

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

magisterské kombinované štúdium  
2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

Tímea Kiššová

**SEBAREALIZÁCIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH  
PROSTREDNÍCTVOM ZÁUJMOVEJ ČINNOSTI  
V PODMIENKACH DOMOVA SOCIÁLNYCH  
SLUŽIEB**

**Praha 2012**

**Vedúci diplomovej práce:  
PaedDr. Alexandra Kastelová, PhD.**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Master Combined Studies  
2010 - 2012

**DIPLOMA THESIS**

Tímea Kiššová

MENTALLY HANDICAPPED SELF-  
REALIZATION THROUGH INTEREST-  
BUSINESS CONDITIONS SOCIAL SERVICES HOME

**Prague 2012**

**The Master Thesis Work Supervisor:  
PaedDr. Alexandra Kastelová, PhD.**

### **Prehlásenie**

Prehlasujem, že predložená magisterská práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktorú som vypracovala samostatne. Každú literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 15.3.2012

*Meno autorky* .....

## **Pod'akovanie**

Dovoľujem si poďakovať PaedDr. Alexandre Kastelovej, PhD. za trpezlivé a podnetné odborné vedenie, cenné rady a pripomienky, ktoré mi poskytovala pri vypracovaní diplomovej práce.

Moje poďakovanie rovnako patrí PhDr. Lýdii Bušaničovej, riaditeľke Domova sociálny služieb Strážske – Lidwina, ktorá mi umožnila vykonávať v zariadení prieskum k empirickej časti diplomovej práce.

A v neposlednom rade sa chcem poďakovať Mgr. Marianne Plitkovej vedúcej úseku výchovy, ktorá mi napomáhala pri realizácii svojho prieskumu v krúžku „Tvorivé ruky“.

## **Anotácia**

Predkladaná diplomová práca ponúka náhľad do problematiky vlastnej realizácie klientov s mentálnym postihnutím v domove sociálnych služieb prostredníctvom záujmovej činnosti. Poukazuje na metodiku práce špeciálneho programu „Papierové pletenie“, ktoré je experimentálne u klientov overené. V teoretickej rovine sa zapodievame komplexným pojmovým vymedzením mentálneho postihnutia, zaoberáme sa analýzou významu ústavnej starostlivosti v živote ľudí s mentálnym postihnutím a poukážeme na jeden konkrétny domov sociálnych služieb – Lidwina v Strážskom. V praktickej časti sa zaoberáme prípravou, implementovaním a realizáciou nami zostaveného programu, jeho efektívnosťou, uplatnením u mentálne postihnutých vo svojom budúcom nezávislom živote.

## **Kľúčové pojmy**

Domov sociálnych služieb, klient, kvalita života, mentálne postihnutie, pracovná terapia, rehabilitácia, sebarealizácia, sociálna služba, starostlivosť, záujmová činnosť.

## **Annotation**

The present thesis provides insight into their own implementation of clients with mental disabilities in social care homes through leisure activities. It refers to a special work methodology of the "knitting paper", which is experimentally verified with clients. In theory, she deals with a complex conceptual definition of mental disability, dealing with the analysis of the importance of institutional care in the lives of people with mental disabilities and will point to a particular home social services - in Lidwina Strazske. The practical part deals with the preparation, implementation, and implementing the program compiled by us, its efficiency, the application for the mentally handicapped in their future independent living.

## **Key words**

Home of welfare service, client, quality of Life, mental disability, occupational therapy, rehabilitation, self-realization, social service, care, spare-time activity.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČASŤ</b>	
<b>1. MENTÁLNE POSTIHNUTIE AKO MULTIDISCIPLINÁRNY PROBLÉM .....</b>	<b>11</b>
1.1 Etiológia vzniku mentálneho postihnutia .....	13
1.2 Klasifikácia mentálneho postihnutia a charakteristika jednotlivých stupňov.....	15
1.3 Druhy a formy mentálneho postihnutia .....	20
1.4 Typy mentálne postihnutých osôb .....	25
1.5 Odlišnosti vývoja psychických funkcií mentálne postihnutých .....	26
<b>2. VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA DOMOVA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB .....</b>	<b>30</b>
2.1 Historický pohľad na vývin starostlivosti o mentálne postihnutých .....	32
2.2 Nové trendy v poskytovaní sociálnych služieb – transformácia .....	34
2.2.1 Humanizácia sociálnych služieb .....	35
2.2.2 Normalizácia ústavnej starostlivosti .....	35
2.2.3 Integrácia osôb s mentálnym postihnutím .....	36
2.3 Obsah výchovnej starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb .....	36
2.4 Edukácia osôb s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb .....	38
2.5 Osobnosť mentálne postihnutého jednotlivca umiestneného v domove sociálnych služieb .....	40
<b>3. CHARAKTERISTIKA ZÁUJMOVEJ ČINNOSTI V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB .....</b>	<b>42</b>
3.1 Podstata a poňatie záujmovej činnosti .....	43
3.1.1 Vymedzenie voľného času .....	44
3.2 Záujmové a aktivizačné činnosti v podmienkach domova sociálnych služieb .....	45
3.3 Ucelená rehabilitácia a jej zložky .....	48
3.3.1 Liečebná rehabilitácia .....	49
3.3.2 Pedagogická rehabilitácia .....	51
3.3.3 Sociálna rehabilitácia a pracovná rehabilitácia .....	52
3.3.3.1 Profesionálna príprava mentálne postihnutých osôb .....	53
<b>4. DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB STRÁŽSKE – LIDWINA .....</b>	<b>55</b>
4.1 Charakteristika a história starostlivosti, výchovy a vzdelávania v Domove sociálnych služieb Strážske .....	55
4.2 Súčasná situácia v Domove sociálnych služieb Strážske .....	57

4.3	Terapia ako alternatíva výchovy a vzdelávania v Domove sociálnych služieb Strážske .....	61
4.4	Záujmová činnosť v Domove sociálnych služieb Strážske .....	62

## **PRAKTICKÁ ČASŤ**

<b>5. POPIS A CIEĽ PRIESKUMU .....</b>	<b>66</b>	
5.1	Charakteristika prieskumnej vzorky .....	67
5.2	Použité metódy a spracovanie údajov .....	68
5.3	Metodika práce .....	69
5.4	Aplikácia intervenčného programu „Papierové pletenie“ .....	74
5.5	Interpretácia výsledkov činnosti – vyhodnotenie dotazníkov .....	80
5.6	Zhrnutie a doporučenie .....	84
<b>ZÁVER .....</b>	<b>86</b>	
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY .....</b>	<b>88</b>	
<b>ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK .....</b>	<b>93</b>	
<b>ZOZNAM PRÍLOH .....</b>	<b>95</b>	



## ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

AAMR	Americká asociácia pre mentálne retardovaných
CNS	Centrálny nervový systém
DMO	Detská mozgová obrna
DSS	Domov sociálnych služieb
HMP	Hlboké mentálne postihnutie
In	v
IVP	Individuálny výchovný plán
IQ	Intelligenčný kvocient
kol.	kolektív
LMP	Lahké mentálne postihnutie
MDD	Medzinárodný deň detí
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MP	Mentálne postihnutie
MPSVR	Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny
MŠSR	Ministerstvo školstva Slovenskej republiky
SŤMP	Stredne ťažké mentálne postihnutie
ŤMP	Ťažké mentálne postihnutie

## ÚVOD

„Pomôž mi, aby som to dokázal urobiť sám.“

(M. Montessori)

O tom, že každá ľudská bytosť je jedinečná, asi nik z nás nepochybuje. Napriek tomu väčšina z nás predsa patrí k tým šťastnejším, na ktorých nik neukazuje prstom ako na „viac iných“, či dokonca „horších“. Menej šťastnými v tomto prípade môžu byť ľudia s mentálnym postihnutím.

Jednu skutočnosť však možno popisovať z rôznych hľadísk. *Ľudská bytosť*. Je to organizmus, súbor fyziologických parametrov a hormonálnych zmien, alebo človek so všetkými svojimi citmi a emóciami, niekto, kto je nám v mnohom podobný? Napriek rovnakému objektu môže byť naše vnímanie diametrálne odlišné.

Tí, ktorí ľudí s mentálnym postihnutím poznajú bližšie, vedia obvykle poskytnúť celkom iný náhľad na túto cieľovú skupinu. Dozvedáme sa, že sú to výnimočné bytosti plné potenciálu, citov, emócií, sú nám priateľmi, partnermi a v našej spoločnosti plnohodnotnými členmi. Každý z nich je iný. Rovnako ako je to aj u ľudí bez akéhokoľvek postihnutia.

Známa americká spisovateľka a matka ťažko mentálne postihnutého dieťaťa Pearl S. Bucková uvádza v jednej zo svojich diel, že znakom vyspelosti každej civilizácie sú opatrenia a starostlivosť o tých, ktorí sú jej najslabšími členmi (Pikálek, 1998).

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že ľudia s mentálnym postihnutím túžia rovnako ako ostatní členovia spoločnosti po rešpekte, uznaní, po seberealizácii, chcú mať zaujímavú prácu, ktorá ich baví, chcú sa vzdelávať, mať partnera a mnoho priateľov, bývať so svojimi blízkymi, tráviť voľný čas podľa svojich predstáv, jednoducho „žiť taký celkom normálny život“.

V našej diplomovej práci sa zameriavame na analýzu záujmovej činnosti v domove sociálnych služieb. Tieto zariadenia by sa mali čo najviac snažiť priblížiť život svojich klientov v kolektívnom zariadení prirodzenému životu. Ich život má takisto právo byť naplnený zmysluplným žítím, najmä seberealizáciou. A práve táto skutočnosť do istej miery poznačuje našu prácu

v tom zmysle slova, že pozostáva z piatich príspevkov obsahujúce určité problémové okruhy.

Prvá kapitola predstavuje teoretický pohľad a vymedzenie mentálneho postihnutia ako multidisciplinárneho problému. Venujeme sa v nej komplexnej charakteristike pojmu mentálne postihnutie, etiológii vzniku, klasifikáciou a opisom jednotlivých stupňov mentálneho postihnutia z pohľadu viacerých autorov. V jednej z podkapitol uvádzame formy mentálneho postihnutia a poukazujeme na dve najčastejšie sa vyskytujúce druhy mentálneho postihnutia. Pozornosť sme venovali aj typom mentálneho postihnutia a výstižne popisujeme výrazné črty a odlišnosti psychických funkcií mentálne postihnutých osôb.

Druhá kapitola ponúka všeobecnú charakteristiku domova sociálnych služieb, historický vývin starostlivosti o mentálne postihnutých, až po nové trendy poskytovania sociálnych služieb. Obsahom výchovnej starostlivosti a edukáciou osôb s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb sme nahľadeli do procesu socializácie jednotlivcov prostredníctvom výchovných zložiek. Na záver tejto kapitoly sme sa venovali ponímaniu osobnosti klientov umiestnených v domove sociálnych služieb.

V tretej kapitole sa zaoberáme významom využitia záujmovej činnosti v domove sociálnych služieb. Zameriavame sa na podstatu záujmových a aktivizačných činností, ktoré výrazne prispievajú k osobnostnému rozvoju mentálne postihnutých klientov domova sociálnych služieb. V poslednej podkapitole popisujeme ucelenú rehabilitáciu a charakteristiku jednotlivých jej zložiek. Poukážeme tiež na profesijnú prípravu mentálne postihnutých osôb a na ich súčasné možnosti zamestnania na Slovensku.

V poslednej kapitole teoretickej časti diplomovej práce predstavujeme jeden konkrétny domov sociálnych služieb na Slovensku, a to Lidwina – Domov sociálnych služieb Strážske. V nasledujúcich podkapitolách oboznamujeme náplňou a históriou starostlivosti, výchovy a vzdelávania v tomto zariadení, opisujeme súčasnú situáciu v Domove sociálnych služieb – investičné aktivity zariadenia, spoluprácu s rôznymi organizáciami na domácom území, ale aj v zahraničí. V neposlednom rade sa zapodievame poskytovanými službami,

ktoré významnou mierou obohacujú a zlepšujú kvalitu života postihnutých klientov v zariadení, teda terapiou a záujmovými činnosťami obsiahnutými z rôznych tvorivých dielňach Domova sociálnych služieb – Lidwina. V tomto zariadení sa realizovala aj naša prieskumná časť diplomovej práce.

Poslednú kapitolu tvorí prieskumná časť diplomovej práce, ktorej cieľom je overiť vplyv intervenčného programu „Papierové pletenie“ na vybranú skupinu handicapovaných klientov DSS Lidwina. V tejto časti bolo našim cieľom zistiť praktický prínos programu pre klientov DSS, zistiť mieru vhodnosti tohto programu, vzhľadom na ich individuálne osobitosti. Experimentálne sme u týchto klientov vytvorený program preskúmali a v závere sme na základe dotazníka preverili úspešnosť intervenčného programu, ktorý týmto dáva podnet na vytváranie odbornej literatúry zameranej na metodiku tvorivej práce a záujmových aktivít mentálne postihnutých klientov domovov sociálnych služieb.

V konečnom dôsledku sa chce predložená diplomová práca hlbšie zainteresovať do problematiky inovácie kvality života a obohatenia sebarealizácie klientov domovov sociálnych služieb.

# 1. MENTÁLNE POSTIHNUTIE AKO MULTIDISCIPLINÁRNY PROBLÉM

Donedávna bolo veľmi ťažké determinovať pojem mentálneho postihnutia. Najčastejšie sa v literatúre stretávame s vymedzením pojmu "mentálne postihnutie", ak opisujeme ľudí s oneskorením vývinu. Tento pojem – mentálne postihnutie a ľudia s mentálnym postihnutím – je všeobecne prijaté pojmové vymedzenie, ktoré by malo mať presne definované kritériá. V roku 2007 prijala OSN „Deklaráciu práv zdravotne postihnutých ľudí“ a ľudí s mentálnym postihnutím definuje ako jedincov s intelektovou dizabilitou. Napriek tomu, že tejto oblasti sa venovali už antickí lekári a filozofi, napr. Hippokrates a Konfucius, ktorí opísali mentálne postihnutie už stovky rokov pred naším letopočtom, je stále záhadou, prečo klasifikácia a definícia mentálneho postihnutia je doposiaľ neúplná.

Na vyjasňovaní tohto problému „konceptie mentálneho postihnutia“ sa podieľa celý rad vedných disciplín z oblasti psychológie, sociológie, vzdelávania, psychiatrie, antropológie a ďalších. Sociológovia študujú a analyzujú mentálne postihnutie ako sociálny problém, psychológovia ako psychologický, lekári vidia mentálne postihnutie ako medicínsky problém, atď. Každý z odborníkov uvedených disciplín posudzuje mentálne postihnutie zo svojho uhla pohľadu. Preto je dôležité predstaviť mentálne postihnutie ako multidisciplinárny problém, vyplývajúci z rôznych smerov pozorovania a zahrňujúci rôzne zložky sledovania (sociálne, medicínske, edukačné a právne). Človek s mentálnym postihnutím je v prvom rade ľudská bytosť, a to od počatia, cez intrauterinný vývin, narodenie, život, až po úmrtie. Takto lepšie pochopíme, že každý človek aj so zníženou úrovňou intelektovej schopnosti je ľudskou bytosťou.

Nasledujúca kapitola poskytne komplexné vymedzenie mentálneho postihnutia zo špeciálnopedagogického hľadiska.

Termín mentálna retardácia sa používa už od r. 1959 a to od konferencie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v Miláne. Zásluhou všeobecnej humanizácie vedných oborov sa dnes používajú nové termíny.

V súčasnosti sa namiesto pojmu mentálne postihnutý používa termín – **Osoba s mentálnym postihnutím**. Týmto preferuje človeka pred „defektom“. Mentálne postihnutie teda nie je choroba, ale stav. Valenta, Müller (2003) tvrdia, že sa predpokladá, že osoby s mentálnym postihnutím tvoria okolo 3 – 4 % celkovej populácie a zároveň i najpočetnejšiu skupinu medzi osobami s postihnutím. Potrebujú celoživotné vedenie a podporu. Rovnako tvrdia, že pojem mentálne postihnutie nie je v súčasnej dobe stanovená jedinou definíciou. Všetky však vychádzajú zo spoločného zamerania na **celkové zníženie intelektových schopností jedinca a jeho sociálnej adaptácii**.

Bajo, Vašek (1994) sa o tejto skutočnosti vyjadrujú podobne: na označenie mentálneho postihnutia sa používali rôzne názvy. Preto sa v našej literatúre stretávame s viac ako dvadsiatimi analogickými termínmi - **duševne chybní, duševne úchylní, duševne abnormálni, duševne defektní, duševne oneskorení, rozumovo chybní, deti s chybným rozumovým vývinom, deti so zníženou rozumovou schopnosťou, rozumovo zaostalí, intelektovo úchylní, intelektovo chybní, intelektovo abnormálni, slabomyseľní, oligofrénni, mentálne chybní, mentálne defektní, mentálne deficitní, mentálne abnormálni, mentálne subnormní, mentálne nevyvinutí, mentálne oneskorení, mentálne postihnutí**.

Podľa Vágnerovej (2008) mentálne postihnutie je súhrnné označenie vrodeneho postihnutia rozumových schopností, ktoré sa manifestuje neschopnosťou porozumieť svojmu okoliu a v požadovanej miere sa mu prispôbiť.

Švarcová (2003) poníma mentálne postihnutie ako trvalé zníženie rozumových schopností, ktoré vzniklo v dôsledku organického poškodenia mozgu. Mentálne postihnutie nie je nemoc, je to stav trvalý, spôsobený neodstrániteľnou nedostatočnosťou alebo poškodením mozgu.

V zhode niektorých autorov je kritériom posudzovania výskytu mentálneho postihnutia inteligenčný kvocient (IQ). Inteligenčný kvocient

je však tiež ovplyvňovaný neintelektuálnymi javmi, ako napríklad schopnosť motivácie, rečového prejavu, či adaptácie. Označenie pomocou IQ môžeme chápať ako kvantitatívne hodnotenie mentálneho postihnutia. Ďalšími kritériami sú biologické či sociálne faktory vzniku mentálneho postihnutia (Černá, 1995).

Valenta, Müller (2003) definujú mentálne postihnutie ako vývojovú duševnú poruchu so zníženou inteligenciou nápadnú predovšetkým znížením kognitívnych, rečových, pohybových a sociálnych schopností s prenatálnou, perinatálnou i postnatálnou etiológiou.

Pochopiť a vymedziť samotný pojem mentálneho postihnutia nie je jednoduché, vzhľadom k určitej odlišnosti a terminologickej nejednotnosti. Domáca i zahraničná odborná literatúra uvádza pomerne širokú škálu termínov pre označenie mentálneho postihnutia. Príčiny terminologickej nejednotnosti môžeme hľadať tiež v rôznej etiológii tohto postihnutia. (Pipeková, 2006).

## **1.1 Etiológia vzniku mentálneho postihnutia**

Vágnerová (2008) uvádza, že príčinou vzniku mentálneho postihnutia je postihnutie CNS. Táto porucha môže vzniknúť rôznym spôsobom a jej etiológia sa prejavuje v kvantitatívnych a kvalitatívnych znakoch klinického obrazu, t.j. závažnosťami postihnutia a prejavujúcimi symptómami. Ide o multifaktoriálne podmienky postihnutia. Na jeho vzniku sa môže podieľať tak ako porucha genetických dispozícií, ktoré vedú k narušeniu CNS, tak aj najrôznejšie exogénne faktory, ktoré poškodzujú mozog v ranej fáze jeho vývoja.

*„Čím je stupeň mentálnej retardácie ľahší, tým je väčšia pravdepodobnosť, že presná príčina nebude môcť byť určená“* (Černá, M. a kol. 2008, s. 85).

Príčiny mentálneho postihnutia bývajú rozdeľované podľa rôznych znakov. Môžeme tak hovoriť o príčinách endogénnych a exogénnych,

o vrozenom, či získanom mentálnom postihnutí, o vplyvoch prenatálnych, perinatálnych alebo postnatálnych. Posledne menovaná kategorizácia podáva tieto možnosti delenia etiológie mentálneho postihnutia.

AAMR z roku 2002 člení etiologické faktory mentálneho postihnutia podľa pre-, peri- a postnatálneho obdobia, vymedzuje konkrétne skupiny príčin a uvádza tieto príklady:

### **1. Prenatálne obdobie**

- *Chromozomálne aberácie* (Downov syndróm, Turnerov syndróm, syndróm fragilného X chromozómu),
- *Metabolické a vývinové poruchy* (fenykletonúria, choroba Tay-Sachsova, galaktosémia, Prader-Williho syndróm),
- *Infekcie matky* (rubeola, syfilis, HIV, cytomegalovírus, Rh inkompatibilita, toxoplazmóza),
- *Podmienky prostredia* (fetálny alkoholový syndróm, užívanie drog),
- *Neznáme* (anencefália, hydrocefalus, mikro-, makrocefalus),

### **2. Perinatálne obdobie** (nízka pôrodná hmotnosť, nezrelosť)

- *Neonatólne komplikácie* (hypoxia, pôrodný úraz, následok kliešťového pôrodu, respiračná núdza, dlhotrvajúci pôrod),

### **3. Postnatálne obdobie**

- *Infekcie, otravy, intoxikácie* (otravy olovom, encefalitída, meningitída, Reyov syndróm),
- *Faktory prostredia* (zlé zaobchádzanie, či zanedbávanie dieťaťa, úrazy hlavy, podvýživa, deprivácia),
- *Ochorenia mozgu* (neurofibromatóza, tuberkulózná skleróza) (In Černá, M. a kol. 2008).

Švarcová (2000) upozorňuje na špecifickú situáciu, kedy rodičia dieťaťa majú nízku intelektovú a vzdelanostnú úroveň. Následkom toho svoje dieťa zaťažujú dvojitým spôsobom. Nielenže odovzdávajú horšie genetické predpoklady k rozvoju intelektu, ale zároveň nemôžu poskytnúť primeranú výchovu.



## **1.2 Klasifikácia mentálneho postihnutia a charakteristika jednotlivých stupňov**

Klasifikácia mentálneho postihnutia na základe hĺbky rozumového postihnutia slúži predovšetkým ako pomôcka pre orientáciu odborníkov. Rozumové schopnosti však v skutočnosti predstavujú kontinuum, ktoré je navyše určované celou radou pridružených činiteľov. Práve preto sa určenie stupňa mentálneho postihnutia opiera aj o stanovenie stupňa inteligencie.

Inteligencia je označenie pre komplex kognitívnych schopností, zúčastňujúcich sa na poznávaní, učení a riešení problémov v nižšom zmysle a často v bežnej reči, taktiež pre mieru týchto schopností (Čáp, Mareš, 2001).

