

**UNIVERZITA  
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské/prezentačné štúdium

2010 - 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

Katarína Stachová

Socializácia osôb s detskou mozgovou obrnou

**Praha 2012**

**Vedúci diplomovej práce:** Mgr. Denisa Štefková PhD.

**COMENIUS UNIVERZITE PRAGUE**

Master, Full – Time Study

2010 – 2012

**Diploma Thesis**

Katarína Stachová

Socializácia osôb s detskou mozgovou obrnou

**PRAHA 2012**

**The Master Thesis Work Supervisor:**

Mgr. Denisa Štefková PhD.

## **Prehlásenie**

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktorý som vypracovala samostatne. Všetku 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 Trnave dňa . . . . . Meno autorky: Katarína Stachová

Vlastnoručný podpis: . . . . .

## **Pod'akovanie**

Ďakujem za odborné vedenie a rady pri diplomovej práci školiteľke Mgr. Denisa Štefková PhD.

Zároveň sa chcem poďakovať predsedníčke Miroslave Griflíkovej OZ Iskierka a ostatným pracovníkom Chráneného pracoviska, ktorí mi poskytli materiál k .vypracovaniu diplomovej práce.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práca sa zaoberá problémom socializácie, pracovným zameraním osôb postihnutých detskou mozgovou obrnou a pridružených postihnutí. Charakterizuje ochorenie detská mozgová obrna. Hovorí o problémoch rodiny s deťmi postihnutými s touto chorobou. Zaoberá sa človekom s postihnutím v spoločnosti, pracovnou a sociálnou starostlivosťou, sociálnymi službami, ako i integráciou postihnutých do pracovného procesu. Sleduje postihnutých občanov s detskou mozgovou obrnou v priamej pracovnej činnosti a poukazuje na potrebu správneho zamerania práce vo vzťahu k diagnóze.

**Kľúčové slová:** edukácia, detská mozgová obrna, chránené pracovisko, integrácia, mentálna retardácia, socializácia, sociálne služby.

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with a problem of socialization and employment trends for people with the cerebral palsy and secondary disabilities. It describes the actual cerebral palsy disability. Consequently, it focuses on a human with this disability in a society, then on a work and social care and social services, as well as on an integration of disabled people into labor process. Then it focuses on disabled citizens with cerebral palsy in specific work environment and mentions a need of correct labor trends based on a diagnosis.

**Key words:** education, cerebral palsy, integration, disability, mental disability, protected workplace, socialization .

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
------------------	----------

## TEORETICKÁ ČASŤ

<b>1.DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA .....</b>	<b>11</b>
-------------------------------------	-----------

1.1 Etiológia detskej mozgovej obrny.....	11
---	----

1.2 Formy detskej mozgovej obrny.....	14
---------------------------------------	----

1.2. 1 Charakteristika jednotlivých foriem DMO.....	15
---	----

1.3 Symptomatológia detskej mozgovej obrny.....	22
---	----

1.4 Kombinácia postihnutí s DMO.....	24
--------------------------------------	----

<b>2. RODINA A DIEŤA S DMO.....</b>	<b>30</b>
-------------------------------------	-----------

2.1 Vývojové obdobia dieťaťa s DMO.....	32
---	----

2.2 Výchovná rehabilitácia detí s DMO.....	35
--	----

2.3 Legislatívne zabezpečenie Edukácie detí s DMO.....	36
--	----

2.4 Poradenstvo vo výchove a vzdelávaní.....	39
--	----

2.5 Celoživotné vzdelávanie.....	39
----------------------------------	----

<b>3. ČLOVEK S DMO V SPOLOČNOSTI.....</b>	<b>41</b>
---	-----------

3.1 Vývoj vzťahu v spoločnosti k postihnutým ľuďom.....	42
---	----

3.2 Norma a normalita.....	47
----------------------------	----

3.3 Postoje spoločnosti k ľuďom s znevýhodnením.....	50
3.4 Stigma a stigmatizácie.....	51
3.5 Integrácia a inklúzia.....	52
3.5.1 Integrácia.....	52
3.5.2 Inklúzia.....	54
3.6 Právo a ľudia s postihnutím.....	55
3.7 Sociálna starostlivosť a sociálne služby.....	56
3.8 Integrácia občanov so znevýhodnením do pracovného procesu.....	61

## **EMPIRICKÁ ČASŤ**

<b>4. CIEĽ.....</b>	<b>64</b>
4.1 Občianske zduženie ISKIERKA.....	64
4.2 Chránené pracovisko.....	71
4.3 Pracovné hypotézy.....	73
4.4.1 Kazuistika prvého klienta.....	74
4.4.2 Kazuistika druhého klienta.....	80
4.4.3 Kazuistika tretieho klienta.....	86
4.4 Vyhodnotenie výskumu.....	92
<b>ZÁVER.....</b>	<b>95</b>
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....</b>	<b>97</b>
<b>ZOZNAM POUŽITÝCH ELEKTRONICKÝCH MÉDIÍ WEBOVÝCH STRÁNOK.....</b>	<b>99</b>
<b>ZOZNAM OBRÁZKOV.....</b>	<b>103</b>





## Úvod

Práca je jednou zo základných sociálnych činností, je špecifickou činnosťou človeka, výlučne ľudskou záležitosťou, ktorou sa človek vyčlenil zo živočíšneho sveta. Prácu je možné chápať z rôznych hľadísk – z hľadiska fyzikálneho, etického, ekonomického, sociologického a psychologického .

Celá osobnosť človeka – ako somatopsychická jednotka – sa zúčastňuje na každej práci. Niektoré prvky práce sa dostávajú do všetkých sociálnych činností. Relatívne môžeme teda rozlišovať prácu a zábavu, prácu a hru a samotné prežívanie voľného času.

Hlavnú úlohu pri niektorých prácach majú svalové pohyby, pri iných nervové procesy v mozgovej kôre. A sme pri koreni našej práce, ktorá sa zameriava na socializáciu jedincov postihnutých detskou mozgovou obrnou ( DMO).

S prudkým rozvojom lekárskej techniky, s využitím moderných vyšetrovacích, liečebných a oživovacích prístrojov a zariadení v medicínskej starostlivosti v rôznych oblastiach klesá novorodenecká, dojčenská, ale i detská úmrtnosť. No narastá počet chronicky chorých, telesne, ale i viacnásobne postihnutých jedincov spoločnosti.

Veľmi často prichádzajú na svet deti s detskou mozgovou obrnou a s ďalšími pridruženými postihnutiami. V minulosti boli problémy nielen vo vzdelávaní takýchto ľudí, ale aj s pracovným uplatnením.

Neskôr prichádza legislatívne zabezpečenie vzdelávania detí s viacnásobným postihnutím, ale v pracovnej oblasti majú títo ľudia stále problémy s uplatnením sa na pracovnom trhu. Okrem telesného problému majú v niektorých prípadoch aj mentálny postih, ktorý im bráni vo vykonávaní určitých prác. Často nie sú samostatní, potrebujú asistenciu pri niektorých úkonoch. Tieto príčiny im bránia zamestnať sa v bežnej práci. Nastáva problém. A čo ďalej?

Zaujala nás táto problematika, preto sme sa rozhodli zamerať v našej diplomovej práci na socializáciu a pracovné uplatnenie jedincov s DMO a pridruženými postihnutiami.

Prvá kapitola teoretickej časti charakterizuje ochorenie DMO, zameriava sa na etiológiu, formy DMO, symptomatológiu, jednotlivými kombináciami postihnutí s DMO.

Druhá kapitola hovorí o problémoch rodiny s deťmi s DMO – jednotlivými vývojovými obdobiami, poukazuje na úskalie, ktoré rodiny musia riešiť v priebehu života postihnutého dieťaťa, či už v oblasti výchovno-vzdelávacej, poradenskej, celoživotnom vzdelávaní.

Tretia kapitola sa zameriava na človeka s DMO v spoločnosti. V podkapitolách sa zaoberá vývojom vzťahu spoločnosti k postihnutým ľuďom, postojom spoločnosti k nim, pojmami norma, normalita, stigma, stigmatizácia, integráciou a inklúziou.

Pokračuje právom a ľudí s postihnutím, pracovnou a sociálnou starostlivosťou, sociálnymi službami ako i integráciou postihnutých do pracovného procesu, samotnými chránenými dielňami a chránenými pracoviskami, celkovou sebarealizáciou osôb s postihnutím . Veľký význam v pracovnej činnosti týchto osôb má podporované zamestnanie a ergoterapeutické dielne.

Druhá časť - empirická je postavená na interpretácii, stanovených overených hypotézach a odporúčaní do praxe. Sleduje postihnutých občanov s DMO v priamej pracovnej činnosti a poukazuje na potrebu správneho zamerania práce vo vzťahu k diagnóze.

# TEORETICKÁ ČASŤ

## 1. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA

### 1.1 Etiológia detskej mozgovej obrny

Detská mozgová obrna (DMO) patrí medzi veľmi závažné centrálné postihnutia. DMO môžeme charakterizovať ako ranné detské poškodenie mozgu, prejavujúce sa prevažne v poruchách hybnosti. K poškodeniu dochádza v období pred pôrodom, v priebehu pôrodu, alebo krátko po ňom. (Lesný I., Špitz, 1989).

Toto ochorenie nemalo dlho jednotné pomenovanie. V roku 1859 opísal anglický ortopéd Wiliam John Little ochorenie prejavujúce sa poruchou hybnosti na základe poškodenia mozgu, ktoré neskôr boli označované ako „Littleova choroba“. Roku 1952 zaviedol český neurológ Ivan Lesný označenie „perinatálna encefalopatia“ a v roku 1959 najčastejšie používaný názov v súčasnosti „detská mozgová obrna“. (Kraus, J., Šandera, 1975).

DMO patrí medzi najčastejšie neurologické vývinové ochorenie. Vzniká z viacerých príčin. Často ide o kombináciu krvácania do mozgu s nedostatočným zásobením mozgu dieťaťa kyslíkom a glukózou. Etiológie porúch obehu môžu byť rôzne napr. predčasné odlučovanie placenty prejavujúce sa v priebehu tehotenstva, poruchy pupočnej šnúry brániacej prechodu krvi, miestne poruchy v obehu mozgu dieťaťa u nezrelých a nedonosených detí, zvýšená zraniteľnosť drobných mozgových ciev, pri ktorých dochádza k presakovaniu až k drobnému krvácaniu najmä v okolí mozgových komôr a rôzne infekcie. Približne tretinu prípadov tvorí neznáma a nezistiteľná etiológia. Patria sem i tie deti u ktorých nie je možné jednoznačne spojiť eventuálne nepriaznivé

stavy s následkami poškodenia mozgu v podobe DMO (Lehovský, 1989).

Podľa obdobia, v ktorom sa ochorenie prejavuje môžeme rozdeliť etiológiu na:

- prenatálne
- perinatálne
- postnatálne

### ***Prenatálne***

„Všeobecne sa dá povedať, že čím skôr príde k narušeniu vývinu, tým závažnejšie sú jeho následky“ (Lehovský, 1989, s. 24) . Dedičnosť je ustavične diskutovaným, ale zatiaľ nedokázaným etiologickým faktorom DMO. Odborníci sa touto problematikou zaoberajú a snažia sa odhaliť vznik a tak predísť tomuto závažnému ochoreniu. Funkcie génov sa však nedajú chápať izolovane, pretože môžu byť ovplyvnené ostatnými génmi, alebo inými činiteľmi z prostredia, akým sú dedičnosť, vývojové malformácie, všetky druhy infekcií, ktoré prekonala matka dieťaťa, obehové poruchy najmä gestózy, zvýšená hladina thyroksínu v tele matky a inkontabilita RH dieťaťa a matky.

Mydlil (1995) ďalej uvádza ako etiológiu tehotenskú hypertenziu, glykosuriu v tehotenstve (prediabetes či diabetes mellitus matky), rizikové zamestnanie tehotnej ženy. Škodlivý vplyv má tiež žiarenie (rádiové, röntgenové, nukleárne), fajčenie, alkoholizmus, či iná závislosť matky. Patria sem i rôzne infekcie matky v prvom trimestri tehotenstva, krvácanie v počiatočnom tehotenstve hrozí predčasný pôrod či potrat (napr. krvácanie, predčasné kontrakcie a pod.), anoxie (nedostatočné okysličené tkanivá), obehové poruchy, tehotenská toxikóza, závažné ochorenia v tehotenstve. Celá rada týchto činiteľov môže viesť k nedonosenosti rôzneho stupňa, je jedným z hlavných etiologických činiteľov DMO.

### **Perinatálne**

Ako najčastejšie etiológiu uvádza Šlapal (2002) abnormálne pôrody (kliešťové pôrody, pôrod panvovým dnom, cisársky rez) a novorodenecká asfixia (stav zníženého okysličovania krvi kyslíkom, následným nedostatočným alebo oneskoreným dýchaním po pôrode). Najčastejšie sa jedná o kombináciu následkom krvácania do mozgu a nedostatočného zásobenia mozgu dieťaťa kyslíkom a glukózou (Lehovský, 1989). Ide o pôrod krehkej hlavičky plodu tvrdými cestami pôrodnými, potom sa plod rodí s niektorými ešte nedokonale vytvorenými biologickými poruchami ( napr. krvná zrážanlivosť). Najdôležitejšou skupinou činiteľov sú abnormálne pôrody. Na prvom mieste je kliešťový pôrod, ale aj pôrody iné, koncom panvy, potrahované. Hlavnými následkami abnormálneho pôrodu sú: krvácanie, intravertikulárne, intracerebrálne, subarachnoidálne, ruptúry tkaniva, falx, tentoria.(Lesný,1980).

Mydlil (1995) považuje za potrahovaný pôrod každý dlhotrvajúci pôrod kedy prvá doba pôrodná je dlhšia než 16 hodín, alebo keď je druhá doba pôrodná dlhšia než 2hodiny.Ďalej objasňuje riziko cisárskeho rezu, ktorý prevažnej väčšine nie je nebezpečný ako samotný výkon, ale nebezpečná je príčina pre ktorú musel byť vykonaný a tou je najčastejšie pritesno plodu.

### **Postnatálne**

Postnatálne etiologické činitele vedúce k detskej mozgovej obrne sú hlavne ranné infekcie. Patria sem všetky infekcie, ku ktorým dôjde do jedného roku.

Po pôrode u novorodenca prebieha celá rada regulačných mechanizmov a akékoľvek zlyhanie týchto regulácií, ktoré prekročia kritickú hranicu, môže spôsobiť nenapraviteľné poškodenie mozgu (Lehovský, 1989). O získanom DMO hovoríme vtedy, ak ide

o prípady vzniknuté pred ukončením vývoja tzv. hematoencefalickej bariéry, ktorá následne lepšie chráni mozog pred poškodením. (Lesný, 1985). Postnatálna etiológia sú infekcie a to najčastejšie pľúcne, tráviace, rôzne infekčné zápaly do konca prvého roku, než sa vyvinie systém, ktorý chráni mozog od škodlivín kolujúcich v krvi. Všeobecne sa zastáva názor, že na vznik DMO vplýva viac činiteľov súčasne.

## 1. 2 Formy detskej mozgovej obrny

Existuje niekoľko klasifikácií DMO. Základom klasifikácie je klinický obraz choroby. Lesný (1989) delí DMO na:

spastickú formu

- klasickú diparetickú – prejavuje sa ochrnutím oboch dolných končatín;
- paukospastickú diparetickú – postihnutý chodí po špičkách v dôsledku natiahnutia lýtkových svalov;
- hemiparetickú – jedná sa o jednostranné postihnutie dolnej i hornej končatiny;
- kvadraparetickú – postihuje všetky štyri končatiny;

nespastickú formu

- hypotonickú – prejavuje sa zníženým svalovým napätím;
- dyskinetickú – prejavuje sa patologicky rýchlym a neovládateľným striedaním napätia a uvoľnenia svalstva postihnutých oblastí ;
- rigidne aktinetickú ;

ľahká mozgová dysfunkcia

Kraus (2005) rozdeľuje DMO na nasledujúce formy:

hemiparetickú formu DMO

- kongenitálnu hemiparézu
- získanú hemiparézu

bilaterálnu spastickú formu DMO

- diparetickú

- ataktickú diparézu
- triparetickú formu
- kvadruparézu

diskinetickú formu DMO

cerebrálnu formu DMO

zmiešané formy DMO

neobvyklé obrazy DMO

Základné príznaky, napr. znížený alebo zvýšený svalový tonus, spasticita a ďalšie sa môžu kombinovať a tým je rozlišovanie jednotlivých typov záležitosťou dohody v záujme medzi lekárskej komunikácie.

### **1. 2 . 1 Charakteristika jednotlivých foriem DMO**

DMO patrí medzi ochorenia centrálnej nervovej sústavy. Je charakteristické postihnutím nervového a svalového systému v oblasti svalového napätia, sily, koordinácie a priebehu pohybu. DMO patrí medzi centrálnu obrnu, môžeme ich rozdeliť podľa rozsahu a stupňa závažnosti na parézy (čiastočná obrna prejavujúca sa znížením či obmedzením hybnosti a motorickej koordinácie) a plégie (úplné ochrnutia prejavujúce sa porušením inervácie a plnou stratou hybnosti) (Opatřilová, 2003).

#### ***Hemiparetická forma DMO***

Najčastejšie vyskytovaná forma DMO, pri ktorej je ochrnutie oboch pravých alebo ľavých končatín, pričom horná končatina je skoro vždy postihnutá viac ako dolná. Na dolnej končatine je stiahnutý lýtkový sval, horná je ohnutá v lakťovom kĺbe sťahom jeho ohýbaču (bicepsu), otočená chrbtom predlaktia, ruka a prsty sú niekedy ohnuté dolu, palec býva pritiahnutý k dlani. Vzniká poškodením jednej mozgovej pologule napr. pri ľavostrannej



hemiparetickej forme u postihnutých ľavých končatín je poškodená pravá hemisféra (Šajgel: www. Fitnet.cz, internet, 1997).

### *Kongenitálna hemiparéza*

Podľa Krausa (2005) tvorí 70 – 90 % prípadov hemiparetickej formy DMO. Definovaná je ako centrálna hemiparéza, ktorá vznikla pred koncom neonatálneho obdobia (do 28. dňa veku dieťaťa) pričom chlapci sú postihnutí častejšie a mierne prevažuje pravostranné postihnutie.

K prejavu niekedy prichádza medzi 4. – 5. mesiacom, kedy je možné zaznamenať jednostranný úchop. Dieťa sa neskôr pretáča na brucho a to cez postihnutú stranu, polohu na 4 nezvláda. V stoji prenáša ťažisko na zdravú stranu – prejavuje sa kyfóza chrbtice. Noha je rotovaná dovnútra a noha je v plantárnej flexii.

Z pridružených postihnutí sú zväčša senzitivne abnormality, v menšej miere epileptické záchvaty, ktorá je najvýznamnejšou komplikáciou hemiplégie (Kraus, 2005).

Od prvého pokusu vzpriamovania sa u detí postihnutých hemiparézou zaostáva postihnutá časť za zdravou časťou tela. Fixovaná hemiparéza sa v klinickom obraze zhoršuje spolu s rastom dieťaťa. Ďalšie komplikácie môžu byť vynútené praváctvo/ ľaváctvo – dieťa nepoužíva dominantnú ruku ale tú funkčnejšiu. Deti sa jednostranne pohybujú, ale aj cítia (Vítková, 1998).

### *Obojstranná hemiparetická forma*

Vzniká na podklade dvoch samostatných ložísk pričom každé je v jednej mozgovej hemisfére. Ide vlastne o dve hemiparetické formy vedľa seba. Postihnutie je asymetrické. Končatiny sú v patologickom držaní ako u hemiparézy a ich hybnosť je ťažko obmedzená. Táto forma DMO je jednou z najťažších. Deti nechodia a pre ťažké kontraktúry nemôžu hýbať ani s hornými končatinami. Sú celkom

odkázané na vozíček a cudziu pomoc. Všetky tieto deti majú zníženú inteligenciu a časté epileptické záchvaty.

### ***Bilaterálne spastické formy DMO***

Pri týchto formách sú postihnuté obe vertikálne postihnuté polovice tela. Podľa Krausa (2005) je najčastejšou formou diparetická, ktorá sa rozlišuje na čistú a ataktickú diparézu. Niektorí autori uvádzajú ďalšie formy: triparézu – postihnutie troch končatín a dyskineticko-spastický typ – prechod medzi spasticitou a dystonicko – dyskinetickou formou. Ďalšou formou je kvadruparéza – postihnutie všetkých štyroch končatín.

#### *Diparetická forma*

Je ochrnutie oboch dolných končatín. Klasická diparetická forma má stiahnuté lýtkové svaly, ohýbače kolena a svaly s kĺbmi, ktoré priťahujú k sebe stehná. Zvýšený svalový tonus v lýtkovej oblasti bráni došliapnutiu na celú plochu chodidla, takže pacient chodí po špičkách. Pri stiahnutí kĺbov sa nemôžu tieto deti rozkročiť a preto prekračujú svoju stopu, chodia „nožnicovo“. Nemožnosť natiahnutia šliach v kolene, vedie k chôdzi s ohnutými kolenami, ktorej sa hovorí aj ľudoopia chôdza (Lehovský, 1989).

U niektorých novorodencov sa objavuje hypotónia, apatia a problémy s výživou. V prvých 6 – 12 mesiacoch sa môže prejaviť latentné obdobie, po ktorej nastáva hypotónia, ďalším štádiom je dystónia. Pri pretáčaní sa na brucho dolná končatina zostane extendovaná, dieťa sa neposadí. V stoji je vnútorná rotácia dolných končatín a hyperlordóza kompenzovaná hrudnou kyfózou. Vážnym rizikom je vznik luxácie hlavice bedrového kĺbu (Kraus, 2005). Horné končatiny môžu byť mierne narušené, napr. porucha koordinácie jemných motorických pohybov, ale i tzv. dyskinetický obraz, kedy je ich hybnosť narušovaná vôľou nepotlačiteľnými pohybmi (Lehovský, 1989).

