REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov

Revue liečebnej pedagogiky je vedecko-odborný časopis PRO LP Asociácie liečebných pedagógov. Je určený liečebným pedagógom, pracovníkom v pomáhajúcich profesiách, študentom a ďalším záujemcom.

1 / 2016, roč. X **ISSN 1337-5563**

REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov

OBSAH

ŠTÚDIE

Horňáková M.: **Špecifiká liečebnopedagogických prístupov**.....3

Vrabcová, M.: **Bazálna stimulácia v intenzívnej neonatologickej starostlivosti o predčasne narodené deti**.....6

Mikula, M.: **Hodnotenie efektu skupinovej psychomotorickej terapie**.....13

Z PRAXE

Galáš, J.: **Kazuistiky** *(časť 1)*.....18

ZO ŽIVOTA PRO LP

Janoško, P.: **Správa zo zasadania exekutívneho výboru IGhB dňa 29.4.-1.5.2016** – Bratislava, Slovensko.....24

Valašteková, V.: **Piknik liečebákov**.....25

Valašteková, V.: **Príprava na výkon práce v zdravotníctve**.....25

ZO ZAHRANIČIA

Hotová, P. **Moja liečebnopedagogická skúsenosť v štáte Washington**.....26

ŠTUDENTSKÁ SEKCIA

Juroš, D.: **Myšlienky filozofov a ich prínos pre Liečebnú pedagogiku**.....29

Bútorová, I.: **Stred sa rúti zvnútra**.....30

INFORMÁCIE

Škoviera, A.: **Opustil nás liečebný pedagóg Jozef Sarka**....32

PREDSTAVUJEME

Horvátová, L.: **Otvorte dvere do duše sveta**.....34

RECENZIE

Škoviera, A.: HORŇÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O. **Poruchy správania ako výzva.** Ružomberok : Verbum, 2016.....36

Horňáková, M.: LIEBERMAN, DANIEL. E. ***Příběh lidského těla. Evoluce, zdraví a nemoci.*** Příbram : Jan Melvil Publisching, 2016.....36

Informácie pre prispievateľov.....38

Titulný obrázok: *Hra s farbami* – Ajko McCauley (2,7 r.)

Redakčná rada:

Šéfredaktor:
Mgr. Pavol JANOŠKO, PhD.

Zástupkyňa šéfredaktora:
Mgr. Viera VALAŠTEKOVÁ

Vedecká garancia:
Prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.
Prof. PaedDr. Milan SCHAVEL, PhD.
Doc. PhDr. Albín ŠKOVIERA, PhD.

Redakčná rada:
PaedDr. Monika STUPKOVÁ, PhD.
Mgr. Barbora VODIČKOVÁ, PhD.
PaedDr. Jana ŠPÁNIKOVÁ, PhD.
PaedDr. Magdaléna SZABOVÁ
PaedDr. Michal MIKULA
PaedDr. Jana SKRAKOVÁ
Gabriela RAJNIAKOVÁ, MA.
Mgr. Linda HORVÁTHOVÁ
Mgr. Lukáš BEHUL

Recenzenti uverejnených príspevkov sú vyberaní z vedeckej a redakčnej rady časopisu podľa charakteru príspevku.

EDITORIAL

Milé kolegyne, milí kolegovia,

ani sme sa nenazdali a leto opäť pomaly končí. Dni sú kratšie a práce akoby nikdy neubúdalo. Riešenia životných situácií klientov sú často oveľa komplikovanejšie, ako sa zdá na prvý pohľad. Čo je pomocou? Ako to najlepšie zvládnuť? Čo prospieva? Čo je bariérou? Aké ponuky pomoci a kompetencie odborníkov zohrávajú zásadnú úlohu?

MUDr. Albert Schweitzer ako lekár videl v liečení hlavne „povzbudzovanie toho lekára vo vás“. Láskavo sa staral o pacientov a veril, že majú v sebe sily, ktoré im pomôžu. Aj pre nás je láskavosť, korektnosť a úcta zaväzujúca. A to aj vo vzťahu ku svojim kolegom.

Liečebná pedagogika ako odbor a profesia zároveň mala od svojho vzniku v systéme starostlivosti nezastupiteľné miesto. Má ho aj dnes, no zároveň je stále považovaná za akýsi nadštandard. V dobe, kedy je takmer všetko najmä o peniazoch je uplatnenie liečebných pedagógov v štátnych rezortoch problematické. Vydržíme, alebo to vzdáme? Je dôležité veriť svojmu odboru a svojim schopnostiam a zasadzovať sa za ich uplatňovanie. Liečebnopedagogická intervencia nemôže byť doménou len súkromných pracovísk, potrebujú ju klienti aj v bežných zariadeniach. Rozhodnutie je často najmä v rukách zamestnávateľov. Prítomnosť liečebného pedagóga kvalitu zariadenia v očiach rodičov, alebo príbuzných klientov určite zvyšuje. Obsah aktuálneho časopisu je opäť dôkazom, že naša profesia má v praxi svoje nezastupiteľné miesto. Príjemné čítanie.

Pavol Janoško
zodpovedný redaktor

ŠPECIFIKÁ LIEČEBNOPEDAGOGICKÝCH PRÍSTUPOV

Specifics of terapeutic pedagogy approach

Marta Horňáková

Abstrakt:
Práca liečebného pedagóga je postavená na tradičných skúsenostiach, ale zároveň stále prechádza vývinom. Na zmenách sa podieľajú nové poznatky o človeku, spoločenské potreby pomoci a existujúci systém starostlivosti. Poznať a rozvíjať tieto prístupy je nevyhnutnou požiadavkou. Príspevok sa zaoberá týmito špecifikami a ich významom v pracovnom poli pomáhajúcich profesií.

Kľúčové slová: Liečebná pedagogika, liečebnopedagogické prístupy, inklúzia.

Abstract:
The work of a pedagogy therapist is based on traditional experiences in a profession which is undergoing constant development. These changes are influenced by new awareness about human, social needs of society and existing care systems. It is an essential requirement to know and to develop these approaches. This article highlights these specific issues and their importance in the work field of the helping professions.

Key words: Therapeutic pedagogy, therapeutic pedagogy approach, inclusion.

Úvod

Liečebnopedagogická starostlivosť sa utvárala ako osobná odpoveď dospelého človeka, ktorý bol oslovený v pozícii vzdelávateľa, vychovávateľa, opatrovateľa, lekára alebo aj rodiča, výnimočnou situáciou a utrpením iného človeka v ťažkej životnej situácii. Zameranie ich pomoci dobre vyjadrujú slová *„žijúcich v izolácii oslovovali po mene, viedli ich do komunikujúceho spoločenstva a nechali ich, aby mali účasť na spoločnom živote. Povzbudzovali ich, aby sa stávali sami sebou*“ (Buchka, Grimm, Klein, 2002, s. 16). Toto tvorí aj dnes rámec pre realizáciu liečebnopedagogických prístupov v súčasnej liečebnej pedagogike v Európe. V pedagogike, ktorá poznáva a prijíma skutočnosti v bytí človeka, ktorá rešpektuje jeho individuálny potenciál pre zmeny. Je výchovou i terapiou zároveň. Sauter (Sautter, in Buchka, Grimm, Klein, 2002, s. 22-23) vyjadril osobný rozmer slovami: *„jadrom našej práce nie sú špeciálne vedomosti alebo postupy, ale postoj k životu a k ľuďom, ktorí v životnom zápase sú ako my*“. Tento vysokoškolský pedagóg určite týmto nechcel povedať, že vedomosti nie sú dôležité, ale že si nemožno zakladať primárne na hlbokých vedomostiach, ani na terapeutických technikách. Bez postoja úcty a prijatia iného človeka môžeme realizovať zaujímavé „terapeutické projekty“ aj bez požadovaného postoja k životu a človeku. V praxi získajú spravidla viac ocenenia ako nejaká pokora a láskavosť. Často si kladiem otázku, ako to vnímate vy, liečební pedagógovia v praxi.

Domnievam sa ale, že odklon od klasického liečebnopedagogického myslenia vedie k strate príležitostí v pomáhaní klientovi a dokonca ohrozuje nielen rozvíjanie, ale aj udržanie odboru. Keď zanikne jeho špecifickosť, stratí sa dôvod jeho existencie a stane sa nahraditeľným.

Pracujem v Levoči a väčšina mojich kolegov nie sú liečební pedagógovia. Niektorí jednoducho nazvú liečebnou pedagogikou to, čo si pod ňou predstavujú a tak to aj študentov učia. Výsledkom je chaos v myslení študentov a ale aj ich nadšenie, keď pochopia o čo vlastne ide. Jeden študent mi napísal reflexiu z praxe v ambulancii liečebnej pedagogicky Márie Heveriovej: „Konečne som pochopil o čom je liečebná pedagogika a aká je to úžasná práca“.

Domnievam sa, že stojíme pre úlohou (nielen v súvislosti so študijnými obsahmi, ale aj s profesionalizáciou liečebnopedagogických služieb) jednoznačného vymedzenia a komunikovania špecifík liečebnopedagogickej teórie i praktických prístupov v jednotlivých rezortoch a aj smerom k odborníkom zameraným na sociálnu starostlivosť, špeciálnu výchovu, sociálnu pedagogiku i medicínsku starostlivosť.

Prístupy v liečebnopedagogickej strarostlivosti

Povedali sme si, že liebnopedagogickú starostlivosť zdôrazňuje prijatie, vzťah a vychádzanie z potrieb a možností jednotlivca – v istej miere to je nutné vo všetkých pomáhajúcich prístupoch. Podobne aj zameranie (Gröschke, 2001, s. 19) na pochopenie a komunikáciu. Viac špecifické pre liečebnú pedagogiku je - najmä u detí, zameranie na aktivitu (vnímanie, kreatívne činnosti, sebaobsluha, participácia), „čakanie“ na aktivitu dieťaťa, dávanie priestoru pre vyjadrenie, vytváranie príležitostí pre rozhodovanie.

Liečebnopedagogické konanie sa nachádza medzi utilitarizmom (orientácia na cieľ, zmysel, na výsledok) na jednej a voluntarizmom (dôraz na

spontaneitu, kreativitu, komunikáciu) na druhej strane. Toto „**expresívno-komunikatívne konanie**" sa nedá jednoducho popísať v schéme: účel – prostriedok (Gröschke, 2001, s. 22). Typické nie sú konkrétne metódy, ale to, že ide vždy o **jedinečný interaktívny projekt terapeuta a klienta, v ktorom obaja spolupracujú na možnej zmene**. Tento "koncept konania" sa dá definovať ako komplex odborných znalostí, hodnôt, noriem, motívov, cieľov, ktorý je hermeneuticko-pragmaticky spojený s konkrétnou osobou. Spravidla platí, že ide o dianie „tu a teraz", o stretnutie v zmysle Buberovho dôrazu na existenčný význam interakcie dvoch bytostí „Ty a Ja" ako jediného momentu bytia, ktorým možno prekryť negatívne z minulosti a otvoriť možnosti pre budúcnosť.

Výsledok závisí v značnej miere od profesijnej kompetencie zrealizovať tento projekt v kooperatívnej spolupráci s klientom. Dôležité sú pritom prvky jeho konania, ktoré utvárajú tento proces od prvého kontaktu po záverečné stretnutie (Gröschke, 2001, s. 23).

Pri tvorbe tohto konceptu LP starostlivosti je dôležité, aby išlo o:

- ***ponuku na báze spolupráce*** – v úvode je nutné pracovať na ochote komunikovať, spolupracovať, napĺňať život zmyslom, uskutočňovať svoje možnosti. Dieťa potrebuje primerané podnety, príležitosti zúčastniť sa, vybrať si z možností, prijať zodpovednosť za svoj výber;
- **tlmočenie úcty, rešpektu** – dieťa je interpretované ako autonómne bytie, ktoré rozhoduje o tom, čím práve je. V interakcii s prostredím samo seba utvára. Potrebuje vnemy, skúsenosti, kontinuitu, bezpečie.

Vždy je problém, ak sa predstava o hodnote človeka vo výchove opiera o jeho bezproblémovosť a užitočnosť a nevychádza z jeho bytia a potrieb. Dôležité je nezdôrazňovať bezmocnosť, bariéry, odlišnosť, ale hľadať spoločné, možné, potencionálne. Speck (1998, 138) dokonca zdôraznil, že bariéra odlišnosti musí byť odstránená, lebo inak nie je možné pochopiť iného človeka. Odlišnosť nie je nutné pritom poprieť, ale treba ju rešpektovať a prijať. Možno aj ako výzvu pre poznávania a objavovanie jedinečnosti iného človeka. Ale aj ako výzvu pre seba, lebo nový problém si vyžaduje nové riešenie – a otvára cestu poznaniu a vzťahom.

- **vnímanie človeka v jeho celistvosti** (bio–psycho-sociálnej), kde sú všetky roviny mnohostranne poprepájané v jedinečnom systéme. Každý je typický iba sám pre seba. Má jedinečný mozog, jedinečné skúsenosti a možnosti. Platí, že každý mozog má nejaké oslabenia a prekonanie oslabenia otvára cestu pre nové možnosti. Človek sa učí len z vlastnej skúsenosti. Opakovaná skúsenosť vytvára stopy, neuronálne dráhy, ktoré môže využiť. Zvládnutá činnosť sa stáva „vlastníctvom" človeka – prepíše genetickú informáciu. Človek sa stáva tým, čo robí. Všetko, čo človek robí a dáva mu zmysel je vždy postavené na jeho predchádzajúcich skúsenostiach. Človek sa vzdáva modelov správania v prospech zmysluplnejších, len ak tie staré stratili význam;
- **prijatie bez výhrad**, lebo človek sa môže zmeniť len ak je prijímaný taký aký je, ak sa mu dostáva zrkadlenia (Rizolatti, Speck, Prekopová), vnímavej prítomnosti zo strany iného človeka. Inak prichádza k tzv. neuronálnej deprivácii, emocionálnej deprivácia, k poruchám vzťahu a vývinu. Prijímajúci musí prijať aj utrpenie ako súčasť bytia človeka. Prijatie neznamená splývanie, kedy ide o stotožnenie sa s problémami iného človeka a osvojenie si ich za vlastné. Prijatie znamená rešpektovanie hraníc;
- **vychádzanie z pochopenia** poznateľnej reality iného človeka. Nejde o premietnutie svojej skúsenosti, „aplikáciu" niektorej terapie alebo metódy, ale o empatické úsilie vidieť veci očami toho druhého. Pochopiť predpokladá vedieť sa dívať, vedieť počúvať, ustúpiť do úzadia, umlčať svoje všetečné myšlienky a nerobiť predčasné závery. Do poznateľnej reality človeka patrí aj jeho okolie – blízke osoby, životné prostredie, osobný príbeh dieťaťa a jeho rodiny, aktuálne problémy a perspektívy;
- **vychádzanie z možností jednotlivca** (kontingentný prístup). Ide o to, ako urobiť možné skutočným. Pritom treba nájsť zdroje, rezervy a využívať ich. Znamená to byť trpezlivý, vytrvalý a pokorný – ak sa veci nedaria. Vedieť, že vždy sa dá ešte niečo urobiť. Feldenkreis (1977, s. 58) videl možnosti mozgu veľmi optimisticky. Na základe svojej dlhoročnej praxe povedal, že sú možné pozitívne zmeny aj v zdanlivo beznádejných situáciách človeka: *„Život je proces, dianie v pohybe, chcieť zastaviť ho, definovať, vyliečiť nejaký nedostatok je úplne absurdné. Proces možno len organizovať inak a potom ak je*

niekde nejaká chyba, prebiehajú nové procesy a prichádza k reštruktualizácii, aby sa funkcie človeka lepšie prispôsobili. Teraz to vidím tak, že možnosti sú enormné.";

- **tímovosť a interdisciplinárny prístup,** pomoc je účinnejšia, ak na nej spolupracujú všetci, ktorí sa podieľajú na starostlivosti. Vyžaduje si to systémové zabezpečenie komunikácie (priestor pre stretnutia, spôsob výmeny informácií, model starostlivosti);
- **osobné nasadenie** - ochotu pracovať na sebe, učiť sa, prijať supervíziu, zdieľať sa s inými odborníkmi so svojimi skúsenosťami.

Liečebnopedagogickú starostlivosť možno deliť na priamu a nepriamu. Kým priama sa realizuje v osobnom kontakte, rovnako dôležitá nepriama sa deje prostredníctvom poradenstva, tímových opatrení, zásahmi do prostredia. Podľa Kobiho (2004) v nej ide o ciele ako:

- reštaurácia – vybudovanie schopností, modelov vnímania a konania,
- rehabilitácia – obnova oslabených/ stratených funkcií a schopností,
- habilitácia – rozvíjanie kompetencií, rozširovanie možností ako využívať získané schopnosti a zručnosti.

Záver

Je dôležité, aby v pracovnom poli každý odborník robil to, čo vie najlepšie a k čomu ho oprávňuje vzdelanie. Vzdať sa svojich úloh a zasahovať iným do kompetencií, alebo experimentovať s metódami, ktoré sú primárne psychoterapeutické (bez patričného vzdelania), je príznakom nízkej profesionality, pretože obsahuje riziká pre prijímateľa pomoci. V konečnom dôsledku škodí celej profesii. Pre podporu týchto kompetencií je nutné zostávať v odbornom kontakte so svojou profesiou a využívať možnosti supervízie a ďalšieho vzdelávania.

Literatúra

ANDERLÍKOVÁ, L. 2014. *Cesta k inkluzi*. Praha: Triton, 2014.

BIERMANN, A. GOETZE, H. 2005. *Sonderpädagogik*. Stuttgart : Kohlhammer. s. 125-194, 2005.

BUBER, M. 2005. *Ja a ty.* Praha : Kalich. 2005.

BUCHKA, M., GRIMM, R., KLEIN, F. 2002. *Lebensbilder bedeutender Heilpädagoginnen und Heilpädagogen des 20. Jahrhunderts*. 2. Vydanie. Mníchov: Reinhardt. 2002.

DOIDGE, N. 2012. *Váš mozek se dokáže změnit* . Brno : Cerebrum press, 2011.

FELDENKRAIS, M. 1977. *Abenteuer im Dschungel des Gehinrns. Der Fall Doris.* Frankfurt : Insel. 100 s. , 1997.

GRÖSCHKE, D. 2001, Heilpädagogisches Handeln: eine Pragmatik der Heilpädagogik. Bad Heilbrunn : Klinkhart, 2001.

HORŇÁKOVÁ, M.2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*, Bratislava : OZ, SP. 2007.

KOBI, E. 2004. Grundfragen der Heilpädagogik. Berlín : BHP Verlag, 2004.

MAL, W.. 2003. *Sensomotorische Lebensweisen.* 2. vyd. Heidelberg: UNI Verlag, 167 s., 2003.

MONTESSORI, M. 1985. *Grundlagen meiner Pädagogik*.. Heilderberg, 1985.

PREKOPOVÁ, J. 2009. *Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě*. Praha : Portál, s. 199., 2009.

LOTZ, D. 1997. *Heilpädagogische Übungsbehandlung als Suche nach Sinn.* Bielefeld : Kleine Verlag, 1997.

