

**UNIVERSITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

magisterské kombinované štúdium

2010-2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Radoslav Wallner

Prevenca problémového správania mentálne postihnutých
v domovoch sociálnych služieb terapiami a voľnočasovými
aktivitami

Praha 2012
Vedúci diplomovej práce: PhDr. Peter Pavlis, CSc.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Radoslav Wallner

Prevention of problem behavior of the mentally disabled in
the homes of the social services by therapies and leisure
activities.

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Peter Pavlis, CSc.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracoval samostatne. Použitú literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpal v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe, dňa 15.03.2012

Radoslav Wallner

Pod'akovanie

Moje pod'akovanie patrí PhDr. Petrovi Pavlisovi, CSc. za odborné vedenie, pomoc a cenné rady, ktoré mi poskytol počas tvorby tejto práce.

Anotácia

Diplomová práca je zameraná na prevenciu problémového správania mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb. Poodhaľuje problémové správanie klientov, jeho príčiny a možnosti personálu pri eliminácii problémového správania. Pozornosť zameriava na terapie a možnosti využitia voľnočasových aktivít v prevencii problémového správania. Popisuje úlohy sociálneho andragóga v sociálnych službách, jeho kompetencie vytvárať rôzne podnetné a aktivizujúce programy, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu kvality života každého klienta.

V praktickej časti sme zisťovali, ako vychovávatelia hodnotia účinky terapií v prevencii, a s ktorými ďalšími odborníkmi spolupracujú pri eliminácii problémového správania.

Kľúčové pojmy

Agresia

Pracovná terapia

Klient

Mentálne postihnutie

Problémové správanie

Prevencia

Sociálny andragóg

Terapia

Annotation

This thesis is aimed at the prevention of problematic behavior of mentally disabled clients in homes of social services. It focuses on the problem behavior of clients, its cause and the staff's possible elimination of problem behavior. Attention is focused on the therapy and the use of leisure activities in the prevention of problem behavior. This work describes the tasks of social andragog in the social services, its competence to create various stimulating and activating programs which may contribute to the improvement of the quality of life of each client. In the practical part we explored how educators evaluated the effects of the therapies; in the prevention and elimination of problematic behavior, and with what other experts they work together.

Key words

Aggression,
Ergotherapy (work therapy),
Client,
Mentally disability,
Problem behavior,
Prevention,
Social andragog,
Therapy

OBSAH

ÚVOD	9
------------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1 ĽUDIA S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.....	11
---	-----------

1.1 Definície, pojmy a klasifikácia mentálneho postihnutia	12
--	----

1.2 Domovy sociálnych služieb.....	14
------------------------------------	----

2 PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE U ĽUDÍ S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM V DOMOVOCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB.....	18
---	-----------

2.1 Agresívne správanie u ľudí s mentálnym postihnutím.....	20
---	----

2.2 Psychické poruchy a problémové správanie u ľudí s mentálnym postihnutím.....	22
--	----

2.3 Autizmus u ľudí s mentálnym postihnutím a problémové správanie.....	27
---	----

2.4 Prevencia a možnosti personálu v prípade riešenia problémového správania.....	29
---	----

2.4.1 Možnosti personálu pri eliminácii agresívneho správania	34
---	----

2.5 Osobnosť a úloha sociálneho andragóga v sociálnych službách.....	38
--	----

3 TERAPIE A VOĽNOČASOVÉ AKTIVITY AKO SÚČASŤ PREVENIE PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA.....	43
---	-----------

3.1 Zvládanie problémového správania prostredníctvom terapeutických metód.....	45
--	----

3.1.1 Terapie prostredníctvom zvierat.....	50
--	----

3.2 Voľný čas a jeho využitie v domovoch sociálnych služieb	54
---	----

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 PREVENIA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH V DOMOVOCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB TERAPIAMI A VOĽNOČASOVÝMI AKTIVITAMI	58
4.2 Ciele prieskumu.....	59
4.3 Metódy prieskumu.....	59
4.4 Charakteristika sledovaného súboru.....	60
4.5 Organizácia a priebeh prieskumu	61
4.6 Analýza výsledkov prieskumu	62
4.7 Diskusia a zhodnotenie cieľov	77
ZÁVER	82
ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY	84
ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY	87
ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV	90
ZOZNAM PRÍLOH	91

ÚVOD

„Človek s postihnutím má rovnaké potreby ako zdravý človek. Prvá z nich je byť uznaný a milovaný taký, aký je.“

sestra Michele Pascale Duriezová

V mnohých ohľadoch sa vyspelosť spoločnosti posudzuje podľa toho, ako dokáže zabezpečiť primeranú kvalitu života nielen zdravej populácii ale aj tej minoritnej časti, ktorá je „iná“ a vyžaduje si špeciálny prístup a pomoc. Jednou takouto skupinou sú mentálne postihnutí klienti, či už ide o deti, dospievajúcich alebo dospelých, ktorí žijú v zariadeniach sociálnych služieb. Mnohokrát vznikajú v tomto prostredí medzi klientmi, ale i vo vzťahu klient-personál nezhody, nedorozumenia, ktoré môžu viesť k prejavom nevhodného správania. Správanie klienta je prejavom jeho osobnosti aj jeho vzťahu k sociálnemu prostrediu, v ktorom sa pohybuje. Pri diagnostickej činnosti je potrebné poznať normu správania pre určitý vek a vzhľadom na ňu správanie klienta posudzovať. Cieľom posudzovania správania klienta personálom by nemalo byť prilepenie nálepky „problémové správanie“, ale snaha tieto prejavy pochopiť a následne využiť k ovplyvňovaniu a zmene správania v pozitívnom smere. Ambíciou našej diplomovej práce je priblížiť niektoré možnosti intervencie pri reedukácii správania klientov prostredníctvom terapií a voľnočasových aktivít.

Predkladaná diplomová práca sa skladá z teoretickej a prieskumnej časti. Teoretická časť sa skladá z troch kapitol a niekoľkých podkapitol. V prvej kapitole zameriavame pozornosť na definície, pojmy a klasifikáciu mentálneho postihnutia, ako i na charakteristiku domovov sociálnych služieb. Druhá kapitola pojednáva o problémovom správaní u ľudí s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb, jeho príčinách, prejavoch a možnostiach personálu pri eliminácii problémového správania. Značnú pozornosť venujeme i osobnosti a úlohám sociálneho andragóga v sociálnych službách. Tretia kapitola sa zameriava na prevenciu problémového správania s využitím terapií a voľnočasových aktivít, približuje zvládanie problémového správania

prostredníctvom terapeutických metód, ako i využitie voľného času v domovoch sociálnych služieb. Štvrtá kapitola tvorí prieskumnú časť diplomovej práce. Cieľom prieskumu bolo zistiť, ako vychovávatelia-terapeuti hodnotia účinky terapií v prevencii problémového správania a s ktorými ďalšími odborníkmi spolupracujú pri eliminácii problémového správania.

Hlavným zdrojom informácií pre diplomovú prácu bola väčšinou použitá literatúra z posledného obdobia a informačné pramene publikované v časopisoch a novinách. Tieto fakty z kníh, zákonov a príručiek, ktoré obsahujú základné a odborné charakteristiky boli spracované za účelom oboznámenia sa s prácou sociálneho andragóga v sociálnych službách. Nadobudnuté poznatky, získané štúdiom kníh, materiálov a teoretických postupov nám pomohli pochopiť zmysel tohto povolania.

1 ĽUDIA S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Špecifickú skupinu medzi zdravotne postihnutými občanmi tvoria deti, mládež a dospelí s mentálnym postihnutím. Každý človek s mentálnym postihnutím je svojbytný subjekt s charakteristickými osobnostnými rysmi, ale i tak sa u nich vo väčšej či menšej miere môžu u nich prejaviť spoločné znaky.

Často môžu na seba upozorniť v spoločnosti zmeneným správaním, ktoré sa líši od noriem správania. Charakteristickým znakom je zvýšená emocionalita, ktorá v niektorých prípadoch môže byť nejakou špecifickou formou kompenzácie deficitu racionálnej zložky osobnosti. Spontánnosť a otvorenosť týchto ľudí môže neraz prekvapiť či zaskočiť „nepostihnutého človeka“, ale taktiež zároveň ubezpečiť o jednoduchosti a určitej bezbrannosti jedincov s mentálnym handicapom. Avšak napriek všetkým obmedzeniam a rôznym osobitostiam sú ľudia s mentálnym postihnutím predovšetkým ľuďmi, ktorí musia mať rovnaké práva ako všetci ostatní. Mnohí z nich môžu žiť relatívne samostatným a nezávislým spôsobom života, pracovať, venovať sa záujmovým činnostiam, nadväzovať partnerské vzťahy atď. U niektorých môže byť miera schopnosti samostatne žiť a bez cudzej pomoci zvládať bežné životné situácie obmedzená, a práve vtedy ľudia s mentálnym handicapom potrebujú pomoc, podporu a prípadne i starostlivosť, ktoré pramenia z porozumenia ich potrebám (Slowík, 2007).

Vo väčšej miere ľudia s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím, sú prakticky vo všetkých svojich potrebách odkázaní na cudziu pomoc, pretože nemajú schopnosť samostatného pohybu, komunikácie s okolím, nedokážu samostatne jesť. Rovnako ako ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím majú nespochybniteľné právo na samostatný život, pokiaľ majú schopnosť samostatného života, tak i ľudia s ťažkým mentálnym postihnutím majú právo na všestrannú ochranu a pomoc vzhľadom k závažnosti svojho postihnutia.

Ľudia s mentálnym postihnutím sú v porovnaní s ľuďmi iného zdravotného postihnutia znevýhodnení tým, že úroveň myslenia im spravidla nedovoľuje správne formulovať a presadzovať vlastné záujmy (Švarcová, 2011).

Vzhľadom k obmedzenej schopnosti myslenia a komunikácie je práve porozumenie ich potrebám niekedy veľmi zložitú, môže tu existovať i riziko manipulácie zo strany „nepostihnutých“ ľudí. Taktiež u ľudí s mentálnym postihnutím prevláda zvýšená sugestibilita a vzhľadom k tomu, že nie sú schopní domýšľať a primerane hodnotiť následky svojho konania, často môžu byť inými zneužití (Vágnerová, 2004).

Michalík (2011) uvádza, že vo vôľových prejavoch mentálne postihnutých osôb je zvýšená sugestibilita, citová labilita, agresivita, impulzívnosť, deštruktivita. Myslíme si, že práve tieto ich prejavy môžu byť často spúšťáčom problémového správania vo svojom okolí, alebo sú len odrazom ich neschopnosti reagovať adekvátne na rôzne situácie alebo neuspokojovanie potrieb a potom hovoríme o ich obranných reakciách.

1.1 Definície, pojmy a klasifikácia mentálneho postihnutia

Považujeme za potrebné zastaviť sa na úvod pri termíne postihnutie. Donedávna bolo veľmi ťažké vymedziť pojem mentálnej retardácie či mentálneho postihnutia. V staršej literatúre nájdeme pre tento termín pomenovanie mentálna retardácia, avšak v novšej môžeme nájsť handicap, dizabilita, ľudia so špeciálnymi potrebami či znevýhodnenie. „*Mentálne postihnutie sa prekladá z anglickej a francúzskej terminológie mental handicap alebo mental disability*“ (Šustrová, 1999, s. 9).

Osobnosť mentálne postihnutého človeka je individuálnou jednotou somatického a psychického, jednotou duševných vlastností a procesov, zdedených, vrodenných alebo získaných daností pôsobením prostredia a výchovy v priebehu individuálneho vývinu, života medzi ľuďmi. Osobnosť je typická pre konkrétneho, nezameniteľného jedinca – charakterizuje jeho prejavy, správanie, sociálne vzťahy (Vašek, 2001).

Pojem mentálne postihnutie Vágnerová (1999, s.77) chápe ako „*neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývoja minimálne 70% napriek tomu, že bol takýto jedinec prijateľným spôsobom výchovne stimulovaný.*“

Slowík (2009, s. 109) uvádza, že „*pojmem mentálna retardácia vychádza z latinských slov „mens“ (mysel, duša) a „retardare“ (oneskoriť, spomaliť) doslovný preklad by teda znel oneskorenie (spomalenie) mysle. V skutočnosti je mentálna retardácia podstatne zložitejšie syndromatické postihnutie, ktoré postihuje nielen psychické (mentálne) schopnosti, ale celú ľudskú osobnosť vo všetkých jej zložkách.*“ Mentálna retardácia predstavuje výrazne zníženú úroveň inteligencie.

Pre úplnosť informácií uvedieme prehľad jednotlivých stupňov mentálneho postihnutia podľa MKCH-10 a ich charakteristiku:

- Ľahká mentálna retardácia IQ 50-69 (F 70)

V detskom veku býva vývoj reči oneskorený, problémy sa prejavujú až s nástupom do školy. Väčšina osôb dosahuje nezávislosť v sebaobsluže, je schopná vykonávať jednoduché zamestnanie a v sociálne nenáročnom prostredí sa pohybovať bez problémov a obmedzenia (Michalík, 2011). U osôb s ľahkým mentálnym postihnutím sa môžu prejaviť i pridružené chorobné stavy ako autizmus a ďalšie vývojové poruchy, epilepsie, poruchy správania alebo telesné postihnutie (Švarcová, 2011).

- Stredná mentálna retardácia IQ 35-49 (F 71)

U osôb s týmto postihnutím je myslenie a reč výrazne obmedzená, rovnako ako schopnosť sebaobsluhy, klienti v tomto smere vyžadujú chránené prostredie po celý život (Michalík, 2011). V dospelosti môžu vykonávať manuálnu činnosť, pokiaľ je zaistený odborný dohľad a svoje zručnosti môžu uplatniť v chránených dielňach. U niektorých osôb s týmto postihnutím možno diagnostikovať detský autizmus alebo iné pervazívne vývinové poruchy, ktoré môžu výrazne ovplyvniť klinický obraz a spôsob, ako s postihnutým jednať. Väčšina postihnutých môže chodiť, ale často sa vyskytuje telesné postihnutie, a zistiť sa môže aj neurologické či rôzne psychiatrické ochorenie (Švarcová, 2011).

- Ťažká mentálna retardácia IQ 20-34 (F 72)

V tejto skupine je oveľa výraznejšie znížená úroveň schopností. Schopnosť sebaobsluhy je výrazne obmedzená. Väčšina ľudí s týmto postihnutím má vážne zasiahnutú oblasť motoriky alebo iné pridružené postihnutie (Švarcová, 2011). Kombináciou porúch motoriky a s príznakmi celkového poškodenia centrálnej nervovej sústavy sa môžu vyskytovať veľmi časté poruchy správania v podobe stereotypných pohybov, pojedanie nestráviteľných vecí, sebapoškodzovanie, afekty a agresia (Michalík, 2011).

- Hlboká mentálna retardácia IQ nižšie ako 20 (F 73)

Väčšina osôb s týmto postihnutím je imobilná s výrazným obmedzením pohybu. Vyžadujú stálu pomoc a dohľad. Možnosti ich výchovy a vzdelávania sú veľmi obmedzené, ale existujú metodické postupy, pomocou ktorých je možné do určitej miery rozvíjať motoriku, komunikačné zručnosti a ďalšie prejavy prostredníctvom rehabilitačnej starostlivosti. Obzvlášť ťažké sú neurologické alebo iné telesné nedostatky postihujúce hybnosť, epilepsie, poškodenia zrakového a sluchového vnímania ale i množstvo ďalších ťažkých duševných porúch (Švarcová, 2011).

Ľudia s mentálnym postihnutím sú veľmi rozdielni, rovnako ako ľudia bez postihnutia. Majú svoju individuálnosť, špecifiká a z toho plynúce rôzne potreby. Viacero autorov zhodne uvádza, že v značnej miere sa môžu prejaviť určité znaky, pričom ich individuálna modifikácia závisí na druhu postihnutia, rozsahu i na tom, či sú rovnomerne postihnuté všetky zložky psychiky, alebo sú výraznejšie postihnuté niektoré psychické funkcie a duševný vývin je nerovnomerný.

1.2 Domovy sociálnych služieb

Pokiaľ sa chceme zaoberať problémovým správaním mentálne postihnutých klientov v domovoch sociálnych služieb, považujeme za potrebné uviesť charakteristiku týchto zariadení. Úlohou každej spoločnosti je

prejavovať záujem o občanov, ktorí sú na jej starostlivosť najviac odkázaní. Môže sa jednať o chorých, zdravotne postihnutých a starých ľudí.

Na jednej strane môže ísť o osoby s ľahkým mentálnym postihnutím, z ktorých mnohí úspešne ukončia školu, vyučia sa v učebnom odbore, môžu sa uplatniť v zamestnaní a založiť vlastnú rodinu. Na druhej strane tohto spektra môžu stáť osoby s ťažkým a hlbokým postihnutím, ktorí sú odkázaní na cudziu pomoc (Švarcová, 2011).

Na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu, alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku sa poskytuje pomoc prostredníctvom sociálnej služby. Podmienky poskytovania sociálnych služieb sú upravené zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Domov sociálnych služieb (DSS) je určený občanom trvale odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby. Klientmi môžu byť starší, nevládni ľudia, klienti s mentálnou retardáciou, s telesným, zmyslovým postihnutím, s psychickými poruchami a poruchami správania (Hrozenská, 2008).

Domov sociálnych služieb poskytuje sociálne služby fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a je určitého stupňa odkázanosti. Poskytuje:

- ✓ pomoc pri odkázanosti inej fyzickej osoby
- ✓ sociálne poradenstvo
- ✓ sociálnu rehabilitáciu
- ✓ ošetrovateľskú starostlivosť
- ✓ ubytovanie
- ✓ stravovanie
- ✓ upratovanie, pranie, žehlenie a údržba šatstva, bielizne
- ✓ osobné vybavenie
- ✓ vreckové a vecné dary

Zabezpečuje:

- ✓ záujmovú činnosť
- ✓ pracovnú terapiu (Krišková, 2010, s.44)

Poskytovateľ sociálnej služby môže vykonávať, zabezpečovať alebo utvárať podmienky na vykonávanie iných činností, ktoré zákon o sociálnych službách neupravuje a zvyšujú kvalitu sociálnej služby napr. muzikoterapiu, arteterapiu, canisterapiu a podobne (Matlák, 2009). Domovy sociálnych služieb môžu poskytovať sociálne služby pre klientov s mentálnym postihnutím s denným, týždenným a celoročným pobytom.

Charakteristiku starostlivosti v zariadeniach DSS uvádza Švarcová (2011) nasledovne:

- Domovy s denným pobytom (ambulantnou formou) poskytujú starostlivosť osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Obsah činností jednotlivých domovov je rôzny, závisí od potrieb a schopností klientov, ale i od možností týchto zariadení. Spravidla sa orientujú na výchovnú činnosť, pracovnú rehabilitáciu, rôzne druhy terapií, voľnočasové aktivity a podobne.
- Domovy s týždenným pobytom predstavujú určitý kompromis medzi domácou a „ústavnou“ starostlivosťou a pre rodiny s mentálne postihnutými deťmi sú veľkou pomocou. Rodina v priebehu týždňa môže žiť normálnym životom, zabezpečovať starostlivosť o rodinu, vykonávať svoje zamestnanie a podobne. Počas víkendu môžu rodičia plne zabezpečovať starostlivosť o postihnuté dieťa, ktoré tak nestráca kontakt s domácim prostredím, rodinou a blízkymi ľuďmi. Týždenné zariadenia môžu poskytnúť klientom zaujímavý program a rôzne druhy činností, ktoré by im rodina počas pracovných dní dokázala ťažko sprostredkovať a zase víkendové dni strávené v rodine môžu zaistiť emocionálnu stabilitu a jeho spoločenskú integráciu.
- Domovy s celoročnou pobytovou formou zabezpečujú komplexnú starostlivosť o ľudí s mentálnym postihnutím. V súčasnosti u nás existuje veľa zariadení, ktoré poskytujú klientom kvalitnú, komplexnú

starostlivosť a snažia sa stále hľadať ďalšie možnosti, ako svoju prácu zlepšovať. Protipólom tohto prístupu však môže byť predstava, že v „ústavnej“ starostlivosti o ľudí s mentálnym postihnutím je všetko v poriadku a nič podstatné nie je treba meniť. Dokonca sa môžeme stretnúť aj s názormi, že mentálne postihnutým stačí k životu bývanie, pravidelná strava a posteľ.

Ako uvádza Švarcová (2011, s. 171) *„ešte dnes žijú v niektorých zariadeniach klienti v preplnených izbách s 8-14 posteľami a počas dňa, či noci nemajú žiadne súkromie, taktiež prebytkom nevyužitého voľného času v ňom sa u niektorých mentálne postihnutých, ktorí ešte neupadli do apatie, môže prejavovať problémové správanie, nepokoj alebo agresivita a potom sa to rieši podávaním tlmivých liekov na spanie.“* Problémovému správaniu mentálne postihnutých v domovoch sociálnych služieb budeme pozornosť venovať v nasledujúcich kapitolách.

2 PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE U ĽUDÍ S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM V DOMOVOCH SOCIÁLNYCH SLUŽIAB

Existuje nejaké správanie, ktoré je vždy a za každých okolností problémové? Položili sme si ťažkú otázku, v celom svojom rozsahu prakticky nezodpovedateľnú. Ak si ju však rozmeníme na drobné, môžeme nájsť odpoveď.

Pod pojem problémové správanie môžeme zaradiť hlavne verbálnu alebo fyzickú agresiu, autoagresiu, krádeže, odmietanie požiadaviek a rešpektovanie skupiny, deštruktivitu, i rad ďalších druhov správania, ktoré môžu byť nebezpečné pre človeka s mentálnym postihnutím, problémové pre personál alebo nepríjemné pre okolie (Čadilová, 2007).

Pojem problémové správanie definuje Emerson (2008, str.13) ako „*abnormálne správanie takej intenzity, frekvencie alebo trvania, pričom môže byť vážne ohrozené fyzické bezpečie danej osoby ale aj druhých, alebo správanie, ktoré môže vážne ohroziť zapojenie človeka do komunity v ktorej žije.*“ Z uvedenej definície vyplýva, že o problémovom správaní môže často rozhodovať spoločenská norma a komunita. Pokiaľ sa bude meniť pohľad komunity alebo spoločenskej normy, môže sa zmeniť i samotný pohľad na výskyt problémového správania.

Jednoduchšiu definíciu problémového správania, ktorá je často pravdivá pri posudzovaní problémového správania v sociálnych a zdravotníckych službách uvádza Jün (2010, s. 16): „*problémové správanie je akékoľvek správanie, ktoré personál vyhodnocuje ako problémové.*“ Z definície autora môžeme jasne vyčítať, že o problémovom správaní nerozhoduje vlastný repertoár správania klienta, ale personál, ktorý tento repertoár správania klienta vyhodnocuje.

Vyhodnotenie problémového správania môže výrazne ovplyvniť aj postoj personálu. Každý z personálu môže mať však iný pohľad na normalitu správania, z čoho vyplýva, že personál môže rovnakú „problémovú situáciu“ s klientom vyhodnotiť rôzne.

Pri posudzovaní problémového správania u ľudí s mentálnym postihnutím si musíme uvedomiť, že ho ovplyvňujú dva základné spúšťacie faktory. Prvým, vnútorným faktorom sú podmienky somatické a psychické, pričom tento faktor môžeme čiastočne korigovať farmakoterapiou. Druhým faktorom, vonkajším, sú vlastne podmienky, v ktorých užívateľ každodenne žije a tým je prostredie. Vnútorné podmienky handicapovaného s nepriaznivými vonkajšími faktormi prostredia môžu často meniť nielen kvalitu života zdravotne postihnutého, ale i správanie a reakcie na tieto zmeny (Jesenský, 2000).

Hybnou silou správania je motivácia, ktorá sa môže stať hodnotou a viesť k uspokojovaniu potrieb. Ľudia s mentálnym (zdravotným) postihnutím, ktorí žijú v DSS majú pre naplnenie všetkých životných potrieb rovnaké práva ako ostatná intaktná spoločnosť. Jůn (in Čadilová- Jůn-Thorová, 2007, s. 106) rozpracoval hierarchiu potrieb nasledovne:

- ✓ **Fyziologické potreby klienta** sú naplnené vtedy, ak sa môže najesť, napiť nielen v určený čas ale i vo chvíli, kedy pociťuje smäd či hlad. Môže spať vo chvíli, kedy je unavený a zároveň nie je v pracovnom procese.
- ✓ **Potreba bezpečia, istoty a súkromia klienta** je naplnená vtedy, keď klient vie kedy, kde, s kým a čo má robiť. Má voľný prístup k predmetom, ktoré mu navodzujú pocit istoty (bábika, fotografia, plyšová hračka a pod.), môže kedykoľvek opustiť skupinu v rámci upravenej miestnosti (relaxačný kútik a pod.).
- ✓ **Potreba niekam patriť, byť milovaný** je u klienta naplnená vo chvíli, keď personál vstupuje s klientom do sociálneho kontaktu i v situáciách, kedy nekladie pokyny, požiadavky (spoločné pitie kávy, čaju).
- ✓ **Potreba úcty a rešpektu** je u klienta naplnená vtedy, ak sa personál k nemu správa spoločensky vhodne s ohľadom na jeho fyzický vek, nezľahčuje a nezosmiešňuje jeho citové prežívanie, túžby, požiadavky, pripomienky aj keď často nie sú reálne (napr. pokiaľ klient túži stať sa policajtom, nezosmiešňovať jeho túžbu, ale podporiť ho a spraviť také kroky, ktoré sú sociálne únosné – dovoliť mu nosiť policajnú čiapku).

