

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Vliv terapeutických činností na rozvoj klienta s mentálním postižením
v Domově Petra**

Bakalářská práce

Jméno autora: Štěpánka Viktorová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Vladimír Ira

2008

Abstract

Therapeutical activities are viewed as purposeful activities focused on satisfying and developing individual needs and interests of a mentally handicapped individual. The aim is to occupy the client with reasonable activities, to develop his/her abilities and skills and to give him/her a certain form of self-realization. A mentally handicapped person is a social individual and needs to live a full-value life according to his/her abilities and to keep social contacts like anybody else.

I have chosen the topic of my bachelor work "The Influence of Therapeutical Activities on the Progress of a Mentally Handicapped Client in Petra Home" because I have been working here for nine years in the department of educational-therapeutical work. Thus I would like to show how important the work with various stages of mental handicap is and what the Home for mentally handicapped people can offer to them.

The bachelor work is divided into a theoretical and empirical part. The theoretical part is devoted first to the definition of mental handicap and historical development of the care of mentally handicapped people. The following part describes the characteristics of mentally handicapped people, their specifics in perception, memory and attention, progress of thinking, classification of mental handicaps and etiology. Other chapters included in this work are about therapeutical approaches in care of mentally handicapped people and about the Home for mentally handicapped people.

To make out the research part of the bachelor work I used a qualitative research using techniques analysing personal documents, observing a group of mentally handicapped individuals and standardized talks with therapists and educators. The researched group was chosen from five clients of Petra Home in Mačkov with the diagnosis of light, medium and serious mental handicap and cerebral palsy from the age of 14 to the age of 46.

The main aim of the bachelor work is to find out about the extent, to appreciate the meaning and possibilities of using therapeutical activities for the progress of a

mentally handicapped client in the Petra Home in Mačkov. Next aim is to focus on developing precise motoric activities, communication and attention. Hypothesis: Therapeutical activities done regularly when continuously repeating particular activities in connection to applying individual therapists' approaches help to develop especially precise motoric abilities, communication and attention of clients with light and medium mental handicaps.

I hope that my work will contribute to better knowledge about activities which are offered to clients. Then it can help pedagogists, therapists and other workers of Petra Home to gain and deepen their knowledge.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích: 12. května 2008

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Vladimíru Irovi za cenné připomínky a trpělivý přístup při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Pojem mentální retardace	10
1.1.1 <i>Historický vývoj péče o mentálně retardované</i>	12
1.2 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací.....	13
1.2.1 <i>Zvláštnosti vnímání osob s mentální retardací</i>	14
1.2.2 <i>Rozvoj myšlení osob s mentální retardací</i>	15
1.2.3 <i>Zvláštnosti v paměti osob s mentální retardací</i>	16
1.2.4 <i>Zvláštnosti v pozornosti osob s mentální retardací</i>	17
1.3 Klasifikace mentální retardace	18
1.3.1 <i>Lehká mentální retardace</i>	19
1.3.2 <i>Středně těžká mentální retardace</i>	20
1.3.3 <i>Těžká mentální retardace</i>	21
1.3.4 <i>Hluboká mentální retardace</i>	22
1.3.5 <i>Jiná mentální retardace</i>	22
1.3.6 <i>Nespecifikovaná mentální retardace</i>	23
1.4 Etiologie mentální retardace	23
1.4.1 <i>Prenatální příčiny</i>	23
1.4.2 <i>Perinatální příčiny</i>	24
1.4.3 <i>Postnatální příčiny</i>	24
1.5 Terapeutické přístupy v péči o osoby s mentální retardací	24
1.5.1 <i>Terapie hrou</i>	26
1.5.2 <i>Pracovní a činnostní terapie</i>	26

1.5.3	<i>Canisterapie</i>	28
1.5.4	<i>Arteterapie</i>	28
1.5.5	<i>Muzikoterapie</i>	29
1.5.6	<i>Dramaterapie</i>	31
1.5.7	<i>Hipoterapie</i>	32
1.5.8	<i>Biblioterapie</i>	32
1.6	Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	33
2	Cíl práce	35
3	Metodika	35
3.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
3.2	Použité metody sběru dat	35
3.3	Metody a formy práce v Domově Petra	36
3.4	Výzkumný soubor č. 1	40
3.4.1	<i>Analýza osobních dokumentů</i>	40
3.4.2	<i>Záznam z pozorování u klientky Petry</i>	41
3.5	Výzkumný soubor č. 2	43
3.5.1	<i>Analýza osobních dokumentů</i>	43
3.5.2	<i>Záznam z pozorování u klientky Jany</i>	44
3.6	Výzkumný soubor č. 3	47
3.6.1	<i>Analýza osobních dokumentů</i>	47
3.6.2	<i>Záznam z pozorování u klientky Věry</i>	48
3.7	Výzkumný soubor č. 4	50
3.7.1	<i>Analýza osobních dokumentů</i>	50
3.7.2	<i>Záznam z pozorování u klientky Andrey</i>	51

3.8	Výzkumný soubor č. 5	54
3.8.1	<i>Analýza osobních dokumentů</i>	54
3.8.2	<i>Záznam z pozorování u klienta Pavla</i>	55
4	Standardizované rozhovory	57
5	Diskuse.....	61
6	Závěr	66
7	Seznam použitých zdrojů.....	67
8	Klíčová slova	70
9	Přílohy.....	71

Úvod

Motto: "Člověk nemůže žít sám pro sebe. Jsme si vědomi, že všechny životy jsou cenné a že vůči nim máme své povinnosti."

Dr. Albert Schweitzer

Při psychologické charakteristice mentálně retardovaných je třeba zdůraznit, že jejich nižší mentální úroveň vytváří specifický psychologický obraz, který sice výrazně omezuje jejich kognitivní procesy, ale zpravidla jim umožňuje žít bohatým emocionálním životem. Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu dosud neodhalených možností, zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod. Každý jedinec s mentální retardací je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami, zájmy i problémy a s vlastními vývojovými možnostmi, které je možné a nutné rozvíjet.

Téma bakalářské práce Vliv terapeutických činností na rozvoj klienta s mentálním postižením v Domově Petra, jsem si zvolila, protože zde již devátým rokem pracuji na výchovně terapeutickém úseku. Chtěla bych tímto ukázat, jak důležitá je práce s klienty s různými stupni mentální retardace a co jim může Domov pro osoby se zdravotním postižením nabídnout.

Cílem naší práce je naučit klienty vše, co by v běžném životě mohli potřebovat, rozvíjet jejich osobnost, schopnosti, dovednosti a postupně je integrovat do společnosti.

Lidé s mentální retardací bývají ve větší míře závislí na společnosti, jejich soběstačnost lze ale rozvíjet, a to i v dospělosti. Zvláště v poslední době můžeme pozorovat nárůst a širší uplatňování celé řady metod a postupů kladoucích si za cíl optimálnější rozvoj osobnosti jedinců s mentální retardací, jejichž výsledkem má být docílení nejvyššího stupně socializace a tím i zlepšení kvality jejich života.

1 Současný stav

1.1 Pojem mentální retardace

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad by tedy zněl „opožďení (zpomalení) myslí“ (19).

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti (22).

Hlavní znaky mentální retardace jsou:

- nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- postižení je vrozené nebo časně získané (do druhého roku života).
- postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení.

Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána závažností a příčinou defektu, ale i výchovnými a terapeutickými vlivy (24).

Vrozená mentální retardace – je spojena s určitým poškozením nebo odchylným vývojem nervového systému v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte (15).

Získaná mentální retardace – demence (po druhém roce života) je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastěji je to zánět mozku, zánět mozkových blan, úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace, degenerační onemocnění mozku, duševní poruchy **(15)**.

Pseudooligofrenie – zdánlivá mentální retardace, která je způsobena vlivem vnějšího prostředí nikoliv poškozením centrální nervové soustavy. Vzniká výchovnou zanedbaností, psychickou deprivací, sociokulturním znevýhodněním jedince. Pseudooligofrenie se projevuje výrazně opožděným vývojem řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. Infantilismus, hravost, také se může objevit negativismus a apatie. Nejedná se o stav trvalý, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu **(15)**.

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Ke klasifikaci mentální retardace se používá 10. Revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10) zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací **(15)**.

Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace **(22)**.

Všechny formy mentální retardace zastupují v celkové populaci cca 3% občanů. Tvoří tedy jednu z nejpočetnějších skupin osob z celkového počtu lidí s postižením. Podle některých výzkumů je intelektově podprůměrných téměř 5 – 12% dětí školního věku **(11)**.

Osob s lehkým postižením je v populaci cca 2,6%. Se středně těžkým mentálním postižením cca 0,4%, těžce mentálně retardovaných cca 0,3%, osob s hlubokým mentálním postižením 0,2%. Podle posledních odhadů je v republice zhruba 300 tisíc osob s mentálním postižením **(26)**.

Lidé s mentální retardací bývají ve větší míře závislí na společnosti. Jejich soběstačnost lze stále rozvíjet, a to i v dospělosti. Jakákoli zvládnutelná pracovní činnost uchovává jejich kompetence a dává jejich životu náplň (24).

1.1.1 Historický vývoj péče o mentálně retardované

Péče o mentálně retardované má pohnutou historii. S vývojem společnosti se měnily její cíle, obsah i její formy a metody a to v závislosti na ekonomických, sociálně politických i kulturních podmínkách, ve kterých se uskutečňovala. Péče o mentálně postižené spočívala v magických ochranných symbolech. Jako způsob léčby bylo vyhánění ducha – exorcismus (15).

Ve starověku vzniká jiný náhled na postižené, převládá zde péče rodinná. V Řecku jsou zakládány léčebné ústavy označované jako asklépia, kde péči zajišťovali lékaři a kněží. V období středověku byly jedinci s mentální retardací umisťováni do klášterů, kde se na duševní onemocnění nahlíželo jako na trest boží. Období renesance má snahu hledat pravdu pomocí věd, ale přesto dochází k segregaci osob s mentální retardací ze společnosti např. na tzv. „lodě bláznů“ (15). V tomto období se objevuje první klasifikace duševních poruch, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch (sebeprožívání, poruch emocionálních) (26).

Osvícenství je dobou, kdy vznikaly velké špitály, kde se Philip Pinel snažil o humanizování péče o jedince s mentální retardací.

Za jakéhosi „otce zakladatele“ psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě můžeme považovat lékaře Eduarda Sequina, který ve svém díle vyrůstajícím z každodenní praxe rozpracovává systém výchovy slabomyslných jedinců postavený na tzv. Sequinově triádě:

1. výchova činnosti (rozvoj motoriky, analyzátorů, senzomotoriky)
2. výchova myšlení (výuka trivia, utváření představ o světě a společnosti)
3. výchova vůle (schopnost ovládnout své instinkty) (26).

V průběhu 19. stol. vzniká jiný názor na handicapované jedince. Na počátku 19. stol. se u nás začíná organizovat péče o osoby s mentální retardací **(15)**. Jeden z prvních psychopedů byl u nás Karel Slavoj Amerling, který založil první ústav pro slabomyslné tzv. Ernestinum na Pražském hradě provozované Spolkem paní sv. Anny založené roku 1871 **(26)**. Mezi další speciální pedagogy se řadí prof. Karel Herfort, který roku 1902 položil základy pedopsychiatrie jako vědního oboru **(11)**.

1.2 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací

Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu dosud neodhalených možností zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod. Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami, zájmy i problémy

a s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné rozvíjet. K charakteristice mentální retardace patří tedy jedinečnost individuálního postižení. Každý mentálně postižený se liší od druhého, v případě že získané hodnoty psychologických zkoušek jsou srovnatelné.

U osob s mentální retardací je oslabena jedna ze základních funkcí lidské psychiky – potřeba poznávat okolní svět. Nedostatečná poznávací aktivita je bazální symptom vyplývající z nedostatečně vyvinuté mozkové kůry. Poznávací zájmy a potřeby mentálně postižených jsou proto rozvinuty v menší míře, než je v normě **(22)**.

Mentální retardace se projevuje zejména:

- zvýšenou závislostí na rodičích a druhých lidech
- infantilností osobnosti
- zvýšenou pohotovostí k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování

- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“
- v opožděném psychosexuálním vývoji
- v nerovnováze aspirací a výkonů
- ve zvýšené potřebě uspokojení a jistoty
- poruchami interpersonálních vztahů a komunikace
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace (17)

V závislosti na hloubce postižení, kvalitě výchovně vzdělávací péče, složitosti životního stylu a míře vstřícnosti okolní společenské komunity potřebuje člověk s mentálním postižením určitou míru pomoci, podpory, případně i péče pramenící z porozumění jeho potřebám (19).

Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací. S obtížemi chápou jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim jeví více ohrožující (24).

Lidé s mentální retardací jsou především lidmi, kteří mají stejné potřeby jako všichni ostatní a právo na jejich adekvátní uspokojení. Mnozí mohou žít relativně samostatným a nezávislým způsobem života, mohou pracovat, navazovat partnerské vztahy, cestovat, sportovat a věnovat se dalším zájmovým činnostem (19).

1.2.1 Zvláštnosti vnímání osob s mentální retardací

Vnímání je poznávání přítomnosti založené na aktuálním kontaktu s poznávanými objekty. Slouží potřebě orientace v prostředí. Takto získané informace následně ovlivňují chování, takže působí i jako regulační mechanismus. Vnímání úzce souvisí s dalšími psychickými procesy (25).

Vnímání jedince s mentální retardací je zpomalené a omezené. Rozsah vnímání je zúžený. Problémem vnímání u osob s mentální retardací je nedostatečná diferenciacie při rozpoznávání rozdílů mezi předměty.

Prostřednictvím vnímání jedinec poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty a situace. Na základě takto získaných informací se orientuje ve svém prostředí. Vnímání je spojeno s rozeznáváním přijímaných objektů na základě minulé zkušenosti. Jedinec s mentální retardací vnímá postupně, tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí. Velkou úlohu v psychickém vývoji má sluchové vnímání, které velmi těsně souvisí s rozvojem řeči. Pokud se diferenciacní podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru vytvářejí pomalu, vede to k opožděnému utváření řeči, což způsobuje opoždění psychického vývoje.

