

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2013

Zuzana Krellová

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO

Magisterské kombinované štúdium

2011 - 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Zuzana Krellová

Výchova, vzdelávanie a význam terapií
u mentálne postihnutých jedincov

Praha 2013

Vedúca diplomovej práce:

PhDr. Zuzana Takáčová

THE JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Combined Masters (Part-Time) Studies

20011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Bc. Zuzana Krellová

Education, training and the importance of therapies
for mentally disabled individuals

Prague 2013

The Diploma Thesis Work supervisor:

PhDr. Zuzana Takáčová

Prehlásenie

Vyhlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne pod odborným vedením konzultantky PhDr. Zuzany Takáčovej a použila som literatúru a zdroje, ktoré uvádzam v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa

Bc. Zuzana Krellová

Pod'akovanie

Týmto chcem poďakovať konzultantke PhDr. Zuzane Takáčovej za spoluprácu a odborný dohľad pri vypracovaní tejto diplomovej práce.

Anotácia

V diplomovej práci s témou „ Výchova, vzdelávanie a význam terapií u mentálne postihnutých “ , sa rozoberá význam popisovaných terapií. Práca je rozdelená do štyroch kapitol. V prvej kapitole teoretickej časti charakterizujeme pojem, klasifikáciu a etiológiu mentálneho postihnutia. V druhej kapitole sa zaoberáme výchovou a možnosťami vzdelávania mentálne postihnutých detí. Cieľom tretej kapitoly je oboznámenie sa so základnými terapiami, ktoré sa najviac využívajú pri práci s mentálne postihnutými. Štvrtá kapitola obsahuje výskum názorov na terapeutickú činnosť v zariadeniach sociálnych služieb pre mentálne postihnuté detí a dospelých. Je venovaná zisteniu postojov k terapeutickým činnostiam, nedostatkom a názorom na možné zlepšenia terapeutických činností.

Kľúčové slová

Demencia, diagnostika, integrácia, inteligencia, kazuistika, mentálne postihnutie, oligofrénia, snoezelen, terapia, výchova, vzdelávanie

Annotation

Diploma work „Upbringing, education and importance of therapies by mentally handicapped“ deals with importance of described therapies. Work is divided into four parts. In the first part we characterize notion, classification and etiology of mental disability. In the second part we deal with upbringing and possibilities of education of mentally handicapped individuals. The aim of the third part is descriptions of therapies which are used by work with mentally handicapped people. The fourth part contains research of opinions about therapeutical activity of tutors in asylum for mentally handicapped children and adults. It deals with survey of attitudes to therapeutical activities, defects and opinions about possible improvements of therapeutical activities.

Key words

casuistry, dementia, diagnostity, education, integration, intelligence, mental handicap, oligophrenia, snoezelen, therapy, upbringing

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČASŤ	
1. CHARAKTERISTIKA MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA.....	12
1.1 Vymedzenie pojmu MP.....	13
1.2 Stupne MP.....	16
1.3 Typy MP	18
2. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE MP JEDINCOV.....	26
2.1 Špecifiká práce vychovávateľa u detí s MP v DSS	27
2.1.1 Metódy a zásady výchovnej činnosti	28
2.2 Vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím	31
2.3 Možnosti vzdelávania MP detí v ČR	32
2.3.1 Predškolské vzdelávanie detí s mentálnou retardáciou	32
2.3.3 Profesionálna príprava mládeže s mentálnou retardáciou	36
3. VÝZNAM TERAPIÍ U MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH.....	38
3.1 Ergoterapia.....	39
3.2 Muzikoterapia.....	40
3.3 Arteterapia.....	41
3.4 Snoezelen	42
3.5 Dramatoterapia	43
3.6 Canisterapia	44
3.7 Snoezelen	46
3.8 Kinezioterapia	47
PRAKTICKÁ ČASŤ	
4. VÝZNAM TERAPIÍ V PRAXI	50
4.1 Cieľ prieskumu	50
4.2 Výsledky prieskumu.....	50
4.3 Vyhodnotenie prieskumu.....	50
4.4 Metóda výskumu	51
4.5 Popis výskumnej vzorky, lokalita výskumu, organizačné zabezpečenie...	52
5. INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV VÝSKUMU	53
5.1 Štruktúra respondentov	53

5.2 Vplyv a význam poskytovaných terapií mentálne postihnutým deťom v zariadeniach sociálnej starostlivosti	54
6. DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX	64
ZÁVER.....	71
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	73
ZOZNAM GRAFOU	78
ZOZNAM PRÍLOH	79

ÚVOD

„U môjho priateľa visia na stene poškodené hodiny, ktoré sa nedajú opraviť. Keď som sa ho opýtal, prečo ich nevyhodil, odpovedal, že mu dva razy za deň ukazujú presný čas. Na jeho hodiny si spomeniem vždy, keď sa o niekom tvrdí, že nie je na nič súci.“

Max Kašparů

Aj keď v dnešnej dobe máme dostatok informácií zo všetkých oblastí života, predsa len pociťujeme, že postihnutí spoluobčania nie sú v takom centre záujmu spoločnosti, ako by si zasluhovali. Výnimkou v tomto smere nie sú ani mentálne postihnutí občania, hoci v poslednom čase sa im venuje pozornosť aj v médiách. Zavrieme si oči a môžeme sa vcítiť do sveta nevidiaceho. Zapcháme si uši a môžeme sa vcítiť do sveta nepočujúceho. Ako si však predstavíme vnímanie reality mentálne postihnutého človeka? Nie vždy si vieme predstaviť, čo mentálne postihnutí občania cítia, aké majú túžby, čo ich teší alebo zarmucuje, na mnohé otázky odpoveď nemáme. Preto je dôležité hľadať taký prístup, ktorý by bol pre mentálne postihnutých ľudí najviac prospešný. Vo vzťahoch výchovných pracovníkov s klientmi je potrebné vytvoriť vzťah na báze dôvery, láskavého a pomáhajúceho prístupu.

Cieľom predloženej diplomovej práce bolo hlbšie preniknúť do problematiky mentálneho postihnutia, poukázať na problémy týkajúce sa výchovy a vzdelávania s ktorými sa mentálne postihnutí jedinci stretávajú každý deň a poukázať na možnosti terapeutických prístupov, ktoré pomôžu efektívne skvalitniť život mentálne postihnutých. Pri písaní tejto práce nám pomohla skutočnosť, že pracujeme v zariadení, kde sú zriadené špeciálne učebne a dielne na jednotlivé terapie. Práca s mentálne postihnutými je náročná na čas, organizovanie prostredia a komunikáciu.

Celá diplomová práca je rozčlenená do štyroch kapitol.

V prvej kapitole sme charakterizovali pojem mentálnej retardácie. V tejto kapitole sme sa aj venovali klasifikácii, etiológii a diagnostike mentálne

postihnutých jedincov. Snažili sme sa aj diferencovať rozdiely medzi ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou. Veľká časť jedincov v domovoch sociálnych služieb má takéto postihnutie.

V druhej kapitole sme sa zaoberali výchovou a možnosťami vzdelávania mentálne postihnutých detí. Aj handicapované deti majú nárok na výchovu a vzdelávanie. Nový systém vzdelávania je postavený na integrácii, na možnostiach ich vzdelávania a uplatnenie sa v spoločnosti.

Cieľom tretej kapitoly je oboznámenie sa s najviac využívanými terapiami v domovoch sociálnych služieb. Zamerali sme sa na význam a charakteristiku jednotlivých terapií, prístupmi využitia ich využitia, metódami a vplyvmi ergoterapie, muzikoterapie, dramatoterapie, terapie hrou, canisterapie a novej netradičnej terapie snoezelen. Terapie pozitívne pôsobia na celkové zdravie mentálne postihnutého jedinca, vďaka nim sa stretávajú s množstvom príjemných zážitkov a možností.

Štvrtá kapitola obsahuje výskum o názoroch na terapeutickú činnosť výchovných pracovníkov. V tejto kapitole sa aj zameriavame na charakteristiku skúmaného zariadenia a taktiež pomocou dotazníka sa snažili zistiť a vyhodnotiť názory, postoje terapeutov o význame jednotlivých terapií.

1. CHARAKTERISTIKA MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA

Kto je človek s mentálnym postihnutím? Položili sme si ťažkú otázku. V celom svojom rozsahu prakticky nezodpovedateľnú. Ak si ju však rozmeníme na drobné, môžeme nájsť odpoveď aspoň na to, čo si predstaviť pod pojmom mentálne postihnutie a ako ovplyvňuje svojho nositeľa v priebehu života.

Mentálne postihnutie predstavuje výrazné zníženie rozumových schopností, v psychológii označovanú ako inteligencia. Tento nespočetnekrát používaný pojem, doposiaľ nebol presne definovaný a psychológia sa už veľmi dlhý čas pokúša o presne vymedzenie tohto pojmu (Švarcová, 2006). Slovník spoločenských vied charakterizuje akékoľvek postihnutie ako zníženie určitej funkcie, jej oslabenie alebo narušenie, najčastejšie trvalého charakteru, kde možno zaradiť aj mentálne postihnutie (Kiczko, Košč, Krsková, 1997). Existujú rôzne chápania pre kvalifikáciu úrovne rozumových schopností. Medzi stále uznávané patrí kvalifikácia podľa Wechslera, ktorá vychádza z rozloženia inteligencie v americkej populácii v prvej polovici 20. storočia. Podľa tejto kvalifikácie sa rozloženie inteligencie delí: inteligencia veľmi nadpriemerná, inteligencia nadpriemerná, inteligencia mierne nadpriemerná, inteligencia priemerná, inteligencia podpriemerná, hraničná inferiorita, slabomyselnosť – mentálna retardácia (Bajo, Vašek, 1994). K charakteristike mentálneho postihnutia neodmysliteľne platí jedinečnosť osobnosti a jedinečnosť individuálneho postihnutia. Každý mentálne postihnutý jedinec sa niečím odlišuje od toho druhého, aj keď dosiahnutý stupeň rozvoja osobnosti a merateľné biologické údaje, hodnoty psychologických skúšok by boli zrovnateľné (Kvapilík, Černá, 1990).

Významný český psychiater Zdeněk Mysliveček definoval slabomyselnosť ako: „*zaostalý vývoj somatopsychickej osobnosti, ktorý je nesúmerný ako chorobný produkt prírody, a to u každého jedinca inak. Preto*

sa každý postihnutý líši od druhého, aj keď sú na rovnakom stupni vývoja.“(Kvapilík, Černá, 1990, s.9).

Hlavnými znakmi mentálneho postihnutia sú: nízka úroveň rozumových schopností, ktorá sa prejavuje predovšetkým obmedzenou schopnosťou v učení, nedostatočným rozvojom myslenia, postihnutie býva vrodené a trvalé, napriek tomu je v závislosti na etiológii možné určité zlepšenie (Vágnerová, 2004). Mentálne postihnutie môže byť podmienené organicky– ide o poruchu CNS, alebo sociálne. Podľa toho v ktorom štádiu vývinu bol poškodený mozog hovoríme o oligofrénii a demencii. Oligofrénia je stav, ktorý je zapríčinený štrukturálnou poruchou CNS v prenatalnom, perinatálnom a postnatálnom období vývoja– zhruba do druhého roku dieťaťa ako výsledok rôznych etiologických faktorov. Je špecifickou formou encefalopatie alebo cerebropatie. Často sa nedá rozlíšiť vrodená oligofrénia od včasne získanej (Bajo, Vašek, 1994).

1.1 Vymedzenie pojmu, definícia mentálneho postihnutia

V literatúre sa uvádzajú rôzne definície mentálneho postihnutia. Ide o súhrnné označenie vrodeného postihnutia rozumových schopností prejavujúce sa neschopnosťou porozumieť okolitému svetu a v požadovanej miere prispôbiť sa spoločnosti. Medzi hlavné znaky mentálneho postihnutia patrí: nedostatočný rozvoj myslenia a rečí, obmedzená schopnosť učenia a z toho vyplývajúca zhoršená adaptácia na bežné životné podmienky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností je spojený s postihnutím a zmenou ďalších schopností a odlišností v štruktúre osobnosti. Mentálne postihnutie na rozdiel od demencie je vrodené, dieťa sa od počiatku života nevyvíja štandardným spôsobom. Mentálne postihnutie je trvalé aj keď je možné určité zlepšenie pri správnom vedení a stimulácii. V populácii sa vyskytujú približne 3 percentá mentálne postihnutých ľudí. Príčinou vzniku je postihnutie CNS

(Vágnerová, 2004). Terminologicky výkladový slovník špeciálnej pedagogiky uvádza termín mentálne postihnutie ako pojem vystihujúci všetky aspekty či už medicínskeho, psychologického a sociálneho charakteru života mentálne postihnutého človeka od narodenia až po smrť – je teda pojmom interdisciplinárneho charakteru. Vyjadruje, že tu ide o viac, alebo menej výrazné zaostávanie duševného za telesným vývinom, a to bez ohľadu na príčinu, druh, klinickú formu, typ alebo stupeň mentálneho postihnutia. V pojme mentálna retardácia slovo retardácia znamená zdržiavanie, omeškanie, oneskorenie, spomalenie, čo vystihuje jednak vývinový aspekt poruchy a zvyrazňuje aj skutočnosť, že mentálne postihnutie nie je definitívne ukončené, nemenné (Vašek a kol., 1994). Ďalej sa stretávame s definíciou mentálneho postihnutia ako závažnej poruchy inteligencie, ktorá je podmienená vnútornými biologickými faktormi a je trvalého charakteru. Vonkajšími faktormi môže byť ovplyvnená iba v rámci biologicky daných limitov. Ide o postihnutie vývoja rozumových schopností, môžu byť vrodené, alebo včasne získané a ktoré podmieňuje i významné obmedzenie adaptačného fungovania postihnutého dieťaťa, alebo dospelého v jeho sociálnom prostredí.

K diagnóze nestačí iba slabý výkon v testoch inteligencie, ale musí byť prítomné aj súčasné zlyhávanie v plnení veku primeraných očakávaní vo svojom sociálnom prostredí (Svoboda, Krejčová, Vágnerová, 2009).

Podobne opisujú mentálne postihnutie aj autori publikácie Psychopatológie a Psychiatrie. V publikácii uvádzajú, že sa jedná o nedostatočný rozvoj intelektu, ktorý je buď to vrodený, alebo získaný v rannom veku. Používa sa namiesto niekdajších pojmov oligofrénia a slabomyselnosť. Mentálne postihnutie býva zapríčinené hereditárne, metabolicky, prenatálnymi vývojovými faktormi, perinatálnymi poškodeniami, alebo postnatálnymi poruchami a chorobami v prvých dvoch rokoch života. Rozlišujú sociálnu zanedbanosť a mentálne postihnutie. Pri zanedbanosti nejde o porušenie centrálnej nervovej sústavy, ale oneskorenie rozumového vývoja nastáva v dôsledku nedostatku výchovných podnetov a výchovného pôsobenia. Uvádza sa klasifikácia mentálneho postihnutia podľa stupňa IQ, čiže ľahké, stredné a ťažké mentálne postihnutie (Svoboda, Česková, 2006).

„Pod mentálnym postihnutím sa v súčasnosti rozumie (podľa definície v revízii Medzinárodnej klasifikácie chorôb, v Ženeve 1992) stav zastaveného, alebo neúplného duševného vývinu, ktorý charakterizuje najmä narušenie zručnosti, prejavujúcich sa v priebehu vývinového obdobia, prispievajúcich k celkovej úrovni inteligencie, to znamená poznávacích, rečových, pohybových a sociálnych schopností. Mentálne postihnutie sa môže vyskytnúť spoločne s akoukoľvek inou duševnou alebo telesnou poruchou, alebo bez nej.“ (Lechta, Matuška, 1995, s.11) Pojmom mentálne postihnutie sa označuje aj porušenie vývoja mozgu a vyšších štruktúr centrálnej nervovej sústavy. Zatiaľ, čo demencia znamená stratu už osvojených mentálnych funkcií, mentálna retardácia znamená nerozvinutie týchto funkcií (Cohen, 2002).

Najpoužívanejším vyjadrením úrovne inteligencie je takzvaný inteligenčný kvocient, vyjadrujúci vzťah medzi dosiahnutým výkonom v úlohách odpovedajúcim určitému vývojovému stupňu (mentálnemu veku) a medzi chronologickým vekom.

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

Význam inteligenčného kvocientu spočíva v tom, že informujeme o celkovej úrovni jedinca, ale nepojednáva o kvalitatívnych zvláštnostiach inteligencie konkrétnej osoby (Švarcová, 2006). Mentálnou retardáciou rozumieme aj stav, keď postihnutý z rôznych príčin zaostáva v rozumovom vývine a býva porušená celá osobnosť dieťaťa. Narušené sú všetky schopnosti, ktoré sa prejavujú počas vývinového obdobia, týkajúce sa úrovne všeobecnej inteligencie. Ide tu najmä o porušenie rozumových, poznávacích, rečových, komunikačných, ale aj pohybových schopností. Táto porucha je vývinová, ale počas ďalšieho vývinu sa nezhoršuje. Sústavnou rehabilitáciou a resocializáciou sa jedinci s mentálnym postihnutím naučia lepšie komunikovať a pracovať (Kvasnička, 1998). V oblasti mentálneho postihnutia sa stretávame aj s pojmami ako sú demencia a sociálne podmienené mentálne postihnutie. O demencii môžeme vraviť, ak vznikla po druhom roku života,

kedy nastal rozpad mentálneho vývoja. Príznaky demencie sa postupom času prehlbujú, a zasahujú zložky osobnosti postupne. Vzniká ako dôsledok ochorenia, alebo úrazu. Príznaky demencie sa najčastejšie prejavujú v oblasti pamäti, komunikácie, správania, ale aj v oblasti učenia. Takýto jedinci sú zvyčajne emocionálne labilní. Demencia môže nastať v ktoromkoľvek období života. Členíme ju na stareckú a detskú. Sociálne podmienené mentálne postihnutie je zapríčinené vplyvom nepodnetného prostredia. Takýto jedinci sa zle prispôsobujú sociálnemu prostrediu. Tieto defekty sa dajú za pomoci vyhovujúceho výchovného prostredia mierne upraviť (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). „*Mentálne postihnutie sa doteraz definovalo jednak z aspektu odborov, ktoré sa ňou zaoberali, jednak z aspektov rôznych kritérií a merných jednotiek, pomocou ktorých sa snažili odborníci tento zložitý fenomén vyjadriť. Z hľadiska etiológie možno fenomén mentálneho postihnutia členiť podľa mnohých kritérií. Etiologické faktory sa najčastejšie rozdeľujú na:*

a) endogénne (genetické, hereditárne a podobne)

b) exogénne: - biologické, chemické, fyzikálne a podobne

- sociálne (patologické prostredie)

Ktoré môžu pôsobiť: prenatálne, perinatálne, postnatálne

Z hľadiska symptomatológie možno hovoriť o eretickom, apatickom a nevyhranenom type.“ (Vašek, 2005, s. 169)

1.2 Etiológia mentálneho postihnutia

Komukoľvek sa môže narodiť dieťa s mentálnym postihnutím. Ktokoľvek z nás môže v budúcnosti ochorieť na demenciu. Nebezpečenstvo súčasnej vyspelej civilizácie, predovšetkým pokiaľ ide o zhoršovanie životného prostredia a stres, je dostatočne známe. V publikácii sa uvádza, že „*nie je možné určiť príčiny mentálnej retardácie jednotne a jednoznačne pre ich značnú symptomatologickú variabilitu a kvalitatívne a kvantitatívne rozdiely v mentálnom deficite.*“ (Langer, 1995, s.27)

Autori viacerých publikácií sa prikláňajú k tomu, že etiológia mentálnej retardácie nie je jednotná. Podľa nich príčiny, ktoré vedú k mentálnej retardácii, môžu byť rôznorodé. Spravidla sa jedná o:

1. variáciu normálneho rozloženia častosti, kde určité percento populácie bude spadať do pásma mentálnej retardácie prostým rozložením biologických javov, ako to zachycuje Gaussova krivka.

2. genetické vplyvy– mentálna retardácia vzniká na podklade chromozomálnych odchýlok a vrodených porúch metabolizmu. Patrí sem Downov syndróm, Syndróm fragilného X- chromozómu, Klinefelterov syndróm, Turnerov syndróm, Rettov syndróm, Prader-Williho syndróm, Angelmanov syndróm a syndróm Mačacieho kriku (Cri du chat syndrom).

3. perinatálne poškodenie plodu, ktoré môže nastať rozličnými vplyvmi. Môže sa jednať o niektoré z infekčných chorôb matky, endokrinné poruchy matky, Rh inkompatibilita, nadmerné RTG žiarenie, niektoré medikamenty, toxicky pôsobiace látky, podvýživa matky v tehotenstve, fajčenie matky. Jednou z častých príčin je tiež fetálny alkoholový syndróm.

