UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra liečebnej pedagogiky

RODINA – SUBJEKT ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ

KREATIVITA V POMÁHANÍ

Zborník príspevkov
z medzinárodnej konferencie
konanej 8. – 9. októbra 2009 v Bratislave

Bratislava 2010

Editor:

Mgr. Mária Bendíková

Recenzenti: Doc. PhDr. Mária Potočárová, PhD.

Mgr. Petra Mitašíková, PhD.

- Niektoré príspevky vychádzajú z powerpointových prezentácií prednášok (netvoria teda súvislý text).
- Za štylistickú a gramatickú správnosť jednotlivých textov zodpovedajú autori.
- Ak sa niektoré príspevky, ktoré odzneli na konferencii v zborníku nenachádzajú, neboli autormi dodané.

Konferencia bola organizovaná:

Katedrou liečebnej pedagogiky PdF UK v Bratislave

Občianskym združením PRO LP - Asociáciou liečebných pedagógov v spolupráci s Katedrou liečebnej pedagogiky Fakulty špecializačných zdravotníckych štúdií SZU

© Univerzita Komenského v Bratislave, 2010
ISBN 978-80-223-2780-0

OBSAH

Slovo na úvod 6
Marta HORŇÁKOVÁ

Vybrané aspekty tímovej spolupráce pri riešení sociálnych problémov detí a mládeže 8
Milan SCHAVEL, Barbora DREXLEROVÁ

Úloha rodiny v terapeutickom prístupe k dieťaťu s afatickým syndrómom 17
Danuta GRZESIAK-WITEK, Pawel WITEK

Komunikačné stratégie matky v stimulácii raného vývinu reči u detí s orofaciálnym rázštepom 22
Zlatica HOPPANOVÁ, Aurélia KEREKRÉTIOVÁ

Skúsenosť s liečebnopedagogickým sprevádzaním rodín bezdomovcov 28
Jana ŠPÁNIKOVÁ

Práca s rodinou v kontexte terapie ľudí so závislosťami od psychoaktívnych látok 38
Hroznata ŽIVNÝ

Akceptácia kultúrneho a duchovného dedičstva rómov vo výchovnom procese rómskych žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami 45
Anna SKOKANOVÁ

Pôsobenie súdneho kurátora v resocializačnej činnosti v rodinách s nariadeným súdnym dohľadom 50
Pawel WITEK, Danuta GRZESIAK-WITEK

„Obraz(y)“ rodiča snímaného videokamerou počas edukačných aktivít s dieťaťom (aplikácia videotréningu komunikácie v rodinnom prostredí) 55
Barbora KOVÁČOVÁ

Videotréning komunikácie ako jedna z možností práce s rodinou v podmienkach CPPPaP 60
Zuzana MACHAJOVÁ, Mária TAKÁČOVÁ

Montessoriovej metódy liečebnej pedagogiky a terapie 65
Helena KUBEROVÁ

Uplatnenie dramatoterapie a biblioterapie s rodinou klienta 70
Katarína MAJZLANOVÁ

Úvod do testov koncepcie Model of Human Occupation (MOHO) 78
Ľudmila BRUNNEROVÁ

Rodina ako činiteľ podmieňujúci pohybovú aktivitu detí predškolského veku 82
Alexandra ONDREJKOVÁ

Nepočujúci rodičia s počujúcimi deťmi – aká je táto rodina a čo potrebuje *88*
Darina TARCSIOVÁ

Práca s rodinou v sociálne znevýhodnených lokalitách v meste Košice *93*
Katarína MELICHOVÁ, Eva KUTAJOVÁ

Rodina ako kriminogénny faktor kriminality mládeže *97*
Tatiana TOMČÍKOVÁ

Využitie koncepcie piatich vývinových potrieb Pesso – Boyden psychomotorickej terapie v liečebnopedagogickej pomoci rodičom po oznámení nepriaznivej správy o ich dieťati .. *101*
Monika DUČAIOVÁ

Kto sú prijímatelia jednorázových príspevkov v mestskom prostredí? *106*
Gabriel KOSNÁČ

Ako pripraviť, zrealizovať a vyhodnotiť stretnutie s rodičmi v škole *111*
Róbert SABO

POSTERY

Programy zamerané na podporu a vzdelávanie rodičov *117*
Mária BENDÍKOVÁ

Komunitné vzdelávanie rodičov v Materských centrách *123*
Lenka SOKOLOVÁ

Identifikácia špecifických problémov rodín so sluchovo postihnutým dieťaťom *127*
Ľubica KROČANOVÁ

Rodina a jej odkázaný člen *130*
Jana KUFFOVÁ

Vzdelávacie aktivity preMŠ, ZŠ a SŠ. Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese *133*
Magdaléna SZABOVÁ, Barbora VODIČKOVÁ, Monika STUPKOVÁ, Jana SKRAKOVÁ

Rodina s členom so závislosťou od psychoaktívnych látok *141*
Erika KOVÁCSOVÁ

Terapia senzorickej integrácie ako spôsob pomoci rodine *146*
Ivana LIŠTIAKOVÁ

Profesionálny vzdelávací program pre sprevádzanie rodiny akreditovaný ministerstvom školstva v roku 2009 ..... *150*
Jana ŠPÁNIKOVÁ

Ebif, online diplom vo včasnej intervencii, vzdelávanie odborníkov v krajinách EÚ *152*
Marta HORŇÁKOVÁ

Educating supervisors and coaches from multicultural europe (ESME) *156*
Elisabeth ALDER-WUERRER

WORKSHOPY

Terénna práca liečebného pedagóga pri voľnočasových aktivitách detí, komunikácia a práca s celou rodinou *160*
Lucia LIPTOVSKÁ

Son-rise: terapia pre celú rodinu (skutočný život s autistom) *162*
Margaréta MOKRÁŇOVÁ, Vladimír MOKRÁŇ

Význam dojčenia a nosenia detí pri vytváraní bezpečnej vzťahovej väzby (attachment parenting) *167*
Oľga CHOVANCOVÁ

Profesionálny rodič – liečebný pedagóg. Profesionalita versus rodičovstvo *173*
Mária MAGÁTOVÁ, Igor MAGÁT

Technika náhradnej psychodramatickej rodiny v práci s deťmi s poruchami správania a ich rodičmi *180*
Albín ŠKOVIERA

ADRESÁR ÚČASTNÍKOV

FOTODOKUMENTÁCIA

SLOVO NA ÚVOD

MARTA HORŇÁKOVÁ

Prišli sme z mnohých pracovísk, z univerzít a sme príslušníkmi rôznych profesií. Všetkých nás však spája práca s rodinami. Rozmanitosť príspevko je dobrým predpokladom, že každý tu bude môcť nájsť inšpiráciu a odíde obohatený.

Nie je potrebné vysvetľovať aktuálnosť tejto témy v žiadnej z rôznych rovinách výchovnej a spoločenskej praxe pomáhajúcich profesií. To o čom je dôležité hovoriť, je zmena v prístupoch k rodine s problémami. Od pôvodnej snahy rodinu sanovať, cez rôzne formy pomoci jednotlivcom, sa prechádza k podpore vnútorných zdrojov rodiny pri zvládaní jej úloh a rizikových okolností. Rodina sa stáva partnerom na báze spolupráce.

Samozrejme, bez spolupráce to ani doteraz nešlo. O čo ide priblíži dobre skúsenosť holandských kolegov z Utrechtu, ktorí pracovali s mladistvými a deťmi imigrantov. Ich rodiny žili relatívne izolovane vo vlastných komunitách a len veľmi ťažko prijímali odporúčania odborníkov a ich opatrenia, lebo to vnímali nielen ako zásah do vlastnej intimity rodiny, ale aj ako kultúrne odmietnutie a násilné vnucovanie „cudzích noriem a pravidiel! Ich deti odmietali chodiť do školy, utekali z domu, vytvárali gangy a z hľadiska delikvencie a drog sa pohybovali vo vysoko rizikovom prostredí. Bezmocnosť pri pomáhaní viedla odborníkov k zmene taktiky. Mesto zaviedlo policajné hliadky, ktoré po 19 hodine zbierali neplnoleté detí na uliciach a v parkoch a odvážali ich domov. Pri dovzdávaní detí upozornili rodičov na hroziace riziká. Ak sa dieťa už dopustilo niečoho vážnejšieho, nasledoval rozhovor s rodičmi s otázkami: Čo by ste chceli pre vaše dieťa? Čo by ste si priali u neho dosiahnuť? A veľmi dôležitá otázka bola: Ako by sme vám v tom mohli pomôcť?

Prirodzenou reakciou na zmenu správania odborníkov, bola zmena postojov členov rodín. Aj keď stále tam boli rôzne kultúrou podmienené a jazykové bariéry, otvorili sa pre spoluprácu. Začali ich vnímať ako príležitosť pre svoje dieťa a svoju rodinu a sami ich vyhľadávali, ak sa niečo udialo. Aj práca odborníkov bola oveľa efektívnejšia.

Na predchádzajúcich Liečebnopedagogických dňoch sa opakovane hovorilo o reziliencii, o zdrojoch zvládania v kontexte vývinu, včasnej starostlivosti a podpory zdravia. K tejto témy vychádzajú knihy i štúdie v časopisoch a my sa učíme identifikovať tieto zdroje a vytvárať podmienky v starostlivosti pre ich posilnenie. Zdravá rodina má a poskytuje množstvo zdrojov zvládania. Ale ako si majú poradiť rodičia, ktorí sami nevyrástli vo fungujúcej rodine, ktorí boli vystavené ľahostajnosti, násiliu, nezodpovednosti? Alebo bolo o nich postarané po materiálnej stránke, kým vzťahy chýbali?

Na tieto potreby reagujú ako:

- ponuky vzdelávania rodičov – školy pre rodičov, rôzne aktivity pre rozvíjanie komunikácie a vzťahov medzi rodičmi a deťmi,
- tak služby, ktoré môžu významne pomôcť zvládať výchovu detí aj vtedy, keď okolnosti sú zvlášť ťažké pre ochorenie dieťaťa alebo vývinové či sociálne znevýhodnenie,
- a vzdelávacie programy pre odborníkov. Týmto smerom uvažuje aj PROLP a podporilo kolegyňu Dr. Magdalénu Szabovú, ktorá pripravila program (viď Poster) pre učiteľky materských a základných škôl s využitím psychomotoriky a so zameraním na lepšie pochopenie znevýhodnených detí. Spolupracujeme tiež v rámci EU projektu PRECIOUS

(viď Poster) pri príprave vzdelávania odborníkov v oblasti včasnej intervencie. Tiež v spolupráci s Linkou detskej istoty UNICEF sme sa podieľali na príprave Školy rodičovstva a s podporou Nadácie SOCIA chceme v BA pripraviť model vzdelávania rodičov z rizikových prostredí. Časom vás určite budeme informovať na našej webovej stránke o ďalšom EU projekte: Ako posilniť deti. Tu ide o prácu s deťmi rodičov, ktorí majú/mali psychické ťažkosti a ochorenia. Tejto problematike sa u nás zatiaľ nevenoval dostatok pozornosti. V projekte ide aj o prenos skúseností zo zahraničia a využívanie odborníkov pre prípravu odbornej pomoci u nás.

V predloženom zborníku sú príspevky s rôznym zameraním. Za niektorými sú bohaté skúsenosti, iné sú teoretické alebo informatívne. Ak máte k tomu čo povedať viac, napíšte do on-line časopisu Revue liečebnej pedagogiky, alebo príďte nabudúce aj s príspevkom.

VYBRANÉ ASPEKTY TÍMOVEJ SPOLUPRÁCE PRI RIEŠENÍ SOCIÁLNYCH PROBLÉMOV DETÍ A MLÁDEŽE

MILAN SCHAVEL, BARBORA DREXLEROVÁ

Abstrakt

Príspevok objasňuje dôležitosť tímovej práce sociálneho pracovníka s odborníkmi z iných oblastí, charakterizuje sociálneho pracovníka ako koordinátora tímu. Poukazuje na efektivitu tímovej spolupráce a opisuje základne znaky a činností tímu.
Sociálny pracovník musí mať na výkon svojej profesie dostatočné schopnosti, zručnosti a vysokoškolské vzdelanie. V tíme má rolu koordinátora a vedie ho na horizontálnej úrovni, teda všetci členovia tímu sú si rovní. Tímová spolupráca je potrebná aj pri riešení sociálnych problémov detí a mládeže
Tímová spolupráca prináša mnohé výhody, ale aj riziká. Výhodou je napr. zefektívnenie a skvalitnenie poskytovanej sociálnej pomoci a zlepšenie komunikácie medzi odborníkmi. Nevýhodou je vzájomné zasahovanie do kompetencií.

Kľúčové slová

Budovanie tímu, deti a mládež, fázy vývoja tímu, klienti, koordinátor, multiprofesijná spolupráca, sociálny pracovník, tím, tímová spolupráca.

1. Sociálny pracovník a klienti sociálnej práce

Kvalitu sociálnej práce ovplyvňuje niekoľko faktorov, pričom za jeden z najdôležitejších je možné považovať samotného sociálneho pracovníka najmä v súvislosti s jeho profesionálnymi kompetenciami ako sú odborné vedomosti a zručnosti, osobnostné predpoklady a v tejto súvislosti aj špecifické atribúty ako sú humánnosť, záujem o ľudí, ochota pomáhať, úcta k životu, sociálne cítenie, empatia, komunikatívnosť, kooperatívnosť, kreativita a pod. . Dôležitou podmienkou kvality jeho činnosti je aj schopnosť pôsobiť v roli diagnostika, poradcu, terapeuta, poskytovateľa sociálnych služieb, manažéra a koordinátora tímu odborníkov, ktorí sa sústreďujú do pracovných tímov najmä z dôvodu komlexného riešenia sociálnych problémov klientov.

Činnosti, ktoré vykonáva sociálny pracovník v prospech klienta sú širokospektrálne, ich kompetentné riešenie si vyžaduje a predpokladá od sociálneho pracovníka spoluprácu aj s ďalšími odborníkmi. Formovanie odborného tímu je v priamej závislosti od charakteru – obsahu a intenzity problému klienta. Tímová spolupráca by mala byť samozrejmou najmä pri riešení takých kolíznych situácií ako sú :

- zdravotné problémy (chronicita, dlhodobá hospitalizácia atď.),
- sociálno – patologické javy,
- ťažké zdravotné postihnutie,
- základné životné podmienky (otázka ekonomických problémov),
- rodina, náhradná rodinná starostlivosť,

- emocionálne a sociálne vzťahy,
- oblasť vzdelávania a práce,
- záujmy, voľný čas, kvalita života.

Riešenie sociálnych problémov v rámci vyššie uvedených oblastí si nevyhnutne vyžadujú spoluprácu odborníkov rôznych profesií ako sú sociálny pracovník, lekár, psychológ, právnik, špeciálny a liečebný pedagóg, učiteľ, policajt ale aj ďalších.

2. Tím a tímová spolupráca

Tím v kontexte sociálnej pomoci by nemal byť len skupinou odborníkov ale má svoje základné charakteristiky, ktoré potvrdzujú aj tímovú spoluprácu a sú zároveň predpokladom jeho úspešnosti.

Strieženec (1999) uvádza, že tím je v oblasti sociálnej práce kvantitatívne menšia jednotka, ktorú tvoria jednotliví členovia s tým, že sa vzájomne dopĺňajú a smerujú k naplneniu spoločného cieľa. Okrem poznania spoločného cieľa, čo je základným predpokladom práce efektívneho tímu môžeme pomenovať aj ďalšie faktory, medzi ktoré zaraďujeme :

- aktivizáciu odborných a sociálnych spôsobilostí členov tímu,
- vytváranie synergického poľa,
- vnútornú neformálnu štruktúru,
- vznik funkčnej a organizačnej deľby práce,
- prítomnosť primeranej miery sebahodnotenia a sebadôvery,
- existencia špecifického systému odmien a postihov.

K uvedeným faktorom pre oblasť sociálnej práce by bolo vhodné zaradiť aj faktor, ktorý ovplyvňuje obsahovú a časovú deľbu práce. V našom ponímaní nie je možné hovoriť ani o prítomnosti určitého systému odmien alebo postihov (možno na kolegiálnej, abstrahovanej, často len morálnej úrovni).

Naplnenie spoločného cieľa je primárnou motiváciou členov tímu, je dôležité, aby členovia tímu za spoločný cieľ navzájom zodpovedali, boli na sebe pri dosahovaní cieľa závislí, boli vo vzájomnej interakcii pri dodržaní individuálnej zodpovednosti za plnenie čiastkových cieľov Rudy (1997). V tíme sa moc a právomoc ako aj zodpovednosť deleguje na všetkých členov tímu na rozdiel od klasickej organizačnej štruktúry v konkrétnej organizácii, kde každý zodpovedá niekomu vyššie postavenému. Realizácia efektívnej aplikácie tímovej práce je predovšetkým na koordinátorovi, ktorý musí ustanoviť časový harmonogram naplnenia podmienok determinujúcich aplikovanie efektívnej tímovej práce. Koordinátor musí stanoviť alebo predložiť hlavný cieľ, čiastkové ciele a úlohy, ktoré je nevyhnutné naplniť pred aplikáciou efektívnej tímovej práce.

2.1 Výhody práce v tíme

Práca v tíme prináša pre jednotlivých členov podnety na skvalitnenie ich konkrétnej činnosti, jej uplatnením sa vytvára priestor na :

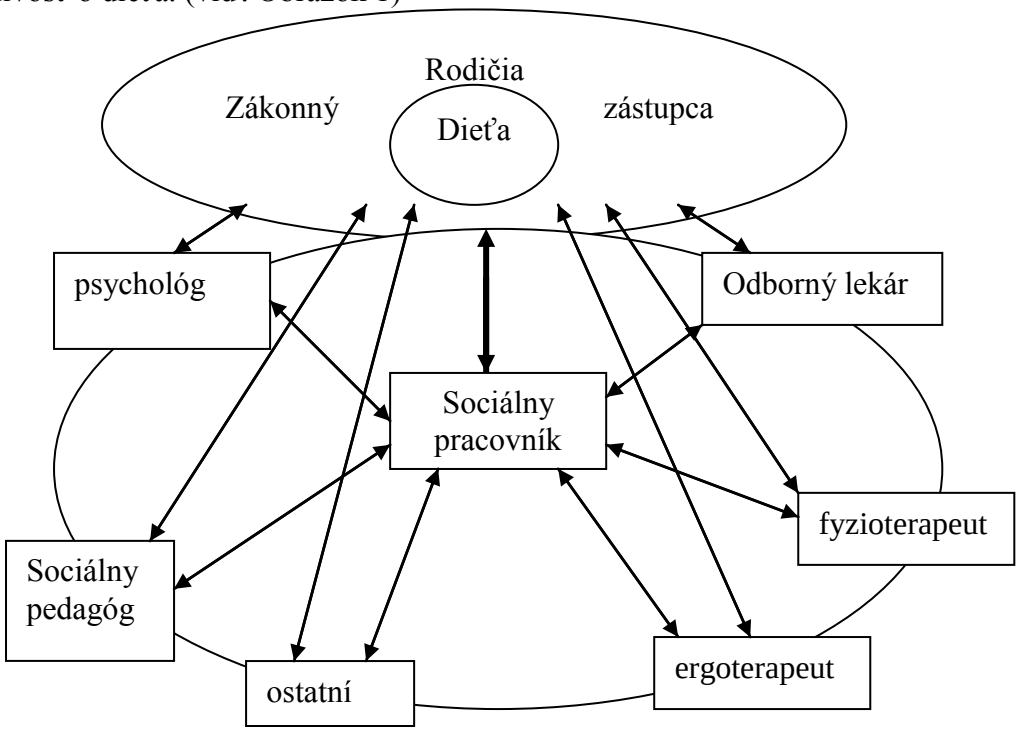
- zdokonalenie pracovných metód a postupov,
- zvyšuje sa kvalita práce a efekt pomoci,

- odbúravajú sa časté a zbytočné byrokratické postupy a administratívne úkony,
- zvyšuje sa efektívnosť práce zo strany nadriadeného, ten nemusí svojho zamestnanca neustále usmerňovať a sprevádzať,
- odbúrava sa zbytočný šum v komunikačnom procese, ktorý býva častou súčasťou práce,
- znižuje sa riziko zanedbania niektorých postupov, ktoré by mohli ohrozovať alebo demotivovať klienta,
- znižuje sa aj možnosť prekrývania právomocí a kompetencií (pozície v jednotlivých pozíciách),
- väčšia interakcia medzi odborníkmi prispieva k vzájomnému, bezprostrednému odovzdávaniu informácií, umožňuje člen tímu získať nové vedomosti a zručnosti, tímová práca prispieva k celoživotnému vzdelávaniu.

3. Multiprofesijný tím pri práci s deťmi a mládežou

Sociálna prax nám v mnohých oblastiach potvrdzuje, že sociálny pracovník sa často dostáva do pozície, kedy sa práve od neho očakáva potreba spájať ostatných odborníkov do multidisciplinárnych tímov. Popri svojej odbornej činnosti, zabezpečuje aj komunikáciu v rámci tohto odborného tímu. Podľa nášho názoru je potrebné identifikovať pozíciu sociálneho pracovníka v tíme, definovať jeho rolu koordinátora tímu a ubezpečiť ostatných členov tímu, že nejde o rolu vedúceho ale koordinátora tímu. V praxi je niekoľko príkladov na nepochopenie tejto pozície, keďže ostatní členovia považujú tento post za post vedúceho.

Zaujímavý je názorný príklad, ktorý sprostredkúva Wohlgemuth, zástupca riaditeľa Detského centra Arpid (je to denné zariadenie, ktoré zabezpečuje komplexnú starostlivosť v duchu uceleného systému rehabilitácie detí a mládeže s telesným a kombinovaným postihnutím), ktorý popisuje rolu sociálneho pracovníka, kde má sociálny pracovník centrálne postavenie ako sprostredkovateľ a koordinátor ostatných odborných pracovníkov zabezpečujúcich starostlivosť o dieťa. (viď. Obrázok 1)



Obrázok 1 Sociálny pracovník na strane dieťaťa (klienta)

Týmto postavením je sociálny pracovník koordinátorom a sprostredkovateľ informácií aj pre rodičov dieťaťa. Rodičia si väčšinou prajú mať vo vnútri multidisciplinárneho tímu kompetentného prostredníka, sprostredkovateľa, ktorý je ich schopný informovať. Teda komplexnú starostlivosť koordinuje sociálny pracovník.

Názory na postavenie sociálneho pracovníka v tíme sú rozličné. Niektorí autori sú toho názoru, že sociálny pracovník by mal v tíme fungovať na horizontálnej úrovni voči inštitúciám, ale vo vzťahu k ostatným členom tímu na vertikálnej úrovni. A iní poukazujú na potrebu práce na horizontálnej úrovni vo vzťahu k inštitúciám i k ostatným členom tímu.

3.1 Účinné vedenie tímu a riadiaca činnosť sociálneho pracovníka

Podľa názoru Žiakovej (2005) sociálny pracovník organizuje vedenie ľudí na horizontálnej i vertikálnej rovine. Na vertikálnej rovine plánuje, organizuje a kontroluje ľudí v organizácií. Na horizontálnej rovine pracuje s rôznymi subjektmi, útvarmi, ale aj zahraničnými organizáciami alebo je to o spolupráci jednotlivých pracovníkov – profesionálov z rozličných profesií. Kollárik a Kollárová (1990) hovoria o horizontálnej komunikácií, ktorá zahŕňa získavanie a poskytovanie informácií a výmenu názorov. Dôležitá je medzi pracovníkmi, kde sa vyžaduje spolupráca a kooperácia. Vertikálnu komunikáciu považujú za komunikáciu medzi vedúcim a podriadenými pracovníkmi.

Za najdôležitejšie vlastnosti, ktoré by mal mať sociálny pracovník ako manažér – koordinátor tímu , Žiaková (2005) považuje tieto:

- schopnosť viesť svojich zamestnancov alebo členov tímu,
- schopnosť motivovať,
- schopnosť efektívne komunikovať,
- schopnosť delegovať právomoci,
- predchádzať konfliktom, ak vzniknú – efektívne ich riešiť,
- schopnosť byť flexibilný, zvládnuť niekoľko rolí v krátkom časovom rozpätí,
- rozumieť stresu a vedieť s ním „zaobchádzať“ u seba aj u druhých,
- schopnosť spracovávať nové skúsenosti,
- pracovať s minimálnymi finančnými zdrojmi

Vo Veľkej Británii je napríklad postavenie sociálneho pracovníka presne vymedzené vo vzťahu k zdravotníctvu, k vzdelávaniu a výchove, k mentálne postihnutým deťom a pod. Ale aj pracovné vzťahy k jednotlivým odborníkom sú presne stanovené, t.j. k lekárom, psychiatrom, klinickým a poradenským psychológom, právnikom, riaditeľovi a administratíve. Sociálni pracovníci subordinujú prácu všetkých spomínaných odborníkov a tým zabezpečujú jednotný, ucelený a systematický vplyv na klientov (Žiaková, 2005).

3.2 Členovia multiprofesijného tímu

Pri práci s deťmi a mládežou je potrebné, aby bol v tíme zastúpený odborník z každej profesie, ktorý je potrebný pri riešení ich sociálnych problémov. Matoušek (2003), napríklad tvrdí, že sociálny pracovník sa nezaobíde bez sociálne orientovaného pediatra, detského

psychológa a mnoho krát potrebe zapojiť do tímu aj neurológa, foniatra, logopéda, liečebného pedagóga, právnika a poprípade ďalšie profesie.

V každodennej praxi vieme, že vo väčšine je pedagóg dieťaťu veľmi blízko. V školskom prostredí si môže pedagóg asi najskôr všimnúť prípadný problém u dieťaťa. Pri diagnostike napríklad špecifických porúch učenia má nezastupiteľné miesto špeciálny pedagóg v každom školskom zariadení.

V prípade riešenia sociálnych problémov dieťaťa je potrebné zaoberať sa jeho psychickým prežívaním. Hlavnou úlohou psychológa je psychodiagnostika osobnosti, teda posudzovanie človeka (Buda, 1994).

Existujú prípady, kedy je v tíme potrebný aj lekár. Sú to najmä prípady rôznych ochorení detí. Lekár musí byť neustále informovaný o aktuálnych zdravotných problémoch dieťaťa. Avšak lekár môže byť aj prvý v diagnostikovaní syndrómu CAN, týranie, zneužívanie, a zanedbávanie detí.

Spoluúčastníkmi tímovej práce sú nepochybne aj samotní klienti – deti, mládež a ich rodinní príslušníci. Je nevyhnutné, aby sa s nimi spolupracovalo. Ich úlohou je pozorovať dieťa a dostatočne informovať o jeho správaní. Rodinným príslušníkom musí byť poskytnuté potrebné poradenstvo v problémovej oblasti, ktoré ich dieťa prežíva. V niektorých prípadoch sa aj rodinní príslušníci stávajú klientmi sociálnej práce. Je to vtedy, ak ich sociálne problémy spôsobujú problémy ich deťom alebo sa navzájom prelínajú

3.3 Sociálne problémy detí a mládeže

Detstvo a dospievanie je špecifické vývojové obdobie, ktoré má osobité potreby, požiadavky a práva. Keďže deti a mladiství sú zo svojej prirodzenosti slabší, sú ohrozené sociálnymi problémami. Preto sú deti a mládež zaradené medzi rizikové skupiny.

Podľa Zákona číslo 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonáva opatrenia najmä pre maloletých a mladistvých, ktorí sa dopustili trestného činu, pre dieťa, ktoré sa dopustilo priestupku alebo je členom nejakej skupiny, ktorá ho svojim negatívnym vplyvom ohrozuje, pre dieťa, ktoré užíva drogy, hrá hazardné hry alebo má poruchy správania. Súhlasíme s Matouškom (2003), ktorý tvrdí o dieťati, že je rovnako ako dospelý biopsychosociálnou individualitou, a preto je potrebné posúdiť jeho situáciu zo zdravotného, psychologického, sociálneho i sociálnoprávneho hľadiska.

Medzi sociálne problémy detí a mládeže zaraďujeme syndróm týraného, zneužitého a zanedbávaného dieťaťa. Na základe odporúčania Zdravotníckej komisie Rady Európy sa uvádza pod skratkou CAN. „Syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa je súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu vývoja dieťaťa i jeho postavenia v spoločnosti, predovšetkým v rodine. Tieto príznaky sú výsledkom väčšinou úmyselného ubližovania dieťaťu, spôsobeného alebo pôsobeného najčastejšie jeho najbližšími vychovávateľmi, hlavne rodičmi“. Formy a prejavy syndrómu CAN sú telesné týranie, zneužívanie a zanedbávanie, duševné a citové týranie, neužívanie a zanedbávanie a sexuálne zneužívanie. Zvláštnou formou je systémové, organizované týranie a zneužívanie a rituálne týranie. Rusnáková (2007) hovorí o významnom fenoméne – Muenchausenov syndróm by proxy, s ktorým majú skúsenosti lekári. Rodičia si vymýšľajú patologické príznaky na svojom dieťati a vynucujú si u lekára veľmi náročné diagnostické i liečebné postupy. V súvislosti so syndrómom CAN Caban (2007) definuje rizikové deti, ktoré svojím správaním, prejavmi alebo situáciami v ktorých sa nachádzajú, uvádzajú seba do polohy potencionálnej obete vo

vzťahu k vzniku násilného správania. Avšak tieto faktory na strane dieťaťa nemajú všeobecnú platnosť, pretože akékoľvek riziko zo strany dieťaťa sa uskutočňuje len vtedy, ak existuje riziko zo strany dospelého. Matějček (In Caban, 2007) hovorí o deťoch, ktoré svojimi prejavmi zaťažujú, dráždia a psychicky, fyzicky vyčerpávajú svojich dospelých vychovávateľov; deti, ktorých prejavy sú dospelým málo zrozumiteľné a deti, ktoré nespĺňajú očakávania svojich vychovávateľov.

Medzi ďalšie problémy zaraďujeme psychologické problémy a to úzkostné poruchy v detstve, hyperaktivita a impulzivita, depresia a agresívne poruchy. U detí sa takisto stretávame s poruchou ADHD, čiže hyperaktivita s poruchou pozornosti, ktoré môžu viesť v rámci svojich prejavov aj k následným prejavom šikanovania, prípadne poruchám správania so sprievodným javom záškoláctva, vandalizmu alebo agresivite..

Ďalším fenoménom je kriminalita mládeže. Matoušek a Kroftová (1998) hovoria, že táto novodobá kriminológia zdôrazňuje, že kriminalita mládeže je páchaná skoro vždy v partiách, čiže v neformálnych vrstovníckych skupinách. Neformálne skupiny pritom u nás zhusta vznikajú vyčlenením so skupín formálnych, najčastejšie ich tvoria spolužiaci zo škôl, učilíšť, chovanci rovnakých dochádzkových a pobytových zariadení pre rizikovú mládež. Vo vrstovníckej skupine sa vyžaduje istá konformita. Spoločne uznávajú istý typ hudby, rovný štýl obliekania, spôsob správania a vyjadrovania. Majú rovnaký spôsob chovania k odlišnému pohlaviu, rovnaký postoj ku škole, k rodičom, k peniazom, k sexualite, k fajčeniu, k drogám, k alkoholu atď.

Medzi ďalšie problémy detí a mládeže patrí už spomínaná účasť v skupinách, ktoré ich svojím negatívnym vplyvom ohrozujú. Mladí ľudia si vytvárajú vlastné ideológie ako ideológie proti konzervatívnej, masmediálnej, konzumnej alebo industriálnej spoločnosti. Podľa toho v akej spoločnosti sa nachádzajú. Postupne môžu vznikať celé siete podobne zameraných skupín, ktoré prerastajú do hnutí a presahujú hranice štátov. Príslušnosť ku skupine jedinec prejavuje najmä svojím zovňajškom, svojráznym jazykom, uctievaním určitých symbolom a preferovanie určitej hudby. „Ideológia subkultúry mládeže sa obvykle inšpiruje aktualizovanými ideológiami z minulosti (Matoušek, Kroftová, 1997, s. 86).“ Medzi najznámejšie a najrozšírenejšie subkultúry v našej spoločnosti patrí drogová subkultúra, rasistická a subkultúra pseudonáboženská.

3.4 Potreba tímovej spolupráci pri riešení sociálnych problémov detí a mládeže

V praxi môžeme hovoriť o medzisektorovej spolupráci a koordinácii alebo o multiprofesijnej spolupráci v rámci jednej organizácie, kde je viacpočetný tím odborníkov. Takúto spoluprácu môžeme vidieť málokedy. O medzisektorovej spolupráci a koordinácií hovorí aj Zákon číslo 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a Zákon číslo 448/2008 o sociálnych službách. Sme toho názoru, že posúdenie zložitosti sociálneho problému dieťaťa sa nezaobíde bez spolupráce a pomoci ďalších odborníkov. Keďže pozícia a situácia ohrozeného dieťaťa je zložitá a náročná, je potrebné zabezpečiť komplexné riešenie tejto problematiky. Bez pomoci pediatra a detského psychológa sa sociálny pracovník nezaobíde. „Sociálny pracovník by sa mal predovšetkým ujať roly koordinátora a jeho prvoradou úlohou by malo byť zostavenie tímu potrebného k riešeniu každého jednotlivého prípadu (Matoušek, 203 s., 2003).“ Na základe vlastného posúdenia by mal sociálny pracovník zostaviť optimálnu skladbu tímu, plánovať a organizovať postup vyšetrenia a koordinovať práce jednotlivých odborníkov. Spolu s celým tímom by mal na záver stanoviť komplexnú sociálnu diagnózu, prognózu a navrhnúť spôsoby riešenia a alternatívne postupy riešenia, alebo prípadne sociálnu terapiu alebo sociálnu rehabilitáciu. So svojím tímom musí skúmať dieťa nielen ako samotné indivíduum, ale aj jeho mikrosociálny systém, teda jeho rodinu a významné osoby, ku ktorým

má dieťa emočne silný vzťah. Takisto je potrebné poznať medzisociálny systém dieťaťa, teda školské prostredie, susedské vzťahy a hlavne skupinu vrstovníkov (Matoušek, 2003).

4. Tvorba tímu a spolupráca v praxi

Aby sme vytvorili dobrý tím je potrebné poznať fázy jeho formovania, podmienky budovania a pripraviť jednotlivcov na prácu v tíme. Túto prípravu je možné vykonať prostredníctvom rôznych výcvikových programov. Rôzne postupy a programy na podporu rozvoja tímu majú pôvod v psychologických smeroch. Urýchľujú vzájomné spoznávanie, komunikáciu a nadobúda sa nimi dôvera vo vzťahu k ostatným členom tímu, čo je dôležité pre jeho ďalší rozvoj. Bedrnová a Nový (2007) zdôrazňujú, že správne vybraný a zostavený tím je kľúčovým predpokladom jeho úspešnej činnosti. Trvalé využívanie tímovej spolupráce a tímovej štruktúry v organizáciách má mimoriadny dopad na celkovú štruktúru a organizáciu riadenia a výrazne ovplyvňuje organizačnú štruktúru.

Dovoľujeme si konštatovať, že s aplikáciou tímovej spolupráce sa v sociálnej praxi stretávame len zriedkavo, skôr ojedinele. Hromadné a trvalé využívanie tímovej organizácie a tímovej práce má mimoriadny dopad na celkovú štruktúru a organizáciu riadenia a výrazne ovplyvňuje organizačnú kultúru konkrétneho subjektu.

Kovačič (2008) opisuje tímovú prácu ako jednu z metód riešenia problémov a rozvoja inštitúcie a zaraďuje ju medzi metódy sociálnopsychologického tréningu v pracovnom manažmente. Považuje za veľmi dôležité používať ju kvôli novým aktuálnym potrebám, ktoré vyplývajú z novodobých hospodárskych prvkov pri fungovaní a rozvoji inštitúcií.

Sme toho názoru, že tímovou spoluprácou sa rešpektuje individualita a tvorivá kapacita každého pracovníka, jeho samostatnosť a zodpovednosť v pracovných postupoch, pričom sa dáva priestor pre rozvoj jeho kreativity pri riešení problémov. Prostredníctvom tímovej spolupráce sa aplikujú a využívajú výhody a cieľ: synergický výstupový efekt, uplatnenie systémových princípov, flexibilnosť (časovú, rokovaciu, riadiacu, štrukturálnu), metódy tvorivého riešenia problémov. Podmienkou pre uplatnenie tejto metódy v praxi je nielen poznať osobnostné typológie tímových spolupracovníkov, členov tímu, ale i pracovné typológie a jej prejavy v pracovnom procese, pri rokovania a na poradách.

Pisková (2004) hovorí o troch formách spolupráce. Jednotlivé formy sa rozvíjajú a navzájom sa môžu prelínať. V prvom stupni ide o kooperáciu, teda výmenu informácií. V druhom stupni ide o koordináciu projektov, programov a zlaďovanie činností. A posledný stupeň je inštitucionálna spolupráca, ktorá počíta aj so štrukturálnymi a organizačnými zmenami spolupracujúcich organizácií.

V praxi môžeme hovoriť o medzisektorovej spolupráci a koordinácii alebo o multiprofesijnej spolupráci v rámci jednej organizácie, kde je viacpočetný tím odborníkov. Takúto spoluprácu môžeme vidieť málokedy.

Z tímovej spolupráce vyplývajú aj isté riziká a otázky, ktoré je potrebné riešiť. V prípade zostavenia tímu je možné, že ostatní členovia tímu nebudú rešpektovať postavenie sociálneho pracovníka ako koordinátora. Za dôvody, pre ktoré je sociálny pracovník nerešpektovaný, môžeme považovať rozdiely v profesiách, nedostatok odborných spôsobilostí sociálneho pracovníka a iné okolnosti. Problémom tímu môžu byť rôzne organizačné problémy so zabezpečením stretnutí členov tímu – ich časové zadelenie, vhodné priestory a iné. Mohli by sme aj zdôrazňovať potrebu slobodného rozhodnutia byť v tíme, účasť je potrebné prejednať, alebo odsúhlasiť v organizácii.

Záver

Je pochopiteľné, že tímová práca má navzdory mnohým výhodám, oproti tradične poňatej pracovnej skupine i svoje limity a je spojená s určitými rizikami

Výhodou je, že tímy bývajú tvorivejšie než jednotlivci a klasické pracovné skupiny, jednoduchšie sa rozpoznajú a odstránia chyby, účasť na tvorbe rozhodnutia vedie jednotlivca k identifikácii s ním a motivuje ho k jeho realizácii, zvyšuje sa ochota k riziku, k neobvyklým riešeniam a originalite; zmierňujú sa extrémne názory a riešenia; rozširuje sa a prehlbuje využívanie informačnej základni, tlak skupiny vyžaduje schopnosť presadiť sa a súčasne vytvára dostatočný priestor pre sebapresadenie jednotlivcov, uľahčuje koordináciu a celkovú organizáciu práce, má výchovný dopad na mladších spolupracovníkov (nová skúsenosť, príležitosť ukázať sa a pod.), vytvára stimulujúce podmienky pre rozvoj všetkých členov tímu, uľahčuje nepopulárne rozhodnutia, podmieňuje väčšinové „neformálnu autoritu“ rozhodnutie než v prípade rozhodovania jednotlivca, vedie k uspokojovaniu rady sociálne psychologických potrieb členov tímu (Bedrnová, Nový, 2007).

Medzi nevýhody tímovej spolupráce može patriť aj ilúzia úspešnosti, možnosť vysokého rizika a spoločnej nezraniteľnosti, ktoré môžu viesť k nereálnemu optimizmu v zmysle dosiahnutia cieľov i voľby metód ich dosiahnutia, skupinový tlak proti argumentom, ktoré spochybňujú spoločnú ilúziu, spoločnú snahu vyhnúť sa (i oprávnenej) kritike zvonka; presvedčenie o morálnej oprávnenosti tímom zvolených spôsobov pracovného i sociálneho správania; stereotypný pohľad na vonkajšie okolie, tzn. na ostatných pracovníkov, iné tímy a pod.; autocenzúra vlastných názorov a postojov, pokiaľ sa líšia od tímového konsenzu; preceňovanie jednoty vlastného tímu (napr. v názoroch, vzájomnej podpore) (Bedrnová, Nový, 2007).

Medzi slabé stránky tímovej spolupráce môžeme považovať aj to, že v tíme neexistuje legitímny vodca, ktorý by reprezentoval tím, keďže v tíme sú si všetci členovia rovní. V prípade zlyhania tímu sa nenájde osoba, ktorá by bola zodpovedná za chybu, ktorá spôsobila zlyhanie pri riešení sociálneho problému. Alebo ak sa aj označí osoba, ktorá spôsobila zlyhanie tímu, kto a na základe akého porušenia normy ju môže sankcionovať? Ďalšou spornou otázkou je, že ako môžu byť jednotliví členovia – odborníci motivovaní k tomu, aby pracovali v tíme? Nie je to pre nich len práca navyše? Môže byť motivačným faktorom vyššie finančné ohodnotenie v našich podmienkach? Tieto a ďalšie otázky týkajúce sa tímu je potrebné riešiť.

Keďže existencia negatívnych dôsledkov, sprievodných javov tímovej práce, má všeobecnú platnosť, môžeme povedať, že cieľavedomou riadiacou činnosťou ich negatívny dopad môžeme aspoň minimalizovať. Na druhej strane tímový spôsob práce umožňuje trvácnejší výkon a kvalitnejšie výsledky práce s rešpektovaním individualizácie, najmä v sociálnej oblasti s maximálnym zastúpením ľudského činiteľa a princípu kooperatívnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

BEDRNOVÁ, E; NOVÝ, I. a kol.. *Psychologie a sociologie řízení*.3.vyd. Praha : Management Press, 2007. 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

BUDA, B. *Empatia – psychológia vcítenia a vžitia sa do druhého*. 2. vyd. Nové Zámky : Psychoprof, 1994. 338 s. ISBN 80-967148-0-5.

CABAN, M; PAPŠO, P; KALAMÁROVÁ, K; VAVRINČÍKOVÁ, L. *Sociálna práca s vybranými cieľovými skupinami.* 1. vyd. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2007, 175 s. ISBN 978-80-8083-478-4.

KOLLÁRIK, T.; KOLLÁROVÁ, E. *Pracovná skupina z pohľadu sociálnej psychológie*. 1. vyd. Bratislava : Práca, 1990. 136 s. ISBN 80-7094-079-4.

KOVAČIČ, V. Psychológia *manažmentu jeho metódy, ich aplikácia a sociálnopsychologický výcvik.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 148 s. ISBN 978-80-968251-9-6.

MATOUŠEK, O. ; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvencia*. Praha : Portál, 1998. 335 s. ISBN 80-7178-226-2.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

PISKOVÁ, J. Úloha mimovládnych organizácií pri tvorbe regionálneho (lokálneho) partnerstva. In. *Determinanty sociálneho rozvoja Sociálne podnikanie II.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Banská Bystrica : Ekonomická fakulta Univerzity Mateja Bela, 2004, s. 142 – 149.

RUDY, J. *Manažment a teória chaosu alebo nový model organizácie*. Bratislava : Faber, 1997.

RUSNÁKOVÁ, M. *Rodina v slovenskej spoločnosti v kontexte sociálnej práce*. 1. vyd. Ružomberok : Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007. 167 s. ISBN 978-80-8084-248-2.

STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava : AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

STRIEŽENEC, Š. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : AD, 1999.

Zákon 305/2005 Z.z. Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 448/2008 Z.z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní.

ŽIAKOVÁ, E. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov : Akcent Print, 2005. 232 s. ISBN 80-969274-2-6.

ÚLOHA RODINY V TERAPEUTICKOM PRÍSTUPE K DIEŤAŤU S AFATICKÝM SYNDRÓMOM

DANUTA GRZESIAK-WITEK, PAWEL WITEK

Abstrakt

Príspevok prezentuje dôležitosť postavenia rodiny ako jedného z pomáhajúcich súčastí v logopedickej terapii klienta s afáziou. Reedukácia reči dieťaťa s afáziou začína už počas hospitalizácie a po prepustení do domáceho liečenia pokračuje intenzívna terapia v logopedickej poradni konkrétneho klinického pracoviska. Podmienkou procesu je podpora pozitívneho vzťahu medzi klientom, logopédom a rodičom. Rodina (alebo rodinný príslušník) od momentu hospitalizácie až po samotnú liečbu sprevádza dieťa počas celého procesu.

Kľúčové slová

Rodina, dieťa s afáziou, terapia, pomáhajúci proces.

Úvodné poznámky k vymedzeniu pojmu afázia

Afázia vzniká na podklade orgánového poškodenia mozgového tkaniva dominantnej hemisféry. Najjednoduchšie je definovateľná ako porucha už vybudovanej reči, ktorá vznikla následkom ložiskového poškodenia mozgu. Predpona **a-** vyjadruje skutočnosť, že ide o získanú poruchu.

Prvýkrát použil termín afázia Sextos Empirykus, a to v odbore filozofie (porov. Kądzielawa, 1996: 53). Avšak, pokiaľ ide o poruchy reči bol termín použitý Armand Trousseau v roku 1864. V súčasnej odbornej spisbe možno nájsť množstvo rôznych definícií dotýkajúcich sa pojmu afázia. Maria Pąchalska vysvetľuje, že variabilnosť pohľadov na afáziu je spojená predovšetkým so samotnou typológiou afázie (Pąchalska, 2005). Krzysztof Jodzio hovorí v spojitosti s afáziou o *poruchách komunikácie vo verbálnej, písomnej podobe spôsobené poškodením mozgu* (Jodzio, 2005, s.191).

Pre účely tohto príspevku uvádzame stručnú neurolingvistickú typológiu Luriju, ktorý diferencuje afázie, ktoré **vznikajú pri léziách predných oblastí mozgu** (ide o dynamickú afáziu, eferentno-motorickú afáziu) alebo na tie, ktoré v**znikajú pri poškodení zadných oblastí mozgu** (ide o aferentno-motorickú, akusticko- mnestickú, senzorickú, sémantickú a amnestickú). Konkrétne ide o:

- dynamickú afáziu typickú tvorbou reči (iniciácia reči);
- eferentno-motorickú afáziu špecifickú poruchou kinetickej organizácie;
- aferentnú afáziu typickú poruchou kinestetickej aferentácie;
- senzorickú afáziu charakteristickú poruchou fonematickej diferenciácie;

- akusticko-gnostickú afáziu, ktorá je typická narušením akusticko-rečovej pamäti, epizodickou pamäťou t.j. nevie popísať prežité spomienky a má problémy v priestorovej orientácii;
- sématickú afáziu vyznačujúca sa poruchou simultánnej syntézy (Herzyk 2000, s. 45).

V reči afatikov sa vyskytujú typické príznaky, ktoré sú v rozličnej miere zastúpené v klinickom obraze. Symptómy afázie sú variabilné, napriek tomu sa v priebehu ochorenia môžu meniť. Väčšina afatikov je do určitej miery schopná obmedzenej komunikácie, v ktorej sa vyskytujú symptómy afázie ako napríklad zmenená plynulosť reči (fluencia), poruchy pomenovania (anómia), rečové automatizmy, perseverácie, agramatizmy, parafázie, poruchy porozumenia reči alebo poruchy v procese čítania a písania.

Rodina a možnosti diagnostiky afázie

Logopedická diagnostika je súčasťou komplexnej diagnostiky afázie v spolupráci s neurológom, klinickým logopédom príp. neuropsychológom. Opiera sa o výsledky lekárskeho a psychologického vstupného a priebežného vyšetrenia. Ide o prepojenie diagnostického a intervenčného (terapeutického) procesu v oblasti rečovej komunikácie.

V komplexnej a dlhodobej liečbe pacienta s afáziou dôležitú rolu zohráva spolupráca a zainteresovanosť rodiny na samotnej rekonvalescencii. Dosiahnutie úspechu pri logopedickej intervencii bez pomoci členov rodiny je viac-menej nemožné. Rodina musí vedieť, že hodiny strávené v logopedickej poradni nestačia k samotnému úspechu. Nevyhnutná je pravidelnosť reedukačných cvičení a každodenná konverzácia na pochopenie jednoduchých inštrukcii/pokynov špecifických pre prirodzené situácie každodenného života.

Logopéd začína rozhovor bežným zberom dát tzv. konverzačným rozhovorom, samozrejme ak je možný vzhľadom na klientovu schopnosť verbálne komunikovať. V danom prípade zohráva dôležitú rolu rodič, ktorý poskytne logopédovi požadované údaje. Dialóg je základom logopedickej diagnostiky, z ktorého možno identifikovať manifestujúce symptómy špecifické pre konkrétnu formu afázie.

Vďaka spolupráci logopéda, rodiča a klienta je možné získať konkrétne poznatky o klientovej poruche reči, spôsobe komunikácie, príznakoch a samotnej epikríze afázie. Ide o konkrétne informácie, a to: 1) konkretizácia poruchy reči, 2) popis priebehu ochorenia a pozorovateľné príznaky vo verbálnom a neverbálnom konaní, 3) vzťah pacienta k samotnej terapii, ochota spolupracovať a participovať na logopedickej intervencii, 4) údaje o klientovi (potrebné pre diagnostiku rozsahu postihnutia pravej alebo ľavej hemisféry), 5) spôsob prežívania ochorenia samotným klientom. Počas rozhovoru môže člen rodiny načrtnúť postavenie klienta v rodine pred ochorením, zodpovedať na otázku, do akej miery afázia ako ochorenie zmenila život samotného klienta a taktiež život rodiny (Grzesiak-Witek, Witek; v tlači).

Logopedická intervencia by sa mala realizovať vtedy, ak je klient vo fyzickej pohode, bez známok bolesti, bez rušivého vplyvu okolia (nemocničný personál príp. príbuzní, kolegovia a pod.). Klient s afáziou je zvyčajne na nemocničnom lôžku, ale postupne so zlepšujúcim sa zdravotným stavom je možné vytvoriť mu väčšie súkromie napr. presun do poradne logopéda, prípadne do inej miestnosti s možnosťou dodržať intimitu a súkromie pri reedukačných cvičeniach.

Spolupráca logopéda a rodiny prebieha počas celej doby liečby, preto aj všetky činnosti realizované v logopedickej ambulancii musia byť totožne realizované v domácom prostredí. Pri opakovaní pojmov či tematických okruhov sa snažíme, aby klient s afáziou začínal sám rozhovor, napríklad, keď nacvičujeme pomenovania podľa obrázkového materiálu. Ak klient

s afáziou nemá pohotovo výraz (slovo), rozhodne mu ho spolupracujúci člen nenapovedá, ale povzbudzuje jeho úsilie, aby klient našiel primeraný pojem. Ak slová či slovné spojenia sú skomolené je potrebné, snažiť sa priviesť klienta k správnemu slovu. Prípadne je možné mu pomôcť obrázkovým materiálom, alebo asociáciou na zážitok, v ktorom pojem zohráva dôležitú rolu. Zlepšenie či stagnovanie klienta s afáziou v domácom prostredí musí byť logopédovi poskytnuté aj s podrobnosťami (osvedčili sa nám zápisy, v ktorých člen rodiny sumárne zaznamenal konkrétne reedukačné cvičenia a ich progres príp. regres). Spolupráca medzi rodičom a logopédom spôsobom výmeny informácii môže prispieť k pozitívnej zmene smerovania v reedukačnom programe.

Význam rodiny v plánovaní účasti v procese liečby

Prvoradé je plánovanie spolupráce rodiča v logopedickej intervencii mimo nemocničného zariadenia. Zapracovanie spolupracujúceho člena rodiny pred prepustením klienta s afáziou je dôležitým krokom pre zabezpečenie kontinuity v reedukačnej činnosti. Príbuzný má vedieť postupy, ktoré sa využívajú pri reedukácii, a ich konkrétny význam pre tú-ktorú funkci reči. Pri reedukačních cvičeniach je nevyhnutné dodržiavať určité zásady, na ktoré členovia rodiny zvyčajne zabúdajú. Predovšetkým ide o nasledovné. 1) v klientovej prítomnosti nehovoriť so žiadnou osobou o ňom a jeho probléme; 2) poskytnúť dostatok času pre klientove odpovede; 3) nehovoriť za klienta, nesnažiť sa ho doplňovať; 4) každú činnosť klientovi objasniť čo najjednoduchšie. V prípade, že klient nerozumie neopakujte mu inštrukcie tým istým spôsobom; 6) nepristúpte na komunikáciu prostredníctvom posunkov (spočiatku môže klient komunikovať prostredníctvom posunkov, neskoršie je potrebné posunky z konverzácie eliminovať).

V začiatkoch reedukačného plánu je možné využiť fotografie členov rodiny s následným priraďovaním mien. Možno využiť aj spev, v prípade že klient s afáziou pred úrazom inklinoval k spievaniu. Postupy, ktoré **využívajú melódiu a spev** ku korekcii komunikačných schopností sú špecifické pre melodicko-intonačnú terapiu, ktorá je rozdelená na tri na seba nadväzujúce úrovne. Spôsob akým terapeut pracuje je nasledovný: terapeut sedí oproti klientovi, drží mu ľavú ruku a ten mu odzerá z úst. Taktiež môže ísť o využívanie literárnych textov napr. nábožensky založený klient s afáziou si pamätal texty modlidieb a niektoré úryvky textov liturgického obradu.

Pri opakovaní sa snažíme, aby klient s afáziou začínal sám hovor, napríklad, keď nacvičujeme pomenovanie podľa obrázku. Ak klient s afáziou nemá pohotovo výraz (slovo), rozhodne mu ho spolupracujúci člen nenapovedá, ale povzbudzuje jeho úsilie, aby klient našiel primeraný pojem. Ak slová či slovné spojenia sú skomolené je potrebné, snažiť sa priviesť klienta k správnemu slovu. Prípadne je možné mu pomôcť obrázkovým materiálom alebo asociáciou na zážitok, v ktorom pojem zohráva dôležitú rolu.

Vypracovaný reedukačný program je individuálne spresňovaný a doplňovaný na individuálnych logopedických stretnutiach. Z praxe môžeme skonštatovať, že domáce prostredie v porovnaní s nemocničným má svoje výhody: blízkosť a známosť prostredia, možnosť komunikovať s viacerými členmi, nenásilná intervencia v ktoromkoľvek čase a pod. (Grzesiak-Witek, Sobolewski, v tlači). *Súčasťou programu je nutné zistiť aj aké hodnoty klient pred ochorením preferoval, na tom základe možno tematicky navrhovať konverzačné oblasti. Môže ísť o duchovné hodnoty, ako je dobro, krása, zdravie alebo hovoríme o inštrumentálnych hodnotách ako je majetok,, peniaze* a i.(Łobocki, 2003, s.77).

Často sa stretávame s nesprávnymi názormi, že podstatou logopedickej intervencie je samotný výsledok. Preto aj dlhodobá liečba, neustále opakovanie, prípadná stagnácia sú častými

otázkami členov rodiny, či logopedická intervencia je správna a pod. Preto aj zapojenie jedného z rodinných príslušníkov (dcéra, otca) môže viesť k pozitívnemu efektu pri progrese v priebehu logopedickej intervencie.

Zhrnutie

Pre liečbu klientov s afáziou možno hovoriť o komplexných opatreniach zo strany odborného tímu špecialistov (lekár - neurológ, psychológ, logopéd, ergoterapeut, fyzioterapeut), ktoré zohrávajú v liečbe dôležitú úlohu. Pokúsime sa uviesť niekoľko tipov pri zvládaní komunikácie s klientom s afáziou, ktoré v praxi využívame. Ide o jednoduché pravidlá, a to: 1) byť trpezlivým a tolerantným poslucháčom, 2) kričať príp. výrazne zvyšovať hlas je vylúčené (myslite na fakt, že sa snažia obe strany, nesmiete prepadnúť panike), 3) hovoriť tichým a kľudným hlasom, nakoľko ťažkosti v komunikácii nevyplývajú z nedoslýchavosti, 4) napriek tomu, že sa nezlepšuje artikulácia, je potrebné pochváliť kvalitu rečového prejavu, 5) uistiť sa, či rodina prijala aktuálnu poruchu reči, 6) vyjadrite mu podporu a pochopenie, 7) pomenúvajte jeho pokrok, využívajte pochvalu, 8) nehovorte s klientom ako s dieťaťom, 9) snažte sa mu ukázať zmysel logopedickej intervencie, 10) ponúknite mu pomoc využívať služby aj iných odborníkov.

Zoznam bibliografických odkazov

GRZESIAK-WITEK, D., SOBOLEWSKI, P. Leczenie, rehabilitacja i opieka nad pacjentami z afazją a zjawisko wypalenia zawodowego. [w:] *Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych,* pod red. T. Zbyrad, Stalowa Wola: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2008, s.366-390. INSB 978-83-7363-618-7

GRZESIAK-WITEK, D., SOBOLEWSKI, P. *Etap przygotowawczy w terapii logopedycznej chorych z afazją,* [w:] *Збирник наукових праць Кам'янець-Подильського державного университету. Серия социально-педагогична. Випуск 7,* Материали Мижнародной науково-практичной конференций "Актуальни проблеми корекцийной педагогики та психологий" Кам'янець-Подильський 2007, s. 112-114. INSB978-966-8848-19-3

GRZESIAK-WITEK, D., WITEK, P. *Jakość życia pacjentów z afatycznymi zaburzeniami mowy w oparciu o badania własne*, (w druku)

GRZESIAK-WITEK, D., SOBOLEWSKI, P. *System wartości pacjentów po udarze mózgu w oparciu o badania własne*, (w druku)

HERZYK, A. *Afazja: mechanizmy mózgowe i symptomatologia*, "Logopedia" 27, Lublin, 2000. s.23-53.

JODZIO, K. Zdrowiejący mózg – nowe spojrzenie na stary problem afazjologii [w:] *Neuronalny świat umysłu*, pod red. K. Jodzio, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls , 2005, s. 191-217. ISBN 83-7308-560-2.

KĄDZIELAWA, D. Afazja [w:] *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka. Z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, pod red. A. Herzyk i D. Kądzielawy, Lublin, 1996, s. 53-86. ISBN 83-89309-71-8.

ŁOBOCKI, M. *Wychowanie moralne w zarysie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2002, s. 77. ISBN: 9788373088146.

PĄCHALSKA, M.Proces uwagi i jego zaburzenia u pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych, [w:] *Neuronalny świat umysłu,* pod red. K. Jodzio, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls" 2005. s. 109-144. ISBN 83-7308-560-2

Originál príspevku *Rola rodziny w terapii logopedycznej chorego z afatycznymi zaburzeniami mowy* preložila a upravila PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

KOMUNIKAČNÉ STRATÉGIE MATKY V STIMULÁCII RANÉHO VÝVINU REČI U DETÍ S OROFACIÁLNYM RÁZŠTEPOM

ZLATICA HOPPANOVÁ, AURÉLIA KEREKRÉTIOVÁ

Abstrakt

Príspevok prináša najnovšie poznatky o ranom vývine reči a možnostiach jeho stimulácie pomocou všeobecných a špecifických komunikačných stratégií a metód. Je zameraný na rizikovú skupinu, do ktorej deti s orofaciálnym rázštepom z aspektu potencionálne narušeného vývinu reči patria.

Akcentuje nenahraditeľné miesto matky v procese ranej logopedickej intervencie. Potvrdením je realizovaný výskum, pri ktorom sa zmenou komunikačného správania matky podarilo naštartovať správny vývin reči dieťaťa. Intenzívna logopedická intervencia prebiehala počas 7 mesiacov v prirodzenom domácom prostredí pod supervíziou logopéda.

Výsledky výskumu ukázali, že komunikačné stratégie a špecifické metódy sú efektívnymi nástrojmi na stimuláciu vývinu reči detí s orofaciálnym rázštepom v ranom veku a komunikačné správanie matky je dôležitým kľúčom k správnemu vývinu reči dieťaťa.

Kľúčové slová

Orofaciálny rázštep, raná logopedická intervencia, matka, komunikačné stratégie.

1. Uvedenie do problematiky

Špecifiká vývinu reči u detí s orofaciálnym rázštepom

Raná intervencia sa deťom s orofaciálnym rázštepom začala poskytovať vďaka poznatkom z výskumov zahraničných autorov, ako Peterson – Falzone (2001), Grunwell (1993), ale i slovenských Oravkinová, Glendová, Kerekrétiová, Fedeleš (1998). Na základe Rossettiho delenia (Horňáková, 2006) do skupiny detí s identifikovaným rizikom môžeme zaradiť aj deti narodené s orofaciálnym rázštepom, nakoľko sú rizikové z hľadiska vývinového zaostávania. U detí s rázštepom sa potvrdil raný vznik a fixácia viacerých symptómov narušenej komunikačnej schopnosti (Oravkinová, 2007a). Prítomnosť symptómov sa potvrdila vo všetkých jazykových rovinách, čo ale neznamená, že všetky deti s rázštepom majú všetky jazykové roviny narušené. Môžeme však hovoriť o charakteristických predverbálnych a verbálnych črtách v rečovom vývine detí s rázštepom.

Už v predverbálnom období u nich dochádza k oneskorenému začiatku džavotania. Zaostávanie je výrazné v expresívnej reči a v aktívnom slovníku, ktorý je chudobnejší ako pasívna slovná zásoba. Toto oneskorenie môže byť zapríčinené zaostávaním vo vývine reči v jeho foneticko-fonologickej jazykovej rovine (Kerekrétiová, 1997). U detí s rázštepom dochádza k oneskorenému nástupu prvých slov a viet, tiež nárast slovníka je pomalší. Oneskorenie sa týka aj inventára konsonantov a môže pretrvávať do veku 3 – 4 rokov i neskôr, a prejaví sa ako celkové oneskorenie vo vývine reči (D´Antonio – Scherer, 2009). Široké spektrum symptómov vyskytujúcich sa u týchto detí môžeme kategorizovať do týchto skupín: **poruchy rezonancie, poruchy artikulácie, odlišnosti a oneskorenie vo vývine, odlišnosti vo vývine komunikačných schopností.** Pre deti s rázštepom v ranej logopedickej

intervencie je špecifické primárne **zacielenie na vývin** ich **artikulácie.** Tento aspekt ranej diagnostiky, prevencie a terapie vo foneticko-fonologickej rovine predstavuje nóvum v logopedickej starostlivosti (Oravkinová, 2007a).

Úloha matky/rodiny

Raná intervencia v poskytovaní starostlivosti deťom so špeciálnymi potrebami je zameraná nielen na samotné dieťa, ale aj na rodinu dieťaťa. V zahraničí sa s prvými pokusmi o začlenenie rodičov do intervencie a teda aj s ich vzdelávaním a tréningom stretávame v 70. rokoch minulého storočia a to z dôvodu nízkej efektivity dovtedy aplikovanej terapie. Aktívne začlenenie rodiča/matky vychádza zo skutočnosti, že dieťa raného veku trávi najväčšiu časť dňa so svojimi rodičmi (Horňáková, 2007a). Ak má logopéd za pacienta dieťa, v skutočnosti má pacientov dvoch – dieťa a rodiča. Rodič má hlavný vplyv na správanie dieťaťa. Preto intervencia, či už je poskytovaná novorodencom, dojčatám alebo starším deťom, musí zahŕňať aj matku/ rodičov (Golding – Kushner, 2001).

Aby bola stimulácia vývinu reči dieťaťa efektívna, je nevyhnutná **vyladenosť matky na dieťa.** Vyladená matka interpretuje všetky predrečové prejavy svojho dieťaťa ako zmysluplné (Vágnerová, 2000), a to i napriek tomu, že dieťa ešte nevykazuje známky zámernej komunikácie. Poskytuje mu pozitívnu spätnú väzbu úsmevom, dotykmi, objatím. Citlivo reaguje na jeho potreby. V konečnom dôsledku prirodzene používa komunikačné stratégie, ale iba v tom prípade, ak je medzi matkou a dieťaťom intaktný, nedeviantný vzťah.

Keďže deti s narušenou komunikačnou schopnosťou sa vyznačujú nižšou frekvenciou vokalizácií, odpovedí, iniciáciou prehovorov, konverzačných výmen a pod., ich komunikačné správanie následne ovplyvňuje komunikačné správanie rodičov, ktorí neposkytujú deťom optimálne rečové prostredie. Z tohto „bludného kruhu“ sa matku snaží vyviesť práve logopéd, ktorý aj prostredníctvom komunikačných stratégií učí rodiča **rozpoznať komunikačné potreby** dieťaťa a vyladiť sa na jeho potreby. Učí rodiča poskytovať **správny rečový vzor**, **vyladiť sa na potreby dieťa**, ale tiež **zhodnotiť vlastné správanie a jeho vhodnosť pri stimulácii vývinu reči dieťaťa.** V neposlednom rade **sprostredkuje rodičom ako využívať rôzne aktivity, rutiny, knihy, hudbu, kreatívne činnosti a hry** na stimuláciu reči svojho dieťaťa (Horňáková, 2007b). Logopéd poskytuje pomoc a dodáva matke istotu a stabilitu pri komunikácii s dieťaťom, čím napomáha dieťaťu vo vývine reči. V konečnom dôsledku učí matku používať komunikačné stratégie..

Komunikačné stratégie a špecifické metódy

Komunikačné stratégie boli popísané logopédmi na základe pozorovania interakcií medzi vyladenými matkami a ich deťmi v domácom prostredí, v tých najprirodzenejších situáciách (kúpanie, kŕmenie a pod.). Začali sa využívať ako terapeutické techniky ranej logopedickej intervencie. V súčasnosti majú nenahraditeľné miesto v intervencii oneskoreného a narušeného vývinu reči. Len matka, ktorá používa komunikačné stratégie je efektívnym komunikačným partnerom pre svoje dieťa. Avšak nie každá matka dokáže intuitívne používať tieto stratégie.

Komunikačné stratégie môžeme rozdeliť do týchto kategórií (Horňáková, 2007b):

A. Stratégie zamerané na dieťa ***B. Stratégie ľahšieho porozumenia***

C. Stratégie výmen ***D. Stratégie nových pojmov***

E. Stratégie rečového vzoru ***F. Stratégie konverzácie***

Podrobnejšiu charakteristiku jednotlivých komunikačných stratégií, opisujú Horňáková, Kapalková, Mikulajová (2005). Základné **komunikačné stratégie** sa používajú aj pri stimulácii reči detí s orofaciálnym rázštepom. Komunikačné stratégie sú bázou, ktorá musí byť vybudovaná skôr, ako pristúpime k špecifickým metódam (ŠM).Tieto dieťaťu sprostredkujú špecifickú stimuláciu vzhľadom k jeho špecifickým potrebám. Špecifické metódy slúžia na stimuláciu fonologického vývinu a na odstraňovanie typickej kompenzačnej a palatálnej artikulácie (Oravkinová, 2007b).

Podrobnú charakteristiku metód prevencie a odstraňovania symptómov palatolálie opisujú Oravkinová, (2007b), Hoppanová (2009).

2. Výskum

Cieľom nášho výskumu bolo stimulovať reč detí s orofaciálnym rázštepom prostredníctvom matiek za použitia komunikačných stratégií a špecifických metód.

Materiál a organizácia výskumu

Pri výbere vzorky detí a matiek sme spolupracovali s rázštepovou poradňou Kliniky plastickej, estetickej a rekonštrukčnej chirurgie so sídlom v Bratislave.

Pre výber detí sme stanovili nasledovné kritériá:

- deti s rázštepom podnebia,
- deti, ktoré v aktuálnom rečovom vývine neprekročili úroveň jednoslovných prehovorov bez ohľadu na vek,
- deti bez zmyslových, telesných alebo mentálnych postihnutí.

Kritériá sme stanovili taktiež pre matky:

- matky ochotné intenzívne spolupracovať aj mimo priamej logopedickej intervencie,
- matky bez zmyslových, telesných alebo mentálnych postihnutí.

Organizáciu výskumu, časový priebeh, použité diagnostické a terapeutické metódy aplikované u dieťaťa i matky, ako aj výsledky budeme prezentovať na prípadovej štúdii, ktorú uvádzame.

Kazuistika

Nina sa narodila s rázštepom podnebia bez vrodeného syndrómu.

R. A. V rodine sa dovtedy orofaciálny rázštep nevyskytol.

O. A. Priebeh gravidity bol bez pozoruhodností, pôrod načas, sectio ceasarea, dieťa prekonalo novorodeneckú žltačku. Hodnota Apgarovej skóre 10. Psychomotorický vývin prebiehal v norme. Dieťa podstúpilo palatoplastiku v 11. mesiaci života.

Výskum sme začali vo februári 2008, keď dieťa malo 12 mesiacov. Ukončili sme ho v septembri 2008, v 19. mesiaci života dieťaťa. Spolupráca trvala 7 mesiacov, počas ktorých sme realizovali ranú logopedickú intervenciu. Intervencia prebiehala v prirodzenom, domácom prostredí. Dĺžka intervenčného stretnutia bola v rozsahu 45 – 90 minút. S rodinou sme pracovali individuálne. Počas poskytovanej intervencie sme realizovali **vstupné diagnostické vyšetrenie** podľa modelu M. Laheyovej, 3 **rediagnostické** vyšetrenia a v 7. mesiaci **záverečné vyšetrenie**. Dieťa sme diagnostikovali v oblasti jazykových

a pragmatických schopností, ako i v oblasti fonologických schopností. U matky sme sa zamerali na hodnotenie jej komunikačného správania v interakcii s dieťaťom. Vzhľadom k tomu, že matka nebola prirodzene vyladená na svoje dieťa, pomocou metódy 4P kruh (**p**ripravte rodiča, **p**rezentujte informáciu, **p**rakticky nacvičte, **p**rispôsobte rodičovi) sme matke sprostredkovali komunikačné stratégie a až neskôr sme pristúpili k metóde E/D/Z (Edukácia, Demonštrácia, Zácvik), pomocou ktorej sme ju naučili používať špecifické metódy. Všetky stretnutia sme so súhlasom matky audiovizuálne zaznamenávali (informovaný súhlas).

Výsledky výskumu a ich interpretácia

Tabuľka 1 Symptómy NKS diagnostikované počas procesu intervencie

Fonologický vývin:	**Jazykový vývin:**	**Komunikačné schopnosti:**
úzky fonetický repertoár	OVR (12 m) (nezámerná komunikácia)	problémy v komunikácii matky a dieťaťa
systematická preferencia prefoném a foném	nižšia PDV v morfémach	
absencia alveolárnych prefoném a foném		
výskyt kompenzačných zvukov		

Legenda: PDV – priemerná dĺžka výpovede
NKS – narušená komunikačná schopnosť
OVR – oneskorený vývin reči

Z diagnostikovaných symptómov by sme chceli upriamiť pozornosť na oneskorený vývin reči, ktorý sme diagnostikovali v 12. mesiaci života dieťaťa. Začiatkom prvého roka deti začínajú tvoriť prvé slová. Nášmu dieťaťu v tomto období chýbalo niekoľko prekurzorov, ktoré vývinovo predstihujú obdobie jednoslovných prehovorov. Toto oneskorenie súvisí s komunikačným správaním matky pred zaradením do intervencie, ktoré bolo neefektívne vzhľadom k súčastným potrebám dieťaťa.