Obohacování životních zkušeností těchto jedinců, rozšiřování okruhu jejich znalostí a představ, to jsou základní prostředky pro zlepšování kvality jejich počitků a vjemů. Nedostatek podnětů naopak zpomaluje rozvíjení myšlení jedince, brzdí rozvoj vnímání, a tím prohlubuje u jedince mentální postižení. Opožděná a omezená schopnost vnímání, charakteristická pro jedince s mentální retardací, má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje (22).

1.2.2 Rozvoj myšlení osob s mentální retardací

Myšlení je zobecněné a slovem zprostředkované poznávání skutečnosti. U osob s mentální retardací lze pozorovat velmi nízkou úroveň rozvoje myšlení, které se utváří v podmínkách neplnohodnotného smyslového poznávání, nedostatečného rozvoje řeči a omezené praktické činnosti. Mentálně retardovaný jedinec má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování, myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní (22).

Typickým znakem jedinců s mentální retardací je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Jedinci bývají více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, obtížně rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých situací a objektů, hůře

chápu i jejich vzájemné vztahy. Je pro ně náročné odpoutat se od vlastního pohledu, pocitů a potřeb, které jejich poznávání zkreslují (6).

Pro myšlení u osob s mentální retardací je charakteristická nesoustavnost v myšlení, která se výrazně projevuje zejména u jedinců, trpících rychlou unavitelností. Od správného řešení úkolu často dochází k přerušení pozornosti, někdy jedinci s mentální retardací bezdůvodně ztratí bezmyšlenkovou souvislost a začnou mluvit o něčem jiném (22).

Jedincům s mentální retardací výrazně chybí kvalita myšlení, kterou lze označit jako „*sekvenční myšlení*“. Jedná se o chápání sledu věcí a jevů, správné vnímání logických souvislostí a časové následnosti. Sekvenční myšlení hraje významnou roli v organizaci času. Nejsou schopni odhadnout, jak dlouho bude nějaká činnost trvat, s obtížemi dodržují domluvené termíny a velmi mnoho činností nejsou schopni stihnout (22).

Základní cestou k rozvoji myšlení je jejich systematické vzdělávání postupným osvojováním vědomostí, dovedností a návyků odpovídajících úrovni rozumových schopností a úrovni již získaných poznatků (22).

1.2.3 Zvláštnosti v paměti osob s mentální retardací

Paměť umožňuje uchování zkušeností. Nemá vlastní obsah, je spojena s poznávacími či emotivně regulačními procesy. Paměť pomáhá při zpracování, interpretaci a transformaci zkušenosti, která závisí na stavu organismu a časovém intervalu. Paměťové funkce jsou ovlivňovány somatickým i psychickým stavem (25).

Paměť lze rozlišit na krátkodobou, ta se zaznamenává zapamatování v časovém úseku pouze několika vteřin. Využíváme ji, když si potřebujeme zapamatovat určité věci pro jednoduchý a krátkodobý výkon. Do dlouhodobé paměti vstupují zkušenosti významné a používané. Za nejdůležitější podmínky záměrného dlouhodobého zapamatování se považuje optimální úroveň motivace k učení (osvojení si učebního materiálu), správná technika záměrného učení (myšlenkové zpracování toho, co má být

naučeno, opakování učiva a jeho spojování s názorností a praxí), vhodné subjektivní a objektivní podmínky učení (vhodné prostředí fyzické a sociální) **(14)**.

Jedinec s mentální retardací si osvojuje všechno nové velmi pomalu většinou až po mnohačetném opakování. Mají tendenci zapamatovat si učivo mechanicky a nesnaží se učivu porozumět. Nedostatek představ má vliv na logické zapamatování. Kvalitu paměti výrazně snižuje i nízká úroveň myšlení. Tito jedinci si zpravidla lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních **(15)**.

Jedinci s mentální retardací se nedovedou cílevědomě učit. Chybí jim k tomu nezbytné volní vlastnosti, ale i rozumové dovednosti potřebné k organizaci procesu poznávání a organizaci času **(22)**.

1.2.4 Zvláštnosti v pozornosti osob s mentální retardací

Pozornost je psychický stav projevující se soustředěním vnímání a dalších psychických procesů na jeden jev, jednu činnost. Soustředění záměrné pozornosti je podporováno mnoha podmínkami, zejména motivací k činnosti, přestávkami, střídáním činností, celkovým stavem organismu, návykem soustředěně se činnosti věnovat **(29)**.

Funkcí pozornosti je zaměřování vědomí na významné podněty spojené s potlačováním vnímání nevýznamných podnětů. Pozornost je často spojována se zájmy, které vždy souvisí s předmětem vytrvalé pozornosti. Zájem je trvalejší zaměření subjektu na určitý druh činnosti (zájem o přírodu, výtvarné umění, zájem o vaření).

Základní vlastností pozornosti je především intenzita (koncentrovanost a soustředění), rozsah (čím je intenzita pozornosti větší, tím má menší rozsah) a fluktuace (změna, pohyb, přenášení z předmětu na předmět) **(14)**.

U jedinců s mentální retardací se pozornost vykazuje nízkým rozsahem sledovaného pole, nestálostí, snadnou unavitelností a sníženou schopností rozdělit si více činností. Pozornost jsou schopni udržet mnohem kratší dobu, různí se však dle jednotlivých stupňů retardace a časové křivky dne. Po soustředění musí následovat relaxace. Je to důležitý poznatek z hlediska strukturování jednotlivých činností **(24)**.

1.3 Klasifikace mentální retardace

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je závažnost, tj. kvantita úbytku. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností takto postiženého jedince s normou, to znamená pomocí psychologické diagnostiky inteligence.

Kvantitativní hodnocení inteligence udává pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého jedince ve vztahu k populační normě. Hodnota průměrného modálního výkonu je IQ 100. Hraniční hodnotou pro mentální retardaci je IQ 70 (24).

Mnohé teorie rozlišují různé typy inteligence u člověka:

- abstraktní inteligence – projevuje se při verbálních a symbolických operacích
- mechanická inteligence – projevuje se při operacích s předměty
- sociální inteligence - projevuje se při komunikaci s lidmi (22)

Historický vývoj konceptu IQ byl poprvé uveden německým psychologem Williamem Sternem, který definoval mentální věk ve vztahu k aktuálnímu či chronologickému věku, přičemž mentální věk je úroveň intelektuálního vývoje měřená inteligenčním testem. Americký psycholog Lewis M. Terman koncepci dále upravil přidáním násobku sto a vyjádřil IQ v procentech:

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} * 100$$

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívající v tom, že IQ informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Naměřené hodnoty neříkají však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby (15). Kromě měřitelné

úrovně rozumové inteligence hraje velkou roli v obrazu projevů a celkové úrovně osobnosti i řada dalších faktorů a to zejména emoční inteligence vyjadřovaná emočním kvociemem (EQ) (19).

Tabulka č. 1 - Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle Mezinárodní klasifikace (MKN-10):

KÓD DLE MKN-10	SLOVNÍ OZAČENÍ	PÁSMO IQ
<i>F 70</i>	<i>Lehká mentální retardace</i>	<i>50 – 69, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let</i>
<i>F 71</i>	<i>Středně těžká mentální retardace</i>	<i>35 – 49, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6- 9 let</i>
<i>F 72</i>	<i>Těžká mentální retardace</i>	<i>20 – 34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3- 6 let</i>
<i>F 73</i>	<i>Hluboká mentální retardace</i>	<i>Nejvýše 20, odpovídá úrovni do 3 let</i>
<i>F 78</i>	<i>Jiná mentální retardace</i>	
<i>F 79</i>	<i>Nespecifikovaná mentální retardace</i>	

1.3.1 *Lehká mentální retardace*

F 70, IQ 50 – 69

Lidé, jejichž mentální schopnosti jsou diagnostikovány v tomto rozmezí, jsou zcela vychovatelní a částečně vzdělavatelní. Mají opožděné myšlení, méně chápou, obtížně zvládají abstraktní pojmy, snadno podléhají vlivu jiných osob a nejsou schopni orientovat se ve složitějších životních situacích (10).

Jedinci s lehkou mentální retardací si osvojují mluvu opožděně, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší (22).

V sociálně nenáročném prostředí mohou být zcela bez problémů. Potíže mají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů např. obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám, nejsou schopni se vyrovnat s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokážou samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání udržení si zaměstnání, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče.

U těchto jedinců se mohou objevit známky přidružených chorobných stavů např. autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení (22).

Lidé s lehkou mentální retardací tvoří u nás cca 80% z celkového počtu mentálně retardovaných (16).

1.3.2 Středně těžká mentální retardace

F 71, IQ 35 – 49

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je výrazně snížena celková úroveň rozumových schopností, opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Paměť je mechanická, obvykle výrazně limitovaná. Řeč je značně jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Omezené jsou schopnosti sebeobsluhy, jedinci vyžadují v tomto směru chráněné prostředí (tj. chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život (10, 26).

Jednoduché manuální činnosti jsou schopni vykonávat, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Vývoj jemné a hrubé motoriky je

zpomalen a trvale zůstává celková neobratnost. Většina z nich prokazuje vývoj schopností sociální interakce a komunikace s druhými. Výchova těchto jedinců se zaměřuje především na osvojení základních hygienických návyků, sebeobsluhy, základního společenského chování. V dospělosti potřebují různou míru podpory pro zvládnání života a práce v prostředí běžné společnosti **(16, 22, 19, 10)**.

Retardace psychického vývoje je často kombinovaná s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. U značné části je přítomen dětský autismus **(15, 22)**.

Lidé se středně těžkou mentální retardací tvoří u nás cca 12% z celkového počtu mentálně retardovaných **(16)**.

1.3.3 Těžká mentální retardace

F 72, IQ – 20 – 34

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, etiologii a přidružené stavy. U jedinců je výrazné opoždění psychomotorického vývoje, které je patrné již v předškolním věku. Dochází zde k minimálnímu rozvoji komunikačních dovedností a vzácně používají jednotlivá slova. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované. Takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich potrava musí být speciálně upravena **(26, 15, 22)**.

Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené. Je-li rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná přispívá to k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života **(22)**.

Jedinci s těžkou mentální retardací trpí častými motorickými poruchami a mají příznaky celkového poškození CNS.

Lidé s těžkou mentální retardací tvoří u nás cca 7% z celkového počtu mentálně retardovaných **(16)**.

1.3.4 Hluboká mentální retardace

F 73, IQ – je nižší než 20

Jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím. Řeč není rozvinuta, proto je nahrazována omezenými nonverbálními znaky, případně neartikulovanými zvuky. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc. Motorika je velmi omezená, často nefunkční spojená se stereotypní, automatickou pohyblivostí bez zřetelného účelu **(10, 22)**

IQ nelze u těchto jedinců přesně změřit. Je odhadováno, že je nižší než 20. Mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a udržovat hygienu, proto vyžadují stálou pomoc a stálý dohled **(22)**.

Běžně se objevují těžké neurologické, tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození sluchového a zrakového vnímání **(22)**.

Lidé s hlubokou mentální retardací tvoří u nás cca 1% z celkového počtu mentálně retardovaných **(16)**.

1.3.5 Jiná mentální retardace

F 78

Tato kategorie se používá pouze tehdy, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné. Používá se pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob **(19)**.

1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace

F 79

Tato kategorie se užívá při diagnostice případů, u kterých je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, pro zařazení klienta do jedné z výše uvedených kategorií **(19)**.

1.4 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace může být způsobena mnoha příčinami. Nejčastěji se používá rozdělení do dvou základních skupin. První skupinu tvoří příčiny endogenní – vnitřní. Jedná se o příčiny genetické, které jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Druhou skupinu tvoří příčiny exogenní – vnější. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, se dále dělí dle období, kdy působí na jedince. Jedná se o období prenatální, které začíná již od početí a končí porodem. Perinatální je již během porodu a krátký čas po narození. Období postnatální je poporodní a v raném dětství **(22)**.

Nejčastější příčiny mentální retardace jsou následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, a jiné nespecifické deprivace **(17)**.

1.4.1 Prenatální příčiny

V prenatálním období působí celá řada vlivů na vznik mentálního postižení. Převažujícím faktorem jsou především vlivy dědičné. Do těchto vlivů se řadí nejen zděděné nemoci po předcích, ale i nedostatek vloh k určité činnosti po rodičích.

Pro vznik mentální retardace jsou specifické genetické příčiny a vliv mutagenních faktorů. Největší skupinu mentální retardace tvoří syndrom způsobený změnou počtů chromozomů – Downův syndrom nebo změna počtu pohlavních chromozomů – Klinefelterův syndrom.

Enviromentální faktory tvoří další skupinu prenatalních vlivů a onemocnění matky v době těhotenství – zarděnky, toxoplazmóza, nejrůznější virové infekce, alkoholismus matky, nedostatečná výživa (**11, 26**).

1.4.2 Perinatální příčiny

Příčina potíží bývá udávána organickým poškozením mozku a označuje se jako lehká mozková dysfunkce. K dalším faktorům patří mechanické poškození plodu a hypoxie nebo asfyxie, předčasný porod, nízká porodní váha a těžká novorozenecká žloutenka (**26**).

1.4.3 Postnatální příčiny

Po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů (např. zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy, krvácení do mozku). Snížené intelektové schopnosti může zapříčinit sensorická, citová a sociokulturní deprivace u dětí, které vyrůstají v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí a způsobit tak lehkou mentální retardaci (**26**).

1.5 Terapeutické přístupy v péči o osoby s mentální retardací

Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem směřující od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin a vedoucí k jisté prospěšné změně např. v prožívání,

chování nebo fyzickém výkonu. Tyto přístupy mohou být aplikovány přímo v rámci terapií – psychoterapie, dramaterapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, hydroterapie, hipoterapie atd. **(26)**.

Terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby s mentální retardací jsou specifické a odvíjí se z charakteru jejich postižení, které je dáno jeho vznikem, závažností a projevy. Tyto přístupy jsou závislé na vývojových zvláštностech převažujících na jedné straně primárním postižením a na straně druhé prostředím, ve kterém se osoba vyvíjela. Za základní psychologický prostředek se považuje vztah mezi terapeutem a klientem vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta **(17, 26)**.

