

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA



**Diplomová práce**

2018

Bc. David Bělůnek

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Diplomová práce**

Bc. David Bělúnek

**VYUŽITÍ DRAMATERAPIE PŘI NÁCVIKU SEBEOBSLUŽNÝCH A  
SOCIALIZAČNÍCH DOVEDNOSTÍ U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

OLOMOUC 2018

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem *Využití dramaterapie při nácviku sebeobslužných a socializačních dovedností u dětí s mentálním postižením* vypracoval samostatně, pouze za pomoci rad a připomínek vedoucí práce Mgr. Kristýny Krahulcové, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpal, jsou uvedeny v seznamu literatury.

Ve Zlíně dne 14. dubna 2018

## OBSAH

ÚVOD.....	5
1 TERAPIE JAKO CESTA KE ZMĚNĚ .....	7
1.1 Paradivadelní systémy .....	10
1.1.1 Paradivadelní systémy edukační povahy.....	11
1.1.2 Paradivadelní systémy terapeutické povahy.....	13
1.2 Dramaterapie.....	14
1.2.1 Formy dramaterapie.....	15
1.2.2 Dramaterapeutický proces .....	16
1.2.3 Stanovení cílů .....	17
1.2.4 Struktura dramaterapeutického procesu .....	18
2 SOCIALIZACE.....	20
2.1 Socializace u osob s mentálním postižením.....	21
2.2 Sociální percepce .....	23
2.3 Faktory ústavní výchovy.....	24
2.4 Socializace v rodině .....	25
2.5 Sebeobsluha .....	26
3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	28
3.1 Definice mentálního postižení .....	28
3.2 Mentální retardace, etiologie vzniku mentální retardace .....	29
3.3 Klasifikace stupňů postižení .....	31
3.4 Charakteristika jednotlivých stupňů .....	33
3.5 Demence .....	35
4 REALIZOVANÝ PŘEDVÝZKUM A JEHO VÝSLEDKY .....	37
4.1 Metoda sběru dat.....	37
4.2 Výběr výzkumného souboru .....	38
4.3 Analýza dat – grafické zpracování a interpretace výzkumníka .....	38
5 METODIKY NÁCVIKU SEBEOBSLUŽNÝCH DOVEDNOSTÍ.....	44
5.1 Poruchy příjmu potravy .....	44
5.2 Obavy z čištění zubů a péče o ně.....	46
5.3 Hygienické návyky na toaletě.....	50
5.4 Zapínání zipu .....	53
6 DISKUZE.....	56
6.1 Zhodnocení práce.....	56
6.1.1 Limity předvýzkumu .....	56

6.1.2	Limity vytváření metodiky .....	57
6.1.3	Limity autora .....	58
6.2	Rešerše .....	58
ZÁVĚR	.....	59
ZDROJE	.....	60
SEZNAM TABULEK	.....	64
SEZNAM GRAFŮ	.....	64

## ÚVOD

*„Život je jako divadelní kus. Nezáleží na tom, jak byl dlouhý, ale jak dobře byl zahrán.“*

Lucius Annaeus Seneca

Autor se již řadu let zabývá využíváním expresivních forem terapie pro celkový rozvoj osobnosti dítěte s mentálním postižením. V širším kontextu chápe dramaterapii jako prostředek a cestu k pomoci při socializaci této skupiny. Více než čtrnáct let pracoval v zařízeních, která poskytují výchovu a vzdělávání dětem a mládeži s různým stupněm mentálního postižení.

K tématu této práce dospěl postupným vývojem. V prvotní fázi využíval prvky dramatické výchovy při sestavování různých besídek a při zájmových aktivitách. Právě při těchto aktivitách došel k poznání, že dramatická výchova je u dětí s mentálním postižením velmi oblíbená. Plně podporuje a vyhovuje jejich potřebám a dá se také přizpůsobit jejich naturelu a možnostem.

V průběhu času tato aktivita vyústila ve vznik divadelního souboru *Colaloka*, který sestavoval kompletní divadelní vystoupení. Během několika let se divadelní soubor dočkal i řady ocenění a pravidelně se zapojoval do celostátních přehlídek jako např. *Nejmilejší koncert*, vystupoval v doprovodném programu Mezinárodního filmového festivalu pro děti a mládež ve Zlíně atd.

Při vytváření představení docházelo i k cílenému hledání rolí na míru jednotlivým dětem, společné přípravě kulis, malování plakátů i všech dalších atributů divadelního představení. U dětí zapojených do těchto aktivit nastal pocit sounáležitosti, který se přenesl i do běžného života.

Autora zaujala myšlenka využití různých forem dramaterapie do dalších aktivit a také u řešení problematických situací. Vnímal výraznou prospěšnost tohoto konání a kladný vliv na klima ve skupině. Vychází z premisy, že pro jedince s mentálním postižením a pro jeho plnohodnotný život je důležité správné zvládnutí sebeobslužných a socializačních dovedností. Proto se také tématem využití dramaterapie, jako prostředku socializace, zabýval ve své bakalářské práci.

Rozpracoval několik praktických příkladů z praxe. Zaměřil se zejména na odbourávání strachu a zvládnutí zátěžových situací. V roce 2014 prezentoval výsledky své bakalářské práce na IV. teatroterapeutické konferenci v Olomouci.

Diplomová práce navazuje na bakalářskou práci z roku 2015 – *Dramaterapie jako prostředek socializace dětí s mentálním postižením v ústavní výchově*. V úvodní části jsou

popsány důvody vzniku diplomové práce, proč se autor zabývá využíváním prvků dramaterapie při nácviku sebeobslužných a socializačních dovedností. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy dramaterapie, socializace, sebeobsluha. Tato část je dělena do samostatných kapitol. Každá kapitola bude podrobněji popisovat jednotlivé pojmy.

Výzkumná část se bude zabývat návrhem metodiky postupů při stanovování možného postupu při práci s dramaterapií jako prostředku nácviku sebeobslužných a socializačních dovedností. Oblast nácviku sebeobslužných dovedností může být stěžejním prvkem v rozvoji jejich socializace. Práce se zaměřuje na základní dovednosti, jako jsou jídlo, hygiena, orientace.

Cílem práce je vytvoření metodiky pro rozvíjení sebeobsluhy u klientů s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní výchově, a je narušena jejich socializace. Na základě předvýzkumu mezi pečujícím personálem vybral autor zásadní problémy v rozvíjení sebeobsluhy dětí s mentálním postižením, které žijí v ústavní výchově. Na tyto problémy bude autor reagovat vytvořením metodiky dramaterapie, která bude sloužit k rozvíjení ve vybraných problémech. Diplomová práce má současně za úkol navrhnout jednotlivé metodiky, které jsou využitelné v běžných aktivitách a v základním sociálním prostředí klientů.

# 1 TERAPIE JAKO CESTA KE ZMĚNĚ

V této kapitole se autor zabývá nejprve obecnou charakteristikou terapeutických přístupů a obecných podmínek terapií, o které se bude opírat v praktické části své práce. V rámci terapií zde také zařazuje dramaterapii a objasňuje její ukotvení v paradivadelních systémech. V praktické části na tuto kapitolu navazuje využitím v teoretické části objasněných cílů, postupů struktury procesu a tyto dále využívá v každé z navrhovaných metodik postupů při nácviku sebeobslužných dovedností u dětí s mentálním postižením, které žijí v ústavní výchově. Důležitou částí této kapitoly je i vytváření vazeb mezi klientem a terapeutem, jako základní podmínky pro účinnou aplikaci metodických postupů, které jsou zpracovány v praktické části této práce.

Terapie je slovo řecko-latinského původu, které dle Müllera (2005) označuje funkce terapie – léčení, ošetřování, pomoc. Terapie je odborně vedená činnost, která má za cíl odstranění, nebo zmírnění potíží. Kratochvíl (2006, s. 13) uvádí, že: *„Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.“*

Vymezení terapeutických přístupů je možné z několika hledisek. Z hlediska přístupu expresivní terapie je možné definovat podle Valenty/Müllera (2007, s. 125) takto:

*„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tyto přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově znevýhodněných osob apod.). Přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce.“*

Podle New Therapy (2018) terapie zahrnuje tvorbu umění s cílem zvýšit povědomí o sobě a ostatních. To zase může podpořit osobní rozvoj, zvýšit schopnost zvládat a zlepšit kognitivní funkce. Je založen na osobních teoriích, vývoji člověka, psychologii, rodinných systémech a uměleckém vzdělávání.

Lechta (2010, s. 117) uvádí, že každá aktivita je v terapeutickém procesu využívána pro zlepšení interakce. Člověk dostává podněty a odpovědi, kterým může rozumět, dostává podporu při vytváření vlastních kompetencí jednání, při osvojování si hodnot.



Z psychoterapeutického úhlu pohledu podle Vítkové (2001, s. 13) je možné terapii charakterizovat takto: „*Lze také konstatovat, že ve všech terapiích, také v psychoterapiích se musí vždy vycházet z tělesných (neuronálních), emocionálních nebo kognitivních integračních procesů, které propojují, slučují a diferencují už získané zkušenosti s aktuálními zážitky. Kromě hmatového vnímání jsou zde ještě další smysly, jako vnímání pohybu, rytmu a rovnováhy, chuti, dotyku a vnímání sebe. Nakonec máme ještě distanční smysly – sluch, zrak, čich.*“

Terapeutické a psychoterapeutické metody mají za cíl najít prostředek, nebo cestu k řešení zakázky na zlepšení určitého stavu, nebo problému klienta. Všechny terapie mají svoji organizační formu. Práce probíhá s jednotlivcem – individuální terapie. Další formou je práce v menších skupinách – například ve dvojicích, v rodině a v neposlední řadě i ve skupině.

Osobnost klienta, který se zapojuje do terapeutických postupů, je další z faktorů, které určují úspěšnost, či neúspěšnost terapeutických postupů. Osobnost a její postoje a hodnoty, ale také především mentální a sociální možnosti, jsou podle autora často velkou překážkou při plnohodnotném využití dramaterapie jako prostředku nácviku sebeobslužných dovedností u dětí s mentálním postižením, které mají narušenu sociální interakci. Velmi specifickým problémem je právě osobnost klienta.

Beníčková (2011, s. 17) definuje osobnost člověka takto: „*Každý člověk je osobnost, která má vlastní prožívání, hodnoty, postoje a schopnost reakce na změnu (proměnu), která může být vyvolána díky terapeutickému působení.*“

Podle Müllera (2014, s. 31): „*Terapie závisí na věku, etiologii potíží a symptomech klienta, ale záleží na tom, zda se jedná o děti, dospělé či seniory a zda bude účelnější zaměřit se na odstranění příčin, negativních projevů aj. Mohou se např. zaměřovat na somatické, nebo naopak na psychické změny u klienta. Jejich cílem je léčba, jinými slovy, náprava stavu, ale také prevence a rehabilitace. Klient může dosáhnout nejen prospěšné změny, ale zároveň i zmírnění rizika vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáhá v úpravě směrem k žádoucímu společenskému stavu.*

Důležitým prvkem je odborná i osobní vybavenost terapeuta (jeho terapeutický přístup, prostředky práce, které by měly vycházet ze vzdělání a osvědčených zkušeností). Terapeut by měl být podle Válkové (2015, s. 33):

- motivován potřebnou pomocí, zodpovědný, mít proaktivní přístup,
- pokorný – nevysmívat se neznalosti pacienta. Neznalost může být způsobena následkem úrazu i choroby, je důležité si uvědomit, že pacient mohl být před úrazem i chorobou plně orientovaný a znalý. Pacienti vědomí si svého oslabení sledují každou reakci

terapeuta a nesou špatně jakékoliv náznaky, berou si osobně naše zamýšlení, povzdechnutí a výraz tváře,

- nezaujatý, neměl by se chovat direktivně a nadřazeně.

Vzájemný vztah terapeuta a klienta je velmi podstatným prvkem, který přispívá ke kladnému úspěchu terapie. Budování takového vztahu hned od počátku klade vysoké nároky především na profesionalitu, empatii a osobnost terapeuta. Klient na počátku každé terapie přichází většinou s nedůvěrou a jen velmi postupně ji získává. Z hlediska klienta s mentálním postižením a sociální kompetencí, kterou narušuje ústavní výchova a neschopnost uzavírání trvalejších sociálních a vztahových vazeb, je vytváření takových vztahů velmi náročné.

Vzájemný vztah terapeuta a klienta dále rozpracovává i Křížková (in Muller 2014, s. 44), kde uvádí, že tento vztah je postavený na oboustranné důvěře, vzájemném respektu a dodržování pravidel. Nemělo by se stávat, že klient nebo terapeut dají přednost jiné aktivitě a nedorazí na sezení.

Při tvorbě a rozvoji vztahu klienta a terapeuta může docházet i k vytváření nežádoucích vztahů a procesů, což je jedním z hlavních důvodů, proč musí být terapeut odborně i kvalitně lidsky vybavený. Terapeut musí rozpoznat hranici, kdy dochází k negativním konotacím a včas jim předcházet vhodnou formou.

Winnicot (2016, s. 23) uvádí, že: *„Psychická závislost na psychoterapeutovi či psychoterapeutce, kterou někteří pacienti prožívají v rámci svých terapií, je jimi samými často chápána a popisována jako velmi obtížná až bolestivá věc. Závislost na terapeutovi přitom můžeme chápat jako komplexní soubor prožitků a pocitů klienta – může jít o pocit, že bez svého terapeuta není možné učinit jediné rozhodnutí; o strach z toho, že terapeut nemusí být v budoucnu z různých důvodů dostupný (například z finančních důvodů pacienta, kvůli změně místa terapeutova bydliště nebo jeho nemoci a podobně); o silný emoční vztah k terapeutovi, který klientovi může narušovat jeho vlastní soukromý život atd.*

Určení hranice, kdy vzniká nežádoucí vztah mezi klientem a terapeutem, je velmi obtížné. Často vzniká závislost, která následně znemožňuje kvalitní a plnohodnotné pokračování terapie. Taková terapie následně nedosahuje svého cíle a může naopak přispět k prohloubení problému a k vytváření nových patologických jevů u klienta.

Taylor (2016) ve svém článku v on line časopise Independent popisuje nerovnoměrný vztah klienta a terapeuta tak, že někteří terapeuti to považují za potenciální „sílu za dobro“ – tvořivý analytický nástroj, pomocí něhož lze vyřešit hluboké problémy, ostatní využijí své schopnosti, aby se tomu vyhnuli.

Terapie členíme podle obecných cílů a postupů, dělení probíhá podle oblasti, na kterou se zaměřujeme, a to na kauzální, symptomatickou a paliativní terapii. Jejich význam objasňuje Müller (2014) takto: Terapie mohou být členěny také podle obecných cílů. Rozlišujeme tyto terapeutické postupy:

- kauzální – zaměřené na příčinu nemoci (poruchy),
- symptomatické – zaměřené na projevy nemoci (poruchy),
- paliativní – nejde o terapii v pravém slova smyslu, zaměřuje se zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného.

Další možnou formou rozdělení a definování terapií je kategorizování podle použitých terapeutických prostředků. Takové dělení ve speciální pedagogice do pěti základních skupin uvádí Müller (2007, s. 25):

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorická terapie,
- expresivní terapie (arteterapie),
- terapie s účastí zvířete.

Dramaterapie se řadí mezi expresivní terapie, v širším slova smyslu je také arteterapií. Arteterapie má mnoho různých podob – muzikoterapie, arteterapie v úzkém slova smyslu, biblioterapie, poetoterapie, taneční a pohybová terapie psychodrama, sociodrama, psychogymnastika a teatroterapie.

Všechny tyto pojmy se mohou po laika zdát velmi podobné, avšak každá z uvedených terapií je naprosto jedinečná a má své zcela nezaměnitelné postupy, prostředky, metody i cíle. Dramaterapii řadíme mezi paradivadelní systémy – tedy systémy využívající divadla a divadelních postupů.

## 1.1 Paradivadelní systémy

Paradivadelní systémy však používají divadla a divadelních postupů k jiným než divadelním účelům. Podle Valenty (2007, s. 11) je hlavní smysl paradivadelních systémů následující: „*Účel nesleduje prvotně estetický zážitek ani uměleckou hodnotu. Jeho cílem je praktičtější využití dramatu. Paradivadelní systémy se rozdělují na edukační a terapeutické povahy.*“

Cílem není tedy samotné divadlo, ale proces, který má svůj účel. Paradivadelními systémy edukační povahy jsou zejména dramatická výchova a divadlo ve výchově. Systémy terapeutické povahy jsou sociodrama, psychodrama, teatroterapie a dramaterapie.