Vágnerová (2008) dodáva, že dôležitým kritériom hodnotenia poruchy rozumových schopností je ich zmysel, t.j. kvantita úbytku (resp. zachovania) príslušných kompetencií. Môžeme ich určiť porovnaním úrovne schopností mentálneho postihnutia jedinca s normou, t.j. pomocou psychologickéj diagnostiky inteligencie.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), v pravidelných periódach reviduje klasifikáciu chorôb vrátane duševných (Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH). Podľa nej od roku 1992 a u nás 1993 platí desiata revízia tejto klasifikácie. V Medzinárodnej klasifikácii chorôb je každá kapitola oboru označená písmenom. Pre duševné poruchy platí písmeno F a číslo, ktoré bližšie upresňuje diagnózu (Valenta, Müller, 2003).

Nasledujúce podrozdelenie sa používa s položkami F70 - F79 na identifikáciu rozsahu porúch správania:

**.0 bez poruchy správania alebo s minimálnou poruchou**

**.1 signifikantná porucha správania vyžadujúca pozornosť alebo liečenie**

**.8 iné poruchy správania**

**.9 bez zmienky o poruche správania**

F70	ľahká duševná zaostalosť	IQ 50 – 69
F71	stredný stupeň duševnej zaostalosti	IQ 49 – 35
F72	ťažká duševná zaostalosť	IQ 34 – 20

- F73 hlboká duševná zaostalosť IQ 19 a nižšie  
F78 iná duševná zaostalosť  
F79 nešpecifikovaná duševná zaostalosť

(in MKCH 10)

Všeobecne prevláda názor, že v spoločnosti sa vyskytuje 3 až 4% MP v populácii. Z toho je výskyt približne:

- a) 80% jedincov s LMP, v populácii 2,6%
- b) 12% jedincov so SŤMP, v populácii 0,4%
- c) 7% jedincov s ŤMP, v populácii 0,3%
- d) 1% jedincov s HMP, v populácii 0,2% (Pipeková, 2006).

## **Charakteristika jednotlivých stupňov mentálneho postihnutia**

**ĽAHKÝ STUPEŇ MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA** - motorický, neuropsychický vývin, psychické procesy a reč ľahko mentálne postihnutých sú kvantitatívne a kvalitatívne odlišné od normy. Deficit je v myslení, najmä pri abstrakcii, dedukcii a úsudku. Sú málo zvedaví, vynaliezaví, nevedia sa hrať, majú neadekvátne prejavy a správanie (Bajo, Vašek, 1994).

Tento stupeň mentálneho postihnutia býva diagnostikovaný spravidla už v predškolskom veku. V prvých rokoch života dieťaťa je rozvoj pohybových schopností spomalený len mierne alebo je v rámci normy. Ani osvojenie slov nemusí byť dramaticky spomalené. V dospelosti sú ľudia s týmto stupňom postihnutia schopní udržiavať konverzáciu a podrobiť sa klinickému interview. Môže byť pozorovaná znížená slovná zásoba a taktiež detská hra môže byť stereotypná. Podporu, skôr než deti samotné, potrebujú ich rodičia, aby dokázali prijať postihnutie svojho dieťaťa, spamätať sa zo šoku a zaujať vhodné výchovné postoje, ktoré by dieťa nerozmaznávalo alebo naopak odmietalo.

Vítková (1998) tvrdí, že jednou zo základných prejavov porúch myslenia je neschopnosť dosiahnuť primeranú úroveň rozvoja logického myslenia. Vývoj reči zaostáva a prevláda v nej agramatizmus. Ďalej uvádza, že pozorovať tu nedostatočné vyjadrovanie myšlienok a prianí, ktoré bráni

dieťaťu v socializácii, čo je však v rozpore s Lechtom (1995), ktorý tvrdí, že „*ich spôsob verbálnej komunikácie nemusí byť v bežných, stereotypných komunikačných situáciách nápadný*“ (s. 25).

Pipeková (2006) dopĺňa, že ĽMP sa vzdelávajú podľa zodpovedajúceho vzdelávacieho programu, najčastejšie v špeciálnych základných školách, majú možnosť integrácie do bežnej základnej školy pri splnení stanovených podmienok integrácie.

Väčšina detí dobre zvláda vzdelávanie podľa osnov špeciálnej školy. Častejšie sa u nich vyskytujú poruchy učenia a problémy s čítaním a písaním (dané zvyčajne organickým poškodením CNS). Čítať a písať sa však naučia. Pri integrácii do bežnej triedy bežnej základnej školy si často vyžadujú podporu asistenta. V špeciálnych triedach na bežnej škole sa obyčajne bez asistenta zaobídu.

**STREDNE ŤAŽKÝ STUPEŇ MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA** – býva diagnostikovaný v období kojeneckom alebo v období batolaťa. Spomaľuje sa pohybový vývoj a tiež vývoj porozumenia reči. Väčšinou si títo ľudia v priebehu detstva osvojujú slovnú zásobu, ktorá im postačí k dorozumeniu sa a konverzácii. Úroveň reči je však veľmi variabilná. Líši sa od schopnosti konverzácie cez jednoslovné vyjadrovanie potrieb, až po komunikáciu skrz gesta. Podpora týchto detí je zameraná najmä na stimulácii a aktivizácii reči.

Myslenie je podľa Valentu a Müllera (2003) výrazne obmedzené, rovnako, ako schopnosti sebaobsluhy. Klienti vyžadujú v tomto smere chránené prostredie – hlavne chránené bývanie a zamestnanie po celý život.

Bajo, Vašek (1994, s. 56) výstižne opisujú, že „*sú schopní osvojiť si spoločenské a praktické návyky a zvládnu i prvky trívia – čítania, písania, počítania. Napriek vychovávateľnosti a práceschopnosti sú v podstate nesamostatní, odkázaní na dozor, usmerňovanie inými osobami, pri práci na vedenie a permanentnú kontrolu.*“

Pipeková (2006) ešte upozorňuje, že pri tomto stupni MP na častý výskyt epilepsie, autizmu a ďalších neurologických a telesných postihnutí.

Ako povedali Bajo a Vašek, takto postihnutí jednotlivci dobre zvládajú výučbu podľa osnov pomocnej školy, teda môžu si osvojiť základy čítania, písania a počítania. Väčšina z nich však bola v minulosti na základe pedagogického pesimizmu zbavovaná povinnosti školskej dochádzky. Dnes však prevláda postoj, ktorý zdôrazňuje právo na vzdelávanie pre všetky deti bez rozdielu a takisto zdôrazňuje potrebnosť a nutnosť cielene zameranej stimulácie.

**ŤAŽKÝ STUPEŇ MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA** – podobá sa typu postihnutí vyššie uvedených, ale vo všetkých svojich aspektoch je ťažký stupeň mentálneho postihnutia podstatne výraznejší. Zreteľné zaostávanie v dosahovaní vývojových medzníkov je u týchto detí badateľné už od útleho veku.

Oneskorenie psychomotorického vývoja sa prejavuje v predškolskom veku, možnosti sebaobsluhy sú výrazne a trvale limitované. Takto postihnutí nie sú schopní sebaobsluhy, ich potrava musí byť špeciálne upravená (Valenta, 2003). Ako tvrdí Lechta (1995, s. 26) „*aj tu je možné naučiť sa aspoň zopár prostých slov.*“ Jednoduché slová, ktoré sa prípadne naučia, však používajú bez pochopenia ich obsahu.

Pipeková (2006) dodáva, že veľmi výrazne je narušená ich afektívna sféra, nestálosť nálad, impulzivita. Potrebujú celoživotnú starostlivosť; vzdelávajú sa podľa individuálneho vzdelávacieho programu na špeciálnych základných školách.

Kvalitná systematická podpora, cielená stimulácia a emočná podpora má zreteľné efekty a môže prispieť k rozvoju motoriky, rozumových schopností a komunikačných spôsobilostí. V dospelosti môžu byť títo jednotlivci zapojení do čiastkových pracovných činností pod dohľadom. Pracovať môžu v chránených dielnach a v niektorých prípadoch i v rámci podporovaného zamestnávania. Ľudia s ťažkým mentálnym postihnutím, ktorí sú zapojení do bežného života spoločnosti, vyžadujú rozsiahlu a vysoko individualizovanú podporu.

**HLBOKÝ STUPEŇ MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA** – Švarcová (2003) uvádza, že takmer všetky takto postihnuté osoby sú neschopné sebaobsluhy, vyžadujú si pomoc vo všetkých základných životných úkonoch. Ich motorika je ťažko obmedzená, nápadné sú ich stereotypné automatické pohyby. Často sa vyskytujú kombinácie s postihnutím sluchu, zraku a ťažkými neurologickými poruchami. Reč je nevyvinutá, komunikácia nonverbálna bez zmyslu. Okolie nespoznáva. Mnohokrát sa vyskytuje sebapoškodzovanie.

Dorozumievajú sa spravidla jednoduchými gestami, zvukmi a pokynmi. Vyžadujú až pervazívnu podporu pri uspokojovaní a vyjadrovaní svojich potrieb.

Bajo, Vašek (1994) opisujú tento stupeň MP podobne. Podľa nich predstavuje najťažší stupeň MR vymedzený pásmom pod IQ 20. Za prioritnú oblasť považujú hlbokú retardáciu vo všetkých vývinových etapách. Časť postihnutých je celkom imobilná, nenaučia sa chodiť, často krát celý život ležia alebo sa pohybujú plazením. Ostatných sa dá charakterizovať hlbokou zaostalosťou v motorike. Apatický typ tohto postihnutia sa prejavuje v extrémnej hypokinéze – tzn., že často zostávajú celé hodiny bez pohybu. U ostatných je sklon ku stereotypným, kývavým pohybom hlavy a trupu. Voči hľadu bývajú nevšímaví, nevedia hrýzť, nemajú vyvinutý sexuálny pud. Potrebujú celoživotnú starostlivosť v DSS, zväčša azylového typu.

Cieľom výučby nie je osvojenie trívia, ale naplnenie kapacity každého postihnutého, s docielením čo najväčšej možnej samostatnosti. Tréning je často zameraný na dosiahnutie základných zrakových a priestorovo orientačných schopností.

Zatriedenie jednotlivcov s MP do niektorej z hore uvedených kategórií má napomáhať odborníkom, psychológom, pedagógom, lekárom pri zlepšení celkového psychického a fyzického stavu týchto jedincov a hlavne pri príprave kvalitného edukačného a liečebného programu. V žiadnom prípade by nemalo ísť o „opečiatkovanie“ mentálne postihnutej osoby z administratívneho pohľadu alebo o stanovenie jeho definitívnej diagnózy. Potreby unifikovania, teda zjednotenia, normalizovania klasifikácie, ako aj definovania ľudí s mentálnym postihnutím sú stále aktuálne.

### 1.3 Druhy a formy mentálneho postihnutia

Mentálne postihnutie môže byť podmienené organicky alebo sociálne. Podľa Baja, Vašeka (1994) môže byť príčinou organické poškodenie mozgu, teda porucha CNS (centrálny nervový systém).

Podľa vývinového štádia, v ktorom mentálne poškodenie nastalo, ju rozlišujeme na oligofréniu, ktorá sa chápe ako oneskorenie duševného vývinu na dedičnom a vrodenom podklade, a demenciu, ktorá sa chápe ako následok poškodenia mozgu rôzneho druhu v priebehu života jedinca (Švarcová, 2000).

#### **Rozdelenie mentálneho postihnutia podľa vývojových období:**

- a) Vrodená mentálna retardácia – oligofrénia
- b) Získaná mentálna retardácia – demencia
- c) Starecká demencia
- d) Pseudooligofrénia - sociálne podmienená mentálna retardácia

#### **a) Vrodená mentálna retardácia – oligofrénia**

Pochádza z gréckeho slova *oligos* – málo, *fren* – duša, myseľ, rozum (Hučík, 2007).

Ako objasnenie pojmu oligofrénia by sme použili výstižnú definíciu Baja, Vašeka (1994) „*je to stav zapríčinený štrukturálnou difúznou poruchou mozgu v prenatálnom, perinatálnom alebo postnatálnom vývinovom období – zhruba do druhého roku života dieťaťa ako výsledok rozličných etiologických faktorov , oligofrénia je teda špecifickou formou encefalopatie a cerebropatie“* (s. 41).

Černý rozdeľuje oligofréniu do piatich skupín:

1. oligofrénia pri vývinových poruchách,
2. oligofrénia pri celulárnych dispozíciách,
3. metabolické formy oligofrénie vrátane endokrinných porúch,
4. oligofrénia z prenatálnej infekcie,
5. neuromotorické formy oligofrénie (Hučík, 2007).

## **b) Získaná mentálna retardácia – demencia**

Bajo, Vašek (1994) definujú demenciu nasledovne „*ide o proces zastavovania, resp. rozpadu normálneho mentálneho vývinu, zapríčinený neskoršou poruchou mozgu, zhruba po druhom roku života dieťaťa*“ (s. 43).

Podľa Pipekovej (2006) býva demencia zapríčinená skoršou poruchou, chorobou alebo úrazom mozgu. Najčastejšie ide o zápal mozgu (encephalitis), zápal mozgových blán (menigitis), poruchy metabolizmu, intoxikácia, nádory na mozgu, duševné poruchy.

Demencia má vo väčšine prípadov progresívny charakter, väčšina klinických foriem má tendenciu k postupnému zhoršovaniu a prehlbovaniu symptómov. Nepostihuje všetky zložky osobnosti naraz tak, ako je to pri oligofrénii, ale postupne.

### **Klinické formy demencie:**

1. demencie po bakteriálnych onemocneniach CNS
2. demencie po vírusových ochoreniach
3. demencie po lymfoplazmocytárných perivenózných encefalitídach
4. demencie po difúzných demyelizačných encefalitídach, leukoencefalitídach
5. demencie po heredodegeneratívnych chorobách
6. demencie pri niektorých mozgových nádoroch
7. posttraumatické demencie
8. epileptické demencie
9. demencie vzniknuté po intoxikácii CNS
10. špeciálne, v detskom veku sa vyskytujúce demencie (Bajo, Vašek, 1994).

Valenta, Müller (2003) konštatujú, že za najčastejšie príznaky demencie sa považuje: podstatné zníženie inteligencie – úbytok poznávacích a rozumových schopností, porucha pamäti, orientácie, pozornosti, úsudku, schopnosti abstraktného myslenia, schopnosti vyjadrovania. Emočná labilita, únava, zmena štruktúry osobnosti (bezohľadnosť,...), celková degradácia osobnosti.

### c) **Starecká demencia**

Senilná demencia je patologická porucha postihujúca starnúceho človeka. Etiológia poškodenia mozgu sa môže prejavovať taktiež súborom príznakov i s vrodenu dispozíciou, degeneratívnymi zmenami vyvolanými životom v nevhodnom prostredí, vedúcim k atrofii mozgu. Táto porucha nie je nevyhnutná. (Monatová, 1997).

### d) **Pseudooligofrénia – sociálne podmienená mentálna retardácia**

U niektorých mentálne postihnutých osôb môže byť zaostávanie rozumových schopností podmienené aj inými faktormi, nielen poškodením mozgu. Sem patria deti výchovne zanedbané, deti i dospelí so závažnými emočnými poruchami, ako aj deti so zmyslovým postihnutím, ktoré nebolo včas rozpoznané a mohlo tak spôsobiť oneskorenie psychického vývinu (Švarcová, 2000).

Podľa Pipekovej (2006) sa v skutočnosti o mentálne postihnutie nejedná, a preto označuje tento druh MP termínom **zdanlivé mentálne postihnutie**. Tvrdí, že je spôsobená vplyvom vonkajšieho prostredia. Dieťaťu sa nedostáva potrebná stimulácia, je výchovne zanedbané, môže trpieť psychickou depriváciou alebo pochádzať so sociokultúrne znevýhodneného prostredia.

Poučná je aj definícia Baja, Vašeka (1994) „*V extrémne nevhodnom sociálnom prostredí, pri extrémnej výchovnej a vzdelávacej zanedbanosti, pri nesprávnej výchove alebo absencii výchovy môžu natoľko retardovať mentálne funkcie, že v zmysle disproporcie chronologického a mentálneho veku môže dieťa zostúpiť až do pásma mentálnej retardácie*“ (s. 44).

Monatová (1997) zaraďuje do tejto formy MP výskyt u detí výchovne zanedbaných, napríklad u Rómskeho etnika z dôvodu sociálneho pôvodu z nedostatočne podnetného prostredia. Zároveň však upozorňuje, že včasnou pomocou sa v mnohých prípadoch môžu tieto deti vrátiť k norme.

Podľa nášho názoru je členenie mentálneho postihnutia na oligofréniu a demenciu podstatné z toho dôvodu, že nám kladie ďalšie aspekty výchovy, rovnako ako definujú Bajo a Vašek nasledovne:



*„Tieto deti sa líšia vzhľadom, v somatickom, motorickom a psychickom vybavení v osobnostných črtách. Odlišná je ich psychopedická prognóza a tým aj program, obsah, tempo, postup, metódy, formy a prostriedky nápravy, výchovy a vyučovania a napokon aj dlhšie a finálne výsledky tohto pôsobenia“* (Bajo, Vašek, 1994, s. 44).

## **Niektoré špecifické druhy mentálneho postihnutia ako kombinované postihnutie**

### **DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA (ďalej DMO)**

Detská mozgová obrna patrí medzi najčastejšie neurovývojové poruchy spôsobené poruchou CNS.

Postihuje u človeka celý rad oblastí: kognitívne schopnosti, poruchu intelektu, hybnosť, zrak, sluch, spôsoby správania. Spôsobuje záchvatové ochorenie (Kraus, 2005).

Hudáčová (2002) uvádza, že DMO je predovšetkým porucha hybnosti, spôsobená poškodením mozgu v prenatalnom a perinatálnom období a v krátkom postnatálnom období. Vyskytuje sa v dvoch formách, a to v spastickej a nespastickej. Pri **spastickej forme** majú svaly zvýšený tonus a môžu vznikáť parézy (kvadraparéza – postihnutie všetkých štyroch končatín, hemiparéza – postihnutá je polovica tela, diparéza – postihnuté sú obe dolné končatiny).

Vítková (2004) dopĺňa ďalšiu formu DMO **nespastickejšiu formu**, ktorá sa prejavuje hypotóniou a nedostatkom schopností predviesť cielené pohyby. DMO predstavuje komplexné postihnutie, pričom pohybové poruchy sú len jedným z jej výrazových foriem. V priamej súvislosti s DMO sa objavujú poruchy pri procesoch utvárania reči, zvláštnosti vo vývoji vnímania (centrálne poruchy vnímania), pamäti, štruktúry inteligencie a poruchy v oblasti sociálneho, komunikačného a emočného vývoja.

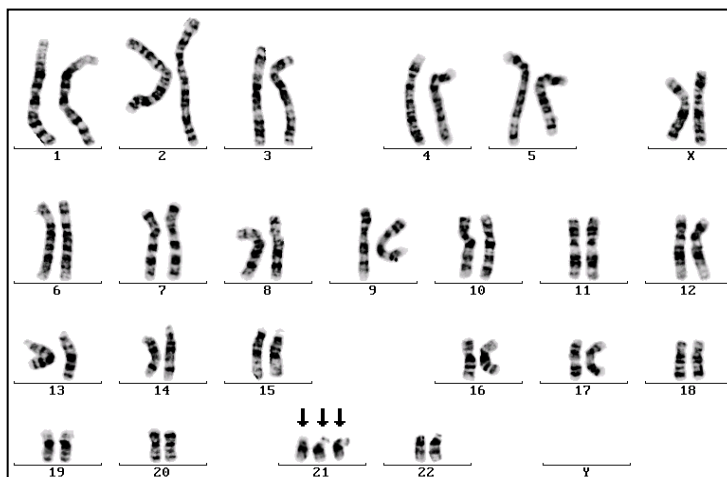
Najčastejšie spojený faktor s DMO je podľa Krausa (2005) predčasný pôrod. Ďalej dodáva, že DMO je ochorenie neprogresívne, ale nie nemenné. Cez všetky výskumy nebola zistená spoľahlivá prevencia, potvrdzovala sa nevyliciteľnosť tohto postihnutia. Vplyvom ucelenej rehabilitácie je možné

dosiahnúť zmiernenie prejavov postihnutia a pozitívnych zmien v oblasti kvality života človeka s postihnutím.

## DOWNOV SYNDRÓM

Downov syndróm je vrodená a najčastejšie sa vyskytujúca chromozómová chyba a takisto najčastejšia forma mentálneho postihnutia.

**Voľná trizómia 21** - Tesne pred oplodnením dochádza k deleniu buniek. Pri tomto delení môže dôjsť k chybnému presunu 21. chromozómu. Keď sa pár chromozómov 21 z neznámeho dôvodu neoddelí (prvé delenie) a zostane zlepený (chybné delenie - nondisjunkcia), po oplodnení, teda splynutí vajíčka so spermiou vzniká zárodočná bunka, ktorá neobsahuje 46, ale 47 chromozómov. Toto chybné delenie je príčinou 93-94% prípadov Downovho syndrómu a označuje sa ako voľná trizómia 21. Príčina vzniku tejto trizómie doposiaľ nie je známa (Mišovicová, [www.downovsyndrom.sk](http://www.downovsyndrom.sk)).



Obr. 1: Downov syndróm - trizómia 21. chromozómu ([www.trisomie21.cz](http://www.trisomie21.cz))

Downov syndróm charakterizuje Švarcová (2000) vzhľadovo nasledovne: menší vzrast (muži 135-155 cm, ženy 147-162 cm) menšie ústa, menšia čeľusť, silný krk a silnejšie končatiny. Medzi ďalšie anatomické rysy zhodné pre väčšinu ľudí s touto diagnózou patria zvláštnosti na pokožke (suchá pokožka, ryhy na dlani) a ochablosť svalstva a šliach. Najnápadnejším rysom v obličaji je šikmé postavenie očí.

*„Na chovanie detí i dospelých s Downovým syndrómom sú v zásade dva protichodné názory. Jeden hovorí, že to sú kludné bytosti, ktoré sa dajú ľahko*

*zvládnuť. Druhý naopak tvrdí, že sú to jedinci úporní a ťažko zvládnuteľní* (Selikowitz, 2005, s. 105).

Aj keď každý jedinec s Downovým syndrómom má nejaký stupeň mentálnej retardácie, úspešnému procesu vzdelávania predchádza ranná starostlivosť o dieťa pod vedením odborníkov - špeciálnych pedagógov, psychológov, pediatrov, logopédov, fyzioterapeutov a sociálnych pracovníkov.

Štatisticky sa väčšina týchto ľudí pohybuje v oblasti stredného pásma mentálneho postihnutia, avšak nie sú výnimkou ani tie deti, ktoré sa môžu zaradiť do ľahkého stupňa mentálnej retardácie (Švarcová, 2000).