Za další psychologické prostředky se považuje neverbální komunikace. Jedná se o sféru signálů bezeslovné povahy, která má ve vztahu k terapeutickým postupům trojí funkci – pozorování klienta, interpretaci jeho chování, vyjádření a sdílení. V případě signálů bezeslovné povahy může klient hovořit řečí těla, řečí prostoru a řečí času. Neverbální komunikační možnosti vypovídají o klientově autenticitě, sebeakceptaci, o schopnosti vnímat a korigovat vlastní prožívání a chování. Jako nástroj vyjádření a sdílení je důležitá hlavně pro předmět terapeutického vztahu, kdy mezi vlastnosti patří větší spontánnost, pravdivost, emocionálnost a menší kontrolovatelnost. U dětských klientů musí být terapeut připraven na zvláštnosti jejich vývoje a s ním souvisejícího chování, emocí a myšlení na intrapsychické a interpersonální úrovni, na neustále přítomnou potřebu bezpečí a lásky **(17, 26)**.

Terapeutické procesy mají určité fáze a jsou zajišťovány terapeutem v určitém materiálním prostředí. Participuje na nich i klient. Počátek vedení terapeutického procesu se musí opírat o znalost aktuálního psychofyzického stavu klienta, jeho nálady, prožitků, momentálního zdravotního stavu atd. Zvolená činnost by měla odpovídat nejen aktuálnímu stavu klienta, ale měla by být také podpořena vhodným prostorem a pozitivní skupinovou atmosférou **(19)**.

Úspěšnost terapie je závislá na rozpoznání a co nejpřesnějším pojmenování problémů a zároveň také na adekvátním přístupu ke klientovi. Účinná terapie je výsledkem přístupů k problému klienta:

- sociointegračního – poznávání klienta v jeho přirozeném sociokulturním prostředí
- individuálního – respektování klientovy osobitosti
- finálního – stanovení cílů a postupů k nim
- aktivizujícího – nabídka přitažlivých podnětů a činností **(19)**

1.5.1 Terapie hrou

Terapie hrou je odborná, záměrná a cílevědomá aplikace prostředků hry použité za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení a osobnostní strukturu společensky a individuálně přijatelným směrem. Hra patří mezi nejdůležitější prostředky ve vývoji člověka a může mít ráz výchovný, diagnostický i terapeutický **(17)**.

U jedinců s mentální retardací je nutné počítat především s jistými omezujícími specifiky jejich motivace ke hře. Tato specifika se mohou odvíjet jak od primárních deficitů v psychomotorice (např. vnímání celkově minimalizujícího výběru herních objektů, snížení schopnosti manipulace s objekty, nedostatek představivosti a tvořivosti), tak od negativních vlivů prostředí **(26)**.

1.5.2 Pracovní a činnostní terapie

Ergoterapie rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života. Pracovní terapie směřují k jistému výsledku práce. U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů

dosahuje převážně prostřednictvím rukodělných činností (práce s textilem, se dřevem, kovem, přírodními materiály, papírem) a nácvikem praktického života (např. v oblasti samostatného bydlení, péče o domácnost a jednotlivé postupy při řešení určitých životních problémů) **(26)**.

Ergoterapie je léčba prací, proto pro zlepšování jemné a hrubé motoriky rukou využíváme činnosti, ve kterých se ruce zapojují. Musí však klienta bavit a motivovat ho. Pracovní činnosti jsou vybírány podle věku, takže pro děti to budou činnosti formou hry, pro dospělé jsou činnosti vybírány podle zájmů a zaměstnání.

Ruční práce – mezi tyto tradiční techniky patří pletení, vyšívání, háčkování, šití v ruce i na stroji, síťování. Pracuje se s jehlicemi, háčkem, jehlou. Musíme dávat pozor, aby nedošlo k poranění. Druh volíme podle techniky a řídíme se tím, komu je výrobek určen. Práce s jemným materiálem a drobnými pomůckami vyžadují vysoké nároky na jemnou motoriku, dobrý zrak a hmat. Pokud zvolíme silnější materiál, větší velikost výrobku a větší nástroj, zlepšujeme tak svalovou sílu a rozsah pohybů. Základní vzory, jakmile jsou zautomatizovány, mohou být pro klienta monotónní. Složitější vzory naopak vyžadují soustředění a koncentraci **(9)**.

Práce s textilem – využíváme tkaní, ať již na jednoduchém tkalcovském stavu, tkaní na destičce nebo na kartičkách, dalšími technikami jsou drhání a koláž. Tkát můžeme z jakéhokoliv pevného materiálu, např. z kousků hadříků, vlny, z různých druhů přízí, z přírodních provázků, ze stuh. Mnohé techniky práce s textilem můžeme aplikovat u různých postižení s výjimkou postižení zraku.

Rozmanitost a velký výběr jednoduchých, středně náročných až velmi náročných technik umožňuje vybrat vhodnou činnost pro klienty s různými druhy postižení, různých věkových skupin i různého pohlaví **(9)**.

U osob s mentální retardací se musí obecně počítat s nedostatky v oblasti motivace k činnosti, v psychomotorickém výkonu, s nedostatky vyplývajícími ze sociokulturního vývoje **(26)**.

1.5.3 Canisterapie

Canisterapie působí pozitivní změny v oblastech prožívání, navazování vztahů, motorických funkcí, verbálních i neverbálních komunikačních funkcí, stimulace tělesných funkcí. Canisterapie může probíhat v různých formách. Mezi nejužívanější formy patří mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa (**17, 26**).

Canisterapie pomáhá u dětí s různým stupněm mentálního postižení k rozvoji jejich pozornosti. Komunikace se zvířetem na verbální i neverbální úrovni je jednodušší a jednoznačnější, může být vhodným nácvikem pro vytvoření vztahu k ostatním dětem a lidem. Plní potřebu citové jistoty a bezpečí, poskytuje vždy pozitivní zpětnou vazbu (**26**).

1.5.4 Arteterapie

„Arteterapie znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění“. Arteterapie poskytuje uvolnění a prostor k vyjádření emocí, umožňuje porozumět sobě i druhým. Napomáhá k poznání a ovlivnění lidské psychiky a k překonání nejrůznějších problémů (**1, 21**).

Arteterapie má velký vliv na rozvoj jemné motoriky (kreslením, malováním, modelováním). Zážitek úspěšnosti je zde prioritou. Má eliminovat pocity méněcennosti, mobilizovat kreativitu, fantazii. Je zde možnost získávat inspiraci pro smysluplné využití volného času, pomáhá objevovat vlastní schopnosti a rozšiřuje dovednosti. Velmi důležité je pro klienty zvýšení sebevědomí a pocit uspokojení z vytvořeného díla, které roste se stále větší zručností a motivací (**19**).

Kresba v arteterapii je projekcí psychomotorických schopností dítěte. Odkrývá nejen povahové rysy, ale i hyperaktivitu, agresivitu a nízké sebevědomí. Výtvarnou terapii lze použít jako samostatnou metodu nebo vhodně kombinovat s ostatními terapiemi.

Volný výtvarný projev - pracuje se spontaneitou vyvolanou především hrou. Řadíme sem techniku čmárání (uvolněné čmárání po papíře, kde se zpětně hledá motiv, který se snažíme rozvinout), dále techniku volné kresby a malby („nakresli, co chceš“).

Mezi další skupinu lze zařadit výtvarný projev při hudbě, kde se využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka. Tato metoda se obvykle dále dělí na muzikomalbu (hudební grafiku) a asociativní výtvarný projev při hudbě.

Skupinové výtvarné činnosti pracují se skupinovou dynamikou pro svoji sociometrickou hodnotu i jako prostředek úpravy vztahů v kolektivu.

Mezi další metodu lze zařadit řízený výtvarný projev, který je realizován přímou intervencí arteterapeuta (vhodné pro uzavřené klienty, kteří mají tendenci malovat kruhové kompozice se snahou vyvést je z izolovanosti) **(26)**.

Mentálně postižení nechápu události ve svém životě „rozumem“, ale jsou schopni vnímat svět okolo sebe „srdcem“, emocemi. Umělecké aktivity, které u nich rozvíjejí tvořivost, budují v jedincích schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života. Zejména práce s hlinou, jež probíhá prostřednictvím hmatu, je vhodnou technikou k uvědomování si vlastního těla, což vede k utváření sebevědomí a sebehodnocení **(19)**.

Hlavním cílem arteterapie u mentálně retardovaných je rozvoj kreativity, reedukace, nácvik empatie, odblokování komunikace, relaxace, sebereflexe, sebeovládání a vůle **(26)**.

1.5.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá hudby, rytmu, zvuků, tónů, zpěvu, to vše i v návaznosti na pohyb či výtvarnou tvorbu. Léčebnou metodou není jen hudbu vytvářet, ale může jít o poslouchání či vnímání samotné. Na jeho základě může jít o jinou kreativní expresi. V muzikoterapii jsou využívány verbální i neverbální prostředky. Jde o verbalizace zpěvem, rytmizací slov, výkřiky či šepem, neverbální práce s hudbou, rytmem či zvuky **(13)**.

K hlavním metodám aktivní muzikoterapie patří hudební improvizace, která představuje spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Hudební improvizace umožňuje vyvolat odpovědi klientů na jakékoliv úrovni postižení. Rozvíjí kontakt s klientem a terapeutický vztah v kontextu hudebních zkušeností. Muzikoterapeut vytváří hudebně a emocionálně příznivé prostředí podporující hudební vyjadřování klienta.

Rozlišujeme individuální improvizaci, kde se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, sebepojetí a prožívání. Skupinová improvizace umožňuje mapovat sociální interakce klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny a schopnosti neverbální komunikace.

V průběhu terapie často muzikoterapeuti využívají techniky hudebního zrcadlení, které umožňuje rychlé navázání kontaktu s klientem a podporuje jeho vlastní aktivitu. Patří k nejúčinnějším způsobům navázání komunikace i u těžce mentálně postižených.

Hudební interpretace je vhodná pro klienty, kteří potřebují posílit sebedůvěru, zbavit se strachu a úzkosti. Pomáhá rozvíjet hudební dovednosti, percepční, motorické sociální a kognitivní funkce.

Zpěv písní pomáhá lidem s narušeným řečovým projevem zlepšit jejich artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu. U lidí s mentální retardací slouží písně k rozšiřování slovní zásoby.

Poslech hudby podporuje vyjádření myšlenek, navázání kontaktu, komunikace a interakce mezi terapeutem a klientem. U osob s mentální retardací lze při poslechu písní cíleně procvičovat paměť, pozornost a myšlení klientů pomocí výtvarného projevu.

Pohybové aktivity při hudbě podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu a relaxaci, kreativní vyjadřování pohybem. S imobilními klienty lze provádět tanec a pohybovou improvizaci na vozíku **(13, 26)**.

1.5.6 Dramaterapie

Dramaterapie je záměrné použití dramatických a divadelních postupů, které otvírají cesty k prožívání emocí a získání vnitřní harmonie. Při dramaterapii se mohou pacienti realizovat, vyzkoušet si řadu věcí resp. prožít sami sebe v situacích, do kterých by se asi nikdy nedostali.

Dramaterapie je především o prožívání, pracuje s fantazií jedince, učí pěstování otevřenosti sebevědomí, odbourávání negativních postojů. Je velmi vhodná pro jedince s mentální retardací, pro práci s dětmi s poruchami chování, nebo z ohrožených rodin. Tato metoda je však stejně vhodná i k průzkumu osobnostního růstu a zbavení se stresu a napětí moderní civilizace **(5)**.

Specifické dramaterapeutické cíle vyplývají ze zaměření na klientelu. Při práci například s autistickými dětmi se klade důraz zejména na změnu jejich chování, terapeutický přístup musí být přísně strukturovaný soustředěný na oční kontakt, využití různých hlasových frekvencí, pozorování se v zrcadle apod.

K nesespecifickým cílům řadíme zejména navozování schopnosti uvolnit se, změnit chování, rozšíření repertoáru pro život, navození schopnosti spontánního chování, rozvoj představivosti a koncentrace, posílení sebedůvěry a zvyšování interpersonální inteligence a sociální interakce.

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace. Ta lépe odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, umožňuje expresi aktuálního stavu a cítění, rozvíjí spontaneitu, buduje schopnost okamžité reakce. Herci mohou být zcela svobodní v experimentování s různými rolemi **(26)**.

Mezi další prostředky dramaterapie lze řadit mimická a řečová cvičení, dramatickou hru, verbální hru v roli, scénář, mýty a příběhy, práci s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutkovou a maňáskovou hru, pohyb, pantomimu, hru s objekty a kresbu **(26)**.

1.5.7 Hipoterapie

Hipoterapie je léčebná metoda využívající pozitivní působení koně na tělesné, duševní i sociální zdraví člověka. Prožívané emoce mají většinou silný motivační efekt, který přispívá ke zvládnutí agrese a uvolnění úzkosti i zábran. Kůň zlepšuje klientovu schopnost přizpůsobení, soustředění, sebeprosazení a zároveň zaměstnává všechny jeho smysly. Hipoterapie tak napomáhá ujasnění reálných schopností i zlepšení komunikace **(7)**.

Hipoterapie je součástí tzv. hiporehabilitace, díky níž dochází ke zmírnění až odstranění handicapu pomocí práce s koněm a jízdou na koni. Součástí hiporehabilitace jsou také pedagogicko-psychologické jízdy, u kterých dochází k pozitivním změnám v chování, myšlení, prožívání. Sportovní a rekreační ježdění, patří k volnočasovým aktivitám směřující k seberealizaci, rozvoj správného sebehodnocení a pocitu samostatnosti **(8)**.

Do hiporehabilitace je možné zařazovat osoby s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Jedinci s lehkou mentální retardací mohou být úspěšně zařazováni do pedagogicko-psychologického či sportovního a rekreačního ježdění. Oproti jedincům se středně těžkou mentální retardací, u kterých lze předpokládat výskyt dalších přidružených diagnóz, které většinou vyžadují fyzioterapeutickou intervenci **(8, 26)**.

Pravidelnou péčí o koně se u klientů rozvíjí pocit zodpovědnosti a užitečnosti. Podporují se jejich snahy vytvářet si nové cíle a překonávat překážky. Práce s koněm naučí klienta, že je třeba dané činnosti vykonávat s jistou intenzitou. Pokud je intenzita nedostatečná, kůň neposlechne, pokud je nadměrná, zareaguje kůň obrannou reakcí **(8)**.