- ✓ **Potreba seberealizácie** je naplnená vo chvíli, kedy klient môže rozhodnúť o svojich aktuálnych možnostiach a schopnostiach, kedy sa pôjde najesť, spať, kedy odloží určitú aktivitu a bude sa zabávať s inými a podobne alebo môže niekoho ovládať (napr. ako často sa niečo deje podľa mňa; ako často sa niekto správa tak ako to chcem ja).

Ak nie sú naplnené základné životné potreby u ktoréhokol'vek človeka, zvyčajne sa zvyšuje pravdepodobnosť výskytu problémového správania (ignorovanie spoločenských noriem, negativizmus, autoagresia, agresivita a pod). Čím väčšiu možnosť má klient naplňať svoje základné potreby sám, tým sa môže u neho pravdepodobnosť výskytu problémového správania znížiť. Pokiaľ nemá zdravý človek naplnenú určitú potrebu, dokáže si ju nahradiť inou, dostupnejšou, ktorú je schopný naplniť. U klientov s postihnutím sa však často stáva, že bez asistencie nie sú schopní plne svoje potreby uspokojiť a nenaplnená potreba môže vyvolať frustráciu, ktorá môže spustiť problémové správanie (Jún, In Čadilová- Jún-Thorová, 2007).

2.1 Agresívne správanie u ľudí s mentálnym postihnutím

Agresívne správanie má rozmanité podoby, spôsobujú to rozdiely týkajúce sa rôznych stránok agresívneho správania. Môže ísť o vonkajšie prejavy, ako je spôsob ubližovania, alebo príčiny psychických procesov, tvoriacich pozadie agresívneho správania. Dôsledkom agresívneho správania je jeho konkrétna podoba.

Príčin agresívneho správania u ľudí s mentálnym postihnutím, je spravidla niekoľko. Nepôsobia izolovane, ale vytváranú zložité komplexy, ktoré sa navzájom podmieňujú a ovplyvňujú. Ak na klienta pôsobí viacero faktorov, ktoré podmieňujú sklon k agresívnemu správaniu, je zvýšená pravdepodobnosť, že sa začnú tieto príznaky objavovať aj v jeho správaní. Uvádzajú sa tri zdroje agresivity:

- Zásoba energie v ľudskom organizme, ktorá sa uvoľňuje nesocializovane k presadeniu okamžitých cieľov;

- Úzkosť, napätie, stres, neistota. Klienti s takýmito pocitmi a stavmi utekajú pred silnejšími a bijú slabších. Často nevedia nadviazať priateľské vzťahy, ocitajú sa v akomsi začarovanom kruhu, z ktorého nevedia nájsť východisko. Správne prístupy personálu môžu čiastočne eliminovať veľké percento zdrojov úzkosti, napätia, neistoty a stresorov;
- Citové neuspokojenie klienta, citová deprivácia, ktorá vyvoláva tendenciu k náhradnému uspokojovaniu. Bez výberu a rozlíšenia spôsobujú niekomu bolesť s pocitom vnútorného uspokojenia (Hurban, 1996).

Príčinou agresívneho správania môžu byť tieto faktory: biologické, sociálne a psychické. Medzi biologické faktory spôsobujúce agresívne správanie patrí najmä organické poškodenie mozgu (napr. mentálna retardácia), chorobný alebo pourazový stav klienta.

Konanie klientov a vzorce ich správania prebiehajú v rámci zložitej štruktúry: na jeden strane vystupujú do popredia aktivizačné činitele, ktoré mobilizujú klientov na dosahovanie vytýčených cieľov – potreby, motívy, schopnosti, intelekt, záujmy, sklony, aspirácie atď.; na druhej strane pôsobia negatívne činitele – jedným z nich je frustrácia.

Psychické aspekty agresivity sú predovšetkým stres a frustrácia, zvýšený dlhotrvajúci tlak na klientov. Osobitne u klientov s mentálnym postihnutím sú tieto stavy pomerne časté, pretože napriek svojmu postihu, najmä pri ľahších stupňoch retardácie, si uvedomujú svoje obmedzené schopnosti a možnosti, tým sa ocitajú v chronickom stave napätia a stresu. Pri stave frustrácie môže personál u klienta pozorovať:

- citové vzrušenie, ktoré sa prejavuje intenzitou a prírastkom sily, ktorú klient vkladá do určitej činnosti, aby dosiahol svoj cieľ;
- táto sila môže pôsobiť neusporiadane, vyvolávať nesústredenosť, chvenie, neusporiadané pohyby. V každom prípade je to prejav nespokojnosti, ktorej sa klient snaží všemožne zbaviť. Prechodný alebo trvalý stav frustrácie a stresu je jednou z príčin agresívneho správania,

ktorá vzhľadom na uvedené skutočnosti, sa s vysokou frekvenciou vyskytuje u klientov s mentálnym postihnutím (Gaži, 1991).

Agresivita môže mať u klientov rôznu silu a formy. Sila je závislá od toho, či je jedinec osamotený alebo je členom skupiny, kde je agresivita na vyššom stupni. Agresivita býva silnejšie tlmená osobou, ktorá má v očiach agresora vyššie postavenie. Odborníci rozlišujú dva druhy agresívneho správania:

- agresivita ako prejav afektívneho stavu zlosti – podľa toho sa agresivita u klienta znižuje, ak sa môže odreagovať.
- agresivita ako prejav návyku alebo trvalého rysu osobnosti – pri ventilácii sa agresívne správanie zvyšuje a prehľbuje (Smiková, 2003).

Keď agresivita presiahne určitý prah, stane sa deštruktívnou silou. Vtedy stráca potrebnú pozitívnu funkciu v sociálnom kontexte. Ak sa negatívne a deštruktívne prejavy agresivity stanú častými alebo pravidelnými a súčasne silnejšími než len bežné neprístopnosti, potom už hovoríme o poruchách správania, ktoré treba rozoznať a odborne sa nimi zaoberať (Smiková, 2003).

K pozitívnym zmenám v správaní klientov s mentálnym postihnutím však môže výrazne prispieť vplyv významnej authority. Klienti od nej očakávajú uspokojenie svojej potreby pozitívneho hodnotenia a akceptácie. Vtedy sú ochotní prispôbovať svoje správanie jej požiadavkám. Špeciálny pedagóg, ktorý by mal fungovať v tejto pozícii, by mal využiť svoj vplyv a svoje teoretické vedomosti a praktické skúsenosti na pozitívny rozvoj ich osobnosti. Využitím tohto potenciálu si môžu klienti osvojiť primerané normy správania, rozšíriť svoje sociálne kompetencie a tým získať väčšiu samostatnosť. S rešpektovaním individuálnych rozdielov a možností by k rozvoju zručností, resp. návykov mala smerovať výchovno-vzdelávacia činnosť u všetkých klientov s mentálnym postihnutím (Vágnerová, 1999).

2.2 Psychické poruchy a problémové správanie u ľudí s mentálnym postihnutím

Psychické poruchy sa môžu vyskytnúť rovnako u ľudí s mentálnym postihnutím ako aj u ľudí bez postihnutia. Zvýšenie tohto rizika ovplyvňujú

nielen biologické faktory, ale značnou mierou taktiež sociálnopsychologické faktory prostredia v ktorom mentálne postihnutý človek žije. Okolie nie vždy dokáže poskytnúť podporu týmto ľuďom, ktorí sú na ňom závislí a vzhľadom k svojmu postihnutiu i znevýhodnení a ľahko zraniteľní. S mentálne postihnutými ľuďmi sa často zaobchádza ako s menejcennými, bez ohľadu na to, že tento človek vníma, cíti a môže trpieť rovnako ako človek bez postihnutia. V dôsledku neadekvátneho zaobchádzania môžu byť mentálne postihnutí vystavovaní stresujúcim situáciám, ktoré majú zväčša na človeka negatívny dopad (Švarcová, 2011).

Najčastejšie stresujúce situácie, ktoré majú na ľudí s mentálnym postihnutím negatívny dopad uvádza (Durecová, in Čadilová- Jůn-Thorová, 2007, s. 55-56):

- Necitlivá separácia od blízkych ľudí
- Strata dôležitých väzieb
- Obmedzovanie či odopieranie základných ľudských práv
- Nedostatok súkromia
- Sťahovanie
- Neustále zmeny životných zvyklostí a podmienok
- Inštitucionalizácia
- Nedostatok kontroly nad svojím životom
- Nejasnosť a nepredvídateľnosť toho, čo sa deje okolo
- Chronické skúsenosti so zlyhávaním, odmietaním, infantilizáciou
- Negatívne interakcie a konflikty so sociálnym okolím
- Nedostatok priateľov
- Zlé sebapoňatia
- Traumatizujúce skúsenosti so zneužívaním a týraním

Rozpoznať psychické poruchy u ľudí s mentálnym postihnutím nie je jednoduché vzhľadom k ich obmedzenej kognitívnej, verbálnej a komunikačnej schopnosti a pre ich nízku schopnosť introspekcie. Správne určiť diagnózu psychickej poruchy je ťažké taktiež v tom, že sa občas nedá rozpoznať, či prezentovaný symptóm odráža organické poškodenie mozgu spojené s postihnutím, pôsobenie nevhodného prostredia alebo ukazuje na prítomnosť

psychickej poruchy. V praxi sa často môže stať, že nevhodné prejavy človeka s mentálnym postihnutím sa automaticky prirátajú k jeho postihnutiu a problém sa rieši utlmujúcimi liekmi, ktoré len dočasne potlačia problémové správanie, ale neriešia jeho príčinu (Švarcová, 2011).

Pri hľadaní príčin agresívneho, či inak problémového správania je dôležité zistiť, či sa za ním neskrývajú:

- ✓ somatické zdravotné problémy
- ✓ vedľajšie účinky predpísaných liekov
- ✓ dysfunkčnosť prostredia, v ktorom dochádza k deprivácii niektorých základných životných potrieb
- ✓ neschopnosť klienta komunikovať a vyjadriť svoje potreby prijateľným spôsobom
- ✓ symptóm konkrétnej psychickej poruchy (Durecová, In Čadilová- Jùn-Thorová, 2007, s. 57)

Švarcová (2011) uvádza, že k najčastejším psychickým poruchám, ktoré sa môžu prejaviť u ľudí s mentálnym postihnutím patria: afektívne poruchy, schizofrénia, neurotické a stresom vyvolané poruchy, demencia a poruchy osobnosti.

Afektívne poruchy sa prejavujú patologicky zmenenou náladou, kedy môže dochádzať k extrémnemu vystupňovaniu dobrej nálady – mánie, alebo k zhoršeniu nálady – depresie. Fáza mánie a depresie sa môže vyskytovať samostatne alebo sa periodicky striedať. Depresie môžu vyvolať udalosti, ktoré často predstavujú dôležitú životnú zmenu alebo stratu pre určitého človeka. Symptómy u ľudí s ľahším mentálnym postihnutím sú podobné ako u bežnej populácie (smutná nálada, nezáujem o aktivity, vyčerpanosť, pasivita, izolovanie od okolia, poruchy spánku a pod.). U ľudí s ťažším postihnutím sa pri depresiách môžu vyskytnúť atypické prejavy ako je napr. podráždenosť, psychomotorická agitovanosť, agresívne správanie, autoagresia, krik alebo nespavosť (Durecová, In Čadilová- Jùn-Thorová, 2007). Pre hypomániu je charakteristická povznesená nálada so zvýšenou telesnou a duševnou aktivitou, ktorá môže pretrvávajú niekoľko dní. Ľudia v tomto období pociťujú zníženú potrebu spánku, správajú sa neprimerane, veľmi dôverne a občas sa môže

prejaviť zvýšená podráždenosť. Tento stav býva niekedy spojený s agresívnym a deštruktívnym správaním, neadekvátnymi sexuálnymi prejavmi a hyperaktivitou (Nývtová, 2008).

Schizofrénia patrí k najzávažnejším psychickým poruchám a dochádza tu k narušeniu integrácie psychiky, ktorá prestáva fungovať ako celok. Ide o závažné duševné ochorenie, pri ktorom je narušené logické myslenie, vnímanie, reč, emočné prežívanie a objavuje sa nápadnosť v správaní. U klienta sa môžu rozvinúť bludné, paranoidné interpretácie (napr. klient má pocit, že je sledovaný alebo stále rozpráva o tom, že sa o ňom píše, hovorí v novinách, televízii a pod.), prípadne sa môžu objaviť zrakové či sluchové halucinácie. U ľudí s mentálnym postihnutím býva niekedy ťažké odlíšiť prejavy schizofrénie od ostatných prejavov poruchy osobnosti. Diagnóza by nemala byť stanovená len na základe nepriamych ukazovateľov, bludných presvedčení alebo halucinácií postihnutého, ale až na základe komplexného psychoanalytického vyšetrenia. V aktuálnom štádiu schizofrénie sa u ľudí s mentálnym postihnutím často môže prejavovať bizarné správanie, výrazná agitovanosť, agresívne správanie a autoagresia (Švarcová, 2011).

Neurotickými poruchami označujeme skupinu porúch, ktoré charakterizuje ich hlavný prejav a to nadmerný strach a úzkosť. Úzkosť a strach sú podobné emócie, ktoré vyvolávajú určité fyziologické reakcie organizmu. Zatiaľ čo strach je reakciou na vonkajšie podnety a udalosti, prežitok úzkosti je spôsobený biochemickými zmenami v centrálnej nervovej sústave. Úzkosť a strach sú bežné emócie, ktoré majú v živote obranný význam, avšak problémy môžu nastať vtedy, keď prežitok strachu a úzkosti je príliš častý, intenzívny a neprimeraný danej situácii alebo vzniká bez vonkajšej príčiny. Častosť a intenzívnosť prežívania úzkosti aj strachu môže človeku sťažovať život a ohroziť i jeho psychické či fyzické zdravie (Nývtová, 2008). Medzi neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresom zaraďujeme generalizovanú úzkostnú poruchu, fobické poruchy, panickú poruchu, obsedantno-kompulzívnu poruchu, posttraumatickú poruchu a poruchy prispôsobenia. Generalizovaná úzkostná porucha sa u ľudí s mentálnym postihnutím môže vyskytovať pomerne často a prejavuje sa najmä zvýšeným

napätím, úzkostnými obavami, podráždenosťou a podobne. Tento stav zvýšeného emočného napätia môže vytvoriť podmienky, ktoré ľahšie vyprovokujú agresívne správanie i v situácii, ktorú by mentálne postihnutý človek zvládal bez problémov.

Fobická porucha sa prejavuje ako iracionálny strach z rôznych objektov a situácií, napríklad zo zvierat, z výšky, uzatvorených priestorov a podobne (Durecová, In Čadilová- Jùn-Thorová, 2007, s. 60) uvádza: „*Agresívne správanie sa môže vyskytnúť ako súčasť aktivovaného obranného mechanizmu útok-útok, obzvlášť keď budeme klienta nútiť k vstupu do obávanej situácie alebo kontaktu s obávaným objektom, ale taktiež ak mu budeme brániť v úniku z tejto pre neho nepríjemnej situácie*“.

Panická porucha sa prejavuje opakovaným intenzívnym záchvatom úzkosti, ktorá sa nedá predvídať a ani ovládať vôľou. Klienti pri ataku prežívajú vzrastajúci strach, zvýšenú intenzitu vegetatívnych symptómov (zrýchlený pulz, potenie, chvenie...) a často sa snažia niekam uniknúť. Pokiaľ by im niekto v únikovej reakcii bránil, môže sa objaviť agresívne správanie (Švarcová, 2011).

Posttraumatická porucha sa objavuje ako oneskorená odozva na traumatizujúcu udalosť. Človek má snahu vyhýbať sa všetkému, čo by mu traumatizujúcu udalosť pripomínalo a o tom, čo sa stalo nechce s nikým hovoriť. Posttraumatická stresová porucha sa môže u klientov prejavovať rušivým správaním, agitovanosťou, agresiou a podobne (Michalík, 2011).

Poruchy prispôsobenia sa u ľudí s mentálnym postihnutím môžu vyskytovať najčastejšie, pretože porucha adaptačných schopností patrí k základným charakteristikám tohto postihnutia. Prejavuje sa zväčša v situáciách, keď sú klienti vystavovaní rôznym zmenám ako je napríklad zmena podmienok a zvykov, zmena programu činností, zmeny v zložení personálu a podobne (Švarcová, 2011).

Z uvedeného vyplýva, že pozorované problémové správanie u klientov sa môže občas vysvetliť aj prítomnosťou niektorej psychickej poruchy. Nehľadaná príčina a nevhodná liečba môže mať negatívny dopad na klienta, čím môže ovplyvniť i kvalitu jeho života a problémy sa budú i naďalej

prehľbovať. Avšak včasná a správna diagnostika psychickej poruchy, či prípadné vylúčenie jej prítomnosti môže podstatne ovplyvniť kvalitu života klienta ako aj úspešné zvládnutie daného problémového správania.

2.3 Autizmus u ľudí s mentálnym postihnutím a problémové správanie.

Väčšina dospelých ľudí, ktorí žijú v rôznych typoch zariadení sociálnych služieb, nemá často krát správne stanovenú diagnózu a personál si nemusí uvedomiť, že problémy ktoré klienti vykazujú svojim správaním môžu súvisieť so symptomatikou porúch autistického spektra. Problémové správanie môže byť často i následkom nesprávneho prístupu personálu, práve ku klientom s poruchami autistického spektra. V domovoch sociálnych služieb sa poväčšine využíva kolektívny systém práce, ktorý kladie vysoké nároky na schopnosti klientov ako napríklad prispôbiť sa režimu, skupine, požiadavkám ako i daným zvyklostiam a tiež zapájať sa do skupinových činností. A práve tieto uvedené nároky môžu byť často spúšťačom problémového správania u klientov s poruchami autistického spektra (extrémna pasivita v určitom období, afektívne poruchy – bezdôvodné kričanie, váľanie po zemi, agresia voči personálu, hryzú, škriabu atď.). Toto správanie sa vyskytuje najmä vo chvíli, keď sa zo svojho pohľadu dostávajú do zložitej situácie, ktorú nie sú schopní zvládnuť, porozumieť jej a nedokážu požiadať o pomoc (Čadilová, 2007).

U ľudí s autizmom je správanie ťažko predvídateľné a celkový obraz problémového správania môže závisieť od symptomatiky, osobnostných predispozícií, výchovných a terapeutických prístupov v minulosti i súčasnosti. Niektoré problémové správanie môže byť naučené, iné má biologický základ a behaviorálnou terapiou nie je odstraniteľné (Švarcová, 2011).

Thorová (2006, s.171) uvádza, že rad problémov so správaním je dôsledkom primárnych ťažkostí, ktoré ľudia s autizmom majú a môžu ísť o:

- ✓ percepčný a kognitívny deficit (iný spôsob vnímania a spracovania informácií, ktoré vedú k opakujúcim sa vzorcom niekedy bizarného správania)

- ✓ komunikačný deficit (nedostatok funkčnej komunikácie spôsobuje frustráciu, ktorá môže odštartovať problémového správania alebo sa sociálne nevhodné správanie stane komunikačným prostriedkom, ktorý funguje a je opakovane využívaný)
- ✓ socio-emočný deficit (znížená schopnosť chápania pravidiel sociálnej interakcie, neschopnosť orientovať sa vo vzťahoch a predvídať reakcie iných ľudí, obmedzená schopnosť vyjadrovať a rozumieť emóciám druhých ľudí vedie často k veľmi rôznorodým prejavom problémového správania)
- ✓ nevhodné prostredie a prístup (bežné prostredie nie je prispôbené špecifikám poruchy a mnohé situácie s ktorými sa človek stretáva, vyvolávajú tenziu a následne problémové správanie)

Medzi časté formy problémového správania patrí sebazraňovanie, deštruktivita, agresivita, výrazná stereotypná činnosť a rituály, afektívne záchvaty. Niektoré zariadenia nie sú však schopné poskytnúť ľuďom s poruchou autistického spektra špeciálnu starostlivosť, čo môže znamenať, že pri neodbornom vedení je veľká pravdepodobnosť zhoršenia celkových prejavov a správania (Thorová, 2006).

Čadilová (2007) uvádza, že výhodou pre niektorých klientov s poruchami autistického spektra v domovoch sociálnych služieb je pevný režim, takže väčšina klientov po určitej dobe dokáže predvídať jednotlivé činnosti a pokiaľ personál do určitej miery prehodnotí náročnosť kladenia požiadaviek voči nim, tak sa dokážu čiastočne prispôbiť. Problémové správanie môže nastúpiť vo chvíli, ak príde k zmene režimu a nepredvídateľne situácii. Avšak iným klientom pevný režim nestačí, túžia pracovať, nadväzovať kontakty, ale keďže nevedia ako, dávajú to najavo neprimeranými spôsobmi správania, čo personálom býva často vyhodnotené ako problémové správanie. To však môže časom narastať a ako riešenie sa javí opakovaný pobyt v psychiatrickej liečebni a zvýšenej medikácie. V skutočnosti sa jedná však len o núdzové riešenie, pretože sa liečia len symptómy a nie príčina.

2.4 Prevencia a možnosti personálu v prípade riešenia problémového správania

„Vhodné správanie je správaním rovnako naučeným ako správanie nevhodné. Nie je preto „prirodzené a normálne“, že sa človek správa vhodne. Aby sa človek správal vhodne, musí k tomu vždy byť niečím motivovaný“ (Jún, in Čadilová-Jún-Thorová, 2007, s. 125).

Zelina (1996, s.76) uvádza, že „motivácia správania človeka môže vychádzať z vnútorných stimulov, potrieb človeka, z vonkajších popudov, incentív. Keď sa vzbudí potreba, vzniká motív – dôvod, pre ktorý sa začína človek správať určitým spôsobom“. Posilňovanie správnych reakcií a minimalizovanie výskytu negatívnych reakcií, ako aj odmeňovanie a trestanie, sú najklasickejšími spôsobmi motivačnej výchovy.

Motivácia je hybnou silou správania a zahŕňa celok vedomých i nevedomých faktorov a na ich základe sa uskutočňuje naše chcenie a konanie.

Proces motivácie má dve základné zložky:

1. zložku dynamogennú – aktivizujúca, mobilizujúca individuum
2. zložku inštrumentálnu – zameriavajúca činnosť a tendencia individua k určitému cieľu (Jesenský, 2000, s. 87)

Najpoužívanejšie metódy pri motivácii (aktivizácii) posilňovania správania Zelina (1996, s. 93) zhrnul do piatich bodov:

- Metódy posilňovania existujúceho správania – zlepšiť alebo zvýšiť výkon v určitej činnosti je možné tým, že pripravíme okamžitú odmenu za každý správny výkon. Posilňovačmi sú odmeny (napr. pochvala, sladkosť, obdiv, uznanie, body, možnosť zúčastňovať sa nezvyčajných udalostí a pod.). Rozhodujúce je posilniť správanie v správny čas – povzbudiť hneď na začiatku, odmenu dávať hneď po výkone.
- Metódy na vytvorenie nového správania – postupné zlepšovanie správania sa môže stať novým správaním, keď ho posilňujeme. Treba posilňovať aj úsilie a snahu o lepšie správanie.
- Metóda na udržanie nového správania – ide najmä o princípy odmeňovania. Odmena je účinná tesne po výkone, odmeňujeme

prostredníctvom slov, ale môžeme odmeňovať aj obľúbenou činnosťou. Odmeny treba meniť.