Tabuľka 2 Zameranie terapie

Terapia zameraná na dieťa	**Terapia zameraná na matku**
stimuláciu rečových prekurzorov	komunikačné stratégie
rozširovanie fonetického repertoára dieťaťa	špecifické metódy
rozšírenie lexikálnej zásoby dieťaťa	
odstraňovanie kompenzačných zvukov	

Tabuľka 3 Proces osvojovania si komunikačných stratégií (KS) a špecifických metód matkou

Spontánne používala	**Naučili sme ►**	**Sekundárny vplyv na výskyt KS**	**Spontánny výskyt**
Tvárou v tvár	**Vyladenie sa na rečovú úroveň dieťaťa**		**Imitácia**
Komentovanie (NDV)	**Gestá**		**Interpretácia**
Pomenovanie	**Rutiny**		
	Špecifické metódy (ŠM)		
	Bombardovanie ►	**Čakanie**	
	Vytváranie komunikačných príležitostí pre použitie cieľových slov		
	Fonologické zdôrazňovanie		
	Ignorovanie rizikových zvukov		
	Lexikálne nahrádzanie		

Legenda: NDV – neprimerane dlhé prehovory

Tabuľka 4 Dosiahnuté výsledky

Dieťa	**Matka**
„prebudenie“ z nezámernej komunikácie	efektívny komunikačný partner – používa KS a ŠM
odbúranie symptómov v oblasti pragmatiky	
rozšírenie fonetického repertoáru	
kompenzačné zvuky vyhasli	
vystimulovali sme cca 10 slov	

Záver

Ak rodič pozná potreby svojho dieťaťa prirodzene sa ich snaží naplniť. Preto sme matku, ktorá prirodzene nevycítila komunikačné potreby svojho dieťaťa, postupnými krokmi učili používať efektívne komunikačné stratégie. Efektívnym komunikačným partnerom sa stala približne po uplynutí polovice stanoveného času. Už na 6. intervenčnom stretnutí komunikovala s dieťaťom efektívne vzhľadom k jeho momentálnym potrebám. Otázne však zostáva, ako by napredovanie Niny vo vývine reči postupovalo, keby bola matka prirodzene vyladená. Predpokladáme, že na začiatku intervencie v 12. mesiaci by sme dieťa nediagnostikovali v štádiu prechodu medzi nezámernou a zámernou komunikáciou.

Z dosiahnutých výsledkov vyplýva, že komunikačné stratégie a špecifické metódy sú efektívne prostriedky na stimuláciu vývinu reči detí s orofaciálnym rázštepom raného veku. Raná intervencia nám poskytuje možnosť ovplyvniť životy detí výrazným spôsobom už v prvých mesiacoch života. Preto vidíme veľkú potrebu rozvíjať programy ranej intervencie, ktorá v súčasnosti nemá na území Slovenska dlhoročnú tradíciu. Je tiež nevyhnutné intenzívne spolupracovať s rodičmi, ktorí sú kľúčom k deťom, pretože bez nich, deti neurobia veľké kroky v malých topánkach.

Zoznam bibliografických odkazov

D´ANTONIO, L, I. – SCHERER, N. J. *Communication Disorders Associated with Cleft Palate.* In: Losee, J. E. – Kirschner, R. E: Comprehensive Cleft Care. New York : Mc Graw Hill Medical Companies, Inc. 2009. 1140 p. ISBN 978-0-07-148180-9.

GOLDING-KUSHNER, K. *Therapy Techniques for Cleft Palate speech and Related Disorders*. New York : Thomson Delmar Learning. 2001. 175 p. ISBN O-7693-0169-X.

GRUNWELL, P. *Analyzing Cleft Palate Speech.* London : Whurr Publishers. 1993. 184 p. ISBN 1-8703-332-57-1

HOPPANOVÁ, Z. *Stimulácie reči detí s orofaciálnym rázštepom v ranom veku.* Diplomová práca. Bratislava, PdF UK. Vedúca DP: prof. PhDr. A. Kerekrétiová, PhD. 2009.

HORŇÁKOVÁ, K. – KAPALKOVÁ, S. – MIKULAJOVÁ, M. *Kniha o detskej reči.* 1. vyd. Bratislava : Slniečko. 2005. 155 s. ISBN 80-969074-3-3.

HORŇÁKOVÁ, K. *Raná intervencia na Slovensku*. 2006. Dostupné na: http://www.detskarec.sk/files/ranaintervencia.pdf

HORŇÁKOVÁ, K. *Práca s rodičom.* 2007a Dostupné na: http://www.detskarec.sk/files/Pracasrodicom.pdf

HORŇÁKOVÁ, K. *Efektívne komunikačné stratégie.* 2007b. Dostupné na: http://www.detskarec.sk/files/EfektivneKomunikacneStrategie.pdf

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Palatolália.* 1. vyd. Bratislava : Vydavateľstvo UK. 1997. 142 s. ISBN 80-223-1140-5.

ORAVKINOVÁ, Z. – GLENDOVÁ, T. – KEREKRÉTIOVÁ, A. – FEDELEŠ, J. Sledovanie predverbálnych vokalizácií u detí s rázštepom pery a/alebo podnebia. In: LECHTA, Viktor a kol. *Logopaedica II*, Bratislava : Liečreh Gúth. 1998. ISBN 80-967383-9-9, s. 87 – 96.

ORAVKINOVÁ, Z. Raná logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a/alebo podnebia. In: LECHTA, Viktor a kol. *Logopaedica X*. Bratislava : Liečreh Gúth. 2007a. ISBN 978-80-88932-25-3, s. 108 – 111.

ORAVKINOVÁ, Z. *Raná logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a/ alebo podnebia.* Rigorózna práca. Bratislava : PdF UK. 2007b.

PETERSON-FALZONE, S. J. – HARDIN-JONES, M. A. – KARNELL, M. P. *Cleft Palate Speech*. St. Louis : Mosby, 2001. 371 p. ISBN 0-8151-3153-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie.* 1.vyd. Praha: Portál. 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

SKÚSENOSŤ S LIEČEBNOPEDAGOGICKÝM SPREVÁDZANÍM RODÍN BEZDOMOVCOV

JANA ŠPÁNIKOVÁ

Abstrakt

Nové formy prípravy a uplatnenia liečebného pedagóga pri sprevádzaní rodiny v rámci multidisciplinárnej spolupráce s Linkou detskej istoty pri SV UNICEF smerované k zvýšeniu povedomia a vnímavosti k "neviditeľnému" problému – bezdomovectvo.

Kľúčové slová

Rodičovstvo, bezdomovectvo a rodiny bez prístrešia, Liečebnopedagogické sprevádzanie, podporné programy a skupiny, Linka detskej istoty pri SV Unicef, vzdelávací program.

Podporovať rodičovstvo v dobrých časoch je dôležité, ale sprevádzať a stáť pri rodinách v zlých časoch je pre liečeného pedagóga výzvou!

Rodičovstvo

Rodičovstvo je aktívny proces, kedy rodičia používajú svoju prirodzenú výbavu, danosti, zručnosti, vedomosti pre plánovanie rodičovského vzťahu. Táto kontinuálna činnosť poskytuje sériu interakcií a je to – proces sám o sebe. Cez hlboké psychické udalosti sa v tomto procese vytvára postoj k životu v okamžikoch, ale aj v celom životnom cykle je to živé a tenké vlákno spomienok života. V ideálnom prípade v rodičovstve ide zvýšené úsilie o vlastné sebanaplnenie, čiže o túžbu realizovať viac svojho vlastného potenciálu v rôznych oblastiach života, vlastná sebarealizácia je často základom žiadaného rodičovstva.

Rodičovstvo vyžaduje vzťahy, vzťahy obojstranné a tiež vzťahy medzi dvoma (aj viac) generáciami. V konečnom dôsledku je to zložitý, nekončiaci a nezvratný proces života. Dáva človeku pocit úplnosti a vlastnú identitu, pomáha taktiež vývoji osobnosti rodiča ako človeka.

Rodičovstvo vytvára komplexný sebaobraz, zahŕňa ďaleko viac ako rolu matky, otca, zabezpečenie výživy, starostlivosti, vzdelania, bezpečia, ochrany, teda poskytovaním prostriedkov a je zhrnutím súborov správania v rámci generácií.

Rodičovstvo je neustále pod tlakom, vplýva na to množstvo skutočností a súvislostí čo, môže vytvárať aj absenciu vhodných a primeraných podmienok pre vývin a výchovu dieťaťa.

Treba si uvedomiť skutočnosť, že deti sú drahé, náročné na čas, finančné zdroje, lásku a bezpodmienečné prijatie to je v konečnom dôsledku aj dostatočne vyčerpávajúce. O to viac pre tých, ktorí musia sami každodenne riešiť svoju existenciu!

Pretože rodina má svoje dobré, radostné časy a aj na tie o ktorých je tento príspevok - zlé časy rodiny. Nositeľmi existenčných ťažkostí sú často choroba alebo úraz, finančný

nedostatok, exekúcia, absencia zdravotného poistenia, konflikt so zákonom, psychické problémy, závislosť, alebo domáce násilie a iné negatívne dôsledky môžu ovplyvniť správanie rodičov, čo môže byť veľmi škodlivé pre ich deti. Takýto komplexný existenčne rodinný stres môže v konečnom dôsledku prispieť aj k generačne sociálnemu postaveniu človeka bezdomovca a jeho rodiny.

Bezdomovectvo ***... je vážny sociálny problém a nie je priestupok.***

Neexistuje žiadny skutočný prípad dobrovoľného bezdomovectva. Bezdomovci zjednodušene sú ľudia, ktorí sa cítia bezmocní pri riešení svojich problémov, ktorí sa psychicky, sociálne a ekonomicky zrútili po opakovanom zlyhaní a stratili vôľu žiť. Bezdomovec môže mať strechu nad hlavou, ale tá sama o sebe nevytvára domov, teda vhodné prostredie na udržiavanie sociálnych vzťahov. Samotný dôsledok straty domova spôsobuje najčastejšie rozvrat primárnych rodín a často stojí za tým osobná neprispôsobivosť (príkladne- alkoholizmus, sociálna izolovanosť), osobná a tiež reálna chudoba (príkladne - nedostatok lacných bytov a bývania, predražené služby, nízke právne vedomie a finančná negramotnosť, vysoká nezamestnanosť).

Rodina bez prístrešia

Zvykáme si na to už aj my, na Slovensku , že rodiny bezdomovcov už existujú prakticky v každej komunite. Nízke platy, pre život predražené potrebné služby (nájomné, energie a pod.) zadĺženosť, exekúcie a nedostatok dostupného bývania, ktoré majú charakter reálnej chudoby a sú často štartovacou príčinou bezdomovectva.

Stavba týchto rodín je rôzna prevažuje rodina aktuálna, základná, neúplná (osamelá matka – často matriarchálna) s prvkami dysfunkcie. V rodinách je často prítomný alkoholizmus a tiež drogová závislosť, spolu prítomné sú často ťažké depresie a iné duševné choroby. Tragické je, že v týchto rodinných spoločenstvách bez prístrešia dochádza k zneužívaniu detí.

A ak chápeme pod pojmom *výchova v rodine cieľavedomú, systematickú starostlivosť o zdravý telesný, duševný a duchovný rozvoj dieťaťa a výchova v mnohých rodinách bezdomovcov sa často zužuje iba na uspokojovanie základných biologických potrieb dieťaťa.*

Často sa stretávame s postojom a aj väčšinový názor je, že bezdomovectvo je problémom miest , ktorý postihuje dospelých mužov, a nie je to celkom spoločenský problém . Bohužiaľ slovenská skutočnosť je taká, že viac a viac rodín (už aj vo vidieckych oblastiach a malých mestách) je bez domova. Často sú to práve ženy - matky s deťmi, ktoré sa ocitajú bez prístrešia a zabezpečenej existencie. A práve materstvom nastáva prevažne pre ženu neustála preťaženosť, únava a ešte v spojení s existenčnou neistotou je potom pre ženu rola matky nie poslanie, ale skôr namáhavá a vyčerpávajúca práca. Tieto ťažkosťami skúšané rodiny osamelých matiek, sú takmer neviditeľné, ale existujú. Samotné deti a mladí ľudia z týchto rodín vo väčšej miere pociťujú odlišnosť od iných čo je spojené so samotou, sociálnou úzkosťou, poruchami správania a učenia, nedostatkom naplnenia ich materiálnych a voľnočasových potrieb, pociťujú a aj sú často znevýhodnení v oblasti vzdelávania.

Programy na podporu rodiny

Sprevádzanie rodín bez prístrešia, programy na podporu rodiny a podporné skupiny sú jednou z dôležitých ciest, ako eliminovať dôsledky tohto nepriaznivého obdobia rodičovstva.

Život je sprevádzaný ohrozeniami, ale aj jeho príležitosťami a mať postavenie bezdomovca nemusí byť trvalé, môžu to byť len „zlé časy“ v živote rodiny. Život s meniacou sa príležitosťou môže byť sprevádzanie tejto rodiny v jej zlých časoch našou profesionálnou

výzvou. Pretože práve v tomto období ľudia bez prístrešia potrebujú posilniť svoje osobné kompetencie a zručnosti, potrebné na posilnenie rodiny v svojom životnom cykle. Zároveň pri práci s rodinou, ktorá sa ocitla „v zlých časoch“, pri vypracovaní programu na ich sprevádzanie vychádzame z možností, že aj táto rodina má svoje prirodzené zdroje, kde rodičia sú nositeľmi prirodzenej autority a majú rozhodovaciu právomoc.

Podporné skupiny ***„Spoločne je oveľa jednoduchšie!"***

Tieto skupiny vzájomnej pomoci a svojpomoci pomáhajú posilniť dôveru v to, že tým čím rodič v živote prechádza, nie je ojedinelé. Podporné skupiny je tým miestom stretnutia, kde môžu byť prezentované osobné informácie, skúsenosti zdieľané a mechanizmy zvládania posilnené.

Členovia skupiny sú osoby, ktoré v rozhovoroch riešia svoje osobné problémy, problémy s hľadaním práce a uplatnením, problémy s deťmi a ich zabezpečením. Cez tento proces dochádza k pomalej zmene sebavedomia a sebaúcty. Vieme, že čím viac dôvery si členovia skupiny dávajú, tým otvorenejšie môžu hovoriť o svojich dobrých aj zlých skúsenostiach a vzájomne sa podporovať, pomáhať si. Skupiny vzájomnej pomoci rodičov učia o tom, ako sa s podobnou situáciou vyrovnávajú iní rodičia, pomáhajú porozumieť, prečo dieťa, o ktorého sa rodič, stará má svoje problémy, podelia sa o skúsenosti s inými rodičmi - ľuďmi v podobnej situácii a tiež môžu získať priateľov, ktorých môžu kontaktovať alebo požiadať o pomoc. Napokon je dokázané, že celá rodina má z tohto procesu výhody, rodičia sa cítia viac rodičovsky kompetentní v riešení problémov, podporná skupina je určitým „ochranným faktorom“ pre nich a deti, čo v konečnom dôsledku posilňuje sociálne kompetencie všetkých.

Víkendové stretnutia a pobyt

V rámci pravidelných stretnutí si zúčastnení rodičia, ale aj deti vymieňajú správy, informácie, názory, tiež každodenné problémy, ale si plánujú sa aj spoločné aktivity. Samotná podpora a sprevádzanie rodiny bez prístrešia umožňuje často deťom žiť spolu s rodičom v akomsi náhradnom domácom prostredí, chodiť do školy čo im pomáha s vyrovnávaním sa so svojím zlým obdobím. Zároveň sa poskytuje pozornosť potrebám všetkým členom rodiny deti sa tiež zúčastňujú rôznych korektívnych programov a voľnočasových aktivít, pretože aj rodičia potrebujú svoj čas na „vyčistenie“ mysle cez zdieľanie svojich starostí, relaxáciu, prechádzku, smiech. Týmto sa uvoľní celkové napätie a vytvorí sa akási prestávka od tlaku, ktorý pochádza zo zodpovednosti a napätia za starostlivosť o dieťa, každodenné zabezpečovanie spoločnej existencie. Počas víkendových stretnutí, ale aj počas letných pobytových aktivít účastníci a ich rodinní príslušníci môžu využiť formu určitej hradenej a zároveň uľahčujúcej služby, potrebnej k účasti – úhrada cestovného, strava, hradenie aktivít, občerstvenie a pod. Počas času, keď rodičia sledujú svoje záujmy dieťa dostáva osobitnú pozornosť prostredníctvom cielených aktivít dobrovoľníkov – prevažne študentov ale aj iných vyškolených a kvalifikovaných osôb.

Študent liečebnej pedagogiky získava nasledovné praktické spôsobilosti pri práci s rodinou:

- schopnosť zostaviť anamnézu rodiny, získať orientáciu vo výchovnej situácii klienta, aktualizovať korekčné opatrenia a sledovať ich účinnosť, určovať rodinnú diagnózu, potvrdzovanie druhu a stupňa napätia vo fungovaní rodiny, vypracovanie dočasných a dlhodobých opatrení v chode rodiny;
- okamžitá intervencia a pomoc pri riešení výchovných konfliktov a problémov rodiny;

- vykonávanie pohovorov s rodičmi, objasnenie príčin ich ťažkostí a neúspechov, spoločné zlaďovanie prístupov v úprave rodinných vzťahov, znalosť techník a postupov, ktoré uľahčujú dosiahnuť tento liečebnovýchovný zámer, náprava komunikácie a vzťahov medzi rodičmi a deťmi;
- schopnosť pri sprevádzaní rodiny plánovať a realizovať liečebnopedagogickú asistenciu prostredníctvom liečebnopedagogických cvičení alebo liečebnovýchovných programov s využívaním prvkov terapeutických disciplín ako sú arteterapia, biblioterapia, muzikoterapia, ergoterapia, terapia hrou, dramatoterapia, terapia pohybom;
- ustálenie potrieb a okruhu pomoci zo strany sociálnych služieb, inštitúcií a organizácií podporujúcich rodinu (škôl, poradní, opatrovateľsko-výchovných zariadení, ÚPSVaR, rodinných súdov, miestnych samospráv, sociálnej pomoci, nápravných zariadení, polície a ďalších), schopnosť inštruovať zúčastnených na starostlivosti o aktuálnych výchovných opatreniach vo výchovnom, vzdelávacom, liečebnom a sociálnom prostredí rodiny, náprava komunikácie a vzťahov medzi rodičmi a deťmi, zároveň pôsobenie na efektívnu komunikáciu rodičov so sociálnymi, výchovnými organizáciami a inými podporujúcimi rodinu;
- schopnosť uplatniť tímový a interdisciplinárny prístup v riešení problému klienta; schopnosť porozumieť a zohľadniť v liečebnopedagogickej intervencii diagnózy, doporučenia a opatrenia iných odborníkov (lekárov, psychológov, psychoterapeutov, pedagógov, špeciálnych pedagógov, sociálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov, vychovávateľov);
- schopnosť kontrolovať a hodnotiť svoje správanie, postoje, city a starať sa o svoju psychohygienu;
- schopnosť objektivizovať, systemizovať a publikovať získané skúsenosti a poznatky;
- schopnosť riešiť problémy a konflikty uprostred rodiny, zvýšenie úrovne osobnej ohľaduplnosti jednotlivých členov rodiny, náprava obrazu rodiny v jej lokálnom prostredí,
- účasť na vážnejších rodinných stretnutiach, spoluúčasť rodičov na terapeutických pobytoch alebo organizovanie svojpomocného hnutia a inej podpory a programov pre problémové rodiny.

Praktické uplatnenie liečebného pedagóga s možnosťou jeho ďalšieho vzdelávania :

- rodinná starostlivosť a asistencia v rodine
- poradenstvo pre rodinu
- rodinná terapia
- rodinná mediácia
- intervenčné a podporné programy pre rodinu

Záver

Sociálne znevýhodnenej rodine, ktorá sa ocitne bez prístrešia, je potrebné venovať urgentnú profesionálnu starostlivosť predovšetkým jej zlyhaniu v ubytovacej kríze a zabezpečeniu

bývania, no bezprostredne a nemenej dôležité je treba venovať pozornosť vzťahom a podpore rodičom a ich deťom . Títo rodičia potrebujú bezpečné sociálne a emočné ľudské zdroje pomáhajúcich profesií, ich podporu a pochopenie k naplneniu ich základných ľudských potrieb. Hlavne deti z tohto prostredia, často žijúce na ulici, by nemali byť považované za záťaž spoločnosti, ale ako jej potenciálni a užitoční členovia. Je aj na liečebných pedagógoch a ostatných pomáhajúcich profesiach, aby sme sprevádzali tieto rodiny a ich deti, pomáhali im uspieť v živote, hľadali možnosti posilnenia funkcie rodiny a jej stabilitu. Byť profesionálne pripravení sprevádzať rodiny bez prístrešia, hľadať a rozvíjať ich potenciál, nakoľko na splnenie všetkých požiadaviek a potrieb štátna pomoc a podpora týchto rodín bude vždy nedostatočná.

Linka detskej istoty – SV UNICEF- detský fond OSN

Detská linka istoty (LDI) pri Slovenskom výbore UNICEF pôsobí na Slovensku už 13 rokov, jej poslaním je pomáhať deťom a mladým ľuďom, ktorí sa dostali do zložitej životnej situácie a nevedia si s ňou poradiť. Národný projekt LDI sa zaoberá problematikou výlučne slovenských detí alebo detí, nachádzajúcich sa na území Slovenska. Predstavuje otvorený viacúrovňový projekt, ktorý sa vyprofiloval z potrieb a dopytu detí, a poskytované služby sú primárne zabezpečené dištančnou formou, tiež s možnosťou osobnej intervencie.

LDI, od ktorej sa následne odvíjajú ďalšie projekty, je prvou telefonickou linkou, špecializovanou na problematiku detí a mládeže na Slovensku, ktorej cieľom stále je možnosť okamžitého telefonického kontaktu dieťaťa pri potrebe komunikácie alebo konkrétnej pomoci v krízovej či inej ohrozujúcej situácii. Profesionálne je toto pracovisko zabezpečené tímom supervízorov prevažne z odborníkov psychológie, sociálnej práce, špeciálnej a liečebnej pedagogiky a tímom konzultantov je z radov vysokoškolských študentov pomáhajúcich profesií, ktorí sú na prácu odborne pripravení. Súčasťou tejto prípravy je približne stohodinový výcvik, zameraný na dištančné poradenstvo.

Aktivity Linky detskej istoty

Dištančné poradenstvo

Detská telefonická linka (116 111) - zabezpečuje bezplatný kontakt s odborníkom nonstop z každého miesta SR. Zaručuje anonymitu. Poskytuje bezprostredné poradenstvo, ponúka aj pokračujúce intervencie v prospech dieťaťa. Svoju činnosť začala 26. januára 1996.
Sociálno-právna poradňa (0800 500 500) - uspokojuje potreby špecifického charakteru v sociálnej a právnej oblasti. Poskytuje odborné poradenstvo hlavne pre dospelú populáciu, ktorá koná alebo chce konať v prospech dieťaťa.
Komunikácia a poradenstvo cez internet - vychádza z požiadaviek aktuálnej doby a súčasne zo základnej filozofie LDI: „Byť dostupný pre deti, mládež, ale i pre dospelých, konajúcich v záujme dieťaťa“.
Rodičovská linka - je zriadená pre rodičov, ktorí sa chcú porozprávať, poradiť, prekonzultovať či overiť si svoje výchovné postupy, získať informácie a hlavne spolu s odborníkom hľadať optimálne postupy pri riešení problémov so svojimi deťmi.

Osobné intervencie

Krízové stredisko - ambulantnou formou poskytuje odbornú interdisciplinárnu starostlivosť v situáciách akútnej krízy a iných závažných životných situáciách, v ktorých sa dieťa alebo rodič s dieťaťom ocitá. Cieľom je okamžitá alebo priebežná eliminácia nežiadúceho vplyvu prežívaného problému. Intervencie predstavujú prácu s ohrozeným dieťaťom, prácu s rodinou, spoluprácu s orgánmi štátnej správy a s ďalšími inštitúciami podľa individuálnych potrieb.

Klienti si môžu po telefonickom dohovore dohodnúť osobné stretnutie. Krízové stredisko pracuje od roku 1999.

Terénny rodinný poradca - v tomto projekte od septembra 2006 pomáha rodinám, ktoré nespĺňajú základné kritériá starostlivosti o dieťa. Snahou poskytovaných intervencií je predísť nutnosti vyňať dieťa z rodiny, prípadne dosiahnuť prijateľný stav pre možný návrat dieťaťa z inštitucionalnej starostlivosti, následne podporovať pozitívne vzťahy medzi dieťaťom a rodinou ako i dieťaťom a širším sociálnym prostredím.

Ostatné projekty na podporu detských práv

CHIPS - Childline in Partnership with Schools - cieľom je vytváranie pozitívnej školskej atmosféry formou rozvíjania a podpory vrstovníckych vzťahov medzi deťmi základných škôl. Projekt „Hľadané deti“ - chce pomôcť deťom, rodičom, príbuzným... Cieľom projektu je zapojenie širokej verejnosti pri hľadaní detí, ktoré sú stratené, na úteku alebo v inom ohrození. Spoločné úsilie môže urýchliť návrat detí do bezpečia, skrátiť čas ich bolesti, strachu a neistoty, zachrániť im život. Sú to situácie, keď treba konať rýchlo, operatívne a profesionálne.
Projekt „Za oponou“ - ponúka web stránku www.zaoponou.sk, určenú pre staršie deti základných škôl. Svojím obsahom sa stránka zapája do aktivít na predchádzanie všetkých prejavov intolerancie. V zmysle myšlienky „poznanie je cesta k tolerancii“ poskytuje deťom možnosť pouvažovať a uvedomiť si niektoré fakty a ich súvislosti pri témach ako je xenofóbia, rasizmus, etnická a náboženská neznášanlivosť, telesná a duševná odlišnosť a pod.
Osvetová kampaň „...venujme viac času našim deťom....“, ktorej cieľom je osloviť rodičovskú verejnosť v záujme zlepšovania kvality života detí a ich zdravého vývoja. Deti dostávajú pocit istoty a bezpečia tam, kde im prejavujú pozornosť.
Edícia Linky detskej istoty - jej cieľom je priblížiť sa širokej hlavne rodičovskej verejnosti a ponúknuť ľahkou formou skúseností odborníkov, ktoré sú úzko späté s detským svetom.
Zodpovedne.sk - Bezpečný internet - preventívny projekt s cieľom ochrany detí pred negatívnymi javmi, ktoré prostredníctvom internetu, mobilov a nových technológií môžu ohrozovať a ovplyvňovať zdravý vývin detí.

Zoznam bibliografických odkazov

JANEBOVÁ, R. *Proces vzniku a stadia bezdomovství*. Sociální práce, 2, 1999, č. 4, s. 27-28

JANEBOVÁ,R. *Ženy bez domova: marginální problém, nebo skrytý fenomén*, Aspekt, 1 – 2002

MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby,* Praha : Sociologické nakladatelství, 1999.s.248. ISBN 80-85850-61-3

MATĚJČEK, Z., *Rodiče a děti*. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08−056−89

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha : PORTÁL, 2005 352 s. ISBN 80-7367-002-X

MOŽNÝ, I. *Moderní rodina* (mýty a skutečnost). Brno : Blok, 1990.

PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P. *Bezdomovectví*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100

SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině*. Praha : Portál, 1994. ISBN 80-9013-250-2

VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9

www.ruzovyamodrysvet.sk , www.zodpovedne.sk

Zrealizované spoločné aktivity *Svet je sociálny život*

Svojpomocnej skupiny

Úvodné stretnutie (marec 2009)– zoznámenie sa , očakávania, riešenie akútnych problémov, pravidlá skupiny

Okruh problémov: určovanie otcovstva, výživné a náhradné výživné , styk s dieťaťom, tehotenstvo, príprava na pôrod, pôrodné a popôrodné komplikácie, detstvo, širšie rodinné vzťahy a vzťahy v pôvodnej rodine, nevery a alkoholizmus pôvodných rodín, tehotenstvo, poruchy a učenia správania, partnerský rozchod, dôsledky separácie matky a dieťaťa, túžba po životnom partnerovi, krivdy z detstva, život v detskom domove a vo výchovnom zariadení, rodinné oslavy, finančný nedostatok a exekúcia, dočasné bývanie, šikana a ubytovniach a v práci a ďalšie.

2. víkendové stretnutie – *máj / jún 2009 (prvé stretnutie bolo pred Vianocami 2008)*

Miesto: Rekreačné stredisko Margita a Ilona – Lučenec

Relaxačný pobyt matiek s deťmi bol organizovaný aj pri príležitosť MDD.
Cielenou príležitosťou situačného pozorovania matiek v nepoznanom prostredí – zamerali sme sa na ich vonkajšie správanie, riešenie problémov, starostlivosť, pripútanie a väzby k deťom.
Pobyt bol dobre hodnotený a bola to príležitosť v neštandardnom prostrední pozorovať prejavy a správanie detí v interakcii s matkami .
Problémy a konflikty, ktoré vzniky najmä počas spiatočnej cesty sa riešili na podpornej skupine.

Nakoľko došlo počas tohto víkendového pobytu k prudkému zhoršeniu počasia (dážď a ochladenie), k nepredpokladanému zrazu autoklubov zo SR a tiež vzhľadom k dispozičným podmienkam miesta pobytu sme nezrealizovali všetky pripravené aktivity.

Letný pobyt Radava- august 2009 – *chatková oblasť*
Aktivity : individuálna a skupinová práca s rodinou – konzultácie, intervencie, poradenstvo, skupinové stretnutia rodičov, cielený rozhovor.
Odborné personálne zabezpečenie -sociálna pracovníčka, psychologička, psychoterapeutka a rodinná terapeutka, dobrovoľníčky – študentky /liečebná pedagogiky, psychológia, sociálna práca)
Krízová intervencie: sociálno-právna intervencia v rodinnom prostredí účastníka pobytu, úrazy, ochorenie a zdravotné intervencie.
Činnostné aktivity s deťmi: interakčné stretnutie s rodičmi(reflexie dňa), súťaže - hľadanie pokladu, Olympiáda, pohybové a relaxačné hry, dramatická práca s rozprávkou, príbehy a hry s bábkami, kreslenie a maľovanie, spoločná kresba – vlajka, erb rodiny tvorba masky, oddychový pobyt na termálnom kúpalisku, masáže, zabezpečovanie potravín, individuálna a spoločná príprava jedla, práce spojené s táborákom a ďalšie.

Voľný pobyt a aktivity (obchod)
Ohrozenia: fajčenie, alkohol, konflikty v chatke matiek dojčiat- spojenectvo, verbálne útoky rodičov, "triedenie odpadu" ,pasivita za spoločné, neporiadok v chatke

Projekt

Projekt z blokového grantu v sociálnej oblasti - SOCIA

názov: Centrum výchovy k rodičovským zručnostiam- *Cieľovou skupinou projektu je rodina v krízovej životnej situácii*

Projekt SV Unicef – LDI v spolupráci so KLP PdF UK, OZ Proti prúdu a MÚ MČ Bratislava1-Staré Mesto

Cieľom podprojektu „Centrum výchovy k rodičovským zručnostiam" je zefektívnenie procesu sanácie rodinného prostredia prostredníctvom rozvoja inštitútu terénneho rodinného poradcu a vybudovania centra, ktoré bude slúžiť k aktivizácii cieľovej skupiny (rodina v krízovej situácii) v oblasti aktívnej participácie na procesoch zmeny, smerujúcich k riešeniu problematických oblastí rodinného života.
Hlavným cieľom centra je prostredníctvom organizácie podporných svojpomocných skupín rodičov, ktoré sú zamerané na rozvoj vedomostí, zručností a schopností vzťahujúcich sa k statusu rodiča, motivovať klientov k aktívnej práci a k učeniu ku schopnosti byť zodpovedným rodičom.

Vzdelávací program

Sprevádzanie rodiny,* akreditovaný MsŠ SR v roku 2009 *pod číslom:2853/2009/55/1

Vzdelávací program **Sprevádzanie rodiny** je určený predovšetkým pre liečebných pedagógov a iných pedagogických zamestnancov pôsobiacich v školách, školských zariadeniach, ďalej v rezorte zdravotníctva, sociálnych služieb, taktiež je vhodný pre poradcov v neštátnych informačno-poradenských organizáciách (pre zamestnancov, dobrovoľníkov a súčasne aj pre manažérov týchto organizácií). Základ vzdelávacieho programu tvorí teória prístupov k rodine, jej sprevádzanie a pomoc v bežných a náročných, krízových až ohrozujúcich životných podmienkach. Program je koncipovaný do 2 školských rokov, v rozsahu 200 hodín - 4 semestre, je zameraný na kariérny rast a na zlepšenie profesijnej práce s rodinou. Zohľadňuje rozvoj absolventa liečebnej pedagogiky širšej spôsobilosti pre prax s ohľadom na aktuálne spoločenské potreby a zmeny rodiny.
viac informácii: www.prolp.sk

Referát pre celoživotné vzdelávanie - Pedagogická fakulta UK,
Račianska 59, 813 34 Bratislava
bodiova@fedu.uniba.sk
02/44442928, 02/49287121

Fotospomienky:

Začiatky podporných skupín marec 2009

Víkendový pobyt máj - jún 2009

Letný pobytový program

Radava – august 2009

PRÁCA S RODINOU V KONTEXTE TERAPIE ĽUDÍ SO ZÁVISLOSŤAMI OD PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK

HROZNATA ŽIVNÝ

Abstrakt

Autor sa vo svojom príspevku zaoberá prácou s rodinou a blízkymi osobami ľudí so závislosťami od psychoaktívnych látok. Autor pojednáva o rodinnej terapii a jej kontextoch v liečbe závislostí, krízovej intervencii a práci so skupinami blízkych osôb. V príspevku je zdôraznená potreba a význam práce s rodinou z hľadiska efektivity terapeutických a doliečovacích programov. V reálnej praxi práca s rodinou často absentuje alebo je nedostatočná.

Kľúčové slová

Závislosti od psychoaktívnych látok, prevencia, liečba, doliečovanie rodinná terapia.

Niekoľko slov o závislosti a slobode...

(...z príhovoru terapeuta na spoločnom vianočnom stretnutí skupiny Prameň (psychoterapeutická skupina) a klubu Pútnikov (socioterapeutický klub) v decembri 2008 v CPLDZ v Bratislave na Hraničnej ul. 2):

„...isto poznáte model choroby rodiny, podľa ktorého sú členovia rodiny chorí takisto ako identifikovaný závislý.

Ich chorobou je spoluzávislosť, ktorú možno charakterizovať i týmito príznakmi: pocit viny za to, čo sa deje; obetovanie sebaúcty v prospech snahy zachovať zdanie, že je „všetko v poriadku" smerom navonok; preberanie zodpovednosti za uspokojovanie potrieb iných pred vlastnými; prežívanie úzkosti; poruchy emocionality; depresivita;

pocity krivdy; strata zmyslu života; pocity ničoty...

Ak sa dokáže rodina zmobilizovať a začne produktívne riešiť svoje problémy, má veľkú šancu ich i vyriešiť. V rámci riešenia problémov súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok, alebo s hraním hazardných hier, identifikovaný závislý sa začne liečiť a v lepšom prípade sa začne liečiť i spoluzávislý rodinný príslušník.

Ak teraz urobíme myšlienkový skok a prehlásime, že výsledkom terapie je to, čo sme skutočne terapiou dosiahli a v zmysle tohto výroku abstrahujeme od negatívnych výsledkov terapie (neúspešná, neukončená, prerušená terapia), tak výsledkom úspešnej terapie sú Vaše životy, Vaša cesta od závislosti k slobode.

Prešli ste svojim „nultým stavom duše", Vy i vaši blízki ste prešli následne tým, čo možno nazvať pozitívnou dezintegráciou. Je to proces v čase, kde sa rozbíja staré, tvorí nové, je to čas odvahy a rizika, je to čas nových možností a poznania, že sila môjho JA je v schopnosti tvorivo meniť seba, svoje vzťahy k iným ľudom, aj vzťah k svetu. Je to čas rozhodnutia a rozhodovania, je to cesta od závislosti, neslobody, k nezávislosti, slobode.

Vnímam i to, že istým spôsobom prezentujete „vzorku ľudí“, ktorí nielen hovoria o zmene životného štýlu a nových kvalitách života, ale takýto život i žijú.

Pracovne by sme tento nový životný štýl mohli nazvať konštruktívny životný štýl – je charakterizovaný túžbou po úspechu, výkone, plánujete si svoje aktivity a pracujete s nadšením. Napĺňate potrebu sebarealizácie tak, že pracujete a súčasne sa rozvíjate a prijali ste za seba zodpovednosť. Veríte v dobro druhých ľudí, podporujete ich a povzbudzujete ich vo vývoji. Dokážete vytvárať dobré medziľudské vzťahy, dobre komunikujete a dobre spolupracujete...

Kruh sa uzatvára: prešli ste cestou od závislosti k nezávislosti, od neslobody k slobode, od utrpenia a vyrábania utrpenia k radosti a robeniu radosti, a stávate sa závislí... závislí na nezávislosti, závislí na slobode, závislí na konaní dobra, závislí na vzťahoch, závislí na láske, závislí na práci, povinnosti a zodpovednosti.

A potom, že všetky závislosti sú zlé...

Teším sa znova a ďalej na stretnutia s Vami.

Terapeutický vzťah je i o tom, že obohacuje- vzájomne.“

Rodina je pravdepodobne jednou zo zmysluplných „inštitúcií“, ktoré pomáhajú ľudským bytostiam prežiť i nepriaznivé životné situácie. Na jednej strane môže plniť všetky svoje funkcie, na druhej strane však môže byť i priestorom utrpenia, bolesti, strachu a beznádeje. Na jeden strane hovoríme o normálnej funkčnej rodine, na druhej strane máme rodinu nefunkčnú, v kríze, prípadne patologickú.

Nebudeme riešiť neriešiteľnú otázku kde je rodina a kam sa uberá...., domnievame sa, že trvá a bude trvať ďalej...

Ak rodina potrebuje pomoc, záleží na okolnostiach, môže využiť rôzne systémy pomoci.

systémy pomoci. Jedným z týchto systémov pomoci je i rodinná terapia.

Rodinná terapia môže byť: 1/ psychodynamická, 2/ behaviorálna, 3/ transakčno- analytickáa 4/ systemická (podľa Schlippe, Schweitzer, 2001):

a/ štrukturálna rodinná terapia (Minuchin), b/ viacgeneračný koncept (Boszormenyi- Nagy, Stierlin),

c/ humanistická rodinná terapia (Satirová), d/ strategická rodinná terapia (Haley),

e/ systemicko- kybernetická rodinná terapia (Selvini-Pazoli a kol.)

Nie je podstatné „teoretické zázemie“ jednotlivých terapeutických škôl, najpraktickejší je pragmaticko- ekleticko- integratívny prístup (Kratochvíl, 1995;Vymětal a kol., 2004).

Medicínsky model rozlišuje konzumáciu psychických látok bez závislosti a konzumáciu so závislosťou. Konzumáciu psychoaktívnych látok bez závislosti môžeme označiť ako nevhodné správanie, zneužívanie, jav, ktorý možno charakterizovať ako “sociálno-patologický” a intervencie vedúce k náprave sa môžu nazvať výchovou, prevýchovou, prevenciou a pod., konzumácia so závislosťou je choroba s presne určenými diagnostickými kritériami, je choroba liečiteľná a vyliečiteľná, intervencia vedúca k náprave je liečba, ktorú realizujú zdravotnícki profesionáli. Ak dospejeme k záveru, že problémy súvisiace s psychoaktívnymi látkami môžeme definovať ako závislosť od psychoaktívnych látok, tak hovoríme o chorobe, človeku s chorobou a o liečbe choroby. Potom sa musíme správať tak,

ako sa obvykle správame pri "menežovaní" akéhokoľvek pacienta s akoukoľvek chorobou. Chybnými cestami poznania, nápravy a intervencií je hľadanie príčin , tzv. rizikových faktorov (Živný, 2003). Môžeme uvažovať o sociálnych, psychologických a biologických faktoroch. Napríklad o zvykoch, hodnotách, normách, konformite, relativite, sociálnej deštrukcii až anómii, sociálnom statuse rodiny, bohatstve, chudobe, typoch rodičovského štýlu (hyperprotektívny, autoritatívny, permisívny, indiferentný, racionálno- reciproční a pod.). Môžeme uvažovať o emotívnej labilite, nezrelosti, slabej motivácii, zníženej tolerancii na frustráciu, nerozhodnosti a nekritičnosti, konfliktogénnosti, sklonom k impulzívnym a agresívnym reakciám. Môžeme uvažovať o poruchách osobnosti typu "rozmerov" osobnostnej patológie: afektívna labilita, úzkostnosť, agresivita, kompulzivita, poruchy správania, problémy sebapoznávania a identity, neisté väzby, problémy s intimitou, opozičná porucha, negativizmus, sebapoškodzovanie, sociálna vyhýbavosť, vyhľadávanie podnetov, narcizmus, submisívnosť, podozrievavosť, hraničné poruchy a pod. Je možné zostaviť sadu prediktívnych rizikových markerov typu: rodinná história užívania alkoholu a iných psychoaktívnych látok, kontakt s rovesníckou skupinou, ktorá konzumuje psychoaktívne látky, fajčenie a užívanie alkoholu v nízkom veku, problémy v škole, antisociálne správanie, disfunkčná rodina, tolerancia deviantného a antisociálneho správania v okolitom prostredí, iné problémové správanie, napr. skorá sexuálna aktivita, poruchy životosprávy, atď., nízka autorita sociálnych inštitúcií, ale rovnako môžeme zostaviť sadu prediktívnych " rizikových" markerov typu: rodina s "dobrou" históriou v kontexte závislostí od psychoaktívnych látok, kontakt s "dobrou" rovesníckou skupinou, funkčná rodina, harmonická osobnosť, nadpriemerný intelekt,"dobré" správanie a výsledok môže byť ten istý: identifikovaný jedinec s problémami s užívaním, zneužívaním, závislosťou od psychoaktívnych látok. Neexistujú jednoznačné prediktívne faktory pre vznik závislostí od psychoaktívnych látok. Neexistuje jednoznačne "premorbídna osobnosť"", všetko to, čo sme spomenuli v predchádzajúcich odstavcoch je takmer pravidelne prítomné, pravda v rôznej intenzite, typické pre celú populáciu. Výskyt istých "nedostatočností", " nefunkčností", "deficitov" je "normálny." Nielen v oblasti závislostí od psychoaktívnych látok môžeme konštatovať, že v nej neplatí "príčinná súvislosť"" medzi príčinou a dôsledkom.

Spoluzávislosť (codependence), závislosť na druhom, ako vzťahovú závislosť definuje Kuchárová (2007) a jej hlavné príznaky charakterizuje ako proces, kde postupne dochádza k strate schopnosti slobodne myslieť a slobodne sa rozhodovať v tom, čo človek robí. Rozhodnutia sú vždy prispôsobené tomu, čo chce druhá osoba. objavuje sa nutkavosť ísť za ňou, byť v jej blízkosti, pričom nevyhovenie nutkavým impulzom spôsobuje narastajúce napätie, nepríjemnú náladu či prípadné pocity viny .Čoraz častejšie sa dostavujú komplikácie a problémy, ktoré narúšajú vzťahy k najbližším, k okoliu. Okolie si všíma, že človek prestáva byť sám sebou, a reaguje na to. Napokon takýto človek obetuje svojej závislosti čoraz viac času, takže postupne sa z jeho života vytrácajú ostatné hodnotné a zmysluplné aktivity. Túto zmenu si dotyčný nielenže neuvedomuje, ale ani nepripúšťa a z narastajúcich problémov obviňuje skôr „nežičlivé" okolie.

6. Presne ako pri alkohole alebo drogách, aj pri vzťahovej závislosti môžeme postrehnúť buď známky psychickej (emocionálnej), alebo aj fyzickej (materiálnej) závislosti.

Cermak (1986) uvádza tieto špecifické symptómy codependence- spoluzávislosti v kontexte závislostí od psychoaktívnych látok:

- obetovanie sebaúcty za účelom kontroly seba i druhých v situácii vážnych ohrození,
- preberanie zodpovednosti za uspokojovanie potrieb iných pred svojimi vlastnými,
- prežívanie úzkosti a skresľovania hraníc súvisiacich s problémami intimity a separácie,

- nadväzovanie vzťahov s ľuďmi s poruchami osobnosti,
- vlastné experimentovanie a problémy s psychoaktívnymi látkami,
- prítomnosť aspoň troch markerov z nasledujúcich desiatich: popieranie, problémy emocionality, depresivita, podozrievavosť, nutkavé správanie, úzkostnosť, závislosť od pyschoaktívnych látok, rola obete, prejavy a dôsledky stresu, vzťah so závislou osobou dlhší ako dva roky, bez vyhľadania pomoci.

V rámci diagnostických kontextov spoluzávislosti uvádzame poruchy (podľa Kudrle, 2003), ktoré sa najčastejšie vyskytujú v súvislosti so spoluzávislosťou:

úzkostná porucha osobnosti (F60.6)

anankastická porucha osobnosti /osobnosť „obsedantno-kompulzívna"/ (F.60.5)

zmiešaná porucha osobnosti (F61.0)

zmiešaná úzkostná a depresívna porucha (F41.2)

fobické úzkostné poruchy (F.40)

generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

posttraumatická stresová porucha (F43.1).

O poruchách osobnosti sa hovorí, že sú obtiažne riešiteľné, napriek tomu možno povedať, že spoluzávislosť, codependencia, je problém riešiteľný, je potrebné však pripraviť vhodný a účinný terapeutický program pre jeho riešenie. Tento program by mal byť imanentnou súčasťou jednotlivých špecifických programov pre jednotlivé druhy závislostí.

Pre hľadanie východísk zo strany spoluzávislých (Živný, 2003; Živný, 2004) možno vychádzať z týchto nasledujúcich výrokov: závislosť je choroba, liečiteľná a vyliečiteľná choroba, abstinencia je normálnou kvalitou života, v prípade podozrenia kontaktujte odborníkov, profesionálov a skúste prijať a riadiť sa ich odporúčaniami a využite nimi navrhované terapeutické zásahy, v prípade ak ste psychicky a fyzicky vyčerpaní, nervózni, prenechajte riešenie na toho, kto je na tom momentálne lepšie, kto je silnejší, ak zistíte u seba príznaky ochorenia- spoluzávislosti, začnite sa liečiť tiež, buďte vecní, racionálni, realistickí, skúste nebyť naivne optimistickí, na druhej strane nestrácajte nádej, spravte všetko, čo vám káže vaše svedomie, súčasne si však uvedomte, že vaše úsilie je ohraničené a že nemôžete žiť za nikoho iného..., neverte a neutiekajte sa k tzv. expertom typu pokútnych liečiteľov, alebo podvodným „tiežprofesionálov", ktorí v mene tušeného zisku (neetická manipulácia so zúfalstvom a nádejou blízkeho) ponúkajú „zaručené a účinné služby"...

Liečba v našom ponímaní je vlastne spolupráca na dobrovoľnom základe (ide o terapeutický vzťah terapeut- pacient) a konkrétnej terapeutickej dohode, s prísne dodržiavanými podmienkami, platnými pre pacientov i terapeutov. Toto všetko sa odohráva v kontexte pozitívnej terapeutickej atmosféry, charakteristickej snahou o minimalizáciu poškodenia a permanentnej výzvy opakovanú šancu začať znova po prekonaní relapsu, či recidívy. Liečbu a doliečovanie chápeme ako proces, kde v súčinnosti pôsobia tak terapeutické zásahy, ako i samoúzdravné tendencie a procesy dozrievania osobnosti Výsledkom terapie je to, čo sme skutočne terapiou dosiahli.

V kontexte tohto príspevku je dôležité spomenúť krízovú intervenciu a poradenstvo. Uvádzame konkrétne situácie krízovej intervencie a poradenstva v oblasti závislostí od psychoaktívnych látok (Živný 2004):

1. rodičia a dieťa

Experimentovanie, rekreačné užívanie psychoaktívnych látok môže (ale nemusí) postupne prechádzať do závislosti od psychoaktívnych látok (v kontexte systému procesu zmeny: prekontemplácia, kontemplácia, rozhodovanie, akcia - čin, udržiavanie, prípadne relaps či recidíva a následné možné opakovania predchádzajúcich štádií zmien).

U rodiča (alebo inej blízkej osoby) po období nevnímania problému, jeho popierania, podozrenia, prichádza k „poznaniu“, sprevádzaného šokom - zranenie, sklamanie, hnev, bezmocnosť, úzkosť, pocit viny, obviňovanie seba, iných, okolia, hľadanie vinníkov, strata kontroly nad situáciou, prípadne i závažná psychologická dezorganizovanosť.

Ak tento rodič má záujem o službu v rámci krízovej intervencie a poradenstve môžeme: pomôcť pri regulácií prirodzených vyrovnávacích mechanizmoch, pomôcť pri mobilizácii vedomých adaptívnych vyrovnávacích stratégií - kontakt s pocitmi, schopnosť získať úľavu plačom, hnevom, orientovať sa v ambivalentých pocitoch, rešpektovať emócie u druhých ľudí, schopnosť otvoriť sa, vedieť sa kontaktovať s vlastným telom, rozumieť jeho „informáciám“, kontakt s vlastnými potrebami, vedomie vlastných hraníc, schopnosť využiť vlastné staršie skúsenosti, schopnosť využiť existenciu a skúsenosti blízkych ľudí, schopnosť pracovať s vierou a nádejou, schopnosť pracovať s hľadaním zmyslu utrpenia, života a pod. Poskytnúť informácie - posúdenie stavu problému vyžaduje určitý čas, hľadanie efektívnej pomoci (liečby) vyžaduje určitý čas, dôležité nie sú odpovede na otázky prečo? a kto za to môže?, dôležité sú odpovede na otázky ako a kto môže pomôcť.

Je normálne, že rodič bude hľadať pomoc z viacerých zdrojov a že odborníci nebudú úplne jednotní vo svojich odporúčaniach, preto poskytneme informácie, že toto hľadanie je korektné, že rodič sa ale musí rozhodnúť pre istý typ pomoci konkrétneho terapeutického programu konkrétneho zariadenia (inštitúcie) na základe čo najväčšieho množstva informácií (referencií) o týchto programoch. Dôležité je rozhodnúť a zotrvať v tom programe, ktorý rodičovi dáva zmysel, vieru a perspektívu. Je potrebné uvedomiť si, že v istom štádiu riešenia problému rodič môže striedať programy v rámci naivného snaženia nájsť ideálny, rýchly a účinný program, byť opakovane sklamávaný svojou netrpezlivosťou, prípadne i nie celkom serióznou prezentáciou niektorých programov pomoci.

Seriózne, odborné a profesionálne programy sú čitateľné, majú jasné kontúry a pravidlá a ponúkané informácie o nich sú konkrétne, reálne a korektné i v zmysle informácií o ich efektivite. Môžeme poskytnúť informácie o závislostiach od psychoaktívnych látok všeobecne informácie o konkrétnej závislosti, o jej symptomatológii, typickom správaní pri konkrétnej závislosti, o orientácii v typických manipuláciách závislého správania a o možnosti naučiť sa ich konštruktívne zvládať a riešiť - nepodporovať závislé správanie, sťahovať sa z pomoci v oblastiach, kde je závislý schopný problémy riešiť sám, učiť sa tzv. prístupu „tvrdej lásky“ (akceptácia ale zároveň nekompromisné trvanie na dohodnutých pravidlách), o metódach konštruktívnej komunikácie s dieťaťom, spôsoboch podpory motivačných a rozhodovacích procesov u dieťaťa, o nutných zmenách v ostatných životných situáciách a referenčných skupinách (škola, práca, rovesníci, voľný čas, zábava a pod.)

Všetko vyššie spomenuté je možné modifikovať v kontexte rodič - dieťa, kde dieťa môže byť dieťaťom, mladistvým, alebo dospelým. (Viď súvislosti zodpovednosti vzťahu dieťa rodič definované právnymi vzťahmi).

2. partneri

Partneri vyhľadávajú služby krízovej intervencie a poradenstva v situáciách, keď si začínajú uvedomovať, že ide o skutočný problém, na ktorý sami nestačia.

Môže ísť i o problematiku spoluzávislosti - poruchy zo straty sebahodnoty, ktoré sa prejavujú utrpením a dysfunkciami, vznikajúcimi zo zamerania na potreby a správanie iných. Partneri sa necítia vo vzťahu slobodní, nerozhodujú sa na základe svojich potrieb, ale ich rozhodovanie je skôr riadené obavami a snahou hľadať náhradné riešenia - rola záchrancu, obete a pod.

Tendencia utiekania sa do samoty, utajovania problému vedú k prehlbovaniu pocitu neschopnosti, hanby, viny a osamelosti.

V rámci krízovej intervencie a poradenstva môžeme pomôcť partnerovi aby vedome či nevedome neškodil, nesťažoval proces vlastného rozhodovania identifikovaného závislého,

podporiť riešenie dilemy, či vo vzťahu pretrvať alebo zo vzťahu odísť, podporiť sebareflexiu, aby bol schopný pomôcť svojimi postojmi a správaním v určitých situáciách terapeutického vývoja (motivačný, rozhodovací proces, liečba, krízové momenty v liečbe, doliečovaní, atď.).

Kľúčovými princípmi, ktoré pomáhajú, sú: dôslednosť, otvorenosť a vedomie vlastných hraníc a potrieb aby bol schopný pochopiť možnosti a limity autonómie závislého a svoje miesto v tomto procese, aby dostal informácie o problematike závislostí od psychoaktívnych látok, liečbe, doliečovaní, o význame režimu a pravidiel, prijal a vyrovnal sa s faktom existencie diagnózy závislosti u partnera., aby pochopil svoje paralyzujúce strachy a pocity neistoty z ďalšieho vývoja, aby si sformuloval a vyjadril svoje predstavy ako chce ďalej žiť, aké sú jeho vlastné možnosti a čo môže pre naplnenie týchto svojich predstáv urobiť. K tomu pochopiteľne patrí i zváženie toho, do akej miery sa bude usilovať o pokračujúci spoločný život so závislým v prípade zotrvania partnera v závislosti (určenie i časových limitov „pomoci a trpezlivosti“), pomenovať problémy, ktoré vzniknú po prípadnom rozhodnutí ukončiť vzťah a uvažovať o spôsoboch ich riešenia, podporiť návrat k sebe a k rozvoju svojich vlastných aktivít, ktoré nesúvisia so „závislostným“ správaním partnera.

Veľmi dôležitá je skupinová práca s blízkymi závislého. Cieľom skupinových aktivít s blízkymi závislých od psychoaktívnych látok podľa Frouzovej (2003) je pracovať s nimi tak, aby boli schopní: podporovať terapeutický proces, pomáhať svojim správaní a postojmi v motivácii k liečbe, počas liečby a doliečovaní, na svojej úrovni pochopiť možnosti a limity autonómie závislého a a voje možnosti v tomto procese a svojim osobnostným rastom v sebapoznaní a sebarozvoji a potrebnou zmenou svojho správania podporovať úzdravný proces závislého.

Autorka odporúča zamerať skupinovú prácu tieto ciele: práca s pocitmi viny, porozumenie správania závislého, orientácia v manipulačných technikách závislého, konštruktívny racionálny prístup k závislému, prerušenie „podporovania“ a „udržiavania“, nácvik postoja „tvrdej lásky“, podpora návratu k sebe (duševná hygiena, relax, ochranné mechanizmy), konštruktívna komunikácia.

Rodinná terapia neoddeliteľnou súčasťou terapeutických programov (i keď v reálnej situácii praxe často absentuje- nedostatok kapacity pracovníkov, nedostatok času pracovníkov, možné podcenenie práce s blízkymi identifikovaného závislého a pod.)

Akákoľvek forma spolupráce je lepšia ako je absencia.

Možné témy pre prácu v skupinách blízkych závislého (Frouzová, 2003): prijatie vyrovnanie sa s fenoménom diagnózy, práca s traumatickými zážitkami (klamanie, emočné vydieranie, manipulovanie, krádeže, parazitovanie, agresivita, pocit bezmocnosti a pod.), práva s vyjadrovaním a „čítaním“ emócií, práca s interpersonálnymi vzťahmi, nácvik „nového“ správania, cesty k samostatnosti a nezávislosti, prevencia relapsu, riešenie situácie recidívy a pod.

Zoznam bibliografických odkazov

BEATTIEOVÁ, M. *Koniec spoluzávislosti.* Trnava : SSV, 2006. ISBN 80- 7162- 631- 7

CERMAK, T. Diagnosing and treting co- dependence. Minneapolis : Johnson Istitute, 1986. Podľa: ROTGERS, F. a kol. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80- 7169-836-9

Family Behavior Therapy. In: *Encyclopedia of Substance Abuse, Prevention, Treatment & Recovery.* 2009. Eds.: Fisher, G. L., Roget, N.A. Thousand Oaks : SAGE Publications, Inc., 2009. str. 393- 396, ISBN 078-1-4129-5084-8

FROUZOVÁ, M. Skupiny s blízkými závislého. In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

FROUZOVÁ, M., MRÁČKOVÁ. Závislost na druhém jako nemoc. In: *Protialkoholický obzor*, 2, 1992, str. 311- 316.

KALINA. K. Rodinná terapie a práce s rodinou. In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 1997.

KUCHÁROVÁ, B. Dva pohľady na závislosť od vzťahov (rodič – dieťa). In: *Sociálna prevencia.* Informačno-vzdelávací bulletin Ministerstva kultúry. 2, 2007. ISSN: 13369679

KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti a kodependece. In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. *Systemická terapie a poradenství*. Brno : Cesta, 2001.

VYMĚTAL, J. a kol. 2004. *Obecná psychopterapie***.** Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3

ŽIVNÝ, H. Problematika závislostí od psychoaktívnychlátok u detí a mladistvých- možnosti a formy liečebnopedagogickej intervencie. In: SLANINOVÁ, M. (Ed.) 2003. *Deti s poruchami správania v centre odbornej starostlivosti.* Zborník z Liečebnopedagogického odborného dňa, konaného 17. októbra 2003. Bratislava : Špeciálna základná škola, Žehrianska ul., 2003. str. 12- 15.

ŽIVNÝ, H. Krízová intervencia a poradenstvo v oblasti závislostí od psychoaktívnych látok. In: MAJZLANOVÁ, K. (Ed.) 2004. *Zvládanie problémových výchovných situácii v škole.* Bratislava : Geotropos o.z., 2004. ISBN 80-969238-0-3, str. 137-146.

AKCEPTÁCIA KULTÚRNEHO A DUCHOVNÉHO DEDIČSTVA RÓMOV VO VÝCHOVNOM PROCESE RÓMSKYCH ŽIAKOV SO ŠPECIÁLNYMI VÝCHOVNO-VZDELÁVACÍMI POTREBAMI

ANNA SKOKANOVÁ

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá možnosťami akceptácie a implementácie kultúrneho a duchovného dedičstva Rómov do výchovného procesu rómskych detí a žiakov v inštitucionalizovaných podmienkach. Pozitívne vzájomné ovplyvňovanie by malo viesť k spoločnému objavovaniu schopností, záujmov, individuálnych možností, ako aj využívaniu perspektívneho potenciálu rómskych jednotlivcov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Kľúčové slová

Rómsky žiak, škola, špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.

Rómovia sú príslušníkmi rómskej národnostnej menšiny, to znamená, že za Róma možno považovať osobu, ktorá sa k rómskej národnostnej menšine hlási, pri takomto uvažovaní nastáva problém, pretože veľa Rómov sa oficiálne k svojej rómskej príslušnosti nehlási. V tomto príspevku budeme slovom „Róm“ označovať skupinu ľudí „nositeľov rómstva“, tak ako to uvádza Sekyt (2004), aj vtedy keď sa sami k rómskej národnosti nehlásia, rómska komunita ich však ako Rómov prijíma a majoritná spoločnosť ich nielen podľa antropologického typu za Rómov považuje.

Bolo by naivné tvrdiť, že odlišnosti medzi Rómami a príslušníkmi majoritnej spoločnosti nie sú pri hľadaní foriem vzájomného spolužitia významné. V niektorých oblastiach môžu byť dokonca zdrojmi nedorozumení, či rôznych ťažkostí. Z uvedeného dôvodu je potrebné odlišnosti vyplývajúce z etnickej príslušnosti poznať, pomenovať ich a akceptovať.

Aj napriek tomu, že Rómovia nevytvárajú homogénnu skupinu, romológovia i etnografovia sa zhodujú v tom, že duchovná kultúra Rómov má vlastné, etnicky špecifické rysy. Ich hodnotový a normatívny komplex, ktorý v sebe zahŕňa postoje k práci, vzdelaniu, náboženstvu, hudbe, zábave i postoje k rodinnému spolužitiu ai. sa odráža v ich životnom štýle a je u jednotlivých rómskych spoločenstiev príbuzný. Rómovia majú svoju spoločnú históriu, veľmi podobný jazyk, majú svoje vlastné inštitúcie, sú teda osobitou kultúrnou skupinou. Kultúra Rómov sa manifestuje v množstve čiastkových lokálnych kultúr, ktoré sa vyznačujú zvláštnym spôsobom života a často i teritóriom, ktorú Ľuptáková (2004) označila ako idiokultúru, Rómovia teda tvoria špecifickú subkultúru, ktorá spolunažíva s ďalšími subkultúrami a ktorej spolužitie prináša so sebou množstvo interakcií, čo následne ovplyvňuje všetky zúčastnené strany.

Duchovná kultúra Rómov mala svojský charakter. V porovnaní s kultúrami európskych národov bol v nej celý rad odlišností, ktorých pretváranie bolo do určitej miery dôsledkom etnickej príslušnosti, ale odlišného spôsobu života. Na zvýšenú izoláciu reagovali primknutosťou k vlastným tradíciám, ktoré však boli ovplyvnené prvkami z ľudových kultúr európskych národov. Slovenské umenie Rómom slúžilo ako sebauvedomovací regulatív, ako

ventil od stresových situácií a ako priebežný humanizujúci činiteľ. Samotní Rómovia na seba literárne nazerajú s prevahou akceptácie rómstva, niekedy so snahou akceptácie sebaidentifikácie, inokedy so snahou adaptácie na majoritu spoločnosti pri zachovaní si svojej svojbytnosti (Seman in Plutko 1992). Novovznikajúca Rómska literatúra podľa Zemana (2006, s. 53) zatiaľ nemá na Slovensku výrazné uplatnenie. S týmto tvrdením možno súhlasiť len čiastočne, v súčasnosti tak na Slovensku, ako aj v ostatných štátoch Európskej únie je možné siahnuť po mnohých hodnotných dielach rómskych autorov. Niektoré z nich zmapovala Krajská štátna knižnica v Košiciach, ktorá vytvára databázu bibliografických záznamov orientovanú nielen na územie Slovenska, ale na celosvetovú produkciu, hodnotné sú aj rómske ľudové rozprávky, niektoré z nich zozbieral Banga (1992) a mnoho ďalších autorov. Viac známe je u nás hudobné nadanie Rómov, spája ich nielen to, čo hrajú, ale aj to, akým spôsobom to hrajú. Róm sa omnoho viac oddáva čaru tvorivej interpretácie než prvkom pôvodnej kompozície, ktorú hrá. Majú dobrý hudobný sluch a schopnosť improvizovať, dokážu skladby rozviť, obohatiť a svojsky interpretovať. Aj Rómsku tanečnú kultúru môžeme hodnotiť výrazne pozitívne. Osobitnú tanečnú náladu vyvoláva predovšetkým originálny hudobný sprievod, prejavujúci sa vo zvláštnom spôsobe vokálneho prejavu založenom na imitovaní hudobných nástrojov. Rómsky tanec strieda za sebou sólové a párové tance a ich pohybové prežívanie vychádza z momentálnej nálady, preto je jeho forma bez ustálených pravidiel. Tanec Rómov sa vyvíjal v nadväznosti a pod vplyvom pôsobenia pôvodne žijúceho obyvateľstva v regióne tak, že si ho preorientovali na svoj spôsob prednesu (Zeman, 2006). Vo výtvarnom umení sa Rómovia v minulosti neprejavovali tak výrazne, ako v iných druhoch umenia, tvrdí (Kerékgyárto, 1981). Rómski výtvarníci jednotlivých krajín väčšinou pôsobili izolovane od seba. Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že aj vo výtvarnom prejave majú Rómovia zmysel predovšetkým pre bezprostrednosť, ľudovosť a farebnosť. Rozvoju výtvarného umenia v rómskej populácii však sťažuje fakt, že rómske dieťa, predovšetkým rómske dieťa zo sociálne znevýhodneného prostredia vo väčšine prípadov dostáva do rúk písací nástroj až pri vstupe do materskej školy, prípadne základnej školy.

Hodnotový systém Rómov sa odvíja od ich mentality, ktorá sa prejavuje v ich spolužití medzi sebou, ako aj v spolužití s majoritnou spoločnosťou. Jedna z najnápadnejších hodnôt Rómov je ich skupinová kohézia (súdržnosť) – majú sklon byť spolu a spoločne rozhodovať. Negatívnym dôsledkom tejto kohézie je neochota rómskej rodiny dovoliť jednotlivcovi aby sa odpútal. S kohéziou súvisí návyk a potreba tesnej telesnej blízkosti - nevadí im spať natlačení v malej miestnosti. Spontánnejšia než v ne-rómskej populácii býva aj ochota deliť sa, ktorá niekedy prechádza aj do extrému – vydierania (Říčan, s. 52-54).

Azda najvýznamnejšou črtou, ktorá je typická pre všetkých Rómov je fixácia na svoju rodinu a blízkych. Keďže v ich kultúre je zakorenená migrácia z miesta na miesto, je logické, že sa neupínajú na nehnuteľnosti, ani na krajinu, ale vytvárajú si väzby na ľudí, ktorí tvoria ich blízke okolie. S tým súvisí aj ich spôsob života. Statusy, roly a inštitúcie sa viažu k užšej lokálnej komunite, ich spoločenstvá sú súdržné a často sa dištancujú od ostatných komunít. Ich členovia sa každodenne kontaktujú, vzájomne na seba pôsobia, komunikujú, vytvárajú svoj vlastný významový a symbolický svet, vytvárajú jazyk, ktorým tento svet pomenúvajú, zúčastňujú sa rovnakých rituálov a ceremónii, ktorými potvrdzujú svoje členstvo, v spoločenstve, vytvárajú spoločné postoje, podobne hodnotia vonkajší svet, svoju minulosť ai. píše Liptáková (2004). Ak sa rómska rodina cíti požiadavkami zo širšieho sociálneho prostredia ohrozená, alebo má pocit, že dieťa v nej stráca sociálnu a kultúrnu príslušnosť, požiadavky odmieta. Nápadná býva aj rómska hádavosť, Rómovia riešia svoje spory hlučne.

Vzťah rómskych rodičov k svojim deťom možno registrovať v krajných polohách rozmaznávania a trestania. Deti pomerne skoro sociálne i sexuálne dospievajú (Ďuričeková, 2000 s.7). Medzi hlavné charakteristiky tradičnosti rómskej rodiny patrí: život v širšej rodine,

chýbajúci posun k nukleárnej rodine, komunitný spôsob života, absencia hranice medzi súkromným a verejným - súkromie neexistuje pre spôsob ich života a pre vzťah k majetku, chápanie obydlia ako dočasného, výrazná je orientácia na prítomnosť s minimálnym záujmom o budúcnosť (Radičová, 2001).

Rómsku spoločnosť možno považovať za „kastovnú“ spoločnosť, medzi jednotlivými jej skupinami existuje určitá hierarchia, ktorá je diferencovaná predovšetkým na základe subetnického kľúča, ako aj na základe konceptu rituálnej čistoty a nečistoty. V osadách, kde žije niekoľko skupín sa vyskytujú sociálne a vzťahové siete, ktoré sa prejavujú napr. v solidárnej sieti – putovanie kávy, cukru, lyžičiek, nábytku, elektroniky, zapojenie elektrickej siete na jedno popisné číslo, píše Hajská (2004, s. 255). „Kastovníctvo“ v osadách sa okrem fungovania solidárnej siete môže prejaviť aj opačne, napr. výrazným odmietaním, prípadne agresívnymi útokmi medzi jej jednotlivými skupinami. Zeman (2006) opisuje okrem iného aj častú fixáciu Rómov na širšiu rodinu pokrvných príbuzných (v rozsahu troch až štyroch generácii, rozdelená do piatich až desiatich domácností), ktorá je ich najväčšou a najdôležitejšou hodnotou. Spomínaný autor ďalej tvrdí, že slovenskí Rómovia používajú dva základné termíny pre rodinné príbuzenské skupiny a to „familija“ a „fajta“, takáto rodina je vedená autoritou jej najstaršieho člena.

Z ne-rómskeho hľadiska môže byť táto vlastnosť chápaná ako nedostatok disciplíny, spoľahlivosti a vytrvalosti. Charakteristickou emóciou u Rómov je strach, ktorý sa niekedy tak vo vnútri rómskej komunity, ako aj vo vzťahu k majoritnej spoločnosti môže prejaviť arogranciou, ignoráciou a únikom z reálnej situácie. Prítomné sú aj pocity menejcennosti, kompenzáciou tu môže byť neprimerané zdôrazňovanie sebavedomia, prípadne arogancia. Rómovia sú výrazne temperamentnejší v porovnaní s majoritou. Aplikovanie pohybu je podľa Bursovej (2009) možné využiť na prekonávanie záťaže a stresu.

Fáza začlenenia rómskeho dieťaťa do kultúrno-spoločenského prostredia majoritnej spoločnosti sa na Slovensku často javí ako náročná z viacerých dôvodov. Jedným z nich je fakt, že veľa rómskych žiakov má špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, ale aj nepripravenosť výchovných a vzdelávacích zariadení akceptovať a rozvíjať rómsku kultúru v inštitucionálnych podmienkach aj napriek tomu, že rómske deti u nás vo väčšine prípadov žijú v špecifických kultúrnych a sociálnych pomeroch. Tu je potrebné zdôrazniť, že rómska kultúra ovplyvnila aj európsku kultúru, vytváranie nových možnosti rozvoja v tejto oblasti by mohlo byť inšpiráciou na ceste skvalitňovania výchovného pôsobenia aj na rómskych žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

V súlade s tvrdením Hlebovej (2009, s. 68), ktorá hovorí , že dlhoročné historické spolužitie Rómov a majoritnej spoločnosti na Slovensku dodnes sprevádzajú pretrvávajúce etnické stereotypy a predsudky na obidvoch stranách a to práve z dôvodu nepochopenia vzájomných odlišností, čo pozorujeme aj v školskej praxi.

Výchovné inštitúcie by mali svoje pôsobenie prispôsobiť podmienkam a potrebám rómskej komunity tak, aby rešpektovali ich spôsob života, ako aj kultúrne, sociálne a učebné špecifiká rómskych žiakov. Preto je v prvom rade potrebné zaradenie kultúrne relevantných obsahov do výchovných programov**,** budovať vzťah medzi školou a celou rómskou komunitou, nielen medzi výchovno-vzdelávacou inštitúciou a rodičom.