SPECK, O. 1998. *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München : Reinhardt, 1998. ISBN 3-497-01411-7

SPECK, O., 2008. *Hirforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen.* München Basel : Ernst Reinhardt Verl. 2008, 196 s. ISBN978-3-497-01959-5

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Smrečianska 17, 811 05 Bratislava
E-mail: m.hornakova.prokopy@gmail.com

BAZÁLNA STIMULÁCIA V INTENZÍVNEJ NEONATOLOGICKEJ STAROSTLIVOSTI O PREDČASNE NARODENÉ DETI

Basal stimulation in neonatal intesive care for premature children

Marta Vrabcová

Abstrakt:
Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývin podporujúci vedecký koncept. Jeho autorom je prof. Dr. Andreas Fröhlich, nemecký špeciálny pedagóg, ktorý ho spoločne s prof. Christel Bienstein upravil pre aplikovanie do intenzívnej medicíny. V krajinách Európskej únie patrí k uznávaným a aplikovaným konceptom v oblasti pedagogiky a zdravotnej starostlivosti. Významné miesto má v starostlivosti o predčasne narodené deti. V článku prezentujeme implementovanie konceptu do intenzívnej starostlivosti o predčasne narodené deti liečené na vysokošpecializovanej Neonatologickej klinike Univerzitnej nemocnice Martin a následne do ranej komplexnej intervencie detí detského lôžkového Fyziatricko – rehabilitačného oddelenia. Predčasne narodené deti sú v plnej miere odkázané na svoje okolie, aby im umožnilo získať podnety dôležité pre ich prežitie a psychomotorický vývin. Techniky bazálnej stimulácie aplikuje zdravotný personál, edukovaný v teoretických vedomostiach a praktických schopnostiach. Lekári, zdravotné sestry a liečebný pedagóg neonatologickej kliniky a detského rehabilitačného oddelenia UNM sú absolventmi vzdelávacích modulov a držiteľmi medzinárodných certifikátov platných vo všetkých krajinách EÚ; obidve oddelenia nemocnice sú certifikovanými pracoviskami EÚ v bazálnej stimulácii.

Kľúčové slová: bazálna stimulácia, predčasne narodené deti, intrauterinný vývin, psychomotorický vývin, centrálny nervový systém, vnímanie, polohovanie.

Abstract:
Basal stimulation is communicative, interactive and development supporting scientific concept. The author of this concept is prof. Dr. Andreas Fröhlich, who together with prof. Christel Bienstein modified this concept for application in intesive care. In countries of the European Union it is one of the most recognized and applied concept in education and health care. It has an important place in the care of premature babies. The article illustrates the implementation of the concept in intensive care for premature babies treated at the highlyspecialized Neonatal clinic of University hospital in Martin and then to comprehensive early intervention for children clients and socked Physiotherapy – rehabilitation ward. Prematurely born children are fully dependent on their enviroment, to help them acquire stimuluses important for their survival and psychomotor development. Basal stimulation techniques are applied by medical personnel, educated in theoretical knowledge and practical skills. Doctors, nurses and pedagogic therapist at the neonatal clinic and the children's rehabilitation department are graduates od the training modules and holders of international certificates valid in all contries of European union; both departments in hospital are certified centre of the EU in the basal stimulation.

Key words: basal stimulation, premature children, intrauterine development, psychomotor development, central nervous system, perception, positioning

„***Kto chce liečiť, musí dokázať, že má ráď***“. (A. Dermek)

Pokroky medicíny a čoraz kvalitnejšie vybavenie neonatologických kliník umožňujú prežívať aj veľmi chorým a extrémne nedonoseným deťom. Hranica viability, životaschopnosti dieťaťa na prežitie a plnohodnotný život, sa posúva na 24. gestačný týždeň a neonatológia sa zaoberá aj otázkami kvality ich ďalšieho života. Môžeme týmto novorodencom vytvoriť ideálne podmienky a stratégie, aby nielen prežívali, ale aj prospievali? Ako môžeme podporiť adaptačný proces a optimálne rozvíjať ich psychomotorický vývin? Môžeme pomôcť bezmocným, vystrašeným a sklamaným rodičom, najmä matkám, naladiť sa na zdieľanie a potreby ich rizikového dieťaťa? Ideálne podmienky vytvoriť nemôžeme; živá maternica sa nahradiť nedá. V starostlivosti o rizikových novorodencov máme však účinný nástroj - koncept bazálnej stimulácie (BS), ktorý je vďaka výnimočnej Dr. Karolíne Maloň Friedlovej rozšírený aj na Slovensku.

Pracujem v Univerzitnej nemocnici Martin (UNM) ako liečebný pedagóg na detskom lôžkovom Fyziatricko - rehabilitačnom oddelení (FRO UNM), špecializovanom pracovisku pre liečebnú rehabilitáciu detí od 0 – 18 rokov s poruchami pohybového vývinu, detskou mozgovou obrnou a inými ochoreniami nervového systému a pohybového aparátu. Pracovisko poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom celého Slovenska ústavnou a ambulantnou formou. Rehabilitačná liečba bezprostredne nadväzuje na starostlivosť o rizikových novorodencov v snahe minimalizovať následky predčasného narodenia a perinatálnych komplikácií. Súčasne pracujem na vysokošpecializovanej Neonatologickej klinike UNM v Pediatrickej ambulancii pre rizikových

novorodencov. Klinika zabezpečuje liečebno-preventívnu starostlivosť o fyziologických, ale aj vysoko rizikových, predčasne narodených novorodencov v regióne severného Slovenska, čo predstavuje cca 1 milión obyvateľov. Lôžkové oddelenie pre deti (FRO UNM) a perinatologická ambulancia úzko spolupracujú a poskytujú následnú, komplexnú starostlivosť predovšetkým o predčasne narodené, extrémne nezrelé deti a deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou, deti s poruchami pohybového aparátu, centrálneho nervového systému (CNS), genetickými, metabolickými a inými ochoreniami.

S konceptom bazálnej stimulácie som sa zoznámila neplánovane, a nie náhodne - pri tvorbe projektu pre detskú rehabilitáciu. Moju pozornosť zaujal filozofiou a prostriedkami, ktoré nás vedomostne a terapeuticky posúvajú do citlivého obdobia pred narodením a pomáhajú napĺňať Komenského slová „*Na dobrom začiatku záleží všetko*“. Koncept má významné miesto u pacientov všetkých vekových kategórií s poruchami vnímania, motoriky a komunikácie v zdravotníckych, školských a sociálnych zariadeniach. V roku 2012 som absolvovala základný aj nadstavbový kurz v SZU v Banskej Bystrici, v roku 2013 prehlbujúci kurz v NCO+NZO v Brne u Dr. Friedlovej. Moja prvá praktická skúsenosť s konceptom bola niekoľko dní po absolvovaní základného kurzu a, paradoxne, s dospelou pacientkou – mladou kolegyňou, v tom čase na materskej dovolenke krátko po svojom druhom pôrode. V praxi neodskúšanými technikami a neistými rukami som sa snažila pomôcť na jej neľahkej ceste. Žiaľ, poslednej... Získané vedomosti z kurzov a svoju víziu som o krátky čas predložila vedeniu neonatologickej kliniky a dostala plnú dôveru a podporu. Nasledovali prednášky, inštruktáže, prežitkové cvičenia a nakoniec základný kurz pre zdravotný personál kliniky a spoločné hľadanie možností implementovania konceptu do ošetrovateľskej starostlivosti lekárov a zdravotných sestier, čo nie je jednoduchá ani ľahká cesta. Zo získaných finančných prostriedkov z ďalšieho projektu som pre Jednotku vysokošpecializovanej starostlivosti o rizikových novorodencov zakúpila certifikované polohovacie pomôcky Neobed do inkubátorov, polohovacie hniezda - „pelíšky“ pre Jednotku intenzívnej starostlivosti, práčku a sušičku na zabezpečenie individualizovaného prania z dôvodu dodržiavania legislatívnych požiadaviek na hygienu a dezinfekciu v zdravotníckom zariadení a zachovania vysokej kvality materiálu, z ktorého sú pomôcky vyrobené.

Predčasný príchod na svet je pre dieťa traumatizujúcim zážitkom; po narodení je ohrozené nielen nezrelosťou centrálneho nervového systému, ktorý sa nevyvíja vo fyziologických podmienkach, ale aj život zachraňujúcimi invazívnymi liečebnými zákrokmi a postupmi a to po dobu niekoľkých týždňov až mesiacov podľa závažnosti zdravotného stavu. Nielen nezrelosť, ale aj invazívne výkony s bolestivými zásahmi, ktoré zostávajú v pamäťových stopách mozgu ako negatívne, ohrozujú výstavbu mozgových štruktúr, ovplyvňujú psychomotorický vývin a duševný život dieťaťa. Predčasne narodené deti sú vystavené riziku najrôznejších komplikácií, ktoré môžu negatívne ovplyvniť ich ďalší vývin a zdravotný stav po celý život (neurologické, respiračné, kardiologické, metabolické, zmyslové, psychické a ďalšie).

Zabezpečenie plnohodnotného života nezrelého dieťaťa vyžaduje multidisciplinárny prístup a zvýšenú starostlivosť zdravotníkov, rodičov a mnohých odborníkov a špecialistov. A bezprostredne po narodení špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť. Keďže prechod z intrauterinného do extrauterinného sveta dieťaťa bol predčasným pôrodom urýchlený, potrebuje taký štýl a filozofiu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá maximálne kopíruje intrauterinné prostredie so všetkými jeho podnetovými ponukami – somatickými aj senzorickými. Tie sú základom psychomotorického vývinu už v intrauterinnom období a utvárajú predpoklady pre samostatný život po narodení.

Aby sme vedeli predčasne narodeným novorodencom poskytovať primerané a pre ďalší vývin nevyhnutné ponuky, musíme poznať funkčný vývin vnímania a pohybu v prenatálnom období. Na základe súčasných vedeckých poznatkov sa zistilo, že sa najskôr vyvíja vnímanie somatické, ktoré nás informuje o našom tele, ďalej vnímanie chvenia, vibrácií a vnímanie vestibulárne, ktoré nás informuje o zmene polohy a postavenia tela v priestore (7). Intrauterinné dieťa získava skúsenosti s vlastným telom vďaka stálym pohybom a tlakom stien maternice a plodovej vody na svojom tele. Tieto somatické skúsenosti mu umožňuje najväčší percepčný orgán – koža, ktorá sa vytvára v 7. týždni embryonálneho vývinu ako rozhranie tela a kde sa odohráva množstvo kontaktných senzorických zážitkov. Pohyby matky poskytujú plodu vestibulárne podnety a informácie o postavení tela (od 12. prenatálneho týždňa), zmene polohy v priestore (16. týždeň) a uvedomenie si pohybu svojho tela. Transferom vibračného chvenia na steny maternice z tlkotu srdca a aorty matky, zvukov, činnosti črevnej peristaltiky a jej hlasu získava vibračné podnety,

Somatické, vestibulárne a vibračné skúsenosti so svojím telom sú základom tvorby neuronálnych spojení a aktivity mozgového tkaniva plodu a umožňujú budovať telesnú identitu – základ psychomotoriky. Počas rizikového tehotenstva, keď budúca mamička má málo pohybu, dochádza k nedostatočným somatickým skúsenostiam plodu a možnému rizikovému vývinu. Ostatné percepčné schopnosti sa vyvíjajú v rôznych obdobiach a zraková percepcia dozrieva až po narodení. Vnímanie zvukov je pre plod možné od 3. až 4. mesiaca pred narodením (3).

Je nevyhnutné poznať aj vývin taktilno- haptického, orálneho a olfaktorického vnímania. Po vytvorení kože a končatín sa začína vyvíjať hmatové vnímanie (od 9. týždňa sú pozorovateľné pohyby zárodkami končatín), v 24. týždni si plod intenzívne cmúľa palec, reaguje na chuťové stimuly, zviera dlane. Sanie, prehĺtanie plodovej vody, zívanie nastupuje od 11. týždňa a tieto činnosti robí počas celého prenatálneho obdobia. Sú významné pre vývin a posilňovanie sacieho reflexu. Olfaktorické podnety získava z plodovej vody; sú dôležité pre vplyv na emočné vnímanie. Plod vykazuje od 6. mesiaca pred narodením výrazné citové prežívanie (4). V snahe o zabezpečenie optimálnej kvality života dieťaťa v ďalšom vývine môžeme na tieto prenatálne skúsenosti, uložené v pamäťových stopách mozgu, nadväzovať prostredníctvom ponúk bazálnej stimulácie.

Na Neonatologickej klinike Univerzitnej nemocnice Martin poskytujeme predčasne narodeným deťom tieto stimuly prostredníctvom prvkov BS, orientujúcich sa podľa vnímania v embryonálnej fáze života. Sú potrebné pre ich psychomotorický vývin a podporu udržania vrodených reflexov.

Už počas pobytu dieťaťa v inkubátore implementujeme prvky bazálnej stimulácie umožňujúce poskytovanie somatických podnetov aj mimo maternice, a to správnym polohovaním. Na Jednotke vysokošpecializovanej starostlivosti o rizikových novorodencov a Jednotke intenzívnej starostlivosti používame certifikované polohovacie súpravy Neobed a polohovacie „hniezda“ – pelíšky, aby dieťatko v inkubátore neležalo vo voľnom, ale v ohraničenom priestore tak, ako v maternici. Umožňujú individualizovať potreby týchto novorodencov a zabezpečovať kvalitné podmienky pre prísun somatických a senzorických podnetov a to aj pri súčasných invazívnych vstupoch ako sú nasogastrické sondy, intravenózne alebo endotracheálne kanyly a tiež počas monitorovania vitálnych funkcií. Majú tvar maternice a významne prispievajú k redukcii stresu a vnímania prostredia intenzívnej starostlivosti. K opore tela používame súčasti súprav Neobed, fleesové deky, polohovacie hadíky vyplnené molitanovými gulôčkami. Imitujú tlaky stien maternice na kožný aparát dieťaťa, ktoré je v posledných týždňoch tehotenstva uložené tak, že už nedokáže zmeniť svoju pozíciu. Zato však vníma každé pohladenie svojej matky ako odpoveď na svoje pohyby. Toto prenatálne pripútanie sprostredkováva dieťaťu iný druh prvotného bezpečia a dôvery, ako v počiatočných týždňoch tehotenstva, keď sa slobodne vznášalo v plodovej vode (1).

Do ošetrovateľskej starostlivosti integrujeme špeciálne polohovanie na chrbátiku, brušku a na bokoch v inkubátore a neskôr aj v postieľke (obrázok 1,2,3).

Obrázok 1: Polohovanie na boku v inkubátore (zelený neobed)

Obrazok 2: Polohovanie na brušku

Poloha „hniezdo“ navodzuje pocit istoty a bezpečia, pomáha zlepšovať vnímanie hraníc a symetrie svojho tela, podporuje fyziologické pohybové vzory. Tieto skúsenosti si dieťa prináša v pamäťových stopách a ak mu poskytneme plnohodnotné stimuly a umožníme zachovať vývinovú kontinuitu, vytvárame podmienky pre čo najkvalitnejšie dozrievanie CNS. Na elimináciu stavov nepokoja a dráždivosti, ktoré sú u predčasne narodených detí

časté pre nezrelosť CNS, využívame polohovanie „múmia“. Predstavuje intenzívnu stimuláciu vnímania telesnej schémy (obrázok 4).

Obrázok 3: Polohovanie na boku v „pelíšku“

Obrázok 4: Polohovanie „múmia“ v postieľke

Bazálna stimulácia kladie dôraz na dotyky v ošetrovateľskom procese. Každý dotyk prináša podnety, na ktoré CNS reaguje vytváraním nových neuronálnych spojení, dôležitých pre vývin inteligencie a tiež empatie, schopnosti vcítiť a naladiť sa na druhú osobu. Dotykový dialóg je dôležitý tak pre nedonosené dieťa, ako aj jeho matku pre podporu citovej väzby, ktorá sa izolovaním v inkubátore vyvíja umelo – náhradným spôsobom. Do starostlivosti integrujeme iniciálny dotyk; v kontakte s dieťaťom ho používa celý zdravotný personál aj rodičia. Je signálom zahájenia a ukončenia našej prítomnosti alebo ošetrovateľského výkonu. Má byť cielený, plošný, zreteľný (kožná zrelosť nedonoseného dieťaťa je slabšia), vyhýbame sa nečakaným, bodovým dotykom vyvolávajúcim strach a pocity neistoty. V starostlivosti o rizikové dieťa sa však negatívne dotyky nie vždy dajú eliminovať. Najvhodnejším miestom pre iniciálny dotyk u predčasne narodených detí je hlavička a miesta, ktorými sa dotýkalo stien maternice; podporujeme ho aj verbálne (obrázok 5). Každé dieťatko má miesto dotyku viditeľne vyznačené pri svojom mene a základných anamnestických údajoch na stene inkubátora (obrázok 6).

Obrázok 5: Iniciálny dotyk na hlavičke

Obrázok 6: Lokalizácia iniciálneho dotyku umiestnená na stene inkubátora

Predčasne narodené dieťa je bezprostredne po narodení často v ohrození a z dôvodu záchrany života či zachovania základných životných funkcií je nevyhnutné ihneď ho umiestniť do inkubátora. Preto nie je možné používať – tak, ako u zdravých a donosených detí, metódu *skin to skin*. V čase, keď už môže prežívať aj mimo inkubátora, používame dotykovú stimuláciu formou klokankovania. Priamym kontaktom s telom matky dostáva podnety, ktoré má v pamäťových stopách z intrauterinného obdobia - somatické, vibračné, vestibulárne, auditívne, taktilno- haptické. Tiež olfaktorické, podporujúce rozvoj citového pripútania. Metóda klokankovania je aj prevenciou narušenej primárnej väzby, ktorá môže vyplynúť z komplikovanej starostlivosti o rizikové dieťa

a viesť k poruchám sociálnej adaptácie a správania v neskoršom veku.
Z techník somatickej stimulácie integrujeme somatickú stimuláciu uvoľňujúcu a povzbudzujúcu, prípadne obidve kombinujeme a realizujeme formou masáže a kúpeľa. Orientujeme sa podľa svalového tonusu dieťaťa. V správnej aplikácii a postupoch edukujeme mamičky, ktoré stimuláciu realizujú v domácich podmienkach po prepustení z nemocnice. Masáže je vhodné zaraďovať aj pred cvičením Vojtovou metódou.
S cieľom zlepšovať vnímanie polohy tela, pohybu v priestore a udržanie pohybu endolymfy vo vnútornom uchu zaraďujeme vestibulárnu stimuláciu. Používame techniku „ovsený klas“ s dieťatkom v náručí, nepatrné pohyby hlavičkou, v inkubátoroch a v postieľkach používame vlastnoručne vyrobené závesné hojdacie aparáty (obrázok 7, 8).

Obrázok 7, 8: Vestibulárna stimulácia. Spokojné dieťatko v závesnom aparáte v postieľke a vestibulárna stimulácia – nepatrné pohyby hlavičkou

V rámci dychovej podpory sme zaviedli masáž stimulujúcu dýchanie a kontaktné dýchanie, uľahčujúce a prehlbujúce dychovú aktivitu dieťaťa. Obidve techniky sa môžu aplikovať v inkubátore, v postieľke, a najlepšie pri klokankovaní, kedy sa súčasne integruje priamy kontakt dieťaťa s matkou, olfaktorické vnemy a ich spoločný rytmus. Tieto techniky pomáhajú odbúravať stresové hormóny tvorené pri život zachraňujúcich invazívnych liečebných zákrokoch, prehlbujú dýchanie, zvyšujú saturáciu kyslíka a oxygenáciu mozgového tkaniva. Majú tiež psychickú a komunikačnú hodnotu (obrázok 9).