4. perinatálne poškodenie dieťaťa– zahrňujú sa sem vplyvy, ktoré pôsobia na dieťa v priebehu pôrodu, alebo čase po pôrode. Patrí tu hypoxia, poranenie hlavy dieťaťa pri pôrode či iné traumy centrálnej nervovej sústavy, Rizikové sú preťahované pôrody, pri ktorých dochádza ku kompresii novorodenca a predčasné pôrody, keď dieťa nemá ešte dostatočne vyvinuté pľúca.

5. čase postnatálne poškodenie dieťaťa– kam patria rôznorodé traumatické vplyvy do druhého roku života dieťaťa (Lečbych, 2008).

K mentálnej retardácii môže viesť celá rada rôznorodých príčin, ktoré sa navzájom prelínajú, podmieňujú a spolupôsobia. Mentálne postihnutie môže byť spôsobené ako príčinami exogénnymi (vonkajšími), tak aj príčinami endogénnymi (vnútornými). Endogénne príčiny sú zakódované už v systémoch pohlavných buniek, ktorých spojením vzniká nový jedinec. Možno povedať, že sú to príčiny genetické. Vonkajší činitelia pôsobia od počatia, v priebehu celého tehotenstva, pôrodu, popôrodného obdobia, ale aj v rannom detstve (Švarcová, 2006).

Hlavnou prioritou prevencie vzniku mentálneho postihnutia je zamedzenie vzniku akejkoľvek duševnej, telesnej alebo zmyslovej poruchy. Príčin mentálneho postihnutia je veľké množstvo a tak je zložitá nájsť vhodné a účinné preventívne opatrenia, ktoré by zabránili vzniku mentálneho postihnutia. Uvádzajú sa niektoré primárne požiadavky a zásady. Ich dodržiavaním by sa malo obmedziť vznik mentálneho postihnutia. Sú to tieto zásady:

1. Pred plánovaním tehotenstva by mala žena navštíviť svojho lekára a informovať sa o svojom aktuálnom zdravotnom stave.
2. Strava tehotnej ženy by mala byť pestrá a zdravá.
3. V priebehu tehotenstva sa vyvarovať alkoholickým nápojom.
4. Chrániť sa zaočkovaním napr. proti hepatitíde typu B.
5. Počas tehotenstva nefajčiť. Vyhýbať sa zafajčením priestorom. Fajčenie môže spôsobiť zníženie pôrodnej váhy plodu, obmedziť vývoj plodu.
6. Podstúpiť genetické vyšetrenie, ktoré môže odhaliť veľa chorôb, odhaliť dedičné defektné gény a chromozómy.
7. Obmedziť užívanie liekov iba na tie, ktoré predpíše lekár počas tehotenstva.
8. Vyhnúť sa RTG žiareniu.
9. Vyhýbať sa infekčnej chorobe. Veľa infekčných chorôb počas tehotenstva môže ohroziť vývoj plodu.
10. Pravidelné kontroly u svojho lekára môžu odhaliť abnormality plodu (Švarcová, 2006).

Niet väčšej bolesti, ako prísť k poznaniu, že dieťa sa nebude vyvíjať tak ako sme očakávali, že bude nejakým spôsobom postihnuté. Rodičia dieťaťa s mentálnym postihnutím sa stále snažia hľadať príčinu vzniku tejto choroby, neustále hľadajú prečo k poškodeniu došlo, často sa navzájom obviňujú. Namiesto hľadania príčin a vzájomného obviňovania je potrebná sa zamerať na svoje dieťa (Matějček, 1993).

1.3 Klasifikácia mentálnej retardácie

Vývojovo oneskorené deti sa hodnotia z viacerých hľadísk, a to: z hľadiska medicínskeho (telesné postihnutie, poškodenie centrálnej nervovej

sústavy), psychologického (citové, vôľové, poznávacie a osobnostné nedostatky), sociologického (nedostatky v sociálnom správaní) a pedagogického (schopnosť učenia, úroveň a nedostatky vo vedomostiach, zručnostiach a návykoch) (Matulay, 1986).

Podľa prejavov správania predstavujú mentálne postihnutí jedinci tak širokú škálu typov, že doterajšie pokusy o podrobnejšiu diferenciáciu neboli až tak úspešné. V súčasnosti sa najviac využíva typológia podľa reaktivity a tá sa člení na 3 skupiny– na typ eretický, apatický, typ nevyhranený

Typ eretický

Títo ľudia sú nápadní výrazným psychomotorickým nepokojom, jedinec neustále pobieha, mení činnosť, je impulzívny, nesústredený, útočný. Nezvláda svoje reakcie, preto jeho jednanie korigujeme aktivitou (Franiok, 2008).

Na vonkajšie podnety reagujú neprimerane, sú ťažko ovládateľný, ťažko sa podriaďujú disciplíne. K uvedeným príznakom sa pripisuje aj nestálosť citov, slabá vôľa, ktoré sa prejavujú v obmedzených možnostiach motivácie, neochote prekonávať i celkom malé prekážky. Typické prejavy eretikov čiastočne ovplyvniť, utlmiť medikamentózne, tréningom žiaduceho správania, špeciálnou výchovou (Bajo, Vašek, 1994).

Typ apatický

Patria tu jedinci pasívny s nedostatkom prirodzenej aktivity, u ktorých útlm prevláda nad vzruchom. Bývajú prevažne spokojní, euforickí. Pomaly vnímajú, myslia, ich chôdza je ťažkopádna. Ich city sú otupené, pridružený býva komunikačný handicap, monotónna reč. Jednoduché manuálne práce vykonávajú s väčším nasadením než eretici (Bajo, Vašek, 1994).

Nevyhranený typ

Procesy vzruchu a útlmu sú relatívne v rovnováhe. Títo jedinci sa najlepšie dokážu začleniť a integrovať do spoločnosti (Franiok, 2008).

Ako ďalšiu uvedieme klasifikáciu podľa typu mentálnej retardácie, ktorá tiež delí mentálnu retardáciu na niekoľko typov:

Oligofrénia

Ide o mentálnu retardáciu spôsobenú organickým poškodením mozgu v období prenatalnom, perinatálnom a postnatálnom. Pojednáva sa spravidla ako oneskorenie duševného

Demencia

Ide o typ mentálnej retardácie, ktorý vzniká kedykoľvek po druhom roku. Jedná sa o rozpad alebo postupný úpadok už po nadobudnutých intelektových schopnostiach, ktoré sa môžu rozpadáť aj značne nerovnomerne.

Výchovná zanedbanosť

Jedná sa o problematiku výchovy a vzdelávania jedincov zo sociálne znevýhodneného a nepodnetného prostredia. V publikáciách sa tento typ nazýva aj pseudooligofrénia. Pseudooligofrénia nie je spôsobená poškodením centrálnej nervovej sústavy, ale je zapríčinená vonkajšími faktormi, predovšetkým nepodnetným prostredím, ktoré dieťa v útlom veku obklopuje. Tento typ mentálnej retardácie môže mať dobrú prognózu a to pri dodržaní všetkých špeciálne pedagogických zásad a postupov, ale aj pri poskytovaní kvalitných podnetov z vonkajšieho prostredia (Franiok, 2008).

Z praktických dôvodov sa rozlišujú tri stupne mentálneho postihnutia. Ťažké mentálne postihnutie v termíne IQ približne 0 - 25. Deti s takýmto postihnutím sa často nenaučia stáť a chodiť, prehĺtať tuhú potravu, málokedy sa naučia rozprávať. Nemajú osvojené hygienické návyky. Vyznačujú sa úplne nedokonalým kontaktom s okolím, kolísavou náladou, sú plačlivé, nervózne, inokedy celkom pasívne, apatické. Stredné mentálne postihnutie sa pohybuje v termínoch IQ zhruba 25 – 50. Duševný vývin týchto detí sa oneskoruje o polovicu až dve tretiny ich veku. Ich reč je nedokonalá, primitívna. Pre nespôľahlivosť v úsudku a veľmi malú kritickosť si vyžadujú stály dohľad, opateru, aj správne vedenie. Vzdelávateľné sú vo veľmi malej miere, ale pri trpezlivom a správnom vedení sú schopní naučiť sa jesť, obliekať, naučiť sa správne hygienické návyky a nadobudnúť istú mieru samostatnosti. Deti

v hornom pásme postihnutia stredného stupňa navštevujú pomocné školy niekedy aj zvláštne. Ľahké mentálne postihnutie sa pohybuje v pásme IQ približne 50 – 70. Sú vzdelávateľné, navštevujú zvláštne školy. V dospelosti dosahujú vekovú úroveň najviac 11 ročného dieťaťa. V dospelosti sa dokážu uplatniť v jednoduchých prácach a väčšinou bývajú sociálne nezávislý (Matejíček, 1992).

V publikácii sa uvádza, že spoločným menovateľom mentálneho postihnutia je znížená intelektová úroveň. Psychológovia zväčša identifikujú mentálne postihnutie prostredníctvom inteligenčných stupníc. Tento prístup prebrala aj Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá prijala nasledovné stupne a kódy, ktoré sa využívajú aj v súčasnosti. .

Podľa tejto klasifikácie sa delí mentálna retardácia do šiestich kategórii:

- F 70 –ľahká mentálna retardácia (IQ 50-69),**
- F 71 – stredne ťažká mentálna retardácia (IQ 35-49),**
- F 72 – ťažká mentálna retardácia (IQ 20-34),**
- F 73- hlboká mentálna retardácia (IQ je nižšie ako 20),**
- F 78 – iná mentálna retardácia**
- F 79 – nešpecifikovaná mentálna retardácia**

Deti s oneskoreným rozumovým vývinom, k zaostávaniu vývinu došlo z iných príčin , ako je poškodenie mozgu (sociálna zanedbanosť, nepodnetné výchovné prostredie, zmyslové vady), sa nepovažujú za deti mentálne postihnuté (Vašek, 1995).

Ľahká mentálna retardácia

Patrí medzi najľahšie stupne mentálneho postihnutia. Motorický, neuropsychický vývin sú kvantitatívne aj kvalitatívne odlišné od normy. Ich vývin je čiastočne oneskorený a obmedzený. Najzreteľnejší býva deficit v oblasti myslenia, najmä v abstrakcii, dedukcii aj úsudku. Sú málo zvedaví, vynaliezaví, nevedia sa hrať, neprimerane sa správajú (Bajo, Vašek, 1994). Väčšina z nich dosiahne úplnej nezávislosti v osobnej starostlivosti. Dosahujú schopnosť využívať reč v každodennom živote, udržujú konverzáciu,

aj napriek tomu, že si slova osvojujú oneskorene. Hlavné problémy sa prejavujú zvlášť pri nástupe do školy, a hlavne v teoretickej časti (Švarcová, 2006). Sú schopný i veľmi jednoduchého abstraktného myslenia. Reč sa vyvíja oneskorene. Niektoré z porúch rečí sú diagnostikované až u 85 percent prípadov (Lechta, 2002). Spravidla dochádza ku nerovnomernému vývoju jednotlivých psychických funkcií, býva oslabená alebo rozladená funkčná reaktivita. Základným kritériom rozvoja osobnosti každého človeka je úroveň jeho začlenenia do spoločnosti (socializácia). Dosiahnutá úroveň socializácie je práve u ľahko mentálne retardovaných prvotným znakom úspešnosti výchovne vzdelávacieho procesu na základnej škole praktickej a je aj akýmsi meradlom budúceho vybavenie pre súžitie v ďalších spoločenských vzťahov (Müller 2001).

Stredne ťažká mentálna retardácia

Predstavuje výrazne obmedzenie v somatickom a neuropsychickom vývine. Vývin psychických funkcií je oneskorený a narušený. Myslenie takýchto jedincov je primitívne, veľmi slabá je aj činnosť pamäti a to vo všetkých fázach. Citovo sú nevyrovnaní, labilní s neadekvátnym afektovaným správaním (Bajo, Vašek, 1994). Švarcová (2006) dokazuje u týchto jedincov výrazne oneskorený rozvoj a využívanie rečí, schopnosti v tejto oblasti sú u nich obmedzené. Majú obmedzenú schopnosť starať sa o seba. Pokroky v škole sú ohraničené, no niektorí jedinci s týmto postihnutím si dokážu osvojiť základy písania a čítania pod kvalifikovaným pedagogickým vedením. Pod odborným dohľadom dokážu v dospelosti vykonávať jednoduchú manuálnu prácu. Len zriedka dokážu viesť úplne samostatný život. Často sú pridružené neurologické ochorenia, telesné postihnutia, najmä epilepsie.

Ťažká mentálna retardácia

Predstavuje výrazné oneskorenie motorických prejavov a psychického vývinu. Výrazné oneskorenie je aj v sedení, státí, chodení. Nekoordinovanosť hrubej motoriky. Prítomnosť kývavých, rytmických pohybov. Duševný vývoj stagnuje na úrovni nižšej nervovej činnosti, poprípade na úrovni

napodobňovania(Bajo, Vašek, 1994). Na rozdiel od predchádzajúcej kategórie väčšina jedincov trpí poruchami motoriky, a inými pridruženými vadami, čo signalizuje poškodenie CNS. Aj keď nerovnosti výchovy a vzdelávania sú obmedzené , skúsenosť ukazuje, že väčšia odborná rehabilitačná výchova môže výrazne prispieť k rozvoju motoriky, rozumových schopností, komunikácie a celkovému zlepšeniu ich existencie (Švarcová, 2006).

Hlboká mentálna retardácia

Ide o hlboké postihnutie v celkovom vývoji jedinca, o celkové obmedzenie psychického vývinu . Časť postihnutých osôb je celkom imobilná , nenaučia sa chodiť, alebo sa pohybujú len plazením (Bajo, Vašek, 1994). Takto postihnutí jedinci nedokážu prejavíť svoje potreby, city. Reč u nich nie je vyvinutá. Možnosti výchovy a vzdelávania sú obmedzené. Vo väčšine prípadov môžeme stanoviť organickú príčinu. Bežné sa vyskytujú ťažké neurologické, taktiež aj telesné nedostatky, epilepsie a poškodenie sluchu a zraku. Predovšetkým u mobilných pacientov sú veľmi časté formy pervazívnych vývojových porúch, najmä atypický autizmus (Švarcová, 2006).

Iná mentálna retardácia

Do tejto kategórie zahrňujeme mentálne postihnutých jedincov s pridruženým somatickým alebo senzorickým poškodením. Do tejto skupiny sa často radia jedinci s ťažkou poruchou správania a autizmom.

Nešpecifikovaná mentálna retardácia

Do tejto kategórie zahrňujeme jedincov u ktorých bolo preukázané mentálne postihnutie ale pre nedostatok informácií, nie je možné pacienta začleniť do niektorej z predchádzajúcich kategórii . Zníženie úrovne rozumových schopností nesúvisí s organickým poškodením mozgu, ale na príčine sú genetické, sociálne...faktory (Švarcová, 2006).

1.3.1 Diagnostika mentálne postihnutých jedincov

Diagnostika je dlhodobý proces, ktorý berie do úvahy všetky štruktúry, ktoré ovplyvňujú vývoj dieťaťa. Na základe stanovenia diagnózy môžeme nachádzať optimálne výchovne postupy, ovplyvňovať výchovu dieťaťa a dosahovať postupných zmien vo vývoji dieťaťa (Švarcová, 2006). Pojem diagnostika aj vyjadruje poznanie, analýzu, hodnotenie výchovnej reality zameriavajúcej sa na jednotlivca (Průcha, 2009). Diagnostika v pedagogike mentálne postihnutých sa vymedzuje ako „ *systém poznatkov zameraných na možnosti a prostriedky poznávanie individuálnych osobitostí postihnutého jedinca, na odhaľovanie podstatných súvislostí, ktoré sú príčinou týchto osobitostí. Súčasne tvoria východisko pri individualizovanom programe špeciálnopedagogického pôsobenia na diagnostikovaného jedinca, ktorý má optimalizovať jeho vývin a uplatnenie sa v živote.*“ (Vašek, 2004, s.11)

Diagnostiku rozdeľujeme do niekoľkých kategórii. Z hľadiska rozsahu na **parciálnu** a **globálnu**. **Parciálna diagnostika** je zameraná na určitú javy, ktoré sú pre klienta aktuálne. Z hľadiska etiológie na kauzálnu diagnostiku, kedy vieme zistiť príčinu vzniku postihnutia a symptomatickú, nepoznáme príčinu, zameriavame sa iba na príznaky. Ďalej podľa veku MP osoby, podľa druhu postihnutia (Vašek, 2004). Dôležitou súčasťou je aj **rodinná anamnéza**. Zisťuje údaje o rodičov, súrodencov, starých rodičov. Zameriava sa na výskyt dedičných chorôb, či sa v rodine neobjavilo nejaké postihnutie . Dôležitou súčasťou rodinnej anamnézy je aj **anamnéza osobná**. Získava údaje o vyšetrovanej osobe, o jej chorobách, operáciách (Přinosilová, 2007). S diagnózou úzko súvisí aj **prognóza**. „ *Diagnóza a prognóza spolu obsahujú dimenziu minulosti, prítomnosti a budúcnosti, nakoľko v aktuálnom stave mentálne postihnutého, ktorý poznávajú, sa premieta jeho minulosť, a prítomnosť je zase východiskom pre budúci rozvoj.*“ (Vančová, 2005, s.77)

Na diagnostikovanie postihnutých jedincov sa v poslednej dobe pomerne často využíva aj prístup kauzistický. **Kazuistika** je štúdium, ktoré obsahuje potrebné a konkrétne hodnotenie jednotlivého prípadu. Kazuistika nám umožňuje hlbšie posúdenie vývoja, zachytenie rôznych činiteľov, ktoré

vývoj ovplyvňujú. Kazuistikou sa usilujeme o vytvorenie prognózy ďalšieho vývoja diagnostikovaného jedinca (Švarcová, 2006). Spracovanie diagnostiky postihnutého jedinca musí byť, čo najpodrobnejšie najpresnejšie, lebo prvé tieto detaily nám umožňujú chápať klienta ako jedinečnú osobnosť, ako jedinca s jedinečným vyjadrovaním, individuálnymi schopnosťami. Dôkladná charakteristika a opis nám ukáže jedinca, ktorý vidí, vie prejavíť radosť, ale aj smútok... Takéto poznanie a chápanie sa stáva základom návrhov a opatrení v jeho prospech (Herchl, 2004). Diagnostika nie je len úlohou psychológie, alebo lekárskeho vied. Dlhodobá diagnostika vychádza väčšinou z pozorovania dieťaťa v bežných školských situáciách. Do diagnostického procesu môže byť zapojené aj dieťa, pokiaľ je schopné vypovedať o svojich problémoch a potrebách (Švarcová, 2006).

2. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE MP JEDINCOV

Výchova a vzdelávanie u mentálne postihnutých jedincov je celoživotným procesom. Kognitívne procesy mentálne postihnutých jedincov sa vyvíjajú pomalšie, preto je výrazná potreba nepretržitého vývoja, neustále opakovanie a prehľbovanie nadobudnutých vedomostí a schopností. Aj mentálne postihnutí majú nárok na výchovu a vzdelávanie, aby sa integrovali do spoločnosti a mali nárok na seberealizáciu (Švarcová, 2006). Nový systém vzdelávania u MP jedincov je založený na integrácii, na možnostiach vzdelávania. Odráža zmeny chápania osôb s MP, zrušené oslobodenie od povinnej školskej dochádzky. Aktuálne sa osobám s mentálnym postihnutím poskytuje komplexná výchovno-rehabilitačná starostlivosť (Vančová, 2005). Výchovno – vzdelávací systém MP osôb predpokladá aj vytvorenie školských zariadení, ktoré sa bezprostredne podieľajú na výchove, vzdelávaní, pri vytváraní vhodných podmienok pre záujmovú činnosť u mentálne postihnutých detí a mládeže (Pikálek, 2004). V tejto spojitosti sa žiada o spoľahlivé vymedzenia podstaty vyučovacieho procesu: *„podstatou vyučovacieho procesu je sprostredkovanie, transformácia a uchovávanie informácií, ktoré sa realizujú prostredníctvom informačného kolobehu. Pri takto chápanom prístupe možno mentálne postihnutie chápať ako nedostatočnú schopnosť meniť informácie na poznatky, v dôsledku toho aj transformovať veci a udalosti do symbolických foriem, tieto uchovávať, s takto transformovanými informáciami zmysluplne narábať a participovať na udalostiach.“* (Vašek, 1996, s. 145) Súčasťou vzdelávania mentálne postihnutých detí a mládeže je súvislá starostlivosť, všestranný rozvoj osobnosti. Získanie základného vzdelania a ich príprava na jednoduché manuálne činnosti, ktoré uplatnia v nenáročných povolaniach (Bajo, Vašek, 1994). Vo vzdelávacom systéme u mentálne postihnutých deťoch sa dodržia určité didaktické zásady, ako je zásada názornosti, zásada aktivity žiakov vo vyučovacom procese, zásada sústavnosti a trvalosti, zásada primeranosti učiva, pričom aplikovanie týchto zásad má pomerne rovnakú podobu, ako na školách základných. Podľa

názoroch učiteľov sú tieto zásady cenným ukazovateľom pri tvorbe nových vzdelávacích programov (Švarcová, 2006).