O účelu a cíli paradivadelních systémů se Valenta (1995, s. 3) vyjadřuje takto: *„Jejich účelem není tvarování estetizované divadelní zprávy, ale využití prvků divadelnosti k dosažení určitých žádoucích pozitivních změn ve struktuře osobnosti člověka. Fixovaný divadelní tvar či produkt může být v tomto případě prostředkem, leč zřídka cílem. Rozhodující je sám proces vesměs improvizované hry.“*

Zakladatelka dramaterapie S. Jenningsová, uvádí, že *„paradox dramaterapie tkví v tom, že navození odstupu nás přivede blíž... Takže nakonec ve slavném příběhu všichni nalezneme svůj příběh“* (Hickson, 2000, s. 22).

Na dramaterapeutické konferenci v květnu 2005 v Olomouci, se M. Valenta pokusil o vymezení definice paradivadelních systémů terapeutické povahy z různých pohledů.

### **Dramaterapie je:**

- Součást aplikované psychologie-psychoterapie, součást speciální léčebné pedagogiky, nebo zcela samostatný obor interdisciplinární povahy.
- Jedna z disciplín arteterapie v širším významu.
- Expresivní, popř. činnostní terapie.
- Nonverbální terapie.
- Terapeuticko-formativní disciplína.
- Jeden z paradivadelních systémů terapeutické povahy (psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, psychomelodrama, satidrama, teatroterapie).
- Paradivadelní systém edukační povahy (výchovná dramatika, dramatická výchova, DIE) a divadlo ve výchově (TIE).

#### **1.1.1 Paradivadelní systémy edukační povahy**

##### **Dramatická výchova**

Dramatickou výchovu využívají pedagogové při výuce ve stále větší míře. Její obliba rostla od konce minulého století a je chápána jako doplněk společenských předmětů. Některé základní školy ji dokonce uvádějí i jako volitelný předmět. Je využívána i v různých mimoškolních aktivitách, kroužcích a je to také předmět v Základních uměleckých školách.

*„Dramatická výchova může být zájmovou činností, vedoucí většinou k veřejné produkci (divadelní, loutkářské, přednesové), nebo samostatným školním předmětem s esteticko-*

výchovným a uměleckým akcentem. “ Tato výchova může být metodou výuky různých předmětů. Může rozvíjet osobnost dětí i mladých lidí a může pomoci k osvojení si obecně lidských dovedností – komunikativních, kontakto­vých. Dramatická výchova může rozvíjet osobnosti v profesionální přípravě na povolání založených na kontaktu s druhými lidmi jako např. učitelé, lékaři, manažeři a další. Může být i psychoterapií nebo socioterapií (Machková, 1999, s. 92).

Její obliba je také rostoucí díky možnosti využití při různých prezentačních akcích škol, školských zařízení. Tyto veřejné produkce poté kladně ovlivňují názor společnosti na danou instituci a přispívají i k její propagaci.

E. Machková (1992, s. 9) dodává: „Dramatická výchova může být zájmovou činností, vedoucí většinou k veřejné produkci (divadelní, loutkářské, přednesové), nebo samostatným školním předmětem s esteticko-výchovným a uměleckým akcentem.“

### **Divadlo ve výchově**

Na rozdíl od dramatické výchovy je u divadla ve výchově akcentován cílený akcent na určité skupiny, nebo problémy.

„Odpovídající anglický termín je *Theatre in Education (TIE)*. Podstatou je divadelní představení hrané většinou profesionálními herci, které je zaměřeno na vzdělávací a výchovné (popř. u ohrožené skupiny mládeže i sociálně preventivní) cíle. Některé soubory TIE dovolují žákům vstupovat do připravených rolí na scénu (tzv. *Participation Theatre*) a variovat tak částečně děj i obsah představení. Po představení většinou následuje rozbor obsahu hry a reflexe žáků společně s herci souboru.“ (Valenta, 2007, s. 13)

Nejčastější formou tohoto divadla je participační divadlo. Participační divadlo má jasnou a definovanou strukturu děje i charakter­y postav. V určité chvíli vstupuje aktivně do hry i divák, který v určité míře může ovlivnit i děj. Divák je v principu kolektivní postava, která se vyskytuje v ději, ale vlastní děj může ovlivnit jen v malé míře. Zásadní je pocit spoluúčasti diváka. Většinou bývá zahrán děj s otevřeným koncem, nebo se „špatným“ koncem, a následuje rozbor představení, případně hledání jiných možných konců. V České republice se s divadlem ve výchově, primárně zaměřeným na konkrétní vzdělávací a výchovné cíle, setkáváme pouze ojediněle. V dramaturgiích divadel však můžeme nalézt i hry, které jsou cíleně zařazovány jako pomůcka při výchově. Vzhledem k nemožnosti následné reakce diváků je přesah těchto her jen sekundární, především sledují záměr umělecký, takže je nemůžeme řadit do paradivadelních systémů.

## 1.1.2 Paradivadelní systémy terapeutické povahy

### Psychodrama

Psychodrama je dramatická improvizace zaměřená k terapeutickým účelům. Klient prostřednictvím dramatizace sděluje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii. Založil ji J. L. Moren a definoval pět základních prostředků, které psychodrama využívá:

- Jevišťe,
- klienta jako protagonistu představujícího na jevišti především sebe sama,
- režiséra – terapeuta,
- pomocné herce,
- publikum.

Cílem psychodramatu je řešení určitého problému (zakázky) klienta. Pomáhá pochopit problém z více stran a vytváří model skutečnosti s využitím aberačních prvků. Psychodrama využívá velkého množství technik. Mezi nejzákladnější patří hraní vlastní role, sebe prezentace, monolog, výměna rolí, dublér, alter ego, zrcadlo atp. Z psychodramatu postupem času vzniklo i několik dalších terapeutických přístupů, které staví na jeho základu. Jedná se například o satidrama, figurativní psychodrama, Pessu terapie, psychomelodrama (Valenta, 2007).

### Sociodrama

Zakladatelem sociodramatu, stejně jako psychodramatu, je J. L. Moreno. Psychodrama a sociodrama využívají v mnoha ohledech shodných terapeutických přístupů. Základní rozdíl spočívá v zaměření – zatímco psychodrama řeší problémy jednotlivce, sociodrama se zabývá problémem skupin. Cílem tedy není pomoc jednotlivci, ale celé definované skupině. Sociodrama řeší společný jmenovatel skupin a napomáhá jeho nápravě, nebo uvolnění negativních projevů.

### Teatroterapie

Teatroterapie je hraniční paradivadelní systém – spojuje prvky edukační i terapeutické. Cílem je proces vytváření divadelního představení. Každý se na přípravě představení podílí svou dílem – podle schopností a dovedností. Právě tato příprava dává možnost podílet se např. na úpravě scénáře, výrobě kulís, masek, přípravě plakátů, pozvánek i vlastní divadelní produkci.

Podle M. D. Polínka je: „*Expresivní terapeuticko-formativní přístup spočívající v celkové přípravě divadelního tvaru a jeho následné prezentaci před diváky s terapeuticko-formativním*

*cílem, jehož účastníky jsou zpravidla jedinci se specifickými potřebami.*“ (Polínek in Müller a kol., 2014, s. 167).

Teatroterapie je využívána například při workshopu „Pojďme sčítat jablka a hrušky,“ který je každoročně pořádán ve Zlíně.

Důležitost nalezení a definování cíle shrnuje M. D. Polínek takto: *„Právě definování cílů teatroterapie markantně vymezuje od dalších kreativních terapií; a to především v jakési dvojakosti těchto cílů. Zatímco většina kreativních terapií se vyznačuje prostředky uměleckými a cílem terapeutickým, můžeme u teatroterapie vysledovat též umělecký záměr v konečném efektu.*“ (Polínek in Müller a kol., 2014, s. 186)

## **1.2 Dramaterapie**

Vlastní definování dramaterapie je velmi obtížné. Tento terapeutický obor je stále velmi mladý a živý. Používaná terminologie je pořád ve vývoji. Terminologie i definice se v mnohém doplňují, a to zejména na základě poznání a také celospolečenského vývoje. Pro skutečné poznání a definování tohoto pojmu je nutné prostudovat více zdrojů, které se o definici snaží.

K nejstarším, ale stále platných definicím patří také definice The British Association for Dramatherapists z roku 1979.

*„Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.*“ (in Valenta, 2011, s. 23)

Dramaterapie využívá možnosti přenesení od svého problému do jiného světa a získáním následného nadhledu přispívá k řešení daného problému. Využívá v dětství získanou potřebu hry, kterou v proměnách času člověk zapomněl. Dramaterapie umožňuje přenést se mimo vlastní problém, čas a všechny definované okolnosti.

Kalifornská dramaterapeutka Emunahová (2005) uvádí, že: *„Pod maskou hry předstíráme, že můžeme – jednou provést – jednat novým způsobem. Drobná vzdálenost od skutečného života, kterou nabízí drama, nám umožňuje získat perspektivu našich skutečných rolí a vzorů a akcí a aktivně experimentovat s alternativami.*“

Z tuzemských autorů můžeme citovat definici Valenty: *„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající se ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně-sociálního růstu a integrace osobnosti.*“ (Valenta, 2011, s. 23)

U nás se o vymezení obsahu dramaterapie pokusila Asociace dramaterapeutů České republiky, která uvádí:

*„Dramaterapii lze definovat jako psychoterapeutický přístup využívající divadelních prostředků pro nalezení příznivé rovnováhy v oblasti duševní a tělesné nebo ve vztazích či se záměrem osobního rozvoje. Těžištěm dramaterapie je proces spojený s prožitky tvorby založené na metafoře, fantazii, projekci, interakcích a skupinové dynamice, prostřednictvím něhož dochází k propojení rovin emocionální, racionální, smyslové a somatické. Tím se řadí mezi tzv. expresivní terapie.“* (Asociace dramaterapeutů České republiky, online, 2014)

Uvedené definice spojuje popis základních prvků a poslání, které plní dramaterapie v terapeutickém procesu. Dramaterapie je především forma terapeutické intervence, která má za cíl pozitivně ovlivnit kvalitu života a zároveň podpořit jedince ve snaze o překonávání problémových situací a jevů.

*Mezi dalšími prostředky dramaterapie lze jmenovat mimická a řečová cvičení, dramatickou hru, verbální hru a hru v roli, scénář, mýty a příběhy, práci s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutkovou a maňáskovou hru, pohyb, pantomimu, hru s objekty a kresbu.* (Müller, 2005)

Na dramaterapeutické konferenci v květnu 2005 v Olomouci, se M. Valenta pokusil o vymezení definice paradivadelních systémů terapeutické povahy z různých pohledů.

### **Dramaterapie je dle Valenty:**

- součást aplikované psychologie-psychoterapie, součást speciální, léčebné pedagogiky, nebo zcela samostatný obor interdisciplinární povahy,
- jedna z disciplín arteterapie v širším významu,
- expresivní, popř. činnostní terapie,
- nonverbální terapie,
- terapeuticko-formativní disciplína,
- jeden z paradivadelních systémů terapeutické povahy (psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, psychomelodrama, satidrama, teatroterapie),
- paradivadelní systém edukativní povahy (výchovná dramatika, dramatická výchova, DIE) a divadlo ve výchově (TIE).

#### **1.2.1 Formy dramaterapie**

Improvizace je základní jednotkou, kterou využívá dramaterapie ve všech svých formách. Podle R. Emunah (1994) rozlišujeme tři typy a improvizací:



- a) *Plánovaná improvizace, kdy klient dopředu rozhoduje, jaké místo v improvizaci zaujme a improvizace je silně strukturovaná., klient má velmi málo času na seznámení se s rolí a často je výsledek dopředu neznámý.*
- b) *Neplánovaná improvizace, která se dopředu neplánuje, ale klient má okamžitou možnost volby, zda vstoup do určité role přijmout, či nepřijmout.*
- c) *Nepřipravená improvizace je zcela mimo plán a záměr terapeuta a klient dopředu nepředvídá roli ani situaci. Plynule přechází z jedné scény do druhé.*

### **1.2.2 Dramaterapeutický proces**

Z hlediska dramaterapeutického procesu je chápán klient jako základní prvek. Na míře jeho přístupu, osobní připravenosti i lidské vybavenosti je úspěch dramaterapie přímo závislý. Klienta chápeme jako základ celého procesu.

Dramaterapie nabízí terapeutovi i klientovi různé možnosti, a to i s ohledem na všechny tyto vnitřní i vnější determinanty. Na počátku je tedy důležité poznání klienta terapeutem, pevné stanovení cíle a optimální volba prostředků. Z tohoto hlediska je velmi důležitý vztah klienta a terapeuta a odbornost terapeuta.

*„V porovnání s ostatními divadelně-terapeutickými postupy má dramaterapie nejširší klientelu. Největší skupinu tvoří mentálně postižení jedinci, další nejfrekventovanější skupinou jsou klienti s psychickou diagnózou, mladí lidé se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež s jinými poruchami chování či mládež psychosociálně ohrožená, jedinci ohrožení či trpící sociálním vyloučením, jedinci ve výkonu trestu a jedinci v postpenitenciární péči a v neposlední řadě také gerontologičtí klienti.“ (Valenta, 2011, s. 38)*

Využití dramaterapie je možné v celém spektru populace. Dramaterapie je vhodný prostředek pro řešení mnoha zakázek klienta. Až na výjimky je dramaterapie vhodná pro všechny lidi.

Určujícím a hlavní prvkem je vždy klient. Na základě požadavků klienta je terapeutem vhodně zvolena metoda nebo technika dramaterapie. Terapeut musí brát ohled na požadavky a potřeby klienta.

Cíle dramaterapie specifikovala významná americká dramaterapeutka R. Emunah. Její poznatky cituje ve svém díle M. Valenta (2011). Emunah stanovuje nespécifické cíle. Mezi nejdůležitější úkoly dramaterapie patří podpora zvyšování sociální interakce, podpora interpersonální inteligence – jde o zlepšení schopnosti člověka vnímat okolí, poznávat jeho nálady a potřeby a zejména o podporu socializace a schopnosti kooperace a začlenění do společnosti.

*„Hlavním cílem je redukce tenze, rozvoj empatie, tvořivosti, fantazie, kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integraci osobnostních vlastností, rozvíjení sebevědomí, sebeuvědomění, vytváření pocitu zodpovědnosti a samostatnosti, úprava reálné aspirace a nácvik sebeovládání.“ (Majzlanová, 2004, s. 32)*

Improvizace je nedílnou a velmi důležitou součástí dramaterapie. Při improvizaci můžeme vystihnout a reagovat na každodenní prožitky a životní události. Zcela nepochybně tak vyhovuje více než nějaké pevněji stanovené a strukturované techniky. Improvizace má možnost co nejlépe připravit klienta a vnímat jeho potřeby a schopnost přizpůsobit se na měnícím se podmínkám. Pro terapeuta pak navíc umožňuje uvolnění rukou při používání technik a metod a podporuje spontaneitu. Podle Emunah se rozlišují následující typy improvizací:

- **Plánovaná improvizace**, kdy se klient dopředu rozhoduje, jaké místo v improvizaci zaujme, improvizace je silně strukturovaná, klient má ale velmi málo času na seznámení s rolí a často je výsledek výstupu dopředu neznámý.
- **Neplánovaná improvizace**, kde má klient okamžitou možnost volby, zda určité role přijmout, či nepřijmout.
- **Nepřipravená improvizace** je zcela mimo plán a zámět terapeuta a klient dopředu nepředvídá roli, ani situaci, plynule přechází z jedné scény do druhé. (Emunah, 1994 in Valenta, 2011, s. 41)

### 1.2.3 Stanovení cílů

Formálně není možné stanovit přesná pravidla pro přípravu a výstavbu dramaterapeutického sezení. V četnosti sezení je nejčastěji používaný systém jednoho až dvou terapeutických setkání po 1,5 h týdně.

