

**UNIVERZITA JÁNA AMOSA KOMENSKÉHO  
PRAHA**

Bakalárske kombinované štúdium  
2010-2013

**BAKALÁRSKÁ PRÁCA**

Petra Ivanová

Rehabilitačná a výchovná činnosť mentálne postihnutých  
v domovoch sociálnych služieb

**Praha 2013**

**Vedúci bakalárskej práce:**  
PhDr. Vilma Hudáčová, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Full- Time Studies

2010-2013

**BACHELOR THESIS**

Petra Ivanová

Rehabilitative and educational activity of mentally  
handicapped humans in the houses of social services

**Prague 2013**

**The bachelor thesis work supervisor:**  
PhDr. Vilma Hudáčová, CSc.

### **Prehlasujem**

Prehlasujem, že predložená bakalárska práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri vypracovaní čerpala, v práci poriadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 21.2.2013

*Meno a priezvisko autora: Petra Ivanová*

## **Pod'akovanie**

Chcela by som sa poďakovať svojej vedúcej bakalárskej práce PhDr. Vilme Hudáčovej, CSc. za odborné vedenie , za pomoc a cenné rady pripomienky pri spracovaní tejto práce, za ochotné konzultácie a príjemný priateľský prístup.

## **Anotácia**

Cieľom Bakalárskej práce je priniesť poznatky a zistiť úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti mentálnej postihnutých v domovoch sociálnych služieb. Dôležitým pilierom práce je vymedzenie rehabilitácie a jej ďalšie zamerania v oblasti terapie ktoré tvoria hlavnú časť, v poslednej časti charakterizujeme mentálne postihnutie a domovy sociálnych služieb. Empirická časť je zameraná na zistenie úrovne rehabilitačnej a výchovnej činnosti mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb.

**Kľúčové slová:** arteterapia, canisterapia, činnosťná terapia, domovy sociálnych služieb, ergoterapia, hipoterapia, komplexná rehabilitácia, mentálna retardácia, muzikoterapia, rehabilitácia, výchovná rehabilitácia.

## **Annotation**

A purpose of a Bachelor work is to bring knowledge and find out a level of rehabilitative and educational activity of mentally handicapped humans in the houses of social services. An important pillar of the work is determination of rehabilitation and her next externalization which compose a main part in the field of therapy, in the last part we characterize mental disability and the houses of social services. The empirical part focuses on finding the level of rehabilitation and educational activities of mentally disabled clients in social houses.

**Key words:** an active therapy, an art therapy, a canis therapy, a complex rehabilitation , an educational rehabilitation, an ergo therapy , a hipo therapy, the houses of social services,a mental retardation, a music therapy, rehabilitation.

<b>ÚVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>TEORETICKÁ ČASŤ .....</b>	<b>3</b>
<b>1 REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH.....</b>	<b>3</b>
1.1 Rehabilitácia.....	3
1.2 Komplexná rehabilitácia.....	6
1.2.1 Metódy komplexnej rehabilitácie.....	9
1.2.2 Zásady komplexnej rehabilitácie.....	9
1.2.3 Prostriedky komplexnej rehabilitácie.....	10
1.3 Výchovná rehabilitácia.....	12
<b>2 TERAPIE V REHABILITAČNEJ A VÝCHOVNEJ ČINNOSTI O POSTIHNUTÝCH.....</b>	<b>15</b>
2.1 Muzikoterapia.....	16
2.1.1 Predmet muzikoterapie.....	17
2.1.2 Cieľ muzikoterapie.....	17
2.2 Muzikomaľba.....	18
2.3 Arteterapia.....	19
2.4 Canisterapia „léčba pomocí psa“.....	21
2.4.1 Použitie zvierat v profesionálnych zariadeniach.....	22
2.4.2 Terapia za asistencie zvierat (AAT).....	22
2.4.3 Možné využitie AAT.....	22
2.5 Hipoterapia.....	23
2.5.1 Pedagogicko- psychologické jazdenie je vhodné pri:.....	24
2.5.2 Hiporehabilitácia (HR).....	24
2.6 Pracovná rehabilitácia.....	27
2.6.1 Ergoterapia.....	28
2.7 Činnosťná terapia.....	30
<b>3 MENTÁLNE POSTIHNUTÝ V DSS .....</b>	<b>31</b>
3.1 Mentálna retardácia.....	31
3.2 Príčiny mentálnej retardácie.....	33
3.3 Domovy sociálnych služieb.....	37
3.3.1 Domov sociálnych služieb.....	37

3.3.2 Sociálna pomoc, sociálna starostlivosť .....	38
3.3.3 Sústava inštitúcií sociálnych služieb .....	39
3.3.4 Systém sociálnych služieb.....	40
3.3.5 Štandardy kvality sociálnych služieb .....	41
3.3.6 Kvalita života .....	43
3.3.7 Špeciálne poradenstvo.....	44
<b>PRAKTICKÁ ČASŤ .....</b>	<b>46</b>
<b>4 PRIESKUM .....</b>	<b>46</b>
4.1 Cieľ.....	46
4.2 Hypotézy .....	46
4.3 Úlohy .....	46
4.4 Prieskumné metódy .....	47
4.5 Prieskumná vzorka .....	47
4.6 Výsledky výskumu .....	48
4.6.1 Pozorovanie .....	54
4.6.2 Riadený rozhovor .....	55
4.7 Vyhodnotenie výskumných hypotéz .....	56
4.8 Závery výskumu .....	57
<b>ZÁVER.....</b>	<b>57</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV .....</b>	<b>58</b>
<b>ZOZNAM OBRÁZKOV.....</b>	<b>62</b>
<b>ZOZNAM TABULIEK.....</b>	<b>62</b>
<b>ZOZNAM GRAFOV .....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....</b>	<b>5</b>
<b>ZOZNAM PRÍLOH.....</b>	<b>I-IV</b>



# ÚVOD

Dôvodom prečo ma téma zaujala je určitá príbuznosť s mojou prácou vychovávateľky v detskom domove. Mnohé poznatky nadobudnuté pri štúdiu a písaní práce môžem aplikovať aj v prostredí detského domova, alebo poskytnúť víziu v ďalšom napredovaní ako pozitívne, optimálne edukatívne pôsobiť na rozvoj osobností detí a mládeže.

Pri vypracovaní práce sme čerpali z mnohých odborných publikácií, ktoré sú uvedené v zozname bibliografických odkazov. Prácu som vypracovala samostatne pod odborným vedením vedúcej bakalárskej práce.

Rehabilitácia ako pojem má veľmi široký záber, dlhoročnú históriu a spadá do mnohých oblastí, koncepcia komplexnej rehabilitácie ponúka viac zložiek orientovaných na rôzne oblasti života. Rehabilitácia je kľúčový a primárny bod práce z ktorého sa všetko odvíja. Cieľom práce je zistiť úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb.

Prácu sme rozdelili na teoretickú a praktickú časť. Teoretická časť pozostáva z troch kapitol. V prvej kapitole s názvom Rehabilitačná starostlivosť o mentálne postihnutých sa zaoberáme históriou rehabilitácie, komplexnou rehabilitáciou jej rozdelením metódami, formami a prostriedkami. Ako už z názvu vyplýva cieľom je zistiť úroveň výchovnej činnosti, rozoberáme teda aj výchovnú rehabilitáciu ktorá nadväzuje s jej realizáciou prostredníctvom terapií v rehabilitačnej a výchovnej činnosti postihnutých čo je aj názov druhej kapitoly.

Druhá kapitola nám ponúka obsiahle spektrum možností rehabilitácie v tejto oblasti, no snažili sme sa spomenúť aspoň niektoré, akými sú napríklad muzikoterapia čo je jej predmetom a cieľom. Príbuznou muzikoterapiou je muzikomalba, spomíname aj arteterapiu ako prostriedok k osobnému vyjadreniu v rámci komunikácie, skorej ako by sa snažila o esteticky uspokojivé predmety. Canisterapia liečba pomocou psa najlepšieho priateľa človeka, hipoterapia choré postihnuté dieťa alebo pacienti s rôznymi problémami, sa na koni vozia, jazdia, cvičia, učia sa ho vnímať, chápať,

rešpektovať a spolupracovať s ním. Najstaršia a stále efektívna pracovná rehabilitácia ako aj pracovno- rehabilitačná činnosť, ergoterapia už v dávnej minulosti mala svoje miesto aj na Slovensku, ale paradoxne po druhej svetovej vojne začala upadať, keď starostlivosť prevzal štát.

Tretia časť sa orientuje na Mentálne postihnutých v DSS, vymedzenie mentálneho postihnutia, jeho príčin, DSS ako také. Sústava inštitúcií sociálnych služieb plus systém sociálnych služieb, spomenuli sme princípy organizácie nového systému, štandardy kvality sociálnych služieb. Nesmieme zabúdať na kvalitu života klientov, a špeciálne poradenstvo aké im môže byť poskytnuté.

Empirickej časti bolo naším cieľom zistiť úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb. Pracovali sme s exploračnými metódami ako dotazník určený zamestnávateľom DSS, riadený rozhovor, pozorovanie. V závere bakalárskej práce zhodnotíme získané výsledky a zistíme ich totožnosť zo stanovenými hypotézami.

# TEORETICKÁ ČASŤ

## 1 REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ O MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

### 1. 1 Rehabilitácia

Rehabilitácia ( z. lat. *re-* opäť, znova, *habilitas-* spôsobilosť, schopnosť) je súhrn činností, ktorých cieľom je umožniť čo najrýchlejšiu optimálnu rodinnú, pracovnú a sociálnu reintergráciu osôb postihnutých chorobou, úrazom, vrodenu alebo získanou chybou, a to obnovením alebo úpravou poškodených funkcií organizmu. Je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej liečebno-preventívnej starostlivosti( Ďurič, Bratská, a kol., 1997).

Ako tvrdí Vašek a kol, (1994) v Terminologickom a výkladovom slovníku špeciálnej pedagogiky , v posledných rokoch okrem práva a medicíny preniká termín rehabilitácia aj do špeciálnej pedagogiky, kde sa chápe v širšom ponímaní, t.j. nie iba vo význame znovuvrátenia rehabilitácie, ale skôr vo význame uspôsobenia ( habilitácií) aj takých jedincov, ktorí pôvodne neboli mentálne, somaticky či senzorycky intaktní, ale narodili sa už ako postihnutí. V súvislosti so starostlivosťou o nich môžeme tvrdiť o komplexnej rehabilitačnej starostlivosti.

Ako dopĺňajú autori Lechta, Hučík, (2003, s.37) rehabilitácia v špeciálnej pedagogike sa zakladá na uplatňovaní špeciálnych metód s cieľom odstrániť alebo zmierniť následky defektu, a tým dosiahnuť aj socializáciu postihnutého jedinca.

Rehabilitácia má štyri základné odbory: *liečebnú, pracovnú, pedagogickú a sociálnu rehabilitáciu*. Pojem rehabilitácia zaviedol prvýkrát asi v r. 1844 Henri von Busse.

Rehabilitácia je súbor postupov, ktorých cieľom je umožniť osobám so zdravotným postihnutím, aby dosiahli a zachovali si optimálnu fyzickú,

zmyslovú, intelektovú, psychickú alebo sociálnu úroveň funkcií a boli v najvyššej možnej miere nezávislí” (Matoušek et al.2005, s. 92).

Cieľové skupiny rehabilitácie sú nasledovné :

Rehabilitácia má rôzne oblasti zamerania napríklad osoby s rôznym typom znevýhodnenia:

- telesne znevýhodnených
- zmyslovo znevýhodnených
- rečovo znevýhodnených
- mentálne znevýhodnených
- znevýhodnenie v súvislosti s duševnou poruchou

Podľa dĺžky trvania môžeme rehabilitáciu rozdeliť na

- Krátkodobá – starostlivosť bezprostredne nadväzujúca na liečenie, ktorá vedie k upevneniu úplného obnovenia zdravia a normálnej kvality života. Rieši sa na úrovni zdravotníckych a kúpeľných zariadení.
- Dlhodobá – týka sa osôb s dlhodobým alebo trvalým zdravotným poškodením ťažších stupňov. Je spojená s trvalým narušením kvality života. Čiastočne sa rieši liečením, ale najmä prostredníctvom sociálnej, pedagogickej a pracovnej rehabilitácie. Zariadenia: zdravotnícke, školské, práce a sociálnych vecí, občianske združenia, charitatívne organizácie.

Podľa Číža, 2009 definícia rehabilitácie podľa svetovej zdravotníckej organizácie z r. 1969 znie: *„Rehabilitácia je kombinované a koordinované použitie liečebných, sociálnych , výchovných a pracovných prostriedkov pre výcvik alebo precvičovanie jednotlivca k najvyššej možnej funkčnej schopnosti“.*

V roku 1981 bola definícia rozšírená: *„Rehabilitácia obsahuje všetky prostriedky smerujúce k zmenšeniu tlaku, ktorý spôsobuje desabilita a handicap a usiluje sa o spoločenské začlenenie postihnutého“.*

Definícia WHO – „*Rehabilitácia je časovo obmedzený proces, ktorý je zameraný na to, aby sa poškodenie alebo ochorenie, ktorým je človek postihnutý dostalo do štádia, kedy je možné dosiahnuť najlepšiu možnú psychickú, fyzickú alebo funkčnú úroveň a takýmto spôsobom mu poskytnúť možnosť zmeniť svoj vlastný život*“. Rehabilitácia sa považuje za celospoločenský problém a podľa OSN jej kvalita je kritériom kultúrnej úrovne spoločnosti. Predstavuje koordinovanú činnosť všetkých zložiek spoločnosti (štátu, inštitúcii, organizácii, jednotlivcov) s cieľom znovu zaradiť človeka postihnutého na zdraví následkom choroby, úrazu či vrodenej chyby do aktívneho spoločenského života. Takúto rehabilitáciu nemožno zabezpečiť v rámci jedného odboru.

Cieľ rehabilitácie sa môže meniť v závislosti od toho kto formuluje jej definíciu.

K cieľom a výstupom rehabilitácie patrí predovšetkým:

- zmiernenie či odstránenie funkčných obmedzení,
- zlepšenie nezávislosti,
- zníženie a skrátenie potreby ústavnej starostlivosti,
- zlepšenie sociálnej reintegrácie,
- zlepšenie kvality života.

( Spracované podľa Inštitútu pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím, 2009, s.7-8)

Vo všeobecnosti je známe že v súčasnosti do popredia záujmu prichádza takzvaný integrovaný model rehabilitácie. Dlhotrvajúce chronické postihnutie vyžaduje komplexný prístup zameraný na úpravu postihnutých fyziologických funkcií, psychosociálnych funkcií s cieľom integrovať postihnutú osobu do spoločnosti.

Tento model rehabilitácie si vyžaduje odborníkov z danej oblasti ako napr. ako logopédov, psychológov, lekárov, fyzioterapeutov, a sociálnych pracovníkov.

## 1.2 Komplexná rehabilitácia

Komplexná rehabilitácia ( KR) jedincov so špeciálnymi výchovnými potrebami podľa Vaška (2003,s.115-117) je „súhrn aktivít multidisciplinárneho charakteru, zameraný na predchádzanie, zmiernenie alebo odstraňovanie nepriaznivých dôsledkov postihnutia ( defektu ) alebo narušenia, a to najmä v prospech optimálnej socializácie“.

Ako ďalej tvrdí autor, ide o vzájomné zladený a nadväzný, v plánovom slede alebo súčasne uskutočňovaný rad činností všetkých zúčastnených odborníkov v záujme socializácie jedinca so špeciálnymi edukačnými potrebami.

