnične infrastrukture; itd.

# PROMOCIJA ZDRAVJA IN RAVNANJE Z INVALIDNOSTJO NA DELOVNEM MESTU: NALOŽBA V ZDRAVJE IN DELOVNO ZMOŽNOST DELAVCEV INVALIDOV ZA BOLJŠO KULTURO IN UGLED PODJETJA

mag. Andrejka FATUR VIDETIČ,  
predsednica strokovnega sveta ZDIS

*Če je stopnja sprememb kjerkoli zunaj nas večja od stopnje sprememb znotraj nas samih, prihodnost ni rožnata. (Jack Welch)*

## ZAKAJ SKRB ZA ZDRAVJE NA DELOVNEM MESTU?

Ker zdravje postaja silno ogrožena in sočasno dragocena dobrina.

Skozi ekonomske zakonitosti se je gospodarstvo na pragu leta 2008 začelo intenzivno prilagajati krizi. Prestrukturiranje podjetij je postalo intenzivno in s hitrimi spremembami kot odraz prilagajanja vedno novim tržnim zahtevam. Podjetja so se odzivala (proces še vedno poteka) z racionalizacijo poslovanja, odpuščanjem zaposlenih, pogosto je bil izid zaprtje podjetja. Na področju ravnanja s človeškimi viri so temu sledile neugodne novosti: večja intenzivnost dela, manj prijazne oblike zapo-

slovanja, možnost izgube zaposlitve se je silno povečala, delovni čas je postajal – in še kar ostaja – vse bolj nestabilen, tudi vse daljši. Pojavila so se nova tveganja za zdravje zaposlenih, še posebno so se stopnjevala psihosocialna tveganja. Začela se je razvijati »preobremenjenost« na več nivojih: najbolj intenzivno pri delavcih, ki niso bili odpuščeni (več dela, strah pred odpustom), tudi pri menedžerjih zaradi zahtevnega vodenja podjetja in pri srednjem menedžmentu, ki je odgovoren za realizacijo spremembe neposredno v delovnem procesu. Podjetja so kot celota začela postajati »nezdrava« – glede doseženih poslovnih rezultatov in zdravja zaposlenih. Posledice (ne)zaposleni vse bolj čutijo tudi kot prikrajšanost v osebnem in družinskem življenju ter v zdravju celotne družbe.



Stres na delovnem mestu

Vsa dinamika teh kompleksnih sprememb je jasno pokazala, da so človekove zmogljivosti za prilagajanje sicer velike, vendar tudi silno omejene. Zaposleni so se začeli odzivati s prehodnimi ali trajnimi okvarami zdravja zaradi začasne ali kar trajne preobremenjenosti. Na to kažejo tudi rezultati dveh ključnih evropskih preglednih študij: 5. evropske raziskave o delovnih pogojih, ki je potekala leta 2010, in Evropske ankete podjetij o novih in nastajajočih tveganjih – ESENER, ki jo je leta 2009 vodila Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. V okviru te raziskave je sodelovala tudi Slovenija in rezultati niso zavidljivi: kar 37 % anketiranih zaposlenih je menilo, da sta njihovo zdravje in varnost ogrožena zaradi dela. Da delo predvsem negativno vpliva na njihovo zdravje, jih je menilo 44 %. Samo slaba tretjina je menila, da bodo pri starosti 60 let še zmogli in hoteli opravljati delo, ki ga trenutno opravljajo. Skoraj polovica zaposlenih je imela največ težav pri delu zaradi bolečin v hrbtu, 41 % zaradi splošne utrujenosti, 38 % zaradi bolečin v mišicah in 37 % zaradi stresa.

Za načrtovanje skrbi za zdravje delavcev invalidov bi opozorili, da **delavcev invalidov kot skupine v okviru projekta niso posebej analizirali.**

Na srečo se sočasno z novimi ekonomskimi zakonitostmi poslovanja začenja ponovno krepiti zavest, da je človek najpomembnejši del sistema, ki zagotavlja varnost in stabilnost delovanja kateregakoli ekonomskega in družbenega sistema. Ob tem, ko podjetja iščejo vedno nove poti za krepitev produktivnosti, v zadnjem desetletju namenjajo tudi več pozornosti razvoju programov za ohranjanje in krepitev zdravja svojih delavcev, ki postajajo že kar način pridobivanja konkurenčne prednosti. Podjetja razvijajo tudi različne trajnostne strategije za ohranjanje zaposlitve in zaposlovanje delavcev invalidov ter delavcev s kroničnimi boleznimi.

Pozitivni učinki teh prizadevanj se že nakazujejo v rezultatih predhodnih analiz druge evropske ankete podjetij o novih in nastajajočih tveganjih (ESENER 2), ki je potekala v letu 2014, in v prvih ugotovitvah 6. evropske raziskave o delovnih pogojih, ki je potekala leta 2015.

**Promocija zdravja** pri delu tako ponovno doživlja svojo renesanso, tudi v naši državi. Podprta z ekonomski kazalci se še vedno kaže kot trden, celosten in uresničljiv model za krepitev zdravja delavcev. Z inovativnimi pristopi, prilagojenimi sodobnim, tekmovalnim gospodarskim razmeram, uspešno razvija programe, v katerih sodelovalno poveže delodajalce in delavce.

Namen prispevka je okvirno predstaviti značilnosti promocije zdravja in ravnanja z invalidnostjo na delovnem mestu ter vzpodbuditi aktivnosti za povezovanje obeh razpoložljivih pristopov za boljše zdravje in ohranjanje delovne zmožnosti različnih skupin zaposlenih, tudi invalidov.

## PROMOCIJA ZDRAVJA

### Koncept zdravja – temelj za razvoj promocije zdravja

Razvijanje koncepta zdravja je stalnica, ki spremlja človekov razvoj. V zadnjih dveh stoletjih so pomembnemu znanstvenemu napredku medicine sledile pobude, povezane s preventivo in z razmislekom o vplivu družbenega in poklicnega okolja na zdravje. Začela je nastajati nova, pozitivna definicija zdravja, s katero ga niso več definirali kot »odsotnost bolezni«, temveč kot »stanje telesne blaginje«. Seveda so ves čas potekale številne razprave med strokovnjaki (s področja zdravja, zavarovalništva in sveta dela).

Danes je koncept zdravja, ki ga je leta 1948 oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, WHO), še vedno izhodišče za uradno definicijo izraza »zdravje«.

Zdravje je **»stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali nezmožnosti«.**

V tej definiciji so poudarjeni kulturni in psihološki dejavniki ter družbeno in politično okolje. Nadaljnji razvoj tega koncepta je prinesel še razširitev razumevanja zdravja z izrazom **salutogeneza** (Aaron Antonovsky). Salutogenezo zanima »izvor zdravja« – zanimajo jo vsi dejavniki, ki podpirajo človekovo zdravje in blaginjo, namesto osredotočanja na dejavnike, ki povzročajo bolezen. Usmerjenost v salutogenezo vodi v skrb za vse ljudi, ne glede na to, kje se nahajajo na kontinuumu med boleznijo in zdravjem.

### Ottawska listina za promocijo zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, WHO) je te in tudi druge modele podrobno pojasnila v dokumentu o promociji zdravja iz leta 1984, ki ga je pripravila za konferenco v Ottawi. Ta koncept je kasneje postal del resolucije konference – **Ottawske listine.**

Ottawska listina je tako postala »nekakšna biblija« za promocijo zdravja. V njej je **promocija zdravja opredeljena kot proces, ki omogoča, da ljudje oziroma skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na determinante zdravja, in na tej podlagi izboljšajo svoje zdravje. Gre za strategijo posredovanja med ljudmi in njihovim okoljem ZA ZDRAVJE.**



Lahko jo prenesemo v različna okolja ne glede na velikost ali raven – od družine do države ali zveze držav. Listina opredeli tri strategije in pet področij delovanja.

**Tri strategije izvajanja promocije zdravje so: omogočanje, posredovanje in zagovorništvo zdravja (SZO, 1986).**

**Prednostna področja promocije zdravja so:**

1. oblikovanje zdrave javne politike na različnih ravneh in v vseh sektorjih;
2. oblikovanje podpornih okolij, to je tistih, ki človeku na različnih področjih omogočajo, spodbujajo in olajšajo zdrave izbire oziroma izbire v korist zdravja, in so do stopne;
3. razvoj veščin in znanja – promocija zdravja podpira osebni in družbeni razvoj, tako da zagotavlja informacije, izobraževanje za zdravje in pridobivanje življenjskih veščin;
4. vključevanje lokalne skupnosti – gre za učinkovite dejavnosti za zagotavljanje prednostnih nalog, načrtovanje in izvajanje dejavnosti za boljše zdravje;
5. preusmeritev zdravstvene dejavnosti v smeri promocije zdravja in preprečevanje bolezni. Zdravstvena dejavnost mora podpirati potrebe posameznikov in skupnosti po bolj zdravem življenjskem načinu in vzpostavljanju vezi med zdravstvom in drugimi sektorji.

**POVZETEK:** S promocijo zdravja se pomikamo preko meja zdravstva. Zdravje namreč nastaja povsod tam, kjer živijo ljudje – v družini, v šoli, pri delu, v športnem društvu. Promocija zdravja je zato odgovornost vseh družbenih sistemov, pri uresničevanju pa je odgovornost in priložnost vsakega posameznika, da zdravje ustvarja v vsakodnevnem življenju.

## PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU (PZD)

### Povezanost dela in zdravja



*Skrb za zdravje invalidov na delovnem mestu*

Z delom postane v človekovem življenju delovno okolje eno pomembnejših življenjskih okolij. S spreminjanjem delovnih razmerij preživimo kot delavci na delu lahko že več kot tretjino časa do upokojitve. Delo, delovno mesto in delodajalec/podjetje so torej zelo pomembni za zdravje zaposlenih – gre za vpliv fizičnih in psihosocialnih dejavnikov.

Delo lahko zdravje varuje oziroma ohranja ali ogroža. Zdravje zaposlenih pa tudi lahko vpliva na opravljanje dela pozitivno ali negativno. Bolni delavci so manj produktivni, izdelki in storitve so lahko slabše kakovosti, nezaposlenost pa prispeva k slabemu zdravju.

Zaradi tako kompleksne povezanosti dela in zdravja zaposlenih je razumljivo, da je potrebno oboje – vsestransko vlaganje v boljše delovno okolje in v boljše zdravje zaposlenih za doseganje večje produktivnosti in ugleda podjetja.

**Zdravo delo** je rezultat povezanosti različnih dejavnikov, med njimi so najpomembnejše determinante: vrednote in politika nosilcev odločanja v podjetju in zunaj njih, sodelovalna kultura v podjetju in zunaj njega, veščine vodenja in upravljanja, koncept proizvodnje in načela organizacije dela, zagotavljanje varnosti pri delu, kakovost delovnega okolja, življenjski slog in osebni odnos do zdravja (nivo posameznika).

## Kaj je promocija zdravja na delovnem mestu?

Za praktično uporabo prispevka in usmerjanje bralca k lažje dostopnemu gradivu vsebina tega dela prispevka povzema vsebino **Smernic za promocijo zdravja na delovnem mestu** (verzija 1.0) Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (marec 2015).

**Promocija zdravja na delovnem mestu so sistematične aktivnosti in ukrepi, ki potekajo kot PROCES. Namenjeni so vsem delavcem in se izvajajo za vse delavce pod enakimi pogoji, z namenom ohranjanja in krepiteve telesnega in duševnega zdravja in dobrega počutja zaposlenih. Gre za kombinacijo sprememb fizičnega in socialnega okolja ter z zdravjem povezanega življenjskega sloga kot rezultat prizadevanja delodajalcev, delavcev in družbe.**

Poleg potrebnega sodelovanja vseh deležnikov je za uspeh promocije zdravja potrebno še:

- da je zdravje zaposlenih sestavni del strategije upravljanja,

- da omogoča sodelovanje vseh zaposlenih,
- da je integrirana v vse pomembne odločitve podjetja,
- da vsi programi in ukrepi slonijo **na analizi potreb vseh ali skupine delavcev (analiza o zdravju in dobrem počutju)**, določitvi prioritete in na načrtu izvedbe, z neprekinjenim spremljanjem in evalvacijo,
- da vključuje ukrepe, ki so usmerjeni tako v posameznika kot v delovno okolje,
- da združuje strategije za zmanjševanje tveganja s strategijami razvoja zaščitnih dejavnikov in izboljšanje zdravja zaposlenih.

Pri promociji zdravja gre za **aktivno podporo delodajalcev pri izboljšanju splošnega zdravja in dobrega počutja zaposlenih, kar je skupen interes z delavci, ki se z njo poistovetijo**. Delovno mesto je polje komunikacije tako glede varnega dela kakor tudi zdravega načina življenja, na delovnem mestu in na sploh. Zaposleni pridobijo znanje o varnem in zdravem načinu življenja na delovnem mestu, ki ga lahko prenesejo tudi v svoj življenjski slog za boljše zdravje.

## Izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu

Za izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu ni standardnega vzorca ali predpisane metode. Vsebinsko aktivnosti oblikujejo značilnosti podjetja in rezultati analize potreb ter postavljenih prioritete. Zaradi velike raznolikosti delovnih okolij smernice podajajo le temeljna načela za načrtovanje in izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu. Vsak delodajalec mora temeljna načela promocije zdravja na delovnem mestu prilagoditi svoji organizaciji in okoliščinam.

Zaradi zagotavljanja večdisciplinarnih programov PZD in široke podpore zaposlenih je smiselno oblikovati **skupino za zdravje**. Lahko se priključi h katerikoli že delujoči skupini v podjetju, tako da ji doda vsebine aktivnosti za PZD. Število članov skupine seveda oblikuje velikost podjetja. V pomoč lahko začasno oblikuje tudi zdravstveni krožek. V malih podjetjih lahko skrb za PZD prevzame posameznik ali celo delodajalec sam.

Ukrepi/aktivnosti, ki lahko pripomorejo k izboljšanju stanja:

- **ukrepi za izboljšanje organizacije dela,**
- **ukrepi za izboljšanje delovnega okolja,**
- **individualni ukrepi** (spodbujanje zaposlenih k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje).

Program PZD je prostovoljen in vsi zaposleni morajo imeti možnost sodelovati.

Ukrepi s področja varnosti in zdravja pri delu (npr. preventivni zdravstveni pregledi delavcev) niso programi, ki jih štejejo v programe promocije zdravja in dobrega počutja.

## Koristi promocije zdravja na delovnem mestu

Osrednji cilj PZD je boljše zdravje ljudi in s tem večja kakovost življenja in dela, posredno se lahko zmanjšajo stroški za zdravstveno in socialno varstvo, podaljšujejo se zdrava leta. Vse več je dokazov, da so delavci, ki delajo v kakovostnem delovnem okolju, bolj zdravi in bolj motivirani.

Delodajalci, ki vlagajo v zdravje zaposlenih, lahko pričakujejo: zmanjšanje stroškov, povezanih z boleznimi in bolniško odsotnostjo, ki se prav tako zmanjša, zmanjšanje delovne invalidnosti, manjša je fluktuacija delovne sile, poveča se kakovost izdelkov in storilnost, v organizaciji je več inovacij, poveča se produktivnost, bolj zadovoljni so zaposleni in stranke, izboljša se ugled organizacije/podjetja.

## Evropska mreža za promocijo zdravja pri delu

Tradicionalni pristop k zdravju in varnosti pri delu, ki je usmerjen predvsem v zmanjševanje nevarnosti pri delu in preprečevanje poklicnih bolezni, je odločilno prispeval k boljšemu zdravju na delovnem mestu. Vendar je spremljanje izidov teh aktivnosti pokazalo, da zgolj tak pristop ne more uspešno vplivati na posledice za zdravje, povezane s sodobnimi spremembami v svetu dela.

Razvoj promocije zdravja na delovnem mestu se je v Evropi razmahnil leta 1996 z ustanovitvijo Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu, ki PZD razume kot skupno prizadevanje delodajalcev, delavcev in družbe izboljšati zdravje in blaginjo zaposlenih. **Vizija PZD so zdravi delavci v zdravih organizacijah.**

ENWHP je že leta 1997 sprejela **Luksemburško deklaracijo**, ki s posodobitvijo leta 2005 celovito opredeljuje PZD in njene naloge. V deklaraciji je tako zapisano, da je PZD sodobna korporativna strategija, usmerjena v zmanjševanje slabega zdravja (vključno z boleznimi, povezanimi z delom, nevarnostmi, poškodbami, poklicnimi boleznimi in stresom) in v večanje potencialov, ki promovirajo zdravje in blaginjo delavcev.

## Promocija zdravja v Sloveniji

V Sloveniji se je PZD začela intenzivneje razvijati leta 2004, ko so na Kliničnem inštitutu za medicino dela, pro-

meta in športa (KIMDPŠ) UKC Ljubljana stekle aktivnosti za oblikovanje prvega celostnega programa **ČILI ZA DELO**. Čili za delo je krovni program promocije zdravja na KIMDPŠ, ki se nenehno dopolnjuje z novimi vsebinami in novimi pristopi ter načini dela. Pomemben del programa je **izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu** (»promotorji zdravja«). Svetovalci po zaključenem izobraževanju v svojem delovnem okolju organizirajo skupino za zdravje in jo usmerjajo pri izvajanju programa.