Obrázok 9: Masáž stimulujúca dýchanie

Olfaktorické podnety poskytujeme v priebehu klokankovania na tele matky, aj v inkubátore a to prostredníctvom plyšových alebo fleesových hračiek, mojkáčikov, vatových tampónov, ktoré matka krátky čas nosí na svojom tele (obrázok 10).
Na udržanie alebo obnovenie sacieho a prehĺtacieho reflexu, stimuláciu senzoriky a motoriky orofaciálnych svalov a receptorov chuti implementujeme somatickú stimuláciu tvárovej oblasti dieťaťa, orofaciálnu stimuláciu podľa R. C. Moralesa a orálnu stimuláciu – používame vatové tyčinky namočené v materskom alebo umelom mlieku, molitanové štetčeky a pod. (obrázok 11).

Obrázok 10: Olfaktorická stimulácia

Obrázok 11: Orálna stimulácia

V následnej starostlivosti po prepustení z nemocnice aj cucacie vrecká na diferenciáciu chutí a nácvik žuvania. Táto terapia má za cieľ pripraviť nezrelé dieťa na sanie z fľaše či prsníka, ak si matka udrží laktáciu.

Stimuláciu hmatového vnímania realizujeme v inkubátore, v priebehu klokankovania na tele matky, aj u detí v postieľke. Používame katétre, hadičky, cumle, hračky, mäkké textílie, súčasti polohovacích súprav Neobed a iné (obrázok 12,13).

Obrázok 12, 13 Taktilno- haptická stimulácia v inkubátore

Východiskom pre poskytovanie kvalitnej individualizovanej zdravotnej starostlivosti v koncepte BS je rešpektovanie biografie dieťaťa – jedinečnej bytosti s vlastnou autonómiou. Súčasťou zdravotnej dokumentácie je biografická anamnéza – dotazník, mapujúci jeho život pred narodením, ktorý v priebehu tehotenstva prežívalo prostredníctvom matky. Dotazník vypĺňa zdravotný personál podľa zdravotnej dokumentácie a údajov matky a je základom pre voľbu terapií (príloha 1). Koncept bazálnej stimulácie pomáha nielen previesť rizikové dieťa ťažkou životnou situáciou, do ktorej sa dostalo predčasným narodením, ale na základe aktívnej práce a participovaním na starostlivosti dáva možnosť rodičom lepšie prekonať pocit bezmocnosti, strachu o život dieťaťa, neistotu a pocity sklamania. Integrácia rodičov je jednou zo zásad konceptu. Pred prepustením z nemocnice sú zaškolení, aby sa nielen vedeli postarať o dieťa, ale prostredníctvom techník konceptu čo najlepšie podporovali jeho psychomotorický vývin. V následnej, komplexnej starostlivosti na detskom lôžkovom Fyziatricko – rehabilitačnom oddelení UNM môžeme na tieto poznatky a zručnosti z novorodeneckého obdobia nadväzovať a rozvíjať.

Literatúra

1. Dahlke, R., Kaesemann, V.: *Nemoc jako řeč dětské duše*. Fontána, Olomouc 2011, s. 33. ISBN 978 – 80 – 7336 – 630 – 8.
2. Friedlová, K.: *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciání pedagogy*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Tábor 2015. ISBN 978 – 80 – 904668 – 9 – 0.
3. Friedlová, K.: *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské peči*. Grada Publishing, a.s., Praha 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1314 – 4.
4. Friedlová, K.: *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. a 2. díl*. INSTITUT bazální stimulace, s.r.o., Frýdek – Místek 2009. ISBN 80 – 239 – 6132 – 2.
5. Friedlová, K.: *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program*. Základní modul I. INSTITUT bazální stimulace, s.r.o., Frýdek – Místek 2011.
6. Friedlová, K.: *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program*. Nástavbový modul II. INSTITUT bazální stimulace, s.r.o., Frýdek – Místek 2012
7. Fröhlich, A.: *Basale stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf:, Verlag selbestimmtes Leben 1998, s. 317. ISBN 3 – 910095 – 11 – 9.

8. Rodičům nedonošeného miminka. *Jak zvládnout těžkou životní zkoušku*. NEDOKLUBKO O.S. Sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí.

Marta Vrabcová
Detské lôžkové Fyziatricko – rehabilitačné oddelenie, Neonatologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin
E – mail: martavrabcova@gmail.com

Príloha 1 Časť dotazníka z biografickej anamnézy v koncepte bazálnej stimulácie

Spánok cez deň: áno ☐ nie ☐
Telesná aktivita (pohyb): áno ☐ nie ☐
pravidelná ☐ nepravidelná ☐
Šport: áno ☐ nie ☐ aký:
.....
Pohybové obmedzenia: áno ☐ nie ☐
Kompenzačné pomôcky: barly ☐ palice ☐
Poruchy zraku: áno ☐ nie ☐ špecifikujte:
.....
Kompenzačné pomôcky: okuliare ☐ šošovky ☐
Poruchy sluchu: áno ☐ nie ☐ špecifikujte:
.....
Kompenzačné pomôcky: načúvací aparát áno ☐ nie ☐

Pôrod
Viacpočetná gravidita: áno ☐ nie ☐
Pôrod: spontánny ☐ indukovaný ☐ operačný ☐ (forceps, s.c.)

Poloha dieťaťa pri pôrode:
hlavička ☐ nožičky ☐ koniec panvový ☐

Adaptácia matky po pôrode:
.....
.....

Prinesené predmety pre dieťa:

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

Anamnézu odobrala: .....
dňa: ..... hod.: .....
Na otázky odpovedal/a: .....
pomer k dieťaťu: .....

HODNOTENIE EFEKTU SKUPINOVEJ PSYCHOMOTORICKEJ TERAPIE

The evaluation of the group psychomotoric therapy efect

Michal Mikula

Od roku 2012 patrí k úlohám v rámci ambulantnej starostlivosti liečebného pedagóga v Banskej Bystrici aj skupinová psychomotorická terapia. Terapeutický proces sa realizoval v Domove sociálnych služieb pre seniorov v Banskej Bystrici. Všetci pacienti, ktorí sa zúčastňovali terapie boli vozičkári, s rôznymi obmedzeniami motoriky. Tento hendikep bol najčastejšie v kombinácii s ďalšími ochoreniami vyskytujúcimi sa v seniorskom veku (ochorenie ciev, srdca, mozgu, Alzheimerova demencia atď.) (Mikula, 2015).

Aktivizačný program (ako forma psychomotorickej terapie) sa zameriaval na stimuláciu a podporu hrubej motoriky a tiež na podporu kognitívnych funkcií. Bol ďalej zameraný na rozvoj sociálnych vzťahov na zlepšenie emocionálnej kvality v prežívaní, ako aj na zlepšenie schopnosti sebaprijatia, podpore integrity osobnosti. Program sa tiež zaoberal liečbou psychosomatických porúch. Cieľom tohoto procesu bolo aj vyhodnotenie vplyvu a efektivity daného procesu na somatické a psychické zdravie pacientov, ako aj na sociálnu a emociálnu adaptáciu.

Naša výskumná sonda má prevažný charakter predvýskumu, nakoľko sa jedná o malú vzorku, na ktorej bol výskum aplikovaný. Taktiež neboli aplikované ďalšie výskumné metódy okrem dotazníku a posudzovacích škál. Napriek tomu si myslíme, že použitá výskumná sonda poskytuje dôležitú informáciu o efekte skúmaných javov na základe kvantitatívneho výskumu.

Ciele výskumu

1. Zmapovať zmeny v psychosomatickom stave pacientov od roku 2012 zapojených do skupinovej psychomotorickej terapie.
2. Zmapovať zmeny v sociálnej adaptácii pacientov.
3. Vyhodnotiť vplyv skupinovej psychomotorickej terapie na funkčné zmeny v oblasti hrubej motoriky, jemnej motoriky a kognitívnych funkcií
4. Vplyv skupinovej psychomotorickej terapie na emocionálnu stránku pacientov.

Hypotézy výskumu

1. Pacienti zapojení do psychomotorickej terapie od augusta 2012 budú vykazovať zvýšenú zručnosť a mobilitu, alebo aspoň spomalenie involučných zmien v oblasti hrubej motoriky.
2. Pacienti zapojení do skupinovej psychomotoriekj terapie od spomenutého obdobia budú vykazovať zvýšenú zručnosť, mobilitu, alebo aspoň spomalenie involučných zmien v oblasti jemnej motoriky.
3. Pacienti zapojení do psychomotoriekj terapie budú vykazovať zvýšenú úroveň činnosti v oblasti kognitívnych funkcií, alebo aspoň spomalenie involučných zmien týchto funkcií.
4. Pacienti zapojení do tohto procesu budú vykazovať zvýšenú úroveň v oblasti sociálnej adaptácie a komunikácii v prostredí.
5. Zlepšenie úrovne emocionality a znížený výskyt porúch emotivity.

Metodika výskumu

Popis metodiky zbierania údajov

Informácie potrebné pre výskum boli získané dotazníkom, ktorého súčasťou sú aj posudzovacie škály. (Mikula, 2015) Dotazník vypĺňali sociálne pracovníčky, ako aj zdravotné sestry. Dotazník celkove obsahuje 13 položiek z toho 9 položiek tvoria posudzovacie škály. Prvé 4 položky zhromažďujú základné informácie o pacientoch (diagnózy, sociálna anamnéza, osobná anamnéza, záujmy atď.). Táto časť dotazníka je koncipovaná z hľadiska druhu a jeho položiek, ako dotazník s viacnásobným výberom s polozavretými položkami. Ďalších 9 položiek tvoria posudzovacie škály, ktoré z hľadiska metodológie výskumu a z hľadiska formy sú považované za numerické, obsahujúce tri stupne posudzovacej škály a z hľadiska druhu za bipolárne škály, ktoré majú na krajných póloch protikladné výrazy:

1. stupeň - zlepšený stav (posudzovanej funkcii) od predchádzajúceho obdobia (od augusta 2012),
2. stupeň - nezmenený stav od predchádzajúceho obdobia,

3. stupeň - zhoršený stav od predchádzajúceho obdobia.

Vyhodnotenie a analýza údajov

Vyhodnotenie posudzovacích škál v nasledujúcich 9-tych položkách (od 5 po 13) sme realizovali pomocou váženého aritmetického priemeru, kde x je základná hodnota a p koeficient.

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^{n} x_i p_i}{\sum_{i=1}^{n} p_i} = \frac{x_1 p_1 + x_2 p_2 + \ldots + x_n p_n}{p_1 + p_2 + \ldots + p_n}$$

Pri výpočte boli základné hodnoty vynásobené zodpovedajúcim koeficientom. Tento priemer bol vypočítaný osobitne pre každú položku posudzovacej škály.

Z dôvodov zvýšenej transparentnosti vyhodnotenia metodiky uvádzame tabuľku výsledkov merania v absolútnych číslach.

Tabuľka č. 1: Výsledky merania v absolútnych číslach

Meno		Pamäť verbálna	Pamäť vizuálna	Abstraktné myslenie	Orientácia v priestore	Hrubá motorika	Jemná motorika	Emócie	Sebaob-služnosť	Sociálny kontakt
Helena		1	1	2	2	2	1	2	2	2
Božena		3	2	2	3	3	3	3	3	3
Mária		2	2	2	2	3	2	1	2	1
Milan		1	1	1	1	1	1	2	1	2
Anna		2	2	2	1	3	3	2	3	2
Anna		3	3	3	3	3	2	2	3	2
Margita		2	2	2	3	1	2	1	2	1
Alžbeta		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Anna		3	3	2	2	3	3	2	3	2
Margita		2	2	3	3	3	2	2	3	1
Margita		1	1	1	2	1	1	2	2	1
Pavlína		2	1	2	2	3	2	1	2	1
Veronika		1	1	2	2	1	1	2	1	2
Ján		2	1	2	2	1	1	2	3	2
Božena		1	1	1	2	3	1	2	3	2

V nasledujúcej časti uvádzame vyhodnotenie posudzovacích škál (položky 5 – 13) pomocou váženého aritmetického priemeru pre každú položku osobitne. (1)

Tab. č. 2: Verbálna pamäť

Koeficient	n	súčin
zlepšený stav	6	6
nezmenený stav	6	12
zhoršený stav	3	9
vážený aritmetický priemer		**1,80**

Tab. č. 3: Vizuálna pamäť

Koeficient	n	súčin
zlepšený stav	8	8
nezmenený stav	5	10
zhoršený stav	2	6
vážený aritmetický priemer		**1,60**

Tab. č. 4: Abstraktné myslenie

Koeficient	n	súčin
zlepšený stav	4	4
nezmenený stav	9	18
zhoršený stav	2	6
vážený aritmetický priemer		**1,86**

Tab. č. 5: Orientácia v priestore

Koeficient	n	súčin
zlepšený stav	3	3
nezmenený stav	8	16
zhoršený stav	4	12

vážený aritmetický priemer	**2,06**

Tab. č. 6: Hrubá motorika

koeficient	n	súčin
zlepšený stav	6	6
nezmenený stav	1	2
zhoršený stav	8	24
vážený aritmetický priemer		**2,13**

Tab. č. 7: Jemná motorika

koeficient	n	súčin
zlepšený stav	7	7
nezmenený stav	5	10
zhoršený stav	3	9
vážený aritmetický priemer		**1,73**

Tab. č. 8: Emócie

koeficient	n	súčin
zlepšený stav	4	4
nezmenený stav	10	20
zhoršený stav	1	3
vážený aritmetický priemer		**1,80**

Tab. č. 9: Sebaobslužné aktivity

koeficient	n	súčin
zlepšený stav	3	3
nezmenený stav	5	10
zhoršený stav	7	21
vážený aritmetický priemer		**2,26**

Tab. č. 10: Sociálne kontakty

koeficient	n	súčin
zlepšený stav	6	6
nezmenený stav	8	16
zhoršený stav	1	3
vážený aritmetický priemer		**1,66**

Tab. č. 11: Celkové výsledky

funkcie	priemer	poradie
Vizuálna pamäť	1,60	1.
Sociálne kontakty	1,66	2.
Jemná motorika	1,73	3.
Emócie	1,80	4.
Verbálna pamäť	1,80	4.
Abstraktné myslenie	1,86	5.
Orientácia v priestore	2,06	6.
Hrubá motorika	2,13	7.
Sebaobslužné aktivity	2,26	8.

Výskumná vzorka

Skupina pacientov s ktorou sme realizovali aktivačný program mala 15 členov, z toho 13 žien a dvoch mužov. Ako sme už spomenuli, jednalo sa o pacientov imobilných s kombináciou rôznych psychických a somatických ochorení. Vekové zloženie pacientov bolo od 60 do 89 rokov. Priemerný vek bol 81 rokov. Z hľadiska vzdelania sa nachádzalo v skupine 7 pacientov so základným vzdelaním a 6 so stredoškolským 1 s vysokoškolským.

Diskusia, vyhodnotenie hypotéz

Ako vyplýva z nášho výskumu, celkove môžeme konštatovať, že hypotézy, ktoré sme si zadefinovali boli potvrdené.

Hypotéza č. 1

Hypotéza č.1, ktorá predpokladá zvýšenie alebo aspoň spomalenie involučného procesu v oblasti hrubej motoriky, bola potvrdená aspoň do tej miery, že v skupine na základe vykonaného prieskumu nedošlo jednoznačne k zhoršeniu týchto schopností ani v jednom prípade. Vzhľadom na vysoký priemerný vek členov skupiny (81) môžeme považovať tento výsledok za priaznivý. Vplyv aktivizačného programu a skupinovej psychomotorickej terapie potvrdil náš predpoklad, že tento proces pozitívne podporí psychosomatické zdravie, ako aj sociálnu adaptáciu na prostredie. Pozitívny vplyv pohybu na rozvoj hrubej motoriky, ako aj na celú osobnosť pacientov potvrdzujú aj výskumy odborníkov, ktoré sme spomenuli v literárnom prehľade. Jedná sa najmä o odborné príspevky Medinu (2012), Doidga (2012) atď.. Tieto výskumy sa zhodujú v tom, že pre ľudské zdravie a najmä zdravie seniorov je potrebné trénovanie fyzickej kondícii minimálne 2krát týždenne po 30 minút. V podmienkach ústavnej starostlivosti pre zdravotne postihnutých pacientov je potrebné tieto kritériá primerane modifikovať.

Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2 predpokladala zlepšenie schopností a zručnosti v oblasti jemnej motoriky sa v našom výskume jednoznačne potvrdila. Zlepšenie spomenutých schopností a zručností u pacientov súviselo hlavne s aplikáciou cvikov na hornú časť tela, na horné končatiny, ako aj na prsty. Pri tréningu jemnej motoriky boli aplikované hry, ako napríklad loptové hry, najmä s malými loptičkami, manipulácia s drevenou palicou, používanie orfových nástrojov a pod.. V priebehu psychomotorickej terapie boli použité cvičenia, ktorých výber a adekvátnosť sa zhoduje aj s mienkou mnohých odborníkov.

Hypotéza č. 3

Hypotéza č. 3, ktorá predpokladá zvýšenú úroveň kognitívnych funkcií, alebo aspoň spomalenie degeneračných zmien bola tiež v celku potvrdená, no nakoľko sa jedná o pomerne rôznorodé funkcie aj výsledky nášho výskumu nie sú rovnaké a jednoznačné. Najvýraznejší a najlepší efekt psychomotorickej terapie bol dosiahnutí v oblasti vizuálnej stimulácie a pamäti. Tento fenomén bol pravdepodobne dosiahnutý neustálym zapájaním vizuálnej terapie do terapeutických činnosti. Podľa výskumov v tejto oblasti zrak sa podieľa až 90% na sprostredkovaní nových informácií. V priebehu terapie sa na zvyšovaní vizuálnej percepcie, ako aj pamäti podieľali najmä dynamické hry s loptou, hra s loptou a palicou, pri ktorých bola obzvlášť precvičovaná vizuálno-motorická koordinácia a zraková pamäť, umožňujúca čo najefektívnejšie nadobúdanie skúseností s týmito technikami. Takisto do aktivačného procesu boli zaradené mnohé techniky a cvičenia, ktoré sa podieľali na zvyšovaní vizuálnej percepcie a pamäti (hry s kartami, pamäťové hry s obrázkami, cvičenia s palicou, pri ktorých sa dosahovala aj lepšia percepcia telesnej schémy. Naše výsledky potvrdzujú aj niektoré štúdie, v ktorých bol potvrdený vplyv na poznávacie schopnosti (Medina 2012).

Skupinová psychomotorická psychoterapia v našom výskume sa pozitívne podieľala aj na zlepšení verbálnej pamäti. Toto zlepšenie pravdepodobne súviselo s mnohými technikami, ktoré boli aplikované v priebehu terapie, ako napríklad rozprávanie príbehov na rôzne témy, pamäťové hry s obrázkami a opisom obrázkov, cvičenie sémantickej a epizodickej pamäti , ako aj aplikácia terapeutického prístupu, reminiscencie. Obzvlášť priaznivo pôsobil na verbálnu pamäť skupinový spev, ktorý podľa niektorých výskumov vo svete pôsobí bezprostredne na rozvoj krátkodobej pamäti (Blythe, 2012). V rámci hypotézy č. 3 bolo v našom výskume potvrdené, že pohyb a psychomotorická terapia mala priaznivý vplyv aj na rozvoj abstraktného myslenia, ktoré v sledovanom období u našich pacientov nezaznamenalo zhoršenie. Pozitívny vplyv pohybu na fluidnú inteligenciu potvrdzujú aj výskumy Medinu, (2012).