## 1.4 Typy mentálne postihnutých osôb

V nadväznosti na vyššie uvedené skutočnosti je potrebné doplniť, že psychopedická terminológia diferencuje typy mentálneho postihnutia z hľadiska správania jednotlivca na:

- a) Eretický (nepokojný, dráždivý, instabilný)
- b) Torpídny (apatický, strnulý)
- c) Nevyhranený (Pipeková, 2006)

Túto základnú typológiu si bližšie špecifikujeme od profesora Lechta:

**Instabilný typ** – tieto mentálne postihnuté deti sú nepokojné, nestále, nedokážu sa sústrediť na jednu činnosť. Sú motoricky vzrušené, nervózne, niekedy veľmi impulzívne zlostné, agresívne, citovo labilné (Lechta, Matuška, 1995). Lechta vo svojej ďalšej publikácii konštatuje, že pokiaľ ide o komunikáciu, tieto deti sú príliš hlučné, často vykrikujú, zasahujú do rozhovoru druhých. Jednotlivci, zaradení do tohto typu mentálneho postihnutia sú vysoko hyperaktívni (Lechta, 2002).

**Apatický typ** – je opakom predchádzajúceho typu. Charakteristická je nízka aktivita, malá pohyblivosť, ľahostajnosť a nezáujem o komunikáciu. Rozprávajú pomaly s nápadnou dysprozódiami (monotónnosťou). Mnohokrát sa objavujú stereotypné zautomatizované pohyby (kývavé pohyby hlavou, trupom i celým telom) (Lechta, 2002).

**Nevyhraný typ** – sem patria deti, ktoré ťažko charakterizovať ako vyhranených eretikov a tiež ako vyhranených apatikov. Tvoria široké rozpätie prechodných typov medzi týmito dvomi extrémami. V krajných prípadoch zlyhávajú pokusy o komunikáciu s jedným, či druhým typom. U eretikov je príčinou ich instabilita a nekoncentrovanosť, u apatikov nezáujem o komunikáciu (Lechta, Matuška, 1995).

## **1.5 Odlišnosti vývoja psychických funkcií mentálne postihnutých**

Je všeobecne známe a dané, že dieťa s mentálnym postihnutím nemôžeme nikdy prirovnávať a konfrontovať s mladším dieťaťom bez mentálneho postihnutia. U MP detí dochádza k časovému oneskoreniu duševného vývoja a tým k štrukturálnym vývojovým zmenám.

Černá (2002) tvrdí, že osoby s mentálnym postihnutím realizujú svoje schopnosti v procese vzdelávania omnoho ťažšie. Na tom sa podieľajú zvláštnosti psychických procesov, predovšetkým v oblasti **vnímania, pozornosti, pamäti a myslenia**. Tieto psychické procesy sú individuálne modifikované vzhľadom k charakteru, nerovnomernosti a hĺbke postihnutia.

### **Odlišnosti vo vnímaní**

**Vnímanie** znamená proces, pri ktorom dochádza k získavaniu a spracovaniu podnetov, ktoré človek prijíma zo svojho okolia a následne ich využije pri orientácii vo svojom prostredí. U zdravého dieťaťa prebieha proces utvárania vnemu rýchle, u dieťaťa s mentálnym postihnutím je pomalý a s odchýlkami (Švarcová, 2003).

- Rubinštejnová (In Švarcová, 2003, s. 40 ), uvádza nasledovné zvláštnosti:
- *„spomalenosť a znížený rozsah zrakového vnímania,*
  - *nediferencovanosť pocitov a vnemov – tvarov, predmetov, farieb,*
  - *inaktívne vnímanie (neschopnosť podrobného prehliadnutiu si materiálu, nevnímajú všetky detaily),*
  - *nedostatočnosť priestorového vnímania,*

- *znížená citlivosť hmatových vnemov,*
- *nedostatočný proces analýzy v kôrovej časti proprioceptívneho analyzátora,*  
*zlá koordinácia pohybu,*
- *nedokonalé vnímanie času a priestoru,*
- *pre akustický analyzátor je charakteristická oneskorená diferenciácia*  
*fenomérov a ich skreslenie.“*

### **Odlišnosti v myslení**

V psychologickom slovníku sa pod pojmom **myslenie** rozumie poznávací proces prebiehajúci medzi človekom a okolím, proces analýzy, syntézy a odvodených operácii (Hartl, 2004).

Príznačným znakom osôb s mentálnym postihnutím je podľa Vágnerovej (2004) obmedzenejšia potreba zvedavosti a preferencie podnetného stereotypu. Takýto jedinci bývajú zvyčajne pasívnejší a viac závislí na sprostredkovaní informácií inými ľuďmi. Orientácia v bežnom prostredí je pre nich omnoho ťažšia, pretože horšie diferencujú významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektov a situácií.

Fischer, Škoda (2008) zdôrazňujú, že myslenie mentálne postihnutých jednotlivcov je zjednodušené, obmedzené a viazané na konkrétnu skutočnosť. Je všeobecne charakteristické značnou stereotypnosťou, rigiditou, neschopnosťou abstrakcie a zovšeobecňovania.

### **Odlišnosti v reči**

**Reč** znamená z psychologického hľadiska schopnosť človeka vyjadriť členenými zvukmi obsah vedomia a používať slovné a mimoslovné prostriedky (Hartl, 2004).

Reč MP býva postihnutá z formálneho i obsahového hľadiska. Rečový prejav býva nápadný nepresnou výslovnosťou. Dané je to často krát nedostatkami v motorickej koordinácii hovoridiel alebo zhoršenou sluchovou diferenciáciou. Typickým znakom aktívneho jazykového prejavu MP je jazyková necitlivosť – agramatizmy (Vágnerová, 2008).

Lechta (1995) dopĺňa, že *„dosiahnutá úroveň myslenia sa teda zákonite najzjavnejšie ukáže na reči. Často sú to práve rečové prejavy dieťaťa,*

*ich odlišnosti, resp. ich chýbanie, na základe ktorých rodičia zistia, že ich dieťa je „iné než ostatné“ (s. 13).*

Vágnerová (2004) hovorí o jazykovej necitlivosti, preferencii jednoduchých krátkych viet a pojmov, opakovanie slov alebo častí rozprávania bez kontextu a bez porozumenia (echolália).

### **Emócie**

**Emócia** znamená z psychologického hľadiska hodnotiacu reakciu na podnet; zahŕňa fyziologické zmeny, prežívanie príjemností a nepríjemností a tiež motorické prejavy. (Hartl, 2004).

Po stránke emočnej je MP dieťa vybavené menšou schopnosťou ovládať sa v porovnaní s intaktnými jedincami v jeho veku. Citová otvorenosť tak súvisí s malou riadiacou funkciou rozumu. MP automaticky prenášajú kladné emócie na situáciu, ktorú vedú zvládnuť (Valenta, 2003).

Osoby s mentálnym postihnutím sú emočne nevyspelé, ich city súvisia s uspokojovaním potrieb. Prejavuje sa u nich neadekvátna intenzita a dynamika, familiárnosť a egocentrizmus, často tiež dysforia (chorobné rozladenie s agresívnou tendenciou), eufória, (povznesená nálada), či apatia (strata záujmov) (Švarcová, 2004).

Černá (2002) však upozorňuje, že vzhľadom na sociálne prostredie, v ktorom mentálne postihnutý jedinec žije, i vzhľadom k jeho momentálnemu celkovému stavu sa mnohými výskumami a praxou potvrdilo, že existujú určité stránky osobnosti, ako je napr. citová a schopnosť, napr. tvorivosť, ktoré zostávajú nepostihnuté a sú prístupné širokému vývoju.

### **Nápadnosti v správaní**

Vo vôľových prejavoch mentálne postihnutých jedincov je zvýšená sugestibilita, citová a voľná labilita, impulzívnosť, agresivita, ale i úzkosť a pasivita. Špecifickým rysom je v tomto ohľade dysbúlia – porucha vôle a ambúlia – nerozhodnosť (Valenta, 2003). Podmienkou hodnotenia určitého **správania** je podľa Vágnerovej (2006) schopnosť porozumieť platným hodnotám a normám, pochopiť ich podstatu. Ľudia s ľahkým stupňom MP síce

obvykle vedia ako by sa mali v bežných situáciách správať, ale nemôžeme od nich očakávať štandardné reakcie.

Pri definícii, vymedzení a determinovaní mentálneho postihnutia ako multidisciplinárneho problému, sme využili kvalitné výskumné podklady mnohých odborníkov. Tí sa pri identifikovaní, teda určovaní základných vlastností a príčiny mentálneho postihnutia zhodujú v tom, že u takto postihnutých osôb dochádza k oneskorenému a neúplnému vývinu intelektových schopností rozličného stupňa, vplyvom genetických chýb alebo chorôb prekonaných v gravidite. V starších literatúrach sa uvádza, že je to stav, ktorý je nemenný a niektorí autori uvádzajú, že hlboko mentálne postihnutí sú nevzdeláateľní a nevychovaťní. S týmto ponímaním však nemôžeme súhlasiť, nakoľko novšie poznatky a skúsenosti sú opačného názoru. Aj liečební pedagógovia tvrdia, že vzdeláateľní sú všetci ľudia, ktorých dokážeme vzdelávať. To znamená, že aj mentálne postihnutie nie je stav nemenný, len sa musia zvoliť vhodné prístupy a intervencie a zostaviť kvalitný edukačný program.

## **2. VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA DOMOVA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Život mentálne postihnutých osôb nie je jednoduchý a tak je potrebné im napomôcť v spoločenskom uplatnení. Dnes už nie je mentálne postihnutie tabu. Ide o ľudí, ktorí sú v porovnaní so zdravou populáciou v nevýhode, pretože sú v istých životných situáciách alebo činnostiach odkázaní na pomoc svojho okolia. V súčasnej dobe je prioritou spoločnosti, aby mentálne postihnutí mohli prežiť svoj život v rodinnom prostredí, teda čo najprirodzenejšie tak, ako ich zdraví súrodenci. Veď každý človek by mal poznať lásku, pomoc a starostlivosť svojich rodičov.

Stáva sa, že rodina nezvláda starostlivosť o mentálne postihnuté dieťa, či už fyzicky, psychicky alebo z iných dôvodov. Túto situáciu rodín s hendikepovaným dieťaťom uľahčuje v súčasnosti prebývajúcemu množstvu alternatívnych zariadení pre mentálne postihnutých. Ide o nasledovné formy: týždenné či denné stacionárne domovy sociálnych služieb, centrá poradenských služieb, špeciálne školstvo, atď.

Deti s vážnym telesným, mentálnym, či zmyslovým postihnutím alebo ich kombináciou sa nezaobídu bez intenzívnej starostlivosti, ktorú v súčasnej dobe saturujú domovy sociálnych služieb (ďalej len DSS).

Členenie systému DSS pre postihnutých (deti a mládež) opisuje vo svojej publikácii Vašek (2003) nasledovne:

- a) DSS pre telesne postihnutú mládež
- b) DSS pre mentálne postihnutú mládež
- c) DSS pre denný a týždenný pobyt postihnutých detí a mládeže.

Ponímaním ústavnej starostlivosti sa podieľa mnoho autorov. Valenta (2003) charakterizuje ústavnú starostlivosť ako opatrenie nariadené súdom u nepľnoletých vtedy, keď neuspeli iné výchovné opatrenia a vývoj jednotlivca je naďalej ohrozený. Tento typ výchovy sa nariaďuje u detí či mladistvých, ktorí sú sociálne či mravne narušení alebo ohrození, u ktorých je zanedbaná výchova, prípadne existuje patologické rodinné prostredie. Tak je tomu vo



väčšine prípadov, ale treba dodať, že o ústavnú výchovu a starostlivosť môže požiadať sama rodina v prípade, že výchovu dieťaťa z najrôznejších dôvodov nezvláda (Valenta, Müller, 2003).

Na Slovensku sa dňom 30. októbra 2008 zrušil zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci a nadobúda účinnosť zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý platí od 20.11.2008 a je účinný od 01.03.2011.

**Domov sociálnych služieb** je vymedzený pod § 38 nasledovne: V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V. alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III.

*V domove sociálnych služieb sa poskytuje:*

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
2. sociálne poradenstvo,
3. sociálna rehabilitácia,
4. ošetrovateľská starostlivosť,
5. ubytovanie,
6. stravovanie,
7. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
8. osobné vybavenie,
9. vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba.

*Zabezpečuje sa:*

1. pracovná terapia,
2. záujmová činnosť

*Utvárajú sa podmienky na:*

1. vzdelávanie,
2. úschovu cenných vecí.

Švarcová (2003) nás oboznamuje, že pre mentálne postihnutých sa zriaďujú ústavy s denným, týždenným a celoročným pobytom. **Denné stacionáre** sa zameriavajú spravidla na vzdelávacie aktivity, pracovné

rehabilitácie, rôzne druhy terapií, formy rehabilitácií, voľnočasových aktivít a pod. Sú určené pre deti, mládež i dospelých.

Tento typ ústavnej starostlivosti sa nám javí, ako najlepšia forma, nakoľko je tu zachovaná najvyššia miera kontaktu postihnutého jednotlivca s rodinou.

Fischer, Škoda (2008, s. 106) dopĺňajú „*týždenné zariadenia predstavujú kompromis medzi domácou a ústavnou starostlivosťou. Pracovné dni trávi klient v ústave a víkendy so svojou rodinou. Ústavy sociálnej pomoci s celoročným pobytom sú určené pre dlhodobý pobyt klientov s mentálnym postihnutím ťažšieho stupňa a pre občanov majúcich vedľa mentálneho defektu ťažšieho stupňa tiež telesný alebo zmyslový postih a potrebujú trvalú celodennú špecializovanú starostlivosť*“.

Na základe vyššie uvedených skutočností môžeme skonštatovať, že jedným z hlavných ukazovateľov životnej úrovne a vyspelosti každej krajiny je jej sociálna politika, ktorá sa realizuje na konkrétnych opatreniach zahrnutých do systému sociálnej starostlivosti. Preto je neodmysliteľnou súčasťou tohto systému **starostlivosť o mentálne postihnutých ľudí**. Je možné teda uviesť, že úroveň starostlivosti o MP jedincov patrí ku kritériám celkovej úrovne danej spoločnosti.

## **2.1 Historický pohľad na vývin starostlivosti o mentálne postihnutých**

História sociálnych služieb nám ponúka cenné informácie o správaní sa ľudí, riešení problémov a vyrovnávaní sa so skutočnosťami doby, v ktorej žili. História poukazuje tiež na dynamický charakter starostlivosti o mentálne postihnutých, ktorý napriek niekoľko tisícročným dejinám nie je a kým bude ľudský život na Zemi, ani nebude ukončený. Zrelá spoločnosť sa z dejín učí, ak dokáže objektívne hodnotiť prítomnosť ako potenciál minulosti a budúcnosti, ako aj jej možnú korekciu.

Vágnerová (2004) tvrdí, že postoj k mentálne postihnutým osobám bol v priebehu celého historického vývoja značne ambivalentný. Zakaždým záležalo na tom, či ich ľudia prijímali ako jednotlivcov, ktorí potrebujú ich pomoc a ochranu alebo ich zavrhovali buď ako menejcenných alebo nebezpečné bytosti.

Z obdobia **prvotnopospolnej spoločnosti** sa nezachovali žiadne znaky špeciálnej starostlivosti o postihnuté osoby. Životné podmienky a nároky zrejme nespôsobovali potrebu segregácie ľudí s ľahkým a stredne ťažkým mentálnym postihnutím, ktorí sa dokázali adaptovať a neprekážali pri love, zbere alebo jednoduchom obrábaní pôdy. Preto bola väčšina týchto ľudí s MP pravdepodobne sociálne integrovaná. Tieto primitívne spoločenstvá sa snažili v rámci svojich možností starých, chorých, postihnutých, či zmrzačených ľudí aj liečiť. Pri dramatickom zhoršení životných podmienok však v záujme prežitia a zachovania rodu dochádzalo k vylúčeniu veľmi starých, slabých, ťažko postihnutých, ktorí boli záťažou a tým ohrozovali rod, kmeň. Dá sa predpokladať, že už v prvotnopospolnej spoločnosti zabíjali ťažko postihnuté deti hneď po ich narodení. V dávnej minulosti neboli ľudia s MP odlišovaní od ľudí s epilepsiou, od duševne chorých, nepočujúcich alebo chorých s kongenitálnymi malformáciami (Šustrová, 2010).

Prvé preventívne opatrenie duševných porúch poznáme ešte z roku 800 pred Kristom, ako tzv. opatrenie Lykurgovo, ktorý vedel, že konzumácia liehovín má negatívny vplyv na potomstvo, pravdepodobne na jeho duševný vývoj. Zakazoval preto užívať víno v deň predpokladaného styku, kedy malo dôjsť k počatiu (Zeman, 1939, In Valenta, Müller, 2003).

Ako ďalej uvádza Valenta, **antická spoločnosť** mala pomerne bohaté poznatky o duševných poruchách (melanchólie, mánie, delírium, ...) vykladané rôznymi školami, pričom ako etiológiu porúch prevažovala táto spoločnosť „organický“ pohľad. Hipokrates dokazoval, že mentálne postihnutie vzniká z porúch mozgu (Valenta, Müller, 2003).

Pipeková vo svojej publikácii podáva rovnako niekoľko informácií o historickom náhľade vývinu starostlivosti o MP postihnutých. Hovorí, že v období **stredoveku** sa mentálne postihnutí uchýľovali do kláštorov, kde boli

zriaďované špitály, čo bolo nemocničné zariadenie. Starostlivosť v týchto zariadeniach bola sociálno-charitatívna.

V období **renesancie** sa snažili o výklad duševných chorôb pomocou vedy, najmä lekárskej a filozofickej. Pohľad na mentálne postihnutých jednotlivcov sa však vôbec nezmenil, boli naďalej vyčleňovaní zo spoločnosti. **Osvietenstvo** prináša vznik veľkých nemocníc a internátnych budov, ktoré boli poloväzenskými inštitúciami. Neplnili totiž lekársku funkciu, ale väzenskú.

O **humanizáciu starostlivosti** v nemocniciach sa zaslúžil Philipp Pinel, ktorý otvoril cestu k morálnej liečbe a nový pohľad na postihnutého človeka (Pipeková, 2006).

Ján Amos Komenský (1592 - 1670) vo svojom diele *Didactika Magna* (vydané 1926) píše, že „*je nevyhnutné poskytovať slabomyselným výchovu a vzdelávanie pre rozvoj ich mdlého rozumu*“. Týmto výrokom zaujal výnimočný pedagóg svoj osvietenský postoj k mentálne postihnutým členom ľudskej spoločnosti (Pikálek, 1998).

Na záver môžeme skonštatovať, že ústavná, sociálna a špeciálna starostlivosť o osoby s mentálnym postihnutím mala v priebehu vývoja spoločnosti najrôznejšie podoby. Bola ovplyvňovaná predovšetkým náboženským a politickým zmýšľaním, kultúrou a ekonomickou vyspelosťou danej spoločnosti.

## **2.2 Nové trendy v poskytovaní sociálnych služieb – transformácia**

V súčasnosti je cieľom starostlivosti o ľudí s postihnutím ich čo najvšestrannejšia socializácia, t.j. zabezpečenie zodpovedajúceho spoločenského a pracovného uplatnenia, úplné zapojenie ľudí s postihnutím do života spoločnosti, zaručenie rovnakej príležitosti k sebarozvoju, ako majú ostatní a rovnaké možnosti zvyšovania životnej úrovne.

Pikálek (1998) potvrdzuje, že starostlivosť o MP osoby predstavuje v súčasnosti na Slovensku dynamický výchovno-vzdelávací a rehabilitačný

system relevantný najnovšími poznatkami a názormi našich i svetových odborníkov, ktorí sa zaoberajú touto problematikou.

Vo väčšine domovov sociálnych služieb došlo ku zmenám zabehnutých pravidiel a štýlov práce, hľadajú sa nové cesty a smery starostlivosti. Prebieha proces transformácie. Hovorí sa o troch základných trendoch v ústavnej starostlivosti: humanizácia, normalizácia, integrácia, ktoré sme v nasledujúcich oddieloch stručne charakterizovali.

### **2.2.1 Humanizácia sociálnych služieb**

Požiadavka humanizácie sociálnej starostlivosti obsahuje rovnako aj potrebu humanizácie celej spoločnosti. To znamená, že spoločnosť by mala vnímať týchto ľudí ako svojich spoluobčanov, vytvárať trvalé úsilie o obnovenie rovnosti šancí vyplývajúcich z vedomia úplnej rovnosti všetkých ľudských bytostí. Mala by v nich vidieť svojich rovnoprávných členov, ktorí iba vyžadujú viacej starostlivosti, ktorá im pomáha do určitej miery kompenzovať ich odlišnosť (Švarcová, 2003).

Čiže brať všetkých postihnutých ako rovnocenných partnerov. Pomáhať im zvládať dôsledky ich hendikepu.

### **2.2.2 Normalizácia ústavnej starostlivosti**

Vyjadruje požiadavku, že i ľudia s postihnutím môžu žiť tzv. normálnym životom, podobne ako ich nepostihnutí vrstovníci, tzn. môžu chodiť do školy či zamestnania, mať priateľov, záujmy, koníčky, svoj majetok a pod. Tieto požiadavky však opäť u niektorých z nich narážajú na ich vlastné limity (Švarcová, 2003).

Teda normalizácia vystihuje skutočnosť, že i mentálne postihnutí ľudia môžu žiť bežným životom.

### **2.2.3 Integrácia osôb s mentálnym postihnutím**

Integrácia spočíva v prekonaní neprirodzeného oddelenia ľudí s mentálnym postihnutím od sveta ľudí nepostihnutých. Ponúka veľké možnosti, ale i svoje limity. Je vhodná len pre určité množstvo ľudí s mentálnym postihnutím. Spravidla sú nimi ľahko mentálne postihnutí a s dobrým sociálnym zázemím (Švarcová, 2003).

Ide o program začlenenia jednotlivcov s postihnutím medzi zdravú populáciu.

Poslaním ústavu sociálnej starostlivosti je vytváranie príležitosti k tomu, aby klienti mohli byť sami sebou. Rozhodnutie musí vychádzať vždy zo vzájomného porozumenia, pritom dodržiavať Etické princípy a Listinu základných práv a slobôd. Klienti DSS sú často vnímaní v spoločnosti negatívne. Kľúčom pre prijatie týchto ľudí do spoločnosti je zmena prístupu k nim.

## **2.3 Obsah výchovnej starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb**

Výchova sa považuje za aspekt procesu socializácie, čiže celoživotného procesu osvojovania si kultúry a formovania sa ako sociálna bytosť, i ako individuálna osobnosť. Je jednou z najzákladnejších úloh, ktorá je poskytovaná klientom s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb.

Pri hľadaní odpovede na otázku, do akej miery môže výchova formovať osobnosť človeka, vznikli tri základné názory: (Sopóci, 2010)

- Prvý názor zdôrazňuje biologickú podmienenosť utvárania človeka (geneticky prenášané danosti a pod.), ktorú údajne nemožno výchovou zmeniť,
- Druhý názor zdôrazňuje význam a možnosti výchovy, ako aj vplyv vonkajších faktorov na formovanie osobnosti,
- Tretí názor odmieta uvedené jednostrannosti a zdôrazňuje, že vzťah medzi vrodenými a vývojovými predpokladmi (biologické danosti jednotlivca)

a vonkajšími faktormi (vplyv socializácie, výchovy a vzdelávania, pôsobenie prostredia) je komplementárny.