Rómska rodina nechce, aby sa dieťa samo rozhodovalo, vyžaduje sa kolektivizmus, v deťoch sa nerozvíja individuálna zodpovednosť za seba samého, za svoj život (čo je nosným princípom európskej kultúry). K tejto zodpovednosti škola vždy musí viesť, je však potrebné vedieť, že ide proti duchu rómskej rodiny, preto netreba nežiadať veľa, ani veľmi rýchlo (Říčan, 1998).

Mnohí rómski žiaci na začiatku školskej dochádzky nie sú schopní akceptovať školský poriadok, či plniť školské požiadavky, nie sú disponovaní akceptovať ustálené pravidlá. To je spôsobené predovšetkým sociálnou izolovanosťou, dieťa pred nástupom do školy nepoznalo svet mimo osady v ktorej žilo, čo výrazne ovplyvňuje výchovné pôsobenie v inštitucionalizovaných podmienkach. Z uvedených dôvodov rómsky žiak pre svoj rozvoj potrebuje viac vhodných podnetov s akceptáciou individuálnych zvláštnosti, ale predovšetkým kultúrneho a duchovného dedičstva, ktoré mu bolo sprostredkované komunitou, do ktorej patrí. V priebehu výchovného procesu je dôležité akceptovať bezprostrednosť rómskych žiakov, ľudovosť, využívanie schopnosti improvizácie. Pri riešení bežných problémov je vhodné rozprávať sa s matkami, o vypuklých problémoch diskutovať s otcom, rešpektujeme tak patriarchálny prístup v rómskej rodine. Taktiež je potrebné konať ústretovo, ale nepodliehať nátlaku. Skúsený pedagóg niekedy akceptuje komunikačný štýl rómskych rodičov a poháda sa s nimi, netreba sa báť otvoriť komunikačné dvere do sociálnej štruktúry uzatvorenej komunity.

V prípade, že výchovne pôsobíme na rómske deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, je potrebné okrem vyššie uvedeného akceptovať ich zvýšenú konformnosť k úzkemu sociálnemu prostrediu. Potrebný je aj tím odborníkov – špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, psychológ, sociálny pracovník, rómsky asistent ai., ktorí sú otvorení vzájomnej spolupráci pri riešení špecifických výchovných problémov s rómskymi žiakmi.

Neexistujú presné „šablóny“, ktoré by zabezpečili úspešnosť výchovného procesu rómskych žiakov. Pedagógom, ktorí pracujú s rómskymi deťmi však možno poskytnúť skúsenosti iných kolegov, inšpirovať ich, aby mali entuziazmus spojený s vierou, že ich práca nie je zbytočná, aby mohli robiť užitočné veci pre iných a pre seba. Ťažisko celej práce spočíva v motivačno-tvorivom prístupe učiteľa k edukácii a tvorbe hodnôt. Pozitívne vzájomné ovplyvňovanie by malo viesť k spoločnému objavovaniu schopností, záujmov, individuálnych možností, ako aj perspektívneho potenciálu. Do istej miery však ešte stále možno konštatovať, že volanie po vyváženom riešení vzniknutého problému je zatiaľ nedostatočné.

Zoznam bibliografických odkazov

BALVÍN, J. *Metódy výuky romských žáku.* Praha : Radix, 2007. ISBN 978-80-86031-73-6

BANGA, D. *Paramisa. Antolóa romskej rozprávky.* Bratislava : Goldpress, 1992. ISBN 80-8584-04-2

BURSOVÁ, J. Rovesnícke skupina a ich význam pre socializáciu dieťaťa. In.: *Disputationes scientificae*, roč. IX., č. 2. Ružomberok : KU, 2009. ISSN 1335-9185, s. 45-58

ĎURIČEKOVÁ, M. *Edukácia rómskych žiakov.* Prešov : MC, 2000. ISBN 80-8045-211-3

HAJSKÁ, M. Kmotrovství v kultuře rómskych osád. In. *Romové: Kulturologické etudy*. Plzeň : Aleš Čenek, 2004. ISBN 80-86473-83-X s.252-273

HLEBOVÁ, B. *Rómska literatúra v multikultúrnej a emocionálnej edukácii elementaristov*. Prešov : PU, 2009. ISBN 978-80-8068-955-1

KERÉKGYÁRTÓ, I. *Cigánske výtvarné umenie vo svete, alebo história cigánskeho výtvarného umenia* (I.) In. Hít-Most-Phurt. roč. 1, č. 3. Dunajská streda : REPR FFSET, 1988. reg. č.1981/98 MK SR, s. 24-25

KRAJSKÁ ŠTÁTNA KNIŽNICA V KOŠICACH *Rómovia v literatúre* (1945-1999), Výberová bibliografia. Košice : Krajská štátna knižnica, 2000. ISBN 80-85328-42-9

ĽUPTÁKOVÁ, K. *Prístupy k skúmaniu problematiky Rómov a s nimi súvisiace terminologické problémy*. Rómske etnikum – jeho špecifiká a vzdelávanie. Banská Bystrica : PF UMB, 2004. ISBN 80-8083-024-X

PLUTKO, K. et. al. *Rómska tematika v literárnej a umeleckej reflexii. In. Rómska tematika v literárnej reflexii.* Bratislava : Mikromex Bratislava, 1992. ISBN 8085584-03-4

RADIČOVÁ, I. *Hic Sunt Romales*. Bratislava : Interlingua, 2001. ISBN 80-88991-13-7

ŘÍČAN, P. *S Romy žít budeme – jde o to jak.* Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-410-9

SEKYT, V. Romské tradice a jejich konfrontace se současností. In *Romové: Kulturologické etudy*. Plzeň : Aleš Čenek, 2004. ISBN 80-86473-83-X s. 188-217

SKOKANOVÁ, A. Rómske dieťa v prostredí základnej školy In *Disputationes scientificae*. Universitatis Catholicae in Ružomberok. Roč. VII., č. 4. Katolícka univerzita v Ružomberku : Ružomberok, 2007. ISSN 1335-9185, s. 83-90

ZEMAN, V. *Vybrané kapitoly z romológie – východiská pre sociálnu prácu*. Bratislava : Občianské združenie Sociálna práca, 2006. ISBN 80-89185-20-7

PÔSOBENIE SÚDNEHO KURÁTORA V RESOCIALIZAČNEJ ČINNOSTI V RODINÁCH S NARIADENÝM SÚDNYM DOHĽADOM

PAWEL WITEK, DANUTA GRZESIAK-WITEK

Abstrakt

Cieľom príspevku je prezentácia činnosti súdneho kurátora v rodinách s nariadeným súdnym dohľadom. Ide o špecifikum splnomocnenca (súdneho kurátora) v oblasti rodiny a neplnoletých. Pôsobnosť kurátora sa orientuje na pozitívne zmeny vo funkčnosti rodiny, a to cez individuálnu činnosť zameranú na všetkých jej členov. Rodiny, o ktorých sa bude hovoriť sú typické predovšetkým konzumáciou alkoholu spojeného s častým násilím, nedostatkom vhodnej výchovnej starostlivosti a jej dôsledkov napr. záškolactvo. Ako dokumentujú skúsenosti, len nariadený súdny dozor a determinácia samotného kurátora koriguje funkčnosť rodiny v plnení požadovaných úloh v starostlivosti rodičov o dieťa (deti).

Kľúčové slová

Funkčnosť rodiny, činnosť kurátora, rodina s nariadeným súdnym dohľadom.

Pôsobenie sociálneho kurátora v Poľsku sa orientuje na návrat progresívnych zmien v rodine so zapojením všetkých členov rodiny. Súdny kurátor pôsobí v rodinách, ktoré sú označené za dysfunkčné z dôvodu nezvládnutia výchovnej funkcie z rozličných príčin napr. absencia pozitívnych vzorov v rodine z dôvodu pretrvávajúceho alkoholizmu, fyzické týranie a zneužívanie, agresia či nevyhovujúca starostlivosť o neplnoleté dieťa atď. Prvotným signálom zvyčajne sú zvyčajne informácie zo školského prostredia. Nepripravenosť dieťaťa/detí sa odráža v ich »špecifickom« či neprimeranom správaní.

Skúsenosti autorov príspevku poukazujú na fakt, že pôsobenie súdneho kurátora je nevyhnutným v procese optimalizácie funkčnosti v rodine. Angažovanosť súdneho kurátora, jeho pravidelná intervenčná a kontrolná činnosť napomáha zlepšovať (s)plnenie úloh o starostlivosť detí v školskom a rodinnom prostredí (Porov. Grzesiak-Witek, Witek, 2006, s. 356-373; Witek, 2007, s. 342-346; Witek, 2007, s. 96-107; Witek, 2008, s. 588-597; Witek, 2008, s. 714-729; Grzesiak-Witek, Witek, 2008; s. 470-487; Witek; 2008, s. 531-543; Witek, 2008, s. 192-205).

1. Súdny kurátor - vstup do problematiky

Pojem **kurátor** (z lat. *opatrovník*, porov. Skorupki, Lempicka, 1993, s. 328, Skálová, 1995, s. 623) označuje odborného pracovníka pôsobiaceho v školách a školských zariadeniach pri problémoch v rodinách, kde jeho priama intervencia je nevyhnutná (ide o tzv. školského dozorcu, alebo vedúceho školského úradu).

Súdny kurátor pri komunikácii s rodinou funguje ako kooperátor pri komunikácii rodina verzus škola, ako sprostredkovateľ pri zabezpečovaní poplatkov, ktoré rodina prijíma za starostlivosť o neplnoleté deti a pod. Rodinní kurátori sa musia vysporiadať s rozličnými problémami nielen v školskom aj rodinnom prostredí, preto sú im v konkrétnych prípadoch

nápomocní profesionálni sociálni kurátori pôsobiaci na okresných súdoch (Ostrihanska, Greczuszkin, 1996, s. 9-12).

V Poľsku niekoľko rokov prevládala forma poručníctva ako model sociálno-profesionálny, nakoľko sa však neosvedčil z dôvodu nízkej odbornej pripravenosti úradníkov nebol pre prax prijateľný. Transformáciou modelu profesijného a sociálneho opatrovníctva sa opätovne funkcia súdneho kurátora začlenila do praxe.

Prelomová správa poukazujúca na pôsobenie súdneho kurátora v rodinách s nariadeným súdnym dohľadom bola odsúhlasená a zakomponovaná do Ústavy dňa 27. júla 2001 s platnosťou od 1.1. 2002 (Law, 2001). Začlenenie súdneho kurátora bolo oficiálnym potvrdením nevyhnutnosti a dôležitosti statusu v systéme prevencie, taktiež samotnej intervencie pred kriminalitou v rodinách.

Spoločne so sprostredkovaním pomoci rodinám so súdnym dohľadom a súdnym obmedzením slobody osôb (pozn. zaradenie jedincov do nápravno-výchovných skupín) je súdne opatrovníctvo najčastejším právnym prostriedkom proti spoločensky neprispôsobivým jedincom. Opatrovníctvo (resp. činnosť súdneho kurátora) možno realizovať v dvoch formách. Prvou formou je opatrovníctvo vykonávané na základe kontrolného systému (súdny kurátor má možnosť vstupovať do rodín, viesť opätovné rozhovory). Druhá forma je špecifická individuálnou intervenciu zameranou len na potreby klienta a je realizovaná rozborom, metódou individualizovaných prípadov(Łobocki, 2004).

2. Úloha súdneho kurátora

Kurátor sa vo svojej funkcii stretáva s variabilnou škálou problémov, kde má možnosť využiť metodickú, organizačnú, právnu odbornosť s aplikáciou princípu ľudskosti a rovnocennosti. Základnou zásadou práce súdneho kurátora je dať šancu osobe (dieťaťu, mladistvému), ktorému bol odporúčaný (resp. pridelený) dohľad súdneho kurátora. Spolupráca klienta a súdneho kurátora sa odohráva nielen spôsobom individuálneho dohľadu, ale aj na úrovni kooperácie so školou, špecializovanými poradňami a inštitúciami zaoberajúci sa sociálnou starostlivosťou atď.

V rámci aktívnej a funkčnej spolupráce je žiaduce čo najskôr nadviazať kontakt s rodinou a inštitúciou (inštitúciami), nakoľko zvyčajným problémom býva zväčša zaevidovanie formálnych záležitostí, ktoré sú často krát aj príčinou neskorej intervencie súdneho kurátora v rodine s neplnoletým dieťaťom. Často je súdny kurátor primárnou kontaktnou osobou medzi rodinou a inštitúciami, kde spĺňa úlohu mediátora pri riešení sporov príp. nedorozumení, ktoré v rodine nastali. Zvyčajné »komplikácie«, ktoré sa v rodine vyskytli vychádzajú z nepostačujúcej pripravenosti rodičov na výchovu dieťaťa zapríčinenej emocionálnymi a komunikačnými nedorozumeniami (môže ísť o »poznatky« či návyky z rodiny, ktoré rodičia kopírujú z primárnej rodiny, v ktorej prežili detstvo a mladosť).

Opätovne pretrvávajúci problém musí súdny kurátor riešiť aj v prostredí školy, nakoľko etiológia problému môže tkvieť práve v tomto priestore napr. nezhody s rovesníkmi v triede, skrytá agresia alebo užívanie omamných či psychotropných látok. V prípade potvrdenie jednej z príčin je v právomoci súdneho kurátora kontaktovať Sociálno-kurátorske oddelenie v konkrétnom regióne. (Gromek, 2005, s. 9-10).

Dôležitosť súdneho kurátora pri práci s rodinami ovplyvnila súčasná doba so všetkými technickými vymoženosťami, kde z pozadia »vyniká« agresia v rozličných formách transformovaných do prostredia rodiny, v ktorých začína »volanie« po odbornej pomoci napr. súdneho kurátora.

3. Súdny kurátor – „strážca“ rodiny

Úlohu súdneho kurátora v rodine je predovšetkým v ovplyvňovaní rehabilitačného/resocializačného procesu. Je nevyhnutné poznamenať, že súdny kurátor zabezpečuje osobitný spôsob individuálnych a sociálnych vzdelávacích aktivít v prirodzenom prostredí (domov, škola, školské zariadenie). Intervencia súdneho kurátora je zameraná na formovanie osobnosti dieťaťa, na implementáciu zodpovednosť za vlastné správanie sa a konanie. V jeho činnosti (v zmysle činnosti súdneho kurátora) sú zahrnuté aj vzdelávacie aktivity v prirodzenom rodinnom prostredí. (Grzesiak-Witek, Witek, 2006, s. 356-371).

Aplikovateľné metódy v rehabilitačnom/resocializačnom procese sa zameriavajú na posilnenie správania sa v rovesníckej skupine, na revíziu noriem správania, na medziľudské vzťahy vo vnútri vzťahov rodiny.

Práca v rodine si vyžaduje dobrú znalosť prostredia rodiny, zabezpečenie aktívnej spolupráce všetkých členov rodiny. Súdny kurátor je »kvázi« morálnou autoritou, modelom v komunikácii a v správaní sa medzi ľuďmi. Úspech samotného súdneho kurátora závisí predovšetkým na jeho osobných a profesijných vlastnostiach, výborným pozorovaním diania v rodine a samotnou aktivitou riešiť „**tu a teraz, v tomto momente“.**

Najčastejším zásahom v rodine je potvrdená existencia nebezpečenstva v podobe sociálno-patologických javov. Primárnym podnetom býva zväčša hlásenie problémov pedagógom sociálnemu regionálnemu oddeleniu, ktoré zastrešuje konkrétne selektované školy. Súdny kurátor preveruje objektívnosť hlásenia priamo vstupom do školy (spisuje sa konkrétna správa) a vstupom do rodiny (ktorý nie je vopred ohlásený). Pri potvrdení podozrenia je rodič povinný spolupracovať, kedy je možné (za určitých podmienok) ponechať dieťa v rodine pod stálym dohľadom súdneho kurátora. Druhou alternatívou je vyňatie dieťaťa z rodiny, zaradením do špecifického zariadenia na konkrétne určený čas (daná alternatíva musí byť súdnou cestou potvrdená).

Najnovším trendom v rámci profylaxie je samotný monitoring v rozličných prostrediach. Daný spôsob spočíva v zbere dát a informácii pre účely súdneho zriadenca v spolupráci s inými oddeleniami napr. polície, sociálnych a zdravotných stredísk, školy atď. Posilnenie monitoringu je písomne spracúvané pre možnosti začlenenia dieťaťa do resocializačného procesu (daný spôsob sa realizuje pri prvých príznakoch problémov v rodine napr. pri zaškolení jedného z troch súrodencov).

4. Zákon o súdnych kurátoroch v Poľsku

Nakoľko legislatívne vymedzenie statusu súdneho kurátora bolo v podmienkach Poľska dlho očakávaným, dovoľujem si uviesť aspoň v stručnosti informácie, ktoré sú v spomenutom zákone uvádzané. Ide o Zákon o súdnych kurátoroch a súdnej kuratele zo dňa 27. júla 2001 (Pozri Zbierka zákonov č. 98, bod. 1071, v znení neskorších predpisov. Zb. Z.), kde bola uzákonená činnosť súdneho kurátora, vo všeobecnosti ide o vykonávanie úloh štátnych úradníkov s odbornou spôsobilosťou pracovať a vykonávať činnosť v súdnictve. Konkrétne ide o činnosť výchovno-rehabilitačného, diagnostického, preventívneho a kontrolného charakteru.
Jednotlivé state dotýkajúce sa vykonávania odborného dohľadu v oblasti súdneho poručníctva, súdneho kurátora a súdnych sporov o maloletých členov rodiny:

Kapitola 1 Všeobecné ustanovenia (čl. 1-3).

Kapitola 2 Status profesijného (regionálneho) kurátora (čl. 4-34).

Kapitola 3 Organizácia oddelenia súdneho kurátora alebo súdneho preskúmania okolností (čl. 35-42).

Kapitola 4 Profesijná odbornosť súdneho kurátora (čl. 43-51).

Kapitola 5 Odborné právno-resocializačné normy v konaní súdneho kurátora (čl. 52-70).

Kapitola 6 Žiadatelia o pozíciu súdneho kurátora (čl. 71-83).

Kapitola 7Dodatočné zmeny existujúcich predpisov, prechodných a záverečných ustanovení (čl. 92-107).

Záver

Úloha súdneho kurátora je nevyhnutnou súčasťou resocializačného procesu v rodinách s nariadeným súdnym dohľadom. Ide o odborne vyškoleného pracovníka, ktorý je často krát súčasťou aj súdnych procesov, sprevádza rodinu resp. konkrétnych členov rodiny počas neho. Svoju intervenciu resp. postup sa ukončením súdneho procesu sa úloha súdneho kurátora nekončí, jeho rola spočíva v samotnej rehabilitácii dieťaťa v rodine t.j. v minimalizovaní sociálnej neprispôsobilosti, eliminovaní sociálno-patologických javov, s dôrazom na podporu účinnej socializácie detí pri návrate do rodiny.

Nevhodné správanie v rodine (alebo v škole), ktoré bolo preukázateľné na súdnom procese má za úlohu súdny kurátor korigovať. Jeho úlohou je pripraviť rodičov, učiteľov na možnosti, ktoré prináša zmena v správaní v konkrétnom prostredí. Súdny kurátor sa svojím vstupom a komunikáciou s rodičmi (alebo poručníkmi) sa snaží o zmenu životného a výchovného štýlu v rodine.

Zoznam bibliografických odkazov

GROMEK, K. *Kuratorzy sądowi komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Lexis Nexis 2005, s. 9-10. ISBN 8373344012.

GRZESIAK-WITEK, D., WITEK, P. *Zagrożenie wypalenia zawodowego kuratora rodzinnego w działalności resocjalizacyjnej*. [w:] Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych, pod red. T. Zbyrad, Stalowa Wola: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2008, s. 470-487. INSB 978-83-7363-618-7.

GRZESIAK-WITEK, D., WITEK, P. Kurator rodzinny wobec negacji szkolnej podopiecznych. [w:] „*Pomoc rodzinie dysfunkcyjnej*" Stalowa Wola: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2006. s. 356-373. ISBN 83-7300-664-8

ŁOBOCKI, M. *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo IMPULS, 2004, s. 304-308. ISBN 9788373089174

OSTRIHAŃSKA, Z. *Problemy współczesnej kurateli sądowej*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego", 1996, nr 5, s. 8.

OSTRIHAŃSKA, Z., GRECZUSZKIN, A. *Praca z indywidualnym przypadkiem w nadzorze rodzinnego kuratora sądowego*, Lublin: Wydawnictwo NORBERTINUM, 2000, s. 9-12. ISBN 8372222274

WITEK, P. Kuratela rodzinna w polskim systemie resocjalizacji [w:] Збирник наукових праць Қам'янець-Подильського державного университету. Серия социально-педагогична. Випуск 7, Материали Мижнародной науково-практичной конференций "Актуальни проблеми корекцийной педагогики та психологий" Кам'янець-Подильський: 2007, s. 342-346. INSB978-966-8848-19-3

WITEK, P. Wagary jako wynik niechęci szkolnej w kontekście dydaktyczno-wychowawczym [w:] *Profilaktyka, Resocjalizacja i Rewalidacja- Pomocą Rodzinie, praca zbiorowa pod red.* Barbary Kałdon, Sandomierz- Stalowa Wola: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2007, 96-107. INSB 978-83-7300-795-6

WITEK, P. Nieregulaminowa absencja szkolna gimnazjalistów jako przejaw niedostosowania społecznego [w:] *Problematyka zjawisk społeczno-patologicznych w środowisku szkolnym- stan, prewencja, rozwiązania*, Rużomberok: Wydawnictwo KU, 2008, s.588-597. INSB 978-80-8084-246-8

WITEK, P. Rozwój uczniów w wieku adolescencji czynnikiem powstawania negacji szkolnej, [w:] *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych*. Zagrożenie zdrowia – Profilaktyka – Wychowanie zdrowotne, cz. 1, pod red. T.B.Kulik, B.Wolny, A.Pacian, Stalowa Wola – Lublin: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2008, s.531-543. INSB 978-83-926302-1-0

WITEK, P. Wagarowanie gimnazjalistów a tolerowanie niewłaściwych postaw prowadzących do niepowodzeń szkolnych, [w:] *Tolerancja i jej oblicza*, t. 2, pod red. B. Więckiewicza, Stalowa Wola: Wydawnictwo WZNoS KUL, 2008, s. 192-205. ISNB 978-83-61307-48-8

Słownik języka polskiego, pod red. S. Skorupko, H. Auderska, Z. Łempicka, Warszawa: Wydawnictwo Państwowe Wydawnictwo "Wiedza Powszechna" 1993, s. 328; Słownik wyrazów obcych, pod red. E. Sobal, Warszawa: Wydawnictwo PWN, 1995, s. 623.

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz. U. z dnia 12. września 2001 r. Nr 98, poz. 1071; zm. Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1787; Dz.U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271; Nr. 213, poz. 1802; Dz.U z 2003 r. Nr 228, poz. 2256).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 18 maja 2001 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach nieletnich (Dz. U. Nr 56, poz. 591, z późn. zm.)

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich po nowelizacji z 15 września 2000 r. Wprowadzenie. Warszawa 2001.

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich po nowelizacji z 15 września 2000 r. Wprowadzenie. Warszawa 2001.

Originál príspevku *Działania resocjalizacyjne kuratora sądowego wobec rodzin objętych nadzorem* preložila a upravila PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

„OBRAZ(Y)“ RODIČA SNÍMANÉHO VIDEOKAMEROU POČAS EDUKAČNÝCH AKTIVÍT S DIEŤAŤOM (APLIKÁCIA VIDEOTRÉNINGU KOMUNIKÁCIE V RODINNOM PROSTREDÍ)

BARBORA KOVÁČOVÁ

Abstrakt

Základnou hodnotou metódy VIT je zvyšovať kvalitu komunikácie v rodinách s deťmi s rozličnými komunikačnými problémami. Analýza konkrétnych stretnutí v podobe popisov situácii zachytených videokamerou je snahou o prezentáciu niekoľkých možností aplikácie VIT v rodinnom prostredí. Automatizáciou prvkov úspešnej komunikácie v rodine prostredníctvom metódy VIT je možné dosiahnuť elimináciu nevhodného správania (nielen) detí. Na prezentovaných snímkach VIT akcentuje význam pozitívneho prístupu, opierajúceho sa o existujúce elementy života v rodine, využívanie vlastných skúseností často bez toho, aby sme si uvedomili ich pozitívny dosah, aktivizovanie členov rodiny namiesto kompenzovania ich nedostatkov, ako aj naladenie sa na zmenu a rozvoj v rodinnom živote.

Kľúčové slová

Videotréning komunikácie, rodina, spoluprácia, komunikácia.

Reflexie o dôležitosti zrakového kontaktu **v komunikácii rodič verzus dieťa**, jeho prirodzeným aplikovaním nadobúda nový rozmer potrebnosti a nevyhnutnosť pri existujúcich problémoch v rodinnej komunikácii. Z historického pohľadu sa na zrakový kontakt nazeralo ako na nevyhnutnú súčasť matky s novonarodeným dieťaťom. Už pri narodení dieťaťa bol dôležitý, uvedomenie vtedajšej doby bolo triviálne, matke sa hneď po pôrode syn či dcéra »priložil«. Dnešná pretechnizovaná doba, problémy pri samotnom pôrode na tento **nevyhnutný moment primárneho kontaktu dieťaťa s matkou** a **matky s dieťaťom zabúda**.

V odborných kruhoch zaoberajúcich sa aplikovaním VIT sa začalo diskutovať, či absencia zrakového kontaktu, neskoršie priblíženie k matke môže byť tzv. »predispozičným« faktorom pravdepodobných komunikačných problémov, ktoré sa v rodine vyskytli. Sociálne zručnosti, ktoré sú aplikované v živote dieťťaťa v prvých rokoch života, sú základom pre jeho budúce fungovanie vo vlasnej rodine. Řezňáč (1998) diferencuje jednotlivé druhy sociálnych zručností, ktoré možno pozorovať aj pri prebiehajúcej komunikácii v rodine. Jednou z prvých zručností sú **zručnosti interakčné**, *prostredníctvom ktorých členovia rodiny iniciujú, nadväzujú, prehlbujú vzťahy v rodine, dôsledkom čoho je sociálna obratnosť tzn. že konkrétni členovia v rodine vedia a rozvíjajú určitú zmysluplnú interakciu* (ibid, s.67). Jednoduchým príkladom **môže byť séria mikrosnímkov matky s narodeným dieťaťom.**

Obraz 1 Úvodné kontaktovanie sa

Vzájomné približovanie sa face to face, emocionálne prejavy vo forme pohladení, príjemného hlasu či bozkov sú nevyhnutným základom zmysluplnej a vedomej interakcie v rodinnom prostredí. *Matka sa zboku postieľky nakláňa nad ležiacim synom* (bočným priblížením sa k synovi matka docieľuje úroveň rovnocennej komunikácie, nadväzovanie prvotného neverbálneho kontaktu). *Usmieva sa, tichším hlasom sa mu prihovára a hladí ho po ruke* (popri emocionálnom prejave do komunikácie pridáva aj verbum, ktorý dieťa poznáva ešte z vnútromaternicového vývinu). *Odpoveďou je detské džavotanie* (úspešné nadviazanie kontaktu, ktoré postupným vývinom bude zo strany dieťaťa cielene vyhľadávané), *prechádzajúce až do radostného kriku* (emociálne zvýraznená reakcia). *Matka otáčaním hlavy so zrakovou kontrolou sleduje hru s hrkálkou. Dieťa hrkálku odhodí a naťahuje ruky k matke...*

Na začiatku analýzy každého videosnímku (alebo videomateriálu) komunikácie v prostredí rodiny považujeme za nevyhnutnú skutočnosť priblížiť význam a aplikačné opodstatnenie spomenutej metódy. Videotréning komunikácie (angl. *Video-Interaction-Training*) je špeciálnou metódou nácviku správnej komunikácie, ktorá vznikla v Holandsku začiatkom 80.rokov. Zakladateľom danej formy intervencie je holandský psychológ Harrie Biemans. Metóda VIT sa primárne opiera o aspekty nonverbálnej komunikácie, neskôr v analýze videomateriálu uplatňuje samotné *verbum*, s technickou vymoženosťou videokamery.

Cieľom metódy VIT je **(znovu)budovanie alebo navrátenie interakčných základov v rodine** s výraznou podporou pozitívnych reakcií medzi komunikujúcim členmi rodiny. Metóda VIT zdôrazňuje význam kreatívneho prístupu, opierajúceho sa o existujúce pozitívne elementy komunikačného procesu v rodine. Popisovaná metóda je ponímaná ako krátkodobá forma terapie (bližšie Kováčová, 2009). Získané **videozáznamy** sú dôverné, používajú sa len pri práci s konkrétnou rodinou (rodič verzus dieťa, rodič verzus rodič, dieťa verzus dieťa), pri práci v školskom prostredí je to výlučne materiál pre dotknuté strany (v danom prípade status nadriadený, podriadený nerozhoduje). Podpora **komunikačných zručností** prostredníctvom VIT je predovšetkým zachytiť symbolické vyjadrovanie kognitívnych a emotívnych obsahov vlastného prežívania, pocitov, názorov, postojov a i. Ide o nadobudnutie zručnosti prijímať a spracovať podnety, signály, ktoré sú v komunikačnom procese videokamerou zachytené.

Obraz 2 Opätovné budovanie dôvery v rodine

Popis situácie: *Ondrej vchádza do poradne, nesie knihu, zošity a v mikrotenovom vrecku má niekoľko farebných ceruziek, zvyšok z desiaty a smeti, ktoré cestou do poradne našiel na chodníku. Za ním vchádza Ondrejova mama (nižšieho vzrastu, priveľmi zhrbená a večne so smutným výrazom v tvári). Nazdar, tak zase som tu, aj s týmto (ukáže na mamu) tieňom. Matka Ondreja nesmelo upozorní, jeho reakcia má na jej upozornenia agresívny podtón (zaženie sa rukou s verbalizáciou „Však počkaj!".* **Interview č. 2** *(s Ondrejom): Ondrej sa pozerá na svoj obraz, chvíľu je ticho, potom poznamená. Vyzerá to blbo? Že? Mama je smutná, lebo som jej robil zle, ona vie prečo ... Čo tam vidím? Seba a mamu, Vás. Teraz si sadám, sáčok som položil na stôl. Položil? (otázka zo strany trénera VIT) Uhm, uhm.. neviem. Nepoložil? No dobre, tak hodil. Hej bolo počuť buchnutie. Aha pozri aj mama sa zľakla (poprvýkrát Ondrej vedome obrátil pozornosť na matku). Šúcha si nos, asi chce plakať, ona veľa plače. Tak jej treba, keď ho vyhnala ... a čo ešte vidím? Teraz, zastavili ste to všetko, všetci sa akosi tvárime, tak nejako blbo. Ja sedím pozerám sa Vás, Ty na mňa. Mama sedí, ruku má na nose. Nepozerá sa na nás, pozerá tam na stenu, tam je ten strom, čo sa mi tak páčil, taký bol veselý...*

Ondrej má veľmi dobré pozorovacie schopnosti, nemá problém s pomenúvaním vizuálne vnímaného, miestami pri popisoch využíva drobné klamstvá na »zlepšenie« situácie vo svoj prospech. Agresívne ataky na matku sú zámerne využívané, nemá snahu ich eliminovať, dokáže ich racionálne objasniť a uviesť ich etiológiu, ktorá zapríčinila zmeny v správaní voči matke. Rozhovor rodičov, ktorí o skrytej »prítomnosti« dieťaťa nevedia, môže mať nepríjemné dôsledky pre samotné prežívanie dieťaťa. Mnohé nedopovedané, naznačované v rodičovskom dialógu dokáže poznačiť dieťa natoľko, že jeho konanie možno charakterizovať ako skratové. Súčasťou pomáhajúceho procesu je **správne používaná (vedomá) komunikácia**, ktorá je odborníkom – trénerom VIT ovplyvňovaná systémom upozornenia na výskyt a používanie kladných interakcií v rodine predovšetkým v začiatkoch analýz videomateriálu. V prvom rade sa odborník – tréner VIT zameriava na základnú kategóriu, a to **Iniciatíva a jej prijatie.** Rodič vystupuje v pozícii iniciátora, podnecovateľa v činnosti smerujúcej k dieťaťu so snahou dosiahnuť prvky úspešného kontaktu – pozorovanie, vyjadrovanie súhlasu, poloha tela (»vyjadrujúca pozitívne naladenie«), reagovanie na otázky, potvrdzovanie súhlasného stanoviska, významu, spolupráca a i. Nasledovná ukážka (Obraz 3) poukazuje na skutočnosť, že podnecovateľom k činnosti bol syn Ondrej a agresívnymi prejavmi voči matke. Ponuka »pohľadu« prostredníctvom videozáznamu na seba samého v situácii, ktorá sa odohrala so spätným časovým posunom vyvolávala u Ondreja variabilnú škálu emócii. Videomateriál v danom prípade bol primárnym, zároveň dôležitým materiálom, ktorý mal za úlohu zviditeľniť priebeh patalogicky smerovanej interakcie.

Obraz 3 Opätovné budovanie dôvery v rodine (pokr. Obraz 2)

Epizóda v rodine: *Pred tromi mesiacmi odišiel otec za inou družkou od rodiny. Synovi nič nepovedal, len odišiel a vysvetľovanie situácie nechal na svoju manželku, ktorú nečakane opustil. Syn bol svedkom scény, v ktorej matka mala hysterický výstup, ktorý skončil odchodom muža z bytu (z výpovede matky, otec počas jej »zlyhania« nič nepovedal. Z toho Ondrej usúdil, že ho vyhnala).*

Ťažisko problému: *Vstupom do 1.ročníka začal chlapec zlyhávať v písomných produktoch. Bola mu dg. dysgrafia a dysortografia na organickom podklade (počas dvoch školských rokov navštevoval liečebného pedagóga za sprievodu otca. V tom čase bola Ondrejova mama jediným členom, kt. bol zárobkovo činný). Po otcovom odchode sa Ondrej zučastňoval skupinových arteterapeutických stretnutí. Príchod do poradne možno nazvať rituálom – Ondrej prvý - bez problémov, matka za ním – smutná zničená žena.*

Potvrdenie komunikačného **problému v rodine** po 2.nahrávkach: Predovšetkým ide o nárast Ondrejovej agresie voči matke, zvyčajne pri bežných situáciách (napr. v kúpelni sa Ondrejovi vylial šampón, obvinil matku; dostal zlú známku, matka bola na vine, že sa s ním neučila). Taktiež pretrváva problém v komunikácii ohľadom „neobjasneného odchodu otca“***, z čo*** vyplýva aj obava matky zo zlyhania pri bežných dialógoch so synom (volí stratégiu, radšej mlčať a neoponovať).

Pri potvrdení problému v rodine sú volené postupné kroky, ktorých úspešnosť je priamo úmerná aktivite samotných členov rodiny v intervenčnom procese. Plán pomoci je symbolickým *kráčaním po schodoch vpred*, kde každý schod znamená splnenie naplánovanej činnosti. Z Plánu pomoci (Obraz 2, 3) prezentujeme začiatočne zadefinované ciele:

a) Navodiť situáciu na objasnenie primárneho problému (odchodu otca).

b) Posilniť vzorec správania medzi matkou a synom.

c) Využívať pochvalu ako súčasť eliminovania emocionálnej deprivácie.

d) Ponúknuť možnosť (spolu)rozhodovať pri riešení problémov v domácnosti.

Priebežné hodnotenie po 5.nahrávke: *Nakoľko bolo pred Vianocami, Ondrej vymyslel hru na priania. Doviedol aj bratranca s tetou a zavolaj aj svoju mamu (pozvanie konzultoval so mnou, ako jej to má povedať, lebo matka sa stiahla hneď po 1.nahrávke. Prevažne interview prebiehali s Ondrejom, nakoľko matka sa stala mlčanlivým a súhlasne prikyvujúcim členom. V rodine fungovali systémom, čo Ondrej povedal zvyčajne sa splnilo. Sám charakterizoval klímu v rodine: Doma je kľud, ale taký blbý). Podmienkou hry bolo niečo niekomu darovať, ale muselo to byť finančne prístupné (podmienka bola schválená všetkými pozvanými účastníkmi). V tvorivej dielni, do kt. Ondrej dochádzal do skupiny chlapcov s problémovým správaním oblepil krabicu, do kt. nič nedal (so svojskou odpoveďou, že to musí ešte dobre premyslieť). Tete vytvoril náhrdelník z drobného materiálu, Tomášovi vytvoril album, do kt. si môžu spoločne lepiť hokejistov...Darčeky sa začali rozdávať (dané stretnutie bolo akýmsi »relaxačným«, ktoré sme natáčili »len tak«).... Zaujímavou bola reakcia matky, ktorá otvárala krabicu, previazanú zeleným lykom, po celý čas mala sklonenú hlavu, keď otvorila krabicu usmiala sa a znova ju zatvorila .... Zo stretnutia odchádzali ako zvyčajne Ondrej prvý (teraz s tetou a Tomášom) za nimi zhrbená a smutná pani Elena, Ondrejova matka...*

Epilóg: Tri dni pred Vianocami mi zavolala p.Elena s otázkou, kedy môžeme pokračovať v analýzach, kt. som robila s Ondriškom ... po ďalších 5 nahrávkach a 6 interview, na kt. boli aktívne zúčastnení obaja bola intervencia VIT ukončená.

Symbolicky vyjadrený obsah vnútorného prežívania (pozn. v krabici bol lístok s nakresleným slnkom, ktoré malo široký úsmev s bublinou s komentárom hahaha) boli súčasťou opätovného budovania vzťahu medzi matkou a synom.

Záver

Cieľom, poslaním a základnou hodnotou metódy **VIT je zvyšovať predovšetkým úroveň kvality komunikácie v rodinách** s deťmi s konkrétnym problémom, ktorého podoba sa transformuje do problémov so zvájomnou komunikáciou. Východiská, ktoré sú platné a boli v praktickom rozmere overené pre metódu VIT možno vymedziť nasledovne:

- Poskytovať podporu rodinám, ktoré ju potrebujú pri zabezpečovaní zodpovednosti v starostlivosti o deti – z pohľadu samotnej komunikácie (rozličné formy prezentácii).
- Zapojiť všetkých členov rodiny do komunikácie (analýza komunikácie je dôležitou súčasťou intervenčného procesu, pozri Grzesiak - Witek, 2006).
- Akceptovať názory všetkých zainteresovaných pri vytváraní Plánu pomoci ako súčasti programovej štruktúry.
- Posilňovať pozitívne prejavy komunikácie v rámci rodinného prostredia (súčasť priamej intervencie) pri hodnotení a zvyšovaní kvality komunikačného rodinného systému.
- Identifikovať nové a zaužívané (rituálne vytvorené) potreby v komunikácii a prioritne na ne reagovať.
- Vytvoriť systém pro-aktívneho zvládania kritických situácii pre všetkých členov rodiny a taktiež celkovo pri spolupráci s rodinou.
- Naučiť sa chápať individuálnu zodpovednosť v algoritme správania ako samozrejmej súčasti komunikácie medzi členmi rodiny.
- Zachovať prostredie, v ktorom bežná komunikácia členov rodiny zvyčajne prebieha.

- Pracovať a ponúkať východiská pri vytváraní partnerstva s rodinnou.
- Podporovať akceptáciu modelu videotréningu interakcie ako možnej súčasti sociálnej inklúzie v rodinnom priestore.

Metóda VIT sa zameriava na **aktuálny problém dieťaťa s**pôsobený konkrétnou zmenou v rámci problematickej situácie ako je napr. znížená adaptácia na nové prostredie (zmena bydliska z dôvodu rozvodu, odchodu jedného z rodičov a i.), dlhodobé ochorenie v rodine (dotýkajúce sa konkrétneho člena rodiny), zaškolenie dieťaťa a iné (Mis, Kujawa, Frysztacki, 1999).V terapeuticko-výchovnom procese metóda VIT akceptuje „odlišnosť" dieťaťa v takých situáciách, aby malo možnosť získavať skúseností potrebné pre svoj plnohodnotný život s prihliadnutím na vek a „odlišnosť".

Štúdia je súčasťou riešenia výskumného projektu VEGA 1/0065/09 *Kognitívne, emocionálne a morálne aspekty školského šikanovania a ich využitie v prevencii šikanovania na základných školách*. (hlavný riešiteľ projektu: Mgr. Miroslava Adamik Šimegová, PhD.)

Zoznam bibliografických odkazov

BIEMANS, H.: Video Home Training: Theory Method and Organization. In Kool, F.(eds.) *International Seminar for Innovative Institutions*. Ryswijk, Netherlands: Ministry of Welfare, Healt and Culture, 2002.

GRZESIAK-WITEK, D. Pełnienie ról rodzinnych w zabawie... In *Społeczeństwo i Rodzina.* Stalowowolskie Studia KUL, 2006, R. 9, č.4, s. 103-111.

KOVÁČOVÁ, B. Praktický rozmer videotréningu komunikácie. In *Efeta,* 2009 (v tlači)

LEVESTEIN, P. – LEVEISTEIN, Z. *Messages from Home. The parent – Child Home Program for Overcoming Educational Disadvantase*.Philadelphia: Temple University, 2008.

MIŚ, L., KUJAWA, M., FRYSZTACKI. Video Home Training jako metoda pracy z rodziną. In Malinowski, M. (eds.) *Praca socjalna – pomoc społeczna*. Rzeszów: Płus 1999.

RECZEK, E., MISIA, L. (eds.). *Z teoretycznych i metodologocznych zagadnień Wideotreningu Komunikacji.* Kraków: Instytut Socjologii Universytetu Jagiellońskiego Fundacja na Rzecz Dzieci ze Środiwisk Zagrożonych PLUS, 2001. s. 242. ISBN 83-906614-0-3

RECZEK, E. *Video Interaction Training*. SPIN Polska. Warszawa: Phare Access Program, 1999. 89s.

VIDEOTRÉNING KOMUNIKÁCIE AKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ PRÁCE S RODINOU V PODMIENKACH CPPPAP

ZUZANA MACHAJOVÁ, MÁRIA TAKÁČOVÁ

Abstrakt

V príspevku je venovaná pozornosť metóde Videotréningu komunikácie, jej niektorým teoretickým východiskám a základným princípom práce, ktoré vychádzajú zo základnej komunikácie s dôrazom na ich využitie pri práci s rodinou.
Pozornosť je ďalej venovaná vytvoreniu samotného plánu pomoci, z ktorého vychádza priama práca s rodinou, jednotlivým krokom a postupom pri aplikácii metódy v praxi. Zároveň sú v príspevku popísané skúsenosti a možnosti využitia metódy Videotréningu komunikácie v podmienkach Centier pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie.

Kľúčové slová

Rodina, videotréning komunikácie, komunikácia, iniciatíva, prijatie iniciatívy.

Úvod

Videotréning komunikácie (VIT – Video Interaction Training, ďalej len VIT) je metóda, ktorej cieľom je nácvik efektívnej komunikácie, opiera sa o zásady komunikácie s využitím možností, aké poskytuje videokamera (Srzednicka, Reczek, 2002,9). Ide o metódu práce, ktorá má svoje využitie ako krátka, intenzívna forma pomoci pre rodiny s výchovnými a spoločenskými problémami. Vďaka svojej jednoduchosti a úspešnosti sa metóda VIT začala využívať aj v iných oblastiach, kde je medziľudská komunikácia jedným z kľúčových problematických prvkov: v zariadeniach pre deti (v detských domovoch, diagnostických centrách), v školách, v domovoch sociálnej starostlivosti, v nemocniciach, a tiež v inštitúciách zabezpečujúcich včasnú intervenciu.

V Poľsku bola metóda VIT uvádzaná od roku 1995 v rámci projektu financovaného z prostriedkov Ministerstva zahraničných vecí Holandska Matra prostredníctvom Nadácie PLUS v Krakowe. Nadácia PLUS vlastní medzinárodnú licenciu AIT, realizuje výcviky VIT a zaoberá sa rozširovaním tejto metódy. V roku 2001 začalo spoluprácu na Slovensku s Nadáciou PLUS občianske združenie EDUKOS z Dolného Kubína. Prví slovenskí tréneri VIT vyškolení poľskými supervízormi začali svoju prácu v Banskej Bystrici, Žiline a Dolnom Kubíne.

Centrum pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie (ďalej len CPPPaP) v Dolnom Kubíne začalo intenzívne spolupracovať s Nadáciou Plus v Krakove aktívnou účasťou na realizácii projektu „Od poznania k vzdelávaniu“ v roku 2003. V súčasnej dobe sú prostredníctvom Nadácie PLUS v Krakowe vyškolení v rámci CPPPaP traja tréneri metódy VIT a dvaja supervízori.

Výhody používania metódy VIT v praxi

VIT poskytuje zaujímavú alternatívu v oblasti poradenskej alebo inštitucionálnej starostlivosti o deti s ťažkosťami v správaní a učení, deti s narušenou komunikačnou schopnosťou, deti so špeciálnymi potrebami alebo deti v náhradnej rodinnej starostlivosti.

Ide o krátkodobú metódu, kde hlavnú úlohu zohráva analýza základných elementov komunikácie opierajúca sa o nahraný filmový materiál. Východiskom metódy VIT sú základné psychologické potreby, ktoré sa podľa Bidlovej (2002) výrazne premietajú do interakcií. Bidlová (tamtiež) popisuje tri potreby, ktoré sú v danom kontexte významné, ide o potrebu vzťahu, potrebu kompetencie a potrebu autonómie.

Jedným z najväčších prínosov metódy je, že sa pracuje s rodinou v jej prirodzenom prostredí, teda tam, kde najčastejšie problémy vznikajú a majú tendenciu sa udržiavať (Takáčová,2006). Samotná intervencia sa uskutočňuje u klientov a účastníkov terapie priamo doma, čím tak metóda stavia na poznatkoch vychádzajúcich z čo najpresnejšieho pozorovania a popisu správania v prirodzenom prostredí, ako sa o tom zmieňuje aj Bidlová (2005).

Metóda stavia na silných stránkach rodiny a zameriava sa na zdroje a skryté možnosti jednotlivých zúčastnených. Orientuje sa na to, čo v rodine funguje, nie na to, čo je dysfunkčné. Aktivizácia podporuje samotných klientov k tomu, aby odkrývali svoje vnútorné zdroje, pričom ústrednou témou, ako o tom píše Machajová (2008) zostáva stále komunikácia, ktorá je úzko prepojená so vzťahovým rámcom, kde vzťah chápeme ako výsledok vzájomnej interakcie počas komunikácie.

Centrálnym prvkom metódy VIT je videokamera a videonahrávky, ktoré umožňujú poskytnúť klientovi, taký stupeň náhľadu, aký je prakticky veľmi náročné dosiahnuť tradičnými metódami. Výhodou použitia audiovizuálnej techniky je možnosť manipulácie s videozáznamom. Pri analýze elementov interakcií je možné pustiť záznam spomalene, zrýchlene, prípadne vybrať určitú konkrétnu interakčnú sekvenciu, podľa toho, na čo sa chceme pri práci s klientom zamerať a ktoré oblasti správania chceme posilniť.

Postup pri používaní metódy VIT

1. *Príprava klienta na prácu s metódou VI T*

Pred začatím práce s klientom, je potrebné získať písomný súhlas klienta s realizáciou videonahrávok a dohodnúť sa na minimálnom počte nahrávok / optimálny počet pri ktorej dochádza k zmene je realizácia šiestich nahrávok / oboznámiť ho so základnými zásadami metódy VIT, s možnosťami využitia videonahrávok počas práce s klientom a po ukončení práce s klientom. Kompilácie videonahrávok sa môžu po ukončení práce s klientom využiť iba s písomným súhlasom klienta na vzdelávacie a vedecké účely, inak sa nahrávky nearchivujú. Samotné nahrávky by mali vznikať v prostredí, ktoré je pre klienta prirodzené, t.j. v prostredí, kde sa klient najčastejšie pohybuje, pri jeho bežných denných aktivitách.

Klienti v čase, keď kontaktujú trénera VIT so žiadosťou o pomoc a spoluprácu, sú často presvedčení o neriešiteľnosti ich problému, čo posilňuje pocit vlastnej neschopnosti. Aj z tohto dôvodu je na začiatku veľmi náročné hovoriť s klientom o pozitívnych aspektoch a elementoch komunikácie.

2. *Vytvorenie plánu pomoci*

Už na začiatku využívania metódy VIT sa v praxi ukázalo, že v mnohých rodinách zdokonalenie základnej komunikácie nestačilo k zmene. Následne tak bola vypracovaná

celková koncepcia pomoci rodine - tzv. plán pomoci, ktorý obsahuje päť blokov, ako sa o tom zmieňuje Beaufortová a Koběrska (1999).

- BLOK I. Základná komunikácia

Základná komunikácia má vplyv na všetky aspekty fungovania rodiny a taktiež na rozvíjanie dieťaťa. Na základe analýzy interakcie možno určiť úroveň základnej komunikácie. Elementy a vzory zachytené v komunikačnej schéme sú prispôsobované čoraz zložitejším situáciám komunikácie v nasledujúcich fázach vývinu dieťaťa. Jadro týchto vzorov zostáva naďalej to isté a je formované základnými jednotkami interakcie: iniciatívou kontaktu a jej prijatím.

- BLOK II. Každodenný život rodiny

V tomto bloku učí tréner rodičov ako používať základnú komunikáciu a zásady interakcie v súžití s deťmi a mládežou a zároveň inými osobami, ktoré sú zaangažované na rodinnom živote (starostlivosť o deti, delenie povinností, upratovanie, výška vreckového, nákupy potravín, odevu a pod). Pomoc v rámci tohto bloku sa môže týkať všetkých ekonomických, výchovných a sociálnych podmienok v rodine . Tréner VIT podnecuje rozvíjanie rodičov vo všetkých oblastiach nevyhnutných pre každodenný život rodiny.

- BLOK III Rozvíjanie detí

Základnou nevyhnutnosťou pri vývine detí je využívanie prvkov základnej komunikácie v spolunažívaní s nimi. Je dôležité brať do úvahy vekové obdobie a úroveň vývinu reči. Pre dieťa vo veku do 6 rokov je najdôležitejšie preberanie iniciatívy kontaktu a potvrdenie prijatia tejto iniciatívy rodičmi, u detí do 12 rokov je to výmena interakcií, spolupráca, vzájomná pomoc, u detí nad 12 rokov je dôležité zapájanie sa do diskusie a schopnosť riešiť konflikty. Analýza základných komunikačných schém je realizovaná nielen z pohľadu dieťaťa, ktoré bolo dôvodom požiadania o pomoc, ale je cielená na všetky deti v danej rodine. Niekedy sa vyskytujú ťažkosti mimo rodiny napr. v spolužití s rovesníkmi, s rodičmi sa analyzuje, akým spôsobom môžu pomôcť pri riešení takýchto problémov. Na analýzu interakcií je možné využiť aj situácie mimo rodiny (škola, kluby, a pod.) Ak je to nevyhnutné, rodičia i tréner VIT môžu nadviazať kontakty s inými odborníkmi (učiteľmi, špeciálnymi pedagógmi a i.), niekedy je potrebné zabezpečiť aj ďalšiu odbornú diagnostiku alebo podporu z iných pomáhajúcich profesií.

- BLOK IV Rozvíjanie rodičov

Ak rodičia získavajú istotu, že sú úspešní pri práci so svojimi deťmi, môžu pociťovať potrebu vlastného rozvíjania a hľadajú nové možnosti sebarealizácie alebo sebavzdelávania. V tejto etape rodičia sami rozhodujú o ďalších zmenách vo svojom živote.

- BLOK V Vytváranie spoločenských vzťahov rodiny

Hlavnou úlohou je vytvorenie dobre fungujúcej spoločenskej siete, čo zabraňuje prípadnému izolovaniu sa rodiny od spoločenského diania. Rodina je podporovaná, aby nadviazala úspešné spoločenské kontakty so svojim blízkym okolím i širším sociálnym prostredím.

Plán pomoci nie je systémom nemenných zásad, je nástrojom podporujúcim zmeny, ktoré je možné prispôsobiť situácii a zároveň je možné pohybovať sa medzi a vo vnútri blokov podľa potrieb rodiny.

3. Priama práca s klientom s využitím metódy VIT

1. fáza: Nahrávka

Tréner VIT nahráva situáciu zo života, ako je napr.: spoločný obed, návrat detí zo školy, spoločná hra, do ktorej sú zapojení všetci členovia sledovaného systému. Následne tréner VIT nahrávku analyzuje, pričom skúma celkovú atmosféru v systéme a hľadá pozitívne elementy komunikácie, z ktorých vyberá tie najvhodnejšie na prezentáciu klientovi.

2. fáza: Review

Review je spoločný rozhovor klienta a trénera VIT o vybraných sekvenciách videonahrávky, kde má klient možnosť vidieť, že existujú situácie, v ktorých uplatňuje elementy úspešnej komunikácie. Spoločne potom hľadajú spôsoby ako tieto formy pozitívneho správania posilniť a rozšíriť o čo najväčší počet pozitívnych interakcií.

Pod pozitívnou interakciu rozumieme jednotlivé elementy úspešného kontaktu, medzi ktoré patria najmä očný kontakt, venovanie pozornosti, prijatie iniciatívy, (Srzednicka, Reczek 2002; Zimmerman et al. 2003).

Videonalýza, ako sa o tom zmieňuje aj Fukkink (2008), umožňuje taktiež pozrieť sa na seba a svoje správanie s odstupom času, pričom klient má dostatočný priestor na to, aby mohol reflektovať na to, čo vidí a analyzovať jednotlivé pozitívne obrazy a momenty, k čomu ho podporuje a aktivizuje práve tréner. Tréner zároveň prostredníctvom obrazu učí klienta, ako sa prvky komunikácie podieľajú na vzniku úspešných interakcií, a ako to môže následne viesť k zlepšeniu komunikácie a zmene vzťahov.

4. Ukončenie práce s klientom

Nahrávanie a review sa realizujú dovtedy, kým nedôjde k žiadúcemu zlepšeniu, ktoré je zadefinované v podobe cieľov na začiatku práce s klientom. Práca s rodinou sa končí spravidla vtedy, ak jej členovia dokážu uplatňovať naučené spôsoby komunikácie bez pomoci trénera. Prostredníctvom porovnania starších nahrávok s novšími môže terapeut evaluovať jednotlivé pokroky v práci s klientom.

Využitie metódy VIT v podmienkach CPPPaP

V podmienkach CPPPaP využívame metódu VIT okrem priamej práce s rodinou aj pri realizácii skupinových aktivít, s cieľom vytvoriť pozitívnu atmosféru v školskej triede počas vyučovania, čím sa žiaci stávajú viacej aktívni a motivovaní, čo sa odráža neskôr na kvalite atmosféry v skupine, individuálnej spokojnosti a vzájomných vzťahoch.

Pri práci s učiteľom využívame analýzu nahrávok s dôrazom na pozitívne aspekty práce učiteľa so žiakmi. Ukážky z nahrávok sú vyberané s cieľom posilniť jeho existujúce kompetencie a zručnosti v oblasti komunikácie, organizácie práce, podporiť rozvíjanie ďalších zručností a posilniť vzťah učiteľ – žiak.

Pri realizácii rovesníckych preventívnych programov (Peer programy) využívame metódu VIT pri aplikácii základných teoretických informácií najmä so zreteľom na základnú komunikáciu. Analýzu videozáznamu ako aj metodické nahrávky využívame v rámci vzdelávacieho bloku zameraného na komunikáciu (pochopenie základných princípov komunikácie a sociálneho kontaktu). Prostredníctvom analýzy videozáznamu zo skupiny poskytujeme účastníkom programu spätnú väzbu o ich osobnom raste a zmenách v sociálno – komunikačných zručnostiach, ako i v širších sociálnych vzťahoch a sociálnych interakciách.

Vybrané sekvencie z nahrávok slúžia na posilnenie pozitívnych sociálnych interakcií u jednotlivých účastníkov v súlade so a zásadami práce metódy VIT a napomáhajú tak osobnostnému rastu.

Záver

Cieľom metódy VIT je rozvíjanie klienta, pričom klient by sa nemal stať závislým na pomoci trénera. Je dôležité, aby tréner viedol rozhovory s klientom tak, aby prevládala aktivizácia nie kompenzovanie (pomoc). Aktivizujúce konzultácie tak motivujú klienta k samostatnému hľadaniu riešení a tréner všetky možné riešenia akceptuje.

Práca s rodičom prostredníctvom pozitívnej spätnej väzby cez jednotlivé obrazy napomáha utváraniu a posilňovaniu rodičovských kompetencií a využívaniu efektívnych vzorcov komunikácie v interakcii rodiča so svojimi deťmi.

Pozitívne hodnotíme aj fakt, že práca s rodinou prostredníctvom tejto metódy umožňuje prirodzeným a nenásilným spôsobom cez pozitívne aspekty motivovať klienta ku zmene, za predpokladu rešpektovania jeho osobnosti a jeho potrieb, ako aj osobnosti a potrieb detí.

Zoznam bibliografických odkazov

BIDLOVÁ, E. *Sociální dovednosti učitele a možnosti jejich rozvíjení pomocí videotréninku interakcí*. 2002 [online]. [cit.13.4.2009]. Dostupné na http://209.85.129.132/search?q=cache:q3ftD6l2mlsJ:veda.fsv.cuni.cz/doc/KonferenceRCS/psych_bidlova.doc+soci%C3%A1ln%C3%AD+dovednosti+u%C4%8Ditele+a+mo%C5%BEnosti+jejich+rozv%C3%ADjen%C3%AD+pomoc%C3%AD+videotr%C3%A9ninku&cd=6&hl=sk&ct=clnk&gl=sk

BIDLOVÁ, E. Využití videotréninku v rodině i škole. In *Rodina a škola*. 10/2005. [online]. [cit.13.4.2009]. Dostupné na: http://www.portal.cz/scripts/detail.php? id=4653

BEAUFORTOVÁ,K., KOBĚRSKA,P. *Videtrénink interakcí*. Praha : SPIN 1999.

FUKKINK, R.G. Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. In: *Clinical Psychology Review*. 28/2008 s. 904-916. [online]. [cit.2.10.2009]. Dostupné na: http://www.spinusa.org/videofeedback.pdf

MACHAJOVÁ, Z. *Videotréning komunikácie ako jeden zo spôsobov rozvoja osobnosti učiteľa a žiaka*. Príspevok na konferencii, 2008.

SRZEDNICKA, U., RECZEK, E.: *Lexikon wideotreningu komunikacje*. Krakow: Fundacja Plus, 2002. s. 9 -17

TAKÁČOVÁ, M. *Metóda videotréningu interakcií a v poradenskej praxi Centier výchovnej a psychologickej prevencie*. Nepublikovaná záverečná práca. Bratislava: Metodicko – pedagogické centrum, 2006.

ZIMMERMAN, L. et al. Training team Leaders in a CHild Welfare Setting Using the SPIN Leadership Guidance Model. In: *Children and Youth Services Review*. 25/ 11/2003. Str.891-910. [online]. [cit.2.10.2009]. Dostupné na: http://www.spinusa.org/ZimmermanArticle.pdf

MONTESSORIOVEJ METÓDY LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY A TERAPIE

HELENA KUBEROVÁ

Abstrakt

Montessori liečebná pedagogika a terapia je aktuálna alternatívna metóda, ktorá má reálnu perspektívu použitia v edukácii. Jedincom rôznych vekových kategórií s rôznymi neurologickými, či psychickými chorobami pomôže táto metóda obnovovať, alebo nadobúdať schopnosti, či vedomosti pomocou prirodzených hrových aktivít. Vytvorením názorného spôsobu vzdelávania s využitím montessori metód rozvoja rečových schopností sa môže pomôcť okrem detí aj jedincom vyšších vekových kategórií s rôznymi poruchami reči.

Kľúčové slová

Montessoriovej pedagogika a liečebná pedagogika.

Montessori liečebná pedagogika a terapia je aktuálna alternatívna metóda, ktorá má reálnu perspektívu použitia v edukácii. Ústredným mottom, priam filozofiou je heslo: **„Pomôž mi, aby som to dokázal sám**“(Zelinková, O., 1997, s. 17).

Mária Montessoriová (1870 – 1952) rozpracovala a formulovala psychofyziologickú metódu ako liečebno - výchovný program pre postihnuté deti. Metóda obsahovala zamestnania s hrovým materiálom a cvičenia praktického života. Montessoriová vychádzala z práce lekárov Edouarda Séguina a Jeana Itarda, ktorý ako riaditeľ ústavu pre hluchonemých sa ujal dvanásť ročného „divého chlapca“, ktorý sa našiel v lesoch. Dal mu meno Viktor a vypracoval pre neho plán výchovy. Začal so zmyslovou výchovou a pri tom varoval pred preťažovaním pri cvičeniach. Montessoriovej metóda spočiatku využívaná pri výchove zdravých a mentálne postihnutých detí, bola modifikovaná aj pre deti so zmyslovými chybami. S pozitívnymi výsledkami sa stretávame aj u zdravých jedincov, ktorí sa takto učia sami z vlastnej vôle a bez prežívania stresových situácií.

Metóda po jej didaktickom spracovaní sa môže v budúcnosti používať aj u dospelých chorých jedincov, u ktorých môže pomáhať pri obnovovaní kognitívnych, psychomotorických a senzitívnych funkcií. Montessori liečebná pedagogika je samostatná forma terapie, integruje aktuálne poznatky neurofyziológie, pediatrie, vývinovej psychológie, rehabilitácie, genetiky, psychológie a pedagogiky. Samostatné možnosti edukácie založené na Montessori – metóde sa realizujú formou individuálnej a skupinovej terapie. Cieľom individuálnej terapie je prenášať aj najmenšie kroky z „Cvičení praktického života“, zmyslového materiálu ale aj z didaktického materiálu do domáceho prostredia. Terapeut, alebo liečebný pedagóg sa zaoberá s jednotlivcom a súčasne s rodičmi. Skupinová terapia rozvíja individuálnu terapiu a ponúka špeciálne vedenie v socializácii jedinca, aby bol v malých krokoch pripravovaný na pôsobenie v skupine a spoločnosti (Montessori, M., 1998, s. 38).

Ciele montessori terapie sú vo všeobecnosti zamerané na čo najkomplexnejšie rozvíjanie schopnosti jednotlivca, dieťaťa, dospievajúceho a dospelého, ktoré sú obmedzené z dôvodu telesného alebo duševného ochorenia, či postihnutia. Ciele sa stanovujú tak aby umožnili

pomáhať samostatne zvládať životné situácie a integráciu do spoločnosti. Vedú tak jedinca v smere budovania samostatnosti a posilňovaní sebavedomia a pozitívneho sebahodnotenia. U jedinca sa a rozvíja zodpovednosť za seba a zdokonaľuje sa v cvičení funkcií hrubej a jemnej motoriky. Jedinec si nacvičuje percepčné spôsobilosti, zdokonaľuje a stimuluje sa jeho reč, trénuje sa jeho koncentrácia, nacvičuje sa správanie, pracovné, hrové a učebné návyky. Postupom edukácie a terapie sa zmierňujú poruchy správania jedinca, podporuje sa jeho vzťah k blízkym i cudzím osobám. Pre všetkých zúčastnených na edukácii používajúcich metódy montessori terapie je vysoko povzbudzujúce v tom, že dosahovanie cieľov je zjavné. Po krátkej dobe je u jedinca pozorovateľná zvyšujúca sa úroveň sebadôvery, nezávislosti, zvyšujúca sa úroveň vnímania, emocionality, úroveň sociálnych kompetencií, jemnej a hrubej motoriky, koncentrácie, výdrže a vôle. Stanovenie cieľov pre blízke osoby, rodičov, opatrovateľov sa vedie smerom zvyšovania citlivosti voči skutočným potrebám chorých a postihnutých. Ciele vedú blízkych správnym smerom vedieť ponúknuť jedincovi v správnom čase správne činnosti, aby vedeli preniesť postupy a zásady montessori terapie do domáceho prostredia (nácvik pracovného správania). Blízke osoby sú členmi edukačného a terapeutického tímu. Ich aktívna účasť uľahčuje prenos činností z umelého terapeutického prostredia do domáceho. Celá rodina sa stáva „priestorom terapie jedinca“, bez zásadnej zmeny chodu rodiny. Vo vzájomnej interakcii je možné zistiť, aké problémy majú blízki a liečebný pedagóg môže objasniť ich pochybnosti a pomôže im vytvoriť realistický pohľad na situáciu (ambície, ideály, možnosti). Problémy blízkych pri starostlivosti o chorého, či postihnutého člena rodiny, no zvlášť rodičov pri narodení postihnutého dieťaťa sú veľmi náročné a ťažké. Striedajú sa u nich pocity viny, hanby, izolácia a hľadajú rôzne formy pomoci. Sú v ťažkej a chronickej stresovej situácii a často nevedia, kedy a ako majú žiadať o pomoc, nerozumejú potrebám postihnutých detí, stávajú sa hyperprotektívnymi voči dieťaťu, alebo ho bez rozmyslenia opúšťajú a umiestňujú v sociálnom zariadení. Často krát sa z tohto dôvodu rozpadá ich vzťah. Podľa I. Štúra (1998), nie je pravdou, že narodením dieťaťa so zdravotným postihnutím sa rodina časom rozpadne: „Keď je dobrá rodina, tak postihnuté dieťa jej členov zblíži a keď nie je dobrá, tak ich rozdelí“(Štúr., I.,1998, s.3).

Montessori terapia v domácom prostredí má mnohé výhody. Jedinec je v známom priestore, je možný slobodný výber času, terapia sa pružnejšie prispôsobí senzitívnemu obdobiu chorého dieťaťa, v interakcii pomáhajú rodičia, súrodenci a iné blízke osoby, čo má nesporne tiež pozitívny vplyv na rodinu, ktorá má šancu spirituálne dozrievať (Hainstock,E.G., 1999, s. 18).

V popredí je potrebné vidieť choré dieťa, jeho potreby, nie postihnutie a dôležité je posilňovať jeho silné stránky. Svojou trpezlivosťou, vyrovnanosťou a pokojom je potrebné pomáhať a poskytovať chorému jedincovi lásku, rešpekt a podporu. Dobre profesionálne pripravený liečebný pedagóg dokáže tvorivo myslieť a pri tom sa nenechá chorým jedincom manipulovať. Poznanie samotnej teórie a jej rigidné uplatňovanie nestačí. V každom prípade je potrebné brať do úvahy to, že terapia ≠ „vyliečenie“, ale = akceptovanie choroby, s ktorou sa dá naučiť žiť.

Montessori terapia prebieha na základe odporúčania neurológa alebo psychológa. Liečebný pedagóg, či terapeut vykoná diagnostiku, určí frekvenciu návštev, podľa individuálnych možností a záujmu realizuje výber materiálov a činností. Dôležité sú rozhovory s blízkymi, aké sú ich očakávania od terapie, od terapeuta, od chorého jedinca. Objasní možnosti a ponuku, vysvetlí obmedzenia a spoluprácu, ktoré činnosti, materiály na čo slúžia, aké materiály sa nájdu doma, aké sú výhody a nevýhody práce doma a v zariadení. Rozhodujúcim činiteľom je často finančná situácia, záujem a vzdialenosť rodiny od zariadenia, ale aj vek klienta a jeho aktuálne možnosti. Montessori terapia sa dá využiť nielen pri práci s deťmi raného veku, ale aj s dospelými s Alzheimerovou chorobou, demenciou, poúrazovými stavmi a v oblasti geriatrie.

Pri praktických cvičeniach u chorých s poruchami reči by sa malo postupovať podľa metódy navrhnutej samotnou Montessoriovou, ktorá rozvoj jazyka a učenie odporúčala realizovať v 3 fázach:

1. fáza – spojenie zmyslového vnemu s príslušným pomenovaním: napr.: „To je červené. To je otec. To je...“ V tejto fáze vyjadruje pomenovanie veci, javu edukátor.

2. fáza – upevňovanie spojenia: „Ukáž červenú doštičku! Tiež: Ukáž v miestnosti predmety červenej farby. Ukáž (na fotografii) otca!....“.

3. fáza overuje prvú fázu: „Aká je táto doštička? Kto je to?“ (na fotografii). V tretej fáze jedinec pomenováva daný predmet aký je, koho vidí a pod. Potom sa môže pokračovať jeho vyjadrením načo to je, aký to má zmysel a pod.(porovnaj M. Montesori: 1998, s. 342).

Riešenie konkrétnych symptómov pomocou montessori metód

Riešenie v prípade konkrétnych symptómov rôznych ochorení a problémov sa môže dosiahnuť pomocou metód montessori pedagogiky.

Problémy v ktorých je možná pomoc:

- Porucha motivácie - slobodnou voľbou činnosti k nej v tomto prípade ani nedochádza. Materiál je vysoko atraktívny, umožňuje samostatnú a individuálnu prácu, čo je cenné aj pre emocionálnu stimuláciu.
- Porucha koncentrácie – jedinec nie je vyrušovaný vonkajším zásahom terapeuta, koncentrácia a disciplína sa dostaví úplne samozrejme. Koncentrácii pomáha aj orientácia podľa farby, je tu minimalizácia dráždivých podnetov, minimalizácia rušivých verbálnych inštrukcií vedie k „normalizácii“ (napr. cvičenia ticha)- „posledné zrniečko“, „posledná kvapka“,....
- Porucha sebaregulácie (hypo-, hyperaktivita, porucha sebakontroly). Predchádza a rieši sa očným kontaktom s terapeutom, polysenzorickými aktivitami, cvičením ticha, chôdzou po línii a vlastnou kontrolou chýb, ktorá vyplýva z presne didakticky zhotoveného materiálu (didaktická pomôcka vedie jedinca k správnemu riešeniu).
- Stereotypie – sústredenou činnosťou jedinec vykonáva vlastnú činnosť, čo vedie k pozitívnej emocionálnej reakcii detí na dobre vykonanú prácu a tým je opätovne motivovaný pre ďalšiu inú prácu.
- Porucha programovania činnosti - logická následnosť činností v postupoch vedúcich k riešeniu a vyriešeniu, systematické usporiadanie materiálu a práca orientovaná na cieľ odstraňujú postupne aj tento problém.
- Porucha motoriky (hrubá motorika, jemná motorika, okulomotorika, chôdza). Cvičením sedenia, nosenia predmetov, ktoré sú prispôsobené rozlične chorým a postihnutým (napr. valce s uchopením pre jedincov s obrnou, pomôcky na podlahe a pod.). Všetky cvičenia rozvíjajú postupne jemnú i hrubú motoriku.
- Gnostické poruchy, somatosenzorické poruchy sa konkrétne ovplyvňujú pomocou pripravených didaktických pomôcok. Taktilné poruchy sa zdokonaľujú cvičeniami hmatu („hladké, drsné“), proprioceptívne pomocou voľného pohybu, prípravných cvičení, rečových cvičení a pod. („choď ticho“, „choď rýchlo“). Poruchy vestibulárneho zmyslu sa zdokonaľujú pomocou chôdze po línii.