Komplexná rehabilitácia sa dá vo veľmi zjednodušenej forme vyjadriť nasledovným vzťahom :

$$KR = f ( Lr, Vr, Sr, Pr, Km, M)$$

KR = komplexná rehabilitácia

Lr= liečebná rehabilitácia

Vr = výchovná rehabilitácia

Sr= sociálna rehabilitácia

Pr= pracovná rehabilitácia

Km= kompenzačné mechanizmy

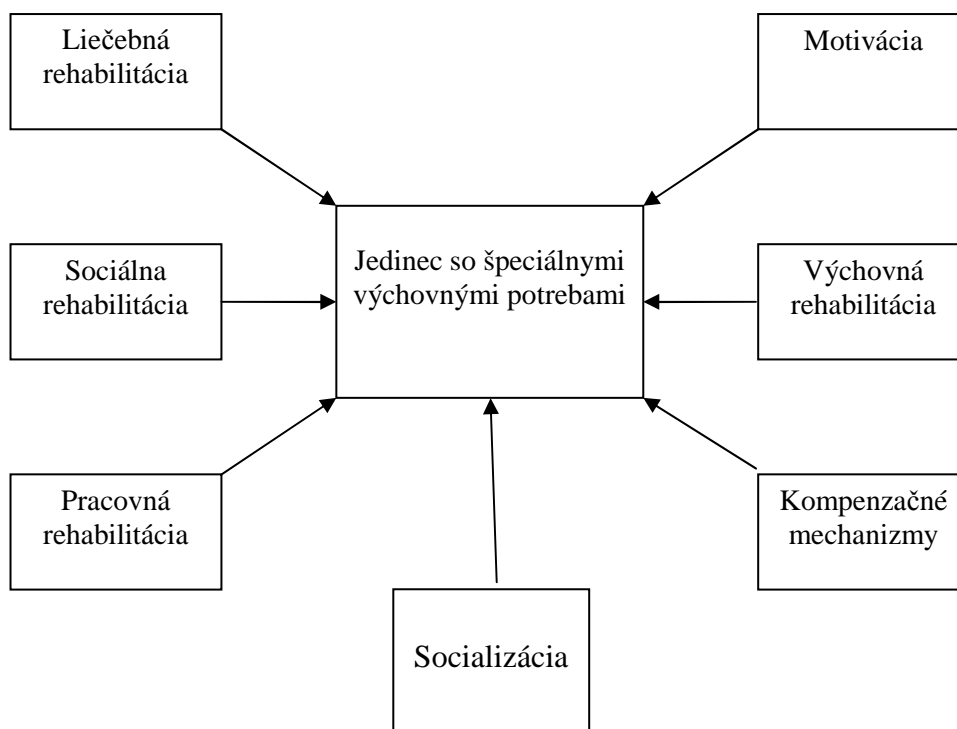
M= motivácia

f = funkcia

Z uvedeného vyplýva, že komplexná rehabilitácia je funkciou súčinnosti jej komponentov, akými sú: liečebná, výchovná, sociálna, pracovná rehabilitácia, kompenzačných mechanizmov a motivácie rehabilitovaného jedinca.

Vašek: (2003,s.113) „*Tento vzťah je možné znázorniť na modeli komplexnej rehabilitácie.*“

**Tab.1:** Model komplexnej rehabilitácie



**Zdroj:** Vašek (2003,s. 116)

Ďalej autor opisuje zložky komplexnej rehabilitácie takto:

**Liečebná rehabilitácia** spočíva v aplikovaní liečebných metód v záujme dosiahnutia stavu relatívneho zdravia jedinca, zmiernenia následkov postihnutia, tiež v prevencii postihnutí a narušení.

**Sociálna rehabilitácia** je multiodborné, zladené pôsobenie ( priame alebo nepriame) na jedinca a jeho užšie prostredie v záujme dosiahnutia čo najvyššej úrovne socializácie, t.j. vyrovnanie sa s postihnutím , žiť relatívne kvalitný život, vytvoriť preto vhodné podmienky vonkajšie a vnútorné a tým dosiahnuť relatívnu osobnú spokojnosť.

**Pracovná rehabilitácia** je súhrn aktivít ( pracovných pohybov, pracovných úkonov, pracovných operácií) v záujme využitia práce ako prostriedku seberealizácie postihnutého a narušeného jedinca, vytvárania pozitívnych návykov, zručností a spôsobilostí.

**Výchovná rehabilitácia** sa realizuje prostredníctvom dosahovania pozitívnych zmien vo vychovanosti a vzdelanosti jedinca, aplikovaním špeciálnych metód edukácie, reedukácie, stimulácie, korekcie a ďalších.

**Kompenzačné mechanizmy**- tendencie postihnutého jednotlivca spočívajúce aktivizácií činností, postojov, dosiahnuť vyrovnanosť výkonnosti funkcie alebo orgánu, ktoré následkom postihnutia alebo narušenia vykazujú deficit. V podstate fungujú aj u intaktných, ale menej výraznej forme.

**Motivácia**- vnútorný alebo vonkajší podnet zameraný na uspokojovanie potrieb človeka. Predstavuje hnaciu silu v dosahovaní zmien v stave organizmu, v sociálnej pozícií a pod. Významne sa podieľa na činnosti kompenzačných mechanizmov.

**Vzdelanosť**- stav jedinca prejavujúci sa na úrovni osvojovania poznatkov, postojov, spôsobilosti, ktoré nadobudol v priebehu školského, mimoškolského vzdelávania, pôsobenia médií a sebvzdelávania. Úroveň vzdelanosti je multifaktoriálne podmienená, preto má spravidla v interindividuálnom porovnávaní veľmi heterogénny charakter.

**Vychovanosť**- spôsobilosť jedinca žiť v ľudskej spoločnosti. Manifestuje sa schopnosťou nadväzovať a udržiavať interpersonálne kontakty, v schopnosti žiť kvalitný život, byť tvorcom a ochrancom hodnôt. Mierou vychovanosti je úroveň dodržiavania právnych, morálnych a spoločenských noriem.

Novosad ( 2000, s.28) poukazuje na vzájomnú prepojenosť medzi poradenskou praxou , a podporou ľudí so zdravotným znevýhodnením ako súčasť komplexnej rehabilitácie. Poradenstvo uplatňuje princípy a metódy komplexnej rehabilitácie pri práci s klientom. Bez koordinovanej tímovej poradenskej činnosti nemôžeme doceliť previazanosť, postupnosť, variabilitu a vzájomnú spoluprácu jednotlivých oblastí rehabilitácie a doceliť ucelenosť. Komplexná rehabilitácia tak tvorí široký vedný rámec , s medziodborovou kooperáciou kde sa poradenstvo významne odlišuje od iných poradenských aktivít, napr. od psychologického poradenstva.



### 1.2.1 Metódy komplexnej rehabilitácie

Vašek ( 2003, s. 111 -112) uvádza tieto metódy komplexnej rehabilitácie: Kompenzáciu, resocializáciu, korekciu, akceptáciu, špeciálnu edukáciu, reedukáciu, terapiu, psychoterapiu, právnu ochranu a osvetovú činnosť. Ako ukážky niektorých metód komplexnej rehabilitácie Vašek uvádza Vojtovu metódu, metódu manželov Bohathových, Phelsovu metódu, Schwarzovu metódu, Pazovu metódu, metódu koduktívnej pohybovej pedagogiky, Kabátovú metódu, orfaciálnu stimuláciu, Domanovu metódu, metodiku snozelen. a pod.

- Kompenzácia ( vyrovnávanie znížených výkonov funkcií, orgánov),
- Resocializácia ( pozitívne zapojenie do spoločnosti),
- Korekcia ( náprava dysfunkcie),
- Akceptácia ( individuálne osobitosti),
- Špeciálna edukácia ( výchova, vzdelávanie, stimulácia a pod.),
- Reedukácia ( prevýchova, eliminácia nesprávnych návykov, postojov).
- Terapia ( aplikácia metód liečby).
- Psychoterapia( aplikácia metód psychologickkej, pedagogickej terapie).
- Právna ochrana ( poradenstvo, tvorba legislatívy).
- Osvetová činnosť ( snaha zmeniť postoje jednotlivcov a spoločnosti).

### 1.2.2 Zásady komplexnej rehabilitácie

Podľa Kábele (In: Vašek, 2003,s.118) má komplexná rehabilitácia dve zásady tradičné a novšie.

Tradičné

- individuálneho prístupu ( podľa špeciálnych edukačných potrieb),
- komplexnosti ( akceptovať potrebu celostného prístupu),

- primeranosti ( akceptovať vek, druh a stupeň postihnutia),
- reflexnosti.

Novšie

- kognitivizácie ( rozvíjanie poznávacích procesov ),
- ortofunkcionalizácie (budovanie a rozvíjanie správnych funkcií),
- hyperemocionalizácie (vytváranie silných emočných stimulov),
- detenzionalizácie ( odstraňovanie psychického napätia),
- substitucionalizácie (nahradzovanie poškodených systémov),
- synergenizácie ( vzájomná podpora podnetov a procesov),
- kreativizácie ( podpora tvorivého myslenia činnosti).

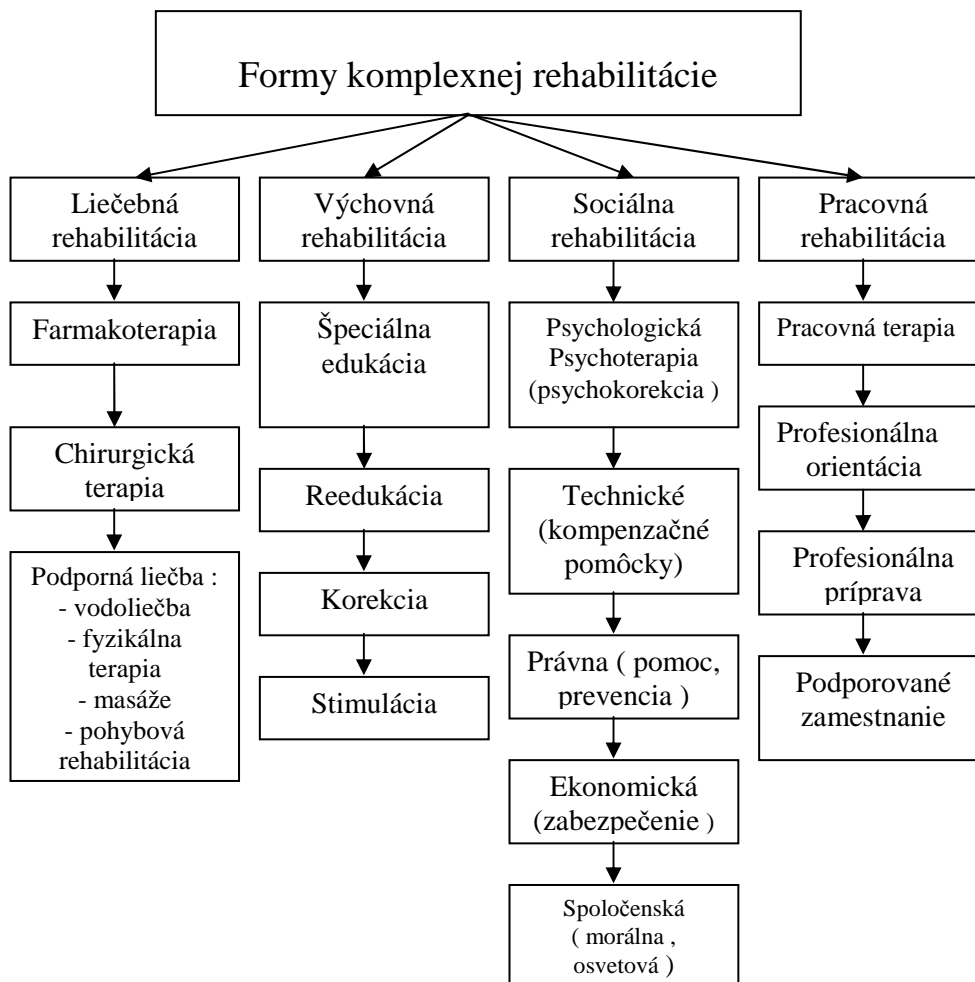
### **1.2.3 Prostriedky komplexnej rehabilitácie**

V oblasti komplexnej starostlivosti o človeka s postihnutím je používaný pojem komplexná, alebo komprehezívna rehabilitácia. Na rehabilitáciu sa nepozerala len z hľadiska lekárskeho ( liečebná rehabilitácia), ale z viacerých uhlov vedných odborov ako je napr. psychológia, pedagogika a sociálno právne odbory. V rámci komplexnej rehabilitácie preto hovoríme o prostriedkoch liečebných, pedagogicko psychologických, sociálnych a pracovných. ( Jankovský, 2001, s. 16).

Autor Jankovský (2001) konštatuje že ako sa zhodujú viacerí autori dnešná podoba komplexnej rehabilitácie je vybudovaná na interdisciplinárnom základe kde sa očakáva dokonalá tímová spolupráca viacerých odborníkov (rehabilitačný lekár, neurológ, ortopéd, pediater atď.) fyzioterapeut, ergoterapeut, psychológ, špeciálny pedagóg s rôznym zameraním, sociálny pracovník, právnik, protetik ale aj iní odborníci v závislosti od druhu a stupňa postihnutia. Jednotlivými prostriedkami komplexnej rehabilitácie podľa Jankovského( 2001) sú:

- Liečebné prostriedky, zahrňujú fyzikálnu terapiu (masáže, elektroliečba, liečba ultrazvukom, magnetoterapia, liečba svetlom, laserové žiarenie, liečba teplom, vodoliečba. Medzi prostriedky zaraďujeme tiež liečbu telesnou výchovou (LTV) väčšinou individuálne môže byť aj skupinová. Patrí sem ergoterapia, rôzne formy animoterapie (napr. hipoterapia, canisterapia) i ďalšie špecifické terapie (napr. psychoterapia, arteterapia, muzikoterapia) ktoré ale stoja na rozhraní medzi prostriedkami liečebnými a pedagogicko psychologickými,
- Pedagogické prostriedky demonštrujú skutočnosť že komplexná rehabilitácia je významným pedagogickým javom. Výchova a vzdelanie sú otvoreným systémom a preto tiež permanentnou záležitosťou (celoživotného vzdelávania). U ľudí postihnutím sa používajú metódy špeciálnej pedagogiky (psychopédie, somatopédie, tyflopédie, surdopédie, etopédie, logopédie a špeciálne pedagogiky pre kombinované viacnásobné postihnutia.,
- Sociálne prostriedky sú prirodzene závislé od sociálnej politiky štátu odvíjajú sa od ekonomickej prosperity daného štátu. Ich cieľom je úspešná socializácia jedincov s postihnutím v spoločnosti za pomoci reedukácie, kompenzácie a akceptácie (prijatie života s postihnutím), Všetko by to malo smerovať k vyrovnávaniu príležitostí a vytvoreniu dôstojných podmienok pre ich samostatný život, pri dosiahnutí pokiaľ možno optimálnej kvality života ľudí s postihnutím.
- Pracovné prostriedky smerujú k uplatneniu ľudí s postihnutím na trhu práce (tzv. pracovná integrácia). Ďalej sú využívané nástroje na vytváranie nových pracovných miest pre ľudí s postihnutím. Veľký význam má zakladanie chránených dielní, pracovísk, poprípade využívajú tzv. podporované zamestnanie. Dôležitú úlohu majú úrady práce.

**Tab.2 :** Formy komplexnej rehabilitácie



**Zdroj:** Vašek ( 2003,s.116)

### 1.3 Výchovná rehabilitácia

Podľa Vaška( 2003, s.115) výchovná rehabilitácia je súčasťou širšie ponímanej komplexnej rehabilitácie postihnutých, narušených jedincov či jedincov so špeciálnymi edukačnými potrebami. Rozumie sa ňou súhrn takých aktivít špeciálnopedagogického charakteru, ktoré sú v konečnom dôsledku zamerané na socializáciu jedinca, spôsobujú pozitívne zmeny v stave vychovanosti a vzdelanosti, tieto podnecujú alebo odstraňujú prípadné

prekážky pri ich dosahovaní, pričom podporujú terapeutické aktivity a majú aj psychoterapeutické poslanie.

Do výchovnej ( špeciálnopedagogickej ) rehabilitácie Vašek (2003,s.122-123) zaraďuje špeciálnu edukáciu, špeciálnu stimuláciu, korekciu, reedukáciu a kompenzáciu.

Pri výchovnej rehabilitácii je potrebné pridržiavať sa istých zásad, ktoré uľahčujú a zvyšujú rehabilitačný efekt. Zásadami v tejto súvislosti sa rozumejú základné poučky, pravidlá, smernice, ktoré sa majú zachovávať v špeciálnej výchove, pokiaľ ide o výber metód, foriem a prostriedkov výchovy postihnutých alebo narušených jedincov. F. Kábele (In: Vašek,2003 s.123) uvádza, že v špeciálnej pedagogike sa môžu uplatniť tieto štyri kategórie zásad:

- všeobecno pedagogické,
- všeobecno didaktické,
- špeciálnopedagogické,
- špeciálnodidaktické.