Súčasťou nášho výskumu bolo aj vyhodnotenie vplyvu psychomotorickej skupinovej terapie na priestorovú orientáciu, ktorá tak isto prináleží ku kognitívnym funkciám. Aj keď náš výskum nedokazuje jednoznačné zhoršenie tejto funkcie u pacientov, dosiahnutý efekt terapie v porovnaní s inými kognitívnymi funkciami je slabší.

Hypotéza č. 4

Hypotéza č. 4 sa v našom prieskume potvrdila vo významnej miere. Zvýšená úroveň sociálnej adaptácie a komunikácie bola súčasťou dobrých medziľudských vzťahov členov skupiny aj mimo terapeutických aktivít. K optimálnym výsledkom v tejto oblasti prispeli aj použité prístupy a techniky, napr.: reminiscencia, ktoré zámerne stimulovali u pacientov vzájomné zdieľanie skúseností a pocitov z mladosti, ako aj rôzne iné verbálne hry, navodzujúce pozitívnu atmosféru. Výsledky nášho výskumu v tejto oblasti korešpondujú aj s výsledkami iných odborníkov, ktoré taktiež potvrdzujú zlepšenie komunikačných schopností

prostredníctvom psychomotorickej terapie. K obdobným výsledkom dospel pri výskume efektivity v skupinovej psychoterapie aj niektorí psychoterapeuti, ktorí považovali zlepšenú úroveň interaktivity a komunikácie za najefektívnejší výsledok skupinovej práce s pacientmi (Kratochvíl, 1987).

Hypotéza č.5

Hypotéza č. 5 bola taktiež jednoznačne potvrdená. Komunikácia a interakcie, ktoré boli neustále prítomné v skupinovej činnosti sa u pacientov priaznivo prejavili aj v dlhodobom trende zlepšovania emocionálneho prežívania a znižovania depresivity. Skupinové dianie, jeho dynamika a pozitívne zameranie vytváralo u niektorých pacientov zvýšený pocit nádeje a zmysluplnosti pri dosahovaní pozitívnych výsledkov v pohybových činnostiach a v kognitívnych technikách. Mnohí pacienti sa cítili povzbudení pozitívnym správaním a úspechmi ostatných členov skupiny. K obdobným výsledkom dospel aj Frank (1973) v publikácii Kratochvíla (1987). Súčasťou takmer každého sedenia skupiny boli aj hudobné aktivity, najmä spev, alebo hra na orfových nástrojoch. Domnievame sa, že tento fakt výrazne ovplyvnil následné zlepšenie emočnej pohody jednotlivých členov skupiny, ako aj celkovú atmosféru skupiny. Našu domnienku podporujú aj názory Blaytha (2012), Langmeira. Balcar a Špitza(2000), Horňákovej (2007) a Vaška a kol. (1994).

Záver

Ako vyplýva z našej výskumnej sondy, výsledky v prevažnej miere potvrdili stanovené hypotézy . Niektoré namerané hodnoty poukázali na doposiaľ nedocenené využitie pohybu a psychomotorickej terapie na rozvoj zmyslových funkcií (vizuálnej percepcii a pamäti, verbálnej pamäti atď..), ako aj zlepšenie jemnej motoriky. Zároveň sa potvrdil pozitívny vplyv skupinovej psychomotorickej terapie na rozvoj sociálnych kontaktov a interakcie a zlepšenie emocionálneho prežívania pacientov. Niektoré hypotézy v našom prieskume sa naopak celkom jednoznačne nepotvrdili. U väčšiny pacientov nedošlo k zlepšeniu hrubej motoriky, čo sa dá vysvetliť faktom, že prevažná väčšina pacientov bola čiastočne alebo úplne imobilná. Nepotvrdil sa ani predpoklad, že terapeutická činnosť významnejšie ovplyvní udržanie sebaobslužných aktivít. Dôležitým poznatkom v terapeutickej činnosti bol fakt, že u väčšiny pacientov došlo k spomaleniu involučných zmien a tým aj k skvalitneniu subjektívneho prežívania života.

LITERATÚRA

BLYTHE,S.G. 2012. Dieťa v rovnováhe. Bratislava: Inštitút psychoterapie a socioterapie, 2012, ISBN: 978-80-970936-0-0.

DOIDGE, N. 2012. Váš mozek se dokáže změnit. Brno: Albatros Media, 2012 ISBN 978-80-264-0111-7.

HORŇÁKOVÁ, M. 2007. Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca, 2007. ISBN 978-8089185-28-3.

KRATOCHVIL, S. 1987. Psychoterapie. Praha: Avicenum, 1987. 08-088-87.

KRATOCHVIL, S. 1978. Skupinová psychoterapie. Praha: Avicenum. 08-018-78.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: Detská Psychoterapie. Praha, Avicenum 1989.

MEDINA, J. 2012. Pravidla mozku. Brno: Albatros Media, 2012. ISBN 978-80265-0015-5.

MIKULA, M., Význam pohybu v seniorskom období, 2015. Špecializačná práca SZU, Bratislava.

VAŠEK, Š. a kol. 1994. Špeciálna pedagogika: Terminologický slovník. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. ISBN 80-08-01217-X.

ZELINKOVÁ, O. 2001. Pedagogická diagnostika a individuální vzdelávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

ZELINKOVÁ, O. 2008. Dyslexie v predškolským věku. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-321-5.

(1) Vážený aritmetický priemer https://sk.wikipedia.org/wiki/Aritmetick%C3%BD_priemer

PaedDr. Michal Mikula

liečebný pedagóg

Liečebnopedagogická ambulancia

Tatranská 10, 974 11 Banská Bystrica

E-mail: mikula15@post.sk

KAZUISTIKY

(časť 1)

Ján Galáš

Namiesto úvodu

Keď sme nedávno v redakčnej rade uvažovali o zameraní tohto vydania Revue LP a zámere ponúknuť skúsenosti „ liečebákov“ z praxe, tak sa v mojich značne oklieštených „seniorských“ spomienkach vybavili roky dávno minulé, v ktorých som ako čerstvý absolvent liečebnej pedagogiky pôsobil na úseku intenzívneho poradenstva a terapie v Pedagogicko-psychologickej poradne mesta Bratislavy.

Bola to krásna a zaujímavá práca, aj keď mnohí z našich kolegov jej význam spochybňovali, nakoľko nedostatočne reprezentovala honor a status poradenského psychológa, či „liečebáka“. Veď sa nejednalo o tú „vysoko odbornú prácu v bielom plášti“, ktorá na základe psychodiagnostiky dokáže zhodnotiť a usmerniť kohokoľvek v jeho životnom smerovaní. So slovami o zbytočnosti a neefektívnosti práce s našimi „exotmi, lúzou, kriminálnikmi, závislákmi a stratenými existenciami“ sme sa stretávali počas tých štrnástich rokov takmer každodenne. Napriek tomu sme jej zmysel vnímali v očiach a slovách našich cca 30-tich stabilných klientov, ktorí na skupiny a „individuálky“ chodili pravidelne, aj keď už nemuseli.

V snahe priblížiť verejnosti našu prácu, poukázať na to, že nie každý kto je označený za „zlého“ je zlým aj v skutočnosti sme v publikovali v bratislavskom Večerníku sériu článkov o životných príbehoch našich klientov pod názvom „***Bez lásky a bez práce***“. Prezentované príbehy sa „netvárili“ ako vysoko odborné kazuistiky a nemali ambíciu odovzdávať posolstvá „všemúdrych“ rád a poznaní. Bol to pokus o „beletristickú, populárno-náučnú senzibilizáciu“ verejnosti, ktorá tieto nešťastné deti zväčša považovala len za „zlých a odsúdeniahodných“, ktorých treba „trestať a zatvárať“. Šlo o to, aby sa ľudia zamysleli nad príčinami na dôvodmi, ktoré nás, či naše deti, blízkych dokážu zviesť na tŕnistejšiu cestu životom. Zároveň sme chceli sprostredkovať poznanie, že každý problém je síce jedinečný, ale zvládnuteľný a ak sa k jeho nositeľovi neobrátime chrbtom, tak dokážeme predísť oveľa väčšiemu zlu a nešťastiu.

Je zaujímavé, že tie dávne osudy a ich súvislosti sú vysoko aktuálne i dnes. Že sa nejedná len o historické a nostalgické spomienky na liečebno-pedagogické aktivity prvých absolventov tohto krásneho vedného odboru. Veríme, že ešte stále môžu byť inšpiráciou, podnetom na zamyslenie, ktorý nás bude motivovať k našej práci so všetkými, ktorí našu pomoc potrebujú.

Ak teda máte čas a chuť venujte chvíľku pozornosti nasledovným príbehom, ktoré uvádzame v rovnakom znení, ako boli pred viac ako dvadsiatimi rokmi postupne publikované v denníku „Bratislavský Večerník“.

Za všetkých kolegov z pedagogicko-psychologickej poradne na Legionárskej v Bratislave

Jano Galáš.

Pozn.: ako každá časť dobrých a sledovaných „romantických“ seriálov zo života sa končí nádejným dovetkom „pokračovanie nabudúce“, budú i tieto príbehy uverejnené postupne v tomto i nasledujúcom vydaní Revue liečebnej pedagogiky.

Úvod („štyri roky po nežnej revolúcii“).

O tom, že v našej spoločnosti kriminalita rastie, pribúda detí a mladých ľudí závislých na drogách, rozširujú sa rady nezamestnaných, stúpa počet samovrážd a rôznych psychických ochorení sa každodenne dozvedáme z novín, televízie, rozhlasu. Málokto obíde čiernu kroniku, tragédie a detektívky ktoré píše život, nás zaujímajú, lebo sú o niekom inom. Sú o niekom inom? Nie sú to príbehy i o nás? Obeťou, či páchateľom predsa môžeme byť i my, či naše deti, známi. Vtedy dostáva každý príbeh iný rozmer.

Porozprávajme si teda príbehy o nás, o našich deťoch. O tom, ako chceli byť dobré, ľúbené, úspešné. O tom, ako sa stali zlými, odsudzovanými a zavrhovanými. O tom, ako vrátiť radosť zo života, nádej, perspektívu. O tom ako sa dá pomôcť, neodvrátiť sa v kritickej situácii.

Budú to príbehy jedenástich mladých ľudí. S dobrým i menej dobrým koncom. S osudom, ktorý je každý iný a predsa podobný.

Sú to osudy chlapcov a dievčat, ktorí prišli do pedagogicko-psychologickej poradne v Bratislave, či už sami, alebo vďaka rodičom, učiteľom, sociálnym kurátorom, polícii.

Títo mladí ladia dostali šancu riešiť problémy ich životnej cesty. Boli akceptovaní, vypočutí, pochopení. Veď väčšina ťažkostí tzv. problémovej mládeže má základ v osobnej neistote, nezrelosti a úzkosti, nezáujme okolia, nevhodnom prístupe rodičov vo výchove.

Sigmund Freud povedal, že ľuďom treba dať dve základné opory života - prácu a lásku. Pod prácou musíme vidieť i možnosť sebarealizácie v škole a v rodine, dostatok podmienok na vhodné trávenie voľného času, šport, hru, zábavu, zamestnanie, dobrú knihu, dobrý film, ocenenie. Za láskou sa skrýva v prvom rade blízkosť, záujem, pochopenie, rešpektovanie druhého, dobré slovo a snaha pomôcť.

Všetkým, o ktorých budem hovoriť, sa lásky a práce z týchto základných podmienok spokojného života dostávalo veľmi málo. Možno niekedy ich nechceli prijať - či už z pózy, alebo protestu. Naučili sa žiť bez nich, nechápali ich hodnotu- lebo ich k tomu nikto v správnej chvíli nepriviedol. Mal kto a kedy ? Keď otec v rodine často chýba, alebo pracuje toľko, že už na svoje deti nemé čas, energiu, ani náladu. Keď matka pracne pláta rodinný rozpočet, je smutná. nervózna a bezradná z každodenných starostí. Keď učiteľ musí za smiešny plat hlavne vzdelávať v preplnených triedach a na čosi také, ako výchovu, alebo zaoberanie sa problémovým typom mu čas neostáva. Keď kamarát žije zavalený peniazmi, s povoľnými priateľkami, autom, voľnosťou bez práce, bez povinností. Čo po tom, že „kšeftuje, veksluje, tipuje, čóruje“, vydiera, kradne, ubližuje, či ponúka drogy. Má prachy. Má sa dobre. Keď spoločnosť, v ktorej žijeme ponuke samé protirečenia. Včerajší dobrí sú zlými, dnešná svätá pravda už zajtra neplatí. Keď sľubovaný lepší zajtrajšok je v nedohľadne a tí, ktorí nás k nemu vedú zväčša len sľubujú a hľadajú príčiny prečo nikdy nemôžeme toľko urobiť, ako môžeme sľúbiť. Nikto neponúka uveriteľnú perspektívu, lebo problémy sa budú iba množiť.

V čo mám potom dúfať. Čomu veriť, kam smerovať, kto mi v tom pomôže? Čo je správne a čo nesprávne, čo sú tie hodnoty čím sa mám riadiť? Čo je to svedomie, morálka, úcta k sebe a k ostatným ?

Dokážeme si dať jasnú odpoveď na tieto otázky? Veľmi ťažko. Tým ťažšie sa v tomto chaose neistote, degradácii a nestálosti hodnôt a noriem, absencii perspektív vyzná mladý človek, Je čudné a nepochopiteľné keď zlyhá ? Keď si v svete nezáujmu o človeka nájde partiu, v ktorej sú rovnakí ľudia bez lásky a práce, ktorí sú rovnako sklamaní, zmätení a nespokojní s ich životom? Ja - človek zrazu tak strašne osamotený tu nájdem to, čo mi chýba v rodine - rovnocennosť, záujem, prijatie.. Je tu nálada, pohoda, zábava. Potom stačí zopár pivečiek a nápad nejakého dobráka o trafike, ktorá volá po návšteve, o Vietnamcovi, ktorý tak provokuje, o aute, ktoré sa ponúka na povozenie, o mariánke, ktorá je všade a za babku. Nechcem byť zbabelec - konečne mám kohosi, kto ma berie, kto ma počúva, kto so mnou ráta. A i keď nie som bitkár, ani zlodej a ani to pivo mi bohvie ako nechutí - tak nebudem béčko, nenechám kamošov v štichu. Ani som si neuvedomil, že som spravil prvý krok k tomu, aby som sa úspešne prepracoval ma delikventa, toxikomana, čilen problémového človeka.

A vtedy sa začína krútiť kolotoč, z ktorého je preťažké vystúpiť. Ak nám to šťastie“ a vina sa prevalí pri prvých ochutnávkach trestnej činnosti, tak môže byť moja „mladícka nerozvážnosť“ poučením, podnetom zastaviť sa a ísť iným smerom. Napriek tomu však prichádzajú sankcie.

Ktorý riaditeľ školy, ktorý majster v robote chce mať v kolektíve kriminálnika? Ktorý rodič začne venovať viac lásky a starostlivosti narkomanovi? Ktorý policajt, či sociálny kurátor nechá beztrestne behať po slobode možného recidivistu? Ktorý kamarát, priateľka mi budú veriť, že to bola iba hlúpa frajerina, za ktorú sa v duchu hanbím?

Ale to „Šťastie“ nemám a ja úspešne pokračujem v tomto spôsobe obživy, tak jedno autíčko, jedna cigareta mariánky, jeden zbitý človek, zopár stovák z ukradnutých vecí bude málo. Potrebujem viac a začnem žiť v prostredí, kde ľudský život, zdravie, svedomie, morálka nemajú veľkú hodnota. Kde polícia, súdy, väzenie sú každodennou realitou.

Možno táto genéza problémového jedinca je príliš schematická, zjednodušená. Ale tento model je najčastejší.

Čo ďalej? Má význam do tohto kolobehu zasahovať? Páliť si prsty pre človeka, ktorý pomoc odmieta? Silou- mocou robiť z vlka nešťastného baránka, ktorý za nič nemôže? Vybral si predsa túto cesta sám a za hriechy sa má pykať. Nech sa oňho stará niekto iný. Veď je tu štát, ktorý má vládne komisie na predchádzanie negatívnych javov, prevenciu kriminality a drogových závislostí. Sú tu úrady, ktorá majú oddelenia sociálnej kurately, výchovné zariadenia, poradne. Sú tu charitatívne organizácie, nadácie -dostávajú predsa príspevky na takúto prácu.

De jure podobné inštitúcie existujú. De facto sú ich možnosti tak minimálne, že dokážu pomôcť možno stotine potenciálnych klientov. Vládne komisie sa zriadili - čo konkrétne okrem slov ponúkli? Oddelenia starostlivosti o rodinu a deti majú hlavné

penzum práce v nariaďovaní ústavnej výchovy, ochranného dohľadu, evidencii a kontrole problémovej mládeže. Charitatívne organizácie sa vo veľmi skromných podmienkach úspešne rozvíjajú. Je tu i naša poradňa, ktorá s počtom štyroch ľudí zabezpečuje systematickú starostlivosť ročne o cca 3 200 klientov vo veku 14 až 18 rokov s poruchami správania. Vďaka Bohu a Školskej správe Bratislava .

Zamyslime sa nad príbehmi našich klientov, ktoré charakterizujú hlavné problémové okruhy, s ktorými sa stretávame. Pouvažujme, či sa týmto smutným osudom nedalo predísť, pomôcť, zabrániť.

Príbeh prvý: Slavo - Skín

„Mama je nepoučiteľný dobrák. Vždy chcela niekomu pomáhať. Prišla vojna v Juhoslávii a s ňou smutní ľudia bez domova, bez rodiny, bez nádeje Mama prichýlila tri takéto obete vojny. Z dobroty, snahy pomôcť. Najskôr na chatu, potom sa prisťahovali k nám. Žijeme bez otca, naši sa rozviedli, lebo otec píjaval. Z dobroty sa rozvinula láska mama sa zaľúbila ako šestnásť ročná.*

Potom sa všetko zmenilo, museli sme sa neustále prispôsobovať -nový pán v dome nemal rád hluk, mojich kamarátov, naše starosti ho nezaujímali. Prenášal svoje moslimské zvyklosti na nás -muselo sa variť iné jedlo, počúvať inú hudbu, dodržiavať iné pravidlá. Nerozumeli sme si, sestra sa radšej odsťahovala k priateľovi, ja som chodil domov iba spávať. Mama nás vymenila za svoju novú lásku, pre nás boli zväčša iba výčitky, hnev, slzy, odmietanie. Našiel som si novú partiu – skínov, po čase som prestal chodiť do školy, lebo doma som nemal pokoj a náladu na učenie.