Vančová opisuje proces výchovnej činnosti v DSS že sa „realizuje v rámci výchovných skupín v jednotlivých zložkách výchovy prostredníctvom týchto aktivít: príprava na vyučovanie, pracovná činnosť, cvičenie zručností a návykov, záujmová činnosť, rekreačná, športová, kultúrna a oddychová činnosť, budovanie žiaducich morálnych a charakterových vlastností klientov, zabezpečenie čo najširších kontaktov klientov s okolitým prírodným a spoločenským životom“ (in Vašek, Vančová, Hatos kol., 1999, s. 159).

Za veľmi výstižnú charakteristiku **obsahu výchovy** pre mentálne postihnutých v podmienkach domova sociálnych služieb môžeme vnímať Vašekové členenie po formálnej stránke na *zložky výchovy*. Ich náplň a funkcia sa však mení podľa druhu a povahy postihnutia. Iné výchovné činitele, či už podľa rozsahu i druhu sa uplatňujú u telesne postihnutých, iné u zmyslovo postihnutých a iné u mentálne postihnutých detí. Kládie sa preto veľký dôraz na:

- *telesnú výchovu*, ktorá rozvíja nápravu nekoordinovaných pohybov, vytvára zladenú sústavu pohybov u detí s postihnutím,
- *pohybovú výchovu* v súčinnosti s telesnou výchovou, ktorá je zároveň prostriedkom k rozvoju motoriky. Do poznávacieho procesu sa zapája aj činnosť pohybového ústrojenstva, ktorou si deti overujú, dopĺňajú a prehlbujú skúsenosti získané cestou ostatných analyzátorov,
- *rozumovú výchovu* – sa opiera o zmyslovú a rečovú výchovu a poskytuje deťom základné vedomosti, zručnosti a návyky,
- *zmyslovú výchovu* – systematickým cvičením zraku, sluchu, hmatu, čuchu a chuti napomáha pri rozvoji činnosti analyzátorov. Má prvoradý význam predovšetkým u detí, ktoré sú postihnuté zmyslovou chybou,
- *rečovú výchovu* – spája sa s pohybovou výchovou a zmyslovou výchovou. Plní úlohu rozširovania slovnej zásoby, rozvíja predstavivosť, vyjadrovanie, upevňuje správnu výslovnosť. Rečová výchova má veľký význam pre deti s mentálnym postihnutím,

- *pracovnú výchovu*, ktorá zahrňuje širší okruh prác. Hlavným cieľom je vypestovať u detí s postihnutím kladný vzťah k práci a naučiť sa primerane telesne a duševne pracovať (Vašek, 1996).

Výchovný proces u ťažko MP osôb vychádza zo špeciálnopedagogického základu a zohľadňuje tie princípy výchovy, ktoré sa realizujú aj u osôb ľahko a stredne mentálne postihnutých. Zásadná odlišnosť v realizácii špeciálnovýchovného procesu je determinovaná rozsahom mentálneho postihnutia, čo v praxi znamená, že u ľahko a stredne mentálne postihnutých osôb sa aplikuje komplexný výchovno-vzdelávací proces, zatiaľ čo u ťažko mentálne postihnutých osôb má dominantné postavenie výchova v zmysle trívia, ktorá sa dá využiť iba u veľmi majoritnej skupiny detí v DSS (Pikálek, 1998).

Pri všetkých výchovných postupoch musíme rešpektovať zásady, metódy a prostriedky známe zo všeobecnej pedagogiky, ale musíme im dávať ďalšiu špecifickú náplň. Výchova sa má dotýkať všetkých kultivovaných zložiek osobnosti. U MP jednotlivca musíme preto hľadať a nachádzať tie zložky osobnosti, ktoré sú schopné ďalšieho zdokonaľovania a vývoja. Znamená to, venovať maximálny podiel výchovnej práce individuálnej činnosti s klientmi.

## **2.4 Edukácia osôb s mentálnym postihnutím v podmienkach domova sociálnych služieb**

Každý má právo na vzdelávanie. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, článok 24 hovorí:

Zmluvné strany uznávajú právo osôb so zdravotným postihnutím na vzdelanie. Na účel uplatňovania tohto práva bez diskriminácie a na základe rovnosti príležitostí zmluvné strany zabezpečia začleňujúci vzdelávací systém na všetkých úrovniach a celoživotné vzdelávanie zamerané na:

- a) plný rozvoj ľudského potenciálu a pocitu vlastnej dôstojnosti a hodnoty, a na posilnenie rešpektovania ľudských práv, základných slobôd a ľudskej rozmanitosti;



- b) rozvoj osobnosti, talentu a tvorivosti osôb so zdravotným postihnutím, ako aj ich duševných a telesných schopností, v maximálnej možnej miere;
- c) umožnenie osobám so zdravotným postihnutím účinne sa zapájať do života slobodnej spoločnosti (Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Organizácia Spojených národov 2007).

Valenta (2003) považuje edukáciu osôb s mentálnym postihnutím za rovnakú, ako edukáciu zdravých jedincov a označuje ju za celoživotný proces, ktorej základy spočívajú v rodine. Ústav sociálnej starostlivosti nahradzuje klientom s celoročným pobytom rodinu a mali by ich teda zastupovať i v procese výchovy a vzdelávania.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 38, ods. 2, bod c) sa zmieňuje, že v DSS sa utvárajú podmienky na vzdelávanie.

A tak platí zákon č. 322/2008 Z. z. o špeciálnych školách, § 6, ods. 5 a ten hovorí: „*Špeciálne školy alebo alokované triedy týchto škôl, alebo špeciálne triedy základných škôl možno zriaďovať v domovoch sociálnych služieb*“.

Vítková uvádza v Kapitolách zo špeciálnej pedagogiky **podmienky vzdelávania osôb s mentálnym postihnutím:**

- znížené počty žiakov v triedach,
- vhodne upravené prostredie,
- špeciálne učebné metódy,
- výber učiva odpovedajúci úrovni rozumových schopností žiakov,
- učitelia so špeciálnopedagogickou kvalifikáciou,
- špeciálne zariadenie a kompenzačné pomôcky v závislosti na potrebách žiakov a závažnosti ich postihnutia,
- učebnice, ktoré zodpovedajú úrovni rozumových schopností žiakov (2004, s. 31).

Čo sa týka edukácie v rámci DSS, ďalším zo spôsobov kurikulárnej modifikácie je vypracovávanie individuálnych vzdelávacích (edukačných) programov. Pojmom „individuálny“ rozumieme to, že takýto program, zostavený na základe špeciálnopedagogickej diagnostiky, umožňuje jednotlivcovi postupovať podľa jeho schopností, rešpektuje špecifiká,

uspokojuje špeciálne edukačné potreby, zohľadňuje individuálne tempo postupu. Inak povedané, svojou pružnosťou a variabilitou podľa potrieb a schopností jednotlivca zamedzuje jeho edukačný neúspech (Vančová, 2001).

*„Pokiaľ je jedinec zaradený do inštitúcie podľa dominantného postihnutia, jeho edukácia po obsahovej stránke vychádza z pedagogických noriem danej inštitúcie. Obsah je možné vnútorne modifikovať podľa schopností jednotlivca a jeho špeciálnych edukačných potrieb tak, že sa redukuje, resp. aj rozširuje“* (Vančová, 2001, s. 43).

Potreba učenia je u mentálne postihnutých vyjadrená tendenciou porozumieť v medziach svojich možností svojmu najbližšiemu okoliu. Informácie, ktoré taký človek vo svojom prostredí získava, musia obsahovať jednoduchý rad a musia platiť pravidlá, ktorým by mohol porozumieť.

## **2.5 Osobnosť mentálne postihnutého jednotlivca umiestneného v domove sociálnych služieb**

Vo globálnom ponímaní sa pojmom osobnosť chápe *„súhrn psychických vlastností, ktoré tvoria organizovaný celok, charakterizuje človeka a prejavujú sa v jeho konaní. Je to individuálna svojráznosť, psychologická odlišnosť človeka od ostatných“* (Izdenczyová, 2009, s. 61).

Osobnosť mentálne postihnutého človeka charakterizuje Majzlanová (1997) *„ako bytosť jedinečnú, neopakovateľnú, ktorú rozvíjame všetkými možnými prostriedkami. Osobnosť postihnutého dieťaťa, tak ako zdravého, sa rozvíja vlastnou aktivitou“* (s. 9).

Pikálek (1998) hovorí o tom, že v minulosti boli DSS pôvodne určené iba pre osoby mentálne postihnuté, no v posledných rokoch došlo k medzirezortnej dohode medzi Ministerstvom práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky o prijímaní chronicky duševne chorých pacientov zo psychiatrických liečební do DSS.

Ako sme už v prvej kapitole uviedli, do domovov sociálnych služieb sa prijímajú postihnuté deti, mládež a dospelí na úrovni ľahkého, stredného,

ťažkého a hlbokého mentálneho postihnutia a osoby s viacnásobným postihnutím. Hatos (1999) zdôrazňuje, že dnes je už všeobecne známe, že ťažko a kombinovane postihnutí jednotlivci patria do skupiny ľudí s mentálnym postihnutím:

- pretože majú spoločný komplex porúch, i keď rôzneho stupňa,
- majú početné spoločné črty životných situácií v dospelosti; počas celého života sú odkázaní na podporu, pomoc a ochranu,
- spoločné je aj to, že pomoc má črtu rozširovania stability.

Švarcová (2003) udáva, že každý mentálne postihnutý je svojbytný subjekt s charakteristickými osobnostnými črtami. Majú svoje potreby, záujmy, záľuby a vlastné vývojové možnosti, ktoré je treba v čo najväčšej miere rozvíjať. Preto sa u väčšine osôb s MP objavujú určité spoločné znaky, ktoré sú typické pre jednotlivé stupne mentálneho postihnutia.

Na koniec celej kapitoly by sme dodali, že pre priaznivý vývoj človeka, pre jeho pozitívny rozvoj myslenia a jeho začlenia do spoločnosti je dôležitý celý rad *činiteľov*. Je to predovšetkým **emocionalita**, súvisiaca s pocitom bezpečia, istoty a lásky a úroveň rozvinutých **voľných vlastností**, ako podmienka usmerňovania správania človeka a úspešného výchovného pôsobenia. Veľký význam má **úroveň adaptačných schopností, povahové vlastnosti, postoje a schopnosť nadväzovať vzťahy s ostatnými**.

Domovy sociálnych služieb nemajú udržiavať svojich klientov pri živote, ale majú v maximálnej možnej miere podporovať ich kvalitu života. Denný program by mal byť spätý s denným programom zdravého jedinca; mal by teda obsahovať čas na prácu, resp. vzdelávanie, čas na odpočinok a čas na zábavu. Klient sa v ústave bude cítiť dobre len vtedy, keď mu bude umožnené zmysluplnejšie trávenie času, než aké by ho čakalo, keby v ústave nebol.

### 3. CHARAKTERISTIKA ZÁUJMOVEJ ČINNOSTI V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

V nasledujúcej kapitole bude predstavený význam záujmovej činnosti pre klientov v podmienkach domova sociálnych služieb. V teoretickej rovine priblížime vymedzenie a podstatu voľného času, výchovných činností a niektorých zložiek ucelenej rehabilitácie poskytovaných v domovoch sociálnych služieb.

Vo všeobecnosti môžeme definovať záujmovú činnosť ako činnosť vyvierajúcu z osobných záujmov, záľub jednotlivcov a spravidla vykonávanú v záujmových tvorivých kolektívoch. Zahŕňa širokú škálu odborov od praktických (pestovateľstvo, chovateľstvo, domáce práce) cez šport, zberateľstvo, až po rôzne podoby záujmového sebavzdelávania. Spoločnosť tieto činnosti oceňuje nielen pre hmotné či duchovné kultúrne hodnoty, ktoré prinášajú, ale i preto, že vo svojej podstate prispievajú k rozvoju a formovaniu človeka, ako tvorivo univerzálnej bytosti, poskytujúcu pre neho naplnenie života (Bartoš, 1980).

Kratochvílová (1983) vo svojej publikácii zdôrazňuje, že záujmová činnosť má priestor vo voľnom čase detí. Je jednou z významných súčastí výchovného pôsobenia. Pomáha realizovať všetky zložky výchovy a osobitne zdôrazňuje podiel na pracovnej výchove. Rozširuje a prehĺbuje všeobecné vzdelanie, pomáha rozvíjať nadanie a rozširuje duševný obzor a zručnosti detí.

Pávková (2002) opisuje **záujmovú činnosť** ako najdôležitejšiu súčasť obsahu výchovy vo voľnom čase. Medzi základné oblasti zaraďuje činnosti spoločenskovedné, prírodovedné, pracovno-technické, telovýchovné, športové, esteticko-výchovné.

Valenta (2003) vymedzuje záujmové činnosti ako cieľavedomé aktivity, zamerané na rozvíjanie a uspokojenie individuálnych potrieb, záujmov a schopností. Majú silný vplyv na rozvoj osobnosti a na správnu spoločenskú orientáciu. Budovanie konštruktívnych záujmov mentálne postihnutých je

komplikované. Úspech je prvým krokom pri prebúdzaní záujmu v každej činnosti mentálne postihnutého jednotlivca.

*„Záujmová činnosť sa pokladá za dôležitého činiteľa v procese profesionálnej orientácie a výchovy k povolaniu a jeho voľbe“ (Kratochvílová, 1983, s. 38).*

### **3.1 Podstata a poňatie záujmovej činnosti**

Ako uvádza Kratochvílová (1983), záujmová činnosť sa realizuje v najrôznejších oblastiach ľudskej činnosti. Ďalej píše, že *„k jej rozdeleniu môžeme pristupovať na základe rôznych hľadísk, napríklad podľa klasifikácie záujmov, podľa vzťahu k činnosti, podľa obsahu, predmetu činnosti, podľa podielu na realizácii zložiek výchovy a podobne“ (s. 37).*

M. Bartoš (1983) vymedzuje záujmovú činnosť v troch smeroch:

**a)** vzťah záujmovej činnosti k pracovnému procesu – na tomto mieste autor prízvukuje špecifický znak záujmovej činnosti spočívajúci v tom, že je činnosťou na zamestnanie bezprostredne nezávislou, nepovinnou, dobrovoľnou, založenou na individuálnom záujme.

**b)** druhé hľadisko vymedzenia je tiež konštitutívne, nakoľko záujmová činnosť slúži predovšetkým k uspokojovaniu biologických a sociálnych služieb jedinca a jeho rodiny mimo pracovnej doby. Záujmová činnosť začína tam, kde určitá činnosť (či jej miera a kvalita) prestávajú byť pre človeka existenčnou nutnosťou.

**c)** tretí smer vymedzenia záujmovej činnosti vychádza z toho, že nie každá dobrovoľná činnosť vo voľnom čase je záujmovou činnosťou. Záujmovú činnosť nemožno stotožňovať s celou škálou spôsobov trávenia voľného času, i keď je iste medzi nimi mnoho záujmových činností.

Záujmová činnosť sa uskutočňuje vo voľnom čase detí, a preto je založená na zásade dobrovoľnosti. Základnou požiadavkou na obsah, organizačné formy a metódy záujmovej činnosti je vytvorenie takých podmienok, ktoré by poskytovali dostatočný priestor a možnosti

na uspokojenie individuálnych potrieb, záujmov na sebarealizáciu detí a na vhodné využívanie voľného času.

### 3.1.1 Vymedzenie voľného času

Keď sa v spoločnosti hovorí o voľnom čase, väčšinou sa ľudia zhodnú na jeho nedostatku, prípadne si vymenia informácie o tom, ako ho možno zaujímavo využiť. Pod pojem voľný čas sa bežne zahŕňa odpočinok, rekreácia, zábava, záujmové činnosti, záujmové vzdelávanie, dobrovoľná spoločensky prospešná činnosť i časové straty s týmito činnosťami spojené (Pávková, 2002).

Průcha a kolektív vo svojom pedagogickom slovníku (2003, s. 274) definujú voľný čas ako *„čas, s ktorým človek môže nakladať podľa vlastného uváženia a na základe svojich záujmov“*. K tejto definícii sa prikláňa aj Kratochvílová (2010, s. 82), ktorá dodáva: *„Voľný čas chápeme ako čas, ktorý má človek k dispozícii pre seba, mimo svojich povinností, na sebvýjadrenie, sebarealizáciu i rozvoj osobnosti podľa vlastných potrieb a záujmov.“*

#### **Organizovanosť činností vo voľnom čase** (Hájek a kol., 2003):

**Spontánna činnosť** - uplatňuje sa individuálne alebo v skupine podľa aktuálneho záujmu účastníkov a je pedagogicky a výchovne nepriamo ovplyvňovaná. Spontánne aktivity, napr. v prírodnom prostredí sú prístupné všetkým záujemcom a nemajú stanovený čas začiatku ani konca. Pedagogický pracovník pri nich vystupuje ako radca, konzultant alebo motivujúci činiteľ.

**Záujmová činnosť príležitostná** zahrňuje širokú škálu pestrých činností a aktivít, ktoré nie sú organizované ako trvalé alebo pravidelne sa opakujúce akcie. Patria sem jednorazové divadelné a iné predstavenia, exkurzie a výlety, zájazdy atď. Je časovo ohraničená, priamo riadená pedagógom, vedúcim a súčasne umožňuje a podnecuje spoluúčasť detí, mládeže a dospelých.

**Záujmová činnosť pravidelná** sa uskutočňuje v pravidelných intervaloch (raz alebo niekoľkokrát za týždeň) pod vedením kvalifikovaného

vedúceho. Jej cieľom je osvojiť si nové vedomosti, zručnosti a prehĺbiť kladný vzťah k predmetu záujmu.

Podľa Horsta W. Opaschovského (in Hájek a kol., 2003, s. 12) patria medzi funkcie a možnosti voľného času nasledovné formy:

- **„Rekreácia** (zotavenie a uvoľnenie)
- **Kompenzácia** (odstraňovanie sklamaní a frustrácií)
- **Výchova a ďalšie vzdelávanie** (učenie o slobode a v slobode, sociálne učenie)
- **Kontemplácia** (hľadanie zmyslu života a jeho duchovnej výstavby)
- **Komunikácia** (sociálne kontakty a partnerstvo)
- **Participácia** (angažovanie sa na vývoji spoločnosti)
- **Integrácia** (stabilizácia života rodiny a vrastanie do spoločenských organizmov).“

### **3.2 Záujmové a aktivizačné činnosti v podmienkach domova sociálnych služieb**

Aj človek s mentálnym postihnutím je živá bytosť, nadaná vôľou, ktorá potrebuje mať možnosť túto svoju vôľu uplatniť. Vyžaduje si ale vlastný priestor, v rámci ktorého sa môže slobodne a samostatne rozhodnúť, aby nebol po celý svoj život ovládaný. Má mať možnosť voľby a rozhodnutia pre činnosť v rámci voľného času, ktorá práca ho baví (Švarcová, 2000).

Švarcová (2003) v ďalšej publikácii upozorňuje na skutočnosť, že nevyužitý voľný čas môže mať negatívne dôsledky na osobnostný rozvoj mentálne postihnutého a môže tak výrazne znižovať kvalitu jeho života. Dodáva, že programy v stacionároch naplňujú záujmové krúžky alebo pracovné či umelecké terapie.

Perspektívu v naplnení voľného času klientov poskytujú zariadenia DSS, denného, týždenného, či celoročného typu. Tu je väčšia pravdepodobnosť, že ľudia s mentálnym postihnutím sa zapoja do športových aktivít, pri ktorých ich bude viesť odborný personál (Národná správa o dodržiavaní ľudských práv).

Obsah výchovy v DSS pre deti a mládež tvorí zmyslová výchova, rozumová výchova, spoločenská výchova, výchova reči, estetická výchova, telesná výchova a pracovná výchova. Požiadavky sú v každom domove sociálnych služieb diferencované v závislosti na momentálnu zdravotnú diagnostickú skladbu klientov (Pikálek, 1998).

**Rozumová výchova** sa v DSS zahrňuje pod zložku „**rozumová a spoločenská výchova reči**“. Jej ťažisko je v permanentnom a systematickom oboznamovaní klientov s najbližším okolím, prostredím a s vecami i javmi, ktoré ich obklopujú. Vzhľadom k tomu, že u ťažko a hlboko MP jedincov sa nejedná o homogénnu skupinu klientov, aplikácia poznatkov sa primerane rozlišuje (Pikálek, 1998).

**Rečová výchova** v DSS sa nachádza v predmete „**výchova reči**“ a do jej obsahu sú zahrnuté všetky výchovné vplyvy zamerané na komunikáciu s prostredím. Veľký vplyv má na budovanie schopnosti využívať nonverbálne a verbálne komunikačné prostriedky pri dorozumívaní sa. Požiadavky sa členia podľa stupňa MP do skupín A, B, C so zameraním na: nadviazanie kontaktu, cvičenie hybnosti, dychové cvičenia, zmyslové cvičenia, cvičenie a rozlišovanie grafických znakov, artikulačné cvičenia, rozširovanie slovnej zásoby (Bajo, Vašek, 1994).

**Zmyslová výchova** má u MP jedincov za úlohu postupne klásť zvyšujúce nároky na ich psychiku a rozvíjať poznávacie procesy. Ako píše Bajo a Vašek (1994) je to cieľavedomé a systematické rozvíjanie analyzačných schopností zmyslových orgánov. Zámer tréningu analyzačných schopností sleduje líniu: priradovania, poznávania, pomenovania, diferenciacie a uplatnenia.

**Pracovná výchova** v podmienkach DSS má dominantné postavenie. V DSS sa mentálne postihnuté deti hneď od začiatku zaraďujú do celkom jednoduchých pracovno-výchovných činností podľa individuálnych schopností. S pribúdajúcim vekom klientov sa stáva pracovná výchova najdôležitejšou zložkou špeciálnopedagogickej činnosti v DSS. Po 15. roku veku klientov



začína postupne pracovná výchova nadobúdať prvky pracovnej rehabilitácie, aby v dospelosti boli títo ťažko MP jedinci dostatočne pripravení vykonávať celoživotnú pracovno-rehabilitačnú činnosť (Pikálek, 1998).

**Telesná výchova** má u MP klientov DSS nevyhnutné miesto. Je zastúpená v komplexnom výchovno-rehabilitačnom procese. Jej význam je všestranný, využitelný v komplexnej starostlivosti o takto postihnutých ľudí. Presné, bezpečné ovládanie pohybového úkonu sa buduje permanentným opakovaním úkonu v rozličných situáciách (Bajo, Vašek, 1994).

