

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG



Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax



VYDAVATELSTVO
PREŠOVSKÉJ
UNIVERZITY

2

2016
Ročník 5

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG

Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax

5. ročník, 2016, č. 2

Vedecký recenzovaný časopis je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-0851-12 Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFa) (2013 – 2016) a projektu KEGA č. 035PU-4/2014 Zvyšovanie kvality pregraduálnej prípravy špeciálnych pedagógov v kontexte inovatívnych trendov teórie a praxe (2014 – 2016)

Redakčná rada:

Dr. h. c. prof. PhDr. Miron Zelina, DrSc.; prof. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.; prof. PhDr. Aurélia Kerekretiová, Ph.D.; prof. PaedDr. Jozef Liba, Ph.D.; prof. PhDr. Mária Podhájecká, Ph.D.; prof. PhDr. Milan Portik, Ph.D.; prof. PaedDr. Božena Šupšáková, Ph.D.; prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.; doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.; doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D.; doc. PaedDr. Ladislav Horňák, Ph.D.; doc. PaedDr. Vladimír Klein, Ph.D.; doc. PhDr. Ľuba Končeková, CSc.; doc. PhDr. Dagmar Marková, Ph.D.; doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.; doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.; doc. PaedDr. Alica Petrasová, Ph.D.; doc. PaedDr. Iveta Šebeňová, Ph.D.; doc. PhDr. Albín Škoviera, Ph.D.; MUDr. Ján Koval', Ph.D.; PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D.; PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.; PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, Ph.D.; Mgr. Tatiana Dubayová, Ph.D.; Mgr. Jana Kožárová, Ph.D.; Mgr. Pavlína Kuldanová, Ph.D.; Mgr. Jarmila Žolnová, Ph.D.; Aleksandra Mach, Ph.D.

Redakcia časopisu:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D. (vedúca redaktorka);
PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D.; PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, Ph.D.; Mgr. Tatiana Dubayová, Ph.D.; Mgr. Jana Kožárová, Ph.D.; Mgr. Jarmila Žolnová, Ph.D.; PhDr. Tatiana Čekanová; Mgr. Gabriela Felix

Jazyková úprava:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D.
Mgr. Pavlína Kuldanová, Ph.D.

Preklad do angličtiny: Obálka a logo katedry:

Mgr. Jana Kožárová, Ph.D.
doc. PhDr. Michal Tokár, Ph.D.

Vydavateľ:

Sídlo vydavateľa:

Vydavateľstvo Prešovskej univerzity
Prešovská univerzita v Prešove
Ul. 17. novembra č. 15
080 01 Prešov
IČO 17 070 775

Periodicita vydávania:

Dátum vydania:

dvakrát ročne
október 2016 (ďalšie číslo vyjde vo februári 2017)

Tlač:

Grafotlač Prešov, s. r. o.

Evid. číslo: EV 4561/12

ISSN 1338-6670

OBSAH

Teoretické a vedeckovýskumné štúdie

Termíny mentálne postihnutie, mentálna retardácia a duševná zaostalosť z aspektu princípov tvorby adekvátneho odborného jazyka (J. Kresila, L. Horňák).....	3
Arteterapia a jej uplatnenie pri práci s deťmi (K. Kotradyová).....	21
Men have Breasts too: A Pilot Study Using Behavioural Technology for Skills-Based Training in Detecting Lumps in Breasts (R. Bones, M. Keenan, E. McColgan).....	32
Raná logopedická intervencie u detí s perinatálnymi rizikami (I. Bytešníková).....	47
Syndróm vyhorenia u špeciálnych pedagógov (K. Fuchsová, E. Hruščová).....	59

Špeciálnopedagogická prax

Anxieta detí a žiakov a arteterapeutické aktivity (A. Sedláková).....	73
Zvyšovanie úrovne komunikačnej schopnosti s využitím režimových kariet u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím na špeciálnej základnej škole (A. Pawlusová).....	79

Profily a portréty

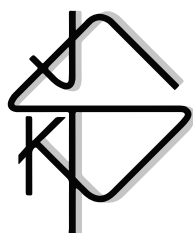
Laudatio prof. PhDr. Štefanovi Vašekovi, CSc., k významnému životnému jubileu (G. Vojteková).....	94
---	----

Recenzie

DUBAYOVÁ, T.: <i>Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov</i> . Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 84 s. ISBN 978-80-555-1621-9 (T. Búgelová).....	96
HORŇÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O.: <i>Poruchy správania ako výzva</i> . Ružomberok: VERBUM, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0359-3 (T. Dubayová).....	98
HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: <i>Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii</i> . Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 244 s. ISBN 978-80-555-1456-7 (P. Ďuranová).....	100
OSTATNÍKOVÁ, D. a kol.: <i>Máme dieťa s autizmom. Kompas pre rodičov</i> . Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV, 2015. 174 s. ISBN 978-80-224-1474-6 (L. Hrebeňárová).....	103
BAZALOVÁ, B.: <i>Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje</i> . Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4 (K. Kotradyová).....	106

Knižné novinky.....	108
---------------------	-----

Pokyny pre prispievateľov.....	116
--------------------------------	-----



Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogickej fakulty
PU v Prešove



TERMÍNY MENTÁLNE POSTIHNUTIE, MENTÁLNA RETARDÁCIA A DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ Z ASPEKTU PRINCÍPOV TVORBY ADEKVÁTNEHO ODBORNÉHO JAZYKA

The Terms Denoting Intellectual Disability Viewed from the Aspect of Principles for Creating Adequate Expert Language



Juraj Kresila,¹ Ladislav Horňák²

Abstrakt: Príspevok analyzuje terminologické vymedzenie pojmov mentálne postihnutie, mentálna retardácia a duševná zaostalosť v slovenskom špeciálnopedagogickom kontexte, v ktorom došlo pre terminologický dualizmus v označení duševná zaostalosť – mentálna retardácia k nedorozumeniu a polemikám medzi odborníkmi. Autori identifikujú príčiny vzniknutého problému, naznačujú jeho možné dôsledky používania a navrhujú spôsoby využívania zodpovedajúcich jazykových prostriedkov pre čo najvýstižnejšie označenie tohto konceptu.

Kľúčové slová: mentálne postihnutie, mentálna retardácia, duševná zaostalosť, špeciálnopedagogická odborná terminológia.

Abstract: The paper analyzes the definitions of Slovak terms mentálne postihnutie (intellectual disability), mentálna retardácia (mental retardation) and duševná zaostalosť (mental reatrdation) in the context of Slovak special education. There is the terminological dualism in the Slovak context with two linguistic labels to denote mental retardation, which brings misunderstanding and controversy among experts. The authors identify the cause of the problem, indicating its potential impacts and propose possible ways of utilising appropriate linguistic tools for the most accurate denotation of intellectual disability.

Key words: intellectual disability, mental retardation, special education terminology.

Identifikácia problému

V druhom slovenskom preklade Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) z roku 2003 došlo k zmene terminologického označenia kapitoly F70 – F79 na duálne označenie duševná zaostalosť – mentálna retardácia (Národné centrum

¹ Mgr. Juraj Kresila, PhD., Katedra komunikačnej a literárnej výchovy, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: juraj.kresila@unipo.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

² Doc. PaedDr. Ladislav Horňák, PhD., Katedra pedagogiky, Fakulta humanitných a prírodných vied, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: ladislav.hornak@unipo.sk. Foto: M. Dzurilla. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

zdravotníckych informácií, 2016). Tento terminologický dualizmus spôsobuje isté nedorozumenie medzi odborníkmi a je zdrojom polemík o správnosti a adekvátnosti používania daného pomenovania v slovenčine, ktorý je v medzinárodnej verzii MKCH pod anglickým názvom *mental retardation* (World Health Organization, 2016).

Deskripcia daného postihnutia je medicínskou diagnózou, pričom termín slúžiaci na jej označenie je následne absorbovaný v diskurzoch medicíny, psychológie a špeciálnej pedagogiky. V každom z uvedených vedných odborov je snaha používať také termíny, ktoré vyjadrujú obsah čo najefektívnejšie a s čo najmenšími nejasnosťami. Čím viac je vedná disciplína etablovaná, tým precíznejší je jej aktuálny terminologický aparát v zmysle sémantického prekrytia použitého termínu s kľúčovými konceptmi tvoriacimi jeho teoretickú bázu. V humanitných a spoločenských vedách, na rozdiel od vied prírodných, sú však obsahy jednotlivých kľúčových konceptov závislé aj od socio-kultúrneho kontextu, v ktorom sa vyskytujú a sú používané. Zmeny v humanitných a spoločenských vedách vrátane špeciálnej pedagogiky reflektujú na jednej strane dynamiku vývoja poznania v danom odbore, ale rovnako aj vývoj v relevantnom socio-kultúrnom kontexte.

Predmetom výskumu v špeciálnej pedagogike sú koncepty týkajúce sa citlivých aspektov ľudského a spoločenského bytia. Takýto charakter predmetu výskumu v danej disciplíne má vplyv na výber jazykových prostriedkov používaných v jej teoretickom a intervenčnom diskurze v zmysle zamedzenia diskriminácie, stigmatizácie a znevýhodňovania jedincov s postihnutím.

Východiská pre kritickú analýzu

Výskum v spoločenských a humanitných vedách býva často konfrontovaný s otázkami vyplývajúcimi z povahy jazyka používaného v istom segmente sociosféry. Riešenie daných otázok môže byť sprevádzané neistotou v tom, ako ich analyzovať bez dostatočného odborného vzdelania v oblasti lingvistiky. V rámci lingvistiky je možné v posledných dekádach sledovať príklon k sociálnej analýze jazyka – sociolingvistike. Užitočnou metodologickou oporou pre takéto prípady je teória analýzy diskurzu od N. Faircougha (2003). Odborný termín *diskurz* je v danej teórii ponímaný ako súbor jazykových prostriedkov a v širšom význame aj textov charakteristických pre istý odbor ľudskej činnosti.

Teória špeciálnej pedagogiky je saturovaná odbormi medicíny a psychológie. V daných odboroch existujú inštitúcie, ktoré svojou autoritou vplyvajú na medzinárodnú odbornú terminológiu a v medzinárodnom odbornom diskurze (zväčša anglickom) fungujú ako etalón pre používanie adekvátnych jazykových prostriedkov.

Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization – WHO) sa vo svojej činnosti snaží o zavádzanie medzinárodného informačného štandardu na báze spoločného jazyka, ktorý by bol užitočný pre jednotlivé národné inštitúcie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Výsledkom takejto činnosti je diagnostický nástroj International Classification of Diseases – ICD (MKCH – Medzinárodná klasifikácia chorôb). V súčasnosti je platná jej desiaty revízia (MKCH-10), ale tiež prebieha odborná diskusia nad jedenástou revíziou daného dokumentu, ktorej vydanie je naplánované na rok 2018. V aktuálnej medzinárodnej verzii daného dokumentu je pod kódovým označením F70 – F79 uvádzaný termín *mental retardation* (mentálna retardácia) (WHO, 2016).

Ďalšou autoritatívnou inštitúciou z odboru medicíny s medzinárodným dosahom v oblasti psychiatrie je American Psychiatric Association (APA – Americká psychiatrická asociácia). Jej publikácia *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch, 2013) ponúka metodologické východiská pre klasifikáciu mentálnych porúch spolu s príslušnou terminológiou. Jej súčasná piata edícia (DSM-5 z roku 2013) je ako doplnok a alternatíva k MKCH-10 využívaná vo výskume, klinickej praxi a legislatíve v USA, v ktorej bol termín *mental retardation* nahradený termínom *intellectual disability* (intelektová nespôsobilosť).

V medzinárodnom odbornom kontexte psychológie má autoritatívne postavenia American Psychological Association (APA) reprezentujúca psychologický diskurz v USA a angličtina ako pôvodne národný jazyk sa stala platformou internacionalizovaného odborného výskumu. Jedným z jej produktov je *Thesaurus of Psychological Index Terms* (Tezaurus preferovaných psychologických termínov), ktorý je okrem printovej verzie v súčasnosti prístupný elektronicky ako súčasť databáz PsycNET a PsycINFO spravovaných APA (APA PsycNET, 2016). Jedenásta edícia Tezaura z roku 2007 (Gallagher-Tuleya, 2007), ktorá je zároveň jeho poslednou printovou verziou, obsahuje slovník odborných termínov reprezentujúcich relevantné psychologické koncepty v ich historickom vývoji tak, ako boli postupne štandardizované vo vedeckom výskume. Jednotlivé terminologické položky v Tezaure sú združované do tematicky súvisiacich okruhov s vyznačením hierarchického vzťahu medzi nimi a históriou ich používania v odbornom jazyku. Indexácia terminologickej položky znamená prednostné používanie daného termínu v aktuálnom vedeckom diskurze. Položka *mental retardation*, zavedená do databázy APA v roku 1967, je uvádzaná ako neindexovaná, teda neodporúčaná na používanie, a od roku 2012 sa nahrádza termínom *intellectual development disorder* (narušenie vývinu intelektu).

Okrem vyššie uvedeného Tezauru je APA vydavateľom manuálu, v ktorom sú špecifikované zásady dodržiavania odborného štýlu vo vedeckých a odborných publikáciách v oblasti spoločenských a humanitných vied Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010). V problematike zamedzenia diskriminačného jazyka je pre oblasť špeciálnej pedagogiky okrem uvedeného manuálu inšpiratíva aj smernica pre používanie neznevýhodňujúceho jazyka v časopisoch a publikáciách vydávaných APA zostavená Komisiou pre otázky postihnutia v psychológii (Committee on Disability Issues in Psychology) (APAStyle, 2016). Túto smernicu použijeme ako východisko pre analýzu miery vhodnosti termínu *duševná zaostalosť* pre odborný jazyk špeciálnej pedagogiky. Napriek tomu, že daná smernica je určená pre anglický jazyk, ktorý má svoje špecifické gramatické pravidlá, jej odporúčania odkazujú na pragmalingvistické súvislosti jazyka, ktoré sú v hierarchii lingvistiky vyššie než morfológia a sémantika angličtiny. Z uvedeného dôvodu je možné a aj legitímne nachádzať isté analogické súvislosti daných odporúčaní pre slovenský odborný jazyk. Základným princípom spomínanej smernice je snaha vyhýbať sa jazyku, ktorý:

- naznačuje, že osoba ako celok je postihnutá (napr. v termíne postihnutý),
- nivelizuje osobu na jej stav (napr. v termíne epileptik),
- má nadbytočne negatívny podtón (napr. obeť mozgovej príhody),
- je považovaný za nadávku (napr. kripel).

Motiváciou k presadzovaniu uvedeného princípu bola snaha prekonať skutočnosť, že celé desaťročia boli osoby s postihnutím vnímané a identifikované primárne cez svoje postihnutie a až sekundárne sa na nich nazeralo ako na osobnosť. Často sú ľudia s hendikepom vnímaní ako obeť svojho postihnutia. Pri zameriavaní sa primárne na obmedzenia jedinca sa jeho schopnosti a zručnosti dostávajú do úzadia. Takto sa osoby s postihnutím javia ako neschopné a ubera sa im právo na autonómne vyjadrenie vlastných preferencií a túžob. Následne sa javia takéto osoby ako nedostatočne kompetentné na to, aby sa stali prospešnými členmi spoločnosti. Termíny používané v teoretických a intervenčných textoch o osobách s postihnutím by o nich nemali vytvárať takéto predsudky.

Špecifické odporúčania pre dosiahnutie neznevýhodňujúceho jazyka sú vyjadrené v nasledovných princípoch:

- na prvé miesto klásť osobu, nie jej postihnutie,
- nenálepkovať osobu podľa jej postihnutia,
- nenálepkovať osobu s postihnutím ako pacienta alebo invalida,
- nepreháňať závažnosť postihnutia,
- používať emocionálne neutrálne slová,

- zdôrazňovať schopnosti, nie obmedzenia,
- vyhýbať sa urážlivým výrazom.

Aplikáciou uvedených princípov je možné koncentrovať pozornosť viac na schopnosť jedinca s postihnutím a jeho právo vyjadriť svoje vlastné životné ciele, túžby a preferencie tak, aby sa stal súčasťou riadenia procesov sebaobsluhy. Následne sa predpokladá, že sa zmení spoločenský pohľad na jedincov s postihnutím, a to z ich vnímania ako záťaže alebo problému na pohľad na nich ako na prospešných členov spoločnosti.

Uvedené princípy budú použité ako východiská pre hodnotiacu analýzu adekvátnosti vybraných odborných termínov z hľadiska toho, ako a do akej miery sú v uvedených lexikálnych jednotkách rešpektované dané princípy (APAStyle, 2016).

Východiská lingvistickej analýzy

Jazyk ako prostriedok sociálnej interakcie plní dve úlohy. Jednou z nich je sprostredkovať istý obsah adresátovi a doručiť mu ho ako komunikát. Druhou úlohou jazyka je v danej interakcii implikovať istý typ sociálneho vzťahu medzi komunikantmi (účastníci komunikácie). Pri teoretickej analýze dimenzií postihnutia a následnom determinovaní perspektívy rozvoja kognitívnej, afektívnej a psychomotorickej stránky osobnosti dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami je teda dôležitým aspektom jasnosť a jednoznačnosť termínov, o ktoré sa teória aj intervenčná prax opierajú. Rovnako dôležitým aspektom je však aj čo najneutrálnější a bezpríznakové fungovanie odbornej terminológie v príslušnom socio-kultúrnom kontexte. Teoretickou oporou pre koncipovanie východísk lingvistickej analýzy je publikácia Všeobecná jazykoveda (Dolník, 2009).

Sémantický trojuholník

Z hľadiska sémantického trojuholníka, ktorý rieši vzťahy medzi objektom (denotátom), konceptom (designátom) a slovom alebo lexémou ako formálnym jazykovým znakom (designátorom) je voľba adekvátnej terminológie riešením vzťahu medzi designátom (pojmom – konceptom) a designátorom (slovom). Designát alebo pojem či koncept je abstraktnou entitou odkazujúcou na istú realitu (konkrétnu alebo abstraktnú) tak, že ju reflektuje v mysli človeka ako mentálny obraz. V našom prípade je designátom súbor východísk, na základe ktorých je definovaná mentálna retardácia – mentálne postihnutie ako stav. Designátor je v uvedenom systéme jazykový znak, slovo, ktoré je priradené designátu, čím

sa vytvára pomenovanie pre daný stav. Ale každé slovo použité ako designátor, buď samostatne alebo v skupine slov, má aj svoj vlastný lexikálny význam. Teda slovo, okrem toho že je priradené k designátu, existuje aj samostatne ako heslo vo výkladovom slovníku lexiky daného jazyka; v našom prípade adjektívum *duševný* existuje ako položka vo výkladovom slovníku bez ohľadu na fakt, že bola v istom kontexte zvolená ako pomenovanie stavu indexovaného v registri MKCH. Z uvedeného vzťahu medzi designátorom a designátom sa ponúka otázka: Do akej miery je mechanický súčet lexikálnych významov každého slova (designátora) použitého na pomenovanie istého fenoménu v súlade s obsahom designátu daného fenoménu reflektovaného v mysli človeka? Inými slovami, do akej miery je nápomocný sémantický význam slov pomenúvajúcich istý koncept pri jeho správnom porozumení odbornou aj laickou verejnosťou.

Príznakovosť

V humanitných a spoločenských vedách, na rozdiel od prírodných vied, sú jednotlivé designáty, teda koncepty závislé od stupňa vývoja poznania v danej disciplíne, ale aj od charakteru socio-kultúrneho kontextu. Designátory, teda slová, bývajú závislé od ich jazykovej interpretácie v danom socio-kultúrnom kontexte v rovine pragmalinguistiky. To znamená, že slovo použité ako termín na označenie istého odborného konceptu môže mať okrem svojho lexikálneho denotatívneho významu aj isté konotáty (pridružené významy nesúce istý príznak). Termíny používané v odbornom jazyku v istom socio-kultúrnom kontexte postupom času prestávajú byť významovo neutrálne a začínajú byť charakteristické svojou príznakovosťou.