Toho pána, ktorý u nás kraľuje nenávidím. A rovnako nemám rád tých, ktorí nám berú prácu, rodinu, perspektívu, to nás skínov spája. Prečo máme podporovať cudzincov, cigánov, keď státisíce našich ľudí nemá prácu, ani peniaze. Že práve títo ľudia majú u nás v rukách organizovaný zločin, kradnú, vekslujú, distribuujú drogy. Proti takýmto samozvancom sú zameraní skíni. Nie sme len bandou vyholených bitkárov, provokatérov a fašistov, ako nás označujú. Nie sme hlúpi, ani zlí, sme iní a nenecháme sa nikým dirigovať. Veď vlastne robíme službu tejto spoločnosti a pritom nás verejnosť odsudzuje.

Je mi ľúto, keď mama plače, chcel by som jej pomôcť a urobiť radosť. Ale až keď ten človek od nás zmizne. Na čo mi je škola ? Kto mi zaručí, že po jej skončení dostanem zaujímavú a dobre platenú robotu? Čo chcem robiť? Neviem. Z čoho chcem žiť? Ruky mám zdravé, hlava tiež, takže časom si nejakú robotu nájdem.“

Slavo už pol roka nerobí. Podporu nedostáva, lebo neukončil povinnú školskú dochádzku. Našťastie mu životná filozofia parazitujúceho človeka nesedí. Má rád svoju mamu a i preto bol ochotný prísť do poradne. Bolo treba veľa stretnutí, citlivé prediskutovanie problémov individuálne i v trojici a ťažkosti sa začali postupne riešiť. Slavo skúsi inú školu, s mamou sa dohodli na pravidlách spolužitia - v niečom ustúpila mama, v niečom Slavo. Mamina láska sa sťahuje do garsónky, sestra sa vrátila domov. Sme v kontakte a veríme, že to pôjde i keď Slavo v partii skínov ostal.

Potreba lásky, istoty domova, bezpečia a pomoci sú jednou z najdôležitejších ľudských potrieb. Mladý človek zmietaný pubertálnymi zmenami v psychike, snahou o emancipáciu a rozhodovanie o svojom osude často nenachádza vhodný spôsob ako tieto potreby uspokojiť. Ak ho rodičia vnímajú stále ako dieťa, ktoré má v prvom rade poslúchať, tak sa „postaví na zadné“, protestuje, uteká z domu, neplní si povinnosti, obracia svoju zlosť proti tomu, čo mu podľa neho zabraňuje byť šťastný. Pritom niekedy stačí podporiť jeho pozíciu v rodine, smerovať k partnerstva, dôvere o k obmedzeniu kontrolujúcej výchovy. Už to nie je dieťa, ale dospievajúci človek, s ktorým treba rozprávať, počúvať ho, dať mu možnosť spolurozhodovať. Dať mi istotu, že ho ľúbime i s tým zlým, čo sa v živote pritrafí.

Príbeh druhý: Vlado - vekslák

Prišiel sám, nikto bo neposlal. O skupine mu rozprával kamarát. Inteligentný a neuveriteľne bystrý chalan. Vždy perfektne oblečený, s fúrou peňazí po vreckách a s dobrou náladou, ktorú rozdával naokolo. Usmiaty, ale smutný. Otca nevidel dvanásť rokov, mama sa oňho nezaujíma. Jeho osudom sa stalo vekslovanie. Už ako pätnásť ročný začal ponúkať zmenárenské služby pred hotelmi. Vedel to. Denný obrat bol sedemdesiat - osemdesiat tisíc. Denná útrata päť až desať tisíc. Ostatné si vyinkasovali šéfovia.

Mal jednu chybu - chcel s tým prestať. Bál sa. Ešte na začiatku jeho živnosti mu kumpáni predviedli „umravnenie“ jedného nevďačníka, ktorý chcel pracovať iba pre seba. Žiletkou dorezaná tvár, nunčákmi dolámané rebrá, boxerom vybité zuby. Nebol to pekný pohľad. Vlado mal dievča - veľmi mu na nej záležalo, chcel s ňou začať nový život bez strachu.

Prvým krokom bolo, dvojtýždňová pracovno-liečebná brigáda s nami a ďalší pol rok intenzívnych

skupinových i individuálnych stretnutí. Veľa vecí bolelo - detstvo bez otca, dospievanie bez mamy, jeho vlastné popíjanie, experimenty s drogami, nočný život. Tak očividnú a rýchlu zmenu osobnosti už asi nezažijeme. Lenže bol tu háčik - kumpáni si svoje vycvičené ovečky tak poľahky nepustia* Bolo treba vrátiť požičané. Veľkú samu. Vlado denne šestnásť hodín vykladal vagóny, pomohli i kamaráti, známi. Stále bolo málo. O týždeň bolo treba dvojnásobok a pribudli vyhrážky. Jedno ráno našiel svojho psa otráveného. Jeho dievča, ktoré si tiež požičalo od rodiny prepadli a kruto zbili. Vlado to nevydržal. Zosypal sa. Dva mesiace strávil na psychiatrii v Kroměříži. I tam ho našli. Pred bránou stál nový Ford s krásnou blondínkou. Mohli byť jeho. Chcel vystúpiť z kolotoča.

O dva mesiace sme sa dozvedeli, že Vlado sedí. Pre lúpežné prepadnutie. Obeťou i vierohodnými svedkami boli jeho bývalí kumpáni. Súd ho uznal vinným. My nie. Dostal tri a pol roka, píše smutné listy o tom, čo sa deje za múrmi. Píše o tom, že tento trestný čin nespáchal, našili mu vec, s ktorou nemá nič spoločné, lebo už nechcel spolupracovať.

Vlado pre nás nikdy nebude recidivista. Až sa vráti, chceme nájsť cestu, aby mohol uplatniť svoj vysoký intelekt, zručnosť, pracovitosť a túžbu byť dobrým. Prečo sa to nepodarilo predtým? Bol sám, chýbal otec, mama, kamaráti. Ľudia, ktorí by mu dali inú perspektívu, zaujímali sa oňho. Naša pomoc prišla tiež neskoro, nemohla byť každodenná. Zabehaný stroj mafie sme nemali šancu zabrzdiť, lebo jeho stroj vedúci sú dobra ukrytí. Oni nemusia riskovať, nasadia na čiernu robotu mladých, šikovných ľudí, ponúknu im vidinu peňazí a pohodlného života. Že žijú nad priepasťou kriminálu, strachu o svoje zdravie, život, si spočiatku ani neuvedomujú. Prestať nemôžu, zákony poslušnosti sú neúprosné.

Aj to je organizovaný zločin. Eštože príslušné orgány prijali súbor uznesení na jeho potlačenie. Tie slová určite pomôžu ...

Príbeh tretí: Zdeno - znásilnenie

Najskôr sme sa stretli s mamičkou. Jej prvé slová boli: *„Prosím vás, pomôžte. Skúšali sme to vo všemožných a všemocných inštitúciách, ale sú hluchí voči našim problémom. Náš jediný syn Zdeno je vyše roka vo Výchovnom ústave. Píše odtiaľ hrozné veci, chce utiecť, alebo si niečo urobí. Odsúdili ho za pokus o znásilnenie, vylúčili zo školy, dali nálepku zločinca. Nepatrí tam“.*

Po osobnej návšteve v prevýchovnom zariadení a našom prísľube dlhodobej psychologickej starostlivosti ho súd podmienečne prepustil a uložil alternatívny výkon trestu — povinnosť navštevovať psychologickú poradňu. Zaradili sme ho do chlapčenskej skupiny, ale medzi našich pankáčov, skínov, feťákov sa akosi nehodil. Kultivované vystupovanie, priama, jasná reč. Keď rozprával o svojom probléme mal v očiach slzy. *„Poznal som Maju asi pol roka. Nedá sa povedať, že by sme spolu chodili, ale stretávali sme sa takmer obdeň. Bol som vypísaný, bolela ma hlava a trápila vysoká horúčka. Napriek tomu sme boli večer predtým v kine na Rambovi. Bol som doma sám a vedel som, že i Mája nebude v škole. Rozhodol som ju ísť pozrieť. Dvere boli otvorené a Majú som našiel spať v posteli. Neviem čo ma tu napadlo, ale zdalo sa mi, že je najvhodnejšia príležitosť prísť o panictvo. Rozospatej Maji sa to tak nevidelo, začala sa brániť a jačať. Neviem čo som vlastne vtedy urobil. Podľa protokolu som najskôr Majku udrel tenisovou raketou a dvakrát ju pichol do ruky nožíkom na ovocie. Potom som odišiel a o dve hodiny sa vrátil na miesto činu, kde ma zadržali policajti. Bol to absolútny skrat."*

Ublížil dievčaťu, ktoré mal rád. Možno v afekte, možno vedome. Trest bol namieste, ale trest má slúžiť hlavne na prevýchovu. Podľa vyjadrenia psychiatrov, psychológov i súdu by ďalší pobyt v ústave k náprave a prevýchove neviedol. Skôr naopak — psychická trauma navodila suiciálne tendencie, depresie, psycho-somatické problémy.

Zdeno dva roky chodil do poradne, kým neskončila podmienka. Poctivo, pravidelne. Nedávno mi priniesol maturitné oznámenie, má svoje dievča, chystá sa na vysokú školu. Super. Podarilo sa nám chlapca zachrániť pre normálny život, pre prácu. Nie je z neho kriminálnik. Verím jeho slovám, že ani nebude. Skoro čítankový prípad so šťastným koncom. Až na to, že Zdeno si so sebou nosí nevysvetliteľný zážitok, keď siahol na fyzické i psychické zdravie blízkeho človeka. Ten čin ho trápi a prenasleduje. Napísal Maje a jej rodičom zopár listov, prosil o odpustenie. Z pochopiteľných dôvodov odpoveď neprišla.

Čím to je, že slušný chlapec, jednotkár, s dobrým rodinným zázemím spácha takýto čin. Pouvažujem, aké vzory nám ponúka napríklad kultúra — letia hlavne filmy o „tvrďasoch", „zabijakoch", podvodníkoch, milovníkoch žien. Časopisy a noviny lákajú svojich čitateľov titulkami o zločinoch, tragédiách, nevysvetliteľných javoch. Morálne hodnoty našich rodičov prestali platiť. Úspešný je ten, kto má

peniaze, moc, silu a môže si dovoliť takmer všetko. Je čudné, že „puberťák“ s bohatou fantáziou, s nami urobí krok, ktorý si neskôr sám nevie vysvetliť? Ak mu nedáme šancu a podmienky svoje zlyhanie napraviť, uvedomiť si jeho príčiny, ale zameriame sa iba na potrestanie, represiu, môže nastať trvalý zlom v psychike a zlo sa stáva súčasťou života. Zdeno túto šancu dostal. Našťastie. Koľkým sa to však nepodarí?!

Príbeh štvrtý: Fero – fetovanie

Spomínam si na Fera, keď bol s nami na brigáde. Šťúply, vychudnutý chlapec, ktorý chodil stále v tých istých teniskách, pracoval i odpočíval v jediných rifliach. Iné nemal. Bol zo skupiny najmenší, ale „makal“ za dvoch. Strhol ostatných k takým výkonom, že „lesáci“ zo Štiavnice vypli motorové píly a s úžasom pozerali celé popoludnie na smršť, ktorá spracovávala kalamitné drevo v podobe tridsiatich delikventov z Bratislavy.

Poslali ho k nás zo školy, kde mal neustále konflikty, bol drzý, neposedný, agresívny. Vďaka svojej telesnej konštitúcii si potreboval dokazovať silu. bitkami, zvadami, záškoláctvom. Žil v neutečených rodinných podmienkach v dvoch izbách býval otec alkoholik, ktorý sa so svojou ženou pred dvoma rokmi rozviedol, v ďalšej izbe on s nevlastným bratom a matkou, ktorá pre zmenu holdovala liekom a striedaniu partnerov.

Spočiatku sa naša pomoc v jeho osobnostnom vývine stretávala s úspechom Napriek podmienke a hroziacim štyrom päťkám na vysvedčení sa Fero zmobilizoval a. prešiel do ďalšieho ročníka. Chodil k nám i niekoľkokrát v týždni - raz sa pozviechať z toho, že otec sekerou porozbíjal dvere a zariadenie v kuchyni, inokedy preto, že ich v noci vyhodil, dobil. Potom sa zase nepáčili maminmu novému známemu. Nepomáhal ochranný dozor kurátorov, ani trestné oznámenia na polícii. Byt patril otcovi a oni nemali kam ísť. Podmienky na učenie sa stále zhoršovali, psychický tlak v rodine sa prenášal do školy. Oäť začali konflikty, neúspechy. Bol problémový typ a tak ho pre neprospech a fluktuáciu nakoniec z učilišťa vyhodili. Pomohli sme mu nájsť prácu v zdravotníckom zariadení, kde s ním však v rámci skúšobnej lehoty pracovný pomer rozviazali. Vraj príliš odvrával nadriadenému a to je už starší pán, ktorý nemá na podobných nespratníkov nervy. Nepomohli osobné intervencie – veď pracovné výkony mal nad normu, žiadne absencie. Pán majster vyhlásil – buď Fero, alebo on.

Potom sa nám Fero na pol roka stratil. Raz sme ho našli učupeného v kríkoch poradni. Sfetovaného, dotrhaného, uplakaného. Neodvažoval sa prísť medzi nás a tak už tretíkrát iba pozoroval kto chodí na skupinu. Rozprával nám o tom, že spáva v opustených barakoch, fetuje, je dobitý od kamarátov, ktorým dlhuje prachy, je hladný a nešťastný. Mama vymenila zámky, podala naňho trestné oznámenie, lebo jej zmizli nejaké peniaze a cenné veci.

Bol skutočne v hroznom stave – ako mu pomôcť? Pre mladých „narkomanov“ žiadna liečebňa neexistovala, nebola tu charita, útulky pre bezdomovcov.

Dali sme mu najesť a šli s ním domov. I keď matka vyhlásila, že toho grázla nechce ani vidieť, nakoniec po upozornení na príslušné paragrafy o zanedbaní povinnej starostlivosti prisľúbila, že sa oňho postará. Prisľúbila, že na druhý deň prídu k nám, odtiaľ do Protialkoholickej poradne, za sociálnym kurátorom a s reálnou možnosťou ísť sa liečiť do cirkevnej charitatívnej inštitúcie v Taliansku. Neprišli. Pri ďalších návštevách nás i sociálnych kurátorov čakali zatvorené dvere. Nakoniec sme sa dozvedeli, že Fero po bitke s otcom utiekol z domu, je po ňom vyhlásené pátranie pre ublíženie na zdraví a viacnásobné krádeže. Už dlho o ňom nikto nevie.

V spomienkach mi stále znejú jeho slová, keď nás i s kolegyňou odprevádzal v daždi po skupine domov – „*mám pocit, že ste moja mama s otcom. Takto som si predstavoval môj život – s rodičmi na prechádzke, blízko pri sebe, ukrytý pod dáždnikom*“.

Čo dodať? Je to jeden z veľmi smutných prípadov. Obeť rozvrátenej rodiny. Keď uvážime, že v Petržalke /odkiaľ Fero pochádza/ sa rozvádza každé druhé manželstvo, že rodičov, ktorí pijú, bijú a nestarajú sa o svoje deti, ktoré má len na príťaž, je tiež strašne veľa, tak s hrôzou myslím na to, čo s tisícmi citlivých detských duší napácha táto realita, Bojím sa, čo z nich vyrastie bes adekvátnej pomoci. Kladiem si otázku v čom sme zlyhali my? Odpoveď mi začína vždy iba slovkom keby. Keby Fero /u ktorého príčinou instability bola neskoro diagnostikovaná ľahká mozgová disfunkcia/ mohol chodiť do špecializovanej triedy. Keby existovalo zariadenie, kde by sa podobné deti vyhodené z domu mohli umiestniť okamžite, do času, kým sa nenájde iné riešenie. Keby sme mohli s takýmito deťmi pracovať nepretržite a ale iba raz do týždňa. Keby fungovalo skutočné centrum pre liečbu stoviek narkomanov. Keby sa vymyslelo na prevenciu, na predchádzanie negatívnych javov a to vytvorením vhodných podmienok pre trávenie voľného času.

Keby sa podobným rodičom legislatívne zabránilo páchať podobné zločiny na vlastných deťoch. Keby štát, obce, cirkevné, charitatívne, spoločenské inštitúcie si uvedomili, že podobných osudov bude stále viac a viac a prešli od slov ku konkrétnej pomoci. Keby, keby ...

Príbeh piaty: Oskar a Naďa — obsedantná neuróza

Mali sme skupinu, v ktorej sme robili nesmierme zaujímavú prácu s chlapcami a dievčatami so psychiatrickou diagnózou. Depresie, obsesie, prepsychotické stavy, neurasténie, suicidálne pokusy, posthospitačná starostlivosť.

Oskar prišiel do skupiny spoločne s Naďou. Obaja boli poslaní psychiatrickou (mimochodom, pre dorast sú v celej Bratislave až dve) s rovnakou diagnózou. Obaja mali starších, pracovne nesmierne vyťažených rodičov. Naďa celú skupinu preplakala, Oskar nepovedal ani slovo. Po pol roku systematickej psychoterapeutickej práce mohli vysadiť kvantum ťažkých liekov, Oskar si našiel prácu v divadle, Naďa úspešne pokračovala v prerušovanom štúdiu. Ďalší rok sme skupinu z prevádzkových dôvodov nemohli otvoriť. Neboli prostriedky, ľudia. Bolo nám povedané, že máme slúžiť školám a o psychiatrické prípady nech sa stará zdravotníctvo. Jedenásť ešte stále psychicky labilných ľudí stratilo oporu a pocit istoty, ktoré im skupina dávala. Medzi nimi i Oskar s Naďou. Dnes chodia už len individuálne. Niekedy dva až trikrát v týždni. Naviazali sa a bez pomoci sú bezradní. Oskar ostal bez práce, bez kamarátov. Naďa mala väčšie šťastie — s výborným prospechom smeruje k maturite, cvičí jogu, našla si priateľa. Tu sa ich osudy rozchádzajú. Naďa zmobilizovala svoj vnútorný potenciál a napreduje. Oskar opäť upadol do ťažkej depresie. S menšími obmenami opakuje stále tie isté slová. *„Ja tým ľuďom nerozumiem. Všetci len čakajú na chybu druhého, vyčítajú, dehonestujú. Pľuvať a kopať — to vedia. Trocha človečiny im chýba. Celá táto spoločnosť je chorá. Keď sa s niekým rozprávam, vidím mu vopred na očiach výsmech, odmietnutie. Nechce porozumieť, pochopiť. Niekomu začnem veriť a vzápätí ma podrazí. Môžem ja za to, že nepijem, nefajčím, neviem džemovať? Neláka ma to a nechýba mi to. Potom ale nemám kamarátov. Som magor. Stále si to v duši hovorím, premýšľam nad tým. Chyba je vo mne, ale ako byť iný? Rodičia mi nerozumejú, i napriek svojej dvadsiatke som pre nich decko. Dirigujú ma, vodia za ručičku. Lezie mi to na nervy. Je to budný kruh."*

Lenže Oskar tú pomocnú ruku potrebuje. Bez nej by sa nikdy nezaevidoval na Úrade práce, nezavítal do skupiny kresťanskej mládeže, nedal si opraviť hodinky, ktoré už tri mesiace nešli.