**Estetická výchova** predstavuje vo výchovnom procese u MP jedincov zvláštny fenomén, pretože estetické cítenie a vnímanie sa musí budovať u takto postihnutých detí a mládeže v porovnaní s intaktnými rovesníkmi odlišnými metodickými postupmi. Oveľa komplikovanejšia je aplikácia estetickej výchovy u stredne, ťažko, resp. hlboko MP osôb. Z uvedených zložiek estetickej výchovy sa u stredne a ťažko MP postihnutých dajú relatívne úspešne realizovať iba výtvarná výchova, ale predovšetkým hudobná výchova, ktoré sa v podmienkach DSS zahrňujú pod pojem arteterapia a a muzikoterapia a majú terapeutický, t.j. liečebný charakter (Pikálek, 1998).

**Mravná výchova** – jej cieľom je u MP detí osvojiť si podriaďovanie svojich vlastných záujmov, správanie požiadavkám a záujmom spoločnosti. Špeciálnym prístupom sa má umožniť týmto deťom vranie do spoločenského prostredia. Proces mravnej výchovy MP osôb sa začína kladením konkrétnych požiadaviek na dieťa, ktoré môžu byť priamo vyslovené (požiadanie, nariadenie), alebo môžu vyplývať z bezprostredného citového prežívania činností a situácií, či už prirodzených alebo zámerne navodených (Bajo, Vašek, 1994).

Výchovná činnosť v zmysle sebaobsluhy, prvkov trívia, neskôr u mládeže športové a kultúrne aktivity, postupne prechádza v čase dospelosti klientov do permanentného, systematického pracovno-rehabilitačného procesu.

Jeho náročnosť a rozsah však musí vždy určiť psychiater a táto činnosť musí mať výhradne terapeutický charakter (Pikálek, 1998).

### 3.3 Ucelená rehabilitácia a jej zložky

Ucelená komprehenzívna rehabilitácia v modernom chápaní prechádza veľkým vývojom. Cieľom je dosiahnuť pre jednotlivca s postihnutím také práva a podmienky, aké majú zdraví ľudia a prehĺbiť vedomie spoločnosti o nutnosti im tieto podmienky umožniť. Podľa definície OSN je ucelená rehabilitácia proces, pri ktorom má koordinované a kombinované uplatnenie lekárske, sociálne, výchovné a pracovné opatrenia umožniť občanom so zdravotným postihnutím pozdvihnúť sa na čo najvyššiu možnú funkčnú rovinu a plne sa zaradiť do spoločnosti.

Svetová zdravotnícka organizácia definuje rehabilitáciu ako „*včasné, plynulé a koordinované úsilie o čo najrýchlejšie a najširšie zapojenie občanov so zdravotným postihnutím do všetkých obvyklých aktivít života spoločnosti s využitím liečebných, sociálnych, pedagogických a pracovných prostriedkov*“ (Votava, 2005).

Jesenský (1995) nás oboznamuje s požiadavkami pre uplatnenie komplexnej rehabilitácie. Podľa neho ucelená rehabilitácia predpokladá celistvý pohľad na celkovú osobnosť človeka s postihnutím. To vyžaduje interdisciplinárny prístup zahrňujúci tímovú spoluprácu odborníkov z rôznych odborov. V prípade starostlivosti o deti s kombinovaným postihnutím ide o pediatrov, odborných lekárov, rehabilitačných pracovníkov, špeciálnych pedagógov, psychológov, logopédov, sociálnych pracovníkov a ďalších odborníkov. Dôležitou súčasťou tímu sú rodičia detí.

Jesenský (1995) ďalej delí rehabilitáciu na:

1. liečebnú
2. pracovnú
3. sociálnu
4. pedagogickú

Novosad (2000) pridáva delenie:

- a) psychologická** (zvládnutie psychickej krízy spojenej so zmenou zdravotného stavu, zmena sebahodnotenia a životnej orientácii postihnutého, forma individuálnej a skupinovej psychoterapie, arteterapie),
- b) voľnočasová** (zameraná na záujmové, športové a kultúrne vyžitie, sebavzdelávanie),
- c) zdravotná** (medikamentózna liečba, fyzioterapia, elektroliečba, ergoterapia).

Podľa dĺžky trvania rehabilitácie člení:

- a) dlhodobú rehabilitáciu**
- b) krátkodobú rehabilitáciu**

Komplexná rehabilitácia sa vykonáva v zdravotníckych zariadeniach, v zariadeniach sociálnej starostlivosti, špeciálnych školách, pri práci, v rodine, neziskových organizáciách, občianskych združeniach, atď.

Poskytovanie rehabilitácie sa má vo všetkých jej oblastiach riadiť základnými zásadami, ktorými sú včasnosť, dostupnosť, komplexnosť, koordinovanosť, individuálne posúdenie, zhodnotenie potrieb a rozsahu rehabilitácie.

### **3.3.1 Liečebná rehabilitácia**

Liečebná rehabilitácia ako jedna z najvýznamnejších zložiek ucelenej rehabilitácie je zabezpečovaná zdravotníckymi liečebnými zariadeniami. Na liečebnej rehabilitácii sa participuje kompletný rad odborníkov, ktorí tvoria interdisciplinárny tím, a to rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, ergoterapeut, protetický pracovník. Podľa potreby môže tento tím dopĺňovať psychológ, logopéd, sociálny pracovník (Votava, 2005).

Podľa Jesenského (1995) je liečebná rehabilitácia orientovaná jednak na odstránenie postihnutia a funkčných porúch a na elimináciu následkov zdravotného postihnutia. S liečebnou rehabilitáciou je nutné začať čo najskôr. Včasnosť je dôležitým činiteľom u detí s raným vzniknutým postihnutím. Cieľom liečebnej rehabilitácie je odstránenie alebo aspoň zmiernenie

orgánových i funkčných defektov. Súčasne s liečebnou rehabilitáciou musia byť poskytované i ostatné časti ucelenej rehabilitácie, prípadne na ne musia koordinovane nadväzovať.

Do liečebnej rehabilitácie zaraďuje Renotierová (In Krejčířová, 2002) liečbu radikálnu, čiže operatívnu, konzervatívnu (medikamentóznou), dietetickú, klimatickú, a v užšom slova zmysle psychoterapeutickú a rehabilitačnú.

Následne by sme uviedli niekoľko **techník liečebnej rehabilitácie**:

**1. Vojtova metóda reflexnej lokomócie** – Vojtova metóda (inak metóda reflexnej lokomócie) využíva znalosti, ktoré potvrdzujú, že pohyb sa deje v pohybových vzoroch, ktoré sú vrodené. Vojtova metóda tieto pohybové vzory provokuje z určitej polohy tela dráždením určitých spúšťových zón. Ak sa toto špecifické cvičenie využíva pravidelne, možno dosiahnuť veľmi dobré výsledky u mnohých diagnóz. Princípom reflexnej lokomócie môžeme pri jej včasnej aplikácii zamedziť patologickému motorickému, eventuálne i mentálnemu vývoju (Vojta, 1995).

**2. Bobath koncept** – cieľom tohto terapeutického prístupu je predovšetkým ovplyvnenie patologického znaku a modifikácia patologických pohybových vzorov. Tým je dieťaťu umožnené pohybovať sa čo najviac fyziologickým spôsobom a získať správnu senzomotorickú skúsenosť v rámci konkrétnej funkčnej situácie (Kraus, 2005).

**3. Polohovanie** – patrí medzi základné rehabilitačné techniky. Vedie k podpore ďalšieho psychomotorického vývoja a odstráneniu patologických pohybových vzorov. Zabraňuje vzniku deformít a preležanín, podporuje pľúcnu ventiláciu a stimuluje obehový systém. K polohovaniu sa využívajú rôzne polohovacie pomôcky – kvádre, klíny, valce, hady.

**4. Synergetická reflexná terapia** – zlučuje vo vzájomnej synergii rôzne reflexné terapeutické metódy. Ich vzájomná aplikácia vedie k navýšeniu jej účinnosti. Synergetická reflexná terapia zahrňuje elementy z akupresúry, reflexnej masáže rúk, nôh a hlavy, chiroterapiu, myofasciálnu techniku, korekciu patologického držania chrbtice a končatín a ďalšie doplnkové metódy (Kraus, 2005).

**5. Orofaciálna regulačná terapia** – je to neuromotorická vývojová terapia argentinského lekára Castillo Moralesa, ktorá je určená pre neurologické ochorenie so symptómami hypotónie. Zameriava sa na reflexnú stimuláciu hybnosti v orofaciálnej oblasti. Tento druh terapie využíva ťahanie, tlak a vibráciu v tvárovej a orofaciálnej oblasti.

**6. Bazálna stimulácia** – Bazálna stimulácia A. Fröhlicha je metódou využívanou pre ťažko postihnutých jedincov so zaostávaním vo všetkých životných funkciách. Táto metóda kompenzuje nedostatok motorických skúseností, vlastných vnemov na základe vzťahu medzi pohybom a vnímaním s vývojom myslenia (Vítková, 2001).

**7. Psychomotorická stimulácia** – je to podnecované povzbudzovanie k činnosti, správaniu, konaniu. Stimulácia môže byť cieleňá, terapeuticky vedená, ale i spontánna (bežné povzbudzovanie v rodine). Psychomotorická stimulácia vedie k rozvoju hrubej a jemnej motoriky, koordinácii pohybov, orientácii v priestore, rovnováhy, uvedomovanie si somatickej schémy (Szabová, In Pipeková, Vítková, 2001).

**8. Ergoterapia** – základnou metódou ergoterapie je hra. Existuje vo forme spontánneho učenia založeného na experimentovaní a napodobovaní. Ergoterapia je metódou liečebnej rehabilitácie, ktorá využíva zmysluplné činnosti ako prostriedok liečby. Pri uplatňovaní ergoterapie u detí je kladený dôraz na neurovývojový prístup (Votava, 2005).

**9. Canisterapia** – je určená pre deti s telesným postihnutím a viacnásobným postihnutím, ale tiež pre mentálne postihnutých. Pes podnecuje postihnutého k pohybu, rozvíja jemnú a hrubú motoriku, hmatové vnímanie. Postihnutý poznáva, aké má pes potreby – venčenie, kefovanie, pitie, kŕmenie, zoznamujú sa s rozdielmi u plemien, ich povahovými vlastnosťami, veľkosťou, vzhľadom.

### **3.3.2 Pedagogická rehabilitácia**

Cieľom pedagogickej rehabilitácie je dosiahnuť u osobách s postihnutím čo najvyššie vzdelanie, optimálnu kvalifikáciu a podporiť tak ich samostatnosť a poskytnúť pomoc pri aktívnom zapojení do všetkých obvyklých aktivít spoločenského života. Od roku 1989 dosahuje pedagogická rehabilitácia oveľa

väčší významu ako doposiaľ. Dôvodom je rozšírenie možností pre výchovu a vzdelávanie jednotlivcov so zdravotným postihnutím, predovšetkým pre deti a žiakov s ťažkým mentálnym a kombinovaným postihnutím. Tým žiakom, ktorí boli v minulosti oslobodení od školskej dochádzky je umožnené uplatnenie práva na vzdelávanie a získanie základov vzdelania Votava (2005).

### **3.3.3 Sociálna rehabilitácia a pracovná rehabilitácia**

**Sociálna rehabilitácia** sa poskytuje prostredníctvom terénnych a ambulantných služieb alebo formou pobytových služieb poskytovaných v centrách sociálno-rehabilitačných služieb.

Podľa Jesenského (1995) je sociálna rehabilitácia proces učenia žiť s postihnutím (defektom), prekonávať neschopnosť v individuálne i spoločensky významných činnostiach. Je to proces prevencie i odstraňovania defektov a handicapov. Konečným výsledkom sociálnej rehabilitácie je akceptácia postihnutia, životná pohoda a v najvyššom stupni tiež integrácia. Má charakter celoživotného procesu.

Votava (2005) radí medzi **ciele sociálnej rehabilitácie**:

- zaistenie ekonomickej istoty pre zdravotne postihnutých,
- predpoklady pre bývanie v samostatných bytoch,
- rozvoj záujmovej činnosti,
- možnosť združovania a získavania informácií,
- predpoklady pre rozvoj osobnosti.

Cieľom poskytovaných služieb je pomoc človeku, ktorý potrebuje zvládať úlohy, ktoré by robil sám, keby nemal postihnutie. Cieľovú skupinu tvoria ľudia, ktorí potrebujú k životu pomoc druhej osoby.

#### **Pracovná rehabilitácia**

Je podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (§ 23) „odborná činnosť na osvojenie pracovných návykov a zručností fyzickej osoby pri vykonávaní pracovných aktivít pod odborným vedením na účel obnovy, udržania alebo rozvoja jej fyzických schopností, mentálnych schopností a pracovných schopností a jej začlenenia do spoločnosti“. Vykonáva

sa v domovoch sociálnych služieb, špecializovanom zariadení a dennom stacionári.

### 3.3.3.1 Profesionálna príprava mentálne postihnutých osôb

Podľa Hučíka (2007) do roku 1989 sa vydávalo pomerne veľa literatúry, venovanej tejto téme, ale ani v jednej publikácii nenachádzame definície profesijnej prípravy. V novšej pedagogickej literatúre sa všetci autori venujú cieľom a úlohám profesijného poradenstva, ale v podstate nikto nedefinuje profesijnú prípravu. Ako jediný podľa Hučíka výstižne definoval danú problematiku Vašek. *„Zo špeciálnopedagogického hľadiska možno chápať profesijnú prípravu mentálne postihnutých ako cieľavedomú výchovnú intervenciu v inštitucionalizovaných podmienkach, ktorá je zameraná na osvojenie adekvátneho množstva súvzťažných profesionálnych informácií, resp. poznatkov teoretického charakteru a na osvojenie adekvátneho množstva pracovných pohybov, úkonov, operácií, ako aj pracovných návykov“* (Hučík, 2007, s. 47).

S prípravou mentálne postihnutého treba začať pomerne skoro po špeciálnopedagogickej diagnostike. Informácie o profesijnej orientácii je vhodné predkladať už od 10 roku života dieťaťa. Rozvíjanie fyzických a psychických schopností, obratnosť a šikovnosť rúk, telesnej zdatnosti a pripravenosti sú predpokladom zvládnutia nárokov budúceho povolania (Hučík, 2007).

Čo sa týka zamestnania zdravotne postihnutých osôb na Slovensku, uvádzame niekoľko faktov, ktoré upravuje zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Ten definuje občana so zdravotným postihnutím ako znevýhodneného občana (§ 8), konkrétne ako invalidného občana, ktorý má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 % v porovnaní so zdravou fyzickou osobou (§ 9). Tento zákon podporuje zamestnávanie občanov so zdravotným postihnutím.

Ak sa človek s mentálnym postihnutím chce zamestnať, v súčasnosti má na Slovensku tieto možnosti (Nováková, Mišová, 2007):

### **Voľný trh práce**

Je určený pre ľudí, ktorí chcú pracovať na bežnom pracovnom trhu. K úspešnému zamestnaniu sa a udržaniu si práce nepotrebujú žiadne podporné služby.

### **Podporované zamestnávanie**

Je to komplex služieb, ktorého cieľom je podporiť klientov, aby si našli prácu. Od ľudí s MP sa očakáva, že zvládnu základné sociálne zručnosti. Podporované zamestnávanie im potom pomôže získať a rozvinúť zručnosti spojené so získaním a udržaním si práce.

### **Chránené pracovisko a chránené dielne**

Ide o pracoviská, kde pracuje najmenej 50% občanov so zdravotným postihnutím. Tieto pracoviská sú určené tým, ktorí nechcú, alebo nemôžu pracovať na voľnom trhu práce, z dôvodu svojho zdravotného stavu, ktorý im neumožňuje plnohodnotne sa zapojiť do bežného pracovného prostredia.

### **Samostatná zárobková činnosť**

Patrí pre tých odvážnejších, ktorí sa s patričnými predpokladmi môžu uplatniť ako samoživitelia. Táto činnosť sa vykonáva v chránenej dielni, alebo na chránenom pracovisku.

Ucelená rehabilitácia v sebe zahŕňa starostlivosť zdravotnícku, pedagogickú, sociálnu a pracovnú. Praktická realizácia ucelenej rehabilitácie je záležitosťou multidisciplinárneho tímu odborníkov, ktorými sú lekári, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychológovia, špeciálni pedagógovia, sociálni pracovníci a ďalší odborníci. Jednu z najdôležitejších rolí v tíme zastupujú predovšetkým rodičia či zákonní zástupcovia postihnutého dieťaťa.

V súčasnej dobe sa stále viac dostáva do popredia človek a až následne sa hovorí o tom, či sa jedná o človeka zdravého, či s postihnutím. V minulosti sa postihnutie vnímalo skôr ako kategória, bol diagnostikovaný defekt, a podľa druhu a stupňa postihnutia nasledovalo opatrenie. Súčasnému poňatiu starostlivosti lepšie odpovedá vnímanie postihnutého ako dimenzia, teda rozmeru života.



## **4. DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB STRÁŽSKE – LIDWINA**

LIDWINA – Domov sociálnych služieb v Strážskom je rozpočtovou organizáciou s právnou subjektivitou. Zriaďovateľom zariadenia je od 1.1.2004 Košický samosprávny kraj. Zariadenie poskytuje sociálne služby pobytovou formou – celoročne pre 90 detí a dospelých s telesným a mentálnym postihnutím. Zabezpečuje kvalitnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť prostredníctvom kvalifikovaného a odborného personálu. Výchova a vzdelávanie klientov je zabezpečované vo výchovných skupinách i prostredníctvom špeciálnej základnej školy. Svoje zručnosti si klienti rozvíjajú v tvorivých dielňach s rôznym zameraním. Zariadenie je umiestnené v troch už bezbariérových budovách. Štvrtá budova, pavilón D sa pripravuje na rekonštrukciu.

Poslaním DSS Strážske je poskytovať kvalitné sociálne služby klientom tak, aby bol zabezpečený rozvoj ich osobnosti podľa stupňa postihnutia, vzdelanosť a príprava pre ich budúci život aj mimo zariadenia.

Formulácia poslania zahŕňa prioritný cieľ organizácie a to podporu rozvoja k samostatnosti a integrácií klientov.

### **4.1 Charakteristika a história starostlivosti, výchovy a vzdelávania v Domove sociálnych služieb Strážske**

Zriadenie Ústavu sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutú mládež v Strážskom podnietil nedostatok inštitucionálnych kapacít na umiestnenie postihnutých detí z celého východoslovenského kraja.

Návrhy funkcionárov bývalého ONV v Michalovciach podporila Rada ONV, čím sa v roku 1972 začalo s rekonštrukciou jedného objektu bývalej ubytovne Chemkostavu. Prevádzka ústavu bola zahájená dňa 30.8.1973 s kapacitou 52 chovancov, ktorí boli premiestnení z iných ústavov a starostlivosť im zabezpečoval civilný personál.

Jedna budova kapacitne nepostačovala pre umiestnenie vysokého počtu žiadateľov o umiestnenie do ústavu a tak v roku 1984 bola odkúpená ďalšia budova, následne v roku 1990 postavená spojovacia hospodárska budova, čím dostal ústav dnešnú podobu písmena U. V tomto období kapacita ústavu bola 120 detí vo veku od 3 do 15 rokov, ktorým komplexnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovalo 59 zamestnancov.

Po reorganizácii štátnej správy na úseku sociálneho zabezpečenia došlo k zrušeniu Okresného úradu sociálnych služieb v Michalovciach, ktorý bol následným zriaďovateľom ústavu.

Dňom 1. januára 1991 ústav nadobudol právnu subjektivitu a vrátil sa do zriaďovateľskej pôsobnosti Okresného úradu v Michalovciach.

K zníženiu kapacity na počet detí 100 došlo až v roku 1994 a to následkom zriadenia ústavu s denným a týždenným pobytom Stacionár Michalovce, čo prispelo k zvýšeniu kvality služieb a bývania v ústave. Veková hranica pobytu detí sa posunula na 18. rok veku.

V roku 1996 sa zriaďovateľom organizácie stáva Krajský úrad v Košiciach, ktorý výrazne začal podporovať humanizáciu a estetizáciu ústavu smerujúcu ku skvalitneniu podmienok života detí.

Najvýraznejšie zmeny boli zaznamenané od roku 1997, kedy tím pracovníkov pripravil Projekt skvalitnenia výchovno-vzdelávacieho procesu. Všetky tieto zmeny v organizácii ústavu si vyžiadali komplexnú prestavbu vybavenia a následne projekt bol uvedený do praxe vo februári 1998. Organizačné zmeny priniesli svoje pozitíva nielen v oblasti výchovno-vzdelávacieho procesu, ale i v poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Nadobudnutím účinnosti zákona NR SR o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z. sa názov organizácie mení na „Domov sociálnych služieb“ s účinnosťou od 1. 1. 1999.

V zmysle zákona NR SR č. 416/2001 o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a na vyššie územné celky v znení neskorších predpisov sa zriaďovateľom Domova sociálnych služieb v Strážskom od 1. 1. 2004 stal Košický samosprávny kraj.

Zariadenie prešlo mnohými rekonštrukciami v interiéri i exteriéri. Vytvorili sa priaznivé podmienky na poskytovanie kvalitných sociálnych služieb pre klientov domova. Prostredie je bezbariérové, vybavenie herni, spálni a iných priestorov je esteticky zladené a prispôsobené potrebám klientov.

Vďaka správnej personálnej politike má organizácia dobrú kvalifikačnú štruktúru a zamestnancov, ktorí svojim etickým a zodpovedným prístupom vybudovali pozitívny imidž organizácií v meste i regióne.

Od 1. januára 2010 sa mení zriaďovacia listina domova na LIDWINA – Domov sociálnych služieb. Zariadenie v súčasnosti poskytuje svoje služby pre deti a dospelých s telesným a mentálnym postihnutím.

## **4.2 Súčasná situácia v Domove sociálnych služieb Strážske**

### **Poskytované služby**

#### **a) poskytuje**

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby
2. sociálne poradenstvo
3. sociálna rehabilitácia
4. ošetrovateľská starostlivosť
5. ubytovanie
6. stravovanie
7. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva
8. osobné vybavenie
9. vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba.

#### **b) zabezpečuje**

1. pracovnú terapiu
2. záujmovú činnosť

#### **c) utvára podmienky na**

1. vzdelávanie

## 2. úschovu cenných vecí

„Ak sa v domove sociálnych služieb poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova“ (Motto DSS Strážske).

### *Investičné aktivity*

#### **2005**

Projekt - TEPLŮ V DOMOVE - výmena okien a dverí, realizovaný z prostriedkov FSR.

#### **2006**

Projekt - SPOLU ZBÚRAME BARIÉRY - bezbariérová úprava vnútorných priestorov v dvoch budovách a vonkajšie vstupy. Prostriedky poskytol FSR.

#### **2007**

Projekt - Sadová úprava dvora a výstavba altánu - prostriedky poskytnuté z Dotácie MPSVR, výťažok z hier a lotérií.

#### **2007**

- príprava 3 projektov na realizáciu v tomto roku.

#### **2008**

- spracovanie projektovej dokumentácie na rekonštrukciu pavilónu D,  
- realizácia I. etapy oplotenia domova.