1.5.8 Biblioterapie

Definovat biblioterapii lze různými způsoby. Někteří autoři jí považují za součást psychoterapie zaměřené na psychické nemoci v rámci klinické praxe a jiní autoři ji vidí

jako širší uplatnění i ve speciálně pedagogických institucích, penitencionálních či gerontologických zařízeních (26).

„Léčba knihou“ je využívána za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení a emoce. Probíhat může ve formě skupinové terapie, kdy terapeut a klienti čtou společně na sezeních vhodně vybranou knihu pro jejich druh onemocnění. Používá se zejména jako doplňující terapie při jiných léčbách. Dále může probíhat jako individuální terapie, kdy klienti trpící různým onemocněním od terapeuta dostanou vhodné knihy, které jim mohou pomoci při jejich problémech (2).

Biblioterapie u dětí a dospívající mládeže spočívá ve využití beletrie, která popisuje podobné problémy, jaké má klient. Děti mohou nabídnout reálné řešení konfliktní situace a pomáhají mu rozvíjet schopnosti při řešení problémů a porozumět sobě samému. Podporují pozitivní náhled na sebe zejména v dospívání (2).

Biblioterapii lze rozdělit na receptivní a aktivní složku. Z receptivní biblioterapie vychází, že všichni účastníci sezení čtou ze stejného textu na pokračování. K účinným faktorům patří ztotožnění se s literární postavou či situací, získání jistého náhledu na specifickou životní situaci obsaženou v textu. U aktivní biblioterapie se dokončují předložené texty (dopisují se slova do vět, dokončují se příběhy). Účastníci společně, ve dvojicích, skupinách vymýšlí příběh na určité téma.

Biblioterapeutické postupy jsou doplňovány především hudbou, malbou, pohybovým výrazem a dramaturgií (26).

1.6 Domov pro osoby se zdravotním postižením

V souvislosti se zákonem o sociálních službách, došlo k určitým změnám v terminologii. Dřívější termín „ústav sociální péče“ byl nahrazen termínem „domov“

V zákoně o sociálních službách již také nenajdeme označení ústav pro osoby s mentálním postižením, nýbrž se setkáváme s obecnějším označením domov pro osoby

se zdravotním postižením. Zdravotní postižení je v zákoně o sociálních službách definováno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“ **(31)**.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby **(30,31)**.

Domovy zajišťují dvě formy provozů týdenní a celoroční pobyt. Zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem představují největší psychologický a sociální problém. V těchto zařízeních je nutné kompenzovat absenci rodiny se všemi jejími důležitými funkcemi včetně citové a pocitu bezpečí. Pokud tomu tak není, může dojít k zásadnímu emocionálnímu poškození a následně k zhoršení vnímání vlastní identity uživatelů. Velkou roli tedy především hraje kvalita jednotlivých zařízení **(26)**.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují bydlení, zdravotní péči, rehabilitaci, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, velmi důležitá je integrace do společnosti. Výchova je v domovech pro osoby se zdravotním postižením zaměřena především na rozvoj pohybu, poznání a řeči, na získávání elementárních hygienických a sebeobslužných návyků. Pracovní dovednosti jsou zaměřeny na smyslovou, rozumovou, řečovou, estetickou, tělesnou a pracovní výchovu **(26,31)**.

2 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit rozsah, posoudit význam a možnosti využití terapeutických činností k rozvoji klienta s mentální retardací v Domově Petra Mačkov. Dále se zaměřit metodou pozorování na rozvoj jemné motoriky, komunikace a pozornosti.

3 Metodika

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán z klientů Domova Petra v Mačkově. Vybráno bylo 5 klientů s diagnózou lehká, středně těžká mentální retardace a DMO ve věku od 14 let do 46 let.

Skupinku klientů s mentální retardací tvoří: Petra, Jana, Věra, Andrea, Pavel.

3.2 Použité metody sběru dat

Pro vypracování výzkumné části bakalářské práce Vliv terapeutických činností na rozvoj klienta s mentálním postižením v Domově Petra, bylo použito kvalitativního výzkumu pomocí techniky analýzy osobních dokumentů, pozorování na souboru jedinců s mentální retardací a standardizované rozhovory s terapeutkami a vychovatelkami.

Důležité informace při sběru dat jsem získala metodou obsahové analýzy. Zaměřila jsem se na osobní, rodinnou a sociální anamnézu účastníků výzkumného souboru. Obsahová analýza představuje objektivní analýzu sdělení jakéhokoliv druhu, může se zabývat obsahem sdělení, tak jeho formou, autorem i adresátem takového sdělení. Za

dokument lze považovat zdravotnickou dokumentaci – lékařské a ošetrovatelské záznamy (3). Sebrané výsledky jsou použity v kazuistikách.

U metody pozorování jsem zvolila techniku přímého pozorování. Pozorování bylo zaměřeno na klienty při terapeutických činnostech (loutky, tkaní, keramika, malba, vyšívání). Sledován byl rozvoj osobnosti zejména v oblastech jemné motoriky, komunikace a pozornosti.

Dotazování jsem prováděla prostřednictvím techniky rozhovoru. Rozhovor je taková technika sběru informací, při které jsou potřebné informace o zkoumaných osobách získány prostřednictvím záměrně kladených otázek respondentům v rozhovoru vedeném „tváří v tvář“ (3).

V průběhu celého výzkumu byl rozhovor veden jako standardizovaný. Rozhovor se rozvíjel na základě pevně stanovených otázek, kterých bylo celkem šest, a měly stanovené pořadí. Rozhovor probíhal za přítomnosti pozorovatele, terapeutek a vychovatelek Domova Petra v Mačkově.

3.3 Metody a formy práce v Domově Petra

Základním posláním Domova Petra je vytvořit uživatelům takové podmínky, aby mohli žít plnohodnotný a spokojený život, který je co nejvíce v souladu s kvalitním životem běžné populace.

Je zde zajištěna péče v koedukovaném provozu o klienty od 3 let věku, o mládež, dospělé, dívky i chlapce s mentální retardací a dalšími somatickými, smyslovými a jinými problémy.

Poskytovaná podpora směřuje podle věku a postižení klienta k soběstačnosti, pohybovému rozvoji, schopnosti komunikovat, k získání vzdělání a v rámci možností a schopností klienta k profesní přípravě, např. k pracovnímu uplatnění a co největší integraci mezi ostatní zdravou populací.

Domov Petra (**viz. Příloha č. 2**) poskytuje uživatelům ubytování, stravování, výchovnou a ošetrovatelskou péči a vzdělávání.

Výchovná péče je časově rozdělena do dvou úseků:

- dopolední terapie – dle daného rozvrhu (**viz. Příloha č. 1**)
- odpolední zájmové činnosti

Uživatelé si sami mohou vybrat z široké nabídky terapeutických činností, které probíhají v individuálních pracovních terapeutů.

Nejprve si každý uživatel vyzkouší jednotlivé terapie a poté, je dle vlastního výběru zařazen do jejího programu. Každá terapeutická činnost má svojí náplň a cíl, kterého se snaží terapeut u klientů dosáhnout.

Rozdělení terapeutických činností:

Ruční práce zahrnují techniku vyšívání, pletení, háčkování. Méně zdatní se seznamují s pracovním materiálem, učí se základům vyšívání a háčkování. Ostatní se věnují jednotlivým vyšívacím technikám a tvorbě výrobků.

Cílem terapeuta je rozvoj jemné motoriky, kreativity, fantazie, samostatnosti, rozlišování materiálů a tvarů, estetického cítění.

Malování pod vedením akademických malířů. Hlavní náplní je malba temperou, tužkou, tuží a užití kombinované techniky na pevné podklady. Doplnkovým programem terapie je grafika – tvorba lynoritů. Grafické listy si jejich autoři sami tisknou pod odborným dohledem.

Cílem terapeuta je procvičení jemné motoriky, rozpoznání barev, rozvoj estetického cítění, kreativity, radost z uspokojení z vlastní tvorby a dobrého výsledku, relaxace, sebevyjádření, souhra oko-ruka.

Keramika zahrnuje nejprve seznámení klientů s hlínou a její zpracování. Z hlíny poté vykrajují různé tvary podle šablon. Provádí se plátování, pomocí kterého tvoří vázy, hrnky, květináče, talíře. Vyrábí také kachle s různými motivy (se zvířátky, postavami, abstraktními motivy) pomocí obtisků, přírodnin. Klienti se snaží samostatně podle svého uvážení zpracovat hlínu a utvářet vlastní motivy – ovoce, postavy, domy,....

Cílem terapeuta – je rozvoj jemné motoriky, kreativity, estetického cítění, proporcionalita a uvědomění si prostoru a objemu.

Práce v tkalcovské dílně, kde se klienti učí základům techniky tkaní, tkaní v rámech, provazování osnovy a útku. Dekorují výrobky malbou, výšivkou a šitím.

Cílem terapeuta je rozvoj jemné motoriky, rozlišování barev a materiálů, rozvoj tvořivosti, soustředění, nápaditosti, trpělivosti, pocit uspokojení z vykonané práce.

Výroba loutek zahrnuje činnosti, při kterých klienti třídí materiál podle struktury a barev, pracují se šablonou s důrazem na přesnost, stříhají podle nákresu, vyrábí stolové loutky (zvířátka, postavičky,....). Navrhují si loutky pomocí počítačové grafiky.

Cílem terapeuta je rozpoznání materiálu, rozvoj fantazie a jemné motoriky, vlastní návrh loutky klientem a realizace vlastních návrhů klientem.

Při výuce hry na zobcovou flétnu si klienti osvojují dechová cvičení, rozvoj motorických schopností, procvičují si koordinaci dechu a prstové motoriky.

Cílem terapeuta je rozvoj rytmického a hudebního cítění, rozvoj koncentrace, přizpůsobivosti a celkové osobnosti.

Muzikoterapie je individuální i skupinová. Jedná se o aktivní muzikoterapii – hru na tělo, hru na Orfeovy rytmické nástroje, procvičují se dechová cvičení. Klienti se výtvarně projevují při hudbě (muzikomalbou, prstomalbou) nebo tvoří hudebně pohybové hry. V receptivní muzikoterapii se pracuje s poslechovými programy, které vedou k psychosomatickému uvolnění a rozvíjí schopnost soustředění.

Cílem terapeuta je relaxace, cit pro rytmus, kreativita, fantazie, vjemová stimulace.

Dále se klientky mohou věnovat **pohybovým aktivitám**, které probíhají ve formě skupinové a individuální. Cvičí se na gymnastických míčích. Trénují správné držení těla, rovnováhu, protahování, uvolňování a relaxaci. Kondiční cvičení – běh, chůze, poskoky, cvičení dechové a relaxační, cvičení s hudbou. Klienti se učí základy míčových her – fotbal, petangue, kuželky, tenis.

Cílem terapeuta je u klientů zlepšení fyzické kondice, rehabilitace, koordinace pohybů, rozvoj motoriky a fyzická relaxace. U společných pohybových her je cílem i vzájemná pomoc, společné plnění úkolů a spolehnutí se jeden na druhého.

Hydroterapie - nedílnou součástí našeho zařízení je bazén, který je vybaven masážními tryskami, vodními lůžky, masážním roštěm, chrličem a tobogánem. Je zde i vířivka a bazének pro imobilní klienty, u kterých se pro snadnější manipulaci při přesunu používá pojezdový systém. Klientky se učí plavat a hrají různé hry.

Cílem terapeuta je rozvoj hrubé motoriky, koordinace pohybů, fyzická relaxace.

Klienti také mohou využívat **hipoterapii**, při které se nejprve začíná s hlazením koně, učí se koně krmit, dále se postupně přechází na pedagogicko-psychologické ježdění se třmeny, bez třmenů, se sedlem a bez sedla. Pomocí terapeuta se učí cvičení na koni – přetáčení v pase, dámský sed, cvičení horních končetin,....

Cílem terapeuta je rozvoj motorické koordinace, sociální komunikace, rozvoj sociálních vazeb (vztah ke koni a komunikace s ním), sociálních dovedností a fyzický kontakt s koněm.

Jednou z nejdůležitějších složek výchovné práce s klienty je kreativní činnost. Pod vedením odborných pracovníků si s ohledem na stupeň postižení, osvojují základy jednotlivých dovedností. Méně zdatní se seznamují s pracovním a jejím vybavením, další s pomocí terapeuta již začínají pracovat na jednotlivých výrobcích a ti nejzdatnější

svá díla navrhují a vytvářejí. Hotová díla je poté možné zakoupit v prodejní galerii v Základní škole speciální v Blatné.

3.4 Výzkumný soubor č. 1

3.4.1 Analýza osobních dokumentů

Osobní údaje

Jméno klientky: Petra

Datum narození: 20. prosince 1962

Místo narození: Český Krumlov

Osobní anamnéza

Diagnóza: oligofrenie pohybující se v pásmu lehké mentální retardace,

IQ – 50 – 69, F70

Petra má psychopatické rysy s afektivní labilitou a narušenou jemnou motoriku. Jsou u ní patrné známky organického poškození CNS.

Rodinná anamnéza

Rodina byla sociálně velmi slabá. Oba rodiče měli snížené IQ a potýkali se se závislostí na alkoholu. Protože o dítě nebylo řádně postaráno, bylo z rodiny odebráno a nařízena ústavní výchova.

Petra má ještě osm sourozenců, kteří díky tomu, že rodiče měli sklon k alkoholismu, žili v nečistotě a téměř všichni byli sociálně deprimováni (opozždění ve vývoji). Stejně jako Petra byli rodině odebráni.

Petra byla ihned po narození umístěna do kojeneckého ústavu, později do DD a následně do ÚSP. Do ÚSP Mačkov (dnes Domov Petra Mačkov) byla přestěhována spolu s dalšími klienty z ÚSP Čekanice na podzim v roce 1999.

Sociální anamnéza

Petra je negativistická, ustaraná, bázlivá. Často se dostává do konfliktních situací, které řeší vztekáním a křikem.

Petra je velmi pracovitá, nejraději však vykonává mužské práce. Má mnoho koníčků – keramiku, ráda vyšívá a plete, navštěvuje hudebně dramatický kroužek, má velice dobrý vztah ke zvířatům, stará se o ovečky, má ráda koně (velice ráda vyjíždí do přírody).