- Poruchy sluchu sa ovplyvňujú pomocou zvončekov, hrkotajúcich dóz, jedinec sa učí rozoznávať a lokalizovať zvuky, časové aspekty sluchových vnemov (najskôr, potom,...), a rozoznávanie podobne znejúcich slov, tiež pomáha jedincom s amúziami
- Rečové cvičenia je nutné doplniť tímovou spoluprácou s logopédom a doporučené logopedické cvičenia rozvíjať pomocou montessori metód.
- Poruchy zrakového vnímania (rozlišovanie predmetov, rozdielov vo vlastnostiach, rozlišovanie figúry a pozadia). V týchto prípadoch pomáha geometrická komoda, biologická komora, konštruktívne trojuholníky, farebné tabuľky, priraďovanie zmenšených predmetov k obrázkom, priraďovanie geometrických telies k tvarom podstavy, debnička I, II, kovové vkladačky, zošity na čítanie, tvorenie vlastných kníh a základné materiály montessori terapie.
- Porucha stereognostického zmyslu – túto poruchu pomáha ovplyvniť triediace cvičenie, tajomné vrecúško, pieskové písmená, číslice.
- Porucha orientácie v priestore, lokalizácie – pomáha voľný pohyb a vzdialenostná hra,
- Poruchy praxie a konštruktívnej praxie – pomáhajú odstrániť konštruktívne trojuholníky, binomická, trinomická kocka, pazzl, labyrinty, kreslenie, strihanie, lepenie.

Všetci zúčastnení, ktorí majú vplyv na vývin chorého, či postihnutého jedinca, sa musia cvičiť v **trpezlivosti.** Takým spôsobom sa dajú očakávať pokroky a iba tak nestratíme silu viesť ich a sprevádzať.

V minulosti sa považovala praktická príprava chovancov pracovnou terapiou za súčasť liečby chorých a postihnutých. Vykonávala sa najmä v psychiatrických zariadeniach a ústavoch, kde bola snaha aby terapia plynule prechádzala do pracovného začlenenia jedinca, ako príprava na určitú, nenáročnú profesiu. Za terapiu sa považovala skoro každá práca - rúbanie dreva, pestovanie zeleniny, parková úprava, údržbárske práce, rozličné práce v dielni pod vedením majstrov, ošetrovateľov a sestier. Ich nevýhodou bolo, že nemali spracovanú koncepciu a didaktickú prípravu, neboli cieľovo zamerané. Tieto jednoduché a monotónne práce využívali účinok aktívneho pohybu, prípadne príležitosti na neformálne rozhovory.

Zamestnania a pracovné činnosti je potrebné odborne pedagogicky pripravovať, organizovať a hodnotiť, aby umožňovali dosiahnuť konkrétny cieľ, napr.: (výtvarné dielka, masky, maňušky, hračky, tvorba fotografií a filmov podľa vlastných scenárov a pod. Takým spôsobom sa rozvíja tvorivosť a sebavyjadrenie, ktoré má vysokú diagnostickú a prognostickú hodnotu. Malé dielne a malé hospodárstva majú v súčasnej dobe veľkú perspektívu pre edukáciu a reedukáciu chorých, postihnutých, psychicky chorých, alebo závislých klientov. V sociálnych ústavoch a v niektorých rodinách sa stáva, že chorí, či ťažko, hlavne mentálne postihnutí sú často viac opatrovaní, ako zmysluplne edukovaní. Z toho dôvodu je potrebná aj celková edukácia a príprava spoločnosti, aby celá populácia vedela a poznala možnosti, ktoré jej spoločnosť poskytuje. „Významnou zložkou obsahu učiteľského vzdelávania je pedagogická prax. Viacej tvorivosti sa žiada vniesť aj do vlastnej prípravy. Znamená to vychovávať a vzdelávať študentov tak, aby boli schopní už od prvých dní po nástupe do praxe riešiť aj náročnejšie výchovné situácie a odborne viesť učebnú činnosť žiakov“ (Kuberová, H., s.271-272).

Mária Montessori (1926): „Kto je netrpezlivý nerozumie pravej hodnote vecí. Nepozná nič iné okrem vlastného zhonu a uspokojovania svojich potrieb. Očakávanie bez okamžitého

výsledku je to, čo mnohí nedokážu zniesť a vyvoláva to v nich dojem, že strácajú čas“ (Montessori, M., 1926, s. 12).

Záver

Mnohí rodičia a učitelia nepoznajú názorné montessori metódy a majú o nich aj skreslené informácie. Montessori metódy majú stanovené jasné pravidlá, no pri tom má dieťa šancu predkladané úlohy zvládnuť. Dieťa v hrových aktivitách je neustále stimulované rôznorodými činnosťami a správne riešenie je zakomponované v pomôcke.

Evidentné je, že poznanie a využitie týchto metód vo výchovno – vzdelávacej praxi je neznáme a názory odborníkov a laickej verejnosti sa na ich využívanie líšia. Montessoriovej metódy sa používajú hlavne v krajinách s rozvinutou ekonomikou. Pre vytvorenie základnej požiadavky, „pripraveného prostredia“ je podmienkou vybavenie sériami pomôcok pre vzdelávacie aktivity rozvíjajúce reč, matematické predstavy, kozmickú výchovu, rozvoj zmyslov a cvičenia praktického života. Tieto pomôcky si vyžadujú jednorazovú, vstupnú investíciu a vysoké ekonomické zabezpečenie pri vstupnom zavádzaní, lebo sú vyrábané výlučne z prírodných materiálov (drevo) a sú natierané ekologickými a zdraviu neškodnými farbami. Ďalšie ekonomické zabezpečenie je minimálne, lebo každý jedinec pracuje s pomôckou dovtedy, kým samostatne nezvládne jej didaktický cieľ. Výroba takýchto pomôcok si vyžaduje tiež ich presné vypracovanie, lebo na ich presných rozmeroch je závislý výsledok učenia (napr. pre výučbu matematických predstáv slúži ružová veža, ktorej rozmery kociek sú vypracované na desatiny milimetra). To je jeden z dôvodov, prečo sa táto skutočne efektívna metóda nedokáže presadiť. Napriek všetkým problémom je to metóda hodná pozornosti, lebo jej autorka bola za svoju prácu ocenená Nobelovou cenou za mier v roku 1950 a vošla do dejín pedagogiky ako výnimočná osobnosť, ktorá spôsobila revolučné zmeny v názoroch na výchovu a vzdelávanie detí.

Zoznam bibliografických odkazov

HAINSTOCK, E. G. *Metoda montessori a jak ji učit doma.* Praha: Pragma, 1999. s. 166. ISBN 80-7205-662-X.

KUBEROVÁ,H. *Príprava učiteľov v rámci novej koncepcie pedagogickej praxe na Katolíckej univerzite v Ružomberku*, IN: Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie „Premeny slovenského školstva na prahu nového milénia, PF UKF, GARMONND, Nitra 2001, s. 271 – 272. ISBN 80-8050-390-7

MONTESSORI, M. *Tajuplné dětství.* NSPS, Praha, 1998.

MONTESSORI,M. *Příručka vědecké pedagogiky*. Praha, 1926.

ZELINKOVÁ, O. *Pomoz mi abych to dokázal*. PORTÁL, Praha, 1997, 106 s. ISBN 80-7178-071-5

ŠTÚR., I. *Neprekliať vlastný život*. In: Humanita č. 6, 1998, str.3.

UPLATNENIE DRAMATOTERAPIE A BIBLIOTERAPIE S RODINOU KLIENTA

KATARÍNA MAJZLANOVÁ

Abstrakt

Príspevok prináša teoretické aj praktické informácie o použití dramatoterapeutických a biblioterapeutických hier a techník pri práci s rodinou klienta

Kľúčové slová

Dramatoterapia, biblioterapia, práca s rodinou.

Motto:

Pomôžme svetu stať sa lepším, pomôžme sebe, aby sme žili v tej najlepšej verzii

(J. L. Moreno)

DRAMATOTERAPIA predstavuje súčasť liečebno-výchovných prístupov u detí, mládeže a dospelých s rôznymi druhmi porúch a postihnutí, v ktorých ide o špecifické aplikovanie divadelných štruktúr a dramatických procesov s cieľavedomím terapeutickým zámerom, ktorými sú symptómová úľava, emocionálna a fyzická integrácia a osobnostný rast.

Mechanizmus terapeuticko-výchovného pôsobenia je založený na princípe, že dráma a terapia sú reflexnými procesmi, cez ktoré klient vtiahnutý do života charakterov objavuje sám seba. Počas procesu improvizácie pomocou dramatických metafor sa formuje základ pre porozumenie klientovho správania či problému. V dramatoterapii klient vo svojej vlastnej role pátra po zmysle a účele svojej existencie v pokuse o tvorivé zvyšovanie a prekonávanie svojich medzí.

V dramatoterapii využívame relaxačné metódy (zamerané na uvoľnenie), zážitkové metódy (dramatické hry, hranie rolí), scénické metódy (dramatická metafora), motivačné metódy (uspokojovanie potrieb, záujmu, pocit dôvery), sebareflexné metódy (uvedomovanie si správania v rôznych situáciách) nácvikové metódy (zvládanie nových zručností), behaviorálne prístupy (posilňovanie žiaduceho správania).

Medzi prostriedky a techniky dramatoterapie patrí sociodráma, rolové hry, pantomíma, etudy, práca s príbehom, s maskou, tanečná dráma, dramatizácia, improvizácia, bábková a maňušková hra, psychodráma, Playback divadlo, divadlo fórum...

Výber metód a prostriedkov závisí od zloženia skupiny, problému klientov, na základe čoho si dramatoterapeut stanoví ciele i program dramatoterapeutických stretnutí.

Špecifiká dramatoterapie v porovnaní s inými dramatickými aktivitami (dramatická výchova, nácvik divadelného predstavenia a pod.) spočíva v uplatňovaní terapeutických pravidiel a kritérií, ktorými sú:

- Cielený výber klientov (deti, mládež, dospelí) do skupiny podľa diagnózy, veku, pohlavia.

- Obmedzený počet osôb v skupine (podľa symptómov veku, pohlavia,...) od 3 do 10 osôb (s výnimkou psychodrámy a sociodrámy), terapeutické vedenie a prístup (podnecovanie, plná akceptácia klienta).
- Okrem skupinovej formy dramatoterapie sa pomerne často uskutočňuje individuálna forma, niekedy sa jednotlivé prístupy podľa potreby kombinujú.
- V dramatoterapii sú dramatické aktivity zamerané na vytvorenie terapeutického vzťahu medzi klientom a terapeutom, resp. klientmi.
- V dramatoterapií ide o plnenie terapeutických ciešov u každého klienta. Dramatoterapeut využíva dramatické štruktúry so špecifickým cieľom pomôcť klientovi zažiť emócie, získať vnútornú motiváciu a schopnosť lepšie sa orientovať v problémoch, v situáciách, vo vzťahoch. Ide teda o cielenejšie a dlhodobejšie zmeny v prežívaní pomocou množstva komponentov, medzi ktoré patrí lepšie sebapoznávanie, sebaakceptácia, zážitok úspešnosti, sebarealizácia, zmena pohľadu a prístupu k problémom, získanie nadhľadu, pochopenia, istej rezistencie proti stresovým situáciám, resp. určitý posun v ich vnímaní a prežívaní.
- V dramatoterapií ide o zámerné využívanie skupinovej dynamiky (kohézia, tenzia) na plnenie terapeutických cieľov.
- Dramatoterapia predpokladá komplexný prístup – so zahľadnením všetkých faktorov, ktoré pôsobia na človeka (zohľadňujú sa zdravotné, psychologické, osobnostné, sociálne, ekonomické a iné), často sa dramatoterapia uplatňuje v rámci tímového prístupu ako doplnková terapia (napríklad i psychicky chorých pacientov, drogovo závislých atď).

Dramatoterapia sa v súčasnosti uplatňuje u detí s poruchami správania, s poruchami učenia, u týraných detí, u osôb psychosociálne narušených, po prekonaní traumy, drogovo závislých, chorých a zdravotne oslabených, sociálne, ekonomicky znevýhodnených, u seniorov s emocionálnymi problémami, pri práci s rodinou klienta.

Práca s rodinou klienta v oblasti dramatoterapie tvorí dôležitú súčasť systémového a komplexného prístupu pri práci s klientom.

Rodina je miestom, kde klient je súčasťou spoločenstva, ktoré tvorí jeden celok, je sociálnou zložkou s určitými vzťahmi a väzbami, prameňom emócií a skúseností, ktoré majú vplyv na neskorší život človeka. V rodine sa učíme komunikovať a získavať skúsenosti pre komunikáciu so širším spoločenstvom.

Podmienky v rodine v značnej miere prispievajú k formovaniu sebakoncepcie, sebahodnotenia, sebaprijatia človeka, jeho spontaneity, tolerancie, empatie a kreativity.

Mnohé problémy klienta majú svoje korene práve v rodinnej výchove. Je to evidentné v tých prípadoch, keď človek v rodine nedostane zdravé základy pre rozvoj osobnosti, ak podmienky v nej sú dlhodobejšie nepriaznivé, neuspokojujúce, ak sa vytvorili nesprávne a patologické prejavy správania a reagovania na rôzne podnety,...

Symbolický jazyk drámy pomáha odkrývať problémy členov rodiny, aktívne rozvíjať a odkrývať nové možnosti zmien, získavať informácie o jej fungovaní atď. Členovia rodiny cez dramatoterapiu získavajú obraz o vlastnom pôsobení a vlastnej role v rodine, cez skúsenosti prostredníctvom drámy sa učia lepšie porozumieť sebe i druhým.

S rodinou v rámci dramatoterapie pôsobíme

- ak ťažisko problémov klienta spočíva v konfliktoch v samotnej rodine,

- ak sú vzájomné vzťahy medzi deťmi a rodičmi (rodičom) alebo súrodencami narušené, ak sú problémy medzi samotnými rodičmi,
- ak postavenie klienta a jeho rola v rodine je pre neho neprijateľná (ak ju tak on sám vníma), ak podnety k intervenciu vychádzajú zo samotnej rodiny,
- ak individuálna alebo skupinová dramatoterapia nemá očakávaný vplyv na klienta,...

Ak sa pracuje s klientom v skupine alebo individuálne, rodinní príslušníci v príbehoch a rolových prehrávaniach sú zastúpení cez náhradné postavy. Ukazuje sa, že priame dramatoterapeutické pôsobenie s rodinou je efektívnejšie, pretože zmeny v najbližšom okolí človeka majú pre neho podporné a korektívne pôsobenie.

V tejto oblasti môžeme pôsobiť s jedným členom rodiny alebo s celou rodinou, resp. s jej časťou (dieťa - dieťa, dieťa - rodič, resp. aj s osobou zo širšieho príbuzenstva (starí rodičia,...

Dramatoterapeutická intervencia v rodine si vyžaduje určitú postupnosť, ktorej obsah závisí od problémov klienta, veku, záujmov, intelektu, vzájomných vzťahov členov rodiny, od ich ochoty spolupracovať,...

Dôležité je vytvoriť atmosféru dôvery, pohody a tiež motivovať účastníkov k chápaniu zmysluplnosti dramatoterapeutickej intervencie z hľadiska člena rodiny, ktorý má problémy, stimulovať ich k aktivite a ochote podieľať sa na celom liečebnom procese.

Prevendárová (2001) v kontexte poradenskej a terapeutickej práce s rodinou zdôrazňuje nasledovné podmienky, ktoré možno aplikovať aj na dramatoterapiu:

Podmienky pre úspešnú prácu s rodinou klienta:

a) dobrovoľná účasť klientov na stretnutiach,

b) ich dostatočná motivovácia k zmene,

c) organizačné a časové zladenie pracovných povinností klientov, spôsobilosť, terapeuta, alebo poradcu pre takúto formu práce,

d) uskutočnenie kontinuálnej supervízie,

e) priestorové možnosti a podmienky pre uskutočnenie dramatoterapie.

Podľa Freuda v dramatoterapeutickej intervencii v rodine sú potrebné dva predpoklady:

a) aby sa deti vedeli stotožniť so svojimi rodičmi,

b) aby sa rodičia dokázali stotožniť so svojimi deťmi.

Ako Freud ďalej uvádza, rodičia u detí týmto spôsobom môžu opätovne získať, alebo si prehĺbiť svoju spontaneitu.

V dramatoterapeutickej intervencii ide podľa Morena (1959) o expresívnu terapiu, v ktorej ide o spoluprácu a rozvoj kreativity, interakcie, o rozvoj komunikačných a sociálnych zručností.

Dramatoterapeutická intervencia sa uskutočňuje v rámci stretnutí, ktoré sa skladajú z úvodnej časti, jadra a záveru.

- V úvodnej časti ide o nadviazanie kontaktov, určenie pravidiel, o uvoľnenie, koncentráciu pozornosti,...
- Jadro obsahuje konkrétne dramatické činnosti zamerané na plnenie cieľa, ktorý sme si stanovili na začiatku stretnutia. V tejto, tzv. akčnej fáze býva obsadenie rolí a vlastné prehrávanie.

- Záverečná časť je venovaná spravidla reflexiám účastníkov, relaxácii, výtvarnému vyjadreniu zážitkov, plánovaniu ďalšej intervencie, ďalším dramatickým aktivitám, atď.

Počet stretnutí a časové odstupy medzi nimi sú závislé od intenzity problémov u klientov. Tzv. krízova intervencia môže byť dynamickejšia, intenzívnejšia (2x týždenne, víkendové bloky), v niektorých prípadoch (napríklad pretrvávajúce neurotické problémy, ťažšia životná kríza) je lepšie postupovať pozvolnejšie (1x týždenne).

Príklady hier a techník pri dramatoterapeutickej intervencii s rodinou

Neverbálne techniky - zaraďujeme ich najmä v prvých stretnutiach alebo aj v priebehu ďalších stretnutí najmä u postihnutých osôb (sluchové, rečové, mentálne), a tiež vtedy, ak sú narušené vzťahy v rodine. Medzi známe a osvedčené neverbálne techniky a dramatické hry zamerané na spoluprácu pri spoločnom plnení úloh je hra Na zrkadlá (jeden hráč predstavuje zrkadlo, druhý osobu stojaceho pred ním), Na tieň (jeden hráč predstavuje tieň za osobou), Na sôchy (tvorba sôch vo dvojici, rodinné súsošie), chôdza rodiča s dieťaťom (v určovaní spôsobu chôdze sa hráči striedajú), pohybový telegraf (odovzdávanie pohybov, ktorý vymyslel vždy jeden z členov rodiny),...

Magma - je dramatoterapeutické cvičenie, v ktorom sa využívajú dotyky. Členovia rodiny, ktorí sú súčasťou jednej magmy si ľahnú na zem blízko seba a začnú sa pomocou pohybu premiestňovať. V priebehu hry pozorujeme, ako sú členovia rodiny schopní spolupracovať, vzájomne nadviazať kontakt a prostredníctvom dotykov spolupracovať.

Kúzelný obchod - je obchod, v ktorom sa dá kúpiť všetko, čo rodina potrebuje k ďalšiemu životu. Členovia rodiny kupovaním toho, čo potrebujú, vyjadrujú svoje priania a potreby (nerušená možnosť počúvať hudbu, večerné rozhovory, viacej vreckového, voľnosti a podobne). Hra pomáha poznávať potreby a priania jednotlivých členov rodiny. Po hre nasleduje diskusia.

V džungli - každý hráč predstavuje niekoho alebo niečo (osoba, zviera, vec) v džungli. Dramatoterapeut v roli výskumníka sa v istej etape hry opýta hráčov, koho predstavujú, čo robia, ako sa cítia, s kým by sa chceli stretnúť. Potom si hráči vymieňajú postavy, posúvajú sa v prehrávaní o jednu postavu ďalej, a tak zahrajú postupne všetky postavy. Záverom nasleduje diskusia, v ktorej sa reflektujú pocity, zážitky a skúsenosti hráčov.

Prehrávanie rolí – členovia rodiny môžu hrať seba samých v rôznych životných obdobiach: Zoznámenie sa rodičov, očakávanie narodenia dieťaťa, keď sme boli malí, prehrávanie radostných i záťažových situácií,...

Príbeh s maňuškami - Členovia rodiny si vyberú maňušky a prehrávajú vlastný rodinný príbeh, ktorý môže - cez symboly a metafory - vyjadriť veľa o vzťahoch a situácii v rodine. Rodinné maňuškové divadlo uľahčuje lepšie pochopiť problémy (vlastné i druhých) a prispieť k vzájomnému zblíženiu členov rodiny.

Tvorba a hra s maskami - členovia rodiny vyberajú masku pre seba i pre nejakého iného člena podľa toho ako ho vidia, ako ho vnímajú, môžu ju však aj sami vytvoriť. Masky využívame aj pri prehrávaní konfliktov, alebo keď hráč chce niekomu povedať niečo významné, dôležité, neobvyklé.

Rodinné súsošie – Členovia rodiny vytvárajú súsošie na zvolené témy.

Obmena: Jeden člen rodiny si vymyslí tému a z ostatných „stvarňuje“ súsošie. Ostatní hadajú, o akô tému ide. (Témy – konflikt, chystáme sa na cestu, výlet, návšteva, ...)

Tvorba, rozprávanie a prehrávanie príbehu - vyberá ho dramatoterapeut podľa problémov klienta, môžu ho vybrať alebo vytvoriť aj samotní členovia rodiny, ktorí sa oboznamujú s postavami príbehu, preberajú role a prehrávajú dej. Niekedy možno príbeh dokončiť podľa vlastných návrhov, resp. prehrať rôzne jeho alternatívy. Prehrávanie skutočného príbehu alebo udalosti môže mať niekoľko fáz: Najprv sa prehrá príbeh podľa toho, ako ho vníma klient, kde vyjadruje svoje aktuálne pocity a postoje (hnev, kritika, agresia, ...). Potom sa príbeh, či udalosť prehrá tak, ako by si to klient prial. V následnej diskusii sa reflektujú postoje a návrhy a možné riešenia ostatných členov rodiny. Príbeh pomáha hráčom uvidieť situáciu aj očami druhého človeka, zamyslieť sa nad možnosťami reagovania, riešenia situácií i možných zmien.

Psychodramatické prehrávanie - v rámci psychodrámy možno využívať témy: „Keď sme sa stretli po prvý krát“, „Narodenie našich detí“, „Ako si bol (a) pri mojej posteli, keď som zaspával, keď som bol chorý“, „Moje spomienky na detstvo“, „Ako žijú moji rodičia v mojich myšlienkach“.

V rámci psychodrámy sa používa aj playback, keď každý člen rodiny porozpráva konflikt ktorého bol účastníkom podľa toho, ako ho sám vnímal. Každý zahrá svoju rolu, i rolu iného člena rodiny (sebaobrazovanie, výmena rolí). Playback je možné využiť pri párovej dramatoterapii (rodičia, rodič - dieťa, súrodenci,...), ako aj v rámci celej rodiny.

Vývojové premeny - členovia rodiny si môžu vybrať akékoľvek vekové obdobie (rodič ako dieťa, dieťa ako dospelý,...), všetci hráči reagujú v zmysle svojej roly i roly iných. (O matku, ktorá je teraz dieťaťom v istom veku sa stará dieťa, ktoré hrá dospelého a pod.). Hra pomáha zblížiť jednotlivých členov rodiny.

Využitie videokamery - nahranie členov rodiny pri dramatoterapii a prehrávanie videozáznamu, komentáre hráčov, môžu poslúžiť ako prostriedok pre sebareflexiu, k reálnejšiemu sebahodnoteniu, k novému pohľadu na svoju rolu, na pôsobenie v rodine.

BIBLIOTERAPIU chápeme ako zámerné, systematické a cieľavedomé liečebno-výchovné pôsobenie jednotlivými zložkami literárneho prejavu na postihnutých, narušených, ohrozených a chorých jednotlivcov tak, aby cez úpravu momentálneho stavu sa napomohlo objektívne zlepšiť alebo upraviť ich celkový stav.

Biblioterapia ako metóda komunikatívneho charakteru, má podnecujúci vplyv na verbálny prejav klientov, môže slúžiť ako interakčný činiteľ, stimulátor emocionálneho, etického a sociálneho vývinu.

Biblioterapiu uplatňujeme v individuálnej alebo skupinovej forme.

V individuálnej forme je intervencia zameraná na konkrétneho jednotlivca. Uplatňujeme ju vtedy, keď má klient komunikačné zábrany, nie je schopný spolupracovať v skupine, ruší prácu ostatných, potrebuje individuálne tempo.

Skupinová forma biblioterapie pôsobí ako motivačný a aktivačný činiteľ pri práci s klientom.

Pri tvorbe a realizácii biblioterapeutického programu vychádzame z komplexnej diagnostiky, z poznania aktuálnych problémov a potrieb klienta.

V rámci biblioterapie uplatňujeme expresívnu a receptívnu formu prístupu. Medzi receptívne formy patrí napríklad čítanie - spoločné, individuálne, čítanie vo dvojici, predčítavanie, reťazové čítanie, informačné, kritické, tvorivé, ďalej prednes, počúvanie reprodukovaného literárneho textu, konkretizácia, rozhovor, pozorovanie...

Expresívne techniky zahŕňajú tvorbu – napríklad doplňovanie viet, príbehov, tvorba príbehu podľa určených slov, tvorba básne na základe postrihaného textu, písanie denníka, tvorba časopisu, práca s literárnym textom, citátmi, výrokmi, rozprávkami, poéziou, rečňovankami, riekankami...

V biblioterapie pri cielenom výbere literárnych žánrov môžeme u klienta zámerne využiť relaxačnú, výchovnú, estetickú, informačnú, konfrontačnú, prestížnu, potvrdzovaciu, funkciu zrkadla, identifikačnú funkciu literárneho textu.

Pred samotným zahájením intervencie si stanovujeme najprv všeobecné ciele, neskôr globálne ciele a mikrociele.

V rámci cieľov sa v biblioterapii zameriavame na nadviazanie kontaktov, odreagovanie napätia, rozvoj zdravého sebavedomia, sebarealizácie, spolupráce, rozvoj tvorivosti a predstavivosti, poskytovanie zážitku úspešnosti, vzbudenie či prehĺbenie záujmov, rozvíjanie komunikácie, schopnosti náhľadu na svoju situáciu, hodnoty, problémy, spoluúčasť, spolupatričnosť v skupine, odpútanie sa od problémov...

Integrálnou súčasťou bibliotrapeutického stretnutia je diskusia a reflexie klientov.

Biblioterapia sa využíva na psychiatrických zariadeniach, v pedagogicko-psychologických poradniach, v domovoch dôchodcov, v zariadeniach ústavného typu pre postihnutých jednotlivcov, v diagnostických centrách, centrách pre liečbu drogových závislostí...

Tzv. edukatívno – humanistickej biblioterapia slúži ako intervenčný program na školách (poruchy učenia a správania), v nápravných a nemocničných zariadeniach.

Niektoré techniky a hry pri práci s rodinou klienta v biblioterapii

Tvorba pravidiel - členovia rodiny si vytvoria pravidlá a očakávania platné v čase biblioterapie alebo aj v rodinnom prostredí. V diskusii sa hovorí o tom, nakoľko platia pravidlá aj pre rodičov, o ktorých by deti chceli vyjednávať, ktoré vyhovujú všetkým členom rodiny a pod.

Počúvanie nahrávok príbehov, rozprávok či básní - Takáto forma je vhodná najmä pre deti, pre ktoré môže byť nahrávka pútavejšia (kvôli diferenciácií postáv v nahranom príbehu).

Využívame básne, popevky, veršovanky (počúvanie textu, prednes, tvorba, doplňovanie textu,...)

Pri biblioterapii s rodinou klenta využívame aj známe príbehy ako sú rozprávky Janko a Marienka, Snehulienka alebo Popoluška.. Rodičia spolu s deťmi analyzujú rozprávku, diskutujú o jednotlivých postavách, ich charakteroch a motívoch konania.

Práca s obrázkami, s fotografiami - rozmiestňovanie obrázkov a fotografií. Vytvorenie rodinného motta či príbehu. Diskusia: Čo by som chcel/chcela zmeniť?

Čitateľský denník - členovia rodiny si môžu zapisovať do čitateľského denníka dojmy a zážitky zo stretnutia, z prečítaného textu, ale aj myšlienky a podnety (výroky, citáty) ďalej môžu písať listy autorovi, literárnemu hrdinovi, sebe samému.. Tieto techniky môžu odkryť pohľad na možné problémy a stratégie riešenia problémov. Pri písaní sa zachytáva myšlienka na papier a klient má tak možnosť hlbšie sa zamyslieť nad problematikou, myšlienkou či úlohou a môže sa k nej vrátiť aj po dlhšom čase. Táto forma je vhodná aj pre tých klientov, ktorým robí verbálny prejav problémy.

Rozhovor - rozhovor má mnoho podôb. Slúži na získavanie a výmenu informácií, vzájomné zdieľanie pocitov a dojmov, formulovanie vlastných názorov.

Komiks - môže ísť o humorný text v spojení s obrázkami. Členovia rodiny majú rovnaké obrázky, kde do bublín vpisujú svoje pocity a myšlienky.

Vytváranie koláže - členovia rodiny si z časopisov a novín vystrihnú obrázky a písmená na tému naša rodina. Obmena: Naša rodina predtým, teraz a v budúcnosti

Čo mám rád/rada - členovia rodiny napíšu 3 druhy správania, ktoré im vyhovujú a 3, ktoré im vadia. Diskusia: Ktoré druhy správania koho prekvapili? Čo bolo už predtým známe a pod. Obmena: Vzájomné určenie preferovaných vlastností, postojov a pod.

Závery

- Na začiatku dramatoterapeutickej a biblioterapeutickej práce s rodinou si treba dať otázku, v ktorej fáze životného cyklu sa rodina práve nachádza a aké problémy prekonáva (narodenie dieťaťa, znovuuzavretie manželstva, príchod detí do manželstva, úmrtie člena rodiny, rozvod, zmena bydliska,...). Tieto faktory je vhodné zohľadňovať pri celkovom pôsobení s rodinou v tejto oblasti.
- Liečebný pedagóg by mal techniky dramatoterapie a biblioterapie vyberať cielene so zreteľom na individuálne zvláštnosti rodiny.
- Liečebný pedagóg môže v rámci svojho pôsobenia vytvoriť rámec, v ktorom je aspoň v náhradnej, symbolickej podobe zastúpený člen z okruhu rodiny, aj keď tento nie je na stretnutiach osobne prítomný.
- Liečebný pedagóg by mal vedieť poskytnúť stabilnú oporu účastníkom stretnutia najmä tým, že bude schopný pružne reagovať na vyplavovanie emócií a potláčaných obsahov psychiky, odkrývanie ich vnútorného sveta (cez mýty, príbehy, metafory) a mal by vedieť poznať aj svoju schopnosť integratívne pôsobiť na klienta, keď sa tento v určitých okamihoch stáva otvoreným.
- Liečebný pedagóg je nestranným účastníkom i koordinátorom dramatoterapeutického alebo biblioterapeutického diania, mal by akceptovať rozdielnosti u členov rodiny, čo však neznamená, že by mal prejavovať prílišnú lojalitu k niektorému členovi rodiny. K ovlyvňovaniu postojov jednotlivých klientov by mal ponúkať terapie ako možnosť, v ktorej si voľbu - na princípe nedirektivity - vytvára rodina (alebo jej individuálny člen) sama, na základe vlastného rozhodnutia.
- Dramatoterapiu a biblioterapiu využívame pri práci s rodinou klienta samostatne, vo vzájomnej kombinácii. Alebo v kombinácii s inými terapeutickými prístupmi.

Zoznam bibloigrafických odkazov

BAILEY, S., D. *Bringing Theatre Arts to Students with Special Needs.* Rockville : Woodbine House. 1993. ISBN 0-933149-58-1

BARHAM, M. *Dramatherapy. The Journey to becoming a profession Dramatherapy*. Vol. 17 Nos 1, 1995.

CATTANACH, A. *Play therapy with Abused children.* London. Jessica Kingsley 1992.

JENNINGS, S. *The Handbook of Dramatherapy*. London : new Fetter, 1994.

LAHAD, Moly. Storymaking: an assesment method for coping with stress. Six - piece storymaking and the Basic Ph. In: S. Jennings (ed.) *Dramatherapy Theory and Practice 2* London: Routledge, 1992.

MAJZLANOVÁ, K. *Biblioterapia. Liečebná pedagogika I.* Bratislava : PdF UK, 1995.

MAJZLANOVÁ, K. *Sociálne a komunikačné aspekty dramatoterapie*. Zborník prednášok, Bratislava : Vita Nova II./1/, 1998. s. 30 - 33.

MAJZLANOVÁ, K. *Uplatnenie biblioterapie u detí s poruchami učenia.* Medzinárodná konferencia Olomouc : Univerzita Palackého, 2000.

MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava : Iris, 2004. ISBN 80-89018-65-3

MAJZLANOVÁ, K. *Uplatnenie biblioterapie u detí s poruchami učenia.* Medzinárodná konferencia Olomouc : Univerzita Palackého, 2000.

VALENTA, M. *Dramaterapie.* Praha : Portál, 2001.

PILARČÍKOVÁ – HÝBLOVÁ, S. *Biblioterapia*. Liptovský Mikuláš: Norami, 1997.

VÁŠOVÁ, L., ČERNÁ, M. *Bibliopedagogika*. Praha : SPN, 1997.

ÚVOD DO TESTOV KONCEPCIE MODEL OF HUMAN OCCUPATION (MOHO)

ĽUDMILA BRUNNEROVÁ

Abstrakt

Aplikácia koncepcie MOHO v praxi si vyžaduje oboznámenie s testami, ktoré boli vytvorené na základe tejto koncepcie. Využitie testov umožní terapeutovi získať potrebné informácie o klientovi na naplánovanie najvhodnejšej intervencie ale umožní aj zistiť progress klienta počas alebo na konci terapeutického procesu. Hlbšie zameranie na testy MOHOST a OCAIRS je odôvodnené osobnými praktickými skúsenosťami

Kľúčové slová

MOHO, MOHO testy, MOHOST, OCAIRS.

Počas štúdia Occupational Therapy (Ergoterapia) na Londýnskej Universite som získala skúsenosti a vedomosti o koncepcii MOHO a MOHO testov. Prednášky a skupinový štýl učenia mi poskytli teoretické základy, ktoré som využila a stotožnila som sa s nimi počas svojej praxe. Počas dvojročneho štúdia som absolvovala prax v piatich rôznych zariadeniach, z ktorých dve využívali koncepciu MOHO. Celý terapeutický process v týchto zariadeniach využíval koncepciu MOHO, od vstupných testov cez stanovenie cieľov, intervenciu až po hodnotenie. Prakticky nadobudnuté skúsenosti mi pomohli k pochopeniu MOHO, jeho zamerania a k aplikácii teoretických vedomostí do praxe.

Koncepciu MOHO je možné stručne definovať ako metódu, ktorá terapeutovi umožní pochopiť ako sú ľudské činnosti motivované (motivácia), organizované (návyk), vykonávané (výkon) a ovplyvňované okolitým prostredím (Heasman, 2009b). Z osobných skúseností možem potvrdiť, že častejšie je využívaná koncepcia MOHO pri práci s ľuďmi s psychickými, ako s fyzickými problémami. Predpokladaným dôvodom, tiež identifikovaný Heasmanom (2009a), je zahrnutie oblasti motivácie a ohodnotenie úrovne zapojenia sa do činnosti pri riešení psychických problémov. Heasman (2009b) taktiež poukázal na ďalšie pozitíva koncepcie MOHO. Táto koncepcia je najviac podložená výzkumani v Ergoterapii a má k dispozícii rozsiahle množstvo platných a spoľahlivých štandardných testov v rôznych formách: pozorovanie, rozhovor, dotazník (Heasman, 2009b, Kielhofner, 2004) (pozri tabuľku 1).

Tabuľka 1: MOHO Testy
(Kielhofner, 2004, str. 157)

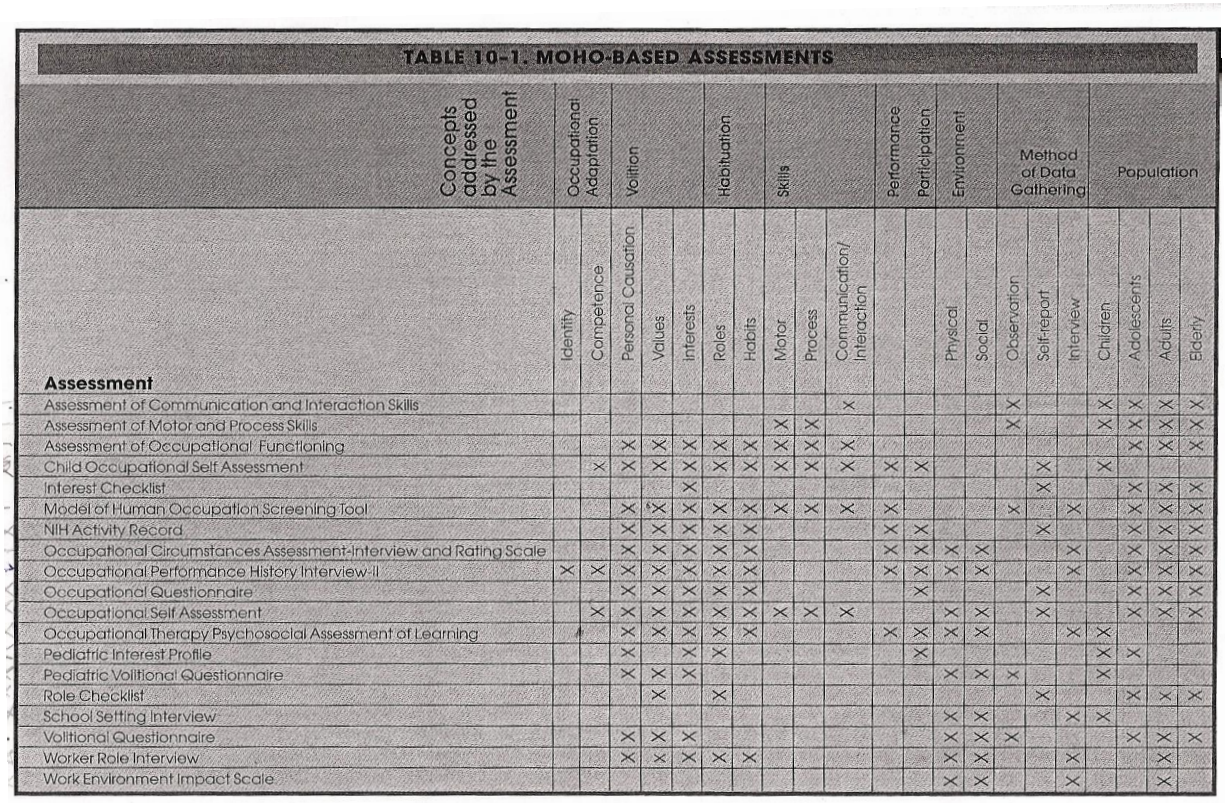


TABLE 10–1. MOHO-BASED ASSESSMENTS

Assessment	Identity	Competence	Personal Causation	Values	Interests	Roles	Habits	Motor	Process	Communication/ Interaction	Performance	Participation	Physical	Social	Observation	Self-report	Interview	Children	Adolescents	Adults	Elderly
Concepts addressed by the Assessment	Occupational Adaptation		Volition			Habituation		Skills			Performance	Participation	Environment		Method of Data Gathering			Population			
Assessment of Communication and Interaction Skills										X					X			X	X	X	X
Assessment of Motor and Process Skills								X	X						X			X	X	X	X
Assessment of Occupational Functioning			X	X	X	X	X	X	X	X									X	X	X
Child Occupational Self Assessment		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X			
Interest Checklist					X											X			X	X	X
Model of Human Occupation Screening Tool			X	X	X	X	X	X	X	X	X				X		X		X	X	X
NIH Activity Record			X	X	X	X	X				X	X				X			X	X	X
Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale			X	X	X	X	X				X	X	X	X					X	X	X
Occupational Performance History Interview-II	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X			X		X	X	X
Occupational Questionnaire			X	X	X	X	X					X	X			X			X	X	X
Occupational Self Assessment		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X			X	X	X
Occupational Therapy Psychosocial Assessment of Learning			X	X	X	X	X				X	X	X	X			X	X			
Pediatric Interest Profile			X		X	X						X						X	X		
Pediatric Volitional Questionnaire			X	X	X								X	X	X			X			
Role Checklist				X		X										X			X	X	X
School Setting Interview													X	X			X	X			
Volitional Questionnaire			X	X	X								X	X	X				X		X
Worker Role Interview			X	X	X	X	X						X	X			X			X	
Work Environment Impact Scale													X	X			X			X	

Podrobnejšie zameranie bude sústredené na Model of Human Occupational Screening Tool (MOHOST) (Parkinson *et al,* 2005) a Occupational Circumstances Asessment-Interview and Rating Scale (OCAIRS) (Forsyth *et al*, 2005), ktoré boli počas osobných praktických skúseností využívané ako vstupne testy a na zistenie celkového progresu klientov.

MOHOST

Príručka MOHOST (Parkinson *et al*, 2005) obsahuje dôležité informácie, ktoré umožnia terapeutovi oboznámiť sa s testom a jeho použitím. Použitie testu je odporúčané pre ľudí s rozličnými problémami, ako napríklad pri práci s ľuďmi, ktorí nie sú schopní tolerovať rozhovor, majú problémy s koncentráciou, nedokážu sa slovne vyjadriť či objektívne ohodnotiť svoje schopnosti. Cieľom MOHOST je otestovať všetky oblasti koncepcie MOHO, do akej miery ovplyvňujú klientove zapojenie sa do činností a dôvod prečo sa do nich nezapája. Získavanie potrebných informácií na vyhodnotenie testu je možné viacerými spôsobmi: pozorovaním klienta v rozličných formálnych a neformálnych situáciach, počas diskusie s klientom, počas rozhovoru s opatrovateľom či iným zdravotným pracovníkom zapojeným do liečby, z dokumentácie a z informácií iných testov. MOHOST sa skladá z 24 oblastí, ktoré sú zoskupené do šiestich hlavných sekcií: motivovanosť vykonávať činnosti (motivácia v MOHO), opis činností (vybavenosť v MOHO), komunikačné a interakčné schopnosti, schopnosti spracovávať informácie/kognitívne schopnosti, motorické schopnosti a prostredie. Na základe získaných informácií o klientovi, terapeut ohodnotí všetkých 24 oblastí štvorbodovou stupnicou. Terapuet musí posúdiť do akej miery každá oblasť podporuje, umožňuje, obmedzuje či znemožňuje klientovu účasť na činnostiach. Táto stupnica, ako ju Kielhofner *et al* (2009) opísali, vytvorí profil klientových silných stránok a

problémových oblastí. Kielhofner *et al* (2009) ďalej vysvetlili, že tento profil pomože terapeutovi v zostavení najvhodnejšej intervencie. MOHOST možno tiež použiť na zistenie progresu klienta v pravidelných intervaloch počas intervencie alebo zistiť úspešnosť celého terapeutického procesu. Opätovné použitie a vyhodnotenie testu MOHOST poskytne terapeutovi dôkaz o tom, kde klient dosiahol progress (Parkinson *et al*, 2005).

OCAIRS

Formát OCAIRS je čiastočne štrukturovaný rozhovor, ktorý rovnako ako MOHOST, zahrňuje všetky oblasti koncepcie MOHO (Cove *et al*, 2004). Pred použitím testu, je nutné preštudovať Príručku OCAIRS (Forsyth *et al*, 2005), ktorá poskytne informácie o najvhodnejšom použití testu a jeho vyhodnotení. Použitie testu je vhodné pri práci s ľuďmi s psychickými, kognitívnymi a emocionálnymi problémami, ktorí sú schopní tolerovať dlhší rozhovor (20 – 45 minút). OCAIRS nie je vhodný na testovanie ľudí, ktorí si neuvedomujú vplyv ochorenia na ich schopnosti a výkonnosť. Príručka OCAIRS (Forsyth *et al*, 2005) obsahuje súbor odporúčaných otázok v rámci koncepcie MOHO, umožňujúcich terapeutovi individuálnu prípravu pre každého klienta. Hodnotenie OCAIRS je identické s MOHOST štvorbodovou stupnicou, ktorá umožní vytvorenie profilu klientových silných stránok a problémových oblastí. OCAIRS testuje tieto oblasti: roly, návyky, sebavedomie, hodnoty, dlhodobé a krátkodobé ciele, záujmy, schopnosti, interpretáciu skúseností z minulosti, sociálne a fyzické prostredie a pripravenosť na zmenu. Podobne ako MOHOST i OCAIRS je možné použiť na zistenie progresu klienta v pravidelných intervaloch počas intervencie alebo zistiť úspešnosť celého terapeutického procesu.

Koncepcia MOHO má k dispozícií škálu testov, všeobecné a špecifické, ktoré sú zamerané na otestovanie jednotlivých oblastí koncepcie MOHO. V prípade, že terapeut potrebuje získať dôkladnejšie informácie o klientových problémových oblastiach, špecifické testy mu umožnia lepšie pochopenie klientových problémov a potrieb a následne naplánovať najvhodnejšiu intervenciu.

Zoznam bibliografických odkazov

COVE, M., COOMS, J., ANDREW, S. *Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale (OCAIRS)*: Compiled for the training the trainers' teaching session. 2004

FORSYTH, K., DESHPANDE, S., KIELHOFNER, G., HENRIKSSON, C., HANGLUND, L., OLSON, L., SKINNER, S., KULKAMI, S., *A User's Manual for the Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)*, Version 4.0, UK Centre for Outcomes Research and Education (UK CORE). 2005.

HEASMAN, D. (2009a) MOHO: Summary of Assessment Tools. *Occupational Therapy: Professional Accountability*, [Online] Dostupné z http://blackboard.slbu.ac.uk [Ostatný krát prezerané 14 September 2009]

HEASMAN, D. (2009b) The Model of Human Occupation: Can it be Used in the Real World? *Occupational Therapy: Professional Accountability*, [Online] Dostupné z http://blackboard.slbu.ac.uk [Ostatný krát prezerané 14 September 2009]

KIELHOFNER, G. *Conceptual Foundation of Occupational* Therapy, 3 vydanie. Philadelphia, PA: F.A. Davis Co, 2004.

KIELHOFNER, G., FOGG, L., BRAVEMAN, B., FORSYTH, K., KRAMER, J., DUNCAN, E. A Factor Analytic Study of the Model of Human Occupation Screening Tool of Hypothesized Variables, *Occupational Therapy in Mental Health*, 25, 2009. str: 127 – 137.

PARKINSON, S., FORSYTH, K., KIELHOFNER, G. A User's Manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST), Version 2.0, UK Centre for Outcomes Research and Education (UK CORE), 2005.

RODINA AKO ČINITEĽ PODMIEŇUJÚCI POHYBOVÚ AKTIVITU DETÍ PREDŠKOLSKÉHO VEKU

ALEXANDRA ONDREJKOVÁ

Abstrakt

Príspevok prezentuje hodnotenie športovej prípravy detí predškolského veku v MŠ zo strany rodičov a na ich miesto v tomto procese. Zisťovali sme mieru účasti rodičov na živote športovo zameranej materskej školy a zaujímali nás aj reakcie detí na pravidelné stretávanie sa s pohybom. Pozornosť v tejto oblasti sme venovali aj prínosu pre dieťa v oblasti zdravia.

Kľúčové slová

Materská škola, rodina, športová príprava detí, pohyb, zdravie.

Výrazný pokles pohybovej aktivity v dennom režime je v súčasnosti jedným z hlavných negatívnych faktorov životného štýlu, ktorý vplýva na zdravie človeka a ovplyvňuje kvalitu jeho života (PERIČ, T. 2004). Základ úspechu pri formovaní harmonickej osobnosti predpokladá zlepšenie starostlivosti o zdravý vývoj dieťaťa a v súvislosti s tým aj vytváranie predpokladov na správny pohybový režim. Pohybové aktivity majú vo všetkých vekových obdobiach svoje nezastupiteľné miesto. V predškolskom veku sú zamerané na vytváranie vhodných podmienok pre ochranu zdravia v období rozvíjajúceho sa organizmu (MINAROVJECH, J. 1998). Cieľom je nielen chrániť jedinca pred nepriaznivými vplyvmi prostredia, ale aj vytýčiť zásady pre taký spôsob života, ktorý upevňuje zdravie. Pravidelná pohybová aktivita sa pritom u dnešných detí výrazne znižuje. Táto významná skutočnosť nás podnietila v skúmaní pohľadu rodiny na pravidelné pohybové činnosti u detí predškolského veku, pretože rodina má nezastupiteľnú úlohu v podpore pohybu. Pokiaľ budú aktívni rodičia je predpoklad, že aktívne budú aj deti. Každé dieťa vyrastá v inom rodinnom prostredí, má iný genetický základ, čo tiež ovplyvňuje rozvoj jeho pohybových schopností. V súčasnosti je potrebné hľadať také formy spoločných aktivít rodičov s deťmi, ktoré podnietia záujem detí a prispejú k vytvoreniu trvalého vzťahu k pohybovej aktivite a k športu vôbec.

PROBLÉM

V našom výskume sme sa zamerali na hodnotenie športovej prípravy detí predškolského veku v MŠ zo strany rodičov a na ich miesto v tomto procese. Zisťovali sme mieru účasti rodičov na živote športovo zameranej MŠ a zaujímali nás aj reakcie detí na pravidelné stretávanie sa s pohybom. Pozornosť v tejto oblasti sme venovali aj prínosu pre dieťa v oblasti zdravia.

METODIKA

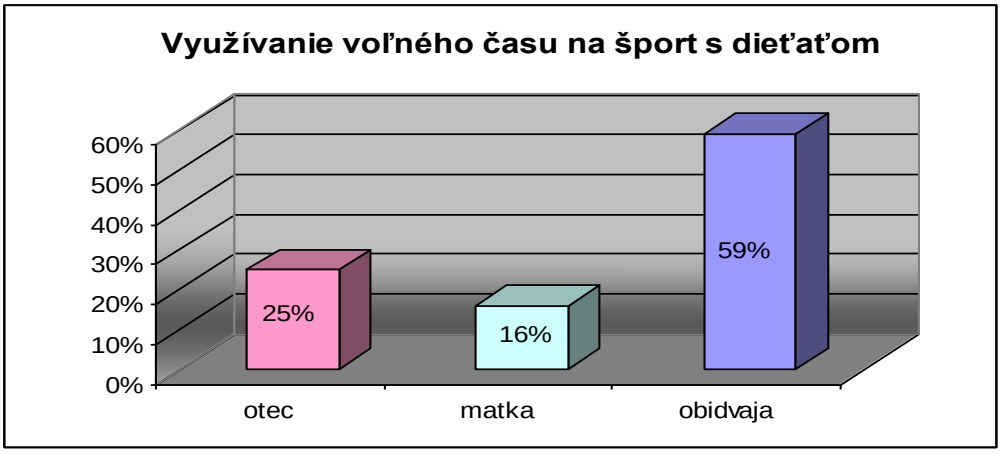
Uskutočnili ***zámerný výber*** výskumnej vzorky, pričom sme sa zamerali na rodičov detí predškolského veku v regióne Trnavského a Bratislavského kraja, ktoré navštevujú materskú školu so športovým zameraním na plávanie, korčuľovanie, hokej a gymnastiku. Do skúmaného súboru sme zaradili spolu 105 rodičov detí predškolského veku, ktoré navštevovali nasledovné materské školy so zameraním na: **plávanie** (MŠ v Trnave, Ľudová ul., MŠ v Trnave, ul. Vajanského, MŠ v Bratislave, ul. Čabanova ul., MŠ vo Vinosadoch), **korčuľovanie** (MŠ v Trnave, Hollého ul., MŠ v Limbachu), **hokej** (MŠ vo Vinosadoch), **gymnastiku** (MŠ v Trnave, Špačinská cesta).

Tabuľka č. 1 Faktory ovplyňujúce rodičov pri výbere MŠ

Vplyv pri výbere MŠ	**Počet**	**Percentuálne vyjadrenie**
Škola v mieste bydliska	65	32%
športové zameranie školy	24	11%
niektoré z detí už navštevovalo MŠ	22	10%
výchovné prístupy učiteliek	42	20%
Dobrá povesť MŠ	54	26%
Iné	2	1%

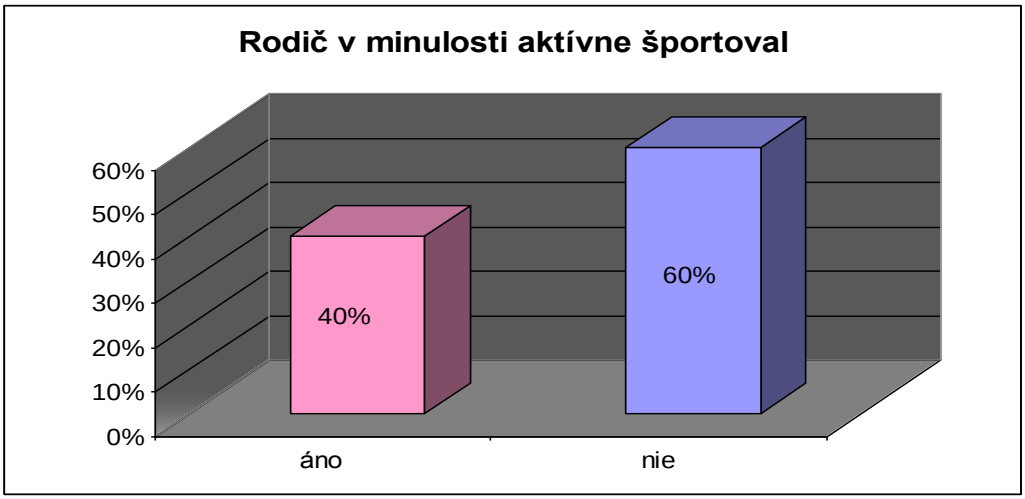
Respondenti v otázke č. 1 mali možnosť vybrať viac odpovedí. Najviac až 32 % rodičov si materskú školu so športovým zameraním vybralo pre svoje dieťa z dôvodu, že sa MŠ nachádza v mieste ich bydliska, 26% si vybralo MŠ z dôvodu dobrej povesti, 20% rodičov uviedlo výchovné prístupy učiteliek. Nás zaujímalo najmä aké percento rodičov bude uvádzať, že ich pri výbere MŠ najviac ovplyvnilo športové zameranie školy. V tomto prípade tak uviedlo 11% rodičov. 10% rodičov uviedlo, že niektoré z ich detí už túto MŠ navštevovalo a boli spokojní. Dvaja respondenti na otázku odpovedali slovne, pričom uviedli, že ich ovplyvnilo výborné vybavenie MŠ.

Diagram č. 1



V ďalšej otázke nás zaujímalo, ktorý z rodičov venuje športovým aktivitám s dieťaťom viac voľného času. 62 respondentov (25%) uviedlo, že viac voľného času na športovanie s dieťaťom venujú obidvaja rodičia spolu. To pôsobí ako vhodný výchovný vplyv a zvyšuje kvalitu pohybového režimu detí. Z nášho výskumu je zrejmé, že porovnaním otcov a matiek, majú otcovia väčšie zastúpenie vo venovaní voľného času dieťaťu prostredníctvom pohybových aktivít, čo uviedlo až 26 respondentov (25%). Zistili sme, že matky majú menší záujem o trávenie voľného času športovaním s dieťaťom ako otcovia. Uviedlo tak 17 respondentov, čo predstavuje 16%. Výsledky sú sprehľadnené v diagrame č. 1.

Diagram č. 2



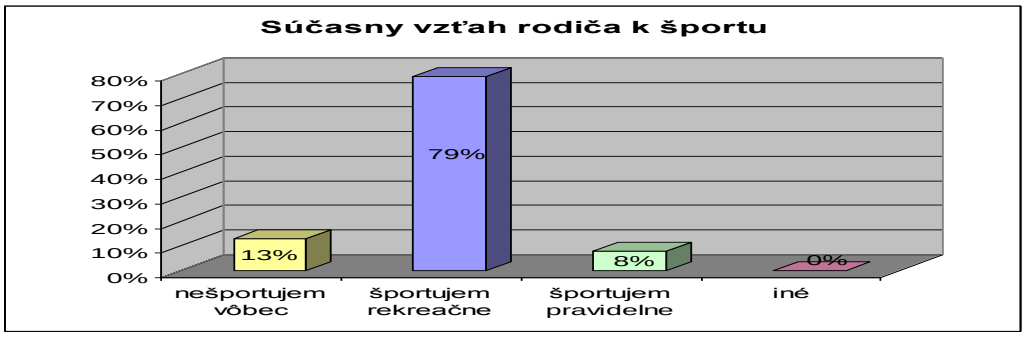
Vzhľadom na skutočnosti, že rodina je v živote dieťaťa prvou inštanciou na odovzdávanie vzorov a voľby záľub, a to aj športových a človek, ktorý je naučený od mladosti športovať, neprestáva s aktívnym pohybom ani v dospelosti, sme zisťovali či rodičia v minulosti aktívne športovali. V uvedenej otázke bola možnosť voľby medzi dvomi variantmi. Účastníci prieskumu mali uviesť, či sa v minulosti aktívne zaoberali športom. 40% respondentov uviedlo, že v minulosti aktívne športovalo. V rámci konkrétnych disciplín najviac rodičov sedem uviedlo atletiku, päť hádzanú, päť volejbal, dvaja karate, jeden turistiku, jeden aerobic, štyria futbal, štyria športovú gymnastiku, tanec, 4 plávanie, 1 hokej, 1 lyžovanie a piati respondenti sa k športovému zameraniu nevyjadrili. V minulosti aktívne nešportovalo 60% rodičov. Z vyššieho percenta účastníkov, ktorí sa pravidelne nestretávali s pohybom možno konštatovať, že i napriek tomu, že oni sami v detstve nešportovali, chcú aby sa ich deti už od predškolského veku stretávali s pravidelným telesným cvičením. Zistené údaje dokumentuje diagram č. 2.

Tabuľka č. 2 Pohybové aktivity rodiča s dieťaťom mimo MŠ

Pohyb rodiča s dieťaťom mimo MŠ	**Počet**	**Percentuálne Vyjadrenie**
raz do týždňa	26	25%
viackrát do týždňa	23	22%
raz do mesiaca	3	3%
Nepravidelne	47	45%
Nevykonávam	6	6%

Ako často vykonávajú rodičia pohybové aktivity, rekreačné športy so svojím dieťaťom mimo materskej školy v súčasnosti? Najviac až 45% respondentov odpovedalo, že mimo MŠ vykonáva s dieťaťom pohybovú aktivitu nepravidelne, sporadicky, 25% respondentov 1x do týždňa, 22% viackrát do týždňa, 3% 1x do mesiaca. 6% rodičov uviedlo, že mimo MŠ s dieťaťom nevykonáva žiadne pohybové aktivity. Výsledky vidíme v tabuľke č. 2.

Diagram č. 3



Predpokladom správnej pohybovej životosprávy je predovšetkým motivácia a kladný vzťah k pohybu. U našich respondentov sme ďalšou otázkou zisťovali, aký majú v súčasnosti vzťah k športu a pohybovým aktivitám. Tak ako je uvedené v diagrame č. 3 najviac 79% respondentov odpovedalo, že športuje len rekreačne, 13% respondentov nešportuje vôbec. Pravidelne športuje len 8% dotazovaných rodičov. Možnosť iné nevybral ani jeden z respondentov.

Tabuľka č. 3 Účasť dieťaťa na športových krúžkoch mimo MŠ

Účasť dieťaťa na športových krúžkoch mimo MŠ	**Počet**	**Percentuálne Vyjadrenie**
raz do týždňa	31	30%
viackrát do týždňa	17	16%
raz do mesiaca	1	1%
viackrát do mesiaca	0	0%
nezúčastňuje sa	56	53%

Mnohí rodičia so svojimi deťmi od útleho veku navštevujú rôzne športové krúžky ako sú napríklad plávanie, balet, gymnastika, hokej, tanec a iné. Z tohto dôvodu sme sa zaujímali o zistenie, či rodičia, ktorých deti navštevujú športovo zameranú MŠ, navštevujú a deťmi aj športové krúžky mimo MŠ. V tabuľke č. 3 uvádzame, že 30% rodičov sa zúčastňuje takejto športovej aktivity s dieťaťom raz do týždňa, 16% viackrát do týždňa a 1% raz do mesiaca. Väčšia polovica rodičov 53% sa s dieťaťom mimo MŠ nezúčastňuje pohybových tréningov.

Tabuľka č. 4 Ako často dieťa rozpráva rodičom o pohybových aktivitách v MŠ

Dieťa o pohybových aktivitách Rozpráva	**Počet**	**Percentuálne Vyjadrenie**
Vždy	38	36%
Často	43	41%
Občas	23	22%
Nikdy	1	1%

Nasledujúcou položkou sme zisťovali i názor na to, či dieťa to čo zažije na tréningovej jednotke opisuje doma rodičom, či má zážitky spojené s pravidelným pohybom a ako často o nich rozpráva. 41% rodičov uviedlo, že deti často rozprávajú o pohybových aktivitách, ktoré zažili v materskej škole, 36% uviedlo, že je tomu tak vždy, 22% uviedlo možnosť občas a iba 1% uviedlo, že ho dieťa o tomto neinformuje. Prehľad je uvedený v tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 5 Vplyv pravidelného cvičenia na dieťa predškolského veku

Vplyv pravidelného pohybu na dieťa	**1. poradie**	**2. poradie**	**3. poradie**	**4. Poradie**	**5. poradie**
zdravotný	45	25	16	15	4
Lepšia kondícia	9	19	45	26	6
Lepšia koordinácia	21	24	23	36	1
Nové pohyby	57	23	7	16	2
nič, z uvedeného	3	0	0	0	77

Názor respondentov z našej výskumnej vzorky na vplyv pravidelného pohybu pre dieťa predškolského veku sme zisťovali v ďalšej položke. Respondenti mali urobiť poradie, pričom 1 znamenala najväčší vplyv, 5 znamenala najmenší vplyv na dieťa. Možno konštatovať, že najväčší význam pravidelného pohybu pre dieťa rodičia vidia v získaní nových pohybových zručností, potom v priaznivom vplyve na zdravie dieťaťa a v zlepšení koordinácie. Piati rodičia do položky č. 5 dopísali radosť z pohybu, vybitie energie dieťaťa, ukľudnenie hyperaktívnych rysov povahy, zdravú súťaživosť medzi deťmi a kontakty s inými deťmi. Výsledky sú sprehľadnené v tabuľke č. 5.

ZHRNUTIE A ZÁVER

Cieľom bolo zistiť u rodičov ako hodnotia športovú prípravu detí v MŠ so športovým zameraním. Pri získavaní údajov sme využili dotazník. Údaje sme vyhodnotili v percentách. Otázky v dotazníku boli koncipované na získanie anamnestických údajov, názorov rodičov, realizácie pohybových aktivít rodičov s deťmi, vzťah rodičov k športu v minulosti a v súčasnosti, voľný čas a pohybové aktivity, zdravie a pohodu detí.

Väčšinu rodičov zo skúmanej vzorky pri rozhodovaní vybrať MŠ so športovým zameraním pre svoje dieťa ovplyvnila skutočnosť, že MŠ sa nachádza v mieste bydliska a má dobrú povesť. Aktívnym pohybom získavajú už malé deti veľmi silné aj emotívne zážitky a skúsenosti. Ich radosť z pohybu je veľká. Väčšina našich rodičov uvádza, že dieťa chodí do MŠ s radosťou a teší sa na pobyt, ktorý býva spojený pohybovými aktivitami v MŠ.

Utvrdili sme sa v presvedčení, že uznanie pohybu a športu rodičmi je veľmi dôležité aj pre osobnú účasť rodičov na pohybovej aktivite rodiča s dieťaťom vo svojom voľnom čase. Najvyššiu účasť na spoločných pohybových aktivitách vo voľnom čase sme zaznamenali pri spoločných športových aktivitách obidvoch rodičov s deťmi. Ak porovnáme otcov a matky z nášho výskumu, zistíme, že otcovia sa športovaním vo voľnom čase venujú deťom viac ako matky.

Ďalej sme sa zaujímali o vzťah rodičov k športovaniu v minulosti a tiež v súčasnosti. Hľadali sme súvislosti medzi nimi a skutočným záujmom rodičov o spoločné pohybové aktivity s deťmi. Správne sme konštatovali, že rodičia ktorí sa v minulosti pravidelne stretávali so športom budú mať v súčasnosti pozitívnejší vzťah k športu a taktiež sa budú častejšie zúčastňovať so svojimi deťmi na pohybových aktivitách v rámci svojho voľného času.

Pri zisťovaní vplyvu pravidelných pohybových aktivít na dieťa možno konštatovať, že najväčší význam pravidelného pohybu pre dieťa rodičia vidia v získaní nových pohybových zručností, potom v priaznivom vplyve na zdravie dieťaťa a v zlepšení koordinácie. Taktiež uviedli, že je to radosť z pohybu, vybitie energie dieťaťa, zdravá súťaživosť medzi deťmi a kontakty s inými deťmi.

Zoznam bibliografických odkazov

DVOŘÁKOVÁ, H. *Pohybem a hrou k rozvojíme osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-693-4.

HAVLÍNOVÁ, M. a kol. *Zdravá materská škola.* 1. vyd. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-048-0.

MEDEKOVÁ, Helena. Podiel rodiny pri orientácii detí na šport. In LABUDOVÁ, Jela. *Športová aktivita v rodine. Zborník z celoslovenského vedeckého seminára.* Bratislava : Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 1997. ISBN80-88901-08-1.

MINAROVJECH, J. *Pohybom k aktívnemu zdraviu.* 1. vyd. Bratislava : Šport, slovenské telovýchovné vydavateľstvo, 1998. 156 s.

PERIČ, T. 2004. *Sportovní příprava dětí.* 1. vyd. Praha : Granada Publishing, ISBN 80-247-0683-0.

NEPOČUJÚCI RODIČIA S POČUJÚCIMI DEŤMI – AKÁ JE TÁTO RODINA A ČO POTREBUJE

DARINA TARCSIOVÁ

Abstrakt

Problematike rodín nepočujúcich rodičov s počujúcimi deťmi v našich podmienkach nie je venovaná žiadna pozornosť, napriek tomu, že ide o rodinu, ktorá podľa nášho názoru je špecifická. Na základe dotazníkov, ktoré boli zaslané dospelým počujúcim deťom nepočujúcich rodičov žijúcich na území Slovenska sme sa pokúsili odpovedať na to, či je, a ak áno, tak v čom je špecifická táto rodina, ako nepočujúci rodičia vychovávajú svoje počujúce deti a kým spôsobom život v takejto rodine tieto deti ovplyvnil v oblasti sociálnej, vzdelávania a pracovného uplatnenia. Ide o sumarizáciu údajov na malej vzorke respondentov, ktorá poukazuje na multidisciplinaritu danej problematiky.

Kľúčové slová

Nepočujúci rodičia, počujúce deti, CODA – deti, KODA – deti, komunikácia, život v rodine, poznatky odborníkov, špeciálne podmienky.

Uznávané celosvetové odhady hovoria o tom, že len asi 10% nepočujúcich detí sa rodí v nepočujúcich rodinách, znamená to, že až 90% nepočujúcich detí sa rodí do rodín počujúcich. Neexistujú ale žiadne presné údaje o tom, koľko nepočujúcich rodičov má počujúce detí. Na základe našich pozorovaní, stretnutí v kluboch nepočujúcich ale aj poznania príčin hluchoty sa nazdávame, že percento nepočujúcich rodičov, ktorí majú počujúce deti je asi 80 - 85 %, čiže sa jedná o veľkú skupinu detí vyrastajúcu v rodinách nepočujúcich rodičov. Navštevujú bežné základné školy, rieši rovnaké problémy, ako riešia ich spolužiaci a predsa sú v niečom iní. Táto inakosť vyplýva zo skutočnosti, že existujú často v dvoch svetoch, dvoch spoločenstvách, dvoch jazykoch. Vo svete počujúcich, vo svete nepočujúcich v hovorenom jazyku a v posunkovom jazyku. Sú teda zväčša prirodzene bilingválny, aj keď ide o špecifickú formu bilingvizmu, pretože tieto dva jazyky existujú v rozličných modalitách (Bishop, M.–Hicks, S.,2005, Tarcsiová, D., 2005). Na okraji pozornosti v našich podmienkach je ale existencia tejto rodiny, jej špecifické problémy, resp. špecifiká výchovy počujúcich deti v tejto rodine a vplyv na ich neskorší pracovný, ale aj spoločenský život. Vo svete je tomu posledných 30 rokov ináč. Odborníci, ale aj laici v tejto oblasti poznajú skratky : CODA, KODA, GODA, OHCODA. Vo všetkých prípadoch ide o organizácie detí nepočujúcich rodičov, pričom sa rozdeľuje podľa stupňa straty sluchu ich rodičov, alebo veku deti.

Napr.:

CODA (Child/Children of Deaf Adults) – ide o najstaršiu organizáciu založenú v roku 1983 a v nej sa združujú detí nepočujúcich rodičov nad 18 rokov.

KODA (Kids of Deaf Adults) - v tejto organizácií sa združujú deti nepočujúcich rodičov, ktoré majú 17 a menej rokov

COHHA (Child of a Hard-Of-Hearing Adults) – združujú sa v nej detí nedoslýchavých rodičov (Bishop, M. – Hicks, S. 2005).

Organizácie poukazujú na skutočnosť, že dieťa vyrastá v prostredí, kde je veľký dôraz kladený na zrakové informácie a že niektoré fakty sa môžu líšiť od kultúrnych a sociálnych noriem, ktoré sú zaužívané v počujúcej komunite. Žijú ako keby medzi dvoma svetmi – svetom počujúcich a svetom nepočujúcich. Niektoré CODA deti sú vystavené rečovému vzoru v hovorenom jazyku prostredníctvom počujúcich členov rodiny, súrodencov, alebo prostredníctvom televízie, navštevujú školy pre počujúcich a viacerí z nich sa cítia dobre v obidvoch svetoch, ale sú aj také deti, ktoré uprednostňujú niektorý z nich. Zároveň tieto organizácie vyvárajú podporované skupiny pre nepočujúcich rodičov s počujúcimi deťmi, aby im pomohli riešiť problémy výchovy ich detí, ktoré žijú vo svete, ktorému oni nie celkom vždy rozumejú (tamtiež).

Tejto problematike sa v našich podmienkach nevenujú žiadni odborníci, preto máme o tejto oblasti len veľmi sporadické informácie (Tarcsiová, 2003, Redlich,2004). Nás v tomto príspevku zaujímajú názory samotných dospelých detí nepočujúcich rodičov. Ide len o veľmi málu sondu, do názorov pomerne veľkej skupiny osôb.