Zakonodaja na področju varnosti in zdravja pri delu delodajalce zavezuje k načrtovanju in izvajanju PZD, ne opredeljuje pa umestitve tega področja v sisteme, ki v organizacijah že skrbijo za zdravje delavcev in njihovo splošno blaginjo. Zakonsko obvezo, ki jo prinaša Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, Uradni list RS št. 43/2011) s 6. in 32. členom, moramo razumeti kot okrepitev in razširitev že obstoječih dejavnosti služb, ki skrbijo za ohranjanje in izboljševanje zdravja delavcev.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije umešča promocijo zdravja na delovnem mestu kot del celovite strategije obvladovanja odsotnosti z dela zaradi obolelosti (absentizma). Usmerjeno z javnimi razpisi sofinancira projekte za promocijo zdravja na delovnem mestu. 26. in 27. novembra 2015 je organiziral strokovni posvet z naslovom »Promocija zdravja na delovnem mestu – učinkovita orodja in dobre prakse« v centru Thermana v Laškem. Predstavljena so bila orodja, ki so jih razvili s financiranimi razpisnimi projekti (dostopna gradiva na spletni strani [www.zzzs.si](http://www.zzzs.si) ali na spletni strani [zrnozdravja.si](http://zrnozdravja.si)).

## POVEZOVANJE RAVNANJA Z INVALIDNOSTJO NA DELOVNEM MESTU S PROMOCIJO ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU – PRILOŽNOST VEČ ZA OHRANJANJE DELOVNE ZMOŽNOSTI DELAVCEV INVALIDOV IN KRONIČNO BOLNIH

### Delavci invalidi so posebej ranljiva skupina zaposlenih

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije lahko ocenimo, da je bilo konec avgusta 2014 delovno aktivnih invalidov okoli 30.000, kar je blizu 3 % celotne delovno aktivne populacije. Pomemben je še podatek Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, da se **število brezposelnih oseb zmanjšuje**, spremlja ga celo **povečevanje števila zaposlitvev brezposelnih invalidov**, kar kaže na pozitiven učinek sistemskih vzpodbud v okviru politike zaposlovanja invalidov. Da populacija aktivnih invalidov ni zanemarljiva, dopolnjuje še podatek iz poročila Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za leto 2015, služba za izvedenstvo. V tem letu je na novo pridobilo status delovnega invalida dobrih 3620 zavarovancev (II. in III. kategorija invalidnosti), pri skoraj 1000 zavarovancih zdravljenje še ni bilo zaključeno, v skoraj 800 primerih je invalidska komisija podala mnenje, da pri zavarovancu ni invalidnosti. **V ranljivo skupino delavcev sodijo tudi tisti, ki sicer niso pridobili statusa invalida, so pa kronično bolni.** Sodoben način življenja, podaljševanje življenjske dobe in strategije odlaganja upokojevanja so dejavniki, ki povečujejo število te skupine aktivnih zavarovancev.



Poudarili bi nekaj splošnih lastnosti delavcev invalidov:

- v povprečju imajo **nizko izobrazbo** (okoli 30 % invalidov ima le osnovnošolsko izobrazbo, dobra polovica srednješolsko, dobrih 10 % visokošolsko);
- praviloma **opravljajo slabše plačana dela**;
- **področje zaposlitve** – prevladujoče so zaposleni v dejavnostih, v katerih se je v zadnjih 5 letih močno skrčila zaposlenost, saj je več kot 38 % zaposlenih v predelovalni industriji, okoli 18 % jih dela »preprosta dela«, 8 % jih je v storitveni dejavnosti in trgovini, 18 % jih dela v »neindustrijskih poklicih«;
- **s staranjem** postanejo invalidi praviloma bistveno manj »konkurenčni«, saj se s staranjem lahko bistveno zmanjša njihova funkcijska zmogljivost, vzdržljivost in učinkovitost pri delu.

**POVZETEK.** Kot delavci so torej invalidi in kronično bolni zanesljivo posebna ciljna skupina, ki je bolj ranljiva zaradi številnih dejavnikov, povezanih z delom. Ob utečenih programih promocije zdravja na delovnem mestu bi zato zanesljivo potrebovali več prilagojenih aktivnosti in ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja, še posebno pa bi potrebovali programe, ki bi bili bolj usmerjeni v pomoč posamezniku, torej individualno prilagojeni.

## Ravnanje z invalidnostjo na delovnem mestu (Disability management)

Koncept ravnanja ali obvladovanja invalidnosti se je začel razvijati na različnih ravneh: societalni, klinični, administrativni. Pri njenem nastajanju so in še vedno sodelujejo različni deležniki: izvajalci zdravstvene dejavnosti, rehabilitacijska stroka, politični in upravni organi, zavarovalnice, nosilci odškodninskih postopkov. Izraz »ravnanje z invalidnostjo« prilagajajo strokovnim interesom svojega področja delovanja, s tem povezano pa je »ravnanje z invalidnostjo« postalo silno širok in raznoliko definiran pojem.

Prav ta raznolika in interdisciplinarna smer razvijanja ter pomen ravnanja z invalidnostjo sta bila vzpodbuda za oblikovanje njene operativne definicije, ki vključuje namen, cilje in postopke za njihovo uresničevanje. Po tej **definiciji** je ravnanje z invalidnostjo aktivni proces, v katerem dosežemo zmanjšanje vpliva okvar zaradi obolenj, kroničnih bolezni, poškodb ali drugih vzrokov na zmogljivost posameznika, tako da lahko ostane konkurenčen za delo v delovnem okolju.

**Temeljna načela ravnanja z invalidnostjo so:**

- da je proces proaktiven (ne pasiven ali reaktiven),
- da delavci in vodstvo delodajalcev prevzamejo skupno odgovornost pri sprejemanju odločitev, načrtovanju in koordinaciji zgodnjih intervencij in služb,



Kodeks o ravnanju z invalidnostjo na delovnem mestu

- da vzpodbuja in pospešuje strategije preventive (preprečevanja), koncept rehabilitacijske obravnave in programe varne vrnitve na delo, in
- da tako prispeva k obvladovanju stroškov zaradi invalidnosti (invalida samega in delodajalca).

Ravnanje z invalidnostjo na delovnem mestu vključuje sodelovanje različnih služb in urejanje materialnih pogojev za delo, sodelovanje delodajalca in delavcev z invalidnostjo. **Izhodišča za uspešno delovanje** so: dobro poznavanje vzrokov invalidnosti, pravočasno odzivanje delodajalca na probleme, povezane z invalidnostjo delavcev, jasno poslovno usmeritev in jasne postopke, kako ravnati, ter učinkovito sodelovanje z zdravstveno službo.

Globalnim prizadevanjem za obvladovanje invalidnosti na delovnem mestu se je pridružila tudi Mednarodna organizacija dela (MDO – International Labour Organisation/ILO), ki je skupaj s predstavniki vlad in pod pokroviteljstvom Združenih narodov (ZN) sprejela **Kodeks o ravnanju z invalidnostjo na delovnem mestu** (Code of practice on managing disability in the workplace). Od leta 2002 imamo tudi slovenski prevod kodeksa, ko sta avtorske pravice pridobila Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in Zveza delovnih invalidov Slovenije.

**Rezultati številnih kliničnih in epidemioloških raziskav kažejo, da se preprečevanje in obvladovanje invalidnosti na delovnem mestu zaradi kroničnih bolezni in poškodb lahko kaže kot učinkovit pristop, ki poveže dovolj obsežen program promocije zdravja na delovnem mestu s programom ravnanja z invalidnostjo na delovnem mestu, saj sta skupaj usmerjena k številnim dejavnikom tveganja za poslabšanje zdravja in delovne zmožnosti.**

## ZA ZAKLJUČEK

Z vsebino prispevka smo želeli vzpodbuditi razmislek o tem, da delavci invalidi kot skupina in posamezniki, ki tej skupini pripadajo, potrebujejo prilagojene programe, ki ne promovirajo le zdravja na delovnem mestu, temveč vklju-

čujejo tudi aktivnosti, ki jih obsega proces ravnanja z invalidnostjo na delovnem mestu.

Tako povezovanje programov v skrbi za zdravje in ohranjanje delovne zmožnosti vseh delavcev, zdravih in že obolelih, ima lahko dvojni pozitiven učinek. Na eni strani delodajalcu in vsem zaposlenim ustvarja priložnost, da skupaj razvijajo kulturo podjetja enakih možnosti za vse zaposlene, tudi za invalide, kar je pomemben vidik nediskriminacije. Po drugi strani pa društvom invalidov in njihovim aktivom delovnih invalidov odpira možnosti, da aktivno prevzamejo svoj del nalog v teh programih. To je lahko priložnost, da za ZDIS in za svoje delovanje pridobijo nov zagon in prodornost pri uresničevanju potreb svoje ciljne skupine, saj za to potrebujejo sebi prilagojena znanja in veščine.

## Literatura:

1. *Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA). Evropska anketa podjetij o novih in nastajajočih tveganjih. Povzetek. Bilbao: Evropski observatorij tveganj. Printed in Belgium, 2010.*
2. *EUROFOUND (2012), Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union.*
3. *European Agency for Safety and Health at Work. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) – Managing safety and health at work. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2010.*
4. *Kanjuo Mrčela A, Ignjatović M. Poročilo o psihosocialnih tveganjih na delovnem mestu v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani, april 2012. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012.*
5. *Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. Povzetek. Druga evropska anketa podjetij o novih in nastajajočih tveganjih (ESENER-2). Luxemburg: Urad za publikacije Evropske unije, 2015.*
6. *Eurofound. First Findings: Sixth European Working Conditions Survey. <http://www.eurofound.europa.eu/european-working-conditions-survey-ewcs>.*
7. *Hafner D, Owens LA. How globalization is changing our workforce: a global vision to job development. J Vocational Rehabil 2008; 29(1): 15-22.*
8. *Urdih Lazar T, ur. SIWHP-Training. Promocija zdravja pri delu. Definicije, metode, tehnike. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2013: 20-22.*
9. *World Health Organisation. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, 1986.*
10. *Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu (verzija 1.0). Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Direktorat za javno zdravje, marec 2015.*
11. *Urdih Lazar T, ur. SIWHP-Training. Promocija zdravja pri delu. Definicije, metode, tehnike. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2013:47.*
12. *Urdih Lazar T, Stergar E. Izzivi promocije zdravja. Čili za delo. Revija za zdravje na delovnem mestu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, september 2012: 5.*
13. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Uradni list RS, št. 43/3. 6. 2011.*
14. *Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje. Letno poročilo 2015.*
15. *Shrey D E. Disability management in industry: the new paradigm in injured worker rehabilitation. Disability and rehab 1996;18(8): 408-414.*
16. *Uršič C, Kroflič M, ur (2002). Kodeks o ravnanju z invalidnostjo na delovnem mestu. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in Zveza delovnih invalidov Slovenije.*
17. *A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at Worksite: 1995-1998 Update (IV). Science of Health Promotion 1999;13(6): 333-345.*
18. *Wevers C, Grundemann R, van Genabeek J, Wynne R, Burens I. Project name: The challenge of the sustainable employability of workers with chronic illnesses: Analysing and enhancing good practises in Europe. TNO/ANACT/WRC, 2011: 15.*

# INVALIDSKA PODJETJA MED VČERAJ IN JUTRI

**mag. Cveto Uršič,**  
**član Strokovnega sveta ZDIS**

V Sloveniji ima socialno podjetništvo na področju zaposlovanja invalidov večdesetletno tradicijo. Invalidi se namreč srečujejo z veliko težavami pri iskanju zaposlitve, njeni ohranitvi, pri napredovanju ali razvoju poklicne kariere, zato je država že takoj po 2. svetovni vojni omogočala zaposlovanje invalidov tudi v posebnih organizacijah, ki so jih takrat poimenovali 'invalidske delavnice'. Tako je v 60-tih letih posebni pravilnik določal, da se lahko prizna status invalidske delavnice vsem delavnicam, ki so imele redno zaposlenih najmanj 50 % invalidov – in leta 1963 je v Sloveniji delovalo 23 invalidskih delavnic. Kasneje se je njihovo število postopno zmanjševalo, tja do konca osemdesetih let, ko so vzporedno z uvajanjem tržne ekonomije začela nastajati nova, tokrat poimenovana invalidska podjetja (v nadaljevanju: IP).

IP so torej del socialne ekonomije, zato njihov temeljni cilj ni ustvarjanje dobička, temveč usposabljanje in zaposlovanje invalidov, ustvarjanje novih delovnih mest za invalide in ohranjanje delovnih mest zaposlenih invalidov, kot je opredeljeno v 53. členu Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (v nadaljevanju: ZZRZI). ZZRZI nato podrobneje opredeli pogoje za ustanovitev in delovanje IP. Ključni pogoji so:

- IP je gospodarska družba, ki je registrirana kot družba z omejeno odgovornostjo, delniška družba ali komanditna delniška družba, ki jo lahko ustanovi gospodarska družba ali druga pravna ali fizična oseba;
- med celim poslovnim letom usposablja in zaposluje najmanj 40 % invalidov od vseh zaposlenih v družbi;
- ima izdelan poslovni načrt;
- zaposluje in usposablja invalide, ki se zaradi invalidnosti ne morejo zaposliti ali zadržati zaposlitve pri delodajalcih v običajnem delovnem okolju, ker jim tam delodajalci ne morejo zagotoviti ustreznih delovnih mest;
- zaposluje najmanj enega strokovnega delavca, če zaposluje in usposablja več kot tri invalide, sicer pa mora na vsakih 20 zaposlenih invalidov zaposlovati enega strokovnega delavca;
- IP morajo najmanj 80 % dobička poslovnega leta nameniti za povečanje osnovnega kapitala družbe, povečanje zakonskih rezerv ali ga porabiti za enak namen kakor ostale državne pomoči;

- IP morajo o vseh pomembnih dogodkih, ki bi lahko vplivali na ohranitev delovnih mest zaposlenih invalidov, obveščati ministrstvo, pristojno za invalidsko varstvo – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Gospodarska družba lahko začne poslovati kot IP, ko ji minister, pristojen za invalidsko varstvo, po predhodni pridobitvi soglasja Vlade RS z odločbo podeli status IP.

Zaradi visokega deleža zaposlenih invalidov, njihove zaposlitvene oviranosti in poslanstva, ki ga imajo, država zagotavlja IP različne pomoči. Za poslovanje IP je ključna oprostitev plačila prispevkov za socialno varnost. ZZRZI tako določa, da so IP, ki imajo zaposlenih vsaj 50 % invalidov, oproščena plačila prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, za zdravstveno zavarovanje in za starševsko varstvo za vse zaposlene delavce. Enako velja za invalidska podjetja, ki imajo zaposlenih od 40 do 50 % invalidov, od katerih mora biti več kot tretjina invalidov, ki niso delovni invalidi II. ali III. kategorije oziroma več kakor tretjina delovnih invalidov s prišteto dobo za pridobitev in odmero pravic na podlagi osebnih okoliščin (glej 74. člen ZZRZI). Ostala IP so oproščena plačila prispevkov samo za zaposlene invalide. Druga večja spodbuda je subvencija plače invalida zaradi doseganja nižjih delovnih rezultatov, ki so posledica njegove invalidnosti. Višina subvencije je lahko od 5 % do 30 % minimalne plače. Nadalje velja še izpostaviti možnost sklenitve pogodbe o nadomestni izpolnitvi kvote z delodajalci, ki ne izpolnjujejo kvote zaposlenih invalidov. Imajo pa IP še nekatere druge olajšave oziroma pomoči (po zakonu o javnem naročanju, davčni zakonodaji, ipd.). Vsa tako pridobljena sredstva poimenujemo 'državne pomoči'. Evropska zakonodaja, ki se neposredno uporablja tudi v Sloveniji, določa, da je treba ta sredstva namensko porabiti. Namena sta lahko dva:

- kot subvencija plače zaposlenih invalidov (do 75 % bruto plače) in
- za plačilo vseh dodatnih stroškov, ki nastanejo zaradi zaposlovanja invalidov v primerjavi s tem, če ne bi zaposlovali invalidov (kot npr. pokrivanje stroškov prilagoditve prostorov; stroškov zaposlitve osebja za čas, ki ga porabijo samo za pomoč invalidnim delavcem; pokri-

vanje stroškov prilagoditve ali nakupa opreme, zato da jo bodo lahko uporabljali invalidni delavci; pokrivanje stroškov, neposredno povezanih s prevozom invalidnih delavcev na delovno mesto in z dejavnostmi, povezanimi z delom; stroškov plač za ure, ki so jih invalidni delavci porabili za rehabilitacijo, stroškov gradnje, namestitve ali posodobitve proizvodnih enot, ipd.)

Sredstva, na letni ravni je njihova višina približno 90 mio EUR (IP večino teh sredstev porabijo za subvencijo plač invalidov, približno dvajset odstotkov za druge dovoljene namene), mora IP namensko porabiti v roku treh let od prejema, sicer jih mora vrniti, obrestovana po referenčni obrestni meri. O njihovi porabi mora ministrstvu, pristojnemu za invalidsko varstvo, mesečno poročati na posebnem obrazcu.

Da bomo bolje razumeli IP, je treba navesti še nekaj podatkov (povzeto iz ZIPS, Razvojna strategija invalidskih podjetij v Sloveniji, 2016):

- glede na osnovno dejavnost IP prevladuje predelovalna dejavnost (49,3 % vseh IP);

- izobrazbena struktura zaposlenih v IP je slabša kot v primerljivih podjetjih. Tako je na primer v IP takih z osnovnošolsko izobrazbo ali nižjo od te bistveno več (28,9 %) kot v vseh podjetjih (11,4 %). Izobrazbena struktura invalidov v IP pa je še nekoliko nižja kot med vsemi zaposlenimi v invalidskih podjetjih (med invalidi je tistih z osnovnošolsko izobrazbo ali nižjo od te kar 37,7 %, to je skoraj 10 odstotkov več kot med vsemi zaposlenimi v IP);
- povprečna starost zaposlenih v IP (47 let) je bila konec leta 2014 precej višja od povprečne starosti delovno aktivnega prebivalstva, ki je znašala 42 let. Med zaposlenimi prevladujejo stari od 50 do 54 let (četrtnina vseh zaposlenih), sledili so zaposleni, stari med 45–49 let (petina) in 55–59 let (15,4 %);
- povprečna mesečna bruto plača zaposlenih v IP je za leto 2014 znašala 1.188,13 EUR. Če primerjamo povprečno mesečno plačo zaposlenih pri vseh pravnih osebah v Sloveniji za leto 2014 s plačo zaposlenih v IP, ugotavljamo, da je bila povprečna mesečna plača v IP precej nižja (bruto za 22,9 %, neto pa za 20,6 %).