#### **2009**

- spracovanie projektu na financovanie rekonštrukcie pavilónu D zo štrukturálnych fondov,  
- realizácia II. etapy oplotenia domova,  
- oprava fasády - severná časť - zateplenie,  
- bezbariérová úprava priestorov v interiéri.

#### **2010**

- neboli realizované žiadne investičné aktivity

#### **2011**

- II. Etapa - zateplenie a fasáda pavilónu A, západná a južná strana,  
- Oplotenie - II. Etapa  
- Rekonštrukcia plynovej kotolne II. Etapa.

## ***Spolupráca***

### **DOMÁCA SPOLUPRÁCA**

Organizácie poskytujúce sociálne služby postihnutým občanom v našom regióne majú dobrú spoluprácu.

DSS Strážske spolupracuje s týmito organizáciami:

- Social-transform v Hodkovciach,
- KOR-GYM v Hertníku, kde má svojich bývalých klientov,
- DSS Rakovec nad Ondavou, DSS Šemša,
- DSS Prakovce,
- DSS Amália Rožňava,
- DSS Anima Michalovce a mnohé ďalšie.

Na území mesta i regiónu spolupracuje s rôznymi spoločenskými organizáciami a združeniami:

- Mestské kultúrne stredisko,
- Centrum voľného času Strážske,
- Centrum voľného času Dúha Humenné,
- Vihorlatská knižnica v Humennom,
- Materská škola,
- Základná škola,
- Občianske združenie kolkárov,
- Občianske združenie Pomoci pre znevýhodnených,
- Mesto Strážske, noviny Naše mesto,
- Slovenský skauting Strážske,
- Slovenské hnutie špeciálnych olympiád,
- Podvihorlatské noviny Humenné, a ďalšie médiá zúčastnené na rôznych akciách.

Každý rok na "Deň otvorených dverí" v auguste ich pozýva na spoločné stretnutie, prípadne sa stretáva na rôznych kultúrnych a športových akciách.

### **SPOLUPRÁCA V ZAHRANIČÍ**

Zahraniční partneri: od r. 1999 - 2003 Dom charity Wuppertal - Nemecko.

V marci 1999 bol odovzdaný finančný dar od pána Petra Hansena, zástupcu Domu charity Wuppertal, na skvalitnenie služieb poskytovaných v zariadení DSS Strážske. V DSS sa z týchto prostriedkov zrekonštruovali priestory a vytvorilo sa rehabilitačné oddelenie, ktoré slúži našim klientom i zamestnancom.

DSS bol partnerom pre medzinárodný projekt SOKRATES GRUNDTVING - atarain (ukončený v apríli 2004), ktorý bol zameraný na zavádzanie informačných technológií pre skvalitnenie života telesne a mentálne postihnutých občanov. Výmenné návštevy partnerov z Dánska, Talianska i Británie potvrdili, že DSS Strážske nastúpili na správnu cestu pri zavádzaní nových trendov v poskytovaní sociálnych služieb. Získané skúsenosti z realizácie tohto projektu boli aplikované v DSS v minulom roku a prinášajú v súčasnom období prvé výsledky. Zdokonalil sa vyučovací proces, klienti získali nové praktické skúsenosti pri užívaní čítacích pomôcok i načúvacích zariadení.

V mesiaci máj 2005 bola podpísaná zmluva o partnerstve "Dohoda o partnerskej spolupráci" s Obecným domom spoločnej pomoci v Nieporete - Poľsko.

Za účelom výmeny skúsenosti medzi oboma partnerskými zariadeniami sa uskutočnilo stretnutie v zariadení v roku 2006 a následne v roku 2007 navštívili mesto Nieporent. Oboznámili sa s fungovaním sociálneho systému v meste, priamo v organizácii i pri komunikácii s klientmi. Všetky tieto poznatky boli prínosom pre ďalšiu prácu, vniesli nové poznatky pri organizovaní aktivít, vytváraní pracovných dielní i využívaní rôznych techník. Mesto Nieporent je aj partnerom pri tvorbe a realizácii projektov DSS Strážske.

### **Vízia Domova sociálnych služieb v Strážskom do roku 2015**

- Zariadenie poskytuje svojim klientom kvalitné ubytovanie v novom pavilóne D,
- V tréningovom bývaní sa klienti pripravujú na život mimo domova,

- Má vytvorené a vybavené dielne s rôznym zameraním pre realizáciu záujmov zručnosti klientov,
- Klienti sa prezentujú na rôznych podujatiach v regióne,
- Úplná akceptácia detí z domova v meste a okolí.

Nové trendy v oblasti rozvoja a skvalitňovania sociálnych služieb si vyžadujú i zmeny v riadení organizácií poskytujúcich sociálne služby.

Samotný názov "sociálne služby" napovedá, že poslaním domova je poskytovanie služieb pre špecifickú skupinu občanov, ktorí sú pre svoj nepriaznivý stav alebo nepredvídané okolnosti a na tieto služby odkázaní. Zámerom manažmentu DSS pri formulácii poslania bola snaha organizácie využiť všetky dostupné prostriedky a nástroje na zlepšenie kvality života tej skupiny občanov, ktorej služby poskytuje.

Manažment DSS jasne zdefinoval poslanie domova pre budúce obdobie:

*"Poskytovať kvalitné sociálne služby klientom na základe etického a odborného prístupu v súlade s ochranou ľudských práv a základných slobôd tak, aby klienti mohli v budúcnosti využívať iné, menej intenzívne formy sociálnych služieb, prípadne boli začlenení do bežnej spoločnosti."*

#### **4.3 Terapia ako alternatíva výchovy a vzdelávania v Domove sociálnych služieb Strážske**

Významnou mierou ku kvalite poskytovaných služieb v zariadení patrí výchova a vzdelávanie klientov.

Do výchovno-vzdelávacieho procesu je zapojených viac ako 50 klientov pod vedením kvalifikovaných vychovávateľov. Traja ergoterapeuti vedú kreatívne dielne s rôznou tematikou. Vychovávateľa a ergoterapeuti spracúvajú individuálne vzdelávacie plány na každého klienta a títo sú zaradzovaní do výchovných skupín a dielni podľa stupňa postihnutia, schopnosti a zručnosti.

Realizácia individuálnych plánov napomáha rozvoju osobnosti klienta, umožňuje mu samostatnejšie pracovať, zohľadňuje jeho potreby, rozvíja jeho

zručnosti v oblastiach, o ktoré má záujem, čím sa skvalitňuje jeho celkový život v zariadení.

Cieľom IVP je, aby klient dosiahol čo najvyššiu možnú mieru rozvoja svojich schopností a zručností, nadobudol určité vedomosti, ktoré môže v budúcnosti využiť pri svojom osamostatňovaní v podporovanom bývaní.

IVP poskytujú súčasné informácie o klientovi, zameranie a ciele, ktoré sú vytýčené na určité časové obdobia a zároveň vyhodnotenie, ktoré podáva obraz o postupnom rozvoji a plnení osobnostných cieľov. Tieto podklady spracováva vychovávateľ i ergoterapeut a hodnotí klienta z hľadiska jeho rozvoja.

Úloha IVP:

- príprava klientov na vzdelávací proces v špeciálnej základnej škole,
- príprava klientov na podporované bývanie,
- rozvoj sociálnych, každodenných a sebaobslužných zručností.

V zariadení sú zriadené dve lokalizované triedy špeciálnej základnej školy s počtom osem žiakov. Vyučovací proces je vedený kvalifikovanými pedagogickými pracovníkmi Špeciálnej internátnej školy v Michalovciach a výučba prebieha podľa učebných osnov MŠ SR o výučbe na špeciálnej základnej škole pre žiakov s mentálnym postihnutím so vzdelávacím variantom C.

#### **4.4 Záujmová činnosť v Domove sociálnych služieb Strážske**

Záujmová činnosť má veľký význam pri výchove a vzdelávaní klientov v zariadení. Má vplyv na rozvoj kreativity, estetického cítenia, na rozvoj poznania a talentu klientov. Rozlišuje sa obzor ich poznatkov a poznávanie najbližšieho okolia.

Je zameraná na krúžkové činnosti: literárno-dramatický, hudobný, tanečný, športovo turistický a krúžok tvorivých rúk.

Individuálna záujmová činnosť veľmi často nadväzuje na záujmovú činnosť organizovanú, najmä v záujmových útvaroch.



Práca v záujmových útvaroch poskytuje najviac možností pre cieľavedomé výchovné pôsobenie:

- oslava narodenín klientov, dodržiavanie sviatkov pri príležitosti Vianoc, Veľkej noci, Dňa matiek, karneval v DSS,
- oslava MDD v zariadení, festivaly dramatickej tvorivosti klientov DSS, benefičné koncerty a pod.
- stretávanie sa klientov pri spoločenských akciách v materskej škole, základnej škole s intaktnou populáciou: hudobné súťaže ľudovej a modernej hudby, oslava MDD, Deň Zeme, fašiangy v meste, stavenie mája v meste, oslavy mesta a pod.

Súbor „LIENKA“ sa aktívne podieľa na týchto rôznych kultúrnych podujatiach.

### **Integrácia klientov**

Integračné aktivity organizované zariadením sú nasmerované na zviditeľnenie zariadenia, činnosti klientov a sledujú zámer zmeny postojov verejnosti voči postihnutým občanom. Všetky aktivity prezentované na verejnosti majú i kladný vplyv na osobnosť klientov, vplývajú na oblasť emocionality, dochádza k zlepšeniu komunikácie s intaktnou populáciou, ktorá získava taktiež nové poznatky. Rastie sebavedomie klientov, ktoré pozitívne ovplyvňuje ich iniciatívu zapájať sa do nových aktivít v spolupráci so zdravou populáciou.

Práca s mentálne postihnutými ľuďmi je veľmi náročná, vyžaduje si veľa trpezlivosti, ochoty a lásky, ktorú oni vedia vrátiť stonásobne svojim vd'ačným úsmevom.

### ***Tvorivé dielne Domova sociálnych služieb Strážske***

#### **Kreatívne dielne**

Kreatívne dielne v zariadení poskytujú klientom možnosť rozvíjať svoje schopnosti, záujmy a zručnosti pod odborným vedením.

Práca v kreatívnych dielňach má veľký význam na kvalitu života klienta. Vytvára mu priestor na rozvíjanie a využívanie manuálnych zručností a schopností, naplňuje ho zmysluplnou činnosťou, pocitom užitočnosti,

sebarealizácie, vedie ho k aktívnemu využívaniu voľného času. Pri výbere práce v kreatívnej dielni sa prihliada predovšetkým na záujmy klientov a samorozhodovanie klienta.

V zariadení sú zriadené 3 dielne:

- dielňa kreatívnej techniky,
- dielňa výtvarnej tvorby,
- dielňa textilnej tvorby.

### **Dielňa kreatívnej techniky**

Táto dielňa slúži na vyjadrenie pocitov, emócií klienta, získavanie zručnosti prostredníctvom farieb a rôznych materiálov. Poskytuje klientom pracovné zručnosti pod vedením ergoterapeutky v priamom kontakte s klientom.

Cieľovú skupinku tejto dielne tvoria klienti s ľahkým stupňom postihnutia.

V dielni prebieha táto kreatívna technika:

- servítková technika,
- maľba na sklo,
- technika liatia do sadrových foriem,
- lakovanie, farbenie,
- práca s kartónom,
- quilling – filigránové dekorácie.

Klienti sa samostatne rozhodujú koľko času venujú tejto činnosti počas dňa, prípadne sa orientujú na inú záujmovú činnosť. Práca v dielni ich naplňuje a motivuje k pekným dekoratívnym výrobkom.

### **Dielňa výtvarnej tvorby**

Cieľová skupina klientov pod vedením ergoterapeutky vytvára hodnoty, ktoré prinášajú radosť nielen klientom, ale i okoliu pri organizovaní rôznych výstav.

V dielni prebieha táto výtvarná technika :

- kreslenie, maľovanie, tlač – otláčanie, prstomaľba,
- koláž darčkových predmetov, výroba voskových sviečok,

- koláže z kamienkov, konárikov a prírodného materiálu,
- vyhotovenie malých šperkov z modelovacej hmoty,
- modelovanie – z hlíny a moduritu, zo slaného cesta.

Postupne sa klienti pripravujú na prácu s hlinou, kde svoje zručnosti si vyskúšajú v hrnčiarskej dielni.

### **Dielňa textilnej tvorby**

Práca s textíliami a rôznymi technikami sa taktiež teší obľube klientov, nakoľko vedia zhotoviť i predmety veľmi užitočné pre domácnosť. So svojich prác sa tešia nielen klienti ale mnohokrát i zamestnanci.

V dielni prebieha táto pracovná činnosť:

- práce s ihlou (šitie- jednoduché stehy),
- prišívanie gombíkov,
- prišívanie ozdobných prvkov na základný materiál,
- vystrihovanie a zošívanie chňapiek, ihelničiek,
- výučba krížikového stehu – vyšívanie,
- využitie odpadových látok na rôzne dekorácie v domove,
- výroba prstových maňušiek,
- výroba dekorácie s celoročnou tematikou,
- príprava na pletenie,
- háčkovanie.

Na tejto neľahkej ceste posiatej úspechmi, ale i pádmi DSS Strážske neustále pozdvihuje a ženie vpred úsmev a radosť svojich klientov.

## 5. POPIS A CIEĽ PRIESKUMU

Práca s ľuďmi s mentálnym postihnutím je náročná z mnohých smeroch, vyžaduje si tvorivý prístup, realizovanie kvalitnej pracovnej výchovy a terapie. Pre dobrú prácu je potrebná sebareflexia a schopnosť sebahodnotenia sa, ktorá odráža vzťah človeka k sebe samému, i vzťah k ostatným. O výchove sa nie náhodou hovorí, že je to veda aj umenie. Preto v tvorivých dielňach, v pracovno-výchovnom procese ľudí s mentálnym postihnutím by mali vedieť odborníci a „umelci“ zaujať a získať klientov k aktívnej účasti a tvorivej činnosti, k spolupráci na rozvoji ich vlastnej osobnosti, seberealizácie a k sebazdokonaľovaniu sa.

Práca v tvorivých dielňach má veľký význam na rozvoj kvality života, vytvára jedincovi využívanie manuálnych zručností a schopností, naplňa ho zmysluplnou činnosťou, pocitom užitočnosti a rovnako aktívnym využívaním voľného času.

Práve preto sme sa rozhodli na základe zistenia potrieb seberealizácie klientov o zostavenie špeciálneho programu pre krúžok Tvorivé ruky.

Tento špeciálny, intervenčný program sa nazýva „Papierové pletenie“, ktoré sme overili u klientov DSS Lidwina aj experimentálne.

Cieľom našej prieskumnej časti diplomovej práce bolo overiť a preskúmať vplyv intervenčného programu Papierové pletenie na vybranú skupinu handicapovaných klientov v rámci záujmovej činnosti v Domove sociálnych služieb Lidwina. Druhým kľúčovým cieľom predloženej diplomovej práce bolo zistiť praktický prínos nášho intervenčného programu, ako podnet pre ďalšie skúmanie a vytváranie podobných záujmových aktivít pre seberealizáciu mentálne postihnutých klientov domovov sociálnych služieb.

Uvedené kľúčové ciele sa vo svojom kontexte dotýkajú týchto **prieskumných otázok:**

- do akej miery je tento program vhodný pre klientov s mentálnym postihnutím,

- akú efektívnosť im prinášajú získané skúsenosti vzhľadom na ich budúci, nezávislý život v chránenom bývaní,
- v ktorých ďalších oblastiach osobnosti klienta sa tento program uplatní,
- overiť a preskúmať potrebu vytvárania metodiky tvorivej práce klientom domovov sociálnych služieb pre ich seberealizáciu a zlepšenie kvality života.

Pre primeranú a adekvátnu aplikáciu a uplatnenie nášho programu sme pred celkovou realizáciou intervenčného programu potrebovali skupinu respondentov spoznať, analyzovať ich zdravotný stav, ich schopnosti, zručnosti a spôsobilosti v oblasti manuálnych a pracovných činnostiach.

Táto analýza a zber údajov o klientoch prebiehala veľmi dôkladným pozorovaním počas samotných činností klientov na krúžku, analýzou výrobkov a hotových diel klientov.

Na základe získaných a spracovaných údajov sme vytvorili program, ktorý bol prispôsobený ich individuálnym schopnostiam a možnostiam.

Po zrealizovaní nášho programu ponúkne klientom DSS Lidwina dotazník, ktorý pre nás bude slúžiť ako spätná väzba úspešnosti nášho prieskumu. Po rozbere činností a vyhodnotení dotazníkov budeme môcť zodpovedať na všetky zadané prieskumné otázky (Príloha C).

## **5.1 Charakteristika prieskumnej vzorky**

Cieľovú skupinu respondentov tvorí 6 klientov krúžku Tvorivé ruky. V skupine sa nachádzajú štyria chlapci a dve dievčatá. Vek a zastúpenie postihnutia u týchto klientov predstavuje:

Dagmar – 18 rokov, ľahký stupeň mentálneho postihnutia

Mária – 16 rokov, ľahký stupeň mentálneho postihnutia

Milan – 21 rokov, ľahký stupeň mentálneho postihnutia

Dominik – 21 rokov, stredne ťažký stupeň mentálneho postihnutia

Pavol – 20 rokov, stredne ťažký stupeň mentálneho postihnutia

Peter – 18 rokov, stredne ťažký stupeň mentálneho postihnutia

## 5.2 Použité metódy a spracovanie údajov

Život človeka sa skladá z viacerých oblastí, ktoré je potrebné nevyhnutne naplňať, aby sme dosiahli plnohodnotnú existenciu. Preto je dôležité pri práci s klientmi myslieť na všetky tieto oblasti: sociálnu, psychickú, fyzickú a duševnú.

Naša prieskumná časť diplomovej práce bola realizovaná v dĺžke piatich mesiacov, s časovým odstupom dva týždne a v rozpätí 2 až 3 hodiny denne s rešpektovaním aktuálnych potrieb klientov, prestávok, zdravotného stavu (fyzickej, psychickej vyčerpanosti postihnutého, únavy, nesústredenosti, napätia, zlej nálady, stresu, atď.).

Zoznámenie sa s cieľovou skupinou respondentov prebiehalo formou **neštandardizovaného rozhovoru a pozorovania**. Za pomoci týchto metód sme sa snažili vymedziť a spoznať problémové oblasti jednotlivých klientov pri vykonávaní jemno-motorickej činnosti. Sledovali sme aktivitu, prípadne pasivitu a zapájanie sa klientov do činností, významným bolo pre nás zistiť komunikačné zručnosti klientov a pozorovanie doposiaľ naučených schopností (mapovanie).

Z **analýz dokumentov** a **kazuistiky** klienta, ktoré nám poskytlo zariadenie DSS Lidwina sme vytvorili špeciálny program, ktorý bol zameraný na rozvoj tej ktorej narušenej oblasti, a to prostredníctvom novej, pre klientov neznámej techniky – Papierové pletenie.

Na nasledujúcich stretnutiach sa s klientmi systematicky pracovalo. Osem stretnutí bolo presne rozdelených na prípravné cvičenia, ukážku a nácvik postupu výroby roliek, napájanie roliek, opletanie jednou rolkou, opletanie dvoma rolkami a to všetko samozrejme neustálym opakovaním a fixáciou úkonov – tu bola využitá **metóda priamej činnosti**.

Za pomoci **interakčnej metódy**, ktorá je kombinácia **pozorovania** a **experimentu** sme realizovali program Papierové pletenie.

Nakoniec sme z **rozboru výsledkov činnosti** a **dotazníka** zistili, ako sa náš program osvedčil, či boli naše ciele splnené, prípadne nesplnené.

### 5.3 Metodika práce

V nasledujúcej podkapitole by sme chceli predstaviť metodiku návodu na Papierové pletenie.

#### Výroba obyčajnej rolky

Rolku je možné vyrábať z novinového papiera z letákov, z telefónnych zoznamov a pod. Nastrihané pásiky postupne navíjame na špajdlu. Začiatok a koniec rolky lepíme.

Nastriháme si pásiky z novinového papiera široké asi 5 - 6 cm (obr. 2). Pásiky môžu byť i širšie, závisí to od veľkosti výrobku. Čím sú pásiky hrubšie, tým je výrobok pevnejší. Lesklý letákový papier nie je vhodný, pretože ťažko sa naň aplikuje moridlo.

Nanesieme lepidlo na vyznačené miesta pásika (obr. 3), vložíme špajdlu a papier preložíme. Pozor - špajdlu nevkladáme na lepidlo, lebo sa nám prilepí a nebude sa dať vytáhnovať (obr. 4). Pásik papiera postupne navíjame na špajdlu, ktorú si vždy pomaly vytahujeme (obr. 5). Lepidlo môžeme a nemusíme priebežne naniesť aj na horný okraj (obr. 6). Ak nanesieme, rolka tak lepšie drží svoj tvar a neodvíja sa.

Nakoniec nanesieme opäť lepidlo do rohu a ukončíme. Špajdlu celú vytiahneme (obr. 7, 8).

Obr. 2: Ukážka nastrihaných pásikov



Obr. 3: Ukážka miesta nanášania lepidla



Obr. 4: Spôsob uloženia špajdle na papier



Obr. 5: Navíjanie papiera našpajdľu



Obr. 6: Nanášanie lepidla na kraj papiera



Obr. 7: Vyťahovanie špajdle z papiera



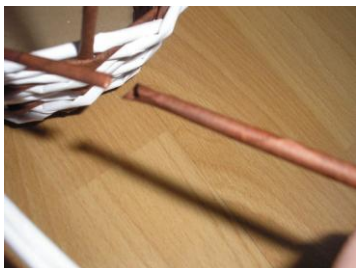
Obr. 8: Ukážka hotovej rolky



### Napájanie roliek

Rolky si počas pletenia napájame tak, že ich zasúvame jednu do druhej (obr. 9). Ak sa rolka nejde zasunúť, vytvarujeme si jej koniec do hrotu, potrieme lepidlom a ľahko nasunieme (obr. 10).

Obr. 9: Napájanie rolky



Obr. 10: Tvarovanie hrotu na koniec rolky





Naším vytýčeným cieľom ohľadom výrobku z Papierového pletenia bol stromček v tvare kužeľa. Samozrejme, že sa touto technikou pletenia dá vyrábať množstvo iných krásnych, ale aj praktických výrobkov, napr. rôzne košíky, vázy, ozdoby, atď. (Príloha A, obr. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), ale v našom prípade sme museli túto techniku prispôsobiť individuálnym schopnostiam a možnostiam klientov DSS Lidwina. Práve preto sme zvolili tento výrobok, na ktorom sa jednak dá najlepšie naučiť technika pletenia a jednak sa stromček dá využiť v najrôznejších obdobiach roka. Napr. na jar sa môže ozdobiť rôznymi kvitnúcimi kvetmi, na Veľkú noc vystrihnutými zajacmi, kuriatkami, vajíčkami, v zime buď ako zasnežený strom alebo vianočný strom atď. Následne opíšeme návod na pletenie stromčeka v tvare kužeľa.