2.1 Špecifiká práce vychovávateľa u detí s MP v DSS

Hlavným činiteľom výchovného pôsobenia na deti a dospelých v DSS je vychovávateľ. Ten je počas celého týždňa pobytu v domovoch sociálnych služieb s dieťaťom v každodennom styku. Ide o značne náročnú činnosť, pretože vychovávateľ pracuje pomerne s heterogénnou skupinou detí, čo vyžaduje poznať biologické, psychické a sociálne osobitosti jednotlivých detí. Pri práci s MP je veľmi dôležitá odborná pripravenosť vychovávateľa, ktorá je založená na teoretickej príprave k tomuto povolaniu, ale i na praktickej skúsenosti s prácou s postihnutými deťmi.

„K deťom musí vychovávateľ pristupovať individuálne, každé dieťa je na inom stupni svojho intelektuálneho vývinu, má iný stupeň postihnutia.“ (Kvapilík, 1990, s. 1990)

Deti v DSS trávajú väčšinu svojho času mimo domova. A preto sú v značnej miere odkázané na pomoc a starostlivosť od špeciálne pripravovaných pedagógov. Vychovávateľ je zodpovedný za celú škálu rôznych úloh pedagogického a sociálneho charakteru, čím sa kladú na jeho osobnostný profil zvýšené nároky (Bajo, Vašek, 1994). Pri práci s mentálne postihnutými deťmi je dôležitá odborná pripravenosť, ktorá by mala byť založená na príprave pre toto povolanie, ale aj na praktických skúsenostiach. Vychovávateľ musí dbať aj na to, aby bola dodržaná bezpečnosť pri práci, výchovné ciele musí prispôsobovať deťom s ktorými pracuje, nemal by deti preceňovať, ale ani v žiadnom prípade podceňovať. Nároky kladené na dieťa by mali byť primerané, adekvátne jeho schopnostiam. Vychovávateľovi nesmie chýbať neobvyklá schopnosť pedagogickej diagnostiky, pretože jeho prvoradou a veľmi dôležitou úlohou je preverovať úroveň a rozsah postihnutia. Na základe získaných informácií a dôležitých faktov vychovávateľ vyberá z alternatív pedagogických metód a zásad tie najúčinnnejšie a súčasne a zároveň

aj najvhodnejšie (Švarcová, 2006). Profesionalizmus vychovávateľa sa prejavuje v dispozíciách objektívne posudzovať výchovno – vzdelávací proces, ale aj analyzovať a zhodnocovať úspešnosť a neúspešnosť svojich činností, zjednocovať skúsenosti získané z výchovnej a diagnostickej práce a snažiť sa ich porovnávať s novými poznatkami špeciálnej pedagogickej teórie. Vychovávateľ sa musí vyznačovať aj nemalou mierou trpezlivosti. S vlastnosťou trpezlivosti je úzko spojená aj schopnosť sebaovládania. Mentálne postihnuté dieťa si vyžaduje veľkú mieru trpezlivosti, ohľaduplnosti.

Jedným zo základných predpokladov zdarenej práce vychovávateľa je kladný citový vzťah k deťom s mentálnym postihnutím, ich vzťah by mal hlavne vychádzať z citového základu a v nemalej miere aj zo vzájomného porozumenia. Vychovávateľ, ktorý je v každodennom kontakte s dieťaťom sa musí usilovať o rozvoj osobnosti MP dieťaťa, dať mu pocit istoty a bezpečia, a hlavne ukázať im lásku. Je potrebné zdôrazniť, že byť vychovávateľom detí s mentálnym postihnutím, a zvlášť deťom s ťažkým MP je veľmi namáhavá a psychicky náročná práca. Neustále dávať žiakom kus „sámeho seba“, deliť sa s nimi o nové poznatky, pocity, problémy, mať na mysli ich nálady, byť im stále na blízku a to nie len po fyzickej, ale aj psychickej stránke (Švarcová, 2006).

2.1.1 Metódy a zásady výchovnej činnosti

Život mentálne postihnutých jedincov sa má približovať k životu zdravých ľudí. Hlavnou úlohou vychovávateľa je zapojenie všetkých detí do činnosti so zreteľom individuálneho prístupu. Veľmi dôležité je, aby si vychovávateľ premyslel aké metódy a zásady použije pri práci s mentálne postihnutými deťmi, a ako ich bude striedať a navzájom dopĺňať.

Majzlanová (1998) uvádza tieto metódy pri pracovnej činnosti:

metóda presvedčania– táto metóda je úzko spojená s motiváciou, cieľom je vzbudiť záujem o činnosť. Dôležitým znakom je hovorené slovo, reč vychovávateľa pôsobí na vedomie a intelekt mentálne postihnutého dieťaťa.

metóda napodobňovania vzoru– spája sa s metódou vysvetľovania pracovných návykov, postupov, povzbudenia a hodnotenia. MP dieťa napodobňuje pracovnú činnosť podľa vzoru vychovávateľa.

metóda požiadavky – požiadavky na mentálne postihnuté dieťa by mali byť zrozumiteľné, pracovné činnosti by mali byť primerané ich motorickým schopnostiam.

metóda príkazu– používa sa zriedkavo, najčastejšie v spojení s inou metódou a to hlavne s metódou hodnotenia.

metóda povzbudzovania– spája sa s metódou pochvaly, je potrebné vysloviť pochvalu dieťaťu aj za výkon, ktorý nie je dokonalý. Pôsobenie tejto metódy spočíva v posilňovaní, upevňovaní a povzbudzovaní rozličných, hlavne kladných prejavov správania, a v tlmení nežiaducich prejavov a návykov.

metóda kontroly hodnotenia- kontrola činnosti u detí S MP by mala byť sústavná, nepretržitá. Mala by byť spojená s usmerňovaním, ale aj pomocou vychovávateľa. Nestačí dieťa na chybu upozorniť, treba mu ju aj ukázať.

metóda demonštrácie– pomáha dieťaťu sprostredkovať viacmyselné pocity, ktoré sa získavajú hlavne prezeraním predmetov. Deti majú možnosť predmety ohmatať a vyskúšať.

metóda opakovania– dáva sa do súvisu s nácvikom pracovných zručností, návykov, ale v prvom rade vedomostí. Ide o cieľavedomé, organizované a opakovanie činnosti, pri správnom upevňovaní návykov.

Efektivita výchovného pôsobenia je relatívne podmienená rešpektovaním výchovných zákonitostí, upevňovaním zásad, ktoré obsahujú, či už biologické, pedagogická ale hlavne psychologické požiadavky, ktoré musí vychovávateľ dodržiavať, ak chce úspešne realizovať svoje výchovné úlohy.

Bajo, Vašek (1994) píšú o týchto zásadách:

zásada cieľavedomosti– hlavnou požiadavkou je, aby sa čiastkové a dielčie ciele podriaďovali hlavnému cieľu výchovy u detí s MP. Hlavným cieľom je najvšestrannejší rozvoj osobnosti, a čo najširšie a najúspešnejšie pracovné a spoločenské uplatnenie.

zásada jednoty požiadaviek a výchovných vplyvov – na dieťa pôsobí viacero činiteľov, každý z nich sa na výchove určitým spôsobom podieľa. Ani jeden z týchto činiteľov nemôže izolovane dosiahnuť cieľ výchovy.

zásada orientácie na kladné črty dieťaťa – ťažisko formovania dieťaťa musí byť každopádne v pozitívnej výchove, v upevňovaní jeho kladných čŕt a vlastností. Kladná požiadavka má prednosť pred zápornou, schvaľovanie pred odsudzovaním.

zásada individuálneho prístupu – Každé dieťa s MP je individuálna osobnosť, má vlastné prežívanie, správanie. Preto každé dieťa si vyžaduje diferencovaný prístup, diferencované výchovné postupy. Vychovávateľ musí poznať dieťa, jeho aktuálny stav, závažnosť jeho poruchy, aby ho mohol adekvátne, cieľavedome viesť a systematicky pristupovať k nemu.

zásada náročnosti k deťom spojená s úctou k nim – vychovávateľ musí byť primerane náročný pri každej činnosti a tieto nároky postupne zvyšovať. Dosiahnutie primeraných výsledkov je závislé od sústavnej kontroly plnenia požiadavok.

zásada socializácie – mravné vlastnosti dieťaťa s MP sa formujú v spoločnosti. Život v spoločenskom prostredí najviac pôsobí na mravný vývin dieťaťa. Vychovávateľ by mal vytvoriť vo vedomí a správaní dieťaťa základy sociálnych vzťahov, porozumenia, priateľstva a spolupráce.

zásada spojenia výchovy so životom – je to zásada pri ktorej by dieťa nemalo byť izolované od okolitého prostredia. Práve kontakt s intaktnými deťmi, interakcia s normálnym sociálnym prostredím, jeho hra, práca, jeho zvyky a návyky sú dôležitou súčasťou sociálnej adaptácie.

„Úspešné dosiahnutie výchovných cieľov predpokladá správny prístup, premyslený spôsob výchovného pôsobenia, správnu voľbu výchovnej metódy. Správne použitie metód závisí od poznania psychiky klienta, od reálnosti konkrétnych výchovných cieľov, od pedagogického majstrovstva i od výchovnej intuície.“ (Bajo, Vašek, 1994, s. 109)

2.2 Vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím

„Každé dieťa, aj ťažko poškodené, je vychovávateľné či vzdelávateľné.“

(Matulay, 1986, s. 17)

Väčšia časť detskej populácie sa vyvíja prirodzeným, spontánnym vývojom telesných, duševných a sociálnych schopností. Vývin dieťaťa je podmienený dedične, uskutočňujúci sa v určitom časovom slede. V značnej miere si vyžaduje len starostlivosť od rodičov, dobré rodinné zázemie, bohaté na podnety. Duševný vývin mentálne postihnutého dieťaťa sa nevymyká primárnym zákonitostiam duševného vývoja. Vývin mentálne postihnutého dieťaťa prechádza rovnakými vývojovými etapami, ako vývoj intaktného dieťaťa, ibaže pomalšie, s nerovnomernosťami a určitými zvláštnosťami, ktoré sú dané jeho postihnutím. Každé dieťa s mentálnym postihnutím je jedinečný subjekt s charakteristickými osobnostnými črtami. Predsa však možno objaviť určité spoločné znaky, ktoré závisia od druhu, stupňa, rozsahu MP. U detí s mentálnym postihnutím je oslabená jedna zo základných funkcií duševného vývoja – potreba poznávať okolitý svet, ktorý sa u zdravých detí stáva hnacou silou celého ich psychického vývoja (Švarcová, 2006). Pokiaľ hodláme duševne oneskorené dieťa spoznať a pomôcť mu, nemali by sme sa na neho pozeráť len z hľadiska jeho znížených rozumových schopností, ale vnímať ho ako jedinečnú osobnosť. Dôležité je aj rešpektovať jeho individuálne zvláštnosti a snažiť sa rozpoznať, ktorá zo schopností je najviac postihnutá. Až zistenie, v akom rozsahu sú postihnuté jednotlivé schopnosti, aká je jeho adaptívna schopnosť, aké sú jeho osobnostné črty, zvláštnosti v jeho správaní a v ako prostredí žije, môže byť základom pre zhodnotenie jeho stavu a možností. Tieto všetky body sú základom pre zameranie výchovy a učenia dieťaťa (Langer, 1995). U mentálne postihnutých deťoch pozorujeme nízku úroveň rozvoja myslenia, dieťa má obmedzenú schopnosť abstrakcie a zovšeobecňovania. Konkrétne myslenie znamená zostávať v myslení na úrovni jednotlivých názorných obrázkov. Mentálne postihnuté dieťa väčšinou spomína, než premýšľa, obmedzuje sa na konkrétne súvislosti medzi predmetmi a javmi, myslenie je chudobné a neproduktívne. Ďalšou

zvláštnosťou charakteristickou pre mentálne postihnutie je nesústavnosť myslenia. Typickým znakom pamäti detí s MP je pomalé tempo osvojovania si nových poznatkov, nestálosť ich uchovávaní a nepresnosť vybavovania si zapamätaného. Pre mentálne postihnuté deti je charakteristické, že sa nedokážu cieľavedome učiť. Ani osvojené poznatky si často krát nevedia vybaviť v iných súvislostiach, než ako si ich osvojili. Predpokladom úspechu je obmena verbálneho prístupu, alebo aspoň v maximálnej miere doplnenie multisenzoriálnym prístupom založeným na komplexnom zmyslovom vnímaní (Švarcová, 2006).

S možnosťami nových foriem prístupov k duševnému zdraviu detí a mládeže sa rysujú možnosti systematicky využívať teóriu učenia v rehabilitácii mentálne postihnutých. Stimulácia k manuálnym činnostiam je jedným z hlavných prostriedkov učenia v rannom veku dieťaťa. V predškolskom období ja nevyhnutnosťou teóriu učenia využiť k sociálnemu tréningu, ako aj k zlepšeniu adaptívneho správania postihnutých.

Ľudia s mentálnym postihnutím majú rovnaké právo, ako zdravý spoluobčan na vzdelávanie. Vzdelávanie je pre nich jednou z účinných terapií ich handicapu a čím viac sú rozvinuté ich rozumové schopnosti, tým majú väčšiu nádej na začlenenie sa do spoločnosti (Švarcová, 2006).

2.3 Možnosti vzdelávania MP detí v ČR

Stále viac sa zdôrazňuje významnosť osobností každého jedinca s postihnutím. Aj mentálne postihnutí sú v prvom rade ľudské bytosti a až na druhom mieste postihnutí. Starostlivosť o jedincov s mentálnym postihnutím v dnešnej uponáhľanej dobe so sebou prináša mnoho nových poznatkov i prehĺbení poznatkov už jestvujúcich.

Švarcová (2006, s.42) uvádza : „*učenie je psychologický proces, v ktorom sa stimuláciou z vonkajšieho prostredia a praktickou činnosťou dieťaťa v kontakte s jeho okolím navodzujú, tvoria a podporujú zmeny a pokroky vo vývoji a chovaní dieťaťa.*“

Starostlivosť o zdravie a právo na vzdelávanie patrí k základným prioritám a občianskym právam, zaručeným Ústavou ČR.

„Závazný rámec pre vzdelávanie minority zdravotne znevýhodnených žiakov predstavuje základný kurikulárny dokument Rámcový vzdelávací program, pre základné vzdelávanie, ktorý vymedzuje predstavu štátu o zameraní, obsahu aj výsledkoch základného vzdelávania s ohľadom na nadväznosť podobných kurikulárnych dokumentov pre predškolské a stredné vzdelávanie“. (Hájková, 2008, s. 4)

Pokiaľ chceme mentálne postihnutému dieťaťu pomôcť a porozumieť, nemôžeme sa na neho pozeráť len z aspektu jeho znížených rozumových schopností. Ako iné deti aj mentálne postihnuté dieťa je celistvá osobnosť.

2.3.1 Predškolské vzdelávanie detí s mentálnou retardáciou

Predškolské obdobie predstavuje pri utváraní osobnosti každého dieťaťa veľmi dôležitú etapu pri rozvoji jeho psychických a fyzických schopností. Predškolské vzdelávanie mentálne postihnutých detí zaisťujú inštitucionálne materské školy a špeciálne materské školy.

Špeciálne materské školy, špeciálne triedy v materskej škole sa zriaďujú pre mentálne postihnuté deti, alebo pre deti s viacnásobným postihnutím. Cieľom špeciálnych materských škôl je maximálny rozvoj dieťaťa, socializácia dieťaťa, príprava na vstup do školy s rešpektovaním osobností vyplývajúcich z ich postihnutia. Dôležité je aby výchova v ŠMŠ bola v súlade s výchovou v rodine. V škôlke sa realizujú výchovné aktivity, ktoré napomáhajú k rozvoju mentálne postihnutého dieťaťa. Ide o takéto aktivity: výchovné zamestnania, hry, vychádzky, špeciálne cvičenia spojené s opakovaním, individuálnu logopedickú činnosť, aktivity spojené so stravovaním, hygienou, sebaobsluhou a spánkom. (Vančová, 2005). Dôležitou podmienkou úspešnosti predškolského vzdelávania detí s MP je nielen voľba vyhovujúcich vzdelávacích metód a prostriedkov, ale v prvom rade aj uplatňovanie profesionálnych postojov pedagógov, ale aj ostatných pracovníkov, ktorý sa podieľajú na starostlivosti o dieťa a jeho vzdelávanie. Je

potrebné, aby pedagóg postupoval vždy s vedomím, že postihnuté dieťa má iné osobnostné predpoklady, má menšie skúsenosti, problémy s osamostatňovaním, nedokáže sa presadiť, má málo rozvinutú schopnosť autoregulácie. Je dôležité aby pedagóg pracoval v súlade so základnými požiadavkami rámcového vzdelávacieho programu (Švarcová, 2006). Predškolské vzdelávanie má pomôcť dieťaťu v jeho ďalšej životnej a vzdelávacej ceste. Jej úlohou je rozvíjať osobnosť dieťaťa, podporovať jeho telesný rozvoj a zdravie, jeho spokojnosť, pohodu, napomáhať mu v chápaní blízkeho sveta a motivovať ho k poznaniu a učeniu, približovať mu normy a hodnoty tejto spoločnosti (Vančová, 2005). Predškolské vzdelávanie privodzuje vhodné vzdelávacie prostredie, pre dieťa podnetné, zaujímavé a obsahovo bohaté, v ktorom sa dieťa cíti bezpečne, spokojne a ktoré mu zaistuje možnosť prejavíť sa a zamestnať sa prirodzeným detským spôsobom (Švarcová, 2006).

2.3.2 Základné vzdelávanie detí s mentálnou retardáciou

Deti s mentálnou retardáciou vo veku povinnej školskej dochádzky sa vzdelávajú formou individuálnej, alebo skupinovej integrácie. Individuálna integrácia znamená vzdelávanie žiaka v bežnej základnej škole, alebo v špeciálnej škole určenej pre žiakov s iným druhom zdravotného postihnutia. Skupinovú integráciu chápeme, ako vzdelávanie žiakov v triede, alebo študijnej skupine, ktorá bola zriadená pre žiakov so zdravotným postihnutím v bežnej škole, alebo v špeciálnej škole určenej pre žiakov s iným druhom zdravotného postihnutia (Švarcová, 2006).

Základná škola praktická – vzdelávajú sa tu jedinci so špeciálnymi vzdelávacími potrebami vyplývajúcich z ľahkého stupňa mentálneho postihnutia. Hlavnou náplňou praktickej školy je umožniť takýmto jedincom dosiahnuť čo najvyšší stupeň vedomostí, zručností, osobnostných kvalít. Proces vzdelávania v základnej praktickej škole prispôbujeme úrovni psychického a fyzického rozvoja jedinca. Veľmi dôležitou súčasťou je rešpektovanie ich individuality a možností ich rozvoja. Cieľom výchovy

a vzdelávania je príprava žiakov s ľahkým mentálnym postihnutým na začlenenie do spoločnosti, alebo úplnú integráciu do bežného života (Švarcová, 2006).

Špeciálna základná škola – zriaďujú sa pre žiakov s mentálnym postihnutím a žiakov s viacerými chybami v kombinácii s mentálnym postihnutím. Obsah vzdelávania je prispôsobený stupňu postihnutia a vzdelávanie sa uskutočňuje vo vzdelávacích variantoch A, B a C. Žiaci s ľahším mentálnym postihnutím sa vyučujú podľa učebných plánov variantu A. Vzdelávanie je najviac podobné vzdelávaniu a bežnej základnej škole. Cieľom vzdelávacieho procesu je osvojenie si vedomostí, zručností a návykov potrebných pre ďalší život, vytvorenie dobrého vzťahu k sebe samému, k iným ľuďom a prostrediu, aby boli pripravený na praktický život a integráciu do spoločnosti. Variant B pripomína svojím obsahom a metódami bežnú materskú školu. Cieľom edukácie je rozvoj mentálne postihnutého jedinca v oblasti motoriky, senzoriky, komunikácie, sebaobsluhy. Umožniť žiakovi osvojiť si základné poznatky o prírode, spoločnosti, pripraviť ho na vykonávanie jednoduchých činností v bežnom živote.

Do variantu C sa zaraďujú jedinci s najťažším mentálnym postihnutím a žiaci, ktorý nevládajú učivo špeciálnej základnej školy so vzdelávacím variantom B (Vančová, 2005).

Na rozdiel od bežnej a praktickej školy trvá špeciálna základná škola desať rokov a po jej ukončení získava žiak základné vzdelanie. Pod vedením špeciálno-pedagogického tímu sa snažia jedinci s mentálnym postihnutím začleniť do bežného života (Pipeková, 2006).

Cieľom základnej špeciálnej školy je rozvíjať fyzická, ale v prvom rade psychické schopnosti a predpoklady žiakov a vybaviť ich základnými vedomosťami, návykmi, ktoré im umožnia v maximálnej miere integrovať sa do spoločnosti (Švarcová, 2006).

2.3.3 Profesijná príprava mládeže s mentálnou retardáciou

Po ukončení povinnej školskej dochádzky v základných školách praktických a základných špeciálnych školách má možnosť mládež s mentálnym postihnutím pokračovať vo svojom vzdelávaní na odborných učilištiach, alebo v praktických školách, ktoré majú jednoročnú, alebo dvojročnú prípravu.