Nižšie uvádzané výsledky sme získali z dotazníkov, ktoré sme rozposlali 24 dospelým deťom (CODA deťom) nepočujúcich rodičov, na ktorých máme kontakty. Odpovedalo nám 9 osôb, čiže návratnosť bola 37,5 %. Dotazník sa skladal z troch časí :

1. - faktografické údaje
2. - 21 výrokov, na ktoré bolo potrebné odpovedať prostredníctvom škály
3. - dve otvorené otázky

Našu prieskumnú vzorku môžeme charakterizovať na základe týchto údajov :

Išlo o deväť respondentov vo veku od 33 - 63 rokov, (priemer 46,5 roka) a vzorka pozostávala z 2 mužov (22,2%) a 7 žien (77,8%). Vo vzorke sa vyskytovali respondenti s vysokoškolským vzdelaním (7) a stredoškolským vzdelaním s maturitou (2).

Z pohľadu rodinného stavu - 4 respondenti boli ženatí/vydaté, 3 rozvedení/rozvedené, 1 vdova a jeden bol slobodný. Vo všetkých rodinách obidvaja rodičia boli nepočujúci a v rodine sa komunikovalo primárne prostredníctvom posunkového jazyka

V druhej časti dotazníka bolo uvedených 21 výrokov, ktoré spolu s výsledkami uvádzame nižšie., pričom stupnica odpovedí bola nasledovná : 1 (veľmi súhlasím), 2 (súhlasím), 3 čiastočne súhlasím, čiastočne nesúhlasím, 4 (nesúhlasím), 5 (veľmi nesúhlasím).

Tab. č. 1 Výroky v dotazníku a ich výsledky

Č. Výr.	Znenie výroku	Priem.	min	max
1.	Nepočujúci môžu byť takí istí dobrí rodičia ako počujúci.	1,4 =1	1	2
2.	Nepočujúci rodičia potrebujú pomoc počujúcich pri výchove svojich počujúcich detí	2,8 =3	2	5
3.	Nepočujúci rodičia nedoceňujú potrebu vzdelania u svojho počujúceho dieťaťa	3,5=4	1	5
4.	Život v rodine nepočujúcich má viac pozitív ako negatív	3,1=3	1	5
5.	Všetky počujúce deti nepočujúcich rodičov sú bilingválne (hovorený a posunkový jazyk	2,9=3	1	5

6.	Všetky počujúce deti nepočujúcich rodičov v dospelosti pomáhajú nepočujúcim	4	1	5
7.	Počujúce deti nepočujúcich rodičov musia často riešiť v detstve situácie, na ktoré nemajú dostatok vedomosti	2,1=2	1	5
8.	Počujúce deti nepočujúcich rodičov ľahko svojich rodičov oklamú.	2,1=2	1	4
9.	Nepočujúci rodič viac verí svojmu počujúcemu dieťaťu ako odborníkovi.	2,1=2	1	4
10.	Život v rodine nepočujúcich rodičov mi poskytol možnosť byť bilingválnym	2	1	5
11.	Život v rodine nepočujúcich má viac negatív ako pozitív	3,5=4	1	5
12.	Rodina s nepočujúcimi rodičmi rieši tie isté problémy ako rodina s počujúcimi rodičmi	3	2	4
13.	Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú často nepočujúcich partnerov	3,4=3	2	4
14.	Nepočujúci rodičia by radšej chceli nepočujúce deti.	3,9=4	3	5
15.	Počujúce deti sa za svojich nepočujúcich rodičov hanbia	3,5=4	3	5
16.	Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú dobrý vzťah ku všetkým nepočujúcim	3	1	4
17.	Počujúce dieťa nepočujúcich rodičov dospieva oveľa skôr.	1,9=2	1	4
18.	Počujúce deti nepočujúcich rodičov majú väčší problém zvládnuť školský obsah	3,9=4	2	5
19.	Nepočujúci rodičia sú radi, že majú počujúce deti	1,9=2	1	3
20.	Rodina s nepočujúcimi rodičmi je rodina, ktorá potrebuje pomoc odborníkov	3,2=3	1	5
21.	Nepočujúci rodičia počujúcich detí potrebujú pri ich výchove pomoc počujúcich príbuzných.	3,2=3	2	5

Výsledky ukazujú, že vo viacerých položkách sú odpovede rozptýlené na celej stupnici, z čoho podľa nás vyplýva, že v prípade väčšej prieskumnej vzorky by sme mohli získať relevantnejšie výsledky. Napriek tomu, tieto výsledky sú prvé v našich podmienkach, mohli by byť východiskom pre ďalšie výskumy v tejto oblasti.

Všetky výroky sme si rozdelili do troch skupín a takto ich budeme aj vyhodnocovať.

Prvá skupina (výroky č. 1-2-4-11-12-20-21), sa týkajú rodiny, ako akej.

Respondenti veľmi súhlasia s výrokom (1), že nepočujúci rodičia môžu byť takí istí dobrí rodičia ako ich počujúci rovesníci, v súvislosti s touto jednoznačnou odpoveďou je potom prekvapujúce, že vo výrokoch, ktoré hovorili o potrebe pomoci zo strany odborníkov, počujúcich členov rodiny (2, 20, 21) naši respondenti vo všetkých troch odpovedali, že čiastočne s nim súhlasia a čiastočne nesúhlasia. Je možné tieto výsledky interpretovať tak, že môžu byť rovnako dobrými rodičmi ako počujúci, ale potrebujú k tomu pomoc počujúcich odborníkov alebo počujúcich členov svojej rodiny ? Alebo sú dobrými rodičmi preto, že milujú svoje detí, starajú sa o nej, napriek tomu, že v niektorých oblastiach potrebujú pomoc. To, že nepočujúci rodičia sú schopní pre svoje počujúce deti vytvoriť primerané podmienky vyplýva aj z výroku (11). Respondenti nesúhlasia totiž s tým, že život v rodine nepočujúcich má viac negatív ako pozitív a naopak čiastočne súhlasia a čiastočne nesúhlasia s výrokom, že život v rodine nepočujúcich rodičov má viac pozitív ako negatív.

Druhá skupina výrokov sa týka samotných počujúcich detí a patria tam výroky (5, 6,7,8,13,15,16,17,18).

V tejto skupine výrokov sme sa zamerali na samotné deti. Z našich výsledkov vyplýva, že život v rodine nepočujúcich, kde sa ako primárny kód používa posunkový jazyk neznamená, že aj tieto deti budú bilingválne a taktiež podľa našich respondentov detstvo v takomto prostredí neznamená, že tieto detí budú v budúcnosti pomáhať ostatným nepočujúcim ľuďom. Prostredie, v ktorom počujúce deti vyrastajú ich podľa našich respondentov len čiastočne vedie k tomu, aby sa profesionálne venovali problematike osôb so sluchovým postihnutím. Prečo je tomu tak by bolo vhodne zistiť prostredníctvom ďalších výskumov. Rovnako nesúhlasili s výrokom, že počujúce deti nepočujúcich rodičov majú v dospelosti nepočujúcich partnerov, napriek skutočnosti, že väčšinou ovládajú ich komunikačnú formu a poznajú kultúru nepočujúcich a veľmi často sú aj členmi komunity Nepočujúcich. Aj

v našom prieskume sa potvrdilo konštatovanie, že počujúce deti riešia v detstve množstvo situácií, na ktoré nemajú ani vedomostí ani zručností. Z vlastných skúsenosti vieme, že rodičia často využívajú svoje deti ako tlmočníkov, poradcov na rozličných inštitúciách. Táto situácia pretrváva nielen preto, že nie je dostatok tlmočníkov posunkového jazyka vo všetkých oblastiach Slovenska, ale aj preto, že pri mnohých súkromných až intímnych záležitostiach rodičia radšej využívajú vlastné deti ako profesionála.

Tretia skupina výrokov je viazaná na rodičov (3, 9,14,19). V rámci týchto výrokov nás zaujímalo, či podľa CODA deti nepočujúci rodičia chcú skôr počujúce alebo nepočujúce deti. Z výsledkov nám vyplýva, že nepočujúci rodičia sú radi, že majú počujúce deti (2 –súhlasím) a tento výsledok sa nám potvrdil aj v ďalšom výroku, kde sme sa pýtali, či nepočujúci rodičia chcú nepočujúce deti (4 –nesúhlasím). Zaujímavé by bolo tieto zistenia konfrontovať aj s názormi samotných nepočujúcich rodičov, pretože v bežnom živote sa stretávame aj s inými názormi.

Respondenti dotazníka nesúhlasili s výrokom, že nepočujúci rodičia nedoceňujú potrebu vzdelania. Napriek tomu, že je tento výsledok pozitívny, je potrebné brať do úvahy skutočnosť, že v našej prieskumnej vzorke a vyskytovalo až 78% respondentov s vysokoškolským vzdelaním, čo mohlo nielen zásadným spôsobom ovplyvniť ich odpoveď, ale zároveň môžu pochádzať práve z rodín, kde bol dôraz kladný na dosiahnutie vyššieho vzdelania. Relevantnejšiu odpoveď ako aj pri iných výrokoch by sme dosiahli pri väčšom počte odpovedí.

Posledné dve otázky boli otvorené a pýtali sme sa našich respondentov, čo im detstvo a život v rodine nepočujúcich dal a čo naopak vzal. Odpovede respondentov uvádzame nižšie, pretože sa niektoré viackrát opakovali, resp. boli veľmi podobné, zhrnuli sme ich do niekoľkých spoločných odpovedí.

Čo mi život v rodine nepočujúcich dal ?

- skoršie poznanie reálneho života (samostatnosť, schopnosť riešiť problémy, nespoliehať sa na iných)...
- reálny pohľad na svet dospelých (kde nie je len dobro),
- osvojila som si posunkový jazyk,
- veľkú súdržnosť medzi súrodencami,
- poznanie, že nepočujúci môžu byť výborní rodičia,
- množstvo situácií, ktoré sa v bežnej rodine nestanú,
- hrdosť, že mám nepočujúcich rodičov,
- pocit potreby pomáhať nepočujúcim, lebo sú na to odkázaní (nedá mi to prehliadnuť),
- pohľad na svet inými očami,
- zamestnanie, vystupovanie v médiách .

Čo mi život v rodine nepočujúcich vzal ?

- možno bezstarostnosť,
- neexistujú žiadne negatíva,

- čítanie rozprávok pred spaním,
- možnosť vo viacerých veciach sa spoľahnúť na rodičov,
- asi kus detstva, nakoľko som „musela“ riešiť rôzne situácie bežného života,
- stretla som sa aj s odstrkovaním (počas ZŠ) vyplývajúce z toho že som z „inakšej rodiny“,
- nervy, rýchlejšie človek „starne“, časť voľného času, starostlivosť o vlastných rodičov je zložitejšia,
- sebavedomie,
- strach o budúcnosť,
- veľa kamarátov - priateľov.

Predložené výsledky sú len sondou do danej oblasti, nemohli, ani sme si nekládli za cieľ odpovedať na naše otázky, skôr naopak chceli sme poukázať na šírku tejto problematiky. Myslíme, si že exaktné poznanie niektorých charakteristík rodiny nepočujúcich rodičov s počujúcimi deťmi by mohlo byť bázou aj pre niektoré oblasti v rámci výchovy a vzdelávania, napr. výchovu k rodičovstvu. Taktiež by pomohli pochopiť niektoré situácie, do ktorých sa tieto detí v škole ale aj mimo školy dostávajú a možno aj pochopiť niektoré ich reakcie, ktoré môžu byť pre ľudí, ktorí nepoznajú nepočujúcich, ich názory a životné situácie prekvapujúce.

Zoznam bibliografických odkazov

BISHOP, M. – HICKS, S. Orange Eyes: Bimodal Bilingualism in Hearing Adults from Deaf Families . In: *Sign Language Studies;* Winter 2005; 5, 2; Academic Research Library s. 188 – 236

PATFINDER,A. *Hearing Children of Deaf Patente.* 2009. Dostupné na : http://library.gallaudet.edu/Library/Research_Help/Deaf_Research_Help/Research_Guides_(Pathfinders)/Pathfinder_Hearing_Children_of_Deaf_Parents.html citované dňa 22.9.2009

REDLICH, K. *Slyšící dítě hluchých rodičů*. Praha : UK, 2004, s. 92

TARCSIOVÁ, D. Počujúce dieťa nepočujúcich rodičov - problém, ktorému je potrebné venovať pozornosť ? In: *Ochrana života IV. : Budovanie spoločnosti pre všetkých.* - Trnava : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, 2003. s. 112-115.

TARCSIOVÁ, D. Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry. - 1. vyd. - Bratislava : Sapientia, 2005. - 222 s.

ISBN 80-969112-7-9

PRÁCA S RODINOU V SOCIÁLNE ZNEVÝHODNENÝCH LOKALITÁCH V MESTE KOŠICE

KATARÍNA MELICHOVÁ, EVA KUTAJOVÁ

Abstrakt

V tomto príspevku by som chcela oboznámiť poslucháčov o práci s rodinou v sociálne znevýhodnených lokalitách v meste Košice, pričom cieľom je oboznámiť ich so situáciou v lokalite Luník IX.

Kľúčové slová

Akceptácia klienta, individuálny prístup orientovaný na potreby klienta, aktivácia a motivácia klienta.

Aktuálna situácia v meste Košice a sociálne znevýhodnené lokality v meste Košice

V meste Košice žije cca 223 tisíc obyvateľov v 22 mestských častiach. V každej z týchto mestských častí sa nachádzajú sociálne znevýhodnené lokality, v ktorých žije aj rómska komunita.

Od roku 2005 mesto Košice pôsobí a postupne buduje komunitné centrá v nasledujúcich sociálne znevýhodnených lokalitách:

- sociálne byty na Herlianskej ulici,
- sociálne byty na Popradskej ulici,
- sociálne byty na Sládkovičovej ulici,
- sídlisko Luník IX,
- lokalita Demeter,
- nelegálne osady, napr. Nižné Kapustníky, Lubina, Džungľa, atď.

Klientela

Klientmi komunitných a terénnych pracovníkov sú všetci tí, ktorí sa ocitnú v nepriaznivej sociálnej situácii a nie sú schopní sami, ani s pomocou rodiny a blízkych osôb, nájsť primerané riešenie svojho sociálneho problému. Komunitná a terénna práca sa neorientuje na špecifickú skupinu, ale na každého bez rozdielu veku, farby pleti, sociálneho statusu.

Tím komunitných a terénnych sociálnych pracovníkov

Tím tvoria angažovaní pracovníci z rôznych profesií, ktorí sa rozhodli pre prácu práve s touto klientelou.

Ciele práce v znevýhodnených lokalitách

Cieľom práce komunitných a terénnych pracovníkov je hľadať spolu s klientom riešenia nepriaznivej situácie, v ktorej sa klient nachádza.

Práca je predovšetkým orientovaná na motiváciu klienta natoľko, aby sám a vlastným pričinením riešil svoju nepriaznivú situáciu.

Úlohy komunitných a terénnych pracovníkov

Medzi hlavné úlohy komunitných a terénnych pracovníkov patria:

- aktívne vyhľadávanie klientov,
- poskytovanie individuálnej pomoci a sociálneho poradenstva,
- práca s klientom v jeho prirodzenom prostredí,
- vypracovanie osobnej, rodinnej a sociálnej anamnézy,
- sprostredkovanie a realizácia aktivít zameraných na riešenie a predchádzanie sociálneho vylúčenia,
- poskytovanie pomoci v krízovej situácii,
- prevencia atď.

Komunitné centrá v meste Košice

Ako už bolo spomenuté, pracovníci mesta Košice pôsobili v hore uvedených lokalitách intenzívne už od roku 2005.

Komunitné centrá boli postupne vybudované na ulici Herlianskej, Popradskej, Sládkovičovej a na sídlisku Luník IX.

Prvé tri komunitné centrá nesú spoločné znaky ako napr. malá komunita, vyššia vzdelanostná úroveň klientov a s tým spojená zamestnanosť. Odrazom vyššej zamestnanosti je aj lepšie uspokojenie základných životných potrieb v rodine. Medzi spoločné znaky práce v týchto komunitách patrí aj dobrá a intenzívnejšia práca s rodinou a deťmi.

V lokalite Demeter pôsobí komunitný pracovník od roku 2006, pričom tu došlo k výrazným zmenám: zvýšila sa zamestnanosť, zlepšenie hygienických návykov, zlepšenie školskej dochádzky atď. V tejto lokalite je práca s rodinou na veľmi dobrej úrovni, spolupráca s komunitným pracovníkom je otvorená, bez konfliktov

a chladného prístupu.

Posledné dva roky dochádza v nelegálnych osadách k pravidelným monitoringom životných podmienok rodín žijúcich v týchto lokalitách. Keďže ide o malé a uzavreté komunity, je zväčša intenzívna práca s rodinou zložitá. Negatívny vplyv na prácu s rodinou má aj fakt, že sa klienti rozhodli sami žiť v takýchto podmienkach a nevidia dôvod na zmenu vo svojom živote.

Na sídlisku Luník IX žije podľa odhadov približne 8 tisíc obyvateľov z čoho je asi 5 tisíc detí. K 30.septembru 2009 bolo na sídlisku zaevidovaných 5 905 obyvateľov (2 904 dospelých, 3 001 detí a mládeže do 18 roku). V niektorých bytoch žijú ľudia vo veľmi zlých životných podmienkach, voda tečie iba 2-krát do dňa, v niektorých domácnostiach odoberajú elektrinu na čierno, v bytoch nefunguje vykurovanie... Táto situácia je dôsledkom dlhodobého neplatičstva na sídlisku, kde väčšina rodín žije už roky zadarmo.

Práca s rodinou na Luníku IX

Fungovaniu komunitného centra predchádzalo monitorovanie životných, bytových a hygienických podmienok rodín v tejto lokalite. Už v prvej fáze bolo jasné, že problematika tejto lokality sa nedá riešiť komplexne. Preto sa práca komunitných a terénnych pracovníkov orientuje na individuálnu prácu s rodinou založenou na týchto princípoch:

- akceptácia klienta,
- individuálny prístup orientovaný na potreby klienta,
- aktivácia a motivácia klienta.

Práca s rodinou zahrňuje predovšetkým individuálnu prácu v komunitnom centre ako aj v teréne, základné sociálne poradenstvo, spoluprácu s inými inštitúciami ako napr. základná škola, úrad práce sociálnych vecí a rodiny, relizáciu projektov zameraných na zlepšenie životných podmienok v rodine a odstránenie vplyvov vedúcich k sociálnej inklúzii, voľno-časové aktivity s deťmi, sanácia rodín atď.

Faktory ovplyvňujúce prácu s klientom

Prácu s klientmi na Luníku IX negatívne ovplyvňujúce faktory okrem iného sú:

- veľká komunita a málo komunitných a terénnych pracovníkov,
- migrácia obyvateľov,
- bytová otázka na Luníku IX,
- nízka vzdelanostná úroveň klientov a vysoká nezamestnanosť,
- (ne)možnosť uspokojiť základné životné potreby,
- kriminalita.

Medzi pozitívne faktory možno zahrnúť

- pozitívne skúsenosti s pracovníkmi komunitného centra,
- akceptujúci prístup pracovníkov ku klientom.

Príklady z praxe

Projekty, ktoré sa komunitným a terénnym pracovníkom už v minulosti osvedčili sú zamerané hlavne na prácu s deťmi a matkami. Sú to predovšetkým voľnočasové aktivity, doučovanie, každoročne organizovaný prímestský tábor, projekt „Mamičky“ alebo „Moja rodina“ kde sa matky vo forme prednášok dozvedia niečo nového o zdravej výžive, výchove detí atď.

RODINA AKO KRIMINOGÉNNY FAKTOR KRIMINALITY MLÁDEŽE

TATIANA TOMČÍKOVÁ

Abstrakt

Jedným z dominantných činiteľov vzniku delikventného správania mládeže je rodinné prostredie. Rodina má zásadný vplyv na formovanie osobnosti dieťaťa, ktoré si z rodiny odnáša základné vzorce a modely pre celý svoj život. V súčasnosti prechádza rodina zásadnými premenami, ktoré v mnohých smeroch vytvárajú zložitejšiu situáciu pre výchovu a formovanie osobnosti. Rozhodujúcim faktorom v prevencii kriminality mládeže je funkčná schopnosť rodiny, nakoľko emočne zdravé rodiny sú významným zdrojom účinnej socializácie a spoločenskej integrácie mladého jedinca.

Kľúčové slová

Rodina, socializácia, emocionálna deprivácia, kriminalita a delikvencia, rodičovská deviácia, prevencia.

Úvod

V našom príspevku by sme chceli poukázať na význam rodiny pri formovaní osobnosti mladého jedinca, nakoľko harmonické rodinné prostredie predstavuje pre dieťa nielen dôležitú základňu pre jeho súčasný život, ale môže priaznivo ovplyvniť kvalitu jeho života i v budúcnosti. Naším cieľom bolo poukázať na podmienky a príčiny páchania trestnej činnosti mládeže a zároveň prispieť k objasneniu problematiky, či typ rodiny, jej výchovný štýl a ekonomické zázemie výrazným spôsobom ovplyvňuje osobnostné charakteristiky a postoje adolescentov.

1. Rodinné prostredie vo vzťahu k delikventnej mládeži

Jedným z dominantných činiteľov vzniku juvenilného delikventného správania je rodinné prostredie. Rozhodujúcim faktorom v prevencii zločinnosti je funkčná schopnosť rodiny, nakoľko emočne zdravé rodiny sú významným zdrojom účinnej socializácie a spoločenskej integrácie mladého jedinca. Viacero súčasných autorov (Gecková, 1998; Sirůček, 2001; Verešová, 2003) sa zaoberá analýzou charakteristík rodinného prostredia (štýlov výchovy, výchovných postupov, osobnostných a emocionálnych charakteristík rodičov a jeho priamou súvislosťou s rizikovým správaním adolescentov.

Medzi základné faktory pôsobiace na vznik negatívneho prostredia v rodine patrí sociálno-ekonomický status rodiny, existenčná neistota, nezamestnanosť, rôzne druhy závislosti a absencia pomoci zo strany sociálnych inštitúcií. Štát má problémy so zabezpečovaním fungujúcej sociálnej siete a veľká časť populácie je odkázaná sama na seba. Na základe týchto podmienok sa značná časť rodín dostáva pod hranicu existenčného minima, pribúda množstvo nekompletných rodín, čím narastá tlak na základnú bunku spoločnosti. Tu by sme mohli aplikovať názor Burta, ktorý tvrdí, že jedným zo sociálnych faktorov vzniku kriminality je majetková deprivácia. (Heretik, 1994, s. 46). Podľa nášho názoru, značná časť

rodín nedokáže v dôsledku sociálneho pádu zabezpečiť základné potreby svojich detí, čo vytvára reálne predpoklady na páchanie trestnej činnosti. Štoselová poukazuje na celkové oslabenie výchovného vplyvu rodiny, rodina postupne stráca svoju socializačnú funkciu, čo treba vidieť v kontexte súčasných spoločenských zmien. (Štoselová, 2000, s. 301). Strata sociálnych istôt predstavuje stresové situácie, ktoré zhoršujú komunikáciu v rodine, jej celkovú klímu a oslabujú jej vnútornú kohéziu.

Na strane druhej zvýšeným výskytom delikvencie u detí a mládeže môže byť aj dobré finančné zabezpečenie rodiny, čo vedie ku kompenzovaniu výchovnej starostlivosti poskytovaním neprimeraných materiálnych hodnôt bez spätnej kontroly ich použitia. Všetky tieto dôsledky vyúsťujú do stavu zvýšenej pohotovosti impulzívneho správania mladistvých, zníženia schopnosti sebaovládania, agresívnym prejavom a k páchaniu trestnej činnosti. Súčasným trendom sa stáva nárast kriminality mladistvých, ktorí žijú v úplnej a stabilnej rodine. Tento jav sa nedá presvedčivo vysvetliť, podľa Matouška, sa jedná buď o skrytú patológiu rodiny alebo predpoklad, že vplyv rodiny na deti v procese dospievania stále viac klesá. (Matoušek, 1998, s. 52).

Mladiství delikventi pochádzajú najčastejšie z rodín bez záujmu o dieťa, o jeho telesný a duševný vývoj, z rodín rozvrátených, ale často i z rodín, ktorých členovia sami páchajú trestnú činnosť. Vnútrorodinný konflikt a rodičovská deviácia sú tiež spojené s kriminálnym správaním dieťaťa, existuje dôkaz, že u detí rodičov, ktorí sú zapojení do kriminality je väčšia pravdepodobnosť porušenia zákona, ako u potomkov konvenčných rodičov. V uvedených rodinách môže dôjsť zo strany mladistvého k napodobňovaniu kriminálneho správania. Mladý jedinec vníma tieto negatívne javy ako normálny jav, ktorý si postupne zabuduje do defektnej hierarchie hodnôt. Takéto správanie vysvetľuje *teória imitácie,* kedy jedinec podlieha mechanizmu nápodoby. Imitácia je vedomé alebo nevedomé opakovanie neverbálneho správania, ktoré jedinec pozoruje u iných ľudí prostredníctvom socializačných činiteľov a ktoré pokladá za významné, alebo ktoré obdivuje. V prípade, ak sú napodobňované sociálne nežiadúce vzory, dochádza k identifikácií mladého jedinca s disociálnymi alebo antisociálnymi modelmi. (Turayová, 1999. s. 35).

Výchova v sociálne dezintegrovaných rodinách modeluje nastavenie osobnosti dospievajúceho jedinca na vlastnú osobnú seberealizáciu, čoho odrazom je vznik vlastného asociálneho hodnotového systému juvenilného jedinca. Podľa Bullocka a Penningtona, môže konfliktná rodinná interakcia spôsobovať vytváranie nevhodných vzorcov správania, ktoré sa potom prenášajú aj do iného prostredia. (Bullock, Pennington, l988, s. 17).

Ďalším prvkom kriminálneho správania mladistvých je hľadanie istej náhrady za chýbajúce uspokojenie sociálno-emocionálnych potrieb v rodine. Tento jav môže vzniknúť tak v rodinách zanedbaných ako aj v rodinách stredných alebo vyšších vrstiev. Aj autoritatívna výchova, ktorá je poznačená prísnou kontrolou zo strany rodičov, zohráva v tejto súvislosti určitú úlohu. Abrahansen tvrdí, že juvenilná delikvencia je odrazom nedostatku lásky v rodine a výrazom snahy upozorniť na seba delikventným správaním.(Heretik, 1994. s. 50). V dôsledku tohto nedostatku, mladistvý len ťažko preberá sociálne role, rastie jeho neschopnosť v nadväzovaní sociálnych vzťahov a ako kompenzáciu takéhoto vývoja využíva napojenie na antisociálnu skupinu. Vzťahom výchovnej situácie a jej podnetov na jedinca a jeho budúcim správaním sa zaoberali viacerí autori. Eskilsonová tvrdí, že adolescenti, ktorých sebaúcta nie je dostatočne sýtená v konvenčných skupinách, pravdepodobne odmietnu konvenčné normy a prijmú deviantné spôsoby správania ako prostriedok na obnovenie svojej znehodnotenej predstavy o sebe samom. (Eskilsonová, 1986, s. 501). Na preberanie deviantných prvkov v správaní poukázal aj Leshner, ktorý sa zaoberal otázkou vplyvu disharmonickej, prípadne neúplnej rodiny ako rizikového faktoru deviantného správania. (Leshner, 1996, s. 3-4).

Z hľadiska predkladanej problematiky nás musí zaujímať predovšetkým kvalita výchovného prostredia, teda otázka, s akými vzormi sa bude mladistvý identifikovať. Kotásková poukázala na to, že rodina tvorí základ zvnútornených morálnych noriem dieťaťa. (Kotásková, l987, s. 28). Zastávame názor, že najmä v období adolescencie prispieva k tvorbe hodnotového systému výsledok výchovy, nakoľko v málo podnetnom prostredí vzniká nedostatočná stimulácia k vývinovo vyšším hodnotám. Na závažnosť tejto problematiky poukázal Brunner, ktorý za významne nepriaznivý faktor vo výchove rodiny považuje agresívne prejavy a násilie v rodine. (Brunner, Plattner, 1999, 150-153). Skutočnosťou však zostáva, že kriminálnych činov sa dopúšťajú aj jedinci, ktorí prešli primeranou výchovou a ktorí si v konečnom dôsledku osvojili patričné normy spoločnosti, netrpia nedostatkom sebaovládania a bežne nepodliehajú tlaku okamžitého uspokojenia potrieb. Čírtková tvrdí, že z rôznych výskumov je opakovane dokázané, že neexistuje žiadna súvislosť medzi religióznou výchovou a kriminalitou. (Čírtková, 2000, s. 168). V praxi to znamená, že i medzi páchateľmi trestných činov je celý rad jedincov, ktorí prešli dôslednou výchovou, inak povedané, faktická znalosť morálnych a zákonných noriem ešte nezaručuje, že sa podľa nich bude daný jedinec riadiť.

2. Systém preventívnych opatrení zameraných na delikventnú mládež

Záujmom celej spoločnosti je, aby mladá generácia vyrastala zdravo a s pozitívnymi postojmi k dodržiavaniu spoločenských noriem. Odstraňovať príčiny a podmienky kriminality mládeže nie je jednoduché, vyžaduje to systémový a komplexný prístup všetkých zainteresovaných strán a to nielen formou preventívnych aktivít, ale súčasne zámerným výchovným pôsobením na mladého človeka.

- Pomáhať rizikovým rodinám s príznakmi sociálnej patológie. Zriaďovať klubové zariadenia pre ohrozenú mládež, ktoré by mohli pomôcť svojou činnosťou odviesť deti „z ulice“.
- Budovať funkčný systém sociálnej a materiálnej podpory rodín, aby sa zabránilo ich kriminogénnemu odsunu na okraj spoločnosti
- Nadviazať čo najužšiu spoluprácu s rodinou delikventného žiaka a pomôcť rodine odstraňovať škodlivé vplyvy na dieťa. Apelovať na školy a učiteľov, aby sa neusilovali čo najskôr „zbaviť“ žiakov s problémovým správaním, ale pracovať s nimi pri hľadaní tých správnych hodnôt.
- Vytvárať kvalitný systém vplyvu a kontroly mladistvého v škole, správne organizovať čas mládeže strávený doma i mimo školy; prípadne vytrhnúť žiaka zo skupiny vykazujúcej asociálne tendencie.
- Prehĺbiť odbornú i verejnú diskusiu o masmediálnom vysielaní škodlivom pre deti a mládež (apelovať na kompetentných zástupcov médií, aby obmedzili šírenie lacných morálku ohrozujúcich programov), sledovať prísne dodržiavanie zákona o pornografii, obmedzovať propagovanie alkoholu a podporovať všetky aktivity zamerané proti šíreniu drog
- Zvýšiť medzinárodnú spoluprácu so zahraničnými policajnými zbormi v oblasti výmeny skúseností a informácií o formách a spôsoboch kriminality mládeže a na mládeži, o spôsoboch a formách odhaľovania ich latentných foriem.

Záver

Podľa nášho názoru kľúčovým činiteľom zdravého vývoja mladého jedinca je kvalita vzťahu medzi ním a členmi rodiny. Deti a mládež, ktorých potreby nie sú dostatočne uspokojované, alebo naopak, ide o nadbytok týchto potrieb, majú často problémy v komunikácií so svojím sociálnym okolím a chýbajú im základné životné istoty. V období dospievania sa ťažko orientujú v sociálnych situáciách, nedomýšľajú dôsledky svojho správania, bývajú zraniteľné a sociálne nevyzreté. Ich prežívanie je často spojené s prázdnotou, beznádejou alebo permanentnou nudou. Snahy o únik z takto depresívne ladeného vnútorného sveta môžu mať nepriaznivé dôsledky.

Je zložité presne určiť, ktoré z faktorov pôsobiacich na mladú generáciu sú rizikové a ktoré iba dôsledkom nežiadúceho vývinu jedinca. Našou snahou bolo pokúsiť sa z tohto zorného uhla charakterizovať rodinnú situáciu a jej vplyv na kriminálnu kariéru jedinca.

Zoznam bibliografických odkazov

BRUNNER, G., PLATTNER, M. *Násilie v rodine a jeho aktuálna liečba*. Psychiatria, 1999. č. 6, s. 150-153

BULLOCK, J.R., PENNINGTON, D. *The relationship between parental perception of the family environment and children perceived competence*. Child Study, l998. č. 18, s. 17

ČÍRTKOVÁ, Ľ. *Policejní psychologie*. Praha: Portál, 2000. s. l67-169

ESKILSON, A., WILEY, M.G., MUHLBAUER, G., DODDER, L. *Parental pressure, self-esteem and adolescent reported deviance*. Bending the twig too far. Adolescence, 1986. č. 21, s. 501

GECKOVÁ, A. *Výskyt výchovne problémového správania v skupinách učňovskej mládeže.* Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava: AEP, roč. 33, 1998. č. 1, s. 55, s. 59

HERETIK, A. *Základy foreznej psychológie*. Bratislava: SPN, 1994. s. 40, s. 45-46, s. 50, s. 88 ISBN 80-08-01870–4

KOTÁSKOVÁ, J. *Socializace a morální vývoj dítěte*. Praha: Academia, 1987. s. 25, s. 28

LESHNER, A.I. *Bridging the Great Disconnect*. NIDA Notes, 1996. č.11, s. 3-4

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. s.27, s. 29, s. 31, s. 34, s. 52, s. 78, s. 126, s. 132, s. 152 ISBN 80-7178-226-2

SIRŮČEK, J. *Výchovné prístupy rodičov k deťom školského veku*. In: SARMÁNY – *a mládeže.* In: *Sociální pedagogika jako vědecká a spoločensky užitná disciplína*. Brno: 2000, s. 301

TURAYOVÁ Y. a kol. *Vybrané kapitoly z kriminologie.* Bratislava: Právnická fakulta UK, 1999. s. 22, s. 25, s. 35

VEREŠOVÁ, M. Maladaptívne rizikové správanie pubescentov a emočné charakteristiky ich rodičov. In: SARMÁNY, SCHULLER, I. *Práca a jej kontexty*. Zborník z Psychologických dní 2003. Bratislava: Stimul, s. 216-221.

VYUŽITIE KONCEPCIE PIATICH VÝVINOVÝCH POTRIEB PESSO – BOYDEN PSYCHOMOTORICKEJ TERAPIE V LIEČEBNOPEDAGOGICKEJ POMOCI RODIČOM PO OZNÁMENÍ NEPRIAZNIVEJ SPRÁVY O ICH DIEŤATI

MONIKA DUČAIOVÁ

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá možnosťami liečebnopedagogickej pomoci rodine v čase po oznámení nepriaznivej správy o ich dieťati (správa o postihnutí, o inej závažnej diagnóze, prípadne zhoršenie stavu dieťaťa). Predstavuje koncepciu piatich vývinových potrieb Pesso – Boyden psychomotorickej terapie a jej využitie v liečebnej pedagogike, ako aj v iných pomáhajúcich profesiách.

Kľúčové slová

Rodič/rodičia, nepriaznivá správa, krízová situácia, liečebnopedagogická pomoc, Pesso – Boyden psychomotorická terapia.

Oznámenie nepriaznivej správy o závažnej diagnóze, alebo postihnutí dieťaťa predstavuje nečakaný zvrat v živote rodiny. Rodičia sú v dôsledku takejto správy neraz postavení pred priame existencionálne otázky a ich život, ktorý doteraz plynul „normálne“, sa zrazu ocitne uprostred chaosu a beznádeje.

Nepriaznivá správa podľa Jasenkovej (2008) je akákoľvek informácia závažného charakteru, ktorá negatívnym spôsobom mení perspektívu budúcnosti. O nepriaznivej správe teda môžeme hovoriť vtedy, ak nám niekto oznámi, že naša budúcnosť sa bude vyvíjať spôsobom, ktorý nechceme, alebo sme ho nepredpokladali.

Väčšina rodičov sa nepriaznivú správu o svojom dieťati dozvedá od odborníka, ktorý im v lepšom prípade odovzdá nevyhnutné informácie, v tom horšom prípade ich však zanechá v šoku, alebo s pocitmi viny, hanby, hnevu...takáto situácia je vnímaná ako krízová a jej základnými charakteristikami sú pocity bezmocnosti, neuchopiteľnosť situácie, nemožnosť zasadiť túto skúsenosť do rámca doterajších životných skúseností (Vizinová; Preiss, 1999).

Ako rodina na oznámenie zlej správy zareaguje a čo jej táto správa do života prinesie, závisí do veľkej miery od spôsobu oznámenia, od prístupu odborníka, ktorý správu oznamuje a od miery poskytnutia následnej starostlivosti a podpory. Lekár a zdravotnícky personál vo väčšine prípadov venujú svoju starostlivosť dieťaťu a jeho zdravotnému stavu, a na to, aby poskytli rodičom podporu, povzbudenie už nezostáva priestor.

Vychádzajúc zo skutočnosti, že „predmetom liečebnopedagogickej pomoci je vždy celý človek ako subjekt – ako primárna hodnotová a konajúca inštancia“ (Horňáková 2003, s.43), vidíme v tejto situácii priestor pre liečebného pedagóga, ktorý by svojím prístupom, poznatkami z psychológie, liečebnej a špeciálnej pedagogiky a krízovej a včasnej intervencie mohol rodičom pomáhať ako poskytovateľ „prvej pomoci“.

Pomoc je poskytovaná na týchto úrovniach (Vodáčková et al, 2002):

- Psychická a emočná podpora rodiny
- Sprevádzanie rodiny v procese prijatia reality a vyrovnávania sa s diagnózou alebo postihnutím dieťaťa

Liečebná pedagogika vychádza z presvedčenia, že v procese pomáhania je dôležitý rešpekt k človeku a k udalostiam, ktoré zasahujú jeho život. Z tohto princípu vychádza aj model piatich vývinových potrieb Pesso – Boyden psychomotorickej terapie.

Zakladateľmi **Pesso Boyden System Psychomotor** (ďalej PBSP) sú manželia Albert Pesso a Diane Boyden. Oficiálny vznik tohto systému somatickej psychológie sa datuje od roku 1961. Pôvodne boli tanečníkmi a učiteľmi tanca, ktorí sa zaujímali o vzťah medzi pohybom a psychikou jednotlivca, ale aj v skupine. Ide o nedirektívny, na klienta orientovaný psychoterapeutický smer, ktorý vychádza z hlbinného, behaviorálneho a rogeriánskeho psychoterapeutického prístupu. Základné východisko spočíva v presvedčení, že život je dobrý, hodnotný a má zmysluplný cieľ.(Jenscious, Duba, 2003)

Pre pomoc v kríze pokladáme za kľúčový **model piatich vývinových potrieb**, ktoré podľa PBSP človek potrebuje mať napĺňané, ak chce vo svojom živote prežívať uspokojenie a realizovať svoj potenciál aj v náročných životných situáciách. Sú to tieto potreby:

- POTREBA MIESTA (place)
- POTREBA PODPORY (support)
- POTREBA BEZPEČIA A OCHRANY (protection)
- POTREBA STAROSTLIVOSTI (nurture)
- POTREBA HRANÍC (limits)

Najskôr potrebujeme doslova zažiť skúsenosť, že máme svoje miesto, sme dostatočne podporovaní, chránení, je o nás postarané a máme určité limity. Takéto „ideálne“ podmienky zažívame počas vnútromaternicového vývinu. Neskôr potrebujeme nadobudnúť takýto zážitok na symbolickej úrovni, kedy máme miesto v srdci rodičov, sme podporovaní vo svojom úsilí, sme dostatočne chránení, zažívame starostlivosť a rastie naša sebadôvera a máme priestor na objavovanie svojich vlastných možností a hraníc (Caldwellová,1997). Keď máme uspokojené svoje bazálne potreby, nachádzame sami v sebe zdroje na úspešné zvládnutie kritických životných okolností. Situácia sa síce nezmenila, realita je stále vzdialená tomu, čo považujeme za ideálne, ale mení sa náš postoj voči prežívanej situácii a s novým postojom prichádzajú aj nové riešenia.

Potreba miesta

Lucká (2001) uvádza, že v krízovej situácii človek potrebuje zažiť skúsenosť, že ten, kto mu správu oznamuje má pre neho miesto – ide o **psychologické miesto**, akýsi vnútorný priestor a čas.

Rovnako dôležité je aj **miesto**, kde sa rozhovor odohráva. Závažné informácie by sa nemali podávať len tak kdesi na chodbe, v čakárni pred inými ľuďmi, na mieste, ktoré je rušivé alebo vzbudzuje úzkosť. Rozhovor so závažným obsahom by sa mal odohrávať na mieste vyhradenom špeciálne pre tieto účely. Je vhodné, ak medzi človekom, ktorý oznamuje a človekom, ktorý prijíma správu nie je žiadna bariéra. Ak oznamovateľ sedí za svojím stolom ďalej od rodičov, môže v nich vzbudiť pocit podriadenosti a brániť v otvorenom a priamom rozhovore. Rovina očí všetkých zainteresovaných by mala byť približne rovnaká, vzájomná vzdialenosť primerane blízka, aby sme sa rodičov prípadne mohli aj dotknúť (Jasenková,

2008). Rodič by rozhodne nemal ostať stáť a malo by mu byť poskytnuté čo najväčšie možné pohodlie.

Potreba podpory

Ten, komu je oznamovaná nepriaznivá správa by mal od odborníka zažiť dostatočnú podporu. Môže ísť o **fyzickú podporu** v prípade, ak je rodič v stave dezintegrácie a samozrejme, dôležitá je **slovná podpora – uistenie**, že prejavené emócie sú na mieste a sú v danej situácii pochopiteľné. Poskytovateľ informácie by sa mal zaujímať aj o to, kto z blízkych, alebo priateľov by mohol byť tomuto človeku oporou, ak nikto taký nie je, mala by mu byť poskytnutá nejaká iná forma starostlivosti, či už prostredníctvom krízových centier, alebo psychoterapeutickej služby.

Potreba bezpečia a ochrany

Podľa Luckej (2001) pri napĺňaní potreby bezpečia ide o to „aby správa mohla byť oznámená za takých okolností a s takou podporou, aby nespôsobila ešte väčšiu traumu či kolaps, alebo chaos a neviedla k bezmocnosti“. Formulácia správy by mala byť pre rodiča jednoduchá, zrozumiteľná a pravdivá, podávaná s citom.

Potreba starostlivosti

Ide o pozornosť k aktuálnym potrebám človeka, avšak tým hlavným druhom starostlivosti, ktorú v takejto chvíli ponúkame je emočná účasť vybudovaná na empatii. Jedným z prejavov starostlivosti je podávanie adekvátnej informácie takým spôsobom, aby ten, kto informáciu dostáva, jej mohol aj porozumieť. Znamená to používať zrozumiteľný slovník a slovné formulácie, a vyhýbať sa lekárskemu slangu, pretože ten, kto správu prijíma väčšinou nie je na rovnakej odbornej úrovni ako lekár/ poskytovateľ informácie. Okrem toho je často veľmi rozrušený a v takom prípade sa schopnosť porozumieť značne znižuje. Na konci rozhovoru by malo nasledovať zhrnutie nášho rozhovoru, kedy je vhodné viesť rozhovor tak, aby sám informovaný rozprával o tom, čo mu bolo povedané. Zároveň tak získavame spätnú väzbu o tom, ako boli naše slová pochopené (Lucká, 2002).

Potreba limitu/ hraníc: Naplnenie potreby limitu pri oznamovaní nepriaznivých správ znamená asi toľko, ako poskytnutie nádeje, že sa veci môžu zmeniť, že ťažkosti a problémy majú svoj začiatok aj koniec. Ide o spoločné hľadanie spôsobov, ako limitovať pocity bezmocnosti, osamotenia, strachu z budúcnosti.

Proti pocitu bezmocnosti sa môže postaviť zážitok, že je tu niekto, kto mi pomáha v situácii, kedy nemám silu na hľadanie nejakých riešení. Pocit osamelosti môže byť limitovaný skúsenosťou, že je tu niekto, kto v tejto ťažkej situácii stojí pri mne a je so mnou (Lucká, 2001).

Spôsobom oznamovania nepriaznivých správ a mierou reflektovania potrieb rodičov v nepriaznivej životnej situácii sme sa zaoberali v diplomovej práci (2008). Prostredníctvom dotazníka sme zisťovali či rodičia po oznámení nepriaznivej správy o ich dieťati mali potrebu pomoci. Jednotlivé otázky v dotazníka boli koncipované tak, aby sme na základe odpovedí rodičov mohli vyhodnotiť, do akej miery je súčasný spôsob odovzdávania závažných informácií zhodný s konceptom PBSP, ktorý zohľadňuje potreby rodičov, ich emócie a vnímanie situácie. V poslednej otázke sme dali rodičom priestor, aby sa vyjadrili k tejto problematike a opísali svoju skúsenosť. Pre lepšiu ilustráciu ponúkame nasledovné výpovede rodičov:

„Ani som v tej chvíli nevedela, na čo všetko sa mám opýtať, uvítala by som viac informácií zo strany odborníkov. Oni sa väčšinou správajú tak, že na čo sa neopýtate to vám sami nepovedia. Ďalší postup vám napíšu do výstupnej správy a kým sa spamätáte, už sú preč.“ (matka nepočujúceho dieťaťa)

„Myslím si, že by malo byť viac času, viac trpezlivosti a odborníci by mali byť ochotnejší vysvetliť základné problémy diagnózy. A po čase ako už aj rodič vie viac, by mali byť ochotní odpovedať a korigovať názory rodičov, vzájomne sa porozprávať a usmerniť. Toto sa dnes nedeje.“ (matka dieťaťa s autizmom)

„Spočiatku lekári hovorili len o epilepsii, presnejšie Westov syndróm. Až po dvoch rokoch sme objavili v papieroch skratku DMO. Až na naše otázky sme sa dozvedeli bližšie informácie, ale nikto nám nepovedal, aká je prognóza, čo môžeme očakávať a ako to riešiť.“ (matka dieťaťa s DMO a epilepsiou)

„Podľa mňa robia mnohí odborníci chybu, že zúfalým rodičom berú aj posledné zbytky nádeje. Akoby im nechceli dávať falošné nádeje. Ale to je presný opak, čo my rodičia potrebujeme. Potrebujeme obrovskú nádej a vieru, že veľa môžeme dokázať. To nám dáva chuť a energiu popasovať sa s chorobou nášho dieťaťa. Čo ak neexistuje falošný optimizmus, ale existuje falošný pesimizmus?“ (matka dieťaťa s autizmom)

Zistili sme, že na základe našich výsledkov nemôžeme povedať, že by oproti predchádzajúcim rokom rástla tendencia šetrného oznamovania nepriaznivých správ.

V kontexte porovnania prístupu odborníkov k našim respondentom a koncepcie 5 vývinových potrieb PBSP môžeme konštatovať, že po celkovom vyhodnotení každého dotazníka a jeho konfrontácii s PBSP sme dospeli k nasledovnému záveru: z 24 rodičov nám celý dotazník vyplnilo 23 respondentov, z toho 70,6% rodičov sa stretlo s prístupom odborníka, ktorý ich potreby nezohľadňoval, alebo ich zohľadňoval čiastočne. 29,1% rodičov vyznačilo v našom dotazníku odpovede, na základe ktorých by sme mohli povedať, že oznamovateľ nepriaznivej správy sa voči nim správal v zhode s prístupom koncepcie PBSP.

Realizovaný výskum považujeme len za orientačný, mal pre nás význam z hľadiska zmapovania situácie a problematiky, v ktorej sme sa v našej diplomovej práci pohybovali.

Naším zámerom bolo hlavne poukázať na niektoré dôležité momenty, ktoré môžu nastať pri odovzdávaní informácií závažného charakteru, a vyzdvihnúť tak potrebu pomoci, a to aj liečebnopedagogickej. Uvedenie týchto princípov do praxe môže byť nápomocné pre zlepšenie komunikačných zručností odborníkov, v tomto prípade zdravotníkov oznamujúcich nepriaznivé správy. Citlivou a empatickou komunikáciou, zohľadňujúcou neľahkú rodinnú situáciu a aktuálne potreby jej jednotlivých členov môžu prispieť k vytváraniu prostredia dôvery a spolupráce v prospech dieťaťa a jeho rodičov.

Zoznam bibliografických odkazov

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie.* 1. vydanie, Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2003. 144 str. ISBN 80-968927-6-2

Jak obstát při sdělování nepříznivých zpráv. Rozhovor M. Duškovej s Y. Luckou, Zborník prednášok z konferencie 15-16. 10 2001 usporiadanej občianskym združením Porozumění. In *Projekt Portage, materiál pro kurz, Dětské centrum Paprsek*, Praha 2006

JASENKOVÁ, M. *Symptómový menežment a starostlivosť o smrteľne choré dieťa a rodinu.* Lekárska fakulta UK, nepublikované prednášky, 2008.

JENCIUS, M., DUBA, J. D. Searching for the Ideal Parents: An Interview With Al Pesso and Diane Boyden. In *The Family Journal*, 2003. č. 11, s. 89 – 97

LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. Problematika týraných a zneužívaných lidí. In VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2002. *Krizová intervence*. 1. vydanie, Praha : Portál, 543 s. ISBN 80-7178-696-9, s. 458-474

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vydanie, Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9, s. 458-474

VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie.* 1. vydanie, Praha : Portál. 1999. 158 s. ISBN 80-7178-284-X

http://www.pbsp.com 7.12.2007

http://www.pbsp.cz 8.12.2007

KTO SÚ PRIJÍMATELIA JEDNORÁZOVÝCH PRÍSPEVKOV V MESTSKOM PROSTREDÍ?

GABRIEL KOSNÁČ

Abstrakt

Prijímateľmi jednorazového finančného príspevku ako sociálnej pomoci sú predovšetkým osamelí občania, rodiny s deťmi a dôchodcovia. Autor analyzuje štruktúru poskytovaných jednorazových finančných príspevkov z hľadiska ich prijímateľov v mestskej časti Bratislava-Karlova Ves za obdobie rokov 2006 až 1. polrok 2009. Uvádza a hodnotí dôvody žiadateľov o finančný príspevok. Výsledky analýzy podľa stanovených kritérií porovnáva s niektorými ukazovateľmi výšky životného minima.

Kľúčové slová

Jednorazový finančný príspevok, sociálna pomoc.

Úvod

V rámci problematiky sociálnej pomoci autor podáva skúsenosti s poskytovaním jednorazových sociálnych príspevkov ako jednej z možných foriem pomoci na prekonanie krátkodobej hmotnej, prípadne sociálnej núdze žiadateľa. Zhrnul výsledky za obdobie rokov 2006 až 1. polroku 2009 v mestskej časti Bratislava – Karlova Ves. Hodnotí sledované parametre z hľadiska rodinného stavu, pracovného stavu, príjmu a účelu, na ktorý je príspevok poskytovaný, pričom základným kritériom je porovnanie aktuálneho príjmu žiadateľa voči aktuálnej výške životného minima.

Legislatívny rámec

Mestská časť Bratislava- Karlova Ves (ďalej len „mestská časť“) pri poskytovaní jednorazových finančných príspevkov vychádza zo zákonov 599/2003 Z. z. o hmotnej núdzi a zákona č. 601/2003 Z. z. o životnom minime. Najpodstatnejšou normou je však prijaté všeobecne záväzné nariadenie o poskytovaní dotácií, návratných finančných výpomocí a jednorazových finančných výpomocí z rozpočtu mestskej časti. Vyššie uvedené zákony striktne vymedzujú za akých okolností a podmienok možno dostať štátnu dávku, ktorá je v prípade splnenia podmienok nárokovateľná (obligatórna) a žiadateľ ju dostáva opakovane mesačne. Naproti tomu jednorazová dávka podľa všeobecne záväzného nariadenia nie je nárokovateľná (je teda fakultatívna). Mestská časť ju môže poskytnúť aj v iných prípadoch ako ju vymedzuje zákon, napr. s prihliadnutím na ťažký zdravotný stav, z iného zreteľa hodného dôvodu, alebo aj pri dožití vysokého veku (90, 95, 100 a viac rokov), avšak obvykle iba raz do roka. Iba výnimočne sa tomu istému žiadateľovi v jednom roku poskytne príspevok opakovane, aj to len v prípadoch osobitného zreteľa.

Charakteristika mestskej časti Bratislava – Karlova Ves

Základné charakteristiky mestskej časti v porovnaní s niektorými charakteristikami Bratislavského samosprávneho kraja sú uvedené nižšie. Jednou z podstatných charakteristík mestskej časti je jej nízka nezamestnanosť. V celoslovenskom priemere sa okres Bratislava IV, do ktorého patrí aj mestská časť, zaraďuje k trom okresom s najnižšou nezamestnanosťou. Stupeň urbanizácie uvádzaný v tabuľke v % predstavuje pomer počtu obyvateľov žijúcich v mestskom prostredí voči celkovému počtu obyvateľov v danom regióne. Z tohto pohľadu patrí Bratislavskému kraju v porovnaní s celoslovenským priemerom prvé miesto.

Tabuľka 1: Základné charakteristiky mestskej časti Bratislava-Karlova Ves a Bratislavského samosprávneho kraja.

Mestská časť Bratislava – Karlova Ves	**Bratislavský samosprávny kraj**
34 000 obyvateľov	616 578 obyvateľov
Rozloha: 11 km^2	Rozloha: 2 054 km^2
Hustota obyvateľstva: 3 091 obyv./km^2	Hustota obyvateľstva: 301 obyv./km^2
Charakteristika územia: bývanie, služby, vzdelávacie inštutúcie, STV, ZOO, Botan. Záhrada, internáty, BVS a.s.	Charakteristika územia: priemysel, služby, vzdelávacie inštutúcie, poľnohosp., administratíva
Nezamestnanosť < 3 % (2006 – 2008)	Nezamestnanosť < 4 % (2006 – 2008)
Stupeň urbanizácie: 100 %	Stupeň urbanizácie BSK : 82,6 % Slovensko: 55,2 %

Dávka v hmotnej núdzi a výška životného minima

Občan, ktorý sa dostal do hmotnej alebo sociálnej núdze, sa posudzoval podľa zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, ktorý platil až do 31.12.2008 a smernicou pri poskytovaní štátnych sociálnych dávok bolo životné minimum. Po 1.1.2004 sa rozlišuje dávka v hmotnej núdzi, ktorá vo svojej podstate predstavuje existenčné minimum (charakterizované slovom „bieda“), bez ktorého by nemal existovať žiaden občan registrovaný na príslušnom úrade práce sociálnych vecí a rodiny. Výška životného minima na strane druhej predstavuje príjem jedinca alebo rodiny, za ktorých by mali uspokojiť svoje reálne životné potreby (charakterizované slovom „chudoba“) . Vývoj dávky v hmotnej núdzi, výšky životného minima a prehľad príjmov na jednu dospelú osobu sú uvedené nižšie.

Tabuľka 2: Vývoj dávky v hmotnej núdzi (HM) od 1.1.2004.

Rok od	**J (Sk)**	**DV (Sk)**	**J+1 až 4 D (Sk)**	**DV+1 až 4 D (Sk)**	**J+5 a viac D (Sk)**	**DV+5 a viac D (Sk)**
1. 1. 2004	1 450	2 530	2 160	3 210	3 160	4 210
1. 9. 2004	1 530	2 660	2 450	3 630	3 640	4 850
1. 9. 2005	1 560	2 710	2 500	3 700	3 710	4 950
1. 9. 2006	1 640	2 850	2 630	3 890	3 900	5 210
1. 9. 2007	1 680	2 910	2 800	4 000	4 100	5 360
1. 9. 2008	1 760	3 060	3 300	4 520	4 800	6 060
1. 9. 2009	1 823	3 170	3 468	4 749	5 068	6 396

J = jednotlivec DV = dvojica D = dieťa

Tabuľka 3: Vývoj životného minima (ŽM) od 1.1.2004.

Rok od	DO (Sk)	%	DOSP (Sk)	%	D (Sk)	%
Od 1. 7. 2000	**3 490**		**2 440**		**1580**	
Od 1. 1. 2004	**4 210**	100,0	**2 940**	100,0	**1 910**	100,0
Od 1. 7. 2004	**4 580**	108,8	**3 200**	108,8	**2 080**	108,9
Od 1. 7. 2005	**4 730**	112,4	**3 300**	112,2	**2 150**	112,6
Od 1. 7. 2006	**4 980**	18,3	**3 480**	118,4	**2 270**	118,8
Od 1. 7. 2007	**5 130**	121,9	**3 580**	121,8	**2 340**	122,5
Od 1. 7. 2008	**5 390**	128,0	**3 760**	127,9	**2 460**	128,8
Od 1. 7. 2009	**5 579**	132,5	**3 892**	132,4	**2 546**	133,3

DO = dospelá osoba DOSP = ďalšia osoba spoločne posudzovaná D = dieťa

Tabuľka 4: Prehľad príjmov pre jednu dospelú osobu v roku 2008 – 2009.

- Dávka v hmotnej núdzi (od 1. 9. 2009) 1 823 Sk (60,50 €)
- Životné minimum (od 1. 7. 2009) 5 579 Sk (185,19 €)
- Minimálna mzda (od 1. 1. 2009) 8 900 Sk (295,43 €)
- Priemerná mzda v NH v roku 2008 21782 Sk (723,03 €)
- Priemerná mzda v BA kraji v roku 2008 28 424 Sk (943,50 €)
- Priemerná mzda v BA kraji v 1. Q 2009 31332 Sk (1040,04 €)

Sledované parametre

Sledované parametre, ktoré sa použili pri vyhodnotení údajov sa získavali zo žiadostí o poskytnutie jednorazového finančného príspevku. Išlo o nasledovné údaje:

- Základné údaje o žiadateľovi – meno, adresa, dátum narodenia, nezaopatrené deti.
- Rodinný stav – slobodný, ženatý/vydatá = rodina, rozvedený, vdovský.
- Pracovný stav – nezamestnaný, zamestnaný, materská dovolenka (MD), dôchodca. Osobitne boli sledovaní – ťažko zdravotne postihnutí (ŤZP) a prepustení z výkonu trestu
- Príjem a nárokovanie dávky. Aktuálny príjem žiadateľa sa porovnával so životným minimom nasledovne:
- ak príjem žiadateľa bol menší ako ŽM, potom nárok = áno,
- ak príjem žiadateľa bol vyšší ako ŽM, potom nárok = nie.
- Účel – základné životné potreby (strava, oblečenie, obuv, hyg. potreby, základné vybavenie domácnosti, bývanie), škola (školské potreby , pomôcky, poplatky, škola v prírode), zdravie (lieky, zdravotné pomôcky, rehabilitácia, kúpele) cestovné (električenka, príspevok na prepravu), iné (napr. na pohrebné náklady, upratanie a drobné opravy v byte, ošetrenie chrupu, na očkovaciu látku a i.)

Analýza sledovaných parametrov

Časť zo sledovaných parametrov je uvedená v tabuľke 5. Vyplýva z nej, že celkový počet žiadateľov za sledované obdobie rokov 2006 až 1. polrok 2009 bol 250. Z uvedeného počtu

tvorili muži 76 a ženy 174 žiadateľov. Priemerná výška udeleného príspevku na 1 žiadateľa každoročne rástla, pričom celková výška schválených finančných prostriedkov za uvedené obdobie predstavovala 765 331 Sk (25 404,34 €). Z hľadiska nároku na finančný príspevok ako je uvedený v predchádzajúcej kapitole v bode 4, bol dosiahnutý zaujímavý výsledok. Z 250 žiadateľov by 129 (51,6 %) nemalo nárok a 121 (48,4 %) malo nárok na príspevok. Skutočnosť bola taká, že po posúdení žiadostí bolo vyhovené v 238 prípadoch (95 %) a iba 12 prípadoch (5 %) vyhovené nebolo. Z 238 vyhovených prípadoch bolo v 230 udelená finančná dávka a v 8 prípadoch vecná dávka.

Tabuľka 5: Niektoré súhrnné údaje zo zistených parametrov

Rok **Parameter**	**2006**	**2007**	**2008**	**1. P. 2009**
Muži (M)	20	21	25	10
Ženy (Ž)	66	39	38	31
Spolu M+Ž	86	60	63	41
Priemerná výška dávky v Sk (€)*	2 804 (93,08)	3 197 (106,12)	3 293 (109,31)	3 971 (131,81)
Celková výška dávky v Sk (€)*	235 550 (7 818,83)	172 650 (5 730,93)	194 300 (6 449,58)	162 831 (5 405,00)
Financie nárok A **N**	44 (51,2%) 42 (48,8%)	27 (45%) 33 (55%)	26 (41,3%) 37 (58,7%)	24 (58,5%) 17 (41,5 %)

* použitý konverzný kurz 30,126 Sk/€

Podľa veku žiadateľov boli utvorené štyri skupiny, ktoré mali nasledovné vekové zastúpenie:

Vek	do 25 rokov	25 až 40 rokov	41 až 60 rokov	nad 61 rokov	Spolu
Počet	10	69	102	69	250
v %	4	27,5	41	27,5	100

Podľa rodinného stavu boli žiadatelia zastúpení takto:

	Slobodný	ženatý/vydatá	rozvedený	vdovský	neuvedený	Spolu
Počet	83	37	73	22	35	250
v %	33	15	29	9	14	100

Podľa pracovného stavu mali žiadatelia nasledovné zastúpenie:

	Nezamestnaný	zamestnaný	materská dov.	Dôchodca	Spolu
Počet	126	36	19	69	250
v %	50	14	8	28	100

Žiadatelia – rodiny s deťmi

Z celkového počtu žiadateľov tvorili rodiny, kde je aspoň 1 dieťa 40,4 % (abs. 101). Z uvedeného počtu predstavovali úplné rodiny 25,7 % (26), neúplné tvorili 74,3 % (75). Z počtu neúplných rodín (75) tvorili rozvedení 46,7 % (35), slobodní 43,7 % (32) a vdovci 10,6 % (8).

Záver

Z uvedených zistení žiadateľov o jednorazovú finančnú výpomoc sa dá konštatovať, že obvyklým žiadateľom je žena (ich počet je 2 až 3 krát vyšší ako mužov) vo veku 41 až 60 rokov, ktorá je nezamestnaná, je slobodná alebo rozvedená.

Z analýzy za predložené obdobie sa dá usudzovať, že z pohľadu finančnej odolnosti voči rôznym výkyvom sú na tom jednoznačne lepšie úplné rodiny oproti neúplným, kde je počet žiadateľov až trojnásobne vyšší, predovšetkým z radov slobodných jedincov a rozvedených.

AKO PRIPRAVIŤ, ZREALIZOVAŤ A VYHODNOTIŤ STRETNUTIE S RODIČMI V ŠKOLE

RÓBERT SABO

Abstrakt

V príspevku sa venujeme najmä situácii, keď pedagóg oznamuje rodičom „nepríjemnú“ správu týkajúcu sa školskej úspešnosti dieťaťa. Ako takéto stretnutie pripraviť, čo môže pomôcť, ako by mal pedagóg reagovať?

Kľúčové slová

Reakcie rodičov, šok a popretie, zúfalstvo, spracovávanie problému, prijatie skutočnosti.

Klasická situácia zo školy – pedagóg zistí, že dieťa potrebuje špecifický prístup. S rodičmi si dohodne stretnutie a s tým najlepším úmyslom (pomôcť dieťaťu) požiada rodičov, aby s dieťaťom navštívili niektoré z poradenských zariadení. Reakcia? Možno očakávať akúkoľvek. Záleží na mnohých faktoroch. Niektoré z nich máme možnosť do určitej miery ovplyvniť. K zvýšeniu miery našej empatie môže pomôcť **poznanie a očakávanie rôznych (v skutočnosti prirodzených) reakcií zo strany rodičov** v tejto zložitej situácii.

Pokúsili sme sa stručne spracovať (vychádzajúc najmä z prác J. Prevendárovej), čo možno od rodičov očakávať v situáciách, keď ich upozorňujeme na potrebu špecifického prístupu k ich dieťaťu. V našej praxi to najčastejšie znamená absolvovanie návštevy poradenského zariadenia v systéme školstva a v prípade potreby ďalších odborných pracovísk. Pedagogická diagnostika a úzka spolupráca so špecialistami dáva šancu orientovať sa v aktuálnej situácii dieťaťa a celej rodiny. **Kľúčovým okamihom v tomto procese je prvé stretnutie s rodičmi. Od tohto „prvokontaktu“ pri oznamovaní nepríjemnej správy bude v mnohom závisieť kvalita vzťahu s rodičmi a tým i efektivita našej spolupráce.**

Ponúkame vám prehľad niekoľkých možných reakcií rodičov v rôznych fázach vyrovnávania sa s nepríjemnou skutočnosťou. Taktiež sme sa pokúsili naformulovať odporúčania, ako by mohol reagovať pedagóg v danej situácii. Text sme doplnili o príklady konkrétnych viet, ktoré možno vnímať, ako inšpiráciu k príprave na stretnutie. Vychádzali sme zo skúseností z realizácie vzdelávania pre pedagógov pracujúcich na pozícii výchovného poradcu, keďže títo sa najčastejšie ocitajú v opisovanej situácii.

Predložený text ponúkame, ako východisko k plánovaniu stretnutia. Príprava v tíme pedagógov, ktorí toto stretnutie plánujú by mala vychádzať z poznania situácie v rodine a očakávania napr. i nižšie popísaných reakcií. Formulácia cieľov k danému stretnutiu by mala v ideálnom prípade kopírovať práve prežívanú fázu. Základné zásady realizácie takéhoto stretnutia nebudeme podrobne rozvádzať (forma pozvania na stretnutie, vhodná miestnosť, príjemné prostredie, rozloženie miest na sedenie, počet pedagógov v porovnaní s rodičmi, čas venovaný stretnutiu, zápis zo stretnutia a pod.). Vyhodnotiť stretnutie predpokladá porovnať ciele formulované pred ním, priebeh a zápis zo stretnutia.

Myslíme si, že text nižšie môže byť dobrým podkladom k plánovaniu, realizácii a vyhodnoteniu stretnutia s rodičmi v situácii, keď potrebujeme nadviazať spoluprácu, ktorá by mala byť intenzívnejšia, ako je bežné. Aké reakcie môžeme očakávať od rodičov?

1. ŠOK A POPRETIE

- rodič si situáciu nepripúšťa, neverí, zľahčuje, odsúva, neprijíma,
- nechce počuť, čo možno robiť, aké sú špecializované zariadenia, kde má hľadať pomoc a čo všetko je možné,
- učiteľ je obviňovaný zo zlyhania, neplnenia si svojich povinností, nekompetentnosti, napadnutá je jeho profesionalita, obvyklé sú obvinenia, urážky, vyhrážanie a pod.

Čo môžeme urobiť:

- byť trpezlivý, neurážať sa, v žiadnom prípade nenapadnúť rodiča,
- chápať reakcie rodičov, ako prejav šoku z informácie,
- ponúknuť ďalšie stretnutia, keď to rodič uzná za vhodné,
- pripraviť sa na neprimerané, ale prirodzené reakcie zo strany rodičov,
- vytvoriť, čo najpríjemnejšiu atmosféru (vhodná miestnosť, časová rezerva, tekutiny)

  „Sme radi, že ste si našli čas a prišli ste na stretnutie...“

  „Chápeme, že to môže byť pre vás šokujúca informácia...“

  „Premyslite si aj takúto možnosť (navštíviť poradňu)...“

  „Sme kedykoľvek pripravení sa s vami stretnúť...“

  „Rozhodnutie záleží len na vás...“

  „Naším jediným zámerom je čo najlepšie porozumieť dieťaťu...“

2. ZÚFALSTVO

- rodič nevie, čo má robiť,
- cíti totálnu bezmocnosť, nerozumie, čo sa stalo,
- pociťuje sklamanie, smútok,
- začne rozmýšľať, kde sa stala chyba – hľadá sa vinník (aj vo vnútri rodiny),
- nikomu neverí, navštevuje množstvo odborníkov, aby potvrdili jeho očakávanie (rodič rozhodne o preradení dieťaťa na inú školu...),

Čo môžeme urobiť:

- akceptovať smútok a hnev,
- v žiadnom prípade nepripúšťať vinu niekoho z rodiny, neprikláňať sa na jednu stranu (manžel ho/ju bije, manželka počas tehotenstva ....),
- ponúknuť porozumenie a „tiché“ prijatie (nekomentovať, neponúkať príklady zo života),
- uistiť rodičov, že urobíte všetko pre to, aby ste našli spôsob, ako dieťaťu pomôcť,

„Snažíme sa pochopiť, aké to musí byť pre vás ťažké...“

„Potrebujeme vašu pomoc, aby sme dokázali ponúknuť dieťaťu, čo potrebuje...“

„Pohľad odborníka (psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, logopéd, sociálny pedagóg, iný...), nám môže veľmi pomôcť v tomto úsilí...“

„Pre dieťa je veľmi dôležité, aby sme spolu komunikovali...“

3. SPRACOVÁVANIE PROBLÉMU

- rodič začína zbierať informácie, komunikuje a hľadá pomoc,
- súhlasí s vyšetrením a záver z vyšetrenia (správu) ponúkne i škole (podľa platnej legislatívy, pokiaľ rodič súhlasí s odborným vyšetrením na poradenskom zariadení, škola už nepotrebuje ďalší súhlas k nahliadnutiu do správy z vyšetrenia),
- pretrvávajú pocity smútku a sklamania, vyžaduje pozornosť pre seba a svoje dieťa, nie je spokojný s poskytnutými informáciami, kvalitou služieb (stáva sa „odborníkom“ v danej problematike),
- snaží sa vyrovnať s nadmernou záťažou (existujú dva extrémy):
    - ***rodič sa pre dieťa obetuje*** (často pre nespracované pocity viny), zmení svoj rytmus, vzdá sa koníčkov, prestane sa stretávať s priateľmi, vykonáva väčšinu činností za dieťa (to sa nerozvíja v medziach svojich možností),
    - ***rodič sa dieťaťa vzdáva,*** odchádza z rodiny (častejšie muži),
- rodič dlhodobo zotrváva vo fáze očakávania „zázračného“ zlepšenia,
- nepripúšťa si závažnosť problému,
- vyjednáva s učiteľmi a požaduje neprimerané zaobchádzanie s jeho dieťaťom, je citlivý na vaše reakcie,
- vidí zlepšenia, môže ich preháňať,
- naopak môže byť odmietavý k pokrokom u dieťaťa, znevažuje vaše i jeho úspechy,
- je unavený a vyčerpaný (po relatívne dobrej spolupráci môže prísť obdobie zdanlivo nepochopiteľného zhoršenia komunikácie, nezáujmu),
- môže byť sklamaný (nerealistické očakávania?),

Čo môžeme urobiť:

- ponúknuť vaše služby, vysvetliť možnosti školy,
- poukazovať na výsledky práce a starostlivosti o dieťa, pomenovať jeho silné stránky (do budúcnosti možnosť uplatnenia sa),
- diskutovať o reálnych očakávaniach (spočiatku o krátkodobých cieľoch vo vašej práci s dieťaťom),
- definovať si základné východiská pre spoluprácu s rodinou (a pokiaľ možno všetkými, ktorý vstupujú do edukačného procesu, resp. procesu pomoci dieťaťu),
- tolerovať rodičovi pretrvávajúce „úlety“ v správaní,

- oceňovať aj tie najmenšie úspechy (pokroky), pomenovať ich (nie len u dieťaťa, rodič to potrebuje počuť tiež),i keď sa môže zdať, že je k tomu ľahostajný,
- hovoriť o možnostiach, čo sa týka ďalšieho štúdia, prípravy na zamestnanie,

  „Ďakujeme za prejavenú dôveru...“

  „S týmto problémom (napr. poruchy učenia) máme skúsenosti, budeme sa snažiť...“

  „Je dôležité, aby sme postupovali spoločne...“

  „Jasné pravidlá spolupráce nám môžu významne pomôcť...“

  „Je vynikajúce, že môžeme spolupracovať...“

  „Čaká nás veľa práce, ale spoločne máme väčšiu šancu...“

4. PRIJATIE SKUTOČNOSTI

- rodičia prijímajú dieťa také aké je, s jeho špecifickým problémom, prejavmi,
- vo vzťahoch sa objavuje podpora, dôvera, povzbudenie,
- rodič dokáže spolupracovať a dieťa ponecháva „vytrápiť sa“ v niektorých činnostiach, ponúka mu podnety, ktoré dokáže spracovať,
- sprevádza ho pri riešení rôznych situácií, ktoré nie sú jednoduché, ale dieťa sa musí naučiť spôsoby, ktoré mu pomôžu ich prekonávať samému,
- aktívne spolupracuje so školou, pedagógmi, inými odborníkmi, akceptuje ich požiadavky, navrhuje postupy, ktoré sa jemu samému osvedčili,
- vyhľadáva rodiny s podobnými problémami, aktivizuje sa a môže aktívne spolupracovať pri príprave a realizácii rôznych projektov zameraných na zvyšovanie kvality života ľudí s rôznymi problémami (často takýto rodičia zakladajú občianske združenia, resp. sú ich členmi, ktoré úzko spolupracujú so školou),

Čo môžeme urobiť:

- otvorene komunikovať o rôznych prekážkach, ktoré sa objavujú,
- byť jednoznačný a dôsledný v požiadavkách na dieťa a rodičov,
- podporovať rodinu a širšie okolie pri zvládaní rôznych situácií,
- udržiavať očakávania na reálnej úrovni,
- využiť vedomosti, skúsenosti, kontakty rodičov v danej problematike pre zvyšovanie úrovne vlastných kompetencií,
- po dohovore s rodičmi prezentovať, publikovať skúsenosti s edukáciou dieťaťa s postihnutím.