**Tabela 1: zaposleni invalidi v RS**

Leto	Število vseh zaposlenih invalidov	Število invalidov, zaposlenih na odprtem trgu	Število invalidov, zaposlenih v IP in njihov delež med vsemi zaposlenimi invalidi
2006	32.682	26.129 (79,9 %)	6.441 (19,7 %)
2007	33.057	26.591 (80,4 %)	6.305 (19,1 %)
2008	33.806	27.261 (80,6 %)	6.358 (18,8 %)
2009	32.212	26.283 (81,6 %)	5.706 (17,7 %)
2010	30.399	24.777 (81,5 %)	5.364 (17,6 %)
2011	30.551	24.799 (81,2 %)	5.449 (17,8 %)
2012	29.975	23.986 (80,0 %)	5.672 (18,9 %)
2013	30.327	24.446 (80,6 %)	5.528 (18,3 %)
2014	30.507	24.772 (81,2 %)	5.323 (17,5 %)
2015	30.830	24.971 (81 %)	5.398 (17,5 %)

Vir: Tatjana Brumnič Smrekar, Razvojna strategija invalidskih podjetij v Sloveniji, Mednarodna konferenca, CD Ljubljana, 22. 6. 2016

**Tabela 2: Število invalidskih podjetij**

Leto	Število IP	Število vseh zaposlenih v IP	Število invalidov, zaposlenih v IP	Število zaposlenih neinvalidov v IP	Delež invalidov med vsemi zaposlenimi
2008	165	14.599	6.358	8.241	45 %
2009	159	13.266	5.706	7.560	43 %
2010	153	12.343	5.364	6.979	43 %
2011	142	11.795	5.449	6.346	46 %
2012	144	11.320	5.672	5.648	50 %
2013	139	11.070	5.528	5.542	50 %
2014	140	10.565	5.323	5.242	50 %
2015	144	10.707	5.398	5.309	50 %

Vir: Tatjana Brumnič Smrekar, Razvojna strategija invalidskih podjetij v Sloveniji, Mednarodna konferenca, CD Ljubljana, 22. 6. 2016



Invalid na delovnem mestu

Poleg navedenega velja poudariti še ugotovitve iz raziskave, ki jo je leta 2014 naredil Univerzitetni rehabilitacijski inštitut – Soča. V analizi je bila narejena primerjava med sredstvi, ki jih država nameni za zaposlovanje invalidov v IP, in sredstvi, ki jih država prejme, povrnjene skozi davčne obveznosti. Ugotovili so, da je v času gospodarske recesije država dobivala skozi plačane davke več kot 95 % vrnjenih odstopljenih prispevkov. Že v letu 2014 pa so, po podatkih iz Razvojne strategije invalidskih podjetij v Sloveniji, v analizo vključena IP skozi svoje poslovanje skupaj plačala več davkov, kot so prejela odstopljenih prispevkov za invalide (pribl. 3,6 % več, kot so prejela). Raziskovalci so dodatno še opozorili, da so invalidi bili zaposleni in s tem imeli lastne prihodke, večjo kvaliteto življenja ter niso obremenjevali socialnih državnih transferjev.

Današnji poslovni svet zaznamujejo predvsem zelo hitre in velike spremembe. Spreminjanje poslovnega okolja, s tem pa porast priložnosti in tudi tveganj, zahteva od podjetij veliko prilagajanja. Za to so potrebna znanja, veščine, pa tudi izkušnje. Potrebno se je pravočasno in pravilno odzvati na spremembe ter poznati in razumeti spremembe v okolju.

Vse to velja tudi za IP. So na trgu, svoje izdelke in storitve morajo prodati. Torej veljajo zanje vsa tveganja in priložnosti, ki

jih ponujata domači in mednarodni trg. Ob tem pa morajo, kot del socialnega podjetništva, slediti še svojemu posebnemu poslanstvu, to je omogočati usposabljanje in zaposlitev (in v zaposlitvi tudi napredovanje oziroma razvoj poklicne kariere) za težko zaposeljive invalide. Da so pri tem uspešna in da je tudi državna politika ustrezna, potrjujejo rezultati poslovanja. V zadnjih letih praktično nobeno invalidsko podjetje ni šlo v stečaj, število zaposlenih invalidov se ni zmanjševalo, delež invalidov se je povečeval ... To pa seveda ne pomeni, da ni potrebno razmišljati in načrtovati nadaljnega razvoja IP oziroma socialnega podjetništva za zaposlovanje invalidov v Sloveniji. IP si želijo, to so zapisala tudi v gradivu Razvojna strategija invalidskih podjetij v Republiki Sloveniji (ZIPS, 2016) predvsem stabilno zakonodajo, ki omogoča predvidljivo poslovanje z vidika pravne in ekonomske varnosti, večjo prepoznavnost tudi s posebno blagovno znamko, ohranitev sedanjih pogojev za pridobitev in ohranjanje statusa IP, ohranjanje veljavnih podpor, ukrepov, pridobivanje ugodnejših posojil in razvojnih sredstev iz skladov EU, itd. Njihova pričakovanja so razumljiva, verjamem, da jih podpira tudi država. Ne gre za zahteve po večjih sredstvih ali drugih oblikah podpore. Končno naj bi bila cilja IP-jev in države povezana – uspešno poslovanje in omogočanje zaposlitve čim večjemu številu invalidov.

## Literatura:

1. *Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov*
2. *Brumnič Smrekar, T. (2016): Razvojna strategija invalidskih podjetij v Sloveniji. Ljubljana: Mednarodna konferenca*



# K IZGORELOSTI SO BOLJ NAGNJNI PERFEKCIONISTI IN VESTNI LJUDJE

Doc. dr. Helena Jeriček Klanšček

**Izgorevanje je pojem, ki se v zadnjem času vse pogosteje uporablja. Toda, ali vemo, kaj pomeni izgorelost? Kdo je bolj nagnjen k izgorelosti, kako jo prepoznamo in preprečimo? V prispevku bomo predstavili značilnosti izgorelosti, znake in tudi različne oblike pomoči.**

## Izgorelost ni nujno povezana z delovnim mestom

Koncept izgorelosti je bil prvič sistematično opisan v 70-ih letih prejšnjega stoletja pri poklicih, ki delajo z ljudmi (npr. v zdravstvu, socialnem varstvu, vzgoji in izobraževanju). Izgorelost je bila na začetku opredeljena kot sindrom izčrpanosti, zmanjšane osebne učinkovitosti in depersonalizacije oz. ciničnosti (do dela in oseb) in je bila vezana izključno na področje dela. Izgorelost naj bi bila torej posledica kroničnega stresa na delovnem mestu, s katerim se zaposleni ne zmore ustrezno soočiti (Maslach, Jackson in Leiter, 1996, v Schaufeli, Leiter in Maslach, 2009).

Kasnejše raziskave pa so pokazale, da se izgorelost lahko pojavi tudi pri posameznikih, ki pri svojem delu nimajo opravka z ljudmi. Številni avtorji s področja izgorelosti prav tako navajajo, da sindrom izgorelosti ni nujno vezan le na delovno (službeno) področje, temveč gre za širši koncept, ki je pogosto povezan z deloholizmom – v službi in doma. Izgorelost se lahko pojavi kot posledica kroničnih težav in stresa na katerem koli področju človekovega življenja (Bianchi, Truchot, Laurent, Brisson in Schonfeld, 2014). Kar pomeni, da se izgorelost lahko razvije pri komur koli in vodi v različne težave in bolezni.

## Izgorelost je stanje življenjske izčrpanosti

Kljub številnim dilemam, ki se še vedno pojavljajo v zvezi z opredelitvijo in vzroki za pojav izgorelosti, je izgorelost v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) opredeljena kot stanje življenjske izčrpanosti.

Za izgorelost je značilna (Maslach, 1982, v Halbesleben in Buckley, 2004):

- **Izčrpanost**, posameznik je fizično in čustveno izčrpan, ima občutek pomanjkanja energije za opravljanje kakršnega koli dela, občutek, da ne zmore več.
- **Depersonalizacija**, umik ali cinizem, posameznik se oddalji od dela, postavi distanco, je ciničen, brezbrizen, ima odpor do dela, vseeno mu je za delo, za sodelavce, za stranke, vseeno mu je, ali je uspešen, ...
- **Zmanjšana osebna učinkovitost**, posameznik dvomi v svojo učinkovitost in sposobnost za delo, meni, da ni sposoben opravljati dela tako, kot ga je lahko včasih.

Pri tem je potrebno opozoriti, da se izgorelost razlikuje od delovne izčrpanosti in jo je zato pomembno obravnavati resno. Delovna izčrpanost je namreč normalna posledica prekomernega dela, ki jo lahko odpravimo s počitkom. Pri izgorelosti pa samo počitek ni dovolj. Eden izmed vzrokov izgorelosti je namreč tudi storilnostna samopodoba posameznika in njegovo vrednotenje samega sebe na podlagi zunanjih potrditev. Metaanaliza o razlikah med spoloma v pojavu izgorelosti je pokazala, da ni bistvenih razlik med spoloma o pojavnosti izgorelosti, razlike pa lahko najdemo v značilnostih izgorelosti; ženske pogosteje kot moški poročajo o čustveni izčrpanosti, moški pa o depersonalizaciji (Purvanova in Muros, 2010).

### ZANIMIVI PODATKI

- Slovenski delavci poročajo, da delajo več (zlasti ženske), da so manj zadovoljni z delovnimi razmerami, da doživljajo večjo zaposlitveno negotovost, da so pogosteje prisotni na delovnem mestu kljub bolezni in redkeje izostajajo z dela v primerjavi s povprečjem v EU 27 (Kanjuo Mrčela in Ignjatović, 2014).
- Dnevno v Sloveniji z dela zaradi bolniške izostane skoraj 40.000 ljudi (Vučković, 2010).
- 50–60 % vseh izgubljenih delovnih dni je mogoče pripisati stresu in psihosocialnim obremenitvam, povezanim z delom (McDaid, 2008).

## Kako se razvija izgorelost?

Izgorelost je običajno rezultat daljšega in počasnejšega procesa in se razvija več let. Razvoj izgorelosti nekateri opisujejo v več stopnjah (Burisch, 2006, v Korunka, Tement, Zdrehus in Borza, 2012):

**1. stopnja:** visoke delovne/življenjske zahteve, visoka stopnja stresa na delovnem mestu ali doma, visoka pričakovanja, zahteve dela/življenja so višje od resursov, delo ne izpolnjuje posameznikovih pričakovanj.

**2. stopnja:** kronična utrujenost – fizična/psihična izčrpanost, pojavijo se lahko motnje spanja in druge zdravstvene težave (glavobol, bolečine).

**3. stopnja:** depersonalizacija/cinizem/ravnodušnost – pojavi se apatija, depresivnost, dolgočasje, negativen odnos do dela, sodelavcev/klientov/strank, življenja, družine.

**4. stopnja:** obup/nemoč – pojavi se občutek odpora do samega sebe, do drugih, do vseh stvari, lahko se pojavijo občutki krivde, nezadostnosti.

Nekateri pa navajajo (Billan in Pšeničny, 2007; Pšeničny, 2007) 3 stopnje:

**1. stopnja** je izčrpanost, kronična utrujenost, ki jo posameznik presega s prisilno storilnostjo oziroma z deloholizmom. Značilni sta tudi zmanjšana rezilientnost (prožnost, odpornost) in zanikanje slabega počutja. Prva stopnja utegne trajati tudi do dvajset let.

**2. stopnja** izgorevanja – ujetost, gre za občutek ujetosti, ki ga spremlja huda izčrpanost, na katero se oseba pogosto odzove dejavno, z menjavo delovnega ali življenjskega okolja, vendar vanj prenaša stare notranje prisile in s tem tudi vzroke za nadaljnje izgorevanje. Značilni so še občutki krivde ter nihanje samopodobe med idealizacijo in razvrednotenjem. Narašča tako število znakov kot tudi njihova intenzivnost. Druga stopnja izgorevanja lahko traja tudi leto ali dve.

**3. stopnja** izgorevanja – sindrom adrenalne izgorelosti (SAI), ki jo lahko na podlagi značilnosti te faze razdelimo na dva razreda: adrenalna izgorelost pred zlomom, ki vključuje sam zlom, ter adrenalna izgorelost po zlomu. V stanju pred adrenalnim zlomom so vsi simptomi na višku; oseba se kljub temu trudi, da bi bila še naprej videti aktivna, vendar se ne more več prilagajati spremembam okoliščin. To stanje lahko traja nekaj mesecev.

Za obdobje po adrenalnem zlomu je najznačilnejši močan in dolgotrajen upad delovnih sposobnosti, nenadni upadi psihofizične energije, osebne spremembe in spremembe vrednostnega sistema, predvsem upad altruizma ter storilnosti kot vrednote. To stanje v povprečju traja od dve do štiri leta, lahko tudi dalj časa. Včasih so posledice lahko trajne in pripeljejo do invalidske upokojitve (Pšeničny, 2007).

## Znaki in simptomi izgorelosti pri posamezniku

Znaki in simptomi izgorelosti se pri posamezniku podobno kot pri stresu kažejo na čustveni, telesni, vedenjski, motivacijski ravni ter na področju mišljenja.

- **Čustveni znaki** so npr. depresivno razpoloženje, jokavost, čustvena izčrpanost, povečana napetost, razdražljivost, občutki tesnobe, izguba smisla za humor.
- **Znaki na področju mišljenja** so brezup, izguba upanja, občutki nemoči in krivde, nizko samospoštovanje, nezmožnost koncentracije, pozabljivost ...
- **Telesni znaki** se kažejo v glavobolu, slabosti, omotičnosti, bolečine v mišicah, motnje spanja, kronična utrujenost.
- **Vedenjski znaki** izgorelosti so hiperaktivnost, impulzivnost, povečano uživanje kofeina, tobaka, alkohola in prepovedanih substanc, opustitev športnih aktivnosti, kompulzivno pritoževanje, površnost pri delu, pogosti prepiri s sodelavci.

Na delovnem mestu se izgorelost kaže kot zmanjšana učinkovitost, nizka delovna storilnost in minimalna produktivnost, fluktuacija, povečana bolniška odsotnost, absentizem, povečano število nesreč (Maslach, Schaufeli in Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter in Malash, 2009).



Vedenjski znaki izgorelosti - povečano uživanje kofeina

## Kdo je bolj nagnjen k izgorelosti?

Freudenberger – oče koncepta izgorelosti, je v svoji klinični praksi opazil in pozneje so to potrdile tudi raziskave (Stoeber in Rennert, 2008), da **pogosteje izgorevajo perfekcionisti, ljudje, ki jim delo zelo veliko pomeni, ki veliko delajo, ki so nagnjeni k popolnosti, so zelo vestni in idealistični ljudje, ki niso pripravljeni sprejeti svojih omejitev in šibkosti, ki preveč zahtevajo od sebe in niso pripravljeni na kompromise.**

Druge raziskave kažejo, da so k izgorelosti bolj nagnjeni (Maslach, Schaufeli in Leiter, 2001):

- **mlajši in starejši zaposleni:** mlajši in starejši zaposleni naj bi v večji meri poročali o izgorelosti kot zaposleni srednjih let;
- **bolj izobraženi zaposleni** naj bi v večji meri poročali o izgorelosti, kar je lahko posledica tega, da imajo višje izobraženi večjo odgovornost ali da so njihova pričakovanja do službe višja;
- posamezniki z določenimi osebnostmi značilnostmi, npr. tisti, ki imajo zunanji lokus kontrole, so perfekcionisti, občutljivi na kritiko, uporabljajo pasivne in izogibajoče strategije spoprijemanja s problemi, nizko samospoštovanje in za katere je značilna čustvena nestabilnost.

## Izgorelost in delovna invalidnost

Posebnih raziskav in podatkov o izgorelosti med delovnimi invalidi nismo zasledili. Našli pa smo raziskavo o tem, da je **izgorelost povezana z 49 % povečanim tveganjem za trajno delovno nezmožnost** (Ahola in drugi, 2009). Poleg tega pa raziskave tudi kažejo, da je z izgorelostjo povezana **daljša nezmožnost za delo** in da izgorelost lahko **vodi še v druge fizične ali duševne bolezni**. Ena od možnih posledic kronične utrujenosti, **izčrpanosti, upada energije, slabega počutja in volje, omotičnosti je lahko tudi nagnjenost k več poškodbam in nesrečam**. Utrujen, izčrpan človek je pogosto manj pozoren, bolj odsoten in se mu hitreje pripeti nepričakovana situacija, dogodek, ki ima lahko za posledico poškodbo ali nesrečo.

Zato je za vse delovne invalide pomembno, da prepoznajo vzroke za svoje oviranosti ali manjzmožnosti tako na ravni organizacije kot na ravni njihovih osebnostnih značilnosti, reakcij, odnosa do dela, samopodobe ...

Namreč, če ne spremenimo sebe, se nam situacije in dogodki ponavljajo v različnih okoljih in na različnih (delovnih) mestih. Ko pa prepoznamo svoje lastnosti, svoje načine reagiranja, koliko nam pomeni služba in delo, ali znamo reči ne, se ustaviti, odpočiti, lahko te svoje lastnosti tudi do neke mere spremenimo in se naučimo bolje skrbeti zase in bolj zdravo reagirati doma in v službi.