Oskar potrebuje ľudí, kamarátov, rovesníkov, niekam patriť, nebyť sám so svojimi čiernymi myšlienkami. Zaradenie do iných skupín sa ukázalo byť nevhodné a kontakt s nami je preňho iba barličkou, na ktorú sa nemôže spoliehať celý život. Lásku a záujem priveľmi nepoznal. Prácu nemá a ani tak skoro mať nebude. Kde sú chránené dielne, kde sú podnikatelia, ktorým bude výhodné zamestnávať ľudí so sťaženou pracovnou schopnosťou? Kde sú kluby mládeže pre trávenie voľného času?

Oskar bez práce a lásky nebude vedieť žiť. Ostane mu viac času na jeho obsedantné myšlienky, na chorobu, ktorej nebude vedieť odolať. Depresie potlačia lieky, prácu nahradí invalidita, ale zmysel, cieľ a náplň života mu nič nenahradí.

Nemôžem prijať túto čiernu prognózu. Kedykoľvek zaklope na dvere, vždy si nájdem čas. Aj keď ho bude blokovať iným. Ale pýtam sa — kde ste ľudia, ktorí chcú venovať trocha ochoty, porozumenia i takýmto ľuďom. Pooberajte sa na takýchto Oskarov vo vašom okolí nemo a úpenlivo prosí o pomoc viacero.

PaedDr. Ján Galáš, PhD.

liečebný pedagóg
Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny
Bratislava
E-mail: jan.galas@upsvar.sk

SPRÁVA ZO ZASADANIA EXEKUTÍVNEHO VÝBORU IGHB

29.4.- 1.5.2016, Bratislava, Centrum Salvator

Prítomní: Dagmar Gumbert, Doris Albert (DE), Paula Innerhofer (CH), Cathy Mangen, Eva Bodenroder (LU), Xavier Moonen (NL), Tamas Remenyi (HU), Gabriela Rajniaková, Pavol Janoško (SVK).

Dňa 29.4.2016 profesijné združenie PRO LP privítalo zástupcov členských krajín IGhB na ďalšom zo zasadnutí exekutívneho výboru tejto medzinárodnej organizácie. Stretnutie sa konalo v Bratislave v Centre Salvator a začalo sa odborným seminárom zo včasnej intervencie, na ktorom vystúpili viaceré odborníčky zo Slovenska dlhodobo sa angažujúce v tejto oblasti, Mgr. Otília Čechová (psychologička, Raná starostlivosť, n. o.), PhDr. Erika Tichá, PhD. (špeciálna a liečebná pedagogička, Centrum včasnej intervencie Bratislava), Mgr. Zuzana Rajčániová (K centrum – poradensko-konzultačné centrum, Bratislava). Zo seminára bude vydaný zborník, ktorý bude účastníkom i ďalším záujemcom distribuovaný v priebehu budúceho roka.

Samotné rokovanie výboru IGhB sa začalo nasledujúci deň krátkym príhovorom prezidentky, poďakovaním za zrealizovanie odborného seminára a následne informovaním jednotlivých členských krajín o svojej činnosti:

Luxembursko: minulý rok sa konalo valné zhromaždenie združenia, na ktorom boli zvolení noví členovia predstavenstva. Mesto vždy v máji organizuje týždeň senzibilizácie k osobám s postihnutím, pričom luxeburské združenie (ALCP) je dlhodobo partnerom. Dňa 26. novembra je plánovaná konferencia týkajúca sa inštitucionálnej starostlivosti o osoby s postihnutím, sú pozvaní kolegovia z Nemecka, odborníci z praxe, ako aj samotní ľudia s postihnutím (diskusia). Združenie ďalej informovalo, že v hlavnom meste sa v blízkej dobe uvoľnia dve súkromné praxe. Podľa luxemburských kolegýň je práve liečebnopedagogické vzdelanie ideálnym základom pre samostatnú certifikovanú činnosť.

Slovensko: za našu profesijnú organizáciu sme kolegov informovali o vydaní aktuálneho čísla RLP, vydaní publikácií s podporou PROLP od pani profesorky Marty Horňákovej – *Kroky k inkluzívnej škole* a *Príbeh liečebnej pedagogiky* a publikácie Pavla Janoška – *Rodinný systém v kontexte teórie a praxe*. Ďalej sme informovali o spustení novej stránky občianskeho združenia PROLP – www.prolp.sk a plánovaní Liečebnopedagogickej konferencie – LP dni na jeseň 2016.

Nemecko: nemeckí kolegovia sa zhodli, že v rámci profesijnej organizácie je potrebné zosilniť politicky orientovanú prácu, najmä pokiaľ ide o pripomienkovanie rôznych zákonov a ich novelizácie. Informovali tiež o ďalšej činnosti vydavateľstva a zámere použiť pri jednotlivých odborných príspevkov aj abstrakty v tzv. „jednoduchej reči“. Zaoberajú sa tiež prípravou vzdelávacích obsahov liečebných pedagógov pre prácu s ľuďmi s demenciou, ktoré majú slúžiť ako podklad pre prácu odborníkov na psychiatrických oddeleniach. V rámci združenia tiež riešili problematiku sexuálneho násilia. Viac informácii si je možné pozrieť na stránke: www.bhponline.de/bhp-stellungnahmen. Na stránke združenia je možné získať podrobnejšie informácie aj k pripravovanej konferencii BHP.

Švajčiarsko: členovia výboru švajčiarskeho združenia sa zhodli, že bude praktickejšie, ak sa v budúcnosti na IGhB stretnutí zúčastnia vždy dvaja zástupcovia – Paula Innerhofer je stála zástupkyňa, ďalší zástupca/zástupkyňa sa pridá. Výkonný výbor sa rozšíril o novú kolegyňu so zrakovým postihnutím. Organizácia plánuje rozšíriť prácu s jej členmi a viac sa zaoberať ich konkrétnymi potrebami. Dňa 18. mája 2016 je plánovaný odborný seminár s názvom: Baghira – Tréning pre deti s opozičným správaním.

Holandsko: zástupca z Holandska referoval o sťaženej finančnej podpore štátu pokiaľ ide o sociálne služby pre osoby v ťažkej životnej situácii. Týka sa to tak detí ako aj dospelých. Fakticky je stále ťažšie pracovať inkluzívne. V rámci organizácie NVO bolo v záujme zosilnenia vytvorené prepojenie 3P: psychológovia, psychiatri, (liečební) pedagógovia. Názorové špecifiká sú najskôr diskutované v rámci skupiny 3 P, až potom sú distribuované smerom von, nakoľko profesijno-politická práca je čoraz dôležitejšia.

Rokovanie pokračovalo vyjadreniami k protokolu s predchádzajúceho novembrového stretnutia v Berlíne (2015). Doris z Nemecka oboznámila členov s vyjadrením Erika Webera, ktorý poukázal na skutočnosť, že liečebnopedagogické vzdelávanie nemá v jednotlivých európskych krajinách rovnaký charakter. Verí, že posilnenie aktivity združenia IGhB môže výrazným spôsobom prispieť k zvýšeniu liečebnopedagogickej profesionalizácie v jednotlivých krajinách.

Diskutovalo sa tiež o spoločnom európskom výskumnom projekte, ktorý by sa zaoberal aj touto problematikou.

Privítali sme nového zástupcu z Maďarska, kolegu Tamása Reményiho, ktorý pracuje na skrátený úväzok na Univerzite v Budapešti a tiež na Základnej škole, kde sa venuje deťom s autizmom, ADHS a senzorickej integrácii. Je členom maďarského združenia liečebných pedagógov, v rámci ktorého bol prizvaný na rokovanie IGhB.

V spoločnom rozhovore sme sa zaoberali situáciou v Maďarsku pokiaľ ide o fungovanie združenia a rozširovanie spolupráce.

Ďalšie stretnutie IGhB sa uskutoční dňa 7.-9.10.2016 v Ríme.

Preložil: *Mgr. Pavol Janoško, PhD.*

PIKNIK LP

Iste ste si všimli vo vašich mailových stránkach a na facebookovej stránke PRO LP, že v sobotu 20.8.2016 sa konal neformálny oddychový piknik pre všetkých liečebákov aj ich rodinných príslušníkov.

Stretli sme sa na železnej studienke, pochutili si na dobrotách, porozprávali sa o všelijakých radostiach liečebáckych pracovných aj mimopracovných, poobdivovali najmladších piknikáčov a strávili spolu krásny čas.

Ak ste už z akýchkoľve kdôvodov nemohli či váhali, pred Vianocami chystáme zimné ministretnutie pri varenom vínku ;)

Tešíme sa na vás!!

PRÍPRAVA NA VÝKON PRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE

Milí liečebáci v zdravotníctve (prípadne v zariadeniach s licenciou na poskytovanie zdravotníckej starostlivosti). Podarilo sa nám investigatívne vyzistiť, že najbližší kurz Prípravy na výkon práce v zdravotníctve bude v týždni **3.-7.10. 2016 a potom asi až v marci 2017**.
Ďalšie info o tom ako sa prihlásiť nájdete v poslednej Revue LP

MOJA LIEČEBNOPEDAGOGICKÁ SKÚSENOSŤ V ŠTÁTE WASHINGTON

Petra Hotová

Tento článok nechce byť odborný, ani formálny. Chcel by byť skôr motivačný. Popisuje moju stáž v meste Seattle, kde som mala možnosť zažiť si prácu viacerých úžasných profesionálov, ktorí výrazne ovplyvnili môj štart do sveta liečebnej pedagogiky. Verím, že bude podnetným jednak pre tých, ktorí sa moria so systémom, ale vedia, že naša profesia je jednoducho úžasná a preto sa treba moriť ďalej a jednak pre tých, ktorí zbierajú odvahu, či osloviť niekoho veľmi inšpiratívneho...

Počas štúdia liečebnej pedagogiky som sa začala intenzívne zaujímať o problematiku fetálneho alkoholového syndrómu (FAS) a porúch fetálneho alkoholového spektra (FASD). Fascinovalo ma všetko, čo súvisí s touto diagnózou, či už diagnostika, terapia, alebo prevencia. Ako to už býva, za každou veľkou témou existuje množstvo otázok, na ktoré sa odborná verejnosť snaží odpovedať. V rámci diagnostiky FASD urobila kus úžasnej práce epidemiologička *Susan Astley*, ktorá má svoje pracovisko v Seattle (Washington, USA). Vyvinula systém 4-ciferného FASD diagnostického kódu, ktorý sa pomáha lepšie orientovať v širokom spektre porúch, ktoré môže spôsobiť alkohol v gravidite. Je výskumníčkou s 30 ročnou praxou, so svojím tímom pracuje na Washingtonskej Univerzite v rámci centra pre ľudský vývin a znevýhodnenia. Mojou veľkou túžbou bolo stretnúť sa s ňou a vidieť jej prácu naživo. Na moje prekvapenie ma prijala s úsmevom a neskutočnou ochotou odovzdať mi časť jej vedomostí.

Do Seattle som prišla s veľkým rešpektom a poriadnou nervozitou. Avšak už po pár minútach so Susan mi bolo jasné, že sa nie je čoho obávať. Je to taký ten moment, keď vás zaplaví charizma danej osoby a vy sa len škeríte a prikyvujete. Susan mi ukázala kliniku, podpísala som nejaké tlačivá a začali sme s diagnostikou. Okrem mňa sa jej zúčastnilo asi ďalších 5 praktikantov. Zoznámili sme sa s jej interdisciplinárnym tímom odborníkov – pediater, logopéd, psychológ, sociálny pracovník, kontaktný pracovník, dobrovoľníci a v neposlednom rade OT - Occupational therapist – alebo ergoterapeut, činnostný terapeut, liečebný pedagóg... ako to vlastne preložiť? K tomuto bodu sa ešte dostaneme. Zdá sa, že na jedno dieťa je to strašne veľa cudzích dospelákov. Všetko sa však dialo v maximálnom bezpečí. Miestnosti, kde sa odohrával proces diagnostiky boli predelené jednostranným zrkadlom na 2 časti. Teda stážisti a ostatní pracovníci mohli pozorovať všetko, čo sa deje v tichosti za zrkadlom, bez vedomia dieťaťa, že ho sleduje X ľudí. Rodičia sú s tým samozrejme vopred oboznámení. Profesionalita celého tímu je zrejmá na prvý pohľad a nesie sa celým procesom. Každý má svoju rolu a funkciu, ktorej sa venuje, ale zároveň je participujúcou súčasťou na celom dianí a výsledkov diagnostiky. Priebeh je asi taký, že dieťa individuálne pracuje s logopédom, psychológom a OT, Susan ho odfotí a pediater spraví základný screening. Všetci sú veľmi priateľskí a rešpektujúci, dieťa je vždy informované, čo sa bude diať, koľko to bude trvať a prečo sa to vlastne celé deje. Rodičia sú na interview s pediatrom a sociálnym pracovníkom. Na konci sa rokuje o výsledkoch, dá sa dokopy diagnóza, napíše sa správa a predá sa rodičom s asi 30 minútovým pohovorom od všetkých odborníkov. V tomto čase sa dieťa voľne hrá v herničke s dobrovoľníkmi. Znie to neuveriteľne, ale tento tím stíha 2 celé diagnostiky za deň. Sú robené vždy v piatok. Každý teda musí pracovať veľmi efektívne a disciplinovane. Počas celého tohto diania sa Susan stíha venovať stážistom, vysvetľovať im, čo treba a odpovedať na ich otázky. Myslím, že môžem povedať, že ide o jeden z najlepších diagnostických tímov FASD na svete.

Okrem iného som sa bola pozrieť na katedre OT. V USA patrí pod medicínu a je úzko prepojená s PT – fyzioterapiou. V triedach sa nachádza okrem tabule a lavíc aj lôžko, kde prebiehajú názorné ukážky, priestor na iné aktivity a zaujímavosťou je aj kuchynka pre študentov (áno, v triede sa nachádza kuchynská linka). K dispozícii je aj telocvičňa so senzorickými pomôckami. Asi najväčšou výhodou je, že k univerzite prislúchajú rôzne centrá pre vývin, materská škola a obrovská nemocnica, ktoré sú dostupné pre širokú verejnosť a kde môžu študenti všetkých možných odborov praxovať. Už počas štúdia tak vidia funkčné pracoviská a vedia sa tak rozhodnúť, v ktorej oblasti by asi chceli pracovať. Nehovoriac o možnostiach robiť kvalitné výskumy, dostupné sú rôzne laboratóriá a pod. Celá univerzita je veľká asi ako jedno slovenské menšie mesto. V centre tejto univerzitnej dediny sa nachádza neskutočne okúzľujúca, obrovská knižnica, ktorá slúži zároveň ako študovňa. Okrem iného tu majú kaviarničky, reštaurácie, či obchodíky.

A prečo stále používam skratku OT a nehovorím liečebný pedagóg? Pretože si myslím, že nejde o ekvivalentný pojem. V mojom chápaní je OT viac zdravotníckou profesiou a pracuje viac s telesnými postihnutiami. Použila by som skôr pojem ergoterapeut, avšak aj tu nachádzame rôzne definície, ktoré by vedeli prísť do rozporu. Veľmi

podobne však vnímam prístup a poslanie OT a liečebných pedagógov, nakoľko pri oboch ide o podporu kvality života jedinca, hľadanie optimálnych zdrojov zvládania a prijatia každej individuality aj s jej špecifikami. Obe profesie kladú dôraz na integráciu a inklúziu.

Ak by niekoho zaujímala problematika FASD, na Slovensku sa ňou priamo zaoberajú dve centrá. Jedným je diagnosticko-terapeutické centrum FASCINUJÚCE DETI v Bratislave a druhé FAS CENTRUM v Ružomberku.

Na záver prinášam krátky rozhovor so Susan Astley a ďalšou charizmatickou ženou, s ktorou som mala možnosť sa trošku viac rozprávať, OT - Tracy Jirikowic. Interview je písané najmä pre liečebných pedagógov. Chcela som v ňom okrem iného priblížiť podobnosti a rozdiely s prácou OT v USA.

Tracy Jirikowic, PhD, OTR/L, FAOTA

1. Tracy, trochu sa nám predstav. Porozprávaj nám o tvojom profesnom živote, kde si začala pracovať po škole a čomu sa venuješ teraz.

Bakalársky stupeň ako OT som ukončila v roku 1991 na Univerzite vo Wisconsine v Madison. Vyrastala som veľmi blízko Michiganského jazera. Po promócii som pracovala 2 roky v Irvine v Californii. Potom som sa presťahovala do Seattle, kde som nastúpila na magisterský program v rehabilitačnej medicíne so špecializáciou na rané detstvo na Washingtonskej Univerzite. Počas mojej kariéry ako OT som pracovala v školách, vo včasnej intervencii a s ambulantnými pacientmi. Taktiež som pracovala 1 rok na Aljaške.

Moje Ph.D. som začala v roku 1998 a ukončila ho v roku 2003 v odbore špeciálny pedagóg / rehabilitačná medicína. V roku 1996 som začala pracovať na klinike diagnostiky pre fetálny alkoholový syndróm. Táto skúsenosť ma výrazne inšpirovala v rámci môjho výskumu. Stále som v kontakte s touto klinikou.

2. Ako už vieš, štúdium OT/liečebnej pedagogiky je na Slovensku v porovnaní s USA rozdielne. Môžeš nám prosím stručne popísať, čo znamená študovať OT na Washingtonskej univerzite?

Na našej univerzite máme magisterský program OT, ktorý nie je podmienený predchádzajúcim štúdiom alebo praxou ako OT. Program je zložený z dvoch rokov akademického štúdia a potom ďalších 6 mesiacov vzdelávania v praxi. Ide o denné štúdium a každý rok prijímame do programu 25 študentov. Zaujímavou súčasťou štúdia je záverečný projekt, ktorým študenti ukončujú druhý rok štúdia. Projekt je tvorený v malej skupine študentov a pozostáva z ročnej praxi v komunite tradičných alebo novovzniknutých pracovných podmienkach.

3. Je u vás náročne zamestnať sa ako OT ihneď po ukončení štúdia?

Momentálne je pracovný trh pre OT veľmi dobrý. Možnosti práce sú rozmanité, ale všeobecne zdravotná starostlivosť je v U.S dobrým priemyslom. OT sú momentálne uznávaní ako profesia vo všetkých štátoch U.S, čo je veľmi dôležité.

Naši absolventi sú mimoriadne úspešní v nájdení si práce veľmi skoro po promóciách v rôznych sektoroch od nemocníc cez rôzne zdravotnícke zariadenia až po školy a programy včasnej intervencie.

4. Je u vás bežné, že OT využíva v praxi taktiež expresívne terapie ako arteterapia, muzikoterapia, či terapia hrou?

Myslím, že OT popri iných činnostiach bežne využíva vo svojich aktivitách výtvarné umenie, hudbu, alebo hru. Avšak v našej profesii máme kľúčové oblasti a techniky, s ktorými pracujeme a to aktivity denného života (ADL), ADL s využitím rôznych nástrojov, spánok/odpočinok, vzdelávanie, práca, pohoda/hra.

V US máme zvlášť odborníkov, ktorí sa nazývajú umeleckí terapeuti (art therapists) alebo muzikoterapeutov a mnoho iných profesií, ktorí využívajú hru ako intervenciu.

5. Viem o tebe, že využívaš aj prvky senzorickej integrácie. Vedela by si stručne zhodnotiť tvoje úspechy s touto metódou? Odporúčaš tento druh terapie?