Intelektové schopnosti sú u 2/3 postihnutých detí diparetickou formou DMO normálne alebo hraničné pásmo. Zriedka sa u nich vyskytuje epilepsia. Často sa vyskytuje strabizmus a problémy s vizuálnou percepciou (Kraus, 2005).

#### *Ataktická diparéza*

Tvorí niekoľko percent (5 – 7 %) a nazýva sa i spasticko-ataktická diparéza. Príčiny vzniku tohto postihnutia sú väčšinou prenatálne. Postnatálne získaná je pri hydrocefale kojencov. U detí je výrazná hypotónia, ktorá prechádza v spasticitu s hyperflexiou. U dvojročného dieťaťa sa objavuje tremor a titubace v sade. Ataxia môže narúšať jemnú motoriku. Intelekt je 2/3 normálna, reč je mozočková (Kraus, 2005)

#### *Triparetická forma*

Takmer polovica detí má perinatálnu etiológiu s výraznou prematuritou, forma je spojená s intraventrikulárnym krvácaním.. Prejavuje sa klinickým postihnutím horných končatín, kde sú spastické prejavy, flexia kontraktúry v lakťovom kĺbe, zvýšené reflexy, flekčný typ fenoménu horného predlaktia (Lesný, 1985).

#### *Kvadruparéza*

Je to ťažšia forma diparetickej formy. Etiológia je rozmanitá, vysoký je výskyt malformácií mozgu. Postihnuté sú všetky štyri končatiny. Najviac sú poškodené horné končatiny (Kraus, 2005). Predčasne vyhasína reflexný úchop na dolných končatinách. Na rukách je výrazný tonický úchop. U týchto detí je najväčší problém výživa a prevencia aspirácií a kontraktúr. Prognóza je veľmi nepriaznivá, väčšina týchto detí je závislá na pomoci druhých ľudí, rodičov.

U detí sa prejavuje alália, alebo dysartria (Vítková, 1998). V klinickom obraze sa prejavuje mentálna retardácia, poruchy okulomotorických funkcií a epilepsia. (Kraus, 2005).

***Dyskinetická forma DMO ( extrapyramídová dystonicko-dyskinetická alebo atetózna)***

Základné faktory pre vznik tejto formy DMO sú hypoxia a hiperbilirubinémia. U postihnutých jedincov dochádza k striedaniu svalového napätia (Vítková, 2004). Môžeme pozorovať abnormálne pohyby. Základnou poruchou je neschopnosť správne vykonať voľné pohyby, koordinovať automatické pohyby a udržať posturu. Najčastejšie sa táto forma vyvíja z hypotonického syndrómu a abnormálne pohyby sa prejavujú medzi 5. – 10. mesiacom veku dieťaťa. Úplne rozvinutý klinický obraz s dyskinézami sa objavuje v priebehu 1. – 3. roku života dieťaťa. Mimovoľné pohyby končatín a neschopnosť kontrolovať pohyb celého trupu bráni rozvoju chôdze a stoja. Postihnutá je aj orofaciálna oblasť, ovplyvňuje rozvoj vokalizácie a vedie k narušeniu schopnosti hovoriť. Objavujú sa problémy s výslovnosťou a artikuláciou. Deti s dyskinetickou formou DMO sú často hypotrofné, malé percento detí dosiahne schopnosť samostatnej chôdze. Pri každom pohybe sa prejavujú u dieťaťa grimasy a neúčelné pohyby. Pri emočných podnetoch sa dyskinéza zväčšuje.

Klinicky môžeme rozlišovať dva subtypy:

- nepotlačiteľnými pohybmi a to
  - atetózou* – pomalé, vlnivé, červovité pohyby
  - choreou* – brisnými, drobnými pohybmi
  - balismom* – pohybmi pomalými o vysokej amplitúde
  - myoklóniou* – drobnými pohybmi len niektorých svalových častí
  - lordotickou distóniou* – dyskinéza prejavujúca sa stáčaním hlavy a trupu pri chôdzi

- rigiditou – čo je svalová stuhlosť zo zvýšením tonusu hlavne posturálneho, bez zvýšeného napínajúceho reflexu.

Mentálne schopnosti sú väčšinou v norme. Problém je v jemnej motorike, hlavne v písaní. Objavenie sa epileptických záchvatov je vzácny. Časté sú zrakové poruchy, objavuje sa strabizmus a môže sa objaviť aj porucha sluchu (Kraus, 2005).

### ***Cerebrálna forma DMO (ataktická, neprogresívna cerebrálna ataxia )***

Cerebrálna pohybová porucha resp. infantilná cerebrálna paréza je dôsledkom poškodenia mozgu, ktoré vzniká pred, počas alebo krátko po narodení. Príčiny sú rôznorodé. Postihnuté deti trpia poruchou svojich motorických schopností, ktoré sa prejavujú väčšinou ako spastické ochrnutie. U tohto postihnutia zo začiatku dlho pretrváva hypotonický syndróm, apatie, porucha koordinácie očných bulieb a prehlbuje sa psychomotorická retardácia.

U niektorých detí sa kombinuje s mikrocefáliou, kŕčami a výraznou mentálnou retardáciou, u iných je najväčším problémom postúra a rovnováha v stoji.

Niektorí autori napr. Lesný (1989) cerebrálnu formu nezaraďujú medzi ostatné formy DMO a považujú ju za samostatný syndróm.

### ***Hypotonická forma***

je vývojový syndróm ranného a predovšetkým kojeneckého veku. Prejavuje sa znížením svalového tonusu. Následkom toho majú postihnuté deti väčší rozsah pohybu v kĺboch. Hypotónia spôsobuje to, že dieťaťu môžeme omotať ruky okolo krku tzv.

príznak šálový, stočiť ho do kľbka – príznak pásovca, dať mu dolné končatiny k hlave – príznak kružidla (Lesný, 1985).

Hypotonický syndróm, ako vývojové postihnutie DMO sa mení v čase a to buď:

- a) dochádza k vývojovej dezintegrácii so stredne ťažkou až ťažkou mentálnou retardáciou. Vývoj nepokračuje, pretrváva hypotonický syndróm. Zmena nastáva okolo tretieho roku života dieťaťa;
- b) objavuje sa syndróm mozočkový, neocerebrálny obojstranný alebo kombinovaný. V tomto prípade hypotónia mizne, zmeny nastávajú okolo druhého až tretieho roku života;
- c) spastický syndróm, pri ktorom dochádza najskôr k zmenám a to do druhého roku. Spočiatku hypotónia i spasticita sa prejavujú naraz, neskôr pretrváva spasticita väčšinou na všetkých štyroch končatinách (kvadruparetická);
- d) malé mozgové postihnutie kde patria malé symptomatológie pyramídové, zmeny reflexov atď;
- e) malé mozočkové postihnutie, kde sa prejavujú malé cerebrálne príznaky zodpovedajúce oneskorenému vývoju mozočkových funkcií. Sem patria aj tzv. neobratné deti (Lesný, 1985);

Hypotonický syndróm má niektoré sprievodné symptómy napr. senzitivne i keď nie sú tak výrazné ako symptómy motorické, majú svoj význam a pre rozvoj dieťaťa dôležité.

### ***Ľahká mozgová dysfunkcia***

Pojem ľahká mozgová dysfunkcia (ĽMD) označuje ľahšie postihnutia funkcie mozgu. Neprejavujú sa hrubými motorickými poruchami ako to je u DMO. Niektorí autori napr. Lesný

(1989) uvádzajú LMD ako jednu z foriem DMO, iní ju medzi formy DMO neradia (napr. Kábele, 1988).

Takto poškodené deti môžu mať ťažkosti v oblasti motoriky, psychiky, poruchy správania a špecifické poruchy učenia. Spomenuté poruchy môžu byť rôznej intenzity a môžu sa kombinovať (Šlapal, 2002)

### **1. 3 Symptomatológia DMO**

DMO je ako sme už spomenuli poškodenie mozgu, ktoré môže mať za následok ako uvádza Kábele (1988):

- ťažké postihnutia hybnosti – detská mozgová obrna
- postihnutia psychomotoriky – ľahké mozgové disfunkcie
- postihnutia psychiky a intelektu – mentálna retardácia
- postihnutia vedomia – epileptické záchvaty

Kombinácie sa vyskytujú v rôznych kombináciách a v rôznom stupni závažnosti. K nim sa pridružujú ďalšie postihnutia zraku, sluchu a reči.

„Pre DMO je typická telesná neobratnosť, najmä v jemnej motorike, nerovnomerný vývoj, zvýšená pohyblivosť a nepokoj, nesústredenosť, tekavosť, nedokonalosť vnímania a nedostatočná predstavivosť, prehnané a impulzívne reakcie, striedanie nálad a výkyvy v duševnej výkonnosti, oneskorený vývoj reči a poruchy reči.“ (Vítková, 2006. str. 42)

### **Poruchy telesného vývinu a hybnosti**

Poruchy telesného vývinu sa prejavujú najmä v raste, v celkovej vyspelosti a vo vzhlade, ktorý je nejakým smerom patologicky odlišný od normy.

Najčastejšie a väčšinou najzávažnejšie sú pri DMO postihnutia hybnosti a to motoriky – pohybovej i hovorovej. (Vítková, 1998).

U všetkých foriem DMO sa vyskytuje oneskorený vývoj hybnosti. V jednotlivých formách sa vyskytujú rôzne postihnutia týkajúce sa pohyblivosti a to v rôznych stupňoch a kombináciách:

- spasticita – zvýšený tonus obmedzuje až znemožňuje pohyb, reflexy sú zvýšené
- hypotónia – znížený svalový tonus je zodpovedný za ochabnuté až bezvládne držanie tela, reflexy sú znížené. Prejavuje sa iba v kojeneckom veku, neskôr prechádzajú v iný syndróm (spastický alebo dyskinetický)
- dyskinéza – prejavujú sa nepotlačiteľné mimovoľné pohyby : atetotické, choreatické, balistické alebo myoklonické
- atetotický syndróm – vzniká poškodením pozdĺžneho pruhu bielej hmoty mozgu. Prejavujú sa vlnitými, hadovitými alebo červovitými pohybmi, ktoré vznikajú spontánne, alebo pri dajakom podnete.
- syndróm choreatický – objavujú sa prudké trhavé, neusporiadané pohyby malého rozsahu a veľkej intenzity. Vzniká pri poškodení kôrových oblastí mozgu.
- syndróm balistický - prejavuje sa rýchlymi pohybmi často i celých končatín.
- syndróm myoklonický – prejavuje sa drobnými trhavým záškľbmi svalstva (Vítková, 1998).
- hypokinetický syndróm – prejavuje sa nedostatkom mimiky, objavuje sa bezvýrazný výraz tváre a mimické svaly sú bez pohybu pri smiechu, plači, hnevu a iných efektoch. Vzniká poškodením vnútornej časti jadra mozgu.

Pri DMO sa hodnotí schopnosť jedinca pohybovať sa, teda či a do akej miery je mobilný. Ak sa pohybuje pomocou inej osoby,



alebo ortopedickej pomôcky (barle, kozičky, chodítko), hodnotí sa ako čiastočne mobilný. Ak nie je schopný pohybovať sa ani s pomocou, hodnotí sa ako imobilný.

#### **1. 4 Kombinácie postihnutí s DMO**

DMO nebýva iba samostatným postihnutím. Často sa pri prvotnom, základnom postihnutí objavujú iné pridružené postihnutia:

##### ***Zmyslové poškodenia***

U detí s DMO sa často vyskytujú poruchy okohybného nervu a zraku. Medzi najčastejšie očné poškodenia patria rôzne druhy strabizmu (škuľavosť), amblyopie (tupozrakosť), atrofie zrakového nervu, ďalekozrakosť a krátkozrakosť.

Poškodenia sluchu sú ďalšie pridružené poškodenia pri ochorení DMO. Vyskytujú sa najčastejšie u dyskinetickej formy a sú centrálného pôvodu, sú spôsobené poškodením sluchovej dráhy, alebo priamo mozgovej kôry v spánkovom laloku (Kraus In Kraus, Šandera, 1975).

##### ***Poškodenia reči***

Poškodenia reči a jej vývoja sa vyskytujú u viacej ako polovice prípadov DMO. Jednou z príčin poškodenia reči sú poškodenia vývoja a rastu zubov. Časté sú nepravidelnosti vo vývoji hornej i dolnej čeľusti, je narušený zubný uzáver pri skuse. Viazne artikulácia, je porušená tvorba hlások, hovoríme o dysartrie. Pri poškodení posledných mozgových nervov v predĺženej mieche vzniká bulbárny syndróm, ktorý sa prejavuje porušením prehĺtania a typickým poškodením reči tzv. otvorenou huhňavosťou. Postihnuté dieťa hovorí akoby do nosa a zle vyslovuje. U poškodení mozočku sa prejavuje skandovanou rečou. Charakteristický je postih reči u dyskinetickej forme DMO, pri ktorej neovládané pohyby postihujú tiež svalstvo dýchacie, svaly hrtanu, hltanu a obzvlášť svaly jazyka

a pier. Reč je nezrozumiteľná, spomalená, postihnutý vyráža slabiky, či jednotlivé slová a je porušený spád reči. Niekedy sa vyskytuje tzv. idioglózia, kedy si dieťa vytvára vlastnú reč, jednotlivé predmety pomenováva svojimi výrazmi (Stehlík, 1977).

### ***Mentálna retardácia***

Mentálna retardácia (MR) môžeme charakterizovať ako stav zastaveného alebo neúplného duševného vývinu. Ide hlavne o poznávacie, rečové, motorické a sociálne schopnosti.

Bajo chápe MR ako všeobecný pojem, obsahujúci určitú formu narušeného ontogenetického vývinu, pričom sa prejavujú negatívne odchýlky od normy nielen v úrovni intelektových funkcií, ale aj v oblasti učenia a v sociálnom vývine (BAJO in BAJO, VAŠEK, 1994). Bajo (in BAJO, VAŠEK, 1994, str. 37) hovorí: „V pojme MR slovo retardácia znamená zdržiavanie, omeškanie, oneskorenie, spomalenie, čo vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy, poškodenia a tiež zvyrazňuje skutočnosť, že mentálne postihnutie nie je ustálené, definitívne, ukončené a nemenné. Pojem MR naznačuje, že potencióálna úroveň mentálne postihnutého môže byť vyššia, než je jeho aktuálny stav.“ MR je teda súborné označenie pre výrazne podpriemernú úroveň všeobecnej inteligencie.

Švarcová uvádza (2000, str.25) že „mentálnym postihnutím alebo mentálnou retardáciou nazývame trvalé zníženie rozumových schopností, ktoré vznikli v dôsledku organického poškodenia mozgu. Mentálne postihnutie nie je choroba, je to trvalý stav, spôsobený neodstrániteľnou nedostatočnosťou alebo poškodením mozgu.“

Podľa M. Vágnerovej (2000) je mentálna retardácia označenie vrodeného defektu rozumových schopností. Ide o neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývinu (menej než 70% normy), hoci bol takýto jednotlivec prijateľným spôsobom výchovne stimulovaný. Okrem úrovne inteligencie môžu

byť znížené aj iné schopnosti a vyskytujú sa zmeny v štruktúre osobnosti.

### *Etiológia mentálnej retardácie*

Mentálna retardácia sa spája s určitým poškodením, zmenenou štruktúrou centrálného nervového systému. Príčiny sú rôzne. Môžeme ich rozdeliť do dvoch skupín, ktoré často pôsobia vo vzájomnej kombinácii:

1. Genetické faktory – dedičnosť, hereditárne faktory.
2. Exogénne faktory – vplyvy vonkajšieho prostredia – biologické, chemické, fyzikálne, environmentálne, sociálne a pod. patogénne faktory.

Pri klasifikácii mentálnej retardácie sa vychádza z 10 revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10 ) platnej od roku 1992 doposiaľ.

Hĺbku môžeme určiť pomocou inteligenčného kvocientu (IQ):

F70 Ľahká mentálna retardácia IQ 69 – 50

F71 Stredná mentálna retardácia IQ 49 – 35

F72 Ťažká mentálna retardácia IQ 34 – 20

F73 Hlboká mentálna retardácia IQ po 20

F78 Iná mentálna retardácia

F79 Nešpecifikovaná mentálna retardácia

### **Ľahká mentálna retardácia**

Takto mentálne postihnutí sú schopní používať reč účelne v bežnom živote. Dokážu komunikovať bez väčších problémov. Najväčšie problémy majú vo vzdelávaní. Najlepšia pre nich je edukácia zameraná na rozvíjanie ich schopností a kompenzáciu ich nedostatkov.

### **Stredná mentálna retardácia**

Postihnutí uvažujú na úrovni myslenia detí predškolského veku, verbálny prejav je chudobný, agramatický, so zlou artikuláciou, dokážu sa učiť len mechanicky, hlavne na praktickej úrovni, zvládnu bežné návyky a jednoduché spôsobilosti (sebaobsluha).

### **Ťažká mentálna retardácia**

Postihnutí majú výrazne obmedzený vývin chápania, chápu základné súvislosti a vzťahy na úrovni batolaťa, osvoja si niekoľko zle artikulovaných slov, ktoré používajú nepresne alebo sa vôbec nenaučia hovoriť. Obmedzené je aj osvojenie sebaobslužných a návykových zručností. Ich výučba je veľmi obmedzená a vyžaduje dlhodobé úsilie, sú čiastočne vychovateľní a úplne nevzdelateľní. Viacerí majú pridružené telesné, zmyslové, alebo iné postihnutie. Etiológia ich postihnutia je zväčša organická.

### **Hlboká mentálna retardácia**

Je obvykle spojená s obmedzením vo všetkých životných aktivitách. Ich motorika, senzorika, sebaobsluha, komunikácia, kognícia, sociálna adaptácia sú na veľmi nízkej úrovni, no i napriek tomu je možnosť stimuláciou podnecovať ich vývin.,

### **Osobitosti psychických procesov mentálne postihnutých**

Pre kognitívne procesy mentálne postihnutých je typická obmedzená potreba poznávania a preferencia podnetového stereotypu. Pri zrakovom vnímaní: spomalené tempo, znížený rozsah zrakového vnímania, nedostatočná diferenciacia podobných predmetov, porucha diferenciacie figúry a pozadia, rigidita vnímania. Obmedzené je aj sluchové vnímanie, rozlišovanie jednotlivých zvukov. Najmenej je postihnuté hmatové vnímanie.

Ťažkosti v schopnosti sústredenia pozornosti – porušená je stálosť pozornosti, rozdeľovanie pozornosti, prenášanie pozornosti, znížený rozsah pozornosti

U mentálne postihnutých je znížená schopnosť produkcie predstáv, strata originality, narušený proces fantázie

Výraznejšie je zaostávanie pamäťovej oblasti najmä logickej pamäti. Mechanická pamäť môže mať úroveň ako u normálnych jednotlivcov.

Narušené je myslenie, prevaha konkrétneho-názorného myslenia (myslenie je viazané na realitu), slabá schopnosť zovšeobecňovania a abstrakcie, nedostatky v analýze a syntéze.

Oneskorevanie vo vývine reči, nižšia slovná zásoba, jednoduchosť prejavu, zvýšený výskyt rečových porúch, ťažkosti pri porozumení reči iných sú u mentálne postihnutých sprievodným javom.

Schopnosť učenia je u mentálne postihnutých obmedzená, výkon v učení je podstatne nižší ako u normálnych.

Ťažko si vytvárajú city, prejavuje sa u nich slabá diferencovanosť citových prejavov, neadekvátnosť citových reakcií vo vzťahu k podnetu, ktorý ich vyvoláva.

Vôľa je ovplyvňovaná skôr citmi než rozumom, mentálne postihnutí si volia nereálne ciele, ktoré nie sú v zhode s ich možnosťami, časté je tiež vzdanie sa cieľa.

Mentálne postihnutí ľudia majú tendenciu všetky svoje potreby uspokojovať neodkladne a bez zábran, potreba učenia je slabšia, dávajú prednosť stimulácii jednoduchšej a stereotypnej, potreba citovej istoty a bezpečia je obvykle veľmi silná.

Zájmy u nich nevznikajú spontánne, ich vývin je oneskorený, majú väčšiu viazanosť na biologické potreby. Prejavuje sa u nich nedostatočná diferenciácia záujmov. Zájmy majú menšiu stálosť,

sú ľahko ovplyvniteľné, sú viazané na bližšie ciele a často sa vyskytujú nevhodné záujmy.(Končeková, 2004)

## 2. RODINA A DIEŤA S DMO

Rodina je prirodzenou sociálnou skupinou, základnou bunkou, jedinečným stavebným kameňom spoločnosti. Príchodom dieťaťa do rodiny sa vyžaduje od rodičov, aby prehodnotili svoje správanie, myslenie, životný štýl, prestali byť egocentrický. Toto platí obzvlášť v rodinách, kde sa narodilo dieťa so zdravotnými problémami, medzi ktoré patrí aj dieťa s DMO. Rodina si viac než kedykoľvek predtým zakladá na citových vzťahoch a citové vzťahy si udržuje. Citové vzťahy sú tiež základňou o ktorú sa výchova dieťaťa opiera. Toto platí pre všetky rodiny, bez ohľadu na to či rodičia vychovávajú zdravé, alebo postihnuté dieťa. Rozdiel je len v tom, že splniť svoje základné funkcie je pre rodinu s postihnutým dieťaťom obtiažnejšie, zložitejšie a náročnejšie.

Psychologická problematika sa netýka iba samotného postihnutého dieťaťa, ale tiež rodičov, súrodencov, starých rodičov a ostatných členov rodiny. Narodenie postihnutého dieťaťa zmení životný štýl rodiny, ten sa prispôsobí jeho možnostiam a potrebám. Nastáva zmena identity takejto rodiny (Vágnerová, 2004).