Odborné učilište – poskytuje odbornú prípravu jedincom s ľahkým mentálnym postihnutím v učebných odboroch s upravenými učebnými osnovami. Príprava trvá jeden až tri roky, ukončuje sa vykonaním záverečnej skúšky, na základe ktorej žiak obdrží výuční list. Realizuje sa tu profesionálna príprava mentálne postihnutých žiakov v učebných odboroch ako hodinár, obuvník, keramická výroba, ľudovo-umelecká výroba. Príprava sa uskutočňuje formou teoretickej a praktickej prípravy. Teoretickú prípravu zabezpečujú učitelia, odborný výcvik sa realizuje majstrami odbornej výchovy (Vančová, 2005). Predpokladá sa, že po ukončení odborného učilišťa si nájdu svoje uplatnenie v **chránených dielnach**. Ide o pracovisko, kde dospelý s mentálnym postihnutím pracujú na na polovičný úväzok a pracovné činnosti sú upravené a organizované tak, aby zodpovedali možnostiam a schopnostiam postihnutého jedinca. Práca tu má charakter pracovnej terapie. Jej hlavnou úlohou nie je produkovanie činnosti, ale pomoc klientovi pri jeho zdravotných a psychických problémoch. Niektoré dielne majú vytvorené svoje výrobné programy, ktoré sú založené na tvorivej činnosti (napr. práca s keramickou hlinou, tkanie, výroba s dreva alebo vosku).

Ďalej sú to chránené pracoviská, ktoré poskytujú rôzne služby ako oprava obuvi, pomocná sila v pekárňach, cukrárňach. Veľký význam má sprostredkovanie sociálneho kontaktu, ku ktorému dochádza medzi klientom a ďalšími zúčastnenými osobami (Švarcová, 2006).

Ľudia s mentálnym postihnutím tak ako zdraví ľudia majú právo na celoživotné vzdelávanie. Celoživotné vzdelávanie je prioritou vzdelávania pre 21. storočie. Systém celoživotného vzdelávania pre mentálne postihnutých v ČR zatiaľ nebol vytvorený. V rámci aktivít rôznych spoločenských centier

a v spolupráci so špeciálnymi školami začínajú vznikať niektoré formy vzdelávania. Najznámejšie sú **večerné školy**, rôzne **kurzy k doplneniu vzdelania** a v príprave je aj nová forma ďalšieho vzdelávania s názvom **aktivačné centrá** (Vančová, 2005). Aktivačné centrá majú poskytovať ďalšie vzdelávanie jedincom s mentálnym postihnutím, ktorí absolvovali základné špeciálne vzdelanie a nenašli možnosť uplatnenia na trhu práce, ani v chránených dielnach, prípadne túto možnosť z rôznych príčin stratili. Cieľom ďalšieho vzdelávania v aktivačných centrách bude smerovať k prehĺbovaniu vedomostí a získavaniu praktických zručností a návykov v rôznych oboroch ľudskej činnosti, ku kultivácii osobnosti, rozvíjaniu komunikačných schopností ako predpokladu integrácie do spoločenského života (Švarcová, 2006).

3. VÝZNAM TERAPIÍ U MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Pod pojmom terapia si predstavujeme procedúru, postup napomáhajúci odstraňovať patologický stav, poruchu týkajúcu sa psychickej, alebo fyzickej stránky človeka. Ide tu o postup umožňujúci nadobúdať zdravie (Herchl, 2004). Terapia predstavuje aj činnosť, ktorá sa zameriava na obnovu a zlepšenie rovnováhy organizmu, na odstránenie narušenej rovnováhy medzi organizmom a prostredím. Cieľom terapeutických prístupov je odstrániť patologické vplyvy z vonkajšieho prostredia a prinavrátiť harmóniu vo vnútri organizmu. Pedagogická terapia vysvetľuje tento pojem ako sústavne plánované a systematické liečenie organizmu pedagogickými prostriedkami (Vančová, 2005). V pedagogike má pojem terapia nezastupiteľné miesto. Okrem pôvodného významu pojmu terapia – prejavenie úcty, opatrovanie, slúženie, má aj význam nápravy výchovných nedostatkov, podpory zdravého vývinu, ako aj pomoc pri sociálnej integrácii (Horňáková, 2003). Uskutočňovanie terapeutických postupov a výchovných úloh pri mentálne postihnutom dieťati si vyžaduje spoluprácu rôznych odborníkov, najmä psychológov, sociálnych pracovníkov, pedagógov (Lechta, Matuška, 1995). Umelecké terapie bývajú súčasťou terapeuticko-formálnych psychoterapeutických prístupov. Ide o cieľavedomé a zámerné upravovanie narušenej činnosti organizmu za využívania umeleckých aktivít, s využitím prostriedkov výtvarného, dramatického, literárneho a hudobného umenia (Valenta, Müller, 2003). Základnou a najúčinnějšíou terapiou u jedincov s mentálnym postihnutím podľa skúsenosti špeciálnych pedagógov je učenie (Švarcová, 2006). U jedincov s mentálnym postihnutím v rozsahu ich záujmov a zručností sa využíva ergoterapia, arteterapia, biblioterapia, muzikoterapia, terapia hrou, alebo psychomotorická terapia. Pre jedincov s emocionálnymi problémami, s poruchami správania, ale aj s obmedzenou mobilitou sa využíva hipoterapia. Aplikovanie jednotlivých terapií je vždy individuálne a zároveň jedinečné (Horňáková, 2003).

3.1 Ergoterapia

Jednou zo základných potrieb postihnutého jedinca je možnosť vykonávať nejakú činnosť, ktorá by ho zaujala. Pokiaľ sa jedinec z akýkoľvek príčin nemôže zapojiť do každodennej činnosti, vedie to k stagnácii jeho vývoja, a v nemalej miere aj k zhoršeniu kvality jeho života. Z dôvodu negatívnych dôsledkov nečinnosti sa práca používa ako prostriedok terapie. Prácou sa napomáha schopnostiam jedinca orientovať sa v úlohách, vo svojich možnostiach, vťahuje jedinca do interakcie s okolitým svetom, napomáha rozvoju jeho motorických a osobnostných predpokladov. Práca v podstatnej miere podporuje sebaorganizáciu odlišných úrovniach ľudského systému (Horňáková, 2003). Pracovná terapia je akákoľvek vhodne zvolená aktívna, alebo duševná činnosť u postihnutého jedinca. Takáto činnosť má liečebný význam, napomáha návratu stratených funkcií, zabraňuje zhoršeniu stavu, napomáha k zlepšeniu stavu postihnutého (Herchl, 2004). Ergoterapiou sa pôsobí na celkový rozvoj osobností, je cieľom a zároveň aj jedným z prostriedkov rehabilitácie mentálne postihnutého. Popri pracovných zručnostiach a návykoch sa rozvíjajú vlastnosti ako sú: vytrvalosť, disciplinovanosť, pevná vôľa, výchova k sebaobslužným činnostiam, správne návyky pri hygiene, schopnosť skupinovo spolupracovať, a v neposlednej miere sa naučia aj bezpečnosti pri práci (Majzlanová, 1997). Ergoterapia je efektívna vtedy, ak sa pri nej pôsobí na celkovú osobnosť mentálne postihnutého a celú centrálnu nervovú sústavu, cez oblasť motoriky, ktorá je dobre prístupná u jedincov s mentálnym postihnutím. Ergoterapia je dôležitým činiteľom pri rozvoji jemnej a hrubej motoriky, ktorá býva často krát u MP jedincov narušená. Len ergoterapia, ktorá sa vykonáva s radosťou a láskou má vplyv na celkové zlepšenie psychiky mentálne postihnutého klienta (Herchl, 2004). Práca podporuje sebaorganizáciu ľudského systému na odlišných úrovniach. Ľudia sa formujú tým, že pracujú (Horňáková, 2003).

3.2 Muzikoterapia

Liečivá sila tónov je známa už odpradávna. Už v stredoveku pôsobila hudba ako stimulujúce a ukludňujúce terapeutikum. Najprv sa hrala hudba, ktorá odpovedala nálade nemocného, čím sa vytvoril dôverný kontakt. Postupne sa začala hudba meniť, a to spôsobom, ktorý ovplyvnil správanie a emócie chorého žiaducim smerom (Zeileiová, 2007).

Halpern (2005) tvrdí, že už naši predkovia dokázali využívať liečivé účinky hudby. Akordy rytmu a tónov vytvárali harmóniu s ľudským organizmom, navodzovali duševnú rovnováhu človeka.

„Muzikoterapia je liečebno-výchovná metóda vysoko komunikatívneho charakteru s mimoriadnou šírkou indikačného zamerania. Prostredníctvom neverbálnych a verbálnych médií muzikoterapie je možné preventívne a kuratívne pôsobenie na ohrozených, postihnutých a narušených jedincov všetkých vekových kategórií bez ohľadu na pohlavie, sociálnu príslušnosť, vzdelanie a povolanie.“ (Mátejová, Mašura, 1992, s.16). Pod pojmom pedagogická terapia rozumieme súhrnné označenie terapie, zameriavajúcej sa na jednotlivé procesy učenia, komunikáciu a v nemalej miere aj na sociálnu integráciu. U mentálne postihnutých jedincov sa muzikoterapiou zlepšuje vnímanie, koncentrácia, pamäť, podporuje sa pohyb, reč (Zeileiová, 2007).

Muzikoterapia je *„liečebno-výchovná metóda, ktorej cieľom je pomáhať objektívne zlepšiť alebo upraviť celkový stav psychicky, somaticky a sociálne narušených osobností v procese aktívnej hudobnej produkcie.“* (Herchl, 2004, s.22) Muzikoterapia pracuje s rôznymi nástrojmi a prostriedkami ako sú hudba, rytmus, zvuky, spev, tóny, melódia. Podľa používania prostriedkov rozoznávame **receptívnu muzikoterapiu**, ktorej pozornosť sa zameriava na počúvanie hudby, zvukov, ale aj ticha a na **aktívnu muzikoterapiu** pri ktorej je dôležitý tanec, pohyb, dramatizácia, ale aj výtvarný prejav (Zeileiová, 2007). Základnou zložkou v aktívnej muzikoterapii je improvizácia, ktorá umožňuje úžasné zapojenie, vďaka ktorému MP jedinec môže doopravdy vypovedať svoje pocity z hudby.

3.3 Arteterapia

Tak ako sú rôzne formy mentálneho postihnutia– od ľahších foriem až po stredná a ťažké formy-pásma, tak rozmanité a rozličné je aj využitie arteterapie. Pre mentálne postihnutého jedinca arteterapia predstavuje silný citový zážitok, ktorý je sprostredkovaný rôznymi výtvarnými aktivitami, spôsob učenia o svete a jeho súvislostiach (Šicková-Fabricsi, 2008). Cieľom arteterapie sú rôznorodé. Prvoradou snahou terapie je v mentálne postihnutom jedincovi oživiť jeho prirodzené schopnosti, aby dokázal byť kreatívny, spontánny, dokázal sa dorozumieť a ponímať život v jeho súvislostiach (Herchl, 2004). Jednou z úloh arteterapie je aj návrat jedinca do stavu harmónie so sebou samým, ale aj s okolitým svetom. Hlavným cieľom arteterapie je upraviť sebahodnotenie postihnutého jedinca, zvýšiť jeho sebavedomie, integrovať ho do spoločnosti a v nemalej miere mu priniesť pocit zmysluplného naplnenia života (Šicková-Fabricsi, 2008). Arteterapia je aj vhodnou metódou pri liečení mentálne postihnutých jedincov. Pomáha im pri odreagovaní a vyjadrení samého seba prostredníctvom symbolov, neverbálnej reči, ktorej sa snažia porozumieť. Ide tu o prehĺbenie procesu uzdravenia v spojení emócií pre pravdivosť a krásu. U mentálne postihnutých tu nezáleží na tom, či jedinec prešiel nejakou prípravou, ale ide tu hlavne o spontánny výtvarný prejav, ktorý predstavuje skupinu rozmanitých aktivít, ktorých cieľom je získať hodnovernú výpoveď, v ktorej sa odráža jeho aktuálny psychický stav. V arteterapeutických postupov sa využívajú materiály ako sú drevo, plasty, papier, kov, sklo, kameň (Jankovský, 2006). Hlina je vhodný materiál z pohľadu výtvarnej terapie. Je schopná na seba vziať, zničiť aj také negatívne pocity ako sú zlosť, hnev, agresia, smútok, deperesia. Jedinci zlostní až agresívny dokážu pri práci s hlinou vydržať nekonečný čas, mení sa ich správanie, dokonca komunikujú tichšie, aj keď pred tým boli hlučný (Herchl, 2004). Výtvarná tvorba umožňuje vyjadriť sa inou, než verbálnou cestou, dáva možnosť prijatia informácií o sebe, o sveta iných ľudí a zároveň aj objavovať svoje možnosti (Horňáková, 2003). Výtvarné činnosti využívané pri terapeutických sedeniach zjednocujú a podporujú komunikáciu, otvárajú cestu

k odreagovaniu a sú dobrým prostriedkom duchovnej očisty (Liebmann, 2010). Arteterapia je dôležitá aj pre diagnostiku. „*Samostatná línia, jej vedenie, hrúbka, logika v kresbe napovedá nielen o motorických schopnostiach, ale aj aktuálnom emocionálnom stave, o motivácii, o sebaobraze. Komplexná kresba na voľnú tému povie toho ešte viac. Nie je však možné vyvodzovať závery z izolovaných znakov alebo z jedinej kresby, ale vždy sa interpretuje celá práca v jej súvislostiach.*“ (Hornáková, 2003, s. 61) Mentálne postihnutí sú často nazývaný „večnými deťmi“ pretože nechápu udalosti vo svete „rozumom“, ale „srdcom“, emóciami (Šicková-Fabrics, 2008).

3.4 Terapia hrou

Hra je dôležitou a prirodzenou činnosťou dieťaťa, je jedným zo spôsobov, akým dieťa vstupuje do interakcie s okolitým svetom. Má významnú úlohu pri vývoji poznávacích funkcií, ale je dôležitá aj pre rozvoj tvorivosti a spontánnosti. Prispieva k vyjadrovaniu a vývoju citov, ale ak k utváraniu vzťahu k sebe aj druhým ľuďom. Pre rozvoj sociálnych vzťahov sa využívajú hry s pravidlami (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). Průcha (2009) pokladá hru za dôležitý prvok v diagnostike, ktorý sa využíva pre všetky vekové kategórie. Hrou sa pozoruje výber hry, fantázia, komunikácie, rozvoj motoriky, sociálne vzťahy, ktoré pri hre vznikajú. „*Hra tak nesústavne a nesystematicky rozvíja určité orientačné a konatívne schopnosti, zbavuje úzkosti z neznáma a svojím spôsobom posilňuje dôstojnosť a istotu subjektu, bezpečne sa spolupodieľa tak na formovaní postojov a ďalších postupne stále flexibilnejších charakteristík osobností.*“ V pedagogike sa hra využíva pri diagnostike a pri náprave edukačných nedostatkov, ktorá často bývajú spojené s poruchami vývinu, s chorobami, alebo s nepriaznivými situáciami v živote. Ide tu hlavne o vytvorenie pozitívneho priestoru pre hru, komunikáciu, vzťahy a sociálne učenie (Hornáková, 2003). Podľa môjho názoru hra má prvoradý význam, je dôležitá výchovná a liečebná metóda. Prvoradý význam spočíva v tom, že jedinci s mentálnym postihnutím sa radi hrajú. Terapeut im nemusí

prikazovať, aby sa hrali, práve naopak samostatný jedinci sú iniciátormi hry. Potom už je len na terapeutovi, ako pozmení štruktúru a obsah hry, aby splnila požadovaný liečebný cieľ. Hra by mala mať potrebné vybavenie, ktoré je dôležité pri spontánnej hre. Zhromaždené a ako by v tichosti ponúkané prostriedky, umožňujúce sebavyjadrenie dieťaťa a exploráciu skutočnosti a sociálnych vzťahov. Nielen hračky, ale aj rozličné materiály s ktorými sa dá pracovať sú dôležitou súčasťou hry (Langmeier, Balcar, Spitz, 2000).

3.5 Dramatoterapia

Dramatoterapia je terapia, ktorá vychádza z obsahu dramatického umenia využívajúca prostriedky, ako sú improvizácia, interpretácia, simulácia, hranie rolí. Všetky tieto prostriedky človeka obohacujú a slúžia k dosiahnutiu cieľov pedagogického a psychologického charakteru. Cieľovú skupinu zväčša tvoria jedinci s mentálnym postihnutím, jedinci s poruchami učenia a správania a ťažko prispôsobiví sa jedinci. Dramatoterapia sa usiluje zmeniť ich správanie, kontrolovať nežiaduce emócie a rozvíjať fantáziu a predstavivosť (Valenta, 2001). K formám dramatického prejavu patrí psychodráma, sociodráma, bábkové a maňuškové divadlo, improvizovaná dramatizácia. Všetky vymenované formy dramatického prejavu u mentálne postihnutých pôsobia pozitívne na odbúravanie napätia, na zlepšenie komunikačných schopností, rozvoj poznávacích funkcií a fantázie, na získavanie skúseností so sociálneho prostredia (Herchl, 2004). Hlavnou technikou dramatoterapie je improvizácia, pri ktorej jedinec má neohraničenú slobodu prejavu. Improvizáciu delíme na plánovanú, neplánovanú a nepripravenú. Pri plánovanej improvizácii sa vyberá miesto, v neplánovanej improvizácii sa jedinec sám rozhoduje, či danú voľbu príme, či odmietne. Pri neplánovanej improvizácii jedinec netuší akú rolu bude hrať (Valenta, Müller, 2007). V improvizácii sa jedinci učia porozumieť reakciám druhých, získavať nadhľad pri riešení konfliktov a problémov. Prostredníctvom divadelných činností dochádza u jedincov k naplneniu potrieb, ktoré sú v živote človeka dôležité (Herchl, 2004).

Výber vhodných prostriedkov v terapií drámou sa odvíja od druhu a stupňa mentálneho postihnutia, od individuálnych osobitostí postihnutého. Využívajú sa také postupy, ktoré sa podieľajú na rozvoji jeho sociálnych skúsenosti, upravujú správanie, rozvíjajú fantáziu a tvorivosť (Majzlanová, 2001). Dramatoterapia je metóda napomáhajúca upravovať psychické poruchy, sociálne vzťahy, dôsledky mentálneho a telesného postihnutia. Podporuje duševnú aj fyzickú integráciu, podieľa sa na rozvoji verbálnej a neverbálnej komunikácie a podporuje osobnostný rast postihnutého jedinca (Valenta, 2001). V terapii drámou mentálne postihnutý jedinca získavajú veľa skúsenosti priamym prežívaním názorných situácií. Témy dramatických hier a cvičení by mali byť pestré a bohaté. Majzlanová (2001) zaraďuje k hlavným cieľom dramatoterapie aj rozvoj empatie, fantázie, kreativity, integrácia osobnosti, rozvíjanie sebadôvery a vytváranie pocitu zodpovednosti.

3.6 Canisterapia

Canisterapia je novou formou terapie, pri ktorej sa využíva pozitívne pôsobenie psa, pre duševnú a sociálnu pohodu človeka. Patrí medzi typy alternatívnej terapie. Využíva pozitívny vplyv psa na jedinca, ktorý má značný vplyv v rehabilitácii, výchove a prevýchove jedinca. Pes býva prvotriedny spojenec medzi jedincom, okolím a terapeutom. Canisterapia sa využíva predovšetkým u zdravotne a mentálne postihnutých jedincov (Vrbová, 2005). Mentálne postihnutého jedinca pes udržiava v aktivite a zaujatí. Stykom a hladením uspokojuje hlavne potrebu nežnosti, ktorá je u mentálne postihnutých jedincov zvýšená. Zväčšuje samostatnosť, zodpovednosť, je prvoradým výchovným prostriedkom ako sa správať ku zvieratám. Posilňuje jedinca v rozvoji jemnej motoriky, podnecuje v rozvoji motorických schopností. Podporuje spontánny prejav, zvyšuje neverbálne komunikačné schopnosti. Pes, ktorý sa podieľa na terapii, musí byť spôsobilý, byť kľudný, mať priateľskú a hlavne pokojnú povahu. Vyberajú sa prevažne fenky, ktoré sú význačné svojou „materskou“ povahou. Najčastejšie využívanými psami na canisterapiu sú labradory, ktorí disponujú týmito vlastnosťami (Vrbová, 2005). Podľa počtu účastníkov sa canisterapia člení na individuálnu a skupinovú.

Individuálna canisterapia má priebeh za účasti jedného jedinca. Kontakt tu je neporovnateľne silnejší, prispôsobuje sa individuálnym potrebám jedinca, znižujú sa rušivé prvky, ktoré pôsobia počas terapie. Skupinová terapia uspokojuje potreby viacerých klientov. Dochádza tu k interakcii pes, terapeut a jedinec. Pri tejto skupinovej terapii sa do činnosti zapájajú všetci členovia skupiny (Tichá, 2007).