- Metódy na zastavenie nevhodného správania – riadi sa týmito princípmi:
 - Princíp nasýtenia – ak chceme zastaviť vykonávanie neželanej činnosti, môžeme dovoliť pokračovať, kým ho to neprestane baviť
 - Princíp odstránenia – aby sme zastavili konanie určitým spôsobom, môžeme usporiadať okolnosti tak, aby za neželanou činnosťou nenasledovali žiadne odmeny.
 - Princíp nezlučiteľných alternatív – ak chceme, aby prestalo konanie určitým spôsobom, môže sa odmeňovať alternatívne konanie, ktoré nie je v súlade s neželaným správaním alebo sa nemôže uskutočniť zároveň s neželaným správaním.
 - Princíp negatívneho posilnenia – ak chceme, aby prestalo konanie určitým spôsobom, môžeme zariadiť, aby sa bezprostredne po zlepšení správania skončili mierne averzívne reakcie. Trest sa neodporúča, skôr sa má nevhodné správanie ignorovať.
- Metódy modifikácie emocionálneho správania – ak chceme klienta naučiť sa vyhýbať určitému typu správania, súčasne prezentujeme situáciu, ktorej sa má vyhýbať. Ak chceme pomôcť prekonať strach z určitej situácie, postupne zvyšujeme jeho vystavenie obávanéj situácii, kým inak sa bude cítiť príjemne, uvoľnene, bezpečne a za toto správanie ho odmeníme.

Uvedené metódy prostredníctvom odmeňovania, trestov, posilňovania správnych reakcií a minimalizovanie výskytu negatívnych reakcií môžeme zaradiť ku klasickým spôsobom motivačnej výchovy. „*Ludské správanie je podmienené odmenami a trestami, škodou a úžitkom zo správania. Človek sa na tomto základe učí správať*“ (Zelina, 1996, s. 82).

Pri odstraňovaní nevhodného správania u ľudí s mentálnym postihnutím sa využívajú rôzne formy spozitívňovania, ktoré treba aplikovať individuálne podľa postihnutia jednotlivca. Eliminácia negatívneho správania je dlhodobým

procesom a pri jeho prejavoch treba reagovať okamžite a postupne ho odstraňovať (Šustrová, 1999).

Jún (2010, s. 51) uvádza, že pri každom problémovom správaní si treba stanoviť vždy tri postupy:

- Prevencia – čo mám robiť aby k agresii nedošlo;
- Následky terapeutické – čo mám robiť, keď už k agresii príde a to tak, aby sa nabudúce už neopakovala;
- Následky krízové – čo mám robiť, keď už k agresii príde a to tak, aby sa nezranil a neprišlo ku škode na majetku – nenárokujem si žiadnu zmenu v klientovom budúcom správaní;

V rámci prevencie sa musíme snažiť vždy:

- ✓ Meniť vnútorné spúšťacie mechanizmy správania tak, aby klient nemal potrebu siahnuť do svojho repertoáru správania, k správaniu problémovému (napr. klientovi venovať takú pozornosť, že nemá potrebu si pozornosť „vynucovať“ problémových správanim).
- ✓ Meniť vonkajší faktor tak, aby klient nemusel použiť problémové správanie, aj keď jeho základné potreby budú čiastočne nenaplnené (akýkoľvek motivačný systém).
- ✓ Učiť klienta alternatívnemu správaniu (napr. akým iným, sociálne prijateľnejším spôsobom si môže „vyžiadať“ pozornosť ako usadnutím na zem) Jún (2010, s. 53)

Emerson (2008) uvádza, že problémové správanie je pravdepodobne udržiavané procesom podmieňovania a môže byť redukované intervenciou, ktorá buď rozbúra motivačný základ takého správania, alebo môže podporiť vznik alternatívneho správania. Na zníženie výskytu problémového správania môžu pôsobiť niektoré preventívne prístupy, napríklad:

- Zaisťovať, aby klient nebol vystavovaný okolnostiam, ktoré môžu vyvolať problémové správanie.
- Nácvik iného, funkčne odpovedajúceho správania

Prvý prístup vyžaduje, obmedziť vystavovanie klienta podmienkam zmyslovej, materiálnej a sociálnej deprivácii, vysokej hladine

nepredvídateľných stresorov, zneužívaníu okolia, opakovaným zmenám personálu a prísnej kontrole z vonku.

V druhom prístupe je potreba zamerať sa na využívanie intenzívnej behaviorálnej podpory. Vhodné je sledovať, či na klienta nemôže pôsobiť nejaká nebezpečná okolnosť a tiež ho učiť, aby z takej situácie dokázal odísť.

Pokiaľ nevieme určiť príčinu problémového správania u klienta, mali by sme najskôr jeho správanie zaznamenať a následne vyhodnotiť. Pre zmenu problémového správania využívame terapeutický postup, ktorý pozostáva z piatich krokov:

1. Zaznamenanie problémového správania, behaviorálna a funkčná analýza správania, lekársky posudok
2. Analýza prostredia
3. Analýza činnosti
4. Diferenčné posilňovanie – odmeny za vhodné správanie
5. Averzívne tlmenie (Jún, In Čadilová-Jún-Thorová, 2007, s. 112)

Pri terapii musíme zachovať následnosť krokov, pretože terapia nepostupuje od jedného kroku k druhému, ale vždy sa o ďalší krok rozšíri. Z behaviorálnej analýzy môžeme zistiť čas alebo miesto najčastejšieho výskytu problémového správania, čo mu predchádza a čo po ňom nasleduje. Pri funkčnej analýze sa snažíme zistiť, prečo sa u klienta takého správanie vyskytuje. Určitý čas sledujeme právanie klienta a vedíme záznam o problémovom správaní, pretože analýza je veľmi dôležitá u agresívneho správania, ktoré sa môže prejavovať stále rovnako (napr. iba hryzenie sa do ruky) ale za každým môže mať inú funkčnosť. Častým spúšťačom problémového správania môže byť i nepriaznivý fyzický stav klienta, chýba funkčnosť komunikácie a v dôsledku tohto znevýhodnenia nie je schopný povedať napr. či ho niečo bolí a pod. v druhej fáze sa snažíme zistiť, aký má vplyv prostredie klienta a možnosti pôsobenia klienta na prostredie. Môže ísť o primárny vplyv prostredia (napr. zlé osvetlenie, teplota miestnosti, nevyhovujúci nábytok, oblečenie) alebo sekundárny vplyv prostredia (nadmerný hluk, veľa ľudí v miestnosti, neusporiadané pracovné miesto, nedôsledné a mätúce správanie personálu). Pokiaľ prostredie klienta neruší a je pre neho dostatočne zřejmé kedy; kde;

ako; a čo má robiť, ale i napriek tomu pretrváva problémové správanie, môžeme terapeutický postup rozšíriť o tretí krok. Pri tomto kroku analyzujeme činnosť klienta, voľný čas a v priebehu dňa zisťujeme napr. či nie sú činnosti príliš zložité, dlhé, nudné a pod. Ak zistíme, že náplň dňa i činnosti sú primerané možnostiam klienta vzhľadom k jeho postihnutiu a doposiaľ sa nám nepodarilo výskyt problémového správania znížiť na únosnú hranicu, mali by sme zaradiť štvrtý krok terapeutického procesu a to diferenčné posilňovanie a prejsť k ovplyvňovaniu následkov problémového správania. *„Posilňujúci podnet definujeme ako akúkoľvek udalosť, ktorá nasleduje po určitom správaní a zvyšuje pravdepodobnosť možného výskytu tohto správania v budúcnosti. Ide o systém odmien, ktorý pomáha vyššiemu výskytu prejavov vhodného správania z repertoáru užívateľa“* (Mudroch, In Čadilová-Jún-Thorová, 2007, s.126). Pri odmenách musí byť posilňujúci podnet pre klienta vždy motivujúci. To znamená, že čo je pre odmeňovaného človeka naozaj odmenou, záleží len na jeho hodnotení a nie na hodnotení toho, kto odmenu dáva. Odmeny môžu byť:

- Materiálne (jedlo, hračka, rádio, počítač, televízia...)
- Sociálne (úsmev, pohladenie, pritúlenie, zvýšená pozornosť klientovi...)
- Odmeny aktivitami (voľný čas, prechádzka, nákupy, návšteva kina...)

Metódy posilňovania správania prostredníctvom motivačnej výchovy sme bližšie špecifikovali na začiatku tejto kapitoly (viď s. 29)

Posledný piaty krok a to averzívne tlmenie môžeme použiť v prípade, že výskyt problémového správania sa neznížil ani na únosnú hranicu ani po diferenčnom posilňovaní. Pri averzívnom tlmení sa snažíme znížiť výskyt nevhodného správania (agresia, autoagresia) tak, že bezprostredne po jeho výskyte použijeme nepríjemný následok. Avšak takéto tlmenie nesmie byť bolestivé, ale z pohľadu klienta musí byť nepríjemné. Používanie fyzických trestov v zariadeniach sociálnych služieb je eticky neprijateľné a u ľudí s mentálnym postihnutím často i neúčinné, preto je hodné zameriavať sa na iné, menej agresívne metódy (time-out, presýtenie). Pokiaľ sa u klienta objaví nevhodné správanie, môže nasledovať určitý časový úsek, kedy mu je odopieraný nejaký, pre neho pozitívny stimul. A naopak, pri použití metódy

presýtenia sa u klienta snažíme stimulovať práve tú činnosť, ktorú chceme z jeho repertoáru odstrániť (Jún, in Čadilová-Jún-Thorová, 2007, s. 112-133).

Emerson (2008) tvrdí, že doposiaľ neexistuje žiadny priamy dôkaz ako vzniku problémového správania predchádzať. Avšak poznanie „rizikových faktorov“ spojených so zmenami v problémovom správaní v dôsledku genetických predpokladov, alebo faktorov prostredia, môže umožniť poskytnutie vhodnej a intenzívnej podpory klientom. Čím skôr bude poskytnutá preventívna intervencia pri výskyte problémového správania, tým môže byť účinnejšia.

2.4.1 Možnosti personálu pri eliminácii agresívneho správania

Pri výchovnom pôsobení u detí ale i dospelých s mentálnym postihnutím je nutné vychádzať z ich individuálnych potrieb, s miery závažnosti ich postihnutia a zo spôsobu ich reagovania na okolité prostredie. Niektoré prejavy mentálne postihnutých detí, ale i dospelých, ktoré sú často označované ako agresívne, môžu byť vyvolané niekedy ich úplne pochopiteľnou reakciou na správanie okolia. Dospelí ľudia sa často dovoľia správať k ľuďom s mentálnym postihnutím takým spôsobom, akým by sa nikdy nesprávali ani k deťom bez postihnutia. Občas sa teda stáva, že i človek s mentálnym postihnutím stráca trpezlivosť a môže sa zachovať podobne, ako sa jeho okolie bežne správa k nemu. Jeho, v podstate, adekvátne reakcia môže zostať často bez hľadania príčiny a jednoducho sa označí ako prejav agresivity. Avšak pri odstraňovaní nevhodného správania je veľmi dôležité najprv zistiť jeho príčinu, a pokiaľ je to možné, pôsobiť skôr na príčinu ako na dôsledok (Švarcová, 2011).

Pri hľadaní príčiny je dôležitá analýza agresívneho správania, ktoré sa môže prejavovať stále rovnako (napr. bitie do hlavy), ale za každým môže mať inú funkčnosť. Agresívne správanie sa môže prejaviť ako:

- ✓ Obranná agresia: pokiaľ kladieme na človeka neprimerané nároky, môže sa začať správať agresívne, aby sme ubrali z nárokov;
- ✓ Pripútanie sociálnej pozornosti: pre niektorých klientov je niekedy negatívna pozornosť lepšia ako pozornosť žiadna;

- ✓ Hranicovtorná agresia: pri nástupe klienta do nového zariadenia alebo pri zmene personálu – skúša, kde sú „mantinely“ správania, kam až môže zísť;
- ✓ Autostimulačná agresia: vyskytuje sa vtedy, keď sa klient nudí a nedokáže si z dôvodu svojho handicapu dodávať podnety iným spôsobom ako agresiou;
- ✓ Agresívne správanie pre získanie alebo návrat veci či aktivity: vzniká vo chvíli, keď sa klient buď nevie dostať k nejakej veci či aktivite, alebo sú mu i v dobrej viere odopierané (napr. cigarety a pod.);
- ✓ Kompulzívna agresia: klient prejavuje nutkavé, nevhodné správanie napr. búchanie, štipanie, pľuvanie apod.; (Jún, in Čadilová-Jún-Thorová, 2007, s. 113)

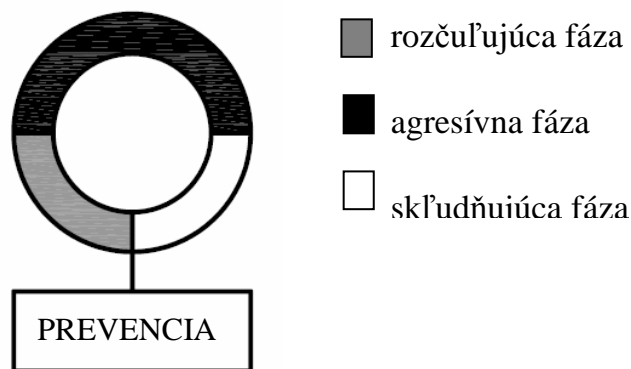
Intervencia musí vždy vychádzať z poznania celkového správania klienta, jeho zdravotného stavu a spôsobu reagovania v rôznych situáciách. Využívanie určitých opatrení, ktoré sa osvedčili ako účinné pri riešení problémového správania u klientov s mentálnym postihnutím a autizmom uvádza Švarcová (2011, str. 162) tieto postupy:

1. Prevencia nevhodného správania: pokiaľ vopred poznáme situáciu, v ktorej môžeme očakávať agresívne správanie klienta, snažíme sa ho eliminovať alebo sa na takéto správanie vhodným spôsobom pripraviť.
2. Modifikácia nevhodného správania: snažíme sa znižovať dobu, počas ktorej sa klient venuje nevhodným činnostiam, alebo nefunkčným rituálom a postupne ho nahrádzame alternatívnymi aktivitami.
3. Zavádzanie postupných zmien: všetky zmeny zavádzame zvolna a po malých krokoch.
4. Úprava prostredia: častou príčinou nevhodného správania je strach lebo úzkosť vyvolaná nevhodným prostredím (hlučné prostredie, veľa ľudí v miestnosti, nedostatok súkromia a pod.). Javy, ktoré identifikujeme ako spúšťače nevhodného správania sa snažíme eliminovať.
5. Zavádzanie pravidiel: všetci klienti by mali presne vedieť, ktoré ich správanie je odmeňované a v určitých situáciách tolerované, ale i ktoré je pre okolie neprijateľné.

6. Relaxačné metódy: využívať jednoduché dychové cvičenia, rôzne individuálne odlišné spôsoby navodzovania dobrej nálady napr. obrázkom, hudbou. Uskutočňovať fyzické cvičenia, masáže, využívať tanec, výtvarné techniky a pod.

Z uvedeného vyplýva, že v každom prípade je nutné hľadať a zároveň aj odstraňovať príčiny, ktoré agresívne správanie vyvolávajú. Niektoré prejavy agresívneho správania si vyžadujú intervenciu ďalších odborníkov, u niektorých sa môže osvedčiť ignorovanie, pokiaľ klienti neublížujú sebe alebo okoliu, a v niektorých závažnejších prípadoch môže pozitívne pôsobiť aj ich dočasná izolácia (napr. bezpodnetná miestnosť).

Možnosti personálu a určité postupy riešenia pri výskyte fyzickej agresie vysvetľuje Jùn (2010, s.30) pomocou „kyvadla incidentu“:



Obrázok č. 1 zdroj: Jùn. Moc, pomoc a bezmoc, 2010, s. 32.

Pokiaľ sa kyvadlo nehýbe a visí voľne dolu, klient neprežíva žiadnu negatívnu emóciu a môžeme povedať, že je veľmi pozitívne alebo neutrálne naladený. Jedno otočenie kyvadla v smere hodinových ručičiek znamená priebeh jedného incidentu zahrňujúceho fyzickú agresiu klienta. Vo chvíli, keď je kyvadlo v rozčuľujúcej fáze, klienta mohlo niečo rozladiť a tým sa dostáva do nepohody, kedy začína prežívať negatívne emócie. Tie môžu byť sprevádzané zrýchleným dychom, tepom, potením, nadávaním, nadmernou gestikuláciou a pod. V prostrednej, agresívnej, fáze je už klient fyzicky agresívny, čo sa môže prejaviť kopaním, hryzením, bitím päšťami, teda aj vo

fyzicky agresívnom kontakte s personálom alebo inými klientmi. V skľudňujúcej fáze klient prestáva byť fyzicky agresívny, ale zároveň ešte nie je emočne kludný, tu emócia odznieva. Cieľom personálu je klientove kyvadlo vždy čo najviac zaťažiť, pretože tým je menšia pravdepodobnosť, že sa kyvadlo vyhupne až do fázy fyzickej agresie. Prostriedkom zaťaženia kyvadla je prevencia, ale i napriek tomu sa môžu občas určití klienti dostať do rozčuľujúcej fáze. Vtedy môže personál v intervencii použiť určité stratégie:

1. Ignorovania – je dobrou stratégiou len v prípade, ak klient používa veľmi nízku intenzitu svojej negatívnej emócie;
2. Vyriešenie problému – patrí medzi stratégie, ktoré pomôžu skôr pri nižšej intenzite negatívnej emócie. Pokiaľ klient svoje prianie dáva najavo svojim problémovým správaním, personál nemôže alebo nechce tento problém riešiť, kyvadlo stúpa vyššie k strednému pásmu (k agresívnej fáze);
3. Prevedenie pozornosti klienta – môže taktiež zabráť skôr pri nižšej intenzite negatívnej emócie;
4. Verbálne skľudňovanie – ide o stratégiu postavenú na slove, princípom teda je, že klient v tejto chvíli dostane za pravdu, čo vedie ku skľudneniu;
5. Neverbálne skľudňovanie – často sa uplatňuje súbežne s verbálnym skľudňovaním. V praxi sa často rozhodujeme, či klienta v ťažkej situácii objasť alebo sa radšej vzdialiť. Objasť klienta si môžeme dovoliť len vtedy, ak: klientovi neprekážajú dotyky vo chvíli pohody; nie sme ako personál zdrojom hnevu klienta; zo skúseností vieme, že klient v ťažkých chvíľach objasť vyhľadáva. Pokiaľ tieto body nie sú splnené, zvlášť bod o zdroji hnevu, môže sa objasť stať kontraproduktívnym a viesť k eskalácii napätia. Klienta si môže personál dovoliť pohladkať len po chrbte a ramenách, deti i po hlave, pokiaľ im to je príjemné (Jún, 2010, s.32-44);

Uvedené stratégie môžu pomôcť preklenúť incident s klientom tak, aby nedošlo k fyzickej agresii. Ktorú uvedenú stratégiu, prípadne ich kombináciu

zvolíme, môže často záležať na aktuálnej situácii, možnostiach personálu a v malej miere výber môže ovplyvniť i čas, ktorý na stratégiu máme.

Niekedy je potrebné pri aktuálnom zvládnutí agresívneho správania použiť reštriktívne postupy, avšak len v prípade, pokiaľ môže hroziť zranenie klientov alebo personálu. Zákon o sociálnych službách vymedzuje, že najskôr sa máme snažiť agresiu zvládnuť fyzicky (sebaobrana), potom mechanicky (bezpodnetná miestnosť) a nakoniec chemicky (tlmivá medikácia) (Jún, in Čadilová-Jún-Thorová, 2007).

Vo chvíli, keď personál dokáže zvládnuť incident s použitím reštriktívneho postupu, emočné prežívanie klienta sa dostáva z fázy fyzickej agresie do fázy skľudňovacej. Pokiaľ je to možné, skľudňovať klienta by mal niekto iný z personálu ako ten, ktorý sa podieľal na fyzickej reštrikcii. Dôvodom môže byť skutočnosť, že pracovníci, ktorí klienta skľudňovali reštriktívnym postupom sa môžu stať pre neho zdrojom hnevu. Poslednou stratégiou v skľudňovacej fáze je rozbor incidentu. Ten by však mal prebiehať až po úplnom odznení incidentu, pretože by mohlo prísť k návratu rozčuľovacej a agresívnej fázy. Rozborom incidentu sa snažíme zistiť príčinu agresívneho správania a zaťažiť „kyvadlo“ správnu prevenciou, aby sa znížila pravdepodobnosť výskytu problémového správania (Jún, 2011, s.47).

Z uvedeného vyplýva, že s prevenciou je vhodné začať skôr, než sa problémové správanie rozrastie do väčších rozmerov. Dôležitú úlohu v prevencii problémového správania zohráva personál, ktorý sa má snažiť v rámci prevencie predchádzať výskytu problémového správania. Pokiaľ sa takéto správanie vyskytne, musí sa ho snažiť zvládnuť vhodnými stratégiami a postupmi, ktoré sú prijateľnejšie ako reštriktívne postupy.

2.5 Osobnosť a úloha sociálneho andragóga v sociálnych službách

Sociálna andragogika ako sociálno-výchovná pomoc, starostlivosť a služba nachádza inštitucionálne zázemie vo väčšine zariadení pre dospelých, ktorých zriaďovateľom môže byť štát, súkromná alebo právnická osoba, prípadne

nezisková svojpomocná nadácia. Môže ísť o zariadenia pre dospelých, o ktorých pojednáva Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. a iné sociálno-výchovné zariadenia, organizácie a inštitúcie, ktoré vyžadujú aj reedukačnú, edukačne poradenskú, preventívnu a intervenčnú kompetenciu pracovníkov, potrebnú na výkon danej profesie (Határ, 2006).

„Sociálna andragogika teoreticky i prakticky rozpracováva také otázky, ako možno (seba)výchovou a (seba)vzdelávaním zvyšovať životnú úroveň a kvalitu života dospelých jedincov, prípadne ako im možno uľahčiť proces adaptácie na nové sociokultúrne a ekonomické podmienky, ktoré súčasná postmoderná doba so sebou prináša“ (Határ, 2005, s.16).

Sociálneho andragóga chápeme ako vyzretú osobnosť, ktorej zvolenie danej profesie vychádza z vnútorného presvedčenia a taktiež ju môžeme nazvať aj poslaním, pretože ju nemožno vykonávať bez osobného vzťahu k nej a ľuďom všeobecne. Sociálny andragóg by mal okrem odbornej andragogiky a sociálnej spôsobilosti, ale i osobnostných predpokladov pre výkon svojej profesie, spĺňať mnohé ďalšie požiadavky, ktoré sú na jeho osobnosť zo strany jednotlivca, skupiny i celej spoločnosti ako potenciálnych klientov kladené. Vzhľadom k uvedenému je nevyhnutné, aby disponoval predovšetkým komplexom vedomostí a spôsobilostí z oblasti sociológie výchovy a vzdelávania dospelých, sociálnej patológie, sociálnej politiky, andragogickej psychológie, kulturológie a sociálnej gerontológie. Z edukatívneho hľadiska je dôležité, aby dokázal optimálne a flexibilne operovať s poznatkami z teórie výchovy a vzdelávania dospelých, andragogickej diagnostiky, prevencie a intervencie, sociálnej a andragogickej komunikácie, geragogiky, špeciálnej andragogiky, liečebnej andragogiky, kultúrnej andragogiky, edukatívneho a sociálneho poradenstva a iných andragogických disciplín. V neposlednom rade by mal mať všeobecný rozhľad, ako aj vnímavosť pre rôzne bežné i kolízne životné situácie, podnety a vplyvy prostredia, ktoré na klienta pôsobia (Határ, In Vychovávateľ č. 1, september 2008, ročník LVII).

Porubská 2005 (In Zimmermannová, Vychovávateľ č.1, september 2010, ročník LIX) diferencuje základné požiadavky kladené na osobnosť andragóga nasledovne:

- Všeobecné vzdelanie (v zmysle všeobecného rozhľadu z rôznych oblastí života človeka);
- Odborné vzdelanie (špecializácia v istom odbore, v ktorom môže sociálny andragóg vyvíjať svoju aktivitu za účelom rozvíjania osobnosti);
- Andragogické vzdelanie (súvisí s nadobudnutím profesijnej kompetencie v systéme pregraduálneho, postgraduálneho alebo ďalšieho vzdelávania edukovať dospelých);
- Osobnostné črty (môžeme ich tiež nazvať akýmisi vnútornými kvalitami sociálneho andragóga);

Komplex osobnostných vlastností, ktorými by sa mal vyznačovať každý pracovník pracujúci s človekom, rozpracoval D. Wozniak 2002 (In: Határ, Vychovávateľ č.1, september 2008, ročník LVII), ktorý ich člení do dvoch skupín:

1. Funkcionálne vlastnosti (citlivosť na ľudské problémy, nezaujatosť, nestrannosť a uctievanie dôstojnosti každého človeka, schopnosť sebakontroly svojho konania a vzťahov k osobám o ktoré sa stará, orientácia na aktivizáciu klienta a spolupodieľanie na riešení vlastných problémov a pod.);
2. Inštrumentálne vlastnosti (organizačné schopnosti, svedomitosť, systematickosť a vnútorná disciplína, rozhodovanie a dôslednosť v konaní cez vytrvalé smerovanie k vytýčenému cieľu a pod., v neposlednom rade i diskretnosť a identifikovanie sa s vykonávanou profesiou);

Charakter a repertoár problémov klientov sociálnych zariadení, ktoré by mal sociálny andragóg riešiť, môže byť rôznorodý a širokospektrálny. A práve z tohto dôvodu môžeme úlohy sociálneho andragóga v zariadeniach sociálnych služieb pre handicapovaných vnímať aj ako široko koncipované. Medzi základné pracovné úlohy sociálneho andragóga podľa Határa (In: Vychovávateľ, č.1, september 2008, ročník LVII, s.15) zaraďujeme:

- Diagnostickú – cieľom je zistiť aktuálny stav, stupeň a úroveň rozvoja intaktného, postihnutého, narušeného a ohrozeného jednotlivca,

prípadne v akom vývojovom štúdiu sa nachádza sociálno-výchovný problém, jeho symptómy, dôsledky, príčiny a podmienky, v ktorých pretrváva.