Vyrovnať sa s postihnutím dieťaťa je pre rodičov veľmi ťažké. Proces vyrovnávania sa s novou situáciou má charakteristický priebeh (Jankovský, 2006).

Správanie a citové prežívanie rodičov postihnutého dieťaťa prebieha piatymi fázami.

1. Fáza šoku a popierania – rodičia neprijímajú fakt, že sa im narodilo postihnuté dieťa, hľadajú ďalších odborníkov, pretože si myslia, že diagnóza nebola správne stanovená.
2. Fáza bezmocnosti – kedy obaja, otec i matka, nevedia čo robiť. Chýba im dostatok informácií o postihnutí ich dieťaťa, hľadajú pomoc, niekoho, kto im poradí a pomôže. V tomto období sú veľmi citliví na reakcie okolia, boja sa odmietnutia ostatných ľudí.

3. Fáza postupnej adaptácie a vyrovnávania sa s problémom – kedy u rodičov ešte stále pretrvávajú negatívne emócie, hľadajú vinníka. Vinu väčšinou prisudzujú sebe, alebo zdravotnému personálu. V tejto fáze sa rodičia postupne s problémom vyrovnávajú a hľadajú riešenie. Zvyšuje sa u nich záujem o nové informácie, chcú vedieť ako sa o postihnuté dieťa starať, aká je prognóza ochorenia a aká je budúcnosť ich dieťaťa.
4. Fáza vyjednávania – rodičia postihnutie svojho dieťaťa prijali, ale hľadajú niečo čo by postihnutie zmiernilo. Ide o dlhodobý stres, rodičia sú často unavení a vyčerpaní, pretože starostlivosť o postihnuté dieťa je veľmi náročná.
5. Fáza realistického postoja – rodičia sa už snažia prijímať dieťa také aké je. Ich plány sú realistické a splniteľné a ich správanie je primerané i keď v záťažovejších situáciách môže byť odlišné od normy (Vágnerová 2004).

V rodine postihnutého dieťaťa hrozí riziko uprednostňovania vo výchove dieťa postihnuté pred zdravým. Zdravý súrodeneц je posunutý na druhé miesto. Dôvodom tohto prístupu nie je nezáujem o zdravé dieťa, ale to, že všetku svoju energiu venujú starostlivosti postihnutému dieťaťu. Zdravé dieťa sa môže cítiť menejcenné, ukrižované a môže byť vystavené riziku psychického ohrozenia. Stáva sa, že tieto deti sa snažia upútať svojich rodičov, niekedy aj nevhodným spôsobom. Mnohí zdraví súrodenci svoju predurčenú úlohu prijímajú.

Druhým extrémom je, keď rodičia sústredia veľkú pozornosť na zdravé dieťa a kompenzujú si tak problémy a starosti, ktoré im prináša starostlivosť o postihnuté dieťa. Na zdravého súrodence



kladú nadmierne nároky, mnohokrát ťažko až vôbec nezvládateľné. Tým sa komplikuje jeho socializácia a rozvoj identity. V určitých situáciách sa môže vytvoriť medzi zdravými a postihnutými súrodencami negatívny vzťah. Niekedy však primeraným zaťažovaním zdravého súrodenca v starostlivosti o svojho postihnutého súrodenca môžu rodičia kladne ovplyvniť ich socializáciu.

## **2. 1 Vývojové obdobia dieťaťa s DMO**

Každý človek prichádza na svet s vrozenými inštinktmí, ktoré potrebuje pre svoje prežitie. Všetko ostatné sa v priebehu svojho života naučí. Vývoj dieťaťa prebieha rovnakými obdobiami ako vývoj zdravého dieťaťa, avšak sú tu riziká druhotného postihnutia v niektorých obdobiach vývoja.

### **Dojčenský vek**

Základnou úlohou vývojového obdobia je vytvorenie pevného vzťahu dieťaťa s matkou. V dojčenskom období je riziko, že postihnuté dieťa nebude dostatočne stimulované a prijateľne citovo akceptované, pretože jeho rodičia nie sú ešte vyrovnaní s jeho postihnutím. U takéhoto dieťaťa môže prevažovať apatia a pasivita, často ešte posilňovaná rodičovským správaním.

Podľa niektorých autorov (Řičan, Krejčiová a kol.,2006) deti v dojčenskom veku so senzorickou a pohybovou depriváciou sú veľmi citlivé a pri ďalšej hospitalizácii môže dôjsť i k vývojovému regresu a spomaleniu vývojového tempa.

### **Batolivý vek**

Batolivý vek je obdobie sebauvedomovania. Dieťa sa uvoľňuje z mnohých väzieb. Osamostatnenie postihnutého dieťaťa je sťažené a často nedostupné. Pre deti v prvom až v treťom roku života je typická pohybová aktivita. Postihnuté deti veľmi ťažko

znášajú obmedzenia pohybu. Obdobie prvej emancipácie má veľký význam pre rozvoj vedomia dieťaťa, seba samého a rozvoj vlastnej identity. Niektoré batolátá s výrazným postihnutím sa správajú ako dojčatá – nechodia, nehovoria a nereagujú na podnety z okolia.

### **Predškolský vek**

V predškolskom období dochádza k rozvinutiu kvalít detstva. Dieťa je v tomto období otvorené, verí svojmu okoliu je ústretové. Kladne vníma okolitý svet, uisťuje sa, že svet je dobrý, krásny, plný lásky. V tomto období sa rodičia často rozhodujú či zaškoliť svoje postihnuté dieťa v materských školách, alebo detských centrách (Lehovský, 1989).

### **Školský vek**

V školskom veku sa postihnuté dieťa stabilizuje. Nástup do školy predstavuje dôležitý medzník. V tomto období môže prísť k prvej kríze identity, pretože dochádza ku konfrontácii dieťaťa s jeho spolužiakmi. Integrácia do bežnej školy je relatívne častá, ale môže byť pre postihnuté dieťa s DMO záťažovou situáciou, pokiaľ rodičia správne neodhadli a precenili jeho možnosti, v snahe potvrdiť normalitu dieťaťa. Mnohí rodičia si uvedomujú dôležitosť vzdelávania ich postihnutého dieťaťa. Deti s DMO si vyžadujú špeciálnu starostlivosť, pretože popri ich postihnutí sa objavujú i špecifické zvláštnosti a poruchy:

- poruchy pozornosti
- zrakové a sluchové poruchy
- poruchy jemnej motoriky
- zvýšená únava
- citová labilita
- znížená inteligencia
- pridružené špecifické poruchy učenia, hlavne agrafia, alexia, dyskalkúlia, dysortografia, dyslexia

Vzdelávanie a rozvoj ľudského jedinca nezačína jeho vstupom do školského systému, ale v skutočnosti už od narodenia. Najmä pri narodení človeka s postihnutím je mimoriadne dôležité začať čo najskôr s intenzívne cielenou špeciálnou starostlivosťou, ktorá môže pomôcť znížiť mieru budúceho handicapu i v oblasti vzdelávacích možností.

V špeciálnych základných školách, kde sa zvyčajne tieto deti vzdelávajú je výučba prispôbená potrebám a možnostiam postihnutého dieťaťa. V našej republike majú všetky deti právo na vzdelávanie.

### **Dospievanie**

Obdobie dospievania sa tiež nazýva fázou druhej emancipácie, je to obdobie kedy je dieťa k sebe i k svojmu okoliu kritickejšie. Postihnuté dieťa si oveľa viac uvedomuje svoje postihnutie a z neho vyplývajúce obmedzenia, začína chápať, že jeho uplatnenie v živote nebude jednoduché. Táto fáza je charakteristická možnosťou narušenia vývoja jeho osobnosti, taktiež vzťahov s ostatnými ľuďmi.

Dieťa dospieva v oblasti biologickej, psychickej i sociálnej. Dieťa si uvedomuje aké je, čo zvláda a čo ešte nie, je neisté, dáva si otázky ako to bude v budúcnosti. Objavujú sa prvé úspechy, ale i omyly, často i krízy. Podpora a celkový postoj okolia môže a aj ovplyvňuje vyrovnanie sa dieťaťa s týmto problémom. (Helus, 2004).

Ďalším problémom obdobia dospievania je vytváranie si vrstovníckych vzťahov, ktoré sú pre zdravých adolescentov úplne prirodzené. Postihnuté dieťa zostáva čiastočne, niekedy úplne závislé na dospelých. Zdraví vrstovníci nemusia takéhoto vrstovníka úplne prijať, môže byť izolovaný na pokraji skupiny a trpieť nedostatkom sociálneho kontaktu.

Postihnuté dieťa pohybujúce sa iba v skupine podobne postihnutých vrstovníkov si svoje postihnutie často plne neuvedomuje. Všetci členovia sú si rovní, preto nie je nijak znevýhodnený. Často tak vzniká základ budúcej minoritnej skupiny.

Voľba povolania je pre postihnuté dieťa veľmi náročná.

## **2.2 Výchovná rehabilitácia detí s DMO**

Pod pojmom výchovná rehabilitácia detí s DMO sa rozumie súhrn špeciálne – pedagogických postupov zameraných na celkový rozvoj osobnosti postihnutých jedincov, v konečnom dôsledku na jeho socializáciu.

Tieto postupy sledujú nasledujúce ciele:

- A. Edukačné – pod týmto pojmom rozumieme výchovné vzdelávacie pôsobenie na postihnutých žiakov v záujme dosiahnutia stavu jeho relatívnej vychovanosti a vzdelanosti.
- B. Rehabilitačné – pracovné, sociálne, psychické a podobné pôsobenia v rámci komplexnej rehabilitácie.
- C. Stimulačné - programy stimulácie majú charakter somatickej, vestibulárnej, vibračnej, orálnej, akustickej, taktilno – haptickej, vizuálnej stimulácie a stimulácie pociťovania chuti a pachu.
- D. Rozvíjajúce – zamerané na rozvíjanie komunikácie, motoriky, učenia, sebaobsluhy a iných spôsobilostí.
- E. Reedukačné – sú zamerané na zmiernenie alebo odstránenie nedostatkov činností orgánov či funkcií
- F. Kompenzačné metódy – zamerané na rozvoj činností náhradných orgánov alebo funkcií napr. písanie nohami u postihnutých horných končatín...
- G. Korekčné – zamerané na nápravu činností orgánov alebo funkcií napr. náprava dyslálie, poruchu písania, dysartrie (Vašek, 1996).

Tradičný systém starostlivosti o deti s DMO ich v minulosti odlučoval už v predškolskom veku od rodiny s cieľom zabezpečiť im odbornú starostlivosť v špeciálnom zariadení. V podstate sa nepočítalo s tým, že by sa ľudia postihnutí podieľali na živote spoločnosti a pohybovali sa na verejnosti. V súčasnosti je situácia iná. Postihnuté deti, teda i deti s DMO majú právo zaškolenia.

Zaškoliť sa môžu v:

- špeciálnych školách
- školách pre intaktných – integrované, resp. kombinované podmienky
- špeciálnych zariadeniach – ústavy a iné formy inštitucionálnej starostlivosti

Zriaďovateľom a prevádzkovateľom týchto ustanovizní môžu byť

- štát
- súkromné osoby (fyzické i právnické)
- cirkev (Vašek, 1996)

### **2.3 Legislatívne zabezpečenie edukácie detí s DMO**

Špeciálnu edukáciu je možné chápať ako zámerné pôsobenie prostredia na osobnosť jednotlivca so špeciálnymi výchovno - vzdelávacími (edukačnými) potrebami s cieľom zabezpečiť proces učenia na základe komunikačno-informačných interakcií prostredníctvom špeciálno - pedagogických intervencií.

Edukačné stratégie predstavujú zovšeobecnený súhrn cieľov, zámerov a činností, podmienok a úprav, smerujúcich k dosiahnutiu cieľa edukácie detí s DMO.

V Slovenskej republike súčasný systém vzdelávania umožňuje deťom so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími

potrebami podľa Zák. č. 29/1984 Zb. o sústave základných a stredných škôl (školský zákon, v znení neskorších predpisov), Zák. č. 279/1993 Zb. o školských zariadeniach a vykonávacích predpisov k týmto zákonom nasledujúce spôsoby vzdelávania a výchovy:

- vzdelávanie formou individuálnej integrácie v systéme bežného školstva (Vyhláška MŠ č. 409/ 1990 Zb. a Vyhláška č. 249/ 1995 Z. z., § 3a, ods. 1: „ Do školy možno zapísať aj žiakov zrakovo, sluchovo a telesne postihnutých alebo žiakov s chybami reči.“);
- vzdelávanie formou sociálnej integrácie v špeciálnych triedach bežných škôl (Vyhláška MŠ SR č. 143/1984 Zb. o základnej škole v znení vyhlášky č. 409/ 1990 Zb. a Vyhlášky č. 249/ 1995 Z. z. § 3a, ods. 2: „ Pri školách možno zriaďovať špeciálne triedy pre žiakov so špecifickými vývinovými chybami učenia alebo pre žiakov s chybami reči.“ Vyhláška MŠ SR ďalej hovorí o stredných školách v znení vyhlášky č. 52/1993 Z. z. a Vyhlášky č. 255/1995 Z. z. § 4 , ods. 8 : „ Na vybraných stredných školách možno zriaďovať špeciálne triedy pre zrakovo, sluchovo a telesne postihnutých žiakov.“);
- Vzdelávanie v špeciálnych školách (Vyhláška MŠ SR č. 212/1991 Zb. o špeciálnych školách v znení Vyhlášky MŠ SR č. 63/200 Z. z.) ,
- Výchova v predškolských zariadeniach formou individuálnej integrácie v bežných materských školách alebo formou sociálnej integrácie v špeciálnych triedach bežných materských škôl alebo segregovane v špeciálnych materských školách (Vyhláška MŠ SR č. 353/1994 Z. z. o predškolských zariadeniach v znení jej novely č. 81/ 1997 Z. z. Zákon NR SR č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach v znení Zákona č. 222/1996 Z. z. (Vančová, 2002, str.3)

Zákon č. 229/2000 Z. z. (novelizoval sa ním zákon č. 29/1984 Zb. o základných a stredných školách / školský zákon) garantuje vzdelávanie všetkých detí so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami vo veku plnenia povinnej školskej dochádzky, teda aj žiakov s takým druhom a stupňom postihnutia, ktorí boli na jeho základe oslobodzovaní od povinnej školskej dochádzky, nakoľko ich výchova a vzdelávanie špeciálnymi formami a metódami využívanými pri výchove a vzdelávaní žiakov s iným druhom postihnutia bola neúspešná (Škola, manažment, ekonomika, legislatíva, 2003, str. 14).

V roku 2003 bola novelizovaná Vyhláška č. 212/1991 Zb. o špeciálnych školách Vyhláškou MŠ SR č. 364/2003 Z. z. Cieľom novely vyhlášky je zosúladienie jej doteraz platného znenia so znením zákona č. 229/2000 Z. z., ktorým sa mení i tzv. školský zákon

Úspešnosť integrácie vo vzdelávaní je ovplyvnený rôznymi faktormi. Veľkú úlohu tu hrá

- prostredie školy ( napr. bezbariérové prostredie atď.)
- postoj a kompetencie učiteľa k edukácii žiakov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami
- spolupráca so školskými poradenskými zariadeniami
- prijatie zo strany učiteľov, spolužiakov, rodičov atď.
- miera a kvalita špeciálnej podpory ( kompenzačné a didaktické pomôcky, asistent pedagóga a pod.)
- dominujúce pohľady na školskú integráciu v spoločnosti

S integrovaným vzdelávaním handicapovaných žiakov počítajú aj rámcové vzdelávacie programy a prístup k vzdelávaní týchto žiakov na školách musia byť rozpracované v ich školských vzdelávacích programoch, pre integrované vzdelávanie žiakov s ľahkou mentálnou retardáciou je spracovaná samostatná príloha rámcového

vzdelávacieho programu pre špeciálnu edukáciu žiakov s ťažkými formami postihnutia. Pre každého žiaka so špeciálnymi edukačnými potrebami musí škola vytvoriť v spolupráci so školským poradenským zariadením a rodičmi žiaka individuálny vzdelávací plán.

## **2. 4 Poradenstvo vo výchove a vzdelávaní**

Výchova a vzdelávanie postihnutého dieťaťa so sebou nesie samozrejme radu špecifických otázok a problémov. Rodina a pedagógovia v bežných školách potrebujú občas podporu a radu ďalších odborníkov ( psychologov, špeciálnych pedagógov )

Môžu preto využívať služby školských poradenských zariadení, ktorými sú pedagogicko – psychologické poradne a špeciálnopedagogická centrá. Poradne sa venujú najmä diagnostike a poradenstvu v oblasti špecifických porúch učenia a správania, výchovných a vzdelávacích problémov. Centrá sú spravidla zriaďované pri niektorých špeciálnych školách a sú zamerané na deti a žiakov s príslušným druhom postihnutia ( mentálnym, zrakovým , sluchovým atď. ). Obe poradenské zariadenia tiež úzko súvisia a spolupracujú so školami pri vytváraní individuálnych vzdelávacích plánov pre integrovaných žiakov, pri indikácii špeciálnych pomôcok, činnosti pedagogického asistenta. ( Slowík, 2007)

## **2. 5 Celoživotné vzdelávanie**

Ľudia s postihnutím majú tiež ako všetci ostatní, potrebu a právo vzdelávať sa a rozvíjať po celý život. V závislosti na hĺbke a typu postihnutia sa im ponúkajú možnosti, ktoré nie sú zrovnateľné s možnosťami bežnej populácie. Najmä jedinci , ktorí nemôžu vzhľadom k svojmu obmedzeniu využívať štandardných vzdelávacích príležitostí (ťažké chyby, poruchy, mentálne postihnutie a podobne) nemajú dostatok špeciálnych ponúk. Väčšinou sú títo jedinci odkázaní iba na



možnosti svojpomocných občianskych aktivít, ktoré sa snažia medzery v ponuke vzdelávacích služieb a príležitostí určených pre týchto jedincov naplniť.

V niektorých prípadoch, keď to postihnutie umožňuje je v súčasnosti pre týchto študentov ľahšie absolvovať úspešne rôzne formy vysokoškolského štúdia. Väčšina vysokých škôl a univerzít im dokonca ponúka špeciálne služby a podporu, požičanie špeciálnych pomôcok, poradenstvo a pod.

### 3. ČLOVEK S DMO V SPOLOČNOSTI

Každý z nás môže byť pohľadom na osoby s postihnutím do určitej miery ovplyvnený množstvom predsudkov, ktoré sa tradujú s takou intenzitou, že je pre nezasväteného človeka veľmi obtiažne odlíšiť ich od skutočnej reality. Značná časť spoločnosti stále žije v predstave, že všetci postihnutí ľudia sú nešťastníci, že nemajú a dokonca ani nemôžu mať zmysel pre humor, že zábava, radosť, úspech alebo napr. sexuálny život nejdú s postihnutím dohromady. Ten, kto chce získať pravdivejší obraz o živote ľudí s postihnutím, musí začať pristupovať k tejto problematike so zdravým nadhľadom, bez predsudkov a s dostatočnou dávkou otvorenosti a odvahy. Rovnakú cestu museli absolvovať v minulosti všetci, ktorí sa rozhodli nezostať k postihnutému človeku v jeho ťažkej situácii ľahostajní a naviazali obojstranný prijateľný vzťah (Slowík, 2007).

Človek s viditeľnou chybou alebo poruchou či akýmkoľvek zrejším postihnutím, či znevýhodnením je v ľudskej spoločnosti odlišným jedincom a táto odlišnosť bola vždy spojená s radou špecifických problémov (Titzl, 2000).

U druhých ľudí môže totiž vzbudzovať strach alebo odpor ( najmä keď sa jedná o postihnutie silne esteticky rušivé, zohyzďujúce a pod.), prináša neistotu ( nevedia, ako s takýmto človekom komunikovať, ako mu porozumieť, ako sa k nemu chovať) a je tiež príčinou toho, že postihnutý človek nemôže naplňovať niektoré normy, na ktorých si spoločnosť veľmi zakladá. Súčasne však taká výrazná odlišnosť vždy priťahovala pozornosť okolia doslova ako magnet. Aj dnes si môžeme všimnúť, že čím je človek výrazne a nápadne postihnutý, tým sa viac ľudia za ním na ulici otáčajú, alebo sa ho pokúšajú nenápadne pozorovať.

Ambivaletný postoj, pre ktorý sú príznačné rôzne formy prijatia i odmietania postihnutých ľudí pretrváva v spoločnosti dodnes a vždy bude prirodzeným prejavom určitej neistoty vo vzťahu k týmto osobám.

Už z toho dôvodu budú osoby s postihnutím vždy vytvárať v každej ľudskej populácii rôzne štruktúrovanú minoritu a ich vzťah s ostatnou spoločnosťou bude charakterizovať permanentné hľadanie a riešenie (Slowík, 2007).

### **3. 1 Vývoj vzťahu spoločnosti k postihnutým ľuďom**

Vzťah spoločnosti k telesne a zdravotne postihnutým jedincom sa vyvíjal v závislosti na jej štruktúre, na stupni myslenia, morálky a noriem spoločenského života. V jednotlivých obdobiach a v jednotlivých krajinách bol veľmi rozdielny podľa sociálneho postavenia postihnutých osôb. Vo vývoji ľudskej spoločnosti sa dá charakterizovať niekoľko štádií:

- represívne
- likvidačné
- segregáčne
- charitatívne
- humanitné
- rehabilitačné a preventívne

#### ***Represívne***

Najstaršie ľudské spoločenstvo nemalo vytvorené pevné, mravné normy. Za dobré a správne sa považovalo to, čo udržovalo a posilnilo životaschopnosť skupiny. Za zlé a nesprávne všetko čo ju ohrozovalo a oslabovalo. Bola to snaha zachovania rodiny, rodu, či kmeňa, ktorá určovala osud oslabených, chorých a postihnutých jedincov, lebo svojou existenciou znižovali životaschopnosť príslušnej spoločenskej skupiny. Tá sa ich preto takmer vždy zbavovala fyzickou likvidáciou, vylúčením alebo opustením.