Canisterapia sa člení podľa cieľov využitia:

1. Živelná canisterapia - držanie psa v klasickom domácom prostredí. Osamelí ľudia sa necítia so psom sami, v starostlivosti o psa nachádzajú určitú zodpovednosť, ľahšie nadväzujú a udržiavajú si priateľstvá. Pri problémových jedincoch sa pes stáva najlepším priateľom, hlavne pri hrách, jedinec sa učí ohľaduplnosti, zlepšuje sa u neho postoj k okolitému svetu, hyperaktívne dieťa sa upokojí a uvoľní.

2. Riadená canisterapia – úlohou terapeuta je zaobstaranie psa, alebo využíva vlastne vycvičeného psa. Riadená canisterapia sa delí na:

a) Animal-Assisted Therapy (AAT) má ešte pred začatím terapie vytýčené ciele, kontakt medzi psom a jedincom je vopred naplánovaný a je tu zámerné pôsobenie. Pes je hlavným prostriedkom terapie.

b) Animal-Assisted Activity (AAA), pri tejto terapii nie sú určené a vopred stanovené ciele, činnosť so psom prebieha spontánne. Pes tu je motivačným, odpočinkovým a terapeutickým prostriedkom, prostredníctvom ktorého sa zvyšuje kvalita života jedinca. U interaktívnej formy je dôležitá prítomnosť psa v zariadení, alebo pes v pravidelne navštevuje toto zariadenie (Vrbová, 2005).

V praxi canisterapie sa zväčša využívajú metódy polohovania a hlavne relaxácie. Pri metóde polohovania sa využíva teplota psa, ktorá je približne rovnaká ako teplota ľudského tela. U zdravotne postihnutých jedincoch má canisterapia vplyv na zlepšenie psychickej aj fyzickej stránky postihnutého jedinca. Pes sa pri relaxácii využíva ako motivačný prostriedok, hlavne u takých jedincoch, ktorí všednú relaxáciu odmietajú (Tichá, 2007).

3.7 Snoezelen

Vo vyspelejších krajinách sa hľadajú nové, netradičné formy práce s ľuďmi s ťažkým a hlbokým postihnutím. Pričom sa vychádza z možnosti mentálne postihnutých jedincov pri rešpektovaní ich záujmov. Jednou z týchto foriem je aj snoezelen. Snoezelen hľadá spôsoby ako jedincom s ťažkým mentálnym postihnutím umožniť možnosť primeranej aktivity (Švarcová, 2006). *„Ide pomerne o novú netradičnú formu práce s ľuďmi s postihnutím, ktorá vychádza z ich možností a schopností a snaží sa rešpektovať ich záujmy. Celá koncepcia snoezelen je založená na celostnom prístupe, naplňuje potreby prijatia a porozumenia klienta v atmosféra dôvery a uvoľnenosti. V Snoezelen sa spájajú terapeutické prvky s prvkami špeciálno- a liečebno-pedagogickými, s možnosťou ich prispôsobenia špecifickému postihnutiu.“* (Ponechalová, 2009, s. 6) Terapia vychádza z toho, že jedinci s ťažkou mentálnou retardáciou sú odkázaný na primárne zmyslové vnemy, tie však v bežnom živote nemôžu byť správne prežité a spracované (Švarcová, 2006). Hlavným cieľom snoezelen je zlepšenie kvality života, rozvoj celej osobnosti jedinca s mentálnym postihnutím. Jedinci aktívne a pasívne prežívajú nové podnety, čo vedie k rozšíreniu rozhľadu ich poznania, k sebauvedomovaniu, k zlepšeniu neverbálnej komunikácie a sociálnej interakcie (Ponechalová, 2009). Takmer každý jedinec s mentálnym postihnutím žije v štádiu vnímania a cítenia viazanom výlučne na telo. Svet pre nich tvoria veci, ktoré sa dajú prežiť konkrétne, telesne a ktorým možno prikladať význam podľa toho ako s nimi pohybuje, počujeme, vidíme. Význam vnímania a dotykov vedia priblížiť do kategórie príjemné a nepríjemné (Švarcová, 2006). *„Snoezelen terapia je zameraná na poskytnutie nádherných, neobvyklých zmyslových zážitkov poskytovaných širokou škálou nízko i vysoko technologických produktov a zariadení, ktoré u klientov vyvolávajú zmyslové odpovede a reakcie. Cieľom môže byť samotná terapia alebo podpora kompetencií klienta.“* (Ponechalová, 2009, s.7).

Snoezelen *„je to spravidla miestnosť, kde sa ľudia po zatmení okien môžu preniesť do sveta zvukov, farieb, svetiel a fantázie. Psychorelaxačná izba má byť miestnosťou izolovanou od rušivého vplyvu okolitého prostredia.“*

(Švarcová, 2006, s.130) Medzi štandardné vybavenie snoezelen miestnosti patria bublinkové valce zo zrkadlovým pozadím, farebné bodové svetlá (červené, zelené, modré, žlté), zrkadlová guľa, projektor s vymeniteľnými kotúčmi, CD prehrávač, vodná posteľ, UV lampa, optické vlákna (Ponechalová, 2009).

Psychorelaxačná miestnosť poskytuje ťažko postihnutým ďalšie možnosti a smery, ako vnímať svet okolo seba a ako ho poprípade ovplyvniť. Jednou zo zásad snoezelenu je nadviazať a zachovať si medziľudský kontakt s mentálne postihnutým jedincom. Ten nemožno vykompenzovať ani najdokonalejším technickým vybavením (Švarcová, 2006).

Snoezelen má základ vo vytváraní príjemných zmyslových zážitkov. Zmyslové zážitky podnietujú primárne zmysly bez potreby aktivity mozgovej kôry. Podstatnou časťou terapie je poskytnúť jedincovi čas, priestor a príležitosť užiť si svojím spôsobom a vlastným tempom multisenzoriálne prostredie v ktorom sa nachádza. *„Viac ako iné terapeutické smery si vyžaduje upravené prostredie a špecifické vybavenie. Snoezelen sa vykonáva v špeciálne zariadenej miestnosti, v pokojnej, uvoľnenej a príjemnej atmosfére, kde sú zmysly stimulované hudbou, svetelnými efektmi, ľahkými vibráciami, príjemnými vôňami, možnosťou polohovania bazálnej stimulácie.“* (Ponechalová, 2009, s. 6).

3.8 Kinezioterapia

Táto somatoterapeutická aktivita, inými slovami aj psychomotorická terapia zámerne pracuje s pohybovými programami, pri ktorých sa využívajú prvky telesného cvičenia, pohybu a športových hier. Cieľom kinezioterapie je zmiernenie alebo odstránenie psychických ale aj psychosomatických porúch a jeho príčin. Psychomotorická terapia sa snaží pohybom nadviazať prístup k postihnutému jedincovi a prostredníctvom osobných prežitkov ovplyvňovať jeho psychiku za účelom uvedomovania si vlastného psychosomatického „ja“ a jeho ďalších možností. Zdôrazňujú sa tu neverbálne prvky a postupne sa

pridávajú prvky verbálnej komunikácie (Hátlová, 2003). Kinezioterapia je aj jednou z metód liečebnej pedagogiky podieľajúcej sa na liečebno-výchovnom pôsobení, ktorí sa zameriava na postihnuté a narušené detí (Herchl, 2004). Zmyslom psychomotorickej terapie je seba zdokonaľovanie postihnutého, pomôcť mu objaviť spôsoby a prístupy na odstránenie alebo zmiernenie jeho problémov a nechať mu priestor aby tieto cesty sám objavil. Úlohou psychomotorickej terapie je zaistiť cielený, zrozumiteľný pohybový program odpovedajúci aktuálnemu psychosomatickému stavu mentálne postihnutého s cieľom rozvíjať jeho psychické schopností a možností v žiaducom smere (Hátlová, 2003).

Táto terapia vychádza zo faktu, že pohyb je základným prejavom všetkých živých organizmov, radí sa medzi počiatočné potreby človeka. Pohybom sa dorozumievame s okolitým svetom. Je to spôsob chôdze, stav jemnej a hrubej motoriky, celkové držanie tela, ale aj mimika. Kinezioterapia sa využíva aj ako liečebná metóda, ktorá vplyvom pôsobenia na motoriku prejavu ozdravujúco pôsobí na duševnú činnosť postihnutého jedinca. Základnou súčasťou tejto terapie sú psychomotorické cvičenia, pohybové hry, pantomíma, tanec, psychogymnastika a rôzne relaxačné techniky (Herchl, 2004).

V oblasti motoriky je dôležité včleniť všetky navzájom prelínajúce sa zložky psychomotoriky a to jemnú motoriku, hrubú motoriku a senzomotoriku, ktorá predstavuje reakcie motoriky na senzorické podnety.

V oblasti senzoriky je podstatné sa zamerať na podnecovanie senzorických podnetov, ale v pestrých úlohách a situáciách. V senzorickej oblasti navodiť také činnosti a úlohy mentálne postihnutého tak, aby privádzali k podnecovaniu a rozvíjaniu podnetov a k vypracovaniu pozitívnych reakcií na podnety a k posilňovaniu spätnou väzbou. Ide tu o orientáciu úloh na hmatové, čuchové, chuťové, zrakové a sluchové vnímanie.

Oblasť sebaobsluhy je dôležitá z aspektu rozvoja jemnej a hrubej motoriky, ale aj z aspektu kognitívnych procesov, neverbálnej a verbálnej komunikácie

a sociálneho učenia. Táto oblasť zahŕňa stravovacie zručnosti, obliekanie, vyzliekanie, hygienické návyky.

Oblasť komunikácie je výnimočne významná, nakoľko terapeutická činnosť sa realizuje prostredníctvom komunikácie.

Oblasť orientácie v okolitom prostredí sa rozvíja v závislosti od schopností a zručností z predošlých oblastí. Ide tu o zameranosť na vlastné telo, osobnosť postihnutého a o sociálne prostredie (Vančová, 2005).

4. VÝZNAM TERAPIÍ V PRAXI

Spôsob nazerania na mentálne postihnutých je veľmi dôležitý preto, aby sme dokázali stanoviť aké terapie sú vyhovujúce pre rozvoj ich osobnosti. Terapie sú dôležité vo výchovno-vzdelávacom procese, pozitívne ovplyvňujú všetky zložky osobnosti mentálne postihnutého jedinca.

4.1 Cieľ výskumu

Cieľom výskumu v praktickej časti diplomovej práce je využitie a aplikovanie terapií u jedincov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia a význam jednotlivých terapií u jedincov s MP. Predmetom výskumu je analýza názorov, postojov, vedomostí a skúseností odborných pracovníkov v oblasti výchovy, vzdelávania a starostlivosti o osoby s mentálnym postihnutím. Dotazníky sme rozdali do zariadení, kde žijú jedinci so strednou až ťažkou mentálnou retardáciou.

4.2 Úlohy výskumu

1. Zistiť najčastejšie využívanú terapiu v zariadeniach sociálnej starostlivosti.
2. Zistiť prípadné reakcie klientov pri uskutočňovaných terapiách.
3. Zistiť potrebu vykonávania terapeutických činností aj u imobilných klientov.
4. Zistiť, či odborní pracovníci majú dostatok informácií o danej problematike, vzdelávajú sa sami aj po ukončení štúdia

4.3 Pracovné hypotézy

Hypotéza č. 1

Najčastejšie využívanou terapiou v zariadeniach sociálnej starostlivosti je muzikoterapia pre jej široké možnosti využitia.

Hypotéza č. 2

Viac ako 50% klientov reaguje na prevádzanie terapií pozitívne.

Hypotéza č. 3

Nadpolovičná väčšina výchovných pracovníkov považuje za potrebné vykonávať terapeutické činnosti aj u ťažko postihnutých a imobilných detí.

Hypotéza č. 4

Nadpolovičná väčšina výchovných pracovníkov schvaľuje nové prístupy a netradičné formy práce s mentálne postihnutými klientmi.

4.4 Metóda výskumu

1. etapa – prípravná

- výber problému, určenie cieľa, úloh a hypotéz,
- teoreticko empirická analýza problému.

2. etapa – realizačná

- zisťovanie a zber údajov,
- spracovanie údajov

Na zistenie údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Dotazník bol zameraný na názory výchovných pracovníkov, na ich skúsenosti s terapeutickou činnosťou, na ich postoj k nedostatkom a návrhom na možnosti zlepšenia. Ďalej sme sa zamerali na ich postoj k novým formám práce s mentálne postihnutými klientmi. Dotazník pozostával z 15 otázok. Na dané problémy výskumu sa viazalo 12 otázok a 3 otázky sa týkali všeobecnej identifikácie respondentov.

Dotazník obsahoval:

- 5 otázok uzavretých, štrukturovaných
- 8 otázok otvorených
- 2 polootvorené otázky

Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné. Na spracovanie sme použili ručnú čiarkovú metódu. Vyplňovania dotazníka sa zúčastnili výchovný zamestnanci jednotlivých zariadení. Výsledky sme kvantitatívne vyhodnotili v absolútnych číslach a percentách a znázornili v grafoch.

3. etapa – spracovanie faktov

Pri spracovaní výsledkov výskumu boli využívané nasledovné matematicko – štatistické a logické metódy: grafické znázornenia, percentá, syntéza, analýza, zovšeobecnenia.

4. etapa – zovšeobecnenia výsledkov výskumu

V záverečnej etape sme získané fakty zovšeobecnil, uviedli do diskusie, vyvodili závery a odporúčania pre prax.

4.5 Popis výskumnej vzorky, lokalita výskumu, organizačné zabezpečenie.

Výskum bol realizovaný od 1. októbra 2012 do 15. decembra 2012 na pracoviskách – Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých Žilina – Vlčince, Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých Slniečko v Oščadnici, Domov sociálnych služieb pre deti a dospelých – Kysucké Nové Mesto, Domov sociálnych služieb Čadca, Horelica. Rozdali sme 80 dotazníkov. Všetci respondenti boli oboznámení s cieľom dotazníka a boli im poskytnuté všetky informácie pre vyplnenie. Z rozdanych dotazníkov sa nám vrátilo 68 dotazníkov, čo je 85 percent.

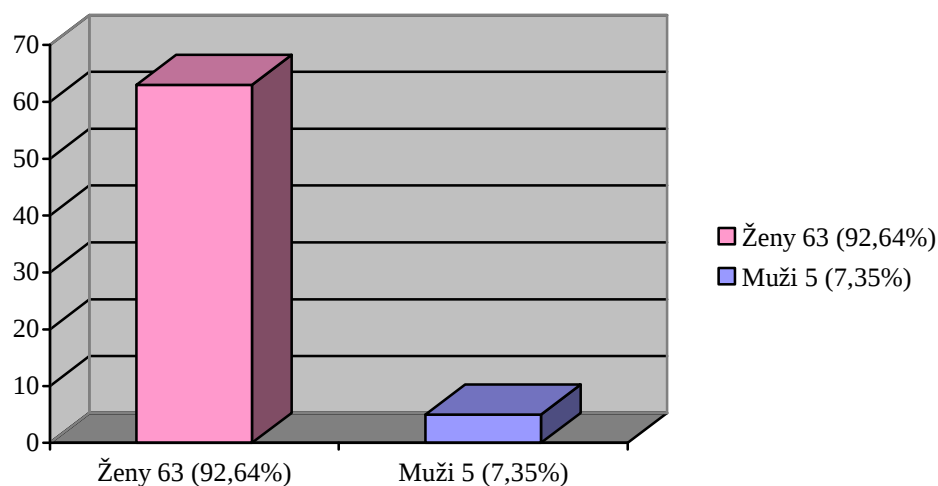
Výskumná vzorka

Výber respondentov bol zámerný. Výskumnú vzorku tvorili inštruktori sociálnej rehabilitácie, ergoterapeuti a pracovní terapeuti, ktorí sú zamestnaní v domovoch sociálnych služieb.

5. INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV VÝSKUMU

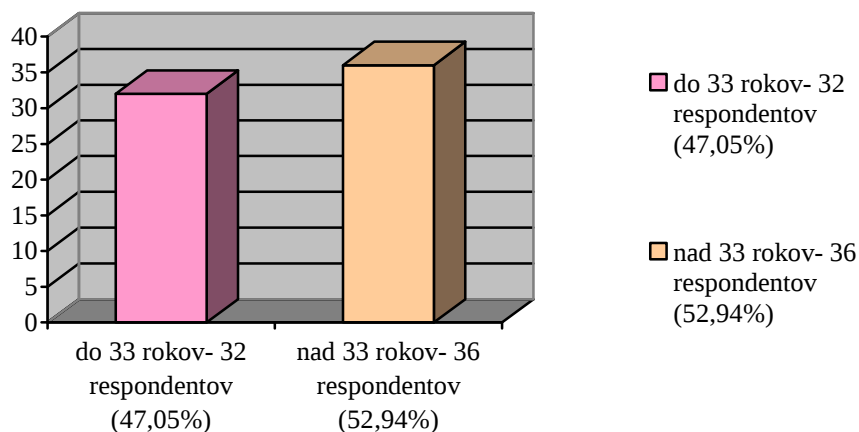
5.1 Štruktúra respondentov

Graf 1– Zastúpenie respondentov podľa pohlavia



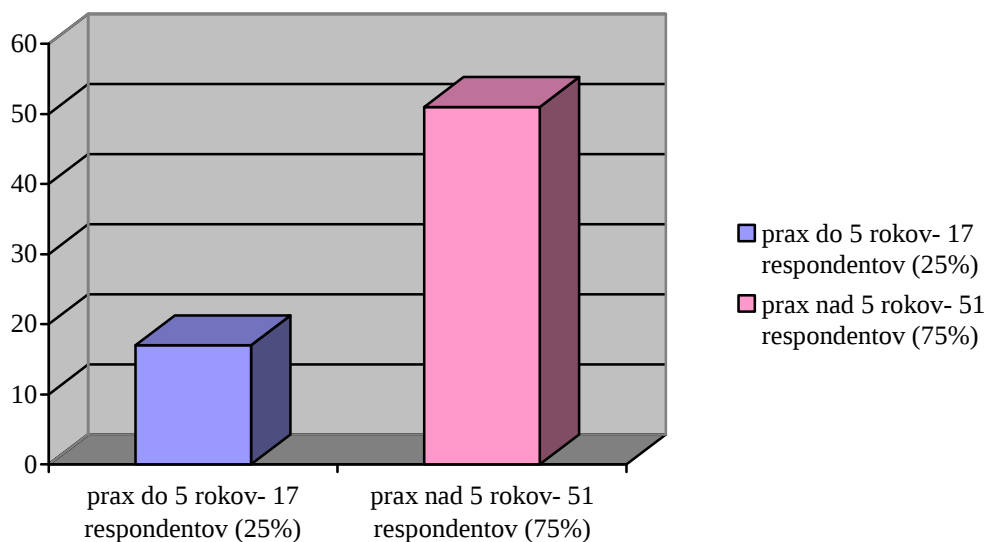
Z hľadiska pohlavia väčšinovú časť našich respondentov tvoria ženy, až 92,64 % celej výskumnej vzorky, čo je 63 vychovávateľiek. Druhou skupinou je skupina mužov, predstavujúca 7,35 % z celkového počtu, čo je 5 vychovávateľov.

Graf 2– Zastúpenie respondentov podľa veku (do 33 rokov – nad 33 rokov)



Z výskumu vyplynulo, že väčšiu skupinu predstavovali respondenti vo veku nad 33 rokov. Väčšiu skupinu tvorilo 52,94%, čo bolo 36 vychovávateľov. Menšiu skupinu tvorilo 32 vychovávateľov, čo je 47,05%.