## Preprečevanje izgorelosti v delovni organizaciji

V delovni organizaciji lahko za preprečevanje izgorelosti pri posameznikih poskrbijo na naslednje načine (Kovač, 2009):

- **Ustrezne zahteve dela:** pomembno je, da organizacija zagotovi ustrezno število zaposlenih glede na količino dela, ki ga je treba opraviti. Poleg tega je potrebno zagotoviti ujemanje delovnih nalog z zmoglostmi in sposobnostmi delavcev. S tem zaposleni niso preobremenjeni in lahko svoje delo opravljajo kakovostno.
- **Urejene delovne razmere:** pomembno je, da organizacija poskrbi za prijetno delovno okolje – primerna raven hrupa, ustrezna svetloba, ustrezen delovni prostor, čisto delovno okolje.
- **Skrb za dobre medsebojne odnose:** pomembno je, da organizacija omogoča druženje sodelavcev, da spodbuja solidarnost, podporo in sodelovanje med zaposlenimi.



Skrb za medsebojne odnose

- **Ustrezna organizacijska klima in kultura:** pomembno je, da se organizacija trudi vzpostaviti pozitivno in odprto organizacijsko kulturo, ki zaposlene spodbuja, da si med seboj zaupajo, da se podpirajo ter da težave rešujejo skupinsko, da se v organizaciji vzpostavi okolje, ki ceni dosežke delavcev in jim omogoča profesionalni in osebni razvoj.

- Fleksibilen delovni čas: fleksibilnost delovnega časa zaposlenim omogoča, da znotraj predpisanih pravil v organizaciji razpolagajo s svojim delovnim časom. S tem ukrepom zmanjšamo stres, ki je posledica usklajevanja delovnih in zasebnih obveznosti, posledično pa pri zaposlenih povečamo zadovoljstvo ter učinkovitost.
- Zagotavljanje delovne varnosti: pomembno je, da se delodajalec oz. organizacija trudi delavcu zagotoviti varnost njegovega delovnega mesta. S tem se pri delavcu zmanjša stres, ki je posledica skrbi za preživetje in vzdrževanje družine. Kadar to ni mogoče, pa je pomembno, da so vodilni v organizaciji do zaposlenega odkriti, da zaposleni ve, kaj lahko pričakuje in ima čas, da se pripravi na morebitno odpoved ali zamenjavo službe.

### ZANIMIVI PODATKI

- Znake izgorelosti ima več kot polovica populacije v zahodnoevropskih državah, tudi v Sloveniji.
- Hude znake izgorelosti ima:
  - 10 % zaposlenih v Veliki Britaniji
  - 3-6 % zaposlenih na Nizozemskem
  - 5-7 % populacije na Švedskem
  - Več kot 10 % populacije na Danskem
  - Okoli 8 % populacije v Sloveniji

### Kaj sami lahko storimo za preprečevanje izgorelosti?

Za preprečevanje izgorelosti lahko veliko naredi posameznik sam. Da ne bi izgoreli, si lahko pomagamo na naslednje načine (povzeto po Čanč, 2014):

- Naloge, ki jih moramo opraviti, razvrstimo po pomembnosti in si vsak dan sproti pripravimo dnevni načrt dela.
- Postavimo si realne, dosegljive cilje, pri doseganju katerih se ne bomo povsem izčrpali.
- Privoščimo si redne odmore ter si vzamemo čas za počitek.
- Naučimo se poiskati pomoč sodelavcev ter delati timsko in se ne izolirati od sodelavcev.
- Sproti rešujemo morebitne težave v odnosih s sodelavci in z nadrejenimi. Če pri tem nismo uspešni, razmislimo o zamenjavi delovnega mesta ali prekinitvi določenih odnosov.
- Razmislimo o svojih vrednotah in osebnem poslanstvu ter o tem, kam vlagamo svojo energijo in čas.



Zdrav način življenja

- Razmislimo, katere dejavnosti v našem življenju nas obremenjujejo in katere razbremenjujejo. Poskušajmo povečati tiste dejavnosti, ki nas razbremenijo.
- Postavimo si omejitve in se naučimo reči »ne«, kadar delo presega našo razpoložljivo energijo in naše zmožnosti.
- Naučimo pohvaliti sami sebe in se nagraditi za dosežke ter ceniti svoje delo.
- Sproti preverjamo stopnjo izgorelosti in posvečajmo pozornost temu, kako se čustveno, telesno in duševno odzivamo na obremenitve.
- Spremenimo življenjski slog.

**Izgorevanje in znaki izgorelosti so vse bolj pogosti med zaposlenimi v zahodnoevropskih državah in tudi v Sloveniji. Zato je pomembno, da se naučimo dobro skrbeti zase, krepiti svojo samopodobo, imeti zdrav odnos do dela, znati reči ne in si vzeti dovolj počitka in prostega časa zase. V primeru težav pa moramo čim prej ukrepati in poiskati pomoč.**

---

## Literatura:

1. Ahola, K., Gould, R., Virtanen M. et al. (2009). Occupational Burnout as a Predictor of Disability Pension: a Population-based Disability Pension: a Population-based Cohort Study. *Occup Environ Med*, 66, 284-290.
2. Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R. in Schonfeld, I. S. (2014). Is Burnout Solely Job-related? A Critical Comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 357-361. doi: 0.1111/sjop.12119.
3. Bilban, M. in Pšeničny, A. (2007). Izgorelost. Delo in varnost, 52(1), 22-29.
4. Čanč, M. (2014). Izgorelost na delovnem mestu na primeru podjetja Zavarovalnica Maribor d.d. Magistrsko delo. Univerza v Mariboru: Ekonomska-poslovna fakulteta.
5. Halbesleben, J. R. B. in Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879. doi: 10.1016/j.jm.2004.06.004.
6. Korunka, C., Tement, S., Zdrehus, C. in Borza, A. (2012). Burnout: Definition, Recognition and Prevention Approaches. Dostopno na: [http://www.burnoutintervention.eu/fileadmin/user\\_upload/BOIT\\_theoretical\\_abstract\\_2705.pdf](http://www.burnoutintervention.eu/fileadmin/user_upload/BOIT_theoretical_abstract_2705.pdf).
7. Kanjuo Mrčela, A. in Ignjatović M. (2014). EUROFUND. Poročilo o psihosocialnih tveganjih na delovnem mestu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede
8. Kovač, S. (2009). Stres na delovnem mestu. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede
9. Maslach, C., Schaufeli, W. B. in Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
10. McDaid, D. (2008). Mental Health in Workplace Settings. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/consensus\\_workplace\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf).
11. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10). Šesta izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
12. Pšeničny, A. (2007). Razvoj Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča Recipročnega modela izgorelosti. *Psihološka obzorja*, 16(2), 47-81.
13. Purvanova, R. K. in Muros, J. P. (2010). Gender Differences in Burnout: A Meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006.
14. Schaufeli, W. B. S., Leiter, M. P. in Malash, C. (2009). Burnout: 35 Years of Research and Practice. *The Career Development International*, 14(3), 204 -220. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406>.
15. Stoeber, J. in Rennert, D. (2008). Perfectionism in School Teachers: Relations with Stress Appraisals, Coping Styles, and Burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 37-53. doi: 10.1080/10615800701742461.
16. Vučković, R. (2010). Obvladovanje zdravstvenega absentizma – izziv za družbo. V: Kos, D. (ur.). *Zdravstveni absentizem v Sloveniji: Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

# GIBALNA AKTIVNOST INVALIDOV IN ZDRAVJE ZA VSAK DAN

dr. Tjaša Filipčič

## Povzetek

Vsako leto izvedem eno ali dve delavnici z gibalno vsebino v okviru usposabljanj za aktivno življenje in delo Zveze delovnih invalidov Slovenije. V gibalne delavnice so vključeni invalidi različnih starosti in sposobnosti. V pomen redne gibalne aktivnosti slehernega posameznika resnično verjamem, ker sem prepričana, da dvigne kvaliteto življenja vsakogar in tudi invalida. V članku podajam nekaj znanstveno podprtih dognanj, ki potrjujejo moje prepričanje, v nadaljevanju besedila pa najbolj pogosta vprašanja, ki se postavljajo v okviru gibalnih delavnic in so vezana na gibalno aktivnost.

*Ključne besede:* telesna aktivnost, invalidi, pomen telesne aktivnosti za invalide

## 1. UVOD

Brez redne gibalne aktivnosti si ne moremo zamisliti kulturnega ljudstva ali kulturnega posameznika. Stopnje razvitosti gibalne kulture pa ne ocenjujemo le po številu vrhunskih športnikov ali rekorderjev, temveč tudi po razvitosti gibalnih navad in po čim višjem odstotku prebivalcev, ki se redno ukvarjajo z gibanjem in s športom (Uлага, 1980, str. 89). Pri tem ne smemo izključiti invalidov. Svet Evrope je že pred 21 leti sprejel dokument o športu (Council of Europe, 1995), v katerem vlade članic Evropske skupnosti spodbuja, da podprejo redne gibalne programe za invalide. Redna gibalna aktivnost je prepoznana tudi v Konvenciji o pravicah invalidov (Uršič in Batič; 2008).

V Sloveniji so pri obravnavi gibalne dejavnosti invalidov uveljavljena različna pojmovanja, kot so: šport invalidov, šport oseb s posebnimi potrebami, rehabilitacijski šport, terapevtska rekreacija, šport gibalno oviranih, prilagojena športna dejavnost, paraolimpijsko gibanje, specialna olimpijada itd. Z omenjenimi izrazi si prizadevamo opredeliti raznovrstno, zapleteno in zahtevno dogajanje v športnem udejstvovanju, vezanem na posameznikovo prizadetost različnih vrst in stopenj. Invalid ima lahko motnjo v duševnem razvoju, slepoto in slabovidnost, gluhotu in naglušnost, gibalno oviranost, primanjkljaje na posameznih

področjih učenja, motnje avtističnega spektra ter motnje vedenja in pozornosti. Vsi posamezniki, ki imajo naštetе težave, imajo lahko težave na področju gibanja. Kljub temu pa spodbujamo redno gibalno aktivnost v okviru individualnih zmožnosti, saj lahko pomanjkanje gibanja privede do novih zapletov, ki onemogočajo kvaliteto življenja.

## 2. Znanstveno podprta dognanja o pomembnosti gibalne aktivnosti za invalide

Kljub temu, da invalid gibalno aktivnost opravlja prilagojeno (lahko v invalidskem vozičku, na hoduljah, itd.), ima veliko možnosti za gibanje po zaključeni medicinski rehabilitaciji. Guttman (1979), Berčič (1983), Berčič in Ažman (1996), Berčič, Ažman, Šavrin, Tušak, Veličkovič Perat in Vute (1996), Sherill (1998), Mišigoj Duraković s sod. (2003), Winnick (2005) in Goltnik Urnaut (2007) poudarjajo, da ima sekundarna rehabilitacija oziroma rehabilitacijski šport pomembno vlogo pri vključevanju invalidov v športne aktivnosti, ker posameznik v tem obdobju spozna značilnosti osebne invalidnosti in možnosti prilagoditve določenim gibalnim aktivnostim.

Invalidi imajo različne motive za ukvarjanje s športom. Vute (1985) ugotavlja razlike v stališčih in motivih za ukvarjanje s športnimi panogami med dvema skupinama invalidov. V ta namen je v raziskavo vključil 175 gibalno oviranih moških. Prva skupina (n = 90) je uporabljala ortopedsko pomagala, druga (n = 85) pa teh pomagal ni uporabljala. Tako v latentnem kot v manifestnem prostoru stališč in motivov se je pokazala razlika med dvema skupinama merjencev. Razlike so bile ugotovljene na področju izbora športnih panog.

Z medicinskega vidika dosejajo invalidi s pomočjo gibalne aktivnosti večjo stopnjo rehabilitacije, imajo manj zdravstvenih težav, kot so infekcije sečil in preležanine (Huonker, Schmid in Sorichter, 1998; Paciorek in Jones, 2001; Shephard, 2003; Jacobs in Nash, 2004). Gibanje ima neprecenljivo vlogo v psihosocialnem delu rehabilitacije ter pri obnovi in razvoju izgubljene mišične moči, koordi-

nacije, gibljivosti in vzdržljivosti (Sherrill, 1998; Bhambhani, 2002; Mišigoj Duraković, 2003). Raziskave (Vaynman in Gomez Pinilla, 2007; Perreau, Adlard, Anderson in Cotman, 2007; Ying, Edgerton in Gomez Pinilla, 2007) v okviru ameriškega projekta WALK (projekt rehabilitacije po poškodbi hrbtenice) nakazujejo, da je redna in ustrezna gibalna aktivnost ključ do oživljanja nevro-mišične funkcije.

Ažman (1997, str. 37) podaja zanimivo misel: »Zdrava oseba naj se ukvarja s športom, invalidna oseba se mora ukvarjati s športom«. Zelo pomembno je, da se invalid ukvarja s primernimi gibalnimi aktivnostmi, saj bi s tehnično prezahtevnostjo sorazmerno naraščala nevarnost poškodb, pri čemer ne smemo zanemariti precenjevanja lastnih sposobnosti.

Že daljnega leta 1972 je Hrovatin ugotovil, da so se tisti paraplegiki, ki so bili med procesom rehabilitacije vključeni v gibalno dejavnost, lažje prilagodili okolju, bolje so prenašali različne težave, ki spremljajo invalidnost, svojo telesno okvaro so manj skrivali pred okoljem, bili so tudi bolj optimistični. Marinček (1981) je ugotovil, da sta hitrost in obseg prilagoditve na telesno obremenitev pri paraplegikih, ki se načrtno ukvarjajo s športom, enaka kot pri povprečno telesno dejavnih zdravih osebah. Športniki v invalidskih vozičkih manifestirajo višji nivo aerobnih sposobnosti kot invalidi iste prizadetosti, ki niso športno aktivni. Raziskovalci (Kofsky, 1980; Sherrill, 1998; Vanlandewijck, Daly in Theisen, 1999; Winnick, 2005) ugotavljajo, da imajo športniki invalidi največkrat tudi boljše rezultate aerobnih sposobnosti in moči kot osebe brez invalidnosti, ki se ne ukvarjajo z redno gibalno/športno aktivnostjo.

Z medicinskega vidika Turk, priznan zdravnik in zagovornik gibalne aktivnosti med paraplegiki, navaja: »S pomočjo invalidskega športa dosegamo boljšo stopnjo rehabilitacije in skrajšamo čas rehabilitacije. Enako kot šport v medicini, ima invalidski šport tudi v *psihosocialnem delu* rehabilitacije svojo edinstveno vlogo in prednost. Športne dejavnosti imajo neprecenljivo vrednost v obnovi izgubljene mišične moči, koordinacije in vzdržljivosti. Šport je naravna oblika terapevtskih vaj in uspešen dodatek raznim oblikam fizioterapije. Velika vrednost invalidskega športa je tudi v rekreaciji, ki motivira silo, moč in užitek. Sočasno je važen moment v doseganju psihičnega ravnotežja«. Turk dodaja, da si uspešne medicinske rehabilitacije paraplegikov brez izvajanja športnih aktivnosti sploh ne moremo zamisliti. Zaključuje z mislijo: »Poleg ugodnih vplivov invalidske športne dejavnosti na paraplegika, kot so kondicija, samostojnost, funkcionalna usposobljenost, obvladovanje telesa, spretnost, hitrost na eni

strani in ugodni psihosocialni vplivi na drugi strani, pa ne smemo pozabiti tudi na nesporno ugotovitev, da invalidski šport pomeni tudi preventivo v pojavljanju številnih zdravstvenih in psihosocialnih komplikacij, ki se tako rade pojavljajo.« (v Vipotnik, str. 47, 1996). Ta misel je potrjena s tujimi raziskavami (Campbell in Jones, 1994; Kalyvas in Reid, 2003). Campbell in Jones (1994) sta ugotovila, da so bili športniki na invalidskem vozičku manj depresivni kot tisti, ki se s športom niso ukvarjali, imeli so manj negativnih čustvenih odklonov (jeza), bili pa so tudi bolj pozitivni do sebe in okolice. Tudi v številnih drugih raziskavah je bilo potrjeno, da paraplegiki z redno športno dejavnostjo ostajajo bolj zdravi in telesno zmogljivi ter da lažje opravljajo vsakodnevne aktivnosti (Arnold, Israel in Richter, 1992; Janssen, 1994). Ugotovljeno je, da se mora vadbeni proces odvijati pogosto (najmanj dvakrat tedensko), da pride do pozitivnih premikov pri izboljšanju telesnih sposobnosti (Arnold, Israel, Richter in Reitmann, 1992; Vaynman in Gomez Pinilla, 2007; Ying, Edgerton in Gomez Pinilla, 2007). Berčič (1983) je na vzorcu 110 paraplegikov moškega spola (starost 20-35 let) proučeval vpliv večmesečne kineziološke rekreacije na nekatere karakteristike njihovega psihosomatičnega statusa. V trimesečno programirano vadbo (trikrat tedensko pod strokovnim vodstvom in dodatno individualno vadbo doma) je bilo vključenih 55 paraplegikov, kar je predstavljalo polovico vzorca. Rezultati raziskave so pokazali, da je vadbeni proces v pozitivno smer preoblikoval nekatere antropometrijske značilnosti, gibalne in funkcionalne sposobnosti ter osebne značilnosti vadečih. Prišlo je do pomembnega zmanjšanja telesne teže in podkožnega maščevja, povečala se je vitalna kapaciteta ter adaptacijske sposobnosti srca in ožilja. Na gibalnem področju so bili končni dosežki na vseh izbranih testih boljši. V prostoru osebne značilnosti se je pomembno povečala ekstrovertiranost in zmanjšala nevrotičnost. Avtor je ugotovil, da programirana telesna aktivnost izboljšuje zdravje in telesno počutje invalidov, telesna neaktivnost pa vodi do nazadovanja ali poslabšanja posameznih človekovih sposobnosti, lastnosti in značilnosti. Nekoliko kasneje je isti avtor (Berčič s sod., 1996) ugotovil, da je športna vadba v okviru Inštituta RS za rehabilitacijo ugodno vplivala na subjektivno oceno splošnega počutja ter na pozitivno vrednotenje športa v tem okolju. Znatno je vplivala na samopodobo in osebne lastnosti invalidov.