Otrokárska spoločnosť nezdôrazňovala existenčný aspekt pri vylučovaní zdravotne postihnutých a chorých zo svojho streda. Bola

zameraná najmä na novonarodené deti, ktoré boli považované z mnohých dôvodov za nežiaduce a preto boli segregované alebo priamo likvidované.

Otrokárska spoločnosť degradovala cenu človeka na bezvýznamnú jednotku živého inventára v statku, držiteľa pôdy, užívateľa výsad slobodného občana, člena vojensko – obchodnej vládnucej vrstvy. Nie je teda divné, že i k vlastným neduživým deťom sa chovali títo ľudia tvrdo. Videli v nich neprimeraných predstaviteľov ich moci (Renotierová, 2003).

### **Likvidačné**

Jedná sa o násilné usmrcovanie telesne postihnutých či nedostatočne vyvinutých detí hneď po narodení. Tieto praktiky boli pravdepodobne bežné v celom antickom období, ktoré zdôrazňovalo harmóniu ako dominantnú myšlienku helénskej filozofie. Lykurgove zákony v 4.stor. p. n. l. dávali v Grécku plnú moc otcovi k fyzickému usmrteniu telesne postihnutého novorodenca. V Sparte zase ponechávali tieto deti v horách napospas smrti hladom či ako obeť dravej zveri. V Ríme dostal otec právo svoje dieťa neprijať pre vonkajšie postihnutie (nedostum prodigium) alebo pre narodenie v nepriaznivý deň (dies nefastus). K rozhodnutiu o jeho usmrtení stačil súhlas rady zložené z piatich susedov. Tieto deti bývali utopené v Tibere, jazerách, odložené na ulici, na trhu, v lese alebo v Ríme u tzv. mliečneho stĺpu v jedenástom regióne mesta. Pokiaľ sa niekto dieťaťa ujal, stalo sa jeho otrokom a často bolo ešte viac nápadnejšie znetvorené, aby pri žobrote pre svojho pána vzbudilo čo najväčší súcit (Renotierová, 2003).

V dobách najväčšieho mravného a politického úpadku sa Rimania dokonca bavili telesne postihnutými, ktorých nazývali „ morio“. Jan Chlup o tom píše: „ Bol to trh na takýchto úbožiakov – forum morionum, kde predavači dostávali za podarený exemplár až tisíce zlatých. O nejakom pokuse učených stoku po odstránení tejto nízkosti

história nič nehovorí. Ideál vonkajšej harmónie nedovoľoval všímať si poznamenaných.“( Chlup, 1923,s.11)

### **Segregačné**

Je možné ho charakterizovať ako formu represie, existujúce súbežne s likvidačnými praktikami. Kočovné národy chorých a telesne postihnutých členov priamo neusmrcovali, ale ponechávali ich na poslednom bydlisku. Ani určitá zásoba potravín a vody spravidla neodvrátila ich skoré úmrtie.

Až do súčasnej doby existujú isté formy segregácie. Príkladom sú niektoré africké ázijské oblasti, v nich po vypuknutí nákazlivých ochorení sú dotyční vyvážaní na vyhradené miesta kde ich oddeľujú demarkačnou čiarou, k nej je donesené chorým jedlo a nutné životné potreby.(Renotierová, 2 003).

### **Charitatívne**

Antický ideál dokonalého, krásneho a zdravého človeka, ktorý vôbec nedával priestor k životu postihnutého, bol časom vystriedaný novými postojmi. Náboženská filozofia sa postupne menila i v našich krajinách. Menil sa i vzťah spoločnosti k týmto jedincom. I keď samotný proces bol poznamenaný radou rozporov. Obrat v názoroch na mrzáka prináša stredovek. Stredovek pretvára vieru dávnoveku – animismus, že všetko dianie je spôsobené chcením alebo nechcením skrytých síl, že všetko neobyčajné je spôsobené zvláštnym úmyslom Boha, alebo nepriateľskou mocou diabla. Chromý, mrzák, zhrbená starena, tí všetci boli svojou postavou podozriví každému človeku, stvorenému k božiemu obrazu. Videli v nich stelesnenie magickej moci, ktorá rušila božskú harmóniu. Do učenia o abnormalitách sa dostáva tak buď diabol a zlé mocnosti, alebo je každá odchylka považovaná za trest boží a nevinné individuum si zaslúži, aby bolo usmrtené.

Nedokonalosť ľudského tela, ktoré je považované skôr len za akúsi schránku pre ľudskú dušu, zdôraznilo kresťanstvo. Jeho učenie sa postavilo proti jednostrannému povrchnému kultu tela hlásaním lásky k blížnemu, súciti k trpiacim, povinnosti pomoci slabším a potrebným. Na týchto základoch vznikol charitatívny postoj spoločnosti k všetkým chorým, slabším a postihnutým osobám. Aspoň najnutnejšiu pomoc poskytovali kláštory, špitály, chorobince, chudobince. Tieto zariadenia plnia nezastupiteľnú funkciu pre značný nárast vrodených chýb a ochorení detí ako následok nekvalitnej výživy, vojen, nedostatočnej hygieny i celkového úpadku. Ľudia bez domova sa združovali v tlupách a živil sa žobrotou a krádežami.

Isté výsadné postavenie v tomto období mali niektoré telesne postihnuté deti z rodín najvyšších feudálnych vrstiev, ktoré bolo dané na výchovu do odľahlých miest, alebo ich dokonca rodina akceptovala a snažila sa im dať čo najlepšiu liečebnú i výchovnú starostlivosť. Takto sa z niektorých stali dokonca vynikajúce osobnosti – napr. lord Byron , anglický kráľ Richard 3. a iní.

Charitatívny prístup spoločnosti k postihnutým znamenal aspoň základnú sociálnu a liečebnú starostlivosť o postihnutých a chorých, zameranú i k výchovným snahám. Prvé náznaky výchovnej činnosti v niektorých charitatívnych zariadeniach vytvárali predpoklady pre prechod k ďalšiemu obdobiu.

### ***Humanitné***

Snahy o návrat k antickej vzdelanosti a umeniu v období humanizmu a renesancii znamenali aj vyslovenie požiadavky na vzdelávanie postihnutých. Pochopiteľný odpor feudálnej vládnucej vrstvy súvisel s obavami z rozšírenia vzdelanosti medzi nevoľníkmi. V tejto dobe vznikli pokrokové názory J. A. Komenského (1592 – 1670), ktorý vyslovil požiadavku všeobecného a všestranného vzdelávania pre

všetkých ľudí, bez rozdielu pôvodu, pohlavia a sociálneho postavenia. Vplyv myšlienok Komenského sa prejavil časom nielen v charitatívnych zariadeniach, ale najskôr u súkromných učiteľov a vychovávateľov postihnutých detí rodín vyšších spoločenských vrstiev. Neskôr prenikli i do prvých ústavov, ktoré boli určené deťom nevidiacich, nepočujúcich a nakoniec i telesne postihnutých. V týchto súkromných zariadeniach boli zakladané školy a realizovaná výchovná a vzdelávacia starostlivosť o chovancov.

### ***Rehabilitačné a preventívne***

S rozvojom ústavnej starostlivosti o telesne a zdravotne postihnutých postupne predchádzali humanitné požiadavky od všeobecného vzdelávania k snahám po odborné vzdelávanie, ktoré by pripravilo postihnutého jedinca na povolanie. Tieto snahy boli začiatkom 20. storočia realizované v Nemecku, Dánsku, Nórsku a zásluhou výnimočnej osobnosti prof. MUDr. Rudolfa Jedličky i v našich krajinách. Ten v r. 1923 založil ústav pre telesne postihnutú (v staršej terminológii, „zmrzačenú“) mládež v Prahe na Vyšehradě. I keď pojem „komplexná rehabilitačná starostlivosť“ alebo „komplexná rehabilitácia“ bola používaná až omnoho neskôr, podľa koncepcie tohto českého chirurga a röntgenológa bol zverencom zaistený súhrn komplexnej starostlivosti a to starostlivosť liečebná, výchovno-vzdelávacia, sociálna, postupne potom i psychologická, technická a právna. Mala smerovať k socializácii a resocializácii postihnutých zverencov, tzn. pripraviť ich k zaradeniu a znovunavrátaniu do produktívnej práce a bežného spoločenského života. Na rozdiel od výhradne humanitných snáh nebol kladený dôraz len na vzdelávanie, ale i na cieľavedomú a individuálne prispôsobenú prípravu na povolanie.

Rehabilitačné ústavy pre pohybovo postihnutých vznikali v priebehu najmä 2. svetovej vojny a po jej skončení predovšetkým v štátoch, ktoré mali v dôsledku vojnových udalostí značný počet

vojnových invalidov v mladom produktívnom veku. Práve komplexná rehabilitácia mala týchto jedincov opäť navrátiť do pracovného procesu.

Rehabilitačné ponímanie starostlivosti o invalidných jedincov sa týkalo nielen telesne a zdravotne, ale i zmyslovo a mentálne postihnutých. Je charakterizované zriaďovaním rehabilitačných ústavov, rehabilitačných oddelení nemocníc a stredísk pre reprofesionalizáciu osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou. Všetky rehabilitačné snahy sa ďalej rozvíjali a pretrvávajú do súčasnosti, kde je zároveň realizovaná snaha o starostlivosť preventívnu ako výraz nového vzťahu spoločnosti k vzniku a odstraňovaniu rôznych defektov a ich následkov. Preventívna starostlivosť je uplatňovaná vo všetkých zložkách komplexnej rehabilitácie. Jej súčasťou sú snahy eugenické, najmä v oblasti liečebnej, výchovnej a poradenskej starostlivosti pre nastávajúcich rodičov u ktorých sa vyskytujú vrodené dispozície k niektorým chybám a ochoreniam. Výchova k manželstvu a rodičovstvu sa stáva poprednou zložkou celkovej preventívnej starostlivosti. (Renotierová, 2003)

### **3. 2 Norma a normalita**

Existuje niekoľko noriem, pričom väčšina z nich sa časom mení, niektoré zanikajú a naopak sa objavujú nové. Ak je niekto označovaný v ľudskej spoločnosti za „nenormálneho“, vymyká sa vo všeobecnom pohľade uznávaným normám dôležitým pre bezproblémovú sociálnu existenciu. Môže sa odlišovať napr. v oblasti noriem estetických (ponímanie krásy, vizáž), etických (pravidlá a spôsoby adekvátneho správania a jednania v konkrétnych situáciách), kultúrnych (napr. štýl obliekania, spôsob stravovania) alebo výkonových (úroveň schopností, znalostí a zručností, športové výkony atď.). Každé posudzovanie človeka na základe normatívnych meradiel je pritom značne subjektívne a dokonca ani v prípade porušenia právnych noriem (teda platných zákonov a právnych predpisov), ktoré je spoločensky najviac



kontrolované, nemusí byť a spravidla nebýva hodnotené vždy jednoznačne objektívne. Už preto je označenie niekoho slovom „nenormálny“ dosť relatívnym záverom, ktorý nikdy nemá všeobecný platný a pevný základ ( Peutelschmiedová, 2003).

Norma – podľa latinského významu slovo norma sa dá preložiť ako pravítko alebo pravidlo. Všeobecne je tento pojem dnes chápaný predovšetkým v zmysle záväznej smernice, ustáleného a všeobecného rešpektovania zvyku, alebo dokonca zákona.

Väčšina spoločenských vytváraných noriem nemá platnosť ani trvanie., dôležitú úlohu tu hrá časový faktor a vplyvom vonkajších podnetov i vnútornej dynamiky sa platnosť noriem a ich ponímanie v spoločnosti často mení (Vágnerová, 2004). Faktom zostáva, že každý postihnutý človek sa následkom svojej odlišnosti od niektorých noriem pri kontakte s bežnou spoločnosťou stretáva a musí sa s ňou vyrovnávať. Ako to bude pre neho ťažké, závisí okrem iného na miere jeho normality – teda na tom, ako blízko je jeho aktuálny stav alebo výkon od hraníc platnej normy ( napr. ako človek trpiaci vážnou poruchou reči je schopný komunikovať s okolím ).

Normalita – je stav osoby, jedinca, veci alebo javu odpovedajúcej norme, z hľadiska ktorého je normalita posudzovaná.

Ďalším kritériom je ponímanie normality, ktorú pri porovnávaní sledujeme. Najčastejší spôsob hodnotenia konkrétneho človeka, je jeho porovnávanie s ostatnými jedincami a posúdenie miery jeho odlišností od stanovených hraničných hodnôt, ktoré sú štatisticky dané. Napríklad sa často uvádza hodnotenie inteligencie na základe nameranej hodnoty IQ. Ľudia s abnormálnymi hodnotami IQ sa v danej škále vyskytujú nad i pod hranicami stanovenej normy.

Abnormalitu nemožno chápať iba ako niečo jednoznačne negatívne, je v skutočnosti i vysoko nadpriemerný stav ( napr. genialita). Všetci, ktorí sa z hľadiska štatistického ponímania vymykajú

norme, majú ťažkú situáciu v spoločnosti a často sa u nich vyskytujú problémy s plnou sociálnou integráciou v rámci komunity.

V špeciálnej pedagogike sa do oblasti záujmu okrem osôb s rôznymi druhmi zdravotného a sociálneho postihnutia postupne dostávajú i ľudia s mimoriadnym nadaním, ktorí rovnako potrebujú vo vzdelávaní a osobnostnom rozvoji špecifickú podporu. Aj oni sa stretávajú vo svojom okolí s neporozumením či neprijatím. (Slowík, 2007).

Proces interiorizácie (stotožnenie sa s normami), ktorý každá spoločnosť u svojich členov do určitej miery podporuje sociálnym tlakom, môže u človeka dosiahnuť niekoľko cieľových stupňov :

1. Konformita – vonkajšie prijatie normy bez vnútorného hlasu
2. Identifikácia – intenzívne akceptovanie normy, ale nie bezvýhradne
3. Internalizácia – veľmi hlboká identifikácia s normou, úplne prijatie

Existencia handicapu zasahuje do procesu interiorizácie v niektorých prípadoch veľmi negatívne.

Jednou z úloh špeciálnej pedagogiky je inšpirovať k reflexii predovšetkým sociokultúrnych noriem, aby sa pri posudzovaní osôb s postihnutými nebrali do úvahy na prvom mieste ich chyby a deficity, ale predovšetkým ľudský potenciál, ktorý môžeme úspešne rozvíjať a ktorý môže byť dokonca pre spoločnosť obohatením.

Reakcie spoločnosti na odlišnosti od normy môžu naberať rôzne dimenzie. Spravidla ide o formy vylúčenia, segregácie, izolácie, exkomunikácie alebo trestu, ktorý je v mnohých podobách a s rôznou dĺžkou trvania. Zmysel trestu nemusí byť represívny, pokiaľ prináša napríklad možnosť očistenia a nápravy. Pozitívne reakcie a možné spôsoby prijatia sú asimilačné, integračné, inkluzívne tendencie, alebo aspoň rešpekt odlišnostiam niektorých jedincov.

### 3. 3 Postoje spoločnosti k ľuďom so znevýhodnením

Pozostatkom nedávnej minulosti je stále pretrvávajúca cesta medicinizácie postihnutého, ktorá sa prejavuje predovšetkým pohľadom na postihnutého človeka ako na pacienta.

Pacient je slovo neodmysliteľne spojené s chorobou, postihnutého nie je vždy možné stotožniť s chorobou ( Novosad, 2000), podľa medzinárodnej platnej definície o zdraví (WHO) si dokonca môžeme za určitých podmienok dovoliť človeka s postihnutým označovať za zdravého.

Sociálna rola pacienta je charakteristická pre neho, ale pre rolu človeka s postihnutím vôbec nie je typická. Pacient je vnímaný ako ten, ktorý sa nachádza v nežiaducom stave a tento stav sa môže snažiť zmeniť, pretože v danom stave obmedzuje jeho možnosti prežívať život plnohodnotne. Ľudia s trvalým postihnutím nemôžu nikdy naplniť požiadavky na zmenu „nežiaduceho stavu“, aj keď by sa akokoľvek snažili, pretože ich postihnutie má trvalý a nezvratný charakter, i napriek tomu sú schopní a odhodlaní prežívať svoj život plnohodnotne a kvalitne. Nestoja o žiadnu ľútosť a zároveň nečakajú ani na zázračné uzdravenie.

Dôležitý postoj v spoločnosti k znevýhodnením osobám je množstvo termínov používaných k ich označeniu. Jedinci s rôznym druhom postihnutia sa u nás najčastejšie označujú ako osoby zdravotne postihnuté, čo je termín eticky prijateľný, ale tiež veľmi zavádzajúci. Postihnutie nemusí vždy byť príčinou narušenia dobrého zdravotného stavu človeka. Pojem „zdravotne postihnutie“ evokuje okamžité spojenie s ochorením, posilňuje nesprávne zaradenie takých jedincov s postihnutím práve do kategórie „pacient“.

Na prvom mieste je vždy človek, až potom je jeho postihnutie a tak by sme sa mali k nemu správať. Je lepšie označenie človek s postihnutím ako postihnutý človek a pod. V oblasti práce sa môžeme stále stretávať s označením „invalida“, to býva častejšie nahradené

pojmy osoba so zmenenou pracovnou schopnosťou, občan s ťažkým zdravotným postihnutím atď. Tiež v oblasti vzdelávania sa terminológia dynamicky posúva a mení – namiesto problémových alebo integrovaných žiakov sa dnes štandardne používa označenie detí a žiakov, študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. (Slowík, 2007)

### **3. 4 Stigma a stigmatizácia**

U postihnutého človeka býva v spoločnosti spojený pojem stigma s jeho životom - znamená označenie väčšinou s negatívnym významom a sprevádza všetkých takto odlišných jedincov počas celého ich života.

Podľa Goffmana (2003) je príčinou ich postihnutia nie chyba či porucha ale práve stigmatizácia jedincov, respektíve to ako je ich problém vnímaní okolím .

Postihnutie nie je príčinou stigmatizácie, ale stigma je naopak príčinou postihnutia.

Miera stigmatizácie konkrétneho človeka závisí od druhu a stupňa postihnutia človeka, na prístupe samotného postihnutého a jeho rodiny k problému. Vo veľkej miere závisí tiež na sociokultúrnych, politických a demografických podmienkach v konkrétnej populácii. Napríklad v našom prostredí ak niekto nesprávne vyslovuje hlásku „r“ je to pomerne rozšírený a tolerovaný jav , nebude tento človek s touto chybou natoľko stigmatizovaný ako človek s inou, závažnejšou poruchou reči (napr. zajakavosť). (Slowík, 2007)

## 3. 5 Integrácia a inklúzia

### 3. 5. 1 Integrácia

Integrácia je v súvislosti s postihnutými ľuďmi pojem dnes už všeobecne veľmi známy, obsahovo ešte stále ťažko zrozumiteľný. Slovo integrácia má mnoho významov a v oblasti špeciálnej pedagogiky tento pojem chápeme ako „spolužitie postihnutých a nepostihnutých pri prijateľnej nízkej miere konfliktov vo vzťahoch týchto skupín“(Jesenský, 1995) .

Je to označenie najvyššieho stupňa socializácie človeka, prakticky ide o opak segregácie – teda spoločenského vyčleňovania, sociálnej exklúzie.

Integrácia je chápaná ako dlhodobý zvolený trend, stalo sa toto slovo až neprirodzeným vyjadrením tendencií vo vývoji vzťahu medzi spoločnosťou znevýhodnenými členmi.

Sociálna integrácia je proces zrovnoprávnenia, začlenenia človeka do spoločností – je niečím prirodzeným a týka sa každého člena v spoločnosti. Komplikácie však nastávajú v špecifických prípadoch niektorých osôb alebo minoritných skupín, ktoré sa od väčšiny populácie výrazne odlišujú, nie sú schopný prirodzeným spôsobom dosiahnuť vysokú mieru socializácie. Preto je dôležité ich integráciu aktívne podporovať a vytvárať pre ňu vhodné podmienky.

Postihnutý človek sa do ľudskej spoločnosti potrebuje integrovať v mnohých oblastiach, ktoré patria plnohodnotnému životu. Patrí sem :

- Školská integrácia( napr. individuálne zaradenie detí do bežných tried).
- Pracovná integrácia – zamestnanie osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou, rôzne projekty podporované zamestnanie znevýhodneným osobám a pod.
- Spoločenská integrácia – bezbariérové bývanie, spoločenské prostredie, sociálna pomoc a podpora

samostatného a nezávislého spôsobu života s handicapom atď.

Integračný proces sa môže uberať rôznymi smermi závislými na zvolenom prístupe v sociálnej integrácii.

Asimilačný prístup – pre spoločnosť spočiatku ľahší celkovo však menej výhodný. Znevýhodnenie je záležitosťou konkrétneho jedinca, jeho sociálna integrácia závisí na schopnosti prispôbiť sa spoločenskej majorite, ktorá určuje pravidlá spoluzitia.

Adaptačný prístup (koadaptačný) – je pre spoločnosť zo začiatku náročnejší, neskôr však celkovo výhodnejší. Znevýhodnenie je spoločenský problém konkrétnych osôb aj celej spoločnosti. Snaha jedinca o sociálnu integráciu podporuje v spoločnosti ústretovými opatreniami ako je odstraňovanie bariér, prispôsobovanie sa navzájom.