Uvedená príznakovosť je však nežiaducim javom pri tvorbe odbornej terminológie v odbore, akým je špeciálna pedagogika. Akýkoľvek termín považovaný v čase svojho zavedenia z hľadiska lexikálneho významu za adekvátne označenie istého stavu, napr. mentálneho postihnutia, postupne začne byť vnímaný v širšom socio-kultúrnom kontexte ako urážlivý. Vyplýva to z povahy predmetu výskumu v špeciálnej pedagogike, ktorý sa týka javov považovaných v spoločnosti za citlivé a nesúce stigma. Dokumentuje to fakt, že mnoho starších odborných termínov z diskurzu psychiatrie sa používa v súčasnom hovorovom jazyku ako zjednodušujúca urážka (debil, imbecil, idiot). Inými slovami vyjadril J. Šiška (2008) danú skutočnosť tézou, že v odboroch ako špeciálna pedagogika sa odborná terminológia dneška stáva súborom pejoratívnych termínov zajtrajška.

Spôsob prekladu termínu

Rôzne medzinárodné klasifikácie ponúkajúce odborné termíny spolu s ich definíciami sú zavádzané v snahe homogenizovať odborný diskurz naprieč jednotlivými národnými a jazykovými kontextami. Preberanie slov z cudzích jazykov je jeden zo spôsobov, akým sa obohacuje odborná terminológia v domacom kontexte. Do slovenčiny tak preniká množstvo odborných termínov vo forme kalku (doslovného prekladu) už zavedeného medzinárodného termínu alebo ako poslovenčená forma pôvodného slova z cudzieho jazyka. Slovenské termíny *duševná zaostalosť* a *mentálna retardácia* sú príkladmi uvedených procesov v odbornej terminológii.

V procese výberu vhodného slova ako ekvivalentu k medzinárodnému termínu majú tvorcovia terminológie zvyčajne niekoľko alternatív v podobe synonym, ktoré sa vyznačujú pomerne blízkym lexikálnym významom, ale môžu sa líšiť stylistickými príznakmi. Napríklad synonymá *integrácia* a *začlenenie* sa vyznačujú blízkym lexikálnym významom, pričom termín *integrácia*, tým že je frekventovanejšie používaný v istých diskurzívnych kontextoch týkajúcich sa edukačnej politiky, prestáva byť významovo neutrálny a začína naberať príznak preferovanej spoločenskej hodnoty. Ešte výraznejšie je možné badať takýto príznakový posun pri slove *kolaborácia* ako synonymum slova *spolupráca*. Zatiaľ čo anglický originál *collaborative teaching* (koooperatívne vyučovanie) je v prípade adjektíva *collaborative* vo svojom socio-kultúrnom prostredí relatívne bezpríznakové, jeho slovenský variant *kolaboratívny* by bol nositeľom negatívnych konotácií spojených s kolaboráciou s fašizmom. Takto môžu jednotlivé odborné termíny preložené do národného jazyka naberať v danom jazyku ako komunikačnom nástroji socio-kultúrneho prostredia isté nechcené významové odchýlky, ktoré nemusia byť prítomné vo východiskovom jazyku.

Lexikálna analýza termínov

Pri termíne *duševná zaostalosť* je príslušné adjektívum *duševný* derivované od substantív *duša* alebo *duch*. Prvou úlohou je preskúmať, do akej miery je možné v odbornom diskurze koncept rozumu alebo intelektu, ktorý je zásadným faktorom pri identifikácii mentálneho postihnutia, lexikálne pokryť termínmi *duša* alebo *duch*. Druhou úlohou je zhodnotiť, do akej miery je termín *duševná zaostalosť* adekvátnym ekvivalentom anglického *mental retardation*.

V Slovníku súčasného slovenského jazyka (Balážová a kol., 2006) je heslo *duševný* charakterizované ako vzťahujúce sa na psychiku, vnútro, myseľ človeka, majúce súvis so psychikou, vnútorným svetom, dušou človeka. Adjektívum *duševný* teda sémanticky pokrýva oblasti psychiky, myslenia a duše človeka.

Uvedené oblasti sú objektom skúmania rôznych odborov a disciplín, akými sú psychológia, kognitívne vedy a teológia. Zatiaľ čo výskum v psychológii a kognitívnych vedách je viac orientovaný na objektívne a hodnotovo neutrálne skúmanie manifestovaných prejavov danej entity, *duša* ako kľúčový koncept teológie súvisí so spoločensky preferovanými hodnotami a otázkami etiky. Termín *duša* nie je v teologickom diskurze hodnotovo neutrálny, keďže odkazuje na morálne hodnoty (napr. je to dobrá/zlá duša) alebo v bežnom diskurze odkazuje na interpersonálne vzťahy (napr. spriaznená duša). V tejto súvislosti K. Nádaská (2014) cituje filozofa zo 17. storočia, ktorý sa vyjadril, že „*Kto nenachádza spriaznenú dušu podobrotky, siaha hoci aj po mágii. Mágia je vzbura duše proti intelektu.*“ Duša je ponímaná aj v spojitosti so svetonázorom (telo ostalo, ale jeho duša odišla do neba) vyjadrujúc tak dualitu ducha a tela. Takéto multiodborové rozpätie daného termínu následne komplikuje jednoznačnosť a súlad jeho výkladu v odboroch medicíny, psychológie a špeciálnej pedagogiky.

Pojem *zaostalosť* je v Slovníku slovenského jazyka (Peciar, 1965) definovaný ako oneskorenosť, odmietanie pokroku a spiatočnosť. Z uvedených definícií je pre analyzovaný termín *duševná zaostalosť* relevantný odkaz na oneskorenosť v ontogenéze jedinca s mentálnym postihnutím. Kľúčovou otázkou z hľadiska filozofie špeciálnej pedagogiky je to, ako trvalé alebo ireverzibilné je *oneskorenie* vo vývine jedinca s mentálnym postihnutím a do akej miery je možné ho kompenzovať alebo *dobehnúť*.

Heslo *mentálny* je v Slovníku cudzích slov (Petráčková a kol., 1997) definované ako odborný ekvivalent termínov *myšlienkový*, *duševný* a *psychický* odkazujúce na mentálnu schopnosť a vyspelosť. Je tu možné badať užšiu previazanosť na intelekt ako na základný faktor identifikácie mentálneho postihnutia.

Retardácia, ako zväčša odborný termín v slovenčine, vyjadruje spomalenie, oneskorenie alebo meškanie (Petráčková a kol., 1997). Analogicky ako v prípade termínu *zaostalosť* je pre špeciálnu pedagogiku podstatné posúdiť to, či stav mentálneho postihnutia je možné zvrátiť v zmysle dobehnúť spomalenie vývinu jedinca s daným postihnutím. M. Lečbych (2008) uvádza že termín *mentálna retardácia* implikuje isté oneskorenie vo vývoji rozumových schopností, čo zmierňuje pedagogickú a rehabilitačnú skepsu ohľadom možného zlepšenia daného stavu.

Postihnutie je substantívum derivované od slovesa postihnúť. Týka sa zdravotného stavu jedinca a indikuje možnú diagnózu (Peciar, 1963). Okrem choroby môže jedinca postihnúť nešťastie, sklamanie vojna alebo trest, teda implikuje istú negatívnu konotáciu. Z analýzy uskutočnenej prostredníctvom

slovensko-anglického paralelného korpusu dostupného on-line (<http://korpus.juls.savba.sk/sken.html>), ktorý obsahuje vzájomné preklady odborných textov z oboch jazykov vyplýva, že v doposiaľ realizovaných odborných prekladoch sa termín *postihnutie* v slovenčine používa ako ekvivalent k anglickému termínu *disability*.

Pragmalingvistická analýza termínov

Z translatologického hľadiska môžu mať koncepty *mentálneho postihnutia* a *mentálnej retardácie* mierne odlišné implikácie v jednotlivých socio-kultúrnych kontextoch (štátoch) aj vzhľadom na existujúcu tradíciu a zavedenú prax. Na Slovensku sa termín *mentálne postihnutie* používal a používa na označenie širšieho spektra porúch intelektu ako označuje termín *mentálna retardácia* definovaná v MKCH-10. Svojím definičným rozsahom termín *mentálne postihnutie* pokrýval aj tzv. hraničné pásmo mentálnej retardácie (Bajo, Vašek, 1994). *Mentálna retardácia* v zmysle MKCH-10 je diagnózou a z uvedeného dôvodu sémanticky pokrýva užšie rozpätie hodnôt intelektu, teda prípady, v ktorých je hodnota IQ pod hranicou 70 bodov (Dočkal, 2014).

Ekvivalenciu fungovania prekladaných odborných termínov v ich jazykovom prostredí ovplyvňuje aj charakter používaného jazyka. Angličtina ako vedecká lingua-franca, teda spoločný dorozumievací jazyk používaný medzinárodnou vedeckou komunitou, je považovaná viac za jazyk deskriptívny. To znamená, že istá miera štandardizácie v danom jazyku nastáva až po objektívnej analýze a opise spôsobu, akým je tento jazyk používaný istou jazykovou skupinou. Slovenčina je oproti angličtine v pozícii skôr preskriptívneho jazyka. V danom type jazyka existuje predpis, ktorý určuje štandardnú jazykovú normu. Implikáciou uvedenej praxe v preskriptívnom jazyku je to, že oproti preferovanej forme jazyka môžu byť ostatné jazykové formy považované za nesprávne, nevhodné, nelogické, s nízkym komunikačným efektom alebo nízkou estetickou hodnotou (Edwards, 2009). Deskripcia a predpis sú v lingvistike komplementárnymi procesmi, ale s rozdielnymi prioritami, ktoré môžu byť vo vzájomnom konflikte. Z uvedeného aspektu je slovenský socio-kultúrny kontext, vzhľadom na normatívnejší charakter slovenčiny, citlivejší na vnímanie akýchkoľvek terminologických zmien. Často v slovenskom odbornom kontexte dochádza k automatickej akceptácii dominancie legislatívneho diskurzu nad odborným. Opačnou praxou býva postupná konvencionalizácia a ustálenie istého termínu v deskriptívnom type jazyka, akým je angličtina.

Špeciálna pedagogika má svoju odbornú teoretickú základňu a na ňu nadväzujúcu intervenčnú prax, ktorá presahuje aj do oblasti legislatívy.

Terminológia z oblasti špeciálnej pedagogiky je tak okrem edukačného procesu frekventovaná aj v legislatíve. V domácom kontexte niekedy dochádza k situácii, že nové termíny sú zavádzané iba v jednom z uvedených odborov bez toho, aby bola rešpektovaná už zavedená terminológia existujúca v inom súvisiacom odbore. Sporadicky takáto situácia nastáva v legislatíve, kde bez adekvátne reflektovaného poznania vyplývajúceho z odborného diskurzu je zavádzaná nová terminológia. Špeciálni pedagógovia v praxi sú následne nútení obsah daných termínov dešifrovať. Aj v medicínskom diskurze pri prekladoch terminológie z originálnych zdrojov, akými sú MKCH-10 alebo DSM-5, môže dôjsť pri absencii medziodborovej spolupráce k nerešpektovaniu stavu vedeckého poznania a z neho vyplývajúcej terminológie v relevantných odboroch. Pre zabezpečenie efektivity spolupráce odborníkov z oblasti medicíny, psychológie a špeciálnej pedagogiky je nevyhnutné používať jeden termín slúžiaci na označenie daného stavu vo všetkých relevantných diskurzoch.

V špeciálnej pedagogike, pretože ide o ľudsky citlivú oblasť, existuje tendencia vyhýbať sa označovaniu skutočnosti pravým menom. Tento prístup súvisí s vytváraním pozitívnych sociálnych vzťahov k ľuďom s rôznym druhom postihnutia. Z lingvistického hľadiska je potrebné hľadať adekvátnu mieru zastierania tak, aby sa čo najviac zabránilo spoločenskej stigmatizácii daného stavu. V danej situácii je imperatívom nachádzať také termíny, ktoré neurážajú, neponižujú, nesezegujú a zároveň čo najkonkrétnejšie označujú danú skutočnosť. Aj keď problém nie je označený konkrétne, neznamená to, že neexistuje.

Avšak v jazyku ako prostriedku sociálnej interakcie dochádza k pejorativizácii podľa S. Pinkera (1994) nie na základe slova ako designátora, ale na základe konceptu, teda designátu. Príčinou sociálneho znevýhodňovania jedincov s postihnutím a postupnej pejorativizácie terminológie teda bývajú spoločenské predsudky. Koncept postihnutia je možné vnímať z medicínskeho hľadiska ako diagnózu, teda neutrálny fakt. Sú to až postoje a hodnoty spoločnosti, ktoré z daného stavu vytvárajú znevýhodnenie (Lečbych, 2008).

Možnou kompenzáciou pejorativizácie vyplývajúcej z uvedeného javu je prístup k terminológii, ktorý môžeme nazvať cyklická eufemizácia (porovnaj s angl. *euphemism treadmill*, Pinker, 1994). Eufemizácia sa v prípade špeciálnopedagogickej terminológie realizuje nahrádzaním termínov, ktoré sa v priebehu času začali vnímať ako urážajúce, menej pejoratívnymi termínmi. Eufemizáciu terminológie je možné realizovať nasledovnými jazykovými postupmi: perifrázou – opisom, náznakom, vymenovaním charakteristických znakov namiesto priameho pomenovania (napr. žiak zo špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami namiesto *slabomyseľný žiak*) alebo využitím neutrálnych

medicínskych (latinských) termínov (napr. paraplegik namiesto vozičkár). Manuál APA (2010) nabáda vyhýbať sa pri označovaní osôb s postihnutím takej eufemizácii, ktorá by mohla byť považovaná za blahosklonnú (angl. condescending), teda vytvárajúcu pocit povýšeneckej zhovievavosti alebo paternalizmu.

Koncept mentálneho postihnutia – mentálnej retardácie z odborného a historického hľadiska

V nasledujúcej časti budeme konfrontovať relevantné znaky *mentálneho postihnutia* vyskytujúce sa v autoritatívnych odborných zdrojoch, ktoré determinujú daný koncept. Za východiskový zdroj považujeme koncept obsiahnutý v definícii MKCH-10, v ktorom je daný stav označený kódom F70 – F79 *duševná zaostalosť – mentálna retardácia*, je súčasťou piatej kapitoly MKCH-10 – *Duševné poruchy a poruchy správania*. Koncept *mentálnej retardácie* je v danom dokumente ukotvený dominantne na dvoch aspektoch: znížený intelekt a znížená sociálna prispôsobivosť. Intelektuálne schopnosti a sociálna adaptácia sa môžu časom meniť a zlepšiť vplyvom nácviku alebo rehabilitácie. Diagnóza by sa mala stanoviť na základe aktuálnej úrovne intelektuálnych schopností a sociálnej adaptácie (NCZI, 2016).

V piatej edícii dokumentu DSM-5 vydávaného Americkou psychiatrickou asociáciou je mentálne postihnutie označené termínom *intellectual disability* (*intelektová nespôsobilosť*). Dané postihnutie je charakterizované v zmysle poruchy všeobecných mentálnych schopností v troch oblastiach: konceptuálnej, sociálnej a praktickej. Postihnutie sa považuje za chronické a často sa vyskytuje spolu s ďalšími symptómami ako sú depresia, ADHD a poruchy autistického spektra. Súčasťou komplexnej diagnostiky daného postihnutia je aj meranie inteligencie, pričom hodnota IQ zodpovedá približne dvom štandardným odchýlkam od priemeru populácie (American Psychiatric Association, 2013).

Tezaurus preferovaných psychologických termínov vydaný APA charakterizuje mentálnu retardáciu pod jej aktuálnym terminologickým označením *intellectual development disorder* (*narušenie vývinu intelektu*) ako zhoršené intelektové a adaptívne funkcie vrátane obmedzení v oblasti tvorby pojmov a ich porozumení, v oblasti sociálnej a v oblasti každodenných praktických zručností. Zvolený termín svojím sémantickým významom indikuje deficit alebo intelektovú vývinovú poruchu a jej prejavy už v predpubertálnom období.

Podrobnú analýzu a charakteristiku konceptu *mentálnej retardácie* v jej historickom vývoji ponúka A. Vančová (2005a, 2005b, 2005c). Vo svojich príspevkoch komparovala vývoj a zmeny v ponímaní mentálnej retardácie v odborných zahraničných zdrojoch minulého storočia a urobila historiografickú

analýzu vývoja definovania mentálnej retardácie s dôrazom na českú a slovenskú odbornú literatúru.

Mentálna retardácia – mentálne postihnutie je prejavom škály rôznych poškodení a ťažkostí, ktoré rezultujú do obmedzenia v kognitívnej oblasti. Svojou závažnosťou zasahujú do oblasti medicínskej, sociálnej a edukačnej (McDermott et al., In: Jacobson, Mulick, Rojahn, 2007). Daný stav predstavuje multidisciplinárny problém, ktorý sa prejavuje narušením celej štruktúry osobnosti jednotlivca po stránke kvantitatívnej aj kvalitatívnej (Malá, In: Hort et al., 2007).

Z medicínskeho hľadiska je možné vnímať *mentálne postihnutie* ako dôsledok rôznych etiologických faktorov a je preňho typické zníženie kognitívnych schopností v prepojení na poškodenie centrálnej nervovej sústavy. Vymedzenie relevantných znakov mentálneho postihnutia je najjasnejšie z medicínskeho hľadiska. Medicína charakterizuje mentálne postihnutie ako stav chronický a ireverzibilný (hoci nie nemenný).

Zo sociálneho hľadiska predstavuje *mentálne postihnutie* zníženú schopnosť takto postihnutých jedincov prispôbiť sa bez pomoci a podpory bežnému sociálnemu prostrediu (Švingalová, 2006). Historicky bola jedincom s mentálnym postihnutím zo strany majoritnej spoločnosti pripisovaná abnormálna alebo deviantná sociálna rola (Wolfensberger, 1972). V dôsledku toho boli v minulosti takéto osoby zneužívané (ako otroci, atrakcia na trhoch a pod.) alebo vylučované zo spoločenského života a umiestňované v azylových domoch a ústavoch (inštitucionalizácia). V historickom priereze majoritná spoločnosť vnímala osobu s mentálnym postihnutím v jej sociálnej role ako sub-humánnu bytosť, nepoškvrnenú hriechom, nemocnú, večné dieťa, objekt posmechu, objekt ľútosť a charity a postrach verejnosti (Wolfensberger, 1972). Až v neskoršom období sa začala u intaktnej spoločnosti zvyšovať citlivosť na funkčné deficity osôb s mentálnym postihnutím, čo podnietilo úvahy o možnostiach ich kompenzácie. Tento trend pokračuje až do súčasnosti v podobe deinštitucionalizácie. Tá je ponímaná ako zmena v prístupe k službám poskytovaným osobám s mentálnym postihnutím, v ktorých hlavným cieľom je spokojnosť klienta a jeho najbližšieho okolia.