Majzlanová (in Fudaly, 2003) považuje za základní cíle v dramaterapii pomoc klientům k rozvoji empatie, tvořivosti, fantazie, k odblokování komunikačního kanálu, k integraci osobnostních vlastností, k rozvíjení sebeuvědomění, vytvoření pocitu zodpovědnosti a samostatnosti v nácviku k ovládání.

Stanovování cílů je důležité při plánování sezení z pohledu terapeuta. Terapeut při něm musí zhodnotit následující otázky:

- cíle vzhledem ke skupině – prostor, vztah a důvěra ve skupině, komunikační schopnosti,
- cíle instituce – co instituce očekává od naší aktivity,
- cíle skupiny k sobě samému – co sama skupina očekává od sezení,
- moje cíle k sobě samému – odbornost, dosažené výsledky, odborný náhled.

*„Otázka struktury kreativního dramatu může být chápána v kontextu organizování běžného života, který má v podstatě dramatickou strukturu. Nevědomě vnímáme sebe i ostatní v konsekvenci scén a epizod s poměrně lehce předvídatelnou strukturou.“* (Jenings in Valenta 2007, s. 97)

Cíle v dramaterapeutickém procesu můžeme stanovovat buď specificky – směřující k nápravě určitého a jasně definovaného problému, ale také nespecificky. Nespecifické cíle jsou takové cíle, které sekundárně sledujeme a rozvíjíme při dramaterapeutických postupech. Tyto cíle shrnula jedna z nejdůležitějších amerických dramaterapeutek Emunahová v roce 1994 (in Valenta, 2011) takto:

- zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence,
- získání schopnosti uvolnit se,
- zvládnutí kontroly svých emocí,
- změna nekonstruktivního chování,
- rozšíření repertoáru rolí pro život,
- získání schopnosti spontánního chování,
- rozvoj představivosti a koncentrace,
- posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování interpersonální inteligence,
- získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení a schopnosti.

Volba správné techniky je v dramaterapii velmi důležitá. *„Volba techniky by měla respektovat i osobnost jednotlivých klientů. Nebude-li tato podmínka respektována, nemůže dojít k autentickému setkání lidských bytostí.“* (Corey, Corey, Callanan, Russel, 2006, s. 24)

#### **1.2.4 Struktura dramaterapeutického procesu**

Dramaterapeutická aktivita se dá ohraničit několika body, které musí skupina společně s terapeutem absolvovat. Dle Valenty (2011, s. 149) jsou to následující:

##### **1) Pozdrav terapeuta se skupinou**

Během první fáze jde o navázání kontaktu mezi terapeutem a jednotlivým klientem. Důležitou částí této fáze je pozdrav, seznámení s připravovanou aktivitou, terapeut zjišťuje aktuální rozpoložení jednotlivců. Optimální je v této části sedět v kruhu – ten je symbolem jednoty skupiny

## **2) Rozcvička, zahřívací cvičení**

Cílem rozcvičky je především fyzické uvolnění celého těla, správné prodýchání. Tato část má za cíl připravit klienta na další aktivity tak, aby byl uvolněn a v dobrém psychickém i fyzickém rozpoložení.

## **3) Otevření hracího prostoru**

Klienti vstupují na scénu – zde je optimální místo pro rituál jednotlivce, nebo i skupiny. Oblíbenou je například kouzelná opona, za kterou je imaginární svět plný různých fantastických věcí, zvířat a dějů.

## **4) Nastartování hry**

Po otevření hracího prostoru prostřednictvím rituálu musí při nastartování hry dbát terapeut na zařazení každého impulsu do probíhající improvizace. Terapeut buduje improvizaci vyváženě v duchu ontogenetického schématu.

*Pohyb – zvuk – obraz – postava – verbální exprese*

V této části je důležité zejména pozorně vnímat a pomáhat překonávat případný vnitřní odpor klienta k práci ve skupině a odbourávat předsudky. Klient bez větších obtíží akceptuje první tři body – víceméně mechanické rozcvičky a rituály. Nastartování hry často určuje úspěšnost a naplnění celého procesu.

## **5) Hlavní část sezení**

V této části probíhá vstup do role – personifikace, dále pokračuje hra v roli – ta je strukturovaná. Tato sebou přináší situaci společnou pro celou skupinu. Nestrukturovaná hra v roli – ta zpracovává několik situací současně. Pro začátek je doporučena nejprve forma ve dvojicích – až poté v menších i větších skupinách. Vyvrcholením celé lekce má být spolupráce celé skupiny.

## **6) Uzavření sezení**

Zde se opět uplatňuje prvek rituálu, který je pro dramaterapii tak důležitý. Valenta (2011) doporučuje například dramatickou rekapitulaci v kruhu, nebo lze opětovně použít kouzelnou oponu, do které se vše zabalí a odešle do imaginárního světa-nesvěta. Hlavním cílem této fáze je uklidnění klienta a pomoc při přechodu z hraní do běžného-reálného života.

## 2 SOCIALIZACE

V této kapitole diplomové práce se autor zabývá socializací, kterou definuje, zabývá se jejím procesem a stupněm socializace. Dále se věnuje aktuální problematice společného vzdělávání v širší podobě, s důrazem na podmínky a faktory inkluzivního vzdělávání. V další části se věnuje rozdílu v socializačních procesech v ústavní a rodinné výchově.

Důležitou částí je především vliv sociálního prostředí na vývoj klienta s mentálním postižením, proto je v této kapitole porovnáván rozdíl mezi ústavní a rodinnou výchovou a objasněna specifika i problematická místa obou rozdílných výchovných prostředí. V poslední podkapitole se autor věnuje sebeobslužným dovednostem, jejich rozvoji a přímému vlivu na proces socializace klientů s mentálním postižením.

V praktické části na tuto kapitolu navazuje využitím v teoretické části objasněných procesu a stupně socializace jako pokladu při stanovování navrhovaných metodik postupů při nácviku sebeobslužných dovedností u dětí s mentálním postižením, které žijí v ústavní výchově.

Pojem socializace výstižně charakterizuje následující definice: „*Lidský jedinec přichází na svět jen jako potenciální člověk. Člověkem se stává v procesu socializace, jehož výsledkem je získání specificky lidských způsobů psychického reagování, vnímání, myšlení, cítění a konání, tedy osvojení si vlastností, které mu umožňují život ve společnosti.*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 49)

Z velkého množství definic socializace a procesu socializace autor jako nejvýstižnější zvolil definici sociologa Jana Kellera, který zni: „*Proces socializace je univerzálním kulturním prostředkem k zajištění kontroly chování a myšlení členů společnosti. Jeho cílem je zformovat bytost, která se bude i o samotě chovat tak, jako by byla pod stálým dohledem ostatních členů společnosti.*“ (Keller, 1995, s. 32)

Podle Výrosta a Slaměníka (2008, s. 49) je socializace proces osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem a plné přizpůsobení se společenskému životu.

Shrnutí pojmů socializace a socializační proces se zabývá následující definice: „*Socializaci je možno pojmut, jako souhrn procesů vzájemné interakce mezi společností a jedincem, kdy se jedinec postupně prostřednictvím interiorizace a exteriorizace začleňuje do společnosti, přijímá sociální role a zaujímá sociální pozice. Výsledkem socializačního procesu by měl být jedinec schopný adaptace, adjustace a sociální dezirability a mělo by jít o osobnost sociálně zralou.*“ (Trpišovská, Vacínová, 2007, s. 69).

Socializace je pro člověka proces, který výrazně ovlivňuje kvalitu jeho života. Zároveň je to proces, který probíhá z velké části v období dětství. Socializace nám určuje vzorce správného chování, společenské normy, zvyky a vůbec vše, co daná společnost považuje za správné. Proces socializace dítěte člení Geist (1993) na následující etapy:

- 1) etapa, v níž se dítě identifikuje s matkou a nachází tak stabilitu vztahů ve společnosti,
- 2) etapa, v níž se dítě snaží osamostatnit, najít své místo v síti sociálních vztahů, a v níž se vytváří základ vlastností jedince a jeho hodnot,
- 3) etapa, v níž se dítě začleňuje do širších sociálních vztahů a systému sociálních rolí, které již nejsou vymezeny pouze životem v rodině, ale vstupem dítěte do dalších sociálních skupin (Geist, 1993, s. 145).

## **2.1 Socializace u osob s mentálním postižením**

Socializace osob s mentálním postižením je determinována mnoha faktory. Zásadní vliv na proces socializace má hloubka postižení a jeho případné kombinace. Mezi zásadní faktory pak můžeme počítat i to, zda dítě vyrůstá v rodinném prostředí, nebo v zařízení pro výkon ústavní výchovy. Ve společnosti se různí názory na to, zda je rodina dostatečně kompetentní pro výchovu dítěte s mentálním postižením.

Lidé s mentálním postižením mají stejné sociální potřeby jako lidé bez mentálního postižení. Odlišnosti a individuální specifika mohou nastávat v oblasti porozumění situacím a zážitkům blízkosti s druhými (Solovská, 2013, s. 142).

Proces socializace bývá u osob s handicapem ztížen druhem a mírou postižení. Dalším důležitým vlivem je fakt, zda žije osoba s mentálním postižením v rodině, nebo některém z druhů ústavní výchovy. Podle Novosada jsou stupně socializace tyto:

### **1) Integrace**

Tento stupeň socializace znamená úplné začlenění a splynutí postiženého jedince se společností. Předpokládá jedincovu samostatnost a nezávislost na okolí. Jeho postižení se natolik nerozvinulo, nebo se s ním jedinec zcela vyrovnal a dokázal kompenzovat jeho následky, aby byl schopen plnit všechny funkce vyplývající ze socializace a stal se tak rovnoprávným partnerem ve všech oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění i společenského života. Integrace je většinou úspěšná například u opožděných nebo zanedbaných dětí, u lehčích forem postižení nebo při postižení získaném, kdy měl jedinec vytvořené dobré sociální vztahy před vznikem handicapu.

## 2) **Adaptace**

Adaptace označuje již nižší stupeň socializace a jedná se o schopnost jedince s postižením se pouze přizpůsobit sociálnímu prostředí, přičemž záleží na osobnosti jedince a jeho potřebách, do jaké míry se dovede začlenit do prostředí a nakolik je prostředím plně akceptován. Tohoto stupně socializace je většinou dosahováno u postižení těžšího typu, jako jsou smyslové vady, somatické postižení, autismus, lehká mentální retardace, epilepsie, astma, kardiovaskulární choroby atd. Projevy těchto postižení působí na osobnost jedince, který v důsledku toho může trpět nízkým sebehodnocením, což komplikuje výchovný i socializační proces a navozuje tak počátek sociální izolace a znesnadňuje jeho společenské i pracovní uplatnění. Ve vzdělávacím procesu je u těchto jedinců nutné kombinovat porozumění, pozitivní motivaci s důsledností a systematickým rozvojem zachovalých nebo kompenzujících funkcí, schopností a dovedností. Hlavním cílem je dosažení optimální míry sociální samostatnosti.

## 3) **Utilita**

Utilita je stupněm již jen pouhé sociální upotřebitelnosti jedince s postižením. Tento stupeň se vyskytuje např. u jedinců s kombinovanými vadami, jenž nedokáže být samostatný a je v mnoha oblastech závislý na pomoci jiných lidí. V důsledku svého postižení se nemůže úplně socializovat a žít zcela samostatný život.

## 4) **Inferiorita**

Nejnižším stupněm socializace je inferiorita, která označuje stav, kdy je jedinec s postižením vyčleněn ze společnosti a je plně odkázán na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování základních životních potřeb, v čemž je zcela nesoběstačný. U tohoto stupně lze říci, že se sociální vztahy nemají možnost vůbec vytvořit, a proto dochází k segregaci, vyloučení ze společnosti.

K podpoře socializace osob s mentálním postižením do společnosti přispívá i současný trend inkluzivního vzdělávání. Inkluze má za cíl podpořit integraci osob s mentálním postižením do života společnosti prostřednictvím společného vzdělávání.

Průcha (2009, s. 104–107) uvádí v Pedagogickém slovníku inkluzivní vzdělávání jako: *„Vzdělávání začleňující všechny děti do běžných škol. Podstatou je změněný pohled na selhání dítěte v systému, resp. selhání vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který není dostatečně otevřený k potřebám jednotlivce. Za klíčový impulz pro rozvoj inkluzivního vzdělávání je považována Deklarace konference v Salamance (1994), vycházející z přesvědčení, že ‚běžné školy‘ by měly vzdělávat*

*všechny děti bez ohledu na jejich fyzické, intelektuální, emocionální, sociální, jazykové nebo jiné podmínky.“*

Společné vzdělávání sebou nese řadu kladných i záporných vlivů. Zejména klade velké nároky na činnost pedagogů a přípravu vyučovacího procesu. UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization ve zprávě Závěry a doporučení ze 48. zasedání Mezinárodní konference Inkluzivní vzdělávání: Cesta budoucnosti“, které se konalo v roce 2008 v Ženevě, popisuje inkluzi následovně: ... „*inkluzivní vzdělávání je pokračujícím procesem zaměřeným na nabídku kvalitního vzdělání pro všechny, při respektování rozmanitosti a odlišných potřeb a schopností, charakteristik a studijních očekávání studentů a komunit a eliminování všech forem diskriminace.*“ (UNESCO-IBE, 2008, s. 3).

Irina Boková (2012), ředitelka mezinárodní konference UNESCO, uvádí na oficiálním webu organizace, že UNESCO usiluje o to, aby zdraví a vzdělání nebylo výsadou vyvolených, ale bylo otevřeno všem. Podle Bokové nestačí, abychom byli navzájem propojeni, je třeba také sdílení našich řešení, našich zkušeností a snů v jedné velké komunitě, podporované lidskými právy a základními svobodami.

Pro úspěšné společné vzdělávání jsou důležité i mnohé faktory, které mají přímou úměrou vliv na jeho úspěšnost. Bazalová (2012, s. 135) je charakterizuje především jako souhrn opatření v těchto oblastech:

- finanční prostředky (na asistenta pedagoga, materiální zařízení školy, kurzy),
- materiální vybavení (pomůcky, bezbariérové prostředí),
- personální vybavení (speciální pedagog, asistent pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě),
- postoje pedagogů vycházející z adekvátní informovanosti,
- postoje spolužáků vycházející z adekvátní informovanosti,
- postoje rodičů žáků,
- vůle zainteresovaných stran,
- dostačující podpora poradenských zařízení.

## **2.2 Sociální percepce**

*„Pojem sociální percepce (resp. Sociální poznávání či sociální kognice) vyjadřuje fakt, že naše poznání je ovlivňováno a spoluvytvářeno sociálními faktory. Percepční organizaci je vždy nutné chápat v rámci sociálního kontextu daného jedince. V průběhu socializace totiž člověk přejímá a získává nejrůznější kognitivní schémata, skrze které interpretuje jak okolní*



*fyzikální svět, tak také svět lidí. Tato kognitivní schémata se podílejí na budování subjektivní reality každého jedince, skrze kterou vnímá okolní svět.*“ (Urbanovská, Škobrtal, 2012, s. 35)

U jedinců s mentálním handicapem a u osob žijících v ochranné a ústavní výchově je možnost sociální percepce vážně omezena.

*„Nedostatečná sociální podpora může naproti tomu způsobit, že dopady na psychický vývoj budou těžší nebo se objeví v sociálním chování a pak negativně působí na vývoj osobnosti.*“ (Bartoňová, 2005, s. 143)

### **2.3 Faktory ústavní výchovy**

*„Do zařízení jsou umísťovány i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami řeči, popřípadě více vadami, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova nebo nařízeno předběžné opatření, pokud stupeň zdravotního postižení neodpovídá jejich umístění do zařízení sociálních služeb nebo specializovaného zdravotnického zařízení.*“ (Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, online, 2014)

Podle Vocilky (1999) patří mezi nejčastější důvody pro zařazení dítěte do ústavní a ochranné výchovy a jeho následné umístění do dětského domova například týrání, sexuální zneužívání, sociokulturní zanedbanost, prostituce matky, trestná činnost rodičů, alkoholismus či jiné závislosti rodičů, záškoláctví, výrazný neprospěch, nerespektování autorit atd. Ve valné většině jednotlivých případů se výše uvedené problémy kumulují a jsou vzájemně provázány.