Stupne sociálnej integrácie podľa WHO ( Jesenský, 1995) môžu byť:

1. Sociálne integrovaný - postihnutý nie je obmedzený pri všetkých spoločenských činnostiach
2. Účasť inhibovaná – postihnutie vyvoláva určitú nevýhodu, ktorá ho mierne obmedzuje
3. Obmedzená účasť – osoba sa nezúčastňuje naplno obvyklých spoločenských činností a ich postihnutie negatívne ovplyvňuje napríklad manželstvo, sexuálny život a pod.
4. Zmenšená účasť – v dôsledku postihnutia nie sú osoby schopné naviazať náhodné kontakty a jej účasť v spoločenskom živote je obmedzená na komunitné vzťahy – rodina, domov, pracovisko a pod.
5. Ochudobnené vzťahy - ide o obmedzenia vo fyzickom, sociálnom, či psychickom vývine bez tendencii k zlepšeniu

6. Redukované vzťahy – jedinci sú schopný udržovať trvalé vzťahy iba k vybranej skupine ľudí alebo k jednotlivcovi
7. Narušené vzťahy – jedinci nie sú schopný udržovať trvalé vzťahy s ostatnými ľuďmi, zmeny správania pôsobia negatívne i v prostredí prirodzenej skupiny
8. Spoločenská izolovanosť – ide o špecifické prípady segregácie, o osoby, ktorých miera integrácie je nezistiteľná práve pre ich izolovanosť

### **3. 5. 2 Inklúzia**

Inklúzivny postoj spočíva v presvedčení, že všetci ľudia sú si rovní v dôstojnosti a právach (Brandl, 2006).

Inklúzia je vlastne nikdy nekončiaci proces, v ktorom sa ľudia s postihnutím môžu v plnej miere zúčastňovať všetkých aktivít spoločnosti rovnako ako ľudia bez postihnutia.

V inklúzivných prístupoch sú osoby s postihnutím zapojené do všetkých bežných činností ako ľudia bez postihnutia. Ak je to možné nie sú využívané žiadne špeciálne prostriedky a postupy. V situáciách kedy je to nutné, nastupuje adekvátna pomoc, podpora. V tom vidíme zásadný posun v integračných postupoch, ktoré spočívajú práve v zaistení špeciálnych prostriedkov, podpory a starostlivosti o postihnutých jedincov, aby mohli byť tieto osoby zapojené do väčšiny činností v bežnom živote a v spoločnosti.

Napríklad školská integrácia, ktorá je úzko spätá so špeciálnym školstvom, kde pre postihnutého žiaka sú pripravené špecifické metódy, pomôcky, ktoré môže pri vzdelávaní využiť a tým vytvára špeciálne až segregované vzdelávacie prostredie.

Inklúzívne vzdelávanie uprednostňuje zaradenie žiakov a študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami do bežných základných škôl. Vzdelávanie prebieha spoločne s intaktnými

vrstovníkmi s využitím bežných vzdelávacích metód a prostriedkov. Špeciálne pomôcky a metódy sú využívané, všade tam kde je to pre efektívne vzdelávanie znevýhodnených žiakov nutné a potrebné.

Takýto prístup je mimoriadne výhodný aj pre deti intaktné, ktoré si vytvárajú nezaujaté postoje k osobám s postihnutím. Je dôležité prijať myšlienku inklúzie „byť odlišný je normálne“. ( Groof, Lauwers, 2003).

### **3. 6 Právo a ľudia s postihnutím**

Právo je často systematicky rozdeľované do rôznych kategórii napr. právo ústavné, občianske, trestné atď.. Medzinárodne uznávané ľudské práva je za normálnych okolností v demokratickej spoločnosti neprípustné obmedzovať (napr. na život, právo na slobodu a pod. ) a vzťahuje sa na každú ľudskú bytosť bez rozdielu, no v prípade národných legislatív je situácia odlišná. Právne systémy jednotlivých krajín sú k postihnutým ľuďom rôzne ústretové a v určitých prípadoch môže byť pre niektoré osoby výkon určitých práv dokonca zákonom obmedzovaný.

Príkladom obmedzujúcich opatrení je zbavenie spôsobilosti k právnym úkonom, ktorý sa týka osôb neschopných samostatného zodpovedného právneho jednania ( napr. jedinci s ťažkým mentálnym postihnutím) v tomto prípade im nie je právo odňaté, ale v jeho naplnení mu pomáha súdom stanovený opatrovník, ktorý by mal jednať v zaujme postihnutého človeka. Ide napríklad o podpisy zmluvy, zastupovanie pri úradnom jednaní atď. Zmyslom je predovšetkým ochrana pred neuváženým jednaním, zneužitím a podobne.

Za posledné roky boli vydané mnohé deklarácie a zmluvy, ktoré sa vzťahujú k osobám s rôznym druhom postihnutia a ktoré síce nie sú právne záväznými dokumentmi, ale mali by inšpirovať štátnu legislatívu k naplňovaniu týchto významných dohôd. Každá krajina má mať svoje



vlastné uznesenia obsiahnuté v uvedených dokumentoch vo vlastných právnych predpisoch, ktoré sa týkajú rôznych oblastiach života ľudí v spoločnosti.

***Príklad niektorých medzinárodných deklarácií a zmlúv dotýkajúcich sa osôb s postihnutím:***

1971- Deklarácia práv mentálne postihnutých osôb ( OSN)

1975 - Deklarácia práv zdravotne postihnutých osôb ( OSN )

1993 - Štandardné pravidlá pre vyrovnanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím ( OSN)

2003 - Madridská deklarácia (Európsky kongres o osobách so zdravotným postihnutím, Madrid 2003)

Postavenie postihnutých ľudí v našom právnom poriadku by sa v súčasnosti dalo charakterizovať ako pomalé smerovanie k pozitívnym zmenám. Z veľkej časti je to i našim členstvom v Európskej únii, ale výrazný posun sa zaznamenal už od počiatku 90. rokov minulého storočia, kedy bolo postupné spracovanie niekoľkých národných plánov zameraných na zlepšenie situácie znevýhodnených občanov v našej spoločnosti. Vďaka týmto dokumentom sa zvoľna mení k lepším legislatívnym podmienkam v oblasti vzdelávania, pracovného uplatnenia, sociálneho zabezpečenia, alebo zdravotnej starostlivosti občanov s postihnutím. Svoje práva začínajú aktívnejšie presadzovať sami ľudia s postihnutím rovnako v európskej i v celosvetovej miere, zároveň sa presúva pozornosť na opatrenia proti diskriminácii znevýhodnených osôb ( Michalík, 2003).

### **3. 7 Sociálna starostlivosť a sociálne služby**

Sociálna starostlivosť, ktorá je prejavom sociálnej politiky, sa u nás uskutočňuje prostredníctvom sociálnej podpory a sociálnej starostlivosti.

Sociálna podpora predstavuje systém finančných príspevkov a dávok. Sociálne služby ponúkajú konkrétnu pomoc pri riešení zložitej situácie v rôznych oblastiach života postihnutých osôb. V ideálnom prípade klient pomocou príspevku sociálnej podpory môže financovať potrebné sociálne služby a tak si korigovať a riadiť využitie sociálnej starostlivosti podľa vlastných aktuálnych potrieb.

Dôležitou úlohou súčasného systému sociálnej starostlivosti by sa malo stať tzv. komunitné plánovanie sociálnych služieb založené na vzájomnej dohode a spolupráci s zástupcami obcí a krajov s klientmi. Efektívnosť tohto systému bude závisieť z veľkej časti od všetkých zúčastnených strán. Výhodou by mala byť ich dobrá znalosť potrieb miestnej komunity a prehľad situácií menších územných celkov. Komunitné plánovanie tiež odráža snahu presúvať väčšiu mieru podpory a pomoci pri sociálnej integrácii s postihnutím z odbornej starostlivosti smerom k väčšej spoločenskej a osobnej zodpovednosti občanov s dôrazom o medziludskú pomoc. (Slowík, 2007)

### **Svojpomocné hnutie, občianske aktivity a organizácia osôb s postihnutím**

Nezastupiteľné miesto v oblasti sociálnej starostlivosti má hnutie svojpomocných skupín a občianske aktivity ľudí s postihnutím a ich rodín. Fenomén self – help groups má okrem veľkého potenciálu síce tiež určité riziká, napríklad ako určitá forma izolácie osôb s podobným postihnutím. Existenciu a činnosť združení, spolkov, nadačných fondov alebo nadácií, prípadne humanitárnych organizácii pracujúcich v prospech ľudí s postihnutím však môžeme hodnotiť veľmi pozitívne (Blažek, Olmrová, 1994).

Zastrešujúcu platformu organizácie postihnutých osôb sa od roku 2000 stala Národná rada zdravotne postihnutých, ktorá združuje radu neziskových organizácii programovo zameraných na podporu a pomoc ľuďom s rôznymi druhmi znevýhodnenia. Ich hlavným cieľom je

posila hlasu postihnutých občanov v spoločnosti a predovšetkým obhajoba, presadzovanie a naplňovanie práv, záujmov a potrieb osôb s postihnutím ( Michalík, 2003).

Zapojiť sa do činnosti v prospech znevýhodnených spoluobčanov, či už členov rodiny, priateľov, susedov, alebo našich blízkych môžeme prakticky všetci. Je to zreteľný prejav vytvárania skutočnej občianskej povinnosti.

### **Práce a zamestnanie pre znevýhodnenie osoby**

Práca pre postihnutých ľudí nie je len prirodzenou potrebou, ale výrazne zvyšuje ich sociálne sebavedomie, pocit ľudskej plnohodnotnosti a pomáha im zaisťovať vytúženú samostatnosť a nezávislosť.

Pokiaľ ide o nepríliš závažné postihnutie, je pre človeka ideálna možnosť získať zamestnanie na voľnom trhu práce. Legislatívne stanovené povinné kvóty pre zamestnanie osôb so zmenenou pracovnou schopnosťou zatiaľ natoľko nemotivujú zamestnávateľov, ktorí by výrazne pomáhali riešiť situáciu znevýhodnených osôb na trhu práce. Zamestnávatelia z obáv pred rôznymi komplikáciami alebo predsudkami voči zamestnávaniu postihnutých ľudí radšej odvedú akúsi finančnú pokutu do štátneho rozpočtu, než by vytvárali pracovnú príležitosť pre postihnutých ľudí.

Diskriminácia týchto ľudí v prístupe k pracovným príležitostiam zatiaľ rozhodne nevymizla a ľudia s postihnutím majú medzi nezamestnanými veľké zastúpenie. Našťastie sa začínajú rozvíjať nové, alternatívne prístupy k ich pracovnému uplatneniu.

### **Chránené zamestnanie**

Na počiatku 90. rokov 20. storočia začali vznikať chránené dielne, ktoré boli výrazným fenoménom medzi možnosťami pracovnej sebarealizácie osôb s postihnutím. Dnes môžeme tvrdiť, že majú

obdobie rozkvetu už za sebou. Bez konkurencie schopná práca v izolovanom prostredí kolektívu podobne postihnutých spolupracovníkov a ešte k tomu za symbolickú odmenu, rozhodne nespĺňa predstavy o optimálnej pracovnej integrácii postihnutých ľudí.

Význam práce ako takej je veľký, ale zatiaľ je viac menej terapeutickým prostriedkom a v podstate správne využitie inak nenaplneného času. V rade prípadov však tento spôsob skôr zakonzervuje pracovný potenciál ľudí, ktorí by sa mohli uplatniť na trhu práce omnoho lepšie. Chránené zamestnanie zostáva teda variantou vhodnou pre jedincov s ťažkými formami postihnutia, pre ktoré sú príležitosti konkurovať na bežnom trhu práce u nás dosť obmedzené (Slowík, 2007).

### **Podporované zamestnávanie**

Nové možnosti prináša služba podporovaného zamestnania. Ponúka komplexné riešenie pre klienta, ktorému je nielen sprostredkované vhodné zamestnanie, ale i ďalšie súvisiace podporné služby (pracovná asistencia) tak, aby sa dokázal úspešne zapracovať, prekonal úskalia pracovnoprávneho vzťahu a mohol si zamestnanie udržať.

### **Ergoterapeutické dielne**

V zariadeniach ústavnej starostlivosti, alebo v denných stacionároch bývajú zriadené ergoterapeutické dielne s rôznym zameraním (remeselné, výtvarné, atď.), ktoré ponúkajú i možnosti psychomotorického a sociálneho rozvoja klientov.

V skutočnosti nejde len o terapeutické aktivity, ale o akúsi núdzovú pracovnú seberealizáciu niektorých ťažko postihnutých osôb, pre ktoré sú iné príležitosti pracovného uplatnenia nedostupné.

Ďalšia novinka v oblasti zamestnávania osôb s postihnutím sú tzv. prechodné zamestnanie a tranzitné programy, ktoré môžu slúžiť ako príprava na budúci trvalý pracovný pomer, s cieľom naučiť klientov zvládať pravidlá pracovnoprávneho vzťahu, osvojiť si pracovné návyky a zručnosti a naučiť sa presadiť na otvorenom trhu práce. Zamestnávateľia v tomto prípade poskytujú postihnutému človeku možnosť pracovať na skúšku a získať kvalifikáciu dobrého pracovníka, ktorá je v každom prípade vhodným predpokladom pre ďalšie hľadanie pracovného uplatnenia. ( Slowík , 2007)

### **Svojpomocné hnutie, občianske aktivity a organizácia osôb s postihnutím**

Nezastupiteľné miesto v oblasti sociálnej starostlivosti má hnutie svojpomocných skupín a občianske aktivity ľudí s postihnutím a ich rodín. Fenomén self – help groups má okrem veľkého potenciálu síce tiež určité riziká, napríklad ako určitá forma izolácie osôb s podobným postihnutím.

Existenciu a činnosť združení, spolkov, nadačných fondov alebo nadácií, prípadne humanitárnych organizácií pracujúcich v prospech ľudí s postihnutím však môžeme hodnotiť veľmi pozitívne(Blažek, Olmrová, 1994).

Zastrešujúcu platformu organizácie postihnutých osôb sa od roku 2000 stala Národná rada zdravotne postihnutých, ktorá združuje radu neziskových organizácií programovo zameraných na podporu a pomoc ľuďom s rôznymi druhmi znevýhodnenia. Ich hlavným cieľom je posilať hlas postihnutých občanov v spoločnosti a predovšetkým obhajoba, presadzovanie a naplňovanie práv, záujmov a potrieb osôb s postihnutím ( Michalík, 2003).

### **3. 8 Integrácia občanov so znevýhodnením do pracovného procesu**

Človek rieši počas svojho života mnohé problémy súvisiace nie len so svojim súkromným životom, ale aj jeho pracovné uplatnenie v spoločnosti. Práca je významným faktorom každého človeka.

Človek pri nej rozvíja svoje zručnosti a schopnosti, pozitívne výsledky vzbudzujú u neho príjemné emócie. Práca v kolektíve umožňuje vznik nových vzťahov, ktoré môžu byť pre každého obohatením a naplnením. Práca v kolektíve poskytuje vznik nových vzťahov, ktoré môžu byť pre každého príjemným obohatením. Dôležitý je pre zdravotne postihnutých pocit naplnenia života a užitočnosti pre celú spoločnosť. Práca, zamestnanie otvára cestu k nezávislosti a samostatnosti. Prostredníctvom nej získavajú občania so zdravotným znevýhodnením určitý príjem, z ktorého môžu uhradiť životné náklady.

Mať prácu znamená mať aj určité postavenie v spoločnosti. Práca prináša pocit uspokojenia a užitočnosti

#### **Chránené dielne a chránené pracoviská**

V článku „Chránené dielne a chránené pracoviská“ JUDr. Schusteková píše, že chránené dielne a pracoviská sú pracovné prostredia vytvorené či už právnickou osobou alebo fyzickou osobou, v ktorých pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím. Zriadenie takýchto pracovísk má slúžiť predovšetkým občanom so zdravotným postihnutím, ktorí nemajú možnosť pre svoje znevýhodnenie nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu práce.

Považujú sa za ne aj pracovné miesta, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím zaškoľujú, a v ktorých sú pracovné podmienky prispôbené ich zdravotnému stavu. Vhodné môže byť aj zamestnanie postihnutého jedinca v domácom prostredí, kde vykonáva potrebné práce pre tú ktorú firmu

Postavenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska priznáva úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, ale len na základe kladného posudku orgánu na ochranu zdravia. Za chránenú dielňu alebo chránené pracovisko sa považuje aj výrobné družstvo invalidov, ale iba v tom prípade, že v ňom pracuje najmenej 50% občanov so zdravotným postihnutím.

V chránenej dielni alebo na chránenom pracovisku môžu pracovať aj občania, ktorým sa poskytuje získanie odborných zručností alebo príprava na pracovné uplatnenie, tzv. odborná prax, ako aj zamestnanci, ktorí pre ohrozenie zdravia nie sú dočasne spôsobilí vykonávať doterajšie zamestnanie a zamestnávateľ nemá iné vhodné zamestnanie pre v tom čase znevýhodneného jedinca.

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny priznáva postavenie chránenej dielne alebo chráneného pracoviska na dobu neurčitú. Na zriadenie chránenej dielne a chráneného pracoviska môže štát prispievať rôznymi príspevkami. Príspevky poskytuje príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, v ktorého územnom obvode sa chránená dielňa alebo chránené pracovisko práve zriaďuje. Úrad poskytuje nasledovne príspevky:

- príspevok na zriadenie chránenej dielne, či pracoviska,
- príspevok na obnovu alebo technické zhodnotenie hmotného majetku chránenej dielne alebo chráneného pracoviska,
- príspevok na úhradu prevádzkových nákladov chránenej dielne alebo chráneného pracoviska a na úhradu nákladov na dopravu zamestnancov.

Samozrejmosťou je, že právnická osoba alebo fyzická osoba, ktorá takúto chránenú dielňu zriaďuje je povinná počas prevádzky viesť osobitnú evidenciu nákladov, výkonov a hospodárskeho výsledku chránenej dielne alebo chráneného pracovisk

Povinnosť zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím vo výške povinného podielu môže zamestnávateľ plniť aj zadaním zákazky vhodnej na zamestnávanie týchto občanov. Zákazku musí preukázateľne realizovať občan so zdravotným postihnutím.

Povinnosť zamestnávať občanov so zdravotným postihnutím vo výške povinného podielu je splnená aj v prípade, ak zamestnávateľ odoberá výrobky, alebo služby:

1. chránenej dielne alebo chráneného pracoviska,
2. občana so zdravotným postihnutím, ktorý prevádzkuje alebo vykonáva samostatnú zárobkovú činnosť,
3. zamestnávateľa, ktorého zamestnanci, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím, sa podieľali na výrobe odobratých výrobkov alebo na poskytovaní odobratých služieb.

Firmy si v chránených dielňach alebo pracoviskách najčastejšie objednávajú tieto výrobky a služby:

- dekoratívne predmety sviečky, maľované kamienky, výšivky, sklá,
- ručne robený papier, maľované pohľadnice,
- vankúše, prestierania, tašky, ruksaky vyrobené z ručne tkaných materiálov,
- keramické predmety,
- batika, maľovaný textil, hodváb,
- obrazy, pamätné tabule, medaily,
- potraviny zdravej výživy,
- masáže, rehabilitácie, kozmetické služby,
- cukrárenské výrobky (Schusteková, 2010)



# EMPIRICKÁ ČASŤ

## 4. Cieľ

Cieľom výskumu je priebeh a analýza pracovnej činnosti klientov chráneného pracoviska. Sledovali sme vplyv diagnózy pri uskutočňovaní jednotlivých pracovných činností a význam chráneného pracoviska pre občanov s DMO a viacerými pridruženými postihnutiami ako je mentálna retardácia, rečové a zrakové postihnutia.

Ku spracovaniu výskumného projektu sme použili tieto metódy:

- štúdium odbornej literatúry
- štúdium a analýza dokumentácie klientov a chráneného pracoviska
- priame pozorovanie klientov v pracovnej činnosti
- rozhovory s rodičmi, odborníkmi a pracovnou asistentkou

### 4. 1 Občianske združenie ISKIERKA

„Jednou z najkrajších kompenzácií života je, že nikto nemôže pomôcť druhému bez toho, aby tým nepomohol sebe samému.“

R.W.Emerson

Občianske združenie (OZ) ISKIERKA je dobrovoľná organizácia, ktorá združuje ľudí ochotných pomôcť deťom s viacnásobným postihnutím .

Vzniklo na jeseň v roku 1998. Od svojho vzniku pomáha viacnásobne postihnutým deťom a ich rodičom zaradiť sa do bežného života a to nie len pri vzdelávaní, ale aj vo voľnom čase. Krstným otcom Iskierky sa stal kamarát a priateľ detí Patrik Herman, ktorý Iskierku slávnostne pokrstil v priestoroch divadla Palárka v Trnave. V roku 2007

na benefičnom koncerte predstavil krstnú mamu občianskeho združenia pani Elenu Vácvalovú. Prvou krstnou mamou Iskierky bola pani Katka Kolníková, medzi deťmi bola veľmi obľúbená.

V súčasnosti funguje už štrnásť rok. Za dobu svojej činnosti a za podpory dobrovoľníkov – ako sú členovia a priaznivci OZ Iskierka – dokázala vykonať mnohé veci v prospech viacnásobne postihnutých ľudí.

V súčasnosti má združenie medzi svojimi členmi 48 viacnásobne postihnutých detí. Ďalšími členmi združenia sú súrodenci, rodičia týchto detí a nadšenci, ktorí sa snažia vynaložiť maximálne úsilie, aby podporili činnosť združenia.

Hlavným poslaním OZ je pomáhať pri integrácii viacnásobne postihnutých detí do spoločnosti zdravej populácie a zabezpečiť im možnosť plnohodnotného života v našej spoločnosti. V duchu základných práv dieťaťa pomocou rôznych akcií kultúrnych, športových a rekreačných sa snažia podporovať osobnostný rast viacnásobne postihnutých detí.