K všeobecno- pedagogickým zásadám sa spravidla priradujú:

- zásada aktívnosti,
- zásada názornosti,
- zásada sústavnosti,
- zásada primeranosti,
- zásada trvácnosti,
- zásada vychovanosti.

K špeciálnopedagogickým zásadám priradujeme :

- zásadu prevencie, čiže súhrn aktivít zameraných na predchádzanie výskytu defektov ( defektných jedincov) výchovnými, liečebnými a sociálnymi opatreniami,
- zásadu komplexnosti, čiže starostlivosti o postihnutých vo všetkých jej zložkách a oblastiach,
- zásadu jednotnosti, čiže koordinované riadenie starostlivosti,
- zásadu dispenzarizácie, čiže čo najvčasnejšie evidovanie a sledovanie každého postihnutého jedinca,

- zásadu optimálneho prostredia, čiže ( aspoň pokusné) zaraďovanie všetkých postihnutých do vyššej kategórie výchovno- vzdelávacích zariadení, aby im boli poskytované čo najkvalitnejšie podnety pre svoj vývin,
- zásadu socializácie ( resocializácie), čiže sústavné rozvíjanie všetkých postihnutých narušených či oslabených orgánov a funkcií v procese vzdelávania,
- zásada kompenzácie, čiže rozvíjanie a nácvik náhradných činností všade tam, kde reedukácia pôvodnej funkcie do žiaducej miery nie je možná,
- zásada rehabilitácie, čiže sústavné mnohostranné pôsobenie na osobnosť postihnutého jedinca s cieľom jeho uspôsobenia relatívne pohodlne žiť.

V súvislosti so zásadami v špeciálnej pedagogike sa treba zmieniť o všeobecne ponímaných zásadách, ako ich koncipoval P. Moor (In Vašek,2003,s.124):

- najprv poznaj, potom vychovávaj
- nie proti postihnutiu, ale v prospech postihnutého,
- vychovávaj nielen postihnutého, ale aj jeho okolie.

## 2 TERAPIE V REHABILITAČNEJ A VÝCHOVNEJ ČINNOSTI O POSTIHNUTÝCH

Terapeutické prístupy podľa Oldřicha Müllera ( In: Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012, s.123-124) môžeme obmedziť na také spôsoby odborného a cieleného jednania s človekom, ktoré smerujú od odstránenia nežiadúcich problémov, alebo k odstráneniu ich príčin, k prospešnej zmene (napr. prežívanie, správanie, fyzickému výkonu). Tieto prístupy môžu byť aplikované priamo v rámci terapií( psychoterapia, dramaterapia, arteterapia apod.), alebo nepriamo v rámci iných odborných a cielených, na človeka zameraných činností ( v inštitucionálnej výchove znevýhodnených osôb apod.). Autor Müller uvádza že terapeutické prístupy uplatňované v špeciálnopedagogickej starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím vykazujú isté špecifika, ktoré sa odvíjajú od:

- Charakteru ich postihnutia( daného jeho vznikom, závažnosťou, prejavy atd.) a z neho vyplývajúcich potrieb,
- Vývojových zvláštností( dané na jednej strane primárnym postihnutím a na druhej strane, v čom sa osoba vyvíjala) a z nich vyplývajúcich podmienok,
- Osobnosti, schopnosti o orientácia terapeuta( záleží napríklad na tom, či ide o osobnosť dynamickú, dominantnú, odborníka zorientovaného na niektorý psychoterapeutický smer atd.),
- Zamerania a možností inštitúcie, kde sú realizované ( záleží napríklad na tom, či ide o ambulanciu, liečebnú komunitu, stacionár atd.).

Vyššie uvedený autor konštatuje že terapia uplatňovaná v špeciálnopedagogickej starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím je dôležitou a nezameniteľnou súčasťou komplexnej rehabilitačnej starostlivosti o tieto osoby. Definovať ich môžeme ako svojbytné disciplíny( či súčasti rámca širších odborov), v ktorých sú odborne, zámerne a cieľavedome

aplikované špecifické terapeutické prostriedky, metódy, techniky a formy za účelom pomoci ľuďom zmeniť ich správanie, myslenie, emócie a ďalšie osobnostné predpoklady spoločensky i individuálne priateľným smerom.

## 2.1 Muzikoterapia

Termín muzikoterapia má grécko- latinský pôvod a v preklade znamená liečenie hudbou.

Muzikoterapiu definuje Müller- Oursin ( In:Lechta,Hučík,2003, s.29) pomocou hudby sa vytvorí náprotivný vzťah za striedania blízkosti a dištancie, napätia a uvoľnenia, ktorý umožní zažiť a pomocou hudby pochopiť, čo z duševnej stránky v oproti sediacom a vo mne prebieha. Ide teda o živé stretnutie, a nie o vytvorenie určitej zručnosti ani o podporovanie určitej schopnosti. Improvizujeme s jednoduchými hudobnými nástrojmi, pohybom a hlasom, pričom nadväzujeme na minulú, neverbálnu výmenu medzi dojčaťom a matkou( resp. prvou kontaktnou osobou), čo sa môže pokladať za určitý druh spoločenskej hudobnej hry, pretože prostredníctvom matky buduje možnosť vzťahu medzi dvoma ľuďmi. Aby sme sa mohli vyvíjať a spoznávať svoju osobnosť, je nevyhnutná spolupráca.

Matejová, Hanus ( 1990, s.7-10) sa domnievajú že podstatou nášho chápania pojmu muzikoterapia je predovšetkým to, že ju definujeme ako istú liečebno-výchovnú metódu, ktorá svojimi špecifickými prostriedkami, formami a postupmi pôsobí na psychicky, somaticky, alebo sociálne narušenú osobnosť v tom zmysle, že ju vychováva a prevychováva a tak pripravuje na pozitívnu adaptáciu v normálnych životných situáciách. Využíva základné prvky hudby ( rytmus, melódiu, harmóniu) globálne vyjadrené v umeleckom obraze hudby , považovať za priameho nositeľa liečebnovýchovného pôsobenia. Výchovná sila hudobného pôsobenia pôsobí na zdravú i narušenú osobnosť.



### **2.1.1 Predmet muzikoterapie**

Predmetom muzikoterapie je cieleňé systematické liečebno- výchovné pôsobenie na psychicky, somaticky, alebo sociálne narušených jedincov prostredníctvom aktivizujúcich a receptívnych zložiek hudobného prejavu na základe dlhodobého všestranného pôsobenia. Mátejová, Hanus ( 1990, s.13)

### **2.1.2 Cieľ muzikoterapie**

Soňa Tomášových (2004) cieľom je doviest' pacientov k hlbším osobným zážitkom a zoznámiť ich s rôznymi možnosťami sebvýjadrenia a komunikácie prostredníctvom hudby, pohybu, rytmu, tanca a spevu. Zároveň podnecuje ich emocionálne vyjadrenie, rozvíja komunikačné schopnosti, zlepšuje motorickú a intelektuálnu koncentráciu. Pracuje sa predovšetkým s prežívaním hudby, pričom sa využívajú aj relaxačné techniky vedúce ku koncentrácii a uvoľneniu, ako aj imaginácie, ktoré rozvíjajú asociatívnu pamäť. Autorka uvádza dve zložky muzikoterapie :

- receptívna ( pasívna) muzikoterapia sa zameriava na počúvanie hudby. Významnou zložkou tohto procesu je samotný nácvik načúvania a vnímania hudby, pričom si pacient všíma svoje vnútorné pocity vyvolané hudobnou ukážkou a má možnosť ich následného spracovania v skupinovej, či individuálnej psychoterapii. Túto metódu možno kombinovať s autogénnym tréningom pri hudbe, relaxačným dýchaním, alebo s použitím techník práce s energiou tela.
- aktívna muzikoterapia- znamená aktívnu produkciu „ hudby“ alebo jednoducho zvukov. Vytváraním zvukov zapája pacienta do terapeutického procesu, ponúka mu možnosť sebarealizácie a uvedomovania si vlastnej alebo skupinovej dynamiky. Hudba a rytmus sú v tomto prípade vyjadrovacím prostriedkom, je to ponuka iného než slovného vyjadrenia myšlienok a pocitov. Obsahom aktívnej muzikoterapie sú psychodynamické hry s hudbou, výrazový tanec, hra

na telo, rytmické cvičenia, dychové cvičenia, ale aj zameranie pozornosti na prirodzené i umelé zvuky okolitého prostredia.

Valenta, Michalík, Lečbych a kol. ( 2012, s.132) sa domnievajú že aktívna skupinová muzikoterapia je overená už praxou u klientov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, a stredne ťažkým stupňom postihnutia ale tak isto aj receptívna forma má svoje miesto u najťažších stupňoch postihnutia v spojení s podpornou metódou snoezelen napríklad.

V pedagogickom prostredí, teda pedagogicky poňatá muzikoterapia „ sa zameriava na takú výchovu hudbou, ktorá cielene hľadá spôsoby na nasýtenie potrieb klienta, môže naštartovať proces ozdravenia z vlastných zdrojov organizmu, kde hudba samotná nemusí pôsobiť liečivo, ale otvára zablokované sily a napomáha k aktivite klienta prekonať ich „ ( Amtmannová, 2003, s. 14).

## **2.2 Muzikomaľba**

Výchadzajúc zo základnej problematiky muzikoterapie a arteterapie, je muzikomaľba, podľa ( Sedlákovej, 2007 ) jedným s prelínajúcich sa muzikoterapeutických programov . Autorka tvrdí že formou realizácií muzikomaľby na základe našich longitudinálnych skúmaní v profesijných odboroch- hudobného a výtvarného umenia, ako si uvedomujeme, nemôžeme naplňať všeobecné štatistické údaje, ktoré by bolo možné vzťahovať iba na oblasť špeciálnej a liečebnej pedagogiky, ale celkom isto vieme, a doposiaľ to platí, že metódy terapií- muzikoterapie a arteterapie sú ideálnymi pomocnými liečebnými metódami v prostriediach, kde zlyhávajú alebo sú nedostatočne účinné iné formy liečenia. Stotožňujeme sa s názorom že technika sa v bežnom edukačnom prostredí realizuje ako stvárňovanie počúvanej hudobnej skladby prostriedkami výtvarného umenia. Realizácie sú odrazom recepcie hudobných motívov, ktoré dieťa vyjadruje bodom, líniou, škrvnou, plochou, textúrou, farbou, hrou s ňou, prípadne jeho výtvor je výrazne obohatený o konkrétny výtvarne štylizovaný prvok- akúsi vizuálnu podobu transformovanú z predstavy a fantázie dieťaťa, ktorá vzniká v priebehu jeho vnímania

hudobno- melodických foriem a stimulov zachytených z rytmov hudobných nástrojov. Analýzou každého výtvarného prejavu môžeme dospieť do záverov o poznaní ľudskej psychiky a výrazných vplyvov zmien, ktoré práve arteterapeutickými metódami, a aj muzikomaľbou- jej umeleckými, výpovednými a estetickými hodnotami máme možnosť poznávať, meniť a ovplyvňovať ďalšie formy terapeutických riešení. ( Sedláková,2007).

## 2.3 Arteterapia

Arteterapiou a jej metódami sa usilujeme, aby sa postihnutý jedinec stal „iným“ – v zmysle takom, aby sa so svojim vlastným vedomím naučil žiť a dokázal naplňovať svoj život. Aj Michael Foucault uvažuje či „je záujem stať sa iným tým záujmom, ktorým sa periféria obracia proti centru, k menšina proti väčšine ? Všetko záleží od toho, čo budeme pokladať za typický znak situácie, v ktorej sa tieto skupiny ocitli a na ktorú reagujú pokusmi o jej zmenu“ . ( Marcelli, M. 2005, s.9).

O arteterapii presnejšie povedané o výtvarnej terapii môžeme hovoriť ako o osobitnej forme psychoterapie prostredníctvom grafickej, maliarskej a sochárskej činnosti. Arteterapia je organizovaný, cielený terapeutický proces, realizovaný individuálne alebo skupinovo, ktorý riadi a usmerňuje špeciálne školené osoba- arteterapeut. Arteterapiu možno okrem pre terapeutické účely použiť aj v liečebno- pedagogickom procese ako prostriedok výchovy a sociálnej integrácie. ( Mátejová, Hannus, 1990 s. 57).

Autori uvádzajú že z historického hľadiska je arteterapia- vznikla na psychiatrických klinikách ako jeden druh činnostnej terapie ( popri pracovnej, pohybovej terapii a muzikoterapii) a mala aktívny alebo pasívny charakter. Patrílo som kreslenie, maľovanie, modelovanie, návšteva filmov, počúvanie prednášok, rôzne besedy, hudobné večierky, spoločenské hry a pod. Mnoho mladých ľudí chápe pod slovom arteterapia výtvarnú činnosť avšak má aj svoje terapeutické účinky. Je zameraná na rozvoj tvorivých schopností na citový vývin. Zvyšuje sebahodnotenie, dáva možnosť seba vyjadrenia, umožňuje relaxáciu, odreagovanie intrapsychických tenzií a podporuje rozvoj kladných

interpersonálnych vzťahov. Obsah, metódy a formy arteterapie musia vychádzať z individuálneho prístupu so zreteľom na vek, pohlavie, intelektovú úroveň, formy duševnej choroby a záujmy pacienta. Arteterapia je indikovaná pre širokú oblasť poškodených jedincov- detí aj dospelých. Môže sa realizovať na psychiatrických a pedopsychiatrických klinikách, psychologicko výchovných klinikách, v liečebniach, výchovných zariadeniach pre mládež .

Modifikované ciele arteterapie pre potreby osôb s mentálnym postihnutím môžeme klasifikovať ako redukciu psychických tenzií, uvoľnenie kreativity pre plnenie ďalších úloh, odblokovanie komunikačných kanálov, relaxáciu, odreagovanie, interakcia osobnostných zložiek, celková socializácia osobnosti, úprava ašpirácie, nácvik sebareflexie, sebaovládania vôle. ( Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s.135).

Arteterapia využíva výtvarnú umenie ako prostriedok k osobnému vyjadreniu v rámci komunikácie, skorej ako by sa snažila o esteticky uspokojivé produkty. Výtvarný výrazový prostriedok je dostupný každému, nie iba tým výtvarne nadaným. Tento druh činnosti získal názov „arteterapia „, zrejme preto, že sa najviac rozvinul a rozvíja v oblasti duševného zdravia a prevažne v zariadeniach pre duševne chorých. Rozvoj arteterapie bol a je pre duševne chorých pacientov veľkým prínosom. Jeho nešťastným postranným efektom je však to, že ostatné skupiny ľudí túto činnosť ignorujú, pretože seba alebo svojich klientov nepovažujú za „ chorých“. ( Liebmann, 2005, s. 14)

Arteterapia či už v individuálnej alebo skupinovej podobe má široký záber klientely. Ako ( Liebmann, 2005) uvádza vymenujeme ich:

- Klienti v inštitúciách: seniory v ústavoch a liečebniach, chronický psychiatrický pacienti, akútne hospitalizovaný psychiatrický pacienti, väzni, ľudia s mentálnym postihnutím v ústavoch.
- Ľudia, ktorí navštevujú denné zariadenia: seniori navštevujúci denné stacionáre, paliatívna starostlivosť: pacienti s rakovinou a nevyliciteľne chorý, ľudia s telesným postihnutím, nevidomí, ľudia s mentálnym postihnutím v širšej komunite, deti, deti s poruchami pozornosti ( ADD- porucha pozornosti, ADHD- porucha pozornosti

s hyperaktivitou), adolescenti, deti a dospelý s poruchami autistického spektra, ľudia s poruchami príjmu potravy, rodinná manželská terapia, ambulantný psychiatrický pacienti, klienti s podmieneným alebo alternatívnym trestom, ľudia, ktorí majú problémy s alkoholom alebo s inými návykovými látkami ,pomáhajúce profesie,široká verejnosť, ostatné špeciálne skupiny.

## 2.4 Canisterapia

V nasledujúcich dvoch kapitolách sa budeme orientovať na terapie za účasti zvierat, zooterapiu alebo animoterapiu. Čo sa týka terapeutického účinku môže ísť o akýkoľvek druh spoločenského zvierat'a, najčastejšie sú vyhl'adávané psy a kone.