- Preventívnu – cieľom je predchádzať narušeným intra- a interpersonálnym vzťahom, sociálnym rozporom medzi jednotlivcom a prostredím, bežným a zložitým situáciám predovšetkým sociálnej a výchovnej povahy, defektivite a nesprávnej socializácii, enkulturácii a (seba)výchove postihnutého človeka.
- Profylaktickú a modifikačnú – podstata sociálno-andragogickej profylaxie spočíva v tom, že pozitívne sociálne a výchovné vplyvy stimulujeme a negatívne inhibujeme (modifikujeme) na pozitívne, aby sme zabránili regresu osobnosti.
- Stabilizujúcu, rozvíjajúcu (edukačnú) a aktivizujúcu – dôležité je poznať vnútorné motívy, potreby, záujmy a schopnosti klienta a následne sa ich snažiť do maximálne možnej miery rozvíjať a aktivizovať.
- Integračnú, socializačnú a adaptačnú – pomôcť začleniť sa do spoločenského prostredia s cieľom adaptovať sa na nové, resp. jestvujúce podmienky tak, aby tvorivo zasahovali do diania spoločnosti a aktívne participovali na jej pretváraní a zdokonaľovaní v prospech seba samých ale i spoločnosti.
- Kompenzačnú a facilitačnú – základ spočíva v kompenzovaní, t.j. nahradzaní absentujúcich sociálnych i emocionálnych podnetov a zážitkov zážitkami a stimulmi z iného, viacpodnetného prostredia, za účelom saturácie bio- psycho- sociálnych potrieb a uľahčovania života.
- Poradenskú a výcvikovú – podľa nej môže sociálny andragóg lepšie spoznať svojho klienta a následne mu pomôcť. V tomto smere veľmi dôležitú úlohu zohráva sociálno-andragogický výcvik, kde sa dospelí klienti učia riešiť rôzne konfliktné situácie, nadobúdajú sociálne a komunikačné zručnosti, nadväzujú sociálne kontakty a pod.

Základnou úlohou sociálneho andragóga ako facilitátora je porozumieť zvláštnym problémovým skupinám a prípadom, ako aj rešpektovanie

a tolerovanie zdravotných špecifik a porúch jednotlivých klientov. Jeho úlohou je nielen spoznať špecifiká osobnosti a ich potreby, ale snažiť sa aj o vytváranie dostatočných podnetov pre klientov sociálnych služieb ako napr. pri ťažkosti v nadväzovaní kontaktov, konflikty vo vzťahu k prostrediu, problémy s aktívnym trávením voľného času a podobne. Taktiež má sociálny andragóg kompetenciu vytvárať rôzne podnetné a aktivizujúce programy nad rámec základnej starostlivosti, ktoré by mali byť realizované počas celého roka/rokov pobytu klienta v zariadení, nielen v čase osláv, výročí, či podujatí prospešných pre zviditeľnenie zariadenia v rámci kampaní a podobne, tiež vytvárať ponuku voľnočasových aktivít pre postihnutých, u ťažko postihnutých alebo seniorov hľadať možnosti aspoň čiastočnej socializácie atď. (Zimmermanová, In: Vychovávateľ č.1, september 2010, ročník LIX).

Zhrnutím uvedeného možno teda vnímať fakt, že na sociálneho andragóga sú kladené vysoké nároky a požiadavky, vďaka ktorým môže erudovane plniť rad úloh, ktoré vyplývajú z jeho profesie. Uvedené úlohy ako aj ich následné plnenie sociálneho andragóga môžeme považovať za nenahraditeľné pre klientov v zariadeniach sociálnych služieb.

3 TERAPIE A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY AKO SÚČASŤ PREVENČIE PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA

Každý klient v domove sociálnych služieb potrebuje mať zabezpečené nielen svoje životné potreby, ale taktiež potrebuje zmysluplný program činností pre kvalitnejšie prežívanie života v inštitucionálnom zariadení. Spravidla ide o programy, ktoré zahŕňajú výchovno-vzdelávacie, liečobno-nápravné i aktivizačné činnosti. V niektorých prípadoch môžu byť súčasťou domovov sociálnych služieb, taktiež sociálno-terapeutické dielne zamerané na výtvarné, ručné a iné činnosti podporujúce seberealizáciu a osobný rozvoj klientov. Môžeme teda tvrdiť, že tieto programy činností sa zameriavajú na podporu sebestačnosti klienta a zaistenie podmienok pre jeho dôstojný a aktívny život. Rovnako treba však vziať na vedomie, že u klientov v „ústavnej“ starostlivosti môže byť ich osobnosť poznačená deprivačnými vplyvmi a frustráciou, čo môže viesť k prejavom problémového správania. Taktiež apatia alebo agresívne prejavy môžu byť vyvolané zníženou schopnosťou adaptácie v konkrétnej situácii. Klient s mentálnym postihnutím sa môže často cítiť opustený a preto je potrebné venovať mu našu pozornosť. Veľmi záleží i na tom, koľko času si personál domova nájde na prácu a kontakt s každým klientom, ale i koľko času dokáže venovať hodnotnému a podnetnému programu činností pre klientov v zariadení (Novosad, 2009).

Realizácia programov činností pre klientov si vyžaduje okrem odborného zabezpečenia aj vytvorenie určitých priestorových a materiálnych podmienok. Taktiež ich pravidelná realizácia zabezpečuje starostlivosť o klientov v zariadení. Môžeme povedať, že každý program je jedinečný a integrálny, lebo sa na ňom okrem klienta a terapeuta zúčastňuje aj mikrosocieta klienta. Podstata programu môže byť sociálna, výchovná, terapeutická a je vždy širšie koncipovaná. Obsahom je terapia, prevencia, poradenstvo, učenie a výchova. Štruktúra programu má mať stanovený začiatok, priebeh a záver. Realizáciu programu činností môžeme uskutočniť individuálnou a skupinovú formou,

ktorá vychádza z diagnózy klienta. Individuálna forma je vhodná pre klientov, ktorí si vyžadujú celú pozornosť terapeuta vzhľadom k svojmu postihnutiu, prípadne im skupinová forma umožňuje využiť sociálne učenie a môže byť otvorená alebo uzavretá. Práca v uzatvorenej skupine sa javí byť jednoduchšia a aj efektívnejšia, vzhľadom k tomu, že počet klientov je stály a istý časový úsek nemenný. Pri zamestnaniach v skupine sa klienti učia spolupracovať, získavajú pracovné a spoločenské návyky ako aj zručnosti. Zaujímavé činnosti odpútavajú klientov od pochmúrnych myšlienok a umožňujú využívať zmysluplné trávenie voľného času. Pri činnostných terapiách nejde v prvom rade o to, aby bola vykonaná konkrétna užitočná práca a výrobok, ale často je dôležité práve to, čo sa deje počas zamestnania. Činnostné terapie sa môžu realizovať len v existujúcom systéme spoločenskej ale aj individuálnej pomoci znevýhodneným jedincom a ľuďom so špeciálnymi výchovnými potrebami. Ako sme už spomenuli, pre ich realizáciu musia byť zabezpečené priestorové a materiálne podmienky. Taktiež sa využívajú záujmy, schopnosti a možnosti klientov, aj keď sú často limitované hranicami znevýhodnenia (Hornáková, 1999).

Alternatívne terapeutické metódy si kladú za cieľ napomáhať celkovej harmonizácii ľudskej osobnosti, a tým sa podieľajú na jej plnohodnotnej existencii. Okrem fyzickej zložky, ktorú stimulujú, v zásadnej miere môžu ovplyvňovať psychiku človeka, predovšetkým jeho emócie ako aj proces socializácie. Treba však zdôrazniť, že činnostné terapie nemajú za cieľ úplné vyliečenie diagnózy, respektíve problému, ale predovšetkým predstavujú priestor a možnosti adekvátnej interakcie klienta s terapeutom, podporujú pozitívne vlastnosti jedincov a slúžia ako podporná terapia a diagnostika (Selická, In: Vychovávateľ č. 1, september 2010, ročník LIX).

Viacero autorov vo svojich publikáciách zhodne tvrdí, že je výhodné, ba priam želateľné, aby mal terapeut psychoterapeutický výcvik a prax, lebo samotná psychoterapia výrazným spôsobom zvyšuje efektívnosť jednotlivých terapií, čím dostávajú možnosť stať sa cieľovými terapiami.

3.1 Zvládanie problémového správania prostredníctvom terapeutických metód

V súčasnosti existuje množstvo liečebno-pedagogických prístupov, ktoré sú účinné pre deti, mládež i dospelých. Pomocou nich sa včasnou intervenciou môžu eliminovať problémy rovnako ako aj predchádzať závažnejším priestupkom v správaní. Terapeutické metódy pozitívne ovplyvňujú emocionálny stav klientov, pomáhajú dosahovať emočnú stabilitu a harmóniu osobnosti so sebou i s prostredím. Sociálny andragóg môže tieto terapeutické metódy využívať pri práci s klientmi aj v ústavných zariadeniach sociálnych služieb (Selická, In. Vychovávateľ č.1, september 2010, LIX).

Pracovná terapia (ergoterapia) – základom pracovnej terapie je zmysluplné zamestnanie, pretože zmysluplný pohyb a čin sú výsledkom zložitých intrapsychických, neuropsychických i psychomotorických procesov, na ktorých participuje celý človek, celá osobnosť. Jelínková (2009, s. 13) uvádza, že *„ergoterapia je profesia, ktorá prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládnutie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb akéhokoľvek veku s rôznym typom postihnutia.“* Zvolené ergoterapeutické činnosti by mali zohľadňovať osobné, kultúrne a ekonomické potreby človeka a taktiež podmienky prostredia, v ktorom žije. Pri výbere činností v pracovnej terapii musíme predovšetkým vychádzať z individuality jednotlivca, jeho schopností a možností vzhľadom na diagnózu alebo problém. Pracovná terapia je vždy zameraná na celého človeka v jeho bytí. Každý úspešný, zmysluplný pohyb alebo čin môže vyvolať subjektívne jedinečný pocit, ktorý človek prežíva a súčasne ho motivuje do ďalšej činnosti. Pracovná terapia je veľmi výhodná u seniorov, ľudí so zdravotným znevýhodnením, mentálnym postihnutím a kombináciou postihnutí, posilňuje interakcie, zmysluplné využívanie voľného času, pomoc pri orientácii v životnom priestore, životných úlohách, ale slúži aj ako podpora celkového vývinu a osobnostného dozrievania. Zmysluplné zamestnanie môže taktiež predstavovať i modelové situácie pre nácvik prosociálneho správania. Ergoterapeut v zariadení

sociálnych služieb sa má podieľať na príprave a vedení skupinových, prípadne individuálnych aktivít a tiež príprave denných i týždenných programov pre klientov. Náplňou ergoterapie pomocou cielených aktivít je podporovať sebestačnosť klienta, aktívne naplňovať jeho voľný čas a sociálne interakcie. V zariadení sociálnych služieb sa využíva najmä práca so skupinou, avšak u niektorých klientov sa môže využívať i forma individuálnej ergoterapie. Kľúčovým faktorom úspešnej spolupráce terapeut-klient, je nastolenie obojstrannej dôvery vo vzťah založenom na pochopení, empatii a vzájomnom rešpekte (Jelínková, 2009).

Arteterapia, základom terapeutickej metódy je výtvarné umenie a jeho techniky. Využitie arteterapie má svoje miesto všade tam, kde človek potrebuje rehabilitáciu či už duše alebo tela. Môže podporovať integráciu osobnosti, proces socializácie, posilňuje motoriku, znižuje agresivitu, uvoľňuje napätie, pomáha odblokovať emócie, rozvíja motiváciu, podporuje kooperáciu a podporuje pozitívne sebahodnotenie. Medzi základné intervenčné techniky arteterapie môžeme zaradiť arteterapeutické hry, kresbu, modelovanie (Šicková, in Majzlanová (ED.), 2004). Arteterapia sa praktizuje dvoma základnými spôsobmi a to receptívna arteterapia a produktívna arteterapia. Receptívna terapia je terapiou pasívnou, kedy klient vníma a pozoruje vybrané umelecké dielo, ktoré môže určiť sociálny andragóg-terapeut s istým presným zámerom. Produktívna arteterapia je aktívnou terapiou, ktorá je založená na priamej umeleckej aktivite klienta. Klient môže tvoriť pomocou kresby, maľby, koláže, modelovania. Rovnako dôležitý ako proces vlastnej tvorby môže byť hodnotenie výtvarného diela, pričom vychádzame z predpokladu, že interpretáciu prác by mala realizovať celá skupina. Práce sa môžu zoradiť za sebou pre hromadnú komparáciu alebo sa môže rozoberať jedna za druhou. Vyjadriť sa k prácam má najskôr skupina a nakoniec autor, pokiaľ chce vystúpiť z anonymity. Pri hodnotení výtvarného prejavu si má terapeut všímať správanie klienta v priebehu tvorby, primeranosť výtvarného prejavu, formy a obsah práce, sledovať preferenciu a adekvátnosť farieb, konfliktné momenty ako gumovanie, zosilnenie či zoslabenie motívov ale aj celkovú umeleckú kvalitu práce (Michalík, 2011).

Muzikoterapia, ako už samotný názov zdôrazňuje, že základom tejto metódy je hudba a jej vplyv na človeka. Základný cieľ je rovnaký ako pri ostatných terapiách a to navrátiť človeku stratenú harmóniu, vyrovnanosť a vnútornú pohodu. Selická (In Vychovávateľ, č. 1, september 2010, LIX) uvádza ciele muzikoterapie, ktoré sú však nielen všeobecné ale i čiastkové:

- Rozvoj a podpora fyzického zdravia
- Podpora emocionálneho zdravia
- Podpora sociálnej interakcie
- Otvorenie komunikačného kanálu
- Rozvoj zručnosti
- Umožnenie sebavyjadrenia
- Zmierňovanie stresu
- Kontrola správania
- Zmiernenie psychických tráum
- Rozvoj osobnosti

Medzi intervenčné techniky muzikoterapie môžeme zaradiť spev, hru na hudobné nástroje, improvizáciu, hudobno-ohybové hry a cvičenia, výtvarný prejav pri hudbe a ďalšie aktivity pri hudbe. U klientov s mentálnym postihnutím sa za vhodnú formu považuje skupinová aktívna muzikoterapia, ktorá môže vytvárať priaznivé podmienky pre elimináciu či zmiernenie častých „patológií“ v prežívaní, komunikácii a medziľudských vzťahoch. Aktívna skupinová muzikoterapia má v praxi overené miesto predovšetkým u klientov s ľahkým mentálnym postihnutím. U nich všeobecne platí, že úroveň ich hudobných schopností nemusí byť vôbec mentálnym postihnutím poznamenaná, teda sa na nej dá stavať. Aktívna muzikoterapia sa väčšinou sústreďí na prácu s vokálnym (spev) a inštrumentálnym (hra na telo, hudobný nástroj) prejavom, ale taktiež i na rečové, pohybové, dramatické a výtvarné prejavy. Pre muzikoterapeuta z toho vyplýva nutnosť byť umelecky angažovaným odborníkom dostatočne sa orientujúcim v hudobných žánroch, pričom presahy do iných druhov umenia, relaxačných techník, sociálno-psychologického výcviku, hry, výchovy a ďalších techník sa považujú za samozrejmosť (Michalík, 2011).

Dramatoterapia predstavuje súčasť liečebno-výchovných prístupov u detí, mládeže a dospelých s rôznymi druhmi porúch a postihnutí. Výber dramatických prostriedkov a obsahu dramatických činností sa uskutočňuje so zreteľom na druh problému s vopred vytýčeným cieľom so stanovením ich postupnosti. Dramatoterapeut využíva dramatické štruktúry so špecifickým cieľom pomôcť klientovi zažiť emócie, získať vnútornú motiváciu a schopnosť lepšie sa orientovať v problémoch, v situáciách i vo vzťahoch. Môže teda ísť o cielenejšie a dlhodobejšie zmeny v prežívaní pomocou množstva komponentov, ktorými sú lepšie sebaopoznávanie, sebaakceptácia, zážitok úspešnosti, zmena ohľadu a prístupu k problémom a podobne (Majzlanová, 2004). Dramatoterapia využíva všetky metódy, prístupy a možnosti dramatického umenia. Sú to predovšetkým hry, improvizácia, hranie rolí, pantomíma, tanečná dráma, dramatizácia, bábková a maňušková hra, hra s maskou a ďalšie metódy. Michalík (2011, s. 147) uvádza rozdelenie štruktúry každého dramatoterapeutického sedenia nasledovne:

- Úvod (pozdrav terapeuta so skupinou)
- Rozcvička (zahrievacie cvičenie)
- Otvorenie hracieho priestoru
- „naštartovanie“ hry
- Hlavná časť (vstup do rolí)
- Ukončenie (priestor pre ukludnenie, klient „odchádza z role“ a vstupuje do reálneho sveta, svoje pocity môže vyjadriť pohybom, vizuálnym symbolom, kresbou, pretože záver nemusí byť vždy vyjadrený len verbálne)

Prežitie drámy a divadla v rámci dramatoterapie sleduje rôzne terapeutické ciele. Majzlanová (2004) popri konečných a priebežných cieľov rozlišuje stanovenie cieľov aj na krátkodobé – dlhodobé, hlavné – vedľajšie, konkrétne – všeobecné ciele, spomedzi ktorých spomenieme aspoň niektoré a to dlhodobejšie ciele. K dlhodobejšie zameraným cieľom patrí:

- Redukcia intrapsychického napätia
- Zvýšenie odolnosti voči stresu a záťaži

- Zlepšenie sebavedomia a sebahodnotenia
- Harmonizovanie osobnosti, zníženie vnútorného napätia, zlepšenie duševnej rovnováhy
- Zníženie citlivosti na stres, zvýšenie frustračnej tolerancie
- Podporenie kooperácie, rozvíjanie spolupráce, vzájomného kontaktu a dôvery (Majzlanová, 2004, s. 100)

Okrem aktívnych foriem dramaterapie má značný význam aj sledovanie divadelných predstavení, ktoré však musíme vyberať veľmi citlivo a profesionálne s ohľadom na diagnózu a problém klienta. Dramaterapia pôsobí ako významný preventívny prostriedok pri vzniku a prehĺbovaní problémov v správaní klientov (Michalík, 2011).

Biblioterapia je terapeutická a aj výchovná metóda, ktorá využíva rôzne formy práce s literárnym textom. Predstavujú ho literárne, básnické diela i vlastná tvorba. Významná je i technika nedokončených príbehov, ktoré môže klient dopĺňať. Z formálneho hľadiska môžeme biblioterapiu rozdeliť na receptívnu (čítanie, počúvanie), perceptívnu (čítanie a následná práca s textom) a expresívnu (prednes, vlastná tvorba, dokončovanie príbehu). Biblioterapeutické postupy sa môžu dopĺňať o ďalšie prvky ako je napr. hudba, maľba, dramatizácia či dopĺňanie pohybom (Michalík, 2011).

Najčastejšie ciele biblioterapie uvádza Pilarčíková – Hýblová 1997 (In Michalík, 2011, s. 153):

- Vzbudenie nových záujmov
- Odvrátenie pozornosti od vlastných problémov
- Seberealizácia a zvýšenie sebavedomia
- Zmena postojov a hodnôt
- Prekonávanie depresívneho rozladenia
- Pozitívna emocionálna stimulácia

Pri výbere kníh a literárnych textov musíme rešpektovať záujem klienta, pričom treba dbať na diagnózu a problém klienta. Z psychologického a z diagnostického hľadiska môže byť zaujímavá tvorba verbálnych asociácií a automatických textov, kde sa nekladú nároky na zmysel a dramatickosť textu.

Spontánne spájanie slov odkryva informácie, ktoré môžu byť dôležité pre pochopenie skrytých motívov a potrieb klienta (Hornáková, 1999).

Pohybová, psychomotorická terapia – pohyb, ktorý predstavuje mnohvrstvomý fenomén, je základným prejavom života. Na pohybe participujú zmyslové, psychické, fyziologické procesy, ktoré sa navzájom dopĺňajú a ovplyvňujú. V pohybe sa odrážajú a rozvíjajú myšlienky, city, emócie a taktiež sa môže trénovať pamäť, zvyšovať koncentrácia pozornosti a pod. Pohybová terapia sa zameriava na tri oblasti:

1. Somatickú – odbúranie telesného napätia, zlepšenie vzťahu k vlastnému telu, rozvoj zručností, schopností, návykov, vitality a na využitie a stimuláciu potenciálnych fyzických možností.
2. Psychickú – psychické uvoľnenie, zvyšovanie sebavedomia, posilňovanie sebakompetencie.
3. Sociálnu – hľadanie adekvátnych spôsobov správania a konania, skvalitnenie komunikačných zručností, zlepšovanie vzťahov ako i schopnosť kooperácie, rozvoj súdržnosti a spolupatričnosti (Szabová, In Majzlanová, 2004).

Psychomotorická terapia sa môže realizovať vo všetkých vekových skupinách s prihliadnutím na ich osobitosti a možnosti vyplývajúce z ich obmedzení a hraníc.

3.1.1 Terapie prostredníctvom zvierat

Súhrnným názvom zooterapia môžeme označiť rehabilitačné a psychosociálne metódy, ktoré využívajú pozitívne pôsobenie zvierat na človeka. Zooterapia sa v súčasnosti dostáva do popredia a aj záujmu odborníkov, a to najmä pracovníkov zdravotníckych zariadení sociálnych služieb, v ktorých sú klientmi ľudia s postihnutím či už mentálnym alebo kombinovaným, ale aj ľudia telesne zdraví, ktorí majú emocionálne alebo výchovné problémy. V zariadeniach sociálnych služieb zvyčajne chýbajú taktilné podnety a možnosti prijímať či darovať nežnosť, ale s telesným kontaktom so zvieratami možno prežívať hlboko ľudskú potrebu prítulnosti.

Zooterapie sa často môžu využívať ako podporné terapie na zmiernenie následkov postihnutia a to predovšetkým formou prijímania seba ako plnohodnotnej bytosti, obnovenie komunikácie s okolím, vzbudenie záujmu o nadväzovanie kontaktov a pozitívne ovplyvňujú sebavedomie. Cieľom zooterapie je taktiež korekcia problémového správania, čím napomáha odbúravať a neutralizovať agresiu, depresiu, stres, pocit úzkosti a fóbie formou bezprostredného kontaktu a dotyku. Základná idea zooterapie vychádza z premisy, že najspoľahlivejším a často jediným priateľom človeka v samote i chorobe je zviera (Hrozenská a kol. 2008).

Šoltésová, 2003 (In Hrozenská, 2008, s. 123) odporúča používať zooterapiu v týchto rizikových skupinách:

- Osamelo žijúce osoby
- Osoby s nadmernou hmotnosťou
- Ľudia s postihnutím a chronicky chorí
- Ľudia žijúci a pracujúci vo výrazne stresujúcich podmienkach
- Problémové, týrané, zneužívané, zanedbávané a mentálne postihnuté deti
- Starnúci a starí ľudia

Kanisterapia využívajúca kontakt človeka so psom má vždy predpoklady stať sa uznávanou a plnohodnotnou formou terapie u ľudí s mentálnym alebo kombinovaným postihnutím. Pes môže plniť funkciu dôverníka, priateľa, spoločníka i pomocníka. Návštevný kanisterapeutický program môže prebiehať formou kolektívnu alebo individuálnou. Evidentnou prednosťou individuálneho programu je zachovanie súkromia klienta, akceptácia jeho prípadnej imobility, alebo iných pohybových ťažkostí a možnosť pocitu mať zviera pre seba. Návštevy psích spoločníkov sa monitorujú, dokumentujú a vyhodnocujú v tzv. kanisterapeutickom denníku konkrétneho zariadenia (Hrozenská, 2008).