Podle Matouška a Kroftové (2003) jsou do zařízení ústavní a ochranné výchovy děti umísťovány buď rovnou z rodin, nebo také z předešlých zařízení na základě rozhodnutí příslušného soudu. Děti s postižením mohou být zařazeny do dětských domovů, různých zařízení sociálních služeb nebo zdravotnických odborných zařízení.

Zákon č.109/2002 sb. O výkonu ústavní výchovy, nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních stanovuje, že: *„Ústavní výchova má jistě svá pozitiva mezi, která řadíme zejména: odbornou připravenost a vzdělanost zaměstnanců, zkušenost, kvalitní materiální zázemí, možnost využití různých kompenzačních pomůcek a využívání spektra terapeutických postupů.*“

Zákon definuje cíl těchto zařízení, jako poskytnutí náhradní výchovné péče, a to v zájmu jeho zdravého vývoje, vzdělávání a výchovy. Klientům je také poskytováno komplexní zajištění uspokojení jejich základních životních potřeb a celkové zaopatření.

V oblasti materiální i nemateriální takovéto zařízení poskytuje stravování, ošacení, školní pomůcky, úhradu vzdělání, cestovného, zdravotní péče, osobních darů, kapesného. Při odchodu ze zařízení je pak poskytována i věcná pomoc. Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy zřizují různé instituce, a to zejména Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jednotlivé kraje, obce dle své gesce.

Dále zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních a na něj navazující vyhlášky pevně stanovují například výši kapesného, darů i rozsah dalšího zabezpečení.

„U mnoha dětí se díky umístění v institucionální péči povede jejich sociálně patologický vývoj zbrzdit, nebo dokonce zcela zastavit. Po opuštění ústavu přichází nedostatečně připraveno na normální život a do zcela nepřipraveného prostředí, v němž nedošlo od odebrání dítěte k žádné podstatné změně k lepšímu – 51 % (8 866) mladých lidí se poprvé dopustilo trestné činnosti až poté, co opustili institucionální péči.“ (Asociace náhradní výchovy, online, 2017).

## 2.4 Socializace v rodině

Švarcová (2011, s. 164) uvádí, že: *„Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj.“* (Švarcová, 2011, s. 164). Helus (2007, s. 135) říká: *„Vždyť rodina je základním životním prostředím dítěte. Nejen že dítě obklopuje, ale také se do něho promítá.“*

Pedagogický slovník autorů Průchy, Walterové a Mareše (1995, s. 18) vidí rodinu jako *„nejstarší společenskou instituci, která vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty, postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury*

Vztahy navazujeme v průběhu života neustále a ve všech prostředích, kde se pohybujeme. Vztah k rodině je však vždy první, který navazujeme, a zpravidla i nejtrvanlivější. Optikou tohoto vztahu se učíme navazovat vztahy další, s přáteli i nepřáteli, cizími lidmi i našimi vrstevníky. Právě pro stanovení takovýchto základních hodnot je rodina důležitá. Vytvořená optika – vazby, procesy, schémata řešení konfliktních situací a mnoha dalších úhlů pohledu nás provázejí po celý další život. Neplatí však zcela bez kompromisů, že rodina je jediná a nejdůležitější socializační norma, ale je pro nás velmi důležitá. Rodina je prostředím primární socializace a právě v rodině vzniká naše „já“.

Blažek, Olmrová, (1988, s. 26) tvrdí, že „člověk se poměrně dobře dokáže smířit s aktuálním stavem; přijme i dlouhodobé trápení, nabízí-li se z něho kdesi na obzoru východisko; ale je zdeptán, když cítí a přímo vidí, jak je spoutána a škrtána celá jeho budoucnost.“

**Úzkostná výchova** – projevuje se nadměrným ochranitelstvím ze strany rodičů, kteří dítěti brání v činnostech, o nichž si myslí, že by dítěti mohly ublížit. Rodiče na dítěti až nezdravě lpí, omezují ho v jeho iniciativě a tím mu brání v sociálním vyspívání (Matějček, 1992).

**Výchova rozmazlující** – rodiče na dítěti až nezdravě citově lpí, oceňují každý jeho přirozený projev a vývojový pokrok. Podřizují se jeho přáním a náladám, brání mu ve společenském osamostatnění. Důsledkem této výchovy rodiče brzy ztrácejí u dítěte autoritu a dítěti se nedostává jistoty a sebedůvěry, kterou by pak mohlo uplatnit v práci na nápravě svého defektu (Matějček, 1992).

**Výchova perfekcionista** – rodiče se snaží, aby dítě bylo dokonalé, přehlíží jeho reálné možnosti, mají nepřiměřené požadavky, vyžadují, aby dítě bylo ve všem první. Soustavným přetěžováním dítě neurotizují a dohání k různým obranným postojům, které tvoří překážku v jeho další výchově (Kábele, 1992).

**Výchova protekční** – rodiče dítěti připravují cestu bez překážek a nepříjemností, ve všem dítěti pomáhají, pracují za ně a všechno za ně vyřizují. Vyžadují pro své dítě až zbytečné ohledy a úlevy, zveličují jeho obtíže a nedostatky a tímto způsobem výchovy nedovolují dítěti povahově vstoupit a osamostatnit se (Matějček, 1992).

**Výchova zavrhuje** – nejčastěji se vyskytuje skrytě, a to v případech, kdy dítě není schopno splnit očekávání svých rodičů. Mezi nejčastější projevy patří nadměrné trestání, omezování či útlak. Reakcí dítěte je obvykle vzdor a protest, nebo naopak rezignace a pasivita (Matějček, 1992).

## 2.5 Sebeobsluha

Schopnost péče o své vlastní potřeby patří mezi základní prvky, které určují kvalitu života. U jedinců s mentálním postižením je třeba dosáhnout požadovaného cíle prostřednictvím přiměřených postupů a opakování. Ucelený přehled sebeobslužných schopností má vypracováno Ministerstvo práce a sociálních věcí jako podklad pro řízení při přiznání příspěvku na péči a jeho stupně.

Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby u 10 ucelených úkonů v oblasti každodenního života:

- mobilita (zvládat vstávání, usedání, chůze),
- orientace (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí),
- komunikace (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou),
- stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu),
- oblékání a obouvání (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se),
- tělesná hygiena (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu),
- výkon fyziologické potřeby (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky),
- péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření),
- osobní aktivity (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku),
- péče o domácnost (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty) (Finance.cz, online, 2017).

Širší pohled na definici sebeobsluhy nám nabízí W. Strassmeier (2011, s. 58):  
*„V každodenních situacích a běžném kontaktu s věcmi by si mělo dítě osvojit více samostatnosti a důvěry ve vlastní schopnosti a současně by mělo pociťovat radost z aktivní činnosti.“*

### 3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V této kapitole se autor zabývá definicí, etiologií a klasifikací mentálního postižení. Pro tuto diplomovou práci je důležité objasnění výše uvedených pojmů, protože se ve své praktické části zabývá metodikou pro rozvoj sebeobsluhy u dětí s mentálním postižením.

V rámci teoretické práce se autor zabývá také různým způsobem klasifikace nemocí a postižení s cílem co nejkomplexněji pochopit a zařadit jednotlivé druhy a stupně postižení a pro ně navrhnout použitelnou metodiku.

*„Každá společnost má svoji vlastní tradici přístupu k lidem, kteří se odlišují například svými projevy chování, potřebami nebo inteligencí. Tato tradice je zakotvena ve sdíleném systému hodnot, v dosaženém poznání o dané problematice, v každodenním kontaktu a v praxi péče, která je těmto lidem nabízena. Společenská shoda o tom, co je obvyklé, běžné a žádoucí ve vztahu k lidem s postižením, se z určitého úhlu pohledu velmi rychle vyvíjí a mění.“* (Vančura 2007, s. 14)

V dějinách docházelo k různému označování osob s mentálním postižením, Valenta (2007) uvádí, že dle něj nemá žádný jiný lidský obor činnosti s terminologií tak velké etické problémy. Stejně jako se měnila, terminologie, procházelo změnou i právní postavení osob s mentálním postižením ve společnosti a míra práv a ochrany.

*„Vždy je třeba hodnotit úroveň dané společnosti, její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a kvalitu systému sociálního (a obdobného) zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o osobách s postižením a řadu dalších ukazatelů.“* (Michalík, 2013, s. 37)

*„Žáci s mentálním postižením mají omezené adaptační schopnosti, které se vyskytují v kontextu společenského prostředí typického pro věk dané osoby a s akcentem na vymezení výše podpory.“* (Bartoňová In Bartoňová, Vítková et al., 2016, s. 158).

#### 3.1 Definice mentálního postižení

*„Mentální postižení je jev nesmírně složitý k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z tohoto důvodu existuje v současnosti v naší i světové literatuře řada definic. Nejednotnost v označení defektu vyplývá především ze zdůraznění některých hledisek a teoretických postojů autorů.“* (Krejčířová, 2006, s. 161)

Mezi starší, ale v mnohém stále platné definice patří i ta Mojmiry Dolejšího (1978), která se pokouší sloučit všechny přístupy: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace*

*psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů; na nedostatecích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“ (Dolejší, 1978, s. 34)

Velmi zajímavá a vypovídající je následující definice: *„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukačního (popř. psychosociálního) charakteru.*“ (Valenta, 2012, s. 30)

Jinou definici nalezneme v publikaci Psychologie autorů Atkinsonové a Hilgarda: *„Mentální retardaci trpí ten, kdo dosahuje podprůměrných výsledků v testech inteligence a má značné potíže při plnění běžných úkolů každodenního života. Postižení jedinci trpí opožděným vývojem řeči, nedokážou se o sebe postarat a rozhodovat o sobě, trpí významnými deficity sociálních a interpersonálních dovedností, nedokážou využívat veřejné zdroje (například jezdit autobusem), mají velmi nízké studijní a pracovní schopnosti, ve volném čase se nezabývají žádnou činností, nedovedou se postarat o své zdraví a osobní bezpečnost.*“ (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 524).

Statisticky je v naší společnosti přibližně 16 % populace s mentálním postižením, hranicí pro zařazení je IQ 85, tuto hranici u nás v praxi používá školství. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí i hraniční pásmo IQ 68–85.

### **3.2 Mentální retardace, etiologie vzniku mentální retardace**

*„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i částečně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“ (Valenta, 2012, s. 31)

Mezi často citované a obsáhlé definice patří odborníky hojně citovaná charakteristika od Dolejšího. *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních*

*psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštích vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace stresu na typologických zvláštích vývoje osobnosti.*“ (Dolejší, 1973, s. 38, in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 13)

Z hlediska vývoje dítěte je mentální retardace popisována následovně: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnost myslet, přizpůsobovat se, svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Je to trvalý stav, který je buď vrozený, nebo časně získaný (do 2. roku věku dítěte).*“ (Bazalová, 2006, s. 269)

Osoba s mentální retardací má několik typických znaků: *„Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi.*“ (Vágnerová, 2004, s. 292)

Průcha, Walterová a Mareš (2009) uvádějí, že u jedinců s mentální retardací dochází zejména k zaostávání vývoje rozumových schopností.

Doba vzniku mentální retardace je vymezena časovým úsekem od početí do dvou let věku dítěte. *„Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány různě. Existují faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), odborná literatura se často zmiňuje o postižení vrozeném či získaném.*“ (Valenta, Müller 2012, s. 55)

#### **Mentální retardace může vzniknout v období:**

- prenatalním – jedná se především o infekce matky během těhotenství, její špatnou výživu, působení záření a toxických látek, úrazy matky,
- perinatálním (v období porodu a bezprostředně po něm) – hypoxie (nedostatek kyslíku) plodu, porod může být protrahovaný (dlouhotrvající) atd.
- postnatálním (po porodu do 2 let dítěte) – infekce novorozeněte, záněty mozku, úrazy, špatná výživa.

*„Svou roli hraje i dědičnost. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí. Nesmíme opomenout i specifické genetické příčiny (chromozomální aberace).*“ (Bazalová, in Pipeková 2006, s. 271)

Dle Valenty a Müllera (2012) neexistují dva jedinci s naprosto identickou symptomatologií, neexistují ani dva jedinci se stejným počátečním bodem intelektové subnormality. Ze všech těchto důvodů je nesnadné vytvářet adekvátní etiologické kategorie.

Psychický vývoj jedince podmiňuje řada dědičných podmínek a vlivů vnějšího prostředí.

Vágnerová (2004) uvádí tři hlavní oblasti vývoje

- bisociální vývoj – tzn. tělesný vývoj a jeho proces a změny,
- kognitivní vývoj – rozvoj poznání, rozhodování, myšlení a všechny psychické procesy spojené s učením, poznáním,
- psychosociální vývoj – ten ovlivňují veškeré vnější vlivy, pozice člověka ve společnosti, mezilidské vztahy, mravní vývoj.

*„V etiologii mentální retardace mají významné postavení specifické genetické poruchy. Jejich největší skupinu tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, dále pak narušením struktury chromozomů a genovou mutací.“ (Valenta, Müller, 2012, s. 56)*

### **3.3 Klasifikace stupňů postižení**

V praxi je využíváno dvou klasifikačních stupňů postižení, první je Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN 10. Ve zdravotnické oblasti se dále pracuje s Diagnostickým statistickým manuálem duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DMS). Tato klasifikace byla vydána Americkou psychiatrickou asociací a je oproti Mezinárodní klasifikaci nemocí (v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems – česká zkratka MKN), doplněna a rozšířena o podrobnější a konkrétnější rozdělení v její psychiatrické části.

Dle Zvolského (1996, in Bazalová, 2006) je hloubku mentálního postižení možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V tuzemsku se aktuálně používá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace – 10. revize z roku 2000 je:

*„Mentální retardace stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je až tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“ (Valenta, 2012, s. 32)*



*„Mentální retardace je diagnostikována u jedince s inteligencí sníženou pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti. Adaptibilita takového jedince je snížena v mnoha oblastech.“ (Valenta, 2012, s. 17)*

Diagnostická kritéria mentální retardace:

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně),
- souběžný deficit v oblasti adaptability jedince, a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost,
- začátek poruchy před 18. rokem života. (Valenta, 2012, s. 17)

Vágnerová (2004) uvádí, že kvantitativní hodnocení vyjádření IQ je jen odhad a určuje postavení mentálně postiženého vůči populační normě. Ve vztahu k naměřenému IQ uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí tabulku takto: *„Je v ní uvedeno i rozmezí hodnot, které je pro dané pásmo charakteristické. Jde samozřejmě o pouhou orientační hodnotu, která nemůže zachytit celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností mentálně postiženého jedince.“ (WHO, in Vágnerová 2004, s. 301)*

Mezinárodní klasifikace nemocí dle Světové zdravotnické organizace:

#### **A) DRUH POSTIŽENÍ**

- F 70–79 Mentální retardace

#### **B) STUPEŇ POSTIŽENÍ**

- F70 Lehká mentální retardace IQ 69–50,
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49–35,
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34–20,
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže
- F 78 Jiná mentální retardace – stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus,
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

#### **C) TYP POSTIŽENÍ**

Podle Valenty (2012) jej do velké míry ovlivňuje a formuje prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, a rozlišujeme:

- eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný),
- torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný).

### 3.4 Charakteristika jednotlivých stupňů

*„Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.“ (Švarcová, 2006, s. 33)*

#### **Lehká mentální retardace**

Podle Bazalové (in Pipeková, 2006) jsou pro lehkou mentální retardaci charakteristické tyto znaky a průvodní projevy:

- vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace,
- lehké opoždění do 3 let, nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi třetím a šestým rokem nápadnější problémy, malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře,
- nejvýraznější problémy se projevují v období školní docházky a jsou spojeny zejména s mechanickým myšlením, omezeno je logické analytické a syntetické myšlení, opoždění hrubé i jemné motoriky i pohybové koordinace,
- výrazné zvolnění rozvoje sociálních dovedností – v případě sociálně nenáročného prostředí se může jevit zcela bez problémů,
- emocionální labilita – výchovné a rodinné prostředí jsou významným faktorem pro socializaci,
- vzdělávání dle přiměřených vzdělávacích programů, zejména v základní škole praktické, případná možnost integrace do běžné základní školy (vyžaduje splnění mnoha podmínek),
- dítě lze připravit na běžný život, zvládá zaškolení jednoduché manuální práce atd.
- schopnost zařadit do společnosti a udržovat či vytvářet úspěšně vazby v dospělosti.