Organickou súčasťou sociálneho konceptu mentálneho postihnutia je aj edukácia osôb s mentálnym postihnutím. Vzdelávanie pre osoby s ťažším stupňom mentálneho postihnutia nebolo v minulosti dostupné vôbec alebo sa začalo poskytovať len v inštitucionalizovaných podmienkach (ústavoch). V rámci všeobecného vzdelávania nebolo v minulosti mentálne postihnutie ľahšieho stupňa identifikovateľné, v dôsledku čoho neboli títo žiaci vyčleňovaní z edukačného procesu. Segregácia v edukácii osôb s mentálnym postihnutím

začala až s nástupom vedecko-technickej revolúcie, kedy časť školskej populácie nezvládala zvýšené nároky vzdelávania, v dôsledku čoho začali vznikať prvé pomocné školy pre žiakov s mentálnym postihnutím. V dnešnej dobe humanizácie spoločnosti, a teda aj školy je snaha o spoločné vzdelávanie týchto žiakov s tým rozdielom, že už sú identifikovaní. Identifikovaná edukačná potreba žiaka s mentálnym postihnutím sa stáva východiskom pre tvorbu individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu.

Identifikácia postihnutia v historickom priereze môže byť urobená dvojako:

1. na báze hodnôt (nedostatočnosť),
2. na báze empiricko-quantitatívnej (norma).

Identifikácia postihnutia na báze hodnôt je cez prizmu súčasnej optiky extrémnou názorovou pozíciou opierajúcou sa o determinovanie postihnutia na báze morálno-etických noriem. Termín *duševná zaostalosť* tým, že indukuje dušu alebo na ňu apeluje, tak sklzáva do hodnotovo orientovanej identifikácie postihnutia, ktorá je historicky prekonaná a nezlučiteľná s objektívno-empirickou paradigmou vedy. Empiricko-quantitatívna paradigma sa snaží maximalizovať objektívno-empirický prístup k skúmaniu, ktorý je založený na odkaze na štatistické normy. Pre normu očistenú od morálneho diskurzu nie je termín *duša* adekvátny.

Negatívne konotácie, ktoré sa spájajú s mentálnym postihnutím, v sebe odrážajú celkový postoj spoločnosti k danej problematike. Historicky prevažovala hodnotová determinácia mentálneho postihnutia. Niektoré konfesie, cirkvi a ich predstavitelia, napr. Martin Luther a Ján Kalvín, sa v minulosti vyjadrovali o mentálne postihnutých nepriaznivo a odsudzujúco. Považovali ich za plod zlého ducha (Horňák, Kollárová, Matuška, 2002). V čase osvietenstva začalo byť mentálne postihnutie považované za jav fyziologicko-organickej povahy, ktoré nemá súvislosť s dušou alebo morálnou zodpovednosťou.

Svojou históriou prešla aj terminológia *mentálneho postihnutia*. Odborná literatúra na Slovensku sporadicky prináša príspevky o základných kategóriách, termínoch a pojmoch v špeciálnej pedagogike (Lechta, 1999; Vašek, 2003; Tisovičová, 2007; Vančová, 2005, 2010 a iní). Dodnes výnimočným v tomto smere je zborník Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave (Paedagogica specialis XVII, 1992) venovaný vymedzeniu základných kategórií, pojmov a termínov v jednotlivých odboroch špeciálnej pedagogiky, ktorý je už ale vzhľadom na neustály vývoj v špeciálnej pedagogike zastaraný. Na neho nadväzovali aj ďalšie zborníky vydávané Pedagogickou fakultou Univerzity Komenského v Bratislave, ktoré sa tiež venovali terminológii v špeciálnej pedagogike.

V minulosti sa používali na pomenovanie mentálneho postihnutia termíny ako napr. *duševne úchylný, slabomyseľný, rozumovo chybný, duševne menejcenný, duševne vadný, duševne defektný*, súpis ktorých uvádza vo svojej publikácii (Horňák, Kollárová, Matuška, 2002). Historické označenia mentálneho postihnutia ako *mentálna alebo duševná zaostalosť* uvádza aj publikácia *Česká psychopedie*. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením (Černá a kol., 2008).

V minulosti sa v odbornej literatúre používali aj označenia ako *oligofrenik* (*oligo* – málo, *frenum* – rozum), *dieťa so zníženou rozumovou schopnosťou* (Meisner, 1958), *dieťa rozumovo oneskorené, rozumová zaostalosť* (Gaži, 1968), *intelektové postihnutie* (Zášková, 1985).

M. Gaži (1968) vo svojej dobe logicky zosúladil platnú terminológiu a hovoril, že „...budeme na označenie detí osobitnej školy používať termín „rozumovo chybné dieťa,“ ktorý veľmi dobre korešponduje s inými termínmi napr. s termínom *telesne chybné dieťa, sluchovo chybné dieťa*,“ čiže používal sa termín *chybný* na označenie všetkých postihnutí, ktoré sú ireverzibilné.

Svetová zdravotnícka organizácia už v roku 1959 na zasadnutí v Miláne prijala pre mentálne postihnutie označenie *mental subnormality, mental deficiency*. V tom období v bývalom Sovietskom zväze používali označenie *umstvenno otstalyje* (rozumovo zaostalé) deti a M. Gaži (1968) opäť správne upozorňuje, že preložiť slovo *otstalye* ako *zaostalé* je nevhodné, že by to neznamenalalo to, čo sa tým myslí.

V súčasnej školskej legislatíve na Slovensku (zákon NR SR č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní) sa na rozdiel od medicínskeho a psychologického diskurzu nevyskytuje a nepoužíva termín *duševná zaostalosť*. Na indikáciu ireverzibilného zdravotného stavu je používaný termín *postihnutie*. Slovo *postihnutie* je v danej legislatívnej norme súčasťou termínov *telesné postihnutie, zrakové postihnutie, sluchové postihnutie* a analogicky tiež *mentálne postihnutie*. Z uvedeného vyplýva, že školská legislatíva z roku 2008 (školský zákon), ktorá je novšia ako zmena slovenskej terminológie MKCH-10 z roku 2003, nereflektuje na termín *duševná zaostalosť*, ktorý sa vymyká zavedenému pravidlu o označovaní ireverzibilného stavu termínom *postihnutie*. V školskom zákone sa pri žiakoch so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorí majú intelektový deficit, používa termín – žiak s mentálnym postihnutím (zákon NR SR č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní). Tento stav v legislatíve zodpovedá opisnému spôsobu označenia vedného odboru špeciálnej pedagogiky zaoberajúceho sa edukáciou žiakov s mentálnou retardáciou ako *pedagogika mentálne postihnutých*, čoho dokladom sú názvy publikácii autorov ako I. Bajo a Š. Vašek (1994), A. Vančová (2005) a ďalší.

V závere zhodnotíme súlad konceptu mentálneho postihnutia s používanou slovenskou terminológiou z metodologického a jazykovedného aspektu.

Z metodologického hľadiska je dôležité zamerať pozornosť na validitu konceptu *mentálneho postihnutia*. Mentálne postihnutie obsahuje premennú založenú na možnosti merať výšku intelektu. Z uvedeného dôvodu termín *duševný*, odkazujúci na dušu alebo ducha, nevyhovuje ako označenie danej premennej. Koncept intelektu vyhovuje nárokom vedeckej paradigmy na merateľnosť v zmysle možnosti dosadenia rozličných numerických hodnôt a následného škálovania jeho úrovne. Koncept duše alebo ducha nemá kvantitatívny parameter v zmysle menej duše alebo viac duše. V antropologickom koncepte duše nie je možné uvažovať ani o binárnej škále v zmysle má dušu – nemá dušu. Termíny duša, duch implikujú mentis (rozum) iba v metaforickom význame (napr. duševné vlastníctvo). Termín *duševný* teda odkazuje skôr na historicky prekonané koncepty, ktoré interpretovali daný stav na báze morálno-etických hodnôt. Čím viac sa prehlbovalo vedecké poznanie daného konceptu, tým viac bol vytláčaný koncept duše ako jeho determinant. Pri preklade MKCH-10 z roku 2003 došlo pri výbere adjektíva *duševný* v termíne *duševná zaostalosť* k mechanickému kopírovaniu adjektíva použitého na označenie piatej kapitoly *Duševné poruchy a poruchy správania*. Aj keď z konceptuálneho aspektu je mentálna retardácia považovaná za súčasť piatej kapitoly opisujúcej poruchy psychického vývinu, termín *duševná zaostalosť* nereflektuje stav poznania v špeciálnej pedagogike, kde je tento termín považovaný odborníkmi za historicky prekonaný. V prípade označenia *duševná zaostalosť* sa problematickým javí termín *duševný*, keďže koncept *duše* alebo *ducha* nie je súčasťou moderného medicínskeho diskurzu, ale odkazuje skôr na oblasti svetonázoru a etiky. Dochádza tak k nehomogénnemu miešaniu rôznych diskurzov – medicínskeho a teologického. Termín *duch* odkazuje síce na vnútro subjektu, ale nesie v sebe implikáciu v medicíne prekonaného dualizmu tela a ducha.

Ďalšou podmienkou, kladenou na odbornú terminológiu, je príznaková neutrálnosť. Termín *duša* nesie v sebe príznak istej pozitívnej sentimentality, ale tá je v odbornom diskurze nežiaduca, keďže môže na cieľovú skupinu pôsobiť urážajúco v zmysle nadradenej zhovievavosti a paternalizmu. Z aspektu príznakovosti nesie aj termín *zaostalosť* isté negatívne konotáty. Laická verejnosť si konceptualizuje odborný termín cez lexikálne významy použitých slov, z ktorých bol odborný termín zostavený. Lexikálny význam termínu *zaostalosť* implikuje negatívnu percepciu spojenú napr. so zaostalosťou regiónu, ktorý je objektom pohrdania. Oproti tomu použitie latinizmu *retardácia* v termíne *mentálna*

retardácia implikuje isté oneskorenie vývinu rozumových schopností, čím mierni pedagogickú a rehabilitačnú skepsu na možnosť zlepšenia daného stavu.

Z lingvistického hľadiska upúta pozornosť duálny názov *duševná zaostalosť* – *mentálna retardácia* v slovenskej verzii piatej kapitoly MKCH-10. Duálnosť označenia danej diagnózy má v slovenskom odbornom kontexte opodstatnenie. Termín *mentálna retardácia* sa desaťročia používal a používa ako akceptovaný doslovný preklad z medzinárodnej terminológie. Postupne však začal byť vnímaný ako pejoratívny termín, a preto v slovenskom špeciálnopedagogickom prostredí vznikla potreba jeho eufemizácie, ktorou sa stal termín *mentálne postihnutie*. Keďže obidva odborné termíny nie je možné používať synonymicky, riešením potreby zosúladiť požiadavky medzinárodného odborného diskurzu a domácej špeciálnopedagogickej tradície je používanie dvojtvoru *mentálne postihnutie* – *mentálna retardácia* namiesto *duševná zaostalosť* – *mentálna retardácia*.

Termín *mental retardation* (*mentálna retardácia*) prestáva byť nielen v domácom, ale aj v medzinárodnom kontexte odbornou komunitou akceptovaný ako neutrálne označenie stavu. DSM-5 a Tezaurus APA už v súčasnej dobe uvádzajú alternatívne označenia – *intellectual disability* (*intelektová nespôsobilosť, znížená intelektová schopnosť*) a *intellectual development disorder* (*narušenie vývinu intelektu*). V súčasnosti je termín *mentálna retardácia* predmetom revízie aj v rámci diskusie WHO o jedenástej modifikácii MKCH plánovanej na rok 2018. V tomto kontexte je legitímne hľadať perspektívne terminologické riešenia aj v slovenskom špeciálnopedagogickom prostredí.

Z hľadiska efektívnej eufemizácie terminológie je v súčasnosti preferovanou praxou aplikácia princípu *person first* (*najprv osoba*), týkajúci sa radenia osoby ako substantíva na prvé miesto vo viacslovných pomenovaniach istého stavu. Pôvodné adjektíva nesúce negatívny sémantický obsah sú tak skryté v tieni hlavného substantíva označujúceho osobu. Uvedeným princípom sa docieli vnímanie osoby s postihnutím ako primárne ľudskej bytosti, ktorej zmysel existencie prevažuje nad problémami rezultujúcimi z jej postihnutia. Transformáciou na nezhodný prívlastok vzniká viacslovné pomenovanie, ktoré je z lexikálneho hľadiska ťažšie substantivizovať do jednoslovného pejoratívneho označenia (napr. *downnik*, *retard*, *menták* a pod.). Ak je danému princípu podrobený termín *mentálne postihnutie*, výsledkom je termín *osoba s mentálnym postihnutím*, ktorý v porovnaní s termínom *osoba s duševnou zaostalosťou* získaným analogickým procesom pôsobí prirodzenejšie a príznakovo neutrálnejšie. Z hľadiska perspektívneho riešenia efektívnej eufemizácie sa javí najvýhodnejšie voľba termínu *narušenie vývinu intelektu* vo forme *osoba s narušeným vývinom intelektu*.

Keďže pri intervenčnom zásahu v prospech osoby s mentálnym postihnutím spolupracujú odborníci z oblasti medicíny, psychológie a špeciálnej pedagogiky, pre ich efektívnu spoluprácu je dôležité jednotné označenie daného stavu v štandardizovanom terminologickom systéme. Aby referujúci formalizovaný termín spĺňal podmienky a nároky všetkých relevantných diskurzov, je nevyhnutné spolupracovať už pri samotnom procese jeho kreovania.

LITERATÚRA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
- APA, 2010. *Publication Manual of the American Psychological Association*, Sixth Edition. Washington, D. C.: American Psychological Association, 2010. ISBN 1-4338-0561-8.
- APA Style, 2016. Guidelines for Nonhandicapping Language in APA Journals. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <http://www.apastyle.org/manual/related/nonhandicapping-language.aspx>.
- APA PsycNET, 2016. Thesaurus of Psychological Index Terms. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=termfinder.displayTerms&id=9349B5AF-9C8A-73D2-C975-58573262877B>.
- BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Psychopédia. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.
- BALÁŽOVÁ, L., BUZÁSSYOVÁ, K. (Eds.). 2006. *Slovník súčasného slovenského jazyka (A – G)*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2006. ISBN 80-224-0932-4.
- ČERNÁ, M. a kol. 2008. *Česká psychopédie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOČKAL, V. 2014. Meranie inteligencie. In: *Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálnopatologických javov v školskom prostredí. Príloha časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, 2014, č. 3, s. 6 – 28. ISBN 978-80-970733-7-4.
- DOLNÍK, J. 2009. *Všeobecná jazykoveda: opis a vysvetľovanie jazyka*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2009. ISBN 978-80-224-1078-6.
- EDWARDS, J. 2009. *Language and Identity: An introduction*. Cambridge: University Printing House, 2009. ISBN 978-0-521-87381-9.
- FAIRCLOUGH, N. 2003. *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. New York: Routledge, 2003. ISBN 978-0-25893-7.
- GALLAGHER-TULEYA, L. (Ed.). 2007. *Thesaurus of Psychological Index Terms: Eleventh Edition*. Washington, D. C.: American Psychological Association (APA), 2007. ISBN 978-1-59147-926-0.
- GAŽI, M. 1968. *Rozumovo chybné deti a ich vyučovanie*. Bratislava: SPN, 1968.
- HORŇÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O. 2002. *Dejiny špeciálnej pedagogiky*. Prešov: PF PU, 2002. ISBN 80-8068-122-8.
- HORT, V. a kol. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8472-9.
- HRDÁ, J. 2011. Pojmy nebo dojmy? In: *Speciální pedagogika*. Roč. 21, 2011, č. 1, s. 66 – 69. ISSN 1211-2720.
- LEČBYCH, M. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- LECHTA, V. 1999. Logopedická terminológia, platformy, rozpory, trendy. In: *Paedagogica specialis*, XX. Bratislava: Univerzita Komenského, 1999, s. 141 – 145. ISBN 80-223-1344-0.
- McDERMOTT, S. M. DURKIN, S., SCHUPF, N., STEIN, Z. A. 2007. Epidemiology and Etiology of Mental Retardation. In: JACOBSON, J. W., MULICK, J. A., ROJAHN, J. (Eds.). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer, 2007. ISBN 978-0-387-32931-4.
- MEISNER, J. 1958. *K psychologii dětí vyžadujících zvláštní péče*. Praha: SPN, 1958.

- MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NÁDASKÁ, K. 2014. *Čary a vešty. Mágia v ľudovej kultúre*. Bratislava: Fortuna Libri, 2014. ISBN 978-80-814-2320-8.
- NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016. Medzinárodná klasifikácia chorôb: MKCH [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/casto500.pdf>.
- PAEDAGOGICA SPECIALIS XVII. 1992. *Zborník Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1992. ISBN 80-08-01033-9.
- PECIAR, Š. 1963. *Slovník slovenského jazyka. III. P – R*. Bratislava: Vydavateľstvo SAV, 1963.
- PECIAR, Š. 1965. *Slovník slovenského jazyka. V. V – Ž*. Bratislava: Vydavateľstvo SAV, 1965.
- PETRAČKOVÁ, V., KRAUS, J. (Eds.). 1997. *Slovník cudzích slov*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1997. ISBN 80-08-02673-1.
- PINKER, S. 1994. The game of the name. In: *The Evening Sun*. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk:2139/docview/306471550?accountid=164160>.
- ŠÍŠKA, J. 2005. *Mimoriadná dospelosť. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠVINGALOVÁ, D. 2002. *Kapitoly z psychologie III. díl: vývojová psychologie*. Technická univerzita: Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7083-571-1.
- TISOVIČOVÁ, A. 2007. Diskutujeme o špeciálno-pedagogickej terminológii. In: *Paedagogica specialis XXIII*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007, s. 181 – 188. ISBN 978-80-223-2387-1.
- ZÁŠKODNÁ, H. 1985. *Psychopatologie a speciální pedagogika pro první stupeň základní školy a výchovné poradce*. Ostrava: Pedagogická fakulta v Ostrave, 1985.
- VANČOVÁ, A. 2005a. Deskripcia vývoja a zmien v ponímaní mentálnej retardácie vo vybranej zahraničnej odbornej literatúre 20. storočia. In: HARČÁRIKOVÁ, T., TICHÁ, E. (Eds.). *Aktuálne otázky teórie a praxe špeciálnej pedagogiky. Aktuálne otázky výchovnej rehabilitácie postihnutých a špeciálnopedagogickej pedeutológie. (Zborník vedeckých a odborných príspevkov Katedry špeciálnej pedagogiky UK PdF)*. Bratislava: Sapiaientia, 2005, s. 8 – 36. ISBN 80-969112-9-5.
- VANČOVÁ, A. 2005b. Historiografická analýza vývoja definovania mentálnej retardácie s dôrazom na českú a slovenskú odbornú literatúru. In: HARČÁRIKOVÁ, T., TICHÁ, E. (Eds.). *Aktuálne otázky teórie a praxe špeciálnej pedagogiky. Aktuálne otázky výchovnej rehabilitácie postihnutých a špeciálnopedagogickej pedeutológie. (Zborník vedeckých a odborných príspevkov Katedry špeciálnej pedagogiky UK PdF)*. Bratislava: Sapiaientia, 2005, s. 37 – 67. ISBN 80-969112-9-5.
- VANČOVÁ, A. 2005c. Frekvencia termínov viažucich sa na jav väčšinovo označovaný ako mentálne postihnutie v českej a slovenskej odbornej literatúre v rokoch 1995 – 2005. In: HARČÁRIKOVÁ, T., TICHÁ, E. (Eds.). *Aktuálne otázky teórie a praxe špeciálnej pedagogiky. Aktuálne otázky výchovnej rehabilitácie postihnutých a špeciálnopedagogickej pedeutológie. (Zborník vedeckých a odborných príspevkov Katedry špeciálnej pedagogiky UK PdF)*. Bratislava: Sapiaientia, 2005, s. 68 – 86. ISBN 80-969112-9-5.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.
- VANČOVÁ, A. 2010. Inovácie v terminologickom aparáte pedagogiky mentálne postihnutých. In: *Paedagogica specialis XXIV*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010, s. 35 – 42. ISBN 978-80-223-2861-6.
- VAŠEK, Š. 2003. K niektorým inovačným trendom vedeckého jazyka špeciálnej pedagogiky. In: *Paedagogica specialis XXII*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2003, s. 7 – 14. ISBN 80-223-1872-8.
- WHO – World Health Organization, 2016. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>.
- WOLFENBERGER, W. 1972. *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972.
- Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení 245/2008 Z.z. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/10246.pdf>.