V nadaljevanju se odmikamo od raziskovalnih dognanj in podajamo praktične informacije, primerne za vse invalide, ki jih zanima redna telesna aktivnost. Izbrali smo tista vprašanja, ki se pogosto postavljajo na delavnicah v okviru usposabljanj za aktivno življenje in delo Zveze delovnih invalidov Slovenije (v nadaljevanju ZDIS).

### **3. Deset najbolj pogostih vprašanj, ki jih postavljajo udeleženci usposabljanj za aktivno življenje in delo ZDIS in so vezana na gibalno aktivnost**

#### **3.1 Kaj vse je gibalna aktivnost?**

To je gibanje telesa, katerega rezultat je poraba energije (izgorevanje kalorij). Gibanje ni le šport. Ko hitro hodimo, se igramo, pospravljamo, plešemo ali hodimo po stopnicah, se gibljemo tudi za zdravje.

#### **3.2 Kakšno gibalno aktivnosti naj izberemo?**

Izberemo tisto vrsto gibalne aktivnosti, ki nam prinaša največje zadovoljstvo. Če bomo izbrali telesno aktivnost, ki nam ne ustreza, bomo z aktivnostjo verjetno kmalu zaključili. Hoja, plavanje, raztezanje, ples, vrtnarjenje, pohodništvo in kolesarjenje so odlične vrste gibanja za vse. Gibalno aktivnost lahko izvajamo v zaprtem prostoru ali pa na prostem. V primeru, da imamo zdravstvene težave, ki bi lahko vplivale na našo zmožnost gibanja in športnega udejstvovanja, se prej posvetujemo z osebnim zdravnikom.

#### **3.3 Kakšna naj bo količina in obremenitev pri gibalni aktivnosti?**

Za odrasle osebe velja, naj se gibljejo vsaj **30 minut na dan in to vsak dan**. S povečevanjem ravni gibanja in telesnega udejstvovanja bodo narasle tudi koristi. Gibanje naj bo vsaj zmerne intenzivnosti, kar pomeni, da se posameznik rahlo zadaha, srce hitreje utripa in posameznik občuti toploto.

#### **3.4 Kaj naj naredim, če za gibalno aktivnost nimam denarja ali časa?**

Gibanje je lahko poceni, blizu doma ter dostopno vsakemu posamezniku. Z gibanjem se lahko ukvarjamo kjer koli in zanj ne potrebujemo nobenih posebnih pripomočkov. Če smo časovno zelo obremenjeni, bodimo aktivni tako, da uporabimo stopnišče namesto dvigala (vsaj na poti navzdol!), izvajamo preproste vaje za raztezanje, na delovnem mestu del aktivnosti izvajamo stoje ali pa izberimo hojo ali kolesarjenje namesto osebnega avtomobila. Nošenje vrečk iz trgovine, prenašanje lesa, knjig in tudi hoja po stopnicah so dober primer gibanja. Hoja, morda najpogostejša in zelo priporočljiva vrsta gibanja, je popolnoma brezplačna. V večini urbanih okolij najdemo parke, obrežja ali ostala območja za pešce, ki so namenjena hoji, teku ali igranju. Za gibanje torej ni potrebno iti v telovadnico, bazen ali druge športne objekte.

#### **3.5 Ali je redna telesna aktivnost koristna v poznem življenjskem obdobju?**

Koristi gibanja lahko uživamo tudi, če z redno vadbo začnemo v poznem življenjskem obdobju. Pridobili in ohranili bomo boljše ravnotežje, moč, koordinacijo, večjo gibljivost in vplivali tudi na vzdržljivost. Večja gibljivost, boljše ravnotežje in mišični tonus lahko pomagajo preprečiti padce, ki so glavni vzrok poškodb pri starejših.

#### **3.6 Ali se je o izboru gibalne aktivnosti potrebno pogovoriti z osebnim zdravnikom?**

V primeru, ko imamo kronične zdravstvene težave, ki bi lahko vplivale na našo zmožnost gibanja, priporoča-



Gibanje v naravi v okviru usposabljanj za aktivno življenje in delo ZDIS (vir: T. Filipčič, 2016)



mo, da se posvetujemo z osebnim zdravnikom. Še posebej je treba biti previden, ko po dolgotrajni bolezni spet postanemo gibalno aktivni.

### **3.7 Kaj naj naredim, če sem popolnoma brez motivacije za gibanje?**

Če nimamo nobene želje po gibanju, povabimo k vadbi naše družinske člane. Vadba je precej bolj zabavna, če so vključeni tudi oni, saj se med vadbo razvija družinska dinamika in vzpostavljajo novi odnosi. Družinski člani lahko pomagajo tudi pri izvedbi. Lahko se priključimo številnim gibalnim programom, ki jih organizirajo društva invalidov. Dobri motivatorji so tudi naši prijatelji in znanci. Mogoče nas bo skupinska vadba in želja po druženju spodbudila k gibalni aktivnosti.

### **3.8 Kakšno obutev in oblačilo naj uporabim?**

Pri gibalni aktivnosti priporočamo obutev in opremo, v kateri se bomo dobro počutili. Oblečemo se tako, da imamo na sebi več plasti oblačil (ki jih po potrebi slačimo), obutev pa naj nudi dobro ravnotežje. Pri hoji toplo priporočamo uporabo palic, še posebej, če je naše ravnotežje slabše.

### **3.9 Kakšen naj bo prehranjevalni režim pred in po aktivnosti?**

Univerzalnega odgovora na vprašanje, kaj, kdaj in kako jesti in piti, ni, ker je prehranjevalni režim odvisen od mnogo dejavnikov. V prvi vrsti je seveda odvisen od gibalne dejavnosti. Priporočamo, da je ne izvajate takoj po obroku. Izogibajmo se pretiranemu pitju kave, poskrbimo pa za zadosten vnos tekočine.

### **3.10 Kje lahko najdem vodene gibalne programe?**

Gibalni programi so vodeni segregirano ali pa integracijsko. Pod segregirano obliko imamo v mislih posamezne zveze



Skupinska vadba v prilagojenem prostoru v okviru usposabljanj za aktivno življenje in delo ZDIS (vir: T. Filipčič, 2016)

in društva invalidov (npr. medobčinska društva delovnih invalidov, občinska društva paraplegikov, oseb s cerebralno paralizo itd., Športno društvo invalid), ki v svojih programih ponujajo tudi gibalne aktivnosti za svoje člane. V Sloveniji je tudi veliko športnih društev, ki ima v svojih vrstah poleg posameznikov brez težav, vključene tudi invalide. Gibalni programi se izvajajo integracijsko, to pomeni, da se invalidi vključijo v gibalne dejavnosti s prilagoditvami. Posamezniki se lahko obrnemo na Zvezo za šport invalidov – paraolimpijski komite, kjer bodo strokovni delavci lahko svetovali, na katero društvo se lahko obrnemo za izbrano športno vadbo. V okviru projekta Aktivni, zdravi in zadovoljni (<http://www.zsis.si/projekti/aktivni-zdravi-in-zadovoljni/>, 2016) je bil pripravljen priročnik za vadbo doma in tudi obširen katalog vadbe, kjer lahko vsakdo najde telesno aktivnost zase.

## **4. Zaključek**

Življenje je gibanje in gibanje je življenje. To velja za slehernega posameznika. Izberimo tako telesno aktivnost, ki nam bo nudila ugodje, razvijala naše potenciale in ohranjala naše zmožnosti, navkljub pridobljeni ali prirojeni invalidnosti. Telesna aktivnost naj bo čimbolj pogosta, brez prekinitev in izgovorov. Nagrajeni bomo z višjo kvaliteto življenja.

## **Literatura**

1. *Aktivni, zdravi in zadovoljni. (2016). Projekt integracije invalidov v šport in športne organizacije z namenom zmanjševanja neenakosti v zdravju. Zveza za šport invalidov Slovenije – Paraolimpijski komite: Ljubljana. (<http://www.zsis.si/projekti/aktivni-zdravi-in-zadovoljni/>)*
2. *Arnold, W., Israel, S. in Richter, H. (1992). Sport mit Rollstuhlfahrern. Leipzig Berlin Heidelberg: J.A.B. Verlagsgesellschaft.*
3. *Ažman, D. (1997). Povezanost nekaterih socialno-demografskih značilnosti in kazalcev zdravstvenega stanja paraplegikov Slovenije z njihovo športno dejavnostjo. Magistrska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.*

4. Berčič, H. (1983). *Vpliv večmesečne programirane kineziološke rekreacije na nekatere karakteristike psihosomatskega statusa telesno prizadetih oseb. Doktorska disertacija. Zagreb: Fakultet za fizično kulturo Sveučilišta u Zagrebu.*
5. Berčič, H., Ažman, D. (1996). *Socialno-ekonomski položaj, zdravstveno stanje in športno-rekreativna dejavnost paraplegikov Slovenije. Ljubljana: Fakulteta za šport: Inštitut za kineziologijo.*
6. Berčič, H., Ažman, D., Šavrin, R., Tušak, M., Veličkovič Perat, V. in Vute, R. (1996). *Šport in športna rekreacija v funkciji kakovosti življenja telesno prizadetih. Ljubljana: Fakulteta za šport: Inštitut za šport.*
7. Bhambhani, Y. (2002). *Physiology of Wheelchair Racing in Athletes with Spinal Cord Injury. Sports Medicine 32 (1) 23-51.*
8. Campbell, E. in Jones, G. (1994). *Psychological well-being in wheelchair sports participants and non-participants. Adapted Physical Activity Quarterly, 11, 404 - 415.*
9. Council of Europe (1995). *European Charter for Sport for All: Disabled Persons. Council of Europe Publishing and Documentation Service Strasbourg.*
10. Goltnik Urnaut, A. (2007). *Šolske športne dejavnosti in samopodoba mladostnikov z ovirami v gibanju. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.*
11. Gutman, L. (1979). *Sport für Körperbehinderte. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg.*
12. Hrovatin, B. (1972). *Karakteristične osobine grupa paraplegika koja se bavi sportskim aktivnostima. V Sport i rekreacija u psihofizičkoj rekreaciji invalida. Zbornik SSRIJ str. 97-105.*
13. Huonker, M., Schmid, A. in Sorichter S. (1998). *Cardiovascular differences between sedentary and wheelchair-trained subjects with paraplegia. Medicine & Science in Sports & Exercise 30, 609-613.*
14. Jacobs, J.P. in Nash M.S. (2004). *Exercise Recommendations for Individuals with SCI. Sport Medicine 34, 727-751.*
15. Janssen, T.W.J. (1994). *Physical strain and physical capacity in men with SCI. Magistrska naloga. Amsterdam: Vrije Universiteit.*
16. Kalyvas, V. in Reid, G. (2003). *Sport adaptation, participation, and enjoyment of students with and without physical disabilities. Adapted Physical Activity Quarterly, 20, 182-199.*
17. Uršič, C. in Batič, D. (2008). *Konvencija o pravicah invalidov (1. izdaja). Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Ljubljana.*
18. Kofsky, P.R. (1980). *Cardiorespiratory fitness in the lower limb disabled. Canadian Journal Applied Sport Science. 5 (4), 117-129.*
19. Marinček, Č. (1981). *Prilagoditev na obremenitev zgornjih udov pri zdravih ljudeh ter pri prizadetih zaradi okvare gibalnega sistema. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta.*
20. Mišigoj Durakovič, M. (2003). *Telesna vadba in zdravje: znanstveni dokazi, stališča in priporočila. Zveza društev športnih pedagogov, Fakulteta za šport, Zavod za šport Slovenije: Ljubljana. Kineziološka fakulteta Zagreb.*
21. Paciorek, M.J. in Jones, J.A. (2001). *Disability sport and Recreation resources (3. izdaja). Traverso City M.I.: Cooper Publishing Group. 412 str.*
22. Perreau, V.M., Adlard, P.A. in Cotman, C.W. (2007). *Exercise-induced gene expression changes in the rat spinal cord. Preneseno s svetovnega spleta dne 13. 2. 2007: [http://www.projectwalk.org/pw\\_inst\\_sci/research\\_exercise.html](http://www.projectwalk.org/pw_inst_sci/research_exercise.html)*
23. Shepard, R.J. (2003). *Boosting of performance in the athlete with high-level spinal injury. Adapted Physical Activity Quarterly 20 (3), str. 103-117.*
24. Sherril, C. (1998). *Adapted Physical Activity Sport and Recreation: crossdisciplinary and lifespan. Šesti ponatis. McGraw Hill Companies.*
25. Ulaga, D. (1980). *Telesna vzgoja, šport, rekreacija: Ljubljana. Mladinska knjiga. 327 str.*
26. Vanlandewijck, Y.C., Daly, D.J. in Theisen, D.M. (1999). *Field test evaluation of aerobic, anaerobic and wheelchair basketball skill performances. International Journal Sports Medicine 20 (2) 548-554.*
27. Vaynman, S. in Gomez Pinilla, F. (2007). *License to run: exercise impacts functional plasticity in the intact and injured central nervous system by using neurotrophins. Preneseno s svetovnega spleta dne 13. 2. 2007: [http://www.projectwalk.org/pw\\_inst\\_sci/research\\_current.html](http://www.projectwalk.org/pw_inst_sci/research_current.html)*
28. [http://www.projectwalk.org/pw\\_inst\\_sci/research\\_current.html](http://www.projectwalk.org/pw_inst_sci/research_current.html)
29. Vipotnik, K. (1996). *Odbojka na vozičkih kot nova športna možnost. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Pedagoška fakulteta.*
30. Vute, R. (1985). *Struktura stališč, motivov in preferenc športnih panog telesno prizadete moške mladine v odnosu do kinezioloških dejavnosti in razlike v stališčih, motivih in preferencah glede na mobilnost te mladine. Doktorska disertacija. Zagreb. Fakultet za fizično kulturo Sveučilišta u Zagrebu.*
31. Winnick, J. P. (2005). *Adapted Physical Education and Sport. 4. ponatis. Human Kinetics. ZDA. Illinois.*
32. Ying, Z., Roy, R.R., Edgerton, V.R. in Gomez Pinilla, F. (2007). *Exercise restores levels of neurotrophins and synaptic plasticity following spinal cord injury. Preneseno s svetovnega spleta dne 13. 2. 2007:*
33. [http://www.projectwalk.org/pw\\_inst\\_sci/research\\_exercise.html](http://www.projectwalk.org/pw_inst_sci/research_exercise.html).

# POTREBE INVALIDOV SKOZI PRIZMO UVELJAVLJANJA ČLOVEKOVE PRAVICE DO SPOLNOSTI

dr. Janez Mekinc

Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila, da je spolnost sestavni del osebnosti vsakogar: moškega, ženske in otroka; je osnovna potreba vsakega človeškega bitja, ki ne more biti ločena od drugih življenjskih potreb.

Osebe z invalidnostjo si zaslužijo sprejetje njihove seksualnosti, ne le v skupnosti ljudi brez invalidnosti, temveč tudi med drugimi invalidi. Invalidnost ne zmanjšuje pravic do izražanja seksualnosti. Le-te predstavljajo pravica do poroke, starševstva in skrbi za otroke ter pravica do informacij, ki bodo invalidnim osebam pomagale sprejemati dobre odločitve in pravilno delovati (ibid.).

Akcijski programi za invalide vedno bolj upoštevajo spremembe na politični, družbeni in tehnološki ravni. Globalizacija, spremembe pri delu in zaposlitvi, zdravju in demografskih gibanjih, prehod v tržno gospodarstvo, možnost informacijsko-komunikacijske tehnologije so spremenili tudi politiko in načine izvajanja invalidskega varstva ter spremenili pogled na invalidnost.

Sodobni pogled na invalidnost temelji na človekovih pravicah, to je na prepovedi diskriminacije ter zagotavljanju enakih možnosti in enake obravnave za vse. Invalidnost razumemo kot večdimenzionalni pojav, ki izvira iz interakcije med invalidom in njegovim fizičnim in družbenim okoljem, ki preprečuje njegovo polno in učinkovito sodelovanje v družbi.

Definicija invalida, kot je opredeljena v predlogu Konvencije združenih narodov o pravicah invalidov, vključuje posameznike, ki imajo dolgotrajne fizične, duševne, intelektualne ali senzorne okvare, ki lahko pri medsebojnem učinkovanju različnih okvar invalidom preprečujejo, da bi polno in učinkovito sodelovali v družbi, enako kot neinvalidi. Poleg individualnega pristopa npr. pri skrbi za zdravje, vzgojo, pri izobraževanju, usposabljanju in zaposlovanju ipd. sta zato potrebna tudi družbeno delovanje in odgovornost, da se za invalide zagotovijo ustrezne možnosti za polno

in enakovredno življenje tudi na področju spolnosti in reprodukcije. Invalidom je potrebno zagotoviti brezplačne ali cenovno dostopne zdravstvene storitve in programe v enakem obsegu, kakovosti in standardu kot drugim, tudi na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, ter javne zdravstvene programe (Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov, 2007).