Účinky kanisterapie:

1. Kontakt so psom umožňuje lepšie chápať pocit iných, posilňuje empatiu.

2. Pes rozvíja u človeka sociálne zručnosti, pôsobí ako stimulancium mentálnych funkcií človeka (motivuje ku komunikácii, posilňuje pozornosť, rozvíja pamäť, predstavivosť, zlepšuje náladu).
3. Pozitívne pôsobí na zdravie človeka v súvislosti so spracovaním stresovej situácie.
4. Pes uspokojuje potrebu fyzického kontaktu človeka.
5. Kontakt so psom znižuje napätie, uvoľňuje stres a zároveň stabilizuje duševnú rovnováhu.
6. Pes posilňuje sebavedomie človeka a racionalizuje využívanie voľného času.

Plynulý a bezproblémový priebeh kanisterapie vo vzťahu človeka so psom je podmienený správnym výberom plemena, ktoré má dobrú schopnosť prispôbiť sa životnému štýlu a spôsobu postihnutého človeka (Hrozenská a kol., 2008).

Hipoterapia je rehabilitačná metóda, ktorá využíva komplexné liečebné pôsobenie koňa na človeka. Hollý (2005, s. 19) definuje hipoterapiu z pedagogicko-psychologického hľadiska *„ako využívanie práce s koňom, vozenie sa na koni a jazdenie na koni ako pedagogicko-psychologické médium k dosiahnutiu pozitívnych zmien v správaní človeka, alebo zmiernenie prípadne odstránenie príznakov duševnej choroby či mentálneho handicapu.“* Liečba koňom je komplexná a môže súčasne pôsobiť ako na fyzickú tak i na psychickú či sociálnu stránku objektu nášho pôsobenia. Prvý kontakt človeka s koňom môže byť poznačený ambivalentnými pocitmi, najčastejšie sa môže jednať o pocit strachu – obdivu, odmietanie – túžbu. Strach však môže s postupne narastajúcimi skúsenosťami miznúť a obdiv či túžba sa môže stupňovať. Už samotná prvá jazda na koni môže u klienta vyvolať silný emočný zážitok, čím sa môže stať silným motivačným činiteľom.

Vlastnosti, ktoré má kôň, umožňujú na jednej strane neverbálnu komunikáciu s klientom a na druhej strane vymedzujú hranice, ktoré agresívny klient nemôže prekročiť. Nezodpovednosť klienta môže vyvolať zo strany koňa reakciu a kôň zostáva nekludný, preto klient musí svoje správanie prispôbiť nemu.

Kubová, 1995 (In Holly, Hornáček, 2005, s. 163) uvádza, že hipoterapia u klientov s poruchami správania:

- Posilňuje motiváciu
- Odstraňuje strach
- Zvyšuje koncentráciu
- Učí správne sebahodnoteniu
- Reguluje správanie klienta

Pri práci s mentálne postihnutými klientmi je nutné dodržiavať rigidné postupy, ktoré si musia účastníci opakovaním nacvičiť. Hipoterapia z pedagogicko-psychologického hľadiska má rozsiahle cieľové skupiny, od miernych porúch správania cez obmedzené schopnosti učenia, zmyslové poruchy až k mentálnym postihnutiam, stavom závislostí na psychotropných látkach, neurózam, psychosomatickým poruchám a psychózam. Vzhľadom k tomu, že ide o pôsobenie v oblasti psychiky, zmyslov a sociálnych vzťahov, je nutné využívať kreatívne prístupy, ktoré vyplývajú z teoretickej a odbornej skúsenosti členov terapeutického tímu. Odborní garanti (liečebný, špeciálny, sociálny pedagóg) musia mať dvojročnú prax a doplnkový kurz hipoterapie (Holly, Hornáček, 2005).

Felinoterapia poskytuje liečebný kontakt medzi človekom a mačkou. Forma felinoterapie môže byť pasívna, keď už sama prítomnosť mačky pozitívne pôsobí pri odbúravaní pocitu samoty, alebo interaktívna, keď je vzťah posunutý do roviny vzájomného obohatenia a spolupatričnosti – človek cíti za zviera zodpovednosť. Felinoterapia môže byť ideálnou podpornou metódou pre liečbu závislostí, neuróz a nepokojá, lebo pomáha korigovať problémové správanie a zmierňuje dôsledky postihnutia. Mačka a kontakt s ňou má terapeutický účinok, pretože má vyvinuté zmysly a cit pre nálady človeka. Mačky sú dobrými poslucháčmi, človeka nikdy neprerušujú a môžu pôsobiť takmer ako filter, ktorý všetko zachytí a má očisťujúci účinok. Môžu pomôcť odbúrať agresiu, depresiu, úzkosť, fobie a ostatné negatívne emócie. Felinoterapia je u nás zatiaľ vytláčaná do úzadia známejšou a náročnejšou hipoterapiou, ale najmä kanisterapiou. Dôležité je taktiež vedieť, že felinoterapia a kanisterapia nie sú vhodné pre alergikov (Hrozenková 2008).

Záverom môžeme konštatovať, že terapia pomocou a prostredníctvom zvierat pozitívne ovplyvňujú emocionálny stav klientov, pomáhajú dosahovať emočnú stabilitu a harmóniu osobnosti. Pre zaujímavosť uvádzame názor autorky (riaditeľky DSS Rohov) M. Knezovičovej, ktorá vo svojej publikácii (Rohovské spomienky, 2011, s. 31) tvrdí, že *„aktívnym prežívaním dňa, zamestnávaním klientiek v rámci pracovnej terapie, arteterapie, dramaterapie, hipoterapie a voľnočasových aktivít sa nám veľmi úspešne darí znižovať dávky farmakologických prostriedkov.“* Tu zároveň môžeme súhlasiť s názorom viacerých autorov (Čadilová – Jůn – Thorová a kol., 2007), ktorí uvádzajú, že ak sa u klienta prejaví agresia lebo iné problémové správanie, zvýši sa utlmujúca medikácia, ktorá často môže viesť až k nežiaducemu útlmu klienta s mentálnou retardáciou. Kľúčom k zlepšeniu kvality života klientov s problémovým správaním sú terapie (arteterapia, kanisterapia a iné), ktoré sú šetrnejšie a často môžu byť účinnejšie ako podávanie farmakologických prostriedkov.

3.2 Voľný čas a jeho využitie v domovoch sociálnych služieb

Voľný čas je veľmi dôležitým a potrebným aspektom v dennom režime, pretože jednou z jeho najdôležitejších funkcií je funkcia regeneračná a oddychová. Môžeme povedať, že je dôležitou súčasťou života ako detí, tak i mládeže ale i dospelých, teda človeka v každom veku. Vo výchove a voľnom čase je podstatne dôležité zohľadňovať potreby a záujmy klientov, dokázať ich motivovať v smere formovania aktívneho spôsobu života, vytvárať podmienky, ponuky na hodnotné, zmysluplné a zaujímavé využívanie voľného času. voľný čas má teda pozitívny vplyv na psychickú i fyzickú regeneráciu človeka, avšak problém môže nastať vtedy, ak človek tento čas, využíva nesprávnym spôsobom, a dopadom môžu byť rôzne negatívne dôsledky (napr. narušenie vzťahov, sebadeštrukcia a iné). Výchova môže účinne vstupovať hlavne do prevencie negatívnych javov, najmä vo voľnom čase (Kocová, In Vychovávateľ č. 7-8, marec-apríl 2011, ročník LVIII).

Kratochvílová (2010, s. 86) uvádza, že „využívanie voľného času v aktivitách, v záujmovej a inej primerane pozitívnej činnosti v kolektívoch, ktoré prinášajú uspokojenie, radosť, významne ovplyvňuje utváranie hodnôt a hodnotových orientácií osobnosti a tým aj eliminuje účasť na negatívnej činnosti.“

Bajo I. – Vašek Š. (1994) tvrdia, že absolútnu väčšinu populácie mentálne postihnutých možno za určitých podmienok špeciálnou výchovou pozitívne ovplyvniť. Bez ohľadu na inštitúciu sa má výchovná starostlivosť v podstate vždy zameriavať na celú osobnosť mentálne postihnutého jedinca, na maximálny rozvoj telesných a duševných funkcií. Možno povedať, že akékoľvek vzdelávacie alebo výchovné úsilie, ktoré aspoň čiastočne ovplyvňujú mentálne postihnutého človeka je opodstatnené a dôležité. Taktiež obsah výchovy v rámci voľného času, rekreačno-oddychovej činnosti, alebo záujmovej, výchovnej, verejnoprospešnej, kultúrnej aktivity sa realizuje v priamej i nepriamej činnosti. Tieto činnosti môžu byť v podstate spontánne alebo organizované zvonku. U mentálne postihnutých ľudí je spontánnosť vývinovo významnej činnosti značne obmedzená, nakoľko retardácia mentálneho vývinu postihuje aj činnosťnú a aktivizačnú zložku. Vzhľadom k tomu, je pre ich rozvoj významnejšie intencionálne pôsobenie, t.j. cieľavedomé, primerané organizovanie, usmerňovanie činností a správania postihnutých klientov. Dosiahnuť však úroveň reakcií na primerané výchovné požiadavky predpokladá dôkladné a všestranné poznanie klienta, ako i poznanie jeho aktuálneho stavu a tendencií, potenciálnych možností, voľbu primeraných metód a prostriedkov pri dodržiavaní základných výchovných zásad (Bajo, Vašek, 1994).

Výchova ako cieľavedomý a organizovaný proces sa uskutočňuje v konkrétnych podmienkach a môže sa organizovať rozličnými formami. Kratochvílová (2010, s. 198-200) uvádza rozdelenie organizačných foriem výchovy podľa:

1. Počtu účastníkov

- hromadné formy (predstavujú spoločnú činnosť väčšej skupiny a patria k nim spoločné návštevy kultúrnych, športových a iných

- spoločenských podujatí, stretnutia, besedy, diskotéky, večierky atď.)
- skupinové formy (záujmové útvary, ktoré vytvárajú klienti so spoločnými záujmami)
 - individuálne formy (znamenajú individuálnu prácu s jedným klientom, využívajú sa napríklad v prípade potreby individuálnej pomoci, pri riešení individuálnych problémov klientov a pod.)
2. času a dĺžky trvania
- formy pravidelnej činnosti (týkajú sa hlavne činnosti stabilných, stálych výchovných skupín vo výchovných zariadeniach)
 - formy nepravidelnej (príležitostnej) činnosti (organizujú sa ako jednorazové podujatia pre všetkých klientov pri rozličných príležitostiach napr. vianočné besiedky, pri príležitosti významných výročí, spoločenských udalostí a pod.)
3. druhu aktivity
- pasívne (receptívne) formy (vytvárajú podmienky na účasť klientov v role divákov, poslucháčov napr. pri návšteve koncertu, sledovania televízie, videa atď.)
 - aktívne (aktivizujúce) formy (možnosť aktívnej účasti, vlastného podielu na činnosti napr. rola členov záujmových krúžkov; aktívnych účastníkov tvorivých dielní; účinkujúcich na kultúrno-umeleckých, športových a iných vystúpeniach; tvorcov programov a iné)
4. stupňa organizovanosti
- formy výchovy s presnou organizáciou činnosti a stabilným zaužívaným programom: uplatňovanie týchto foriem sa často spája s autoritatívnymi prístupmi ku klientom a manipulatívnymi výchovnými metódami. Prevalha týchto foriem môže viesť k rýchlej strate záujmu o činnosť, vynechávaniu účasti na stretnutiach a podobne.
 - formy výchovy s voľnejšou organizáciou činností vytvárajú priestor a možnosti na spontánne aktivity a v praxi ho uplatňujú tvorivejší

a skúsenejší pedagógovia voľného času, ktorí umožňujú vytvárať klientom skupinky podľa ich záujmov, priateľských vzťahov, pokiaľ nie sú v rozpore s výchovou.

Vo výchove vo voľnom čase – so zreteľom na jej osobitosti a z nich vyplývajúce špecifické zásady, by sa mali v rámci organizovaného procesu výchovy uplatňovať viac voľnejšie formy výchovy aj so zreteľom pri zohľadňovaní individuálnych záujmov, ktoré vytvárajú podmienky na spontánne prejavy, aktivitu, na rozvoj tvorivosti a samostatnosti. Výchova má dávať podnety a vytvárať vhodné podmienky na vznik a rozvoj záujmov. Z hľadiska humanizácie edukácia vo voľnom čase má mať charakter slobody, voľnosti, radosti, optimizmu s cieľom podporovať individuálne predpoklady jedinca pri seberealizácii. Voľný čas je teda dôležitá osobná i spoločenská hodnota s veľkým potenciálom pozitívnych i negatívnych možností na rozvoj osobnosti v aktívnych záujmových činnostiach a pozitívnou motiváciou i pre klientov domovoch sociálnych služieb (Kudriová, In Vychovávateľ č. 4, november 2009, ročník LVII).

Môžeme poukázať i na fakt, že priebeh a výsledky výchovy v značnej miere môžu závisieť i od osobnosti vychovávateľa, pedagóga voľného času a od jeho odbornej pedagogicko-psychologickej a metodickej pripravenosti, teda od jeho odbornej erudície pedagogického majstrovstva a ľudských kvalít osobnosti. M. Zelina a ďalší autori (in Kratochvílová, 2010) vychádzajúc z obsahu profesijných aktivít, činností – vychovávateľa, pedagóga (andragóga) voľného času môžu charakterizovať rôzne role, ktoré bežne plní a v ktorých pôsobí napr. poradca, diagnostik, facilitátor, koordinátor, reedukátor, organizátor, dramaturg. Uvedené rolové pozície môžu svedčiť o širokom zábere jeho pôsobenia a o náročnosti tejto pedagogickej profesie.

4 PREVENCIA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH V DOMOVOCH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB TERAPIAMI A VOĽNOČASOVÝMI AKTIVITAMI

4.1 Vymedzenie problému

V druhej časti diplomovej práce, ktorá je zároveň praktickou časťou, sme pozornosť zamerali na domovy sociálnych služieb s denným, týždenným a celoročným pobytom pre deti, mládež a dospelých s mentálnym postihnutím. Pozornosť sme upriamili na zistenie, s akými spôsobmi problémového správania má personál osobné skúsenosti a či niekedy vyhovel požiadavkám klienta, ktoré dával najavo svojim problémovým správaním. Dôležitým a najvýznamnejším krokom pri eliminácii problémového správania je považovaná prevencia, preto sme sa rozhodli preskúmať a zistiť, ako často vychovávatelia (terapeuti) realizujú terapie zamerané na elimináciu problémového správania a koľko terapií realizujú týždenne. Významný a pozitívny vplyv na psychickú a fyzickú regeneráciu človeka má tiež voľný čas, a preto sme sa rozhodli zistiť, akým spôsobom najčastejšie klienti využívajú voľný čas. Pozornosť sem zamerali aj na spoluprácu personálu s inými subjektmi, konkrétne s kým najčastejšie vychovávatelia (terapeuti) spolupracujú pri eliminácii problémového správania. Prvoradou úlohou personálu pri eliminácii problémového správania klientov je predchádzať prejavom nežiaduceho správania, najskôr zistiť jeho príčinu a následne poskytnúť vhodnú a intenzívnu podporu. Čím skôr sa poskytne preventívna intervencia pri výskyte problémového správania, tým môže byť účinnejšia a môže sa tak zvýšiť i kvalita života klientov v domovoch sociálnych služieb.

4.2 Ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť: *ako vychovávatelia hodnotia účinky terapií v prevencii problémového správania a s ktorými ďalšími odborníkmi spolupracujú pri eliminácii problémového správania.*

V kontexte praktickej časti diplomovej práce sme stanovili nasledovné čiastkové prieskumné ciele, ktorými budeme v našom prieskume overovať vyššie uvedený hlavný cieľ.

- Zistiť, ako často personál realizuje terapie zamerané na elimináciu problémového správania a koľko terapií týždenne realizujú vychovávatelia (terapeuti).
- Zistiť, ktoré terapie najčastejšie využívajú vychovávatelia (terapeuti) v prevencii problémového správania, aká je miera hodnotenia terapií v prevencii.
- Zistiť, ktoré formy voľnočasových aktivít najčastejšie využívajú vychovávatelia pri eliminácii problémového správania.
- Zistiť, s kým personál najčastejšie spolupracuje pri riešení problémového správania.

Medzi hlavné úlohy, ktoré vyplynuli z vyššie uvedených cieľov patrí:

- vyvodiť metodiku pre terénny zber informácií – zostaviť dotazník
- osloviť domovy sociálnych služieb za účelom uskutočnenia prieskumu
- uskutočniť terénny zber informácií
- spracovať získané údaje do tabuliek a grafov
- štatisticky vyhodnotiť výsledky

4.3 Metódy prieskumu

Pri vypracovávaní prieskumnej časti diplomovej práce sme zvolili terénny zber informácií dotazníkovou metódou, ktorá patrí k najpoužívanejším metódam kvantitatívnych výskumov. Zvolená metóda vzhľadom k našej skúmanej problematike najviac vyhovuje overovaniu nášho cieľa.

Dotazníkovou metódou môžeme získať informácie od respondentov prostredníctvom vopred pripravených otázok v dotazníku.

V dotazníku sme použili tri druhy otázok:

- uzavreté otázky – ponúkajú hotové alternatívne odpovede, respondent vyberá a označuje vhodnú odpoveď
- polouzavreté otázky – ponúkajú najprv alternatívnu odpoveď s možnosťou doplnenia voľnej odpovede
- otvorené otázky, na ktoré môže respondent odpovedať vlastnými slovami a postojmi k danej problematike

Dotazník použitý pri prieskume bol neštandardizovaný, čiže bol vytvorený autorom práce pre získanie údajov za účelom naplnenia cieľa prieskumu. Anonymná dotazníková metóda získavania údajov sa prejavila ako najvhodnejšia, čím sme chceli dosiahnuť získanie autentických názorov a skúseností vychovávateľov s problémovým správaním klientov a zaručením ich anonymity. Dotazník v našom prieskume pokladáme za najvhodnejšiu metódu získavania aktuálnych informácií od respondentov. Dotazník bol určený pre vychovávateľov (terapeutov) z domovov sociálnych služieb. Respondenti odpovedali písomnou formou. Pri vyhodnocovaní údajov sme použili štatistickú metódu percentuálneho vyjadrenia výsledkov so zaokrúhlením na jedno desatinné miesto. Analýzu údajov sme spracovali formou prehľadných tabuliek a grafov.

4.4 Charakteristika sledovaného súboru

Základný súbor tvoria všetci jednotlivci, ktorí prichádzajú do úvahy ako respondenti prieskumu a ich vlastnosti sa viažu k problémovému okruhu. Prihliadali sme aj na heterogénnosť respondentov tvoriacich základný súbor. Prieskumu sa zúčastnilo 62 respondentov a to vychovávateľov (terapeutov) z domovoch sociálnych služieb Zavar, Bratislava-Javorinská, Bardoňovo, Kovarce, Stropkov, Čeláre-Kírt', Moravský Svätý Ján, Myjava, Skalica, Rohov,

Bratislava-Sibírska, Zvolen, Holíč. Z toho 57 žien a 5 muži, vo veku 28 až 57 rokov. Vzdelanie respondentov 49 krát vysokoškolské, 13 krát stredoškolské.

DSS	ŽENY	MUŽI	SPOLU
DSS HOLÍČ	2	0	2
ZVOLEN	6	0	6
SIBIRKA – BRATISLAVA	2	1	3
ROHOV	8	0	8
SKALICA	7	0	7
MYJAVA	2	0	2
MORAVSKÝ JÁN	4	0	4
ČELÁRE – KÍRŤ	5	1	6
STROPKOV	4	0	4
KOVARCE	2	0	2
BARDOŇOVO	4	1	5
BRATISLAVA - JAVORINSKÁ	3	1	4
ZAVAR	8	1	9
SPOLU	57	5	62

Tabuľka č. 1 Zloženie respondentov

4.5 Organizácia a priebeh prieskumu

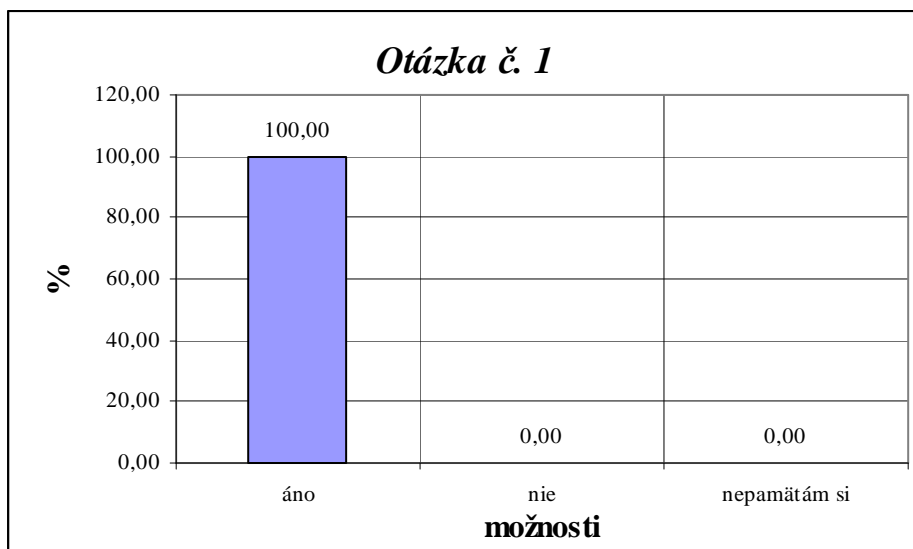
Prieskum sme sa rozhodli zrealizovať v domovoch sociálnych služieb a to: Zavar, Bratislava-Javorinská, Bardoňovo, Kovarce, Stropkov, Čeláre-Kírť, Moravský Svätý Ján, Myjava, Skalica, Rohov, Bratislava-Sibírska, Zvolen, Holíč. Prieskum bol zrealizovaný v mesiaci november-december 2011. Dotazníky boli distribuované osobne a listovou formou. Celkom bolo oslovených 20 domovov sociálnych služieb. Návratnosť dotazníkov bola z 13 domovov sociálnych služieb, z toho bolo vrátených vyplnených 62 dotazníkov. Účasť na prieskume bola dobrovoľná. Pri oslovení sme poukázali na význam a cieľ prieskumu. Respondentov sme poučili a spôsobe vyplňania dotazníka, aby sme pri zbere informácií mali záruku presnosti a úplnosti zbieraných informácií dát ako aj proporcionality skúmanej vzorky respondentov.

4.6 Analýza výsledkov prieskumu

Výsledky prieskumu uvádzame v tabuľkovom alebo grafickom znázornení s následnou interpretáciou. Postupujeme od čiastkových prieskumných cieľov k hlavnému cieľu prieskumu.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 1: zistiť ako často personál realizuje terapie zamerané na elimináciu problémového správania a koľko terapií týždenne realizujú vychovávatelia.

V otázke č.1 sme sa respondentov pýtali, či majú osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov. Ako možnosti sme poskytli: a/ áno, b/ nie, c/ nepamätám si



Graf č.1 Osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov

Na otázku, máte osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov 100% respondentov uviedlo možnosť áno, možnosť nie a nepamätám si neuviedol žiadny respondent.