ARTETERAPIA A JEJ UPLATNENIE PRI PRÁCI S DEŤMI

Art Therapy and its Application in Work with Children

Katarína Kotradyová¹

Abstrakt: Autorka sa v príspevku sústreďuje na možnosti uplatnenia arteterapie ako liečebnej metódy pri práci s deťmi, ktoré boli vystavené sexuálnemu násiliu, príp. prežili inú životnú traumu alebo sú v procese liečby pre závažné telesné ochorenie. V predkladanom príspevku bola uprednostnená kompilačná metóda. Autorka poukazuje na súčasné výskumy, ktoré sa v oblasti využitia arteterapie realizovali v zahraničí, pričom tieto výsledky nasvedčujú tomu, že arteterapia má u detského klienta široké možnosti využitia.

Kľúčové slová: arteterapia, dieťa, liečba, trauma, ochorenie.

Abstract: The author of the article focuses on the possibilities of applying art therapy as a treatment method in working with children who have been exposed to sexual violence, possibly they survived another life trauma, or are in the process of treatment due to serious physical illness. Qualitative analysis of the available literature was preferred in the paper. The author points out the current research findings that were focused on the use art therapy. These results suggest that art therapy has a wide range of applications in a pediatric client.

Key words: art therapy, child, therapy, trauma, disease.

Arteterapiu môžeme v širšom poňatí chápať ako liečbu umením. Podľa M. Stibureka (2000) je arteterapia psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, ktorá využíva na liečebné ciele formy a prostriedky adekvátne umeleckým formám. Arteterapia pracuje najmä s tvorbou a reflexiou zameranou na proces či produkt. Jej prvoradým cieľom nie je vytvorenie umeleckého diela, ale prostredníctvom sebaujadrnenia, rozvíjania tvorivosti, schopnosti komunikovať a spracovaním osobne významnej témy pomáha dosiahnuť odstránenie alebo zmiernenie ťažkostí u chorého človeka. J. Šicková-Fabrici (2008) v tejto súvislosti uvádza, že cieľom arteterapie nie je pochopenie len vlastného vnútra, ale aj poznávanie pocitov iných ľudí, pričom výtvarné umenie sa využíva ako prostriedok na osobné vyjadrenie pocitov a následnú sebarealizáciu. Arteterapia je aj nástrojom na zvýšenie sebaúcty, prostriedkom na zníženie depresie a zlepšenie sociálneho správania. Môže pomôcť riešiť

¹ Mgr. Katarína Kotradyová, PhD., Ul. Železničná č. 71, 053 61 Spišské Vlachy. Slovenská republika. E-mail: kkatarinay@gmail.com. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

problém nejasných spomienok, ale i hnev. Skupinová arteterapia, na rozdiel od individuálnej, poskytuje príležitosť na sociálne posilnenie a rozvíjanie dôvery v druhých ľudí (Brooke, 1995).

V rámci arteterapie existujú určité konkrétne zamerané postupy. J. Šicková-Fabrici (2002) medzi tieto postupy zahŕňa imagináciu, animáciu, koncentráciu, reštrukturalizáciu, transformáciu a rekonštrukciu. Imaginácia je metóda, pomocou ktorej sa môže jednotlivec vrátiť v predstavách k určitým situáciám vo svojom živote. Môže ich zároveň znova prežiť, pod vedením arteterapeuta spracovať a svoje pocity umelecky stvárniť. Animácia je zasa vnímaná ako rozhovor v tretej osobe, keď sa klient identifikuje s osobou alebo vecou na obrázku. Koncentrácia sa dá vysvetliť ako sústredenie sa na stred kruhu – hovorí sa o tzv. mandale. Ide o kruh, ktorý má stred a vyjadruje túžbu človeka po určitej celistvosti. Z vytvorenej mandaly sa skúmajú najrôznejšie predstavy klienta, ich farebné stváranie, nevedomé tvary a samozrejme aj ich symbolika. Pri reštrukturalizácii sa často využívajú črepy alebo iné kúsky materiálu, ktoré sa následne spájajú do celku. Každý jednotlivý fragment v spojení s ostatnými elementmi vytvára priestor pre nové riešenia, pričom pri tejto metóde sa najčastejšie využíva motív stromu. Pri transformácii si zasa klient vypočuje úryvok z určitého diela a potom ho znázorní na výkrese, zároveň po výtvarnom znázornení autor popisuje svoje pocity z kresby. Rekonštrukcia sa využíva nielen v kresbe a maľbe, ale i v plastickej podobe – postavička z hliny sa rozdeľuje na niekoľko častí a každý klient ju rekonštruuje do celku. Na záver sa rozhovor zameriava na to, kto vlastne postava je, kde býva a takisto sa diskutuje o pocitoch, ktoré klient počas tvorby prežíval. Cieľom tejto techniky je v podstate rekonštruovať celok. Arteterapia v sebe ukrýva nielen terapeutický, ale aj diagnostický potenciál. V rámci diagnostiky sa používajú tzv. kresbové testy. Kresba je v tomto kontexte považovaná za projekciu psychomotorických možností autora, odkrýva jeho povahové rysy, hyperaktivitu, pocity, agresivitu, ale i nízke sebavedomie. Medzi najviac používané kresbové testy patrí: Kresba ľudskej postavy, Test stromu, Test domu, Dynamický test kresby ľudskej postavy, Kresba začarovanej rodiny, Nakresli osobu, ktorá trhá zo stromu jablko a Test imaginácie a zmyslu pre súvislosti (Šicková-Fabrici, 2002, s. 105 – 107).

M. Liebman (2005) v kontexte využitia arteterapie tvrdí, že tento druh terapie sa najviac rozvinul v zariadeniach pre osoby so psychickým ochorením, avšak môže sa úspešne využívať aj u ostatných skupín obyvateľstva, či už ide o osoby s závažnými zdravotnými problémami alebo o osoby, ktoré chcú poznať svoje pocity a svoje prežívanie.

V súvislosti s arteterapiou sa nám objavuje široké pole využitia aj pri práci s deťmi, pričom využívame rôzne techniky, medzi ktoré zaraďujeme čmáranie ceruzkou, maľovanie prstami, trhanie a lepenie, modelovanie tela z hliny, tematické kreslenie, kreslenie vo dvojici. Pri každej zo spomenutých techník je však dôležitá spontánnosť. V. Oaklander (2003) tvrdí, že deti vyjadria svoje emócie najjednoduchšie vodovými farbami. Ak deti napr. kreslia pastelkami, majú tendenciu ísť do detailov. Maľovanie prstami alebo práca s hlinou prináša zasa upokojenie. Existuje však aj maľovanie chodidlami, ktoré poskytuje deťom predovšetkým radosť. Arteterapiou dochádza k zhmotneniu citov, k zhmotneniu toho, čo si vážime, cítime alebo myslíme. Deti si pritom svoje výtvarné produkty nesmierne vážia a znamenajú pre nich skutočnú hodnotu, pretože sú viditeľným vyjadrením ich prežívania (Caseová-Dalleyová, 1995). Pomocou konštruktívneho rozhovoru s dieťaťom nad jeho obrázkom je možné dieťa nasmerovať k tomu, aby hovorilo o svojich skutočných pocitoch. Zároveň môžeme arteterapiou prispieť k tomu, aby dieťa dokázalo spracovať novú životnú situáciu, príp. otvorilo problém, o ktorom doposiaľ nechcelo hovoriť. Deti prostredníctvom kresby majú možnosť vyjadriť sa a prejaviť tak svoje skryté obavy a túžby. V nasledujúcej časti príspevku predkladáme niektoré súčasné názory na využívanie arteterapie pri práci s deťmi, ktoré prežili traumatizujúcu udalosť, ale aj s deťmi, ktoré sú vystavené závažnému zdravotnému ochoreniu.

V príspevku poukazujeme na súčasné výskumy, ktoré sa v oblasti využitia arteterapie realizovali v zahraničí, pričom tieto výsledky nasvedčujú tomu, že arteterapia má u detského klienta široké možnosti využitia.

Arteterapia a jej využitie u detí v kontexte traumatizujúcej udalosti

S. J. Kelly (1984) zverejnila výsledky výskumu, v ktorom skúmala prejavy správania sexuálne zneužívaných detí, a to práve v rámci využitia arteterapie. Je zrejmé, že vplyv pohlavného zneužívania má na vývin detskej psychiky výrazný vplyv, nakoľko ide o silnú traumatizujúcu udalosť. Deťom bola z nášho pohľadu zadaná náročná úloha – nakresliť seba samého vedľa páchateľa. Páchatelia boli deťmi kreslení ako veľmi veľkí v porovnaní so sebou, pričom veľkosť páchateľa podľa autorky štúdie tak pre deti predstavovala moc a autoritu. Okrem toho je zaujímavé, že v kresbách mali páchatelia v mnohých prípadoch na tvári úsmev. Autorka tento úsmev na tvárach páchateľov odôvodňuje ako obranný mechanizmus samotných detí. Následne bolo desať detí, ktoré boli vystavené sexuálnemu zneužívaniu, inštruovaných nakresliť to, „čo sa stalo.“ Iba päť detí, teda 50 %, bolo schopných na túto požiadavku reagovať. Pri kreslení boli deti, ktoré na požiadavku reagovali, ochotné verbálne popísať detailne útoky

páchateľov. S. J. Kelly to vysvetľuje tým, že deti sú schopné prostredníctvom kresby vyjadriť pocity týkajúce sa osobného utrpenia. Deti, ktoré sa predtým zdráhali diskutovať o sexuálnom zneužívaní, boli pri kresbe ochotné podeliť sa o svoje myšlienky a dojmy, ktoré sexuálne obťažovanie a zneužívanie sprevádzali. Zmeny v kresbách detí boli pozorované na výkresoch v priebehu doby od zverejnenia útoku až šesť týždňov po útoku. Sedem detí (70%) hneď po sexuálnom útoku kreslilo obrázky, ktoré boli na oveľa nižšej úrovni, ako sa očakávalo od tejto vekovej skupiny. Po šiestich týždňoch sa však začal prejavovať návrat k priemernej zručnosti pri kreslení, ktorá zodpovedala vekovej úrovni týchto detí. S. J. Kelly (1984, s. 15) uvádza príklad deväťročného chlapca zaradeného do výskumu, ktorý krátko po sexuálnom útoku kreslil mužské postavy s genitáliami a prsníkmi. Počas prebiehajúcej arteterapie sa genitálie na mužských postavách prestali objavovať. Okrem toho sa u detí tesne po sexuálnom útoku spozoroval aj fenomén používania tmavých a ponurých farieb. Po štyroch týždňoch arteterapie požívali deti farby svetlejšie a pestrejšie. Počas tohto obdobia však bolo zaznamenané zhoršenie situácie na výkresoch (napr. návrat k tmavým farbám), a to vtedy, keď niektoré z detí bolo nútené svedčiť na súde proti páchatelovi. Dôsledok tejto zmeny autorka prisudzuje stresu zo súdu a faktu, že dieťa znova čelí páchatelovi. Základnou arteterapeutickou metódou pritom bola imaginácia a v rámci diagnostiky Kresbový test postavy. Kresby detí, ktoré boli sexuálne zneužívané alebo čelili sexuálnemu útoku, môžu stimulovať emócie, ventilovať strach, hnev, agresiu, nepriateľstvo, ale i pocity obklopujúce problematiku sexuálneho napadnutia. Arteterapia s týmito deťmi môže stimulovať veľa emócií a vyvolať schopnosť verbálne reagovať. Arteterapia sa tak stáva liečebnou metódou pre zneužívané deti a aj keď vplyv sexuálneho zneužívania je veľmi individuálny, vždy sa v kresbe dieťaťa odráža (Kelley, 1984, s. 12 – 18).

Cieľom ďalšej štúdie (Gertie, Pfeifer, 2010) bolo vyhodnotiť skupinovú arteterapiu, ktorá bola zameraná na zníženie depresie, úzkosti, sexuálnej traumy a nízkej sebaúcty medzi 25 sexuálne zneužívanými dievčatami vo veku 8 – 11 rokov. Program bol založený na existenčno-humanistických terapiách a Gestalt terapii s využitím arteterapie. Kresby ľudských postáv boli použité ako determinanty na preskúmanie zmien samotných symptómov. Výsledky výskumu ukázali, že v experimentálnej skupine, v rámci ktorej sa využívala arteterapia, sa výrazne znížili prejavy úzkosti a depresie. Táto štúdia významne prispieva k vedeckej literatúre o liečebných postupoch, ktoré možno aplikovať na sexuálne zneužívané deti a na využitie skupinovej arteterapie ako intervenčnej techniky.

T. Pifalo (2006) v súvislosti so sexuálnym zneužívaním detí zverejnil výsledok štvorročného výskumu v nadväznosti na pilotné štúdie s využitím kombinácie arteterapie, kognitívno-behaviorálnej terapie a skupinového poradenského procesu s cieľom riešiť terapeutické otázky týkajúce sa sexuálneho zneužívania v detstve. Výsledky štúdie podporujú kombinované využitie arteterapie (AT) a kognitívno-behaviorálnej terapie (CBT) ako účinného zásahu na zníženie príznakov najčastejšie spojených so sexuálnym zneužívaním v detstve.

Podľa D. Spiegel a kol. (2006) arteterapia vyzerá sľubne aj ako prostriedok na liečenie a liečbu príznakov posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP). Hoci posttraumatická stresová porucha u detí bola značne študovaná a opisovaná v priebehu posledných 15 rokov, existuje veľmi málo štúdií týkajúcich sa účinnosti liečebných intervencií. Cieľom výskumu, ktorý bol realizovaný v roku 2001 (Chapman, 2001), bolo zistiť, či arteterapia znižuje príznaky PSPS u detských pacientov. Meranie zníženia symptómov PTSP sa konalo v intervaloch raz do týždňa, raz za mesiac a 6 mesiacov po prepustení z nemocnice. Analýza údajov nepreukazovala štatisticky významné rozdiely v redukcii symptómov PTSP medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou. Existujú však dôkazy, že deti, ktoré absolvovali arteterapiu, vykazovali podstatné zníženie akútnych príznakov stresu.

Aj G. Leslie, K. L. Doherty a M. R. Widrick (2007) súhlasia s tým, že arteterapia poskytuje dieťaťu bezpečné prostredie na vyjadrenie myšlienok a emócií, a to predovšetkým v tom prípade, ak sa požaduje zotavenie v rámci psychologickéj traumy. V tejto súvislosti uvedieme ešte výsledky výskumu, ktorý realizoval R. L. Chilcote (2007, s. 156). V roku 2004 prišlo v dôsledku cunami na Srí Lanke o život 30 000 obyvateľov, pričom mnohým deťom nebola daná možnosť vyjadriť svoj zármutok nad stratou blízkych. V miestnej škole pre 113 detí vo veku 5 – 13 rokov bol realizovaný 4-týždňový arteterapeutický program, v ktorom deti prostredníctvom kresby mali možnosť vyjadriť svoj zármutok a bolesť nad stratou blízkych. Arteterapia sa následne ukázala ako veľmi vhodný nástroj na prekonanie zármutku a zaradenie sa do života.

Využitie arteterapie pri práci s deťmi so zdravotným znevýhodnením

K. Geue a kol. (2010) popisuje význam arteterapeutických intervencií založených na maľovaní alebo kreslení rovnako v oblasti psycho-onkológie u maloletých detí. Zo siedmich kvalitatívnych štúdií zameraných na duševné zdravie pri onkologickom ochorení sa vplyvom arteterapie zaznamenalo zníženie úzkosti a depresie u šiestich z nich. V troch prípadových štúdiách došlo dokonca k zvýšeniu kvality života. Okrem toho štyri prípadové štúdie

uvádzali pozitívny vplyv arteterapie na osobný rast, zvládanie problémov, rozvoj novej formy sebaujadrenia a sociálnej interakcie. Publikované výskumné práce ukazujú, že arteterapia prospieva malým pacientom s rakovinou rôznymi spôsobmi vrátane zlepšenia ich duševného zdravia. Napriek tomu, na dosiahnutie relevantných údajov a ďalších záverov o účinnosti arteterapie je potrebné realizovanie ďalších výskumov s dôrazom na priame dlhodobé dôkazy.

Pilotná štúdia (Madden, 2010) hodnotila účinok tvorivej arteterapie (CAT) a jej vplyvu na kvalitu života (QOL) detí, ktoré podstupujú chemoterapiu. Štatistická analýza štúdie naznačuje výrazné zlepšenie kvality života samotných detí, pričom prípadové štúdie zahŕňajú celkový liečebný proces. So zvýšeným záujmom o doplnkové terapie pre deti s rakovinou je však podľa autora štúdie potrebný ďalší výskum s väčšou veľkosťou vzorky.

C. Favara-Scacco a kol. (2001) sa pri skúmaní účinkov arteterapie sústredili na deti, ktoré trpia leukémiou. Tie sú totiž podrobované bolestivým procedúram, ako je lumbálna punkcia, ale i odber kostnej drene. Na prekonanie bolesti niektoré zdravotnícke jednotky využívajú celkovú anestéziu, iné ponúkajú generickú podporu, niektoré oddelenia dokonca neponúkajú vôbec žiadnu pomoc. Cieľom výskumu bolo zistiť, či sa dá zabrániť úzkosti a strachu u detí s leukémiou, a to cieľeným pôsobením arteterapie. Do experimentálnej skupiny bolo zaradených 32 detí vo veku 2 – 14 rokov. Spôsoby arteterapie pred, počas i po bolestivom zásahu boli nasledovné – klinický dialóg na upokojenie detí, ktorý mal za cieľ pomôcť deťom vyrovnať sa s bolestivým zásahom; vizuálna predstavivosť k aktivácii alternatívnych myšlienkových procesov a zníženie pozornosti k drsivej realite; spoločná hra založená na kreslení, zameraná na objasnenie choroby a odstránenie pochybnosti o liečbe. Kreslenie umožnilo získanie kontroly nad ohrozujúcou realitou, pričom umožnilo dieťaťu stvárniť zmätok a strach. Deti zaradené do experimentálnej skupiny od prvej hospitalizácie požadovali zaradenie arteterapie vždy vtedy, keď zásah musel byť opakovaný. Rodičia zároveň oznámili, že deti sú lepšie pripravené zvládnuť bolestivé procedúry, keď u nich bola predtým realizovaná arteterapia. Bolo tak preukázané, že arteterapia je užitočným zásahom, ktorý môže zabrániť trvalej traume a môže byť zároveň silnou podporou nielen deťom, ale aj rodičom v priebehu realizácie rušivých a bolestivých zásahov.