(Galajdová 2011,s.15) hovorí : *„duší hojící pocit, který v nás zanecháva kontakt s milým a bezprostředním psem, pocit, že nejsme sami, že někoho zajímame že někdo nás má rád a těší se na nás. Pociť, který nám pomáhá čelit každodenním trampotám a dává vůli jít životem dál...Pozitivní pocit, který má nejen psychické, ale i fyzické dopady“.*

Canisterapia je terapia prostredníctvom živého psa, a to od obecných princípov animoterapie až po profesionálne vycvičené psy, tie sa delia do troch kategórií vodiaci pes, pes partner a terapeutický pes. ( Votava,2003,s.161)

Medzi najpoužívanéjšie formy canisterapie u osôb s mentálnym postihnutím patrí hlavne maznanie sa so psom, hladkanie psa a cielené hry s využitím psích pomôcok. ( Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012,s. 129)

Canisterapia je podľa Galajdovej pôsobenie psa na človeka a ovplyvňovanie jeho životných pocitov. Je veľa spôsobov jej prevádzania sa delí na canisterapiu asistovanú alebo povzbudzujúcu a oživujúci záujem o dianie, edukatívnu alebo výchovnú, liečebnú a terapeutickú, výskumnú. Ale stále ide hlavne o väzbu človek- pes a o vzájomný prospech z nej.

### **2.4.1 Použitie zvierat v profesionálnych zariadeniach**

V podstate existujú dva hlavné spôsoby použitia zvierat ( psov) v najrôznejších zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, a to v podobe:

- Aktivity za asistencie zvierat ( animal assisted activities,AAA),
- Terapia za asistencie zvierat ( animal assisted therapy, AAT).

Súhrne sa označujú ako interakcie za asistencie zvierat ( animal assisted interactions, AAI) podľa (McCardle a kol., 2011 ( In: Galajdová,2011,s.95)

### **2.4.2 Terapia za asistencie zvierat (AAT)**

AAT je cielene zameraná intervencia, kde zviera ( pes) zodpovedajúcim špecifickým kritériam je neoddeliteľnou súčasťou liečebného procesu. AAT je riadená profesionálom zdravotníckeho alebo sociálneho zamerania s príslušným odborným vyškolením v rámci výkonu jeho profesie. AAT je určená k podpore zlepšeniu telesných, sociálnych, emocionálnych, rozumových ( kognitívnych ) schopností človeka. Je poskytovaná v rôznych prostrediach a môže byť ako individuálna, tak skupinová. Celý proces je podobne zaznamenávaný a vyhodnocovaný. Príkladom je použitie psa v rehabilitácií obeti cievej mozgovej príhody a problémy so státím a s chôdzou. Okrem rehabilitácie a pracovnej terapie sa psi dobre uplatňujú aj v logopédií. Galajdová ( 2011, s.98).

### **2.4.3 Možné využitie AAT**

Využitie canisterapie AAT podľa Galajdovej ( 2011, s. 99)

- Fyzické schopnosti: zlepšenie jemnej motoriky, státie, chôdza, rovnováha, ovládanie invalidného vozíka,
- Mentálne schopnosti: zvýšenie slovných interakcií v skupine, zlepšenie schopnosti sústredenia sa na úlohu a udržanie pozornosti, vylepšenie krátkodobej a dlhodobej pamäte, rozvoj komunikačných

schopností, zvýšenie sebavedomia a sebaovládania, zníženie pocitu samoty a úzkosti,

- **Výchova:** vylepšenie slovnej zásoby a výslovnosti, vylepšenie krátkodobej a dlhodobej pamäti, zlepšenie znalosti a konceptov, ako napríklad: veľkosť, farba, počet,
- **Motivácia:** zlepšenie ochoty zapojiť sa do skupinovej aktivity a spolupracovať s druhými, zlepšenie vzťahov s personálom, zvýšenie pohybovej aktivity.

## **2.5 Hipoterapia**

Hipoterapia, jednoducho povedané, je liečba pomocou koňa. Choré postihnuté dieťa alebo pacienti s rôznymi problémami, sa na koni vozia, jazdia, cvičia, učia sa ho vnímať, chápať, rešpektovať a s ním spolupracovať. Kôň podporuje u jazdca správne držanie tela, zlepšuje pohyb, fyzickú kondíciu, koncentráciu, napomáha pri relaxácii, rozvíja u ľudí empatiu, toleranciu, ohľaduplnosť. Pri hipoterapii je nevyhnutná tímová spolupráca. Prácu s klientom – v rôznej forme priamo vykonáva terapeut. Terapeut – odborník – na základe problémov klienta, doterajšej liečby a ďalších získaných informácií vypracuje terapeutický plán s špeciálnym prístupom, pomocou koňa, sa snaží dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu. Hipológ zodpovedá za špeciálny výcvik terapeutického koňa a jeho vedenie počas terapie. Pripravuje koňa na terapiu, udržiava ho v celkovej pohode a kondícii, zodpovedá za jeho liečbu. Rehabilitačný lekár, alebo psychológ sa priamo terapii neúčastní, ale pacientovi terapiu odporúča. ( Borgulová, 2007, s. 6)

**Tab.3:** Zloženie hipoterapeutického tímu (HT)

Člen HT tímu	Funkcia
Terapeut	rehabilitačný pracovník resp. psychológ, špeciálny, liečebný pedagóg..., ktorý terapiu vedie a venuje sa klientovi
Hipológ	zodpovedá za výcvik koňa a jeho vedenie pri terapii
Pomocník	podľa potreby pomáha pri fixovaní klienta, nasadaní a pod.
Rehabilitačný lekár, psychológ	terapií sa nemusí priamo účastniť, ale k hipoterapii odporúča a príbežne kontroluje zdravotný stav klienta

**Zdroj:** Borgulová ( 2007,s.6)

Autorka tvrdí najdôležitejším členom hipoterapeutického tímu však zostáva špeciálne cvičený kôň. Okrem telesnej stavby koňa a priateľskej povahy sa mimoriadny dôraz kladie na jeho výcvik.

### **2.5.1 Pedagogicko- psychologické jazdenie je vhodné pri:**

Rozdelenie podľa Borgulovej ( 2007, s.7)

- Mentálnych postihnutiach,
- Poruchách učenia, správania ( hyperaktivita, agresivita, negativizmus,...)
- Zmyslových postihnutiach ( porúch zraku, sluchu,...),
- Poruchách reči,
- Psychiatrických ochoreniach ( schizofrénia, neurózy, používanie návykových látok,...),
- Problémoch v sociálno- emocionálnej oblasti.

### **2.5.2 Hiporehabilitácia (HR)**

Podľa Borgulovej ( 2007,s.7) rehabilitácia a preventívny telesný tréning, sú tým najlepším a pri dobrej organizácii všade dostupným liekom. Hiporehabilitácia je jednou z metód, ktorá sa vyznačuje vysokou náročnosťou



na aktívnu spoluprácu pacienta. Výrazne sa uplatňuje v prevencii, liečbe a udržaní optimálnej telesnej kondície či už u zdravých alebo postihnutých. Rovnováha a koordinácia pohybu spolu úzko súvisia a vytvárajú tzv. motoriku. Motorika je celková schopnosť organizmu, súhrn telesných pohybov človeka, hybnosť. Na koni ich nácvik prebieha súčasne, takže sa vo všeobecnosti jedná o nácvik motoriky. Pri hipoterapii- hiporehabilitácií využívame z chodov koňa len „krok“ a „stoj“.

Valenta, Michalík, Lečbých a kol. ( 2012, s. 128) uvádzajú že kľúčovú úlohu má pôsobenie na tzv. postúru čo je označenie všetkých motorických schopností človeka, ich cieľom je udržať polohu tela. Postura je súčasťou a základom podmienkou každého pohybu jej optimálne fungovanie je hlavným predpokladom správnej funkcie pohybového systému a ďalších systémov človeka.

Borgulová ďalej uvádza že relaxácia na koni napomáha uvoľneniu po fyzickej aj psychickej stránke- je veľmi nutná a dôležitá súčasť hipoterapie. Existuje mnoho možností relaxácie či už priamo na koni v stoji alebo počas jeho kroku alebo mimo koňa.

Borgulová ako aj Holly, Horňáček,2005( In: Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s.128) sa zhodli že hipoterapiou dokážeme ovplyvniť veľké množstvo problémov a hlavne pôsobiť na pacienta komplexne tým že aktivujeme posturálne funkcie . Borgulová uvádza tieto funkcie:

- Regulácia svalového napätia,
- Zlepšenie dýchania,
- Zlepšenie reči,
- Tréning rovnováhy,
- Koordinácia trupu a sed,
- Reedukácia chôdze,
- Reedukácia držania tela,
- Rytmizácia,
- Kĺbna mobilizácia,
- Uvedomovanie si vlastného tela,
- Priestorová orientácia,

- **Senzorická integrácia so súčasným rozvojom mentálnych schopností:** zapojenie všetkých zmyslov pri hipoterapii otvára široké možnosti senzorickej integrácia so súčasným rozvojom mentálnych schopností. Komunikačná schopnosť človeka s koňom má neoceniteľnú hodnotu a účinok. Kôň reaguje na pozdrav, odmenu, pochvalu . Počas jazdy nesie človeka na svojom chrbte, pacient s ním zdieľa každý jeho krok, pohybuje sa v jeho rytme, kôň mu otvára nové pohybové možnosti. Poskytuje mu slobodu a radosť z pohybu, dokáže veci, ktoré pre neho doteraz neboli vôbec možné, čo ho motivuje dosahovať lepšie a stále nové výsledky. Dieťa ju nikdy nevníma ako terapiu, samo sa jej dožaduje, „jazdenie“ mu spôsobuje obrovskú radosť. A v tom spočíva jedinečnosť tejto terapie. Posturálne funkcie majú senzorickú podstatu Hollý, Hornáček uvádzajú napríklad tieto : taktilná kožná stimulácia, vplyv tepla, obranné reakcie proti pádu, vyťahovanie skrátenej tkanív a iné.
- Pôsobenie hipoterapie v sociálnej oblasti,
- **Ovplyvnenie osobnosti** - hipoterapia má výrazný účinok aj na samotnú osobnosť a psychiku. Pôsobí všeobecne vyrovnávajúco, nadmerné prejavy oslabuje, oslabené podporuje:
  - Ovplyvňuje sebavedomie a sebauvedomovanie
  - **Úprava emotivity**- oslabenú podporujeme, ale nadmernú hranicami dovoleného správania ku koňovi tlmíme.
  - Odburávanie nedôvery, úzkosti a strachu,
  - Tlmí hyperaktivitu, antipatiu a agresivitu,
  - Zlepšuje sa kooperácia a komunikácia,
  - **Vytváranie pocitu zodpovednosti a užitočnosti**, pravidelnou starostlivosťou o koňa vytvárame pocit zodpovednosti, užitočnosti, vzťah k poriadku. Podporujeme daný cieľ, vytváranie nových cieľov, prekonávanie prekážok.
  - Podporuje sa kreativita,
  - Podporujú sa intelektové funkcie,

- **Rozvoj správneho sebahodnotenia** - práca pri koni naučí pacienta, že je potrebné dané činnosti vykonávať s istou intenzitou. Ak je nedostatočná kôň neposlúchne, ak je nadmerná, zareaguje obrannou reakciou.
- **Rozvoj pocitu samostatnosti a kolektívnosti**- starostlivosťou o koňa získava pacient pocit samostatnosti. Súčasne je potrebné niektoré práce vykonávať spoločne, čím sa upevňuje pocit kolektívnosti.

## 2.6 Pracovná rehabilitácia

O pracovnej rehabilitácii hovoria Ďurič, Bratská (In: Lechata,Hučík,2003,s.37) po zhodnotení fyzických a psychických predpokladov rieši pracovné začlenenie osôb s trvalým postihnutím do pracovného procesu tak, aby sa ich zdravotný stav nezhoršil. Pracovná rehabilitácia ( liečba prácou, ergoterapia) nenútenou formou, umožnením vhodnej práce zlepšuje výkonnosť postihnutých orgánov, zvyšuje kardiorespirečnú výkonnosť, pozitívne motivuje psychiku, preladuje pozitívne myslenie, precvičuje úlohy denného života.

Pri pracovnej rehabilitácii nejde o ekonomický typ činnosti, ale o rehabilitačnú aktivitu, ktorá má pomôcť najmä mentálne postihnutému. Aj napriek tomuto faktoru plnila pracovná rehabilitácia v minulosti aj dnes môže plniť takisto ekonomickú funkciu( služby, plodiny a výrobky na predaj). Chovanci si tak prilepšovali a skvalitňovali svoj život v ústavoch. Vždy však musíme mať na zreteli, že mentálne postihnutý je pre nás za každých okolností dôležitejší ako sama plánovaná práca pre neho. Horňák( In:Lechta,Hučík, 2003,s.37)

Pracovnorehabilitačná činnosť v domovoch sociálnych služieb pre dospelých sa chápe ako rehabilitačno- terapeutická aktivita realizovaná prostredníctvom špeciálnopedagogických a liečebných metód práce Pikálek ( In: Lechta, Hučík,2003,s.37).

Matulay, Černay (In:Lechta,Hučík,2003,s.37) cieľom pracovnej rehabilitácie mentálne postihnutých osôb je

- možnosť očakávanie zlepšenia telesných a psychických funkcií na každom stupni mentálneho postihnutia,
- zlepšenie narušeného správania( upokojenie),
- zlepšenie fyziologických funkcií orgánov,
- vzbudenie záujmu namiesto snivej nečinnosti,
- skvalitnenie diagnostického pozorovania,
- odvádzanie prebytočnej a chorobnej energie,
- vytváranie normálnych životných situácií, akými sú práca, šport, rekreácia a pod.,
- zvýšenie sebavedomia a sebahodnotenia,
- príležitosť byť v ľudskej skupine,
- zvýšenie schopnosti sústredenia manuálnej zručnosti,
- lepšie poznanie osobnosti mentálne retardovaného,
- zaručenie bezpečnosti pri práci( v prípade chránených dielní),
- získanie k spolupráci( u uzavretých mentálne postihnutých).

Vyššie uvedení autori Matulay a Černay tvrdia že o spôsobe a realizácii pracovnej rehabilitácie v domovoch sociálnych služieb by mal rozhodovať lekár, psychológ, špeciálny pedagóg, rehabilitačný pracovník, ergoterapeut, ako aj sociálny pracovník, ktorí by mali tvoriť tím. V neposlednom rade môžu o pracovnej rehabilitácii rozhodovať aj zákonní zástupcovia mentálne postihnutého.

### **2.6.1 Ergoterapia**

Malý, Malá a etc.( 1985,s.225) význam ergoterapie je mnohostranný. Funkčný liečba – cielená ergoterapia – je na úrovni liečebnej telesnej výchovy. Liečba zamestnaním- kondičná terapia- slúži na účelne vyplnenie času hospitalizovaného, odvádza ho od neplodného premýšľania nad vlastnou

chorobou a zároveň ako dózované zaťaženie pomáha udržať telesnú zdatnosť pacienta, a tak zabraňuje imobilizačnému syndrómu so všetkými dôsledkami.

Podľa (Malý, Malá a etc. 1985, s. 226). Pri výbere úkonov cielenej ergoterapie prihliadneme k zručnosti, intelektu, záujmom, psychickému stavu, predchádzajúcemu zamestnaniu, stereotypom, ktoré chceme obnoviť, upevniť, či nahradiť s perspektívou k budúcemu zamestnaniu. Rešpektujeme základné požiadavky fyziológie práce:

1. prispôsobenie práce človeku,
2. prispôsobenie človeka práci

Overujeme si možnosti ergoterapie na začiatku ochorenia, na posteli pacienta a potom počas hospitalizácie na rehabilitačnom oddelení, ústave, či klinike. Volíme také činnosti, ktoré odpovedajú štandardu terénneho pracoviska, medzi ktoré patrí aj ústav. ( Malý, Malá a etc. 1985, s. 226).

Lechta, Hučík ( 2003, s. 37) poukazuje na rozdiely pod pojmom pracovná výchova, pracovná rehabilitácia a pracovná terapia. Pracovná výchova a pracovná rehabilitácia má u ťažko mentálne postihnutých osôb svoje zákonitosti v závislosti od druhu postihnutia a veku postihnutých. V domovoch sociálnych služieb ( DSS) pre deti a mládež používame termín „ pracovná výchova“ a v DSS pre dospelých sa používa termín „ pracovná rehabilitácia“ . Podobný význam má aj pojem pracovná terapia.