### **Stromček v tvare kužeľa**

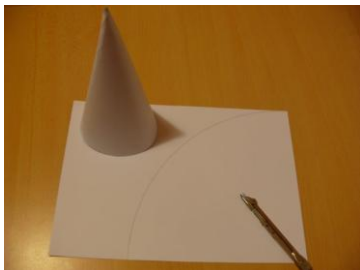
Z výkresu A4 si pomocou kružidla nakreslíme kružnicu, vystrihneme a urobíme si kužeľ (obr. 19).

3 rolky si preložíme ako u venčeka a pridáme jednu navyše (obr. 20).

Umiestnime do stredu papierový kužeľ (obr. 21).

Plietť začneme s predchádzajúcou rolkou ponad 2, opäť s predchádzajúcou ponad 2. Takto opakujeme dookola, až kým nám kužeľ a papierové rolky pevne nedržia (obr. 22 - 27).

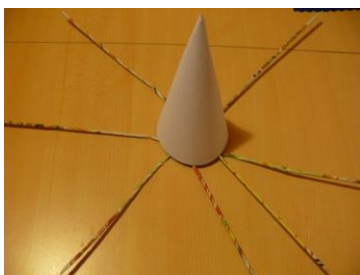
Obr. 19: Príprava kužeľa z výkresu



Obr. 20 Príprava spodného základu



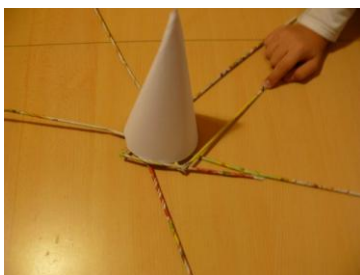
Obr. 21: Umiestnenie kužeľa do stredu roliek



Obr. 22: Pletenie roliek I



Obr. 23: Pletenie roliek II



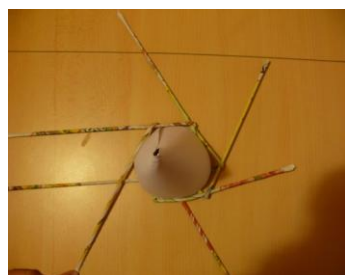
Obr. 24: Pletenie roliek III



Obr. 25: Pletenie roliek IV



Obr. 26: Pletenie roliek V



Pletením pokračujeme asi do  $\frac{3}{4}$  kužeľa (obr. 28, 29).

V tejto výške začneme postupne "uberať" rolky, zalepujeme tie, ktoré končia svojou dĺžkou (obr. 30) alebo postupne odstrihujeme a lepíme (obr. 31).

Obr. 27: Pletenie roliek VI



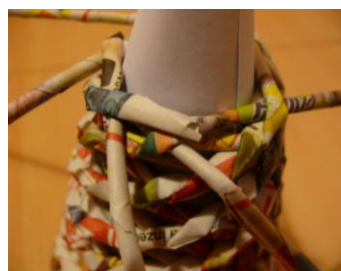
Obr. 28: Pletenie roliek do  $\frac{3}{4}$  kužeľa I



Obr. 29: Pletenie roliek do  $\frac{3}{4}$  kužeľa II



Obr. 30: Ubranie roliek



Na dopletenie do vrcholu si necháme 4 rolky (obr. 32), ktoré taktiež postupne podľa uváženia "uberáme".

K hotovému stromčeku zhotovíme zo zvyškov roliek k hviezdičku (obr. 33).

Spodok rozstrihneme (obr. 34).

Obr. 31: Odstrihovanie a doleповanie roliek



Obr. 32: Dopletenie vrcholu stromčeka



Obr. 33: Ukážka vyrobenej hviezdičky



Obr. 34: Rozstrihnutie spodnej časti



Vyberieme papierový kužeľ (obr. 35).

Odstávajúce rolky na spodku zalepíme v smere, v ktorom sú ohnuté (obr. 36).

Hotový stromček zatriekame farebným sprejom alebo namoríme a prilepíme tavnou pištoľou ozdoby podľa fantázie.

Obr. 35: Odstránenie papierového kužela



Obr. 36: Úprava hotového stromček



## 5.4 Aplikácia intervenčného programu „Papierové pletenie“

### OKTÓBER 2011 – Prvé a druhé stretnutie s klientmi DSS Lidwina

V tomto mesiaci sme zahájili náš program Papierové pletenie. Na týchto stretnutiach bolo naším hlavným cieľom analyzovať, zmapovať a zistiť čo najviac informácií o klientoch, s ktorými celý program budeme realizovať.

Pre naplnenie tohto cieľa sme zvolili metódu pozorovania a metódu neštandardizovaného rozhovoru s klientmi, nakoľko je tento typ rozhovoru pružný, otvorený, prispôsobuje sa respondentovi a tak umožňuje detailnejšie a hlbšie spoznanie jednotlivca. Zisťovali sme **záujmy, potreby, požiadavky, obľúbené činnosti klientov**.

Na základe získaných informácií, analýzy dokumentov a kazuistík klientov, ktoré nám bolo poskytnuté sme zistili nasledovné skutočnosti.

Traja klienti s **ľahkým stupňom mentálneho postihnutia** odpovedali spontánne, ich reč bola v norme, nevyskytovali sa žiadne patologické prejavy. Odpovede neodznievali celou vetou, iba priamou odpoveďou, ktoré boli na dosť nízkej úrovni vzhľadom na ich vek. Všetci traja sa vyjadrili, že sa najradšej realizujú v dielni kreatívnej techniky a to krúžku Tvorivé ruky, pretože sú radi, ak vytvoria niečo nové a pekné.

Klient menom Milan je spomedzi všetkých klientov DSS Lidwina jediný, ktorý má svoju vlastnú izbu, zariadenú podľa svojich predstáv a v ktorej sa úplne samostatne stará o seba. Prechádza procesom prípravy na život mimo domova v tréningovom bývaní. Milanko bol počas rozhovoru pozitívne naladený a vyjadril sa, že by v budúcnosti chcel mať rodinu, pracovať a tak

zarábať financie. Pri činnostiach bol svedomitý, plnil všetky úlohy a zároveň pomáhal aj menej šikovným spoluúčastníkom krúžku.

S klientmi **stredne ťažkého mentálneho postihnutia** sa verbálna komunikácia nadväzovala ťažšie. Jeden z troch klientov Peter komunikoval hovorenou rečou, jeho odpovede však často nesúviseli so zadanými otázkami. Napr. na otázku: „Ktorú činnosť najradšej vykonávaš v tomto krúžku?“ Odpoveď znela: „áno idem“, aj tá však bola veľmi nezrozumiteľná. Avšak, čo sa týka jeho porozumenia zadaných úloh, Peter bol veľmi vnímavý, na výzvu ergoterapeutky stále reagoval a zadané úlohy splňal s individuálnou pomocou.

Pri rozhovore s ostatnými klientmi SŤMP Dominikom a Pavlom odzneli na rovnako kladené otázky iba odpovede typu „áno – nie“. Títo klienti nekomunikovali viacslovnými vetami, často len neverbálnymi prejavmi, t.j. pohybmi tela a kývaním hlavy. Zadané úlohy často nespĺňali a stávali sa pasívnymi. Ich jemná motorika bola z časti narušená. Pavol mal ľavú ruku omnoho slabšiu, málo ňou pohyboval. Pravá ruka bola viac pohyblivá, ceruzku bol schopný udržať v ruke, na predlohu však veľmi silno tlačil, čo bolo spozorovateľné na jeho výtvarnom vyjadrovaní sa (Príloha B, obr. 37). Dominikov úchop ceruzky bol nesprávny, držanie tela tiež chybné. Pri vyfarbovaní predlôh často menil farby a používal ich neadekvátne k danej tematike predlohy (Príloha B, obr. 38). Na otázky odpovedal zvukmi a kývaním hlavy. Požadovanú úlohu, ktorú dostal od ergoterapeutky splňal pomalým tempom, často sa pri činnosti pozastavil na dlhšiu dobu a stal sa pasívnym.

Naše úvodné stretnutia sme dostatočne využili na zoznámenie sa s cieľovou skupinou respondentov, u ktorých sme sa v nasledujúcom období zamerali na osvojenie techniky papierového pletenia.

### **NOVEMBER 2011 – tretie a štvrté stretnutie s klientmi DSS Lidwina**

Na týchto stretnutiach sme potrebovali motivovať klientov DSS k samotnej činnosti. Ako príklad sme im predstavili hotový výtvar

pletenia – stromček a vysvetlili sme im, čo všetko môžu získať svojou aktívnou činnosťou a dosiahnutými výsledkami.

Keďže je nám známe, že DSS Lidwina vytvára množstvo integračných aktivít svojich klientov so zdravou populáciou, uviedli sme im príklad, ako svoju vlastnú sebarealizáciu môžu zužitkovať aj inou formou. Porozprávali sme im, že sa môžu zapojiť do pracovného prostredia v podporovanom zamestnaní alebo na chránených pracoviskách, kde by svoju činnosť mohli plnohodnotne využiť.

Klientom sa takáto alternatíva sebarealizácie veľmi páčila a z nášho pohľadu to bola tiež veľmi efektívna motivácia pre ich zlepšenie kvality života.

Po úspešnej motivácii sme začali s prípravami na osvojenie si techniky Papierového pletenia. Na začiatok sme potrebovali pripraviť dostatočný počet pásov z novinového papiera. Do činnosti sme sa však púšťali až po rozcvičke jemnej motoriky klientov s LMP a to nasledovnými špeciálnymi cvičeniami:

#### **a) CVIČENIE PRSTOV**

(Opis nácviku – motivácia)

1. strihacie pohyby ukazovákom a prostredníkom (striháme)
2. rozťahovať prsty (vejár)
3. ohýbanie prstov (bábky sa ukláňajú)
4. spájať prsty ukazovákom (ďalekohľad, gombík)

#### **b) CVIČENIE DLANE A ZÁPÄSTIA**

1. pohľadáť dľaňami stôl (prilepujeme)
2. dotyk dlaní nad hlavou (strieška)
3. búchať päťou do dlane (vyklepkávame mäso)
4. mačkať rukami (perieme)

(Príloha B, obr. 39).

Rozvoj jemnej motoriky SĤMP klientov sme vykonávali individuálne, teda spolu s klientom. Boli to nasledovné špeciálne cvičenia zamerané na rozvoj motoriky prstov:

1. šúchať ukazovák v dlani (varíme kašu)
2. kývať ukazovákom vpravo, vľavo (váhy)
3. krúžiť postupne prstami (kreslíme slniečka)

4. strihacie pohyby ukazovák a prostredníkom (striháme)
5. vystierať a krčiť prsty (kvet) (Majzlanová, 1997) (Príloha B, obr. 40).

Následne boli klientom rozdane pomôcky: nožnice a novinové papiere, na ktorých boli vopred pripravené pomocné čiary pre ľahšie strihanie pásičkov. Klienti s LMP strihanie zvládali bez pomoci, ku klientom SŤMP sme museli pristupovať individuálne (Príloha B, obr. 41).

Keď boli pripravené pásiky papierov, nasledovalo osvojenie si navíjania papiera na špajdlu. Klientom bola technika navíjania predvedená viackrát. Ku každému klientovi sme počas fixácie techniky pristupovali individuálne.

Klientom s LMP sa táto činnosť veľmi páčila, aj keď ich navíjanie bolo spočiatku nesprávne. Práve preto bolo pre nich potrebné viacnásobné opakovanie činnosti. Počas celej pracovnej činnosti boli pozitívne povzbudzovaní, čo im napomáhalo, aby od činnosti neodbiehali a zotrvali pri nej do konca.

S klientmi SŤMP bola táto činnosť omnoho náročnejšia. Všetci traja boli v celku pasívnym pozorovateľom. Špajdlu v rukách udržali, lenže v spojení s papierom ho nevedeli použiť. Tak sme sa rozhodli pre inú alternatívu, ako sa naučiť ovinúť papier. Predvádzali sme im šúľanie špajdle dlaňou na rovnej ploche stola, spočiatku bez papiera a potom s papierom. Táto aktivita sa im veľmi páčila.

Na týchto dvoch stretnutiach sa klienti oboznámili s technikou a využitím Papierového pletenia, čím sa náš čiastkový cieľ naplnil.

### **DECEMBER 2011 – piate a šieste stretnutie s klientmi DSS Lidwina**

Cieľom týchto dvoch stretnutí bolo zdokonaľiť sa v navíjaní papiera a vo výrobe roliek a podľa možnosti si osvojiť napájanie dvoch roliek. Týmito cieľmi sme sa zamerali na LMP klientov.

U SŤMP klientov bolo našim zámerom systematicky a pomalým tempom navinúť papier na špajdlu.

Opäť sme celkovú činnosť začínali cvičeniami na rozvoj motoriky prstov, dlane a zápästia. Cvičenia z predchádzajúceho stretnutia sme zopakovali, aby si klienti viac uchovali správne pohyby jemnej motoriky.

Klientom sa opäť rozdali nožnice, novinové papiere a špajdle. Nastrihali si pásiky papierov a začalo sa znovu navíjať.

Pozitívne zdokonalenie sme zistili u klienta Milana, ktorý v navíjaní veľmi prosperoval (Príloha B, obr. 42). K poslednému stretnutiu v mesiaci december Milanko sám navíjal pásiky papierov na špajdlu a samostatne dokázal napájať dve rolky. Dievčatá Mária a Dagmar si ešte stále vyžadovali našu pomoc. Problémy im robilo udržať papier na špajdli, obe často uvoľnili ruku a tým sa papier odvíjal. Našou úlohou bolo samostatne s nimi precvičovať udržanie navinutého papiera na špajdli. Po viacnásobnom opakovaní, boli dievčatá úspešné a z tohto úspechu mali veľkú radosť.

S klientmi SŤMP sme postupovali pomalšie. Keďže im naďalej robilo problémy navíjanie novinového papiera na špajdlu, pre ľahšie manipulovanie sme zvolili ako tréning, skúsiť navinúť novinový papier na ceruzku. S klientmi sme individuálne šúľali pásiky papiera na ceruzku (Príloha B, obr. 43).

Najväčšie problémy spôsobovala táto forma Pavlovi, ktorého jemná motorika je narušená a šúľať papier na ceruzku samostatne nevedel. Pozitívny postup sme badali u klienta Petra, ktorý na poslednom decembrovom stretnutí dokázal navinúť pásik papiera na špajdlu zatiaľ však len šúľaním na stole. Tomuto úspechu sme sa všetci veľmi radovali a na klientovej tvári bolo vidieť spokojnosť a vďačnosť, čo bola pre nás obrovská motivácia pokračovať ďalej.

## **JANUÁR 2012 – siedme a ôsme stretnutie s klientmi DSS Lidwina**

Nasledujúce dve stretnutia sme už venovali samotnému pleteniu u ĽMP a u SŤMP sme pokračovali v osvojovaní navíjania papierových pásikov na špajdle. Rozcvička prstov ani tento krát nechýbala. Klienti sa na ňu veľmi tešili, takáto forma rozcvičky sa im očividne páčila, preto sme zaradili aj rozcvičku pomocou piesní „Prstíčky“ a „Päť prstkov“, kde sme si spoločne aj zaspievali (Príloha B, obr. 44).

Počas toho, ako si klienti ĽMP pripravovali už samostatne rolky, my sme sa venovali klientom so SŤMP. S klientmi Dominikom a Pavlom sme naďalej trénovali zručnosť šúľania pásikov papiera na špajdlu. Ich motorika sa pri činnosti stávala obratnejšou, Dominik sa však opäť veľmi skoro unavil



a činnosť ho prestávala zaujímať. Vtedy si vypýtal väčšinou čistý papier a venoval sa kresleniu. Pavol sa naopak stával aktívnejším a to bolo vidieť aj na jeho výsledkoch; hoci veľmi malým krôčikom, ale predsa napreduval, dokázal navinúť pásik papiera na špajdlu a za pomoci sme zalepili roh a vytiahli špajdlu. Aj keď rolka nebola použiteľná (bola veľmi voľná a pomaly sa rozvíjala), na Pavla sme boli veľmi hrdí, že dokázal po štyroch mesiacoch takto uspieť.

Ďalším významným pokrokom na poslednom stretnutí v januári bolo Petrovo zdokonalenie sa v navíjaní papierového pásika na špajdlu bez našej pomoci a bez šúľania na stole (Príloha B, obr. 45).

S klientmi LMP sme na prvom januárovom stretnutí začali nacvičovať techniku pletenia. Na vopred pripravenom kuželi z výkresu sme klientom predvádzali techniku pletenia. Následne sme s každým klientom LMP samostatne precvičovali a vysvetľovali spôsob prekladania roliek.

Na obidvoch týchto stretnutiach sa klienti neustálym opakovaním učili pliesť. Trvalo istú dobu, kým si osvojili metódu, ale pozitívne hodnotíme ich výdrž a snahu.

Klient Pavol, ktorý sa naučil vyrábať rolky ich poskytoval svojim kamarátom skupiny, ktorí ich využívali počas pletenia.

Takáto forma spolupráce sa nám veľmi páčila, klienti si navzájom pomáhali a boli užitoční jeden pre druhého.

## **FEBRUÁR 2012 – deviate a desiate stretnutie s klientmi DSS Lidwina**

Naše posledné dve stretnutia s klientmi na krúžku „Tvorivé ruky“ sme zamerali na skvalitnenie pletenia stromčeka, ukončenie stromčeka a jeho výzdobu. S Dominikom a Pavlom, klientmi SĤMP sme docvičovali navíjanie pásikov na špajdlu a to šúľaním. Chceli sme docieľiť, aby sa im rolky neodvíjali. Dominikovi, klientovi zväčša pasívnemu sa pri intenzívnej pomoci a povzbudzovaní napokon podarilo šúľaním na stole vytvoriť rolku. Hoci klient nerozpráva, z výsledku svojej činnosti sa nesmierne tešil.

U Petra sme skúšali pristúpiť k pleteniu stromčeka. Žiaľ s neúspechom. Peter nebol schopný porozumieť postupu práce, jeho obľúbenou činnosťou

sa stalo navíjanie roliek, z čoho sa veľmi tešil. Vzhľadom na jeho postihnutie a zdravotný stav sme ho do činnosti pletenia nenútili, rovnako ako ďalších dvoch klientov, Pavla a Dominika, ktorí tiež nejavili záujem o samotné pletenie.

Klientom LMP sme predviedli postup ukončenia vrchu a spodku stromčeka. Klienti boli zo svojich výtvorov šťastní a my sme boli hrdí na to, že zvládli túto techniku v rámci svojich možností a spôsobilostí (Príloha B, obr. 46).

Na poslednom stretnutí sme realizovali ozdobenie už nastriekaného stromčeka. Keďže je február, vybrali sme si tému „Zimný strom“, klienti prilepovali na strom snehové vločky, hviezdčky a rôzne iné ozdoby. Do činnosti sme zapojili aj SŤMP postihnutých. Klienti pracovali vo dvojiciach, boli rozdelení nasledovne: LMP klient bol vo dvojici so SŤMP klientom. Takto si spoločne napomáhali a zároveň rozvíjali kooperatívnu prácu. Výsledky výtvorov (Príloha B, obr. 47, 48).

## **5.5 Interpretácia výsledkov činnosti – vyhodnotenie dotazníkov**

Klientom bol daný dotazník (Príloha C) na poslednom stretnutí, ktorý pre nás slúžil ako overenie vplyvu intervenčného programu Papierové pletenie v rámci sebarealizácie klientov na záujmovej činnosti a tiež pre spätnú väzbu ohľadom ďalšieho prieskumu a praktického prínosu tohto programu pre mentálne postihnutých klientov DSS.

Pri vyhodnotení dotazníkov sme najsamprv zaznamenali počty jednotlivých odpovedí klientov. Po analýze početnosti odpovedí sme sa dopracovali k nasledujúcim záverom:

Klienti s LMP poskytli odpovede na každú otázku oproti klientom so SŤMP, z ktorých ani jeden nedokázal odpovedať na otázku č. 4. (tab. 1).

Klienti s LMP dotazníky vyplňovali z časti samostatne, pomoc a vysvetlenie potrebovali najmä pri otázke číslo 3. Klientom so SŤMP otázky

zadávala individuálne vychovávateľka – ergoterapeutka z krúžku Tvorivé ruky a odpovede boli prevažne z jej osobnostného poznania daného klienta.

Tabuľka 1: Vyhodnotenie odpovedí klientov

klient	Dagmar	Mária	Milan	Dominik	Pavol	Peter
1. otázka	+	+	+	+	+	+
2. otázka	+	+	+	+	+	+
3. otázka	+	+	+	+	+	+
4. otázka	+	+	+	-	-	-
5. otázka	+	+	+	+	+	+
6. otázka	+	+	+	+	+	+
7. otázka	+	+	+	+	+	+
8. otázka	+	+	+	+	+	+

+ - klient poskytol odpoveď

- - klient neposkytol odpoveď

Hodnotenie dotazníkov:

#### Otázka č. 1. „Mám rád/a, moje záľuby sú“

Na túto otázku odpovedal každý klient. Odpovede boli rôzne. Klienti ĽMP spomenuli sledovanie filmov, prechádzku po meste a tiež sa vyskytla odpoveď pracovno-činnostného charakteru Enkaustika – maľovanie teplým voskom.

Odpovede SŤMP klientov sa týkali viac odychovej povahy, ako relaxačné a terapeutické cvičenia, počúvanie hudby, relaxácia, prechádzky.

#### Otázka č. 2. „Nemám rád/a“

Dvaja klienti ĽMP odpovedali v súvislosti s touto otázkou, že je to ohováranie, hádanie sa. Je vidieť, že klientov DSS zaujímajú medzil'udské vzťahy rovnako, ako zdravú populáciu. Klientka Dagmar odpovedala, že je to upratovanie.

Klient Dominik nemá rád lepenie, z rozhovoru s ergoterapeutkou sme zistili, že klient odmieta akúkoľvek činnosť spojenú s lepením. Pavol nemá rád veľmi

veľký hluk, vtedy je nepokojný a nervózný. Tento klient vlastne počas činnosti potrebuje pokoj, ticho, zrejme, aby sa vedel sústrediť a akýkoľvek silný hluk ho od činnosti odradí. Peter je zase nepokojný, keď je z určitých dôvodov pri činnosti vyrušený alebo zastavený.

Na základe hore uvedených skutočností je potrebné každú záujmovú činnosť prispôbiť týmto individuálnym požiadavkám klientov.

### **Otázka č. 3. „Snažím sa o to, aby som“**

Táto otázka bola pre klientov trochu náročná. Vypytovali sa na jej podstatu. Na základe vysvetlenia a príkladov sme ozrejmili otázku a klienti tak jednoduchšie odpovedali. Dagmar odpovedala, že sa snaží, aby bola pekná a šikovná. Mária sa snaží, aby bola čo najviac samostatná a Milan sa snaží byť dobrý. Z týchto odpovedí vyplýva, že klienti dokážu sami ohodnotiť svoje správanie, schopnosti, prípadne výzor, naším cieľom je, aby toto sebahodnotenie bolo čo najviac realistické, aby si osvojili zdravú dávku kladného sebaaponímania, ale aj sebakritiky, no zároveň, aby nepodcenili samých seba.