Terapia senzorickej integrácie je komplexná metóda, ktorá má v praxi široké využite. Existuje množstvo rozdielnych názorov o senzorickej integrácii a čo vlastne je, resp. čo nie je SI terapia. Mnohí sa zhodujú, že ide o pokročilý stupeň intervencie. Avšak teória senzorickej integrácie a jej princípy sú u nás obsiahnuté už v magisterskom programe. Teória vyvinutá Dr. Jean Ayres je pre mnohých základným pilierom v rámci senzorickej integrácie. Často taktiež používajú model SI podľa Dr. Winnie Dunn.

6. Chcela by si niečo odkázať slovenským liečebným pedagógom? Niečo motivujúce...

Je pre mňa česť a radosť zdieľať tieto informácie s tebou a tvojimi kolegami.

Chcela by som vedieť ešte viac o vašom programe na Slovensku, aby som lepšie pochopila, ako je naša odborná prax podobná, alebo rozdielna.

Neviem, čo povedať... Myslím, že OT je jedinečná profesia. Máme toho toľko, čo ponúknuť. Máme sa stále čo učiť jeden od druhého, aby sa OT stala viac významnou profesiou v rôznych krajinách. Zdieľanie bežných, tak ako aj špecifických prístupov je dôležité pre globálny posun profesie OT, čo umožňuje profit pre tých, ktorí môžu ťažiť z nášho servisu.

Susan Astley Professor, Epidemiology Adjunct Professor, Pediatrics

1. Susan, mohla by si prosím porozprávať o sebe, tvojej práci a ako si začínala?

Narodila som sa v Illinois, kde som aj vyrastala. Vyštudovala som tu tiež svoj bakalársky program v biológii. Magisterský program som absolvovala v odbore rádiológia v Oregone a moje Ph.D. v epidemiológii som študovala tu, na Washingtonskej Univerzite. Tu som už ostala pracovať.

Pozn.: Susan je členkou americkej asociácie verejného zdravia, výskumníčkou v oblasti alkoholizmu a riaditeľkou siete pre fetálny alkoholový syndróm, jeho diagnostiky a prevencie v štáte Washington. Viac si o nej môžete prečítať tu: *http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/astleybio.pdf*

2. Vedela by si porovnať obdobie pred 30 rokmi, kedy si vyvinula 4-číselný diagnostický kód pre FASD? Čo vnímaš ako najväčšiu zmenu? Ako sa zmenil pohľad verejnosti, lekárov a iných profesionálov na fetálny alkoholový syndróm?

Keď sme v 1993 otvorili kliniku, iba veľmi málo odborníkov vedelo o FASD. Keď som prednášala o FAS študentom medicíny, zvykla som sa ich pýtať, koľkí z nich už počuli o fetálnom alkoholovom syndróme. Väčšinou nikto z nich o ňom predtým nepočul. Zapojili sme sa do vzdelávania verejnosti v štáte Washington po dobu asi 25 rokov. Dnes, väčšinou všetci (odborníci, študenti aj široká verejnosť) vie o FAS a o nebezpečenstve pitia alkoholu počas tehotenstva. Vnímam to ako obrovský progres v štáte Wahsington. Existuje o tom aj táto publikácia: Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: Evidence of success. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2004; 18:344-351.

3. Kedy si začala spolupracovať s OT v tvojom tíme? Prečo si sa rozhodla pracovať s OT?

V roku 1993 sme založili prvý FASD interdisciplinárny diagnostický tím, ktorý tvoril pediater, psychológ, logopéd, OT, sociálny pracovník a rodinný advokát. Potrebovali sme zhodnotiť všetky aspekty fungovania mozgu vrátane motorických funkcií a zmyslového fungovania, čo je doménou OT.

4. Na Slovensku máme večný problém s akreditáciou liečebných pedagógov. Vieš si predstaviť, že OT by sa ako profesia v US vytratila? Rešpektuje sa OT u vás ako plnohodnotná profesia?

OT sú v US uznávaní a rešpektovaní odborníci. Všetky veľké univerzity majú akreditovaný magisterský a PhD. program v tejto profesii.

5. Mohla by si odkázať niečo slovenským liečebným pedagógom?

OT hrá kľúčovú rolu v FASD interdisciplinárnom diagnostickom a intervenčnom tíme. Motorika a ťažkosti so zmyslovým spracovaním sú veľmi časté pri deťoch s FASD. Presná identifikácia týchto problémov a efektívna intervencia by nebola možná bez OT.

Ako dodatok uvádzam jeden z výskumov od Dr. Tracy Jirkowic, profesorky rehabilitačnej medicíny na Washingtonskej Univerzite a členkou nášho tímu od roku 1993: Jirikowic T, Carmichael-Olson H, Kartin D. (2008) Sensory processing, school peformance, and adaptive behavior among young school-aged children with FASD. Phys Occup Ther Ped 2008; 28:117-136.

Mgr. Petra Hotová

Diagnosticko - terapeutické centrum Fascinujúce deti (o.z), Štúrová 3, Bratislava
E-mail: hotova@assistentia.sk

MYŠLIENKY FILOZOFOV A ICH PRÍNOS PRE LIEČEBNÚ PEDAGOGIKU

Dominik Juroš

Liečebná pedagogika je široko zameraný odbor, tak pokiaľ ide o samotné štúdium ako aj následné využitie nadobudnutých vedomostí a osvojených zručností v praxi. V rámci svojho koplexného zamerania čerpá z mnohých odborov. Jedným z nich je aj filozofia. Myšlienkami, ktoré kedysi dávno vyslovili a zapísali „veľkí“ filozofickí myslitelia, sa aj dnes môžu inšpirovať mnohí odborníci. Práve preto teraz uvediem niekoľko filozofov a ich základné filozofické princípy, ktoré považujem v našom odbore za prínosné.

Vo vrcholnom období gréckej filozofie bol významným filozofom **Sokrates**, ktorý zameriaval svoju filozofiu na vedenie dialógu. Jeho „umenie dialógu“ závisí od „správneho kladenia otázok“. Ešte známejšia je jeho veta „*Viem, že nič neviem*!“. Inšpiráciu pre využiteľnosť v liečebnopedagogickej praxi od tohto filozofa čerpám práve z jeho umenia dialógu. Na ňom je založený liečebnopedagogický proces, ktorý pozostáva najmä zo správneho kladenia otázok klientom. Prostredníctvom otázok totiž zisťujeme informácie o našom klientovi na samom začiatku liečebnopedagogického procesu. Správne položená otázka môže v klientovi vyvolať zamyslenie sa nad sebou samým, „otvoriť mu oči“, aby pochopil, videl, aký je problém, alebo závažnosť problému, ktorý je potrebné vyriešiť. Správna otázka môže v klientovi vyvolať pocity, ktoré doposiaľ necítil, myšlienky, ktoré sa mu mysľou nepreháňali. Správne položenou otázkou ho môžeme nabádať k nájdeniu riešenia, respektíve pochopeniu, prečo je daný problém potrebné vyriešiť istým spôsobom.

Otázky liečebných pedagógov majú byť formulované s istým zámerom, či vopred vytýčeným cieľom, aby nedošlo k opaku, teda nejasnej alebo nesprávnej otázke, ktorá by mohla v klientovi vyvolať negatívne myšlienky, pocity, ktorá by zhoršila jeho problém, stav, v ktorom sa nachádza.

Ďalší z významných filozofov, **Aristoteles**, pôsobil v rovnakej dobe ako Sokrates, teda vo vrcholnom období gréckej filozofie. Je zakladateľom logiky. Vymedzil 10 základných kategórií, medzi ktorými sa nachádzajú aj pojmy „podstata, vzťah a činnosť“. Tieto tri pojmy sú, podľa môjho názoru, veľmi dôležitými prvkami v liečebnopedagogickom procese. Liečebný pedagóg, alebo terapeut, zistuje *vzťahy* medzi rôznymi aspektmi, zisteniami, na ktoré prišiel prostredníctvom otázok kladených klientovi, respektíve vykonanej anamnéze, a podľa toho stanovuje, spolu s klientom objavuje *podstatu* problému, s ktorým pracuje. Po týchto zisteniach liečebný pedagóg vyberie vhodnú liečebnopedagogickú metódu, teda *činnosť*, ktorú aplikuje v ďalších krokoch práce s daným klientom.

Ostávajúc v tomto období chcem dať do pozornosti ďalšieho veľmi významného filozofa, a to **Platóna**, ktorý bol predstaviteľom racionalizmu. Tvrdil, že svet nie je skutočný, ale javový. Je známy svojím *podobenstvom o jaskyni*, v ktorom píše, že *ľudia od detstva žijú pripútaní o stenu a nevidia na jej zadnú stenu, na ktorej sú premietané tiene prenášaných predmetov popred vchod. Títo ľudia nikdy nevideli svetlo a tiene pokladajú za skutočné predmety. Ak niekoho zbavíme týchto pút, vyjde na svetlo, ktoré ho spočiatku bolestivo oslepí, no keď si zvykne, nebude sa chcieť vrátiť späť.*

Môžeme to chápať tak, že jaskyňa znamená prostredie, v ktorom klient vyrastá, teda napríklad rodina, kamaráti, jeho „partia“. Povedzme, že je to sociálne znevýhodnené prostredie, kamaráti nemajú dokončené školy, poddávajú sa závislostiam, majú kriminálne skúsenosti a jeho rodina nie je o nič „lepšia“. Klient si myslí, že to, čo denno-denne vidí a zažíva vo svojom prostredí (*tiene na stene v jaskyni*), je celý svet. Je ním „zaslepený“ a nemá ani poňatia o tom, aká je pravda, ako vyzerá svet „vonku“, mimo jeho prostredia, čo všetko ponúka, čím všetkým by mohol byť, keby sa zbavil *pút*, vystúpil z tmy a tieňov na *svetlo sveta*, začal by spoznávať všetky krásy a možnosti rozvíjania svojej osobnosti, ktoré tento svet ponúka. A práve k tomu by ho mal liečebný pedagóg viesť. Dopomôcť klientovi zbaviť sa týchto pút, ukázať mu svetlo – ponúknuť mu čo najviac možností a krás tohto sveta, ktoré doposiaľ nevidel a je už len na klientovi, čo z tejto širokej ponuky si vyberie.

Jedným z ďalších filozofov, ktorého myšlienky ma zaujali, je **René Descartes**. Pôsobil v období novovekej filozofii, stanovil dve línie – racionalizmus a empirizmus. Vetu , ktorú vyslovil, *„Myslím, teda som!“* (*„Cogito ergo sum!“*), dnes pozná celý svet. Vo svojej práci *„Rozprava o metóde“* formuloval všeobecné požiadavky na novú metódu. Základy svojej metodológie zhrnul do štyroch princípov, z ktorých tri ma zaujali a podľa mňa sú využiteľné v terapeutickej činnosti. V prvom tvrdí, že *každý jav*

a vec treba rozložiť na čo najmenšie časti a tie pochopiť. Teda problém, ktorý ťaží klienta, s ktorým pracujeme, najprv rozložíme na viac častí, faktorov, z ktorých tento problém vychádza, vzniká, ktoré ovplyvňujú jeho správanie, či jeho životnú situáciu. Nasleduje krok, v ktorom *postupujeme vždy od jednoduchých časti, ktoré spájame do zložitých a tie chápeme.* Takže tieto rozložené a pochopené časti začneme postupne spájať do zložitejších, budeme hľadať súvislosti medzi nimi a tie súvislosti, pospájané a zložené z jednotlivých častí do väčších celkov, či jedného veľkého, sa budeme snažiť pochopiť, až kým ich nepochopíme. V tretej časti hovorí, že *prehľad treba robiť postupne, aby sme sa vedeli vrátiť tam, kde sme urobili chybu*. Nikto nie je neomylný, či dokonalý, preto je potrebné byť opatrný, dôsledný a trpezlivý pri každom terapeutickom procese, pri každej práci s klientom, aby sme tú chybu neurobili a pokiaľ by k tomu došlo, musíme vedieť, zistiť, kde, a včas ju napraviť.

Svojím *kategorickým imperatívom* a z rovnakého obdobia, ako je Descartes, si získal moju pozornosť filozof **Immanuel Kant**. Pozostáva z troch bodov. Prvý znie takto: *„Správaj sa tak, ako chceš, aby sa iní správali k tebe.“* Ako príklad aplikácie tohto výroku v liečebnopedagogickej praxi možno uviesť klientov s delikventným správaním. Tí v procese zmeny svojho správania potrebujú dospieť k poznatku, že správanie druhých voči nim je vo väčšine prípadov podmienené a závislé od ich správania voči druhým. Ak je ich správanie agresívne, delikventné, spoločnosťou nežiadúce, je predsa samozrejmé, že spoločnosť bude takýchto ľudí odmietať a patrične sa k nim aj správať.

V druhom bode hovorí o všeobecnom správaní, presnejšie: *„Správaj sa tak, aby tvoje správanie mohlo byť všeobecným správaním.“* Všeobecné správanie je, podľa mňa, správanie všeobecne uznávané spoločnosťou. Teda správanie podľa zásad etiky, morálky, dodržiavanie zákonov, atď. V duchu liečebnej pedagogiky to môže znamenať vedenie klienta s delikventným správaním k správaniu všeobecne uznávanému spoločnosťou, a to prostredníctvom zmien uskutočnených v priebehu liečebnopedagogického procesu.

Tretí a posledný bod znie takto: *„Správaj sa k človeku ako k cieľu a nie ako k predmetu.“* Táto myšlienka je inšpiratívna viac pre liečebného pedagóga samotného, ako pre liečebnopedagogickú prax. V mojom ponímaní to znamená, že sa k ľuďom nemáme správať ako k prostriedkom na dosiahnutie niečoho, pretože každý má právo rozhodovať sa sám za seba, byť zodpovedný sám za seba a preto je potrebné správať sa k ľuďom tak, aby sme im umožnili využiť to právo. V liečebnej pedagogike to možno pochopiť tak, že klient nie je prostriedok k tomu, aby došlo k zmene v jeho probléme, ale musí sám prijať zodpovednosť za svoj problém a terapeut sa má k nemu podľa toho správať, teda nebrať jeho zodpovednosť na seba. Nie je na terapeutovi, či klienta zmení, ale na klientovi, či dovolí terapeutovi podieľať sa na zmene.

Filozofia je matkou všetkých vied. Ako som už na začiatku spomenul, každý človek, každý odbor alebo vedecká disciplína z nej môžu čerpať rôzne múdrosti, myšlienky, princípy, riadiť sa nimi, nasledovať ich, dovoliť im ovplyvňovať svoje zameranie a pohľad na život i prácu. Pre Liečebnú pedagogiku je teda inšpirujúca v mnohých oblastiach.

Dominik Juroš

študent liečebnej pedagogiky
PF KU v Ružomberku, IJP,
Katedra liečebnej pedagogiky
E-mail: dominik.juros38@gmail.com

STRED SA RÚTI ZVNÚTRA

Viera Bútorová

Autobiografia Elyn R. Saksovej, *Stred sa rúti zvnútra*, s podtitulom *Moje putovanie šialenstvom*, hovorí o dlhoročnom boji autorky so schizofréniou. Napriek jej diagnóze dokázala neuveriteľné: vyštudovala právnickú fakultu a vybudovala si úspešnú akademickú kariéru. Popritom sa naučila starogréčtinu, aby mohla čítať Aristotela v origináli, podobne ako francúzštinu... Zažila, čo to je obmedzovanie osobnej slobody a autonómie pacienta v nemocniciach a psychiatrických liečebniach. Vie, čo predstavuje „primeraná starostlivosť“ pri liečbe pacientov, ktorí už vo chvíli hospitalizácie boli vydesení a potom ich ešte niekto, kto k tomu mal právomoc, násilím pripútal k posteli koženými remeňmi a prikryl sieťou. Vie aj to, čo je to zjazvovať si kožu ohorkami cigariet, zapaľovačom, či horúcimi mincami. Popri tejto závažnej diagnóze mala dva vážne úrazy, prekonala subarachnoidálne krvácanie: „tiekla mi krv z mozgu“ (s. 228), dva krát prekonala rakovinu.

A práve preto alebo napriek tomu po vyštudovaní prestížnej právnickej univerzity sa stala expertom na právo v psychiatrii. A naviac, potom, čo dostala ponuku stať sa mimoriadnou profesorkou psychiatrie na lekárskej fakulte, prihlásila sa do psychoanalytického výcviku. Po dvadsiatich rokoch psychoanalýzy vlastnej osoby, chcela vedieť „aké je to na druhej strane pohovky“. Dnes je dekankou pre výskum. Zaoberá sa výskumom v odbore psychoanalýzy. Stále užíva lieky a chodí pravidelne na terapie. Je vydatá. To, čo ma zaujalo, je popis priebehu choroby, spôsob prežívania a rozmýšľania človeka v čase schizofrenických epizód, spôsob boja s vlastnými démonmi, ctižiadosť prekonať samú seba, či miera „nebezpečia“ psychotického človeka. Rozprávanie príbehu je akoby zážitkom „na vlastnej koži“. Je prínosom a obohatením z mnohých pohľadov - pre mňa aj pre všetkých, ktorí pracujú v pomáhajúcich profesiách:

- prináša dôležité uvedomenie si, že človek nie je len diagnóza („ten schizofrenik“) ale najskôr človek,
- môže byť rovnako nebezpečný ako aj „bezpečný“, tak ako všetci ľudia,
- pomáhajúci pracovník často rozhoduje za klienta, ako v prípade autorky, keď personál psychiatrickej liečebne, bez jej vedomia oznámil dekanovi právnickej fakulty, že sa už do školy nevráti, na základe čoho bola odhlásená zo štúdia; „... premohol ma tak prenikavý pocit zrady... Kam sa podela záruka dôvernosti informácií? Kde bol cit pre moju autonómiu?“ (s. 163),
- „Prejsť si psychotickou epizódou je ako zažiť traumu. Najlepší spôsob ako vziať traume jej silu, je hovoriť o tom, čo sa stalo“ (s. 280).

Rovnako mocné ako terapia hovorením a medikácia, podľa autorky, je priateľstvo a pocit bezpečia. Príbeh je ukážkou spôsobu jednania, konania, pochopenia a vedenia terapie (psychoanalytickej terapie – kleiniánskej aj klasickej) zo strany terapeuta ku klientovi. Z bio-psycho-sociálno-spirituálneho hľadiska bolo zaujímavé v priebehu deja sledovať, čo všetko mohlo byť spúšťačom, ako dlho sa vyvíjala jej choroba od prvých príznakov, ako aj faktory účinnosti zásahov, napríklad:

- autorka pochádzala z usporiadaných rodinných pomerov, zo židovskej rodiny, s dobrým finančným zázemím; bola prvorodeným dieťaťom, jediné dievča spomedzi troch súrodencov,
- na strednej škole vyskúšala marihuanu, ktorá u nej vyvolala dlhotrvajúce nepríjemné účinky,
- predromálne štádium choroby u nej nastalo už v rannom detstve, keď mala pocit, že v noci niekto stojí za oknom, alebo keď sa jej začala akoby rozpadať miestnosť pred očami, alebo jej „zážitky“ s domami, ktoré jej odovzdávali hrozivé odkazy,
- brat jej matky, lekár, spáchal samovraždu, po tom, čo dlhodobo trpel bipolárnou poruchou osobnosti,
- bola vždy izolovaná, ťažko si hľadala priateľov, bola uzavretá, tichá,
- bola vyziabnutej, anorektickej konštrukcie, prenasledovali ju pocity a myšlienky, že si jedlo nezaslúži,
- už na malý stres reagovala úzkosťou a na čo i len malú zmenu reagovala neprimerane,
- potrebovala silný pocit bezpečia, dôvery a priateľstva aby sa dokázala ukľudniť,
- na svoj výkon mala maximalistické požiadavky, musela mať len samé jednotky; pociťovala silnú závisť, ak niekto v jej prítomnosti dostal lepšie uznanie svojho výkonu.