Tisto, kar je dobro za neprivilegirane skupine, je dobro tudi za skupine in posameznike, ki se nahajajo v ugodnejšem položaju. Kar je dobro za invalidne ženske, na primer nov način razmišljanja o delu, zmanjševanje nasilja v družini, ekonomska neodvisnost, spodbujanje reproduktivnega zdravljenja, je prav tako dobro za ostale ženske in moške. Ne velja pa obra-



tno (Lydia La Riviere-Zijdel, 2008). „Vedno sem domnevala, da je najpomembnejši boj za državljanske pravice invalida – zaposlovanje, izobraževanje, stanovanje, prevoz, itd., in da je poleg njih spolnost skoraj zanemarljiva. Sedaj začenjam verjeti, da je spolnost ena najbolj zapostavljenih pravic invalidnih oseb in da bi morala biti v središču borbe za pravice invalidov. Spolnost invalidnih oseb ne more in ne sme biti obravnavana kot poseben problem, saj prav spolnost najmočneje povezuje ljudi in ustvarja pogoje za dobre partnerske odnose,“ je izjavila britanska feministka Liz Crow ([Adewunmi](#), 2013).

Od druge polovice 20. stoletja se soočamo s prelomom paradigem, po katerih je prizadeto, invalidno, hendikepirano telo razumljeno zgolj kot biološko/fiziološko telo, ki je potrebno medicinskih posegov, zdravljenja, modifikacije in rehabilitacije.

Nekako v šestdesetih letih se je, najprej v Združenih državah Amerike, pozneje pa tudi na stari celini (Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999; Zaviršek, 2000 v Valič U., 2010) začelo gibanje, ki je postopoma spreminjalo poglede na prizadete – začeli so jih obravnavati kot družbena in politična telesa, ki imajo tudi pravice. Reševanje problematike prizadetih se je tako prevesilo v politični boj za človekove pravice in demokratizacijo različnih načinov življenja. Pri tem se seveda ne spregleduje dejstvo telesne pripravljenosti (ali drugače povedano, človek brez nog nemara ne bo mogel teči čez ovire), vendar pa se poskuša razumeti invalidnost in tudi reševati problem invalidnosti v družbeno-kulturnem kontekstu. Potreb do družine, partnerstva in spolnosti pri nekaterih skupinah invalidov okolje praviloma ne razume in jih zanika. Zato je treba spodbuditi programe pomoči pri razvoju partnerstva in spolnosti ter ponudbo izobraževanja staršem, invalidom in vsem, ki so v stiku z invalidi. Invalidnim osebam je potrebno omogočiti bližino in zasebnost ter druge oblike socialnih stikov. Pri tem naj se upošteva pravica do družine, partnerstva in spolnosti oziroma otrok (Valič, 2010).

Na podlagi 22 standardnih pravil za izenačevanje možnosti invalidov, ki jih je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov, se je že leta 1993 (Resolucija 48/96) izoblikovalo načrtovanje invalidske politike za lokalne oblasti. V 9. pravilu navodil je opredeljena tudi pravica do družinskega življenja in osebne integritete. “Države naj podpirajo polno vključevanje invalidov v družinsko življenje. Spodbujajo naj njihovo pravico do osebne integritete in zagotavljajo, da zakoni ne prikrajšajo invalidov za spolne odnose, poroko in starševstvo.”

Spolnost je v družbi še vedno tabu tema, ljudem se je nerodno pogovarjati o seksu, pri čemer se moralni in religiozni okviri prekrivajo s potrebo po pravih informacijah. Če k temu dodamo še invalidnost kot dodatno zadrego, pred katero ljudje raje obrnejo glavo v stran, trčimo ob dodatne križe in težave. O seksu ljudje običajno izvemo od partnerjev, prijateljev in največkrat preko pomanjkljivega izobraževanja v šoli - ne nujno v tem zaporedju. Pravilnost in vsebina informacij sta v veliki meri odvisni od znanja, izkušenj in zaupnosti osebe, ki daje tovrstne informacije.

Najbrž ni nič drugače niti pri ljudeh s povečanimi potrebami. Toda v večini pisnega in ustnega gradiva primanjkuje splošnih pravil in primerov za spolnost invalidnih oseb, a tudi prijatelji in starši lahko o tem povedo le malo koristnega. Ko govorimo o invalidih in spolnosti, žal zelo hitro naletimo na predsodke. Eden od takih je, da invalidov spolnost ne zanima niti zanje niso sposobni. Na drugem koncu spektra je mnenje, da se invalidi pretirano zanimajo za spolnost in da so nesposobni zadrževati svoje spolno obnašanje. Dejstvo pa je, da invalidi lahko razvijejo zdravo predstavo o sebi kot o spolnem bitju, vendar le na temelju pravih in ustreznih informacij, brez stereotipov in predsodkov, kar velja tako za osebe s prirojeno kot s pridobljeno invalidnostjo (Zupančič, 2013). »Hendikepirana oseba se skoraj vedno prikazuje kot nesposobna seksualne aktivnosti. Četudi nekateri hendikepi omejujejo individualno seksualno aktivnost ali tisto, kar v naši kulturi velja za normalno spolnost, je predpostavka o hendikepiranih kot nespolnih bitjih napačna in nerealna,« je na strani [Društva za teorijo in kulturo hendikepa, YHD](#) kot enega od stereotipov v najrazličnejših medijih navedla ena od uporabnic. »Videti je namreč, kot da invalidi nimajo seksualnega življenja. Tako je videti,« je med drugim v etičnem kodeksu osebnih asistentov in asistentk YHD zapisal Tomaž Herga.

Zato se telesno zdravi ljudje le redko sprašujemo o tem – če sploh. Tipično razmišljanje običajno seže do točke, da človek, ki je hrom, ne čuti ničesar, in se zaradi tega v spolnost niti ne spušča, kaj šele, da bi bili moški v invalidskem vozičku sposobni erekcije. Da je to še kako mogoče in da gibalno ovirani ljudje lahko prav tako občutijo telesni stik in uživajo v njem, je pred kratkim v filmu Seanse ([The Sessions](#), 2012), posnetem po resnični zgodbi, konkretno prikazal režiser Ben Lewin, tudi sam žrtev otroške paralize, tako kot filmski junak, ki si pri 38 letih želi izgubiti nedolžnost. In mu uspe s pomočjo (psihoterapevtke, specialistke za spolnost s hendikepiranimi osebami, ki zase pravi, da je seksualni surogat, skratka nadomestek. Še dva predloga za ogled, ki omogočata kolikor toliko realen pogled v življenje in razmišljanje hendikepiranih oseb: [The Art of Negative Thinking](#) (2006) in [The Intouchables / Prijatelj](#) (2011) (Zupančič, 2013).

Spolnost je možna z vsakim človekom, ki si jo želi, ki čuti poželenje in ga želi prenesti tudi na partnerja. Pred tem pa je dostikrat treba spremeniti marsikatere predstave, ki jih imamo – tako o sebi kot tudi o spolnosti sami. Predstave o sebi in spolnosti je invalidnim osebam velikokrat še težje spremeniti. Težje zato, ker se dostikrat ne spopadajo le s svojimi kompleksi, nezadovoljstvom, strahovi, ampak tudi s tujimi. Ta bremena pa vplivajo tudi na spolnost. Predstave drugih ljudi so dostikrat napačne, saj so največkrat utemeljene na mitih, ki so posledica pomanjkanja pravih informacij in razumevanja. Negativen pristop človeka do drugih pa je lahko naslednji problem, ki ga je potrebno spremeniti. Ljudje se moramo naučiti gledati človeka (Babič, 2008). Vračanje spolne identitete pri osebah, ki postanejo invalidi v odrasli dobi, je lahko ključen dejavnik pri rehabilitaciji. Pri seznanjanju invalidov je nadvse pomembno vprašanje zaščite pred neželjeno nosečnostjo in spolno prenosljivimi boleznimi, saj so pogosto izpostavljeni spolnemu nasilju.

V življenju vseskozi potrebujemo obilo informacij o različnih zdravstvenih vprašanjih. Spolne identifikacije se učimo v zgodnjem življenjskem obdobju in jo vseskozi izpopolnjujemo z razumevanjem telesnih sprememb (razvoj poraščenosti, rast dojk ...). S povečevanjem števila invalidov, ki se redno šolajo skupaj z drugimi otroki ter nato živijo vključeni v družbo, bi se morali zdravstveni delavci, družinski zdravniki, učitelji in starši pripraviti na vse večje potrebe po informacijah s tega področja. Včasih zadostuje že običajno gradivo, vendar nekateri potrebujejo različne prilagoditve. Učenje je tesno povezano s slikovnim gradivom, slepe in slabovidne osebe pa potrebujejo gradivo, ki upošteva njihove posebne potrebe. Poleg pouka o anatomiji ljudi s posebnimi potrebami pogosto potrebujejo informacije o seksualnem delovanju. Nekateri osebe so namreč omejeno gibljive, druge se hitro utrudijo.

Odgovore na zahtevnejša vprašanja vsebuje knjiga avtorjev Haseltina, Cola in Graya Vprašanja reprodukcije za osebe s telesnimi invalidnostmi (Reproductive Issues for Persons with Physical Disabilities, 1993). Knjižnice pogosto nimajo ne strank ne prostora in tudi ne denarja za nakup tovrstne literature, vendar kljub temu nekateri naslovi nikakor ne bi smeli manjkati v nobeni od njih, poleg tega bi veljalo razmisliti o oblikovanju mreže za izposojanje takšnih knjig na večje razdalje. Spolnost je za številne ljudi težavna tema, pri čemer niso izjema niti knjižničarji. Poleg tega, da takšna literatura spodbuja ustvarjanje zdravih stališč, lahko sveži, pravilni in ustrezni podatki o spolnosti osebi s povečanimi potrebami celo rešijo življenje (Babič, 2008). Za mnoge »zdrave« ljudi so invalidi asekualne osebe ali pa so prepričani, da se zaradi njihovega stanja ne bi smeli spuščati v spolne odnose.



Države naj podpirajo polno vključevanje invalidov v družinsko življenje (Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov)

Pogovor o mehanizmih spolne dejavnosti sicer ni nekaj, v čemer bi ljudje uživali, toda odgovor na to vprašanje je natanko tisto, kar potrebujejo invalidi. Poleg informacij o varnem seksu za osebe z razvojnimi motnjami je potrebno tudi izobraževanje o položajih pri seksu, ki se prilagajajo mišični sposobnosti in drugim težavam, ki se nanašajo na gibljivost (ibis). Dalrymple, Gray in Ruble (1991) razpravljajo o samozadovoljevanju kot o »obliki sproščanja spolne napetosti« pri osebah z avtizmom, obenem pa podajo informacije o opravljanju te dejavnosti na primernem mestu. Za povečanje možnosti izbire invalidov in njihovih partnerjev bi morala biti vsaka informacija s tega področja osvobodena vsakršnega osebnega obsojanja ali mnenja.

Mnogi ljudje gojijo predsodke glede seksa in invalidnosti, ki so daleč od resnice. Samo zato, ker je nekdo drugačen v fizičnem ali duhovnem smislu, ne pomeni, da je asekualen – in ima lahko zelo zadovoljujoče spolno življenje, ne glede na razlike. Čeprav se v medijih le redko prikazujejo ljudje s posebnimi potrebami kot spolna bitja, ima v resnici vsak od nas enako možnost, da čuti spolno poželenje. Ne bojte se priznati svoje želje in čeprav je zaradi obsojajočega odnosa



težko spoznati nekoga, je internet odprl veliko priložnosti za povezovanje z drugimi. Če nekoga odbija vaša invalidnost, to pove več o njem kot o vas in to očitno ni oseba, s katero bi si želeli biti. Čeprav morda nekatera stanja omejujejo ejakulacijo ali doseganje vrhunca, obstaja več vrst orgazmov, ki bi jih lahko doživeli. Tantrični seks je odličen način za raziskovanje vašega orgazmičnega potenciala in je lahko enako, če ne še bolj, intenziven kot tradicionalni pristopi. Zmogljivi vibratorji in naprave za električno stimulacijo (igračice, ki oddajajo električne impulze namesto preprostih vibracij) lahko pomagajo, če imate omejen občutek.

Čeprav lahko nekatere vrste invalidnosti omejijo določene spolne akte, lahko pogovor o tem, kaj je mogoče in kaj ni, pripelje le do še zanimivejše spolne izkušnje. Predigra ni vedno osredotočena le na telo: govoriti obscenosti in deliti fantazije je lahko res zanimivo. Najboljše od vsega pa je to, da to lahko storite preko telefona ali interneta. Vsaka invalidnost je drugačna, vendar obstajajo podporne mreže, ki lahko pomagajo pri reševanju praktičnih zadev za vašo obliko invalidnosti, tudi ko gre za seks. Ne oklevajte in zaprosite za pomoč, če jo potrebujete: vsak si zasluži priložnost, da uživa v spolnih užitkih (ibid.).

Ravno v takih primerih primanjkljajev se resnično zavedamo, kako pomembne so še druge komponente pri seksu. Jezik, ustnice, roke, prsti so ravno tako del spolnosti. Največji organ, ki je zelo občutljiv in ga premalo izkoriščamo, je koža. Spolnost zahteva več načrtovanja, priprav, ustvarjalnosti, zaupanja in najpomembneje, smisel za humor. Posebno mesto pa si zasluži komunikacija. Seks ni samo stvar genitalij, ampak cele osebe (Babič, 2008).

Neodvisno od stopnje telesnega občutenja je umska vzpodbuda najpomembnejši občutek zaželenosti. Žen-

ska ima lahko hudo telesno okvaro (paraplegik ali tetraplegik), pa lahko zelo uživa v spolnosti že zaradi vseh gibov, suvanja penisa, premikanja telesa v ritmu – zaradi vseh znakov, ki kažejo na spolnost, ta je sicer drugačna, vendar gre še vedno za partnersko predajanje in fizično intimnost. Nekatere ženske pa lahko ob globoki penetraciji doživijo tudi orgazem. Posledice poškodb niso pri vseh enake in lahko za sabo pustijo tudi določeno stopnjo občutljivosti, spet druge lahko neko področje povsem ohromijo. Nekatere ženske in moški ohranijo kar precej občutljivosti na genitalnih predelih in lahko uživajo tudi v orgazmu (Babič, 2008). „Hendikepirani ljudje nimajo nič proti spolnemu življenju. Ravno nasprotno: kot bi mignil, se zaljubijo, želijo si telesne ljubezni, odvisni so od pogledov, nežnosti, od občutka, da so lahko privlačni, in se počutijo nadvse bedno, če so v tem pogledu zanemarjeni.“ Užitek v spolnosti je odvisen od značaja in odnosa (pristopa) do življenja. Seks ni velikost, trdost, orgazem, ampak sposobnost predajanja partnerju. Spolnost je dajanje in prejemanje.

Aktivna spolnost ima za invalidne osebe mnoge prednosti, saj so spolni odnosi središče naše identitete in so temeljnega pomena za naše občutke izpolnitve. Formula za ohranjanje ljubezni in aktivne spolnosti je zapletena in se skriva v partnerskih odnosih. Raziskave dokazujejo, da ne samo, da imajo lahko pari dobre odnose več desetletij, temveč da lahko v tako dolgem obdobju ohranijo tudi strast v spolnosti. Spolni odnosi koristijo našemu zdravju in zmanjšanju konfliktov v odnosu. Pomembna prednost aktivne spolnosti je tudi stik s svojim telesom in njegovo spoznavanje. Tako lahko invalidne osebe svoje telo uporabljajo v namene prijetnih užitkov. Pogovor o spolnosti je zagotovo eden zahtevnejših vidikov partnerskega odnosa. Pogosto nam je težko uporabljati in izgovarjati besede o spolnosti, lahko uporabimo nerodne ali pa preveč formalne besede,

saj praviloma nimamo izdelanega spolnega slenga. Partner se ob takšnih izrazih ne smejeati. Če nas je sram, ko nas nekaj močno vznburja, kaže na pomanjkanje pozitivne komunikacije in dobrega partnerskega odnosa. Obenem pa se pojavlja tudi strah, da bi prizadeli čustva partnerja, če bi mu izrekli kritiko ali predlog, povezan s spolnostjo. Težav pri pogovoru o spolnosti nimajo samo partnerji, temveč pogosto tudi zdravstveno osebje. Partnerji, ki ne komunicirajo o spolnosti, pogosto v spolnosti tudi ne uživajo, ker si ne povedo svojih želja in potreb.

Spolno zadovoljstvo je odvisno od sposobnosti, da izrazimo tisto, kar nas vznburja in kaj nas ne vznburja. Partnerji so pogosto prepričani, da natančno vedo, kaj ustreza njihovim partnerjem, in če ne dobijo povratne informacije o spolnosti, ostanejo pri tem svojem prepričanju. Svoje zadovoljstvo s spolnostjo lahko izboljšate z odprto komunikacijo v spalnici, kar pomeni, da partnerja ob dotikih prosite za povratne informacije, še posebej, če odreagira drugače, kot ste pričakovali. Obenem pa mu tudi sami posredujete povratne informacije o svojih občutkih. To preprečuje in zmanjšuje kritike o spolnosti med partnerjema. Povejte svojemu partnerju, kaj potrebujete, da se v spolnosti počutite varno in sproščeno ter se dogovorite o zaupnosti. Pokažite in povejte mu, da ste hvaležni za vsa njegova ravnanja in obnašanja, v katerih uživata. Upoštevajte razlike v spolnih interesih, saj ni potrebno, da se z vsem strinjate, potrebno je sorazmerno spoštovanje potreb in želja. Obojestransko spoštovanje želja in potreb gradi zau-

tnerja, ki v resnici niso tako moteče. Partnerji, ki imajo dobre odnose, vključijo „čustveni preskok«, kar pomeni, da preskočijo vse neprijetne izkušnje in se osredotočijo zgolj na pozitivne, ki sta jih preživela skupaj. Pomembno je tudi razmišljanje o partnerju, ko nista skupaj, ko sta narazen za dan, večer ali daljše časovno obdobje. Ali pomeni za vas „daleč od oči – daleč od srca“? To seveda ni dober znak za vaš partnerski odnos. Ni potrebno, da vsako sekundo, ko sta narazen, vzdihujete po partnerju, je pa prav, da vam nekajkrat na dan zaposli vaše misli. Izjemno pomembni za odnos so skupni interesi in hobiji, saj boste čas porabili za nekaj, v čemer uživata, obenem pa ste še s partnerjem. Občutek zadovoljstva, ki si ga delimo s partnerjem v isti aktivnosti, je močan, pozitiven dejavnik v partnerskem odnosu, s katerim ga lahko poglobimo in izboljšamo. Skupno preživljanje časa je izjemno pomembno za partnerski odnos, vendar pa mora vključevati nove dejavnosti in izzive, kot tudi vsakodnevna rutinska opravila, povezana z gospodinjstvom. Pri vseh dejavnostih pa je pomembno nenehno izražanje naklonjenosti. Izražanje naklonjenosti z besedami je potrebno podkrepiti s fizičnimi dotiki, če želimo v odnosu ohranjati strast.