3.4.2 Záznam z pozorování u klientky Petry

Terapie vyšívání

Tuto terapii navštěvuje třikrát týdně. Je to jedna z klientek, která odvádí velmi kvalitní a přesnou práci, pracovní tempo je velmi rychlé. Petra vyšívá technikou richelieu, což je jedna z nejsložitějších technik. Na terapii pracuje zcela samostatně. Přesně zná postupy práce a techniky. Její výrobky jsou natolik kvalitní, že jsou nabízeny k prodeji (**viz. Příloha č. 3**).

Terapie keramika

Mezi další koníčky patří práce s hlínou. Dlouhá léta pracovala Petra pod vedením výtvarnice, od které se mnohé naučila a v současné době je schopná pracovat samostatně. V období pěti let dosáhla Petra mnoha úspěchů. Při práci je velmi iniciativní, nápáditá, samostatná, má dobrou prostorovou představivost.

Když Petra začínala pracovat s hlínou, vytvářela poměrně neumělé výrobky, které měly výraz a osobitost. Byly naivní, prosté, ale krásné. Postupem času se natolik zdokonalila, že jsou její výrobky dostatečně propracované a dokonalé.

Petra nejraději pracuje podle předloh, u kterých může zapojit vlastní fantazii. Rady přijímá vstřícně, nechá si i zasáhnout do práce, ale poté si to předělá po svém. Nejvíce se soustředí na detaily. Jednu z největších kolekcí, kterou vyráběla, byly kapličky, kostelíky, majáky, šachové figurky, mozaiky... (**viz. Příloha č. 4**).

Na nových výrobcích, pokud nemá (obrázek, fotografii,...), nepracuje podle své vlastní fantazie, ale snaží se držet slovních pokynů, z kterých bývá často nervózní, protože má strach, že nesplní očekávání.

Z počátku byla Petra velmi nejistá a ne příliš sebevědomá. Tím, že začala sklízet úspěchy se svými keramickými výrobky, si posílila sebevědomí a získala určitou dominantní pozici mezi ostatními v kolektivu. Její práce vyvolává velký ohlas nejen u ostatních klientů, ale i zaměstnanců a návštěvníků, což jí dělá velkou radost a motivuje jí to k další činnosti. *Paměť* – je velmi rozvinutá. Pamatuje si vše, co si nejméně jedenkrát vyzkoušela. *Koordinace pohybů* – zde je velká propracovanost, zejména při práci s hlínou při výrobě jednotlivých částí výrobku např. (okna, věžičky, výklenky, vchody, štíty,...). *Pracovní dovednosti* – výrazné úspěchy má v manipulačních úkolech, svižné pracovní tempo s ještě větším zrychlením při zácviku.

Tabulka č. 2: Výsledky vlastního pozorování u klientky Petry na terapii „keramika“

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Začátek pozorování na terapii	Velmi dobrá koordinace pohybů, souhra oko - ruka	Obtíže při plynulém vyjadřování, porozumění mluvené řeči	Rychlé pracovní tempo s nízkou koncentrací

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Ukončení pozorování na terapii	Rozvoj hmatové stimulace, rehabilitace jemné motoriky	Rychlé tempo řeči, které je nesrozumitelné, je nutná zvýšená pozornost na plynulost řeči	V úkolové situaci pracuje klidně, soustředěně se snahou o dobré výsledky
Výsledek pozorování na terapii	Výrazný rozvoj jemné motoriky	Samostatně je schopná komunikaci navázat a dále v ní pokračovat	Zvýšená koncentrace při úkolové činnosti – zvýšení sebevědomí

3.5 Výzkumný soubor č. 2

3.5.1 Analýza osobních dokumentů

Osobní údaje

Jméno klientky: Jana

Datum narození: 7. Července 1971

Místo narození: Český Krumlov

Osobní anamnéza

Diagnóza: oligofrenie pohybující se v pásmu středně těžké mentální retardace IQ – 35 – 49, F71

Jana je z třetí gravidity, porod byl předčasný. Porodní váha 2550g , a porodní délka 47cm. Od počátku vývoje byla patrná psychomotorická retardace, chodit začala až po 2. roce.

Rodinná anamnéza

V šesti letech byla Jana přijata na trvalý pobyt do ÚSP. Hlavním důvodem přijetí byl rozvod rodičů. Jana zůstala sama s otcem a ten nebyl schopen se jí plně věnovat. Jana má o dva roky staršího bratra, který se odstěhoval spolu s matkou. Klientka je velmi silně citově závislá na otci. Pravidelně za ní jezdí na návštěvy a bere si ji domů každé prázdniny.

Sociální anamnéza

Jana je spíše samotářská, projevuje silnou potřebu individuálního přístupu a péče. Motoricky je neklidná, úzkostlivá. V oblékání je velmi pomalá, neupraví se, obleče se nedbale. Upevněné má základní hygienické a sebeobslužné návyky. Komunikace je dobrá, spontánně vypráví. U klientky je zvýšená mimika, která místy přechází až do grimasování, gestikulaci má rovněž velmi bohatou. U Jany je velmi nutný citlivý přístup a trpělivé vedení.

3.5.2 Záznam z pozorování u klientky Jany

Do terapeutických činností, které Domov Petra nabízí, se Jana zapojila s velikou chutí. Nejvíce si oblíbila terapii tkaní, vyšívání, dále velmi ráda navštěvuje terapii loutky a malování.

Terapie vyšívání

Nejprve se zde seznamovala s materiálem, pomůckami a vyšívacími technikami. Jana začínala s navlékáním jehly, uzlíky na konci bavlnek, to vše jí z počátku dělalo

velké problémy. Problémy měla s poruchou koordinací pohybu a poruchou jemné motoriky.

V období pěti let došlo u této klientky k viditelnému zlepšení. Z počátku vyžadovala individuální přístup, neustálou pozornost a pomoc. S pomocí zvládala navlékání jehly, uzlíky, základní stehy, přenos jednoduchého vzoru na látku. V současné době je klientka schopná tyto úkoly zvládnout samostatně pouze s občasnou pomocí. Jana velmi ráda pracuje s vlnou, motá klubíčka a jejím velkým snem je naučit se plést a uplést si svetr.

Terapie loutky

Do další terapie ručních prací se Jana zapojila opět velmi dobře. Nejprve se seznamovala s materiálem, prací se šablonou, barvením loutek, stříhání molitanu a vlny. Nejprve si osvojovala navlékání jehly, sešití látek předním stehem.

V období pěti let nedošlo u klientky k velkému posunu. Činnosti, které tato terapie nabízí (plnění loutek vycpávkou, barvení loutek, práce se šablonou) zvládá s pomocí. Velmi ráda se podílí na samostatné práci, při které dochází ke zvyšování sebevědomí. Tou je například motání klubíčka, stříhání vlny na vlasy loutek, navlékání korálků různých barev a velikostí.

Terapie tkaní

Zde došlo k nejvýraznějšímu posunu. Zpočátku začala s navíjením jednoduché příze, největší a dlouhodobý úkol byl nácvik soudržného uzlíku. Dále se postupně přecházelo na družení nižšího počtu nití. V současné době je schopná družít až 12 nití, samostatně pozná, když jí dojde nit', přestože neumí počítat.

Pracovní tempo je pomalé, ale pracuje soustředěně. Při terapii je klidná, nevyvolává konflikty. Je velmi ráda, když může být za něco nebo někoho zodpovědná. Práce ve dvojici je pro ni více než vhodná, jde jí více od ruky, zvyšuje se jí sebevědomí, získává pocit jistoty, sebedůvěry, potřebnosti a kladně jí motivuje.

Jednoduché činnosti (navíjení, družení) dokáže začít samostatně. Náročnější práce (tkaní v rámu) – na tuto činnost se postupně vypracovala během pěti let (**viz. Příloha č. 5**). V současné době nezvládá práci samostatně, je vždy nutná počáteční instruktáž a během práce občasný dohled. I když ví, co má dělat, není si zcela jistá a potřebuje kontrolu. *Paměť* – dokáže napodobovat činnost druhého, což je základem pro učení a rozvoj klientky. *Koordinace pohybů* – zde je nutné procvičovat navlékání korálků, knoflíků, rozvoj úchopů. *Pracovní dovednosti* – v určitých úkonech je velmi vytrvalá, při přerušení činnosti je málokdy schopná se samostatně zapojit, není schopná opravovat chyby.

Tabulka č. 3: Výsledky vlastního pozorování u klientky Jany na terapii „tkaní“

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Začátek pozorování na terapii	Problém s navlékáním jehly, práce s nůžkami, nácvik soudržného uzlíku	Neschopnost vyjádřit své myšlenky, malá slovní zásoba	Nesoustředěnost na jednotlivé úkony – družení nití, tkaní v rámečku
Ukončení pozorování na terapii	Samostatně je schopná navléknout jehlu s velkým okem, pracovat s nůžkami, po dlouhodobém nácviku zlepšení soudržného uzlíku	Snaha o komunikaci (klient x terapeut x skupina)	Pozornost se zlepšila především motivací a individuálním přístupem k dané činnosti
Výsledek pozorování terapie	Rozvoj koordinace pohybů, jemné motoriky	Zvýšená slovní zásoba, rozvoj komunikace	Zvýšení koncentrace, souslednosti

3.6 Výzkumný soubor č. 3

3.6.1 Analýza osobních dokumentů

Osobní údaje

Jméno klientky: Věra

Datum narození: 31. ledna 1994

Místo narození: Písek

Osobní anamnéza

Diagnóza: DMO - Kvadruspastická forma, dyskinetická vada mozku při závažné perinatální anamnéze, středně těžká mentální retardace IQ – 35 – 49, F71

Věra je ze třetí rizikové gravidity, předčasný odtok plodové vody, porod ve 32. týdnu. Porodní váha 2000g a porodní délka 43cm.

Výrazně má omezený vývoj jemné a hrubé motoriky. Celkově je opožděn psychomotorický vývoj, má poruchu zraku (strabismus). Chodí pouze s pomocí nebo se pohybuje na vozíku. V činnostech preferuje levou ruku, figurální kresba čáráním LHK. Řeč je dyslalická s jednoduchým porozuměním.

Rodinná anamnéza

V šesti letech byla umístěna do ÚSP (dnes již Domov Petra) Mačkov. Věra má oba rodiče a staršího bratra, který v současné době navštěvuje střední školu. V Domově Petra je umístěna na celoročním pobytu. Domů si jí rodiče berou pravidelně na víkendy.

Sociální anamnéza

V současné době navštěvuje šestým rokem Základní školu speciální v Blatné. Vyučována je podle vzdělávacího programu ZŠ speciální. Věra učivu rozumí, zná číselnou řadu 1 – 20. Dobře zvládá globální čtení, zlepšila se ve čtení malých a velkých tiskacích písmen, slabik i jednoduchých slov. Grafomotorická cvičení zvládá s přímou pomocí a pod vedením třídní učitelky nebo asistentky. Samostatně se snaží vybarvovat obrázky, tuto činnost má velice ráda.

Ráda se učí novým věcem, o nové činnosti projevuje zájem, vděčná je za pochvalu a povzbuzení. S velkou radostí poslouchá četbu pohádek. Při čtení známou pohádku doplňuje nebo i částečně s drobnou pomocí vypravuje. Má ráda zpěv, s pomocí zazpívá známou píseň.

3.6.2 Záznam z pozorování u klientky Věry

Do terapeutických činností se v Domově Petra zapojuje jedenkrát týdně. S velikou oblibou navštěvuje terapii vyšívání, keramiku, velmi ráda jezdí na koni.

Terapie keramika

V keramické dílně pracuje pod vedením terapeutky se stálou pomocí je schopná soustředit se na jednotlivou činnost. Při samostatné práci hledá rozptýlení a koncentrace se snižuje. Vizuelní vnímání je ztíženo strabismem.

Věra s hlínou pracuje velmi ráda. Nejraději modeluje kuličky, válečky, ze kterých se samostatně snaží postavit sněhuláka, zvířátka (**viz. Příloha č. 6**). S pomocí rozválí plát a vykrajuje formičkami různé tvary. Velmi ocení pochvalu, rozvíjí a upevňuje se tím její sebevědomí při činnosti. Práce s hlínou nabízí těmto klientům důležitou hmatovou stimulaci a rehabilitaci jemné motoriky. Život se zkvalitňuje tím, že dochází k rozvoji motorických i rozumových schopností a celkovému rozvoji osobnosti.

Terapie vyšívání

S velikou oblibou navléká korálky, knoflíky. Nejprve nacvičovala navlékání větší dřevěné kuličky na pevný drátek a postupně začala navlékat korálky na šňůrku s pevným hrotem od největší možné velikosti až po drobné korálky. Při činnosti vyžaduje stálou pozornost – je si tak jistější. Tato aktivita je střídána s vyšíváním jednoduchých motivů. S velikou oblibou si samostatně vybírá motivy, které chce vyšívat a přemýšlí, komu výrobek daruje. U této činnosti potřebuje individuální přístup a pomoc. U Věry je velmi nutné navázat sociální kontakt s kolektivem, poté velmi pěkně a ráda spolupracuje (**viz. Příloha č. 7**).

O jednotlivé činnosti projevuje zájem, zadávaným instrukcím rozumí. Velmi rychle však nastupuje únava, která mnohdy ještě umocňuje obtíže s koncentrací. V tomto případě je vhodné činnost přerušit a volit přestávku. *Paměť* - velmi rozvinutou má krátkodobou paměť. Do dlouhodobé paměti se informace přenášejí především na základě jejich opakování a užívání při jednotlivých úkolech. *Paměťové procesy* je nutné posilovat smyslovým vnímáním, řečí a motorikou. *Koordinace pohybů* – je nutné stále rozvíjet pomocí jemných pohybů rukou. *Pracovní dovednosti* – velmi ochotně se učí nové věci, je zvědavá. Velké předpoklady pro další rozvoj.