## **Středně těžká mentální retardace**

Typickými projevy středně těžké mentální retardace, podle kterých lze míru postižení posoudit, jsou podle Bazalové (in Pipeková, 2006):

- organická etiologie,
- rozvoj myšlení a řeči je výrazně zpomalen a přetrvává i v dospělém věku,
- velmi častý je výskyt doprovodných potíží – epilepsie, autismus, neurologické a tělesné poruchy, méně časté somatické vady,
- výrazně zpomalený vývoj jemné i hrubé motorika, neobratnost, trvalá neschopnost vykonávat jemné úkony,
- pouze částečná samostatnost v sebeobslužných dovednostech,
- silná emocionální labilita, afektivní reakce,
- při maximální péči a podpoře je zde možnost rozvoje k určité míře nezávislosti a soběstačnosti – nedokáže však adekvátně reagovat a řešit náročnější životní situace,
- vzdělávání dle vzdělávacího programu v základní škole speciální, jen zcela výjimečně je možná i integrace do běžné základní školy,
- v dospělosti musí mít chráněné pracovní prostředí i bydlení.

## **Těžká mentální retardace**

Jak uvádí Bazalová (in Pipeková, 2006), těžká mentální retardace je charakterizována následujícími znaky:

- negenetická i genetická etiologie,
- psychomotorický vývoj je výrazně opožděn, a to již v předškolním věku, rozsáhlá neobratnost, narušené a dlouhodobé osvojování koordinace pohybů,
- časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS,
- možnost osvojení základních hygienických návyků, sebeobsluhy,
- někteří však nezvládají zajištění vlastní hygieny a tělesné čistoty ani v dospělosti,
- významné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti,
- minimální rozvoj komunikačních dovedností, jednoduchá slova a ani ty se nemusí vytvářet,
- výrazná impulzivita, nestálost nálad,
- pozná jen omezený okruh lidí, blízké osoby,
- je třeba zajistit celoživotní péči,
- vzdělání probíhá dle odpovídajícího programu v základní škole speciální.

## Hluboká mentální retardace

Nejčastějšími projevy hluboké mentální retardace jsou podle Bazalové (in Pipeková, 2006) tyto formy chování a jednání:

- povětšinou organická etiologie,
- těžké omezení motoriky,
- automatizované, stereotypní pohyby,
- kombinace s postižením sluchu, zraku, těžké neurologické poruchy,
- nonverbální komunikace bez smyslu – výkřiky, grimasy atd.,
- v případě péče lze dosáhnout i porozumění jednoduchým pokynům,
- nepoznává okolí, ani rodinu,
- totální narušení afektivní sféry,
- sebepoškozování.

### 3.5 Demence

Demence je mentální postižení získané po druhém roce vývoje dítěte – dochází k zastavení, nebo rozpadu mentálního vývoje. Mezi hlavní příčiny vzniku demence řadíme úrazy mozku, komplikovaný průběh nemoci, konkrétně se nejčastěji jedná o kontuze, komoce, zánět mozku, zánět mozkových blan, poruchy metabolismu, intoxikace, nádory na mozku či duševní poruchy. Podle Valenty a Müllera (2007) charakteristickým prvkem demence je také její regrese a prohlubování symptomů.

*„Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, jak je tomu u oligofrenie, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány.*

*Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování, komunikace a dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá někdy nazývána získaná mentální retardace.“* (Bazalová, in Pipeková, 2006, s. 270).

## PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se autor soustředí na vytvoření metodického postupu pro využití dramaterapie při nácviku sebeobslužných a socializačních dovedností u dětí s mentálním postižením. Dramaterapie a dramaterapeutické postupy mohou být významným pomocníkem při hledání východisek a řešení problémů dětí s mentálním postižením. Autor se soustředí na čtyři nejdůležitější oblasti v sebeobslužných dovednostech. Tyto oblasti nejsou zvoleny náhodně, předcházel jim předvýzkum mezi pedagogickým i nepedagogickým personálem o nutnosti řešení problémů.

V první části interpretuje autor výsledky tohoto šetření potřebnosti a na základě výsledků poté rozpracovává vybrané oblasti. Při vytváření dramaterapeutických postupů je nutné dbát především na individualitu každé intervenované osoby, její možnosti a stupeň postižení. Je také spíše výjimkou, že pečující personál má odborné dramaterapeutické vzdělání.

Ve druhé části se autor zabývá možnostmi pomoci při nácviku sebeobslužných dovedností u dětí s mentálním postižením, které žijí v ústavní výchově. Cílem autora je zpracovat témata sebeobslužných dovedností podle potřeb personálu, který pečuje o tuto klientelu.

## 4 REALIZOVANÝ PŘEDVÝZKUM A JEHO VÝSLEDKY

Cílem této diplomové práce je vytvoření metodických postupů při nácviku sebeobslužných činností u dětí s mentálním postižením, které žijí v ústavní výchově. Nácvik mnohých sebeobslužných činností je velmi obtížný z mnoha faktorů, které autor rozpracovává v teoretické části této diplomové práce. Nejdůležitějšími determinanty tohoto procesu je stupeň a míra postižení a narušená socializace prostřednictvím dlouhodobého, často trvalého pobytu klientů v zařízení ústavního typu.

Autor se řešením tohoto problému zabýval ve své bakalářské práci na téma: *Dramaterapie, jako prostředek socializace dětí s mentálním postižením v ústavní výchově*. Cílem této deskripce byla možnost využití prvků dramaterapie při jejich socializaci, překonávání strachu a nácviku běžných sebeobslužných aktivit. Dále se autor práce zaměřil na deskripci metodických postupů při aplikaci dramaterapie v prostředí ústavní výchovy, metodických postupů u dětí s mentálním a kombinovaným postižením a na schopnosti využití dramaterapie při překonávání problémových sociálních situací, u kterých nemají děti s nařízenou ústavní výchovou možnosti přirozené sociální nápodoby. Ve všech cílech bakalářské práce, mohl autor konstatovat, že použití dramaterapie jako možnosti terapeutické intervence u dětí s mentálním postižením žijících v nařízené ústavní výchově je velmi vhodné. Důležitá je však volba prostředků a metod při použití, a zejména musí být brán ohled na stupeň mentálního postižení a věk dětí. Tato práce byla použita zároveň jako předvýzkum diplomové práce.

Autor chápe oblast sebeobslužných dovedností u těchto klientů jako nezbytný předpoklad plné socializace a integrace do společnosti. Naplňování potřeb soběstačnosti se odehrává v různých rovinách a v různých společenských a sociálních pozicích. Zároveň je zabezpečování těchto potřeb i velmi zatěžující prací obslužného a pomocného personálu.

Autor se zabývá výzkumným předpokladem, že dramaterapie může sloužit k nácviku a fixaci prvků sebeobsluhy a tím zvyšovat schopnost socializace klientů s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní výchově.

### 4.1 Metoda sběru dat

V rámci dotazníkového předvýzkumu provede autor sběr dat od osob, které se podílejí na péči o klienty s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní výchově. Cílem předvýzkumu je získání informací o největších problémech v oblasti sebeobsluhy pohledem ošetřujícího personálu. Na základě uvedených dvou předvýzkumů – bakalářské práce a dotazníkového

řešení – navrhne autor metodiku využití dramaterapie jako prostředku pro nácvik a fixaci sebeobslužných dovedností u klientů s mentálním postižením, kteří žijí v nařízené ústavní výchově.

## 4.2 Výběr výzkumného souboru

Do předvýzkumu se zapojilo celkem 36 osob, které se podílejí na péči o děti a mládež s mentálním postižením. Předvýzkum provedl autor formou dotazníkového šetření v zařízeních pro výkon ústavní výchovy Zlínského kraje. Dotazníkové šetření probíhalo od října roku 2015 do ledna roku 2016. Autor použil záměrný výběr respondentů. Kritériem pro výběr bylo zaměstnání respondenta v zařízeních pro výkon ústavní výchovy a zároveň toto zařízení muselo pečovat o klientelu osob s mentálním postižením. Autor zcela vědomě nerozlišoval mezi pedagogickým a nepedagogickým personálem. Cílem dotazníkového šetření bylo získání relevantních dat o nejpálčivějších problémech v oblasti sebeobsluhy klientů. Tato data následně autor použije při výběru problematických sebeobslužných dovedností a přípravě metodiky ke zmírnění nebo odstranění těchto obtíží. Důvodem je fakt, že při péči o klientelu není důležité formální postavení, ale skutečné problémy, se kterými se potýkají. V rámci výzkumu byla použita Linkertova škála, která nabízela výběr možností i s možností závěrečné otevřené položky. Ve vyjmenovaných položkách bylo cílem vybrat tři největší problémy.

## 4.3 Analýza dat – grafické zpracování a interpretace výzkumníka

Otázka: *V dané škále označte body 1, 2, 3 tři největší problémy, se kterými se setkáváte při péči o vaši klientelu. Čím více bodů, tím větší důležitost problémů.*

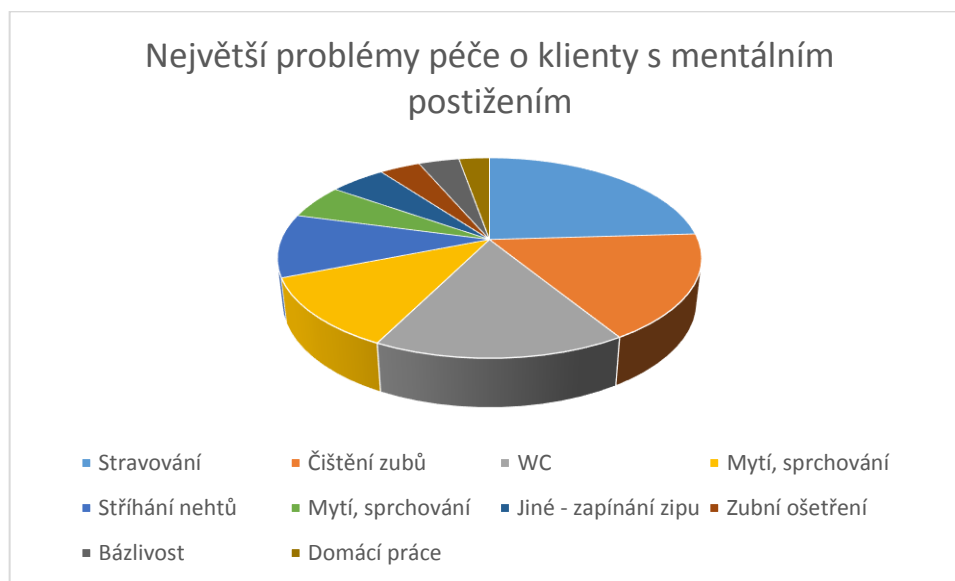
Tab. 1 Předvýzkumný dotazník – Největší problémy, se kterými se setkáváte při péči o klienty

1	Stravování
2	Mytí, sprchování
3	Čištění zubů
4	Stříhání nehtů
5	WC
6	Bázlivost
7	Mytí vlasů
8	Domácí práce
9	Návštěva zubaře
10	Jiné ...

Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 36 respondentů, které se podílejí na péči o mentálně postižené děti a mládež v ústavních zařízeních ve Zlínském kraji.

Tab. 2 Předvýzkumný dotazník – Výsledky šetření

<b>1.</b>	<b>Stravování</b>	<b>52</b>
<b>2.</b>	<b>Čištění zubů</b>	<b>37</b>
<b>3.</b>	<b>WC</b>	<b>35</b>
<b>4.</b>	<b>Mytí, sprchování</b>	<b>25</b>
<b>5.</b>	<b>Stříhání nehtů</b>	<b>22</b>
<b>6.</b>	<b>Jiné ... zapínání zipu</b>	<b>12</b>
<b>7.</b>	<b>Návštěva zubaře</b>	<b>11</b>
<b>8.</b>	<b>Bázlivost</b>	<b>8</b>
<b>9.</b>	<b>Mytí vlasů</b>	<b>8</b>
<b>10.</b>	<b>Domácí práce</b>	<b>6</b>



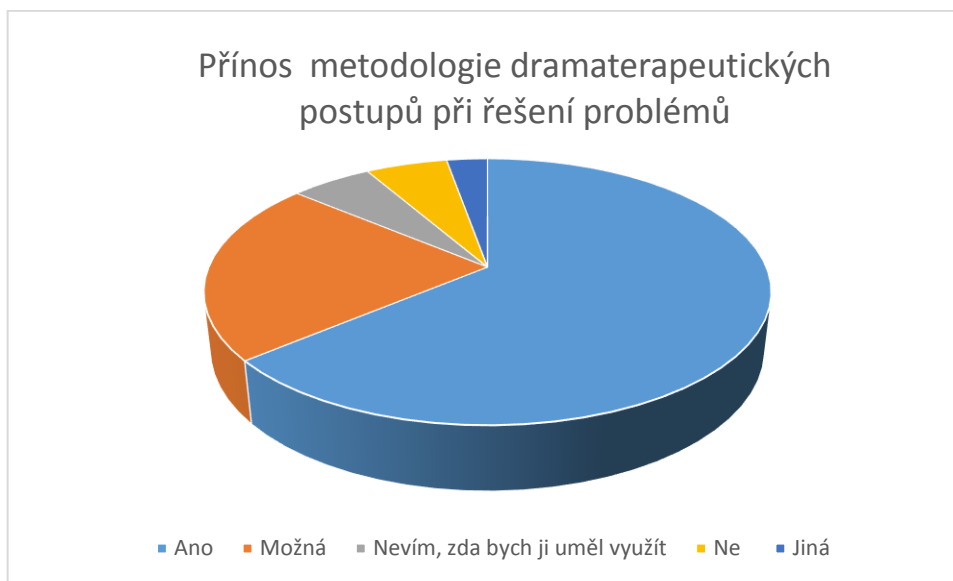
Graf 1: Největší problémy péče o klienty s mentálním postižením Zdroj: vlastní zpracování

Při odevzdávání dat předvýzkumu autor dal možnost k případnému anonymnímu odevzdání, nebo možnosti diskuze nad odevzdávaným dotazníkem. Tato možnost byla všemi respondenty využita. Na základě rozhovoru při odevzdávání ankety předvýzkumu, kladl řešitel respondentům ještě doplňující otázku: „Byla by pro vaši praxi přínosná metodická podpora při řešení uváděných problémů formou dramaterapeutických postupů?“



Tab. 3 Předvýzkumný dotazník – Přínos dramaterapeutických postupů při řešení problémů

<b>Ano</b>	<b>23</b>
<b>Možná</b>	<b>8</b>
<b>Nevím, zda bych ji uměl využít</b>	<b>2</b>
<b>Ne</b>	<b>2</b>
<b>Jiná</b>	<b>1</b>



Graf 2: Přínos dramaterapeutických postupů při řešení problémů Zdroj: vlastní zpracování

Z předvýzkumu jasně vyplývá, že respondenti považují základní sebeobslužné dovednosti u klientů za klíčové pro jejich další plnohodnotný život. Kvalitní zvládnutí sebeobsluhy má přímý vliv na kvalitu života cílové skupiny. Jak důležité téma pro respondenty je, dokazovalo to, že při odevzdávání dotazníků často docházelo k diskuzím ohledně jednotlivých položek. Zajímavé bylo zjištění, že respondenti v rozhovorech uvádějí, že pořadí položek v dotazníku je přímo úměrné zátěži při poskytování podpory při sebeobslužných úkonech.

Výběr jednotlivých položek do předvýzkumu nebyl náhodný. Vycházel z metodiky posuzování soběstačnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. Z části se jedná o přehled posuzovaných dovedností při řízení o přidělení příspěvku na péči. Příjem potravy a zpracování potravy je jednou z nejfatálnějších otázek. Je velmi zatěžující pro pečující personál a zároveň má přímo život ohrožující následky pro klienta.

Záležitost hygieny a péče o tělo je naopak otázkou fyzické namáhavosti pro pečující personál. Při péči o osoby s mentálním postižením nemůže být často využíváno kompenzačních

pomůcek a prostředků. Důvodem je nespolupracující klient, někdy bez schopnosti porozumění funkčnosti a prospěšnosti daných kompenzačních pomůcek.