Výsledky ďalšej štúdie (Gelfand, Bender, 2010) poukazujú na to, že arteterapia znižuje úzkosť a zlepšuje kvalitu života aj u detí s astmou. Tieto výsledky boli pozoruhodné aj v tom, že zníženie úzkosti sa prejavovalo až šesť mesiacov po ukončení liečby. Využitie arteterapie je tak pre deti s chronickou astmou

jednoznačným prínosom a má tiež značný vplyv na psychický vývin dieťaťa. Chronicky choré deti totiž často chýbajú v škole a nezúčastňujú sa na mnohých aktivitách. Vzhľadom na to majú menšiu možnosť sociálneho začleňovania sa, mnohé z nich majú tendenciu byť nervózne, majú nízke sebavedomie. Jednou z najväčších obáv u detí s ťažkou astmou je práve tá, že nebudú schopné dýchať, čo môže prispieť k prebiehajúcej psychologickú úzkosti. Na druhej strane, zvýšené úrovne úzkosti môžu prispieť k zhoršeniu prebiehajúcej epizódy samotnej astmy. Deti s astmou, ktoré vnímajú svoju chorobu ako nebezpečnú a život ohrozujúcu, majú zvýšené riziko nástupu depresie. Tá sa následne spája s vyšším rizikom úmrtia. Zlepšená emocionálna regulácia je tak zásadná práve pre kontrolu a minimalizáciu astmatickej epizódy.

Vzhľadom na to, že emócie môžu mať významnú úlohu pri udržiavaní kontroly astmatického ochorenia, je dôležité, aby sa deti s astmou učili schopnosti sebaovládania a zvládali techniky, ktoré im pomáhajú regulovať svoje pocity depresie a úzkosti. Arteterapia je jedným z účinných nástrojov, ktorý môže byť použitý na pomoc deťom vyrovnávať sa so znepokojujúcimi pocitmi, ktoré sú spojené práve s astmatickými záchvatmi. Arteterapia môže byť obzvlášť účinná u detských pacientov, pretože deti nemajú dostatočne vyvinutú schopnosť verbálne formulovať svoje emócie a vnímanie reality. Kresbou sú však schopné vytvoriť potrebnú vzdialenosť medzi sebou a svojimi zdravotnými problémami. Spracovaním svojich emócií kresbou často pochopia, že ich problémy sú od seba oddelené. Kresba pomáha deťom vyrovnávať sa so samotnou astmou, naučí ich zvládať a prispôbovať sa vzniknutej situácii, pokročiť v živote smerom dopredu (Gelfand, Bender, 2010). Táto štúdia ukazuje na výrazne pozitívny vplyv používania arteterapie, na zníženie úzkosti u detí s astmou. Ide predovšetkým o mapovanie pocitov, ktoré s chorobou súvisia – vyjadrovanie zdravého hnevu, pretransformovanie hnevu a zvládanie bolesti. Témou prvého arteterapeutického stretnutia bolo nakresliť: „Kto som?“ Na druhom stretnutí deti vyjadrovali „pocity súvisiace s chorobou,“ na treťom mali vyjadriť svoj hnev, teda „zdravé vyjadrenie hnevu.“ Štvrté stretnutie sa týkalo „transformácie hnevu,“ piate sa nieslo pod názvom „zvládanie bolesti“ a posledné bolo zamerané na to, „čo robím, aby som sa cítil/a dobre?“

Štúdia (Shechtman a Pastor, 2005) realizovaná v Izraeli skúmala prínos arteterapie pri poruchách učenia, pričom vyhodnocovala zásahy a ich spojenie s výsledkami. Ukázalo sa, že deti s poruchami učenia majú lepšie výsledky v učení po absolvovaní psychoterapie v kombinácii s arteterapiou ako deti, ktoré absolvovali iba psychoterapiu bez arteterapeutických prístupov. Priaznivejšie výsledky pri úprave stavu pre deti liečených v arteterapii nie sú prekvapivé.

Autori predpokladali, že arteterapia prispeje k zmierneniu alebo odstráneniu porúch učenia na základe unikátnych vlastností arteterapeutického zásahu. Deti v arteterapii sa totiž zameriavali predovšetkým na emocionálne skúmanie svojich ťažkostí. Objavovali svoje problémy, podelili sa o nich s terapeutmi a prešli katarziou, ktorá následne viedla k zvýšeniu sebauvedomenia a pochopeniu svojho problému. V prvotných štúdiách realizovaných u detí s ADHD, ktoré boli liečené v terapeutickej skupine v rámci humanistickej terapie v kombinácii s arteterapiou, sa ukázal tento prístup ešte účinnejší ako kognitívno-behaviorálna terapia, ktorá arteterapiu nevyužívala.

V roku 2008 bola zverejnená štúdia skúmajúca využívanie arteterapie a techniky kognitívno-behaviorálnej terapie vo formáte skupinovej terapie ako nástroja, ktorý je možné použiť na pomoc deťom so sociálnymi a vývojovými poruchami s cieľom zlepšiť ich sociálne spôsobilosti (Epp, 2008). Výsledky ukázali významné zlepšenie v presadzovaní sa, spolu so zníženou internalizáciou správania a zníženou hyperaktivitou.

Podobná je aj publikovaná štúdia (Freilich, Schechtman, 2010), ktorá skúmala prínos arteterapie u detí, pričom podporuje skoršie zistenia. Nasledujúci prípad ilustruje samotný proces arteterapie. Dina bola študentka tretieho ročníka a extrémne utiahnutá. Málo komunikovala so svojimi rovesníkmi aj s dospelými a zdalo sa jej, že celé sociálne okolie je proti nej nastavené negatívne. Mala pritom neustály strach o svoj prospech a bála sa reakcie vlastných rodičov na svoje zlyhanie v škole. Keď začala pracovať s hlinou, jej postavy nemali jasnú podobu. V tej chvíli hovorila o svojom zmätku, strachu a pocitu bezmocnosti. Počas arteterapie jej pálené postavy dostávali jasnejší tvar a ona začala prejavovať viac dôvery v iných i v samu seba. Cítila pritom väčšiu kontrolu nad svojím životom a bola optimistickejšia. Autori štúdie uvádzajú, že zlepšenie prospechu samo o sebe nestačí k zmene úrovne nastavenia detí. Detské emocionálne a sociálne ťažkosti musia byť adresne pomenované, priamo za účelom zlepšenia ich situácie. Realizovaný výskum ukázal, že štyri hodiny týždenne cieleného pedagogického pôsobenia na zlepšenie prospechu boli menej účinné ako jedna hodina liečby arteterapiou v rámci skupiny. Arteterapia pritom umožňovala deťom vyjadriť svoje tvorivé „ja“ a pomáhala im vysporiadať sa s problémami. Autori spomínanej štúdie predpokladajú, že zameranie arteterapie na emócie a zdieľanie osobných skúseností vedie k väčšej intímite vzťahu medzi dieťaťom a terapeutom a očistná skúsenosť zasa vedie k silnému dojmu z terapie, v arteterapii musí existovať väzba medzi dieťaťom a terapeutom, ktoré je založená na dôvere. Táto štúdia však nie je bez obmedzení. Po prvé, existovala relatívne malá vzorka, ktorá obmedzovala

štatistickú silu výsledkov. Hoci sledovanie liečby 93 detí po 22 sedeniach bolo pomerne časovo náročné, počet detí v sledovanej vzorke bol relatívne malý. Ďalším obmedzením bol krátky následný čas sledovania výsledkov. Skúmanie dlhodobých účinkov arteterapie je pritom dôležité práve pre zistenie platnosti (validity) výskumu. Po tretie, táto štúdia skúmala obmedzený počet závislých a procesných premenných. Je pravda, že mnoho detí trpí rôznymi sociálnymi, emocionálnymi problémami a tiež problémami učenia. Nájst spôsoby, ako im pomôcť vyrovnať sa s ich ťažkosťami, je preto veľmi dôležité. V prezentovanej štúdií autori ukázali, že arteterapia môže byť bezpečne používaná u detí práve s takými problémami. Zistenia zároveň upozorňujú na zanedbávanú oblasť pomoci, ktorá môžu byť použitá v mimoškolských centrách pre tieto deti, rovnako ako aj v škole.

Pri konštrukcii poznatkov a pri presadzovaní účinnejších postupov v rámci arteterapie je nutné, aby terapeuti preskúmali i identitu a rozdiel klientov nielen z psychologického hľadiska, ale aj z hľadiska spoločenských a kultúrnych typov (Savneet, 2010). Tento aspekt sme však v sledovaných výskumných štúdiách nezaregistrovali, pričom je možné, že môže mať vplyv na výsledky arteterapeutického pôsobenia. Z prezentovaných údajov je zrejmé, že arteterapia sa úspešne používa v rôznych súvislostiach, a to aj ako súčasť liečebného režimu pre traumatizované deti. Myslíme si však, že tu existuje určitý výskumný problém, pretože nie vždy je celkom jasné a presne dané, o akú povahu psychosociálnych prejavov alebo diagnostického stavu detí ide. Rôzne psychologické prejavy spôsobené traumatizujúcou skutočnosťou môžu byť rozdielne závažné a môžu mať rozdielnu nielen dĺžku prejavu, ale aj samotné formy prejavov. Pokladáme za nutné vymedziť, ktoré traumatizované deti sa môžu liečiť len s využitím arteterapie a tie, ktoré vyžadujú dodatočné podnety vo forme napr. behaviorálnych intervencií alebo dokonca použitia liečiv zameraných na psychické funkcie. Autori predkladaných výskumov týkajúcich sa arteterapie neposkytli dostatočné informácie o spôsobe vykonávania arteterapie, jej štruktúre a dĺžke. Samotná podstata arteterapeutického prístupu je často neštruktúrovaná a nenútená, čo následne produkuje časovú voľnosť, ktorá umožňuje napr. detskému pacientovi rásť citovo a duchovne aj bez pôsobenia arteterapie. Proces arteterapie vo svojej podstate zahŕňa objavenie toho, čo klient mohol cítiť a čo si mohol myslieť. Časovanie a trvanie tohto procesu sa pritom pohybuje od pacienta k pacientovi. Sami autori predkladaných štúdií vidia problém aj v tom, že mnohé výsledky pôsobenia arteterapie sú často vyjadrené v naratívnej forme. Niektorí dokonca dospeli k záveru, že

kvalitatívne výsledky sú vedeckou obcou vnímané a prijímané horšie ako kvantitatívne výsledky, a to predovšetkým preto, lebo kvalitatívne orientované výskumné štúdie nepriniesli merateľné výsledky. Zobrazenie kvalitatívnych alebo abstraktných konštruktov ako nemerateľných výsledkov robí arteterapiu zdanlivo neprístupnou empirickému skúmaniu. Prevaľa informačne bohatých klinických prípadových štúdií bez prezentácie štatistických zistení znamená, že výsledky týchto štúdií nie je možné zovšeobecniť pre celú populáciu. Časť tohto problému môžeme pripísať aj tomu, že veľkosť výskumného súboru je determinovaná malou výskumnou vzorkou – napr. neexistujúcou veľkou skupinou traumatizujúcich detí, ktoré by súhlasili zúčastniť sa výskumu.

Aj napriek tomu sa domnievame, že arteterapia je účinným nástrojom na vytvorenie vzťahu medzi dieťaťom a jeho terapeutom, pričom je to efektívna metóda liečby negatívnych psycho-sociálnych prejavov, ale aj dôsledkov traumy. Je však zrejmé, že arteterapia si v budúcnosti zaslúži viac empirickej pozornosti (Leslie, Doherty, Widrick, 2007). Zistenia v rámci kvalitatívnej analýzy dostupných vedeckých a odborných článkov týkajúcich sa arteterapie naznačujú, že v krátkej budúcnosti bude potrebné navrhnuť nové výskumné polia a výskumné normy týkajúce sa práve fenoménu využívania arteterapie v praxi.

LITERATÚRA

- BROOKE, S. L. 1995. Art therapy: An approach to working with sexual abuse survivors. In: *The Arts in Psychotherapy*. Roč. 22, 1995, č. 5, s. 447 – 466. ISSN 0197-4556.
- CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. 1995. *Arteterapie s deťmi*. Praha: Portál, 1995.
- EPP, K. M. 2008. Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. In: *Children & Schools*. Roč. 30, 2008, č. 1, s. 27 – 36. ISSN 1532-8759.
- FAVARA-SCACCO, C et al. 2001. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. In: *Medical and pediatric oncology*. Roč. 36, 2001, č. 4, s. 474 – 480. ISSN 1545-5017.
- FREILICH, R., SHECHTMAN, Z. 2010. The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. In: *The Arts in Psychotherapy*. Roč. 37, 2010, č. 2, s. 97 – 105. ISSN 0197-4556.
- GELFAND, W., BENDER, B. 2010. A randomized trial to test the effectiveness of art therapy for children with asthma. In: *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Roč. 126, 2010, č. 2, s. 263 – 266. ISSN 0091-6749.
- GEUE, K. et al. 2010. An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. In: *Complementary therapies in medicine*. Roč. 18, 2010, č. 3, s. 160 – 170. ISSN 0965-2299.
- CHAPMAN, L. et al. 2001. The effectiveness of art therapy interventions in reducing post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. In: *Art Therapy*. Roč. 18, 2001, č. 2, s. 100 – 104. ISSN 2159-9394.
- CHILCOTE, R. L. 2007. Art therapy with child tsunami survivors in Sri Lanka. In: *Art Therapy*. Roč. 24, 2007, č. 4, s. 156 – 162. ISSN 2159-9394.
- KELLEY, S. J. 1984. The use of art therapy with sexually abused children. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. Roč. 22, 1984, č. 12, s. 12 – 18. ISSN 1938-2413.

- LIEBEMANN, M. 2005. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
- LESLIE, G., DOHERTY, K. L., WIDRICK, M. R. 2007. A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. In: *The Arts in Psychotherapy*. Roč. 34, 2007, č. 3, s. 256 – 262. ISSN 0197-4556.
- MADDEN, J. R. et al. 2010. Creative arts therapy improves quality of life for pediatric brain tumor patients receiving outpatient chemotherapy. In: *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. Roč. 27, 2010, č. 3, s. 133 – 145. ISSN 1043-4542.
- OAKLANDER, V. 2003. *Trinácté komnaty dětské duše*. Dobříš: Drvoštep, 2003. ISBN 80-903306-0-6.
- PIFALO, T. 2006. Art therapy with sexually abused children and adolescents: Extended research study. In: *Art Therapy*. Roč. 23, 2006, č. 4, s. 181 – 185. ISSN 2159-9394.
- PRETORIUS, G., PFEIFER, N. 2010. Group art therapy with sexually abused girls. In: *South African Journal of Psychology*. Roč. 40, 2010, č. 1, s. 63 – 73. ISSN 0081-2463.
- SAVNEET, T. 2010. An intersectional framework for race, class, gender, and sexuality in art therapy. In: *Art Therapy*. Roč. 27, 2010, č. 1, s. 11 – 17. ISSN 2159-9394.
- SPIEGEL, D. et al. 2006. Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. In: *Art Therapy*. Roč. 23, 2006, č. 4, s. 157 – 164. ISSN 2159-9394.
- STIBUREK, M. 2000. Arteterapie, artefaktika – podoby, obsah, hranice, role, cíle. In: *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta ve spolupráci s Českou arteterapeutickou asociací, 2000, s. 33 – 47.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2008. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3.



MEN HAVE BREASTS TOO: A PILOT STUDY USING BEHAVIOURAL TECHNOLOGY FOR SKILLS-BASED TRAINING IN DETECTING LUMPS IN BREASTS

Aj muži majú prsia – pilotná štúdia využívajúca behaviorálne postupy pri vzdelávaní v odhaľovaní hrčiek na prsníkoch

Robert Bones,¹ Mickey Keenan,² Eve McColgan³



Abstract: Early detection of breast cancer is an important factor in both treatment and overall survival rates of the disease. Breast self-examination has proven to be controversial regarding its effectiveness and also the potential for raising female anxiety levels due to misinterpretation in both finding false positives and in failing to find true positives. Using twelve male participants on a Multiple Baseline Design this exploratory pilot study compared the effectiveness of four conditions, Baseline, Breast Aware Leaflet, Individual and Group Palpation Training in recording both hidden lumps and false positives in a synthetic breast model. The results show that, in general, greater exposure to training on the synthetic breast model increased the

recorded number of true positives and decreased the recorded number of false positives compared to Baseline and NHS Breast Aware Leaflet. The indicative findings suggest teaching an effective palpation technique has diagnostic benefits, particularly when used alongside other information on breast cancer.

Key words: breast cancer, ABA, healthcare, anxiety.

Abstrakt: Včasné podchytenie rakoviny prsníka je dôležitým faktorom tak pri liečbe samotnej, ako aj pri celkových štatistikách úspešných prekonaní tejto choroby. Samovyšetrenie prsníkov sa javí byť kontroverzným vzhľadom na jeho efektivitu a tiež potenciál nárastu úrovne ženskej úzkostlivosti kvôli jeho nesprávnej interpretácii pri nachádzaní falošných pozitív, ako aj pri zlyhávaní v snahe nájsť skutočné pozitíva. S využitím 12 participantov a Multiple Baseline Design pilotná exploračná štúdia komparuje efektivitu štyroch nástrojov: Baseline, leták „Breast Aware,“ nácvik individuálnej palpácie a nácvik skupinovej palpácie v zaznamenávaní skrytých hrčiek a zavádzajúcich pozitív na syntetickom modeli prsníkov. Vo všeobecnosti výsledky potvrdili, že intenzívnejší nácvik na syntetickom modeli prsníkov zvýšil počet skutočných pozitív a znížil zaznamenaný počet falošných pozitív v porovnaní s nástrojmi Baseline a letákom „Breast Aware“ vydaným Národným zdravotným úradom. Tieto indikatívne

¹ Robert Bones, Ph.D., Ulster University, N. Ireland BT52 1SA. E-mail: r.bones@ulster.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

² Prof. Mickey Keenan, School of Psychology, Ulster University, N. Ireland BT52 1SA. E-mail: m.keenan@ulster.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

³ Eve McColgan, Ulster University, N. Ireland BT52 1SA. E-mail: evemccolgan@hotmail.com. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

zistenia potvrdzujú efektivitu nácviku palpačnej techniky v kontexte jej diagnostických benefitov najmä vtedy, ak je tento nástroj využívaný spoločne s ďalšími dostupnými informáciami o rakovine prsníka.

Kľúčové slová: rakovina prsníka, aplikovaná behaviorálna analýza (ABA), zdravotná starostlivosť, úzkosť.

In 2012 the figure for recorded world-wide cancer diagnosis reached over 14 million (WHO, 2015). Of these, breast cancer accounted for approximately 521,000 deaths. In the UK each year approximately 49,900 women are diagnosed with breast cancer and just under a quarter (23%) of these cases result in death (Cancer Research UK, 2015a). The lifetime risk of females being diagnosed with breast cancer in the UK is 1 in 8. Like many cancers, early detection in breast cancer is crucial in increasing the success of treatment, prognosis and ultimately the chance of survival (NHS, 2015).

Currently, there are three main techniques for the detection of breast lumps which include: Mammography, Clinical Breast Examination (CBE) and Breast Self-examination (BSE). While Mammography and Clinical breast examinations are carried out by health professionals, breast self-examination is carried out by the individual on themselves (Cancer Research UK, 2015b).

To assist BSE, the National Health Service (NHS) has produced a 'BE BREAST AWARE' leaflet. This two-page guidance includes a 5-piece coding system highlighting changes and conditions in breasts that may be related to cancer. For example, one of the areas highlighted describes how the actual breast tissue itself feels, especially if a thickening or lump has appeared (NHS, 2015).

Detecting a lump in the breast, however, may be difficult given that breast tissue may vary throughout the menstrual cycle due to hormonal fluctuation (MedlinePlus, 2015). This difficulty has provoked debate as to the benefits or indeed possible harm that BSE may cause (Nekhlyudov & Fletcher, 2001). Two of the areas of concern which have been raised, firstly, evidence suggests that woman, especially those with a family history of breast cancer, experience heightened levels of anxiety during BSE. This in turn may lead to hyper vigilant breast self-examination (Brain, Norman, Gray & Mansell, 1999). Another area that can raise anxiety levels is the identification of 'false positives' (finding a lump when it is not cancer related) as well as 'true positives' (finding a lump when it is may cancer related) or no lumps at all (Absetz, Aro & Sutton, 2003).