Pracovná terapia ( z lat. therapeia- obsluha, ošetrovanie) je zložka liečebnej rehabilitácie, súčasť znovu -objavovania poškodených funkcií ( napr. pohybových) i resocializácie ( napr. pri mentálnej retardácii, psychózach a pod.). Nejde o ekonomický typ činnosti, iba o zamestnávanie ( liečba zamestnaním), ktoré slúži na rozvíjanie prechodných obmedzení. Na tento cieľ sa využíva výroba rôznych úžitkových a umeleckých predmetov z dreva , šúpolia, rezbárske a vyšívkaárske práce, ktoré sú vhodným vyplnením času stráveného v sanatóriu. A tak sa pracovná rehabilitácia zaraďuje do rehabilitácie spolu s arteterapiou, biblioterapiou alebo muzikoterapiou, kde spojenie „ terapia“ má približne takú funkciu ako diéta Ďurič, Bratská a kol.,( In: Lechta, Hučík, 2003, s. 38)

## 2.7 Činnosťná terapia

V liečebnej pedagogike sa ujal pojem činnosťná terapia, autor Hučík (2003,s.38) ju pokladá za jednu z metód rehabilitácie, resocializácie i terapeutickovýchovej starostlivosti. V praxi sa stretávame že s tendenciou nazývať akékoľvek zamestnanie postihnutých a chorých ľudí činnosťnou terapiou alebo aj pracovnou terapiou, pretože aktívna činnosť má nesporne aj ozdravný, aj rehabilitačný účinok. Ale ako píše Horňáková ( In: Lechta,Hučík, 2003,s.38)v činnosťnej terapii ide o niečo viac než o náhodný účinok. Je to problémovo cieleňý, podľa vopred plánovaných krokov riadený proces, ktorým možno dosiahnuť zlepšenie individuálnych vývinových predpokladov i riešenie aktuálnych praktických problémov postihnutého alebo chorého človeka.

Autori Matulay, Černay (1997)spomínajú že v dávnej minulosti nevedeli ľudia odlíšiť psychickú chorobu od mentálneho postihnutia, preto i zmienky o liečebných spôsoboch a postupoch psychicky chorých môžeme pokladať aj za prvé pokusy liečiť mentálne postihnuté osoby. Činnosť a práca mali vždy význam , v minulosti neexistovali lieky na liečbu psychických chorôb či na upokojenie alebo povzbudenie mentálne postihnutých a práve zamestnávanie plnili túto funkciu, keď sa eliminovala agresivita a nadbytočná energia alebo, naopak, stimulovala aktivita.

Stotožňujeme sa s myšlienkou autora že v súčasnosti sa DSS usilujú vytvárať čo najlepšie podmienky pre komplexnú rehabilitáciu mentálne postihnutých vrátane pracovnej rehabilitácie.

## 3 MENTÁLNE POSTIHNUTÝ V DSS

### 3.1 Mentálna retardácia

*„Rozvíjení psychiky se děje v činnosti člověka.“ L.S.Vygotskij*

Postihnutie je nejasný pojem, ktorý svojím terminologickým vymedzením spresňuje formuláciu aj v iných vedeckých definíciách. Pri použití pojmu postihnutie vzniká problém v právnych rozhodnutiach, kde sa vyžaduje jasnosť formulácie rovnaké ťažkosti spôsobuje samostatné definovanie postihnutia ako spoločenského problému, teda jeho spoločenského statusu. Pojem postihnutie nadobúda zmenené, ale v nijakom prípade nie homogénne spoločenské hodnotenie. Popri rôznom chápaní pojmu postihnutie v jednotlivých špeciálnopedagogických disciplínach majú aj sami postihnutí rozličný názor na to, čo je postihnutie, čo to znamená a kto je postihnutý. Lechta, Hučík ( 2003, s. 16-17).

Retardácia podľa Kozoňa ( 2010, s.34) je spomalenie alebo oneskorenie telesného, duševného alebo charakterového vývinu. Keď sa retardácia vzťahuje na telesný vývin a súhrn duševných javov, na vývin celej osobnosti jednotlivca, zvykneme hovoriť o psychosomatickej retardácii. Keď spomedzi psychických funkcií v prvom rade zaostávajú kognitívne funkcie, hovoríme o mentálnej retardácii. Mentálna retardácia znamená zaostávanie normálneho vývinu psychických, najmä vyšších poznávacích procesov, pričom zvyčajne ide o štrukturálnu poruchu celej osobnosti. Najčastejšou príčinou sú poruchy mozgu. Ďalšie príčiny ( dedičnosť, vrodené poruchy látkovej premeny a pod. ). Najvýznamnejšou charakteristikou retardovaného vývinu je porucha tempa vývinu, i keď priebeh vývinu a jeho štrukturovanie je rovnaké ako pri normálnom vývine.

Švarcová (2006, s.28) tvrdí že každý človek s mentálnym postihnutím je svojbytný subjekt s charakteristickými osobnými rysmi. I tak sa u väčšiny prejavujú ( vo väčšej či menšej miere) spoločné znaky, ich individuálna

modifikácia závisí na hĺbke a rozsahu mentálnej retardácie, na miere postihnutia jednotlivých psychických funkcií a na rovnomernosti psychického vývoja v rámci mentálnej retardácie.

Podľa Švarcovej (2006,s.28) za mentálne retardovaných ( postihnutých) sa považujú jedinci ( deti, mládež i dospelý), u ktorých dochádza k zaostávaniu vývoja rozumových schopností, k odlišnému vývoju niektorých psychických vlastností a k poruchám v adaptačnom správaní.

Požár a kol.( In: Kozoň,2010,s.39) Za postihnutého jedinca považujeme jedinca s ťažkosťami v sociálnom uplatnení, ktoré vyplývajú z nedostatku v sociálnom uplatnení, ktoré vyplývajú z nedostatku alebo deficitu orgánu, jeho funkcie alebo procesu. Je to jedinec u ktorého sa prejavujú zmeny a charakteristické ťažkosti pri poznávaní okolitého sveta, v sociálnom styku, a u ktorého sa súčasne prejavujú špecifické osobitosti pri utváraní jeho osobnosti.

Autorka Švarcová (2006,s.29) tvrdí že za mentálne postihnutých sa nepovažujú osoby, u ktorých došlo k zaostávaniu vývoja rozumových schopností z iných dôvodov, ako je poškodenie mozgu, a ich psychické procesy prebiehajú normálnym spôsobom, to znamená deti výchovne zanedbané, deti i dospelý zo závažnými emočnými poruchami alebo deti s vážnym zmyslovým postihnutím, ktoré, nie sú včas rozpoznané, môže spôsobiť oneskorenie psychického vývoja. Tieto stavy pripomínajú mentálnu retardáciu niektorí autori označujú ako pseudooligofréniu.

Podľa Vágnerovej ( 2002,s.146) mentálna retardácia je súhrnné označenie pre vrodenný defekt rozumových schopností. K tejto definícií uvádza, že postihnutie je vyjadrené neschopnosťou, ktorá je vyjadrená hodnotami nižšími než 70% normy na dosiahnutie zodpovedajúceho intelektového vývinu a to napriek tomu, že má primerané výchovné podmienky stimulácie. Nízka úroveň inteligencie býva spojená so zníženými alebo zmenenými ďalšími schopnosťami a odlišnosťami osobnostnej štruktúre. Vo všeobecnosti sa populácii nachádza približne 3% mentálne postihnutých ľudí.



Psychológovia I. Jakabčič a L. Požár ( 1995, s. 117) vymedzili všeobecné znaky mentálnej retardácie:

- Je to stav oneskorenia duševného vývinu. Toto oneskorenie môže byť v podstate dvojaké: ide o celkové oneskorenie duševného vývinu s rovnomerným zaostávaním vývinu vo všetkých oblastiach, alebo ide o nerovnomerný vývin s relatívne zachovalou úrovňou vývinu jednotlivých oblastí a niektorých psychických funkcií. Vývin v iných oblastiach, či psychických funkciách pritom značne zaostáva.
- Je to stav trvalý. Je to charakteristika, ktorá umožňuje diferencovať mentálnu retardáciu od oneskorenia psychického vývinu, ku ktorému môže dôjsť vplyvom pôsobenia negatívnej príčiny, napr. dlhodobá hospitalizácia dieťaťa v ranom veku, kde však môžeme opodstatnene predpokladať, že oneskorenie sa časom ( v procese zrenia) úplne odstráni. V tomto prípade dočasne oneskorenie psychického vývinu nemôže považovať za retardáciu.
- Je to stav, ktorý nie je nemenný. Vplyvom intenzívnej výchovnej starostlivosti sa môže stav v podstate zlepšiť, ale na druhej strane sa môže zhoršovať, napr. aj vo vzťahu k príčine, ktorá sa stane chronickou.
- Je to stav, z ktorého sa „ nevyrastá“. Vývinový proces zrenia nemôže sám osebe priniesť zlepšenie stavu. Pozitívne zmeny môžu byť navodené len intenzívnou vonkajšou stimuláciou dieťaťa- primeranou výchovnou starostlivosťou.

### **3.2Príčiny mentálnej retardácie**

*„Vznik a vývoj funkčních soustav lidského mozku je jednou z nejzajímavějších, nejsložitějších a nejméně poznanych oblastí lidského vědení, zatíženou snad největším počtem předsudku.“*

*František Koukolík*

Mentálna retardácia je charakterizovaná kvantitatívnou zníženou funkčnosťou centrálnaj nervovej sústavy. Príčiny môžu byť endogénne a exogénne. V prvom prípade, ako uvádzajú I. Jakabčíč a L. Požár ( In: Kozoň,2010,s.82), ide o príčiny genetické, v druhej skupine sú zahrnuté príčiny, ktoré pôsobia od momentu počatia počas celého obdobia gravidity, pôrodu, pôrodného obdobia, ranného detstva, alebo ide o akýkoľvek negatívny zásah v ďalších obdobiach vývinu. Sem sa pridružujú aj sociálne faktory.

Exogénne faktory podľa Švarcovej( 2006,s. 61-62)môžu, ale nemusia byť bezprostrednou príčinou poškodenia mozgu plodu dieťaťa. Môžu tiež hrať rolu činitele, ktoré „ spúšťajú“ prejavy zakódovanej patológie dedičnosti alebo modifikujú ich priebeh. Exogénne faktory sa ďalej členia podľa obdobia pôsobenia na prenatalne ( pôsobia od počatia do narodenia), perinatálne ( pôsobia tesne pred, behom a tesne po pôrode) a postnatálne ( pôsobia po narodení).

Jeden z najvýznamnejších autorov práci o mentálnej retardácie, K. Matulay (1997) , uvádza, že všetky doposiaľ známe i predpokladané príčiny mentálnej retardácie vyvolávajú necelú štvrtinu tejto poruchy. Až 80% mentálnej retardácie, prevažne v pásme ľahkého poškodenia, má neznámy, resp. neurčitý pôvod.

**Tab.4 :** Sprievodné javy mentálnej retardácie. Medzi uvedenými skupinami existujú plynulé prechody i pomerne výrazné interindividuálne rozdiely v jednotlivých schopnostiach. Zdroj: Matulay, Černay a kol. 1997

	<b>mentálna retardácia</b>			
	<b>ľahká ( IQ 50-69)</b>	<b>stredne ťažká (IQ 35- 49)</b>	<b>ťažká (IQ 20-34)</b>	<b>hlboká (IQ nižšie 20)</b>
<b>neuropsy- y-chický vývoj</b>	obmedzený oneskorený	obmedzený, výrazne oneskorený	celkové obmedzenie	výrazne obmedzený
<b>somatické postihnu- tie</b>	ojedinelá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické príznaky, epilepsia	veľmi častá, neurologické príznaky, kombinované chyby telesné a zmyslové
<b>poruchy motoriky</b>	oneskorenie motorického vývoja	výrazné oneskorenie ale postihnutia sú mobilné	časté stereotypné automatické pohyby, výrazné narušenie motoriky	väčšinou imobilný alebo s výrazne obmedzeným pohybom
<b>poruchy psychiky</b>	zníženie aktivity psychických procesov, nerovnomerný vývoj, funkčné oslabenie, prevládajú konkrétne, názorné a mechanické schopností	celkové obmedzenie koncentrácie pozornosti, výrazne oneskorený rozvoj chápania, oneskorený rozvoj zručností sebaobsluhy	výrazne obmedzená úroveň všetkých schopností	ťažké postihnutie všetkých funkcií
<b>komunikácia a reč</b>	schopnosť komunikovať väčšinou vytvorená, oneskorený vývoj reči, obsahová chudobnosť, časté poruchy formálnej stránky	úroveň rozvoja reči je variabilná: niektorý jedinci sú schopný sociálnej interakcie a komunikácie, verbálny prejav často býva chudobný, agramatický a zle artikulovaný	komunikácia prevažne nonverbálna, neartikulovateľné výkriky, prípadne jednotlivé slová	rudimentárna nonverbálna komunikácia alebo nekomunikuje vôbec
<b>poruchy cítov a vôle</b>	afektívna labilita, impulzivnosť, úzkostlivosť , zvýšená sugestabilita	nestálosť, nálady, impulzivnosť, skratovité jednanie	celkové poškodenie afektívnej sféry, časté sebapoškodzovanie	ťažké poškodenie afektívnej sféry, potrebuje stály dohľad
<b>možnosti vzdelávanie</b>	na základe špeciálneho individuálneho vzdelávacieho programu	na základe špeciálneho programu ( pomocná škola)	vytváranie zručností a návykov, rehabilitačný vzdelávací program	vytváranie jednoduchých zručností a návykov ( rehabilitácia, individuálna starostlivosť

Podľa Dolejšieho ( 1978,s.27) definíciu „ mentálna retardácia“ prijala Americká asociácia pre mentálne postihnutých ktorá pod mentálnou retardáciou rozumie vývinové oneskorenie jedinca, ktoré vzniká v priebehu najranejšieho obdobia a prejavuje sa v niektorej alebo vo všetkých hlavných oblastiach vývinu psychiky : 1. maturácia, 2. učenie, 3. sociálna adaptácia.

Najznámejším a najpoužívanejším vyjadrením úrovne inteligencie je inteligenčný kvocient, zavedený W. Sternom. Vyjadruje vzťah medzi dosiahnutým výkonom v úlohách zodpovedajúcemu určitému vývojovému stupňu ( mentálny vek) a medzi chronologickým vekom.

$$IQ = \frac{\text{mentálny vek}}{\text{chronologický vek}} \times 100$$

(Intelligenčný kvocient, W. Stern)

Význam stanovenia inteligenčného kvocientu spočíva v tom, že informuje o celkovej rozumovej úrovni jedinca. Nehovorí však nič o kvalitatívnych zvláštnostiach inteligencie konkrétnej osoby a jeho diagnostickú hodnotu pre poznanie osoby netreba podceňovať ( Svoboda, 1999, s. 48-49).

Pre klasifikáciu úrovne rozumových schopností existujú rôzne pojatia. Medzi najznámejšími a stále uznávanými patria klasifikácie podľa Wechslera vychádzajúce s rozloženia inteligencie v americkej populácii v prvej polovici

20 str.

**Tab .5 :** Klasifikácia IQ podľa Wechslera (In: Švancar, 1974, s. 226)

<b>IQ</b>	<b>Klasifikácia inteligencie</b>	<b>Percentná v populácií</b>
130 a vyššie	značne nadpriemerná	2,2
120-129	nadpriemerná	6,7
110-119	Mierne nadpriemerná	16,1
90-109	priemerná	50,0
80-89	podpriemerná	16,1
70-79	Hraničná inferiorita	6,7
69 a nižšie	Slabomyseľnosť (mentálna retardácia)	2,2

Zdroj: Švancara (In Švarcová, 2006, s. 33)

Podľa Švarcovej (2006) mentálna retardácia predstavuje výrazne zníženu úroveň inteligencie. Pri jej klasifikácii sa v súčasnej dobe používa 10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb, spracované Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve, ktorá platí od roku 1992. Podľa tejto klasifikácie sa mentálna retardácia delí do šiestich základných kategórií: ľahká mentálna retardácia, stredne ťažká mentálna retardácia, ťažká mentálna retardácia, hlboká mentálna retardácia, iná mentálna retardácia, nešpecifikovaná mentálna retardácia.