V OZ Iskierka pracujú dobrovoľníci z radov rodičov, pedagógov a priateľov, ktorých cieľom je :

- prispieť k tomu, aby sa verejnosť dozvedela o deťoch s viacnásobným postihnutím ,
- vytvárať predpoklady a pripravovať viacnásobne postihnuté deti na integrovaný život v spoločnosti zdravých ľudí,
- poradenstvo pre viacnásobne postihnuté deti na integrovaný život v spoločnosti zdravých ľudí,
- poradenstvo pre viacnásobne postihnuté deti a ich rodiny, ako aj odbornej verejnosti, ktorá sa zaoberá starostlivosťou o tieto deti,
- podpora vzdelávania detí,
- organizovanie kultúrnych, športových, rehabilitačno – rekreačno rekondičných akcií pre deti,

- poriadenie benefičných akcií a zbierok za účelom pomoci deťom a rozvoja činnosti združenia
- prevádzkovanie chráneného pracoviska, ktoré umožňuje zaradiť sa mladým ľuďom do pracovného procesu

### **Kultúrne a spoločenské akcie pre deti a dospelých**

Jednou z prvých kultúrnych akcií bol „*Mikuláš*“ v McDonald s. Deti mali z návštevy Mikuláša neskrývanú radosť. Nemohli tušiť, že pod červeno – bielym kostýmom sa skrýva vtedajší majiteľ podniku. Deti však viac ako Mikulášove slová upútalo veľké vreco. Veľký balík so sladkosťami a hračkou sa ušiel každému. Mikuláš sa stal v tejto reštaurácii tradíciou a deti sa tu stretávajú každý rok. Prijemným prekvapením už nie sú iba sladkosti, ale každoročne sa krstný otec Patrik Herman postará o spríjemnenie Mikulášskych posedení.

Druhou zo zaujímavých akcií býva „*Vianočná besiedka*“, kde si deti zobia stromček a pripravia pestrý program. V programe vystupujú deti spolu s pedagógmi s rôznymi vianočnými básňami a koledami. Na Vianočnú besiedku usporiadanú prvýkrát boli pozvaní aj sponzori, ktorí darovali deťom darčeky či formou financií alebo darov. Deti našli pod stromčekom nie len hračky, ale aj zimné oblečenie na sánkovačku. Rodičia sa postarali, aby na vianočnom stole nechýbali doma upečené vianočné medovníčky a koláčiky. Zapálením kahančekov do misky s vodou, každý niečo pekné zažlelal ostatným. Spoločnou koledou Tichá noc sme sa rozlúčili.

V roku 1999 naše združenie zorganizovalo *vernissáž výstavy*. „Pomôž mi namaľovať dúhu“, ktorej cieľom bola prezentácia OZ Iskierka na verejnosti. Konala sa v Divadle J. Palárika v Trnave, v Zrkadlovej sieni. Na tejto benefičnej akcií sa stal známy moderátor Patrik Herman krstným otcom združenia. O pestrý program sa postarali

herci Radošinského naivného divadla. Svojimi piesňami rozosmiali a rozveselili všetkých prítomných.

„*Vianočná hviezda nádeje*“ bol názov benefičného koncertu, ktorý bol usporiadaný prvýkrát 17.12.2000 a potom každý rok. V nádhernom programe, ktorý moderovali Patrik Herman a Mária Pavlíková, predviedli svoje umenie rôzni speváci, kúzelník Talosan, Baletné štúdio Dušana Nebylu. Vtedajší primátor mesta Ing. Štefan Bošňák, človek s veľkým srdcom, ktorý má pochopenie pre všetky špeciálne zariadenia pre deti v našom meste, sa stal čestným členom OZ Iskierka. Javisko zdobil vianočný stromček, na ktorý každý z umelcov zavesil hviezdičku nádeje a pridal vianočné želanie. Deti z Iskierky sa nedajú zahanbiť a pod vedením pani učiteľky Pavlíkovej si nacvičili tance a piesne. Každý rok na konci koncertu sa spoločne zaspieva „Tichá noc“ a po skončení benefičného koncertu sa koná recepcia. Cieľom recepcie je, aby sa ľudia známi i neznámi opäť stretli, navzájom sa spoznali a vymenili si svoje pocity po večere plnom lásky a porozumenia.

### **Výlety**

Prvým iskierkovským výletom v auguste 1999 bola návšteva televízie Markíza.. Deti si prezreli celý areál Markízy a vyskúšali si ako sa sedí v štúdiu správ. Nazreli do maskérne, strižne, do réžie. Celým areálom nás sprevádzal vtedajší riaditeľ Pavol Rusko. Prehliadku sme ukončili v reštaurácii televízie Markíza, kde sa deti občerstvili džúsom a zmrzlinou. Na spiatocnej ceste sme navštívili ZOO Bratislava.

Dvakrát deti navštívili rakúsky „*SAFARI PARK*“. V safari parku ich zaujali nielen zvieratká lamy, opice, jelene, slony, žirafy, gazely, pštrosy, muflóny, levy tigre, ale aj vystúpenie skokanov do vody a tuleňov. Po prehliadke parku mohli deti šantiť v zábavnom parku, poskakať si na nafukovacom hrade, fúkať veľké bubliny, maľovať a kúzelník im z balónov vyčaril zvieratká a kvety.

Keďže deti majú radi zvieratká, ďalší výlet bol na hospodársku farmu pri Šali, kde mali možnosť vidieť domáce zvieratká. Na hospodárskej farme mohli zvieratká nakrmiť, povoziť sa na koníkoch. Ďalej v apríli 2003 navštívili Štátne *bábkové divadlo* v Bratislave. Deti zaujalo predstavenie „Zbojnícka princezná“.

### ***Rehabilitačno – rekreačno – rekondičné pobyty***

Vďaka štedrej finančnej podpore Mestského úradu v Trnave, mohli sme sa v júli 1999 po prvýkrát zúčastniť 3 – dňového pobytu v *Santovke*. Slnéčné počasie spríjemnilo pobyt na termálnom kúpalisku Santovka, ktorého pramene sú liečivé. Ubytovaní sme boli v drevenej chate. Pri rozlúčkovom táboráku si deti opiekli špekačky a ďalší deň pri odchode nie jednému dieťaťku vypadla aj slzička.

V júli 2000 sme prežili týždenný pobyt v prostredí Tatier v rekreačnom zariadení „*Mier v Račkovej doline*.“ Program bol plný súťaží ako napríklad kufor, spieva celá rodina, olympiáda, maškarný ples, návšteva skanzenu Liptovskej dediny, výlet zubačkou na Štrbské pleso, výlet do hotela Permon, kde sa deti mohli vyšantiť v bazénoch. Na záver sa zabavili a zaspievali si pri táboráku. To všetko prospelo k letnej pohode.

V júli 2001 deti prežili týždeň v rekreačnom zariadení „*Hviezda*“ v *Dudinciach* . Leto 2002 sa nieslo týždenným pobytom v prostredí Nízkych Tatier v „*Krpáčove*“.

Vo februári 2002 sa konal prvý reprezentačný ples v slávnostnom prostredí hotela „Inka“. Ples otvorili súrodenci Gajdošovi spoločenskými tancami. Výťažok z tomboly, pri ktorej sa všetci zabávali, bol venovaný deťom na nákup kompenzačných pomôcok . V poradí druhý reprezentačný ples sa konal vo februári 2003 v nádhernom prostredí v Jaslovských Bohuniciach.

OZ Iskierka dvakrát zorganizovalo vystúpenie detí v McDonald s, kde sa deti prezentovali krátkym programom. Cieľom bolo poďakovanie sponzorom aj verejnosti, ktorá finančne prispieva do urničky v McDonald s.

V marci 2003 sa stretli členky občianskeho združenia na slávnostnej večeri pri príležitosti Medzinárodného dňa žien v reštaurácii Olympia a v roku 2004 v Barbakane. Podelili sa o starosti aj radosti všedných dní.

### ***Poradenská činnosť pre rodičov a verejnosť.***

#### ***Besedy***

Na tému „*Sociálny zákon*“, ktoré viedla PhDr. Levická PhD. Ďalšia téma bola venovaná „*Sexuálnej výchove*“, ktorú viedla Mgr. Mária Tóthová, riaditeľka Domu sociálnej starostlivosti v Šoporni. Rodičia aj pedagógovia obohatili svoje poznatky o sexuálnej výchove kombinovane postihnutých detí.

#### ***Konferencie***

V decembri 2003 sa konala konferencia „*KTO SOM ? KTO BUDEM? KÝM CHCEM BYŤ?*“ Pod záštitou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a s podporou bývalého primátora mesta Trnavy Ing. Štefana Bošnáka, na ktorú boli pozvaní zástupcovia špeciálnych základných škôl, detských integračných centier, špeciálno –pedagogických poradní a tretieho sektoru z celého Slovenska, ako aj zástupcovia Ministerstva školstva SR, Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, Krajského úradu v Trnave, rodičov postihnutých detí a pedagógov .

Cieľom konferencie bola výmena skúseností s prácou s kombinovane postihnutými deťmi a možnosťami ich vzdelávania. Z konferencie bol vydaný zborník príspevkov.

### ***Jarmoky a Vianočné trhy***

V septembri a v decembri 2003 sme vďaka Mestskému úradu v Trnave, získali stánok na Trnavskom jarmoku a Vianočných trhoch, kde sa mohli prezentovať práce detí a členov Iskierky, aby sme tak predstavili naše združenie verejnosti. Návštevníci si mohli vybrať upomienkový darček, pozrieť fotky z akcií detí a kroniku združenia. Výťažok zo zbierky bol použitý na budovanie chráneného pracoviska.

### ***Centrum oddychu a zábavy – Iskierka***

Počas celého roka sa deti stretávajú v centre so svojimi rovesníkmi a kamarátmi. Raz do týždňa v poobedných hodinách majú deti spevácky krúžok, kde sa venujú všetkému čo má niečo spoločné s hudbou, pripravujú sa na vystúpenia k rôznym príležitostiam, ako je deň matiek, deň detí, benefičný koncert, dni zdravia.

Každú stredu sa deti stretávajú na skautskom krúžku, ktorý vedie pán Filip. Skautský krúžok patrí ku skautskému zboru v Trnave. Učia sa čo má správny skaut vedieť a robia rôzne opekačky a výlety.

Od mája 2010 vytvorili pre viacnásobne postihnuté deti počítačový a internetový krúžok, ktorý sa teší veľkému nadšeniu zo strany detí. V krúžku pracuje 16 detí za pomoci pedagóga. Sú rozdelené do štyroch skupín po štyri deti. Učia sa každý podľa svojich možností – ovládanie PC, práca s programom Word, práca s internetom. Pomôckami sú im špeciálne výučbové programy, špeciálne klávesnice a tlačítka pre ľahšie ovládanie PC, ktoré OZ Iskierka vlastní.

Krúžky aj centrum spolupracuje s dobrovoľníkmi z radov študentov. V centre sú organizované rôzne divadelné predstavenia, ale aj besedy a prednášky pre rodičov. Počas celého roka sa deti stretávajú v centre a spolu s rodičmi vyrábajú rôzne darčeky - výroba sviečok, rámiky na fotografie, hrajú rôzne hry, spievajú. Zároveň tiež spolu s rodičmi pripravujú výrobky na jarmok, vianočné trhy, dni zdravia a bazár v Synagóge ( Griflíková, OZ Iskierka)

## 4. 2 Chránené pracovisko

Vznik občianskeho združenia Iskierka podnietila potreba združovania postihnutých detí, rodičov a ich priateľov. Ako sme už skôr spomenuli občianske združenie vzniklo v roku 1998, odvtedy ubehlo niekoľko rokov. V súčasnej dobe sú deti, ktoré sa v čase vzniku Iskierky vzdelávali v 1. ročníku vtedajšej Špeciálnej základnej školy v Trnave, v dospelom veku. Po absolvovaní Praktickej školy v Trnave ukončili školskú dochádzku. Nakoľko sa jedná o ťažko viacnásobne postihnutých mladých ľudí – kombinácia telesného, mentálneho a zmyslového postihnutia – nie je možné zaradiť ich do pracovného procesu. Pri súčasnom stave absencie vyhovujúceho zariadenia im neostáva nič iné, iba zostať doma pri svojich rodičoch. Perspektíva týchto mladých nie je dobrá, môže dôjsť k poklesu ich zručností a k celkovému úpadku osobnosti, ktorá sa rozvíja činnosťou primeranou ich schopnostiam.

V septembra 2010 zo spomenutých dôvodov dochádza k otvoreniu Chránené pracoviska v priestoroch centra OZ ISKIERKA na Beethovenovej č. 20 v Trnave. Priestory sú bezbariérové a vyhovujú hygienickým podmienkam. V roku 2009 sa uskutočňuje rekonštrukcia vstupu a hygienických zariadení za pomoci príspevku mesta Trnava.

Naši mladí ľudia – zamestnanci chráneného pracoviska sa s podporou a pomocou pracovného asistenta v pracovnej oblasti realizujú prípravou a výrobou propagačných a upomienkových predmetov:

- práca s morálkami a drôtikmi (náušničky, prívesky na retiazky, náramky, prstienky)
- práca s farbami (maľovanie okrasných vianočných gúľ a hviezdičiek, reťazí na stromček)
- práca s papierom a látkami ( zhotovovanie vianočných pozdravov, menoviek, pozvánok na koncert, novo ročeniek )



- práca na počítači (výroba jedálneho lístka, opisovanie jednoduchých dopisov, pozvánok a podobne).

Chránené pracovisko klientom poskytuje priestor zvládnuť pod vedením pracovného asistenta jednoduché manuálne kreatívne práce, a tak sa zaradiť do pracovného procesu v rámci ich možností a súčasne poskytnúť ťažko zdravotne postihnutým mladým ľuďom možnosť seberealizácie.

OZ Iskierka realizuje takisto sociálnu rehabilitáciu klientov s cieľom pripraviť ich na relatívne samostatný život (orientácia a usmerňovanie správania sa zamestnancov v reálnom živote – nákupy materiálu, správanie sa v obchodoch, podanie pošty, manipulácia s malou finančnou hotovosťou v reálnom prostredí a realizácia bežnej medziľudskej komunikácie v obchodnom a spoločenskom styku).

V súčasnej dobe má zriadené chránené pracovisko 4 zamestnancov – traja majú pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70%, jeden viac ako 50%. Jeden zamestnanec má ľahkú mentálnu retardáciu dolného pásma bez postihnutia DMO, preto sme ho do nášho výskumu nezaradili. Chránené pracovisko bude rozšírené o ďalších klientov, ktorí v budúcom roku ukončia Praktickú školu.

Cieľom v budúcnosti je, vytvoriť sociálno – rehabilitačné centrum, ktoré by zároveň plnilo funkciu poradenského centra, v ktorom bude pracovať odborný personál zložený z terapeutov, psychológa a rehabilitačných pracovníkov, bude kvalifikovane podávať informácie pre širokú verejnosť a tiež odborne radiť rodičom s postihnutými deťmi a mládežou ako prekonávať problémy, ktoré je potrebné riešiť konzultáciou a dlhodobou terapiou u odborníkov.

OZ Iskierka preto naďalej pokračuje s rekonštrukčnými prácami budovy, v ktorej budú umiestnené chránené pracovisko a sociálno - rehabilitačné centrum . Jedná sa o budovu bývalej detskej opatrovne na Havlíkovej ulice v centre mesta Trnava.

### 4. 3 Pracovné hypotézy

Práca je veľmi dôležitou súčasťou života každého človeka o to viac je dôležitá u postihnutých jedincov. Významná nie je iba z hľadiska finančného, ale aj z terapeutického. Uplatnenie jedinca so závažným postihnutím na pracovnom trhu je minimálna, dá sa povedať, že skoro žiadna, preto je potrebné zamyslieť sa nad vytváraním chránených pracovísk, dielní a podobných zariadení, ktoré by umožnili týmto ľuďom seberealizáciu a vytvárať u nich pocit potrebnosti a užitočnosti.

V našom výskume sú stanovené nasledovné hypotézy:

1. Predpokladáme, že čím je viac postihnutí u jedinca s DMO, tým je menšia pravdepodobnosť zaradenia sa do bežného pracovného procesu.

2. Predpokladáme, že chránené pracovisko je pre občana s DMO a viacerými postihnutiami, vhodné prostredie, kde môže rozvíjať svoje sociálne i pracovné zručnosti podľa svojich možností a schopností.

Výskumnú skupinu tvoria traja klienti chráneného pracoviska, u ktorých je základné postihnutie DMO a ďalšie pridružené postihnutia, pričom sa u sledovaných klientov neprejavuje zhoda postihnutí.

Všetci klienti sú v rovnakom veku 22 rokov majú ukončené základné školské vzdelanie a rozšírené vzdelanie v praktickej škole kde sa rozvíjali podľa svojich možností a schopností, ktoré klient môže využiť ďalej vo svojej práci.

Klienti svoju pracovnú činnosť prevádzajú v súčasných priestoroch OZ Iskierka, ktoré im prenajíma mesto Trnava. Bezbariérové priestory sú menšie, nie moc vyhovujúce, ale zatiaľ na počet klientov dostačujúce.

Klienti na pracovisko prichádzajú o 8:00 hodine a končia o 14:00 hodine. Pracovná činnosť sa skladá z viacerých častí. V prvej komunitnej preberajú rôzne problémy týkajúce sa nielen spoločných činností, zároveň preberajú i súkromne problémy. V ďalšej časti prevádzajú spolu s pracovnou asistentkou jednoduchú cvičebno -

rehabilitačnú činnosť. Jednotlivé cviky sú uskutočňované po konzultácii s rehabilitačným pracovníkom pracujúcim v Spojenej škole v Trnave, z ktorej naši klienti prišli a spomínaný pracovník pozná ich potreby. Tieto cvičenia sú niekoľko minútové a sú zamerané na uvoľnenie, aby sa klienti mohli dobre ujať samotnej pracovnej činnosti, ktorá trvá do obeda. Náplň práce sme opísali v podkapitole empirickej časti, kde sa hovorí o chránenom pracovisku. Po obede klienti majú oddychovo relaxačnú činnosť, vychádzky.

#### **4. 4. 1 Kazuistika prvého klienta**

**Miesto narodenia:** Trnava

**Vek:** 22 rokov

**Bydlisko:** Ružindol

**Diagnóza :** DMO - kvadruparéza

Epileptický syndróm

Strabizmus

Mentálna retardácia stredný stupeň horné pásmo.

#### **Výsledky psychologického vyšetrenia:**

Psychologické vyšetrenie bolo vykonané z dôvodu diagnostiky intelektu kvôli usmerneniu v profesijnej orientácii. Chlapec komunikuje, odpovedá na otázky, aj keď spočiatku jednoslovné. Po adaptácii na novú situáciu odpovedá aj celými vetami. Rozhovor je pre neho unavujúci, ale je vďačný za pozornosť. Je ochotný spolupracovať. Potrebuje viac času na odpovedanie na otázku. Je rýchlo unaviteľný, po dlhšom čase badať na ňom známky motorického nepokoja. Dokáže sa sústrediť ale kratšiu dobu. Potrebuje prestávky na oddych. V stresovej situácii má tendencie smiať sa.

Verbálny prejav je pomalší. Reč je ťažšie zrouiteľná. Aktívna slovná zásoba zaostáva za pasívnou. Inštrukciám a otázkam rozumie dobre. Problémy sú s výslovnosťou. Úroveň intelektu sa nedá kvôli

imobilite objektívne vyšetriť. Vo verbálnej zložke možno predpokladať mentálne postihnutie stredného stupňa. Chlapec je ochotný, spolupracuje. Potrebuje viac času na adaptáciu na nové prostredie a osobu.

**Záver vyšetrenia psychológa:** nedá sa kvôli imobilite objektívne vyšetriť, podľa výkonu vo verbálnej zložke možno predpokladať mentálne postihnutie stredného stupňa. Vzhľadom na mentálne a zdravotné postihnutie psychológ doporučuje ďalšie vzdelávanie v Praktickej škole.

### **Výsledky lekárskeho vyšetrenia:**

Cekový telesný vývin a výživa : DMO spastická forma

Kostra : primeraná veku

Svalstvo : hypertonus

Koža: čistá

Plúca : vezikulárne dýchanie

Srdce: akcie pravidelné, bez šelestu

Ústa a chrup : cariez

Žlazy: nehmatateľné

Prietrž: neprítomná

Oči a zrak: krátkozrakosť korigovaná okuliarmi

Uši a sluch: počuje

Hlas a reč : dysartria

Nervový systém: chlapec je preventívne sledovaný na neurologickej ambulancii vzhľadom na diagnózu.

Telesné deformity: DMO spastická forma, postihuje horné a dolné končatiny, nechodí

Lekárska diagnóza: DMO spastická kvadruparéza, krátkozrakosť

### **Výsledky neurologického vyšetrenia:**

Mladý muž je v starostlivosti neurologickej ambulancii s diagnózou DMO spastická kvadruparéza. Po korečných opráciach

dolných končatín. Postihnutie je ťažké, poškodený je mozog, dieťa je imobilné.

### **Výsledky logopedického vyšetrenia :**

V rovine foneticko – fonologickej pretrváva sygmatismus, rotacizmus, deficitná artikulácia záverových hlások. Oslabená oromotorika. Jednotlivé izolované pohyby artikulačných orgánov sú ťažkopádne, nepresné, slabo koordinované.

Z pohľadu roviny lexikálno – sématickej je slovná zásoba v zložke aktívnej aj pasívnej zodpovedajúca fyzickému veku. V rečovom prejave sú zastúpené všetky gramatické kategórie.

V rovine morfológicko – syntetickej je porozumenie na úrovni fyzického veku. Používa zložené vety. Spontánne verbálne komunikuje. Používa všetky slovné druhy, vytvára rody, využíva i zložitejšie gramatické formy, časové väzby.

Rovina pragmatická – spontánna produkcia je menej zrozumiteľná, ale obsahovo pestrá. Rád komunikuje s dospelými, orientuje sa v bežných životných situáciách.