Graf 3– Zastúpenie respondentov podľa dĺžky praxe (do 5 rokov – nad 5 rokov)

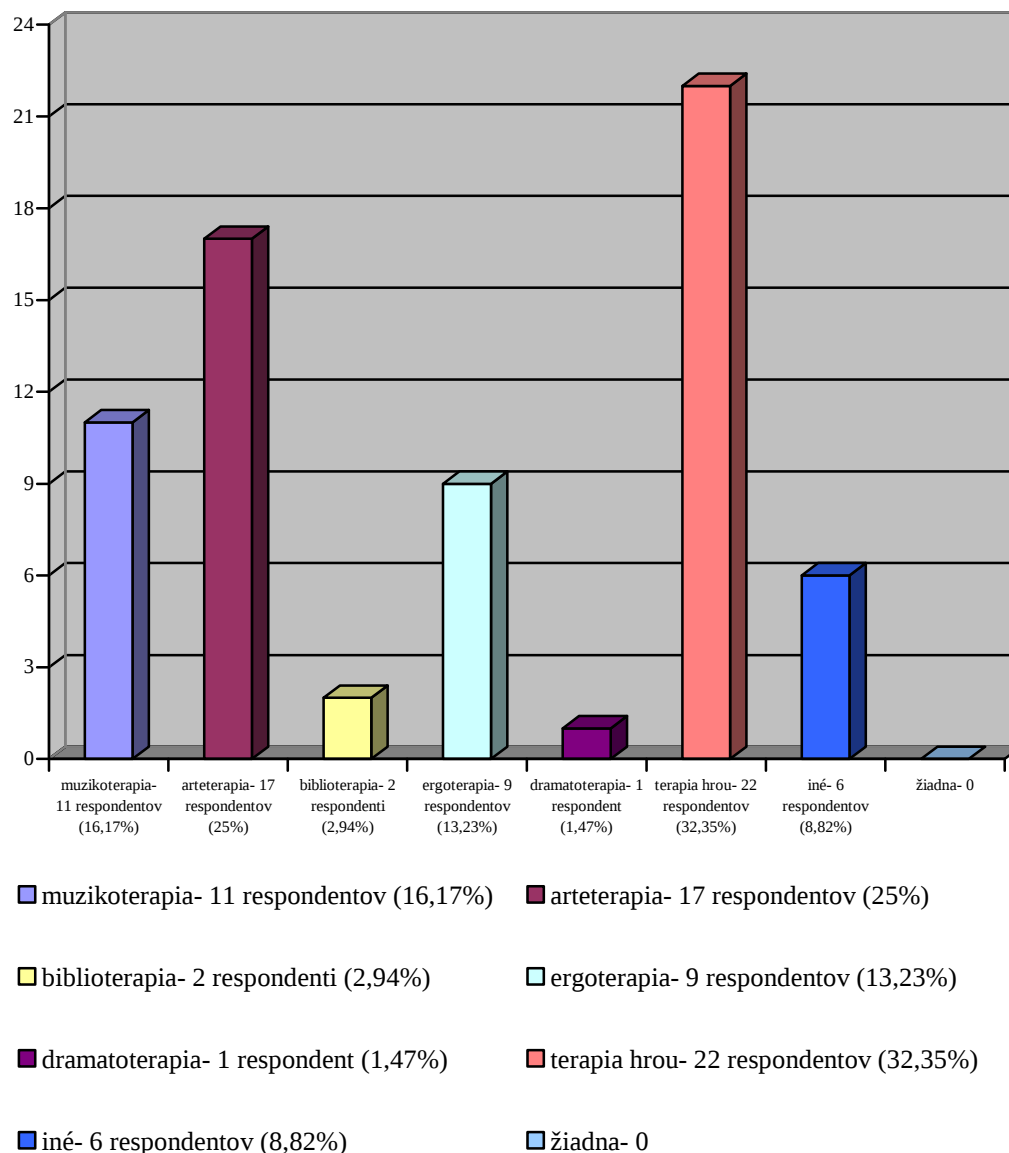


Z výskumu vyplynulo, že viac zastúpená skupina respondentov bola skupina s počtom nad 5 rokov praxe, kde počet predstavoval 75 % vychovávateľov, čiže 51 respondentov.

Druhou skupinou bola skupina respondentov s dĺžkou praxe do 5 rokov, kde počet respondentov predstavoval 17 vychovávateľov, čo je 25 %. V našej výskumnej vzorke boli viac zastúpení vychovávatelia s praxou nad 5 rokov.

5.2 Vplyv a význam poskytovaných terapií mentálne postihnutým deťom v zariadeniach sociálnej starostlivosti

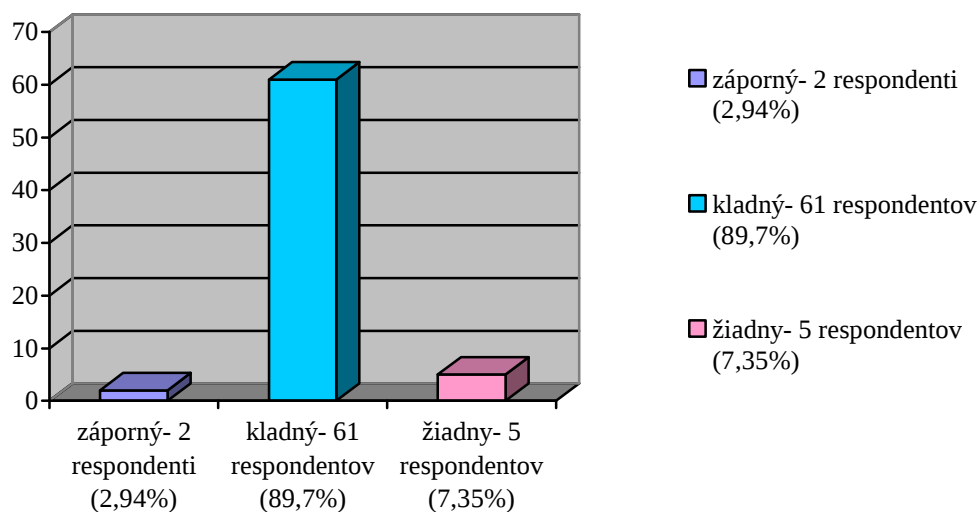
Graf 4– Využívanie terapie v zariadeniach sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých



Z výskumu vyplynulo, že v zariadeniach kde pracujú naši respondenti sa najviac využíva pri práci s klientmi terapia hrou. Túto terapiu uviedlo ako najčastejšie využívanú 22 respondentov, čo je 32,35 %. Arteterapiu uviedlo 17 respondentov, čo je 25 % zo skúmanej vzorky. Muzikoterapiu uviedlo 11 respondentov, čo je 16,17 %. Ďalej ergoterapiu uviedlo 9 respondentov, čo predstavuje 13,23 %. Biblioterapiu uviedli 2 respondenti, čo predstavuje 2,94 %

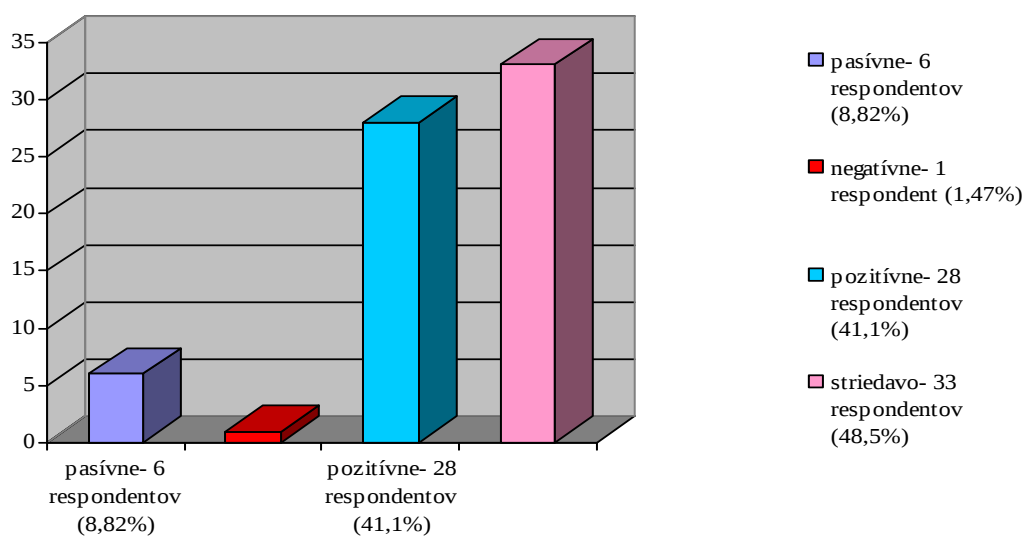
z našej vzorky a dramatoterapiu uviedol 1 respondent, čo predstavuje 1,47 % zo vzorky, iné uviedlo 6 respondentov, čo je 8,82 %, žiadnu neuvádza 0 respondentov, čo je 0%.

Graf 5– Prínos terapií



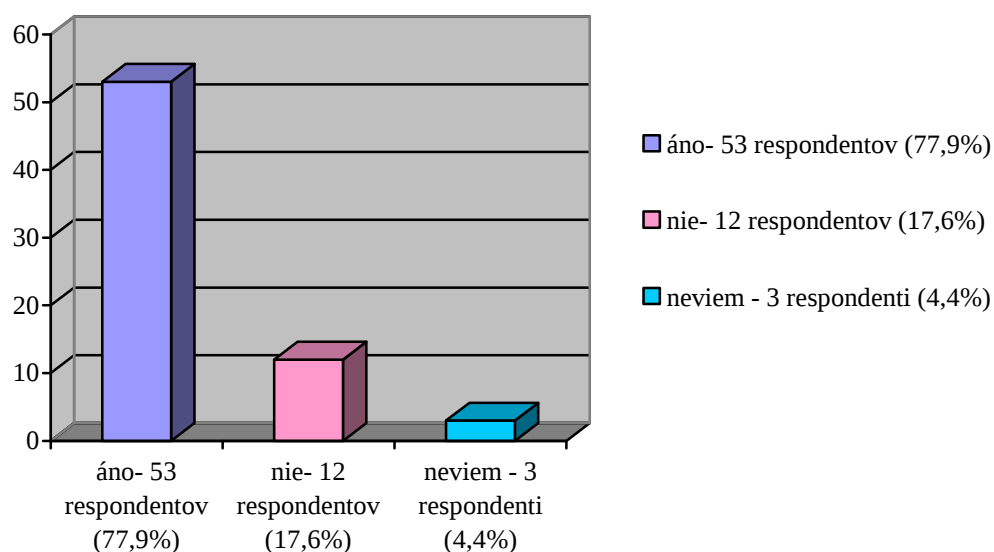
Väčšina respondentov 61, čiže 89,7 % videla kladný prínos v prevádzaní terapií v zariadení. Zo skúmanej vzorky 5 respondenti nevidia žiadny pozitívny efekt, čo je 7,35 % z našej výskumnej vzorky a 2 respondenti uvádzajú záporný prínos čo je 2,94 % z našej vzorky.

Graf 6– Reakcie klientov na terapeutickú činnosť



Pozitívne reakcie uvádzalo 28 respondentov, čo predstavuje 41,1 % zo skúmanej vzorky. Ďalej 33 respondentov uviedlo, že reakcie detí sú striedavé, čo je 48,5 % zo skúmanej vzorky. Podľa 6 respondentov reagujú klienti na prevádzkanie terapií pasívne, čo predstavuje 8,82 % zo skúmanej vzorky. Odmietavo, negatívne reagujú deti na terapeutickú činnosť podľa 1 respondenta, čo predstavuje 1,47 % zo skúmanej vzorky.

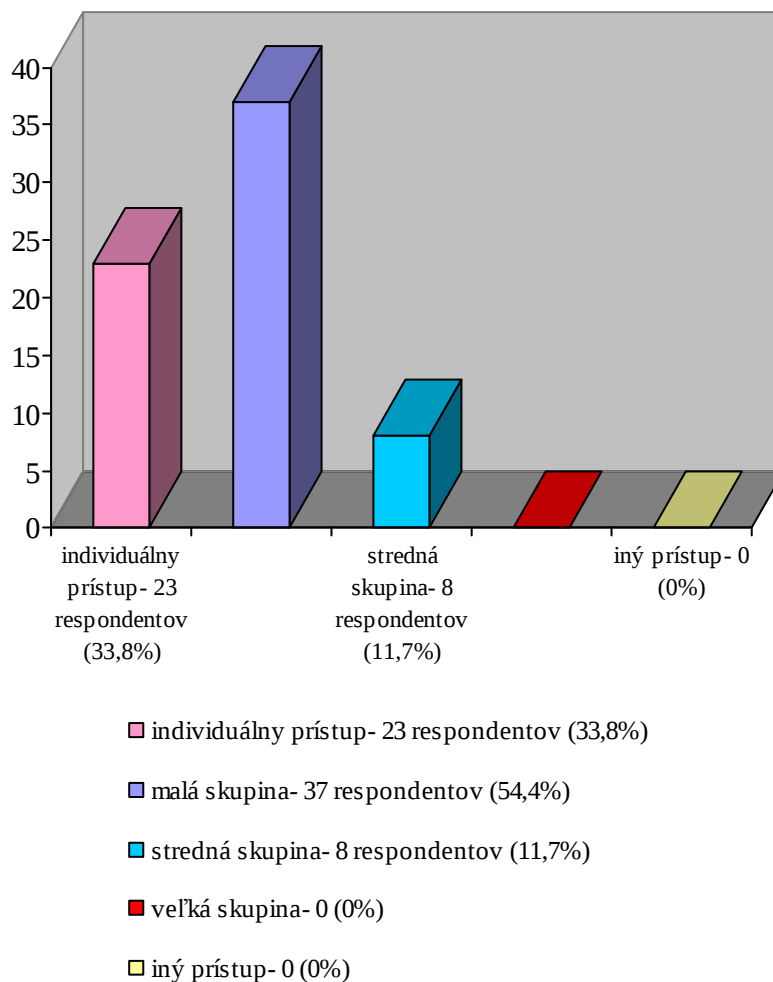
Graf 7- Medzery a nedostatky pri práci s terapiou



Táto otázka bola poloopená a vychovávatelia sa mohli vyjadriť a popísať, v čom vidia nedostatky a chyby, prípadne aj uviesť svoje nápady na riešenie problémov.

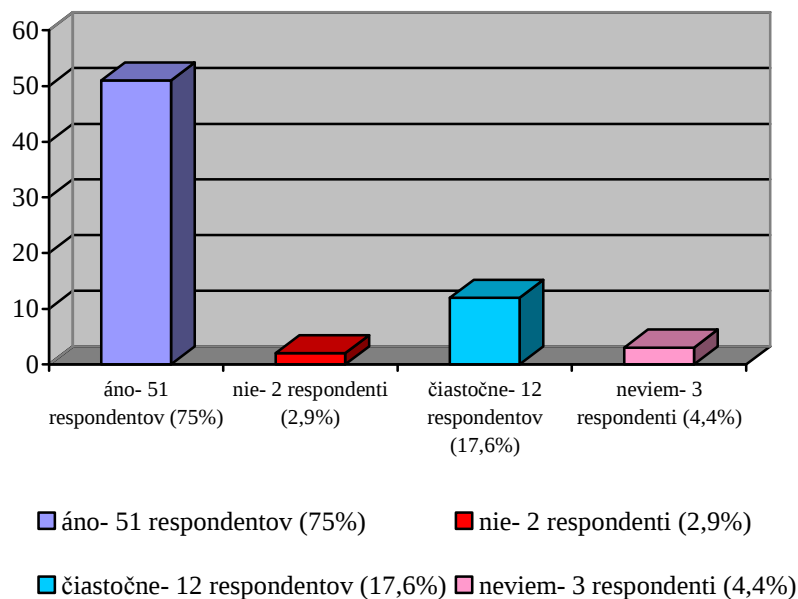
Z našej skúmanej vzorky uviedlo nedostatky 53 respondentov, čo je 77,9 %, nevedeli sa vyjadriť k otázke 3 respondenti, čo je 4,4 % zo skúmanej vzorky a 12 respondenti nevidia výrazné medzery a nedostatky, čo predstavuje 17,6 % zo skúmanej vzorky.

Graf 8 – Najlepší prístup pri prevádzaní terapií



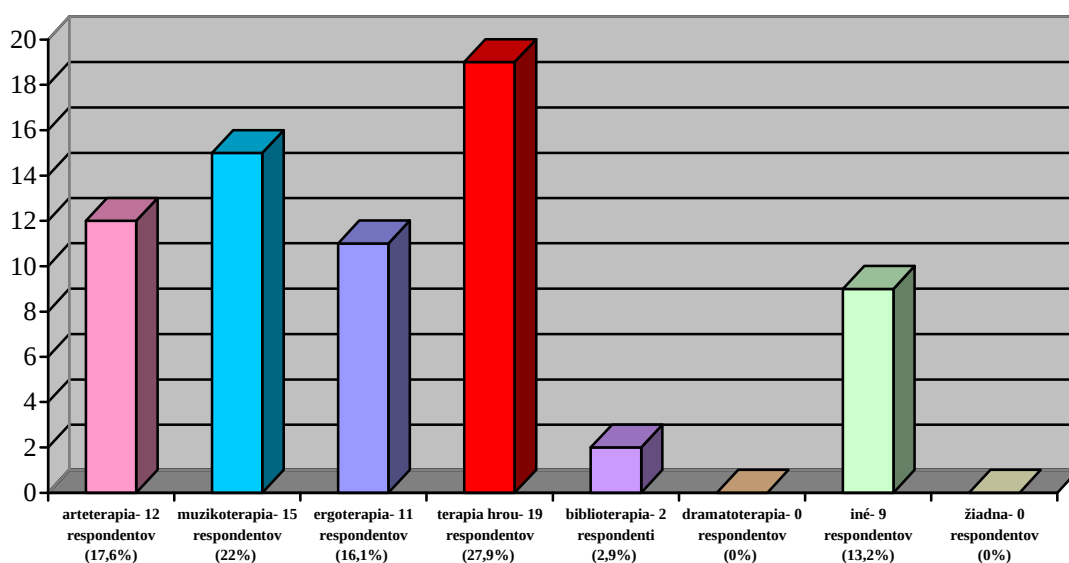
Z našej skúmanej vzorky 37 respondentov sa priklonilo k možnosti využívať na terapiu malú skupinu, čo je 54,4 % zo skúmanej vzorky. Individuálny prístup zvolilo za vhodný 23 respondentov, čo tvorí 33,8 % zo skúmanej vzorky. Strednú skupinu považuje za vhodnú 8 respondentov, čo je 11,7 % zo skúmanej vzorky. Veľkú skupinu a iný prístup uviedlo 0 respondentov, čo je 0 %.

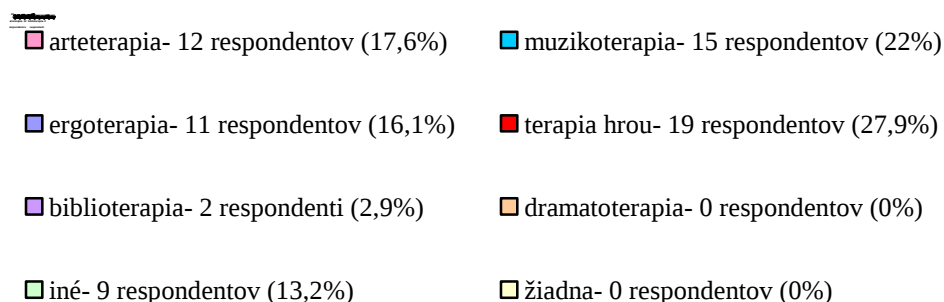
Graf- 9 Význam terapie u imobilných klientov



Zo skúmanej vzorky sa 51 respondentov vyjadrilo za prevádzkanie terapií u imobilných klientov, čo je 75 % zo vzorky. Ďalej 2 respondenti sa vyjadrili záporne, čo je 2,9 % zo skúmanej vzorky. Častočne súhlasilo s prevádzkaním terapie u imobilných detí 12 respondentov, čo tvorí 17,6 % výskumnej vzorky. Nevedeli posúdiť tento problém 3 respondenti, čo sú 4,4 % výskumnej vzorky.

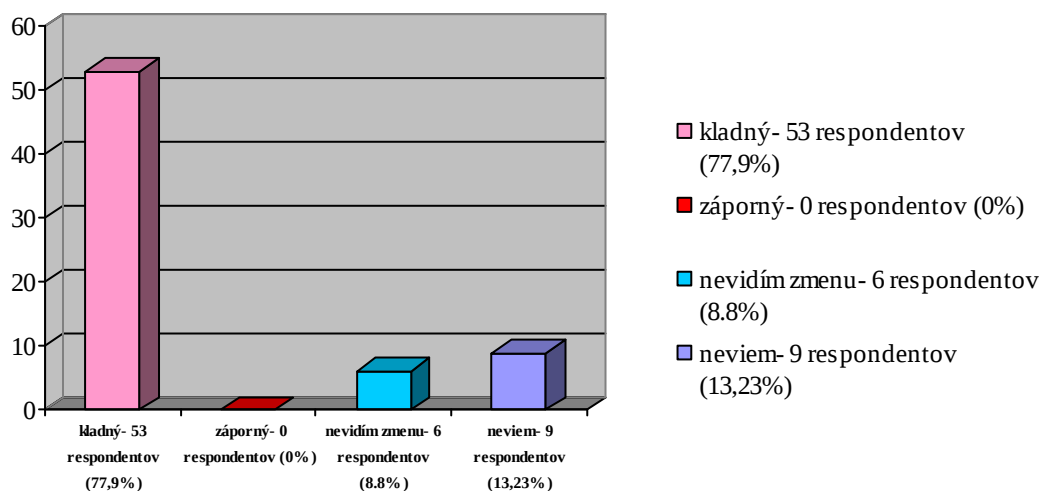
Graf 10 – Najširšie využitie v praxi





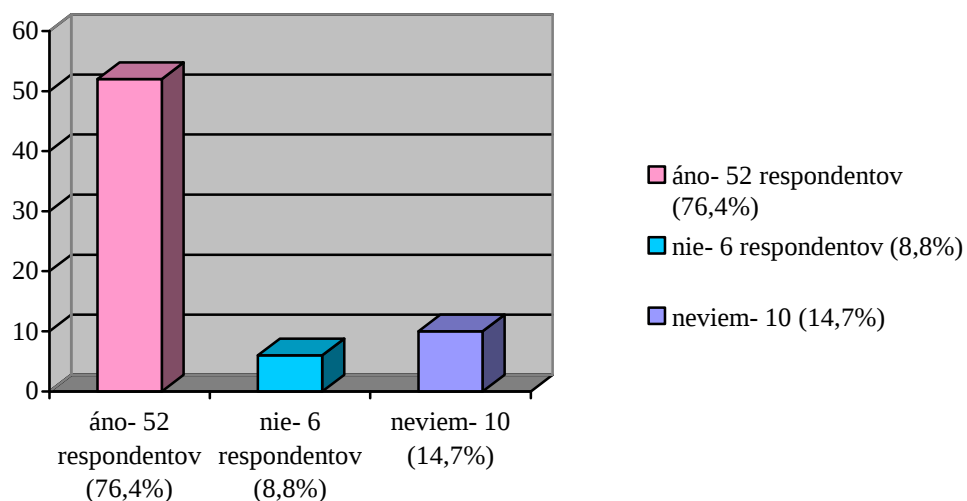
Najviac respondentov 19 zvolilo terapiu hrou, čo je 27,9 % zo skúmanej vzorky. Muzikoterapiu zvolilo 15 respondentov, čo je 22 % zo skúmanej vzorky. Arteterapiu zvolilo 12 respondentov, čo je 17,6 % zo skúmanej vzorky. Ergoterapiu zvolilo 11 respondentov, čo je 16,1 % zo skúmanej vzorky. Biblioterapiu zvolili 2 respondenti, čo je 2,9 % zo skúmanej vzorky. Iné terapie zvolilo 9 respondentov, čo je 13,2 % zo vzorky. Za žiadnu a dramatoterapiu sa vyslovilo 0 respondentov, čo je 0 % zo skúmanej vzorky.