### **3.3 Domovy sociálnych služieb**

*„ Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je. „*

*sestra Michaele Pascale Duriezová*

#### **3.3.1 Domov sociálnych služieb**

Predmetom zákona 448/2008 je upravovať právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad

poskytovaním sociálnych služieb. Podľa Z.z. 448/2008 § 38 je domov sociálnych služieb definovaný takto:

(1) V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3, alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3.

(2) V domove sociálnych služieb sa ., a) poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť ,ubytovanie, stravovanie. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu

20) dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba, b) zabezpečuje: pracovná terapia, záujmová činnosť c) utvárajú podmienky na: vzdelávanie, úschovu cenných vecí.

(3) Ak sa v domove sociálnych služieb poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

(4) Na vzdelávanie podľa odseku 2 písm. c) prvého bodu sa neutvárajú podmienky v domove sociálnych služieb, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletej fyzickej osobe.

### **3.3.2 Sociálna pomoc, sociálna starostlivosť**

Zákon o sociálnej pomoci 195/1998 upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom je zmierniť alebo prekonať s aktívnou účasťou občana hmotnú núdzu alebo sociálnu núdzu, zabezpečiť základné životné podmienky občana v prirodzenom prostredí, zabraňovať príčinám vzniku, prehlbovania alebo opakovania porúch psychického vývinu,

fyzického vývinu a sociálneho vývinu občana zabezpečiť integráciu občana do spoločnosti.

Sociálne služby podľa zákona o sociálnej pomoci 195/1998 § 14 Z.z. sú špecializované činnosti na riešenie sociálnej núdze. Patrí sem:

- opatrovateľská služba,
- organizovanie spoločného stravovania,
- prepravná služba, starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb,
- sociálna pôžička.

Ďalej podľa zákona 195/1998 § 18 sa starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb poskytuje:

- Starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb možno poskytovať občanovi, ktorému nemožno poskytnúť inú sociálnu službu podľa tohto zákona alebo ak poskytnutie inej sociálnej služby podľa tohto zákona dostatočne nerieši hmotnú núdzu alebo sociálnu núdzu tohto občana,
- Na poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb obec a príslušný orgán zriaďuje tieto zariadenia sociálnych služieb: domov sociálnych služieb ,domov dôchodcov, zariadenie chráneného bývania, detský domov, domov pre osamelých rodičov, stanicu opatrovateľskej služby, zariadenie pestúnskej starostlivosti ,útulok krízové stredisko ,resocializačné stredisko ,rehabilitačné stredisko, zariadenie opatrovateľskej služby.

### **3.3.3 Sústava inštitúcií sociálnych služieb**

Sústava inštitúcií sociálnych služieb podľa Vaška (2003, s.154-155) poskytuje postihnutým jedincom služby v oblasti: právnej, ekonomickej a morálnej podpory.

Realizuje sa to prostredníctvom oddelení sociálnych vecí okresných, obvodných a miestnych úradov, ktoré zabezpečujú pre postihnutých:

- peňažné dávky sociálnej starostlivosti
- sociálno- právnu ochranu

- zľavy pre občanov ťažko postihnutých na zdraví
- ústavnú sociálnu starostlivosť pre deti a mládež.

### **3.3.4 Systém sociálnych služieb**

Právna a faktická úprava sociálnych služieb ( vtedy sociálnej starostlivosti) do konca roku 2006 vychádzala zo zákonov prijatých na sklonku osemdesiatych rokov minulého storočia. V tejto dobe bolo na sociálnu politiku a na oblasť sociálnych služieb pozerané podstatne iným spôsobom, a to predovšetkým v oblasti slobody rozhodovania jedincov a demokratických princípov fungovania verejnej správy. K novelizácií týchto právnych predpisov dochádzalo len k úpravám. Pri praktickom poskytovaní sociálnych služieb i napriek tomu od začiatku deväťdesiatych rokov dochádzalo k významným inováciám, i keď základný model stále vychádzal zo štátne paternalistického a socialisticky direktívneho spôsobu uvažovania. Systém sociálnych služieb je charakterizovaný množstvom vzťahov založených na objektívnych skutočnostiach, ktoré majú významný vplyv na kvalitu života jedincov a spoločnosti. Jedná sa o vzťahy, ktorých význam vyžaduje zákonnú oporu , z dôvodu ochrany oprávnených záujmov osôb, ktoré sú oslabené v schopnosti je presadzovať. Je zrejmé, že osoby s mentálnou retardáciou patria medzi jednu z kľúčových skupín užívateľov sociálnych služieb, rovnako ako je platné konštatovanie , že vzhľadom k svojej rozumovej vyspelosti vyžadujú určitý stupeň ochrany a starostlivosti, čo by mali zaistiť právne normy a z nich vyplývajúce inštitúty sociálnych služieb. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 101-102).

#### **3.3.4.1 Princípy organizácie nového systému sociálnych služieb**

Hlavným cieľom podľa Valentu a kol.( 2012, s.102-103) súčasnej právnej úpravy má byť vytvorenie podmienok pre uspokojovanie oprávnených potrieb ľudí, ktorí sú oslabení v ich presadzovaní. Jedným z kľúčových prvkov nového systému sociálnych služieb sa má stať ich kvalita. Tento pojem je



obsahom v texte zákonných a podzákonných právnych predpisov. Jeho použitie v súvetí „ štandardy kvality sociálnych služieb“ došlo k normatívnemu stanovaniu zásad sociálnych služieb- kde ich kvalita má byť na prvom mieste.

Meradlom kvality sociálnych služieb sú nasledujúce zásady:

- Zásada ochrany ľudských práv užívateľa: Poskytovateľ musí bezpodmienečne zaistiť dodržovanie ľudských práv užívateľa služby,
- Zásada individualizácie služby: Služba musí vychádzať z potrieb užívateľa, sú stanovené prostriedky a ciele k ich naplneniu,
- Zásada odbornosti: Musí byť stanovená štruktúra a počet pracovníkov, ich odborné vzdelanie a systém priebežného vzdelávania- vždy zodpovedajúci potrebám cieľovej skupiny,
- Zásada prevádzkového zabezpečenia: Prostredie poskytovanej služby je dôstojné a musí zaistiť možnosť prirodzeného spôsobu života.

### **3.3.5 Štandardy kvality sociálnych služieb**

Štandardy kvality sociálnych služieb ( Valenta a kol. 2012, s. 112) boli v Českej republike pripravené ako metodický materiál Ministerstva práce a sociálnych vecí v roku 2002. Jednalo sa o jeden z výstupov vtedy prebiehajúceho česko- britského projektu. Za cieľ si kládol priniesť do prebiehajúcej diskusie o budovaní podobe sociálnych služieb u nás skúsenosť a príklad britského modelu poskytovania služieb. Ten nutne v určitej fáze svojho rozvoja vyžaduje „ štandardizáciu“, teda vytvorenie základných parametrov služieb, ktoré umožnia všetkým zúčastneným subjektom porovnať ich deklarovaný a skutočný obsah. Štandardy kvality v sociálnych službách predstavujú pokrok oproti predchádzajúcemu stavu, keď neexistovalo žiadne objektívne a používateľné meradlo pre hodnotenia žiadneho aspektu spojeného s poskytovaním sociálnych služieb.

Platný rozsah a obsah štandardov kvality v sociálnych službách uvádza vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. V prílohe č.2

Sú stanovené tieto štandardy :

- Ciele a spôsoby poskytovania sociálnych služieb
- Ochrana práv osôb
- Jednanie zo záujemcom o sociálnu službu
- Zmluva o poskytovaní sociálnej služby
- Individuálne plánovanie priebehu sociálnej služby
- Dokumentácia o poskytovaní sociálnej služby
- Sťažnosti na kvalitu alebo spôsob poskytovania sociálnej služby
- Návaznosť poskytovanej sociálnej služby na ďalšie dostupné zdroje
- Personálne a organizačné zaistenie sociálnej služby
- Profesionálny rozvoj zamestnancov
- Miesta a časová dostupnosť poskytovanej služby
- Informovanosť o poskytovanej službe
- Prostredie a podmienky
- Núdzové a havarijné situácie
- Zvyšovanie kvality sociálnej služby

Pre každý u uvedených štandardov je vypracované niekoľko kritérií záväzných či doporučených postupov poskytovateľa sociálnej služby v danej oblasti im poskytované služby. Kritéria sú označované ako zásadné a ostatné, nesplnenie iba jedného zo zásadných kritérií môže byť, pri zlom jednaní nápravy, za dôsledok odobratia registrácie k poskytovaniu danej služby.

V súčasnosti platí ustanovenie § 99 ods.1 zákona o sociálnych službách, podľa neho platí: *Štandardy kvality sociálnych služieb sú súhrnom kritérií, ktorých prostredníctvom je definovaná úroveň kvality poskytovaní sociálnych služieb v oblasti personálneho a prevádzkového zabezpečenia sociálnych služieb a v oblasti vzťahov medzi poskytovateľom a osobami.*

Zavedenie štandardov do praxe podľa ( Dvořáčkovéj, 2012, s. 92) na celonárodnej úrovni umožňuje porovnávať efektivitu jednotlivých druhov služieb, ktoré pomáhajú riešiť rovnaký typ nepriaznivej sociálnej situácie

i efektivitu rôznych zariadení, ktoré poskytujú rovnaký druh služby. Má to význam pre inštitúcie, ktoré sociálne služby financujú, pre jednotlivých poskytovateľov z hľadiska konkurenčného boja i pre užívateľov z pohľadu výberu kvalitnej a uznávanej služby.

Zaisťujú transparentnosť v poskytovaní sociálnych služieb a orientujú sa na užívateľov služieb a jeho osobné potreby. Zaisťujú odborné poskytovanie sociálnych služieb a rozvíjajú pozitívny prístup k ich užívateľom. Štandardy ako nástroj kontroly kvality napomáhajú k rozvoju sociálnych služieb. (Dvořáčková, 2012 s. 92).

### **3.3.6 Kvalita života**

Dvořáčková ( 2012, s.56) tvrdí v bežnom živote sme zvyknutí hovoriť o kvantite- dĺžke života. Je uvádzaná počtom rokov a ide určiť pomerne ľahko. To sa však nedá tvrdiť o kvalite života, pretože kvalita života je niečím, na čo majú rôzni ľudia odlišné názory. Krížová (In: Dvořáčková,2012,s.56) uvádza, že odbornej verejnosti panuje zhoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tri hlavné oblasti, a to fyzické prežívanie, psychickú pohodu a sociálne postavenie jedinca a jeho vzťahu k druhým ľuďom. Znamená to, že kvalita života jedinca by mala byť skúmaná v rámci holistického prístupu k osobnosti človeka a jeho trojdimenzionálneho bytia.

Fahey, Whelan, Nolan ( In: Dvořáčková, 2012,s.56) kvalita života však nereprezentuje len individuálny životný štandard, ale je veľmi úzko spätá i s prostredím, v ktorom ľudia žijú, s ich potrebami a požiadavkami.

V medicíne a psychológii je tiež kvalita života považovaná za viacej rozmerný, subjektívny a merateľný konštrukt, ktorý je vhodnejším indikátorom zdravia definovaného ako „ stav celkovej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť choroby“ ako je morbidita alebo mortalita. ( Dragomirecká, Prajsová, WHOQOL-OLD, 2009 , s. 9)

Pracovná skupina WHO zaoberajúca sa kvalitou života vymedzila podstatu kvality života jedinca ako vnímanie jeho pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotového systému, v ktorom žije, a vo vzťahu k jeho cieľom,

očakávaniam, záujmom a požiadavkám. Zahrňuje komplexným spôsobom jedincovo somatické zdravie, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociálne vzťahy- a to všetko vo vzťahu k hlavným charakteristikám prostredia. Kvalita života sa vyjadruje subjektívnym ohodnotením, ktoré sa odohráva v určitom kultúrnom, sociálnom a enviromentálnom kontexte. WHOQOL Group( In: Dvořáčková, 2012,s.58).

### **3.3.7 Špeciálne poradenstvo**

Podľa Novosada (2000,s.30) môže tvoriť špeciálne poradenstvo súčasť sociálneho poradenstva. Špeciálne poradenstvo definuje Novosad ako komplex poradenských služieb špecifickým skupinám jedincov, ktorí sú znevýhodnení zdravotne či sociálne, a ktorých handicap máva dlhodobý alebo trvalý charakter. Postihnutie klienta potom profiluje metódy a formy poradenskej pomoci. Na špeciálnom poradenstve môžu participovať špeciálni pedagógovia, sociálni pracovníci, lekári, logopédovia, právnici.

Možnosti intervencie sociálneho poradcu v rámci špeciálneho poradenstva:

- minimalizovať sociálne stigmy týkajúce sa postihnutia,
- pomôcť klientovi zvládať neprimerané reakcie okolia,
- pripraviť klienta na predsudky, s ktorými sa môže stretnúť,
- viesť klienta k tomu aby sa neizoloval, naučiť ho hľadať zdroje podpory vo svojom okolí,
- pripraviť ho, aby vedel požiadať o pomoc i prijímať,
- natrénovať s ním komunikačné a asertívne zručnosti, naučiť ho otvorene hovoriť o svojich pocitoch a potrebách,
- pomôcť mu budovať si adekvátne pozitívne sebavedomie,
- pracovať s rodinou a sociálnym okolím klienta,
- pomoc klientovi pri voľbe vhodného zamestnania či kvalifikácie,
- pomoc pri voľbe sociálneho zabezpečenia klienta.

### 3.3.7.1 Klienti s mentálnym postihnutím

Novosad ( 2000, s. 41-42) u ľudí s mentálnym postihnutím je vždy nutným predpokladom zmysluplného rozhovoru jeho obsahová a formálna primeranosť. Rozhodujúci je vek klienta mentálny aj fyzický. Zvoľme primeranú komunikáciu, jednoduchými vetami, pomáhajme si opisom. Väčšina jedincov s poruchou intelektu má narušené abstraktné myslenie a určité analyticko-syntetické funkcie, ale mechanická pamäť môže byť dobrá. Rozhodovanie môže byť impulzívne až skratové , oscilácia emócií , nálady, sú bežné. Autor uvádza že :

- Klientov sprievodca nám môže poskytnúť významné či vecne relevantné informácie, neznamená to ale, že z poradenského rozhovoru klienta vynecháme,
- U klientov s autizmom nezabúdajme na špecifiká postihnutia , ktoré spočívajú v poruche sociálnej interakcie (nezáujem o kontakt s okolím a neschopnosť udržať kontakt); dysfunkciu vývoja a použitie reči; atypických, obmedzených a stereotypných záujmov či aktivitách.

# PRAKTICKÁ ČASŤ

## 4 PRIESKUM

### 4.1 Cieľ

Cieľom našej práce bolo na základe stručného vymedzenia skúmaného problému a prieskumu zistiť úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti u mentálne postihnutých klientov v domove sociálnych služieb. Snažili sme sa získať odpoveď v DSS Ladomerská Vieska v okrese Žiar nad Hronom.

### 4.2 Hypotézy

H 1: Predpokladáme, že rehabilitačná a výchovná činnosť prispieva k rozvoju osobnosti klientov v DSS

H 2: Očakávame, že klienti v DSS majú pozitívny vzťah k ergoterapii, canisterapii a arteterapii.

H 3: V DSS, predpokladáme uprednostnenie komplexného prístupu ku klientom v súlade požiadaviek súčasného integrovaného modelu rehabilitácie.

### 4.3 Úlohy

Pre splnenie cieľa našej práce a overenie uvedených hypotéz sme si stanovili tieto úlohy :

- U 1a/ Zistiť úroveň rehabilitačnej starostlivosti
- 1b/ Zistiť obľúbené záujmové činnosti klientov DSS
- 1c/ Zistiť v akej miere sa využíva komplexný prístup

#### 4.4 Prieskumné metódy

Na prieskum sme si zvolili exploračné metódy:

- dotazník,
- riadený rozhovor,
- pozorovanie.

Prieskum je rozdelený na tri časti. Hlavnou metódu prieskumu je dotazník ( príloha A ) určený pre zamestnancov DSS. V dotazníku sme si zvolili zatvorené otázky ktorých počet je osem ( jednoduchý výber), otvorené otázky počet jedna a polootvorené otázky ktorých počet je päť. Dotazník je tvorený podľa vlastnej konštrukcie anonymný. Rozhodli sme sa pre neštandardizované pozorovanie ktoré nie je takým formálnym a nie je vopred určený cieľ pozorovania prvky skúmaného sociálneho procesu sú volené v jeho priebehu. Treťou metódou je riadený rozhovor s vopred pripravenými otázkami.