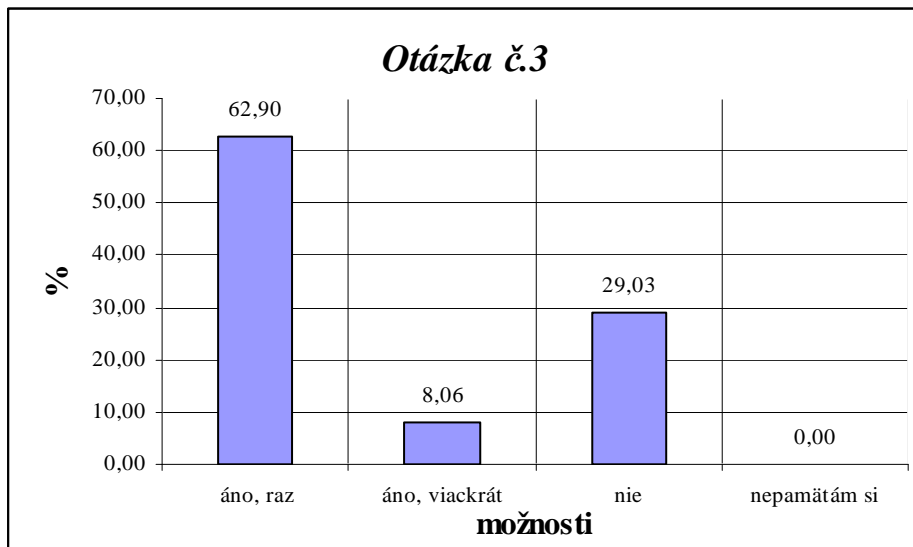
V otázke č. 2 sme sa respondentov pýtali, s akými prejavmi problémového správania ste sa stretli. Ako možnosti sme poskytli: a/ fyzická agresia b/ verbálna agresia c/ sebazraňovanie d/ krádež e/ odmietanie požiadaviek personálu f/ odmietnutie rešpektovať skupinu g/ deštruktívne správanie h/ ničenie majetku i/ iné, uveďte

Otázka č.2		
Možnosti	počet	%
fyzická agresia	59	95,16
verbálna agresia	62	100,00
sebazraňovanie	41	66,13
krádež	8	12,90
odmietnutie požiadaviek personálu	34	54,84
odmietnutie rešpektovať skupinu	26	41,94
deštruktívne správanie	23	37,10
ničenie majetku	2	3,23
iné	0	0,00

Tabuľka č.2 S akými prejavmi problémového správania ste sa stretli

Z tabuľky môžeme vidieť, že percentuálne vyjadrenie presahuje 100 % nakoľko respondenti mali možnosť zaškrtnúť viac odpovedí 95,16 % respondentov označilo fyzickú agresiu, 100 % verbálnu agresiu. Menšie percentá tvorí 66,13 % sebazraňovanie, 54,85 % odmietanie požiadaviek personálu a odmietnutie rešpektovať skupinu označilo 41,94 % a deštruktívne správanie 37,10 %. Podľa názoru respondentov menšie percento problémového správania predstavuje krádež 12,90 %, a 3,23 % ničenie majetku. S inými tu neuvedenými spôsobmi problémového správania, možnosť iné (uved'te) neuviedol nikto z respondentov. Z uvedeného vyplýva, že problémové správanie klientov v domovoch sociálnych služieb vo väčšej miere predstavuje fyzická agresia, verbálna agresia a sebazraňovanie.

V otázke č. 3 sme sa respondentov pýtali, či niekedy vyhovelí požiadavkám klienta, ktoré dával najavo svojim problémovým správaním. Ako možnosti sme uviedli: a/ áno, raz; b/ áno, viackrát; c/ nie; d/ nepamätám si.

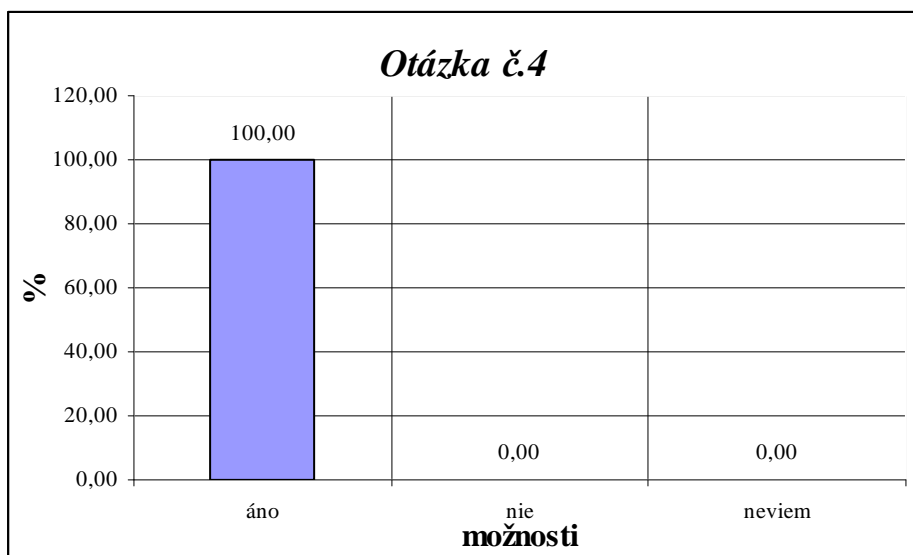


Graf č.2 Vyhovenie požiadavkám klienta s problémovým správaním

Z grafu môžeme vidieť, že najviac z ponúkaných možností až 62,90 % uvádzali respondenti možnosť áno, raz. Možnosť áno, viackrát označilo 8,2% a možnosť nie uvádza 29,03% respondentov. Odpoveď nepamätám si respondenti neuviedli.

V otázke č. 4 sme sa respondentov pýtali, či realizujú v ich zariadení terapie zamerané na problémové správanie. Ako možnosti sme poskytli:

a/ áno, b/ nie, c/ neviem.



Graf č.3 Realizácia terapií zameraných na problémové správanie

Z grafu môžeme vidieť, že respondenti 100 % odpovedali áno. Možnosť nie a neviem neoznačil nikto z respondentov.

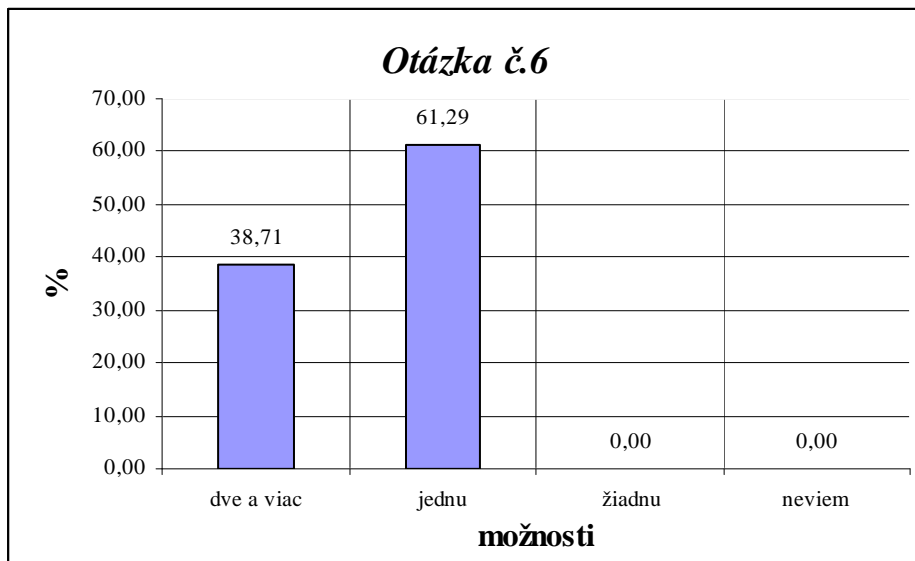
V otázke č. 5 sme sa respondentov spýtali ako často realizujú terapie zamerané na problémové správanie. Boli im ponúknuté možnosti: a/ veľmi často (viac ako jedenkrát týždenne), b/ často (jedenkrát týždenne), c/ málo (jedenkrát mesačne), d/ veľmi málo (jedenkrát za pol roka), e/ zriedka, f/ nikdy, g/ neviem.

Otázka č.5		
Možnosti	počet	%
veľmi často	24	38,71
Často	38	61,29
Málo	0	0,00
veľmi málo	0	0,00
Zriedka	0	0,00
Nikdy	0	0,00
Neviem	0	0,00
Spolu	62	100,00

Tabuľka č.3 Frekvencia realizácií terapií zameraných na problémové správanie

Výsledok tohto zistenia je nasledovný: 61,29 % respondentov uviedlo možnosť často (jedenkrát týždenne) a 38,71 % respondentov označilo možnosť veľmi často (viac ako jedenkrát týždenne). Ďalšie ponúknuté možnosti neoznačil nikto z respondentov. Podľa týchto výsledkov, sme toho názoru, že vychovávatelia (terapeuti) intenzívnejšie zameriavajú pozornosť na realizáciu terapií zameraných na problémové správanie klientov.

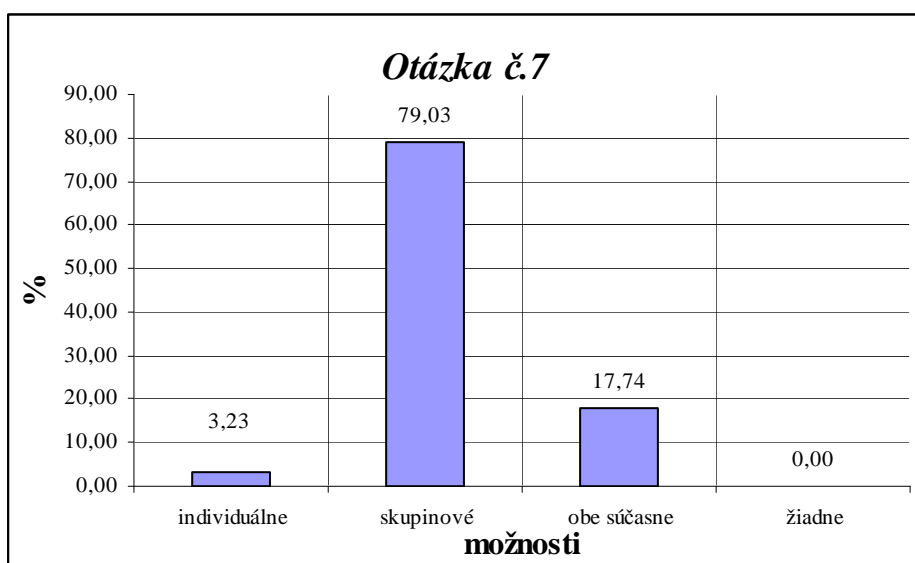
V otázke č. 6 sme sa respondentov pýtali koľko terapií zameraných na problémové správanie realizujú týždenne. Ako možnosti sme poskytli: a/ dve a viac, b/ jednu, c/ žiadnu, d/ neviem.



Graf č. 4 Počet terapií realizovaných týždenne

Túto otázku sme použili ako doplnujúcu k overeniu prieskumnej otázky č.1. Z grafu môžeme vidieť, že respondenti najčastejšie uvádzali možnosť: jednu terapiu týždenne a to 61,29 %. možnosť dve a viac terapií týždenne označilo 38,71 % respondentov. Na ponúkanú odpoveď žiadnu a neviem neodpovedal ani jeden respondent.

V otázke č. 7 sme sa respondentov pýtali, ktoré formy realizovania terapií s klientmi najčastejšie využívajú. Poskytli sme im možnosti: a/ individuálne, b/ skupinové, c/ obe súčasne, d/ žiadne.



Graf č. 5 Najčastejšie využívané formy terapií s klientmi

Z grafu môžeme vidieť, že respondenti najčastejšie označovali možnosť skupinové formy 79,03 %. Možnosť obe súčasne uviedlo 17,74 % respondentov a možnosť individuálne označilo 3,23 % respondentov. Percentuálna rozdielnosť potvrdzuje, že najčastejšie využívanou formou pri realizácii terapií je skupinová forma.

Čiastkový prieskumný cieľ č.2: Zistiť, ktoré terapie najčastejšie využívajú vychovávateľa-terapeuti v prevencii problémového správania, aká je miera hodnotenia terapií v prevencii.

V otázke č. 8 sme sa respondentov pýtali, ktoré terapie najčastejšie využívajú pri eliminácii problémového správania. Ako možnosti sme uvideli: a/ arteterapia, b/ muzikoterapia, c/ biblioterapia, d/ dramaterapia, e/ pohybová terapia, f/ pracovná terapia (ergoterapia), g/ skupinová práca s charakterom sociálno-psychologického tréningu, h/ iné, uveďte.

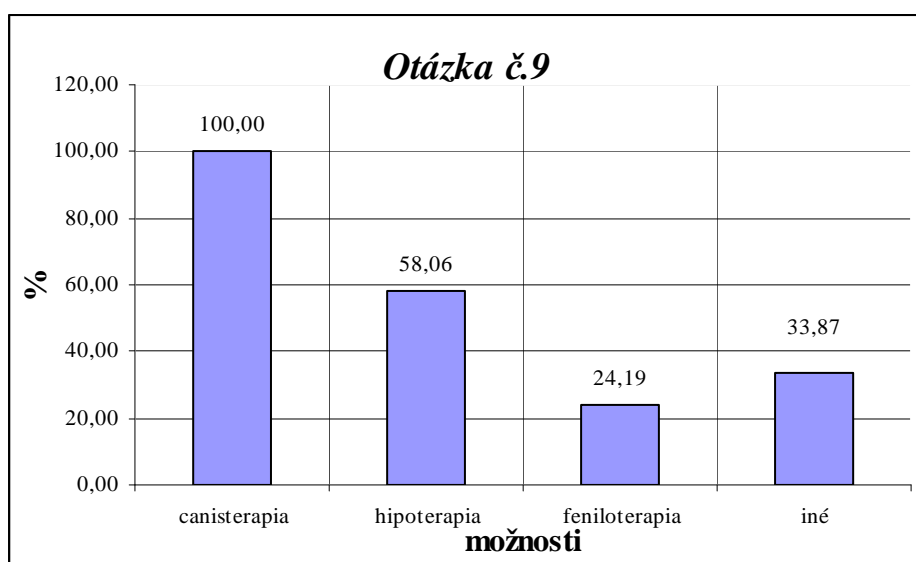
Otázka č.8		
Možnosti	počet	%
arteterapia	62	100,00
muzikoterapia	62	100,00
biblioterapia	35	56,45
dramaterapia	51	82,26
pohybová terapia	62	100,00
ergoterapia	62	100,00
skup. práca	60	96,77
iné	46	74,19

Tabuľka č. 4 Využívané terapie pri eliminácii problémového správania

Z tabuľky môžeme vidieť, že percentuálne vyjadrenie presahuje 100% nakoľko respondenti dostali možnosť zaškrtnúť viac odpovedí. Ako môžeme vidieť v tabuľke medzi prvými dvomi možnosťami nemáme žiadny rozdiel, respondenti zhodne označili arteterapiu a muzikoterapiu, čo predstavuje 100 %.

Menšie percentá tvorí biblioterapia 56,45 % a dramatoterapia 82,26 %. Percentuálnu zhodu predstavuje pohybová a pracovná terapia a to 100 %. Skupinovú prácu s charakterom sociálno-psychologického tréningu označilo 96,77 % respondentov. Možnosť iné uviedlo 74,19 % respondentov. A to 20 respondentov uviedlo terapiu hrou, 9 respondentov snozelen, 14 respondentov terapiu prostredníctvom afrických bubnov a 3 respondenti uviedli aromaterapiu.

V otázke č. 9 sme sa respondentov pýtali, či využívajú terapie pomocou a prostredníctvom zvierat. Ako možnosti sme ponúkli: a/ canisterapia, b/ hipoterapia, c/ felinoterapia, d/ iné, uveďte.



Graf č. 6 využívanie terapie pomocou a prostredníctvom zvierat

Vzhľadom k tomu, že pri tejto otázke mali respondenti možnosť označiť viac odpovedí, percentuálne vyjadrenie presahuje 100%. Z grafu možno vidieť, že najčastejšie využívanou zooterapiou je canisterapia 100%. Hipoterapiu označilo 58,06 % respondentov. Menšie percentá tvorí felinoterapia a to 24,19%. Ďalšiu možnosť iné označilo 33,87 % respondentov, ktorí uviedli animoterapiu.

V otázke č. 10 sme sa respondentov pýtali, či v rámci prevencie problémového správania pri práci so skupinou využívajú napr. hrové aktivity zamerané na zvládanie agresivity, nekludu a pod. Z možností mohli označiť: a/ pravidelne (každý deň), b/ veľmi často (jedenkrát týždenne), c/ často (viac ako jedenkrát

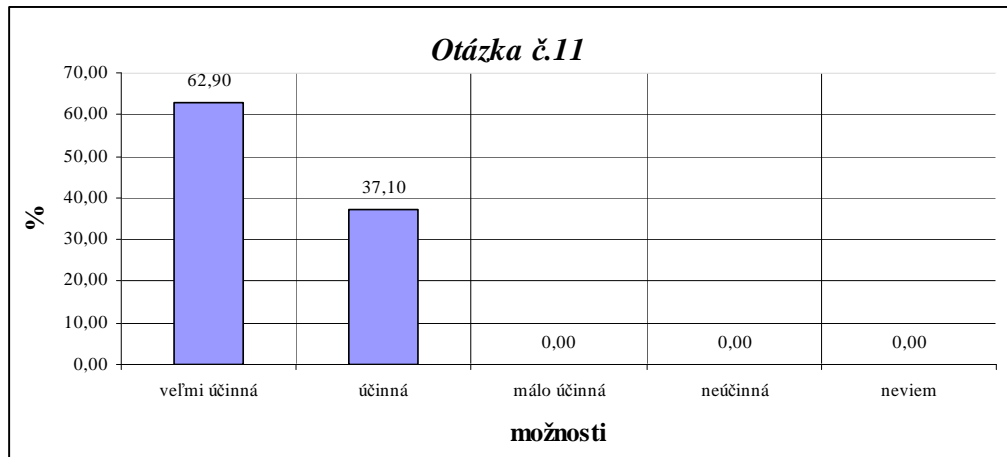
mesačne), d/ málo (jedenkrát mesačne), e/ veľmi málo (jedenkrát za pol roka), f/ nevyužívame ich, g/ neviem.

<i>Otázka č.10</i>		
Možnosti	počet	%
pravidelne	0	0,00
veľmi často	32	51,61
často	28	45,16
málo	2	3,23
veľmi málo	0	0,00
nevyužívame ich	0	0,00
neviem	0	0,00
Spolu	62	100,00

Tabuľka č. 5 Využitie hrových aktivít

Z tabuľky môžeme vidieť, že možnosť pravidelne (každý deň) neoznačil ani jeden respondent. Odpoveď veľmi často (jedenkrát týždenne) označilo 51,61 % respondentov a 45,16 % respondentov uviedlo možnosť často (viac ako jedenkrát mesačne). Menšie percentá uvádza 3,23 % respondentov u možnosti málo (jedenkrát mesačne). Ďalšie ponúkané možnosti neoznačil nikto z respondentov.

V otázke č. 11 sme sa respondentov spýtali, ako hodnotia realizáciu vplyvu terapií v prevencii. Možnosti sme ponúkli: a/ veľmi účinná, b/ účinná, c/ málo účinná, d/ neúčinná, e/ neviem.



Graf č. 7 Miera vplyvu terapií na prevenciu

Z grafu môžeme vidieť, ako respondenti hodnotia realizáciu terapií v prevencii: veľmi účinná označilo 62,90 % respondentov, možnosť účinná uviedlo 37,10 % respondentov. Odpoveď málo účinná, neúčinná a neviem nikto z respondentov neoznačil.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 3: Zistiť, ktoré formy voľnočasových aktivít najčastejšie vychovávatelia-terapeuti využívajú pri eliminácii probl. správania. V otázke č. 12 sme sa respondentov pýtali, ako najčastejšie využívajú voľný čas klienti v zariadení. Ponúkli sme možnosti: a/ oddychom na izbách, b/ sledovaním obľúbených televíznych programov, c/ pomocnými prácami personálu, d/ krúžkovými aktivitami, e/ individuálnymi činnosťami v priestoroch zariadenia, f/ iné, uveďte.

Otázka č.12		
Možnosti	počet	%
oddychom na izbách	21	33,87
sledovaním TV	32	51,61
pomocnými prácami personálu	50	80,65
krúžkovými aktivitami	62	100,00
indiv. činnosťami	60	96,77
iné	0	0,00

Tabuľka č. 6 Spôsob využitia voľného času klientov zariadení

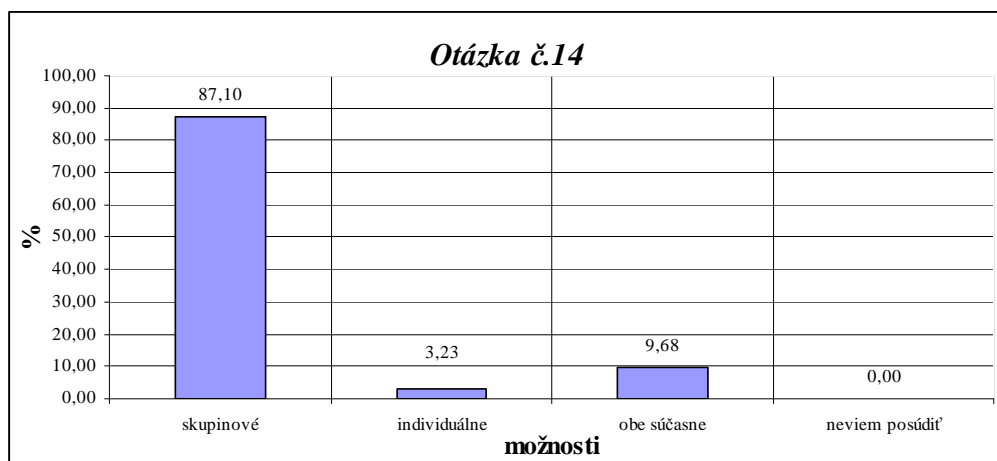
Z tabuľky môžeme vidieť, že percentuálne vyjadrenie presahuje 100% nakoľko respondenti mali možnosť označiť viac odpovedí. 33,87% respondentov uviedlo, že klienti využívajú voľný čas oddychom na izbách, 51,61 % sledovaním obľúbených televíznych programov. Vyššie percentá tvoria pomocné práce personálu 80,65 %, krúžkové aktivity 100% a individuálne činnosti v priestoroch zariadenia 96,77 %. Na ponúkanú odpoveď, uviesť iné možnosti využívania voľného času neodpovedal ani jeden respondent.

V otázke č. 13, ktorá bola otvorenou otázkou, sme sa respondentov pýtali, akého zamerania sú voľnočasové aktivity (záujmové krúžky) v ich zariadení. Respondenti mali priestor, aby sa vyjadrili, aké zameranie voľnočasových aktivít formou záujmových krúžkov realizujú pre klientov zariadenia. Najčastejšie uvádzali: výtvarné činnosti 62 respondentov, pracovné činnosti 62 respondentov, športové činnosti 62 respondentov, starostlivosť o záhradu a pestovateľské činnosti 62 respondentov. 40 respondentov uviedlo činnosti zamerané na hudobno-pohybové aktivity (spev, hra na hudobný nástroj, tanec). 6 respondentov uviedlo chovateľský krúžok zameraný na starostlivosť o zvieratá.

Otázka č.13		
Možnosti	počet	%
výtvarné činnosti	62	100,00
pracovné činnosti	62	100,00
športové činnosti	62	100,00
záhradkársko - pestovateľské č.	62	100,00
hudobnopohybové činnosti	40	64,52
chovateľský krúžok	6	9,68

Tabuľka č. 7 Zameranie voľnočasových aktivít

V otázke č. 14 sme sa respondentov pýtali, ktoré formy využívania voľného času pre klientov najčastejšie realizujú. Ako možnosti sme ponúkli: a/ skupinové, b/ individuálne, c/ obe súčasne, d/ neviem posúdiť.



Graf č. 8 Najčastejšie využívané formy voľného času

Z grafu môžeme vidieť, že najčastejšie respondenti uvádzajú skupinové formy 87,10 %. Individuálne formy uviedlo 3,23 % respondentov a obe súčasne označilo 9,86 % respondentov. Možnosť neviem posúdiť, nikto z respondentov neoznačil.

V otázke č. 15 v čom vidia rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom. Ako možnosti sme ponúkli: a/ nedostatok času na individuálnu činnosť s klientom, b/ veľký počet klientov na skupine, c/ nedostatok personálu pri priamej činnosti s klientmi, d/ materiálno-technické nedostatky, e/ iné, uveďte.

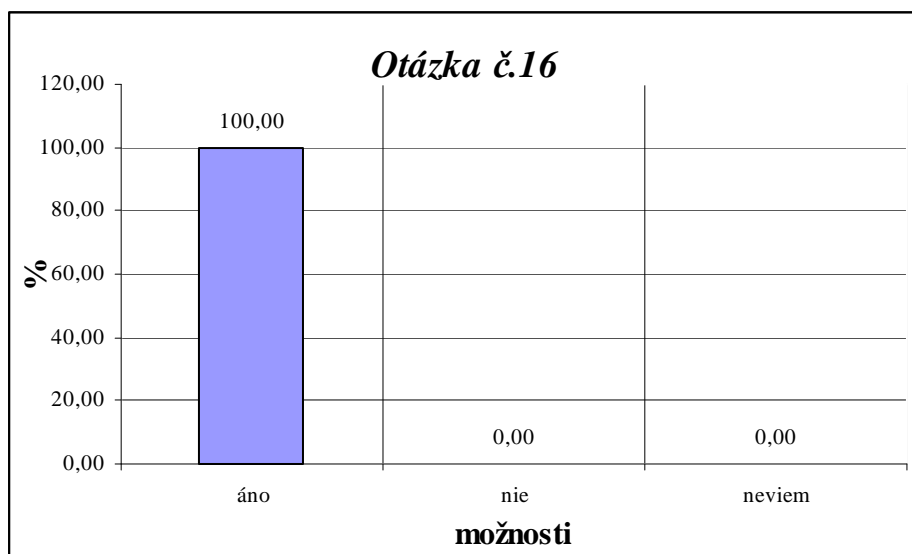
Možnosti	počet	%
nedostatok času	15	24,19
veľký počet klientov v skupine	39	62,90
nedostatok personálu	49	79,03
materiálno - technické nedostatky	9	14,52
iné	0	0,00

Tabuľka č. 8 Rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom

Z tabuľky môžeme vidieť, že percentuálne vyjadrenie presahuje 100 % nakoľko respondenti dostali možnosť označiť viac odpovedí. Z tabuľky môžeme vidieť, že respondenti vidia rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom v nedostatku času na individuálnu činnosť s klientom 24,19 %, 62,90 % respondentov označilo veľký počet klientov na skupine a 79,03 % respondentov uviedlo nedostatok personálu pri priamej činnosti s klientmi. Možnosť materiálno-technické nedostatky označilo 14,52 % respondentov. Možnosť iné, nevyužil nikto z respondentov.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 4: Zistiť, s kým personál najčastejšie spolupracuje pri riešení problémového správania.