Tabulka č. 4: Výsledky vlastního pozorování u klientky Věry na terapii „vyšívání“

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Začátek pozorování na terapii	Porucha vizuomotoriky a pohybové koordinace oko - ruka	Nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování	Nedostatečná koncentrace - motorický neklid, slabé soustředění
Ukončení	Vizuomotorika je	Komunikace ve	Nutná motivace,

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
pozorování na terapii	snížená strabismem, postupné zdokonalování jemných pohybů rukou, uchopování a manipulací s drobnými předměty	skupině x terapeutem (vyprávění, poslech hudby, motivace)	individuální přístup a vhodná volba činností
Výsledek pozorování na terapii	Rozvoj koordinace pohybů	Rozvoj verbální komunikace, výrazně se zvětšila slovní zásoba	Zájem o danou činnost – rozvoj koncentrace

3.7 Výzkumný soubor č. 4

3.7.1 Analýza osobních dokumentů

Osobní údaje

Jméno klientky: Andrea

Datum narození: 22. října 1962

Místo narození: České Budějovice

Osobní anamnéza

Diagnóza: oligofrenie pohybující se v pásmu středně těžké mentální retardace, Downův syndrom. IQ – 35 – 49, F71

Matka byla během těhotenství velmi ustaraná, úzkostná, porod byl spontánní, porodní váha 3300g. Po narození byla umístěna do kojeneckého ústavu, později přeložena do ÚSP.

Rodinná anamnéza

Andrea má oba rodiče, kteří již pobírají starobní důchod. Jezdí za ní na návštěvy, ze kterých má velkou radost. Domů na prázdniny si ji neberou.

Sociální anamnéza

Hygienické návyky jsou dobře upevněné, má ráda čistotu a upravený oděv. Řeč není rozvinutá, mluví velice málo, zkomoleně opakuje několik jednoduchých slov.

Andrea je klidná, pracovitá, tichá, oblíbená v kolektivu. Zadané úkoly plní pomalu a pečlivě. Dříve se ráda zapojovala do společných akcí, ale držela se stranou bez výrazných projevů. Výsledky ve výtvarné a pracovní výchově byly slabé, potřebovala stálý dohled a povzbuzení. Nejraději však seděla a pozorovala ostatní.

3.7.2 Záznam z pozorování u klientky Andrey

V současné době se Andrea s velikou chutí zapojuje do terapeutických činností. Mezi její zájmy patří terapie vyšívání, tkaní, malba. Velice ráda plave a jezdí na koni. Největších úspěchů dosahuje na terapii ruční práce loutky.

Terapie vyšívání

Andrea vyšívá již dlouhá léta. Je to činnost, která jí přináší pocit uspokojení a vyplnění volného času. Nejprve začínala překreslovat a vyšívat jednoduché vzory, po stálém procvičování se techniky stále zlepšovaly. Andrea velmi ráda plete a učí se háčkovat. V současné době je schopná pracovat samostatně, pomoc od terapeutky vyžaduje jen v případě, že jí dojde materiál nebo potřebuje poradit při určitém manipulačním úkolu. V kolektivu ostatních klientek je velice oblíbená.

Terapie tkaní

Na této terapii odvádí perfektní práci, pracovní tempo je pomalé, kvalita výrobků je ale výborná. Nejprve začínala s tkaním vícebarevného vzoru v rámu. Při činnosti je svědomitá, velmi snaživá, chybu dokáže odstranit s pomocí, samostatně ji rozpozná. Po zvládnutí méně náročných úkolů se postupovalo k náročnější tapiserii – asymetrický vzor. Zde vyžadovala nutnou spolupráci, chyběla prostorová představivost a působila velmi nejistě, což se u předchozích méně náročných úkolů neprojevovalo. Velmi nutné je zde nestřídat činnosti, ale věnovat se jí tak dlouho, dokud se ji nenaučí. Pocit jistoty se klientovi dostaví jedině, bude-li pracovat delší dobu stejným způsobem. I u Andrey došlo k velkému posunu. Po dvou letech se projevila dlouhodobá práce na rámech. Dokáže se soustředit, prostorově si dokáže námět představit, po přerušení činnosti je schopna začít sama. Získané znalosti nezapomene. Je vidět, že tuto činnost vykonává ráda (**viz. Příloha č. 8**).

Terapie loutky

Do této terapie se Andrea zapojuje třikrát týdně. Před pěti lety začínala se šitím rovných dílů. Osvojovala si základní techniky a postupy při práci. První výrobek, který si samostatně ušila, byl jahelníček. Pracovala s vedením a kontrolou. První výrobek byl u Andrey významným motivačním prvkem. Chtěla šít jako ostatní klientky, které se už věnovaly šití náročnějších loutek. Nejprve se snažila ušít maňáska, kterého zvládla s pomocí. Soustavným procvičováním se dopracovala v období tří let k samostatné práci, kterou odvádí velmi přesně a pečlivě. Získané znalosti nezapomíná. Při činnosti je klidná, vyrovnaná, neruší ostatní, velmi ráda se podílí na kolektivní práci. Samostatně přemýšlí a vybírá, jakého maňáska ušije. Nejradyji však šije zvířátka. Největší radost měla z medvěda, na kterém pracovala zcela samostatně. Nejprve si podle šablony motiv překreslila, vystříhla a sešila. Jelikož umí Andrea velmi dobře vyšívat, pustila se do

vyšívání obličejů. V současné době jsou výrobky natolik propracované a přesné, že jsou nabízeny k prodeji.

Tabulka č. 5: Výsledky vlastního pozorování u klientky Andrey na terapii „loutky“

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Začátek pozorování na terapii	Nedokonalá koordinace pohybů, souhra oko - ruka	Neschopnost samostatně navázat komunikaci, řeč je nedostatečně rozvinutá	Nedostatečná koncentrace na detaily
Ukončení pozorování na terapii	Dlouhodobým a soustavným procvičováním, koordinace pohybů velmi dobrá	Ve skupině i s terapeutem komunikuje pomocí jednoduchých slov, gest	Časté provádění jednotlivých činností a osvojování pracovních postupů vede k rozvoji
Výsledek pozorování na terapii	Velký posun v rozvoji jemné motoriky	Snaha o rozvoj verbální komunikace	Zvýšená koncentrace

3.8 Výzkumný soubor č. 5

3.8.1 Analýza osobních dokumentů

Osobní údaje

Jméno klienta: Pavel

Datum narození: 24. dubna 1979

Místo narození: Bílovec

Osobní anamnéza

Diagnóza: Downův syndrom, epilepsie, vrozená srdeční vada, středně těžká mentální retardace IQ – 35 – 49, F71

Pavel žil do svých pěti let doma, poté byl umístěn do ÚSP. Byl značně opožděn v pohybovém vývoji. Chodit začal až v deseti letech. Nyní zvládá běh i jízdu na kole.

Rodinná anamnéza

Pavel má oba rodiče a dva mladší bratry. Jakub vystudoval střední školu a Lukáš je vysokoškolák. Rodina s Pavlem udržuje kontakt, posílají mu dopisy, balíčky, ale na návštěvy za ním jezdí maximálně dvakrát za rok. Na svoji rodinu je velmi citově vázán (především na matku). Často o nich mluví a ptá se, kdy přijedou. Má vždy velikou radost, když je vidí.

Sociální anamnéza

Školní docházku Pavel zahájil 2.9.1996 při ÚSP v Čekanovicích a ukončil ji 30.6.2005 v Základní škole speciální v Blatné. Školu navštěvoval rád. Zvládne čtení hůlkových tiskacích písmen a jednoduchých slov. Opisuje samostatně s drobnými chybami velká hůlková písmena, slabiky a jednoduchá slova.

3.8.2 Záznam z pozorování u klienta Pavla

Pavel je letos již třetím rokem zapojen do terapeutických činností. Nejprve procházel jednotlivé terapie a měl možnost si v každé vyzkoušet, co je její náplní. Nejvíce se zapojil do terapie - vyšívání, tkaní, malba. Velmi rád plave (hydroterapie), jezdí a stará se o koně (hipoterapie).

Terapie vyšívání

U Pavla se nejprve začínalo s poznáváním materiálu, pomůckami, předlohami na vyšívání. Učil se navlékat jehlu a pracovat s ní. Musel se vhodně volit druh materiálu, síla jehly a bavlnky. Po zvládnutí základních úkonů se přešlo na samotné vyšívání. Jak už jsem výše zmínila, Pavel má rád koně. Jeho první výrobek, byl tedy vyšitý kůň. Samostatně zvládl vybraný motiv přenést na látku a s pomocí vyšít předním stehem. Z hotového výrobku měl velikou radost. V období tří let, co navštěvuje terapii, se u Pavla, zvýšila koncentrace, zájem o jednotlivé činnosti, v kolektivu dochází k rozvoji komunikace, velmi rád komunikuje na téma koně, rodina. Při práci vyžaduje pomoc pouze tehdy, když nemůže pokračovat (potřebuje materiál nebo jasnější instrukce). Dochází u něj k rozvoji učení nápodobou. Velmi často sleduje, jak vyšívají ostatní klientky (**viz. Příloha č. 9**).

Terapie malba

Terapii malování navštěvuje Pavel dvakrát týdně, je zde velice rád, neboť malba patří mezi jeho oblíbené činnosti. Dochází u něj zejména k rozvoji tvořivosti, radosti z uspokojení z vlastní tvorby, sebepoznání, rozvoji komunikačních schopností. Pavel má velmi pomalé tempo, ale je zvědavý, zejména ve vnímání okolí a situace. Do činnosti se musí někdy vhodně motivovat. Nejraději však pracuje samostatně bez odborného vedení. Nejčastěji volí motivy zvířat (koně), příroda. Pracuje podle obrázků, které maluje podle své fantazie. Barvy si volí samostatně. Velmi často se v jeho obrázcích objevuje barva červená, žlutá, zelená a oranžová (**viz. Příloha č. 10**). Je pohotový k radostnému ladění, zajímá se o dění kolem sebe. Dobře vnímá radost

i pochvalu. Pavel se zúčastnil celostátní výtvarné soutěže „Krásné je žít“, ve které se umístil na druhém místě (**viz. Příloha č. 11**).

Paměť – je u Pavla velmi slabá, proto se s ním musí vše stále opakovat (jeho paměť je prakticko-mechanická). *Koordinace pohybů* – rozvíjí se postupně, rozvoj je omezován dosud nedokonalou koordinací oko-ruka. *Pracovní dovednosti* – má předpoklady k tomu, aby se nadále dobře učil spolupracovat při různých stimulujiících každodenních činnostech a vytvářel si postupně předpoklady pro relativně vyšší stupeň porozumění praktickým činnostem a zvládnání řeči.

Tabulka č. 6: Výsledky vlastního pozorování u klienta Pavla na terapii „malba“

	Jemná motorika	Komunikace	Pozornost
Začátek pozorování na terapii	Nedokonalá koordinace oko – ruka	Nedostatečný rozvoj řeči, opakování jednoduchých slov	Kvalita koncentrace je kolísavá, neschopnost delšího soustředění
Ukončení pozorování na terapii	Soustavným procvičováním, zlepšení koordinace pohybů, zlepšení úchopů	Komunikace mezi skupinou a terapeutem	Nejraději pracuje samostatně bez odborného vedení – zvyšuje si sebevědomí i koncentraci
Výsledek pozorování na terapii	Postupný rozvoj koordinace pohybů, jemné motoriky	Snaha o rozvoj komunikace, rozvoj slovní zásoby, stálý dramatismus	Zájem o danou činnost – rozvoj koncentrace

4 Standardizované rozhovory

Tabulka č. 7 : Standardizované rozhovory s terapeutkami

Název terapie	Terapie keramika	Terapie tkaní	Terapie vyšívání	Terapie loutky	Terapie malba
Výzkumný soubor	Petra	Jana	Věra	Andrea	Pavel
Otázka č. 1 Jaký je vztah klientky k činností na terapii?	K jednotlivým činnostem přistupuje velmi zodpovědně, pracuje samostatně	Na terapii pracuje podle svých možností a schopností, na činnosti reaguje pozitivně	Jednotlivé činnosti, které terapie nabízí, zvládá se stálým vedením - zvyšuje si pocit jistoty	Do činností se zapojuje s velikou chutí a energií, jednotlivé činnosti plní svědomitě	Nabízené činnosti si volí samostatně, velmi časté má však výkyvy nálad
Otázka č. 2 Spolupracuje s ostatními klienty nebo je spíše samotářská?	Nejraději pracuje samostatně v klidném prostředí	Na terapii pracuje ráda v kolektivu – motivace k činnosti (výrobkům)	Má ráda kolektiv – rozvoj komunikace, velmi často jí však stačí přítomnost terapeutky	Ráda pracuje v kolektivu – rozvoj schopností a dovedností umožňující určité formy seberealizace	Je spíše samotář, kolektiv vyhledává podle jeho individuálních potřeb
Otázka č. 3 Jak navazuje komunikaci ve skupině, s terapeutem?	Při práci ve skupině má vždy hlavní slovo, s navázáním komunikace nemá žádné problémy	Do komunikace se zapojuje, občas překvapí bohatou slovní zásobou a zajímavou až komediální formulací vět	Do konverzace se zapojuje velmi často, řeč je souvislá	Komunikuje jednoslovně, hra s konečným výrobkem ji motivuje k verbální komunikaci	Verbální projev bývá často chudý, agramatický a často špatně artikulovaný

Název terapie	Terapie keramika	Terapie tkaní	Terapie vyšívání	Terapie loutky	Terapie malba
Výzkumný soubor	Petra	Jana	Věra	Andrea	Pavel
Otázka č. 4 Jaká oblast je na terapii nejvíce rozvíjena?	Jemná motorika, koncentrace, komunikace, prostorová představivost	Jemná motorika, koncentrace, řeč, paměť souslednost	Jemná motorika, myšlení, řeč, samostatnost	Jemná motorika, paměť, koncentrace, řeč	Jemná motorika, koncentrace, řeč, rozvoj fantazie, sebepoznání
Otázka č. 5 Jaká je úroveň koncentrace – tolerance k vyrušení?	Přerušeni činnosti toleruje, rychle se navrácí k práci, dokončuje úkoly	Přerušeni činnosti toleruje, ale má potíže s návratem k práci – vhodná motivace	Zvýšená koncentrace je na činnosti, které ji baví, při přerušeni činnosti má velké obtíže s návratem	Během soustředěné práce na úkolu toleruje přerušeni, rychle se navrácí k dané činnosti	Při přerušeni činnosti reaguje velmi negativně, potřebuje připomenout, aby se k práci vrátil
Otázka č. 6 Co z hlediska osobnostního rozvoje rozvíjí terapeutická činnost?	Pocit potřebnosti, užitečnosti, samostatnost	Rozvíjí smysl pro povinnost, zvýšení sebevědomí	Rozvíjí motorické i rozumové schopnosti	Uspokojuje potřebu být prospěšný a užitečný, upevňuje sebevědomí	Smysl pro pořádek, smysluplné využití volného času, pracovní návyky