Pri kvalitatívnej analýze využijeme logické myslenie ( analýza, syntéza, komparácia). V poslednej fáze zhodnotíme získané poznatky a záverom ukončíme prácu.

#### 4.5 Prieskumná vzorka

Prieskum sme realizovali v DSS Ladomerská Vieska v okrese Žiar nad Hronom. Prieskum bol uskutočňovaný formou prostredníctvom dotazníkov pracovníkom DSS. Počet prieskumnej vzorky bol 14 zamestnancov v zdravotnom úseku pracujúcich ako ošetrovatelia, zdravotné sestry. Zloženie respondentov tvorilo 37,83 %. V domove sociálnych služieb je umiestnených 56 dospelých mužov. DSS poskytuje sociálne služby dospelým, zdravotne postihnutým občanom s duševnými poruchami a poruchami správania celoročnou formou pobytu poskytuje služby ( bývanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie, oprava a údržba bielizne). Ďalej poskytuje základné sociálne poradenstvo, záujmovú činnosť, kultúrnu činnosť, pracovnú

terapiu, rekreačná činnosť a úschova cenných vecí. Pozostáva zo štyroch budov.

Jedna z budov je kaštieľ, ktorý bol postavený v 17. Storočí. Všetky budovy sú po rekonštrukcii, čo prispieva k celkovému príjemnému vzhľadu zariadenia.

Izby klientov sú zariadené jednoducho a účelovo. V rámci pracovnej terapie sa klienti počas jarnej až jesennej sezóny podieľajú na prácach v záhrade a na nádvorí, ktoré sú súčasťou zariadenia. Pre voľný pohyb – prechádzky slúži oddychová plocha v zariadení, záhrada s krytými altánkami s možnosťou posedenia a opekania.

#### 4.6 Výsledky prieskumu

V tejto kapitole budeme analyzovať hlavne výsledky prieskumu získané prostredníctvom dotazníka, a ďalších metód pozorovania, a riadeného rozhovoru. Dotazníkom sme začali zhodnotenie demografických údajov, vek, pohlavie, vzdelanie, prax v zariadení v tabuľkách uvádzame nasledujúce výsledky. Zistili sme, že v DSS pracujú prevažne ženy až na jedného muža. Vek zdravotného personálu je v rozmedzí od 24 rokov do 54. Počet rokov praxe v zariadení sa pohybuje od najmladších zamestnancov od jedného roka až po 23 odpracovaných rokov v zariadení. Väčšinu otázok sme zhodnotili formou tabuliek, a niektoré otázky sme ohodnotili slovne.

Tab. 6 Úroveň vzdelania

<b>Domov sociálnych služieb</b>		
<b>Vzdelanie</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Stredné odborné učilište</b>	2	14,28
<b>Stredná odborná škola s maturitou</b>	8	57,14
<b>Vysokoškolské 1. stupňa</b>	2	14,28
<b>Vysokoškolské 2.stupňa</b>	2	14,28
<b>Spolu</b>	14	100



**Otázkou č.1 sme zisťovali či bola zamestnancom DSS poskytnutá možnosť zlepšiť si teoretické a praktické znalosti ohľadom rehabilitačnej starostlivosti v kurze, školení a pod. ?**

**Tab.7 otázka č.1**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Áno, teoretické i praktické</b>	0	0
<b>Áno, teoretické</b>	7	50
<b>Áno, praktické</b>	0	0
<b>Nie</b>	5	35,71
<b>Nevyplnili</b>	2	14,28
<b>Spolu</b>	14	100

Ako udáva tabuľka č. z celkového počtu n= 14, uvádza že zamestnancom bola poskytnutá možnosť zlepšiť si teoretické poznatky, ale musíme konštatovať že sú stálymi zamestnancami už niekoľko rokov tvorí ich n= 7 ( 50 %), možnosť rozšíriť si poznatky zatiaľ nebola poskytnutá mladším ročníkom ktorí na pracovisku pracujú krátko rok, menej ako rok tvorí ich n= 5 ( 35,71 %). Na otázku neodpovedali dvaja respondenti n = 2 ( 14,28 %).

**Otázkou č.2 sme zisťovali čo by zamestnanci vylepšili v ich zariadení.**

V otázke je prvý bod otvorený na dopísanie, druhý bod b) zvýšiť počet zamestnancov, c) netreba nič zlepšovať.

Respondenti v otvorenej možnosti uvádzajú možnosti zlepšiť technické vybavenie aj návštevnú miestnosť, priestorové možnosti, zvýšiť počet klientov, finančné ohodnotenie. Možnosť b) zakrúžkovalo 6 respondentov a s možnosťou c) netreba nič zlepšovať bol názorom iba jedného zamestnanca.

**Otázkou č.3 a 4 sme zisťovali či DSS navštevuje psychológ, obvodný lekár.**

Klienti dochádzajú za psychológom sami, aj za obvodným lekárom v sprievode zamestnancov.

**Otázkou č. 5 sme zisťovali do akej miery využíva DSS integrovaný model rehabilitácie.**

Tab.8 otázka č.5

	N	%
<b>Áno</b>	12	85,72
<b>Nie</b>	2	14,28
<b>Spolu</b>	14	100

Zamestnanci si myslia že dostatočne využívajú integrovaný model rehabilitácie n= 12 ( 85,72 %), naopak dvaja n= 2 (14,28) si myslia že integrovaný model rehabilitácie nevyužívajú dostatočne.

**Otázka č. 6 bola poloopená, pýtali sme sa ktorú z oblastí komplexnej rehabilitácie by ste potrebovali posilniť a prečo?**

Niektorí respondenti len zakrúžkovali ktorú zo zložiek by posilnili a nedoplnili prečo, iný zakrúžkovali a dopísali jedenkrát nebolo na otázku odpovedané. Možnosť a) liečebnú rehabilitáciu označilo 7 respondentov uvádzali nasledovné dôvody: potrebovali by zlepšiť fyzickú kondíciu, zdatnosť, udržiavanie a obnovu fyzických schopností klientov plus relaxačné cvičenia. Možnosť b) sociálnu rehabilitáciu označil len jeden respondent s názorom zlepšenie v integrácii klientov do širšej verejnosti. Tretiu možnosť c) pedagogickú rehabilitáciu označilo 6 respondentov ale neuviedli dôvody prečo by bolo potrebné zlepšiť práve túto oblasť rehabilitácie. Možnosť d) pracovnú rehabilitáciu bola označená len dvakrát s poznámkami že je potrebné zlepšiť pracovné návyky klientov, klienti sa zapájajú do pracovnej terapie kvantitatívne menej a nie počas celého dňa.

**Otázkou č.7 sme zisťovali aké programy a ako často sa realizujú u klientov v DSS s mentálnym postihnutím.**

**Tab. 9 otázka č.7**

	Áno	nie	Ako často
ergoterapia	X		5x za týždeň
muzikomaľba	X		1 x za týždeň
muzikoterapia	X		2 x mesačne
arteterapia	X		5x za týždeň
biblioterapia	X		1 x za týždeň
dramatoterapia	X		3x za mesiac
canisterapia	X		7 x za týždeň ( živelná farma)
sociálne poradenstvo	X		Podľa potreby
sociálna rehabilitácia	X		5 x za týždeň
voľnočasové aktivity	X		5x za týždeň
záujmové aktivity	X		5x za týždeň

Krížikom označené políčka znamenajú že terapia sa vykonáva, v každom políčku je uvedené ako často. **Programom klientov sa zaoberáme aj v otázke č. 8 v ktorej sa snažíme zistiť akým iným aktivitám a činnostiam ktoré neboli spomenuté sa venujú klienti?**

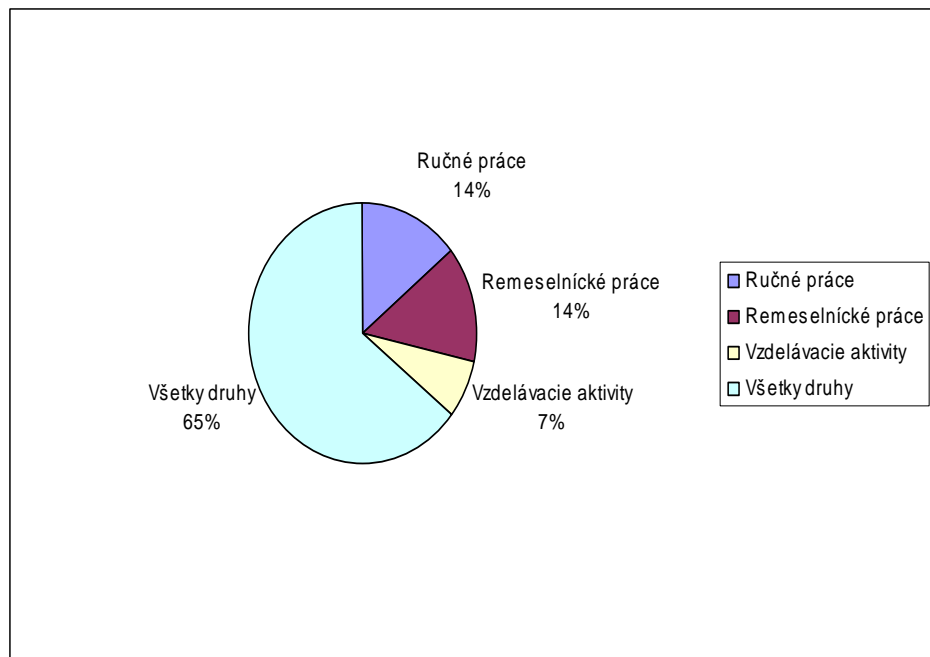
Respondenti uviedli že často obľúbenou činnosťou voľného času je aj pobyt na turistických trasách čiže turistika a rôzne športové aktivity. Klienti však radi pomáhajú s drobnými pomocnými prácami obyvateľov obce.

**Otázkou číslo 9. sa pýtame či sa všetci klienti, ktorí sú schopný pracovať zapájajú do pracovnej činnosti.**

Zistili sme že prevažuje odpoveď b) skôr áno, s touto odpoveďou súhlasí 10 respondentov, jeden zamestnanec označil odpoveď d) nie, že klienti sa nezapájajú ďalší dvaja respondenti označili možnosť c) čiastočne nie, a iba jedna bola jednoznačná odpoveď áno možnosť a) .

Otázkou č. 10 sme zisťovali o akú terapiu majú klienti najčastejšie záujem.

Graf.č.1 otázka č.10



Otázkou č.11 zisťujeme či si majú klienti sami možnosť vybrať terapiu.

Tab.10 otázka č. 11

	n	%
<b>Áno</b>	12	85,72
<b>Skôr áno</b>	2	14,28
<b>Čiastočne nie</b>	0	0
<b>nie</b>	0	0
<b>Spolu</b>	14	100

Ako uvádza tabuľka č..... odpoveď áno označilo n = 12 ( 85,72 %) respondentov , a odpoveď skôr áno označilo n= 2 ( 14,28 %)

**Otázka č. 12 bola zameraná na zistenie spätnej väzby od klienta- úsmev, objatie, pohladenie**

**Tab.11 otázka č.12**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Áno</b>	9	64,28
<b>Nie</b>	5	35,71
<b>Občas</b>	0	0
<b>Spolu</b>	14	100

Ako uvádza tabuľka č. dostatok spätnej väzby od klientov získava n= 9 ( 64,28 %) zamestnancov, a nedostatok n= 5 ( 35,71).

**Otázkou č.13 sme sa chceli dozvedieť akému počtu klientov sa počas pracovnej doby zamestnanci venujú?**

**Tab.12 otázka č.13**

	<b>n</b>	<b>%</b>
1-6	1	7,14
6-15	6	42,85
Viac ako -15	7	50
Spolu	14	100

Podľa tabuľky č. n= 7 (50 %) zamestnancov uvádza že počas pracovnej doby sa venuje viac ako 15 klientom, ďalej n= 6 ( 42,85 %) sa venuje 6-15 klientom, n= 1( 7,14 %) uvádza že počas pracovnej doby sa venuje 1-6 klientom.

**Otázkou č.14 sme sa chceli informovať či je možné vyhovieť osobným požiadavkám klientov ?**

Tab.13 otázka č.14

	n	%
<b>Áno</b>	6	42,85
<b>Skôr áno</b>	6	42,85
<b>Čiastočne áno</b>	2	14,28
<b>Nie</b>	0	0
<b>Spolu</b>	14	100

Vyhodnotením tabuľky č. sme zistili že je možné vyhovieť požiadavkám klientov n= 6 ( 42,58 %) súhlasili s odpoveďou áno, n= 6 ( 42,85 %) boli za odpoveď skôr áno, k odpovedi čiastočne áno sa priklonili n= 2 ( 14,28 %) zamestnancov. Z toho vyplýva že požiadavky klientov nie sú až tak nesplniteľné.

#### **4.6.1Pozorovanie**

Ako druhú metódu sme si zvolili neštandardizované pozorovanie prvky pozorovania sme si zvolili počas priebehu pozorovania. Pozorovali sme klientov pri arteterapii konkrétne výroba dekoračných sviečok z parafínu a palmového vosku. Pracovali v skupinách rešpektovali všetky zásady bezpečnosti pri práci. Činnosť majú veľmi obľúbenú venujú sa jej už niekoľko rokov a pravidelne s radosťou ju realizujú, vyrobené sviečky aj predávajú z čoho majú zisk a radosť z dobrej vykonanej práce.

**Obr .1**



Sviečky dekoračné

**Obr. 2**



Sviečky ozdobné

#### **4.6.2 Riadený rozhovor**

Ako poslednú metódu výskumu sme si zvolili riadený rozhovor ( interview) rozhovor sme realizovali s vrchnou sestrou ktorá nám dostatočne vyčerpávajúco odpovedala na vopred pripravené otázky. Skladbu otázok tvorilo 5 otvorených otázok aby respondentovi poskytovali dostatočnú možnosť na vyjadrenie. Otázky a odpovede sú nasledovné:

**Otázka č.1 Koľko ľudí tvorí skladbu DSS?** „V zariadení pracuje dokopy 36 zamestnancov z toho patrí 18 ľudí do zdravotného úseku ( opatrovatelky, zdravotní asistenti, zdravotné sestry), inštruktori 4 ľudia, 3 kuchárky, 3 upratovačky, 4 ekonómovia, 1 údržbár , pani riaditeľka“.

**Otázka č.2 Ktorú zložku komplexnej rehabilitácie by ste potrebovali podľa Vás vylepšiť ?** „Sociálnu rehabilitáciu, integrovať klientov do širšej verejnosti. Klientom sú poskytované aj rôzne výlety do prírody keďže inklinujú k prírode ako takej, prospieva im pobyt na čerstvom vzduchu. Radi len tak posedávajú na lavičkách v areáli a rozprávajú sa. Obľubujú taktiež turistiku do okolitej prírody a prechádzky, čím sa aj udržiavajú v kondícii. Nakoľko klienti starnú potrebujú aj liečebnú rehabilitáciu udržiavanie a obnova fyzických schopností a následnú relaxáciu“.

**Otázka č.3 Myslíte si , že majú klienti pozitívny vzťah k ponúkaním terapiám v DSS?** „Každá terapia ponúka klientovi stimulujúce podnety, aby sa mohol rozvíjať pozitívnym smerom my sa snažíme skvalitniť kvalitu života našich klientov aby mali zabezpečené pokojné a bezpečné prostredie. Do terapií sa zapájajú dobrovoľne, nenútime ich ak sa zle cítia alebo sú emocionálne rozrušený. Každý deň v rámci programu majú k dispozícii danú terapiu. V rámci areálu DSS máme aj živelnú farmu kde máme nasadenú zeleninu, ovocný sad a klienti sa v rámci sezóny zapájajú do sezónnych prác. Pracovná terapia sa uskutočňuje v troch dielňach klientom sa venujú inštruktori sociálnej práce a sociálny pracovníci. Takže môžeme povedať že klienti majú pozitívny vzťah k činnostiam“.

**Otázka č.4 aké iné činnosti sú klientom k dispozícii?** „Klientom ponúkame učebne na výučbu kde sa realizujú tréningy pamäti, vizuálna pamäť, grafomotorické cvičenia, v sprievode môže využívať aj počítač s pripojením na internet“.