Významnou část zaujímají v dotazníku také otázky bázlivosti, nedůvěry a mnohdy až fobického chování při těchto úkonech. Z velké části si je sebou klient nese od útlého dětství a jsou způsobeny určitou mírou špatných životních zkušeností. Tyto problémy jsou pro pečující personál nejhůře řešitelné.

Z uvedené ankety předvýzkumu a dále doplňujících rozhovorů při odevzdání anketních dotazníků jednoznačně vyplývá, že:

- Ošetřující personál chápe jednotlivé položky ankety, jako velmi důležitou součást řešení podpory klienta k samostatnému a plnohodnotnému životu.
- Ošetřující personál by uvítal metodologickou podporu a nové možnosti při řešení uvedených problémů.

V rámci interpretace výše uvedeného dotazníkového šetření vybral autor pro přípravu metodických postupů první tři položky v pořadí četnosti odpovědí respondentů. Tyto položky označila také většina respondentů jako klíčové pro klienta a zároveň velmi zatěžující pro pečující personál. Tyto tři položky současně směřují k uspokojování základních životních potřeb (stravování, vyprazdňování), nebo jejich zanedbání může mít závažné zdravotní následky pro klienty (zubní hygiena). V rámci interpretace výsledků dotazníkového šetření a reakce na potřeby ošetřujícího personálu byla vybrána nejčastěji vyplňovaná položka v kolonce jiné (zapínání zipu). Řešení těchto problémů bude autor této práce hledat v možnosti použití dramaterapie, a to v různých podobách, organizačních formách a délkách.

Oblasti zpracovávané autorem, na základě předvýzkumu, v této diplomové práci.:

- poruchy příjmu potravy,
- obavy z čištění zubů,
- hygienické návyky na toaletě,
- zapínání zipu.

Autorem zpracovávaná metodika bude sloužit k rozvoji sebeobslužných schopností klientů s mentálním postižením, kteří žijí v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Dále bude sloužit u klientů sítě sociálních zařízení, která poskytují péči o klienty s mentálním postižením. Metodika reflektuje jednotlivé důležité oblasti na základě předvýzkumu – poruchy příjmu potravy, vyprazdňování, čištění zubů, a zapínání zipu. Využívat se bude v každodenní praxi a přirozeném prostředí klientů. Právě možnost využití v primárním prostředí klientů má

za cíl zvýšení efektivity i úspěšnosti použití navrhovaných postupů. Jejím cílem je účinná pomoc klientům i pečujícímu personálu. Zahrnuje tyto řešené problémy:

### **1) Poruchy příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější problematické body sebeobsluhy u dětí s mentálním postižením. Existují mnohé formy a různý rozsah těchto poruch. Příjem potravy je životně důležitý pro zajištění uspokojení základních životních potřeb a zdraví. Poruchy příjmu potravy mohou vznikat v důsledku závažného onemocnění, nebo zdravotních obtíží. Pro případné vyloučení této příčiny je třeba podstoupit vyšetření u praktického, nebo odborného lékaře. Ambicí autora této práce není léčba poruch příjmů potravy s touto příčinou. Autor se zabývá důležitým přechodem z podávání mixované stravy na tuhou u klientů s mentálním postižením v předvýzkumné anketě. Nejprve je však třeba zcela vyloučit možné případné zdravotní příčiny odmítání potravy.

### **2) Obavy z čištění zubů a péče o ně**

Péče o dutinu ústní způsobuje mnoha klientům s mentálním postižením závažné problémy. Ty se především projevují ve dvou oblastech. První je nácvik a fixace správné techniky péče o zuby. Mnozí klienti s mentálním postižením odmítají cokoli vložit do úst. Nesprávná zubní hygiena směřuje neodvratně ke vzniku kazu a zubních obtíží. Na ty posléze navazuje absolutní neochota k provádění byť jen základních úkonů zubního ošetření. Klienti s mentálním postižením jsou tak někdy i opakovaně vystavováni ošetřování v celkové anestezii. Tato anestezie je velmi náročná pro celý organizmus a s ohledem na další přidružená onemocnění (zejména srdce), je také velmi zatěžující a v mnoha případech i kvůli těmto dalším zdravotním oslabením i takřka vyloučena. Proto se v této části bude autor soustřeďovat na nácvik správného čištění zubů jako nejdůležitějšího předpokladu kvalitní preventivní dentální hygieny.

### **3) Hygienické návyky na toaletě**

Vyprazdňování je nedílnou součástí každodenního životního rytmu. U klientů s mentálním postižením dochází vinou různých poruch v této oblasti k nepravidelnému vyprazdňování. Nepravidelná stolice může mít několik příčin. K pravidelné stolici je třeba opravdu vyvážená strava s vysokým obsahem vlákniny, dostatek tekutin. Zcela zásadní je u klientů s mentálním postižením i samotný nácvik vyprazdňování. Je vždy nejlepší, když se tak děje ve stejnou dobu. U klientů je nejprve nutné vyloučit možné zdravotní příčiny

nepravidelného vyprazdňování. Po poradě s praktickým lékařem je případně žádoucí vyšetření na gastroenterologii.

Autor této práce se zabývá právě nácvikem vyprazdňování pomocí prostředků dramaterapeutických postupů. Získání této schopnosti je důležitým prvkem pro důstojný život klienta a zároveň je dle vyjádření respondentů předvýzkumu i tou nejvíce zatěžující situací z hlediska obslužné péče o klienty.

#### **4) Zapínání zipu**

Jak plyne z výsledků předvýzkumného dotazníku, tak zdánlivě běžná aktivita, jako je právě zapínání zipu, se stala tím nejvíce uváděným, problémem v kolonce Jiné. Zde byla právě možnost pro respondenty ke vložení svých vlastních potřeb a citlivých bodů při péči o klienta s mentálním postižením. Zapínání pomocí zipů je vlastně přítomné všude kolem nás. Bez použití zipů není možné zapnout bundu, kalhoty, svetry – jen velmi obtížně je možné volit náhradní varianty. Ze zkušeností respondentů uvádí autor poznatek, že se obvykle klient s mentálním postižením setkal zřejmě někdy v minulosti s připnutím kůže do zipu. Při následovném zapínání zipu ho sám zapíná jen velmi nerad, pomalu a tak, že neplní zcela svoji funkci. Respondenti předvýzkumu dále uvádějí, že u některých klientů je zcela nemožné docílit zapnutí zipu. Obtížnost této situace pak zcela vylučuje jakýkoliv nátlak na klienta. Autor této práce se tedy zaměřuje na metodiky nácviku zapínání zipu.

## 5 Metodiky nácviku sebeobslužných dovedností

### 5.1 Poruchy příjmu potravy

#### Vstupní popis metody

Tato metoda má za cíl podporu správného příjmu potravy a odstranění možných úzkostných stavů spojených se stolováním. Už samotný akt stolování může přinášet často stresující situaci, ve které se promítají i předešlé zkušenosti, zátěžové situace apod. Při jídle je tedy nutné nejprve nastolení klidné a vstřícné atmosféry. Zejména je důležitá hlasitost řeči, dikce, odstranění rušivých vlivů okolí. Stůl i jídlo má být atraktivní už na první pohled – jídlo má být obřad, který je příjemným zážitkem.

#### Stanovené cíle

Podpora správného příjmu potravy, který byl narušen předešlými negativními životními zkušenostmi. Klient jí pouze mixovanou stravu, dlouhodobě se nedaří přechod na tuhou. Tato situace je fixovaná a dlouhodobě neřešená.

#### Materiální a prostorové podmínky

Dramaterapeutická intervence bude probíhat v přirozeném prostředí klienta. Cílem je navození běžné životní situace a prostředí. Jakékoliv vytváření umělých podmínek a prostředí může mít záporný vliv na následný pokus o přenesení získaného návyku do běžného života. Intervence se tedy bude odehrávat přímo v jídelně dětského domova a v čase, který je zcela běžně vyhrazený pro stravu. Pro nácvik bude využita strava připravená školní jídelnou – vhodné je zvolit oblíbené jídlo klienta.

#### Další podmínky a informace

- řízená improvizace,
- skupinová – optimální skupina 5 dětí.

#### Postup

##### Fáze 1: Přípravná a zahřívací – 30 minut před podávání stravy

Celá skupina sedí v kruhu na koberci – místnost je dobře vyvětraná, s kvalitním – pohodu navozujícím světlem. Za využití celé skupiny se provede navození na budoucí stravování. Nejvhodnější je využití básniček a říkadél – např. *Vařila myšička kašičku, Pekař peče housky, Představte si, co jsem měl dnes k obědu*. Během zahřívací fáze jde především o dobré naladění celé skupiny se zaměřením na jednotlivce, u kterého řešíme problém. Je možné využít i celou

řadu nástrojů a pomůcek. Během této fáze je možné použít i různé artefakty – nejlépe se vztahem k jídlu, nebo vyprávěnému textu.

## **Fáze 2: Hlavní část – u stolu**

Usadíme se ke stolu a terapeut vypráví pohádku „O děravé lžičce a opičce Róze“:

*Opička Róza žila na stromě společně s celou opičí rodinkou. Ale byla jiná, ona jediná nerostla a nestávala se větší a silnější opičkou. Bylo to velice podivné a maminka Rózy se velmi obávala o svou dceru. Všichni její sourozenci už byli silní, bratr Alfons dokonce sám skákal vysoko v korunách stromů. Zvláštní bylo, že opička měla stejné jídlo jako ostatní sourozenci. Každý den ho jedla u pařezu, vždy když ho maminka dovařila. Zvlášť pro malou Rózinku vařila hedvábnou kašičku, aby dobře rostla a prospívala. Hrozilo jí nebezpečí od divokých šelem – když nemáte sílu, tak se přece neubráníte. A tak se Róza každý den obávala, co se s ní stane. Až jednoho dne ji oslovil chytrý had Alois a říká jí: „Ssss ssss ssss Rossssínkooo, ale ty máš děravou lžičku, ssss ssss. A měl pravdu Rózinka měla děravou lžičku, a tak jí všechno jídlo vypadávalo ze lžice ven. Zamyslela se tedy a řekla mamince, ať jí nevaří tu kašičku, jako pro malou opičku – ale pořádné opičí jídlo. Od té doby začala růst a už se ničeho nebála ... nebyla to už malá opička, ale pořádná OPICE.*

V průběhu procesu je vyprávěna pohádka, všechny děti jsou zapojovány do improvizace. Improvizace je řízena a vedena směrem k požití sousta pevné potravy u klienta s poruchou příjmu potravy.

## **Fáze 3: Ukončení**

Po úspěšném ukončení je možné příběh dokončit tím, že opička Róza nakonec byla tak silná, že mohla jít pracovat do cirkusu – a buď vzít klienty do cirkusu, nebo je vzít do zoo. Případně se dá použít sladká odměna koupená z Róziny odměny za práci v cirkuse.

V případě neúspěšného ukončení je možné měnit obsazení role a příběh opakovat – každý den jedno dítě a ten poslední dítě s poruchou příjmu potravy

## **Rizika**

- nespolupracující klient,
- nesprávná, nebo nedostatečná zahřívací fáze,
- přehnaný tlak na klienta,
- nesprávné vedení postupu,
- nesprávný výběr jídla,
- rušivé okolí.

## **5.2 Obavy z čištění zubů a péče o ně**

### **Vstupní popis metody**

Péče o zuby je v případě klientů s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní výchově, velmi problematická. V těchto zařízeních část klientů odmítá jakýkoliv vstup cizího předmětu do dutiny ústní a větší část i zubní ošetření u stomatologa. U klientů často dochází také k nedokonalému provádění zubní hygieny – nesprávně technice čištění zubů. V množství klientů a počtu úkonu, které musí provést personál každý den, se často stává, že péče v této oblasti je nedůsledná. Špatná péče však může v této oblasti vést i k závažným zdravotním problémům.

### **Stanovené cíle**

Tato metoda má za cíl podporu správného postupu péče o zuby jako prevenci ke vzniku onemocnění dutiny ústní. Klient se brání jakémukoliv zásahu do dutiny ústní. Musel být opakovaně ošetřován v celkové anestezii a vzhledem k závažnosti takového zásahu je každý takový krok velmi zdravotně rizikový. Klient neprovádí žádnou zubní hygienu od dentálního ošetření v útlém věku. Při důslednějším přístupu ošetřujícího personálu došlo i k napadení a pokousání tohoto personálu. V ostatních prvcích sebeobsluhy se klient projevuje velmi samostatně, se snahou o učení nových věcí a jejich aplikaci do praxe.

Klient se zapojuje do společných aktivit v rámci dramatického kroužku, je obecně nakloněn takovým aktivitám a rád se prezentuje. Aktivita se snaží využít těchto zkušeností klienta i jeho pozitivního nalezení.

### **Materiální a prostorové podmínky**

Dramaterapeutická intervence bude probíhat v přirozeném prostředí klienta. Nejprve bude probíhat v běžné místnosti tzv. „na sucho“. Cílem tohoto kroku je odstranění zátěžového místa – koupelny. Optimální je využití běžného místa, kde klient prožívá libé prožitky – hru, zábavu, kde je dostatečně uvolněný, aby mohl přijímat kladně nové věci, postupy. U některých klientů už vstup do koupelny je pomyslnou oponou, za kterou se začíná projevovat obava. Po dobrém fixování v těchto podmínkách je možné postupně nahradit prostředí běžného pokoje – kde je vše jen hrou – za prostředí koupelny. Tuto část je třeba velmi pečlivě naplánovat. Nevhodný, nebo urychlený přechod může způsobit často nutnost vrátit se na začátek celé intervence. Z hlediska materiálního vybavení je potřeba staršího zubního kartáčku. Pro další část, kdy se již provádí čištění zubů v koupelně, je vhodná zubní pasta s příznivou chutí pro děti a kartáček s kelímkem. Každý klient by měl mít svoji oblíbenou hračku – zvířátko. Pokud

ji nemá, tak by měl terapeut mít připravenou zásobu takových zvířátek k výběru. Hračka má u klienta navodit pocit toho, že na to není sám a zároveň se stane jeho průvodcem a přítelem.

Ve všech částech velmi pečlivě hlídáme slovník – minimalizujeme negativní konotace u slov a slovních spojení – zuby, zubař, ošetření, zubní kaz, bolest. Pokud je používáme, tak zásadně v pozitivním významu a v pozitivních sděleních.

### **Další podmínky a informace**

- řízená improvizace,
- skupinová – optimální skupina 5 dětí – diváci + 1 klient.

### **Postup**

- 1) Zahřívací fáze.
- 2) Hlavní část – čištění zubů „na sucho“.
- 3) Doplnková příprava pomůcek pro čištění zubů.
- 4) Vlastní čištění v koupelně.

#### **1) Zahřívací fáze – 30 minut**

Celá skupina sedí v kruhu na koberci – místnost je dobře vyvětraná, s kvalitním, pohodu navozujícím světlem. Nejprve se všichni pohodlně posadí na kolena – ruce jsou položené na kolenou a všichni se promění v les. Pro zahřátí využijeme oblíbenou báseň – „Když jsem šel z hub“:

*„Když jsem šel z hub,  
ztratil jsem zub,  
našla ho Johana  
s dlouhýma nohama.  
Já na ni dup:  
Dej sem ten zub,  
nebo ti vytrhnu  
z drdolu chlup!“*

Klienti mohou mít sebou oblíbené hračky – zvířátka, která žijí v imaginárním lese, kde se celý příběh odehrává. Nejprve se všichni promění ve stromy v lese a společně odříkají text jako důstojné stromy. Cílem je soustředění, uklidnění od předchozích aktivit a postupná příprava na vlastní činnost. Jejich oblíbené hračky jim pomáhají překonat strach a jsou jejich průvodci.



V další části se staneme zvířátky, která žijí v lese – opakujeme básničku, a to vždy se změnou imaginárního interpreta. Stanou se z nás např. ptáci, jelen, zajíc, sova, liška, divoké prase ... v tento moment mohou klienti navzájem určovat, jaké zvíře bude následovat. Je důležité dbát na to, aby každý klient měl možnost se vyjádřit a zvolit zvíře. Vzniká tak pocit toho, že jsou jeho potřeby a názory vnímány a respektovány. Při vedení zahřívací fáze se nám nejedná o věčnost, takže v našem lese klidně mohou žít sloni, opice, hadi nebo třeba velryba. Na závěr zvolíme princip babylonského popletení jazyků – každý představuje svoje oblíbené zvířátko a snaží se domluvit. V tento okamžik jsou klienti nalezeni a velmi otevření, dochází k humorným situacím a maximálnímu uvolnění.