Tabulka č. 8: Standardizované rozhovory s vedoucími vychovatelkami

Výzkumný soubor	Petra	Jana	Věra	Andrea	Pavel
Otázka č. 1 Jaký je vztah klientky k terapii?	Na terapii chodí velmi ráda, je kreativní, samostatná	Na terapii chodí velmi ráda, vždy se velice těší, má radost z hotových výrobků	Na terapii se těší, velkou motivací je výrobek	Na terapii reaguje pozitivně, má radost z dobrého výsledku	Na terapii chodí rád, má však velmi časté výkyvy nálad
Otázka č. 2 Spolupracuje s ostatními klienty nebo je spíše samotářská?	Pracuje nejraději samostatně	Je spíše samotářská, ale při práci v kolektivu získává pocit potřeby a důležitosti	Práce v kolektivu je vhodnou motivací k činnosti	Vyžaduje práci v kolektivu, ráda se podílí na společných činnostech	Je spíše samotář, když chce společnost, tak si jí sám vyhledává
Otázka č. 3 Jak navazuje komunikaci s ostatními klientkami?	Je velmi komunikativní, nemá problém s navázáním kontaktu	Do rozhovorů se zapojuje velice snadno a ráda	Má velkou snahu o komunikaci, nejraději komunikuje s osobami, které zná	Je schopná samostatně navázat komunikaci, má však problém s výslovností je nutné jí pomoci	V konverzaci se často vyskytují rutinní fráze, velmi často mluví o tom co má rád (koně, rodina)
Otázka č. 4 Jaká oblast je u klientky nejvíce rozvíjena?	Rozvoj jemné motoriky, řeč, paměť, myšlení, koncentrace	Jemná motorika, koncentrace, paměť	Jemná motorika, řeč, myšlení koncentrace	Jemná motorika, řeč, orientace v prostoru a čase	Jemná motorika, myšlení, paměť koncentrace

Výzkumný soubor	Petra	Jana	Věra	Andrea	Pavel
Otázka č. 5 Jsou terapeutické činnosti přínosem pro klienta?	Pomáhá jim překonávat jejich postižení a rozvíjet osobnost	Přispívá k rozvoji rozumových schopností k výchově kladných osobních povahových vlastností	Dává pocit užitečnosti, což podporuje celkovou socializaci jedince	Jedná se o smysluplné využití volného času, upevnění pracovních návyků	Rozvíjí smysl pro povinnost
Otázka č. 6 Co z hlediska osobnostního rozvoje rozvíjí terapeutické činnosti?	Umožňují sebevyjádření, usnadňují a podporují komunikaci	Budování pozitivního sebehodnocení, sebedůvěry	Rozvoj poznávacích schopností, paměť, prostorová a směrová orientace	Pomáhá rozvíjet rozumovou stránku, komunikační schopnosti, praktické dovednosti	Povinnost plnění denního řádu, samostatnost, kolektivnost

5 Diskuse

Terapeutické činnosti jsou chápány jako cílevědomé aktivity zaměřené na uspokojování a rozvíjení individuálních potřeb a zájmů jedince s mentální retardací. Účelem je zaměstnat klienta smysluplnou činností, rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti a umožnit mu určitou formu seberealizace. Člověk s mentální retardací je sociální bytost a stejně jako kdokoli jiný potřebuje v rámci svých možností žít plnohodnotný život a udržovat sociální kontakty (15, 22).

Cílem mé práce bylo zjistit rozsah a posoudit význam a možnosti využití terapeutických činností k rozvoji klienta v Domově Petra, zejména v oblasti jemné motoriky, komunikace a pozornosti.

Toto téma jsem zkoumala kvalitativně na malém vzorku pěti klientů s různými stupni mentální retardace, s různými formami nemoci a dětskou mozkovou obrnou. Pomocí analýzy osobních dokumentů (z osobní, rodinné a sociální anamnézy) jsem popsala diagnózy a nynější stav klienta v Domově Petra. Zúčastněným pozorováním klientů na jednotlivých terapiích a standardizovanými rozhovory s terapeutkami a vychovatelkami jsem se snažila získat co nejvíce informací o rozvoji osobnosti klienta, možnosti využití terapeutických činností nabízené Domovem Petra a možných pokrocích v průběhu pěti let. Výzkum jsem zaměřila na terapie keramika, tkaní, vyšívání, loutky a malba.

Většinu jedinců ze zkoumaného souboru tvořili klienti se středně těžkou mentální retardací ve věku od 29 let do 46 let, klientka Petra s lehkou mentální retardací, které je 46 let a klientka Věra s DMO – kvadrupastickou formou, které je 14 let. Všichni tyto klienti se účastní každodenních terapeutických činností. Nejprve má každý z klientů možnost vyzkoušet si jednotlivé terapie a poté (dle vlastního výběru) je zařazen do jejího programu. Každá terapeutická činnost má svoji náplň a cíl, kterého se snaží terapeut u klientů dosáhnout.

Ztotožňuji se s názorem J. Pipekové, která uvádí, že jedinec s mentální retardací si osvojuje všechno nové velmi pomalu většinou až po mnohačetném opakování. Mají tendenci zapamatovat si učivo mechanicky a nesnaží se mu porozumět, nedostatek představ má vliv na logické zapamatování **(15)**.

V mém zúčastněném pozorování jsem si mohla potvrdit velký posun klientů při jednotlivých činnostech na terapiích, především individuálním přístupem terapeutek a soustavným opakováním činností. Pokud je naším cílem jedince s mentální retardací něčemu naučit, je velmi důležité učit ho jednotlivé činnosti stejným způsobem a dlouhodobě. Pak se u klienta dostaví pocit jistoty a seberealizace.

Všichni zúčastnění klienti s různými stupni mentální retardace prokazovali určité schopnosti a dovednosti při arteterapii a ergoterapii. Arteterapie podle J. Slowíka má velký vliv na rozvoj jemné motoriky (kreslením, malováním, modelováním). Má eliminovat pocity méněcennosti, mobilizovat kreativitu a fantazii. Je zde možnost získávat inspiraci pro smysluplné využití volného času, pomáhá objevovat vlastní schopnosti a rozšiřuje dovednosti. Velmi důležité je pro klienty zvýšení sebevědomí a pocit uspokojení z vytvořeného díla, které roste se získáváním stále větší zručnosti a motivace **(19)**.

Z pozorování u klientky Petry a klienta Pavla bylo patrné, že se v průběhu sledovaného období velmi rozvinula jejich jemná motorika. Petra si tím, že na terapii začala sklízet úspěchy se svými keramickými výrobky, hodně posílila sebevědomí, pocit potřebnosti a užitečnosti. Pozorování klientky mi potvrdilo zvýšenou koncentraci při úkolové činnosti. Pavel na terapii malování chodí také velmi rád, ale k činnosti je nutná občasná motivace. Má velmi časté výkyvy nálad. Po namalování obrázku má vždy velikou radost z uspokojení z vlastní tvorby. Nejraději pracuje samostatně, o danou činnost musí mít zájem, poté dochází k rozvoji koncentrace.

Rovněž ergoterapie je přínosná pro všechny sledované klienty. Rozvíjí různé pracovní schopnosti klienta tak, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života. Při pracovní terapii dochází ke zlepšení jemné motoriky **(26)**.

Z mého pozorování se u všech klientek potvrdilo, že ergoterapie je velmi přínosná pro rozvoj zejména jemné motoriky, pozornosti i komunikace. K velkým posunům došlo u všech pozorovaných klientek. U klientky Jany došlo k výraznému posunu v období pěti let na terapii tkaní. Nejprve začínala s jednoduchými činnostmi a po určité době se vypracovala k náročnější práci. K největšímu posunu došlo v rozvoji jemné motoriky. Zlepšila se koordinace pohybů a úchopu. V komunikaci se zvětšila slovní zásoba. Ke zlepšení koncentrace byla nutná motivace a individuální přístup. U klientky Věry jsem zaznamenala nejvýraznějšího posunu na terapii vyšívání. Ve sledovaném období došlo ke značnému rozvoji jemných pohybů rukou, uchopování a manipulace s jemnými předměty. K výraznému zvětšení slovní zásoby přispěla komunikace ve skupině a s terapeutkou. Koncentrace se zvýšila se zájmem o danou činnost a individuálním přístupem terapeutky. Na terapii ručních prací loutky jsem zaznamenala velký posun u klientky Andrey, která během sledovaného období měla velký motivační prvek. Přála si šít jako ostatní klientky ve skupině. K posunu zde došlo dlouhodobým a soustavným procvičováním jednotlivých činností. Především se zlepšila jemná motorika, souhra oko – ruka. Pozitivním oceněním při činnosti se zvýšila sebedůvěra a komunikace ve skupině.

Většina terapeutek a vychovatelek, se kterými jsem vedla standardizované rozhovory, se přiklání k názoru, že terapeutické činnosti napomáhají klientům k rozvoji jejich osobnosti. Podle M. Vágnerové jsou pracovní činnosti pro jedince s mentální retardací užitečné, rozvíjí a uchovávají jejich kompetence a dávají jejich životu náplň **(24)**.

U otázky č. 1. „Jaký je vztah, klientů k terapii a činnostem?“ se mi od všech terapeutek i vychovatelek potvrdilo, že klienti na terapii chodí velmi rádi a těší se. Každý z klientů je jiný, proto je nutné volit občas vhodnou motivaci k činnosti. Každý pracuje podle svých možností a schopností. Významným motivačním prvkem může být výrobek, který mohou dále věnovat.

U otázky č. 2. „Spolupracuje s ostatními klienty nebo je spíše samotář?“ se mi odpovědi od terapeutek i vychovatelek ve většině případů shodovaly. Většina klientů, pracuje raději v kolektivu, učí se nápodobou, motivuje je to k další často i náročnější činnosti. Práce v kolektivu rozvíjí komunikaci, zvětšuje se slovní zásoba, získávají pocit potřebnosti a užitečnosti, rozvíjí se schopnosti a dovednosti umožňující určitou formu seberealizace.

Otázka č. 3. „Jak navazuje komunikaci ve skupině, s terapeutem?“. Všichni zúčastnění klienti komunikují velmi rádi na jakémkoliv téma. Klientka Věra nejraději komunikuje s osobami, které zná. Andreu velice motivovala k rozvoji verbální komunikace hra s konečným výrobkem na terapii ručních prací loutky. U Pavla je komunikativnost velmi závislá na jeho náladě.

Otázka č. 4. „Jaká oblast je u klientky nejvíce rozvíjena?“. I zde se odpovědi terapeutek i vychovatelek shodovaly, že nejvíce dochází při terapeutických činnostech k rozvoji jemné motoriky, myšlení, řeči, zlepšuje se paměť, zvyšuje se koncentrace, rozvíjí se prostorová představivost, souslednost, samostatnost, sebepoznání a seberealizace.

Otázku č. 5. měly terapeutky a vychovatelky rozdílnou.

Otázka č. 5. „Jaká je úroveň koncentrace – tolerance k vyrušení?“. Z odpovědí terapeutek jsem získala informace o tom, že Petra i Andrea přerušení činnosti tolerují, rychle se navrací zpět k práci. Jana, Věra i Pavel přerušení tolerují, ale mají potíže s návratem k činnosti, vždy je nutné vhodně je motivovat a připomenout jim aby se k činnosti vrátili. Otázka č. 5 „Jsou terapeutické činnosti přínosem pro klienta?“ Z odpovědí vychovatelek jsem došla k názoru, že určitě napomáhají k překonávání jejich postižení a rozvíjí osobnost klienta, dávají jim pocit užitečnosti, což podporuje celkovou socializaci, rozvíjí smysl pro povinnost a především jde o smysluplné využití volného času.

Otázka č. 6. „Co z hlediska osobnostního rozvoje rozvíjí terapeutické činnosti?“. Odpovědi terapeutek i vychovatelek se ve většině případů shodovaly: přináší pocit potřeby a užitečnosti u klientů, rozvíjí motorické i rozumové schopnosti, umožňují sebevyjádření, usnadňují a podporují komunikaci a vedou k samostatnosti.

Souhlasím s názorem M. Vágnerové, která uvádí, že jedinci s mentální retardací potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život velice užitečné. Jedinec s mentální retardací, pokud je ponechán bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky ztrácí. Velmi vhodné je proto začlenit jedince do pracovních činností, aby mu byla poskytnuta potřebná životní náplň a donutilo jej respektovat určitý denní režim (24).

Základem dobře fungující terapeutické dílny je klidná, přátelská a podnětná atmosféra, která pramení z pochopení terapeutického významu lidské práce.

Na závěr mého výzkumu uvedu hypotézu, která vyplynula z mých výsledků. Hypotéza: Terapeutické činnosti, které jsou vykonávány pravidelně, soustavným opakováním jednotlivých činností a individuálním přístupem terapeutek, napomáhají k rozvoji především jemné motoriky, komunikace a pozornosti u klientů s lehkou a středně těžkou mentální retardací.

6 Závěr

V bakalářské práci na téma Vliv terapeutických činností na rozvoj klienta s mentálním postižením v Domově Petra jsem došla k výsledku práce a vytvořila hypotézu.

Poznatky získané při výzkumu prokázaly, že při každodenním využití terapeutických činností, které Domov Petra nabízí, dochází k rozvoji osobnosti klientů s mentální retardací a to především k rozvoji jemné motoriky, komunikace, pozornosti, rozumových schopností a dovedností. K postupnému rozvoji dochází zejména soustavnou a individuální péčí.

Terapeutické činnosti umožňují prožívání kladných citů, odreagování citů negativních i kultivaci citů. Na základě společných činností se snáze upevňují pozitivní sociální vztahy. Z hlediska psychického rozvoje dochází prostřednictvím terapeutických činností k harmonickému rozvíjení intelektuální, citové a volní sféry jedince. Činnosti poskytují mnoho podnětů pro rozvoj poznávacích procesů (vnímání, paměti, fantazie, myšlení, řeči). Terapeutické činnosti vhodně podněcují, podporují a rozvíjí samostatnost a tvořivost. Hlavním ukazatelem není množství nabídky terapeutických činností, ale kvalita, skladba, výběr a obsah, který má odpovídat potřebám a možnostem jedinců s mentální retardací.