Graf 11 – Vplyv terapií na zdravotný stav



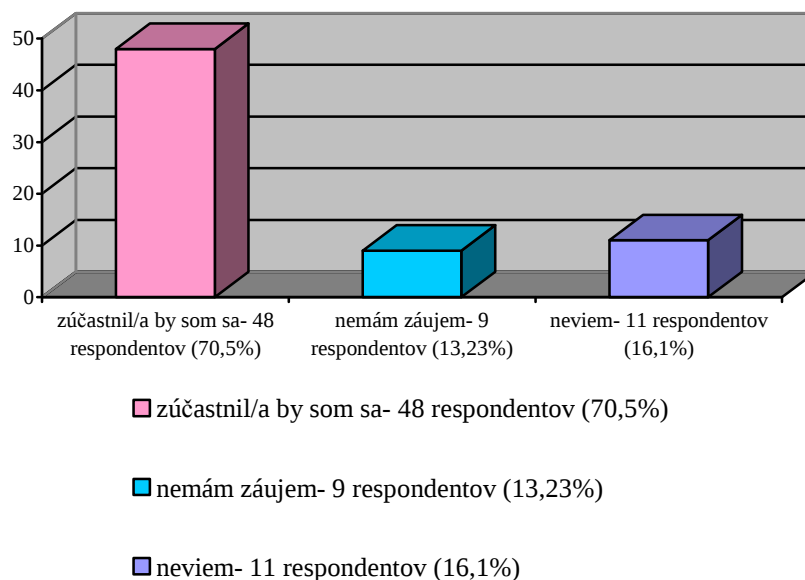
Väčšina respondentov 77,9 %, čo je 53 výchovných pracovníkov zo skúmanej vzorky, považuje vplyv terapie na klienta za kladný. Za úplne záporný vplyv terapie na zdravotný stav klienta sa vyslovilo 0 respondentov, čo je 0 % zo vzorky. Nevedelo sa vyjadriť 9 respondentov, čo je 13,23 % zo skúmanej vzorky. Žiadnu zmenu nevidelo 6 respondentov, čo je 8,8 % zo skúmanej vzorky.

Graf 12 – Dostupnosť informácií a poznatkov o terapiách a ich účinkoch



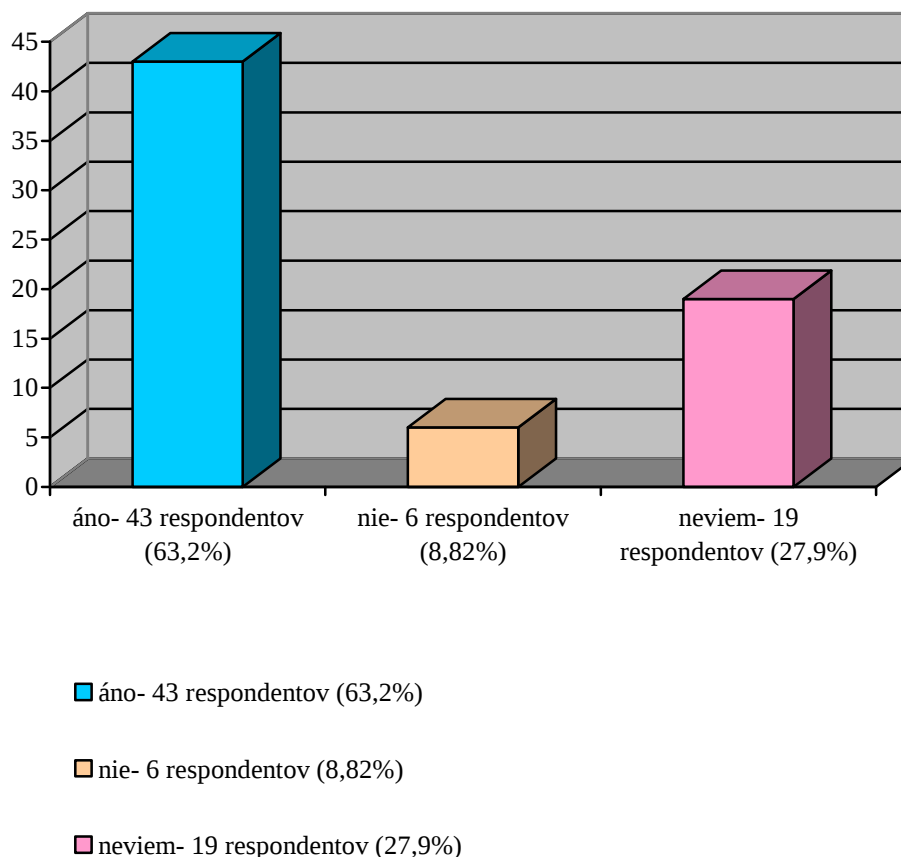
Názor 52 respondentov zo skúmanej vzorky, čo je 76,4 % bol, že v dnešnej dobe je už dostatok informácií o terapiách a veciach s tým súvisiacich. Nevedeli sa k danej problematike vyjadriť 10 respondenti, čo je 14,7 % z našej výskumnej vzorky. Za nedostačujúce považovali informácie 6 respondenti, čo je 8,8 % z výskumnej vzorky.

Graf 13 – Kurz s terapeutickou činnosťou



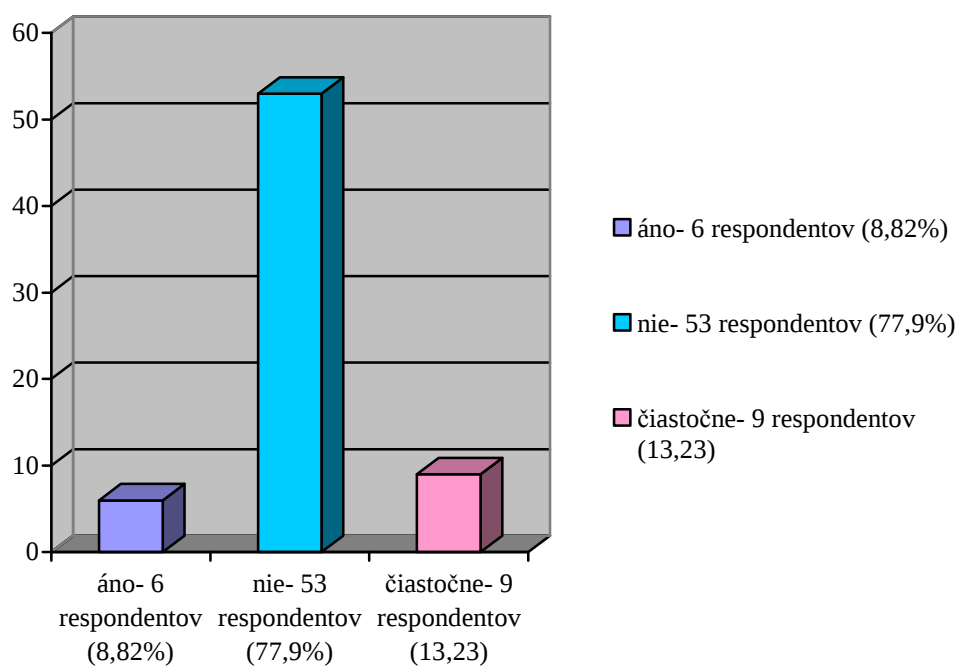
Skupinu ochotnú zúčastniť sa kurzu predstavovalo 48 respondentov, čo je 70,5 % zo skúmanej vzorky. Nevedeli 11 respondentov, čo je 16,1% zo skúmanej vzorky. Nemali záujem 9 respondentov, čo je 13,23 % z výskumnej vzorky.

Graf 14 – Názory na postupné zavádzanie nových netradičných foriem a metód práce s mentálne postihnutými



Kladne sa vyjadrilo 43 respondentov, čo je 63,2 % z výskumnej vzorky. Záporne sa vyjadrilo 6 respondentov, čo predstavuje 8,82 % zo skúmanej vzorky respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 19 respondentov, čo je 27,9 % z výskumnej vzorky.

Graf 15 – Informácie o novej netradičnej forme práce s mentálne postihnutými „Snoezelen“



Z našej výskumnej vzorky 6 respondentov vedelo o tejto forme, čo je 8,82 % zo vzorky. Čiastočné informácie malo 9 respondentov, čo predstavuje 13,23 % zo skúmanej vzorky. Nevedelo o tejto forme 53 respondentov, čo je 77,9 % zo skúmanej vzorky.

6. DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX

V empirickej, výskumnej časti sme skúmali názory, postoje a reakcie inštruktorov sociálnej rehabilitácie, ergoterapeutov a klientov na terapeutickú činnosť v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Na zistenie údajov sme použili empirickú metódu dotazník, ktorý pozostával z 15 otázok. Prvé tri otázky sa týkali všeobecnej identifikácie respondentov. Z výsledkov prvej otázky vyplýva, že muži v našej skúmanej vzorke tvoria oveľa menšiu časť vychovávateľského personálu, aj keď u detí sú obľúbení. Z hľadiska pohlavia väčšinou časť našich respondentov tvoria ženy, až 92,64 % celej výskumnej vzorky, čo je 63 vychovávateľiek. Druhou skupinou je skupina mužov, predstavujúca 7,35 % z celkového počtu, čo je 5 vychovávateľov. Z výskumu ďalej vyplynulo, že väčšiu skupinu predstavovali respondenti vo veku nad 33 rokov. Väčšiu skupinu tvorilo 52,94%, čo bolo 36 vychovávateľov. Menšiu skupinu tvorilo 32 vychovávateľov, čo je 47,05%. V našej výskumnej vzorke boli viac zastúpení vychovávatelia s praxou nad 5 rokov. Z výskumu vyplýva, že v zariadeniach kde pracujú naši respondenti sa najviac využíva pri práci s klientmi terapia hrou. Túto terapiu uviedlo ako najčastejšie využívanú 22 respondentov, čo je 32,35 %. Arteterapiu uviedlo 17 respondentov, čo je 25 % zo skúmanej vzorky. Muzikoterapiu uviedlo 11 respondentov, čo je 16,17 %. Ďalej ergoterapiu uviedlo 9 respondentov, čo predstavuje 13,23 %. Biblioterapiu uviedli 2 respondenti, čo predstavuje 2,94 % z našej vzorky a dramatoterapiu uviedol 1 respondent, čo predstavuje 1,47 % zo vzorky. Iné uviedlo 6 respondentov, čo je 8,82 %, žiadnu neuvádza 0 respondentov, čo je 0%. Ako tretia je uvádzaná muzikoterapia pre svoje široké uplatnenie, napríklad aj u ležiacich klientov je možné využiť relaxačnú hudbu a podobné zložky muzikoterapie. Ako štvrtá spomedzi najviac využívaných je ergoterapia, čiže činnosťná terapia. Vychovávatelia využívajú ergoterapiu napríklad v Domove sociálnych služieb Slniečko v Ošadnici, kde majú keramickú dielňu. Pracujú tam s hlinou, sadrou, majú tiež hrnčiarsky kruh a pec na vypaľovanie. V prevádzke sú kreatívne dielne, kde za pomoci vychovávateľov deti zhotovujú jednoduché pozdravy,

mydielka, sviečky z vosku. V tomto zariadení využívajú činnosťnú terapiu aj v kuchynke, kde sú deti zapájané do jednoduchých úkonov ako škrabanie zemiakov, pomoc pri pečení koláčov, príprava jedál a podobne. Kuchynská linka má hydraulické zariadenie a dá sa prispôbiť napríklad aj pre vozíčkarov, pomocou vypínača sa dá prispôbiť výška drezu. Dlhšie obdobie sa v tomto zariadení prevádza canisterapia. Krásny biely labrador robí spoločnosť týmto deťom. Funguje tu aj tanečný krúžok Twisterík. Medzi iné terapie respondenti uvádzali canisterapiu, hippoterapiu, fytoterapiu a podobne. Tieto odpovede sa vyskytli najčastejšie v Domove sociálnych služieb pre deti a dospelých Žilina-Vlčince, kde sa snažia o zavádzanie nových terapeutických postupov. Aj keď dramatoterapia získala v prieskume málo hlasov, vychovávatelia sa o nej zmieňovali. V rámci dramatoterapie funguje v zariadení sociálnej starostlivosti Slniečko v Oščadnici divadelný krúžok Soleil, v ktorom sa snažia vychovávatelia o zapojenie klientov do hrania rozličných scénok, rozprávok, pantomím, tanca, kde si deti rozvíjajú motoriku a koordináciu pohybov. Tieto divadelné predstavenia sa potom prezentujú na oslavách, stretnutiach, na ktorých sa zúčastňuje celé osadenstvo zariadenia, ale aj na väčších podujatiach, ako je napríklad Žilinský Oscar. V tomto zariadení je zriadená autistická trieda, kde sa pracuje s autistickými deťmi podľa daného vhodného režimu postupnosti. Turistický krúžok tu taktiež funguje a má názov Túlavé slniečka. Terapia hrou, ktorú zvolilo najviac respondentov je vhodná pre každý vek. Je prirodzenou potrebou dieťaťa a často počujeme, že mentálne postihnutý sú večnými deťmi, reagujú spontánne, nevedia tak zakrývať svoje emócie a náladu, možno práve preto je im terapia hrou taká blízka, môžu tak ventilovať svoje pocity, prináša im spokojnosť a radosť.

Klientom terapeutická činnosť prináša zmenu, úľavu nedovolí im upadnúť do letargie, apatie a stereotypu. Terapie pomáhajú precvičovať motoriku, rozvíjať tvorivosť a fantáziu, prinášajú nové zážitky a situácie klientom aj terapeutom. Väčšina respondentov 61, čiže 89,7 % videla kladný prínos v prevádzaní terapií v zariadení. Zo skúmanej vzorky 5 respondenti nevidia žiadny pozitívny efekt, čo je 7,35 % z našej výskumnej vzorky. Boli to väčšinou pracovníci, ktorí pracovali pri deťoch s hlbokým postihnutím, pri

ktorých nie sú reakcie a odozva také zjavné. Dvaja respondenti uvádzajú záporný prínos, čo je 2,94 % z našej vzorky. Terapeuti uviedli ako dôvod neklud a nervozitu detí.

Pri šiestej otázke pozitívne pôsobenie terapeutickej činnosti na deti uvádzali aj respondenti, ktorí uviedli, že deti reagujú striedavo. Udvávajú, že dieťa často reaguje aj podľa momentálnej nálady a zdravotného stavu, čo neznamená, že pre neho terapia nemá význam. V každom prípade pre neho znamená stimuláciu, pozitívne podnety k zmysluplnej činnosti.

Siedma otázka bola poloopená a vychovávatelia sa mohli vyjadriť a popísať, v čom vidia nedostatky a chyby, prípadne aj uviesť svoje nápady na riešenie problémov. Veľká časť z oslovených vychovávateľov vidí ako hlavné negatívum nedostatok personálu. Čím menšiu skupinu a menší počet detí má vychovávateľ na zodpovednosť, tým viac sa môže venovať dieťaťu. Väčší počet zamestnancov by znamenal menej stresu, nervozity, lebo zodpovednosť pracovníkov je vysoká. Pomôcky sa neuvádzali za akútny problém, samozrejme že by uvítali ďalšie, pretože predstavujú nové možnosti. Niekoľko zamestnancov považuje za nevyhovujúce priestory, hlavne sociálne zariadenia (nevyhovujúce pre imobilných klientov). Ďalej sa vyskytla požiadavka na odborný personál pre hippoterapiu a ako medzera sa jedenkrát uviedla aj nesúrodosť skupín. Pri ôsmej otázke väčšie skupiny sú považované vychovávateľmi za absolútne nevhodné. Najviac vychovávateľov sa priklonilo k možnosti využívať na terapiu menšiu skupinu, kde majú deti možnosť skupinového zážitku a zároveň sa im môže vychovávateľ dostatočne venovať. Individuálny prístup je veľmi vhodný a oceňovaný napríklad pri fytoterapii v lete v skleníkoch, canisterapii, pri práci s tkáčskymi krosnami a podobne. Individuálny prístup dáva veľký priestor a možnosti vychovávateľom a je splnená aj požiadavka bezpečnosti.

Zo skúmanej vzorky sa 51 respondentov vyjadrilo za prevádzanie terapií u imobilných klientov, čo je 75 % zo vzorky. Ďalej 2 respondenti sa vyjadrili záporne, čo je 2,9 % zo skúmanej vzorky. Čiastočne súhlasilo s prevádzaním terapie u imobilných detí 12 respondentov, čo tvorí 17,6 % výskumnej vzorky. Nevedeli posúdiť tento problém 2 respondenti, čo sú 4,4 % prieskumnej vzorky.

Väčšina 75 % vychovávateľov považuje za dôležité prevádzanie terapie u imobilných detí. Dôležitosť vidia v prinášanom rozptýlení, nových podnetoch, dieťa to vtáhuje do komunikácie s okolím, vytrháva z apatie a letargie. Imobilní klienti majú veľmi znížený, malý prísun podnetov, terapie môžu pomôcť tento problém aspoň zčasti vyriešiť, samozrejmosťou je ohľad na ich zdravotný stav.

Čo sa týka rozsahu využiteľnosti, najviac respondentov 19 zvolilo terapiu hrou, čo je 27,9 % zo skúmanej vzorky. Muzikoterapiu zvolilo 15 respondentov, čo je 22 % zo skúmanej vzorky. Arteterapiu zvolilo 12 respondentov, čo je 17,6 % zo skúmanej vzorky. Ergoterapiu zvolilo 11 respondentov, čo je 16,1 % zo skúmanej vzorky. Biblioterapiu zvolili 2 respondenti, čo je 2,9 % zo skúmanej vzorky. Iné terapie zvolilo 9 respondentov, čo je 13,2 % zo vzorky. Za žiadnu a dramatoterapiu sa vyslovilo 0 respondentov, čo je 0 % zo skúmanej vzorky. Aj napriek predpokladu, že najširšie využitie má muzikoterapia, pretože ju možno využívať napríklad aj u imobilných klientov, sa ako najčastejšie využívaná ukázala byť terapia hrou. Za najširšie využiteľnú v praxi ju považuje 27% zo skúmanej vzorky respondentov. Pri hre potrebuje dieťa, klient vhodné hračky, priestor, pocit bezpečia. Dnes už je široký výber didaktických hračiek, skladačiek, lega či rozličných iných hračiek. Vychovávatelia a klienti majú v oblúbe aj arteterapiu. Využívajú ju ako odpočinkovú aj liečebnú činnosť. Deti si precvičujú motoriku, zároveň vyjadria svoje pocity, zmierňuje to stres a pomáha deťom uvoľniť sa. Steny v ústavoch sú vyzdobené tvorivými nápadmi klientov aj vychovávateľov. Klienti vedia byť veľmi pyšní na svoje vydarené výtvary, prináša im to radosť a uspokojenie. Na druhom mieste je muzikoterapia. Z výskumu vyplýva, že uvádza za najširšie využitie 15 pracovníkov, čo je 22%. Vhodne zvolená hudba, či už relaxačná, upokojujúca alebo rytmická, rezká, stimulujúca, dokáže mentálne postihnutých klientov osloviť. Využitie majú aj rôzne druhy nástrojov, môžu to byť aj paličky, bubny, činely, zvončeky, vlastnoručne zhotovené nástroje. Fytoterapiu majú v oblúbe napríklad v Oščadnici, kde majú skleník a skalky s kvetmi. V areáli zariadenia sú chatky, ktoré klienti v lete využívajú, dosiahne sa tak zmena prostredia, v lete tu môžu opekať, na čo sa klienti vždy tešia. Činnosťná terapia-ergoterapia má široké uplatnenie a je často využívaná, za terapiu

s najširším využitím ju označilo 11 vychovávateľov, čo je 16,1%. Pri jedenástej otázke, ktorá sa týkala vplyvu terapií na zdravotný stav klientov, väčšina respondentov 77, 9 %, čo je 53 výchovných pracovníkov zo skúmanej vzorky, považuje vplyv terapie na klienta za kladný. Nevedelo sa vyjadriť 9 respondentov, čo je 13,23 % zo skúmanej vzorky. Žiadnu zmenu nevidelo 6 respondentov, čo je 8,8 % zo skúmanej vzorky. Napríklad detská mozgová obrna sa prejavuje poruchami hybnosti a tu môže byť veľmi nápomocná napríklad činnosťná terapia, arteterapia, muzikoterapia, terapia hrou a iné. Napríklad pri arteterapii už obyčajné čmáranie môže pomáhať rozvíjať motoriku, samozrejme radosť z činnosti vplýva aj na psychiku, čo následne ovplyvňuje celkový zdravotný stav mentálne postihnutého. Za úplne záporný vplyv terapie na zdravotný stav klienta sa nevyslovil ani jeden respondent. Názor 52 vychovávateľov, čo je 76,4 % skúmanej vzorky bol, že v dnešnej dobe je už dostatok informácií o terapiách a veciach s tým súvisiacich. Kto má záujem, nájde si k nim cestu, možností je veľa – internet, literatúra, knižnice. Nevedeli sa k danej problematike vyjadriť 10 respondenti, čo je 14,7 % z našej výskumnej vzorky. Za nedostačujúce považovali informácie 6 respondenti, čo je 8,8 % z výskumnej vzorky. Medzi nimi bol jeden názor, že informácie o terapiách síce sú, ale vychovávateľ si ich musí sám prispôbiť k danému postihnutiu, literatúra podľa jeho názoru nie je prispôbená a rozpracovaná na dané postihnutia. Vychovávatelia prejavili záujem zúčastniť sa kurzu, uvítali by kurz alebo školenie, ale krátkeho trvania. Skupinu ochotnú zúčastniť sa kurzu predstavovalo 48 respondentov, čo je 70,5 % zo skúmanej vzorky. Nevedeli 11 respondenti, čo je 16,1% zo skúmanej vzorky. Nemali záujem 9 respondenti, čo je 13,23 % z výskumnej vzorky, hlavným dôvodom bol nedostatok času.