### **Rodinná anamnéza :**

Rodina úplná, nevlastný otec, jeden nevlastný brat. Rodina je funkčná. Manželia žijú v pekno harmonickom vzťahu, dá sa povedať že s diagnózou svojho dieťaťa sa vyrovnali v rámci možností. Rodina býva v rodinnom dome, ktorý je slnečný, suchý, chlapec má svoju izbu. V rodine sa dorozumievajú jazykom slovenským. Má starých rodičov s otcovej strane a starú mamu z matkinej.

### **Osobná anamnéza :**

Chlapec sa narodil z rizikovej gravidity. DMO – kvadraparetický syndróm. Strabizmus. Vzhľadom na diagnózu samostatne neseďí, nestojí. Od 3 rokov v starostlivosti Detského integračného centra. Nasleduje vzdelávanie v Špecialnej základnej škole v triede pre deti

s viacnásobným postihnutím. Kontakt nadväzuje bez väčších problémov. Ďalej po ukončení povinnej školskej dochádzky pokračuje v dennom štúdiu v Praktickej škole – zameraním na remeselné práce, tkanie na tkáčskom stave, pomocné práce v záhradníctve, administratívnu činnosť. Momentálne pracuje v chránenom pracovisku.

### **Dieťa v rannom školskom veku:**

V predškolskom veku navštevoval Detské sanatórium v Trnave denným pobytom jeden rok. Neskôr prešiel do starostlivosti Detského integračného centra v Trnave, kde dostal celkovú starostlivosť od rehabilitačnej, logopedickej, psychologickej až po výchovno-vzdelávaciu v príslušnej materskej škole.

### **Špeciálne – pedagogická starostlivosť:**

Chlapec je vážnejšej uzavretej povahy. Má rád spoločnosť dospelých ľudí, ľahšie s nimi nadväzuje kontakt ako s rovesníkmi. Od roku 1998 sa začal vzdelávať v prvom ročníku špeciálnej základnej školy. Vzdeláva sa podľa individuálnych vzdelávacích programov. Školu ukončuje v roku 2007. Potom pokračuje v dennom štúdiu Praktickej školy

*Motorický vývin* – Chlapec je imobilný, pohybuje sa len pomocou druhej osoby. Dokáže stáť s oporou druhej osoby. V ľahu sa prevalí na chrbát aj brucho. V ľahu na bruchu dvíha hlavu. Ťažko udržiava vzpriamený sed na vozíku. K jemnej motorike používa takmer výlučne pravú ruku. Predmet dokáže uchopiť, nehodí ho, ale spustí dolu. Uchopuje ceruzku dvoma prstami pravej ruky. Trhá papier, nevie strihať. Drobné predmety uchopí len s problémami.

V sebaobslužných prácach ako je vyzliekanie a obliekanie je nesamostatný potrebuje pomoc druhej osoby. Hygienické návyky - vie si umyť mydlom ruky a utrieť do uteráka. Má kontrolu nad

vyprázdňovaním. V osobnej hygiene potrebuje pomoc, prakticky je nesamostatný.

Pri stolovaní vie používať lyžičku dokáže sa sám s ňou najesť. Pije s pohára so slamkou. Pohár v ruke neudrží.

*Sociálny vývin* , sociálna komunikácia v interakcii s dospelými . V spoločnosti s dospelými sa cíti lepšie ako v spoločnosti rovesníkov. Reaguje na osobný kontakt. Vo vzťahu s rovesníkmi ho znepokojujú impulzívnejšie prejavy. Interakcia s okolím rešpektuje spoločenské pravidlá a riadi sa nimi.

*Percepčný vývin vizuálny, taktilný* je pre nekoncentrovanosť narušený. Rozlišuje tvary, farby, veľkosti. Reaguje na sluchové podnety.

*Sluchová analýza a syntéza* je narušená čo sa prejavuje predovšetkým čítacích zručnostiach, ale i pri písaní. Pri písaní na počítači potrebuje pomalšie pracovné tempo a dlhší čas na zvládnutie úlohy. Má rád hudbu, ľahko si zapamätá piesne. Nemá rád silné výbušné zvuky. Vníma dotyky, má rád jemné dotyky, hladenie.

*Receptívna komunikácia.* - rozumie hovorenej reči aj gestám, správne reaguje na slová.

*Expresívna komunikácia* - reč je dysartrická.

*Vývin reči a rozvoj slovnej zásoby.* Reč je veľmi narušená, ťažko artikuluje, cudzí človek ani nemusí rozumieť , čo hovorí.

*Číta* hláskovaním, s pomocou hlasným hláskovaním, číta iba tlačené písmená. Nečíta celé články, pretože si rýchlo zapamätá text, číta iba vybrané slová z textu. Prečítaný text sám z reprodukuje.

*Matematiku* ovláda numeráciu v obore do 1000. V obore do 100 sčítuje s prechodom cez základ, ale často sa dopúšťa chýb. Vzhľadom svojmu mentálnemu poškodeniu si neuvedomuje hodnotu majetku.

Uvedomuje si svoje postihnutie a jeho handicap ho veľmi trápí, ťažko sa vyrovnáva so svojím postihnutím, chcel by žiť ako jeho zdraví rovesníci máva nereálne sny a túžby, často býva sklamaný, že sa mu nespĺní to čo sníva. Nedokáže to reálne zvážiť, rôzne životné situácie a vôbec nedokáže pochopiť prečo by ich nemal zvládnuť. Inokedy naopak veci jednoduché a pre chlapca zvládnuteľné mu spôsobia veľký problém. Vtedy je úplne mimo reality, nedá sa s ním komunikovať a často sa nemôže ani zúčastniť aktivít, ktoré sú inokedy úplne bezproblémové. Niekedy sa vôbec nedá odhadnúť aká reakcia u chlapca nastane. V cudzom prostredí a pri väčších zvukových a svetelných efektoch máva problémy.

*Pozornosť* je narušená, aktivita výkonu kolíše v závislosti od psychického rozpoloženia, nálady aj druhu činnosti, ktorú vykonáva. Potrebuje ustavičnú motiváciu, nabádanie a pokojný citlivý prístup.

V *praktickej škole* na hodinách varenia vykonával činnosť, ktorá je preňho reálne zvládnuteľná – oberanie hrozna, odstopkovanie čerešieň, natieranie chleba nátierkou, čistiť zemiaky škrabkou.

K výkonu potrebuje uvoľnenú a pohodovú atmosféru. Mladý muž je ľahko unaviteľný. Potrebuje pomoc a usmerňovanie druhej osoby. Vzhľadom ku svojmu postihnutiu pracuje väčšinou na počítači.

### **Pracovné zameranie klienta v chránenom pracovisku**

Pracovná činnosť jednotlivcov je zameraná na prácu, ktorú klient zvláda. Klient s diagnózou DMO kvadraparéza so značným poškodením horných a dolných končatín veľmi ťažko zvláda prácu s drobným materiálom ako je výroba náušnic a podobných výrobkov, pracuje iba s asistenciou, zručný je pri žehlení. Jeho pracovná náplň je



zameraná na administratívu, na ktorú bol počas štúdia v praktickej škole pripravovaný, kde získal výučný list na toto zameranie. Príprava desiatového lístku, rozdelenie služieb, opis jednoduchých listov, pozvánok a podobne. Prepisuje knihy pre zrakovo postihnutých.

Klient je rýchlo unaviteľný, potrebuje striedať relaxačnú činnosť s pracovnou. V pracovnej miestnosti je oddychový kútik, kde si môže oddýchnuť, vypočuť si hudbu rôznych žánrov a s novými silami sa vracia k svojej činnosti.

#### **4. 4. 2 Kazuistika druhého klienta**

**Miesto narodenia:** Trnava

**Vek:** 22 rokov

**Bydlisko:** Šúrovce

#### **Diagnóza:**

DMO – spastickou diparézou na dolných končatinách

Mentálna retardácia ľahkého stupňa

Parciálna atrofia očných nervov

Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

#### **Výsledky psychického vyšetrenia:**

Psychologické vyšetrenie zamerané na diagnostiku intelektu kvôli usmerneniu v profesijnej oblasti. Kontakt nadviazaný bez väčších problémov. Je ochotná spolupracovať i keď sama je skôr utiahnutá a nepriebojná. Na otázky reaguje spontánne, komunikuje menej. Dobre spolupracuje, úlohy plní ochotne a podľa inštrukcií. Dokáže sa dobre sústrediť, ale je ľahko unaviteľná potrebuje časté prestávky, striedanie činností. Pracovné tempo je spomalené, ale pracuje precízne.

Verbálny prejav po obsahovej stránke v poriadku, menšia verbálna pohotovosť. Inštrukciám a otázkam rozumie dobre. Používa celé vety. Aktuálny mentálny výkon sa nachádza v pásme stredného mentálneho postihnutia, výkon ovplyvnený pomalým tempom, unaviteľnosťou a poruchou orientácie v priestore. Mentálne postihnutie pravdepodobne na hranici ľahkého a stredného mentálneho postihnutia. Je to ochotné spolupracujúce dievča vyžaduje citlivý prístup. Momentálne pracuje v chránenom pracovisku

**Záver:** Aktuálny výkon sa nachádza v hraničnom pásme stredného mentálneho stupňa, výkon je ovplyvnený pomalým tempom, unaviteľnosťou a poruchou orientácie v priestore. Mentálne postihnutie na hranici ľahkého a stredného mentálneho postihnutia.

**Výsledky lekárskeho vyšetrenia:**

Kostra : primeraná veku

Svalstvo : tonus globálne vyšší

Koža : čistá

Pľúca : dýchanie čisté, bez vedľajších fenoménov

Srdce : akcie pravidelné, ozvy ohraničené

Ústa a chrup: sanovaný

Žľazy : nahmatané

Oči a zrak: parciálna atrofia očných nervov, korekcie okuliarmi, sledované ophtalmologom

Uši a sluch : bez nálezu, počuje dobre

Hlas: čistý

Reč: dyslalická

Nervový systém : narušený vývoj jemnej i hrubej motoriky, sledovaná v neurologickej ambulancii

Telesné deformity : postihnutie dolných končatín, skrátenie achylových šliach

Lekárska diagnóza : DMO – diparetický syndróm. Po operáciách dolných končatín.

### **Výsledky neurologického vyšetrenia:**

Dieťa je v starostlivosti neurológa s diagnózou DMO spastická diparéze. Po korekčných operáciách dolných končatín. Je mobilné, pohybuje sa pomocou barličiek, ale na dlhé trate potrebuje vozík.

### **Výsledky logopedického vyšetrenia :**

Rečové orgány sú vyvinuté, sluchový postih nie je prítomný, počuje dobre.

Expresívna komunikácia – rozpráva plynule, nie je správna artikulácia niektorých hlások. Slovná zásoba zodpovedá diagnóze, vyjadruje sa v jednoduchých vetách, gramaticky správne.

Receptívna komunikácia – verbálnym pokynom rozumie, zadané úlohy správne splní.

### **Rodinná anamnéza:**

Rodina je úplná, má jednu staršiu sestru. Manželia žijú v peknom vzťahu, dá sa povedať že s diagnózou svojho dieťaťa sa vyrovnali v rámci svojich možností. Rodina býva v rodinnom dome. Dom je slnečný, suchý, dievča má svoju samostatnú izbu. V rodine sa dorozumievajú rodným jazykom – slovenčinou. Má už len obe staré mamy.

### **Osobná anamnéza:**

Dievča sa narodilo ako druhé. Predčasne po rizikovej gravidite. S diagnózou DMO – diparetický syndróm stav po opakovaných operačných zákrokoch.

Pri čítaní nosí okuliare. V predškolskom veku v ambulantnej starostlivosti DIC. O jeden rok odložená školská dochádzka. V školskom roku 1997- 1998 zaradená do prvého ročníka Základnej školy v Siladiciach ( integrácia s individuálnym výchovno – vzdelávacím programom). V ďalšom školskom roku zaradená do Špeciálnej základnej školy, do triedy pre deti s viacnásobným postihnutím . Po skončení základnej školskej dochádzky pokračuje na dennom štúdiu Pratickej školy so zameraním na remeselné práce, tkanie na tkáčskom stave, pomocné práce v záhradníctve. Momentálne pracuje v Chránenom pracovisku.

#### **Dieťa v rannom školskom veku:**

V rok 1994 navštevuje Materskú školu v mieste bydliska. Po roku prechádza do Detského integračného centra v Trnave, kde absolvuje komplexnú starostlivosť – psychologickú, rehabilitačnú, výchovno-vzdelávaciu v príslušnej materskej škole.

#### **Špeciálno – pedagogická starostlivosť:**

Je to citlivé a precízne dievča, veľmi jej záležalo na tom aké mala v škole výsledky a preto čo sa týka učenie a prípravy na vyučovanie pristupovala k tomu zodpovedne.

Dbá na poriadok vo svojich veciach aj vo svojom okolí. Je neistá, málo si verí, čo je úplne prirodzené a preto si vyžaduje odobrenie na všetko čo robí. Potrebuje neustálu motiváciu a kladné povzbudenie.

Číta s porozumením, plynule prečítaný text reprodukuje s pomocou otázok. Vie sa rýchlo a bezchybne naučiť naspamäť báseň aj dlhšieho rozsahu. Zúčastňovala sa ja na recitačných súťažiach. Má dobré teoretické vedomosti z gramatiky. Píše gramaticky správne má výborný jazykový cit. Správne určuje slovné druhy, gramatické

kategórie. Skloňuje podstatné mená, časuje, slovesá. Písmo je dôsledkom zrakovej poruchy aj narušenie orientácie v priestore.

*V matematike* je dievča pri riešení matematickejších úloh samostatnejšia. Pri sčítovaní a odčítovaní do 100 sa u nej osvedčili upravené pracovné listy. Používa numerický blok tabulátor. Pri prepočte na eurá na koruny úspešne používa kalkulačku, výsledok neprečíta, nevidí desatinnú čiaru.

Na hodinách *pracovného vyučovania* potrebuje citlivý prístup pomoc a usmerňovanie. Najradšej mala varenie aj pri jednoduchých manuálnych činnostiach potrebuje asistenciu. Vie očistiť ovocie, zeleninu. Pomáha pri zhotovovaní nátierok, šalátov rada pečie jednoduché koláče. Učí sa pracovať s kuchynskou váhou má kladný vzťah k vareniu.

Na hodinách *tkania šitia* pracuje len s asistenciou. Ručné šitie nezvláda, nevie pokračovať na správnej stránke látky – narodila sa s poruchou orientácie. Na tkáčskom stroji pracuje s pomocou je badať pokroky. Zlepšuje sa u nej samostatnosť pri žehlení. Niektoré pracovné úkony na predmete *remeselné práce* vykonáva s pomocou. Vďaka remeselným prácam sa zlepšuje v kreslení a vymaľovávaní, Postupne získava sebadôveru, čo je pre ňu veľmi dôležité.

*Motorický vývin* – dievča sa pohybuje samostatne. Na dlhšie trasy používa invalidný vozík. Potrebuje oporu pri chôdzi. Na kratšiu trasu používa barle, ktoré v škole odmieta. Dokáže urobiť drep aj sa z neho vie postaviť. Vstáva a sadá si sama. V ľahu sa prevalí na chrbát aj brucho, na bruchu dokáže dvíhať hlavu. Loptu chytá oboma rukami.

*V jemnej motorike* - správne a účelovo uchopuje predmety.

*Vizuomotorika* – vie vyfarbovať obrázok, spája časti do celku. Papier strihá s pomocou, ale nerada. Drží správne ihlu, ale niť nenavliekne.

*V sebaobslužných činnostiach* je samostatná. Pri bežných denných zručnostiach sa obsluži sama ako je obliekanie a vyzliekanie. Vie si zapnúť gombík aj gombík, veci si precízne ukladá. Niektoré

neosvojené činnosti napr. viazanie šnúrok jej občas robia problémy. Pri stolovaní dokáže prestrieť sebe i spolužiakom , stoluje spôsobne. Umýva a utiera riady, uprace po stolovaní. Hygienické návyky má osvojené. Je samostatná a čistotná. Ruky si umýva s mydlom. Sama používa toaletu.

*V interakcii* s dospelými komunikuje bez zábran. Reaguje na osobný kontakt. V kolektíve rovesníkov je obľúbená, vie prejavíť svoje sympatie i nesympatie. Vie posúdiť správanie kolegov. K osobným veciam je veľmi starostlivá a všímavá , dokáže sa postarať o svoje vlastné veci, ale i cudzie. Rešpektuje spoločenské pravidlá a riadi sa nimi a uznáva autoritu starších ľudí.

*Percepčný vývin, vizuálny, auditívny i taktilný je* pre poruchu orientácie narušený. Komunikácia je na dobrej úrovni. Rozumie hovorenej reči aj gestám . Správne reaguje na slovné podnety ich správnosť si overuje otázkami. Vyjadruje sa v jednoduchých vetách. Má rada hudbu, ľahko si zapamätá piesne, nemá rada silné a výbušné zvuky. Sluchové vnímanie je v norme. Vizuálne vnímanie – rozlišuje farby, tvary, veľkosť. Zrakové vnímanie je ovplyvnené zrakovou poruchou priestorovej a plošnej orientácie.

### **Pracovné zameranie klienta v Chránenom pracovisku**

Klientka s diagnózou DMO diparetický syndróm má viac postihnuté dolné končatiny, zrakové a mentálne postihnutie. Prevádza práce zamerané na výrobu jednotlivých výrobkov rôznych upomienkových darčiekov ako je navliekanie korálok pri výrobe náušnic, náramkov, náhrdelníkov, zatláčanie drobného materiálu do modelovacej hmoty pri výrobe brošní, napĺňanie ozdobných vankúšikov. Vďaka práci s drobným materiálom si postupne vypestovala cit v prstoch a tým sa jej zlepšila orientácia pri výbere správnych korálikov. Aj táto klientka je rýchlo unaviteľná, potrebuje striedať relax s prácou, aby si oddýchli nielen ruky, ale aj poškodené oči. Diagnóza jej

neumožňuje vykonávať žiadnu prácu v stoji a pre zrakové postihnutie ani prácu na počítači.

#### **4. 4. 3 Kazuistika tretieho klienta**

**Miesto narodenia:** Trnava

**Vek:** 22 rokov

**Bydlisko:** Trnava

**Diagnóza:** DMO hypotonický syndróm, mozgová a mozočková atrofia,  
epileptické záchvaty, strabizmus  
Mentálna retardácia – predpokladané dolné pásmo ľahkej  
Mentálnej retardácie až stredný stupeň

#### **Výsledok psychologického vyšetrenia:**

Pri adaptácii na nové prostredie je spočiatku neistý. Potrebuje spoznať prostredie. Kontakt s novými ľuďmi je bez problémov, nedokáže však nadviazať na zmysluplnú konverzáciu.

Po emočnej stránke je nestabilný, prítomné emočné rozladenia , ktoré sa výrazne prejavujú na jeho výkone. V emočných prejavoch je spontánny. Zaujíma sa o nové podnety, avšak jeho pozornosť je krátkodobá a prelietavá. Je dôležité vytvárať neustále nové činnosti a zaujať jeho pozornosť. Pri subjektívne atraktívnej činnosti sa dokáže koncentrovať dlhší čas. Pracovné ako i celkové psychomotorické tempo je pomalšie. Má tendenciu uľpievať na preferovaných predmetoch a činnostiach.

Verbálny prejav je po obsahovej i formálnej stránke vzhľadom k jeho fyzickému veku znížený. Slovná zásoba redukovaná na preferované slová a vety. Často sa prejavujú echolálie. Kladie otázky, na ktoré nečaká odpoveď, respektíve odpoveď nie je pre neho cieľom.

Vety sú stručné, bez emočných prifarbení. Pokyny chápe, rešpektuje základné pravidlá. Praktický úsudok v každodenných spoločenských situáciách je neadekvátny. Niekedy nerozlišuje riziko, možnosť ublíženia si. Nie je schopný samostatne riešiť problémy. Potrebuje neustálu pomoc a usmernenie.

Farby rozlišuje, priraduje ich podľa svojej vôle – náhodne. Orientácia na tele je dobrá. Lateralita nevyhranená, preferuje ľavú ruku.

*Hrubá motorika* – mierne oslabená, koordinácia pohybov znížená, celková nestabilita. Chodí samostatne. Bez problémov prekonáva prekážky, uteká, bicykuje i kolobežkuje sa. Pre svoju labilitu celého tela často padá. Na jednej nohe stojí iba s oporou. Dokáže chodiť po špičkách i pospiatky.

Schopnosti v *jemnej motorike* udržiavané. Úchop písacích potrieb správny, silnejší prítlak na ceruzku. Voľná kresba – čmáranie, kreslí krúžky, špirály. Rád pracuje s hmotou, plastelínou, ktorú guľa a modeluje. Nožnicami zastrihuje, nestrihá po čiare. Navlieka korálky, zastrkuje kolíčky.

V samoobslužných činnostiach je samostatný čiastočne. Vyzlieka sa, oblieka, obúva i vyzúva, udržiava hygienické návyky, samostatne pije i je. Potrebuje pomoc pri šnurovaní topánok, dokáže sa zapnúť – zips i gombíky.

Osobnosť dieťaťa emocionálne i sociálne nezrelá, reakcie sú často neadekvátne, infantilné. Sociálny vek znížený. Vyhľadáva spoločnosť iných ľudí, detí. Zo začiatku je ostýchavý a neistý. Nedokáže hneď nadviazať kontakt. V správaní sa často prejavujú rituály, stereotypie, bezúčelové pohyby, prejavy psychomotorickej instability, hyperaktivity. Dokáže byť citlivý a vnímavý. Vyžaduje si prítulenie, citovú i fyzickú blízkosť. Emocionálne je viazaný na blízkych ľudí.

**Záver:** Celkový intelektový výkon u klienta nie je možné objektívne posúdiť vzhľadom na obmedzenie použitia



psychodiagnostických metód. Predpokladané dolné pásmo ľahkej mentálnej retardácie až stredný stupeň. Nízky sociálny úsudok, neadekvátne správanie v sociálnych situáciách. Nesamostatnosť. Neustála potreba dohľadu a starostlivosti jednej osoby.