Pri fizičnih dotikih je pozornost že dotik ramena, poljub na lice, objem. Drobnimi intimnimi dotiki povečujejo čustveno povezanost, obenem pa tudi strast. Najbolj intenzivno ljubezen doživljamo, ko se telo odzove s prijetnim občutkom ob vsakem partnerjevem dotiku.



panje med partnerjema in izboljša kvaliteto partnerskega odnosa na vseh področjih.

Pomemben dejavnik dobrih intimnih odnosov je pozitivno razmišljanje o vašem partnerju. Pomeni, da se osredotočite na dobro in ne slabo v osebnih lastnostih in značaju vašega partnerja. Razmišljanje o stvareh, ki vas motijo, vas lahko vodi do fobij o motečih lastnostih par-

To ne pomeni, da bežen stisk roke ali pa dotik vodita neposredno v spolnost. Občutek toplote ob fizični prisotnosti svojega partnerja je dovolj, da bo aktiviral strast, ko bo za to primeren čas. Dotiki so obenem temelj spolnosti kot intimni izraz ljubezni v partnerskem odnosu. Raziskave kažejo, da imajo ljudje z dobrimi partnerskimi odnosi pogostejše spolne odnose kot tisti, katerih partnerski odnos ni dober, kajti spolna aktivnost gradi in vzdržuje občutke ljubezni in sreče.

Ljudje, ki se počutijo srečne, izražajo močnejša čustva ljubezni do svojih partnerjev. Ugotovitve kažejo, da stres in še posebej osebne stiske negativno vplivajo na partnerski odnos. Obenem pa uničeni ali slabi partnerski odnosi negativno vplivajo tudi na občutek sreče. Osebe z močno željo in strastjo do življenja se odražajo tudi v želji in strasti po dobrem partnerskem odnosu.

Če želimo strast v svojem partnerskem odnosu, potem jo moramo izražati pri vseh aktivnosti: pri delu, druženju, hobijih. Naši možgani se odzivajo na vse strasti enako, zato lahko strast za ljubezen treniramo tudi s strastjo pri drugih življenjskih aktivnostih.

Socialno-kulturne ovire so velikokrat težje od same invalidnosti, kar kaže tudi podatek o porabi kondomov na paraolimpijskih igrah v Londonu 2012, saj so paraolimpijci porabili 11.000 kondomov. V olimpijski vasi je bilo na voljo 7 avtomatov s 1600 kondomi v vsakem od njih. Invalidi imajo velikokrat doma težave s spolnostjo, ko pa pridejo na paraolimpijske igre, se lahko vse spremeni. Tam se lahko pogovarjajo z drugimi športniki invalidi in si izmenjujejo izkušnje, tudi na področju spolnosti. Če si na paraolimpijskih igrah, ti ni treba pojasnjevati, kako je drugače, če slabo vidiš, slišiš ali ne moreš normalno hoditi. Način spoznavanja je zelo preprost: greš mimo osebe in ji rečeš „o, tudi ti si invalid“ in že to je dovolj za vzpostavitev prvega stika. (Sunday Independent 2012).

## Literatura:

1. *Adewunmi, B. (2013) "Artist-activist Liz Crow's 'Bed-out' for Disabled Rights", The Guardian, <https://www.theguardian.com/artanddesign/2013/apr/09/liz-crow-bed-disabled-rights>.*
2. *Babič, Tjaša (2008). Seks s paraplegiki ali tetraplegiki. <http://www.intimatemedicine.si/enciklopedija-spolnosti/spolnost/zdravje-in-spolnost/invalidnost-in-spolnost/seks-s-paraplegiki-ali-tetraplegiki/>.*
3. *Barnes, Colin; Mercer, Geof; Shakespeare, Tom (1999) Exploring disability: a sociological introduction, Cambridge: Polity Press.*
4. *La Riviere-Zijdel, Lydia (2008) Facing Multiple Discrimination – Being a Woman with Disability. V European Conference: Recognising the Rights of Girls and Women with Disabilities: an Added Value for Tomorrows Society: Madrid, November 2007, Cermi, Cinca, str. 23-27.*
5. *Valič, Urša (2010) Na pragu – Hendikepirane/invalidne ženske in socialna izključenost – Etnolog 20, 31-45.*
6. *Zaviršek, Darja (2000) Hendikep kot kulturna travma: historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana, Založba\*ef.*
7. *Zupančič, Jana (2013). Seks gibalno oviranih? Kot bi skoraj pretekel maraton. Skoraj. Nedelo 25. 08. 2013.*
8. *»Invalidi in spolnost« (2016) <http://www.viva.si/Seks/1833/Invalidi-in-spolnost>.*
9. *»Seks in invalidnost – brisanje običajnih predsodkov«. (2016) [http://www.durex-slovenia.si/raziscite-sex/clanki/seks-in-invalidnost/08\\_jan\\_2016](http://www.durex-slovenia.si/raziscite-sex/clanki/seks-in-invalidnost/08_jan_2016).*



# 18. REVIJA PEVSKIH ZBOROV DI ZDIS, LOGATEC

**Tatjana Bečaj**

V soboto, 14. maja 2016, smo na svoj račun zopet prišli ljubitelji zborovskega petja, saj je Zveza delovnih invalidov Slovenije tudi letos, že osemnajstič zapovrstjo, organizirala revijo pevskih zborov društev invalidov.

Revija tradicionalno združuje pevske zборе društev invalidov Zveze delovnih invalidov Slovenije iz celotne Slovenije in tako že skoraj dve desetletji manifestira kulturno angažiranost invalidov, društev invalidov in Zveze delovnih invalidov Slovenije.

Revija, ki so jo letos pripravili zavzeti prostovoljci Društva invalidov Logatec, je potekala v športni dvorani ob Osnovni šoli 8 talcev v Logatcu.

Poleg zavzetih prostovoljcev Društva invalidov Logatec so izvedbo revije omogočili še: Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v RS, Občina Logatec in njen župan Berto Menard ter Javni sklad RS za kulturne dejavnosti. Vsem iskrena hvala. Pred začetkom revije so prisotne pozdravili predsednik



od leve proti desni

Prva vrsta: Drago Novak, predsednik ZDIS, Rudolf Korenč, predsednik DI Logatec, Berto Menard, župan občine Logatec  
Druga vrsta: mag. Tanja Hočevar, sekretarka ZDIS, Stanislav Pajtler, predsednik MDI "Drava" Radlje ob Dravi, Srečko Matkovič, predsednik DI Črnomelj



Pevsko društvo invalidov in upokojencev Logatec



Skupna pesem

Društva invalidov Logatec **Rudolf Korenč**, župan občine Logatec **Berto Menard** in predsednik Zveze delovnih invalidov Slovenije **Drago Novak**, ki so vsem zborom zaželeli veliko uspeha, gledalcem, ki jih je bila polna dvorana, pa čim več užitkov ob poslušanju prepevanja.

Po tradiciji je imel vsak zbor, letos je nastopalo 21 zborov s skupaj 318 pevci, na repertoarju dve pesmi. Po vrstnem redu so se zvrstili: Pevsko društvo invalidov in upokoencev Logatec, **DI Logatec**;

Mešani pevski zbor "Knapovsko sonce", **DI Trbovlje**; Ženski pevski zbor "Roža Portoroža", **DIO Piran**; Pevska skupina **DI Ljubljana-Bežigrad**; Mešani pevski zbor **MDI Lenart**; Pevski zbor **DI Ljubljana Moste-Polje**; Ženski pevski zbor **DI Dravograd**; Pevski zbor "Matija Tomc", **DI Metlika**; Vokalna skupina "Žene iz Dornberka", **DI Dornberk**; Ženski pevski zbor "Klasje", **DI Muta**; Mešani pevski zbor "Oton Župančič", **DI Črnomelj**; Ženski komorni zbor **DI Maribor**; Mešani pevski zbor invalidov in upokoencev, **Zgornjesavinjsko MDI Mozirje**; Mešani pevski zbor "Mavrica", **MDI Drava, Radlje ob Dravi**; Ženski komorni zbor **DI Zagorje ob Savi**; Ljudske pevke Cerklje ob Krki, **DIO Brežice**; Ljudske pevke "Lastovke", **DI Slovenj Gradec**; Mešani pevski zbor **DI Rimske Toplice**; Ženski pevski zbor DU Velenje in **MDI Šaleške doline**; Mešani pevski zbor **MDI Žalec** in Mešani pevski zbor **DI Vrhnika**.

Program se je po treh urah zaključil s skupinskim nastopom vseh pevskih zborov, ki so pod vodstvom pe-  
vovodje Matije Logarja zapeli ljudski pesmi: Zdaj smo  
delo dokončali in Prav lepa je trnovska fara. Občin-  
stvo je vse pevce nagradilo z velikim aplavzom.

Zares pa se je dan zaključil v avli dvorane, kjer se  
je občinstvo za kratek čas še družilo s pevci. Tako  
nam je uspelo uspešno izpeljati še 18. revijo pev-  
skih zborov društev invalidov Zveze delovnih invali-  
dov Slovenije.

Pevci so s svojimi nastopi pokazali, da pojejo z vese-  
ljem in da jim petje pomeni veliko. Hvala vsem pev-  
cem za čudovite nastope, saj smo se kljub obilnemu  
dežju, ki je spremljalo tokratno revijo – zaradi česar  
je bila tudi ta nekaj posebnega, kot vsaka do sedaj –  
polni lepih vtisov vračali domov.

Veselimo se že naslednje pevske revije, ki jo bo pri-  
pravilo MDI "Drava" Radlje ob Dravi pod vodstvom  
predsednika Stanislava Pajtlerja, ki se je tudi udeležil  
tokratne revije v Logatcu in na ta način tudi že vna-  
prej izrekel dobrodošlico vsem pevcem na nastopu  
prihodnje leto.

# SE POŠKODBAM LAHKO IZOGNEMO?

**Doc. dr. Petra Zupet, dr. med., prof. šp. vzg.,  
specialist medicine športa, IMS Inštitut za medicino in špor**

## UVOD

Poškodbe kostno-mišičnega sistema delimo na akutne in kronične oziroma preobremenitvene. Akutne poškodbe so tiste, ki nastanejo nenadoma zaradi enkratnega delovanja zunanje ali notranje sile na naše telo. Nastanka teh poškodb se dobro zavedamo. Kronične poškodbe pa so tiste, ki nastanejo postopoma zaradi napačnega ali prekomernega obremenjevanja. Točnega nastanka bolečine poškodovanec ne more opredeliti. Bolečina, ki je vezana na kronično poškodbo, se najprej izrazi po telesni aktivnosti, kasneje šele med telesno aktivnostjo, a ni ovirajoča. Ko poškodba napreduje, nas bolečina prične ovirati pri telesni aktivnosti, v zadnji fazi pa je prisotna ves čas, tudi v mirovanju. Poškodbe ločimo tudi po tem, katera tkiva so poškodovana: poškodbe kosti, mišic, tetiv, ligamentov in sluznih vrečk.

## POŠKODBE RAZLIČNIH TKIV

### *Poškodbe kosti*

Kosti predstavljajo ogrodje gibalnega aparata in so sestavljene iz rudnin, ki kosti dajejo trdnost, in organskih snovi, ki ji dajejo prožnost. Sile, ki presežejo trdnost in prožnost, povzročijo zlome. Zlomi se kažejo kot oteklina, bolečina, patološka gibljivost s škrtanjem in deformacija uda. Pri zaprtih zlomih je koža nepoškodovana, pri odprtih ali zapletenih pa je stopnja zloma odvisna od velikosti poškodbe kože. Da pri starejših osebah pride do zloma zaradi osteoporoze, zadošča že manjša sila. Pogostejši so zdrobljeni zlomi, ki se celijo dolgo časa. Najpogostejši so zlomi kolka, vretenc in zapestja.

Stresni zlomi so kronične poškodbe kosti, pri katerih pride do popolne ali delne prekinitev kostnine zaradi ponavljajočih se obremenitev z nižjimi silami. Nastanejo na tipičnih lokacijah, kjer so kosti manj prekrvavljene ali/in so najbolj mehansko izpostavljene. Najpogostejše so na spodnjih udih in sicer na stopalnicah, petnicah in golenicah. Poleg opisane ga utrujenostnega stresnega zloma poznamo še patološki stresni zlom, ki nastane zaradi težave v strukturi kostnine, kot je na primer zmanjšana mineralizacija in se kost zlomi



Poškodbe kosti

pri povsem običajnih obremenitvah. V ozadju poškodbe so običajno postmenopavzalna osteoporoza, sladkorna bolezen ali druga kronična obolenja.

### *Poškodbe mišic*

Tudi poškodbe mišic delimo na akutne in kronične. Med akutne poškodbe mišic spadajo natezne poškodbe mišic, udarnine, krči, akutni utesnitveni (kompartiment) sindrom in razgradnja mišice zaradi napora. Med kronične pa spadajo lokalna zadebelitev tkiva, kronični utesnitveni sindrom in zapoznela bolečina v mišici.

### *Poškodbe tetiv*

Enako kot poškodbe mišic in kosti se tudi tetive lahko akutno ali kronično poškodujejo. Med akutne poškodbe spada delno in popolno pretrganje tetive. Poškodba najpogosteje nastane na mestu najslabše prekrvavitve. Pri Ahilovi tetivi je to na primer 2 cm nad pripojitvijo na petnico ali na tetivno-mišičnem stiku. Akutne poškodbe nastanejo brez opozorila.

Najpogostejše so pri starejših športnikih, saj se s starostjo manjša elastičnost tetiv. Pri kroničnih poškodbah tetive bolečino najprej začutimo po vadbi ali naslednje jutro. Bolečina je prisotna tudi na začetku aktivnosti in popusti, ko se ogrejemo. Na mestu poškodbe običajno zatipamo zadebelitev.

## Poškodbe ligamentov

Funkcija ligamentov ali vezi je stabilizacija sklepov. Najpogosteje prihaja do nateznih poškodb, med katere sodijo nateg, delno natrganje in popolno pretrganje. Celjenje traja 6 tednov do 3 mesece. S starostjo se elastičnost ligamentov manjša, zdravljenje pa podaljšuje.

## Poškodbe sluznih vrečk

Sluzne vrečke so blazinice, katerih najpomembnejša funkcija je preprečevanje trenja med tetivo in kostjo. Nahajajo se po celotnem telesu, najpogosteje pa povzročajo težave v rami, v predelu kolena, komolca in kolčnega sklepa. Poškodbe sluznih vrečk lahko nastanejo akutno ob udarcu ali postopoma, običajno skupaj s kroničnimi okvarami tetiv ali utesnitvenimi sindromi.

## DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK POŠKODB

Dejavnike tveganja za nastanek poškodb delimo na zunanje in notranje. Za nas so pomembni predvsem notranji dejavniki, na katere lahko vplivamo.



Akutni zvin gležnja

To so utrujenost, slaba mišična moč, slaba gibljivost, slaba kontrola medenice, slaba splošna telesna zmogljivost in slaba stabilnost sklepov. Dejavnike tveganja lahko ocenimo s kliničnim pregledom in različnimi funkcionalnimi testiranj.

## UKREPI ZA PREPREČEVANJE POŠKODB

Poškodbe najpogosteje utrpimo ob padcih, zato so preventivni ukrepi usmerjeni predvsem v preprečevanje padcev. Pri tem imajo največji učinek redna vadba za ravnotežje, gibljivost in koordinacijo, vadba za moč in vadba za vzdržljivost. Vadbo za ravnotežje, gibljivost in koordinacijo izvajamo vsak dan, vadbo za moč in vzdržljivost pa glede na priporočila za posamezno kronično obolenje (<http://www.efsma-scientific.eu/wp-content/uploads/2016/05/Table-training-recomm-08022016.pdf>)

## Vadba za ravnotežje

### 1. Poskoki na eni nogi

Stojimo vzravnan. Noge rahlo pokrčimo in razmaknemo v širini bokov. Težo prenesemo na desno nogo. Roke odročimo za boljše ravnotežje, stisnemo trebušne mišice, z izdihom pokrčimo levo nogo in jo dvignemo v višino bokov. Naredimo 5 poskokov na vsaki nogi.

### 2. Stoja na nogi 1

Stojimo vzravnan. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov. Težo prenesemo na desno nogo, roke odročimo za boljše ravnotežje in stisnemo trebušne mišice. Z izdihom pokrčimo levo nogo in jo dvignemo v višino bokov. V tem položaju zadržimo 20 sekund in ponovimo še na drugi strani. Težja izvedba: v končnem položaju zamižimo.



Stoja na nogi

### 3. Stoja na nogi 2

Stojimo vzravnan. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov. Težo prenesemo na desno nogo, roke odročimo za boljše ravnotežje in stisnemo trebušne mišice. Z izdihom pokrčimo levo nogo in jo dvignemo v višino bokov, desno nogo rahlo pokrčimo. Pazimo, da kolena ne potisnemo prek prstov na nogi. V položaju zadržimo 20 sekund in ponovimo še na drugi strani. Težja izvedba: v končnem položaju zamižimo.