Pre reálnejšie pochopenie a náhľad na schizofréniu, spôsoby jej zvládania a prácu terapeuta, by som knihu odporučila študentom liečebnej aj sociálnej pedagogiky, ako aj všetkým pracovníkom pomáhajúcich profesií.

Ing. Viera Bútorová
študentka liečebnej pedagogiky
PF KU v Ružomberku, IJP,
Katedra liečebnej pedagogiky
E-mail: vbmojdomov@gmail.com

OPUSTIL NÁS LIEČEBNÝ PEDAGÓG

PhDr. JOZEF SARKA

Zpívám ptákům a zvlášť holubům,
stával v údolí mém starý dům.
Ptáků houf zalétal ke krovům,
měl jsem rád holubích křídel šum.

Takto, jeho obľúbenou piesňou, začala 30. decembra v bratislavskom krematóriu rozlúčku s PhDr. Jozefom Sarkom. Narodil sa v Tesárskych Mlyňanoch 21. 8.1949, kde chodil aj do základnej školy. Neskôr sa presťahoval s rodičmi do Bratislavy. V rokoch 1967 až 1972 sme ako prví študenti liečebnej pedagogiky na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave zažívali entuziazmus jej slovenských tvorcov.

Po skončení štúdia nastúpil ako vychovávateľ do Detského výchovného ústavu v Tomášove, potom prešiel do Detského diagnostického ústavu v Bratislave na pozíciu liečebného pedagóga. V roku 1978 (aj vďaka nemu) sa z nás stali „na Trnávke“ kolegovia. Boli sme si blízki ľudsky i svojimi odbornými ašpiráciami a tak sme spolu v roku 1974 publikovali v zborníku prvý pokus o profil liečebného pedagóga v prevýchovných zariadeniach a v roku 1981 absolvovali rigoróznu skúšku.

Začiatkom osemdesiatych rokov absolvoval vtedy prelomový psychodynamicky orientovaný psychoterapeutický výcvik. Vďaka podpore personálnej (O. Chyžnajová) a odbornej (J. Kožnar, J. Štúrová, Š. Matula), ale predovšetkým vďaka priaznivej klíme na vtedy našom spoločnom pracovisku, sa stal vedúcou osobnosťou pri zavádzaní modelu terapeuticko-výchovnej komunity. Bola to priekopnícka práca, ktorá neskôr inšpirovala rad ďalších zariadení. „Na Trnávke“ sa ukázal tento model práce natoľko nosný, že funguje s niekoľkými inováciami dodnes, teda viac ako 30 rokov. V roku 1985 sa podieľal ako odborný poradca na úspešnom seriáli Domov, ktorý odkrýval dovtedy trocha tabuizovanú problematiku detí s emocionálnym a sociálnym narušením.

V druhej polovici osemdesiatych rokov sa stal riaditeľom Detského domova v Bratislave, Krásnej Hôrke. V roku 1990, po odchode z funkcie, pôsobil krátko ako vychovávateľ v škole pre deti so sluchovým postihnutím v Bratislave na Drotárskej ul., ale keď sa naskytla možnosť, vrátil sa späť do diagnostického ústavu.

Politické zmeny po vzniku samostatného Slovenska mu ponúkli novú príležitosť. Stal sa personálnym riaditeľom na Generálnom riaditeľstve Slovenských telekomunikácií. Ani tu však neprestal byť liečebným pedagógom. Za zmienku stoja aspoň dve veci, pri ktorých vtedy stál:

- vďaka nemu boli do všetkých detských domov a prevýchovných zariadení nainštalované a deťom dostupné telefónne automaty,
- vďaka nemu sa podarilo bez väčších problémov a prieťahov zriadiť Slovenskému výboru UNICEF nepretržite fungujúcu Linku detskej istoty.

Po personálnych zmenách v telekomunikáciách pracoval ešte niekoľko rokov v oblasti personálneho vzdelávania a poradenstva, ale v závere svojej profesijnej kariéry sa vrátil opäť k „problémovým“ deťom. V Súkromnom liečebno-výchovnom sanatóriu v Senci pri nich pracoval až do leta roku 2015.

Odišiel kamarát, priateľ detí, odborník. Ticho, bez slova.

Hledám dům holubí, kdopak z vás cestu ví,
míval stáj roubenou, bílý štít.
Kde je dům holubí a ta dívka kde spí,
vždyť to ví, že jsem chtěl pro ni žít.

Albín Škoviera

Milí priatelia,

srdečne všetkých pozývame na náš **DEŇ OTVORENÝCH DVERÍ**, ktorý sa uskutoční symbolicky 9/9/2016,
teda v deň povedomia o fetálnom alkoholovom syndróme.

Témou nebude iba FAS, ale všetko, čo vás zaujíma.

Ukážeme vám naše priestory, oboznámime vás s diagnostikou i všetkými terapiami, ktoré centrum ponúka.
Okrem iného plánujeme odbornú prednášku, či skúšku audiometrie.

Tešíme sa na vás
Tím FASCINUJÚCE DETI

OTVORTE DVERE DO DUŠE SVETA

Linda Horváthová

Občianske združenie AnimaMundi je iniciatívou troch liečebných pedagogičiek, nadšených pre expresívne terapie. Združenie sa zameriava na šírenie povedomia o expresívnych terapiách v laickej verejnosti, organizuje zážitkové workshopy a semináre, ako aj vzdelávanie pre pracovníkov pomáhajúcich profesií. Orientuje sa tiež na terapeutickú podporu detí, mladistvých i dospelých (formou individuálnou aj skupinovou).

Za krátky čas svojho pôsobenia združenie organizovalo už viacero úspešných projektov: Arteterapia pre ženy, Arteterapia - Emočné mapy, Štyri živly v nás, Archetypy vo mne. Inovatívne sú projekty Joga a arteterapia, Arteterapia pre tehotné a tvorivé workshopy pre batoľatá pod názvom Ako (ne)naučiť dieťa maľovať. V procese prípravy sú denné letné tábory so zameraním na arteterapiu a muzikoterapiu a množstvo ďalších projektov. Združenie AnimaMundi poskytuje svoje priestory všetkým liečebným pedagógom, študentom i pracujúcim (v obore i mimo neho), na inšpiratívne stretnutia – intravízie. Budeme radi, ak sa k nám prídete pozrieť. Dvere do Duše Sveta sú pre vás otvorené!

Kto vás za dverami združenia privíta?

Barbora Petrgálová. Je liečebná pedagogička, absolventka niekoľko ročných certifikovaných kurzov arteterapie a muzikoterapie na Slovensku a v Čechách. Absolvovala, odbornú prax na pedopsychiatrii - Kramáre, v krízovom centre a v detskom domove. V súčasnosti je v prípravnej fáze na dlhodobý výcvik v POP Proces-orientovanej psychoterapii. Venuje sa najmä významu symbolov v arteterapii a integratívnemu využívaniu expresívnych terapií. Poskytuje individuálne hodiny arteterapie a arteterapiu pre skupiny a organizácie.

Linda Horváthová. Vyštudovala psychológiu a liečebnú pedagogiku. Absolvovala certifikované kurzy arteterapie a muzikoterapie na Slovensku i v zahraničí a študijný pobyt na Univerzite vo Švédskom Orebre. Zaujíma sa o prepájanie expresívnych terapií a prácu s telom. Toto využívala aj vo svojej praxi pri práci s ľuďmi s viacnásobným postihnutím a senzorickým poškodením, u detí s poruchou autistického spektra či s poruchami učenia a v sprevádzaní detí a adolescentov v smútkovom poradenstve. V súčasnosti sa venuje individuálnej a skupinovej arteterapii a muzikoterapii a je mamičkou na plný úväzok.

Barbora Nováková. Vyštudovala liečebnú pedagogiku, v ktorej našla skĺbenie umenia a pomoci ľuďom. V súčasnosti sa venuje angličtine, anglickému divadlu a rozvíjaniu kreatívneho projektu AnimaMundi. Jej profesionálnym záujmom je arteterapia. V tejto oblasti tiež realizovala krúžky (arteterapeutické a dramtoterapeutické) so školákmi. Ďalej viedla krúžky predčitateľskej gramotnosti s predškolákmi a pracovala v prostredí psychiatrie s dospelými klientmi.

Môžete nás kontaktovať na adrese: info@animamundi.sk,

alebo na telefónnych číslach: 0904 318 051 / 0911 505 128

Význam tvorivých workshopov pre batoľatá

Názov stretnutí *Ako (ne)naučiť dieťa maľovať* – nie je náhodný. Cieľom našich stretnutí totiž nie je naučiť deti maľovať – avšak zážitky, ktoré prežijú v tvorivom procese, môžu ich vývin v tejto oblasti výrazne podporiť.

Stretnutia sú zamerané na bezpečnú sebaexpresiu malých ľudí. V prostredí neznámom ale bezpečnom (cez prítomnosť blízkej vzťahovej osoby) zažívajú deti kontakt so svetom rôznorodých materiálov a farieb. Takmer všetko, čo v tvorivom procese používame je jedlé (hoci nie primárne určené na jedenie), a teda pre deti, spoznávajúce svet zmyslami, relatívne bezpečné. Na workshopoch je povolené sa dotýkať, dupať, kričať, plakať, behať, ochutnávať, nesústrediť sa... no väčšinou sú naše stretnutia plné sústredenia. A práve toto sústredenie, v ktorom detí vnútorne rastú, im chceme cez kontakt s rôznymi materiálmi a cez výtvarné techniky určené batoľatám, sprostredkovať.

Keď sme s projektom začínali, nechápali sme ho ako arte-terapeutický v zmysle potreby terapie u takto malých, intaktných, detí. Prax však ukazuje, že stretnutia môžeme nazvať terapeutickými. Deti s rôznymi potrebami-obavami-limitmi totiž vďaka vlastnej tvorivej expresii a poznávaniu, a vďaka cielene voleným aktivitám na konkrétne ťažkosti, zo stretnutia na stretnutie „rastú“.

RECENZIE

Horňáková, M., Račková, O: ***Poruchy správania ako výzva.*** Ružomberok : Verbum, 2016. ISBN 978-80-561-0359-3

Písať knihu o poruchách správania je pre odborníkov v pomáhajúcich profesiách mimoriadna výzva. Samotné autorky si na jednej strane uvedomujú, že „na knižnom trhu možno nájsť toľko podobnej literatúry, že by ju jeden naraz neuniesol“ (s. 9), na druhej strane sú oprávnene presvedčené o tom, že v nich prevláda literatúra zameraná viac na obraz patológie dieťaťa (psychopatológie, sociálnej patológie, biopatológie a ďalších) ako na rozvoj jeho potenciálu. V tomto smere s nimi celkom súhlasím. Dôležitou kvalitou tejto knihy je práve kompaktná „proinkluzívna“ filozofia.

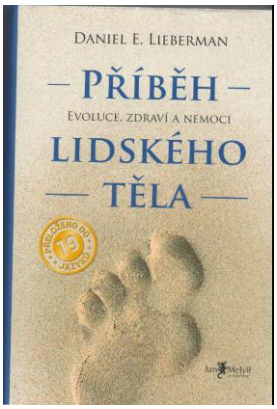
Druhá časť výzvy je samotný koncept práce. Tém a informácií je totiž toľko, že aj popri primeranom výbere, je nevyhnutná ich selekcia. Pre samotných autorov je to náročná úloha, kniha je predsa len „ich dieťaťom“. V tejto oblasti prejavili autorky viac „materstva“ ako odvahy. Som presvedčený o tom, že dobrý tvorivý počin by odvážnejšia selekcia posunula ešte k vyššej kvalite.

Tretia časť výzvy súvisí na jednej strane s hlavnou cieľovou skupinou, ktorej je študijný text určený – študenti liečebnej a špeciálnej pedagogiky, na druhej strane so štandardnou potrebou azda každého vysokoškolského učiteľa, ktorý učí konkrétny predmet a po istom „zretí“ chce svoj pohľad na problém sprostredkovať svojím študentom a túži po tom, aby si ho osvojili. V kontexte jeho práce je to celkom legitímne. Z predkladaného textu je možné vyvodiť, že autorky očakávajú skôr študenta, ktorý „baží po vedomostiach“, než štandardného študenta, ktorý štúdiom pokojne prechádza s „odretými ušami“. Mám rád tento pohľad.

Oceňujem, že sa autorkám podarilo úspešne naplniť tieto výzvy. Nejde tu o to, či vždy súhlasím napr. s výberom tém či rozsahom, ktorí im venovali, ich dôležitosť môžeme vnímať predsa každý trocha odlišne, ale o to, či predkladaná kniha je skutočne kompaktným a inovatívnym celkom. Tu nemám žiadne pochybnosti.

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Pedagogická fakulta KU v Ružomberku
Katedra pedagogiky a psychológie
E-mail: albin.skoviera@ku.sk



Lieberman, Daniel. E. ***Příběh lidského těla. Evoluce, zdraví a nemoci.*** Příbram : Jan Melvil Publisching, 2016, s. 495. ISBN 978-80-7555-005-7.

Na knižnom trhu sa objavila publikácia profesora Harvardskej univerzity Liebermana. Zaoberá sa v nej premenami a podmienkami života pre ľudské telo počas miliónov rokov. Upozorňuje na narastajúci nesúlad medzi ľudským telom a životnými podmienkami. Človek síce dosahuje dlhovekosť v modernej spoločnosti, ale súčasne narastá jeho chorobnosť.

Dostupnosť zdrojov a nadbytok pohodlia škodia rovnako ako stres a rýchle tempo. Nadbytok získanej energie nie je vždy prínosom. Kultúra vývin niekedy popoženie, ale môže sa sťať aj bariérou. Každoročne vznikajú nové produkty a terapie, ktoré pomáhajú človeku zmierňovať utrpenie. Ale na mnohé civilizačné choroby nie sú ešte účinné lieky. Autizmus, Crohnovú chorobu, alergie a mnoho iných ochorení je aj dnes ťažké liečiť. Je možné investovať do biomedicínskeho výskumu. Ale zdravotníctvo sa tiež pohybuje v rovine ziskov a výroba liekov, pomôcok, diétnych potravín sa stala priemyslom, ktorý spravidla tiež ohrozuje zdravie mnohých. Vyrába nutrične „vylepšené“ potraviny, ktoré ale pre predajnosť neobsahujú dostatok vlákniny. Zdravotníctvo namiesto prevencie a fyzioterapie siaha k drahým operáciám a liekom, ktoré zmierňujú symptómy, ale neliečia a pacient je na ne stále viac odkázaný.

Autor vidí možnosť v prevencii, vo výchove a vzdelávaní. Nie je to jednoduché. Autor uvádza, že americké deti mohli v r. 2004 vidieť 4 400 reklám na detské potraviny, ale len 164 informácií o zdravom životnom štýle a kondícii. Efektivita kurzov o zdravých potravinách je žalostne nízka. Deti dávajú prednosť potravinám, na ktoré „majú chuť“ – sladkým, škrobovitým, slaným a mastným.

Autor preto vyzýva k zmene prostredia – lebo gény prestavať nemôžeme a zdravie je výsledkom interakcie génov a prostredia. Deti aj dnes treba chrániť pred nežiaducou reklamou a inou ponukou nezdravých jedál. Všetci sa musíme naučiť starať sa o svoje telá – lepšie ich poznať a hľadať spôsob života, ktorý im vyhovuje. Vedeli ste, že už po jednej hodine sedenia sa začínajú skracovať svaly?

Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Pedagogická fakulta KU v Ružomberku
IJP, Katedra liečebnej pedagogiky
E-mail: m.hornakova.prokopy@gmail.com

INFORMÁCIE PRE PRISPIEVATEĽOV

Vážené odborníčky, vážení odborníci v pomáhajúcich profesiách.

Radi privítame Vaše príspevky k jednotlivým rubrikám časopisu: štúdie, z praxe, zo zahraničia, informácie, recenzie atď. (viď obsah čísla).

Uzávierka prijímania príspevkov je pravidelne - 2x ročne: **15. apríl** a **15. október**. Príspevky spolu so sprievodným listom posielajte v elektronickej podobe priebežne - najneskôr do uvedených termínov na nasledovné mailové kontakty: *janoskopavol@gmail.com*, *viera.valastekova@gmail.com*

DÔLEŽITÉ UPOZORNENIE!
PROSÍME VÁS, RIAĎTE SA UVEDENÝMI POKYNMI PRE TVORBU PRÍSPEVKU. V OPAČNOM PRÍPADE VAŠE PRÍSPEVKY NEBUDEME MÔCŤ AKCEPTOVAŤ!!

NÁZOV PRÍSPEVKU/ TITLE OF PAPER [ARIAL CAPITAL 14 POINT, BOLD, CENTRED]
riadok voľný / leave a space

NÁZOV PRÍSPEVKU V AJ/ TITLE OF PAPER IN ENGLISH [ARIAL CAPITAL 11 POINT, BOLD, CENTRED]
riadok voľný / leave a space

Meno autora/ov / Author Name(s) [ARIAL, 12 point, bold, centred]
Názov inštitúcie/Name of Institution [10 point, normal, centred]
Mesto /Štát - City /Country [10 point, normal, centred]
E-mail [10 point, italic, centred]
riadok voľný/ leave a space

Abstrakt [ARIAL 10 point, bold, centred]
Text abstraktu by mal mať od 150 do 200 slov (vrátane kľúčových slov), s použitím písma ARIAL 10-point including up to five keywords or key phrases; zarovnanie vľavo
riadok voľný/ leave a space

Kľúčové slová* [ARIAL 10 point, italic, bold]*: *aktuálne kľúčové slová* [ARIAL 10 point, zarovnanie vľavo]
riadok voľný/ leave a space

Abstract in English [ARIAL 10 point, bold, centred]
The text of the abstract should be a maximum of 200 words and written in italicized text, using ARIAL 10-point including up to five keywords or key phrases; aligned left
Leave a space

Keywords [ARIAL 10 point, italic, bold]*: actual key words* [ARIAL 10 point, aligned left]
riadok voľný/ leave a space

Text príspevku [ARIAL, 12 point, bold, riadkovanie 1,0; zarovnanie na oboch stranách]
Medzi odsekmi riadok nevynechávať, obrázky a tabuľky označiť a očíslovať.

riadok voľný/ leave a space

Zoznam literatúry/ [ARIAL, 10 point, bold, riadkovanie 1,0, zarovnanie na oboch stranách]
Uvádzať iba citovanú literatúru v abecednom poradí autorov.
Vzor
FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno : Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
STUPKOVÁ, M. Interné činitele v prevencii syndrómu vyhorenia. In: *Revue LP*, roč. III, č. 6, 2009, s. 4-10. ISSN 1337-5563.

PRI RECENZII JE SPOLU S PRÍSPEVKOM POTREBNÉ ZASLAŤ NASKENOVANÚ TITULNÚ STRANU RECENZOVANEJ PUBLIKÁCIE.

ISSN 1337-5563