Doba, ktorú rodina potrebuje na prijatie skutočnosti bude vždy odlišná. Pre nás je dôležité si uvedomiť, že vyššie popísané možné reakcie sa pravdepodobne objavia a sú prirodzené. Úlohou profesionála – pedagóga je byť na ne pripravený, očakávať ich a zachovať sa, ako odborník v pomáhajúcej profesii.

Rozdiely vo vnímaní problému sú dané i faktom o akú kategóriu postihnutia ide. Inak je vnímané dieťa s postihnutím, ktoré je badateľné, je zjavné (mentálne postihnutie, rôzne postihnutia zmyslových orgánov, telesné postihnutia a pod.). Iná je situácia u špecifických problémov spôsobených napr. tzv. ľahkou mozgovou dysfunkciou (starší výraz), čo je v podstate problém na úrovni výmeny informácií medzi jednotlivými centrami v mozgu (najčastejšie sa prejavujúci ako poruchy učenia, poruchy pozornosti a pod.). Dieťa sa navonok javí, ako bezproblémové, „živé“, nevyžadujúce špecifický prístup („lebo keby chcel, tak to zvládne...“, „veď minule to dokázal...“, „včera to vedel...“....). Je pravdepodobne ťažšie v počiatočných fázach (ak si môžeme dovoliť trúfalo zovšeobecniť) prijať, že moje dieťa je dieťa so zdravotným znevýhodnením, keď sa jedná „len“ o dyslexiu. Rozdiel bude i v tom, či sa dieťa so svojím problémom už narodilo a rodina je konfrontovaná často s nepríjemnou skutočnosťou už pred narodením alebo je to postihnutie vyvíjajúce sa neskôr. „I z hľadiska postojov širokej verejnosti je získané postihnutie akceptovateľnejšie než vrodená chyba, pretože je z hľadiska svojej etiológie zrozumiteľnejšie“ (Vágnerová, 2004).

Učiteľ sa musí pripraviť aj na to, že pri vynaložení nemalého úsilia, energie a množstva času stráveného prípravou a realizáciou pomoci dieťaťu a rodine **môže zažiť neúspech.** U dieťaťa môže dôjsť k regresu, k zníženiu už dosiahnutej úrovne (čo môže byť i prejavom niektorých porúch, syndrómov), v rodine sa nedokážu vyrovnať s danou skutočnosťou, resp. nájdu si spôsoby, ktoré nie sú optimálne. Rodičia môžu s nami prestať komunikovať, objaví sa kontrola kvality našej práce (vedenie školy, ŠŠI a pod.). Akokoľvek negatívny zážitok by nemal byť neeliminovateľnou príčinou k zovšeobecňovaniu, škatuľkovaniu, nálepkovaniu, k tým najhorším očakávaniam v iných prípadoch, u iných rodín a iných detí.

Zoznam bibliografických odkazov

PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postihnutým dieťaťom.* Nové Zámky : PSYCHOPROF, 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9

PREVENDÁROVÁ, J. *Rodinná terapia a poradenstvo*. Bratislava : Pedagogická fakulta UK, 1998. 97 s. ISBN 80-88868-07-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 3., rozš. a přeprac. – Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

POSTERY

PROGRAMY ZAMERANÉ NA PODPORU A VZDELÁVANIE RODIČOV

MÁRIA BENDÍKOVÁ

Abstrakt

Poster v krátkosti približuje systematicky najdlhšie prebiehajúce programy na podporu a vzdelávanie rodičov vo Veľkej Británii, USA, Kanade, Austrálii a Novom Zélande, pričom približuje ich základné princípy pomoci.

Kľúčové slová

Vzdelávanie rodičov, podpora rodičov, programy.

História cielenej podpory rodiny je úzko prepojená najmä s cirkevnými spolkami, pretože už v ich filozofii je rodina na prvom mieste ako základný prvok spoločnosti. Preto rodičia často hľadali pomoc práve tu. Z mnohých cirkevných spolkov sa týmto spôsobom časom vyšpecifikovali centrá pomoci rodinám (MacDonald, 2009).

Na Slovensku sú programy zamerané na podporu a vzdelávanie rodičov skôr novou záležitosťou, než tradíciou. Väčšina z týchto projektov vychádza z koncepcie zahraničných, časom overených, programov. U nás najčastejšie využívaným modelom je Filial therapy. Tá vznikla z pôvodnej Terapie hrou (Play therapy) v Anglicku v šesťdesiatych rokoch. Jej zakladateľmi sú Bernard a Lusie Guerney. U detí sa zameriava na rozvíjanie schopnosti porozumenia vlastným pocitom a ich ľahšiemu vyjadrovaniu, schopnosti povedať rodičom, čo dieťa potrebuje, čo ho trápi, pomáha dieťaťu lepšie riešiť problémy a poprosiť o pomoc, redukuje ich problémy v správaní, pomáha vytvoreniu pocitu dôvery a bezpečnosti voči rodičom,... Rodičom samotným pomáha filial therapy v lepšom pochopení citov dieťaťa, učí novým schopnostiam spolupráce a povzbudenia, ukazuje radosť zo vzájomnej hry s dieťaťom a dávaní pozitívnej pozornosti, zvyšuje ich schopnosť počúvať a rozvíja otvorenú komunikáciu medzi rodičom a dieťaťom, rozvíja vzájomnú dôveru, pomáha vyrovnaniu sa s frustráciou v rodinách novými spôsobmi (Rye, 2005).

Jedným z programov vychádzajúcich z filial therapy je „*Tréning rodičovských zručností ako prostriedok na zvyšovanie kvality života ohrozených rodín*“, ktorý podporuje Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny a prebieha od roku 2006. Ide o spôsob akým sa rodič učí rozvíjať vlastné rodičovské kompetencie, ktoré si následne overujú v praxi, pri hre a v komunikácii s dieťaťom. Vďaka tomu sa môže výrazne posilniť vzťah rodič - dieťa. Projekt prebieha v OZ Pomoc ohrozeným deťom v Bratislave (OZ Pomoc ohrozeným deťom, 2006).

Aj Inštitút rozvoja spoločnosti MARTINO ponúkalo v roku 2008 program s názvom „*Tréning rodičovských zručností*“. Ten je opäť primárne zameraný na dieťa, no v podstate je hlavnou hybnou silu celého procesu rodič, ktorý sa snaží porozumieť dieťaťu, a to napomáha lepšej

komunikácii a interakcii medzi rodičom a dieťaťom. Prostredníctvom tohto vzťahu dieťa nadobúda pozitívnejšie pocity voči sebe samému, zvyšuje sa jeho sebadôvera, sebarešpektovanie a tiež pocit vlastnej hodnoty (Martino, 2008).

V zahraničí majú programy pre rodičov omnoho dlhšiu tradíciu. Základné koncepty niektorých z nich vám ponúkame na nasledujúcich stranách.

Parent Effectiveness Trainig - P.E.T. - Úspešná rodičovská výchova

Motto: ***Do unto others as you would like them to do unto you. Nerob druhým to, čo nechceš, aby robili oni tebe.***

Jedným z najrannejších, stále prebiehajúcich programov zameraných na podporu a vzdelávanie rodičov v USA je P.E.T. (Parent Effectiveness Training – Úspešná rodičovská výchova) vytvorený Thomasom Gordnom (Smith, Perou, Lesesne, 2002). Prvé stretnutie skupiny rodičov sa uskutočnilo už v roku 1962 (PET, 2008).

Základom filozofie P.E.T. je presvedčenie, že deti nie sú zlé, ani zlomyseľné, iba sa správajú podľa toho, ktoré čiastkové potreby si v danom momente potrebujú uspokojiť. Napríklad štvorročné dievčatko vloží ruku do plechovky s farbou a zašpiní koberec preto, lebo sa chce hrať s farbou, chce objavovať, nie preto, že chce nahnevať rodičov (PET, 2008).

Tak ako deti aj rodičia majú svoje potreby a pri ich vzájomnom snepochopení dochádza ku konfliktom, ktoré spravidla končia víťazom a porazeným. Tento záver konfliktov z pozície moci však podľa Gordna (1995) prináša do vzťahu strach a pocit odmietnutia. Hovorí, že „rodičovská moc nevplýva na dieťa, ale núti ho k určitému správaniu.“ (Gordon, 1995.)

A práve pre odstránenie pozície moci, na odstránenie strachu a ďalších negatívnych pocitov zo vzťahu rodič – dieťa cestou uspokojenia potrieb oboch používa program P.E.T. tri základné techniky, ktoré sa rodičia učia a trénujú prostredníctvom inštruktorov v špecializovaných kurzoch. Sú to:

- *Aktívne počúvanie* učí rodičov nie len počúvať dieťa, ale mu aj porozumieť a pochopiť ho. Rodičia sa učia ako odstrániť tzv. komunikačné rampy (bariéry brániace konunikácii) a tiež sa učia používať tzv. vábničky, ktoré ku komunikácii nabádajú (Gordon, 1995).
- *Odkazy typu „ja“* sú nástrojom na ukázanie dieťaťu, že rodič má s akceptovaním jeho správania problém bez toho, aby dieťa obviňoval, čím sa redukuje odpor dieťaťa. Takto sa nenarúša sebavedomie dieťaťa a je omnoho prístupnejšie k spolupráci (Parent Effectiveness Training, 2008).
- *Riešenie konfliktu metódou bez porazeného*. Táto technika sa trénuje po zvládnutí predošlých dvoch, keď dieťa a rodič pracujú ako tím. Uplatňuje sa vtedy, keď rodič chce, aby dieťa prestalo s neželaným správaním. Rodič požiada dieťa o pomoc pri vyriešení problému.

Nácviku samotných techník však predchádza oboznámenie sa s najdôležitejším činiteľom programu P.E.T., bez ktorého nie je možné aktívne počúvať, podávať pravé odkazy typu „ja“, ani vyriešiť konflikt metódou bez porazeného. Tou podmienkou je akceptácia. A to nie len dieťaťa ako samostatnej živej bytosti, ale aj akceptácia seba samého. P.E.T. však zdôrazňuje, že je možné akceptovať dieťa a zároveň neakceptovať jeho správanie, pričom rodič má byť vždy autentický a nepopierať ani svoje negatívne pocity, ktoré sú tiež súčasťou každodenného života (Gordon, 1995).

Parent Support Services – Podporné služby rodičom

Motto: ***Creating a world where all children and their families are nurtured, valued and safe. – Vytvorme svet, kde všetky deti a ich rodiny sú nasýtené, ctené a v sú bezpečí.***

Kanadská organizácia svojpomocných skupín zameraných na predchádzanie zlého zaobchádzania s dieťaťom začala svoju činnosť v roku 1973 podľa vzoru programu prebraného z USA s názvom Anonymní rodičia (Parents Anonymous). Od vtedy prešla mnohými zmenami, kým sa stala Spoločnosťou pre rodičov v kríze, poverenou vládou Britskej Kolumbie zastrešovať svojpomocné skupiny predchádzajúcich zlému zaobchádzaniu s deťmi po celom jej území. Za cieľ si postavili predchádzanie zlému zaobchádzaniu s deťmi a propagáciu zdravých vzťahov prostredníctvom podporovania rodičovstva, rodín a komunít. (MacDonald, 2009).

Ponuka Podporných služieb rodičom je určená pre rodičov s deťmi od narodenia až do osemnástich rokov a tak ako mnohé iné programy zdôrazňuje, že rodičia hlavnými učiteľmi svojich detí. Pomáha preto rodičom zabezpečiť pre ich deti päť základných oblastí. Sú to:

- *Byť zdravý.*
- *Byť chránený a v bezpečí.*
- *Vychutnávať a dosahovať.*
- *Vytvoriť pozitívny prínos.*
- *Dosiahnuť ekonomickú pohodu* (Parent Support Services Fact Sheet,2008).

Ďalej ponúkajú možnosti stretávania sa rodičov, kde si navzájom vymieňajú skúsenosti, myšlienky, predstavy a zručnosti, ktoré v rámci rodičovstva fungujú a tiež majú možnosť objavovať a skúmať výzvy, ktoré rodičovstvo v dnešnej dobe prináša (Parent Support Services Fact Sheet,2008).

Hlavným prostriedkom práce s rodičmi v PSS je program nazvaný Rodičovský kruh podpory (Parent Support Circle). Tento program je zostavený podľa modelu Pozitívneho rodičovstva (Positive Parenting) vytvoreného v roku 1994 v USA. Jeho princíp spočíva v oddeľovaní disciplíny od trestania a vo vedomí, že práva detí neznižujú práva rodičov. No asi najdôležitejším bodom je poznanie hodnoty detí, naučiť sa prijímať a ceniť si ich také, aké sú, nie také, aké by mohli byť a aké by ich rodičia chceli mať (Critzer-Fox, 1995).

PSS učí rodičov Pozitívnemu rodičovstvu prostredníctvom ponuky bezpečného prostredia, kde sa môžu zbaviť stresu, naučiť sa novým zručnostiam kde dostávajú emocionálnu podporu. Program Rodičovský kruh podpory patrí k svojpomocným skupinovým programom, je anonymný a je zostavený pre rodičov s deťmi do dvanásť rokov. Stretnutia prebiehajú každý týždeň počas dvoch hodín a vedené sú dvoma školenými dobrovoľníkmi (MacDonald, 2009).

Parent Supporting Program – Program na podporu rodičov

Austrálske Centrum Kath Dicksonovej (Kath Dickson Family Centre) sa od svojho vzniku v roku 1975 zameriava predovšetkým na edukáciu a ochranu detí a ich rodín so špeciálnym dôrazom na tých, ktorí sú v ohrození alebo sú znevýhodnení. Od roku 1984 do svojho kurikula zapojila aj program na podporu rodičov prebraný z USA s názvom STEP (Systematic

Training of Effective Parenting – Systematický tréning efektívneho rodičovstva) (Kath Dicksom Family Centre, 2009).

Od januára 2004 do júna 2009 prebiehal v tomto centre program financovaný austrálskou vládou s názvom Program na podporu rodičov (Parent Supporting Program). V rámci tohto programu sa organizovalo šesť menších programov, z ktorých si rodičia mohli podľa potreby vybrať najvyhovujúcejší. Konkrétne išlo o (Parent Support Program, 2004):

- *Podpora cez domáce návštevy* (In Home Visiting Support) sa realizuje prostredníctvom špeciálne školených dobrovoľníkov, ktorí ponúkajú sociálnu a emocionálnu podporu v rodičovstve. Ukázalo sa, že takáto podpora v ranných rokoch rodičovstva znamená značný rozdiel v schopnosti človeka byť efektívnym rodičom.
- *Trojité P* (Triple P – Positive Parenting Program) je program na podporu rodičov vyvinutý Univerzitou v Queenslande a vedecky overovaný počas viac ako 30 rokov. Program navrhuje jednoduché cestičky a malé zmeny, ktoré môžu priniesť do rodín zmeny veľké. Pomáha rodičom porozumieť tomu, ako ich rodina funguje a učí ich používať to, čo hovoria, myslia, cítia a robia novým spôsobom, aby sa vytvorila tvorivá, harmonická, podporujúca a stabilná rodina, posmeľovalo sa želané správanie, vytváral pozitívny vzťah s deťmi,.. (Sanders, 2009.)
- *Späť k základom rodičovstva* (Back to Basics of Parenting) je informačným kurzom pokrývajúci témy ako sú: čo znamená rodičovstvo, role a zodpovednosť; vývin a jeho míľniky v starostlivosti o dieťa; správanie dieťaťa; efektívna komunikácia; zdravé stravovanie. Ponúka tiež zdroje kde môžu rodičia nájsť užitočné informácie nie len o starostlivosti o dieťa, ale aj o starostlivosti o seba samého.
- *Rána sociálnych zručností* (Social Crafts Mornings). Dajú sa tiež nazvať pracovné rána, rodičia manuálne zhotovujú predmety podľa zamerania dňa, či osobných potrieb. Môže to byť napríklad háčkovanie, pletenie, vyšívanie alebo aj zhotovovanie pohľadníc.
- *Multikulturálna materská skupina* (Multikultural Mum´s Group) poskytuje sociálnu pomoc s ohľadom na kulturálne pozadie každého rodiča v skupine. Matky si týmto spôsobom medzi sebou vymieňajú informácie. Do skupiny sa často prizýva aj externý prednášateľ.
- *Dobrovoľnícke príležitosti* (Volunteering Opportunities). Keďže celý program na podporu rodičov je založený na dobrovoľníkoch je nutné ich najprv nájsť, zaškoliť a poskytnúť im supervíziu. Časť Dobrovoľnícke príležitosti zabezpečuje práve toto pole projektu. Dobrovoľníci sú vyberaní podľa pohlavia a rozsahu vlastných kulturálnych a sociálno-ekonomických skúseností.

Playcentre

Motto: ***Whānau tupu ngātahi - Families growing together – Rodiny rastú spoločne.***

Novozélandské Playcentre sa začalo vyvíjať počas druhej svetovej vojny, aby poskytlo zmenu matkám a takisto umožňovalo deťom sociálne sa rozvíjať v kooperatívnom prostredí. Prvé Playcenter bolo založené v roku 1941 vo Wellingtone (Densem, Chapman, 2000).

V roku 1948 sa vytvorila zastrešujúca národná organizácia s názvom New Zeland Playcentre Federation poskytujúca vzdelávanie pre rodičov a prostriedky a vybavenie pre kvalitnú

edukáciu detí. Dnes je k Novozélandskej Federácii Playcenter pridružených ďalších 491 Playcentier po celej krajine (Playcentre Fact sheet, 2009).

Program Playcentre (NZ Playcentre Federation, 2009) sa zameriava hlavne na tri základné ciele, ktoré sú:

- *Edukácia detí od narodenia do šiestich rokov* vo vekovo zmiešaných skupinách, ponúka bezpečné a spoľahlivé prostredie, kde je veľmi dôležitá dieťaťom iniciovaná hra, no najväčší dôraz sa kladie na základnú filozofiu centra, a to, že rodina je prvým a najdôležitejším učiteľom svojich detí.
- *Vzdelávanie rodičov*, zdôrazňovanie svojpomoci a osobného rozvíjania sa. Zameriava sa na oblasti ako je vývin dieťaťa, hra a učenie, rodičovské zručnosti, plánovanie a poskytovanie programov pre deti vo včasnom detstve,... Kurz zahŕňa formálne i neformálne edukačné možnosti.
- *Publikačná činnosť*. Ponúka publikácie a zdroje umožňujúce členom Playcentre zlepšovať svoje rodičovské zručnosti.

Takisto je hlavným zdrojom publikácií o rannom detstve napísaných alebo vydaných na Novom Zélande (Playcentre Fact Sheet, 2009).

Tri základné pravidlá, ktoré sa dodržiavajú v Playcentre:

- *Rešpektuj hru druhých!*
- *Rešpektuj zariadenie a majetok Playcentre!*
- *Rešpektuj práva druhých!*

Stretnutia sú poldňové, sú vedené rodičmi, ale dohľad nad nimi má buď jeden supervízor, alebo supervízny tím. Na jedného dospelého pripadá tri až päť detí. Tie si samé vyberajú kde a ako sa budú hrať. Úlohou rodičov je predlžovať a podporovať hru a rozvíjať tak myslenie dieťaťa (NZ Playcentre Federation, 2009).

Zoznam bibliografických odkazov

CRITZER-FOR, D. *Positive Parenting.* [online]. 1995 [cit. 2008-12-15]. Dostupné na internete: <http://www.positiveparenting.com/information/information.html>

DENSEM, A., CHAPMAN, B. *Learning together: The Playcentre Way*. Auckland : New Zealand Playcentre Federation, 2000. ISBN 0 908 60936 1

GORDON, T. *P.E.T. Úspešná rodičovská výchova.* [s.l.] : Mind Control Edition, 1995. 252 s. ISBN 963-04-5138-7

KATH DICKSON FAMILY CENTRE *History* [online]. 2009 [cit. 2009-08-21]. Dostupné na internete: <http://kathdickson.businesscatalyst.com/history>

MACDONALD, S. *Parent Support Services of British Columbia.* [online]. Dátum neznámy [cit. 2009-07-15]. Dostupné na internete: <http://www.parentsupportbc.ca/aboutus.html>

MARTINO *Tréning rodičovských zručností* [online]. 2008 [cit. 2008-06-03]. Dostupné na internete: <http://www.martino.sk/nase-aktivity/planovne-aktivity/trening-rodicovskych-zrucnosti/>

NZ PLAYCENTRE FEDERATION *Playcentre* [online]. 2009 [cit. 2009-08-21]. Dostupné na internete: <http://www.playcentre.org.nz/>

OZ POMOC OHROZENÝM DEŤOM *Tréning rodičovských zručností ako prostriedok na zvyšovanie kvality života ohrozených rodín.* [online]. 2006 [cit. 2008-06-03]. Dostupné na internete: <http://209.85.135.104/search?q=cache:7wYqq-h3ogcJ:www.centrumnadej.sk/index.php%3Foption%3Dcom_content%26task%3Dview%26id%3D21%26Itemid%3D45+rodi%C4%8Dovsk%C3%A9+kompetencie&hl=sk&ct=clnk&cd=3&gl=sk&client=firefox-a>

PARENT EFFECTIVENEES TRAINING P.E.T. [online]. 2008 [cit. 2009-07-21]. Dostupné na internete: <http://www.gordontraining.com/parentingclass.html>

PARENT SUPPORT SERVICES FACT SHEET [online]. Dátum neznámy [cit. 2009-03-16]. Dostupné na internete: <http://80.169.147.100/if/Parent_Support_Service_Leaflet.pdf>

PARENTING SUPPORT PROGRAM [online]. 2004 [cit. 2009-08-21]. Dostupné na internete: <http://www.kdfc.com.au/parenting_support_program>

PLAYCENTRE FACT SHEET [online]. 2009 [cit. 2009-08-21]. Dostupné na internete: <http://www.playcentre.org.nz/factSheet.php>

RYE, N. *Filial Therapy*. [online]. 2005 [cit. 2008-06-03]. Dostupné na internete: <http://www.filialtherapy.co.uk/>

SANDERS, M. *What is Triple P?* [online]. 2004 [cit. 2009-07-02]. Dostupné na internete: <http://www10.triplep.net/?pid=9>

SMITH, C., PROU, R., LESESNE, C. Parent Education. In BORNSTEIN, M., H. *Handbook of Parenting : Social Conditions and Applied Parenting*. New Jersey; London : Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2002, vol. 4, ISBN 0-8058-3781-7, 389-411s.

KOMUNITNÉ VZDELÁVANIE RODIČOV V MATERSKÝCH CENTRÁCH

LENKA SOKOLOVÁ

Abstrakt

V príspevku prezentujeme projekt vzdelávania rodičov „Akadémia praktického rodičovstva". Projekt je zameraný na každodenné výchovné situácie a prevenciu, vychádza z tézy, že komunita a život v materskom centre sú optimálnym prostredím pre dobrú socializáciu dieťaťa a vzdelávanie rodičov. Materské centrá zastrešujú vzdelávacie a poradenské aktivity pre rodiny často už od obdobia plánovania rodičovstva a prenatálneho vývinu dieťaťa, vytvárajú tak prirodzené príležitosti pre výmenu rodičovských skúseností a stratégií, ako aj pre kontakt rodičov s odborníkmi rôznych pomáhajúcich profesií.

Kľúčové slová

Vzdelávanie rodičov, komunitné vzdelávanie, komunitná výchova, materské centrum.

Spoločenské východiská a ciele projektu

Rodičmi sa stávame bez prípravy, bez špecifického vzdelania. Rodičovský štýl, spôsob riešenia výchovných situácií je kombináciou skúseností, osobnostných dispozícií, rodičovskej intuície matky a otca. V minulosti úlohu korekcie rodičovských techník do istej miery plnila komunita, širšia rodina, susedia, priatelia. Dnes spoločnosť na rodičov kladie ústami odborníkov - zákonodarcov, psychológov, lekárov, pedagógov mnohé požiadavky – rodič si z nich neraz ťažko vyberá a ešte ťažšie ich realizuje. Odborná starostlivosť a podpora rodinnej výchovy garantovaná štátom sa začína spravidla až nástupom dieťaťa do materskej školy, t.j. od troch rokov veku dieťaťa.

Projekt Akadémia praktického rodičovstva sa usiluje na tento trend reagovať a vytvoriť v materských centrách priestor pre neformálne vzdelávanie rodičov, pre zdieľanie a výmenu názorov, postojov, skúseností, a tak poskytnúť rodičom komunitnú podporu pri plnení krásnej, no zodpovednej a neraz neľahkej úlohy – pri výchove dieťaťa.

K deklarovaným cieľom projektu patrí (O kampani, www.akademiarodicovstva.sk, 2009):

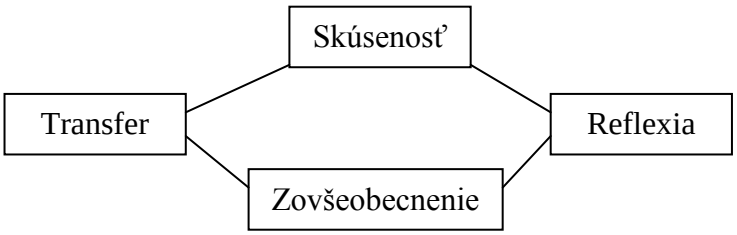
1. Vyzdvihnúť a zviditeľniť overené výchovné skúsenosti rodičov a urobiť ich prienik s akademickým svetom.
2. Posilniť nové rodičovské zručnosti a kvalitu rodičovského vzdelávania.
3. Formálne oceniť a uznať materské centrá vo výchovno-vzdelávacom systéme ako Akadémie praktického rodičovstva.

Teoreticko-metodické východiská

Pri hľadaní teoretického rámca projektu rodičovského vzdelávania sme vychádzali z požiadavky neformálneho, komunitného vzdelávania, t.j. odovzdávanie poznatkov

a skúseností prebieha najmä zdieľaním v skupine. **Učenie zdieľaním v skupine** podľa V. Šveca (2009) zahŕňa odovzdávanie informácií, komunikáciu a interakciu v skupine, kooperáciu a spoločné vytváranie nových znalostí. Práve spoločné vytváranie znalostí je v našom projekte kľúčovým momentom, spoločné hľadanie riešení výchovných situácií, skupinová sebareflexia, spoločné prežívanie skúseností vedú nielen k novým poznatkom, ale aj k posilneniu istoty v rodičovskej role. Zdieľanie môže mať dimenziu kognitívnu (zdieľanie poznatkov, skúseností, schopností, zručností) a dimenziu dynamickú (úroveň motívov, potrieb, emócií) (tamtiež). Obe zohrávajú vo vzdelávaní rodičov dôležitú úlohu a sú úzko prepojené.

Druhým teoretickým rámcom je **zážitkové učenie**. Vymedzeniu a aplikácii tohto modelu sa venovali viacerí odborníci, vychádza z teórie, že „ľudia sa najlepšie učia z vlastných skúseností, ak tieto nie sú deštruktívneho charakteru a sú spätne správne pochopené“ (Činčera, 2007, s. 16). Všeobecne prijímaná je Kolbeho schéma cyklu zážitkového učenia (tamtiež), kde dochádza k bezpečným skúsenostiam, ktoré však sú pre účastníka výzvou. Cyklus má podobu kruhu či špirály, ktorá obsahuje fázu skúsenosti, kritickej reflexie a zovšeobecnenia. Vo vzdelávaní rodičov vytvára zážitkové učenie priestor pre reflexiu vlastných rodičovských techník a riešenia konkrétnych výchovných situácií.



Obr. 1 Cyklus zážitkového učenia (podľa Činčera, 2007, s. 16)

Obsah a metódy vzdelávania

Príprave projektu vzdelávacieho kurzu predchádzala pilotná fáza projektu, v 26 materských centrách na Slovensku prebiehali v r. 2009 diskusie (fókusové skupiny) na rôzne témy z oblasti rodinnej výchovy. Vyše 100 diskusií sa zúčastnilo viac ako 800 rodičov. Takto sme overili efektivitu modelu facilitovanej diskusie ako jednej z kľúčových metód vo vzdelávaní rodičov. Ďalšie metódy vychádzajú z modelu zážitkového učenia – hranie rolí, hry a cvičenia zamerané na seberaflexiu vlastných rodičovských stratégií, sebapoznanie a porozumenie vplyvu rodičovského správania na správanie detí. Prepisy a správy z diskusií a spätné väzby facilitátoriek a účastníčok a účastníkov tvorili podklad pre návrh štruktúry pripravovaného kurzu a výber tematických okruhov (vybrané tematické okruhy uvádzame v nasledujúcej tabuľke).

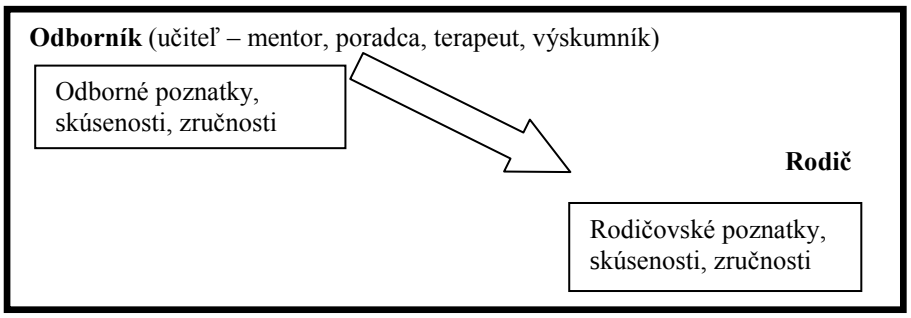
1. **Poslušnosť vs. slobodná vôľa** • Výchovné štýly v rodinnej výchove, analýza vlastného výchovného štýlu • Vplyv osobnosti a skúseností na formovanie výchovného štýlu • Zosúladenie výchovných štýlov partnerov
2. **Negatívne emócie vo výchove** • Emócie a ich prejavy, negatívne emócie vo výchove – čo ich spôsobuje? • Poznávanie vlastných emócií a reakcií, ako porozumieť prejavom emócií u detí?

• Techniky ovládania prejavov negatívnych emócií
3. **Spory medzi súrodencami** • Výchova súrodencov v rodine, príčiny konfliktov medzi súrodencami • Rodinné konštelácie a ich vplyv na výchovu a osobnosť dieťaťa • Ako predchádzať súrodeneckým konfliktom?
4. **Fyzické tresty ako výchovné prostriedky** • Vymedzenie trestu vo výchove, analýza výchovných situácií a použitie trestov • Alternatívne výchovné prostriedky, ako predísť používaniu fyzického trestu vo výchove?
5. **Logické dôsledky a hranice vo výchove** • Vymedzenie logických dôsledkov vo výchove, logický dôsledok vs. trest • Ako stanovujeme a dodržiavame hranice vo výchove?
6. **Boj o moc alebo pozornosť za každú cenu** • Boj o pozornosť a moc – príčiny a dôsledky • Analýza konkrétnych výchovných situácií a ich efektívne riešenie
7. **Odmeňovanie a povzbudzovanie detí** • Odmena, pochvala a povzbudenie – zhody a rozdiely • Vhodné a nevhodné formy odmeny, ako správne povzbudzovať deti?

Tab. 1 Tematické okruhy prvého pripravovaného kurzu rodičovského vzdelávania.

Úloha odborníkov v rodičovskom vzdelávaní

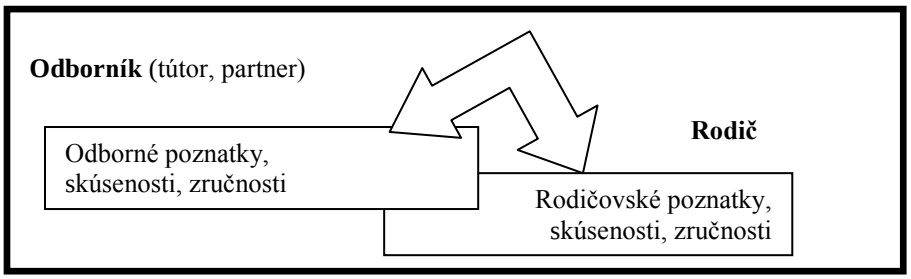
Diskusie a kurzy v materských centrách vedú lektorky – aktivistky materských centier, ktoré prešli tréningom pre tieto kurzy, nemusia však nevyhnutne mať vysokoškolské vzdelanie v oblasti pedagogiky alebo psychológie. Odborníci rôznych pomáhajúcich profesií – psychológovia, pediatri, predškolskí, špeciálni a liečební pedagógovia sú k projektu prizvaní v prípravnej fáze, kde sa podieľajú na príprave študijných materiálov. Zúčastňujú sa aj diskusií v materských centrách, zväčša sa zapájajú ako bežní účastníci, v závere komentujú výroky rodičov, odpovedajú na ich otázky. U mnohých rodičov (aj odborníkov) prevláda tradičné vertikálne vnímanie odborníka ako autority, ktorá odovzdáva odborné, akademické poznatky, zručnosti a pod., typická je rola odborníka ako učiteľa – mentora, poradcu, terapeuta, výskumníka. Komunikácia v tejto role býva často formálna, odborná, pre rodiča – laika neraz ťažko uchopiteľná.



Obr. 2 Tradičná rola odborníka v práci s rodičmi a rodinou.

V rovine prevencie a vzdelávania rodičov preferujeme odborníka (bez ohľadu na profesiu) v horizontálnej úlohe tútora, partnera, ktorý nielen odovzdáva odborné, akademické vedomosti, ale akceptuje aj rodičovské poznatky, skúsenosti a zručnosti, pričom prelínanie týchto poznatkov môže byť obohatením pre obe strany. Pre rodičov má tento model komunikácie

význam z hľadiska podpory v rodičovskej role, ocenenia ich rodičovských skúseností, budovania dôvery a motivácie pre ďalšiu spoluprácu s konkrétnym odborníkom aj s odbornou verejnosťou všeobecne. Domnievame sa tiež, že takáto komunikácia je otvorenejšia, pre rodiča – laika zrozumiteľnejšia, preto sa takto získané poznatky a odporúčania ľahšie prenášajú do rodičovskej praxe.



Obr. 3 Preferovaná rola odborníka v rodičovskom vzdelávaní.

Záver

Podľa Dopadovej štúdie o materských centrách na Slovensku (2008, s. 7) majú materské centrá ako inštitúcie „opodstatnené miesto v starostlivosti o dieťa, matku a rodinu; a preto by mali mať miesto v systéme verejných politík v oblasti rodiny, prevencie, inštitucionálnej výchovy a neformálneho vzdelávania“. Mnohé matky a stále častejšie aj otcovia navštevujú materské centrá práve kvôli vzdelávacím aktivitám - prednáškam, diskusiám a kurzom. Projekt „Akadémia praktického rodičovstva“ dáva vzdelávaniu v materských centrách nový rozmer, usiluje o prekročenie hraníc komunít materských centier a zintenzívnenie spolupráce s odborníkmi a decízormi.

Zoznam bibliografických odkazov

ČINČERA, J. *Práce s hrou pro profesionály*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1974-0

O KAMPANI. 2009. www.akademiarodicovstva.sk [dostupné online 15.9.2009]

Dopadová štúdia o materských centrách na Slovensku. 2008. http://www.materskecentra.sk/images/Dopadova-studia-brozura.pdf [dostupné online 15.9.2009]

ŠVEC, V. Sdílení znalostí učitelů v týmu jako faktor zvýšení kvality školy. In *Novinky v pedagogické a školní psychologii. Kvalita školy – podpora žáka a učitele* (sborník z mezinárodní konference). Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009. (v tlači)

Projekt realizuje Únia materských centier s podporou Nadácie Slovenskej sporiteľne.

IDENTIFIKÁCIA ŠPECIFICKÝCH PROBLÉMOV RODÍN SO SLUCHOVO POSTIHNUTÝM DIEŤAŤOM

ĽUBICA KROČANOVÁ

Abstrakt

V posledných rokoch opäť nastáva príklon k hodnotám, ktoré predstavuje rodina a k jej významu pre emocionálny, sociálny a osobnostný vývin dieťaťa. Málokedy sa však doceňuje fakt, že aj rodina poskytujúca dieťaťu zodpovedajúcu starostlivosť a primerane zabezpečujúca jeho potreby, môže v niektorej sfére svojho pôsobenia zlyhať. Môže ísť o zlyhanie dočasné alebo prechodné, avšak jeho dôsledky pre dieťa bývajú veľmi závažné. Z tohto hľadiska sa ako rizikové javia rodiny s postihnutým dieťaťom.

Kľúčové slová

Psychologická starostlivosť, dieťa so sluchovým postihnutím, rodina.

Psychologickú starostlivosť s kompletnými diagnostickými službami a následnou terapiou pre deti so sluchovým postihnutím a ich rodičov poskytujú u nás odborníci v štátnych aj súkromných poradenských zariadeniach špeciálnopedagogického typu: sú to CŠPP, DIC, DC. Ide tu o spoluprácu psychológov, špeciálnych, liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov, príp. pediatrov a terapeutov. Je zrejmé, že s profesionálnou intervenciou je vhodné začínať v období od 0 do 3 rokov dieťaťa. Najprijateľnejšou formou sa nám v tomto veku javí odborný servis poskytovaný priamo v rodinách detí, ale vzhľadom na reálnu finančnú situáciu sa bežne uskutočňuje v zariadeniach špeciálnopedagogického poradenstva.

S akými najčastejšími problémami sa stretávame pri poskytovaní psychologických služieb rodinám so sluchovo postihnutým dieťaťom v najranejšom vývinovom období ? Skríningové vyšetrenia sluchu prebiehajú u nás ešte stále na neuspokojivej úrovni vzhľadom k tomu, že nie sú zabezpečované celoplošne. Nedostatočne tu vzájomne spolupracujú lekári, špeciálni pedagógovia, psychológovia aj pracovníci oddelení sociálnych vecí a rodiny. Neexistuje nahlasovacia povinnosť pediatrov prvého kontaktu smerom k poradenským zariadeniam. Mnohokrát dochádza k oneskorovaniu ranej starostlivosti o deti s podozrením na sluchový hendikep, resp. už s diagnózou sluchového postihnutia, čím sa znižuje jej kvalita a výsledný efekt. Ešte stále pretrváva nedostatočná informovanosť rodičov o potrebnosti ranej starostlivosti cez odbornú literatúru a informačné materiály. Ešte stále nie je zákonom určená rodičovská povinnosť zabezpečiť svojmu postihnutému dieťaťu nevyhnutnú odbornú starostlivosť a aspoň 1-ročnú povinnú predškolskú prípravu. Každé sluchovo postihnuté dieťa rovnako ako aj dieťa zdravé disponuje určitým potenciálom vývinových možností, a ak zostáva bez odbornej intervencie a nie je systematicky stimulované, začne výrazne zaostávať v porovnaní s dieťaťom, u ktorého bola včas poskytovaná špeciálnopedagogická a psychologická pomoc. Naopak raná starostlivosť sa u neho veľmi výrazne prejaví prirodzenými prírastkami v kognitívnom vývine, a tiež rastúcimi komunikačnými a sociálnymi kompetenciami.

Definitívne potvrdenie diagnózy sluchového postihnutia s určením stupňa, príp. etiológie poruchy by malo byť zároveň aj okamihom začatia odbornej intervencie v rodine. Včasnú diagnostiku a už spomínaný skorý nástup odbornej starostlivosti považujeme za rozhodujúce psychologické faktory pri zvládaní počiatočného stresu, ktorý rodičom prináša narodenie postihnutého dieťaťa. Je vhodné, aby rodičia v tomto období spolupracovali s odborníkmi. Neľahká rodičovská pozícia si vyžaduje profesionálnu podporu, obzvlášť v čase, keď sa rodičia adaptujú na novú životnú situáciu. Zjednodušene by sa mohlo zdať, že nepočujúci rodičia ľahšie prijmú a spracujú fakt sluchového postihnutia u dieťaťa, lebo sú schopní mu okamžite poskytnúť komunikačný systém. Nie sú však ojedinelé prípady, kedy narodenie rovnako postihnutého dieťaťa je pre rodinu sklamaním, lebo očakávali zdravé dieťa. Keďže až 90 % detí so sluchovým postihnutím má ale počujúcich rodičov, je prirodzené, že len veľmi malá časť z nich je schopná kompetentne a pre dieťa prijateľne zvládnuť základné zásady bezprostrednej starostlivosti o takéto dieťa.

Ak sa budeme pridŕžať klasického rodinného modelu, tak dominantná pozícia v starostlivosti o dieťa patrí matke. Ona je zvyčajne v porovnaní s otcom zasiahnutá väčšou ťarchou rodičovského stresu z postihnutia dieťaťa. Prežíva vyššiu mieru negatívnych emócií v porovnaní s otcom a pociťuje viac obmedzení vo vlastnej sebarealizácii. Otcovia vystupujú skôr v pozícii živiteľa rodiny a obvykle mávajú problémy s akceptáciou postihnutia u svojho dieťaťa, s primeranosťou nárokov voči nemu, aj so vzájomnou komunikáciou. Ich zapojenie do starostlivosti o dieťa však uľahčuje zvládať psychickú záťaž v rodine a pôsobí aj na sociálne vzťahy v rodinnom prostredí. Vplyv otcov na kvalitu života postihnutého dieťaťa je overený aj výskumnými tvrdeniami (Ondrušková, Krýslová, 1996).

Adaptačné obdobie rodičov, kedy sa vyrovnávajú so zvýšenou psychickou, sociálnou, ekonomickou, ale aj fyzickou záťažou je dlhodobé, ich postoje a vzťah k postihnutému dieťaťu sú značne premenlivé. Do adaptačných stratégií, ktoré si rodičia začínajú utvárať v tejto životnej etape intervenujú viaceré činitele, mnohé sú aj výskumne potvrdené (Luterman, 1999, Kročanová, 1999, a i.), napr. aktuálna klíma rodiny, osobnostné charakteristiky rodičov (osobitne tie, ktoré súvisia s procesom zvládania : odolnosť voči frustrácii, nižšia zraniteľnosť stresom, pripravenosť pozitívne hodnotiť svoju životnú pozíciu aj napriek záťaži, flexibilita, primeraná sebadôvera, schopnosť kladného sebahodnotenia aj v náročnej situácii), taktiež ich intelektová a vzdelanostná úroveň, religiozita, socioekonomický status rodiny, primárna hodnotová orientácia rodičov, prítomnosť ďalšieho zdravého dieťaťa v rodine a už uvádzaná kvalita spolupráce rodiny s odborníkmi.

Všetci rodičia potrebujú predovšetkým pochopiť a prijať vlastnú situáciu. Hľadajú praktické usmernenia - „ako pracovať s dieťaťom ?“ Očakávajú zrozumiteľné, a najmä pravdivé odpovede na otázky, ktoré prichádzajú v konkrétnych situáciách. S poradenským psychológom sú schopní začať spolupracovať až po prekonaní počiatočnej fázy adaptačného obdobia, kedy sa vyrovnávajú s faktom prítomnosti postihnutého dieťaťa v rodine. Poradenská intervencia býva obvykle orientovaná na dieťa, ale aj na rodičov. Psychológ by mal rodičom pomôcť riešiť každodenné problémy, s ktorými sú konfrontovaní vzhľadom na sluchový hendikep dieťaťa. Najlepšie, ak dokáže poskytnúť viacero alternatív, z ktorých si môžu adekvátne vybrať. Pritom treba brať do úvahy jedinečnosť každej rodiny, rešpektovať jej autonómiu, očakávania a potreby aj konečné rozhodovacie právo rodičov. Počas vývinu dieťaťa prebiehajú zmeny v miere zvládania rodičovského stresu. Jedným z najnáročnejších sa podľa výpovedí rodičov javí obdobie zaškolenia. Upozorňujú tiež na 8.rok dieťaťa, kedy sa začínajú viac sústreďovať na kontrolu jeho reči s presvedčením, že dieťa by už malo vedieť dobre hovoriť. Obzvlášť v tomto čase rodičia hľadajú akceptačný postoj voči dieťaťu a jeho postihnutiu. Potrebujú poradiť ako adekvátnejšie spracovať situáciu v rodine, ako sa vyrovnať so spoločenskými, pracovnými obmedzeniami, príp. partnerskými problémami, ako hľadať

stratenú rodinnú pohodu. Tiež potrebujú usmerniť a zorientovať pri posudzovaní vývinových perspektív dieťaťa v oblasti výchovy, vzdelávania, neskôr v profesijnej sfére. Veľmi vhodné je zapájať rodičov do rozhodovacích procesov o svojom dieťati a posilňovať ich kompetencie v tomto smere. Rodičia ocenia, ak odborník s nimi komunikuje na úrovni rovnocenných partnerov, ak ich dokáže počúvať, ak ich prijíma ako konkrétnu rodinu a nepoužíva pritom zovšeobecnenia. V ich vzájomnej komunikácii je potrebná najmä pravdivosť pri výmene informácií, neskresľovanie skutočnosti a neprikrášľovanie faktov. Väčšina rodičov iniciatívne hľadá všetky dostupné možnosti ako dieťaťu pomôcť bez ohľadu na to, či už si vyberie špeciálnopedagogické prostredie alebo zvolí integráciu do bežného prostredia. Práve stimulujúce rodinné prostredie je nepostrádateľné pre intelektový a rečový vývin sluchovo postihnutého dieťaťa. Podnety by mu mali rodičia sami ponúkať a sprostredkúvať, lebo na rozdiel od zdravého dieťaťa si ich menej aktívne vyhľadáva.

Záver

U rodín, ktoré majú dieťa so sluchovým hendikepom, musíme neustále uvažovať o riziku ich prípadného zlyhania, aj keď len krátkodobého či prechodného, avšak s dostatočne nepriaznivými dôsledkami pre dieťa. Prináša to so sebou nutnosť ich dlhodobého a systematického kontaktu s odborníkmi. Psychologické pôsobenie potom zvyčajne smeruje k eliminovaniu alebo aspoň k usmerneniu zvýšene prítomných rizík a orientuje rodinných príslušníkov k nadobúdaniu psychickej pohody. O pozitívnej prognóze pri nachádzaní rodinnej spokojnosti môžeme hovoriť u tých rodičov postihnutého dieťaťa, ktorí sa snažia vyrovnávať so stresom tak, že aktívne pristupujú k riešeniu problémov, majú dôveru vo vlastné sily a nepoužívajú únikové stratégie od problémov. Zároveň dokážu byť otvorení voči odbornej pomoci a zvládajú ťažkosti tým, že užitočne využívajú vlastné osobnostné kvality v prospech starostlivosti o svoje dieťa. Sú schopní prijať spôsob komunikácie, ktorý vyhovuje dieťaťu, sú ako rodina súdržní, stabilní a ich primárna hodnotová orientácia smeruje k dieťaťu. Títo rodičia doprajú svojmu dieťaťu aj napriek jeho sluchovému postihnutiu dostatok lásky, starostlivosti a pochopenia. Veď ako pred časom povedal prof. Matějček (1996) : „Rodina, to je tam, kde sa máme radi, kde si robíme jeden druhému radosť bez zásluh a odpúšťame si bezo zvyšku.“

Zoznam bibliografických odkazov

KROČANOVÁ, Ľ. Psychická záťaž v rodinách so sluchovo postihnutým dieťaťom. In *Psychológia a patopsychológia* dieťaťa, 34, 3, 1999. s. 245-249.

LUTERMAN, D. *Counseling Families with a Hearing-Impaired Child. Early Identification and Intervention of Hearing-Impaired Infants.* Vol. 32, No 6, 1999. s. 1037 – 1050.

MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha : Portál, 1996.

ONDRUŠKOVÁ, E., KRÝSLOVÁ, M. Kohézia, adaptabilita a spokojnosť v rodinách úplných a rozvedených. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa,* 31, 4, 1996. s. 23-30.

RODINA A JEJ ODKÁZANÝ ČLEN

JANA KUFFOVÁ

Abstrakt

Seniori a zdravotne postihnutí sú skupinou ľudí, ktorým treba pomáhať. A v tom nezastupiteľnú úlohu hrá rodina, ktorá stále zohráva jednu z najdôležitejších istôt v živote človeka v každom jeho období. Rodina, ktorá nie je pripravená na krízovú situáciu spojenú so starostlivosťou o svojho odkázaného člena, sa mnohokrát dostane do problémov či už bytových, finančných, informačných, s ktorými si nevie poradiť. Na starostlivosť pomáhajúcich profesii sú odkázané aj rodiny, ktoré sa nevedia postarať alebo si nevedia poradiť v starostlivosti o svojho zdravotne postihnutého člena. Vzťahy v rodine sú základom bezpečnosti, čo podporuje kvalitu a dôstojný život jej členov, preto starostlivosť a pomoc starajúcim sa rodinám zabezpečí primerané fungovanie.

Kľúčové slová

Pomoc, rodina, senior, zdravotne postihnutý občan.

Úvod

Systém sociálnej sféry našej spoločnosti sa v súlade s odporúčaniami OSN zameriava na možnosti zabezpečenia dôstojnosti života seniorskej populácie a populácie so zdravotným znevýhodnením, kde dôstojnosť znamená osobnú a spoločenskú hodnotu každého človeka.

Najdôležitejším činiteľom, ktorý by mal primárne pomáhať odkázanému občanovi vyrovnať sa so svojim hendikepom je však rodina a domáce prostredie, kde každodenný kontakt s najbližšími vytvára predpoklad uspokojovania ich potrieb v biologickej, emocionálnej, psychologickej a sociálnej oblasti. Dôležitú úlohu však plní aj štát so svojimi inštitúciami, samospráva, občianske a záujmové združenia, samotný občan, ale i rozvoj služieb, ktoré pomôžu rodine postarať sa o svojich členov či sú to chorí a zdravotne postihnutí seniori, zdravotne postihnuté deti a dospelí, ktorí vyžadujú osobitnú starostlivosť, preto ich rozvoj by mal smerovať k tomu, aby odkázaní občania mohli zotrvať v domácom prostredí, keď už nie natrvalo, tak aspoň čo najdlhšiu dobu.

Cieľom nášho článku bude pohľad na postavenie v rodiny v živote odkázaného občana.

Rodina v živote človeka

Rodina, ktorá je označovaná ako základná bunka spoločnosti, je pojem, ktorým sa zaoberá viacero vedných odborov. V sociológii je rodina sociálna inštitúcia či malá sociálna skupina, v pedagogike je to inštitúcia, ktorá plní výchovnú a socializačnú funkciu, v sociálnej psychológii je to primárna skupina, právnici používajú pojem rodinná kolektivita, ekonómovia považujú rodinu za výrobnú či spotrebnú jednotku. Každá rodina je neopakovateľný fenomén s vnútornou dynamikou i atmosférou svojho života a fungovanie v nej má vplyv na všetky oblasti existencie človeka. Je prostredím, v ktorom prebieha primárny socializačný proces jedinca, počas ktorého si tvorí vlastnú identitu, ale rodina je aj prvým

predpokladom integrácie svojho člena do spoločnosti. Rodina plní biologickú, ekonomickú, výchovnú, emocionálnu a socializačnú funkciu a ako špecifické sociálne prostredie uspokojuje mnohé potreby svojich členov, ktoré sa formujú aj podľa toho, v akom zdravotnom stave sa jej člen nachádza. Rodina je aj miestom, ktoré vytvára svojim členom priestor na sebarealizáciu, pocit istoty a šancu zúčastňovať sa spolu s ostatnými jej členmi na jej živote, a tým aj na živote spoločnosti (Koval, 2005). Veľkosť medzigeneračných pút, možnosti a schopnosti postarať sa o svojich odkázaných členov sa prejaví v období, kedy sa jeden z členov stáva nesebestačný a závislý na starostlivosti iných. Táto každodenná starostlivosť si žiada od starajúceho sa zosúladenie viacerých rolí, a to roly dieťaťa rodičov, roly rodičov vlastných detí, zamestnanca a pod. (Hrozenská, et al., 2008).

Postihnutý a starý či chorý človek získava svojim postavením privilégia spojené s právom na ohľady, toleranciu nedostatkov vyplývajúcich z jeho postihu, má právo na zabezpečenie. Pre jeho rodinu je neraz veľmi ťažké zachovať si k nemu primeraný postoj, pretože ten variuje medzi extrémom prílišnej starostlivosti a úplného odmietania. Ak sa v rodine vyskytne náhla choroba, nedostáva sa jej pomoci a prípravy na ťažkosti súvisiace so spoločným životom s odkázaným členom (Matoušek, 1997). Zložitá situácia nastane aj vtedy, keď ochorie opatrovateľ, ktorým býva spravidla u nás žena (Hrozenská, et. al., 2008).

„Základným princípom i cieľom starostlivosti o seniora je snaha čo najdlhšie udržať starého človeka v jeho pôvodnom, rodinnom prostredí. Toto prostredie je najoptimálnejšie a prioritné“ (Bartošovič, 2006, s.8)**.** Zložitá situácia pre rodinu nastáva, a to o to viac, ak záťaž pre starajúcich začína byť neúnosná, keď zhoršujúci sa zdravotný stav seniora začínajú sprevádzať poruchy správania či rôzne psychické poruchy (Koval, 2005). Vtedy nastáva deň, keď senior „už nie je schopný žiť sám a bez výraznej pomoci rodiny“ (Pichaud et al., 1998, s. 68). V mysli seniora začínajú rezonovať myšlienky, čo sa s ním stane, kto sa o neho postará. Obavy sa môžu znásobiť, ak sa členovia rodiny nevedia dohodnúť na jeho starostlivosti. Preto, ak má senior milujúcu rodinu, ktorá sa o neho stará a zaujíma, navodzuje to u neho pocit spolupatričnosti a istoty, že si zachová kvalitu svojho života do jeho konca (Koval, 2005). Pichaud (et al., 1998) hovorí, že starostlivosť o chorého seniora môžu sprevádzať tak pozitívne pocity ako láska k rodičom, neha, starosti ohľadom uspokojovania všetkých ich potrieb, ale aj negatívne pocity ako strach, úzkosť, nepochopenie či nenávisť, v prípade ak je starostlivosť o rodiča len vynútenou povinnosťou. Ak opatrujúca rodina nezvláda starostlivosť, nemusí riešiť situáciu umiestnením svojho odkázaného člena v zariadení sociálnej starostlivosti, ale môže využiť služby, ktoré sú určené na odbremenenie a uľahčenie starostlivosti. Medzi takéto služby patrí opatrovateľská, ošetrovateľská, hospicová starostlivosť alebo podľa zákona NR SR č. 448/2008 o sociálnych službách odľahčovacia služba. Tieto služby si však nemôže dovoliť každá rodina vzhľadom na nedostatok finančných prostriedkov (Hrozenská, et al., 2008). Rodina, ktorá nechce, nemôže alebo sa nevie postarať o svojho starého a chorého člena si spravidla vyberá možnosť adekvátnej zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti, pretože domáca starostlivosť o odkázaného člena zvyšuje mieru psychickej a fyzickej záťaže a stresov, ktoré môžu narušiť stabilitu aj rodiny.

Aj napriek tomu, že zdravotné postihnutie ako „znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou poruchou telesného alebo duševného zdravia v štandardne usporiadanom životnom a sociálnom prostredí a ktoré je potrebné minimalizovať intervenciami v rámci sociálnej politiky a sociálnej práce“ (Repková, 2003, s.17-18). Matoušek (et al., 2005) konštatuje, že postihnutí ľudia nestoja o súcit, chcú žiť v spoločnosti svojich blízkych, viesť primeraný osobný a rodinný život, prípadne mať prácu, sami rozhodovať o sebe, tráviť čas s najbližšími či priateľmi. Toto všetko uprednostňujú pred starostlivosťou v kolektívnych zariadeniach, ktoré ich vyčleňujú z každodenného života. Niekedy je však telesné, zmyslové

postihnutie, chronické ochorenie, znížená mentálna úroveň alebo psychická porucha veľmi vážna a situácia v rodine taká komplikovaná, že starostlivosť v domácom prostredí je neúnosná, vtedy umiestnenie do kolektívnych zariadení sa stáva pre rodinu pomocou.

Záver

Každá spoločnosť si vytvára vlastnú filozofiu zabezpečovania životných potrieb jej odkázaných členov, ktorá sa odvíja od vzťahov jednotlivých sociálnych subjektov a formovana ich postojov. Kvalitná starostlivosť vplýva na atmosféru v celej spoločnosti.

Skupina osôb so zdravotným postihnutím tvorí v našej spoločnosti početnú skupinu jedincov odkázaných na pomoc hlavne rodiny, ktorú táto pomoc neraz zaťažuje natoľko, že stres, v ktorom príbuzní žijú môže spôsobiť rôzne sekundárne poruchy. Preto aj umiestnenie do zariadení sociálnych služieb, okrem iných foriem kompenzácie má svoj význam.

Zoznam bibliografických odkazov

BARTOŠOVIČ, I. *Seniori v domove dôchodcov.* 1. vyd. Bratislava : Charitas, 2006. 160 s. ISBN 80-88743-63-X.

HRONCOVÁ, J. et al. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. 1. vyd. Banská Bystrica : PF UMB. 2001. 298 s. ISBN 80-8055-476-5.

HROZENSKÁ, M. et al. *Sociálna práca so staršími ľudmi.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

KOVAL, Š. *Geriatria pre sociálnych pracovníkov*. Ružomberok : KU PF (CDR), 2005, 89 s.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 2. vyd. Praha : Socioligické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-86429-09-9.

MATOUŠEK, O. et. al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství.* 1 vyd. Praha : Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

REPKOVÁ, K. *Občania so zdravotným postihnutím v procese spoločenskej integrácie.* 1 vyd. Bratislava : Epos, 1998. 192 s. ISBN 80-8057-005-1.

REPKOVÁ, K. et al. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. 1 vyd. Bratislava : Informačná kancelária Rady Európy, 2003. 214 s. ISBN 80-891 41-03-X.

VZDELÁVACIE AKTIVITY PRE MŠ, ZŠ A SŠ. MOŽNOSTI VYUŽITIA TVORIVÝCH AKTIVÍT VO VÝCHOVNOVZDELÁVACOM PROCESE

MAGDALÉNA Szabová, BARBORA Vodičková, mONIKA stupková, jANA skraková

Abstrakt

Príspevok/poster prináša informácie o troch vzdelávacích programoch, akreditovaných Ministerstvom školstva Slovenskej republiky. Orientujú sa na využitie tvorivých – pohybových, výtvarných, činnostných, hrových, hudobných dramatických, literárnych – aktivít. Sú využiteľné pri kontinuálnom vzdelávaní pedagógov a odborných pracovníkov materských, základných a stredných škôl.

Kľúčové slová

Vzdelávacie programy, tvorivé aktivity, výchovno-vzdelávací proces, pedagógovia, odborní pracovníci, deti.

Komu sú programy určené

Pedagogickí (učiteľ, vychovávateľ) a odborní zamestnanci (školský psychológ, logopéd, LP, ŠP) škôl a školských zariadení; zariadení, v ktorých sa vykonáva pedagogická, výchovnovzdelávacia a odborná činnosť orientovaná na deti/žiakov.

Pedagogickí zamestnanci v organizáciách ďalšieho vzdelávania – súčasti celoživotného vzdelávania – pedagogických zamestnancov.

Pedagogickí a odborní zamestnanci materských škôl, základných škôl, gymnázií, stredných škôl, stredných odborných škôl, stredných zdravotníckych škôl, konzervatórií, škôl a zariadení pre deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, základných umeleckých škôl, jazykových škôl, cirkevných škôl a súkromných škôl a škôl zriadených inými ústrednými orgánmi.

Aký je základný zámer

Podieľať sa na kontinuálnom vzdelávaní týchto pracovníkov a umožniť tak ich kariérny rast, teda ponúknuť možnosť

- aktualizačného vzdelávania
- špecializačného vzdelávania
- inovačného vzdelávania

Čo ponúkajú

Rozšírenie vysokoškolského vzdelania v oblasti predškolskej, elementárnej pedagogiky, pedagogiky prvého alebo druhého stupňa, sociálnej pedagogiky, špeciálnej pedagogiky a pod.

Podporujú tak špecializáciu uvedených odborníkov, umožňujú skvalitniť výkon ich práce, rozvíjajú pozitívne vnímanie svojej profesie a podporujú osobnostný rozvoj.

Teoretický a praktický rámec prístupu k deťom a k práci s nimi cez kreatívne činnosti.

Umožňuje to priblížiť, pochopiť, uchopiť špecifiká využívania psychomotorických, výtvarných, hudobných, dramatických, hrových, čitateľských aktivít a zručností v salutogenetickom zmysle a ich prostredníctvom vnímať a pochopiť detský svet.

Tvorivé aktivity sa zameriavajú na zvýšenie kompetencií pri práci s deťmi, ich témami,

ukazujú možnosti hľadania potenciálnych možností a rezerv detí, umožňujú preventívne pôsobenie z hľadiska rizík, ohrozujúcich vývin.

Absolventi nadobudnú teoretické vedomosti a praktické zručnosti, ktoré im poskytnú priestor aj na vzájomnú výmenu skúseností a obohatenie repertoáru práce s deťmi.

Vzhľadom na tom, že vzdelávacie aktivity sú ponúkané hlavne interaktívnou a zážitkovou formou, majú pre frekventantov aj psychohygienický význam

Profil absolventa

Absolvent

- získa teoretické vedomosti z oblasti alternatívnej práce s deťmi,
- naučí sa využívať nové formy a metódy práce s cieľovou skupinou detí,
- získa ďalšie zručnosti pri využívaní efektívnych princípov práce a profesionality potrebnej pre prácu s deťmi,
- rozvinie svoje pedagogické kompetencie vrátane kompetencií týkajúcich sa oblasti pedagogickej diagnostiky detí so znevýhodnením a zaobchádzania s nimi
- prostredníctvom získaných zručností bude vedieť efektívne komunikovať a podporovať rozvoj osobnostného potenciálu detí,
- bude pripravený na praktickú aplikáciu získaných alternatívnych zručností,
- získa možnosti zefektívniť spoluprácu s inými subjektami – interdisciplinárny systémový, celostný prístup – a podporovať ich spoluúčasť v procese komplexného riešenia situácie detí,

Metódy práce

Pri realizácii vzdelávacej aktivity bude využité široké spektrum vyučovacích metód. Lektori budú využívať interaktívne metódy, prednášky, cvičenia, workshopy, spojené s prácou v malých skupinách a prezentáciou výsledkov tejto práce. Dôraz bude kladený na zážitkové aktivity, účastníci budú mať možnosť prostredníctvom vlastného zážitku spoznať niektoré aktivity. Tie môžu aplikovať v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu, ale prispievajú aj k ich osobnostnému a profesionálnemu rastu.

V tréningovej časti pôjde o nácvik zručností, poskytovanie spätnej väzby, modelovanie, prehrávanie, výmenu skúseností a prehrávanie konkrétnych príkladov z praxe. Použité budú moderné vyučovacie pomôcky, ako flipchard, dataprojektor, videokamera a pod.

Program pre MŠ

Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese pre materské školy a zariadenia pre deti predškolského veku

Povinný kurz:

Modul Duševná hygiena a vývin dieťaťa v ranom a predškolskom veku	30 hodín

Výberové kurzy:

Modul Tvorivé psychomotorické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé výtvarné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé činnostné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé dramatické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivá práca s literárnym textom	20 hodín
Modul Tvorivé hrové aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé hudobné aktivity	20 hodín
Modul Dieťa s rizikovým vývinom v kontexte špecifických porúch učenia a správania	10 hodín
Modul Dieťa s astmou a alergiou	10 hodín
Modul Dieťa s autizmom	10 hodín
Modul Dieťa s rizikovým vývinom v kontexte závislostí	10 hodín
Modul Rodina a dieťa	20 hodín
Spolu	230 hodín

Program pre ZŠ

Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese pre základné školy a zariadenia pre deti školského veku

Povinný kurz:

Modul Duševná hygiena a vývin dieťaťa/žiaka v školskom veku	30 hodín

Výberové kurzy:

Modul Tvorivé psychomotorické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé výtvarné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé činnostné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé dramatické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivá práca s literárnym textom	20 hodín

Modul Tvorivé hrové aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé hudobné aktivity	20 hodín
Modul Špecifické poruchy učenia a správania	10 hodín
Modul Dieťa/žiak s astmou a alergiou	10 hodín
Modul Dieťa/žiak s autizmom	10 hodín
Modul Dieťa/žiak s rizikovým vývinom v kontexte závislostí	10 hodín
Modul Rodina a dieťa/ žiak	20 hodín
Spolu	230 hodín

Program pre SŠ

Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese pre stredné školy a zariadenia pre dospievajúcich.

Povinný kurz:

Modul Duševná hygiena a vývin v období dospievania	30 hodín

Výberové kurzy:

Modul Tvorivé psychomotorické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé výtvarné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé činnostné aktivity	20 hodín
Modul Tvorivé dramatické aktivity	20 hodín
Modul Tvorivá práca s literárnym textom	15 hodín
Modul Outdoorové aktivity	15 hodín
Modul Tvorivé hudobné aktivity	20 hodín
Modul Poruchy správania	10 hodín
Modul Žiak s astmou a alergiou	10 hodín
Modul Žiak s autizmom	10 hodín
Modul Problematika závislosti v adolescencii	10 hodín
Modul Poruchy príjmu potravy	10 hodín
Modul Rodina a adolescent	20 hodín
Spolu	230 hodín

Personálne zabezpečenie

Garantom programov je PaedDr. Magdaléna Szabová.

Programy vypracovali a lektorkami sú:

PaedDr. Magdaléna Szabová, Mgr. Barbora Vodičková, PhD., PaedDr. Monika Stupková, Mgr.et Mgr. Jana Skraková/Novotová, PhDr. Jana Špániková a ďalší spolupracovníci z radov liečebných pedagógov.

Učebný plán modulu „Duševná hygiena a vývin“

- Čo spôsobuje dlhodobý stres, únavu, vyčerpanie? Aké následky môže mať nahromadené vyčerpanie.
- Syndróm vyhorenia v práci a v osobnom živote.
- Ako byť spokojný v práci a s prácou.
- Vnímanie človeka/dieťaťa ako priateľa.
- Psychosomatika.
- Možnosti pomoci.
- Bio-psycho-sociálny vývin dieťaťa v ranom a predškolskom/školskom/adolescentnom veku.
- Rodiné, sociálne a školské prostredie dieťaťa.
- Deti/dospievajúci, ktorým treba viac pomáhať

Obsahová náplň 1

Názov odbornej témy:

Čo spôsobuje dlhodobý stres, únavu, vyčerpanie? Aké následky môže mať nahromadené vyčerpanie?

- Psychické a fyzické prejavy dlhodobého stresu.
- Znížená pracovná výkonnosť.
- Konflikty na pracovisku a doma.
- Zmena vlastného sebahodnotenia.

Praktická časť: Oddych a relaxácia. Rôznorodé relaxačné techniky – aktívne, pasívne, krátke, dlhé, kombinované.

Názov odbornej témy:

Syndróm vyhorenia v práci a v osobnom živote

- Príznaky syndrómu vyhorenia.
- Príčiny syndrómu vyhorenia.
- Následky syndrómu vyhorenia v živote učiteľa.
- Ako syndrómu vyhorenia predchádzať.
- Čo pomáha udržovať zdravie.

Praktická časť: (Znovu)nadobudnutie energie. Rehabilitačné a rekreačné cvičenia, techniky prebúdzajúce potenciál a skryté rezervy. Muzikomaľba, ako forma relaxácie.

Obsahová náplň 2

Názov odbornej témy:

Ako byť spokojný v práci a s prácou.

- Ako znížiť pracovnú záťaž.
- Ako konštruktívne spolupracovať s kolegami a so žiakmi.
- Ako zlepšiť vzťah k nadriadenému.
- Ako pozitívne prijímať zmenu.

Praktická časť: Predstavy o mojej práci a skutočnosť. Čo mi chýba, čo by som v práci potreboval. Hľadať uspokojenie. Výtvarná technika, čo som, čím by som chcel byť, s čím sa stotožňujem.

Názov odbornej témy:

Vnímanie človeka/dieťaťa ako priateľa a partnera.

- „Náročné“ deti, „nároční“ rodičia.
- Záťaž.
- Interakcia a komunikácia.

Praktická časť: Vidím, počujem, cítim – idem v ústrety.

Obsahová náplň 3

Názov odbornej témy:

Psychosomatika.

- Vzťah medzi psychikou človeka a vnímaním tela.

Praktická časť: Práca s telovou schémou – ja a hranice. Emócie. Dotyk, masáž, stimulácia.

Názov odbornej témy:

Možnosti pomoci.

- Rozloženie zodpovednosti – rodina, škola, odborníci.
- Uchopenie a pochopenie tém.

Praktická časť: Práca s miestom, priestorom, predmetmi. Symbolika.

Názov odbornej témy:

Bio-psycho-sociálny vývin dieťaťa v rannom a predškolskom veku. Rodiné, sociálne a školské prostredie dieťaťa v predškolskom veku.