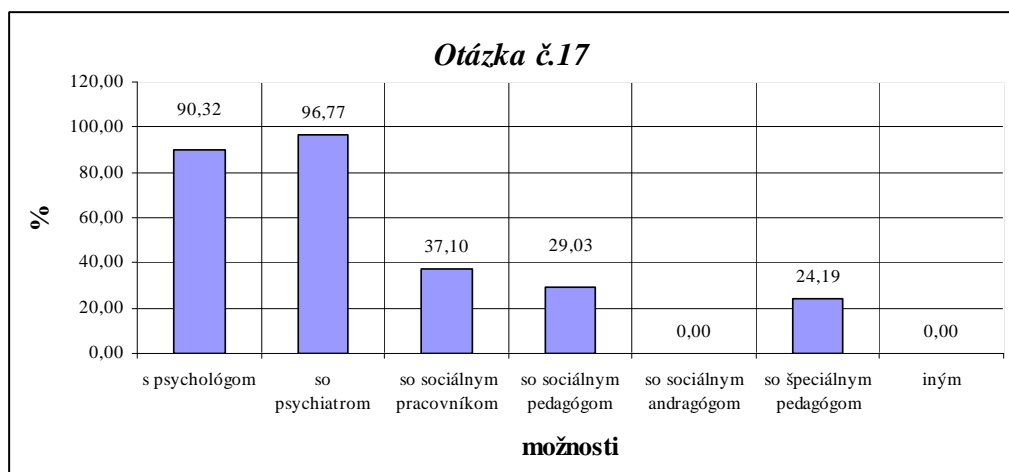
V otázke č. 16 sme sa pýtali respondentov, či v niektorých prípadoch riešenie problémového správania konzultujú (prípadne spolupracujú) s ďalším odborníkom. Mali možnosť odpovedať: a/ áno, b/ nie, c/ neviem .



Graf č. 9 konzultovanie problémového správania s iným odborníkom

Z grafu môžeme vidieť, že všetci respondenti uviedli možnosť áno 100%. Možnosť nie a neviem, neoznačil nikto z respondentov.

V otázke č. 17 sme sa respondentov pýtali, s ktorým ďalším odborníkom najčastejšie spolupracujú pri eliminácii problémového správania klientov. Ponúkli sme možnosti: a/ so psychológom, b/ s psychiatrom, c/ so sociálnym pracovníkom, d/ so sociálnym pedagógom, e/ so sociálnym andragógom, f/ so špeciálnym pedagógom, g/ s iným, uveďte.



Graf č. 10 Spolupráca s ďalším odborníkom pri eliminácii problémového správania

Vzhľadom k tomu, že pri tejto otázke mali respondenti možnosť označiť viac odpovedí, preto i percentuálne vyjadrenie presahuje 100%. Respondenti uvádzali nasledovné odpovede: 90,32 % respondentov označilo spoluprácu s psychológom. Možnosť s psychiatrom uviedlo 96,77 % respondentov. Menšie percentá tvorí spolupráca so sociálnym pracovníkom 37,10 %, 29,03 % so sociálnym pedagógom a 24,19 % so špeciálnym pedagógom. Možnosť spolupráce so sociálnym andragógom a iné neuviedol nikto z respondentov.

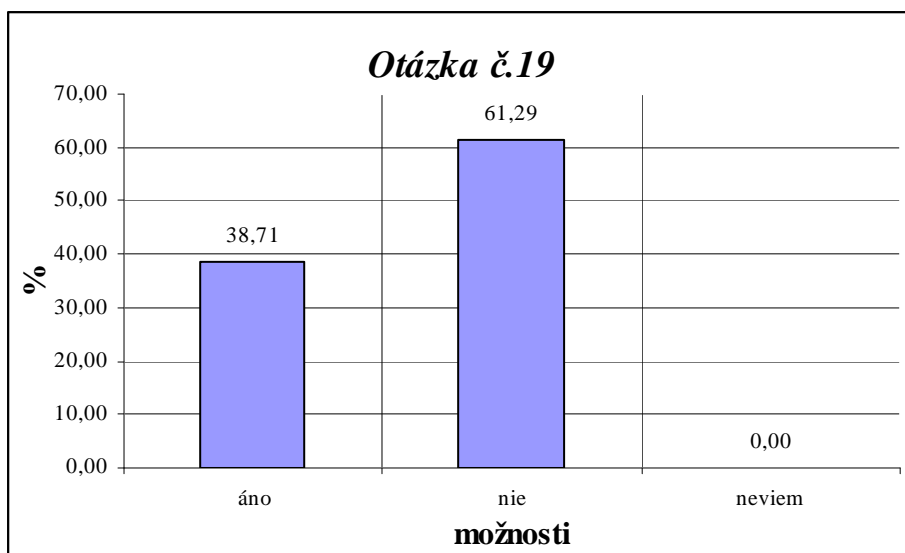
V otázke č. 18 sme sa respondentov pýtali, či organizuje ich zariadenie v spolupráci s ďalším odborníkom (z inej inštitúcie) pre zamestnancov odborné výcviky, školenia, supervízie, semináre – napr. ako zvládať agresivitu klientov; ako regulovať správanie klientov a pod. Uviedlo sme možnosti: a/ áno, b/ nie, c/ neviem.

Otázka č.18		
Možnosti	počet	%
Áno	17	27,42
Nie	45	72,58
Neviem	0	0,00
Spolu	62	100

Tabuľka č. 9 spolupráca s ďalším odborníkom pre zamestnancov

Z tabuľky môžeme vidieť, že na otázku spolupráce s ďalším odborníkom (z inej inštitúcie) kladne odpovedalo 27,42 % respondentov a záporne odpovedalo 72,58 % respondentov. Možnosť neviem neoznačil ani jeden respondent.

V otázke č. 19 sme sa respondentov pýtali, či realizujú sociálno-psychologické tréningy (napr. zlepšenie vzťahov v skupine; vyjadrenie emócií; zvládanie agresivity, nekľudu a pod.) pre klientov s ďalším odborníkom z inej inštitúcie. Ponúkli sme možnosti: a/ áno, b/ nie, c/ neviem.



Graf č. 11 Realizácia sociálno-psychologických tréningov

Na otázku, či respondenti realizujú sociálno-psychologické tréningy pre klientov s ďalším odborníkom z inej inštitúcie kladne odpovedalo 38,71 % respondentov. Možnosť nie, označilo 61,29% respondentov. Odpoveď neviem neoznačil ani jeden respondent.

V otázke č. 20 sme sa respondentov pýtali, s ktorými inštitúciami najčastejšie pracovníci DSS spolupracujú pri eliminácii problémového správania klientov. Ponúkli sme im možnosti: a/ zdravotníctvo, b/ Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR), c/ Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP), d/ so žiadnou inštitúciou nespupracujeme, e/ iné- uveďte.

<i>Otázka č.20</i>		
Možnosti	počet	%
zdravotníctvo	60	96,77
Úrad práce soc. vecí a rodiny	0	0,00
Centrum špeciálno pedagog. porad.	10	16,13
so žiadnou inštitúciou	0	0,00
iné	23	37,10

Tabuľka č. 10 Spolupráca DSS s inštitúciami

Respondenti uvádzali nasledovné odpovede: 96,77 % respondentov označilo spoluprácu so zdravotníctvom, možnosť spolupráce s ÚPSVaR neoznačil ani jeden respondent. Spoluprácu s CŠPP označilo 16,13 % respondentov. K danej otázke, že nespupracujú so žiadnou inštitúciou sa nevyjadril nikto z respondentov. K odpovedi iné sa vyjadrilo 37,10 % respondentov a najčastejšie uvádzali spoluprácu s CPPP a špeciálnu základnú školu.

4.7 Diskusia a zhodnotenie cieľov

Hlavným cieľom našej diplomovej práce bolo poukázať na využitie stratégie a na možnosti riešenia personálu v prípade výskytu problémového správania klientov v rámci prevencie. Významnou a účinnou stratégiou pri eliminácii problémového správania klientov v DSS môžu byť terapeutické prístupy, ktoré sa realizujú prostredníctvom terapií a zmysluplným využívaním voľného času klientov.

V prieskumnej časti sme pozornosť zamerali na DSS a snažili sme sa zistiť, ako často realizuje terapie zamerané na elimináciu problémového správania, koľko terapií týždenne realizujú a ktoré terapie najčastejšie využívajú v prevencii problémového správania. Pozornosť sme tiež upriamili na využívanie voľného času a snažili sme sa zistiť, ktoré formy voľnočasových aktivít najčastejšie využívajú pri eliminácii problémového správania. Zaujímalo nás, či personál vybraných DSS spolupracuje s ďalšími odborníkmi, a s kým najčastejšie spolupracuje pri eliminácii problémového správania.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 1: zistiť ako často personál realizuje terapie zamerané na elimináciu problémového správania a koľko terapií týždenne vychovávateľa realizujú. Tento prieskumný cieľ sme overovali v dotazníku otázkami č. 1,2,3,4,5,6 a 7. Z prieskumu vyplynulo, že každý respondent z uvedených DSS má osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov. Ako najčastejšie prejavy problémového správania klientov, s ktorými sa respondenti počas svojej praxe stretli, uvádzali verbálnu agresiu 100%, fyzickú agresiu 95,16%, sebazraňovanie 66,13% a odmietanie požiadaviek personálu 54,84%. Ďalšie prejavy problémového správania klientov väčšina respondentov uviedla odmietnutie rešpektovať skupinu, deštruktívne správanie, krádež a ničenie majetku. Tu môžeme vychádzať zo skutočnosti, že vzhľadom k mentálnemu postihnutiu a prostrediu, v ktorom klienti žijú môže k týmto prejavom nevhodného správania dochádzať. Zaujímavým zistením bolo, že viac ako polovica respondentov 62,90% uviedla, že vyhovel požiadavkám klienta, ktoré dával najavo svojím problémovým správaním. Tu môžeme vychádzať z predpokladu, že vzhľadom k náročnej a občas psychicky

vyčerpávajúcej práci personálu, zvolí personál niekedy túto možnosť, aby nedošlo k narušeniu klímy celej skupiny.

Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti môžeme konštatovať, že vychovávatelia (terapeuti) intenzívne realizujú terapie zamerané na problémové správanie klientov, čím sa nám potvrdilo zistenie, že 61,29% respondentov uviedlo, že jedenkrát týždenne realizuje terapiu zameranú na problémové správanie a najčastejšie využívanou formou terapií sú skupinové formy 79,03%, čo vyplynulo z našich prieskumných zistení.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 2: zistiť, ktoré terapie najčastejšie využívajú vychovávatelia-terapeuti v prevencii problémového správania, aká je miera zhodnotenia terapií v prevencii. Zhodnotiť čiastkový prieskumný cieľ nám umožnili otázky č. 8, 9, 10 a 11. Pri zisťovaní, ako vychovávatelia hodnotia vplyv terapií na prevenciu problémového správania, 62,90%, čo je viac ako polovica respondentov, uviedla, že mieru vplyvu terapií hodnotí ako veľmi účinnú v prevencii problémového správania. 37,10% respondentov sa vyjadrilo, že mieru vplyvu terapií hodnotí ako účinnú v prevencii problémového správania. Odpovede málo účinná, neúčinná a neviem ohodnotiť nikto z respondentov neoznačil, čím môžeme konštatovať, že väčšina respondentov hodnotí pozitívne účinky terapií v prevencii problémového správania. Tieto výsledky môžu súvisieť i s tým, že väčšina respondentov vo svojich zariadeniach často realizuje terapie na elimináciu problémového správania a podľa našich zistení prevažne využívajú terapie so zameraním na arteterapiu, muzikoterapiu, pohybovú terapiu a ergoterapiu. Menšie percentá tvorili biblioterapia 56,45%; dramaterapia 82,26%. Zaujímavým zistením bolo, že 1/3 respondentov uviedla, že okrem uvedených terapií využíva i ďalšie terapie zamerané na elimináciu problémového správania a to terapiu hrou, snozelen, terapiu prostredníctvom afrických bubnov a aromaterapiu. Zaujímavým zistením bolo i využívanie zooterapií v prevencii problémového správania a z prieskumu vyplynulo, že zariadenia využívajú i tieto terapie. Najčastejšie využívanou zooterapiou je kanisterapia, ktorú uviedli respondenti z každého uvedeného zariadenia sociálny služieb, 58,06% uviedlo hipoterapiu a 33,87% respondentov animoterapiu. Prácu so skupinou so zameraním na

hrové aktivity (zvládanie agresivity a nekl'udu) využíva 51,61% respondentov veľmi často a prekvapujúcim zistením bolo, že 3,23% respondentov uviedlo, že ich využíva málo a to jedenkrát mesačne. I napriek tomuto zisteniu môžeme konštatovať, že vychovávatelia (terapeuti) jednotlivých zariadení intenzívne realizujú terapie zamerané na problémové správanie a vzhľadom i k vyššie uvedenému je zrejmé, že terapie sú významným krokom k eliminácii problémového správania, čo svojím hodnotením dali najavo i samotní respondenti (vychovávatelia DSS)

Čiastkový prieskumný cieľ č. 3: zistiť, ktoré formy voľnočasových aktivít najčastejšie vychovávatelia-terapeuti využívajú pri eliminácii problémového správania. Tento čiastkový prieskumný cieľ sme overovali otázkami č. 12, 13, 14 a 15. Z prieskumu vyplynulo, že najčastejším spôsobom využitia voľného času klientov je realizácia krúžkových aktivít a individuálne činnosti v priestoroch zariadenia 96,77%. Vychovávatelia (terapeuti) DSS realizáciu záujmových krúžkov prevažne zameriavajú na výtvarné, pracovné, športové aktivity, záhradkársko-pestovateľské činnosti. Prekvapujúcim zistením bolo, že 9,68 % respondentov uviedlo, že klienti majú možnosť navštevovať chovateľský krúžok, ktorý je súčasťou ich zariadenia. Na otázku, ktoré formy využívania voľného času pre klientov najčastejšie realizujú 87,10% respondentov uviedlo, že využíva skupinové formy, čo môže súvisieť i s nasledujúcim zistením v čom respondenti vidia rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom. Na zamyslenie i napriek subjektívnemu vyjadreniu respondentov je však i zistenie, že 79,03% respondentov vidí rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom v nedostatku personálu pri priamej činnosti s klientmi a 62,90% uviedlo veľký počet klientov v skupine.

Čiastkový prieskumný cieľ č. 4: zistiť, s kým personál najčastejšie spolupracuje pri riešení problémového správania. Zhodnotiť čiastkový prieskumný cieľ nám umožnili otázky č. 16, 17, 18, 19 a 20. Z prieskumu vyplynulo, že každý respondent v niektorých prípadoch riešenie problémového správania konzultuje s ďalším odborníkom. Najčastejšiu spoluprácu s ďalším odborníkom pri eliminácii problémového správania uvádzali, respondenti spoluprácu so psychiatrom 96,77% a menšie percentá spolupráce s ďalšími

odborníkmi tvorili psychológ, sociálny pracovník, sociálny pedagóg a špeciálny pedagóg. Na zamyslenie je i zistenie, že na otázku či organizuje vaše zariadenie v spolupráci s ďalším odborníkom z inej inštitúcie pre zamestnancov odborné výcviky, školenia, supervízie záporne odpovedalo až 72,58% respondentov. Táto skutočnosť sa nám potvrdila i v prípade, či respondenti realizujú sociálno-psychologické tréningy pre klientov s ďalším odborníkom z inej inštitúcie 61,29% respondentov odpovedalo záporne. Napriek zisteným výsledkom, ktoré sme uviedli, by sme chceli upozorniť na fakt, že väčšina respondentov uvádza, že nevyužíva spoluprácu s ďalšími odborníkmi z iných inštitúcií v rámci školenia, supervízie, seminárov alebo sociálno-psychologických tréningov, čo by mohlo pomáhať pri skvalitňovaní práce ako s klientom, tak i samotným pracovníkom a zároveň ich chrániť pred syndrómom vyhorenia.

Z celkového zhrnutia vyplýva, že každý respondent z uvedených DSS má osobné skúsenosti s prejavmi problémového správania klientov. Tu však môžeme vychádzať i skutočnosti, že vzhľadom k mentálnemu postihnutiu a ústavnému prostrediu, v ktorom klienti žijú, môže k týmto prejavom často dochádzať. Naším zistením však môžeme konštatovať, že vychovávatelia intenzívne realizujú terapie zamerané na problémové správanie, čím sa potvrdilo, i zistenie, že 61,29% vychovávateľov jedenkrát týždenne realizuje minimálne jednu terapiu zameranú na problémové správanie. K najčastejšie využívaným terapiám môžeme zaradiť arteterapiu, muzikoterapiu, ergoterapiu a pohybovú terapiu. Zaujímavým zistením je i využívanie zooterapií prostredníctvom a pomocou zvierat. Viac ako polovica, čo je 62,90% respondentov uvádza, že mieru vplyvu terapií v prevencii problémového správania hodnotí ako veľmi účinnú a môžeme teda konštatovať, že vychovávatelia hodnotia účinky terapií v prevencii pozitívne. Z prieskumu tiež vyplynulo, že najčastejšie využívanou formou voľnočasových aktivít sú skupinové formy 87,10%, prostredníctvom krúžkových aktivít. Vychovávatelia-terapeuti realizáciu záujmových krúžkov prevažne zameriavajú na výtvarné, pracovné, športové a pestovateľské činnosti. Podľa našich zistení individuálne a skupinové formy súčasne využíva len 9,68%

respondentov, čo môže vyplývať, i zároveň súvisieť s názormi respondentov, že rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom vidia v nedostatku personálu pri priamej činnosti s klientmi, čo uviedlo 62,90% respondentov. Myslíme si, že i názor respondentov 24,19% môže byť opodstatnený pri tvrdení, že pri väčšom počte klientov na skupine má nedostatok času venovať sa individuálne klientovi pri činnostiach. Naším prieskumným zistením sme dospeli i zisteniu, že personál intenzívnejšie spolupracuje s odborníkmi zdravotníctva, ako s odborníkmi pomáhajúcich profesií. Väčšina respondentov uvádza, že nevyužíva spoluprácu s ďalšími odborníkmi z iných inštitúcií v rámci školenia, supervízie, seminárov alebo sociálno-psychologických tréningov pri eliminácii problémového správania klientov. Vzhľadom k uvedenému si dovoľíme tvrdiť, že práve intervencia zvonka s odborníkmi pomáhajúcich profesií môže poskytnúť pomoc nielen personálu pri skvalitňovaní práce s klientmi, ale i klientom samotným. Supervízia zvonka môže poskytnúť náhľad na správanie klienta bez predsudkov a spoločne s personálom môžu zostaviť terapeutický postup na elimináciu problémového správania.

ZÁVER

Neexistuje snáď jediný pracovník domovov sociálnych služieb, ktorý by sa počas svojej praxe aspoň jedenkrát nestretol s problémovým správaním klientov. Mimoriadny význam u ľudí s mentálnym postihnutím má cieľavedomá premyslená a odborne vedená výchovno-vzdelávacia činnosť zodpovedajúca ich schopnostiam. Práca sociálneho andragóga v zariadeniach sociálnych služieb s klientmi s mentálnym postihnutím nebýva stereotypná. Naopak, prináša so sebou neustále nové situácie, neočakávané reakcie a prejavy klientov, ktoré bývajú často neprimerané danej situácii a podnetu.

V našej práci sme sa pokúsili analyzovať niektoré prejavy problémového správania klientov. Načrtli sme možnosti personálu v prevencii, s ktorými je možné tieto prejavy u klientov výchovne ovplyvňovať, prípadne ich postupne eliminovať. Nesmieme však zabúdať na úlohu prevencie, pretože už to je prvý krok, ktorý môže viesť od malých úspechov až po veľké. Preventívnu prácu treba orientovať tak, aby sa vytvárala rovnováha medzi citovým a racionálnym správaním klientov, ktorá by im pomáhala vysporiadať sa aj s prípadnými prekážkami a posilňovala schopnosti zvládať záťažové a konfliktné situácie primerane ich postihnutiu.

Existujú rôzne možnosti pozitívnej stimulácie ako zabrániť nevhodnému správaniu. Touto prácou sme chceli poukázať na to, že existuje celý rad terapií a voľnočasových aktivít prostredníctvom ktorých si môže personál budovať cestu ku klientom. Aktivity v skupine sú často užitočným prostriedkom pre výchovnú prácu, pretože pomáhajú klientom v nachádzaní svojich dobrých stránok, budovaní zdravého sebavedomia, kvalitnejších vzťahov a pozitívnych prejavov v ich správaní. Každá terapia má svoj potenciál, ponúka veľa príležitostí, ktoré ak sú správne využité môžu napomáhať všetkým členom skupiny.

Veríme, že táto práca bude považovaná za určitý príspevok pri eliminácii problémového správania pre pracovníkov zariadení sociálnych služieb a pomôže pri riešení tohto problému nielen personálu domovov sociálnych služieb, ale i podagógom špeciálnych základných škôl, taktiež i rodičom

a všetkým, čo potrebujú pomoc a radu, ako postupovať pri riešení nežiaduceho správania mentálne postihnutých detí, mládeže ale i dospelých.

V praktickej časti práce sme zisťovali, ako vychovávatelia – terapeuti hodnotia účinky terapií v prevencii problémového správania. V závere si dovoľíme konštatovať, že účinky jednotlivých terapií sú pre prácu s klientmi v domovoch sociálnych služieb pozitívne, dávajú možnosť vychovávateľom – terapeutom tvorivo a rozmanito modifikovať prostredníctvom týchto terapií správanie klientov a taktiež realizovať účinnú prevenciu v oblasti problémového správania mentálne postihnutých klientov.

ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY

BAJO, Ivan. - VAŠEK, Štefan. Pedagogika mentálne postihnutých. 1.vyd. Bratislava: Sapienta, 1994. ISBN 80-967180-1-0.

BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: UK Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-89236-00-6.

GAŽI, M. Mentálne postihnuté dieťa v škole. 1.vyd. Bratislava: SPN, 1991. ISBN 80-08-00392-8.

GNIDA, Peter. Edukatívna práca so seniormi v sociálnych zariadeniach. Vychovávateľ. 2011. Roč. LVIII, č.9-10. ISSN 0139-6919.

HATÁR, Ctibor. Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike. 1.vyd. Nitra: UKF Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-850-821-6.

HATÁR, Ctibor. Miesto sociálneho andragóga v systéme inštitucionálnej sociálno-výchovnej starostlivosti o seniorov. Vychovávateľ. 2009. Roč. LVII, č.1, s. 13-18. ISSN 0139-6919.

HATÁR, Ctibor. Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca. 1.vyd. Nitra: UKF Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-8094-015-0.

HORŇÁKOVÁ, Marta. Liečebná pedagogika. Bratislava: PERFEKT, 1999. ISBN 80-8046-126-0.

HROZENSKÁ, Martina. a kol. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

KALNICKÝ, Juraj. Progresívna andragogika a androdidaktika. 1.vyd. Bratislava: Národné Osvetové Centrum, 1994. ISBN 80-7121-062-5.

KNEZOVÍČOVÁ, Monika. – PRÉTOROVÁ, Soňa. Rohovské spomienky. Trnava: REPRO servis, 2011. ISBN 978-80-970811-5-7.

KOCOVÁ, Nataša. Voľný čas a jeho využitie. Vychovávateľ, 2011. Roč. LVIII, č.7-8. ISSN 0139-6919.

KRATOCHVÍLOVÁ, Emília. Pedagogika voľného času. 1.vyd. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, 2010. ISBN 978-80-8082-330-6.