Given the importance of identifying true positives and avoiding false positives, training members of the public in palpation techniques needs

to be effective. One technique developed by the commercial company MammaCare®(2016) has been shown to be effective and is based on the science of Applied Behaviour Analysis (Pennypacker, 1986). The emphasis of this approach is on providing practical skills in breast examination. As with all aspects of Applied Behaviour Analysis, the emphasis is on evidence-based practice for developing skills using known behavioural principles (CCBS, 2016). In this instance, immediate feedback is an integral component of the technology developed by MammaCare® where individuals engage in the behaviour of searching for hidden lumps of various sizes in a synthetic breast. These lumps are comparable in size to those that may be detected during BSE. MammaCare® also provide a teaching system that instructs in palpation (feeling with the fingers or hand, during medical examination). This pragmatic skill-based approach is in marked contrast to the limitations of more traditional approach of changing attitudes in order to change behaviour (Llyod, 1994).

Research on the skills needed for early detection of breast cancer is relevant for everyone. Currently, though, there is no research in this area for people diagnosed with autism. This would be an important area of research given the mortality rates in autism:

Many families and autistic individuals have raised concerns over early deaths in autistic people. Ground-breaking new research now confirms the true scale of the mortality crisis in autism: autistic people die on average 16 years earlier than the general population. For those with autism and learning disabilities, the outlook is even more appalling, with this group dying more than 30 years before their time. (Cusack, Shaw, Spiers, & Sterry 2016, p. 3).

This report by Autistica noted that for people with autism there is an increased risk of dying younger from virtually every cause of death. In view of this, the current study is presented as a tentative step in exploring ways to develop skills in breast examination by men given the evidence that patients with autistic disorder have an increased risk of cancer (Chiang et al., 2015).

Rationale for the study

It would be of benefit to know whether the teaching system usually employed by MammaCare® could be more efficient in terms of the allocation of resources. In other words, would small group sessions provide the same levels of effectiveness as one-to-one Instructor/Pupil ratios. The objective of this exploratory pilot study, then, was to evaluate the effectiveness of training palpation techniques using a synthetic breast on a one-to-one and small group

basis compared to baseline performances and compared to the current Being Breast Aware leaflet used in the UK (NHS, 2015).

The study made two assumptions. Firstly, using young male participants, who in general have a much lower incidence of developing breast cancer (NHS, 2015), would result in lower levels of BSE anxiety normally reported. Secondly, it was assumed that non-clinical researchers who have no medical background and have trained themselves using the MammaCare® digital media guide would be able to teach, train and test participants.

Method

Participants and Setting

The participants were twelve male students from Ulster University, all of whom were aged between 18 and 29 years of age. Participants were recruited for the study using an opportunity sampling approach. With this process of recruitment the researcher relied on approaching male students within common areas of the university building, such as the cafeteria and Learning Resource Centre. Participants were assigned an individual identification number (P1, P2 etc.) before the study began.

Materials

The study used the MammaCare® Clinical Practice Model (CPM-S) for all training and testing. Ethical approval according to University protocol was secured before the study commenced. Each participant was provided with an information sheet outlining the general premise of the study and a consent form. During the experiment all participants were supplied with a number of grid recording sheets of similar size to the MammaCare® silicone breast model. On completion of the study participants were provided with a debriefing form. This debrief included a more detailed description of the study as well as sources of further information for those who wished to know more. Both the participant debrief and participant information sheet included an email address and an information and support number for Cancer Research UK and Cancer Focus Northern Ireland, as well as contact information for the University of Ulster counselling services.

Procedure

A multiple baseline design across participants was used in this study (Cooper, Heron & Heward, 2007). Participants were randomly assigned to one

of four groups, representing the four conditions of the study. Each group were allocated a separate training time slot lasting approximately 90 minutes.

Condition One: Baseline

Participants were invited into the testing room (one at a time) where the researcher showed the MammaCare® breast model and provided a grid sheet and a pen. The researcher then explained the procedure

“This is a silicone breast model which simulates real breast tissue. During the testing you will be required to mark on the grid provided where you feel any breast lumps if you feel any at all. Do not pick up or rotate the model during the testing. The grid has been designed to the size of the model so mark as accurately as you can where possible.”

Each participant was given 2 minutes to feel for lumps and record any found on the grid provided. The researcher replaced their grid sheet and rotated the breast model 90, 180 or 270 degrees. This process was repeated until performance was gauged to be reasonably stable.

Condition Two: Leaflet Intervention

Participants were invited back into the testing room under the same conditions. This time participants were introduced to a Being Breast Aware information leaflet and read the following instructions:

“The pamphlet provided briefly outlines some information regarding breast cancer and tips for checking for lumps. You can take a few minutes to read over this.”

After reading over the pamphlet the researcher explained to the participants that they now had 2 minutes to feel for lumps and record any found, on the grid provided. After 2 minutes the researcher replaced their grid sheet and rotated the breast model 90, 180 or 270 degrees. This process was repeated until performance was gauged to be reasonably stable.

Condition Three: MammaCare® Intervention (1x1)

Participants were invited back into the testing room under the same conditions. This time the MammaCare® breast model was placed in front of the participant along with a grid sheet and a pen. The researcher then explained and demonstrated the MammaCare® palpation technique:

“You are going to use the pad of your three middle fingers. Make sure you keep your fingers together and keep them straight or slightly bowed. You are going to use three pressures at each point (light, medium and hard). You will then move one finger width between each spot and one finger width between each strip. Make sure you do not lift your fingers but slide them between each new spot.”

The researcher then explained to the participants that they now had 2 minutes to feel for lumps and record any found, on the grid sheet provided. After 2 minute the researcher replaced their grid sheet and rotated the breast model 90, 180 or 270 degrees. This process was repeated until performance was gauged to be reasonably stable.

Condition Four: MammaCare® Intervention (1 x 6)

All participants were invited back into the testing room where they sat around a desk opposite the researcher. A grid sheet and pen was placed in front of all participants along with the breast model. The researcher then explained and demonstrated the MammaCare® technique.

“You are going to use the pad of your three middle fingers. Make sure you keep your fingers together and keep them straight or slightly bowed. You are going to use three pressures at each point (light, medium and hard). You will then move one finger width between each spot and one finger width between each strip. Make sure you do not lift your fingers but slide them between each new spot.”

The researcher then explained to the participants that they now had 2 minutes to feel for lumps and record any found on the grid provided. After 2 minutes they were instructed to pass the breast model to the next participant. They were made aware at this stage that they could talk to each other, provide advice and ask questions between themselves. This process was repeated until performance was gauged to be reasonably stable.

Interobserver Reliability

Interobserver reliability was examined on 50% of the tests and involved two researchers measuring outcomes as indicated above. Agreement was calculated to 100%.

Results

Figures 1 to 4 show the results obtained for each participant across trials in each condition.

Condition One: Baseline

Of the 12 participants, Participant 1 (P1) continually found 4 of the lumps in Baseline Condition over three tests (Figure 1). Participant P6 continually found 3 lumps over five tests (Figure 2). P7 recorded 3 lumps continuously over three tests, and P11 continuously recorded 3 lumps on four tests (Figures 3 & 4 respectively). P2, P3, P10 and P12 recorded a maximum of 2 lumps on some tests (Figures 1 & 4). P2, P4 and P5 recorded 1 lump (Figures 1 & 2). All participants maintained their highest score on the number of lumps found except for P2, P9 and P10, who found fewer lumps in the other trials in this condition.

Condition Two: Leaflet Intervention

After reading the leaflet P1 recorded the maximum number of lumps (5) on two tests (Figure 1). P3, P5, P6, P7, P8, P9, P11 and P12 all recorded a maximum of 3 on at least one occasion. P4 and P10 recorded a maximum of 2, while P2 recorded 1 lump. Only P8 and P3 consistently found the same number of lumps in this condition. All other participants recorded finding one less lump in other tests except for P7 who found two less in the 6th test.

Comparing Baseline with Leaflet

All Participants maintained or improved their Baseline scores in the Leaflet Condition except P6, P7 and P11. These participants failed to find at least one less lump than they originally recorded in Baseline.

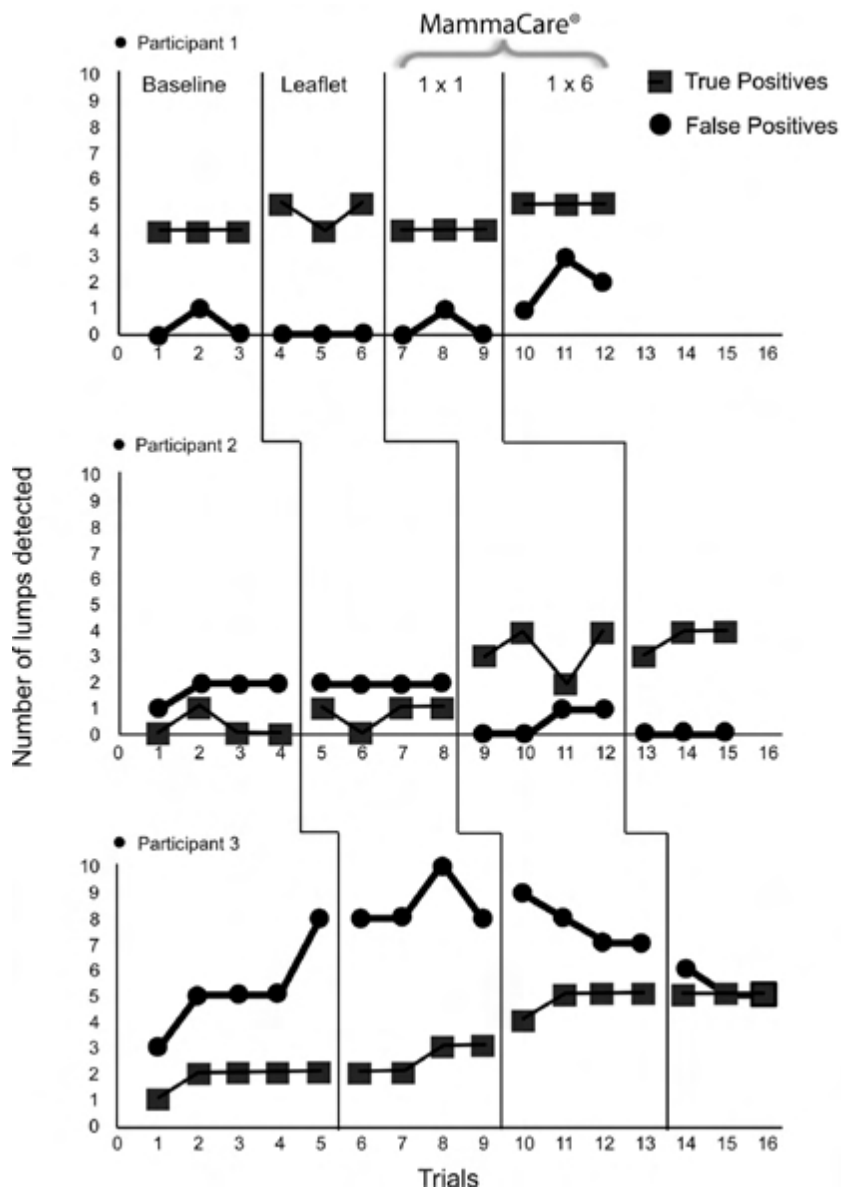


Figure 1 The number of lumps detected by Participants 1 – 3 in each session across conditions (Source: own processing)

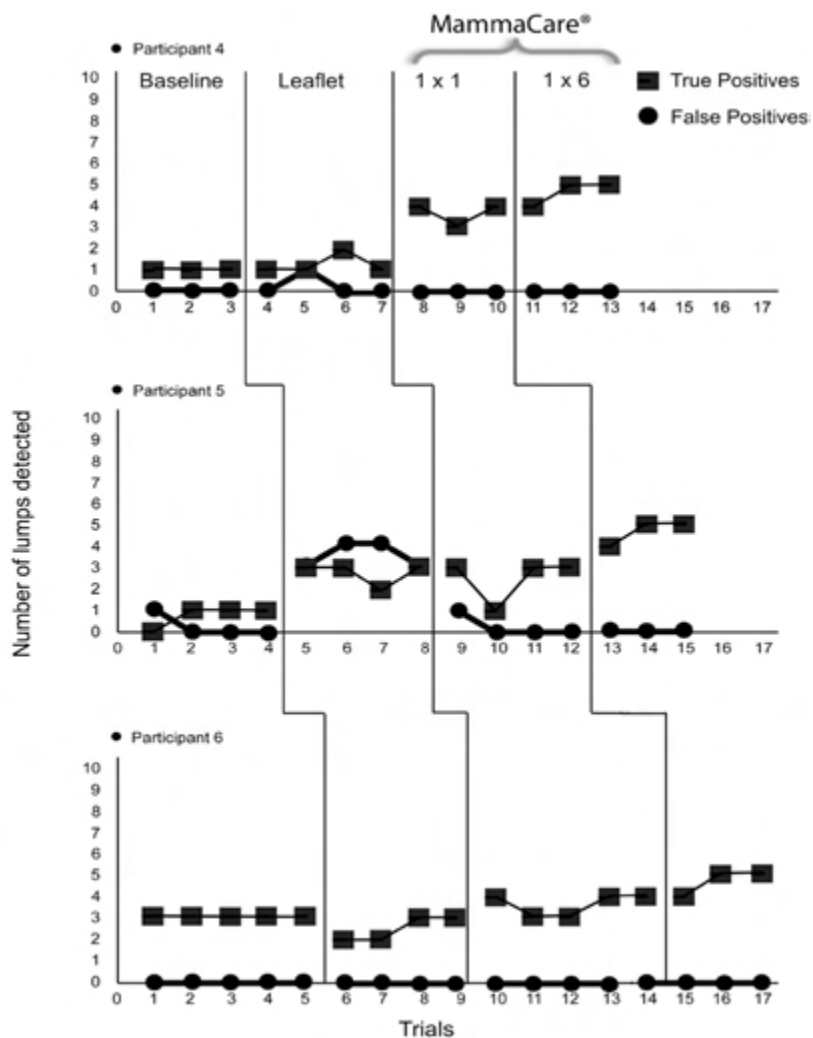


Figure 2 The number of lumps detected by Participants 4 – 6 in each session across conditions (Source: own processing)

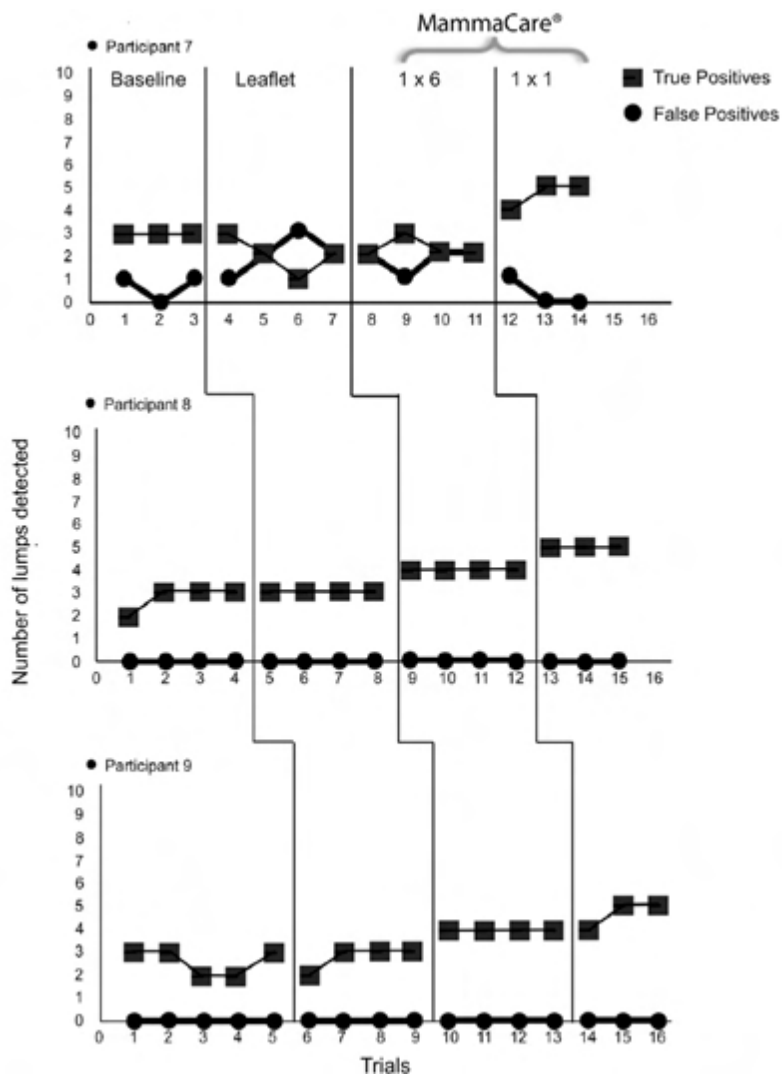


Figure 3 The number of lumps detected by Participants 7 – 9 in each session across conditions (Source: own processing)

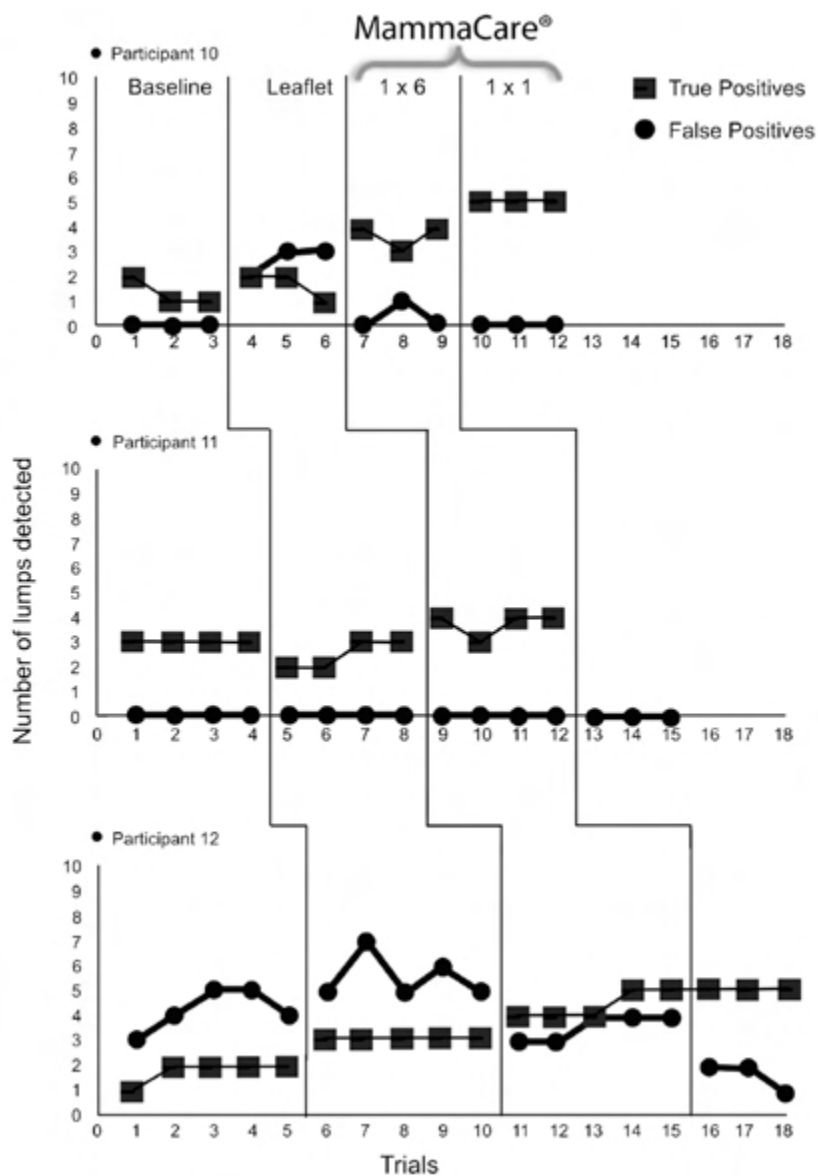


Figure 4 The number of lumps detected by Participants 10 – 12 in each session across conditions (Source: own processing)

Condition Three: MammaCare® Intervention (1 x 1)

The maximum number of lumps found in at least one test increased in this condition except for P1 and P5. P1 consistently recorded one less lump compared to The Leaflet Condition and his score returned to Baseline levels. P5 maintained his Leaflet Condition score except in one test where he returned a score similar to those in his Baseline Condition.