O klientoch so SŤMP sme sa na základe tejto otázky dozvedeli, že ich podstatnou prioritou je snaha, o čo najväčšiu možnú mieru samostatnosti počas záujmových aktivitách.

### **Otázka č. 4. „Mojím snom je“**

Odpovede na túto otázku zo strany klientov s EMP boli pre nás veľmi prekvapujúce. Klient Milan odpovedal: „mať kamarátku“, klientka Dagmar odpovedala: „mať deti a manžela“ a klientka Mária sa vyjadrila, že by chcela mať rodinu.

Tieto odpovede nás utvrdili v tom, že aj klienti a všeobecne ľahko mentálne postihnutí jednotlivci sú živé bytosti, ktoré túžia po socializácii a po nadväzovaní sociálnych vzťahov.

Odpovede od klientov stredne ťažko mentálne postihnutých klientov sme nedostali. Z dotazníkov, ktoré vyplnila ergoterapeutka sme zistili, že klienti nedokázali odpovedať alebo poskytli neadekvátnu odpoveď. Podľa toho sme zistili, že títo klienti si ťažko predstavujú svoju budúcnosť, majú problém s plánovaním zajtrajška, žijú pre dnešok a vykonávajú to, čo im je práve

ponúknuté alebo na čo majú aktuálne náladu. Práve preto by sme im v tejto problematike mali napomáhať.

**Otázka č. 5. „Akú pracovnú činnosť najradšej vykonávaš?“**

Táto otázka bola od každého klienta vyplnená. Medzi najobľúbenejšie pracovné činnosti klientov s EMP patrili servítková technika, modelovanie, maľovanie na sklo a vyrábanie rôznych výrobkov.

Klienti Dominik a Pavol majú radi približne rovnaké pracovné činnosti, medzi ktoré patria kreslenie, vyfarbovanie omaľovánok alebo rôznych predlôh. Klient Peter dokáže s individuálnou pomocou dotvárať koláž, vystihovať, prilepovať a tiež prikresľovať.

Z týchto odpovedí vyplýva, že sa klienti DSS – Lidwina veľmi radi sebarealizujú a sú radi, ak vytvoria niečo nové.

**Otázka č. 6. „V budúcnosti by som chcel/a byť zamestnaný/á“**

Klienti mali možnosť na zadanú otázku odpovedať buď kladne alebo záporne. Vo všetkých dotazníkoch, ktoré sme obdržali, boli zakrúžkované odpovede „áno“. Klientom so SĽMP bol pojem zamestnaný bližšie špecifikovaný, uviedli sa im príklady možnej zamestnanosti a významu realizovania sa v tomto smere. Myslíme si, že práve to je dôvod, prečo vytvárať pre týchto klientov vhodné aktivity a činnosti, s ktorými by sa v budúcnosti mohli aj takýmto spôsobom uplatniť.

**Otázka č. 7. „Páčila sa Ti technika Papierového pletenia?“**

Aj na túto otázku sa všetci klienti vyjadrili súhlasne. Hodnotíme to z nášho aspektu za veľmi významný výsledok tejto techniky vzhľadom na kvalitu života klientov.

**Otázka č. 8. „Budeš túto techniku využívať aj inokedy?“**

Početnosť odpovedí na poslednú otázku bola maximálna a opäť kladná. Znamená to pre nás pozitívnu spätnú väzbu a skutočnosť, že sa týmto programom budú klienti naďalej zaoberať, zdokonaľovať a čo je najhlavnejšie, že sa tak budú môcť rozvíjať.

## 5.6 Zhrnutie a doporučenie

Na základe použitých metód kvalitatívneho výskumu sme pri zodpovedaní na ciele diplomovej práce a prieskumné otázky dospeli k nasledujúcim záverom:

Nami vytvorený intervenčný program Papierové pletenie bol pre vybranú skupinu handicapovaných klientov Domova sociálnych služieb Strážske – Lidwina adekvátny a prínosný, jeho vplyv sa usvedčil vo veľmi pozitívnych výsledkoch, či už v rozvoji osobnostného charakteru klientov, t.j. prejav kooperácie v rámci skupiny, tolerancie voči slabším a menej šikovným, tak rovnako aj v prospech rozvoja jemnej motoriky, estetického cítenia a získania sebadôvery a pozitívneho sebahodnotenia.

Zo zistených faktov môžeme konštatovať, že náš intervenčný program Papierové pletenie prináša pre ďalšie skúmanie užitočný a praktický prínos, je vyhovujúcim pre podnet na vytváranie ďalších záujmových aktivít, zameraných na sebarealizáciu mentálne postihnutých klientov domovov sociálnych služieb všeobecne.

Technika papierového pletenia je podľa našich zistení vhodná do plnej miery pre klientov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia a pre klientov so stredne ťažkým stupňom mentálneho postihnutia vyhovuje po fázu vytvárania roliek. Je to však individuálne a predpokladáme, že sústavným a systematickým opakovaním, fixáciou a cvičením tejto techniky, by aj klienti so SŤMP ovládali pliesť rolky aspoň na elementárnej úrovni.

Efektivita programu vzhľadom na ich budúci nezávislý život v chránenom bývaní, spočíva v naplnení voľného času, využívaní vlastnej tvorivej činnosti v rámci medziľudských vzťahov a tiež podmieňuje schopnosť stať sa plnohodnotným členom našej spoločnosti.

Pri overovaní a preskúmaní potreby vytvárania metodiky tvorivej práce klientov DSS sme vychádzali z vyhľadávania zodpovedajúcej odbornej literatúry – metodiky, osožnej pre účel sebarealizácie klientov DSS, a to cez internetové zdroje, návštevy niekoľkých knižníc na východe Slovenska a tiež informovaním sa v niekoľkých DSS na východnom Slovensku. Na základe

získaných poznatkov, sme dospeli k názoru, že potreba vytvárania metodiky tvorivej práce klientov DSS je opodstatnená, nakoľko je ich v súčasnosti veľmi málo alebo dokonca nie sú takmer žiadne konkrétne príspevky zaoberajúce sa touto problematikou dostupné.

A práve pre tento cieľ by sme odporúčali takúto metodiku pre klientov DSS vytvárať, inovovať a implementovať v záujme zlepšenia kvality života a seberealizácie v podmienkach DSS a mimo neho.

## ZÁVER

Problematika socializácie mentálne postihnutých do života spoločnosti, úsilie o celkový rozvoj ich osobnosti a skvalitňovanie života je v súčasnej dobe rozmachom vedy a techniky stále neodkladnejšie. Sme svedkami zvyšujúcich sa nárokov na každého člena spoločnosti a s tým súvisiacich požiadaviek na skvalitňovanie výchovy mladej generácie.

No ani výchova a príprava všetkých postihnutých osôb na adekvátne pracovné a spoločenské uplatnenie nezostáva mimo záujem našej novodobej spoločnosti. Moderná koncepcia starostlivosti o postihnutých sa vyznačuje zdôrazňovaním hodnoty ich osobnosti, odhaľovaním a umožnením pozitívnych eventualít a perspektív ich budúceho vývoja. V rámci svojich možností, daných predovšetkým charakterom a hĺbkou mentálneho postihnutia sa dokáže takto postihnutý jednotlivec naučiť zdravému spôsobu života.

Práve preto sme vybraným a v praxi overeným špeciálnym programom zameraným na oblasť seberealizácie mentálne postihnutých osôb chceli prispieť každému, kto ho bude môcť využiť a tak vytvoriť alebo skvalitniť zdravý spôsob života mentálne postihnutých v podmienkach domova sociálnych služieb, ale aj mimo neho.

Diplomová práca je príspevkom k hlbšiemu poznaniu seberealizácie mentálne postihnutých klientov domova sociálnych služieb prostredníctvom záujmových činností, významom jej využitia a voľným časom, ktoré značne ovplyvňujú pozitívny osobnostný vývoj klientov s mentálnym postihnutím. Tým sme na základe priblíženia konkrétneho zariadenia na východnom Slovensku Lidwina – DSS Strážske experimentálne preskúmali intervenčný program Papierové pletenie, ktorý vo významnej miere prispel k potenciálnemu rozvoju seberealizácie klientov DSS Lidwina, pozitívne ovplyvnil ich sebahodnotenie, sebadôveru a v neposlednom rade túžbu po ďalšom zdokonalení sa. Zároveň sme verifikovali potrebu vytvárania metodiky tvorivej práce pre klientov DSS, čím sa potvrdila jej absencia. A práve v tom spočíva opodstatnenosť našej diplomovej práce a potreba ďalšieho štúdia problematiky.



Pri komplexnej starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím musíme vychádzať z podmienok, ktoré sú nám dané a snažiť sa v rámci toho o čo ich najkvalitnejší život a rozvoj. Človek s postihnutím je i napriek svojmu životnému obmedzeniu schopný smerovať k pozitívnym hodnotám, nájsť svoje poslanie a postupne ho s pomocou svojho okolia naplňovať. Prekonávanie prináša radosť, ktorú my, relatívne zdraví, nepoznáme. Takýto jednotlivci sa dokážu zbaviť svojich bariér len vtedy, ak zvíťazia nad rolou klienta a sami budú ovládať vlastnú situáciu, svoje vlastné potreby.

## ZOZNAM POUŽITEJ LIETARATÚRY

### MONOGRAFIE

BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BARTOŠ, M. 1980. *Zájmové kulturní aktivity volného času. Díl 1. – Základy teorie a metodologická východiska*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1980.

ČÁP, J. MAREŠ, J. 2001. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.

ČERNÁ a kol. 1995. *Kapitoly z psychopedie*. Přepřacované vyd. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

FABIÁNOVÁ, H. 2009. *Dynamometrie u pacientů s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU LF 2009. Diplomová práce.

FISCHER, S., ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HÁJEK, B. a kol. 2003. *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80-7290-128-1.

HUČÍK, J. 2007. *Profesijná příprava žiakov s mentálnym postihnutím I*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80—8063-260-1.

HUDÁČOVÁ, V. 2002. *Pohybová výchova ako prostriedok rozvoja osobnosti detí s detskou mozgovou obrnou v predškolskom veku*. In *Paedagogica specialis XXI*. Bratislava: UK, 2002. ISBN 80-223-1715-2-87-98.

IZDENCZYOVÁ, N. 2009. *Základy všeobecnej a sociálnej psychológie*. Prešov: PU, PF, 2009. ISBN 978-80-8068-930-8.

JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KÁBELE, F. 1992. *Somatopedie*. Praha: UK, 1992. ISBN 80-706-6533-5.

KOZELOVÁ, A., LACHYTOVÁ, L., KONČEKOVÁ, I. 2006. *Integrácia mentálne postihnutých. 1. vyd.* Košice: Seminár sv. Karola Boromejského v Košiciach, 2006. ISBN 80-89138-63-2.

KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. 2010. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-7452-004-4.

KRAUS, J. et al. 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing 2005, ISBN 80-247-1018-8.

KRATOCHVÍLOVÁ E. 1983. *Záujmy a záujmová činnosť žiakov a pionierov*. Bratislava: Smena, 1983.

KRATOCHVÍLOVÁ, E. 2010. *Pedagogika voľného času. 2. vyd.* Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2010. ISBN 978-80-8082-330-6.

KREJČÍŘOVÁ, O. 2002. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.

LECHTA, V., MATUŠKA, M. 1995. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Invocentrum, 1995. (Edícia Efeta).

MAJZLANOVÁ, K. 1997. Pracovní výchova mentálně postihnutých dětí předškolního věku. Bratislava: At Publishing, 1997. ISBN 80-967429-5-7.

MONATOVÁ, L. 1997 *Pedagogika speciální*. Brno: PdFMU, 1997, ISBN 80-210-1006-6.

NOVÁKOVÁ Š., MIŠOVÁ Z. 2007. *Právo na práci : práca a podporované zamestnávanie*. In Kolektív autorov. 2007. *Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb*. Bratislava : ZPMP v SR, 2007. ISBN 978-80-969077-6-2.

NOVOSAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha:Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

PÁVKOVÁ, J. 2002. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6.

PIKÁLEK, Š. 1998. *Výchovná a pracovnorehabilitační činnost u těžko mentálně postihnutých*. Bratislava: Pedagogická fakulta UK v Bratislave, 1998. ISBN 80-88868-02-5.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšíření vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

PIPEKOVÁ, J. (ed.) 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

SELIKOWITZ, M. 2005. *Downův syndrom: Definice a příčiny. Vývoj dítěte. Výchova a vzdělávání. Dospělost*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

SOPÓCI, J. 2010. *Teória sociálnych inštitúcií*. UK: Bratislava, 2010. ISBN 978-80-223-2641-4.

ŠUSTROVÁ, M. 2010. Mentálne postihnutie. Sociálna práca a osoby s mentálnym a viacnásobným postihnutím. Skriptá pre študentov SP, 2010, V tlači.

ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace*. Portál: Praha, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. 2003. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie* Praha: Parta s.r.o., 2003, ISBN 80-7320-063-5.

VAŠEK, Š. 1996. *Špeciálna pedagogika*. 1. vyd. Bratislava : 1996. ISBN 80-967180-3-7.

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-9.

VÍTKOVÁ, M.(ed.). 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VOJTA, V. – PETERS, A. 1995. *Vojtův princip*. Praha: GRADA, 1995. ISBN 80-7169-004-X.

VOTAVA, J. a kol. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005 . ISBN 80-246-0708-5.

## **ZÁKONNÉ NORMY, INTERNÉ PREDPISY**

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Organizácia Spojených národov 2007 [cit. 10.11.2011]. Dostupný na: <http://www.zpmpvsr.sk/dokum/dohovor.pdf>

Medzinárodná klasifikácia chorôb - MKCH 10: [cit. 09.11.2011]. Dostupná na: [http://www.nczisk.sk/buxus/generate\\_page.php?page\\_id=551](http://www.nczisk.sk/buxus/generate_page.php?page_id=551)

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov: [cit. 15.12.2011]. Dostupný na: <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=17633&FileName=04-z005&Rocnik=2004>

Zákon č. 322/2008 Z. z. o špeciálnych školách: [cit. 11.12.2011]. Dostupný na: <http://www.minedu.sk/data/USERDATA/Legislativa/Vyhlasiky/2008-322.pdf>

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych služieb: [cit. 11.12.2011]. Dostupný na: [http://www.upsvar-zv.sk/zakony/448\\_2008.pdf](http://www.upsvar-zv.sk/zakony/448_2008.pdf)

## **WEBOVÉ STRÁNKY**

<http://www.trisomie21.cz/> [cit. 08.12.2011].

<http://www.downovsyndrom.sk/sds/?q=node/116> [cit. 08.12.2011].

# ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK

## Zoznam obrázkov

- OBRÁZOK 1: DOWNOV SYNDRÓM - TRIZÓMIA 21. CHROMOZÓMU  
OBRÁZOK 2: UKÁŽKA NASTRIHANÝCH PÁSIKOV PAPIERA  
OBRÁZOK 3: UKÁŽKA MIESTA NANÁŠANIA LEPIDLA  
OBRÁZOK 4: SPÔSOB ULOŽENIA ŠPAJDLE NA PAPIER  
OBRÁZOK 5: NAVÍJANIE PAPIERA NA ŠPAJDEU  
OBRÁZOK 6: NANÁŠANIE LEPIDLA NA KRAJ PAPIERA  
OBRÁZOK 7: VYŤAHOVANIE ŠPAJDLE Z PAPIERA  
OBRÁZOK 8: UKÁŽKA HOTOVEJ ROLKY  
OBRÁZOK 9: NAPÁJANIE ROLKY  
OBRÁZOK 10: TVAROVANIE HROTU NA KONIEC ROLKY  
OBRÁZOK 11: OZDOBNÝ KOŠÍK č. 1  
OBRÁZOK 12: OZDOBNÝ KOŠÍK č. 2  
OBRÁZOK 13: OZDOBA NA SKLENENÚ FEAŠU č. 1  
OBRÁZOK 14: OZDOBA NA SKLENENÚ FEAŠU č. 2  
OBRÁZOK 15: OZDOBNÝ KOŠÍK č. 3  
OBRÁZOK 16: OZDOBNÉ KOŠÍKY č. 1  
OBRÁZOK 17: OZDOBNÉ KOŠÍKY č. 2  
OBRÁZOK 18: OZDOBNÝ KOŠÍK č. 4  
OBRÁZOK 19: PRÍPRAVA KUŽELA Z VÝKRESU  
OBRÁZOK 20 : PRÍPRAVA SPODNÉHO ZÁKLADU  
OBRÁZOK 21: UMIESTNENIE PAPIEROVÉHO KUŽELA DO STREDU ROLIEK  
OBRÁZOK 22: PLETENIE ROLIEK I  
OBRÁZOK 23: PLETENIE ROLIEK II  
OBRÁZOK 24: PLETENIE ROLIEK III  
OBRÁZOK 25: PLETENIE ROLIEK IV  
OBRÁZOK 26: PLETENIE ROLIEK V  
OBRÁZOK 27: PLETENIE ROLIEK VI  
OBRÁZOK 28: PLETENIE ROLIEK DO  $\frac{3}{4}$  KUŽELA I  
OBRÁZOK 29: PLETENIE ROLIEK DO  $\frac{3}{4}$  KUŽELA II  
OBRÁZOK 30: UBERANIE ROLIEK  
OBRÁZOK 31: ODSTRIHOVANIE A DOLEPOVANIE ROLIEK  
OBRÁZOK 32: DOPLETENIE VRCHOLU STROMČEKA  
OBRÁZOK 33: UKÁŽKA VYROBENEJ HVIEZDIČKY  
OBRÁZOK 34: ROZSTRIHNUTIE SPODNEJ ČASTI

- OBRÁZOK 35: ODSTRÁNENIE PAPIEROVÉHO KUŽEĽA
- OBRÁZOK 36: ÚPRAVA HOTOVÉHO STROMČEKA
- OBRÁZOK 37: VÝTVARNÁ PRODUKCIA KLIENTA PAVLA
- OBRÁZOK 38: VÝTVARNÁ PRODUKCIA KLIENTA DOMINIKA
- OBRÁZOK 39: NÁCVIK ROZVOJA JEMNEJ MOTORIKY S LMP KLIENTMI
- OBRÁZOK 40: INDIVIDUÁLNY NÁCVIK ROZVOJA JEMNEJ MOTORIKY SO SŤMP  
KLIENTOM
- OBRÁZOK 41: INDIVIDUÁLNY NÁCVIK STRIHANIA SO SŤMP KLIENTOM
- OBRÁZOK 42: NAVÍJANIE PAPIEROVÝCH PÁSIKOV KLIENTA MILANA NA  
ŠPAJDEU
- OBRÁZOK 43: ŠŪĽANIE PÁSIKOV PAPIERA NA CERUZKU SO SŤMP KLIENTOM
- OBRÁZOK 44: ROZCVIČKA JEMNEJ MOTORIKY KLIENTOV SPREVÁDZANÁ  
SPEVOM
- OBRÁZOK 45: UKÁŽKA NAVÍJANIA PAPIERA NA ŠPAJDEU KLIENTA SO SŤMP –  
PETRA
- OBRÁZOK 46: UKÁŽKA KLIENTOVÝCH NAPLETENÝCH STROMČEKOV
- OBRÁZOK 47: DOTVÁRANIE NAPLETENÝCH STROMČEKOV
- OBRÁZOK 48: UKÁŽKA HOTOVÝCH STROMČEKOV KLIENTOV

### **Zoznam tabuliek**

TABUĽKA 1: VYHODNOTENIE ODPOVEDÍ KLIENTOV



## **ZOZNAM PRÍLOH**

PRÍLOHA A – UKÁŽKY VÝROBKOV PAPIEROVÉHO PLETENIA .....	I
PRÍLOHA B – PRIEBEH APLIKÁCIE INTERVENČNÉHO PROGRAMU PAPIEROVÉ PLETENIE .....	IV
PRÍLOHA C – DOTAZNÍK .....	XI

# PRÍLOHY

## Príloha A – Ukážky výrobkov Papierového pletenia

Obrázok 11: Ozdobný košík č. 1



Obrázok 12: Ozdobný košík č. 2



**Obrázok 13:**  
**Ozdoba na sklenenú fľašu č. 1**



**Obrázok 14:**  
**Ozdoba na sklenenú fľašu č. 2**



**Obrázok 15: Ozdobný košík č. 3**



**Obrázok 16: Ozdobné košíky č. 1**



**Obrázok 17: Ozdobné košíky č. 2**



Obrázok 18: Ozdobný košík č. 4



**Príloha B – Priebeh aplikácie intervenčného programu Papierové pletenie**

**Obrázok 37: Výtvarná produkcia klienta Pavla**



**Obrázok 38: Výtvarná produkcia klienta Dominika**



**Obrázok 39: Návnik rozvoja jemnej motoriky s EMP klientmi**



**Obrázok 40: Individuálny návnik rozvoja jemnej motoriky so SŤMP klientom**



**Obrázok 41: Individuálny nácvik strihania so ŠTMP klientom**



**Obrázok 42: Navíjanie papierových pásov klienta Milana na špajdľu**





**Obrázok 43: Šúl'anie pášikov papiera na ceruzku so SŤMP klientom**



**Obrázok 44: Rozcvička jemnej motoriky klientov sprevádzaná spevom**



Obrázok 45: Ukážka navíjania papiera na špajdlu klienta so SŤMP – Petra



Obrázok 46: Ukážka klientových napletených stromčekov



**Obrázok 47: Dotváranie napletených stromčekov**



**Obrázok 48: Ukážka hotových stromčekov klientov**



**Príloha C - Dotazník**

**DOTAZNÍK**

**Meno klienta:** \_\_\_\_\_

**1. Mám rád/a, moje záľuby sú** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Nemám rád/a** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Snažím sa o to, aby som** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Mojím snom je** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Akú pracovnú činnosť najradšej vykonávaš?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. V budúcnosti by som chcel/a byť zamestnaný/á** (správnu odpoveď zakrúžkuj)

**áno – nie**

**7. Páčila sa Ti technika Papierového pletenia?** (správnu odpoveď zakrúžkuj)

**áno – nie**

**8. Budeš túto techniku využívať aj inokedy?** (správnu odpoveď zakrúžkuj)

**áno – nie**

**Podpis klienta:** \_\_\_\_\_

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Meno autora:** Tímea Kiššová

**Odbor:** Špeciálna pedagogika – obor

**Forma štúdia:** kombinovaná

**Názov práce:** Seberealizácia mentálne postihnutých prostredníctvom  
záujmovej činnosti v podmienkach domova sociálnych služieb

**Rok:** 2012

**Počet strán textu bez príloh:** 79

**Celkový počet strán príloh:** 11

**Počet titulov českej literatúry a prameňov:** 26

**Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov:** 13

**Počet internetových zdrojov:** 2

**Vedúci práce:** PaedDr. Alexandra Kastelová, PhD.