- Biologický, psychický, sociálny vývin dieťaťa v rannom a predškolskom veku.
- Vplyvy rodinného prostredia na dieťa.
- Rodina a jej úloha.
- Vplyvy sociálneho a školského prostredia na dieťa.

Praktická časť: Vnímanie pocitov dieťaťa, dieťaťa s postihnutím a dospelého. Spoločné kreatívne techniky na priblíženie citového stavu dieťaťa a dospelého.

Obsahová náplň 4

Názov odbornej témy:

Predškoláčikovia, ktorým treba viac pomáhať. Rodinné, sociálne a školské prostredie dieťaťa v predškolskom veku.

- Nezrelosť. Nerovnomerný vývin. Oslabenia v čiastkových psychických funkciách
- Emocionálna labilita. Vzdor.
- Adaptácia na predškolské zariadenie.
- Ako predchádzať ťažkostiam u detí a detí s postihnutím v predškolskom veku

Praktická časť: Vzťah: Dieťa – rodič – učiteľ – rovesníci. Bezpečné prostredie

ZŠ

Názov odbornej témy:

Bio-psycho-sociálny vývin dieťaťa v školskom veku

- Biologický vývin dieťaťa v mladšom a staršom školskom veku
- Psychický vývin dieťaťa v mladšom a staršom školskom veku
- Sociálny vývin dieťaťa v mladšom a staršom školskom veku

Praktická časť: Vnímanie pocitov dieťaťa, dieťaťa s postihnutím a dospelého. Spoločné kreatívne techniky na priblíženie citového stavu dieťaťa a dospelého

Názov odbornej témy:

Rodinné, sociálne a školské prostredie dieťaťa v školskom veku. Ako porozumieť a spolupracovať s dieťaťom v školskom veku

- Vplyvy rodinného prostredia na dieťa. Rodina a jej úloha
- Vplyvy sociálneho a školského prostredia na dieťa
- Ako predchádzať ťažkostiam u detí a detí s postihnutím v školskom veku

Praktická časť: Vzťah: Dieťa/žiak – rodič – učiteľ – rovesníci. Bezpečné prostredie

SŠ

Názov odbornej témy:

Dospievanie ako samostatné životné obdobie.

Základné psychologické charakteristiky.

Vývin schopností a zručností, kognitívny vývin, emocionálny vývin a socializácia.

Praktická časť: Hľadanie rovnováhy, Môj priestor, moje miesto, moje rozpoloženie – v rodine, medzi vrstovníkmi. Proces osamostatňovania sa.

- Sebaponímanie a sebahodnotenie. Vzťahy. Sexualita. Budúcnosť.

Praktická časť. Podpora, sprevádzanie, odpútavanie sa.

Názov odbornej témy:

Špecifické témy dospievajúcich

- Zrelosť. Status. Hodnoty.
- Rodina.
- Spoločnosť

Praktická časť: Hodnoty a postoje.

- Hľadanie

Objavovanie schopností. Potenciál a hranice. Stavanie na pozitívach.

Praktická časť: Cesta životom

RODINA S ČLENOM SO ZÁVISLOSŤOU OD PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK

ERIKA KOVÁCSOVÁ

Abstrakt

Závislosť od psychoaktívnych látok nie je len chorobou jednotlivca, ale postihuje celú rodinu. Zasahuje do nej na individuálnej, ale aj na komplexnej (systémovej) úrovni. Je to choroba, ktorá ovplyvňuje zákonite celý rodinný systém. Rodina s členom so závislosťou od psychoaktívnych látok prechádza rôznymi štádiami, tak ako aj samotný jedinec, ktorý je závislý. Pre závislého nie je vôbec jednoduché rozhodnúť sa k zmene vlastného života. Ani pre príbuzného (spoluzávislého) nie je ľahké zistiť, že hoci nevedome a nechtiac, napriek tomu podporoval závislosť blízkej osoby. Práca s človekom, ktorý je závislý, by mala vždy zahŕňať prácu s rodinou.

Kľúčové slová

Rodina, závislosť od psychoaktívnych látok, spoluzávislosť, terapia.

Problematike závislosti od psychoaktívnych látok sa venuje pomerne veľká pozornosť. Častokrát sa však zabúda na to, že závislosť nie je len chorobou jednotlivca, ale postihuje celú rodinu. Bez ohľadu na to, či sa jedná o závislosť dieťaťa v rodine, rodiča, partnera, manžela, manželky alebo ktoréhokoľvek iného blízkeho človeka.

Závislosť zasahuje do rodín na individuálnej, ale aj na komplexnej (systémovej) úrovni. Je to choroba, ktorá postihuje zákonite celý rodinný systém - partnerský vzťah, vzťahy medzi rodičmi, medzi súrodencami, vzťahy rodiča k ostatným deťom a podobne. Rodinný systém vytvárajú všetci členovia rodiny, a preto akákoľvek zmena u jedného z nich pôsobí nielen na ostatných členov v rodine, ale aj na rodinu ako celok.

Ritvo, Glick (2009, s. 51) tvrdia, že manželský a rodinný systém, podobne ako indivíduá, má charakteristické vzorce na zvládanie stresu. Prvou líniou obrany rodiny obvykle je vyvolať a posilniť adaptívne vzorce, ktoré rodina využila v minulosti. Ak sú maladaptívne, výsledné typy narušenia sa môžu podobať nepružnému charakteru jedincov s poruchou osobnosti.

Ak nie sú charakteristické adaptačné mechanizmy k dispozícii alebo zlyhajú pri adekvátnom riešení situácie, môžu sa u niektorého člena rodiny alebo aj ďalších členov rozvinúť zreteľné symptómy. Vplyvom týchto symptómov môže byť jedinec označený za zlého alebo chorého. V pokuse o vyriešenie konkrétnych symptomatických prejavov daného jedinca môžu byť zainteresované vhodné sociálne inštitúcie poskytujúce pomoc. Ten potom získava rolu *identifikovaného pacienta*. Častejšie je rodinný kontext, z ktorého symptómy vyplývajú, prehliadnutý alebo sa mu neadekvátne venuje. Takzvaný zlý, chorý alebo bláznivý člen rodiny sa lieči a je pokladaný buď za nezvládnuteľného, alebo uzdravujúceho sa.

Ak sa zotavuje, symptómy sa môžu opäť objaviť, keď sa tento člen vráti do rodinného kontextu alebo môže zapríčiniť, že sa iný člen rodiny stane symptomatickým. Liečiť sa budú musieť základné narušenia.

Vysvetlení symptómov z hľadiska rodinného systému je také množstvo, koľko je škôl klinickej teórie a praxe, predsa ale existuje malá skupina hypotéz, ktoré (ako sa zdá) sa bežne potvrdzujú.

Podľa spomínaných autorov symptómy:

- Môžu sa objaviť ako výsledok problematickej komunikácie alebo interakčných vzorcov v rodine.
- Môžu signalizovať slepú uličku v špecifickom vývinovom bode rodinného životného cyklu.
- Môžu byť súčasťou správania zameraného na riešenie, ktoré zlyhalo vo svojej úlohe.
- Môžu reflektovať problémy v rodinnej štruktúre a organizácii.
- Môžu sa prejaviť, keď sú aspekty rodinného života popreté alebo disociované.
- Môžu reprezentovať nedostatok potvrdenia.
- Môžu byť vyjadrením zásadného somatického alebo psychiatrického ochorenia.
- Môžu sa jednoducho týkať nešťastia a smoly (Ritvo, Glick, 2009, s. 46).

White (2004, s. 1361) uvádza, že vážne rodinné problémy, ako sú závislosti, zneužívanie, rodinné tajomstvá, alebo iné veľké stresy zapríčiňujú chaos a nechávajú rodinu v ohrození.

Rodinné procesy pri závislosti od alkoholu popisuje Lindenmeyer (2009, s. 41). Autor uvádza nasledovné adaptačné mechanizmy rodín, ktorých člen je závislý od alkoholu:

- uzavretie sa rodiny voči okoliu, aby sa vyhla negatívnym dôsledkom pitia, prípadne ich zakryla,
- zmena rozdelenia rolí a preberanie povinností závislého, aby ho odbremenili a zároveň aby sa rodina chránila pred následkom jeho nespoľahlivosti,
- úslužnosť a vyhýbanie sa konfliktom voči závislému v nádeji, že sa tým zníži konzum alkoholu, ale aj stupňovanie násilia podmieneného alkoholom.

Kredátus (2004, s. 6) popisuje štádiá prechodu rodiny ako systému k rodine ako pacientovi (klientovi). Ako príklad uvádza rodinu s členom závislým od alkoholu nasledovne:

Iniciálne štádium

- Partner nepripúšťa, že sa deje niečo mimoriadne,
- situáciu ospravedlňuje,
- zároveň vyčíta pitie,
- pijúci sľubuje, vyčítajúci sa krátkodobo uspokojí,
- bludný kruh výčitiek a sľubov,
- deti postrehnú rozpory a hádky, neurotické ťažkosti,
- rodina (manželský partner) navonok nepripúšťa ťažkosti.

Prodromálne (varovné) štádium

- Rodinná atmosféra je nasýtená napätím a obavami,
- vyhrážky, prosby – taktizovanie,
- naďalej kamuflovanie: zdanie stability v rodine,
- život v očakávaní – strach,
- somatické ťažkosti členov,
- začiatok izolácie jedinca a rodiny – hľadanie východísk.

Kruciálne (kritické) štádium

- Psychická a somatická závislosť a alkoholická žiarlivosť,
- narušený chod domácnosti a zlé finančné zabezpečenie,
- nepijúci partner preberá na seba úlohy, rola záchrancu,
- negatívne vplyvy na formovanie osobnosti,
- rodina je v debakli až kalamite,
- dieťa sa hanbí, možný vývin do neurotickej depresie,
- rodina potrebuje odbornú pomoc, je patologickou, je pacientom.

Terminálne (konečné) štádium

- Rodina je v rozklade, vyčerpaná, spoločnosťou izolovaná a sociálne oslabená,
- rozpad systému rol, rozpad rodiny ako systému,
- návrh na rozvod,
- deti v evidencii sociálnych kurátorov, psychologických či psychiatrických služieb,
- závislý člen vylúčený z rodinného života.

Pre závislého nie je vôbec jednoduché rozhodnúť sa k zmene vlastného života. Ani pre príbuzného (spoluzávislého) nie je ľahké zistiť, že hoci nevedome a nechtiac, napriek tomu podporoval závislosť blízkej osoby.

Práca s človekom, ktorý je závislý, by mala vždy zahŕňať prácu s rodinou. Neraz sa však pozornosť zameriava len na problém jediného člena celého systému, a to člena so závislosťou. Ostatní zostávajú väčšinou bokom.

Najvýraznejšou zmenou v praxi liečby závislostí v priebehu posledných 30 rokov je podľa Lindenmeyera (2009, s. 100) to, že terapeutické snahy sa rozrástli aj na zapojenie životných partnerov a príbuzných závislých. Čoraz väčší význam má zaangažovanie rodiny do procesu liečby. (Klein et al., 2001).

Dobrý prehľad liečebných postupov sa nachádza u O´Farella (1993, In Lindenmeyer, 2009, s. 100). Podľa neho sa dajú liečebné postupy rozdeliť do troch skupín:

- párová a rodinná terapia pri motivovaní závislého k liečbe
- párová a rodinná terapia pri bezprostrednej liečbe závislého
- párová a rodinná terapia pri prevencii recidív

Šrámová (2001, s. 106) zaraďuje medzi možnosti práce s rodinou tiež:

- sprievodné individuálne rozhovory s príbuznými
- informačné kurzy pre rodiny
- psychoterapeutické skupiny príbuzných

Cieľom intervencií, programov a terapií je podľa Šrámovej (2001, s. 107) poskytnúť príbuzným také informácie a terapeutické vedenie, ktoré by im umožnilo vytvoriť v rodine prostredie so zníženou mierou stresu, čo by ovplyvnilo aj priebeh jeho choroby. Ďalším cieľom je vnímať a spoznať atmosféru a vzťahovosť rodinných väzieb.

Hell (1988, In Šrámová, 2001, s. 106) udáva ďalšie ciele:

- odbremeniť príbuzných
- podporovať príbuzných
- účasť príbuzných na profylaxii recidív.

Z hľadiska práce s rodinou by sme mali podľa Šrámovej (2001, s. 106) odlišovať tieto princípy:

- Rodina ako pozadie – funguje ako interview s rodinou. Je možné spýtať sa každého člena rodiny, ako on vidí ťažkosti u toho-ktorého člena rodiny.
- Rodina ako kontext – využívame rodinu s cieľom liečby jedného jej člena. Redukujeme rodinu ako možný stresor a zvyšujeme jej kvalitu ako možného zdroja sily.
- Rodina ako jednotný systém – klientom je rodina.

Hlavné kroky uzdravenia rodiny môžu byť podľa Hoyera (2000, In Kozma, 2004, s. 26) nasledovné:

- V počiatočnej fáze sa deje destabilizovanie zlého fungovania systému.
- Potom nasleduje vyvolanie a vypracovanie potrebných zmien: vzory prispôsobivej komunikácie pomocou osvojenia stratégií na riešenie problémov a zároveň prežitie rolí, citovej účasti a neúčasti, nácviku správania-kontroly.
- V konečnej fáze sa deje stabilizovanie zmeneného systému.

Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (CPLDZ) ponúka komplexnú starostlivosť pacientom so závislosťou, ale aj ich rodinným príslušníkom.

Koncepcie programov v rodinnej terapii závislostí v CPLDZ:

1. Informačné skupiny pre rodičov a partnerov so závislosťou od alkoholových a nealkoholových návykových látok určené i širšej verejnosti.

2. V ambulantnej zložke terapeutické skupiny pre rodičov detí závislých od psychoaktívnych látok.

3. V ambulantnej zložke párová a manželská terapia pre pacientov so závislosťou od alkoholu.

4. V rámci lôžkovej liečby sa ukazuje vysoko účinnou spolupráca s rodinou v poslednej fáze strednodobej liečby.

5. V obidvoch zložkách liečby spoluúčasť rodinných príslušníkov a ich osobná účasť na terénnych terapiách.

6. Bezplatná odborná internetová poradňa /www.cpldz.sk/ pre širokú verejnosť zameraná okrem iného aj na problémy týkajúce sa rodinného spolužitia s jedincom so závislosťou.

Zoznam bibliografických odkazov

KOZMA, N. *Kodependencia megjelenése szenvedélybetegek partnerei körében.* Egyetemi szakdolgozat. ELTE : PPK, 2004. 66 s.

KOVÁCSOVÁ, E. *Závislosť od psychoaktívnych látok v rodine* [špecializačná práca]. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií; Katedra liečebnej pedagogiky. Bratislava : FZŠŠ SZU, 2009. 77 s.

KOVÁCSOVÁ, E., MAJDOVÁ, M. *Nezávislosť.* Liečebná pomôcka. Bratislava : Centrum pre liečbu drogových závislostí, máj/jún 2007.

KREDÁTUS, J. Rodina a závislý člen. In *Čistý deň*, 2004, roč. 2, č. 2, s. 6-7. ISSN 1336-4243.

LINDENMEYER, J. *Závislosť od alkoholu. Pokroky v psychoterapii.* Trenčín : Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2009. 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.

RITVO, E.C., GLICK, I.D. *Párová a rodinná terapie. Stručný sprievodca.* Trenčín : Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2009. 198 s. ISBN 978-80-88952-56-5.

ŠRÁMOVÁ, Z. Rodinná terapia schizofrenikov. In *Liečebnopedagogická intervencia, niektoré možnosti u detí, mládeže a dospelých.* Zborník z referátov v rámci ukončenia výskumnej úlohy Grantu Vega 1/5121/98. Bratislava : Humanitas, 2001. ISBN 80-968053-5-5. s. 101-117.

WHITE, L. *Foundations of Nursing.* 2. vyd. Cengage Learning, 2004. 1762 s. ISBN 1-4018-2692-X.

TERAPIA SENZORICKEJ INTEGRÁCIE AKO SPÔSOB POMOCI RODINE

IVANA LIŠTIAKOVá

Abstrakt

Poster informuje o teórii senzorickej integrácie ako o funkcii mozgu a zároveň diagnostickom a terapeutickom prostriedku, ktorý môže byť jednou z možností pomoci dieťaťu a rodine. Rozoberá jednotlivé typy vnímania podľa Jean Ayresovej, možnosti ich stimulácie a vzájomného prepojenia. Vymenováva niektoré prejavy poruchy senzorickej integrácie u detí a uvádza ich do kontextu rodiny.

Kľúčové slová

Senzorická integrácia, vestibulárne vnímanie, taktilné vnímanie, proprioceptívne vnímanie.

Americká terapeutka **Jean Ayres** hovorila o **senzorickej integrácii** ako o funkcii mozgu, ktorá prepája jednotlivé zmyslové vnemy, organizuje informácie do zmysluplného celku, a tak nám umožňuje adekvátne reagovať na podnety, efektívne konať, podávať adaptívne odpovede.

Niektoré deti majú problémy s usporiadaním a spracovaním senzorických informácií. Tento deficit sa môže prejaviť rôznym spôsobom. Dieťa môže mať problémy v učení, vo vzťahoch k rovesníkom, či problematické správanie. Jednou z príčin môže byť práve to, že jeho svet nie je usporiadaný, jeho mozog nefunguje správnym spôsobom a vnemy nie sú dostatočne vyhodnocované. To spôsobuje, že dieťa je nervózne, hyperaktívne alebo naopak hypoaktívne. Dieťa nevie, čo s ním je, nepociťuje svoju situáciu ako zmenenú, ale deficity v integrovaní vnemov sa snaží istým spôsobom nahradiť, pokúša sa zabezpečiť si chýbajúce časti, no často neefektívne, či neprimeraným spôsobom. Presná príčina problému sa nedá odhaliť, existujú však nástroje, ktorými sa dá odhaliť problematická oblasť, ako aj prostriedky, ktoré pomôžu prepojiť navzájom nekomunikujúce oblasti mozgu.

ZMYSLOVÉ SYSTÉMY

Ayresová (podľa Pokornej, 1997a) chápe pod vnímaním omnoho viac, než len vnímanie základnými piatimi zmyslami. Spomína „**TELE“ RECEPTORY**, ktorými sú **zrak** a **sluch** a pridáva

1. **VESTIBULÁRNE VNÍMANIE**, čiže vnímanie **rovnováhy**,
2. **TAKTILNÉ VNÍMANIE**, t.j. **povrchové** vnímanie a
3. **PROPRIOCEPTÍVNE VNÍMANIE**, teda vnímanie **hĺbkové**.

VESTIBULÁRNE VNÍMANIE

Vestibulárne vnímanie zabezpečuje polohovo-rovnovážny orgán vo vnútornom uchu, ktorý sa aktivuje pohybmi hlavy. Tieto vnemy sa spracovávajú v mozgovom kmeni a v malom mozgu. Bez vestibulárneho vnímania by sme neboli schopní udržať rovnováhu, vzpriamene chodiť ani sa akokoľvek pohybovať. Pritom pohyb je dôležitý nielen kvôli premiestňovaniu sa, ale slúži ako reakcia na procesy vnímania, prezrádza emócie, je prostriedkom neverbálnej a verbálnej komunikácie, a teda je nevyhnutný pre rozvoj kognitívnych schopností (Pokorná, 1997a; Abraham, 2002).

Kotúľanie sa vo valci a hojdanie sú aktivity, ktoré deti bežne vyhľadávajú na detských ihriskách, či doma. Niekedy týchto podnetov, ktoré sú potrebné pre správne fungovanie mozgu, nie je dostatok. Vtedy ich musíme zabezpečiť cielene. Tieto cvičenia sú zamerané na prepojenie podnetov z vestibulárneho a auditívneho systému, preto sa využívajú v spojení so zvukovou stimuláciou.

TAKTILNÉ VNÍMANIE

Taktilné vnímanie prebieha prostredníctvom kožných receptorov a je taktiež nesmierne dôležité pre zdravý vývin, čoho dôkazom je napríklad deprivačný syndróm pri nedostatku dotykov, spojený s teóriou väzby (Pokorná, 1997a). Je základom učenia sa o vonkajších objektoch, ako aj o stave nášho tela. Ak tieto informácie nie sú dostatočne presné, brzdia koordináciu tela, pohybov a učenia celkovo (Abraham, 2002). Virginia Satirová (1994) píše, že prostredníctvom hmatu dokáže človek najlepšie vyjadriť i pochopiť emócie. Prvým dojmom z tohto sveta je predsa dotyk ľudských rúk, ktorý ostáva veľmi dôležitý počas celého života a je najdôveryhodnejším zdrojom informácií. Dotykom človek uverí viac než slovám a v intímnom vzťahu človek pociťuje príťažlivosť alebo odpor na základe vnímania dotykov. Šimanovský (2002) hovorí, že vzťah sa najrýchlejšie vytvára cez dotyk, pretože vľúdny, priateľský dotyk uisťuje o dobrých úmysloch partnera v komunikácii.

Manual Form Perception (taktilné vnímanie tvaru) je tréningový, ale najmä diagnostický nástroj na zisťovanie schopnosti rozlíšiť tvary hmatom bez zrakovej kontroly. Úlohou dieťaťa je určiť, ktorý z predložených tvarov drží v ruke, no bez toho, aby sa naň pozeralo. Tento subtest z Ayresovej testovej batérie Southern California Sensory Integration Tests (Ayres, 1966, 1973) sa zameriava na integráciu taktilného a vizuálneho vnímania a percepčnej pohotovosti.

PROPRIOCEPTÍVNE VNÍMANIE

Ide o vnímanie prostredníctvom receptorov v šľachách, kĺboch a svaloch, ktoré nám odovzdávajú informácie o postavení tela alebo jeho častí a je zodpovedné za vykonávanie pohybov (Pokorná, 1997a). Integruje sa s vizuálnym a taktilným systémom a pomáha kontrolovať polohy tela a motorické plánovanie. Napomáha aj jemnej motorike a je zodpovedné za generalizáciu pohybov v nových situáciách (Arkwright, 1998; Case-Smith et al. 1996. Podľa Harms, Mariano, 2003).

Aktivity ako je používanie vibrujúceho pera, alebo práca s hlinou, či plastelínou, prenášanie pre dieťa relatívne ťažkých objektov, ako stoličky, či veľké škatule, písanie zospodu stola, alebo tlačenie nohami zospodu stolíka poskytujú potrebné podnety pre svaly a šľachy a umožňujú tak senzorickú integráciu aj v tejto oblasti (Bundy et al. 2002).

PREJAVY PORUCHY SENZORICKEJ INTEGRÁCIE (Ayres, 2005)

• **hyperaktivita a nesústredenosť / vyrušiteľnosť** býva často prvým symptómom, ktorý si vyžiada pozornosť rodičov, učiteľov, či iných dospelých, ktorí sú v kontakte s dieťaťom. Jeho nesústredenosť a zvýšená pohyblivosť je nápadným znakom, že dieťa nie je také ako ostatné deti a dospelí sa zvyknú na takéto deti sťažovať;

• **problémy v správaní** sú dôsledkom toho, že dieťa sa cíti neúspešné a jeho sebapoňatie je ohrozované. Pretože mozog dieťaťa s poruchou senzorickej integrácie odpovedá zmeneným spôsobom, reakcie dieťaťa na rozličné okolnosti sa odlišujú od bežných odpovedí. Prílišná citlivosť a emocionálna zraniteľnosť spôsobuje problémy pri vysporiadavaní sa s novými a neznámymi situáciami. Keďže dieťa nie je svojím správaním schopné adekvátne reagovať na situácie, spôsobuje mu to problémy vo vzťahoch k autoritám, no najmä v rovesníckych vzťahoch. Často sa stáva, že okoliu sa nepáči správanie dieťaťa, je neobľúbené, nemajú ho radi. Dieťa si tak upevňuje negatívny koncept seba samého, čo prispieva len k prehlbovaniu problematického správania;

• **oneskorenia vo vývine reči a jazyka;**

• **problémy so svalovým tonusom a koordináciou.** Informácie z vestibulárneho a proprioceptívneho systému zabezpečujú svalový tonus, ktorý je nevyhnutný pre správne držanie tela. Dieťa s poruchou senzorickej integrácie môže mať práve kvôli nedostatočnej integrácii informácií z vestibulárneho systému nízky svalový tonus, čo spôsobuje celkovú slabosť svalstva. Dieťa sa potrebuje podopierať, opierať, je veľmi unavené, rýchlo sa vyčerpá;

• **ťažkosti v učení v škole.** Školské zručnosti si vyžadujú výkony, založené na komplexnom prepojení viacerých oblastí mozgu. Napr.: prepojenie vizuálnej a motorickej pamäte alebo zvukového vnímania a grafomotorického prevedenia slov. Dieťa má problémy s orientáciou v priestore a s určovaním vzdialeností a pozície objektov v priestore, napr. je pre neho náročné udržať vzdialenosť od tabule a taktiež aj medzi písmenami;

• **problémy, ktoré sa prejavia až počas puberty a adolescencie** nie sú nezvyčajné. Dieťaťu sa podarilo problémy vykompenzovať, ale jeho sebaistota utrpela, preto sa vyhýba situáciám, v ktorých by mohlo zlyhať, napr. tancovaniu, či športom. Najčastejšou sťažnosťou rodičov adolescentov so slabou senzorickou integráciou je ich neschopnosť udržať si vo veciach poriadok, neorganizovanosť, neschopnosť plánovať niekoľko krokov dopredu. Stáva sa, že teenager s poruchou senzorickej integrácie zabudne, čo robí, nevie odhadnúť trvanie činností a ani udržať ich poradie, nevie sa sústrediť a dokončiť to, čo robí.

POMOC RODINE

Problémov, ktoré musí rodič zvládnuť je množstvo. Sú spojené so živobytím, domácimi prácami, vzťahmi v rodine, prospievaním detí v škole atď. Nie všetky ťažkosti v správaní, či učení dieťaťa sú výchovného charakteru. Zbytočne by sme ho nútili k výkonom, ktorých nie je schopné. Príčina zlyhávania môže byť práve v poruche senzorickej integrácie, čiže v prepojení zmyslových vnemov v centre mozgu. V praxi to znamená venovať pozornosť dieťaťu a pozorovať, aké aktivity a podnety vyhľadáva v hre a pri ostatných činnostiach. Dôležité je, aby sme dieťaťu poskytli dostatok príležitostí hrať sa rozličným spôsobom. Návrat k tradičným hrám spojeným s pohybom a spievaním, či riekankami zabezpečuje dieťaťu potrebné stimuly. Čo najviac aktivít, ktoré okrem zraku podnecujú aj jeho pohyb, uvedomovanie si svojho tela, hlasu a sveta okolo vytvára priestor pre senzorickú integráciu.

Zoznam bibliografických odkazov

ABRAHAM, M. C. *Sensory Integration. Practical Strategies and Sensory Motor Activities for Use in the Classroom.* Columbus, Ohio : LDA, Frank Schaffer Publications, 2002. 128 s. ISBN 0-7424-0268-1.

AYRES, A. J. *Southern California Sensory Integration Tests: Perception Forms* (W-130I). Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 1966, 1973.

AYRES, A. J. *Sensory Integration and the Child. Understanding hidden sensory challanges.* Revised and updated by Pediatric Therpay Network. Los Angeles, California : 2005, Western Psychological Services. 211 s. ISBN 978-0-87424-437-3.

BUNDY, A. C. – LANE, S. J. – MURRAY, E. A. *Sensory Integration. Theory and Practice.* 2. vydanie. Philadelphia : F. A. Davis Comapny, 2002. 496 s. ISBN 13: 978-0-8036-0545-9, ISBN 10: 0-8036-0545-5.

KOOMAR, J. et al. *Answers to Questions Teachers Ask about Sensory Integration.* 3. vydanie. Arlington, Texas : Future Horizons, 2007. 63 s. ISBN 1-932565-46-9.

KRANOWITZ, C. S. *The Out-of-Sync Child. Recognizing and Coping with Sensory Processing Disorder*. New York : Penguin Group, 2005. 356 s. ISBN 0-399-53165-3.

POKORNÁ, V. Senzorická integrace. In *Speciální pedagogika.* Roč. 7, 1997a, č. 1, ISSN 0862-1632, s. 14-21.

SATIROVÁ, V. *Kniha o rodine.* Praha : Institut Virginie Satirové, 1994. 350 s. ISBN 80-901325-0-2.

SCHAEFGEN, R. *Sensorische Integration. Eine Elterninformation zur sensorischen Integrationstherpie.* 4. vydanie. Lüchow : Phänomen-Verlag-Gita-Peyn, 2000. 63 s. ISBN 3-933321-19-0.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry pro zvládaní agresivity a neklidu*. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6.

PROFESIONÁLNY VZDELÁVACÍ PROGRAM PRE SPREVÁDZANIE RODINY AKREDITOVANÝ MINISTERSTVOM ŠKOLSTVA V ROKU 2009

JANA ŠPÁNIKOVÁ

Abstrakt

Vzdelávací program - Sprevádzanie rodiny je určený predovšetkým pre liečebných pedagógov a iných pedagogických zamestnancov pôsobiacich v školách, školských zariadeniach, ďalej v rezorte zdravotníctva, sociálnych služieb, taktiež je vhodný pre poradcov v neštátnych informačno-poradenských organizáciách je zameraný na kariérny rast a na zlepšenie profesijnej práce s rodinou. Zohľadňuje rozvoj absolventov pomáhajúcich profesií pre širšiu spôsobilosť pre prax s ohľadom na aktuálne spoločenské potreby a zmeny rodiny.

Kľúčové slová

Rozvoj vedomostí a zručností pri sprevádzaní rodiny, profesionálna práca s rodinou, profesionálne kompetencie a kariérny rast.

Názov vzdelávacej aktivity : <u>Sprevádzanie rodiny</u>

Organizačná forma:

Základ vzdelávacieho programu tvorí teória prístupov k rodine, jej sprevádzanie a pomoc v bežných a náročných, krízových až ohrozujúcich životných podmienkach.

Program je koncipovaný do 2 školských rokov, v rozsahu 200 hodín - 4 semestre. Zameraný jednak na kariérny rast absolventa predovšetkým Liečebnej pedagogiky a na zlepšenie profesijnej práce s rodinou. Zohľadňuje absolventov rozvoj širšej spôsobilosti pre prax s ohľadom na aktuálne spoločenské potreby a zmeny.

Pri príprave vzdelávacieho programu, **Sprevádzanie rodiny** bolo dôležité sa zamerať na inováciu a rozvoj liečebnopedagogických vedomostí, zručností a návykov, na formovanie profesijných postojov pri práci a sprevádzaní rodiny, ktorý zodpovedá aktuálnym požiadavkám na tvorivý a efektívny výkon pri výchovno - terapeutickej práce u účastníkov vzdelávacieho programu.

Kurz nenahrádza riadne štúdium liečebnej pedagogiky a neoprávňuje používať titul liečebný pedagóg pri uchádzaní sa o pracovné zaradenie

Cieľová skupina

Vzdelávací program **Sprevádzanie rodiny** je určený predovšetkým pre liečebných pedagógov a iných pedagogických zamestnancov pôsobiacich v školách, školských zariadeniach, ďalej v rezorte zdravotníctva, sociálnych služieb, taktiež je vhodný pre poradcov v neštátnych informačno-poradenských organizáciách (pre zamestnancov, dobrovoľníkov a súčasne aj pre manažérov týchto organizácií).

Požadované vstupné vzdelanie

Účastník vzdelávania by mal mať minimálne ukončené bakalárske vzdelanie v odbore Liečebná pedagogika, prípadne v odboroch ako sú: Sociálna práca, Sociálna pedagogika, Špeciálna pedagogika, Pedagogika, alebo iné magisterské štúdium v humanitného smeru.

Profil a uplatnenie absolventa

Absolvent vzdelávacej aktivity **Sprevádzanie rodiny** si zvýši profesijné kompetencie a kvality s ohľadom na ich individuálne predpoklady čo je súčasť profesionálneho rozvoja a kariérneho rastu v pedagogickej profesie,

Absolvent získa nasledovné vedomosti a zručnosti:

- bude poznať sociokultúrne prostredie rodiny s ohľadom na jej sociálnu klímu,
- bude vedieť posúdiť výchovné štýly v rodine a využívať liečebnopedagogickú diagnostiku,
- viesť poradenský rozhovor, efektívne využívať verbálnu a neverbálnu komunikácie,
- použiť asertívne zručností, používať mediáciu pri práci s rodinou,
- poskytovať poradenstvo
- robiť sebareflexiu a reflexiu vlastných vzťahov v rodine,
- poznať svoj osobnostný profil a vplyv výchovy a rodinného prostredia
- vedieť rozpoznať a následne zamedziť narušenie a ohrozenie rodinného prostredia,
- samostatne a premyslene navrhnúť liečebnopedagogickú intervenciu a následne voliť postupy sprevádzania a nápravy v rodine a jej prostredí, resp. navrhnúť preventívne, podporné, korekčné a sociointegračné programy pre rodinu,
- poznať zákonitosti riadenia svojho osobného a pracovného času, v rámci supervízie komunikovať zmeny a tým zvyšovať efektivitu poskytovaných poradenských služieb,
- prakticky a efektívne sa zapojiť v procese komunikácie do siete pomáhajúcich organizácii a inštitúcii a vytvárať tak interdisciplinárny a komplexný prístup sprevádzania a pomoci rodine.

Absolvent sa môže uplatniť:

- ako všeobecný poradca v oblasti poskytovania poradenských služieb pre rodinu,
- ako terapeutickovýchovný a poradenský zamestnanec v školách, školských a mimoškolských zariadeniach,
- v ďalších oblastiach poradenstva , kde priamy kontakt s klientom a jeho rodinou vyžaduje spomínané vedomosti, sociálne zručnosti, postoje a návyky.

Jana Špániková, garant programu

Ďaľsie informácie vám poskytnú na:

bodiova@fedu.uniba.sk - Referát celoživotného vzdelávania www.fedu.uniba.sk

EBIF, ONLINE DIPLOM VO VČASNEJ INTERVENCII, VZDELÁVANIE ODBORNÍKOV V KRAJINÁCH EÚ

MARTA HORŇÁKOVÁ

Abstrakt

Poster informuje o možnosti získať on-line diplom Európsky certifikát pre včasnú intervenciu a o ďalšom vzdelávaní na internetovom portáli.

Kľúčové slová

Včasná intervencia, on-line diplom, ďalšie vzdelávanie odborníkov vo včasnej intervencii.

Online diplom vo včasnej intervenci

V ostatných rokoch bol vytvorený on-line nástroj na hodnotenie kvalifikácie pre prácu v oblasti včasnej intervencie. Je založený na štandardoch pre odbornú prípravu, ktorý vypracovali pod vedením Dr. Manfreda Pretisa (www.ebiff.org) z Grazu odborníci z viacerých európskych krajín. On-line verziu európskeho kurikula v slovenskom jazyku možno nájsť na www.precious.at pod heslom curriculum assessment.

Každý, kto si myslí po porovnaní vlastného vzdelania a kurikula, že spĺňa požadované kritéria, si môze otvoriť dotazník, vyplniť ho (trvá to asi tri hodiny) a po odoslaní získať európsky certifikát.

Projekt vzdelávania odborníkov vo včasnej intervencii

V súčasnosti je pripravený internetový portal www.precious.at, kde bude mocť jazykovo zdatný záujemca o poznatky nájsť študijné texty, alebo cvičné video k študijnému problému v deviatich jazykoch Európy. Na slovenských textoch sa pracuje – so sklzom. Zatiaľ by ste ich tam hľadali zbytočne. Ale ak si pozriete moduly a nájdete oblast v ktorej môžete vypracovať študijný material aj vy. Je to vítané a radi vás pozývame do tímu. Vypracovanú prednášku prepošlite na adresu marta.hornakova@fedu.uniba.sk

Poskytnutím materiálu podľa dohody dáva autor súhlas s prípadnym prekladom do iného jazyka, rovnako ako i on sám si bude môcť čokoľvek preložiť. Každý text ale musí riadne citovať a uvádzať internetovú stránku ako zdroj. Na honoráry zatiaľ nie sú financie.

Ak budú odborníci spolupracovať, nový poznatok, alebo jedinečná skúsenosť v jednej krajine, bude takmer okamžite k dispozícii mnohým iným odborníkom v rôznych krajinách. Tie, krajiny, kde včasná intervencia ešte nie je rozvinutá, môžu profitovať zo skúsenosti vyspelých odborníkov. Otvára to predpoklady pre skvalitnenie služieb. Pre mladých odborníkov nie je zanedbateľná ani možnosť publikovať na zahraničnej stránke a zbierať informácie aj pre svoj výskum a ďalší odborný rast.

Na ďalšej strane uvádzame list s presnými informáciami o prístupe na portal

Education and Culture DG
Lifelong Learning Programme

Novinky 2/09

PRECIOUS
Profesionalizácia vo včasnej intervencii: Online nástroje a štandardy

www.precious.at

Kontakt:

Katharina Oberhofer
Telephone: +43-650-7337027
E-mail: k.oberhofer@sinn-evaluation.at

Dr. Manfred Pretis
Lerchengasse 4c,
A-8054 Graz
Austria
Tel/Fax +43-316/251699
Mobile +43-699-12652070

S.I.N.N. SOZIAL INNOVATIVES NETZ
Lerchengasse 4c
8054 Graz
Tel: ++43-699-12652070
Fax: ++43-316-251699
office@sinn-evaluation.at
www.sinn-evaluation.at

S.I.N.N Social **IN**novative **N**etwork
Consulting, Clinical Psychology,
Special Needs Education
email office@sinn-evaluation.at
www.sinn-evaluation.at

Tento projekt podporuje Európska komisia. Toto oznámenie obsahuje iba názory autora a Komisia nemôže niesť zodpovednosť za akékoľvek použitie, ktoré môže byť vyvodené z informácií v ňom obsiahnutých.

Milé kolegyne, kolegovia,

PRECIOUS Online Ressourcen-Pool (www.precious.at) je spustený!

Čo je PRECIOUS Online Ressourcen-Pool?

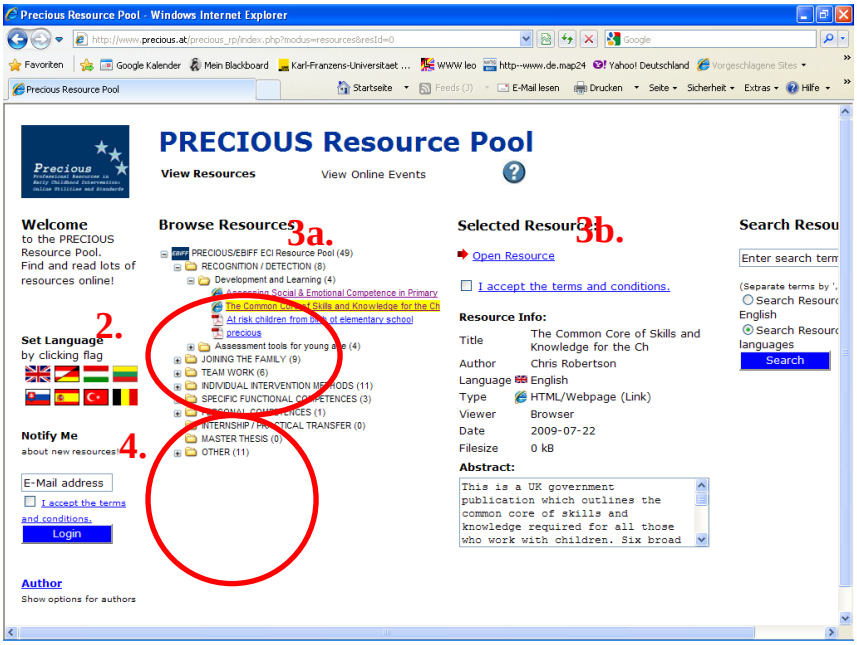
PRECIOUS Online Ressourcen-Pool je platformou s možnosťou pre cvičné zariadenia, odborníkov a budúcich zamestnancov, aby tu našli množstvo vzdelávacích materiálov z oblasti včasnej intervencie a zdarma si ich mohli stiahnuť. Tieto zdroje dali k dispozícii v elektronickej forme európski experti vo včasnej intervencii.

Ako môžem využívať PRECIOUS Online Ressourcen-Pool?

1. Choďte na hlavnú stránku PRECIOUS (www.precious.at) a kliknite na linku **PRECIOUS Ressourcen-Pool**

2. Zavedie vás to priamo na PRECIOUS Ressourcen-Pool, kde si môžete vybrať **jazyk**, ak zakliknete príslušnú zástavu.
3. Teraz môžete
   a. listovať v zdrojoch podľa schémy, ktorá tematicky sleduje štruktúru EBIFF (www.ebiff.org),
   b. vybrať si a otvoriť zdroj tým, že budete akceptovať pravidlá používania a kliknete na Linku „otvoriť zdroj“ („Ressource öffnen“).
   c. Otvorený zdroj si môžete stiahnuť, prípadne uložiť na svoj počítač.

4. Ak si budete želať ďalšie informácie cez E-mail, napr. keď budete mať nový zdroj stiahnutý, musíte zadať svoju **E-mailovú adresu** a akceptovať užívateľské podmienky.



Aké ďalšie možnosti má pre mňa PRECIOUS Online Ressourcen-Pool?

- Bezplatné sťahovanie učebných a cvičných materiálov o včasnej intervencii v rôznych formátoch a ôsmych jazykoch (angličtina, nemčina, francúzština, maďarčina, litaučina, slovenčina, španielčina a turečtina).
- Vzdelávacie zariadenia majú možnosť materiály, ktoré vypracovali euópski experti, zdarma si stiahnuť priamo z portálu a využiť ich pri svojom vzdelávaní.
- Manipulácia s on-line zdrojmi a ich sťahovanie je jednoduché!
- Ponúka otvorenú platformu pre výmenu názorov a vzájomnú podporu pre vzdelávateľov a vedúcich výcvikov.

Ak budete mať otázky ohľadne PRECIOUS Ressourcen-Pool alebo ohľadne sťahovania zdrojov, sme vám samozrejme radi k dispozícii.

Navštívte aj naše ďalšie projektoré stránky:

- www.precious.at
- www.strong-kids.eu
- www.camhee.eu
- www.carers-project.eu
- www.easyict.eu
- www.enevaproject.eu

Ak nemáte zaujem o naše ďalšie informácie, informujte nás o tom mailom, aby sme Vás mohli vyčiarknúť zo zoznamu mailových adries.

EDUCATING SUPERVISORS AND COACHES FROM MULTICULTURAL EUROPE (ESME)

ELISABETH ALDER-WUERRER

Abstrakt

Poster prináša informácie o vzdelávaní supervízorov a koučov rámci mutikulturálnej Európy, ktoré bude prebiehať aj v Bratislave na konci októbra 2009.

Kľúčové slová

Celoživotné vzdelávanie, supervízia, koučing.

Grundtvig Partner: Slovensko, Rakúsko, Česka Republika, Estónsko, Bulharsko

Kontakt: Dr. Jana Špániková spanikova@fedu.uniba.sk

Jazyk: angličtina

Cieľmi partnerstva

sú vzdelávať supervízorov a koučov pre multikultúrnu Európu prostredníctvom

- vývoja nadstavbového tréningu "multikultúrna supervízia a koučing" a
- zahrnutia kultúrnej senzitivity do existujúceho vzdelávania pre supervízorov a koučov.

V tomto tréningu bude ďalej rozvíjaná kultúrna senzitivita a multikultúrne kompetencie supervízorov, koučov a zúčastnených študentov, účastníci budú schopní podporovať rozvoj kultúrnej senzitivity a inter/multikultúrnych kompetencií u svojich klientov.

Týmto spôsobom si účastníci vytvoria kompetencie a zručnosti pre supervíziu a koučovanie: multikultúrnych tímov, klientov z iných kultúr (špeciálne imigrantov), klientov pracujúcich v zahraničí (expatriotov), medzinárodné spoločnosti a organizácie.

Prečo si myslíme, že je dôležité integrovať kultúrnu senzitivitu do vzdelávania supervízorov a koučov?

Práca supervízorov a koučov musí byť vnímaná v širšom kontexte. Ich práca ovplyvňuje pohodu a úspechy ich klientov. Koučovia a supervízori pracujú v sociálnej sfére rovnako ako v spoločnostiach a organizáciach. Vzhľadom na migračné procesy a globalizáciu sú

supervízori a koučovia konfrontovaní so zväčšujúcim sa multikultúrnym svetom ich klientov. V tejto novej Európe je kultúrna senzitivita supervízorov a koučov nevyhnutná preto, aby boli schopní pomáhať svojim klientm reflektovať svoju pracovnú situáciu a nachádzať lepšie východiská. To sa týka vštkých druhov klientov, od manažérov veľkých medzinárodných organizácií po sociálne sestry v detských domovoch a nemocniciach.

„Balík“ nástrojov pre supervízorov a koučov by mal byť testovaný a adaptovaný a mali by do neho byť zapracované nové metódy, ktoré im pomôžu pomáhať svojim klientom v novej multikultúrnej Európe.

Reflektovanie pracovných podmienok a zmysel a význam práce v rôznych kultúrach a rôznych členských štátoch EÚ môže hrať kľúčovú úlohu pri zlepšovaní vzájomného porozumenia a kvality spolupráce.

Tieto poznatky priviedli všetkých partnerov k myšlienke, že kultúrna senzitivita by mala byť súčasťou vzdelávania supervízorov a koučov.

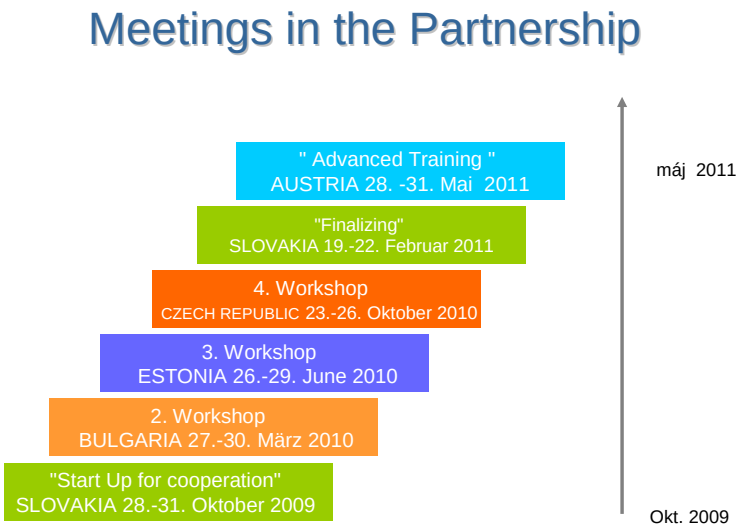
Ako to dosiahneme?

Vnútorný tím pozostávajúci z jednej či dvoch osôb a jedného partnera bude riadiť rozvoj tréningového programu.

Uskutoční sa 5 workshopov v rôznych krajinách, aby sa zhromaždili skúsenosti a know-how použiteľné pre tvorbu nadstavbového tréningu.

Počas workshopov multikultúrne skupiny

- si budú vymieňať skúsenosti a metódy a teórie
- budú testovať a reflektovať metódy, nástroje a intervencie
- budú zhromažďovať a reflektovať vlastné skúsenosti s inými kultúrami.



Nadstavbový program “Multikultúrna supervízia a koučing” bude dizajnovaný na základe výstupov workshopov skupinou skúsených supervízorov zúčastňujúcich sa na tomto partnerstve. Nadstavbový tréning sa uskutoční vo Viedni (v plánovanom čase - máj 2011).

Okrem vnútorného tímu budú ďalší kolegovia a študenti prizývaní k účasti na workshopoch,

aby

- poskytli čo najväčší rozsah pohľadov a skúseností
- komunikovali svoje skúsenosti z práce v multikultúrnych tímoch, aby priviedli tím zostavujúci nadstavbový tréning tak blízko realite, ako je to len možné
- monitorovali efekty používania rôznych jazykov
    - súbežné používanie viacerých jazykov
    - preklady ne-odborníkmi

Info Meeting at the University

5. 11. 2009 17:00-19:00

WORKSHOPY

TERÉNNA PRÁCA LIEČEBNÉHO PEDAGÓGA PRI VOĽNOČASOVÝCH AKTIVITÁCH DETÍ, KOMUNIKÁCIA A PRÁCA S CELOU RODINOU

LUCIA LIPTOVSKÁ

Abstrakt

Príspevok ponúka čitateľovi krátky nahliadnuť do práce liečebného pedagóga pri terénnej práci s deťmi a ich rodinami.

Kľúčové slová

Terénna práca, dobrovoľníctvo, voľnočasové aktivity, práca s deťmi.

Terénna práca (v súvislosti s týmto príspevkom) je pravidelná niekoľkoročná činnosť s deťmi a mládežou v ucelenom kolektíve oddielu. Oddiel Carrigo funguje už 20 rokov, deti sa schádzajú 1x týždenne na 3 hodiny, okrem toho je 1x mesačne jednodňová, alebo trojdňová akcia cez víkend. Počas roka sa konajú 3 tábory: jesenný, jarný a letný. Vekový rozsah členov je väčšinou od 8 do 16 rokov. Oddiel vedú štyria vedúci – manželský pár a brat so sestrou (bývalí členovia). Všetci pracujú ako dobrovoľníci a dobrovoľníkom je aj liečebný pedagóg. Dobrovoľnícka práca sa prekrýva s profesiou, životným štýlom a rodinným životom vedúcich, čo v mnohých prípadoch nesmierne uľahčuje komunikáciu s rodičmi detí z oddielu. V prefeminizovanom školstve je mužská časť vedúcich veľmi vítaná a najmä pre chlapcov slúži ako pozitívny vzor správania sa.

V globále ide o prácu s tzv. intaktnou populáciou detí. Podľa skúseností však v oddieli „zakotvia“ rôzne deti, často najmä s nediagnostikovanými poruchami správania, pozornosti, či poruchami učenia. Ako liečebný pedagóg sa zúčastňujem na všetkých aktivitách a som s dieťaťom hneď od jeho príchodu do kolektívu. Nové deti (nováčikovia) pristupujú počas celého roka. Na prvej schôdzke ich väčšinou nechávame tak, komunikujeme s nimi minimálne, obyčajne sa opýtame len na krstné meno, alebo prezývku a povieme im, že si všetci tykáme. Miera ich aktivity, či zapojenia do programu je výsostne v ich kompetencii. Väčšinou sa pohybujú v dvoch „extrémoch“ - buď sa zapoja, hrajú sa, ale ešte veľmi nekomunikujú, alebo sa len pozerajú. Snažíme sa nováčika len vnímať a poskytnúť mu priestor – fyzický aj komunikačný. Odbúravame tak stres z nového prostredia a ľudí. Nepýtame sa ani či príde nabudúce, len mu túto možnosť ponúkneme. Až po mesiaci (t.j. 4 schôdzky) – pokiaľ je to nejasné - sa opýtame na jeho rozhodnutie, či chce, alebo nechce chodiť do oddielu.

Prostriedkom „práce“ v oddiely je hra. Hrami ich učíme, v hrách dostávajú podnety na svoj osobnostný rozvoj, hrami sa ich snažíme „vychovávať“. ODVAHA, ČESŤ, PRIATEĽSTVO – to sú základné zásady správania sa. Odvahou rozumieme byť odvážnym vo všetkých činnostiach a situáciách (napr. priateliť sa s outsiderom, nesympatickým, povedať si slušne svoj názor, diskutovať, mať odvahu hovoriť o veciach, komunikovať a pod.). Česť je dodržiavaním zásad fair play (napr. v hre sa hráč prizná, že sa mu lopta dotkla nohy a dá ju súperovi, hoci to nikto nevidel alebo v hrách, keď sa činnosť nedá skontrolovať – napr.

neskrátiť si cestu terénnej hry – robiť aktivitu poctivo a starší idú príkladom mladším). Priateľstvo sa vyznáva bez rozdielu a bez komentára. K týmto zásadám patrí aj zodpovednosť za seba samého a za spoločné činnosti a veci – napr. za prípravu jedla alebo za oddielový materiál. Veľmi pomáha aj samotná skupinová dynamika a interakcia medzi deťmi. Osobný príklad vedúcich oddielu je vnímaný veľmi citlivo, presne a vo vyššom veku aj veľmi kriticky. Oddiel nie je celkom klasická terapeutická skupina v liečebno-pedagogickom chápaní. Lepší pojem je „kmeň“ (kmeňové spoločenstvo), kde sa na jeho širších hraniciach sa pohybujú aj rodičia, s ktorými intenzívne komunikujeme a spolupracujeme. Komunikácia s nimi je od prvého kontaktu priama, otvorená, korektná a rešpektuje intimitu rodiny. Mnohí rodičia sú spočiatku nedôverčiví, nie sú zvyknutí na takúto otvorenú komunikáciu. Snažíme sa ich priviesť alebo utvrdiť v postoji, že aj oni sú zodpovední za voľnočasové aktivity svojho dieťaťa, že majú rozhodovacie práva a že nestojíme proti nim – ale vedľa nich a máme spoločný cieľ – spokojné dieťa, ktoré robí niečo zmysluplné.

Pre rodičov organizujeme rodičovské stretnutia, majú aj svoju skupinu so zaradenými psychohrami (pre rozvoj sebaspoznania), môžu navštevovať dieťa na letnom tábore počas návštevného víkendu, niektoré výlety a akcie sú organizované aj pre nich. Často s nimi konzultujeme aj školské či výchovné problémy (niekedy aj „nahrádzame“ rodičov – napr. pri sexuálnej výchove, alebo ak je rodina aktuálne nefunkčná), príp. konzultujeme zdravotné problémy.

K udržiavaniu poriadku a disciplíny v oddieli používame fyzické aktivity ako napr. drepy, alebo kliky za nadávky, za neodloženie požičaného oddielového materiálu, alebo sa nevhodné správanie. Podmienky sú rovnaké pre každého – dieťa aj vedúceho (ak sa napr. stalo, že vedúcemu sa vyliala špinavá voda pri umývaní dlážky a z úst sa mu vydralo “áách, do riti..“ – robil 30 drepov). Rodičov sa snažíme viesť k tomu, aby nepoužívali ako trest zákaz chodenia do oddielu, pretože sa absolútne míňa účinkom, pomôžeme nájsť iné možnosti. Rodičia tak dotvárajú kompaktný celok fungovania oddielovej skupiny.

Práca v oddieli – aj keď „len“ dobrovoľnícka – ponúka pre liečebného pedagóga obrovské množstvo praktických skúseností a možností vyskúšať si a naplno využiť všetky svoje odborné schopnosti, zručnosti a znalosti. Samozrejmosťou pri práci s ľuďmi je celoživotné vzdelávanie a neustála práca na sebe samom. Dobrovoľnícka črta poskytuje ešte jeden rozmer: silnejší pocit zodpovednosti, pretože tieto deti nemôžeme – obrazne povedané – odložiť ako klientov a „terapiu“ po kratšom čase ukončiť. Prežijeme s nimi časť ich životov – s niektorými aj celé detstvo a dospievanie. Odmenou sú nám okrem osobných pocitov slová uznania od rodičov, návraty starších už odrastených členov, pretrvávajúce kontakty a najmä nezabudnuteľná atmosféra.

SON-RISE: TERAPIA PRE CELÚ RODINU (SKUTOČNÝ ŽIVOT S AUTISTOM)

MARGARÉTA MOKRÁŇOVÁ, VLADIMÍR MOKRÁŇ

Abstrakt

Aké to je byť rodičom špeciálneho dieťaťa, ako sa nevzdávať a ako hľadať cestu tam, kde sa javí, že žiadna nie je.
Prípevok je výpoveďou rodičov, ktorí našli spôsob ako sa priblížiť k svojmu synovi Robinovi prostredníctvom unikátnej terapie Son-Rise.

Kľúčové slová

Špeciálne dieťa, rodičovstvo, hľadanie zmyslu, terapia Son-Rise.

Keď sme boli pozvaní na túto konferenciu, za čo sme Petre Mitašíkovej veľmi vďační, a keď sme sa rozhodli, že pozvanie prijmeme, rozmýšľali sme, ako náš vstup poňať. Veľmi rýchlo sme prišli k rozhodnutiu, že nebudeme rozprávať o terapii samotnej a o princípoch terapie, ktorú sa snažíme viesť, ale predstavíme skôr kus nášho životného príbehu. Naša rola je trochu špecifická – jeden z nás je nielen rodič špeciálneho dieťaťa, ale aj liečebný pedagóg. A tak sme sa rozhodli porozprávať vám kúsok zo svojho vnímania a prežívania rodičov, ktorí sú postavení do role, ktorú nečakali, role rodiča špeciálneho dieťaťa – s dôrazom na to, čo nám na našej ceste pomáhalo a čo nám naopak nepomáhalo až bránilo, čo vnímame v našich podmienkach ako dôležité či chýbajúce pre takýchto rodičov a tiež prečo sme sa rozhodli ísť cestou terapie Son-Rise a v čom nám táto terapia pomohla. Na záver uvádzame hlavné princípy tejto terapie ako doplnok k nášmu rozprávaniu.

Chceli by sme ešte zdôrazniť, že naše názory, postrehy a pocity majú tú vlastnosť, že sú naše. Našim úmyslom rozhodne nie je ich zovšeobecňovanie.

Časť prvá: ako sme vnímali našu situáciu na začiatku

Keď sa nám narodil Robin (9 r.) a my sme sa len postupne dozvedali, čo všetko mu je (mali sme to dávkované po častiach, čo bolo asi veľmi dobré, v diagnóze mal o.i. rázštep podnebia, srdcovú vadu, porušený sluch a zrak, cerebrálne poškodenie, rázštep chrbtice bez neurologických následkov, nemal sací, hltací, Moorov reflex, nedovyvinuté niektoré orgány, hypotóniu...), prežívali sme – bez ohľadu na našu odbornosť alebo vzdelanie – úplne štandardné depresie. Prešli sme úvodným štádiom „tomu neverím“, posunuli sme sa k „prečo práve my“ a cez silne emotívne „nenávidím život“ a zdĺhavé „nič nemá zmysel“ sme dospeli nakoniec k „asi to tak má byť“. Posledné štádium „a je to tak dobre“ prišiel až s terapiou Son-Rise.

Tie prvé štádiá sa vyznačovali niekoľkými znakmi: predovšetkým sme sa neorientovali v situácii ani sami v sebe. Nenachádzali sme význam, zmysel našej situácie, vesmír bol voči nám zlý a krutý. Žili sme zo dňa na deň, čakajúc, že sa to nejako (samo) vyrieši, a pritom každý deň prinášal nové zlé správy. Nechápali sme a trápili sme sa.

Prešlo pár hektických mesiacov (prvý rok bol len o udržaní Robina pri živote). Robina skvelá pani primárka pustila z nemocnice, aj keď nespĺňal kritériá a začali sme nejako fungovať. To znamenalo násilím ho kŕmiť, pretože nemal hltací reflex, cvičiť Vojtovou metódou, odsávať, inhalovať... Celý deň bol vyplnený starostlivosťou, pričom sme sa neustále pohybovali na hrane života (keď počet apnoe páuz presiahol jednociferné číslo, prestali sme ich počítať). A k tomu sme navštevovali 13 (slovom trinásť) odborných ambulancií.

V tomto čase sme prišli na niečo, čo bolo pre nás v prvom kroku šok, aj keď dnes to vidíme veľmi pozitívne: zistili sme, že nikto, **žiadny odborník, nie je schopný vidieť naše špeciálne dieťa ako celok**. Kardiológ videl srdce, ortopéd videl kĺby, pneumológ videl pľúca. Nik ho nevidel a nik ho nebol ochotný vidieť ako Robina. Zrazu sme my boli jediní, kto ho vnímal celkovo a kto musel rozhodnúť, čo je pre neho dôležité a čo menej. Boli sme to my, kto musel rozhodnúť, že kĺby sú menej dôležité ako prežitie (stálo nás to jeden konflikt s príslušným ortopédom). Boli sme to my, kto musel rozhodnúť, že ho treba sondovať a kto ho sondovať začal (odborníčka nás od toho odhovárala ako vedela), aby prestal mať aspiračné pneumónie a bolo možné zoperovať rázštep, ktorý bol príčinou, prečo nedokázal jesť, čo viedlo spolu s hypotóniou k aspiračným pneumóniám.

Vtedy sme zobrali svoj život do svojich rúk a naučili sme sa, že odborníci sú (často) skvelí vo svojom obore, ale nie je ich kompetenciou rozhodovať o živote nás či našich detí ani vnímať ich celistvo.

Bola to veľká škola, ale tá najväčšia nás ešte čakala. Stále sme ešte boli depresívni, ubolení a chronicky unavení rodičia.

Časť druhá: Son-Rise

Keď mal Robin asi tri roky, náhodou sme sa dostali k informácii o terapii menom Son-Rise. Dozvedeli sme sa o nej presne v čase, keď sme začínali mať podozrenie, že Robi je možno aj autista. Vtedy mal za sebou množstvo operácií, ktoré viac-menej jeho stav stabilizovali až vyriešili a nebyť tejto „čerešničky na torte“, možno by sme dnes žili celkom bežným životom. To, že Robin je aj autista, sme sa však našťastie dozvedeli presne v tom istom momente, keď sme videli, že existuje terapia, ktorá sa hrdí vyliečenými autistami.

Absolvovali sme kurz Son-Rise v Londýne (neskôr druhý kurz už v USA) a začali sme doma túto terapiu viesť. Behom prvého pol roka sa Robin posunul z dieťaťa, ktoré nás vnímalo približne po kolená, na dieťa, s ktorým máme takmer 100 % očný kontakt. Z dieťaťa, ktorého komunikácia sa obmedzuje na ťahanie za prst na dieťa, ktoré zmysluplne používa jedno až dvojslovné vety, aby dosiahlo, čo chce. Z dieťaťa, ktoré je uzavreté v sebe na dieťa, ktoré sa s nami smeje, má očividný zmysel pre humor, hrá sa abstraktné hry.

Pravdivo musíme povedať, že po prvom polroku sa jeho rýchly vzostup do veľkej miery zastavil (čiastočne to pripisujeme očkovaniu, ktoré vtedy absolvoval), ale pokračuje ďalej a dnes to je úplne iné dieťa, než v tom čase. Má ešte obrovskú cestu pred sebou, ale podobnú má aj za sebou.

Čo bolo tak špeciálne na tejto terapii? Prvý bod je paradoxný: bol to **prvý prístup**, s ktorým sme sa stretli, **ktorý sa v prvom kroku zameriava na rodiča, nie na dieťa.** To je v rámci dostupných terapií unikátne, a je to veľmi pravdivý prístup. Kým nie je rodič v poriadku, svojmu dieťaťu nepomôže. Množstvo energie, ktoré má a môže rozdávať spokojný až šťastný človek, je pritom tak obrovské, že samo o sebe dokáže zázraky. Rodič musí byť silný, aby zvládol to všetko, čo ho čaká.

Son-Rise bol tiež **prvý prístup, ktorý nám dal nádej** (vyliečenie autizmu je možné a reálne) spolu **s jasnou správou, že sme to my sami, kto môže pomôcť svojmu dieťaťu**. Vieme o viacerých deťoch, ktoré sa vďaka Son-Rise plne vyliečili z autizmu (nie je to len o Raunovi, vďaka ktorému Son-Rise vznikol a ktorého poznáme aj osobne a osobne poznáme aj jeho rodičov Barry a Samahriu Kaufmanovcov, ktorí terapiu vytvorili). Zároveň nám tento prístup dal do rúk možnosť sami niečo robiť. Son-Rise nie je o tom, že odložíme dieťa 5x do týždňa na pol dňa do zariadenia, kde s ním snáď aspoň niečo urobia. Je o tom, že sami vieme, čo môžeme robiť a neskutočne intenzívnou terapiou založenou na veľmi konkrétnych princípoch sami svojmu dieťaťu dávame maximum, čo dokážeme.

Jedna z najdôležitejších vecí, ktorú vnímame, že ju potrebujú rodičia špeciálnych detí, je **pochopenie, že veci musia zobrať do vlastných rúk**. Toto pochopenie môže byť nešťastné (typu „nikto mi nepomôže“) alebo šťastné („mám to vo svojich rukách – to je super“). Son-Rise predstavuje tú druhú cestu. Vieme, že väčšina rodičov špeciálnych detí sú chronicky nešťastné a unavené bytosti. Pomôcť takémuto človeku, aby bol šťastný a plný energie, je pre nás psychologický zázrak, ktorý v Option Institute, kde učia Son-Rise, dokážu. Prerod z rodiča, ktorý sa potrebuje dieťaťa na časť dňa zbaviť (aby si aspoň trošku oddýchol, aby to všetko prežil) na človeka, ktorý so svojím dieťaťom chce byť čo najviac, aby mu čo najviac pomohol, je to, čo robia z rodičov kurzy Son-Rise.

Prečo sa o tom tak rozpisujeme? Pretože toto je vec, ktorá u nás jednoznačne chýba. Popri všetkej odbornej starostlivosti o Robina, niekedy skvelej, inokedy hroznej, sa nikto nezameral na celú rodinu, ktorá však funguje ako celok. Tento druh intervencie u nás úplne absentuje, čo je fakt, ktorý by sme radi dali do pozornosti.

Ďalšia nesmierne dôležitá vlastnosť: Son-Rise má za sebou filozofiu, ktorá nás bez ohľadu na to, že máme Robiho, nesmierne obohatila. To, že **šťastie je vecou osobnej voľby**, že máme možnosť nebyť nešťastní, nás naučili v Option Institute. **Absolútne prijatie** svojho **dieťaťa** také, aké je, je krásny princíp, s ktorým sa asi stotožní každý, ale naozaj tento princíp žiť je obrovsky ťažké. Je to celoživotná cesta, ale Son-Rise ju má v základoch a smeruje k tomuto ideálu veľmi účinne, rozhodne najviac zo všetkého, s čím sme sa kedy stretli. Už len fakt, že máme autistické dieťa, sa dá vnímať ako dar. Son-Rise je každopádne cesta rastu všetkých zúčastnených (t.j. rodičov, dobrovoľníkov a ostatných najbližších rodinných príslušníkov). Son-Rise a filozofia, ktorá je za ním, naštartovala náš vlastný osobnostný rozvoj novým smerom. Nemusíme prijímať do detailov celú filozofiu, aj tak je to obrovská zmena. (Robin má ešte dve sestry – Ronju (11 r.) a Johanku (1 a ½ r.), obe sú pre neho obrovským prínosom . Ronja je tiež naším netradičným životom veľmi obohatená, aj keď si myslíme, že práve ona to má v našej rodinne najzložitejšie.)

Dnes vnímame (rovnako ako aj terapia Son-Rise), že **odborník má byť pomáhajúci, a to vo forme sprievodcu**. Má dať rodičovi prehľad možností, čo všetko môže, aby sa rodič rozhodol, čo chce so svojim dieťaťom robiť. Odborník, ktorý si myslí, že vie všetko a pre ktorého je rodič nadbytočná príťaž, je však u nás – bohužiaľ – veľmi bežný, najmä medzi lekármi. To bolo to, čo nás veľmi v živote s Robinom brzdilo.

Na záver – čo nám ešte vedenie tejto neuveriteľne intenzívnej a láskyplnej terapie prinieslo: máme obrovské množstvo nových priateľov, čo sú ľudia z tej najlepšej sorty. Sú to naši dobrovoľníci – súčasní aj bývalí. Ďalej: pred Son-Rise sme boli chronicky nešťastní a unavení ľudia, čo je asi pre rodičov špeciálnych detí dosť typické. Teraz sme už iba chronicky unavení...

A nakoniec – náš život s touto terapiou rozhodne nie je „normálny“. Nebol taký pred Son-Rise a nie je ani dnes. Dnes však omnoho viac sami určujeme smer, ktorým sa uberáme. Nie

sme papierová loďka na vlnách rozbúreného mora, ako sme boli. A sme vďační Robinovi za to, že nám dal príležitosť učiť sa a rásť.

Ďalšie informácie

- Stránky o našom živote: http://robin.mokranovci.net
- Autism Treatmen Center of America (len po anglicky): http://www.son-rise.org
- Stránka terapeutky Lindy Neubauerove-Cecavovej: http://www.srp-terapeut.cz/
- Option Institute (len po anglicky): http://www.option.org
- Osobná stránka Barry Neil Kaufmana (len po anglicky): http://www.barryneilkaufman.com

Dodatok: princípy Son-Rise

Úvodom k zhrnutiu princípov terapie Son-Rise treba povedať, že je veľmi jednoduché vymenovať ich a veľmi náročné žiť ich. Skúste ich naplno žiť – a keď to zvládnete, skúste ich niekoho naučiť žiť ☺.

- **Prijatie nesúdiaceho a optimistického prístupu:** dieťa veľmi dobre cíti, keď jeho svet posudzujeme. Má svoje "izmy", opakované a samostimulujúce správania a my ich vnímame ako zlé. V skutočnosti všetko, čo dieťa robí, má svoj dôvod. My ho možno nepoznáme, ale môžeme si byť istí, že tento dôvod existuje. Žiadne správanie autistického dieťaťa nie je zlé! Keď dieťaťu stále zakazujeme robiť, čo ho baví, či už priamo alebo nepriamo, keď signál, ktorý od nás prijíma, je o tom, že jeho svet, do ktorého je uzavreté, je zlý, prečo by malo s nami chcieť komunikovať? Cesta z tohto kruhu je v nás - keď prijmeme jeho/jej správanie bez odsudzovania, keď s ním budeme spokojní aj keď sa nespráva ako by sme radi, vytvárame prostredie slobody. V nej sa má šancu narodiť záujem o druhú osobu.
- **Vstúpenie do sveta dieťaťa - opakovanie jeho rituálnych prejavov v správaní (joining):** naše dieťa robí, čo dokáže. Keď nekomunikuje, asi nevie ako. Jednoducho robíme to, čo práve robí dieťa, a to v situácii keď je dieťa uzavreté. Tým, že vstúpime do jeho sveta, máme šancu ho pochopiť a ukázať mu, že v ňom nie je samo. Tým, že budeme opakovať jeho správanie, že nás to tiež baví, mu ukážeme, že stojí za to zaujímať sa o druhého. Až potom mu máme šancu pomaly ukázať, že náš svet stojí za námahu. Očný kontakt s autistickým dieťaťom sa začína pomocou vstúpenia do jeho sveta a ďalej prehlbuje maximálnou a nadšenou podporou očného kontaktu. Joiningom dieťaťu komunikujeme, že ho absolútne prijímame také aké je, že prijímame jeho správanie nech je akékoľvek, komunikujeme mu lásku.
- **Využitie motivácie dieťaťa:** ak dieťa samo nechce, nič nedosiahneme. Čo s tým? Prinútiť ho? Dosiahneme obal bez obsahu. Iba práca s motiváciou dieťaťa má v tomto prípade šancu. Keď človek chce, dokáže zázraky. Keď je dieťa zaujaté terapeutom, má už očný kontakt, pracujeme ďalej s jeho motiváciou. Hráme sa s hračkou, ktorá ho baví - a povzbudzujeme ho k výkonom (napr. pri učení reči) pomocou hry s vecami, ktoré dieťa motivujú.
- **Výučba pomocou interaktívnej hry:** dieťa musí hra baviť, inak sa vráti do svojho sveta. Veľmi dôležitá je pri tom výdrž. Terapia môže trvať mesiace, než dieťa začne reagovať.