**Otázka č.5 Aké návrhy a zlepšenia by ste chceli do budúca zrealizovať?** „Keďže v súčasnosti neprijímame klientov pretože máme plnú kapacitu, určite rozšírenie priestorov, zvýšiť počet zamestnancov, zlepšiť technickú miestnosť vybavenie návštevnéj miestnosti“.

#### **4.7 Vyhodnotenie výskumných hypotéz**

**Hypotéza č.1 sa potvrdila.** Predpokladali sme správne, že rehabilitačná a výchovná činnosť prispieva k rozvoju osobnosti klientov v DSS. Klienti sú šťastní a spokojní, činnosť im vyplňa čas a pozitívne vplýva na ich celkovú citovú vyrovnanosť a stabilitu.

**Hypotéza č.2 sa potvrdila.** Klienti sa ochotne zapájajú do ergoterapie, arteterapie, canisterapie a iných terapií poskytovaných v DSS. Dokonca



v rámci pracovnej terapie pracujú v dielňach a výrobky ponúkajú na predaj na vianočných trhoch.

**Hypotéza č.3 sa potvrdila.** Klientom je poskytovaný komplexný prístup v súlade s integrovaným modelom rehabilitácie. I keď boli uvedené menšie nedostatky na ktorých treba pracovať.

#### **4.8 Závery prieskumu**

V tejto kapitole zhodnotíme výsledky ktoré sme nadobudli získaním vyššie použitých metód. Hlavnou metódou nášho prieskumu bol dotazník, sprostredkovaný prostredníctvom zamestnancou DSS, druhou metódou bolo pozorovanie kde sme sledovali prácu klientov pri arteterapii, a poslednou metódou bol riadený rozhovor kde sme si potvrdili získané závery. Výsledky potvrdili stanovené hypotézy ktoré sme si na začiatku stanovili. Prístup personálu v DSS bol veľmi priateľský, hodnotíme celú komunikáciu za výbornú.

V budúcnosti by sme chceli prieskum ďalej rozšíriť a tému bakalárskej práce hlbšie prepracovať v diplomovej práci. Na záver môžeme tvrdiť, že klientom je poskytovaná kvalitná starostlivosť. Ako budúci špeciálny pedagógovia či sa už vydáme smerom vychovávateľským alebo učiteľským našou úlohou bude optimálne pôsobiť v edukačnom prostredí na rozvoj dospelých alebo detí . Preto máme poslanie aby sme naše vízie šírili ďalej do budúcnosti.

## ZÁVER

V bakalárskej práci sme sa zaoberali problematikou rehabilitačnej a výchovnej činnosti v domovoch sociálnych služieb pre mentálne postihnutých. Cieľom práce bolo zistiť úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti u mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb.

V teoretickej časti sme sa orientovali na rehabilitačnú starostlivosť o mentálne postihnutých v zmysle vymedzenia základného pojmu rehabilitácie, komplexnej rehabilitácie aj z historického hľadiska zohľadnili sme rôzne názory mnohých autorov k danej problematike. Ďalej sme sa zamerali na terapie v rehabilitačnej a výchovnej činnosti o postihnutých. Táto téma nám otvára široké spektrum množstva informácií, my sme sa snažili obsiahnuť aspoň zlomok z nich. Mentálne postihnutím v DSS sme sa venovali v závere teoretickej časti vymedzením mentálneho postihnutia, načrtli sme štandardy sociálnych služieb, kvalitu života klientov v DSS.

Empirická časť pozostávala z výskumu ktorí sme sami realizovali v nemenovanom zariadení DSS, prostredníctvom dotazníkov, pozorovaním, riadeným rozhovorom. Stanovili sme si nasledovné úlohy: zistiť úroveň rehabilitačnej starostlivosti, zistiť obľúbené záujmové činnosti klientov, zistiť do akej miery sa aplikuje komplexný prístup.

Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že úroveň rehabilitačnej a výchovnej činnosti u mentálne postihnutých klientov v DSS Ladomerská vieska je na veľmi dobrej úrovni. Klientom je poskytovaná kvalitná plnohodnotná starostlivosť v rámci komplexného integrovaného systému komplexnej rehabilitácie, a tým prospieva k pozitívnemu prežitiu staroby a kvalitnému spôsobu života mentálne postihnutých klientov v DSS.

Stotožňujeme sa s myšlienkou humanistického prístupu C. Rogersa ktorí je prínosom pre plnohodnotný život klientov žijúcich v DSS. Zdôrazňuje individualitu človeka, neukazuje cestu a neponúka riešenie ale sprevádza.

Pre pozitívne napredovanie, skvalitňovanie rehabilitačnej starostlivosti a ľudského prístupu ku klientom je potrebné zmeniť v prvom rade seba, mať otvorené oči a najmä srdce. Mať ozajstný, a úprimný záujem o človeka

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AMTMANNOVÁ,E. *Muzikoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: ( neuvádza), 2003

BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*, Bratislava: Sapiaientia, 1994.s.239 .ISBN 80-967180-1-0

BORGULOVÁ, Božena. et al. *Hipoterapia vo výchove a vzdelávaní, Ivanka pri Dunaji : Združená stredná škola poľnohospodárska , 2007 .s. 132. ISBN 9788096966011 ( brož.)*

DOLEJŠÍ, M. *K otázkam psychologie mentální retardace*. Praha: AVECINUM, s.192, 1978

DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ,J. WHOQOL-OLD. *Průručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum,2009

ĎURIČ , L.,BRATSKÁ., M. *Pedagogická psychológia - Terminologický a výkladový slovník*, 1.vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1997. s. 463. 80-08-02498-4

DVOŘÁČKOVÁ,D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Vyd.1 Praha: Grada Publishing,a.s, 2012. s. 112. ISBN 978-80-247-4138-3

GALAJDOVÁ,L., GALAJDOVÁ.Z. *Canisterapie , Vyd.1 Praha : Portál, 2011.s.167. ISBN 978-80-7367-879-1.*

HORNÁKOVÁ, M. *Činnosťná terapia v liečebnej pedagogike*, Bratislava: Creativpress, 1995.s.79 . ISBN 80- 7131-021-2

JAKABČIČ, I., POŽÁR. L. *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 1995.s. 196. ISBN 80-88778-11-5

JANKOVSKÝ, J. 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON. 2001, 146 s. ISBN 80-7254-192-7

KOZOŇ,A. *Patopsychológia psychopatológia postihnutých v socializácii*, Trenčín: SpoSoIntE, 2010.s. 172. ISBN 987-80-970121-7-5

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci; [ z anglického originálu Art therapy for Gross prel. Johana Elisová ], Praha: Portál, 2005. s.279. brož.- ISBN 80-7178-864-3*

LECHTA,V., HUČÍK,J. *Nové podmienky výchovy a vzdelávania detí, žiakov a študentov so špeciálnymi výchovno- vzdelávacími potrebami [Ročenka*

vedecko-odborného časopisu Efeta]. Martin : Osveta, 2003. s.160. 80-8063-140-9 (brož.)

MALÝ.M., MALÁ, E., STŘÍBRNÝ.J., PRUSKOVÁ.M., JEDLIČKOVÁ. M., JAROŠOVÁ.A., ŠÍMOVÁ.A. *Ergoterapia ako metóda liečebnej rehabilitácie*, Roč.18, č.4. 1985.s.225- 229

MARCELLI, M. *Michael Foucault alebo stať sa iným*. Bratislava : Kalligram, 2005. ISBN 80-7149-723-1.

MATEJOVÁ, Z., HANUS., R. *Úvod do terapeutických techník*, Bratislava: Univerzita Komenského, 1990. s.78. ISBN 80-223-0207-4

MATOUŠEK, O., a KOL. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* Vyd. 1. - Praha : Portál, 2005. s.352 ISBN 80-7367-002-X

MATULAY, K., ČERNAY,J. *Liečba zamestnaním a prácou- úvod do metodiky pre mentálne retardovaných*. Bratislava: 1997

NOVOSAD,L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1, česky, Praha: Portál. s.160 . ISBN 80-7178-197-5

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999.s. 320. ISBN 807367050X

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, Praha: Portál, 2006.s. 198 .ISBN 80-7367-060-7 ( brož.)

VALENTA,M., MICHALÍK,J., LEČBYCH,M. A KOL. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně- právním kontextu*. Vyd.1, Praha: Grada Publishing,a.s, 2012. s.352. ISBN 978-80-247-3829-1

VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiientia, 2003. s. 210. ISBN 80-968797-0-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. s. 446. ISBN 80-7178-678-0

VELIKANIČ, J. A.KOL. *Pedagogika pre pedagogické fakulty vysokých škôl* . Bratislava : SNP, 1978

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Karlova univerzita Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5

### **Internetové zdroje :**

ČÍŽ, I. 2009. *Pohľad na pomoc občanom so zdravotným postihnutím pri umiestňovaní sa na trhu práce cestou pracovnej a sociálnej rehabilitácie* [ online]. Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov so zdravotným postihnutím Bratislava, 2009. [cit.2013-01-15]. Dostupné na WWW<[http://www.iprba.sk/dokumenty/cspr/studijne\\_materialy/2009\\_2010/pomoc\\_obcanom.pdf](http://www.iprba.sk/dokumenty/cspr/studijne_materialy/2009_2010/pomoc_obcanom.pdf)>.

Deklarácia práv ľudí s mentálnym postihnutím. OSN [online] [cit. 2012-10-16] Dostupné na: WWW<[http://www.inclusion europe.org/Justice/UN\\_Conventions\\_SK.pdf](http://www.inclusion europe.org/Justice/UN_Conventions_SK.pdf)>.

SEDLÁKOVÁ, A. *Muzikomal'ba* [elektronický zdroj PF 127/01] [S.l.:s.n., 2007]. 18.10.2007.[online] [cit.2013-01-15]. Dostupné z WWW:<<http://www.klaudikaomuzikoterapii.estranky.cz/stranka/---muzikoterapia-a-muzikomalba-ako-podporna-umelecko-interaktivna-komunikacia-v-specialnej-a-liecebnej-pedagogike->>.

TOMÁŠOVÝCH, S. *Muzikomal'ba ako súčasť psychoterapie*, [online ] [ cit. 2012-09-6 Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok, SK ] [ . InfoMedLib. 2004, Roč. 5, č. 2, s. 10-20 ] . ISSN: 1335-5759. 2004

### **Iné zdroje:**

*Zákon č. 448/ 2008 Z.z., o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/ 1991 Zb. o živnostenskom podnikaní ( živnostenský zákon) v znení neskorších predpisoch*

*Zákon č. 195/1998 Z.z., o sociálnej pomoci , Vyhláška Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 461/2000 Z.z., ktorou sa vykonáva § 59 ods. 10 zákona č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci*

## **Zoznam obrázkov**

Obr.1 Sviečky dekoračné.....	55
Obr..2 Sviečky ozdobné.....	55

## **Zoznam tabuliek**

Tab.1 Model komplexnej rehabilitácie.....	7
Tab.2 Formy komplexnej rehabilitácie.....	12
Tab.3 Zloženie hipoterapeutického tímu (HT) .....	24
Tab.4 Sprievodné javy mentálnej retardácie.....	35
Tab.5 Klasifikácia IQ podľa Wechslera.....	37
Tab.6 Výsledky dotazníka Úroveň vzdelania.....	48
Tab.7 Výsledky dotazníka otázka č.1.....	49
Tab.8 Výsledky dotazníka otázka č.5.....	50
Tab.9 Výsledky dotazníka otázka č.7.....	51
Tab.10 Výsledky dotazníka otázka č.11.....	52
Tab.11 Výsledky dotazníka otázka č.12.....	53
Tab.12 Výsledky dotazníka otázka č. 13.....	53
Tab.13 Výsledky dotazníka otázka č.14.....	54

## **Zoznam grafov**

Graf č.1 .....	52
----------------	----

## **Zoznam príloh**

Príloha A .....	I-IV
-----------------	------

## PRÍLOHA A

### DOTAZNÍK PRE ZAMESTNANCOV DSS

Dovoľujem si Vás požiadať o pomoc a spoluprácu.

Volám sa Petra Ivanová a popri zamestnaní v Detskom domove študujem na Univerzite Jána Amosa Komenského s.r.o v Prahe odbor Špeciálna pedagogika- vychovávateľstvo. Tento dotazník je základom mojej bakalárskej práce, v ktorej sa venujem mentálne postihnutým klientom žijúcich v DSS. Vyplnením dotazníka mi poskytnete cenné údaje. Prečítajte si prosím pozorne nasledujúce otázky. Odpoveď, ktorá najlepšie vystihuje Vašu skúsenosť, problém alebo názor vyznačte zakrúžkovaním alebo dopíšte Váš názor na vyznačené miesto. Dotazník je dôverný a anonymný.

Ďakujem Vám za spoluprácu.

Petra Ivanová

- Vek
- Pohlavie
- Vzdelanie
- Počet rokov praxe v zariadení

**1. Mali ste možnosť vo Vašom zariadení zlepšiť si teoretické a praktické znalosti ohľadom rehabilitačnej starostlivosti v kurze, školení a pod?**

- a) áno, teoretické i praktické
- b) áno, teoretické
- c) áno, praktické
- d) nie

**2. Čo by ste navrhli vylepšiť vo Vašom zariadení**

- a).....  
.....  
.....
- b) zvýšiť počet zamestnancov
- c) netreba nič zlepšovať

**3. Navštevuje zariadenie pravidelne psychológ?**

áno                      ako často    nie

**4. Navštevuje zariadenie pravidelne obvodný lekár?**

áno                      ako často    nie

**5. Myslíte si, že vaše zariadenie DSS v dostatočnej miere využíva integrovaný model rehabilitácie?**

áno    nie

**6. Ktorú z oblastí komplexnej rehabilitácie by ste potrebovali posilniť a prečo?**

- a) liečebnú rehabilitáciu
- b) sociálnu rehabilitáciu
- c) pedagogickú rehabilitáciu
- d) pracovnú rehabilitáciu

a).....  
.....  
.....

b).....  
.....  
.....

c).....  
.....  
.....

d).....  
.....  
.....



**7. Uved'te, aké programy a ako často ich realizujete pre Vašich klientov**

**s mentálnym postihnutím:**

áno      nie      ako často

- a) ergoterapia:
- b) muzikomaľba:
- c) muzikoterapia:
- d) arteterapia:
- e) biblioterapia:
- f) dramaterapia:
- g) canisterapia:
- h) sociálne poradenstvo:
- i) sociálna rehabilitácia:
- j) voľnočasové aktivity
- k) záujmové aktivity

áno	nie	ako často

Zvolenú odpoveď vyznačte krížikom X, ( ako často ) : číslom

**8. Akým iným aktivitám a činnostiam ktoré neboli spomenuté sa venujú vaši klienti v DSS?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**9. Zapájajú sa dobrovoľne všetci klienti, ktorí sú schopní pracovnej činnosti do pracovnej terapie?**

- a) Áno
- b) Skôr áno
- c) Čiastočne nie
- d) Nie

**10. O akú terapiu majú klienti najčastejšie záujem?**

- a) ručné práce
- b) remeselnícke veci
- c) vzdelávacie aktivity
- d) všetky druhy

**11. Majú klienti možnosť si sami vybrať terapiu?**

- a) Áno
- b) Skôr áno
- c) Čiastočne nie
- d) Nie

**12. Dostáva sa Vám spätnej väzby od klienta - úsmev, objatie, pohladenie?**

- a) Áno
- b) Nie
- c) Občas

**13. Akému počtu klientov sa venujete počas pracovnej doby ?**

- a) 1 - 6
- b) 6 - 15
- c) Viac ako 15

**14. Je možné v rámci zariadenia vyhovieť osobným požiadavkám klientov?**

- a) Áno
- b) Skôr áno
- c) Čiastočne nie
- d) Nie

Ďakujem za Váš drahocenný čas ktorí ste venovali vyplneniu dotazníka s práním pekného dňa Petra Ivanová.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Meno autora:** Petra Ivanová

**Odbor:** 7506R002 - Speciální pedagogika - vychovatelství (Bc. SPPGV)

**Forma štúdia:** kombinované studium

**Názov práce:** Rehabilitačná a výchovná činnosť mentálne postihnutých v domovoch sociálnych služieb

**Rok:** 2013

**Počet strán bez príloh:** 62

**Celkový počet strán príloh:** 4

**Počet titulov českej, slovenskej literatury a prameňov:** 29

**Počet internetových zdrojov:** 4

**Vedúci práce:** PhDr. Vilma Hudáčová, CSc.