KRIŠKOVÁ, A. Profesionálne ošetrovatel'stvo – úvod do teórie. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-330-1.

KUDRIOVÁ, Viera. Aplikácia metód dramatickej výchovy vo voľnočasových hudobných činnostiach. Vychovávateľ, 2009. Roč. LVII, č. 4. ISSN 0139-6919.

LABÁTH, Vladimír. – SMIK, Ján. Expoprogram. Intervenčný program pre skupinovú prácu s deťmi a mládežou. Príručka. Bratislava: Psychodiagnostika, spoločnosť s r.o., 1991, PP-7

MAJZLANOVÁ, Katarína. Zvládanie problémových výchovných situácií v škole. 1.vyd. Bratislava: O.Z. Geotropos, 2004. ISBN 80-969238-0-3.

PORUBSKÁ, Gabriela. – HATÁR, Ctibor. Kapitoly z andragogiky pre pomáhajúce profesie. 1.vyd. Nitra: UKF Pedagogická fakulta, 2009. ISBN 978-80-8094-597-8.

SELICKÁ, Denisa. Alternatívne terapeutické metódy v praxi sociálneho pedagóga. Vychovávateľ. 2010. Roč. LIX, č.1 s. 15-17. ISSN 0139-6919.

SMIKOVÁ, E. Násilné a agresívne správanie. Šikanovanie v škole. In: MATULA, Štefan. et. al. Poruchy správania a učenia. Bratislava: Dr. Jozef Raabe, s.r.o., 2003. ISBN 80-968117-6-2.

ŠUSTROVÁ, Mária. Mentálne postihnutie. Sociálna práca s mentálne postihnutými. Trnava: Slovak Academic Press, 1999. ISBN 80-88908-30-2.

VAŠEK, Štefan. Špeciálna pedagogika pre 3. Ročník stredných odborných škôl. 1.vyd. Bratislava: SPN, 2001. ISBN 80-08-03050-X.

ZIMMERMANOVÁ, Monika. Profesia sociálneho andragóga v sociálnych službách. Vychovávateľ, 2010. Roč. LIX, č.1. ISSN 0139-6919.

ZELINA, Miron. Stratégie a metódy rozvoja osobnosti dieťaťa. Bratislava: Iris, 1996. ISBN 80-967013-4-7.

Internetový zdroj:

http://www.upsvar-zv.sk/zakony/448_2008.pdf

ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY

CAMPBELLOVÁ, Jean. Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

ČADILOVÁ, Věra. – JŮN, Hynek. - THOROVÁ, Kateřina. et. al. Agrese u lidí s mentální retardací a s autizmem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

HÁJKOVÁ, Vanda. – STRNADOVÁ, Iva. Inkluzivní vzdělávání. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

HOLLÝ, Karol. – HORNÁČEK, Karol. Hipoterapie. Léčba pomocí koně. Ostrava: MONTANEX, 2005. ISBN 80-7225-190-2.

JELÍNKOVÁ, Jana. – KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. – ŠAJTAROVÁ, Ludmila. Ergoterapie. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

JESENSKÝ, Ján. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. 1.vyd. Praha: UK Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

MATLÁK, J. a kol. Právo sociálneho zabezpečenia. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-212-7.

MICHALÍK, Jan. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. Poradenství. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

PÁVKOVÁ, J. – HÁJEK, B. – HOFBAUER, B. et. al. Pedagogika volného času. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.

PORTMANNOVÁ, Rosemarie. Jak zacházet s agresivitou. 150 her pro zvládnutí zlosti a agresivity. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-094-4.

PORTNER, Marlis. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠERÁK, Michal. Zájmové vzdělávání dospělých. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-689-6.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi. 2.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-557-1.

ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-736-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

ZELINOVÁ, Milota. Hry pro rozvoj emocí a komunikace. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-197-6.

ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Kyvadlo incidentu	36
-----------------------------------	----

Zoznam tabuliek

Tab. č.1 Zloženie respondentov.....	61
Tab. č.2 S akými prejavmi problémového správania ste sa stretli.....	63
Tab.č.3 Frekvencia realizácií terapií zameraných na problémové správanie.....	65
Tab. č. 4 Využívané terapie pri eliminácii problémového správania.....	67
Tab. č. 5 Využitie hrových aktivít.....	69
Tab. č. 6 Spôsob využitia voľného času klientov zariadení.....	70
Tab. č. 7 Zameranie voľnočasových aktivít.....	71
Tab. č. 8 Rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom.....	72
Tab. č. 9 Spolupráca s ďalším odborníkom pre zamestnancov.....	75
Tab. č. 10 Spolupráca DSS s inštitúciami.....	76

Zoznam grafov

Graf č. 1 Osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov.....	62
Graf č. 2 Vyhovenie požiadavkám klienta s problémovým správaním.....	64
Graf č. 3 Realizácia terapií zameraných na problémové správanie.....	64
Graf č. 4 Počet terapií realizovaných týždenne.....	66
Graf č. 5 Najčastejšie využívané formy terapií s klientmi.....	66
Graf č. 6 Využívanie terapií prostredníctvom a pomocou zvierat.....	68
Graf č. 7 Miera vplyvu terapií na prevenciu.....	70
Graf č. 8 Najčastejšie využívané formy voľného času.....	72
Graf č. 9 Konzultovanie problémového správania s iným odborníkom.....	73
Graf č. 10 Spolupráca s ďalším odborníkom.....	74
Graf č. 11 Realizácia sociálno-psychologických tréningov.....	75

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A	Dotazník	I.
Príloha B	Hry.....	VII.
Príloha C	Fotodokumentácia.....	XIII.

Príloha A – Dotazník

Vážená respondentka, vážený respondent,

dovoľujeme si Vás osloviť a požiadať o vyplnenie nižšie uvedeného dotazníka. Dotazník je určený pre vychovávateľov – terapeutov DSS. Získané údaje budú slúžiť výhradne pre spracovanie diplomovej práce. Na otázky odpovedajte štandardným spôsobom a to zakrúžkovaním písmena pri tej odpovedi, ktorá zodpovedá Vášmu názoru, situácii alebo vpísaním odpovede na vybodkovanú čiaru. Do dotazníka sme zaradili prevažne zatvorené a poloopené otázky. Pri spracovaní údajov bude zaručená Vaša anonymita. Vopred Vám ďakujem za prejavenu dôveru.

Pohlavie : a/ žena

b/ muž

Vek:

Vzdelanie: a/ stredoškolské

b/ vysokoškolské

Mesto, v ktorom nachádza Vaše zariadenie.....

1. Máte osobné skúsenosti s problémovým správaním klientov?

a/ áno

b/ nie

c/ nepamätám si

2. S akými prejavmi problémového správania klientov ste sa stretli?

a/ fyzická agresia

b/ verbálna agresia

c/ sebazraňovanie

d/ krádež

- e/ odmietanie požiadaviek personálu
- f/ odmietnutie rešpektovať skupinu
- g/ deštruktívne správanie
- h/ ničenie majetku
- i/ iné, uveďte

3. Vyhoveli ste niekedy požiadavkám klienta, ktoré dával najavo svojim problémovým správaním?

- a/ áno, raz
- b/ áno, viackrát
- c/ nie
- d/ nepamätám si

4. Realizujete vo vašom zariadení terapie zamerané na problémové správanie?

- a/ áno
- b/ nie
- c/ neviem

5. Ako často realizujete terapie zamerané na problémové správanie?

- a/ veľmi často (viac ako jedenkrát týždenne)
- b/ často (jedenkrát týždenne)
- c/ málo (jedenkrát mesačne)
- d/ veľmi málo (jedenkrát za pol roka)
- e/ zriedka (jedenkrát za rok)
- f/ nikdy
- g/ neviem

6. Koľko terapií zameraných na problémové správanie realizujete týždenne?

a/ dve a viac

b/ jednu

c/ žiadnu

d/ neviem

7. Ktoré formy realizovania terapií s klientmi najčastejšie využívate?

a/ individuálne

b/ skupinové

c/ obe súčasne

d/ žiadne

8. Uved'te, ktoré terapie najčastejšie využívate pri eliminácii problémového správania (možnosť označiť viac odpovedí).

a/ arteterapia

b/ muzikoterapia

c/ biblioterapia

d/ dramaterapia

e/ pohybová terapia

f/ pracovná terapia (ergoterapia)

g/ skupinová práca s charakterom sociálno-psychologického tréningu (výcviku)

h/ iné, uved'te

9. Okrem činnostných terapií využívate aj terapie pomocou a prostredníctvom zvierat? Uved'te, ktoré (možnosť označiť aj viac odpovedí).

a/ canisterapia

b/ hipoterapia

c/ felinoterapia

d/ iné, uveďte

10. V rámci prevencie problémového správania pri práci so skupinou využívate napr. hrové aktivity zamerané na zvládanie agresivity, nekľudu a pod?

- a/ pravidelne (každý deň)
- b/ veľmi často (jedenkrát týždenne)
- c/ často (viac ako jedenkrát mesačne)
- d/ málo (jedenkrát mesačne)
- e/ veľmi málo (jedenkrát za pol roka)
- f/ nevyužívame ich
- g/ neviem

11. Podľa vášho názoru je miera vplyvu terapií na prevenciu:

- a/ veľmi účinná
- b/ účinná
- c/ málo účinná
- d/ neúčinná
- e/ neviem

12. Ako najčastejšie využívajú voľný čas klienti vášho zariadenia? (môžete označiť viac možností)

- a/ oddychom na izbách
- b/ sledovaním obľúbených televíznych programov
- c/ pomocnými prácami personálu (napr. v kuchyni, v práčovni, pri ležiacich pacientoch)
- d/ krúžkovými aktivitami
- e/ individuálnymi činnosťami v priestoroch zariadenia
- f/ iné, uveďte

13. Akého zamerania sú voľnočasové aktivity (krúžková činnosť) vo vašom zariadení pre klientov?

Uved'te

.....
.....
.....
.....
.....

14. Ktoré formy využívania voľného času pre klientov najčastejšie realizujete?

- a/ skupinové
- b/ individuálne
- c/ obe súčasne
- d/ neviem posúdiť

15. V čom vidíte z vášho pohľadu rezervy v procese skvalitňovania práce s klientom? (možnosť viacerých odpovedí)

- a/ nedostatok času na individuálnu činnosť s klientom
- b/ veľký počet klientov na skupine
- c/ nedostatok personálu pri priamej činnosti s klientmi
- d/ materiálno-technické nedostatky
- e/ iné, uved'te

16. V niektorých prípadoch riešenie problémového správania konzultujete (prípadne spolupracujete) s ďalším odborníkom?

- a/ áno
- b/ nie
- c/ neviem

17. S ktorým ďalším odborníkom najčastejšie spolupracujete pri eliminácii problémového správania klientov? (možnosť označiť viac odpovedí)

a/ so psychológom

b/ s psychiatrom

c/ so sociálnym pracovníkom

d/ so sociálnym pedagógom

e/ so sociálnym andragógom

f/ so špeciálnym pedagógom

g/ s iným, uveďte

18. Organizuje Vaše zariadenie v spolupráci s ďalším odborníkom (z inej inštitúcie) pre zamestnancov odborné výcviky, školenia, supervízie, semináre – napr. ako zvládať agresivitu klientov; ako regulovať správanie klientov a pod.?

a/ áno

b/ nie

c/ neviem

19. Realizujete sociálno-psychologické tréningy (napr. zlepšenie vzťahov v skupine; vyjadrenie emócií; zvládanie agresivity, nekľudu a pod.) pre klientov s ďalším odborníkom z inej inštitúcie?

a/ áno

b/ nie

c/ neviem

20. S ktorými inštitúciami najčastejšie spolupracujete pri eliminácii problémového správania klientov? (možnosť viacerých odpovedí)

a/ zdravotníctvo

b/ Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR)

c/ Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP)

d/ so žiadnou inštitúciou nespôpracujeme

e/ iné, uveďte

Príloha B – súbor hier

Námety hier pre prácu v skupine.

Hry pre rozvoj empatie:

Keby som bol...

Pomôcky: papier, pastelky

Hráči kreslia alebo rozprávajú o tom, čím by chceli byť napr. kvet, zviera...a svoj výber vždy odôvodnia. (Keby som bol ovocie, chcel by som byť jahodou, pretože je sladká). Svoju predstavu môžu najskôr nakresliť a potom opísať čo chceli svojou kresbou vyjadriť. (Zelinová, 2007)

Doprovod nevidiaceho

Pomôcky: šatka

Hráči vytvoria dvojice, pričom jeden z dvojice má zaviazané oči a úlohou druhého je viesť „nevidiaceho“ po miestnosti. V priebehu hry hráči nemôžu rozprávať. Potom sa hráči vymenia. (Obmena, hráči môžu rozprávať.) Nakoniec, hráči v rozhovore rozoberajú ako sa cítili, aký bol rozdiel v ich pocitoch v jednotlivých úlohách.(Zelinová,2007)

Relaxačné techniky:

Na kuchára

Hráči sa vo dvojiciach postavia za seba. Zadný hráč je kuchár a hráč pred ním je cesto, ktoré kuchár s citom premiesi. Krúživými pohybmi masíruje hráčovi pred sebou ramená, šiju, krčné svaly, naklepáva mu chrbát (ako rezeň) a „strúha“ po chrbte zovretými päťami ako „na strúhadle“. Hráči vo dvojici sa potom vymenia.(Šimanovský,2002)

Príbeh s hudbou

Pomôcky: magnetofón, relaxačná hudba

Klienti ležia na chrbte na podložke, oči zatvorené a v miestnosti znie relaxačná hudba a do toho rozprávame text: Predstav si, že ideš po rozkvitnutej lúke, svieti slniečko, vtáčiky štebotajú, motýle poletujú z kvetu na kvet, ty

prechádzaš cez lúku a blížiš sa k jazierku. Jazierko má krásnu modrú farbu a u brehu je priviazaná loďka. Odviažeš ju a nastupuješ do nej. Loďka pomaly a potichu pláva po jazierku. Vlnky ju jemne hojdajú, tebe je príjemne, ruku ponáraš do vody. Si šťastný, páči sa ti to, slniečko ťa hreje, máš teplé ruky, nohy, celé telo. Loďka pristáva u brehu a ty vystupuješ. Ľahneš si do trávy a pomaly otváraš oči. Budeme počítať do päť. Až ti poviem, oči úplne otvoríš. Pomaly si sadni a usmej na všetkých, ktorí sú okolo teba. Klienti rozprávajú o tom, ako sa cítili, čo si predstavovali, ako sa im to páčilo a podobne.(Zelinová,2007)

Hry na spoluprácu v skupine, odreagovanie, sebaovládanie, odbúravanie hnevu, zlosti, agresie:

Balón nepadni!

V tejto hre spolupracujú dvaja hráči, ktorí si dajú medzi seba balón a snažia sa ho čo najdlhšie udržať medzi sebou bez použitia rúk. Na zvukový signál zmenia spôsob držania balóna. Zisťujú, koľko spôsobov na balansovanie balóna existuje – hlavou k hlave, bok k boku, brucho k bruchu, chrbát k chrbtu.(Majzlanová,2004,s.54)

Horúca stolička

Hráči sedia v kruhu a v strede je „horúca stolička“. Na „horúcu stoličku“ sa posadí klient, ktorý najviac potrebuje pozitívnu podporu. Postupne sa so stoličkou posúva pred jednotlivých hráčov v kruhu a každý hráč mu povie niečo, čo sa mu na ňom páči – napríklad máš dobré nápady, pekne spievaš, máš pekný účes a podobne. Na záver sa môžeme porozprávať o tom, ako sa človek cíti, keď musí rozprávať niečo priateľského spoluhráčovi aj keď ho niekedy nahneval a podobne. Príležitosť k sedeniu na „horúcej stoličke“ má dostať každý hráč.(Portmanová,1996,s.75)

Bábkové divadlo

Hráči sa vo dvojici dohovoria, kto bude bábkar a kto bábka. Bábka sa musí uvoľniť tak, aby bábkar mohol viesť jej ruky do rôznych pohybov. Bábkar so svojim partnerom – bábkou, zahrá improvizovaný monológ, napríklad výhra v lotérii, rozčúleného človeka a podobne. Obmena môže byť napríklad dvojice sa spoja do štvoríc, dohodnú si jednoduchú tému a spoločne zahrajú improvizovaný dialóg svojich bábok. Bábkari robia pohyby s bábkami a bábky zároveň rozprávajú. Po hre sa môžeme rozprávať o tom, ako sa cíti človek, keď je manipulovaný niekým iným a podobne. (Šimanovský, 2002, s.60)

Bodliak a ruža

Pomôcky: bodliak, ruža (môžu sa vyrobiť z papiera, namaľovať)

Uprostred kruhu položíme bodliak a ružu. Prvý hráč ich zoberie a po krátkej úvahe ich pred niekoho položí a povie mu: dávam ti bodliak, pretože... a povie čo sa mu na dotyčnom hráčovi nepáči. Odmlčí sa a pokračuje: dávam ti tiež ružu, pretože... a povie to, čo sa mu na dotyčnom hráčovi naopak páči, čo si na ňom cení a podobne. Obdarovaný hráč nič nekomentuje, zoberie to na vedomie, poďakuje a rozhliadne sa po spoluhráčoch. S oboma kvetmi v ruke sa postaví pred iného hráča a podáva mu rovnakým spôsobom bodliak i ružu. Tak si kvety postupne medzi sebou vystriedajú všetci. Ak sú všetky informácie správ pre spoluhráčov vyčerpané, hra končí. Obmena: hrať môžeme i s kľbkom vlny, špagátu. Jeho koniec drží hráč a kľbko sa slovným sprievodom (záporné i kladné hodnotenie) posúva od hráča k hráčovi. Kľbko sa odvíja a vzniká „sieť vzťahov“. Pri rozpletaní „siete vzťahov“ hráč, ktorý sa povrazu púšťa, si pripomína, čo mu bolo povedané od spoluhráčov. Na záver hry sa môžu hráči medzi sebou rozprávať a požiadať niektorého hráča o podrobnejšie vysvetlenie a tiež sa rozprávame o tom, koho čo prekvapilo, potešilo, mrzelo a podobne. (Šimanovský, 2002, s.106)

Otázky host'om, vedúcim

Cieľom tejto techniky je vytvoriť priestor pre vyjadrenie pocitov, ktoré by členovi nedokázali vysloviť priamo, ventilovanie prípadných nespokojností a agresíí. Popis: vedúci skupiny / hostia sa postaví tak, aby stáli chrbtom ku skupinovému kruhu a aby nemohli vidieť účastníkov. Je možné prípadne zaviazať vedúcim oči šatkou. Účastníci dostanú inštrukcie, že sa môžu opýtať na všetko, čo ich zaujíma, čo sa chceli spýtať, ale nikdy sa nespýtali. Nič nie je obmedzené, len s podmienkou, že na prípadné vulgárne otázky, ktoré budú obsahovať neslušné výrazy, sa neodpovedá. Môžeme vymedziť na otázky časový limit – 10 minút. Rozbor skupinového diania – čoho sa otázky týkali, čo bolo prekvapujúce, aké pocity nespokojnosti sa objavovali v otázkach. Otázky môžu byť významnou spätnou väzbou pre vedúcich, súčasne môže byť získaný obraz o nespracovaných pocitoch jednotlivých členov. (Labáth,Smik,1991,s.176)

Som hrdý

Často si spomíname len na zlé skúsenosti. Avšak každý hráč určite zažil v poslednej dobe aj niečo dobré: napríklad niečo sa naučil, spravil niečo dobré na čo môže byť hrdý. Hráči sedia v kruhu a postupne dopĺňajú začiatok vety: “Som hrdý na to, že...”.

Napríklad:

- že som sa odvážil prejsť okolo toho veľkého psa
- že som Betku nevyt'ahala za vrkoč, keď ma nahnevala
- že som sa naučil hrať na gitaru.

Žiadneho hráča nesmieme nútiť, aby sa vyjadril. Je ťažké na niečo si spomenúť? Ako sa človek cíti, keď to verejne vysloví? Čo sa hráčom najviac páčilo na druhých? (Portmanová,1996,s.76)

Tmavé mraky – jasné nebo

Ak sa niekto rozhnevá, je to podobné búrke, víchrici, alebo tmavým mrakom. Ak je niekto vyrovnaný, spokojný, podobá sa modrej oblohe, slniečku, krásnemu kvietku... Každý hráč dostane papier a rozdelí si ho na polovicu.

Každá polovica bude predstavovať jeden cit. Na jednu stranu hráči namaľujú svoj hnev, zúrivosť, slzy a na druhú polovicu papiera zase svoju radosť, klud a harmonické pocity. Ak sú obrázky dokončené, skupina si ich spoločne prezrie a diskutuje o nich. Pokiaľ sa obrázky vystavia (v klubovni, triede,...), môžu mať všetci trvalo na očiach, že každý zo skupiny – i ten, ktorý sa ľahko rozhnevá a ktorého poznáme ako „agresívneho“ má aj svoje harmonické a priateľské city, a práve taktiež i city agresívne a zlé majú aj kamaráti milý, tichý, usmievavý,... (Portmanová,1996,s.79)

Buďte taký láskavý ...

Malé skupiny hráčov rozohrávajú modelové situácie, v ktorých musia niekoho o niečo, nie celkom samozrejmé požiadať.

Napríklad:

- ľudí pri pokladni v obchode o možnosť predbehnúť sa, lebo nám odíde autobus
- čašníčku o výmenu šálky za čistú.

Rolu žiadajúceho si zahrá v niektorej scénke každý hráč zo skupiny. Ostatní mu môžu radiť ako má vylepšiť svoj prejav. Hráči sa učia: ako sa presadiť, ako osloviť druhých, kultúru prejavu.(Šimanovský,2002,s.130)

Môj Pidižvík

Pidižvík je malý škriatok, ktorý s nami žije a má presne takú istú náladu ako my, pretože všetko s nami prežíva. Keď sa hneváme, je nahnevaný aj on a je celý naježený a rozstrapatený. Naopak, keď máme radosť a dobrú náladu, aj on je pekne upravený, usmievavý a prívetivý. Každý hráč si nakreslí svojho Pidižvíka. Na jednu stranu výkresu škriatka usmievavého, spokojného a na druhú stranu zamračeného, smutného. Na každom stretnutí si hráči svojich Pidižvíkov umiestnia na nástenku tou stranou, ako sa cítia a dajú tak o svojich pocitoch vedieť celej skupine. (Mitašíková In Majzlanová, 2004,s.53)

Rytmus nálady

Hráči prstom na stôl, alebo špičkou svojej topánky do dlážky vyťukávajú rytmus svojej momentálnej nálady: nervozitu, smútok, hnev, radosť a podobne. Postupne každý hráč svoj rytmus zvýrazní a pridáva k jeho vyjadreniu i gestá, pohyby tela v stoje a priestore. Hráči improvizujú v tichu bez slov, len pohybom v rytme svojej momentálnej nálady. Každý hráč sa snaží udržať svoj rytmus a musí sa teda sústrediť.

Variant: začíname rovnako, ale potom každý hráč hľadá komplementárny rytmus vo vzťahu k ostatným. (Šimanovský,1998,s.48)

Divošská oslava zeme

Vhodná hudba: etnická hudba v africkom štýle.

Znie africká hudba, rýchly černošský rytmus a my si predstavujeme, že sme divosi a že tancujeme okolo ohňa divoký tanec na oslavu zeme. Všetci riadia, zámerne svoje pohyby zintenzívňujú a pokrikujú po sebe „vaú - vaú ú ú!“. Keď hudba skončí, sadneme si a zatvoríme oči. Necháme v sebe potichu doznieť pocity a potom sa o nich môžeme porozprávať. (Šimanovský,1998,s.103)

Roztancované zrkadlá

Vhodná hudba: J.S.Bach – Air. Hráči vo dvojiciach pohybom improvizujú pri hudbe. Jeden hráč je originál a druhý ho vo všetkých pohyboch napodobňuje, čiže je jeho zrkadlo. Po chvíľke si role vymenia a môžu sa postupne striedať s ďalšími spoluhráčmi (tvoria sa nové dvojice).

Varianty:

- vedenie, teda rola originálu a zrkadla sa strieda v dohodnutom intervale, alebo na zvukový signál
- celá skupina stojí v kruhu (zrkadlová sieň) a napodobňuje v rytme pohyby jedného – originálu uprostred. (Šimanovský,1998,s.100)

Príloha C - Fotodokumentácia





BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Radoslav Wallner

Odbor: Andragogika

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Prevencia problémového správania mentálne postihnutých v domovoch sociálnych služieb terapiami a voľnočasovými aktivitami

Rok: 2012

Počet strán bez príloh: 91

Celkový počet strán príloh: 14

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 25

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 23

Počet internetových zdrojov: 1

Vedúci práce: PhDr. Peter Pavlis, CSc.