Cieľom výskumu bolo zistiť využitie terapií v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Snažili sme sa zistiť, ktoré z terapií sú najobľúbenejšie u klientov a ktoré vychovávatelia najčastejšie využívajú a prečo.

Prvá hypotéza – očakávanie, že najčastejšie využívanou terapiou v zariadeniach sociálnej starostlivosti je muzikoterapia, sa nám nepotvrdilo. Z časti sme tak predpokladali aj preto, že ju možno aplikovať a využívať aj u imobilných

postihnutých detí, sa ako najčastejšie využívaná ukázala byť terapia hrou. Až 32,35 % opýtaných, čo bolo 22 vychovávateľov z našej výskumnej vzorky, považuje arteterapiu za terapiu s najširším využitím. Využívajú ju ako liečebnú, relaxačnú aj odpočinkovú činnosť.

Druhá hypotéza – očakávanie, že viac ako 50% klientov reaguje na prevádzanie terapií pozitívne, sa nám tak isto nepotvrdilo. Hodnoty pozitívnych reakcií sú približne rovnaké s hodnotami striedavých reakcií. Jedná sa o postihnuté deti, ktoré reagujú na okolie často podľa svojej momentálnej nálady a aj zdravotného stavu. Často môžu byť mrzuté, čo neznamená, že terapia pre nich nemá pozitívny význam. Pozitívne reakcie uvádzalo 28 respondentov, čo predstavuje 41,1 % zo skúmanej vzorky. Ďalej 33 respondentov uviedlo, že reakcie detí sú striedavé, čo je 48,5 % zo skúmanej vzorky. Podľa 6 respondentov reagujú klienti na prevádzanie terapií pasívne, čo predstavuje 8,82 % zo skúmanej vzorky. Odmietavo, negatívne reagujú deti na terapeutickú činnosť podľa 1 respondenta, čo predstavuje 1,47 % zo skúmanej vzorky.

Tretia hypotéza – očakávanie, že nadpolovičná väčšina výchovných pracovníkov považuje za potrebné vykonávať terapeutické činnosti aj u imobilných detí, sa nám potvrdilo. Väčšina zo skúmanej vzorky, 51 respondentov sa vyjadrilo za prevádzanie terapií u imobilných klientov, čo je 75 % zo vzorky. Terapie im môžu zvýšiť prísun podnetov a nedovolia im tak upadnúť do smútku, apatie a nečinnosti, zároveň je potrebné pristupovať citlivo podľa ich možnosti a momentálneho stavu. Ďalej 2 respondenti sa vyjadrili záporne, čo je 2,9 % zo skúmanej vzorky. Čiastočne súhlasilo s prevádzaním terapie u imobilných detí 12 respondentov, čo tvorí 17,6 % výskumnej vzorky. Nevedeli posúdiť tento problém 3 respondenti, čo sú 4,4 % výskumnej vzorky.

Štvrtá hypotéza – očakávanie, že nadpolovičná väčšina výchovných pracovníkov schvaľuje nové prístupy a netradičné formy práce s mentálne postihnutými klientmi sa nám potvrdilo. Kladne sa vyjadrilo 43 respondentov, čo je 63,2 % z výskumnej vzorky. Súhlasili so zavádzaním nových foriem, pokiaľ sú overené a bezpečné, lebo predstavujú pre nich nové cesty a možnosti. Záporne sa vyjadrilo 6 respondentov, čo predstavuje 8,82 % zo skúmanej vzorky respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 19 respondentov, čo je 27,9 %

z výskumnej vzorky. Z uvedených hypotéz sa nám prvé dva predpoklady nepotvrdili, druhé dve predpokladané hypotézy boli správne.

Počas napísania diplomovej práce sme zistili, že postupom času by bolo vhodné:

- snažiť sa zvýšiť počet personálu na jednotlivých oddeleniach, aby mali terapeuti viac času a možností venovať sa mentálne postihnutým deťom a dospelým, venovať sa viac individuálnemu prístupu ku klientovi, ktorý možno dosiahnuť znížením počtu klientov v skupinách na minimum,
- snažiť sa vychovávateľom sprístupniť možnosti zúčastniť sa kurzov, kde by sa dozvedeli nové poznatky a informácie z tejto oblasti
- väčšiu pozornosť venovať vybaveniu, pomôckam potrebným k prevádzaniu terapií, obnoviť staré potrebné pomôcky a inventár
- rozšíriť možnosti terapie na oddeleniach o nové druhy terapií, ako napríklad canisterapia, hippoterapia
- venovať sa klientom v sociálnych zariadeniach naďalej aj po tejto stránke, skvalitňovať, podporovať prácu terapeutov a vychovávateľov.

Možno konštatovať, že obetavá práca, ľudskosť a empatia sú v starostlivosti o mentálne postihnutých základom. Dôležitá je aj informovanosť a záujem pomôcť človeku.

ZÁVER

V našej diplomovej práci sme charakterizovali problematiku mentálne postihnutých z viacerých aspektov. Prácu sme rozčlenili do šiestich kapitol. Prvé tri kapitoly na seba navzájom nadväzujú a zaoberajú sa hlavne teoretickými poznatkami o mentálnom postihnutí. Mentálne postihnutý jedinec nedokáže prijímať informácie z okolitého prostredia ako intaktný jedinec, poznávacia schopnosť je u mentálne postihnutých trvalo narušená. K adaptácii a integrácii potrebujú špeciálne podmienky a pomoc okolia. Postoje mentálne postihnutých bývajú často krát protichodné.

V teoretickej časti diplomovej práce sme sa snažili priblížiť pojem, vznik a príčiny mentálneho postihnutia, ako je uvedené v odbornej literatúre. V prvej kapitole sme sa venovali charakteristike, druhom, stupňom, typom a diagnostike mentálne postihnutého jedinca. Snažili sme sa o diferencovanie rozdielov medzi strednou až ťažkou mentálnou retardáciou. Značná časť klientov v domovoch sociálnych služieb má takýto stupeň postihnutia. Druhá kapitola je zameraná na výchovu a vzdelávanie mentálne postihnutých jedincov. Z výchovného hľadiska sme sa snažili definovať špecifiká vychovávateľa u detí s mentálnym postihnutím a priblížiť jednotlivé metódy a zásady, ktoré sa využívajú pri výchove mentálne postihnutých detí. Zaoberali sme sa aj novým systémom vzdelávania MP detí, ktorý je postavený na integrácii, na možnostiach ich vzdelávania a uplatnenia sa v živote. V tretej kapitole teoretickej časti sme sa zamerali na zvláštnosti a charakteristiky jednotlivých terapií, ktoré sa najviac využívajú u jedincov so strednou až ťažkou mentálnou retardáciou. Prvá podkapitola obsahovala definíciu základných pojmov, ďalšie podkapitoly sa venovali jednotlivým terapiám, ich významu a účinku. Terapie pozitívne pôsobia na celkové zdravie postihnutého jedinca, vďaka nim sa stretávajú z množstvom pekných zážitkov a možností.

V empirickej, výskumnej časti sme sa venovali a rozoberali názory a postoje inštruktorov sociálnej rehabilitácie a klientov k terapeutickým činnostiam v domovoch sociálnych služieb. Hlavným cieľom výskumu bolo

zistiť význam terapií v zariadeniach sociálnych služieb. Snažili sme sa o zistenie, ktoré z terapií sú obľúbené u klientov, ktoré inštruktori sociálnej rehabilitácie najviac využívajú a prečo.

Piata kapitola zobrazuje interpretáciu výsledkov výskumu. Dotazník sme zvolili ako metódu, ktorou sme získali potrebné údaje. Získané výsledky boli interpretované vo forme grafov, v číselnom aj percentuálnom vyhodnotení.

V šiestej kapitole sme sa venovali výsledkom a záverom z výskumu. Jednotlivé názory a postoje sme rozoberali v diskusii, ktorá bola zameraná aj na vyhodnotenie výsledkov a potvrdenie hypotéz. V diskusii sme zároveň uviedli aj odporúčania pre prax. Z predpokladaných hypotéz sa nám prvé dve hypotézy nepotvrdili, druhé dve predpokladané hypotézy boli správne. Uskutočnený výskum poukázal na význam terapie ako pozitívnej metódy pri práci s mentálne postihnutými jedincami. Osvojovaním si nových zručností, precvičovaním a utvrdzovaním si činností pri terapiách sa mentálne postihnutí stávajú činorodejší a samostatnejší. Pre mentálne postihnutých sú tieto terapie o to význačnejšie, o čo sú vzhľadom na svoj handicap bezmocnejší.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapienta, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie – texty k distančnému vzdelávaniu*. Brno : Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.

COHEN, R. *Nejčastejší psychické poruchy v klinické praxi*. Praha : Portál s. r. o., 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

FRANIOK, P. *Vzdelávaní osob s mentálnym postihnutím*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

HALPERN, S., LINGERMAN, H.A. *Muzikoterapia*. 1. vydanie. Bratislava : Eko-konzult, 2005. 194 s. ISBN 80-8079-044-2.

HÁJKOVÁ, V. *Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním*. Praha : Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-344-3.

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapia., Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha : vyd. Karolinum, 2003. 168 s. ISBN 80-246-0719-0 .

HERCHL, J. 2004. *Ergoterapia a terapie v zariadeniach sociálnych služieb*. Banská Bystrica : Obvodný úrad Banská Bystrica, 2004. 41 s.

HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika*. 1. vydanie. Bratislava : Vydalo Občianske združenie Sociálna Práca, 2003. 133 s. ISBN 80-968927-6-2.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydanie. Praha : Triton. 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapia*, 1. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KICZKO, L., KOŠČ, M., KRŠKOVÁ, A. a kol. *Slovník spoločenských vied*. 1. vydanie. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1997. 303 s. ISBN 80-08-01040-1.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha : Avicenum , 1990. 350 . s. ISBN 80-201-0019-9.

KVASNIČKA, L. *Orientácia*. Trnava : vydal Spolok svätého Vojtecha, 1998. 314 s. ISBN 80-7162-235-4.

LANGER, J., BALCAR, K. *Dětská psychoterapia*. 2. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.

LANGER, S. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové : Kotva, 1995. ISBN 80-900254-6-3

LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha : Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, V., MATUŠKA, O. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí ranného a predškolského veku*. 1. vydanie. Bratislava : Inovocentrum, 1995. 150 s.

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapia*. Praha : Portál, s. r. o. 2010, 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.

MATĚJČEK, Z. *Rodičom mentálne postihnutých detí*. vydalo združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, 1993. ISBN 80-85467-52-6.

MATEJOVÁ, Z., MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. 1. vydanie. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. 201 s. ISBN 80-0800315-4.

MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickom kontextu*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0207-6.

MATULAY, K. A kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. ISBN 70-077-86

PIKÁLEK, Š. *Výchovná a pracovno-rehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapienta, 2004. 168 s. ISBN 80-968797-7-7-4.

PIPEKOVÁ, J. (ed.), *Kapitoly zo špeciálnej pedagogiky*, 2. vydanie. Brno : Paido, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J. (ed.), *Pedagogická encyklopédia*. 1. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2009. 936 s. ISBN 978-80-7367-1-546-2.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-142-3.

SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M., *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.

SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydanie. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2008. 167 s. ISBN 978-80-7367-408-3.

ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

TICHÁ, V. *Formy canisterapie, Metodika canisterapie* in VELEMÍNSKY, M. *Zooterapie : ve světle objektivních poznatku*. České Budejovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vydanie. Praha : Portál, s. r. o., 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5.

VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. 1. vydanie. Bratislava : Sapientia, 2005. 332 s. ISBN 80-968797-6-6.

VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*. 1. vydanie. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. 254 s. ISBN 80-08-01217-X.

VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Praha : Vysoká škola J. A. Komenského, 2005. 142 s. ISBN 80-86723-13-6.

VRBOVÁ, J. *Canisterapie* in MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1. vydanie. Praha : Portál, s. r. o. 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

PONECHALOVÁ, D. 2009. *Snoezelen*: úvod do problematiky [online].
Bratislava : ©3 lobit, o.z. / Bratislava 2009. 16 s. www. 3 lobit.sk Dostupné na
<[http://www. 3 lobit.sk/publikace/2009%2002%20snoezelen%low.pdf](http://www.3lobit.sk/publikace/2009%2002%20snoezelen%low.pdf)>

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 – Zastúpenie respondentov podľa pohlavia	52
Graf 2 – Zastúpenie respondentov podľa veku	52
Graf 3 – Zastúpenie respondentov podľa dĺžky prax.....	53
Graf 4 – Význam terapie v zariadeniach DSS.....	54
Graf 5 - Prínos terapií	55
Graf 6 - Reakcie klientov na terapeutickú činnosť.....	55
Graf 7 – Medzery a nedostatky pri práci s terapiou	56
Graf 8 – Najlepší prístup pri prevádzaní terapií	57
Graf 9 – Význam terapií u imobilných klientov	58
Graf 10 – Najširšie využitie v praxi	58
Graf 11 – Vplyv terapií na zdravotný stav	59
Graf 12 – Dostupnosť informácií poznatkov o terapiách	60
Graf 13 –Kurz terapeutických činností	60
Graf 14 – Názory na postupné zavádzanie nových netradičných foriem práce s mentálne postihnutými	61
Graf 15 – Informácie o novej forme práce s MP „Snoezelen“.....	62

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A – Dotazník	I
Príloha B – Fotografie terapeutických metód v praxi	VI

PRÍLOHY

Príloha A

DOTAZNÍK

Vážený respondent(ka)!

Dovoľujem si Vás požiadať o vyplnenie predloženého dotazníka, ktorý je zameraný na význam jednotlivých druhov terapie pri práci s mentálne postihnutými klientmi. Jeho vyplnením chcem zistiť, aké názory, postoje, skúsenosti a pripomienky máte k danej problematike.

Sú tu otázky, na ktoré odpovedzte svojimi slovami, doplňte, rozveďte svoje názory, poznatky a myšlienky, za čo Vám vopred ďakujem.

Dotazník je anonymný, preto Vás prosím o pravdivosť pri odpovediach. Údaje nebudú zneužitú. Slúžia ako podklad pre vypracovanie výskumu diplomovej práce magisterského štúdia v odbore špeciálna pedagogika – učiteľstvo.

Za ochotu a spoluprácu Vám vopred ďakujem.

Bc. Zuzana Krellová

študentka 5. ročníka UJAK v Prahe

1. Ste muž – žena (vychovávateľ – vychovávateľka)?

a) žena

b) muž

2. Váš vek je do 33 rokov alebo nad 33 rokov?

a) do 33 rokov

b) nad 33 rokov

3. Máte vychovávateľskú prax do 5 rokov alebo prax nad 5 rokov?

a) do 5 rokov

b) nad 5 rokov

4. Ktorá z uvedených druhov terapie je na vašom oddelení najviac využívaná?

- a) muzikoterapia
- b) arteterapia
- c) biblioterapia
- d) činnostná terapia (ergoterapia)
- e) dramatoterapia
- f) terapia hrou
- g) iné (uved'te ďalšie terapie, ktoré využívate na oddelení, napr. aromaterapia, psychomotorická terapia, fytoterapia a pod.)

.....

h) žiadna

5. Aký prínos vidíte vo využití jednotlivých druhov terapií vo vašom zariadení?

a) záporný (uved'te prečo)

.....

b) kladný (uved'te prečo)

.....

c) nevidím prínos (uved'te prečo)

.....

6. Sú klienti spokojní pri terapeutickej činnosti? (možte rozviesť, vysvetliť)

- a) sú pasívni, nereagujú
- b) reagujú , negatívne
- c) reagujú pozitívne
- d) ako kedy, reagujú striedavo podľa stavu a nálady

7. Vidíte medzery, nedostatky pri práci s terapiou?

a) áno (charakterizujte prosím v čom vidíte nedostatky, napr. v nedostatku času, personálu, pracovných pomôcok a pod.)

.....

b) nie, nevidím

c) neviem uviesť, posúdiť

8. Aký prístup preferujete pri aplikovaní terapií? (uved'te prečo)

a) individuálny

.....

b) skupinový (začiarknite prosím aj veľkosť preferovanej skupiny)

menšia skupina stredná skupina väčšia skupina

.....

c) iný prístup (popíšte)

.....

9. Vidíte význam vo využití terapie u imobilných detí? (uved'te prečo)

a) áno

b) nie

c) čiastočne

d) neviem posúdiť

10. Ktorá z jednotlivých druhov terapie má podľa vášho názoru najširšie uplatnenie v praxi a prečo?

a) arteterapia

.....

b) muzikoterapia

.....

c) činnosťná terapia

.....

d) terapia hrou

.....

e) biblioterapia

.....

d) dramatoterapia

.....

e) iné (uved'te)

.....
f) žiadna (uved'te prečo)
.....

11. Aký vplyv má podľa vášho názoru aplikovanie terapií na zdravotný stav klienta? (popíšte)

a) kladný
.....

b) záporný
.....

c) nevidím žiadnu zmenu
.....

d) neviem posúdiť
.....

12. Myslíte si, že v súčasnosti je dosť možností (literatúra, internet) získať poznatky a vedomosti o účinkoch terapie na človeka? Sú tieto informácie dostupné?

a) áno

b) nie

c) neviem posúdiť

13. Mali by ste záujem zúčastniť sa kurzu, ktorý by sa zaoberal terapeutickou činnosťou? (môžete zdôvodniť)

a) áno, zúčastnil/a by som sa
.....

b) nie, nemám záujem
.....

c) neviem
.....

14. Aký je váš názor na postupné zavádzanie nových netradičných foriem a metód práce s mentálne postihnutými?

a) áno, súhlasím pokiaľ sú overené a bezpečné (uved'te prečo)

.....

b) nie, nesúhlasím s ich zavádzaním (uved'te prečo)

.....

c) neviem posúdiť (uved'te prečo)

.....

15. Jednou z netradičných foriem práce s mentálne postihnutými je forma „Snoezelen”. Máte o nej nejaké informácie?

a) áno

b) nie

c) čiastočne

Príloha B

FOTOGRAFIE TERAPEUTICKÝCH METÓD V PRAXI

Ergoterapia- tvorivá dielňa klientov Domova sociálnych služieb Slniečko Ošadnica



Zdroj: vlastný archív

Hypoterapia klientov Domova sociálnych služieb Slniečko Ošadnica



Zdroj: vlastný archív

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Zuzana Krellová

Odbor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: Kombinovaná

Názov práce: Výchova, vzdelávanie a význam terapií u mentálne postihnutých
jedincov

Rok: 2013

Počet strán bez príloh: 79

Celkový počet strán príloh: 6

Počet titulov použitej literatúry a prameňov: 41

Počet internetových zdrojov: 1

Vedúca diplomovej práce: PhDr. Zuzana Takáčová