- **Energia, nadšenie a entuziazmus:** jeden zo základných prvkov Son-Rise terapie. Keď nás to nebaví, dieťa to vycíti. Keď neveríme v možnú zmenu, nikdy ju nedosiahneme. Oslavujeme každý drobný pokrok u dieťaťa. Sme si vedomí toho, že veci, ktoré sú pre nás jednoduché, sú pre autistické dieťa veľmi zložité. Keď po niekoľko mesačnom úsilí dieťa povie "eee", je to dôvod na rodinnú oslavu! Mnohé deti začínajú komunikovať veľmi pomaly.
- **Rodič ako najdôležitejšia osoba pre dieťa:** zakladatelia Son-Rise veria v rodičov. Dieťa nemá nikoho bližšieho ani milujúcejšieho, schopného pracovať so svojím dieťaťom 12 hodín denne a nevnímať to ako obeť, ale úžasnú príležitosť. Ak dieťa nereaguje, ako by sme chceli, rodič je schopný nezlomiť sa a pracovať ďalej - stále veriť, a vytrvať. V skutočnosti viera v úspech je podstatná. Máme vysoké ciele, ale nie sme závislí od ich dosiahnutia. Budeme svoje dieťa milovať bez ohľadu na to, či dosiahne nejaké úspechy alebo nie.
- **Vytvorenie bezpečnej pracovnej miestnosti s minimalizovaním rušivých vplyvov:** autistické dieťa je prestimulované. Vytvorením prostredia s minimom stimulov mu pomôžeme vnímať svet, rozumieť mu a máme šancu ponúknuť mu interakciu s druhým človekom. Son-Rise terapia sa odohráva v špeciálne upravenej herni na to určenej, veľmi jednoduchej, bez zbytočných stimulov. Rodič či terapeut je to najzaujímavejšie, čo v herni je - ide o to, aby dieťa pochopilo, že komunikácia s druhým človekom stojí za to.
- **„Technické údaje“:** Son-Rise je rodinný terapeutický program, ktorý prebieha výhradne v domácom prostredí v špeciálne upravenej miestnosti – herni, kde sú maximálne eliminované rušivé podnety. Je to čarovný priestor, prispôsobený potrebám daného dieťaťa, kde je všetko dovolené, kde sa nehovorí „nie“, je to bezpečný priestor, kde je dieťa v bezpečí ako po fyzickej, tak po psychickej stránke. Je to veľmi intenzívny program, dieťa trávi v herni tak dlhú čas dňa, ako sa podarí zabezpečiť. V herni je s dieťaťom vždy len jeden terapeut, je to terapia jeden na jedného. Rodičia potrebujú pre čo najintenzívnejší chod programu dobrovoľníkov, ktorí sa striedajú v herni po dvoch hodinách. Dobrovoľníci sú školení rodičmi, dostávajú pravidelne cenné feedbacky. Celý tím sa stretá pravidelne raz za dva týždne na tímovom stretnutí, kde sa všetci členovia tímu zdieľajú a tvoria ciele na najbližšie obdobie v herni a vymýšľajú spôsoby, ako dané ciele dosiahnuť. Deti herňu milujú, tak isto aj svojich kamarátov dobrovoľníkov. Son-Rise je špecifický práve aj týmito pravidlami a preto ho naozaj nejde robiť inde ako doma, teda priamo v rodinnom prostredí dieťaťa.

VÝZNAM DOJČENIA A NOSENIA DETÍ PRI VYTVÁRANÍ BEZPEČNEJ VZŤAHOVEJ VÄZBY (ATTACHMENT PARENTING)

OĽGA CHOVANCOvá

Abstrakt

Teória vzťahovej väzby, sformulovaná Johnom Bowlbym, vychádza z tvrdenia, že už každý novorodenec má v sebe vrodenú primárnu potrebu mať kvalitný intenzívny vzťah minimálne s jednou vzťahovou osobou. Pokiaľ nemá novorodenec možnosť nasýtenia tejto potreby, vznikajú u neho deficity v psychosociálnom vývine a v dospelosti je vystavený riziku vzniku duševných porúch.

Vzťahová výchova plne akceptuje teóriu vzťahovej väzby a ponúka nástroje, ktoré uľahčujú rodičom budovať dlhodobý, kvalitný, hlboký vzťah. Medzi tieto nástroje patrí vytvorenie počiatočnej väzby po pôrode, dojčenie, nosenie dieťaťa, spanie v blízkosti dieťatka, vnímanie plaču ako spôsobu komunikácie, nie manipulácie a rovnováha. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sú šikovnejšie, zdravšie, lepšie prospievajú, radi poslúchajú, sú zodpovedné, citlivé a dokážu budovať kvalitné, trvalé vzťahy.

Kľúčové slová

Vzťahová väzba, vzťahová výchova, pripútanie, odlúčenie, dojčenie, nosenie detí.

Svoj príspevok začínam krátkym vyznaním: „Milujem chvíle, keď príde ku mne moja dva a pol ročná dcérka, vyskočí mi do náručia, pozrie na mňa svojimi veľkými čiernymi očkami a povie: „mami, mliečko“. Slastne si obe vychutnáme našu vzájomnú blízkosť, ona sa nasýti na tele, utíši na citlivej dušičke, ubezpečí o bezpodmienečnom prijatí a sladko zaspí.“

Obsah môjho osobného vyznania hlboko vystihuje podstatu zvolenej témy. Už približne deväť rokov sa venujem laktačnému poradenstvu a tri roky pôsobím ako dobrovoľná, certifikovaná laktačná poradkyňa. S témou vzťahovej väzby som sa stretla po prvýkrát pred dvomi rokmi na konferencii amerického pediatra Roberta Searsa, ktorý vyrastal v rodine ôsmych súrodencov a spolu so svojím otcom, tiež pediatrom, Wiliamom Searsom sa celoživotne venujú téme „Vzťahová výchova“ („Attachment parenting“). Tématika vzťahovej väzby ma tak zaujala, že som sa ju rozhodla ďalej aktívne študovať a vzťahovú výchovu aplikovať vo vlastnej rodine a aj v rodinnom poradenstve mamičkám v období tehotenstva i po pôrode.

Na základe štúdia odborných publikácií, ale i vlastných skúseností, som hlboko presvedčená, že pochopenie, prijatie a aplikácia teórie vzťahovej väzby medzi odborníkmi, ale i laickou verejnosťou má významne pozitívny vplyv na psychosociálny vývin jedinca a taktiež prevenciu duševných porúch.

Vzťahová väzba

Teóriu vzťahovej väzby formuloval pred 50 rokmi detský psychiater John Bowlby (1958). Teoretické základy, z ktorých vychádzal, pramenili z psychoanalytickej školy, ale jeho ďalšie smerovanie sa už od tohto smeru odkláňalo. Počas praxe vo výchovných ústavoch zažil skúsenosť, ktorá ho silne zaujala a ovplyvnila. Všimol si, že niektoré deti, ktoré tam boli umiestnené, reagovali na odlúčenie od rodičov extrémnym protestom, niekedy až panickým plačom, zatiaľ čo druhé si odchod matky takmer nevšímali. Hľadal z čoho pramenia rozdielne reakcie detí. Ich správanie si dával do súvisu s predchádzajúcimi skúsenosťami týchto detí v ich vlastných rodinách. Na rozdiel od svojich kolegov, psychoanalytikov, sa Bowlby začal zaujímať o odhaľovanie vzorcov správania v rodinnej interakcii. Zistil, že každé z týchto detí, má inú kvalitu a intenzitu vzťahu so vzťahovou osobou, prevažne matkou a to ovplyvňuje jeho správanie.

Základ Bowlbyho teórie vychádza z tvrdenia, že už každý novorodenec má v sebe vrodenú primárnu potrebu mať kvalitný intenzívny vzťah minimálne s jednou vzťahovou osobou, má potrebu pripútania sa (ako tiež nazývame vzťahovú väzbu) na osobu, ktorá je mu neustále k dispozícii a uspokojuje jeho potreby.

Na rozdiel od psychoanalytických tvrdení dokazuje, že vzťah medzi matkou a dieťaťom nevzniká sekundárne ako následok uspokojovania základných potrieb jesť, spať, čiže na princípe učenia, ale že je to samostatný inštinktívny systém vzorcov správania. Tieto vzorce majú pripútavací charakter – úsmev, prejav radosti z blízkosti matky, reakcia na hlas (ktorý dieťatko rozlišuje dokonca už v prenatálnom vývine), upokojenie na rukách a opačne plač a úzkosť, keď je matka nedostupná. Boli sme stvorení s potrebou mať vzťah, nedá sa tomu naučiť alebo odučiť, v prípade, že dieťa nemá dobrú starostlivosť. Nie je možné si myslieť, že takéto dieťa nebude vyhľadávať vzťah. Je to vložené hlboko do každého jednotlivca.

Hašto (2005) uvádza, že pri vývine neistej vzťahovej väzby u jednotlivca, sú za rizikové faktory považované tieto: strata matky, dlhšie odlúčenie, pracujúca matka už v prvom roku života, narodenie súrodenca v kratšom časovom odstupe, napätie a násilie v rodine

Je zaujímavé, že v tom istom roku 1958, keď bola prvýkrát publikovaná Bowlbyho teória, vyšla nezávisle od neho aj známa Harlowova štúdia o makakoch. Makaky, ktoré boli izolované od matky, preferovali kožušinovú atrapu ako útočisko pred drôtenou atrapou, ktorá bola zdrojom potravy a tekutín. Ak im odstránili aj kožušinovú atrapu, mláďatá sa nedokázali hrať, neboli zvedavé na nové veci, prejavovali úzkosť. V prvé dva dni po separácii, mláďatá matku intenzívne hľadali, v tretí deň ubudlo aktivity a boli pasívne, akoby sa vzdali. Naivne by sme si mohli myslieť, že si zvykli. Avšak akonáhle prestali hľadať a volať, dramaticky im stúpla hladina kortizolu. Ich organizmus sa preladil na úsporný program alebo minimálny režim, ktorý mal zvýšiť šancu prežitia do návratu matky. Dialo sa to však za cenu zníženia imunity a teda zvýšenej náchylnosti k infekciám. Makaky, ktoré boli dlhodobo izolované od matky, sa nedokázali dlhšie koncentrovať na niečo nové, jedli a pili buď príliš veľa alebo málo, boli neprimerane agresívne, pri záťaži vykazovali príliš veľa alebo príliš málo kortizolu.

Prečo je potrebné zdôrazňovať niečo tak prirodzené ako je potreba kvalitného a intenzívneho ranného vzťahu? Sama som matkou troch detí a na novorodeneckom oddelení som strávila 17 dní svojho života. V laktačnom poradenstve som často v kontakte s mamičkami, ktorým bolo ich vytúžené dieťa hneď po pôrode na pár sekúnd ukázané, následne však hneď odobrané a vložené na dve hodiny do inkubátora, potom prevezené na pár hodín na novorodenecké oddelenie a často až po 6 hodinách vrátené naspäť k matke. A to až vtedy, keď sa zdalo, že môže byť hladné. Kde je tu akceptovanie nevyhnutnej potreby schúliť sa v matkinom náručí, ktoré poskytuje ideálnejšie podmienky ako inkubátor? Aký je veľký rozdiel prijímať dieťa od samého začiatku, dokonca od jeho počatia, ako bytosť vnímavú na interakcie, oproti vnímaniu

vývinu vzťahu až sekundárne. Najskôr sa odmeriaš, odvážiš (veď to zaujíma celý svet, to obsahujú SMS-ky o narodení dieťatka…), potom možno aj naješ a na základe toho zistíš, že Ti je pri mame dobre. Keď budeš vedieť rozprávať, vybuduješ si vzťah. Ale to je neskoro. Smutné je, že teória o odlúčených makakoch je rovnako pravdivá aj pri ľudských mláďatách.

Každé bábätko má hneď po narodení najaktívnejší hľadací reflex, ktorý sa približne po dvoch hodinách utlmuje, keď nebol uspokojený. Tak, ako intenzívne hľadali matku makaky, rovnako sú aj babätká pripravené intenzívne sať hneď po pôrode. Avšak tie, ktoré sa dostanú na prsník až o pár hodín, niekedy aj dní, sa akoby vzdajú, sú spavé, utlmené a majú problém správne sa prisať. Dostávajú sa do úsporného programu, a tak sa chránia pred úzkosťou z matkinej neprítomnosti. Avšak tento stav pretrváva ešte aj potom, keď je matka už pri dieťatku, no často ho nedokáže ani ona zobudiť. Dieťa nepriberá, a miesto toho, aby sa stimulovalo a častejšie prikladalo správnou technikou na prsník, je radšej umelo dokŕmené. Umelé mlieko z fľaše mu ľahko stečie priamo do žalúdka, ani nemusí pri tom veľmi sať. Technika správneho prisatia sa však pitím z fľaše naruší. Bábätko začne sať prsník plytkým spôsobom, a preto sa nenasýti a nedostane ku všetkému dostupnému mlieku od matky. Môže sa stať, že už po jednom dokŕmení, začne prsník odmietať.

Dokážeme vnímať tie vážne negatívne následky?

Je veľmi dôležité, aby sa bábätko položilo na matkine brucho ešte neumyté, zabalené len v plienke, kožou na kožu počas prvej polhodiny od pôrodu a malo tak príležitosť prisať sa na prsník. Bábätká, ktoré sa prisajú ešte v pôrodnej sále, nie sú v nasledujúce dni neprimerane spavé, nepotrebujú byť dokrmované, lebo sa matke výborne naštartuje laktácia. Newman (2004) zdôrazňuje, že v jej náručí sa veľmi dobre stabilizujú všetky ich funkcie, teplota i dýchanie a v najbližšie dni budú menej plačlivé. Treba ešte viac dôkazov, že potreba dieťatka pripútať sa, je primárna, vrodená, inštinktívna, a nie sekundárna?

Dieťa, ktoré je v matkinom náručí a je aj dojčené, prežíva naplnenie všetkých momentálnych potrieb. Keď ho matka uloží do postieľky, zavrie za sebou dvere alebo ho dá do rúk cudzej osoby, aktivuje sa u neho pripútavacie správanie, ktorým si chce matku znovu získať. Takéto správanie sa prejavuje hlavne pri separácii od matky, ale aj pri únave a v období choroby.

Na základe prejavov pripútavacieho správania v cudzom prostredí (ako je plač, smútok, zvýšenie pulzovej frekvencie, úzkosť, strach, nedostatok záujmu pre exploračnú hru), charakterizovala Ainsworthová v roku 1985 štyri typy vzťahovej väzby (Hašto, 2005). V testovej situácii boli v laboratórnej miestnosti matka a jednoročné dieťa spolu s cudzím, ale priateľským človekom. Matka sa mala s dieťaťom určitý čas prirodzene hrať, potom na tri minúty opustila miestnosť a dieťa nechala s cudzím človekom. Potom sa vrátila, o tri minúty znovu odišla a potom sa po rovnakom čase znovu vrátila. Na základe správania detí v tejto situácii, rozlíšila Ainsworthová bezpečnú a neistú vzťahovú väzbu. Neistú väzbu ďalej delí na neistú vyhýbavú, neistú ambivalentnú a neistú dezorganizovanú. Typ vzťahovej väzby sa vyvinie u väčšiny detí počas prvých deviatich mesiacov života. Tento typ väzby môžeme u detí klasifikovať už od jedného roka.

Vzťahová výchova

Každý rodič, ktorý túži mať so svojím dieťaťom celoživotne hlboký a kvalitný vzťah, vychováva svoje deti celkom inštinktívne tak, ako by sme vedecky nazvali, podľa princípov „Vzťahovej výchovy“. Pri takejto výchove je rodič vnímavý na jemné signály, ktoré novorodenec vysiela, s láskou uspokojuje jeho potreby, ktoré včas rozpozná a včas na ne

reaguje. Postupne sa stáva vnímanie signálov vzájomné, čím sa stáva dieťa pozorným a citlivým k potrebám druhých. Rodič sa viac zameriava na budovanie dôverného vzťahu, ako na dodržiavanie zoznamu pravidiel.

Pri vzťahovej výchove sa rodič nenecháva ovplyvňovať „zaručenými radami okolia“, ale vytvára si svoj individuálny štýl výchovy ku každému dieťaťu zvlášť. Bowlby charakterizuje takéhoto rodiča ako „jemnocitného“ (Hašto, 2005). Aké sú to tie zaručené rady z okolia? Stretávam sa s nimi na každej návšteve u mamičiek, kedy im tieto rady nedovolia nechať rozkvitnúť ich vlastný materinský inštinkt. Napr. „Nenos to dieťa toľko, veď ho rozmaznáš!“, „Vy ešte nemáte zavedený režim?“, „Mala by si ho dojčiť každé tri hodiny, veď má z teba cumeľ!“, „Nechaj ho vyplakať, zosilnejú mu pľúca!“.

Nástroje vzťahovej výchovy

Samotná vzťahová výchova má k dispozícii nástroje, ktoré si môže rodič vybrať, aby mu pomohli vytvoriť si prirodzeným spôsobom bezpečnú vzťahovú väzbu s dieťaťom. Patria sem: **Vytvorenie počiatočnej väzby po pôrode** – prvé priloženie počas prvej polhodiny po pôrode, rooming-in, dojčenie na požiadanie, nepoužívanie žiadnych umelých náhrad prsníka – cumeľ (bráni v komunikácii, kazí techniku dojčenia), klobúčik, fľašu, nedokrmovanie bábätka iným mliekom, ako matkiným, umožniť prítomnosť otca pri pôrode.

To, ako vníma matka prvé hodiny a dni po pôrode, ako sa zžíva so svojím bábätkom, má veľký vplyv na rozvoj jej materinského správania. Matky, ktoré mali, bezprostredne po pôrode, dieťa pri sebe aspoň dve hodiny, mali po mesiaci väčšiu emočnú náklonnosť k dieťaťu ako matky, ktoré túto možnosť nemali, dojčili dlhšie obdobie a boli menej úzkostné v každodennej starostlivosti. Taktiež otcovia zohrávajú pri budovaní počiatočnej väzby významnú úlohu. Mnohí otcovia uvádzajú, že možnosť držať svoje dieťa hneď po pôrode, v nich vyvolala silnú emočnú náklonnosť, ktorá ich ovplyvňovala ešte počas celého prvého roku bábätka.

Druhý nástroj je **samotné dojčenie**. Toto vnímam ako obrovský dar na budovanie pevného vzťahu pre dieťa, ale i matku. Matkina schopnosť dojčiť vysoko zvyšuje pocit jej vlastnej sebahodnoty. Počas úspešného dojčenia je zabezpečená stabilnejšia hormonálna regulácia, čo výrazne ovplyvňuje jej citové prežívanie. Takáto matka, ktorá si dôveruje, si dokáže viac vychutnať svoje dieťa, venovať sa mu, stať sa dôveryhodnou. Cíti sa byť kompetentná pri jeho psychosociálnom rozvoji aj po treťom roku života, nakoľko je presvedčená o tom, že ona mu najviac rozumie a vie, čo potrebuje. Deti, ktoré sú dojčené dlhšie ako dva roky, nebývajú predčasne začleňované nasilu a s plačom do predškolských zariadení.

Dojčenie je oveľa viac, ako len nasýtenie fyzických potrieb bábätka. Je úplne prirodzené dojčiť dva, či tri roky. Matka nemá prestať dojčiť v polroku, keď dieťa prechádza na tuhú stravu. Svetová zdravotnícka organizácia odporúča dojčiť dva roky a viac (Vinther et Helsing, 2003).

Erik Erison, ktorý sa zaoberal vývinom dieťaťa, považuje za rizikové obdobie, keď matka odstavuje od dojčenia. Pokiaľ odstavenie prebieha radikálne, stratou bezpečia a separáciou od matky, môže u dieťatka dôjsť k akútnej infantilnej depresii, chronickému smútku, ktorý môže pretrvávať počas celého života v pesimistickom ladení charakteru (Hašto, 2005).

Tretím nástrojom je **nosenie dieťaťa**. Túžbou väčšiny malých detí je byť v náručí rodičov neustále. Táto túžba je v nich, či to už vedia povedať alebo nie. Avšak skutočnosť je taká, že deti sú na rukách rodičov čoraz kratšie. Kočíky, autosedačky, ohrádky im poskytujú síce oporu tela, ale nie duše.

Dr. Sears vo svojej publikácií „Vzťahová výchova“ uvádza, že deti, ktoré sú často objímané a držané v náručí, sú celkovo zdravšie, majú nízku hladinu stresových hormónov, čo pozitívne buduje ich imunitu, menej často plačú, ich matky dokážu pri častom dotyku rýchlejšie rozpoznať prvé príznaky choroby (napr. teplotu). Rodič, ktorý dobre pozná svoje dieťa, si dokáže rýchlejšie všimnúť chorobu aj podľa toho, ako jeho dieťa reaguje, keďže pri chorých deťoch najskôr pozorujeme emocionálnu zmenu a až potom telesnú (Sears, 2007).

MUDr. Litavec, vedúci lekár novorodeneckého oddelenia v Bardejove uvádza, že predčasne narodení novorodenci, ktorým je umožnené byť počas dňa v kontakte s matkou koža na kožu, v rámci terapie Kangaroo Care – klokankovanie, vykazujú predĺženie doby spánku, stabilnejšie kardiorespiračné funkcie. Sú tiež termostabilnejšie a laktácia bola u nich niekoľkokrát úspešnejšia, čo celkovo umožnilo skrátenie doby hospitalizácie. Veľkým prínosom je zníženie hladiny stresu u matky a aj dieťaťa (Litavec, 2007). Je smutné, že o čo sa má predčasne narodené dieťa horšie, o to viac je separované od svojich rodičov.

Nosenie dieťaťa mnohí odmietajú kvôli argumentu, že bude rozmaznané, stane sa závislým alebo sa nebude dostatočne motoricky vyvíjať. Matky preto nechávajú svoje deti vyplakať a kvôli rýchlejšiemu rozvoju motoriky im ponúkajú chodítka. Niektorí rodičia sa tak snažia o nezávislosť svojich detí, že v období dospievania ich až zaskočí stupeň jej osvojenia si dieťaťom. Je to práve preto, že rodičia neboli ochotní svojim deťom poskytnúť bezpečný prístav v rannom detstve. Deti prešli rýchlo fázou odpútania sa, čo má za následok, že nemajú dôverné vzťahy so svojimi rodičmi a tiež si nedokážu vybudovať a ani udržať žiaden trvalý vzťah s rovesníkmi. Oni sami ho nezažili, lebo nemali vybudovanú bezpečnú vzťahovú väzbu.

Medzi ďalšie nástroje vzťahovej výchovy patrí **spanie v blízkosti dieťatka, vnímanie plaču ako spôsobu komunikácie** (nie manipulácie) **a rovnováha** (zladenie nástrojov vzťahovej výchovy s prioritami a vlastným charakterom rodiny).

Výhody vzťahovej výchovy

1. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sú **šikovnejšie.** Boli vychované vo vnímavom prostredí, plnom dôvery s množstvom podnetov, často na rukách, kde mali lepší výhľad ako v kočíku, ich mozog vytváral množstvo prepojení práve v období, kedy je to najpotrebnejšie. Vedci dospeli k záveru, že vnímavosť matky na signály jej dieťaťa, koreluje s intelektuálnym a psychomotorickým vývinom (Sears, 2007). Mozog dieťatka nie je pri narodení plne vyvinutý. Tvorba nových mozgových buniek prebieha až do približne troch rokov a potom začínajú odumierať, pričom sa nové už nevytvárajú. Materské mlieko obsahuje potrebné látky na to, aby mohol mozog dosiahnuť svoj maximálny potenciál (Newman, 2004).
2. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sú **zdravšie.**
3. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou **lepšie prospievajú.** Namiesto toho, aby museli využívať svoje kalórie na upútanie pozornosti rodičov plačom, využívajú ich na rast a vývin. U stresovaných detí sa častým odlúčením zvyšuje hladina kortizolu, ktorá spomaľuje rast a znižuje imunitu.
4. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sa lepšie **správajú**. Zo spokojných bábätiek vyrastú spokojné deti, ktoré si nepotrebujú získavať pozornosť rodiča výstredným správaním. Naviazané deti vedia, že ich rodičia prijímajú takých, akí sú, nevyvíjajú na nich tlak, ktorý v opačnom prípade vyvoláva len protitlak. Radi poslúchajú, sú zodpovedné a citlivé. Sú motivované byť takými, lebo majú s rodičmi priateľský

vzťah lásky a nie tvrdej autority. Deti, ktorým sa nedostáva vnímavej výchovy, majú väčšie riziko vývinu problémov so správaním, porúch pozornosti a hyperaktivity.

5. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou dokážu **budovať kvalitné, dôverné vzťahy.** Náročná investícia, ktorá bola vložená do dieťaťa, keď bolo ešte maličké, sa rodičom mnohonásobne vráti. Z ich detí vyrastú vnímavé, empatické bytosti, schopné dávať a počúvať. Sú psychicky naplnené, nepotrebujú už hľadať v živote niečo, čo by nasýtilo ich život.. Ich potreba závislosti bola v správnom čase nasýtená, preto sa neutiekajú v dospelosti k neblahým závislostiam. Majú vysokú psychickú odolnosť (resilienciu) čeliť záťaži.

Vybudovanie bezpečnej vzťahovej väzby je významným protektívnym faktorom v otázke psychického zdravia jedinca. Moderná psychoterapia čerpá z tejto teórie, nakoľko vysvetľuje mnohé formy emočných porúch – úzkosť, hnev, agresiu ako následok nechceného odlúčenia a straty.

Nadviazanie hlbokého a dôverného vzťahu nielen s človekom, ale aj so samotným Bohom Stvoriteľom je možnosť, ktorá ponúka uzdravenie zranení a naplnenie prázdneho miesta v duši. On vložil do nás túžbu po vzťahu s Ním. Mne samej dáva tento vzťah silu žiť, prekonávať prekážky a istotu, že som milovaná za každých okolností.

Zoznam bibliografických odkazov

HAŠTO J. *Vzťahová väzba, ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2005.

LIETAVEC, M. *Humanizačné trendy v starostlivosti o rizikového novorodenca*. Zborník z konferencie: Dojčenie, pediater a vzťahy v rodine. Mamila 2007.

NEWMAN, J. *Guide to Breastfeeding*. Toronto : HarperCollins Publishers Ltd., 2004.

SEARS, W. *Attachment Parenting*. Zborník z konferencie: Dojčenie, pediater a vzťahy v rodine. Mamila 2007.

VINTHER, T., HELSING, E. *Prirodzená výživa*. Bratislava : Slovenský výbor pre Unicef, 2003.

PROFESIONÁLNY RODIČ – LIEČEBNÝ PEDAGÓG. PROFESIONALITA VERSUS RODIČOVSTVO

MÁRIA MAGÁTOVÁ, IGOR MAGÁT

Abstrakt

Čo znamená byť profesionálnym rodičom pre liečebného pedagóga?
Prepojenie profesionality a rodiny.
Prepojenie profesionálnej rodiny a vlastnej rodiny.
Vytvorenie vzťahu.
Spolupráca s biologickou rodinou detí, s náhradnými rodinami (adoptívnymi, pestúnskymi).
Odchod detí z profesionálnej rodiny.
Včasná intervencia a iné liečebnopedagogické intervencie u patologických novorodencov a dojčiat v PR (profesionálnej rodine).
Vplyv závislostí a infekčných chorôb matiek na deti.

Kľúčové slová

Profesionálne rodičovstvo(PR), profesionalita, rodina, vzťah, včasná intervencia, zdravotná stigmatizácia detí v PR, závislosti novorodencov a dojčiat, FAS (fetálny alkoholový syndróm), NAS (neonatálny abstinenčný sy.); biologická, adoptívna, pestúnska rodina; liečebnopedagogické intervencie u detí v PR (terapia hrou, muzikoterapia, dramtoterapia).

ČO JE PROFESIONÁLNE RODIČOVSTVO?

Podľa zákona (305/2005 Z.z) je **profesionálna rodina** organizačnou súčasťou detského domova, v ktorej sa starostlivosť o dieťa poskytuje v domácom prostredí zamestnanca detského domova, buď jedného, alebo oboch manželov. Do rodiny môže byť zverené minimálne jedno dieťa a maximálne tri na jedného profesionálneho rodiča (čiže v prípade manželov 2-6 detí).

Profesionálna náhradná výchova je **formou náhradnej výchovy** a jej cieľom je **poskytnúť prechodnú starostlivosť dieťaťu s nariadenou ústavnou výchovou**, ktoré je umiestnené v inštitúcii (detské domovy, špeciálne výchovné zariadenia, špeciálne internátne školy). Osoba vykonávajúca profesionálnu náhradnú výchovu v rodine **sa stáva zamestnancom príslušného zariadenia**, v ktorom je dieťa umiestnené (tamtiež).

Profesionálny rodič musí prejsť obdobným procesom posudzovania a prípravy, ako adoptívny alebo pestúnsky rodič, pričom sa sledujú **osobné a osobnostné predpoklady**. Príprava na profesionálne vykonávanie náhradnej starostlivosti spočíva najmä:

- v poskytnutí základných informácií o náhradnej rodinnej starostlivosti, o psychickom vývine, fyzickom vývine a sociálnom vývine dieťaťa a potrebách dieťaťa, o právach dieťaťa v ústavnej starostlivosti,
- v nácviku praktických zručností vo výchovnej práci s deťmi a mladými dospelými.

V tomto type starostlivosti dostáva rodina finančné prostriedky na úhradu priamych nákladov zvereného dieťaťa vo výške, akú má k dispozícii príslušné zariadenie zo štátneho rozpočtu.

Táto forma náhradného rodičovstva bola u nás prvýkrát právne zakotvená v roku 1993 v Zákone o školských zariadeniach č. 279/93, ale v praxi sa uplatňuje od roku 1996, v dnešnej podobe je novelizovaná a upravená v Zákone 305/2005 Z.z.

PROFESIONÁLNY RODIČ – LIEČEBNÝ PEDAGÓG

Profesionálny rodič, ktorý je súčasne i liečebným pedagógom má široké možnosti využívať teóriu, ktorú načerpal počas štúdií, vo svojej profesii profesionálneho rodiča v každodennej starostlivosti o zverené dieťa, ktoré má špecifické výchovné potreby, pretože sa narodilo ako nechcené dieťa, často matke závislej na rozličných návykových látkach a pod.

Profesionálny rodič - liečebný pedagóg využíva najmä všeobecné vedomosti zo psychologických odborov (klinická psychológia, detská, vývinová, forenzná ai.), z medicínskych smerov (psychiatria, pedopsychiatria, neurológia, rehabilitačná starostlivosť), zo špeciálnej pedagogiky (teórie vzdelávania jednotlivých znevýhodnení - zrakové, sluchové, mentálne, motorické), sociálnej práce (sociálna patológia), z informácií zo študijných predmetov – náhradná výchova, drogové závislosti, poruchy učenia, včasná intervencia ai., a najmä špecifické a špeciálne poznatky z liečebnej pedagogiky (s dominantným zameraním na -terapeutický- vzťah, na liečebnopedagogickú diagnostiku, prevenciu a jednotlivé terapie – najmä terapia hrou, činnostná terapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia, arteterapia, dramatoterapia, biblioterapia).

Profesionálny rodič využíva v dennej profesionálnej starostlivosti o zverené dieťa všetky získané vedomosti, pretože ide buď o:

- **dieťa raného veku** – batoľa, ktoré môže byť od narodenia poznačené napr. závislosťou (alkoholovou, drogovou, nikotínovou) biologickej matky, predčasným pôrodom, ktorý býva častejší v dôsledku nesledovaných gravidít a zlých sociálnych pomerov matiek alebo závažnými infekčnými ochoreniami (HIV pozitivita, HCV pozitivita, luetické matky) prenesenými od infikovaných rodičiek; alebo
- **staršie dieťa,** u ktorého sa už v plnej miere prejavujú príznaky sociálneho, mentálneho alebo zmyslového zaostávania, ale aj psychickej deprivácie a „hospitalizmu“ s prejavmi ako stereotypné pohyby a knísanie, regresné reakcie, porúch správania, hyperaktivita, poruchy pozornosti alebo učenia, psychického, fyzického či sexuálneho zneužívania.

V praxi to znamená, že profesionálny rodič – liečebný pedagóg môže hneď po príchode dieťaťa do rodiny aplikovať **pozorovanie** ako súčasť vstupnej diagnostiky a detekovať včasné patologické prejavy a zaradiť ich k istej predpokladanej diagnostickej kategórii a následne pristupovať k dieťaťu na základe zistených skutočností, presne **podľa jeho aktuálnych potrieb „tu a teraz“** a súčasne prezentovať zistené skutočnosti iným odborníkom (neurológom, psychológom a i. odborníkom), v ktorých starostlivosti je dieťa dispenzarizované. Týmto spôsobom liečebný pedagóg – profesionálny rodič zároveň aplikuje techniky a premisy metód **včasnej intervencie** (tesné privinutie, masáže, dotyková stimulácia, polohovanie, rehabilitácia, šetrná manipulácia ai.).

Liečebný pedagóg – profesionálny rodič taktiež využíva **pozorovanie a liečebnopedagogickú diagnostiku** pri pravidelnom vedení dokumentácie o dieťati, v zaznamenávaní všetkých zmien, príznakov a špecifických potrieb, ktoré neskôr pomôžu budúcim náhradným rodičom.

Neskôr, alebo keď je dieťatko staršie, môže profesionálny rodič efektívne používať techniky **terapie hrou** (ktorá uľahčuje nazrieť do vnútorného prežívania dieťaťa, jeho predošlých

skúseností, či zranení a súčasne mu umožniť abreakciu a uvoľnenie nahromadených tenzií a neurotických blokov); **muzikoterapie** v spojení s **psychomotorickou terapiou** (pri upokojovaní napätia a plaču už u najmenších batoliat, pri rozvíjaní muzikality a rytmu u detí, ktoré potrebujú špeciálne pociťovať určitú pravidelnosť, opakovanie a rytmus); **činnostnej terapie a arteterapie** (najmä u starších detí, ktoré majú vo svojom vnútri mnoho predošlých zranení a „nánosov“) a ďalších.

Úplnou samozrejmosťou a dominantnou črtou celého profesionálneho rodičovstva, profesionálnej starostlivosti je pre liečebného pedagóga - **vytvorenie VZŤAHU**. Vzťahu vysoko špecifického, ovplyvneného viacerými atribútmi: na jednej strane **terapeutického** (vzťah terapeut vs. klient - akceptácia, prijatie, pochopenie, support, podpora a stimulácia...), na druhej strane **vzťahu úprimnej náklonnosti a lásky** (vzťah rodič vs. dieťa vs. vlastné deti – milujúce objatie, privinutie, sebadarovanie, bezpodmienečná láska..., komunikácia a objasňovanie celej situácie vlastným deťom, ktoré sú nechtiac vtiahnuté do „práce“ svojich rodičov) a na ďalšej strane **profesionálneho vzťahu** (profesionálny rodič vs. zverené dieťa vs. biologickí alebo náhradní rodičia vs. pomáhajúci tím odborníkov – poskytovanie komplexnej starostlivosti – zdravotnej, psychologickej, sociálnej, 24 hodín denne, nepretržite a súčasne schopnosť postupne prerušiť túto starostlivosť a vzťah v momentoch, keď ide dieťatko do náhradnej rodiny „natrvalo“ (pestúnski alebo adoptívni rodičia), komunikácia a spolupráca s príbuznými (biologickými alebo potenciálnymi náhradnými) a odborníkmi na adekvátnej úrovni. Vo vzťahu k biologickým rodičom detí, ktorí sú mnohokrát vo výrazne nepriaznivom fyzicko-zdravotnom, či sociálno-patologickom stave, vie (vďaka liečebnopedagogickému ponímaniu vzťahu ako takého) liečebný pedagóg – profesionálny rodič primerane reagovať a pristupovať k nim s vysokou mierou akceptácie, prijatia a nadhľadu. Vo vzťahu k odborníkom - liečebný pedagóg sprostredkuje relevantné, detailné a dôsledné informácie o vývine dieťaťa, o jeho príznakoch, špecifických potrebách, či iných významných momentoch vo výchove.

PROBLEMATICKÉ OBLASTI V PROFESIONÁLNEJ RODINE

1) Príchod dieťaťa z detského domova do profesionálnej rodiny vs. odchod dieťaťa z profesionálnej rodiny do náhradnej rodiny (event. biologickej rodiny).
2) Vplyv závislostí a infekčných chorôb biologických matiek na deti, zdravotná stigmatizácia, patologickí novorodenci, závislosti novorodencov a dojčiat
3) Biologickí rodičia
4) Nepochopenie profesionálneho rodičovstva zo strany blízkeho, či vzdialeného okolia.

Ad1) Príchod dieťaťa do profesionálnej rodiny môže byť niekedy spojený s ťažkosťami v adaptácii (čím staršie dieťa, tým je to pravdepodobnejšie), najmä u detí, ktoré už prešli viacerými detskými domovmi, častým striedaním ich “blízkych” osôb, ktoré už nedôverujú dospelým ľuďom. Tieto deti po príchode do PR “skúšajú” a testujú profesionálnych rodičov, overujú si ich náklonnosť, lásku, trpezlivosť a výdrž často neadekvátnym a provokačným spôsobom (zareagujú regresným spôsobom – opätovne sa začnú pomočovať, mávajú nočné desy a rôzne iracionálne obavy a strachy, nedôverujú, utekajú z domu, sú vzdorovité, útočné, agresívne, alebo naopak utiahnuté, napäté, tiché, mlčiace ai.). U najmenších detí sa adaptačné problémy v tomto zmysle slova nevyskytujú tak často, ale vzhľadom k zdravotným ťažkostiam, s ktorými prichádzajú na svet, majú aj oni sťaženú adaptáciu na ich bazálne fungovanie v bezprostrednom okolí; rovnako môže pôsobiť i fakt, že tieto deti sú už prenatálne odmietané a neprijaté.

Odchod dieťaťa z profesionálnej rodiny do náhradnej rodiny – by mohol na prvý dojem pôsobiť rovnako náročne ako príchod, ale opak býva pravdou. Ak je dieťa dostatočne pripravené, a je mu veku prijateľným spôsobom objasnené, čo sa deje a bude diať v najbližších dňoch, dieťatko napokon zmenu prijme veľmi dobre (dokonca už najmenšie deti zmenu akceptujú, ak sú správne pripravené). Najmä, ak je odchod z profesionálnej rodiny postupný, pozvoľný a dieťa má šancu postupne si zvykať na nových rodičov počas ich návštev v profesionálnej rodine. V niektorých domovoch sa praktizujú aj tzv. "návštevné pobyty" u náhradných rodičov, kedy dieťatko odíde na predĺžený víkend z PR k budúcim rodičom. Tento spôsob však nie je príliš vhodným, nakoľko dieťatko opakovane zažíva presuny z jednej rodiny do druhej, chvíľu si zvyká na adoptívnych rodičov, chvíľu na profesionálnych, je to preň náročnejšie, pretože i pri maximálnej snahe všetkých zúčastnených strán, je v každej rodine iný režim, iné zvyky, iné fungovanie. Malé dieťa sa ťažko tak často "prelaďuje", čo spôsobuje plač, sťažené zaspávanie, poruchy spánku, príjmu potravy ai.

Nech je odchod z PR akýkoľvek, dieťatko si ho svojim spôsobom tak či tak odžije. Najčastejšími reakciami detí býva smútok, strata záujmu o dianie okolo neho, strata úsmevu a pozitívnej nálady. Tieto reakcie sú však len chvíľkové a ľahko pominú. Každopádne sú pozitívnym znamením, že dieťatko má intaktné vyššie city a prežívanie, že vie nadväzovať vzťahy, že bolo správne pripútané a nie je emočne ploché.

Ad2) Deti matiek závislých na rôznych návykových látkach sa najčastejšie rodia s prejavmi závislostí. Sú zdravotne a morfologicky stigamtizované hneď v prvých minútach po narodení (môžu mať problémy s dýchaním, s telesnou teplotou, bývajú hypotrofické i vzhľadom na gestačný vek, mávajú kŕče, telesný vzhľad môže mať hneď niekoľko nápaditostí typických pre neonatálny abstinenčný syndróm), alebo v prvých dňoch života, kedy sa začnú v plnej miere manifestovať príznaky fyzickej závislosti (dieťa je predráždené, minimálne spí, veľmi často plače, pričom plač evokuje skôr typický mačací vreskot, je pokojovo i stimulačne predráždené, môže mať parciálne alebo generalizované kŕče). Následne sa u detí závislých matiek začnú prejavovať ťažkosti v prijímaní potravy, vyprázdňovaní ai., bývajú extrémne ľakavé a citlivé aj na minimálne vzruchy a podnety, ľahko sa psychicky preťažia.

U starších detí závislých matiek sa následky FAS-u (fetálny alkoholový syndróm),či NAS-u (neonatálny abstinenčný syndróm) môžu prejaviť poruchami v správaní, v učení, v zapamätávaní, mentálnom zaostávaní ai. Deti závislých matiek mávajú špecifické výchovné potreby a prístup k nim musí byť "šitý na mieru".

Infekčné choroby biologických matiek sa tiež prejavujú aj na dieťati. Najčastejším problémom býva HCV pozitivita (hepatitída typu C), HIV pozitivita, lues (syfilis) ai. pohlavné choroby. Špecifikom v starostlivosti o deti suspektne infekčné (nakoľko protilátky v krvi proti uvedeným ochoreniam sa testujú až v priebehu nasledujúcich mesiacov) je dôslednejšia hygienická starostlivosť (aj s ohľadom na všetkých ostatných členov profesionálnej rodiny) i časté a opakované návštevy u rôznych odborných lekárov (hepatológ, infektológ, dermatovenerológ, oftalmológ, neurológ, gastroenterológ, neonatológ...).

Ad3) Biologickí rodičia sú zväčša ľudia vo veľmi nevýhodnom sociálnom postavení a často už aj s nepriaznivým zdravotným stavom (psychickým, či fyzickým). Len niektorí majú reálny záujem o svoje deti, a aj tí, ktorí ho majú, sú veľmi nerozhodní, váhaví, ambivalentní. Na jednej strane by dieťa chceli, na druhej strane si však sčasti uvedomujú svoju situáciu a nevedia ako lavírovať medzi dvomi extrémami. I keď sa s biologickými rodičmi pracuje (rodičia sa "učia" ako sa starať o svoje dieťa rôzne dlhý čas), predsa sa napokon stane, že si to biologickí rodičia rozmyslia, pretože si neveria alebo nevytvoria podmienky na znovuprijatie dieťaťa do svojej rodiny. Rodičia, ktorí sporadicky, či pravidelne prejavujú záujem o svoje

deti, znemožňujú dieťaťu šancu ísť do adoptívnej rodiny natrvalo, dieťa je možné umiestniť len do pestúnskej alebo profesionálnej rodiny.

Ad4) Nepochopenie profesionálneho rodičovstva je v porovnaní s vyššie uvedenými ťažkosťami relatívne zanedbateľný problém, ale keďže sa vyskytuje často, je dobré ho spomenúť. Ešte i v súčasnej dobe je slabé povedomie a poznanie podstaty profesionálneho rodičovstva v širšej laickej spoločnosti, ktorá stojí mimo problematiky sociálno-právnej ochrany detí. Viacerí ľudia nevedia pochopiť fakt, že dieťatko, o ktoré sa profesionálny rodič stará rôzne dlhý čas, "dá" potom "preč". Nevedia, prečo to robí a "ako to dokáže". V tomto smere je nevyhnutné prezentovať profesionálne rodičovstvo ivpre širšiu verejnosť, vysvetľovať ciele a poslanie PR počas rôznych diskusií, prezentácií, besied a prednášok.

PROFESIONÁLNE RODIČOVSTVO OČAMI PORFESIONÁLNEHO RODIČA

Profesionálne rodičovstvo začína v skutočnosti skôr, než profesionálny rodič (PR) dostane dieťatko z detského domova (DeD). Začína niekde pri rozhodnutí STAŤ SA profesionálnou mamou, či otcom. Po tomto rozhodnutí sa treba podeliť so svojim „nápadom" s partnerom, s deťmi a najbližšími príbuznými. Niekedy už tu vznikne prvý problém blízkych príbuzných, ktorí možno nevedia pochopiť alebo prijať, že by sa ich blízki mali denne a nepretržite starať o „cudzie" dieťa v ich domácnosti. Podobne treba oboznámiť deti (ak PR má vlastné deti), ktoré môžu reagovať rôzne – buď sa od prvého momentu tešia, alebo prejavujú obavy o delenie sa o svoje hračky. Tak, či onak, treba im tiež trpezlivo a veku primerane vysvetliť, čo sa bude diať a prečo. Treba im povedať o deťoch, ktoré síce často majú svojich rodičov, ale tí sa o ne nemôžu alebo nevedia starať, a tak musia byť v detskom domove. Nie je to nevyhnutné, ale je to pozitívne, keď má budúci PR podporu aj zo strany ostatných blízkych, preto je dobré informovať aj rodičov (v budúcnosti môžu byť pomocou v praktických záležitostiach). Aj tu je dobré vysvetliť, objasniť a priblížiť ciel profesionálneho rodičovstva. Blízkym príbuzným to uľahčí pochopiť a prijať novú situáciu.

Rozhodnutie stať sa PR je začiatok, pokračovaním sú konkrétne kroky vedúce k povolaniu profesionálneho rodiča. Dôležité je ***mať ukončené minimálne stredoškolské vzdelanie s maturitou*** *(vzdelanie v sociálnom, pedagogickom, zdravotníckom odbore je výhodou najmä do budúcnosti, ale nie je podmienkou),* ***zúčastniť sa certifikovaného kurzu*** *pre profesionálnych rodičov (ktorý môže sprostredkovať detský domov alebo si ho budúci PR môže individuálne zabezpečiť cez ÚPSVaR, alebo neštátne subjekty venujúce sa náhradnej starostlivosti – napr. Návrat alebo Úsmev ako dar) a* ***rozhodnutie ísť naplno do vzťahu s dieťaťom****, hoci už vopred je jasné a dané, že tento vzťah je len na neurčitú chvíľu, že vzťah, ktorý sa s dieťaťom nadviaže (je práve ten, ktorý ono najviac potrebuje), sa posunie do úzadia v momente, keď sa dieťaťu nájde trvalé riešenie.*

K ***povinnostiam*** *o.i. patrí aj pravidelná účasť na stretnutiach profesionálnych rodičov napr. raz za mesiac na pôde detského domova, vedenie záznamov o dieťati, mesačných individuálnych výchovných plánov, aktívna spolupráca v tíme odborníkov domova (psychológ, soc. pracovník...) smerujúca k pozitívnemu napredovaniu a rastu zvereného dieťaťa, ale aj spolupráca s biologickými, pestúnskymi, či adoptívnymi rodičmi.*

Po príchode dieťaťa z DeD do profesionálnej rodiny, nastávajú prvé momenty nového ***vzťahu****. Zrejme väčšina profesionálnych rodičov sa spočiatku teší (ale i obáva) z „nového" dieťaťa, ktoré je možno tmavšej pleti, má možno abstinenčné príznaky získané od biologickej matky, a možno plače viac ako plakali ich vlastné deti. Od toho momentu je dôležité len jedno: dať zverenému dieťaťu všetko to, čo by mu za normálnych okolností dala jeho vlastná matka. Povinnosť starať sa aj o toto dieťa sa v úzadí mení na poslanie a profesionálny rodič*

začína vnímať, že ho to napĺňa a má z toho radosť. Malý „zverenec“ si postupne zvyká. Poznáva „svojich“ ľudí, spolieha sa na nich – prestane plakať, keď ich zbadá, lebo vie, že práve oni mu pomôžu. Dieťa sa správa, ako ich vlastné. A celý vzťah je obojstranný a vzájomný. ***To je pravé RODIČOVSTVO****. Dieťatko – hoci je z domova - je „ich“ – vzájomne si rozumejú, sú prepojení neviditeľným putom. I tento vzťah a príjemný pocit však nemá zabrániť mať neustále na mysli* ***jeho dočasnosť****. Stále musí byť niekde vo vedomí uložená myšlienka na (skoršie, či neskoršie) odlúčenie. Len takto raz profesionálny rodič umožní dieťaťu spokojný odchod.* ***To je pravá PROFESIONALITA.***

Aj v období už zabehnutého profesionálneho rodičovstva budú v okolí profesionálneho rodiča časté otázky a konštatovania neznámych ľudí na ulici typu: „Odkiaľ to máte?, veď sme vás nevideli s bruškom, ako to môžete potom dať preč?, nechajte si ho!“... Vždy znova sa budú okolití ľudia pýtať to isté. Podobne to bude aj počas rôznych vyšetrení v nemocnici (ktorých treba pri týchto deťoch absolvovať dosť veľa), zdravotnícky personál často netuší, o čom PR hovorí, keď chce, aby ho napísali do kolónky ako profesionálneho rodiča - raz z neho bude pestún, raz adoptívny rodič – každopádne ho budú oslovovať priezviskom profi-dieťatka, nie vlastným.

I napriek odbornej príprave a pevnom odhodlaní PR prídu niekedy pocity únavy a vyčerpania (typu: „Kedy si ja už konečne oddýchnem? Keby som tak mohol byť chvíľu sám bez dieťaťa? Kedy sa prestanem točiť v jednom kolotoči plienok a mlieka? Kedy budem môcť skutočne vypnúť?...“). Čo k tomu dodať? Patrí to k tomu. Niekedy bude PR naozaj vyčerpaný a bude mať pocit, že už nevládze, že už je to všetko nad jeho sily, vtedy je čas na dovolenku (ako v každom inom zamestnaní) a dočasné odlúčenie sa od dieťatka, alebo stačí zopárkrát sa lepšie vyspať a ráno sa zobudiť s novou silou, s novou energiou. Dôležité je mať niekoho, s kým sa môžete porozprávať (ideál je chápajúci manžel alebo trpezlivá priateľka), nezabudnúť relaxovať (chodiť na rodinné výlety, na prechádzky, medzi ľudí) a vedieť si vypýtať pomoc zo strany okolia (rodičia, priatelia, známi, alebo DeD...).

Hoci vyššie uvedené negatíva sú po určitom čase prítomné asi u všetkých, pozitíva domáckeho zamestnania, ktoré je i poslaním sú nesporné: profesionálny rodič je doma, nemusí „chodiť“ do práce (ak nechce; ak chce a „skladba detí z DeD mu to dovolí, môže), a vždy je „po ruke“ aj pre vlastné deti (ak ochorejú a nemôžu ísť do školy či do škôlky alebo majú prázdniny, nemusí rozmýšľať, kam ich dá), môže sa venovať aj svojim záujmom (najmä v čase, keď deti spia), niekedy stíha aj prípadné samoštúdium ai.

Záverečná fáza profesionálnej práce profesionálneho rodiča: Uplynulo niekoľko týždňov, príp. mesiacov, možno i rok... A prišiel čas, na ktorý PR stále myslel (alebo mal myslieť). V jeden deň profesionálny rodič prijme telefonát z DeD. Znie inak ako tie dovtedajšie. Riaditeľ alebo psychológ alebo sociálny pracovník oznámi profesionálnemu rodičovi: „Mám možných záujemcov pre Dieťa!“ Prvé dojmy sa rozhodne nedajú nazvať radostnými, nech by sa PR pripravoval akokoľvek; prvý moment – prvá informácia o odchode VŽDY každého zaskočí! V týchto chvíľach tečú aj slzy, i keď si PR vo vnútri stále dokola opakuje, že to čakal, že to raz muselo prísť. Podobne môžu reagovať aj najbližší. Je to normálne – všetci majú na to právo. Je ťažké hovoriť o tom s vlastnými deťmi, ktoré si toto dieťatko tak obľúbili. Ale je dôležité hovoriť s nimi o tom – otvorene, úprimne a už oveľa skôr, ako príde správa o odchode. Vlastne najlepšie je pripravovať ich na to od začiatku. Na konci sa bude čoho „chytiť“. Postupne je však sĺz menej a menej a rozum začína mať silnejšie argumenty ako srdce. Stále je jasnejšie, že dieťatku, ktoré všetci v profesionálnej rodine doteraz milovali a dávali mu všetko, sa teraz ponúka to, čo je navždy. A konečne prichádza aj čas na radosť. Je to radosť cez slzy, PR odrazu jasne cíti, že je vďačný, že mohol stáť pri tomto dieťati aspoň chvíľu... Ale chvíľu tak dôležitú a tak podstatnú v jeho živote! Chvíľu, ktorá mu zmenila celý život.

Postupne sa PR zoznamuje s budúcimi rodičmi dieťaťa a zisťuje, že sú to veľmi príjemní a citliví ľudia a že dieťatko sa bude mať u nich tak dobre, ako sa malo uňho, že mu nebude nič chýbať, že bude milované, naplnené a šťastné a tak ho tam odovzdáva síce so smútkom, ale aj s radosťou a pokojom. To je najdôležitejšie, čo musí dieťatko cítiť od PR, aby i preňho bol tento prechod jednoduchší. Ak mu to uľahčí profesionálna rodina, samo to zvládne lepšie ako by sa vôbec predpokladalo. Viacerí „noví" rodičia budú radi, keď im PR aj v budúcnosti ochotne poradia, čo a ako majú urobiť, keď sa vyskytne nová situácia s ich dieťatkom, preto sa často i naďalej udržujú kontakty s náhradnými rodičmi i „profidieťatkom".

Myslím, že byť profesionálnym rodičom je úžasné. Hoci hranica tohto vzťahu je ozaj tenká, priam tenučká... Profesionálnosť v rodičovstve nespočíva v zákaze lásky (voči profidieťatku), ale v schopnosti jeho uvoľnenia z našej lásky. Viem, že „naše" (dočasné) deti môžem ľúbiť z celého srdca, ale tiež viem, že keď príde ten čas, musím ich pustiť – musím ich nechať vzlietnuť do náruče nových rodičov. A hoci to bude bolieť, vydržím to, lebo viem že i za tú chvíľu, ktorú s nami strávili som im dala všetko, čo ich môže v budúcnosti podržať nad vodou. Už teraz sa teším, že opäť „príde" ďalšie (žiaľ nechcené) dieťatko, ktoré nájde útočisko v našich srdciach – hoci tiež len na chvíľu. Ale keby to mali byť jediné najkrajšie chvíle v jeho živote, tak nech sú to tie u nás...

Mária Magátová

profesionálna mama, liečebný pedagóg

TECHNIKA NÁHRADNEJ PSYCHODRAMATICKEJ RODINY V PRÁCI S DEŤMI S PORUCHAMI SPRÁVANIA A ICH RODIČMI

ALBÍN ŠKOVIERA

Abstrakt

Príspevok prezentuje možnosti využitia hrania rolí v práci s rodičmi a deťmi s poruchami správania. Zaradenie dieťaťa s jeho problémom do inej ako je jeho biologická ponúka nové možnosti na vnímanie celého problému dieťaťu ako protagonistovi, jeho rodičom, ale aj ostatným účastníkom psychodramatického sedenia.

Kľúčové slová

Poruchy správania, hranie rolí, dieťa, rodina.

V terapeutickej i výchovnej práci s deťmi má dlhoročnú tradíciu využívanie inscenačných metód i techník. Aj pri práci s dospelými sa stretávame s častým využívaním takýchto prístupov. Vychádzajú z rozličných teórií a majú rôzne cieľové priority. Od sebapoznávania, cez katarziu až po nácvik efektívnej komunikácie. To, v čom má väčšina skupín, v ktorých sa hranie rolí využíva, spoločného menovateľa, je ich značná homogénnosť cieľovej skupiny. A to nezávisle od toho, či ide o deti a adolescentov, ktorí sú umiestnení v inštitúcii rezidenciálneho charakteru alebo napr. pracovníkov poisťovní.

Naša ***technika náhradnej psychodramatickej rodiny*** má iný rámec. V porovnaní so štandardne používanými prístupmi sa líši minimálne v týchto piatich parametroch. Sú to:

1. ***Cieľová skupina.*** Tvoria ju:
   - deti s poruchami správania, ktoré sú aktuálne na spravidla 13 týždňovom pobyte na žiadosť zákonného zástupcu v prevýchovnej inštitúcii spolu s deťmi, ktoré takéto zmluvné pobyty už absolvovali a sú doma,
   - alternatívne (v programe zameranom na sanáciu rodín), deti, ktoré sú aktuálne na základe súdneho rozhodnutia umiestnené v detskom domove,
   - rodičia (prípadne náhradní rodičia) týchto detí,
   - ďalší členovia rodiny, ktorí na víkendový pobyt prišli (súrodenci, starý rodič, teta, družka ap.).

Je významný rozdiel v skladbe rodín s deťmi s poruchami správania a rodín s deťmi z detských domovov, ktoré sú na „sanačných“ víkendoch. Zatiaľ, čo v prvom prípade prichádza ako „ďalší“ obvykle jeden súrodenec, alebo teta alebo starý rodič, v druhom prípade často prichádzajú z detských domovov väčšie súrodenecké zoskupenia s matkou príp. ďalším členom rodiny.

2. ***Rámec uplatňovania hrania rolí.*** Celý víkend je rámcovaný modelom terapeutickej komunity. Deti s poruchami správania, ktoré boli alebo sú v diagnostickom centre alebo už absolvovali niektorý z predchádzajúcich víkendových pobytov, tento model práce dobre poznajú. Deti z detských domovov, ich rodičia, rodičia detí s poruchami správania

a ďalší účastníci víkendu, sa na tento model zvyčajne veľmi dobre a rýchlo adaptujú. Dramaterapeutický blok je zaradený až do popoludňajšieho programu druhého dňa dva aj poldňového víkendového pobytu. Teda v situácii, keď všetci účastníci absolvovali dve spoločné terapeutické komunitné stretnutia, jeden spoločný terapeuticky zameraný večerný klub a dva bloky v jednej z troch paralelne prebiehajúcich špecializovaných terapeutických skupín. Špecializované terapeutické skupiny sú „homogénne" - jedna je zložená z rodičov a dve skupiny sú zložené z detí. Rodičia, deti, ale i terapeuti vstupujú do dramaterapeutického bloku až v situácii, keď odzneli základné a dôležité informácie o problémoch jednotlivých rodičov a detí v dopoludňajších blokoch „homogénnych" terapeutických skupín.

3. ***Výber psychodramatickej témy.*** Jednak na základe toho, čo o problémoch rodiny terapeuti už z minulosti vedia, jednak z toho, čo v podnetoch rodičov a detí na ich terapeutických skupinách ako aktuálny rodinný problém rezonuje, team terapeutov identifikuje pre každú rodinu jednu psychodramatickú situáciu, ktorej nositeľom je „problémové dieťa". Nejde tu vôbec o to, určovať dej príbehu, ale ide o jasné vymedzenie konfliktu rodič - dieťa a jeho štruktúrovanie. V skupine detí s poruchami správania a ich rodičmi sa napr. objavili takéto témy:

   - štrnásťročná dcéra, ktorá žije s otcom, chodí na diskotéky so starším kamarátom s nie najlepšou povesťou, vracia sa domov neskoro a pod vplyvom alkoholu,
   - štrnásťročný chlapec - záškolák sa po víkendovom pobyte odmieta vrátiť späť do diagnostického zariadenia a emocionálne vydiera rodičov,
   - šestnásťročný chlapec, ktorý žije iba s matkou, verbálne ponižuje matku a odmieta temer všetko, čo od neho žiada i čo mu ponúka; výlučne on chce určovať pravidlá ich súžitia.

   V skupine sanovaných rodín sa napr. objavili takéto témy:

   - najstarší z piatich súrodencov (16 ročný), ktorí žijú iba s matkou, počas ich pobytov doma násilne diktuje spôsob fungovania celej rodiny; súrodenci a matka z neho majú strach a nevedia sa brániť,
   - 9 a 10 roční bratia nerešpektujú matku a nechodia do školy, resp. odchádzajú z nej, aj keď ich tam matka zavedie.

4. ***Spôsob práce s psychodramatickou témou*.** V danej konštelácii klientov terapeut vyberie pre dieťa inú ako jeho vlastnú rodinu. Pri výbere rodiny sa dbá o to, aby sa v spôsobe komunikácie a riešenia problémov čo najviac líšila od jeho rodiny biologickej. Následne, po zverejnení témy a obsadenia, dieťa spolu s „náhradnou psychodramatickou rodinou" sa dohodnú na spôsobe realizácie témy a celú situáciu prehrávajú.

   Predpokladáme, že toto riešenie vytvára pre každú zo zúčastnených strán, nielen tých, čo hrajú, ale i biologických rodičov a ostatné deti priestor pre novú emocionálnu a sociálnu skúsenosť.

   - Dieťa prežíva situáciu, keď jeho štandardné overené komunikačné postupy v novej situácii nefungujú. „Dekóduje sa" najmä pred svojím rodičom. Spochybnenie starej schémy mu umožňuje vidieť problém inak. S pozitívnejším vnímaním vlastného rodiča. V absolútnej väčšine situácií, napriek opakovaným pokusom dieťaťa, to nie je ono, kto určuje smerovanie deja. Je preň emocionálne náročné súčasne na jednej strane vstúpiť do priestoru pre obe strany prijateľných kompromisov, na druhej strane nestratiť pred ostatnými rovesníkmi svoj imidž. Vnútorne sa nevyhne konfrontácii.

- „Náhradný psychodramatický rodič“ sa pri prehrávaní situácie môže cítiť vcelku bezpečne, nie je to totiž jeho reálny problém, a aj prípadné „zlyhanie“ v rámci prehrávania rolí, nie je zlyhaním jeho rodičovskej výchovy a autority. Je to „iba hra“ a po jej odohraní môže, na rozdiel od biologického rodiča, vystúpiť z danej roly. Skúsenosť s iným ako vlastným dieťaťom je nová v tom, že musí jednak viac reflektovať dieťa v role ako samostatný subjekt, jednak aktivizovať svoj potenciál výchovných postupov. Prechádza od domácich výchovných schém k takým, ktoré doma spravidla nevyužíva.
- Pre biologického rodiča je to variácia jeho príbehu, na ktorý sa pozerá zvonka. Jeho emocionálnou dilemou je to, či byť v koalícii so svojím dieťaťom, ktoré reflektuje aj jeho problém alebo „náhradným rodičom“, ktorý prezentuje jeho iné riešenie. Zatiaľ, čo dieťa svojmu rodičovi čiastočne ponúka zrkadlo domácej situácie, „náhradný psychodramatický rodič“ prezentuje iný pohľad na riešenie problému.
- Iní rodičia a deti nie sú nezainteresovanými divákmi. Priebeh riešenia konfliktov (niekedy aj konkrétny problém), ktoré vidia na scéne, je často analogický s tým, čo prebieha u nich doma. Obsadenie rolí je iné, téma je iná, ale stavba a priebeh príbehov sú veľmi podobné.

5. ***Následné reflexie v skupine.*** Nie sú postavená na hĺbkovej analýze toho, čo sa odohralo. Sú postavené skôr na zdieľaní pocitov. Prezentovaný problém je totiž iba jedna z viacerých po sebe idúcich rodinných scén. Priamy aktéri hovoria predovšetkým o tom, ako danú rolu a tému prežívali, a o tom, aká bola ich cieľová ašpirácia, čo sa im z toho podarilo a čo nie. Biologický rodič dieťaťa hovorí o tom, v čom ho prezentácia oslovila. Je tu priestor aj pre vyjadrenie ďalších účastníkov. Pre terapeutov je tu rad podnetov, s ktorými môžu na druhý deň v rámci rodičovskej či „detskej“ skupiny pracovať.

Skúsenosti, ktoré s touto technikou máme, považujeme za veľmi podnetné. Snažíme sa analyzovať priaznivé odozvy detí i dospelých. Ukazuje sa, že zástupná konfrontácia je pre deti, biologických rodičov i „náhradných psychodramatických rodičov“ oveľa bezpečnejšia. Rad prezentácií poskladaných ako leporelo zabezpečuje to, že všetci účastníci sa vystriedajú v základných pozíciách. Nie je tu teda jedna „obeť“, na ktorú sa ostatní „vrhnú“. Zážitkový charakter aktivity umožňuje analyzovať problém na kognitívnej, sociálnej i emocionálnej úrovni. Jednotlivé prezentácie i reflexie poskytujú množstvo diagnostických informácií a materiálu na prácu v „homogénnej“ terapeutickej skupine.

Považujeme za dôležité i to, že sa nám takto darí cez rolu „náhradného psychodramatického rodiča“ posunúť každého z dospelých klientov aspoň na krátky čas do pozície laického ko-terapeuta.

Zoznam bibliografických odkazov

ŠKOVIERA, A. Detské dramatické improvizácie v liečebnopedagogickej praxi. *Výchovný poradce 3/1974, s.59-64*

ŠKOVIERA, A. *Dramatické hry a improvizácie v detskom diagnostickom a detskom výchovnom ústave,* Bulletin FICE v ČSSR č.44, s.68-73, Liberec 1983

ŠKOVIERA, A. *Hranie rolí v práci s deťmi s poruchami správania a ich rodičmi*. V. Dramaterapeutická konference, Olomouc, 4.3.-5.3. 2009 (referát)

ADRESÁR ÚČASTNÍKOV

Doc. PhDr. Marta Horňáková, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: marta.hornakova@fedu.uniba.sk

Prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.
Trnavská univerzita
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra sociálnej práce
e-mail: mschavel@truni.sk

PhDr. Barbora Drexlerová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Katedra sociálnej práce
e-mail: drexlerova@monografia.sk

Dr. Danuta GRZESIAK-WITEK
Katedra špeciálnej pedagogiky a psychopedagogiky WZNoS KUL v Stalowej Woli
Katolícka Univerzita Jána Pavla II v Lubline
Neurologická klinika SPZZOZ Sandomierz
Poľsko
e-mail: dpwitek25@o2.pl

Mgr. Pawel WITEK
Katedra spoločenských vied v Stalowej Woli,
Katolícka Univerzita Jána Pavla II v Lubline
Sociálne oddelenie, Okresný súd v Tarnobrzegu
Poľsko
e-mail: dpwitek25@o2.pl

Prof. PhDr. Aurélia Kerekrétiová, PhD., Mgr. Zlatica Hoppanová
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra logopédie
e-mail: aurelia.kerekretiova@fedu.uniba.sk,

PaedDr. Jana Špániková
Unicef, Linka detskej istoty
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: spanikova@fedu.uniba.sk

PaedDr. Hroznata Živný, PhD.
Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: zivny@fedu.uniba.sk, hzivny@seznam.cz

PaedDr. Anna Skokanová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta
Katedra špeciálnej pedagogiky
e-mail: anna.skokanova@ku.sk

PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.
Trnavská Univerzita v Trnave
Pedagogická fakulta
Katedra predškolskej a elementárnej pedagogiky
e-mail: barbora.kovacova@centrum.sk

PhDr. Zuzana Machajová, Mgr. Mária Takáčová
Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie v Dolnom Kubíne
Oddelenie poradenstva sociálneho vývinu, prevencie a psychoterapie
e-mail: zuzana.machajova1@gmail.com, cvppdk@stonline.sk

Doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
e-mail: helena.kuberova@ku.sk

Doc. PaedDr. Katarína Majzlanová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: katarina.majzlanova@fedu.uniba.sk

Mgr. Ľudmila Brunnerová
absolvent London South Bank University
Faculty od Health and Social Care
Allied Health Sciences (Occupational Therapy)
103 Borough Road
London SE1 0AA, UK
e-mail: ludka11@yahoo.com

PhDr. Alexandra Ondrejková
Trnavská Univerzita v Trnave
Pedagogická fakulta
Katedra predškolskej a elementárnej pedagogiky
e-mail: ondrejka1@chello.sk

Doc. PaedDr. Darina Tarcsiová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra špeciálnej pedagogiky
e-mail: darina.tarcsiova@fedu.uniba.sk

Mgr. Katarína Melichová
Magistrát mesta Košice
Oddelenie služieb obyvateľstvu
Referát sociálnych vecí
e-mail: katarina.melichova@kosice.sk

PhDr. Tatiana Tomčíková, PhD.
Univerzita Mateja Bela
Pedagogická fakulta
Katedra sociálnej práce
e-mail: ttomcikova@pdf.umb.sk

PaedDr. Mária Magátová, Ing. Igor Magát
Detský domov Studienka
CSS Rontgenova ul.
Bratislava
e-mail: magi.maria@zoznam.sk

Mgr. Monika Dučaiová
Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
Drieňová ul.
Bratislava
e-mail: moni.ducaiova@gmail.com

Ing. Gabriel Kosnáč
Miestny úrad
MČ Bratislava – Karlova Ves
e-mail: gabriel.kosnac@karlovaves.sk

Mgr. Róbert Sabo
Metodicko-pedagogické centrum v Banskej Bystrici
e-mail: sabo@mpcbb.sk

Mgr. Mária Bendíková
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: majkabendik@gmail.com

Mgr. Lenka Sokolová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra psychológie a patopsychológie
e-mail: solokola24@gmail.com

PhDr. Ľubica Kročanová
Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie v Bratislave
e-mail: krocanova@vudpap.sk

PhDr. Janka Kuffová
Domov dôchodcov a domov sociálnych služieb pre dospelých v Likavke
e-mail: kuffova@centrum.sk

PaedDr. Magdeléna Szabová, Mgr. Barbora Vodičková, PhD.,
PaedDr. Monika Stupková, Mgr. Jana Skraková
Asociácia PRO LP.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: magdalena.szabova@fedu.uniba.sk, barbora.vodickova@fedu.uniba.sk,
monika.stupkova@fedu.uniba.sk, janka.skrakova@gmail.com

Mgr. Erika Kovácsová
Centrum pre liečbu drogových závislostí
Hraničná 2
Bratislave
e-mail: ekovacsova@cpldz.sk

Mgr. Ivana Lištiaková
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: ivana.listiakova@gmail.com

Elisabeth Alder-Wuerrer
INC Training & Consulting, s.r.o.
Intercultural – Networks
e-mail: sissi.alder@gmail.com

Mgr. Lucia Liptovská
OZ Dúha
e-mail: lucia@linisys.sk

Mgr. Margaréta Mokráňová, Mgr. Vladimír Mokráň
Liečebný pedagóg, rodič
e-mail: mokranovci@mokranovci.net

Mgr. Oľga Chovancová
Liečebný pedagóg, laktačná poradkyňa.
e-mail: olga@chovanec.org

PhDr. Albín Škoviera, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra sociálnej pedagogiky
e-mail: albin.skoviera@fedu.uniba.sk

Recenzentky

Doc. PhDr. Mária Potočárová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Filozofická fakulta
Katedra pedagogiky
e-mail: maria.potocarova@fphil.uniba.sk

Mgr. Petra Mitašíková, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: petra.mitasikova@fedu.uniba.sk

ILUSTRAČNÉ ZÁBERY Z KONFERENCIE

Význam dojčenia
a nosenia detí
pri vytváraní bezpečnej
vzťahovej väzby