## 2) Čištění zubů „na sucho“ – Hlavní část

V dalším průběhu procesu je vyprávěna pohádka, všechny děti jsou zapojovány do improvizace – hlavním cílem je aktivní zapojení do aktivit. Děti mají v ruce zubní kartáčky a sedí v kruhu kolem terapeuta. Ten vypráví pohádku a v úvodu sděluje klientům, že se z něho stal zoubek. Terapeut klientům nejprve řekne svůj příběh.

*„Milé děti – víte, kdo já jsem? Dám vám nejprve hádanku – byl jsem na procházce, na procházce v lese. Ležel jsem v trávě, protože jsem vypadl z úst jednomu z vás. Ležel jsem tam tak dlouho, až kolem šla jedna holčička. Na první pohled to byla velice rozpustilá holčička, byla moc krásně učesaná. A měla převelice dloooooouhééé nohy. Jmenovala se Johana ... víte, kdo já jsem?“*

V tento okamžik děti poznají, kdo je terapeut, mají radost z poznání a jsou připravené na další postup improvizace. Terapeut pokračuje dál v příběhu:

*„Než jsem byl nalezený holčičkou Johanou, tak jsem ležel móóóc dlouho na paloučku v trávě. Kolem chodila různá zvířátka z lesa a některá z nich se móóóc podivila, co že to v lese leží. Víte, dřív jsem žil v puse chlapečka Tonička, ale společně se mnou tam žil i malý čertík, který měl pořád hlad. Chlapeček Toník si vůbec nečistil zuby – ani pomyslet. A tak když chlapeček jedl, čert jedl s ním zbytky jídla z úst. Čím víc čert jedl, tím víc rostl a byl větší a větší. Když byl už velký, do zuby se nevlezl a tak začal píchat svýma rohama. Chlapečka Tonička to začalo bolet, až jsem mu jednou, na procházce v lese, právě vypadl. A teď tu sedím sám a sám a mám strach. Když v tom se podívám a přišla za mnou malá myška, která měla v ruce dlouhou tyčku a ta má na konci štětiny. Takovou děti, jakou máte v ruce vy!!! Když jsem jí odvyprávěl svůj příběh z úst chlapečka Toníka, tak se začala smát, až se za břicho popadala. Ptal jsem se jí – proč se směješ, myško? A ona odpověděla: Protože je to k smíchu. Viš, já mám zubů jen pár a jen díky nim se můžu pořádně najíst – třeba dobrot, které máme my myšky moc rády. A stačí*

*je jen dvakrát denně pohladit touto věcí ... my myšky tomu říkáme „čistozubák“. Jsem malá myška, ale čistozubáku se opravdu nebojím!!! A co vy děti – taky se nebojíte? Děti kývají hlavou, že ne. Pokud ne, navede je terapeut pomocí doplňujících otázek. „Ta myška, ta je malá že? A vůbec ničeho se nebojí, že? Ten její čistozubák, to je dobrá věc, že?“*

*Vypravěč dále pokračuje: „Tak to je zajímavé, vždyť já mám obavu, že ten čistozubák může být opravdu nebezpečný. Co říkáte děti? Vyzkoušíme ho? Tak se s ním nejprve pohladíte po ruce, tak co? Je to příjemné? Moc, že ano! Tak teď zkuste pohladit po ruce svého kamaráda souseda. Také moc příjemné a co zkusit postupně vyčistit mne? Jsem už také vypadnutý zoubek, ale určitě budu rád, když budu čistý. Určitě se pak brzo dostanu nazpět k Toníkovi.“*

*Děti se postupně střídají v čištění zoubku – vypravěče. Zoubek je chválí a povzbuzuje: „Vidíte, jaké je to moc příjemné, to je krása a hned je zoubek krásně čistý. A jaký má najednou krásný úsměv – škoda, že tu musí být tak sám a ztracený. Škoda, že se o něj Toník lépe nestaral už dříve a nepoužíval pravidelně ten čistozub. A teď si představte, že máte v ústech ještě plno takovýchto zoubků, které jsou opouštěné, nikdo o ně nepečuje. Všechny vás mají moc rády a mají strach, že také vypadnou někde v lese a vy už je nenajdete. A teprve kdyby je našla zlobivá Johana? Zachráníme je spolu? Co říkáte?“*

*Na pokyn vyprávěcího terapeuta se děti učí čistit zuby, nejprve se předvedou ty, které to opravdu už umí a postupně se všichni přidávají. Vypravěč – terapeut je povzbuzuje a přidává úsměv, případně jim zatleská.*

*V průběhu procesu je tedy vyprávěna pohádka, všechny děti jsou zapojovány do improvizace. Improvizace je řízena a vedena směrem k odstranění problémů při čištění zubů, vytváření zdravých návyků v péči o zubní dutinu.*

### **Fáze 3: Ukončení**

*Po úspěšném ukončení je možné příběh dokončit tím, že se všichni naučí upravenou básničku o Johaně a zubu:*

*„Když jsem šel z hub,  
neztratil jsem zub,  
čistím ho, Johano  
pravidelně, to ano!  
Já na ni dup:  
Nedám ti zub,  
raději ti vytrhnu  
z drdolu chlup!“*

V případě pozitivního průběhu procesu je možné pokračovat dále v nácviku čištění zubů u umyvadla v koupelně. Pro podporu zájmu dětí je možné zvolit kartáčky s veselým nebo pohádkovým motivem. Kelímky na zubní pastu je možné vyzdobit kresbou na téma příběhu o Johaně.

### **Rizika**

- nespolupracující klient,
- nesprávná, nebo nedostatečná zahřívací fáze,
- přehnaný tlak na klienta,
- nesprávné vedení postupu,
- rušivé okolí.

## **5.3 Hygienické návyky na toaletě**

### **Vstupní popis metody**

Tato metoda má za cíl podporu správných hygienických návyků při vyprazdňování na toaletě. V reakcích na předvýzkum se respondenti často zmiňují, že tato oblast je pro ně velmi zatěžující. V malém počtu pečujícího personálu je velmi obtížné akcentovat právě tuto oblast. Zejména s ohledem na velmi specifické požadavky jednotlivých klientů. Důležitým prvkem je také poskytnutí pocitu intimity, který je podstatnou součástí vyprazdňovacího procesu.

Podle autora je pro uvedenou metodu nejdůležitější pocit důvěry a vzájemná znalost na lince klient x pomáhající osoba. Použití této metody je zcela neodmyslitelně spjata s dlouhodobým budováním mezilidských vztahů a vzájemné otevřenosti. Použití této metody tedy váže i určitý stupeň připravenosti na samotnou pomáhající osobu a její připravenost k maximální otevřenosti.

### **Stanovené cíle**

Podpora správného vyprazdňování na toaletě, odbourávání zátěžových situací, pomoc pro pomáhající profese. Cílem je posílení maximální soběstačnosti, poskytnutí pocitu sebedůvěry a uspokojení pro klienta.

### **Materiální a prostorové podmínky**

- místnosti – ložnice, toaleta,
- samostatná toaleta,

- prostředí, které nemá nežádoucí rušivé vlivy,
- kooperace s personálem.

### **Další podmínky a informace**

- individuální improvizace,
- základem jsou kvalitně navázané mezilidské vztahy,
- citlivý přístup a respekt dalšího personálu,
- vzájemná důvěra,
- dostatečné prostorové podmínky.

### **Postup**

#### **Fáze 1: Přípravná a zahřívací – maximálně 10 minut před vyprazdňováním**

Přípravu na vyprazdňování provádíme nejlépe hned po probuzení. Z hlediska fyziologických procesů je vyprazdňování v této době podpořeno i přirozeným procesem. Začínáme přivítáním na lůžku a krátkým příběhem. O sluníčku a vstávání:

*„Sluníčko právě vyšlo nad vysokou horou a jeho paprsky dopadají do údolí. Tam u malé říčky žije jeden brouček, který má moc velké trápení. Říkají mu Ferda a jeho problémem je velká a těžká dřina, kterou musí každé ráno provádět. Jeho prací je dovalení velké kuličky trusu až tam, kde je právě vidět sluníčko – k horizontu. Ale než tak začne – musí se rozcvičit.*

Terapeut vyzve klienta k tomu, aby vstal a protáhl se – pro protažení je možné vhodně volit cviky k uvolnění břicha a pak klient a terapeut společně odejdou na toaletu. Zde se klient usadí na toaletní mísu a terapeut ho pochválí průvodním slovem: *„Tak už nám brouček vstal a co teď pomůžeme mu?“*

Od této chvíle je nutné udržovat intimitu a zachovat na toaletě absolutní klid. S ostatním personálem je potřebná dohoda o využívání jiných toalet, nebo musí být použita toaleta, která splňuje tyto podmínky.

#### **Fáze 2: Hlavní část – na toaletě**

Terapeut se posadí tak, aby nenavazoval oční kontakt s klientem, důležité však je, aby klient slyšel dostatečně hlasitě jeho slova. Terapeut zvolí klidný a povzbuzující hlas a pokračuje v příběhu.

*Brouček Ferda už vstal a protáhl se, byl připraven na svoji každodenní dřinu. Pod keřem šípku už na něj čekala ta jeho kulička a on se na ni smutně podíval. Už když se narodil, tak mu*

*tatínek hned vysvětloval, že je to jeho velký úkol, a dokonce mluvil o tom, že už jsou i taci broučci, kterým se povedl splnit. Je však potřeba, aby pořádně na tom pracoval. Dokud byl úplně malinkatý, tak denně pozoroval tatínka, jak se valí s kuličkou do kopce a ta mu zase utíká. Tatínek z toho byl opravdu smutný a vůbec nevěděl, co vlastně dělá špatně. Ve školce pro broučky se Ferda seznámil se svatojánským broučkem Pepíkem. A že mu měl co závidět – nejenom, že měl svoji krásnou lucerničku, ale také jasný a lehce splnitelný úkol – svítit lidem na cestu. Tohle dělal i Pepíkův tatínek a vlastně všichni broučci kolem něj. Ale úkol pro Ferdu byl úplně jiný a vlastně moc těžký.*

*Brouček se posilnil snídaní a vzal pěkně kuličku a začal ji táhnout směrem do kopce ... táhl, táhl a tlačil, tlačil ... pomůžeš mu také – tak s ním táhni a tlač. Když už byl brouček v polovině své cesty, tak se začalo smrákat. Už myslel, že to nedokáže, ale od mechového hájku za ním přiletěl svatojánský brouček Pepík a hned, že mu posvítí na cestu. A tak mu svítil, jak nejlépe mohl. Ferda poděkoval a začal opět tlačit – táhl, táhl a tlačil, tlačil ... pomůžeš mu také – tak s ním táhni a tlač.*

*Když se náhle Ferda dostal, až na vrchol kopce a hurrrá, pustil kuličku na druhou stranu. A jak se mu ulevilo, že už ji nemusí tahat. Velice se zaradoval, dokázal to! Pepík pořád svítil na cestu a Ferda utíkal směrem k domovu. Najednou se mu běželo lehounce, vítr mu čechrál tykadla a on byl opravdu šťastný. Ještě dlouze vyprávěl mamince o tom, co zažil, jak mu Pepík pomohl a jak se mu lehce běželo. Od té chvíle věděl Ferda, že dokáže sám dovalit kuličku na vrchol hory, a když bude potřebovat kamarád, určitě mu rád pomůže.*

### **Fáze 3: Ukončení**

Po úspěšném ukončení procesu je nutné ještě zpětně rozebrat prožitý příběh. Je možné navázat tam na několik bodů – přátelství, pomoc, úleva, snaha. Záleží na tom, jaký další cíl by terapeut sledoval.

Při neúspěšném procesu je možné jej aplikovat opakovaně, případně přidávat další záchytné body – např. více rozfázovat proces tlačení kuličky atd. V každém případě je nutné, aby i ukončovací fáze probíhala jen mezi terapeutem a klientem. V případě potřeby opakovat tuto metodu je nutné, aby s klientem pracoval stále stejný člověk – bude tak prohloubena spolupráce a vzájemná důvěra.

### **Rizika**

- nespolupracující klient,
- nesprávná, nebo nedostatečná zahřívací fáze,

- rušivé vlivy okolí,
- nedostatečné technické vybavení prostor – počet WC,
- nemožnost navození intimního prostředí,
- přehnaný tlak na klienta,
- nesprávné vedení postupu.

## **5.4 Zapínání zipu**

### **Vstupní popis metody**

Zařazení řešení této problematiky vyšlo z předvýzkumného dotazníku i z následných hovorů s ošetřujícím personálem. Zdánlivá maličkost, jako je zapínání zipu, může způsobovat velké obtíže v oblasti sebeobsluhy. Zip je dnes používán při zapínání různého oblečení, bez jeho používání se jen velmi obtížně volí náhradní varianty. Ze zkušeností respondentů uvádí autor poznatek, že se obvykle klient s mentálním postižením setkal zřejmě někdy v minulosti s připnutím kůže do zipu. Při následovném zapínání zipu ho sám zapíná jen velmi nerad, pomalu a tak, že neplní zcela svoji funkci.

### **Stanovené cíle**

Nácvik zapínání zipu, překonávání strachu ze zipu – možnosti připnutí kůže do zipu. Cílem je velmi rychlá forma intervence, která je využitelná v rámci okamžiku, kdy dochází k oblékání před vycházkou a čas určený na převlékání je velmi krátký.

### **Materiální a prostorové podmínky**

- oblečení se zipem – bunda, svetr, mikina,
- šatna, nebo chodba.

### **Další podmínky a informace**

- skupinová improvizace,
- doporučená skupina maximálně 8 dětí.

### **Postup**

#### **Fáze 1: Přípravná a zahřívací – maximálně 2 minuty**

V přípravné a zahřívací fázi je třeba připravit klienta na to, že budeme odcházet do šatny a že bude následovat oblékání. Je vhodné využití krátkých básní, například:

*Na výlet my jdeme spolu,  
do kopce a z kopce dolů.  
Utíkáme z kopce klusem,  
jak když jedem autobusem.  
Utíkáme, utíkáme,  
na nikoho nečekáme.*

V rámci této fáze se postupně přesouváme do šatny a oblékáme všechny věci, které jsou bez zipu. Nakonec necháváme jen bundu nebo svetr se zipem.

### **Fáze 2: Hlavní část – v šatně**

V šatně stojí klienti čelem k sobě, jsou už úplně oblečení, jen nemají zapnutý zip na svrchní části oděvu. Nasadíme zip a začneme vyprávět příběh:

*V jedné šatně žila bleška, nebylo to jen taková bleška, ale bleška uličnice!!! Byla to bleška závodnice, a protože jí chyběla závodní dráha, tak běhala v zipech dětí. Musíme ji dohonit zipem, ale protože je to bleška malá, tak se brzo unaví. Chytíme zip a budeme ji dohánět jen po maličkých trasách, jen tak co nám bude stačit říkanka:*

*Bleška, mrška, závodnice,  
snad nám neskočí až do čepice.*

Klienti jen volně a pomalu posunují zipem směrem nahoru. Důležitý je proces pomalého posouvání a hledání maximální pozice, kam je ještě možné zapnout zip. Celý proces by měl být veden v pozitivním duchu a neměl by trvat nepřiměřeně dlouhou dobu.

### **Fáze 3: Ukončení**

Klienti mají zip zapnutý do té míry, kam až to zvládnou. Na konci je možné opět použít motivační básničku:

*Na výlet my jdeme spolu,  
do kopce a z kopce dolů.  
Utíkáme z kopce klusem,  
jak když jedem autobusem.  
Utíkáme, utíkáme,  
na nikoho nečekáme*

## **Rizika**

- je třeba věnovat pozornost bezpečnosti při nácviku,
- nedostatečně motivovaní klienti,
- rychlost, nebo naopak pomalost celého procesu.