Condition Four: MammaCare® Intervention (1 x 6)

In this Condition, only P7 did not improve on his Leaflet Condition score. All other Participants recorded at least one more lump than in the Leaflet Condition.

False positives in all conditions

P6, P8, P9 and P11 found no false positives during any of the tests. P1 was the only participant to show an increase in false positives in the MammaCare® conditions relative to Baseline and the Leaflet condition. P3 recorded the highest number of false positives in the study, nine in Baseline, ten in the Leaflet Condition and nine in the first test in MammaCare® condition. This eventually decreased to five in later training and testing. In general the number of false positives decreased when participants undertook either of the MammaCare® training conditions.

Discussion

The purpose of this study was to examine the efficacy of a number of resources normally used for promoting breast self-examination in women. A multiple baseline design was used with male participants across four conditions, a Baseline, a Being Breast Aware Cancer Health Leaflet, One-to-one training, and One-to-Six training using a MammaCare® Synthetic breast. The numbers of hidden lumps identified out of the five available in the synthetic breast were counted in each condition as were the number of false positives (finding a lump when none exists). The results show that participants recorded the highest number of lumps after using the palpation technique described in MammaCare® Digital Training Program and delivered by one of the researchers. Specifically, several of the participants achieved the maximum score by finding all five lumps after the MammaCare® training. Only one of the participants achieved the maximum number in the Leaflet Condition. None of the participants achieved the maximum score in Baseline.

The differences between the two types of MammaCare® training were less apparent. In general, the second training session, whether it was as a member of a group of six or being taught individually, tended to increase or stabilise the number of hidden lumps that were found. One tentative conclusion that may be drawn from this finding is that learning the MammaCare® palpation technique itself is more important than whether participants are taught individually or in groups.

The concern that BSE could increase the number of false positives has some merit. False positives were returned by several participants in various conditions. What was clear, however, was that false positives often decreased or stabilised when the participants were taught the MammaCare® palpation technique. This would suggest that compared to baseline or the Leaflet the best way to avoid false positives is for the MammaCare® technique to be taught either individually or in a small group. It should also be noted that the researchers who delivered the training of the MammaCare® technique were not medically qualified or had any training outside the digital guide that is part of the MammaCare® package. The assumption could be made that highly trained professionals may improve the standard of teaching and therefore better performance thus reducing the incidence of false positives.

From a theoretical perspective the immediate feedback from the breast models would seem to provide a more effective method for identifying lumps than is the traditional information leaflet. This is not to say that the information leaflet is of no value. While the results obtained from participants in the Breast Aware Leaflet condition were not as impressive as the MammaCare® interventions, the leaflet does provide range of factors relating to Breast Cancer. Specifically, it identifies and highlights other possible markers that may play a role in the disease.

It could also be argued that using male participants, who in general show low rates of breast cancer, as participants did not address the possible anxiety issues generally associated with females. If BSE is to be recommended then this issue needs to be more thoroughly addressed. Perhaps the best way to make self-breast examination more effective may revolve around a combination of using an informative leaflet for the general population and the opportunity to practice the behaviours required to detect lumps. If such a service was delivered by highly trained professionals then it may help to alleviate some of the problems in this area.

These results may also have implications for skills-based training for adults with autism. Evidence-based practice is at the heart of Applied Behaviour

Analysis. We have noted earlier that simply providing information about cancer does not guarantee that appropriate behaviours associated with early detection will become an established part of an individual's repertoire of self-help skills. The actual behaviours needed to be effective have to be trained, as in any skill. A recent survey conducted by the Centers for Autism and Related Disorders in Florida (CARD) highlighted the need for effective educational and behavioral intervention for older individuals with ASDs that would result in improvements in quality of life (Florida Centers for Autism and Related Disorders 2008). When adults have limited communication skills and social deficits it is important that skills-based training is adapted to the needs of the individual. The procedures described here offer this possibility for breast cancer but they need to be aligned with other skills in communication generally (Durand, & Carr, 1991; Hoch, Taylor, & Rodriguez, 2009; Nikopoulos, & Keenan, 2003; Sheridan, & Raffield, 2008).

REFERENCES

- ABSETZ, P., ARO, A. R., & SUTTON, S. R. 2003. Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. In: *Psycho-Oncology*. 12, 4, pp. 305 – 318.
- BRAIN, K., NORMAN, P., GRAY, J., & MANSEL, R. 1999. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. In: *Psychosomatic medicine*. 61, 2, pp. 181 – 187.
- CANCER RESEARCH UK. 2015a. *Breast cancer*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <<http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/incidence-invasive>>.
- CANCER RESEARCH UK. 2015b. *Breast cancer*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/>.
- CCBS. 2016. *Cambridge Center for Behavioral Studies*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <<http://www.behavior.org>>.
- CHIANG, H. L., LIU, C. J., HU, Y. W., CHEN, S. C., HU, L. Y., SHEN, C. C., YEH, C. M., CHEN, T. J., GAU, S. S. 2015. Risk of cancer in children, adolescents, and young adults with autistic disorder. In: *The Journal of Pediatrics*. Feb; 166, 2, pp. 418–23.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.10.029. Epub 2014 Nov 18.
- CHIANG HL, LIU CJ, HU YW, CHEN SC, HU LY, SHEN CC, YEH CM, CHEN TJ, GAU SS COOPER J. O, HERON T. E, HEWARD W. L. 2007. *Applied Behavior Analysis* (2nd ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2007.
- CUSACK, J., SHAW, S., SPIERS, J., & STERRY, R. 2016. *Personal tragedies, public crisis. The urgent need for a national response to early death in autism*. *Autistica*. Retrieved May 10, 2016, from <<https://www.autistica.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/Personal-tragedies-public-crisis.pdf>>.
- DURAND, V. M., & CARR, E. G. 1991. Functional communication training to reduce challenging behavior: Maintenance and application in new settings. In: *Journal of Applied Behavior Analysis*. 24, pp. 251 – 264.
- Florida Centers for Autism and Related Disorders. 2008. 2007–08 *Statewide CARD Constituent Survey Summary*. Accessed on line at <http://www.umcard.org/adult.php>.
- HOCH, H., TAYLOR, B.A., & RODRIQUEZ, A. 2009. Teaching teenagers with autism to answer cell phones and seek assistance when lost. In: *Behavior Analysis in Practice*. 2, pp. 14 – 20.

- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. 2012. The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. In: *The Lancet*. 380, 9855, pp. 1778 – 1786.
- LLYOD, K. 1994. Do as I say, not as I do. In: *The Behavior Analyst*. 17, 1, pp. 131 – 139.
- MammaCare® 2016. *Advancing Breast Exam Standards and Practices Since 1974*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <<https://MammaCare.com/>>.
- MEDLINEPLUS, 2015. *Breast cancer*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000913.htm>.
- NEKHLUDOV, L., & FLETCHER, S. W. 2001. Is it time to stop teaching breast self-examination? In: *Canadian Medical Association Journal*. 164, 13, pp. 1851 – 1852.
- NIKOPOULOS, C. K., & KEENAN, M. 2003. Promoting social initiation children with autism using video modeling. In: *Behavioral Interventions*. 18, pp. 87 – 108.
- NHS 2015. *Breast cancer screening*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <<http://www.nhs.uk/chq/pages/1740.aspx?CategoryID=60&SubCategoryID=182>>.
- PENNYPACKER, HS. 1968. The challenge of technology transfer: Buying in without selling out. In: *The Behavior Analyst*. 9, 2, pp. 147 – 156.
- SHERIDAN, K., & RAFFIELD, T. 2008. Teaching adaptive skills to people with autism. In: MATSON, J. (Ed.). *Clinical Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorders*. London: Academic Press, 2008, pp. 327 – 350.
- U. S. National Library of Medicine 2014 (July 15). *Breast cancer*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/breastcancer.html>>.
- WHO. 2015. *All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer): Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Retrieved Jan. 20, 2016, from <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>.



RANÁ LOGOPEDICKÁ INTERVENCE U DĚTÍ S PERINATÁLNÍMI RIZIKY

Early Speech Therapy Intervention for Children with Perinatal Risks

Ilona Bytešníková¹

Abstrakt: V současné době je v České republice vysoce aktuální problematika včasné intervence u dětí s perinatální zátěží. V řadě zahraničních zemí je logoped součástí týmu poskytujícího intervenci uvedené skupině dětí. Tento trend nabývá na významu i v našich podmínkách. Vysoce specializovaná činnost logopeda v sobě zahrnuje intervenci v oblasti hodnocení krmení a orálních schopností u dětí s perinatálními riziky a aplikaci intervenčních postupů z hlediska komunikace mezi rodičem a dítětem. V příspěvku jsou prezentovány závěry výzkumu analyzujícího poskytování rané logopedické intervence u dětí s perinatálními riziky z pohledu logopedů.

Klíčová slova: dítě s perinatálními riziky, dítě s vývojovými odchylkami, vysoce rizikový kojenec, raná logopedická intervence, logoped, připravenost pro krmení, orální funkce, orální reflexy.

Abstract: The issue of early intervention for children with perinatal stress is highly topical in the Czech Republic currently. In many foreign countries, a speech therapist is part of the team providing intervention for the specified group of children. This trend is becoming important also in our conditions increasingly. Highly specialised speech therapist activities include intervention in the area of assessment of feeding and oral abilities in children with perinatal risks and application of intervention procedures from the point of view of communication between the parent and the child. The contribution presents the conclusions of research analysing the provision of early speech therapy intervention for children with perinatal risks from the point of view of speech therapists.

Keywords: children with perinatal risks, children with developmental abnormalities, high-risk infants, early speech therapy intervention, speech therapist, feeding readiness, oral function, oral reflexes.

Teoretická východiska

V průběhu uplynulých dvaceti let došlo k markantním změnám v intervenčních postupech perinatální a neonatální intenzivní péče, což s sebou nese i výzvy pro současnou logopedickou teorii a praxi. Novorozenecká mortalita se v České republice dostala na jednu z nejnižších příček, o čemž informuje např. R. Plavka (2008). Výsledky některých zahraničních studií však upozorňují na fakt, že s narůstajícím počtem zachráněných dětí s velmi nízkou

¹ PhDr. Ilona Bytešníková, Ph.D. Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Poříčí 9, 603 00 Brno. E-mail: ilona.bytesnikova@email.cz. Foto: K. Poláček. Fotografie zveřejněna se souhlasem autorky.

porodní hmotností a extrémně nízkou porodní hmotností dochází ke zvýšení počtu dětí s vývojovými komplikacemi (Allen, 2008; Wocadlo & Rieger, 2006). D. Sobotková (2014) v této souvislosti uvádí, že poměrně velké množství dětí s perinatálními riziky vyžaduje specifickou péči, často i více různých specialistů, např. neurologa, fyzioterapeuta, oftalmologa, endokrinologa, ale též klinického psychologa, speciálního pedagoga, logopeda apod. Právě logoped by vzhledem k dalšímu vývoji neměl v týmu zainteresovaných odborníků chybět, neboť dříve než dítě vysloví první slovo, musí projít již mnoha stupni řečového vývoje. Je třeba se zabývat i otázkou, že různé abnormality se velmi často manifestují v osvojování si mluvené formy řeči a jazykových schopností a následně ve čtené a psané formě jazyka. D. Sobotková (2014, s. 614) výstižně konstatuje, že „literární údaje z různých oborů studia vývoje dítěte (psychologie, psychiatrie, pediatrie, etologie, neurofyzologie ad.) shodně dokládají, že raná stadia vývoje dítěte mají význam pro jeho další vývoj (např. Als ad. 2004, Geva, Feldman, 2008, Lynn ad. 2011, Räikkönen, Pesonen, 2009).“ Poukazuje i na to, jak je důležité co nejdříve rozpoznat odchylky ve vývoji, poněvadž se tím umožní zahájit včasné intervence, které jsou účinnější a ekonomicky méně náročné než terapeutické zásahy v pozdějším věku.

Požadavek logopedické intervence u vysoce rizikových dětí

Požadavek poskytování logopedické intervence u vysoce rizikových kojenců a jejich rodin je v současné době velmi opodstatněný. Proces adaptace novorozence po porodu determinuje nitroděložní vývoj plodu, průběh porodu a týden gravidity při narození. Novorozenci, jejichž zdravotní stav to vyžaduje, mohou být vzhledem ke stupni nezralosti a poruchy poporodní adaptace umístěni na vysoce specializovaných pracovištích typu jednotky intenzivní péče či oddělení intermediární péče (Bytešníková, 2014). Jedná se o skupinu dětí, u nichž se frekventovaně vyskytují i problémy s přijímáním potravy. McGrath & Braescu (2004, In: Paul & Norbury, 2012) v této souvislosti konstatují, že *podpora orálního krmení* je jedním z hlavních aspektů pomoci v přípravě dítěte a rodiny na domácí péči. Je třeba se zabývat faktem, že právě u vysoce rizikových dětí je možné již v preverbálním období evidovat problémy související se sáním, polykáním, hyper/hyposenzibilitou oblasti dutiny ústní a další nedostatky. V řadě zahraničních zemí bývá již běžnou praxí, že je logoped interní či externí součástí týmu odborníků, zabezpečujících právě takto vysoce specializovanou péči o rizikového novorozence. Považujeme tedy za velmi žádoucí se i v naší praxi zacílit na ranou logopedickou intervenci u této skupiny dětí.

Intervence zaměřená na oblast krmení a orálních schopností

Při hodnocení krmení se logopedovi nabízí vhodná možnost i k sledování chování dítěte a situace během procesu krmení, vokalizace a zvuků dýchacích cest při krmení a reflexních vzorů. Zásadní je posouzení orálních reflexů, které mohou být u předčasně narozených dětí oslabeny či vůbec nevyvinuty. *Hledací reflex* se typicky objevuje mezi 24. – 28. týdnem těhotenství a přetrvává přibližně do třetího měsíce života. Za patologický je považován tehdy, jestliže je u dítěte nevýbavný či přetrvává i po šestém měsíci života (Love & Webb, 2009). *Sací a polykací reflex* tvoří funkční jednotku, poněvadž polknutí následuje po sání. Sací reflex můžeme u dítěte pozorovat již po narození, jeho přítomnost bývá evidována u typicky vyvíjejícího se dítěte zhruba do šestého měsíce života. V případě patologického reflexu může jít o nevýbavný reflex, přehnaný reflex či přetrvávání reflexu i po dvanáctém měsíci života (Love & Webb, 2009). Z logopedického aspektu je třeba si uvědomit, že sací reflex mimo jiné napomáhá i rozvoji mimických svalových skupin při úsměvu. Polykací reflex bývá přítomný následně, jakmile je sací reflex integrován do celkového vzorce příjmu potravy. Akt polykání je závislý na vysoce koordinovaném pohybovém vzorci. Nevyzrálý způsob polykání můžeme u některých dětí sledovat až do osmnáctého měsíce života, po tomto období by měl být vytvořen vyspělý způsob polykání (Love & Webb, 2009). Následkem přetrvávání sacího a polykacího reflexu může být jazyka položen příliš vpředu v dutině ústní, což způsobuje ztížené žvýkání pevné stravy. *Reflex jazyka* je součástí reakce sání a polykání, jazyk se tak vysunuje mezi rty dítěte. Za abnormální projev je pokládáno přílišné vysunování jazyka i po dovršení osmnáctého měsíce života (Love & Webb, 2009). *Kousací reflex* můžeme evidovat ihned po narození. Tento reflex by měl vymizet mezi devátým a dvanáctým měsícem, kdy by měl být nahrazen vyspělejším vzorcem žvýkání. Přetrvávání tohoto reflexu utlumuje laterální pohyby čelisti, přítomné při žvýkání (Love & Webb, 2009). *Dávivý reflex* se vyskytuje u typicky se vyvíjejícího dítěte rovněž ihned od narození a přetrvává po celý život. Jako patologický je označen v případě, jestliže absenteje nebo je jeho intenzita neadekvátní.

Absenci daných reflexů lze evidovat u velmi předčasně narozených dětí. U nezralých dětí, zhruba do 34. týdne od početí, bývá přítomný slabší sací reflex, který nedostačuje ke krmení z prsu, stříkačky či lahvičky, a vyskytují se deficity v koordinaci mezi sáním, dýcháním a polykáním (Dokoupilová & Fišárková & Novotná et al., 2009). Výbavnost či nepřítomnost orálních reflexů je vodítkem pro vytvoření plánu krmení pro konkrétní dítě. McGrath & Braescu (2004, In: Paul & Norbury, 2012) vypracovali pokyny pro stanovení, zda je dítě vývojově připraveno na krmení prostřednictvím savičky (srov. Bytešníková, 2014).

Připravenost dítěte pro krmení:

- *Gestační věk* – minimálně 35 – 37 týdnů.
- *Závažnost zdravotního stavu* – respirační problémy přispívají k opoždění připravenosti na orální krmení.
- *Stabilita dýchacích cest a kardiovaskulární stabilita* – děti, které vyžadují kyslíkovou podporu, děti s apnoe nebo periodickým dýcháním jsou více opožděny v připravenosti na orální krmení.
- *Motorická stabilita* – je nezbytné zhodnotit orální tonus, držení a kvalitu pohybů úst.
- *Koordinace sání, polykání, dýchání* – vyspělejší sání je složeno z deseti a více sajících pochodů s dechem proloženým sáním/polykáním; je třeba zvážit vyhodnocení nenutričního sání.

V případě vysoce rizikových dětí není často orální krmení možné z důvodu neurologické nezralosti dítěte nebo jiných zdravotních stavů (Paul & Norbury, 2012). U těchto dětí se přistupuje ke krmení sondou. Imhoff & Wigginton (1991, In: Paul & Norbury, 2012) informují o tom, že logoped může být důležitým poradcem rodičů, aby pochopili rozhodnutí krmit dítě sondou, přičemž v pozdějších fázích napomáhá přechodu ze sondy na orální krmení. U dětí, u nichž je neorální krmení realizováno v déletrvajícím intervalu a především pokud je u nich zavedena i endotracheální trubice, můžeme evidovat snížené sání a orální motorický vývoj (Comrie & Helm, 1997, In: Paul & Norbury, 2012). Role logopeda zde spočívá ve zprostředkování příležitosti pro mimonutriční sání dítěte v průběhu krmení prostřednictvím sondy. Logoped se může věnovat i dalším způsobům orální stimulace formou hlazení po tváři, rtech a dásních, což napomáhá tomu, aby bylo dítě připraveno pro krmení (Fucile & Gisel & Lau, 2005, In: Paul & Norbury, 2012).

Logoped by měl být také důležitým odborníkem, který matku informuje o významu komunikace a interakce v dětském vývoji. Významnou úlohu zde sehrává poučení matky o tom, že doba, během níž dítě krmí, je primární jak z aspektu nutričního, tak i komunikačního.