**Odporúčania:** Zamerať sa na výchovnú stránku – osvojovanie si samoobslužných návykov, sociálnych zručností a schopnosť adekvátne reagovať v rôznych spoločenských situáciách.

### **Výsledky lekárskeho vyšetrenia:**

Kostra : v norme

Svalstvo : primerané k diagnóze

Koža : čistá

Plúca : dýchanie čisté

Srdce : akcie pravidelné

Ústa a chrup : sanovaný

Žľazy : nahmatané

Oči a zrak : strabizmus - operovaný, pred operáciou korigovaný okuliarmi

Uši a sluch : bez nálezov, počuje dobre

Hlas: čistý

Reč: dyslalická, detská

Nervový systém: sledovaný v neurologickej poradni pre diagnózu DMO – hypotonický syndróm, epileptické záchvaty

Lekárska diagnóza : DMO – hypotonický syndróm, epileptické záchvaty v 7. roku života dieťaťa, strabizmus, dyslália.

### **Výsledky neurologického vyšetrenia:**

V neurologickej ambulancii v Bratislave je sledovaný s diagnózou – DMO hypotonický syndróm, mozgová a mozočková atrofia, epileptické záchvaty, mentálna retardácia. Krk, šija voľná, rotuje do strán bez obmedzenia. Hrubá i jemná motorika neobratná, svalový

tonus globálne nízky. Dieťa je mobilné. Pohyby nie vždy koordinované, labilné. Často padá.

### **Výsledky logopedického vyšetrenia:**

Sluchové poškodenie nie je prítomné, počuje dobre. Reč má dyslalickú. Vyjadruje sa detsky, s mnohými otázkami, na ktoré si často aj odpovie. Slovná zásoba nezodpovedá veku, je znížená. Vyjadruje sa obľúbenými slovami a jednoduchými vetami.

### **Rodinná anamnéza:**

Pochádza z úplnej funkčnej rodiny, kde obaja rodičia majú ukončené vysokoškolské vzdelanie. Má dvoch starších súrodencov, sestru a brata. Sestra je vydatá a má dve deti, brat je slobodný a dočasne žije mimo Slovenska.

Obaja rodičia majú vysokoškolské vzdelanie. Starých rodičov z oboch strán už nemá.

Bývajú v poschodovom rodinnom dome, kde má vlastnú izbu, zariadenú zodpovedajúco jeho diagnóze (hračky, počítač, audioprijímač).

### **Osobná anamnéza**

Klient je v poradí z tretieho nerizikového tehotenstva, pôrodná časť, komplikácie pri pôrode, počas ktorých prišlo k poškodeniu mozgu. Od polroka života sledovaný v neurologickej ambulancii v Bratislave s diagnózou – hypotonický syndróm, mentálna retardácia, strabizmus. Od siedmeho roka sporadicky EPI záchvaty so slabším priebehom. V detstve neprekonal žiadne závažnejšie ochorenie, pri záchvatoch menšie otrasy mozgu, operácia očí.

## **Dieťa v rannom predškolskom veku**

V dvoch rokoch zaradený v Kindercentre, kde bol v starostlivosti rehabilitačnej logopéda a špeciálneho pedagóga . Krátkodobo navštevoval Detské denné sanatórium a Detské integračné centrum v Trnave.

## **Špeciálno-pedagogická starostlivosť**

Zaškolený v prípravnom ročníku Špeciálnej základnej školy, ktorú ukončil v roku 2007 a pokračuje v štúdiu v Praktickej škole, ktorá je súčasťou Spojenej školy

Dieťa je veselej povahy, usmievavý, hravý. Najlepšie sa cíti v zabehnutých

činnostiach, nové ho dokážu rozladiť. Rýchle si získava sympatie okolia. Na nálady blízkych osôb reaguje veľmi citlivo. Pri adaptácii na nové prostredie je neistý, potrebuje spoznať okolie. S novými ľuďmi sa kontaktuje bez problémov, nevie však nadviazať zmysluplnú komunikáciu, čo býva príčinou určitého zneistenia.

Zaujíma sa o nové činnosti, ale jeho pozornosť je veľmi nestabilná a prelietavá. Pracovné i psychomotorické tempo je pomalšie.

Slovná zásoba je zúžená na obľúbené a často používané slová a vety. Úroveň slovnej zásoby je vzhľadom na jeho fyzický vek značne znížená. Chápe pokyny, rešpektuje pravidlá. Nie je schopný samostatne riešiť problém, potrebuje pomoc a usmernenie dospeljej osoby. Pri práci musí neustále striedať činnosti, byť motivovaný a povzbudzovaný k dokončeniu úlohy.

*Hrubá motorika* – pohybuje sa sám, vie seba i iných obslúžiť, zapája sa do loptových a súťaživých hier, hádže loptu na kôš, hrá futbal, dribluje.

*Jemná motorika* – úchop písacích potrieb je správny, papier strihá, lepí, krčí, vie pracovať s ihlou, udrží akýkoľvek predmet.

*Pohyblivosť* – je pohyblivý, má rád pohybové hry.

*Viziomotorika* – vymaľuje obrázok, obťahuje jednoduché tvary, skladá zo skladačiek väčšinou tie isté veci.

*Bežné denné zručnosti:*

Obliekanie, vyzliekanie prevádza bez problémov. Obslúži sa sám, vie si zapnúť zips i gombíky. Veci si ukladá. Nevie si zašnúrovať topánky.

Osobná hygiena – je samostatný a veľmi čistotný. Má utvrdené hygienické návyky.

Stolovanie – stoluje spôsobne, vie prestierať sebe i iným, umýva i utiera riad, uprace priestor stolovania, podieľa sa na príprave jedál.

Toaleta – má kontrolu nad vyprázdňovaním, je samostatný pri používaní toalety.

*Sociálny vývin:*

Interakcia s dospelými – reaguje na osobný kontakt, nadväzuje kontakt, aj keď komunikácia nie často zmysluplná.

Interakcia s rovesníkmi – medzi rovesníkmi je obľúbený, vie prejavíť svoje sympatie.

Interakcia s okolím – ovláda pravidlá spoločenského správania, pozdraví, ďakuje, ospravedlní sa.

*Percepčný vývin:*

Vizuálny – rozozná tvary, veľkosť, farby priraduje náhodne, závisí to od jeho vôle.

Sluchový - reaguje na sluchové podnety. Má rád hudbu, zapamätá si piesne. Nemá rád silné výbušné zvuky.

Taktilný – vníma dotyky, má rád pohladenie, objatie, rád ich opätuje.

*Receptívna komunikácia* – rozumie hovorenej reči aj gestám. Správne reaguje na slovné podnety, ich správnosť si overuje otázkami, niekedy si nahlas opakuje čo má robiť.

*Expresívna komunikácia* – vyjadruje sa jednoduchými vetami, rozumie hovorenej reči, gestám. Na pokyny reaguje podľa nálady.

Vzdelávanie chlapca je obmedzené na rozvíjanie zručnosti, samoobslužnej schopnosti. V základných predmetoch sa nevzdeláva. Hravou formou si osvojuje poznatky týkajúce sa biológie tela, správania sa v spoločnosti, rozvíja sa v oblasti estetickej výchovy.

### **Pracovné zameranie klienta v Chránenom pracovisku**

Tretí klient má diagnózu DMO hypotonický syndróm. Je pohyblivý, pri chôdzi samostatný, ale jeho poškodenie – atrofia mozgu a malého mozočka ako i mentálna retardácia sú také výrazné, že pri každej činnosti potrebuje asistenciu. Má svoju osobnú asistentku, s ktorou prevádza pracovnú činnosť. Jeho hlavnou pracovnou náplňou sú nákupy, príprava a obsluha pri desiatovej prestávke, umytie a uloženie riadu po desiatej. Výrobu určitých výrobkov zvláda iba s asistenciou.

Socializácia u tohto klienta je prevádzaná osvojovaním si adekvátneho správania sa v obchode pri nákupoch, v okolí chráneného pracoviska v jedálni pri obede, je vedený k vzájomnej pomoci klientom zariadenia a dodržiavania určitých zásad v bežnom živote.

## **4. 5 Vyhodnotenie výskumu**

Práca je potrebná pre každého človeka o to viac pre postihnutých občanov s diagnózou DMO a pridruženými rôznymi mentálnymi, zmyslovými postihnutiami. Má význam terapeutický, etický a často vyvoláva u nich pocit ich potrebnosti a užitočnosti.

Všetci traja sledovaní klienti Chráneného pracoviska riadeného OZ Iskierka v Trnave sa s podporou a pomocou pracovného asistenta realizujú v pracovných činnostiach zodpovedajúcich ich schopnostiam a možnostiam.

Z toho vyplýva, že klient s diagnózou DMO kvadruparéza, kde sú značne postihnuté horné i dolné končatiny, s pridruženými mentálnym, zrakovým i rečovým postihnutím vykonáva práce zodpovedajúce jeho postihnutiu. Pracuje na počítači, pri potrebách činnosti OZ iskierka žehlí. S asistenciou sa zúčastňuje pri výrobe jednoduchých prác napr. pracuje s farbami – natiera vianočné gule, veľkonočné vajíčka a pod.

Druhá klientka s DMO – diparéza s postihnutím dolných končatín, pridruženým zrakovým i mentálnym postihnutím sa zapája do pracovných činností zameraných na prácu s drobným materiálom ako je výroba náušnic, príveskov, náhrdelníkov, náramkov, retiazok, prstienkov. Vyrába príležitostné upomienkové darčeky, pozvánky. Pre svoje zrakové postihnutie nepracuje na počítači a nevykonáva žiadnu prácu v stoji.

Tretí klient zamestnaný v chránenom pracovisku pre svoje postihnutie DMO – hypotonický syndróm, mentálne postihnutie dolného pásma ľahkej mentálnej retardácie až stredného stupňa mu neumožňuje zaradiť sa do priamej pracovnej činnosti. Vykonáva práce, ktoré zvláda a sú pre ostatných členov chráneného pracoviska potrebné (nakupuje potraviny, pripravuje desiatu, obsluhuje spolupracovníkov, umýva riad po desiate, utrie i uloží ho na miesto). Pri každej pracovnej činnosti potrebuje asistenciu, nie je samostatný. Pre svoje málo vypestované vôľové vlastnosti často nedokončí začatú prácu, potrebuje usmernenie a motiváciu.

Z predchádzajúcich riadkov vyplýva, že ani jeden klient chráneného pracoviska sa nemôže pre svoje postihnutie začleniť do bežného pracovného procesu na trhu práce.

### **Odporúčania:**

Štúdiom dostupných materiálov – pedagogických, psychologických, pracovných materiálov OZ Iskierka, rozhovorom s odborníkmi – lekármi, psychológom, rehabilitačným pracovníkom, rodičmi a pracovnou asistentkou ako i priamym pozorovaním klientov pri práci môžeme povedať, že naše predpoklady:

– Čím je viac postihnutí u jedinca s DMO, tým je menšia pravdepodobnosť zaradenia sa do bežného pracovného procesu ;

– Chránené pracovisko je pre občana s DMO a viacerými postihnutiami, vhodné prostredie, kde môže rozvíjať svoje sociálne i pracovné zručnosti podľa svojich možností a schopností – sa nám potvrdil;

Ani jeden so sledovaných klientov by neuspel v bežnom pracovnom zaradení, pre svoje telesné, mentálne a často i zrakové postihnutie, pre normálny pracovný tlak a stres v práci. Zručnosť u našich klientov nie je na takej úrovni, aby zodpovedala potrebám pracovného trhu. Zo zistení vyplýva, že je veľmi dôležité pre týchto ľudí vytvárať chránené pracoviská, dielne a podobné zariadenia, kde si môžu postihnutí jedinca zdokonaľovať, rozvíjať svoje zručnosti podľa svojich možností a schopností.

Netreba zabúdať ani na psychologické aspekty. Klient s postihnutiami, ktoré sme v tejto práci spomínali, sa cíti v prostredí rovnako postihnutých občanov oveľa lepšie, ako byť sám doma, bez akéhokoľvek spoločenského vyžitia a stretnutí s ľuďmi. V podstate sa nudí, nerozvíja sa ďalej, ochabuje zručnosť, sociálna samostatnosť. Takýto človek ostáva väčšinou apatický, bez záujmu, pretože má málo podnetov zo svojho okolia. To nemôžeme povedať o našich klientoch, ktorých sme sledovali. V chránenom pracovisku pracujú s radosťou, tešia sa na každý nasledujúci deň. Spoločná kolektívna práca v pokojnej, nestresujúcej atmosfére vedie k ich ďalšiemu rozvíjaniu sa celej osobnosti.

## ZÁVER

Jedinci postihnutí DMO obzvlášť v prípadoch keď je v kombinácii prítomná mentálna retardácia, boli v minulosti považovaní za nevzdelávaných a nevychovaných. Z toho vyplýva, že sa preto v dospelosti nemohli zaradiť do pracovného procesu.

Zaradenie do spoločnosti pre takto postihnutých osôb je problematika veľmi zložitá. V súčasnej dobe počet postihnutých narastá a často sa zabúda na to najdôležitejšie „Čo s postihnutým dieťaťom po ukončení školskej dochádzky? Kde ho pracovne zaradiť?“

V diplomovej práci som sa pokúsila o pohľad na jedno z možných pracovných uplatnení jedincov postihnutých DMO v kombinácii s mentálnym, zmyslovým postihnutím. Každý človek, teda i postihnutý má svoje požiadavky a potreby a medzi ne patrí i práca, pracovné zaradenie sa. Uplatniť sa na bežnom pracovnom trhu, ako som v práci ukázala je pre týchto ľudí veľmi obtiažné, ba až nemožné.

V teoretickej časti som sa venovala podrobnejšie diagnóze detská mozgová obrna, jej etiológii, jednotlivým formám, symptomatológii, kombináciám s týmto ochorením, hlavne mentálnemu postihnutiu. V ďalšej časti som hovorila o rodine s dieťaťom s DMO a pridruženými postihnutiami, ich problémami, edukáciou týchto detí, legislatívnym zabezpečením vzdelávania takto postihnutých jedincov. Nezanedbateľnou je aj téma vzťahu spoločnosti k postihnutým občanom, ktorú som rozpracovala v tretej kapitole diplomovej práce. Nie vždy bol ten vzťah taký ako je v súčasnej dobe. K tomu sa ľudská spoločnosť musela svojou snahou pochopiť týchto ľudí postupne dopracovať.

V praktickej časti svojej práci som sa pokúsila poukázať na potrebu pracovného uplatnenia postihnutých občanov s DMO a ďalším pridruženým postihnutím, ktorí sa pre svoje postihnutie nemôžu zaradiť do pracovného pomeru na pracovnom trhu a z toho vyplývajúcu ďalšiu potrebu vytvárania pracovných možností v chránených pracoviskách,



dielňach a podobných zariadeniach, kde by sa postihnutí mohli ďalej rozvíjať a plniť si svoje sny a túžby.

Práca pre postihnutých občanov je veľmi dôležitá, jeden z hlavných významov práce je terapeutický. Na ľudí s DMO a ďalšími postihnutiami pôsobí aj z viacerých strán. Svojim spôsobom sa začleňujú podľa svojich možností a schopností do spoločnosti. Nemožno zabudnúť i na pocit spolupatričnosti a zvyšovania sebavedomia počas pracovného procesu v kolektíve medzi rovesníkmi.

Záverom chcem zdôrazniť, že moja práca rieši iba dielčie problémy pracovného uplatnenie osôb S DMO a viacerými pridruženými postihnutiami, ktoré by bolo treba v rámci širšieho výskumu ďalej analyzovať, zovšeobecňovať a posudzovať.

## Zoznam použitej literatúry:

- BAJO, I.; VAŠEK Š.: Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia). Bratislava, Sapiencia 1994
- BLAŽEK, B.; OLMROVÁ, J.: Víc než pomoc sobě: Svojpomocné skupiny v České republice. Praha SZOZP, 1994
- GRIFLÍKOVÁ, M: Písomné materiály OZ Iskierka
- GRIFLÍKOVÁ, M: Výročné správy OZ Iskierka z rokov 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2010
- GOFFMAN, E.: Stigma. Praha: SLON 2003 ISBN 80 – 86429 – 21 - 0
- GROOF, J. D.( ed.); LAUWERS, G. Special Education. Dordrecht : kluwer Academic Publishers 2003. ISBN 1-4020- 1545-3
- HELUS, Z.: Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80 – 7178 – 888 – 0.
- CHLUP, J.: Osud zmrzačeného dítěte. Československá zemská péče o mládež, Brno 1923
- JANKOVSKÝ, J.: Ucelená rehabilitace dětí s telesným a kombinovaným postižením . Praha : Triton, 2006. ISBN 80 – 7254-730 -5
- JESENSKÝ, J.: Kontrapanky integrace zdravotně postižených. Praha : Karolinum 1995. ISBN 80- 7184-030 – 0
- KÁBELE, F.: Rozvíjanie hybnosti a řeči u dětí s DMO.1 vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988
- KONČEKOVÁ, L.: Patopsychológia. Prešov, LANA 2004.
- KRAUS, J. a kol.: Dětská mozková obrna. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O.: Telesně postižené dítě 1. vydání. Praha: Avicenum. 1989.
- KRAUS, J a kol.: Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005 ISBN 80- 247-1018- 8.
- LEHOVSKÝ, M. a kol.: Pečujeme o nervově nemocné dítě.1. vydání. Praha: Avicenum, 1989.

- LESNÝ, I., Špitz, J.: Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy. 1. vydání. Praha : Státní pedagogické nakladatelství , 1989. ISBN 80 -04 22922 - 0.
- LESNÝ, I. a kol.: Dětská neurologia. Avicenum, zdravotnické nakladatelství. Praha 1980
- MICHALÍK, J.: Postižení, společnost, právo. Univerzita Palackého: Olomouc, 2003. ISBN 80 -244 - 0873. 2.
- MYDLIL, V. : Příčiny mozkových postižení dětí: poškození mozku za vývoje a perinatální rizika. 1. Vydání. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80 – 85605 – 82 – 1
- NOVOSAD, L.: Základy speciálního poradenství. Praha: Portál 2 000 ISBN80 – 7178 – 197 -5
- OPATŘILOVÁ, D.: Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou 1. vydání. Brno : Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80- 210- 3242-1.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností. Univerzita Palackého : Olomouc , 2003 ISBN 80- 244- 0873-2.
- RENOTIEROVÁ, M.: Somatopedické minimum. 1.vydání. Univerzita Palackého : Olomouc, 2003 ISBN 80 -244-0532-6
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, O.: Dětská klinická psychologie. 4. přepracované a doplnené vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- STEHLÍK, A. a kol. Dítě s mozkovou obrnou v rodině. Praha, Avicenum 1997
- SLOWÍK, J.: Speciální pedagogika. 1.vydání .Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3 .
- ŠLAPAL, R.: Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy. 1. vydání. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4
- ŠVARCOVÁ, I.: Mentální retardace. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

TITZL, B.: Postižený člověk ve společnosti. Praha UK, 2000. ISBN 80-86039

VANČOVÁ, A. : SúčasnÉ problémy a perspektívy integrovaného (inkluzívneho) vzdelávania žiakov so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami v bežných školách – študijné texty, Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2002.

VANČOVÁ, A.: Edukácia viacnásobne postihnutých, Bratislava: Sapiaientia, 2002. ISBN 80-967180-7-X.

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3-90-0.

VAŠEK, Š.: Špeciálna pedagogika. Bratislava: Sapiaientia, 1996. ISBN 80-967180-3-7.

VÍTKOVÁ, M.: Paradigma somatopédia 1. Vydání. Brno : Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80- 210-1953-0.

VÍTKOVÁ, M.: Somatopedické aspekty. 2. Přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

## **Zoznam použitých elektronických médií a webových stránek:**

BRANDL, M .: Sociální nerovnost a boj proti ní, duševní zdraví, sociální inkluze a národnostní menšiny v EU. In Kompetentní pracovník : manuál pro pracovníky pomáhajících profesí. Praha : Naděje, 2006. Dostupné na [www.http://www.nadeje.cz/vz/sbornik.pdf](http://www.nadeje.cz/vz/sbornik.pdf)

SCHUSTEKOVÁ, S.: Chránené dielne a chránené pracoviská [www.hrclub.sk/clanky/chrane-dielne-a-chrane-pracoviska/2010](http://www.hrclub.sk/clanky/chrane-dielne-a-chrane-pracoviska/2010)

ŠAJGEL: www. Fitnet. Cz, internet, 1997

## Obrázková príloha



Obr.1. Klienti pri zlatení valentínskych srdiečok



Obr. 2 Hotové výrobky z keramiky a materiálu Fimo.





Obr.3 Práce klientov s modelovacou hmotou Fimo.



Obr.4 Hotové výrobky z materiálu Fimo



Obr. 5 Klient s kvadruparézou pri žehlení hodvábnjej šatky.



Obr. 6 Hotový výrobok – batikované hodvábnne šatky.



## **Zoznam obrázkov**

Obr.1. Klienti pri zlatení valentínskych srdiečok.....	101
Obr. 2 Hotové výrobky z keramiky a materiálu Fimo.....	101
Obr. 3 Práca klientov s modelovacou hmotou Fimo.....	102
Obr. 4 Hotové výrobky z materiálu Fimo.....	102
Obr. 5 Klient s kvadruparézou pri žehlení hodvábnej šatky.....	103
Obr. 6 Hotový výrobok – batikované hodvábne šatky.....	103

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Meno autora:** Bc. Katarína Stachová

**Odbor:** Špeciálna pedagogika – učiteľstvo

**Forma štúdia:** kombinovaná

**Názov práce:** Socializácia osôb s detskou mozgovou poruchou

**Rok:** 2012

**Počet strán bez prílohy:** 100

**Celkový počet strán príloh:** 4

**Vedúca práce:** Mgr. Denisa Štefková, PhD.