## **6 DISKUZE**

### **6.1 Zhodnocení práce**

V diplomové práci se autor zabýval možnostmi využití dramaterapie k nácviku a fixaci sebeobslužných dovedností u klientů s mentálním postižením, kteří jsou vřazeni do ústavní výchovy.

Vycházel přitom z dlouholeté praktické zkušenosti pedagogického pracovníka v zařízeních pro ústavní a ochrannou výchovu, která pečovala o klienty s mentálním postižením. Navazoval tak na svoji bakalářskou práci, kterou použil jako součást předvýzkumu pro praktickou část. Ve výzkumné části své bakalářské práce prováděl deskripci možnosti dramaterapeutické intervence u této klientely. Výsledkem práce bylo zjištění, že prvky dramaterapie jsou využitelné jako prostředek socializace dětí s mentálním postižením, které žijí v nařízené ústavní výchově.

Tuto bakalářskou práci využil autor jako první předvýzkum, který doplnil dotazníkovým šetřením mezi personálem, který pečuje v přímé péči o tuto klientelu. Základní otázkou tohoto předvýzkumného dotazníkového šetření bylo sestavení pořadníku největších problémů při přímé obslužné péči z pohledu ošetřujícího personálu. Za nejdůležitější problémy označil personál základní prvky sebeobslužných dovedností. Tyto konkrétní problémy se týkaly především stravovacích a hygienických potřeb. Jsou to tedy oblasti, které směřují k naplňování základních životních potřeb klientů. Další důležitou a specifickou oblastí byla péče o zuby a otázky zubní hygieny. Jakou důležitost mají i zdánlivé maličkosti v přímé péči o klienty ukázal předvýzkumný dotazník v kolonce Jiné, kde se objevila položka zapínání zipu. Na doplňující otázku, jak chápou možnost využití dramaterapeutických postupů při odstraňování těchto problémů, odpověděla drtivá většina kladně.

#### **6.1.1 Limity předvýzkumu**

K základním limitům předvýzkumného dotazníku patří rozdílné složení skupiny respondentů. Z hlediska terapeutického procesu se už s některou z terapií setkal takřka každý pracovník. Problematické je, do jaké míry to vzbudilo jejich zájem a očekávání. Zaměstnanci z resortu školství jsou na zařazování terapeutických postů lépe připraveni a přijímají je s lepším pochopením. V jejich prospěch hraje dále menší počet klientů na jednoho pracovníka a větší míra flexibility u klientů, a to zejména z hlediska věku. Často bývá také více nakloněno i vedení jednotlivých zařízení pro aplikování jednak předvýzkumného dotazníku, jednak dalšímu využití stanovené metodiky v praxi.

Pro resort sociálních věcí je typický velký počet klientů na jednoho pracovníka, větší míra zátěže při sebeobslužných procesech a menší míra ochoty k vyzkoušení nových postupů. Míra zátěže ošetřujícího personálu je podle autora nejvýznamnějším limitem. Z hlediska klienta v sociálních službách je lépe řešitelný problém socializace v útlém věku, kdy ještě sám projevuje větší zápal pro učení nového – například formou her. Oba uskutečněné předvýzkumy mají svoje limity. Mezi ty je třeba počítat zejména:

- přehnaná míra očekávání prospěšnosti dramaterapie jako prostředku,
- nedostatečná schopnost posouzení míry možnosti pomoci,
- respondenti s různým stupněm vzdělání,
- zaměření na osobní zkušenosti respondentů,
- skupina respondentů se skládala z pedagogických i nepedagogických pracovníků.

Na základě předvýzkumů vytvářel autor jednotlivé metodiky, kde zpracoval vybrané oblasti z dotazníku. V rámci dotazníkového šetření se ukázala i potřeba ošetřujícího personálu k vytvoření metodiky použitelné pro nácvik zapínání zipu. Tato metodika vznikla na základě informací z dotazníkového šetření. Ošetřující personál tak uvedl, že jsou pro něj důležité i možnosti menších forem dramaterapeutických intervencí. Tato intervence vyžaduje menší časový úsek a zároveň klade i menší nároky na samotného intervenujícího.

### **6.1.2 Limity vytváření metodiky**

Ošetřující personál někdy obtížně hledá cestu k podpoře samostatnosti a soběstačnosti klientů s mentálním postižením. Obtížné je to zejména u klientů, kteří dlouhodobě, nebo trvale žijí v ústavní výchově. Velmi rozdílné je poté pojetí ústavní výchovy v oblasti resortu školství a resortu sociálních věcí. Rozdíl také panuje v různém vzdělání a osobních předpokladech pečujících osob. Vysoká rozdílnost pečujících osob a jejich rozdílný přístup k aplikaci dramaterapeutických postupů při nácviku a fixaci sebeobslužných dovedností jsou hlavním limitem pro aplikaci metodiky. Pro zlepšení tohoto stavu je vhodné absolvování terapeutického výcviku a další vzdělávání. Dále je třeba ukázat pozitivní posuny u klientů vedení jednotlivých zařízení a jejich přesvědčení k organizačním opatřením v rámci provozu, které by směřovalo k možnosti aplikace metodických postupů. Při vytváření metodiky a možnosti její následné aplikace do praxe jsou determinující tyto limity:

- přehnaná očekávání ošetřujícího personálu,
- organizační možnosti organizace,
- nedostatečné personální zajištění procesu,

- nedostatečné, nebo rozdílné odborné vybavení personálu,
- vysoká míra rozdílnosti potřeb a schopností klienta,
- rozdílná míra ochoty k aplikaci postů ze strany personálu.

### **6.1.3 Limity autora**

Autor této práce se dlouhodobě zabývá možností použití dramaterapeutických postupů při rozvoji sebeobslužných dovedností u dětí s mentálním postižením. Svoji práci tedy opírá o velkou míru osobních zkušeností s danou problematikou. První práci na toto téma zpracoval v roce 2015, pravidelně se zapojuje do přednášek a konferencí na témata: dramaterapie, socializace, integrace a ústavní výchova. Limity ze strany autora jsou zejména:

- neabsolvovaný terapeutický výcvik,
- vysoká míra použitých osobních zkušeností,
- zkušenost z omezeného počtu druhů zařízení.

## **6.2 Rešerše**

Při zpracovávání této diplomové práce prováděl autor i rešerši, zda je taková problematika zpracovávána i v jiných odborných tuzemských a mezinárodních publikacích a odborných pracích. Přestože se v poslední době stále častěji využívají expresivní terapie v běžné terapeutické činnosti, stále naráží toto využívání na limity. V tuzemsku mezi tyto limity patří zejména nedostatečné legislativní vymezení postavení terapeuta, nedostatečný počet terapeutů a jejich malý počet vzhledem ke klientele. V zařízeních pro ústavní výchovu je limitem také nedostatečné množství finančních prostředků na činnost terapeuta. U mnohých ředitelů zařízení převládá také nízké povědomí o skutečné možnosti prospěšnosti terapeutických činností. Stále přetrvává rozdíl mezi zařízeními v gesci školství a sociální oblasti.

Tato práce patří mezi ojedinělé tím, že reflektuje potřeby přímo ošetřujícího personálu. Autor vytváří metodiky, jejichž oblasti vznikají na podkladě výsledků dotazníkového šetření.

## ZÁVĚR

Autor této práce se zabývá stanovením metodiky při dramaterapeutických postupech, které mají za cíl prostřednictvím nácviku sebeobslužných dovedností přispět k maximální míře socializace klientů s mentálním postižením, kteří jsou vřazeni do ústavní výchovy.

V teoretické části, která je rozdělena na čtyři kapitoly, se zabývá teoretickými východisky v oblasti terapií, socializačních procesů, sebeobslužných dovedností, ústavní výchovy a mentálního postižení. Navazuje tak na svoji bakalářskou práci v této problematice. Teoretická část sloužila jako odborná opora a východisko pro zpracování jednotlivých metodik a postupů navržených v praktické části této práce.

V praktické části se nejprve zabýval předvýzkumným šetřením. Jako první předvýzkum uplatnil svoji bakalářskou práci na téma *Dramaterapie jako prostředek socializace u dětí s mentálním postižením v ústavní výchově*, kterou zpracoval pod vedením Mgr. Krahulcové a úspěšně obhájil v roce 2014. Tato práce měla za cíl provést deskripci možnosti použití dramaterapie jako prostředku socializace u dětí s mentálním postižením. Tato deskripce tuto možnost potvrdila. Další částí bylo dotazníkové šetření u osob, které poskytují přímou péči o klienty s mentálním postižením v zařízeních ústavní výchovy. Z výsledků dotazníkového výzkumu vznikl pořadník nejdůležitějších problémů, u kterých by ošetřující personál uvítal možnosti pomoci. Dále se dotazník zabýval zjištěním, zda vnímá ošetřující personál přínos dramaterapeutických postupů při řešení dané problematiky. Zde více, než 70 % respondentů odpovědělo ano, nebo možná. Analýzou tohoto dotazníkového šetření autor zjistil, že ošetřující personál uvítá metodiku pro použití při nácviku a fixaci prvků sebeobsluhy prostřednictvím dramaterapeutických postupů.

Na základě dotazníkového šetření se autor dále věnoval vytváření metodiky pro nácvik sebeobslužných dovedností v oblastech poruchy příjmu potravy, obav při péči o zubní dutinu, hygienických návyků na toaletě a zapínání zipu. Každou metodiku rozpracoval v jednotlivých bodech postupu, stanovil základní cíle, materiální a prostorové podmínky, postup intervence, zhodnocení a vyhodnocení rizik dané metodiky.

Cílem této práce bylo vytvoření metodiky pro pomoc při nácviku sebeobslužných dovedností u klientů s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní výchově. Autor věří, že reflexí potřeb ošetřujícího personálu a novým pohledem na řešení této složité a vrstevnaté problematiky tak nabídne i další možnost ošetřujícímu personálu. Tato práce by měla být prospěšná především cílové skupině klientů a nabídne tak i další možnost ošetřujícímu personálu.

## ZDROJE

1. BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ. *Psychopedie*. Brno: Paido 2007, ISBN 978-80-7315-161-4.
2. BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD, 2005, ISBN 80-86633-37-3.
3. BARTOŇOVÁ, M. *Žáci s lehkým mentálním postižením = Pupils with mild intellectual disabilities*. In BARTOŇOVÁ, M., M. VÍTKOVÁ et al. *Vzdělávání se zaměřením na inkluzivní didaktiku a vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole hlavního vzdělávacího proudu*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-6678-6.
4. BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra: v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
5. BENÍČKOVÁ, M. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7
6. BLAŽEK, B. a J. OLMROVÁ. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-083-88.
7. COREY, M. S., G. COREY, P. CALLANAN, M. RUSSELL. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-160-3
8. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1978.
9. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006 ISBN 80-7367-122-0.
10. LECHTA, V., ed. *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
11. MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Iris, 2004, ISBN 80-89018-65-3.
12. MATOUŠEK, O. a A. KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-771-X.
13. MICHALÍK, J. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. Olomouc: UPOL, 2013, ISBN 978-80-244-3533-6
14. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
15. NOLEN-HOEKSEMA, S. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

16. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7367-174-3.
17. PAVLOVSKÝ, P. *Základní pojmy divadla. Teatrologický slovník*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. ISBN 80-727-7194-9.
18. PIPEKOVÁ, J. a M. VÍTKOVÁ. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno, Paido v Brně, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
19. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido v Brně, 2006. ISBN 80-7315-1200-0
20. PRUCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
21. RENOTIÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UPOL, 2006. ISBN 978-80-244-1475-1.
22. SARTORIUS, R. a P. PAVLOVSKÝ. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 978-80-8512-137-7
23. SOLOVSKÁ, V. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
24. STRASSMEIER, Walter. *260 cvičení pro děti raného věku: soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-880-7.
25. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
26. TRPIŠOVSKÁ, D. a M. VACÍNOVÁ. *Sociální psychologie*. Praha: UJAK, 2007. ISBN 9788086723303
27. URBANOVSKÁ, E. a P. ŠKOBRTAL. *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogii*. Olomouc: UPOL Olomouc, 2012. ISBN 978-80-244-3065-2.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3
29. VALENTA, M., J. MICHALÍK, M. LEČBYCH A KOL. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.
30. VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3851-2.

31. VALENTA, M. a O. MÜLLER. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
32. VALKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5571-7.
33. VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Praha, Barrister a Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-14-5.
34. VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice*. Praha: Aula 1999, ISBN 80-902667-6-2
35. WINNICOTT, D. (1975a). *The Child, the family and the outside world*. Harmondsworth: Penguin Books, 2000. ISBN 978-0140136586.

### **Internetové zdroje**

36. ASOCIACE DRAMATERAPEUTŮ ČESKÉ REPUBLIKY.[online]. 10. ledna 2014 [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://adcr.cz/>
37. ASOCIACE NÁHRADNÍ VÝCHOVY. *Osobnost dětí umístěných v dětských domovech z pohledu vybraných výzkumů* [online]. 26. března 2014 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.anv.cz/odborne/147-osobnost-deti-umistenychv-detskych-domovech-z-pohledu-vybranych-vyzkumu-a-ustavni-vychova-v-cislech>
38. FINANCE.CZ. *Co předchází příspěvku na péči*. [online]. ©2017 [cit. 2018-03-26]. <https://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/prispevek-na-peci/co-predchazi-ziskani-prispevku-na-peci/>
39. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a změně dalších zákonů ze dne 5. února 2002*. [online]. 10. února 2014. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne>.
40. NEW MEDICINE. THERAPIES: Common IM Treatments. [online]. © 2005 Twin Cities Public Television. All Rights Reserved. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: [http://www.thenewmedicine.org/about\\_integrative\\_medicine/treatments.html](http://www.thenewmedicine.org/about_integrative_medicine/treatments.html)

41. THE INDEPENDENT. *Health: 'It felt as if he had seduced me' – Therapists realise clients often form strong attachments to them. Mishandling such dependence can have devastating results, says Anne Taylor* [online]. ©2018 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/health-it-felt-as-if-he-had-seduced-me-therapists-realise-clients-often-form-strong-attachments-to-1548639.html>
42. UNESCO. *Learning to Live Together*. [online]. © UNESCO [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://en.unesco.org/themes/learning-live-together>
43. V ZÁJMU DÍTĚTE. *Zpráva o plnění Národní strategie ochrany práv dětí za rok 2012* [online]. 11. února 2014 [cit. 2018-03-028]. Dostupné z: <http://vzd.cz/zprava-o-plneni-narodni-strategie-ochrany-prav-deti-za-rok-2012>



## **SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 <i>Předvýzkumný dotazník – Největší problémy při péči o klienty</i> .....	38
Tab. 2 <i>Předvýzkumný dotazník – Výsledky šetření</i> .....	39
Tab. 3 <i>Předvýzkumný dotazník – Přínos dramaterapeutických postupů</i> .....	40

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: <i>Největší problémy péče o klienty s mentálním postižením</i> .....	39
Graf 2: <i>Přínos dramaterapeutických postupů při řešení problémů zdroj</i> .....	40

<b>Jméno a příjmení:</b>	David Bělůnek
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Kristýna Krahulcová
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Využití dramaterapie při nácviku sebeobslužných a socializačních dovedností u dětí s mentálním postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Using Dramatherapy in Self-Service and Socialization Skills in Children with Mental Disabilities
<b>Anotace práce:</b>	Práce se zabývá stanovením metodiky při dramaterapeutických postupech, které mají za cíl prostřednictvím nácviku sebeobslužných dovedností, a má přispět k maximální míře socializace klientů s mentálním postižením, kteří jsou vřazeni do ústavní výchovy. Autor na základě předvýzkumů a odborných podkladů vytváří metodiku pro postup při nácviku a fixaci vybraných okruhů problematiky sebeobsluhy u klientů s mentálním postižením a prostřednictvím zvládnutí prvků této sebeobsluhy tak přispět i k maximální možné míře socializace navzdory jejich postižení.
<b>Klíčová slova:</b>	Dramaterapie, mentální postižení, ústavní výchova, socializace
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with the determination of the methodology of drama topic procedures, which aim at contributing to the maximum degree of socialization of clients with mental disabilities who are included in institutional care through self-service training.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Dramatherapy mental disability, residential care, socialization
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	0
<b>Rozsah práce:</b>	64
<b>Jazyk práce:</b>	Český