### 4. Počepi, dvig na prste

Stojimo vzravnan. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov, stopala so vzporedno. Roke so ob telesu. Z vdihom se spustimo do pravokotnega položaja v kolenih, obe roki predročimo. Pazimo, da kolen ne potisnemo prek prstov na nogi. Z izdihom se vrnemo v začetni položaj. Stisnemo trebušne in zadnjične mišice ter se dvignemo na prste. Ponovimo 8-krat.

### 5. Vaje za ravnotežje, ki jih lahko izvajate kjerkoli in kadarkoli

Te vaje vam bodo pomagale izboljšati ravnotežje. Vadite jih lahko dobesedno kjerkoli in kadarkoli, da imate le ob sebi nekaj stabilnega, česar se lahko opriete, če bi postali nestabilni.

- Hoja od pete do prstov. Ko hodite, postavljajte peto ene noge takoj pred prste druge noge vsakič, ko naredite korak. Peta in prsti naj se dotikajo ali skoraj dotikajo.
- Poskusite vstajati in sedati, ne da bi uporabljali roke.
- Stojte na eni nogi. To lahko počnete v vrsti pred blagajno ali ko čakate na avtobus. Ne pozabite izmenjevati nogi.

## **Vadba za gibljivost**

### Turški sed

Sedimo v turškem sedju. Desno dlan položimo na tla za oporo. Z levo roko se nagnemo v stran. Začutimo razteg po celi levi strani trupa. Zadržimo 15 sekund in ponovimo še na drugi strani.



Turški sed

### Razteg vratu

Stojimo vzravnan. Desno roko položimo na glavo, ki jo rahlo potiskamo na desno ramo, levo ramo pa vlečemo proti tlam. Začutimo razteg v vratu, ki ga zadržimo 20 sekund. Ponovimo še na drugi strani.

### Grba

Sedimo v turškem sedju. Pokrčene roke položimo na kolena, naredimo globok vdih, z izdihom stegnemo roke in spustimo hrbet mehko nazaj v obliki grbe. Z vdihom se vrnemo v začetni položaj. Naredimo 4 ponovitve.

### Razteg v stran

Stojimo vzravnan. Desno nogo prekrizamo čez levo. Roke vzročimo. Desno roko povlečemo z levo v levo stran. Začutimo razteg po celi desni strani telesa. Zadržimo 10 sekund, brez zibanja. Ponovimo še na drugi strani.

### Razteg zadnjice

Ležimo na hrbtu, noge pokrčimo. Desno nogo naslonimo na levo. Z rokami primemo pod levim kolonom in potisnemo nogo k prsim. Začutimo razteg v zadnjični mišici in zadnji stegenski mišici. Zadržimo 10 sekund in nato ponovimo še na drugi strani.

### Potisk bokov naprej

Klečimo na kolenih. Z desno nogo naredimo razkorak naprej. Koleno leve noge ostane na tleh. Poravnamo hrbet, naredimo globok vdih. Z izdihom potisnemo boke naprej. Pazimo, da koleno ne seže prek prstov na desni nogi. Zadržimo 10 sekund in ponovimo na drugi strani.

### Razteg mišic rok, ramen in reber

Sedimo vzravnan v turškem sedju. Roke stegnemo navzgor in položimo dlan na dlan. Izmenično potiskamo eno

roko malo višje. Začutimo razteg v stranskem delu trupa. Vajo izvajamo počasi. Ponovimo 5-krat na vsaki strani.

### Izteg nog, dotikov z rokami

Sedimo vzravnan na tleh. Noge iztegnemo naravnost predse, prste potegnemo k sebi, roke predročimo. Med izdihom se nagnemo naprej in se dotaknemo prstov na nogi. Zadržimo 15 sekund. Naredimo 3 ponovitve.



Izteg nog, dotik z rokami

### Vrtenje ledvenega dela hrbtenice

Ležimo na hrbtu. Pokrčimo noge. Sproščeno spustimo kolena na tla v desno, roke pa v levo stran. Pogled je usmerjen za rokami. Zadržimo v položaju 10 sekund in sproščeno dihamo. Ponovimo vajo še na drugi strani.

### Razteg zadnje stegenske mišice

Ležimo na hrbtu. Pokrčimo noge. Eno nogo iztegnemo, jo primemo z obema rokama in rahlo povlečemo k sebi. Začutimo razteg v zadnji stegenski mišici, ki pa ne sme biti boleč. Zadržimo 10 sekund. Ponovimo še z drugo nogo.

### Razteg stegenske mišice

Sedimo vzravnan, noge so iztegnjene. Levo nogo pokrčimo in jo prenesemo čez desno. Stopalo položimo na tla. Z desno roko primemo koleno in ga rahlo potegnemo k sebi. Levo roko položimo na tla za hrbet, pogled usmerimo nazaj čez ramo. Poravnamo hrbet in zadržimo položaj 10 sekund. Ponovimo še na drugi strani.

### Razteg hrbta

Sedimo vzravnan. Noge razširimo do 90 stopinj. Poravnamo hrbet, z izdihom se z ravnim hrbtom spustimo naprej proti tlam. Amplituda giba je majhna, le nekaj centimetrov. Zadržimo položaj 15 sekund. Naredimo 4 ponovitve.

### Zasuk pasu

Stojimo vzravnano. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov. Z desno roko prek trebuha primemo levi bok, z levo roko pa prek hrbta desni bok. Pogled sledi levi roki. Zadržimo 10 sekund in ponovimo še na drugi strani. Bokov ne obračamo.

### Razteg rok

Stojimo vzravnano, roke sklenemo pred seboj in jih potisnemo od telesa, da začutimo razteg v rokah in hrbtnih mišicah. Zadržimo 10 sekund.



Razteg rok

### Priteg kolen na prsi

Ležimo na hrbtu. Noge pokrčimo. Z rokami objamemo kolena in jih potisnemo na prsi. Dvignemo še glavo in naredimo bombico. Zadržimo v položaju 10 sekund in sproščeno dihamo.

## ***Vadba za koordinacijo***

### Žogica

Sedimo na tleh, objamemo kolena. Hrbet ukrivimo v grbo, glavo spodvijemo med roke in noge. Z vdihom se zazibamo nazaj. Z izdihom stisnemo trebušne mišice in se vrnemo v začetni položaj. Naredimo 4 ponovitve.

### Dotik z rokami za hrbtom

Stojimo vzravnano. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov. Desno roko vzročimo, jo pokrčimo v komolcu in spustimo za glavo. Levo roko pokrčimo za hrbtom in prepletamo prste obeh rok. Pazimo, da ne spustimo glave naprej. Trup je ves čas vzravnán. Zadržimo 10 sekund in ponovimo na drugi strani.

### Lastovka

Stojimo vzravnano, noge so rahlo pokrčene. Roke dvignemo v predročanje, levo nogo rahlo potisnemo nazaj, da se prsti še dotikajo tal. Stisnemo zadnjične mišice. Naredimo globok vdih, z izdihom spuščamo zgornji del telesa naprej in nogo rahlo dvigujemo do položaja, v katerem se še počutimo udobno in nam daje občutek varnosti pri stoji na eni nogi. Vajo ponovimo še na drugi nogi.



Lastovka

### Risanje osmic

Stojimo vzravnano. Nogi rahlo pokrčimo in razmaknemo v širini bokov. Težo prenesemo na desno nogo. Roki odročimo za boljše ravnotežje. Stisnemo trebušne mišice, levo nogo pa malo dvignemo od tal in z njo rišemo osmičce. Ponovimo še na drugi nogi.

### Kroženje rok

Stojimo vzravnano. Noge so rahlo pokrčene in v širini bokov. Roke dvignemo v zrak, desno zaokrožimo naprej, z levo pa nazaj. Med kroženjem so boki sproščeni in sledijo gibanju rok. Ponovimo še na drugo stran.

### Hoja vzvratno

Stojimo vzravnano in se pripravimo za hojo vzvratno po črti. Odročimo roke. Noge postavljamo eno za drugo tako, da vmes ni praznine. Ves čas gledamo naprej.

## **ZAKLJUČEK**

Poškodb ne moremo popolnoma preprečiti. Lahko pa se jim v veliki meri izognemo, če se zavedamo, da imamo sami v rokah vajeti za zmanjševanje tveganja in jih vodimo tako, da si vsak dan vzamemo vsaj 30 minut za svoje zdravje in telovadimo.

# KAM SO IZGINILI HENDIKEPIRANI IN ZAKAJ SE TO TIČE INVALIDOV?

Pozornejšim opazovalcem invalidskega področja najbrž ni ušlo, da so po desetletju in več prisotnosti iz javnega diskurza nenadoma in brez pojasnila izginili "hendikepirani". Zamenjali so jih "ljudje z ovirami", sintagma, ki jo je v svojih prispevkih v Socialnem delavcu in Sobotni prilogi Dela uvedla dr. Darja Zaviršek s Fakultete za socialno delo. Lingvistično inovacijo je argumentirala s tezo, da je beseda invalid že sama po sebi diskriminatorna in žaljiva, ker jo Slovar slovenskega knjižnega jezika definira kot "kdor je zaradi prirojene telesne napake, posledic bolezni, poškodbe nesposoben ali le delno sposoben za delo". Definicija je brez dvoma neustrezna, toda zastarelih definicij v SSKJ ne manjka, ker imajo besede poleg denotacije tudi konotacijo, ta pa se skozi čas včasih močno spreminja. Beseda ljubezen je v SSKJ na primer definirana kot "močno čustvo naklonjenosti do osebe drugega spola". Glede na to, da dr. Zaviršek diskriminatornost pojma invalid in nujnost spremembe termina utemeljuje z definicijo SSKJ, bo zanimivo videti, kako bo na njeno mnenje vplivala prihajajoča sprememba definicije.

Ob šibki argumentaciji je besedna zveza ljudje z ovirami neustrezna tudi semantično in strokovno, ker implicira, da so ovire v invalidih samih, ne pa, da je invalidnost rezultanta funkcionalnih omejitev in fizičnih, komunikacijskih ter drugih ovir, ki jih pred invalide postavlja okolje.

Pojem invalid je uporabljen v Ustavi RS, zakonskih in podzakonskih aktih, v ratificirani Konvenciji ZN o pravicah invalidov itd., uvajanje novih izrazov samo še povečuje že obstoječo terminološko nedoslednost. Poleg tega Konvencija o pravicah invalidov stroke ne izvzema iz obveznosti posvetovanja z reprezentativnimi predstavniki invalidov o zadevah, ki se jih tičejo, in poimenovanje se jih gotovo tiče, saj gre za osnovni element njihove družbene identitete.

Pri uvajanju novih izrazov za poimenovanje družbenih manjšin gre sicer za dileme, ki so prisotne tudi v drugih državah in jezikih, in za del širšega fenomena t. i. politične korektnosti. Pomanjkljivost le-te pri označevanju ranljivih skupin je neupoštevanje konteksta, pretiran fokus na terminologijo (spomnimo se na primer, kako so migranti postajali prebežniki) pa utegne tudi odvrniti pozornost od bolj pomembnih vprašanj. Poleg tega korektna termino-

logija ne odpravlja nujno predsodkov in stereotipov, ker ti niso posledica samostojnega razmišljanja, temveč gre za kulturni *imprint* na nezavedni ravni.

Da bi razumeli, odkod trend stalnega spreminjanja terminologije, je potrebno nekoliko osvetliti področje družbenih ved. Za razliko od eksaktnih, kjer npr. zakoni termodinamike veljajo ne glede na svetovni nazor, je pri družbenih vedah nemogoče ločiti profesorjev pogled na svet od vsebine, ki jo poučuje, in v tem smislu ima t. i. kritična teorija frankfurtske šole, znana tudi kot kulturni marksizem, v akademskih krogih skoraj monopolno pozicijo, kar perpetuira en pogled na svet in eno politično filozofijo kot edino pravilno in progresivno. Pri tem ne gre za slovensko posebnost, temveč je kritična teorija že vsaj od devetdesetih let 20. stoletja dominantni ideološki vzorec fakultet in akademskih krogov razvitega sveta.

Kulturni boj med tistim, kar običajno označujemo za socialno konservativno in progresivno, se je v prejšnjem stoletju bil na vprašanjih človekovih pravic, socialne pravičnosti, multikulturalizma, feminizma, politike identitet, družbenih manjšin itd. in se končal z vsaj začasnim triumfom socialnega liberalizma. To je v kombinaciji z aktivizmom na omenjenih področjih privedlo do napredka ter velikih in pomembnih pozitivnih sprememb, ki jih ni moč zanikati. Problem tako izrazito dominantnih ideologij je odsotnost dialektike, kritičnega razmišljanja in čeprav uspešnost politik še ne pomeni potrditve njihovih teoretskih podmen, so nesporni uspehi socialnega progresivizma pripeljali tudi do tega, da so se tako ustvarjalci javnega mnenja kot tudi odločevalci na področju socialnih politik izrazito identificirali s širšo politično filozofijo, ki jo v klasičnem smislu označujemo kot levo. Del odgovornosti je seveda tudi v inertnosti politično konservativnih sil, ki niso znale artikulirati alternative, v vsakem primeru pa je politična orientacija postala integralni del ranljivih družbenih skupin in njihovih organiziranih struktur, ki bi morale biti ideološko nevtralne.

V praksi to na primer pomeni, da so posamezniki ali organizacije, ki ideološko niso "na liniji", ki jih ne prepričajo teze, da je resnica le ideologija, spol, spolna usmerjenost ali invalidnost pa samo družbeni konstrukti, percipirani kot predmoderni, niso "*woke*", če si sposodimo besedo iz

---

ameriškega političnega žargona, njihova stopnja zavesti še ni dovolj razvita, čemur sledi temu primerna stopnja politične in tudi povsem osebne podpore. In obratno, posamezniki ali organizacije, ki so "woke", so deležni nesorazmerne stopnje pozornosti in podpore.

V državah s tradicijo pluralizma mnenj invalidi in strokovnjaki s tega področja sami postavljajo pod vprašaj vse, tudi socialni model invalidnosti, ki je nadomestil medicinskega in je trenutno sprejeti model. Zadržek skeptikov je, da enako kot smo invalidi prej brezpogojno sprejemali realnost pojava, kakršno so nam podajali zdravniki, utegnemo zdaj nekritično sprejemati avtoriteto stroke s področja socialnega dela. In ker socialne vede pojave ne le analizirajo, temveč sugerirajo konkretne spremembe, efekt ni le vpliv na terminologijo, temveč tudi na javno mnenje in politiko, posledica pa različni družbeni eksperimenti in nesorazmerna politična in s tem finančna podpora idejam in konceptom, ki v našem kulturnem in ekonomskem prostoru niso nujno aplikativni.

Tak primer je trenutno izredno moderno socialno podjetništvo (in njegova podzvrst zadružništvo), ki se njegovim predlagateljem zdi rešitev za vse, od finančnih težav Tuša do brezposelnosti. Naj spomnimo, da so pobudniki socialnega podjetništva obljubljali 50.000 novih delovnih mest, verjetno zato, ker so število zaposlenih v španskih ali angleških socialnih podjetjih projicirali na naš prostor. Praksa je pokazala, da ekonomski subjekti iracionalno visoko podporo socialnemu podjetništvu vse prepogosto izkoriščajo za črpanje subvencij, ko se te nehajo, pa se neha tudi socialno podjetje, ker je bil že od samega začetka fokus skoraj izključno samo na soci-

alnih učinkih. V odgovor na očiten problem zagovorniki ne preizkusijo temeljnih predpostavk in načina izvajanja socialnega podjetništva, temveč ga navidezno nadgradijo z novim konceptom s priljubljenim terminom "sustainability", kar pa pomeni le podmeno, da je potrebno socialna podjetja subvencionirati še dlje časa, da bo izdelek ali storitev sposoben samostojnega preživetja na prostem trgu.

Pri socialnem podjetništvu gre za kompleksna vprašanja, ki jih je potrebno nasloviti ob sodelovanju vseh legitimnih subjektov. S stališča invalidskih organizacij ni vprašljivo socialno podjetništvo samo po sebi, temveč nesorazmerna stopnja podpore, ki jo je deležno, predvsem v kontekstu evropskih strukturnih skladov in zlasti Kohezijskega sklada, kjer mu je v okviru 9. prednostne osi Socialna vključenost in zmanjševanje tveganja revščine namenjeno kar 80 % sredstev. Pogrešamo tudi možnost večjega vpliva invalidskih organizacij, kot predstavnikov končnih uporabnikov posebnih socialnih programov, na vsebino samih razpisov.

Področje invalidskega varstva je specifično, med drugim tudi zaradi določil Konvencije o pravicah invalidov. Dosledno spoštovanje njenih obligacij, vključno z obveznostjo posvetovanja, je stvar osnovne pravne higiene, tudi s strani stroke. Vse je lahko predmet debate, toda le ob sodelovanju vseh deležnikov in v odprti izmenjavi mnenj in argumentov je mogoče priti do legitimnih rešitev za tiste, ki so jim tudi namenjene.

(Goran Kustura je glavni tajnik Nacionalnega sveta invalidskih organizacij Slovenije)



# PODELITEV LISTINE "OBČINA PO MERI INVALIDOV" OBČINI MAJŠPERK, 6.12.2016



Skulptura ZDIS



Udeleženci slavnostne podelitve »Občina po meri invalidov« občini Majšperk, 6.12.2016



Od desne proti levi: Jože Rober, predsednik DI Majšperk in Kidričevo; dr. Darinka Fakin, županja občine Majšperk in Drago Novak, predsednik ZDIS



Dr. Darinka Fakin, županja občine Majšperk prejema listino »Občina po meri invalidov« za leto 2016 iz rok Draga Novaka, predsednika ZDIS



kulturni program so izvedli učenci OŠ »Majšperk«