Domnívám se, že v naší společnosti je na dobré cestě nový, moderní přístup vycházející z individuálních potřeb jedinců s mentální retardací. Z praxe vím, že postoje personálu Domovů pro osoby se zdravotním postižením významně ovlivňují osobnostní rozvoj a kvalitu života jedinců s mentální retardací. Proto je nutné respektovat potřeby, přání a individuální zájmy osob s mentální retardací. Doufám, že má práce napomůže k lepší informovanosti o činnostech, které jsou klientům nabízeny. Dále může být nápomocna pedagogům, terapeutům a ostatním pracovníkům Domova Petra k získání a prohloubení informací.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *Arteterapie* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2008-03-05]. Dostupné z <<http://www.terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/terapie-pomoci-smyslu/arteterapie/>>
2. *Biblioterapie* [online]. Poslední aktualizace 08.12. 2005. [cit. 2008-02-15]. Dostupné z <<http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=65>>
3. ČADILOVÁ, Věra, JÚN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha:Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7
5. *Dramaterapie* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2008-03-20]. Dostupné z <<http://www.terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/terapie-pomoci-smyslu/dramaterapie/>>
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*, 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0
7. *Hipoterapie* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2008-04-02]. Dostupné z <<http://terapie.az4u.info/cs/alternativni-terapie/zooterapie/hipoterapie/>>
8. HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie*. Ostrava:Montanex, 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2
9. KLUSOŇOVÁ, Eva, ŠPIČKOVÁ, Jiřina. *Ergoterapie I*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 188 s. ISBN 80-201-0030-x
10. KŘEMLIČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*, 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 116 s. ISBN 80-95937-60-3

11. KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 127 s. ISBN 80-7040-724-7
12. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 279 s. ISBN 80-7 178-864-3
13. *Muzikoterapie [online]. Poslední aktualizace 27. února 2008. [cit. 2008-04-10]. Dostupné z <<http://www.muzikoterapie.cz/index.php?p=muzikoterapie>*
14. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1.vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6
15. PIPEKOVÁ, Jarmila. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-85931-65-6
16. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
17. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*, 1. vyd. Olomouc:nakl 2003. St. ISBN 80-244-0646-2
18. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8
19. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
20. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, 1.Vyd. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8
21. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
22. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*, 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X
23. *Terapia hrou [online]. Poslední aktualizace 31.10.2006. [cit. 2008-02-27]. Dostupné z <http://www.i-psychologia.sk/view-374.php?id_cat=100*
24. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*, Praha: Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3
26. VALENTA, Milan, Muller, Oldřich. *Psychopedie*, 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2
27. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*, 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
28. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9
29. ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*, 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-326-0
30. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *Úplné znění: Sociální zabezpečení č. 645: Ostrava-Hrabůvka: Sagit, a.s., 2008, podle stavu k 14.01.2008. 272 stran. ISBN 978-80-7208-658-0*
31. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. *Úplné znění: Sociální zabezpečení č. 645: Ostrava-Hrabůvka: Sagit, a.s., 2008, podle stavu k 14.01.2008. 272 stran. ISBN 978-80-7208-658-0*

8 Klíčová slova

Mentální retardace

Terapeutické činnosti

Rozvoj osobnosti

Jemná motorika

Koncentrace

Domov pro osoby se zdravotním postižením

9 Přílohy

Příloha č. 1: Denní rozpis terapeutických činností

Příloha č. 2: Fotografie Domova pro osoby se zdravotním postižením „Domov Petra“

Příloha č. 3: Foto výrobku klientky Pavly na terapii vyšívání

Příloha č. 4: Foto výrobku klientky Pavly v keramické dílně

Příloha č. 5: Foto při práci klientky Jany v terapeutické dílně tkaní

Příloha č. 6: Foto při práci klientky Věry v keramické dílně

Příloha č. 7: Foto při práci klientky Věry – navlékání korálků

Příloha č. 8: Foto při práci klientky Andrey – tkaní v rámu

Příloha č. 9: Foto při práci klienta Pavla na terapii vyšívání

Příloha č. 10: Kresba klienta Pavla

Příloha č. 11: Diplom klienta Pavla - 2. místo ze soutěže „Krásné je žít“

Příloha č. 12: Fotografie výrobků z vernisáže Jihočeského muzea v Č. Budějovicích

Příloha č. 13: Fotografie výrobků z vernisáže Jihočeského muzea v Č. Budějovicích



Terapie – denní rozpis

Úterý

Jméno	8,00-8,30	8,30 – 9,00	9,00 – 9,30	9,30-10,00	10,00-10,30	10,30-11,00	11,00-11,30	12,30-15,00
Pauchová E	skleník	skleník	skleník	skleník	skleník	skleník	skleník	loutky
Nováková E	tkaní	tkaní	tkání	tkání	plavání	plavání	plavání	vyšívání
Pöchmannová E	FTC	FTC	MZT	tkaní	tkaní	malba R	malba R	
Ratajová E	malba R	malba R	malba R	malba R	flétna	flétna	FTC	FTC
Dvořáková E	malba R	malba-R	malba-R	vyšívání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	plavání
Netřvalová E	loutky	loutky	flétna	flétna	plavání	plavání	plavání	Skleník
Peterová E	vyšívání	vyšívání	flétna	flétna	plavání	plavání	flétna	tkání
Čížek E	koně	koně	plavání	plavání	FTC	FTC	FTC	
Jarošová F	tkaní	tkaní	tkaní	tkaní	tkaní	tkaní	tkaní	
Zimerová F	plavání	plavání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	FTC	FTC	malba R
Lakatošová F	FTC	FTC	MZT	vyšívání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	loutky
Míková F	plavání	plavání	plavání	FTC	FTC	MZT	vyšívání	Skleník
Červová F	plavání	plavání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	Flétna
Volfová F	vyšívání	vyšívání	tkaní	tkaní	tkaní	koně	Koně	Skleník
Štíchová F	plavání	plavání	tkaní	MZT	FTC	FTC	FTC	tkaní
Houšková F	malba R	malby R	keramika	keramika	Vyšívání	vyšívání	vyšívání	
Lidinská F	vyšívání	vyšívání	FTC	FTC	malba R	malba R	MZT	P. škola
Pešková F	tkaní	tkaní	FTC	keramika	keramika	MZT	PŠ	
Šenderová G	keramika	keramika	keramika	MZT	vyšívání	FTC	FTC	tkaní
Balazsová G	loutky	loutky	loutky	loutky	Loutky	loutky	Loutky	vyšívání
Láfová G	koně	MZT	FTC	FTC	Plavání	plavání	Plavání	
Koželoužková G	FTC	FTC	vyšívání	vyšívání	malba R	malba R	malba R	
Kornoušková G	malba R	malba R	malba R	malba R	Koně	FTC	FTC	skleník
Musilová G	vyšívání	vyšívání	keramika	keramika	loutky	loutky	loutky	
Mrkvičková G	koně	koně	FTC	FTC	keramika	keramika	keramika	
Vaňásková G	keramika	keramika	keramika	koně	koně	vyšívání	vyšívání	
Ambrožová G	keramika	keramika	FTC	FTC	MZT	loutky	loutky	P. škola
Procházková H	FTC	FTC	plavání	plavání	MZT	vyšívání	vyšívání	P. škola
Vlková H	flétna	flétna	koně	koně	keramika	keramika	keramika	Loutky
Křížová H	malba R	malba R	FTC	FTC	flétna	flétna	malba-R	malba-R
Svobodová H	vyšívání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	plavání	plavání	plavání	Loutky
Rážová H	FTC	FTC	plavání	plavání	tkaní	tkaní	tkaní	
Marušová H	loutky	loutky	loutky	loutky	Loutky	FTC	FTC	vyšívání
Haluzová H	FTC	FTC	koně	koně	malba R	Malba R	malba R	
Eiflerová H	tkaní	tkaní	plavání	plavání	vyšívání	vyšívání	vyšívání	MZT
Bauerová H	FTC	MZT	plavání	plavání	Loutky	keramika	keramika	
Jandová I	vyšívání	vyšívání	vyšívání	koně	tkaní	tkaní	tkaní	Flétna/MZT
Fojtík I	koně	koně	koně	koně	koně	malba R	malba R	
Harvalíková I	plavání	plavání	FTC	FTC	koně	koně	koně	
Žulpová I	keramika	keramika	keramika	keramika	keramika	keramika	keramika	keramika
Vávrová I	loutky	loutky	loutky	loutky	loutky	FTC	FTC	Vyšívání
Loužecká I	tkaní	tkaní	FTC	FTC	skleník	skleník	MZT	P. škola
Frková I	flétna	flétna	vyšívání	vyšívání	koně	tkaní	tkaní	loutky
Beránková I	malba R	malba R	malba R	FTC	malba R	koně	koně	flétna
Kotrliková I	plavání	plavání	tkaní	tkaní	tkaní	tkaní	FTC	skleník

Příloha č. 1: Denní rozpis terapeutických činností



Příloha č. 2: Foto Domova pro osoby se zdravotním postižením „Domov Petra“



Příloha č. 3: Foto výrobku klientky Pavly na terapii vyšívání



Příloha č. 4: Foto výrobku klientky Pavly v keramické dílně



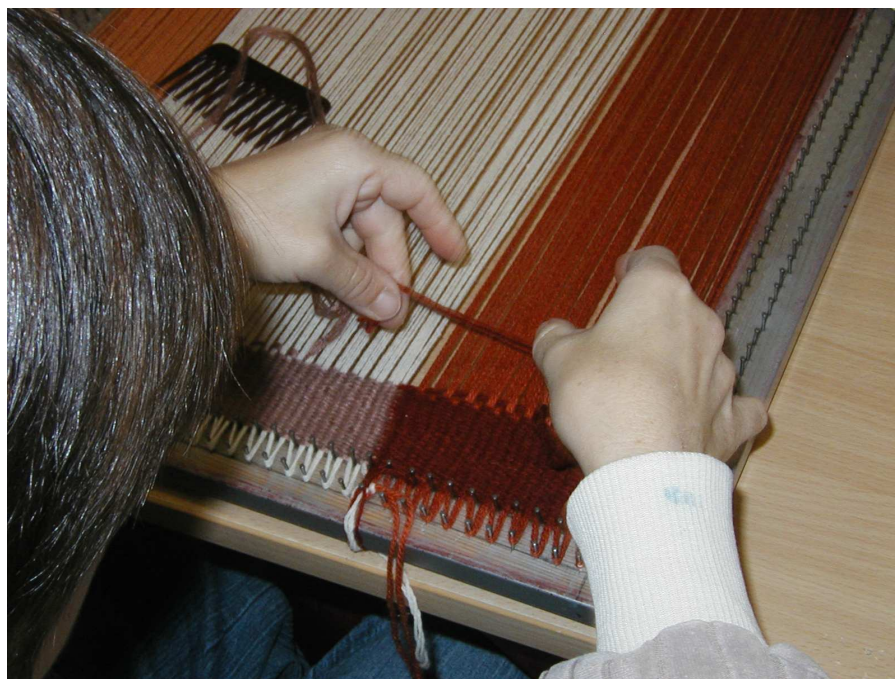
Příloha č. 5: Foto při práci klientky Jany v terapeutické dílně tkaní



Příloha č. 6: Foto při práci klientky Věry v keramické dílně



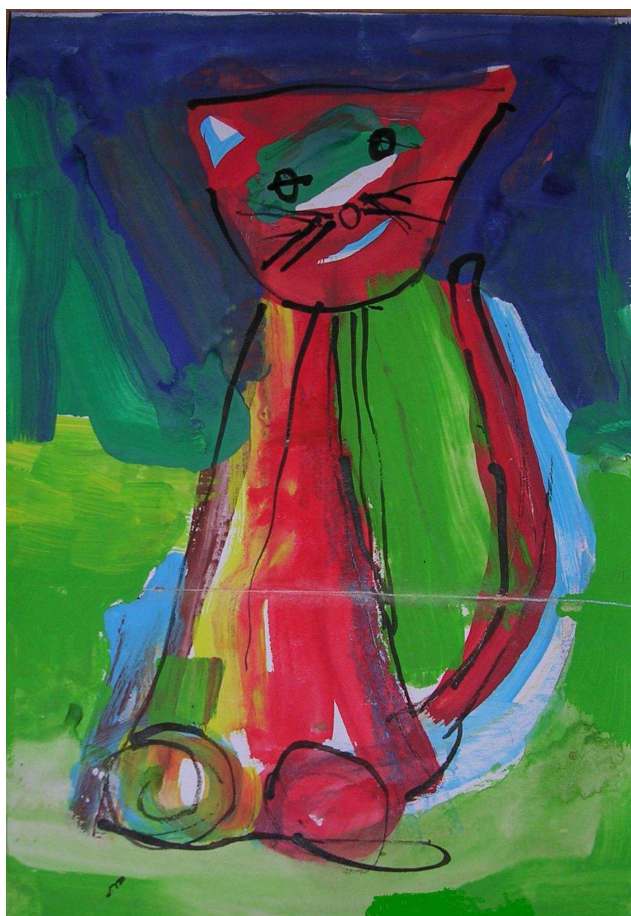
Příloha č. 7: Foto při práci klientky Věry – navlékání korálků



Příloha č. 8: Foto při práci klientky Andrey – tkaní v rámu



Příloha č. 9: Foto při práci klienta Pavla na terapii vyšívání



Příloha č. 10: Kresba klienta Pavla

**Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě
Státní zdravotní ústav Praha**

udělují



2. místo

v celostátní výtvarné soutěži "KRÁSNÉ JE ŽÍT"

Kategorie II. – bez rozdílu tématu

Příloha č. 11: Diplom klienta Pavla - 2. místo ze soutěže „Krásné je žít“



Příloha č. 12: Fotografie výrobků z vernisáže Jihočeského muzea v Č. Budějovicích



Příloha č. 13: Fotografie výrobků z vernisáže Jihočeského muzea v Č. Budějovicích