Výzkumný projekt

V letech 2014 – 2016 byla realizována poměrně rozsáhlá studie celorepublikového charakteru zaměřená na analýzu názorů všech zainteresovaných odborníků, kteří se v praxi setkávají s dětmi s deficitem ve vývoji řeči a jazykových schopností. V rámci této studie byly analyzovány názory pediatriů, logopedů, foniatriů, psychologů a také pedagogů působících

v mateřských školách. Výzkum byl realizován z důvodu zjištění relevantních informací o tom, jak v praxi probíhá intervence u dané skupiny dětí, s jakými nejčastějšími problémy se odborníci participující v procesu péče právě u dětí s deficitem ve vývoji komunikační schopnosti setkávají. Tím se nám podařilo odhalit nedostatky, na něž odborníci v praxi narážejí, a následně vytvořit opatření pro logopedickou teorii a praxi v České republice. Výzkumný projekt měl charakter popisného výzkumu, jehož snahou bylo popsat, jaké veličiny a vztahy je možné v této oblasti považovat za klíčové.

Design výzkumu a metody sběru dat

Výzkumný problém lze charakterizovat jako deskriptivní problém, přičemž vzhledem k povaze výzkumu byl zvolen kvantitativní design. V rámci statistické procedury byla použita technika dotazníku. Empirické šetření má charakter kvantitativního výběrového šetření, sběr dat byl realizován prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v několika fázích. Jedna z etap výzkumu byla zaměřena na odborníky z řad logopedů. Základní soubor tvořili logopedi z celého území České republiky ze všech tří rezortů. V této etapě výzkumu bylo osloveno celkem 956 logopedů, do výzkumu byla zařazena data od 244 logopedů. Nejpočetnější skupinou respondentů byli logopedové s délkou praxe 11 – 15 let (27,0 %) a více než 15 let (27,0 %). Logopedi s praxí 6 – 10 let byli zastoupeni 24,6 % a s praxí 0 – 5 let 21,3 %. Největší zastoupení měli respondenti působící v rezortu Ministerstva zdravotnictví (56,1 %), poté následovali logopedové spadající do rezortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (40,2 %) a do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (2,5 %). 1,2 % dotázaných uvedlo, že nepůsobí v žádném z rezortů. Dotazník vlastní konstrukce pro výzkum souboru $N = 244$, jehož skladba je dosud nepublikovaná, byl anonymní a sestával z 30 položek (z toho počtu bylo 7 otázek otevřených, 19 otázek uzavřených a 4 otázky polouzavřené). Data byla sbírána pomocí online dotazníku. Statistické zpracování dat bylo realizováno s využitím softwaru Microsoft Excel, Minitab 15.0 a SPSS 21.0.

Hlavním cílem předkládaného výzkumu byla analýza intervence u dítěte s deficitem ve vývoji řeči a jazykových schopností v raném věku z pohledu logopedů. Kromě hlavního cíle byly stanoveny i následující parciální cíle: (1) zjistit, zda logopedi preferují včasnou diagnostiku vývoje řeči a jazykových schopností, (2) zjistit potřeby logopedů v oblasti intervence u dítěte s deficitem ve vývoji řeči a jazykových schopností v raném věku a (3) zjistit, zda jsou logopedi připraveni poskytovat ranou logopedickou intervenci včetně intervence u dětí vysoce rizikových. Otázku diagnostiky řeči a jazykových schopností u dětí s deficitem

ve vývoji komunikační schopnosti považujeme za poměrně problematickou, poněvadž se v praxi v České republice frekventovaně setkáváme se značnou nejednotností názorů odborníků z různých oborů na dobu zahájení tohoto procesu. K získání odpovědí na otázku, zda logopedi preferují včasnou diagnostiku vývoje řeči a jazykových schopností, jsme zjišťovali jejich názor na optimální dobu zahájení diagnostiky u této skupiny dětí, dále jsme se zabývali otázkou, s jakými diagnostickými nástroji jsou logopedi v praxi seznámeni. Podobný mechanismus byl zvolen i při zjišťování toho, jak konkrétně probíhá stimulace vývoje řeči a jazykových schopností u dětí se zpožděním v této oblasti v logopedické praxi. Rovněž nás zajímaly názory logopedů na spolupráci s pediatrií v oblasti intervence u dětí s deficitem ve vývoji řeči a jazykových schopností a určení nejčastějších problémů, s nimiž se logopedové setkávají ve své praxi při intervenci u dětí s těmito deficitem. Jednou z důležitých oblastí, které je třeba v logopedické teorii i praxi věnovat odpovídající pozornost, je intervence u dětí s perinatální zátěží. Vzhledem k rozsahu celého výzkumu jsou v předkládaném příspěvku prezentovány pouze nejdůležitější výsledky výzkumného šetření zaměřené na analýzu názorů logopedů na problematiku intervence u vysoce rizikových dětí.

Analýza výsledků výzkumného šetření

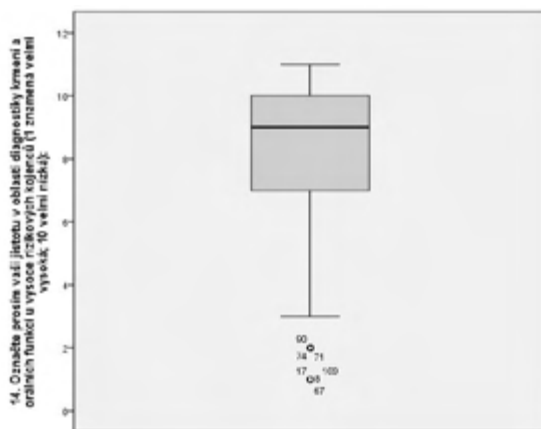
Intervence u vysoce rizikových dětí z aspektu logopeda

V souvislosti se zvyšujícím se počtem dětí s perinatálními riziky je podstatná otázka připravenosti logopedů pro poskytování intervence v oblasti krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových novorozenců (Bytešníková, 2016). Vzhledem k aktuálnosti dané problematiky nás zajímalo, jaká je jistota oslovených logopedů v diagnostice krmení a orálních funkcí u této skupiny dětí.

Tab. 1 Odpovědi logopedů na otázku, jak hodnotí svou jistotu v oblasti diagnostiky krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových kojenců (Zdroj: vlastní zpracování)

Označte prosím vaši jistotu v oblasti diagnostiky krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových kojenců (1 znamená velmi vysoká; 10 velmi nízká):	1 - velmi vysoká	Col %	2,7
	2	Col %	5,0
	3	Col %	6,4
	4	Col %	3,7
	5	Col %	5,5
	6	Col %	1,8
	7	Col %	7,3
	8	Col %	11,9
	9	Col %	17,8
	10 - velmi nízká	Col %	37,9
Celkem	Počet respondentů		219
	Mean		7,703
	Median		9,000

Graf 1 Odpovědi logopedů na otázku, jak hodnotí svou jistotu v oblasti diagnostiky krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových kojenců (Zdroj: vlastní zpracování)

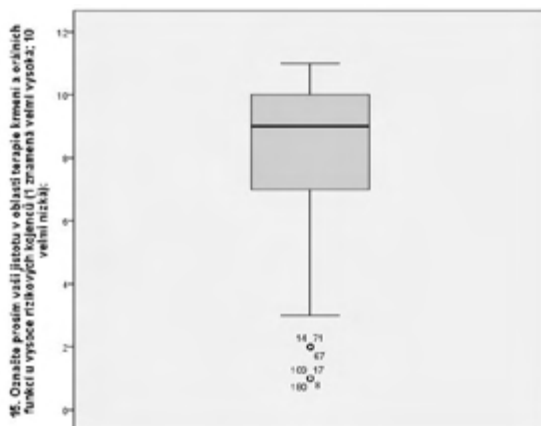


Daná otázka bola zodpovedená 219 logopedy. Aritmetický priemer dosahoval 7,7. Stredná hodnota činila 9,0 na desiatistupňovej škále, v níž číslice 1 znamená veľmi vysokú jistotu a číslice 10 veľmi nízku jistotu. Situáciu znázorňuje tabuľka 1 a graf 1. Pre väčšiu ucelenosť sme sa v analýze rovněž zaměřili na úroveň jistoty logopedů v oblasti terapie krmení a orálních funkcí u této skupiny dětí.

Tab. 2 Odpovědi logopedů na otázku, jak hodnotí svou jistotu v oblasti terapie krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových kojenců
(Zdroj: vlastní zpracování)

Označte prosím	1 - velmi vysoká	Col %	2,3
vaši jistotu v oblasti	2	Col %	5,0
terapie krmení a orál-	3	Col %	5,9
ních funkcí u vysoce	4	Col %	4,1
rizikových kojenců (1	5	Col %	5,5
znamená velmi vyso-	6	Col %	2,3
ká; 10 velmi nízká):	7	Col %	8,2
	8	Col %	8,6
	9	Col %	17,7
	10 - velmi nízká	Col %	40,5
Celkem	Počet respondentů		220
	Mean		7,777
	Median		9,000

Graf 2 Odpovědi logopedů na otázku, jak hodnotí svou jistotu v oblasti terapie krmení a orálních funkcí u vysoce rizikových kojenců
(Zdroj: vlastní zpracování)

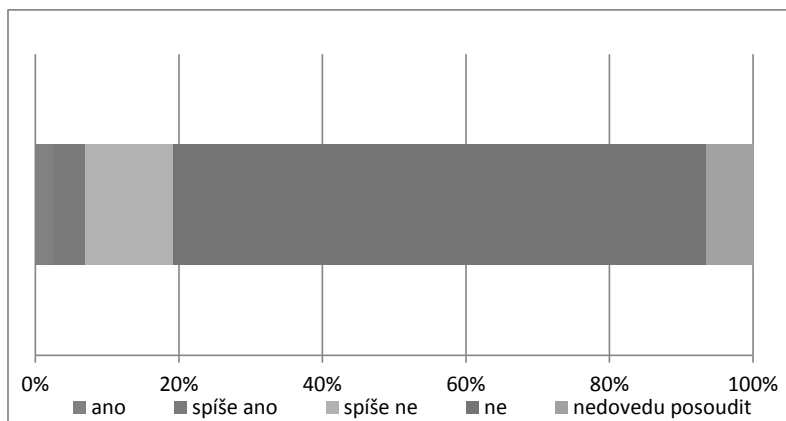


K otázce se vyjádřilo 220 logopedů účastnících se výzkumného šetření. Z analýzy odpovědí vyplývá, že aritmetický průměr v tomto případě dosahoval hodnoty 7,7 na desetistupňové škále. Podobně jako v předchozí otázce i zde stupeň 1 označoval velmi vysokou jistotu a stupeň 10 velmi nízkou jistotu. Střední hodnota byla 9,0 na desetistupňové škále, což je znázorněno v tabulce 2 a grafu 2.

U novorozenců zahajujících svůj život na novorozenecké jednotce intenzivní péče či na intermediárním oddělení se dá předpokládat určité riziko nedostatečných interaktivních zážitků. Při vzájemné komunikaci lze u rodičů zaznamenat obavy, zda mohou na dítě reagovat obvyklým způsobem, a to kvůli jeho zdravotnímu stavu či proto, že se jim zdá „zvýšeně zranitelné.“ Musíme však brát v úvahu i neurologickou nezralost dítěte, která může způsobovat snížené využití interakcí, nabízených rodičem. Jak uvádí J. Fendrychová (2013, s. 181), „vytvoření citového vztahu mezi nedonošeným nebo nemocným novorozencem a jeho rodiči může být někdy velice obtížné.“ Proto považujeme za důležité, aby byl kromě zdravotnického personálu rodičům v tomto důležitém procesu průvodcem a podporou i logoped. Jedním ze zásadních úkolů logopeda by mělo být i zhodnocení *připravenosti dítěte na komunikaci*. Důležité je stanovit úroveň vývoje interaktivity, motorických a organizačních schopností dítěte, což je podstatné pro určení, zda je dítě připraveno využít komunikativní interakce. Gorski, Davison & Brazelton (1979, In: Paul & Norbury, 2012) klasifikovali *tři stadia chování u vysoce rizikových novorozenců*. Stav dítěte v oblasti organizace určuje, kdy je schopné účastnit se interakcí (srov. Bytešníková, 2014). Jestliže však dítě v tomto období doposud není připraveno využít interakce s rodiči, logoped se zaměřuje na důležitou aktivitu, pomáhá rodičům naučit se pozorovat své dítě a identifikovat stavy, ve kterých se dítě nachází. Právě schopnost identifikovat stav dítěte je pro rodiče velmi užitečná v době, kdy nastává čas na komunikační interakci s dítětem. Doménou logopeda by mělo být informování rodičů o tom, že kojenci jsou vnímaví k působení pouze při některých stavech. V případě, že se rodič naučí rozpoznat určité stavy a využít je jako interaktivní příležitosti, zvyšuje se možnost zapojit pozornost dítěte a vyvolat vzájemnost (Paul & Norbury, 2012). K určení různých stavů novorozence lze využít např. *Brazeltonovu škálu* (1973), diferencující šest stavů. Ta však může mít určité limity u nedonošených novorozenců, jejichž stavy spánku a bdění nelze jednoznačně diferencovat. *Thomanova škála* (1990) zahrnující deset stavů je určena i pro posuzování novorozenců s perinatálním poškozením. Podobně i *Andersonova škála* byla vytvořena pro nedonošené novorozence (Fendrychová, 2013). Proto nás zajímala i otázka, zda jsou logopedi

seznámení s možností intervence zacílené na komunikaci rodičů u vysoce rizikových dětí v období nezáměrné komunikace (např. využití Brazeltonovy škály).

Graf 3 Odpovědi respondentů na otázku: „*Jste seznámeni s možností intervence zaměřené na komunikaci rodičů u vysoce rizikových dětí v období nezáměrné komunikace (např. využití Brazeltonovy škály)?*“ (v %, N= 244) (Zdroj: vlastní zpracování)



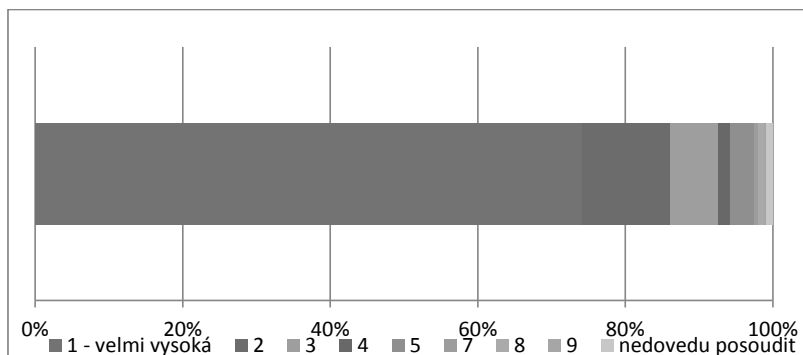
Důležitý aspekt vypovídající o situaci v praxi přináší zjištění, že 74,2 % logopedů účastnících se výzkumného šetření není seznámeno s intervenčními postupy zaměřenými na komunikaci rodičů u vysoce rizikových dětí v období nezáměrné komunikace. 12,3 % logopedů označilo odpověď „*spíše ne*“, 6,6 % dotázaných se k dané otázce nedovedlo vyjádřit, 4,5 % odpovídajících uvedlo odpověď „*spíše ano*.“ Pro logopedickou terapii i praxi je podstatný údaj, že jen 2,5 % respondentů z řad logopedů vypovědělo, že je seznámeno s těmito intervenčními postupy. Situaci znázorňuje graf 3.

Požadavek vytvoření koncepce rané logopedické intervence v České republice

V analýze jsme se rovněž zaměřili na subjektivní výpovědi logopedů týkající se potřeby vytvoření koncepce rané logopedické intervence v České republice. K dané otázce byla respondentům nabídnuta desetistupňová číselná škála, jejímž prostřednictvím se mohli vyjádřit. Stupeň 1 označoval „*velmi vysoká potřeba*“, stupeň 10 „*velmi nízká*“, přičemž byla nabídnuta i možnost „*nedovedu*

posoudit.“ Graf 4 znázorňuje zjištění, že největší část logopedů účastnících se výzkumu považuje potřebu vytvoření koncepce rané logopedické intervence v České republice za velmi vysokou (stupeň 1 označilo 74,2% respondentů, stupeň 10 nezvolil nikdo z 244 dotázaných logopedů, stupeň 6 měl nulovou četnost, proto v grafu není označen). Aritmetický průměr (mean) v tomto případě dosahoval hodnoty 1,6, střední hodnota (median) byla 1,0.

Graf 4 Potřeba vytvoření koncepce rané logopedické intervence v ČR z pohledu logopedů (v %, N = 244) (Zdroj: vlastní zpracování)



Diskuse a závěr

Raná logopedická intervence u vysoce rizikových kojenců je vysoce specializovaná činnost logopeda, která je velmi aktuální a – jak se domníváme – v budoucnu bude stále více nabývat na svém významu. Závěry výzkumu však odhalují určité nedostatky v přípravě logopedů pro poskytování vysoce specializované činnosti tohoto typu. V této situaci upozorňuje např. M. Černý (2016), že počet novorozenců narozených před 37g. t. v současné době přesahuje 8% novorozenecké populace. Musíme však brát v úvahu, že se i nadále předpokládá další nárůst. S tímto faktem je nutno počítat i v logopedické praxi, proto je potřebná edukace logopedů v oblasti intervence, která by měla být poskytována dětem na novorozenecké jednotce intenzivní péče či na oddělení intermediární péče. V zahraničí je tomuto oboru věnována odpovídající pozornost (srov. např. Paul, Norbury, 2012, a další). Je žádoucí, aby do rámce pregraduální i postgraduální přípravy logopedů byla zařazena také problematika rané logopedické intervence u této skupiny dětí. Je třeba usilovat o to, aby logoped disponoval kompetencemi z následujících oblastí: podpora orálního krmení, hodnocení krmení a orálních schopností u vysoce

rizikových dětí a následné terapeutické postupy, hodnocení chování a vývoje dítěte včetně následné terapie, hodnocení komunikace mezi rodičem a dítětem a aplikace intervenčních postupů. Rovněž je nezbytné vyslovit požadavek mezioborové spolupráce, která se při řešení dané problematiky stává stěžejní (srov. Bytešníková, 2014).

LITERATURA

- ALLEN, M. C. 2008. Neurodevelopmental outcome of preterm infants. In: *Current Opinion in Neurology*. 21, 2008, s. 123 – 128. ISSN1350-7540.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. 2016. Dítě s rizikem ve vývoji komunikační schopnosti z pohledu pediatriů a logopedů. In: BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. et al. 2016. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. 2014. *Koncepce rané logopedické intervence v České republice. Teorie, výzkum, terapie*. Brno: MU, 2014. ISBN 978-80-210-7561-0.
- ČERNÝ, M. 2016. Neonatologie 21. století. [on-line], [cit. 2.6.2016]. Dostupné na internetu: <http://www.mv-onsult.cz/dokumenty/uvodni-prednaska---neonatologie-v-21.-stoleti---prim.-mudr.-milos-cerny.pdf>.
- DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L. 2009 *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.
- FENDRYCHOVÁ, J. 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.
- LOVE, R. J., WEBB, W. G. 2009. *Možek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- PAUL, R., NORBURY, C. F. 2012. *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Listening, Speaking, Reading, Writing and Communicating*. St. Louis: Elsevier, 2012. ISBN 978-0-323-07184-0.
- PLAVKA, R. Česká neonatologie „na špičce.“ A co dál? In: *Neonatologické listy*. Roč. 14, 2008, č. 2, s. 3 – 6. ISSN 1211-100.
- SOBOTKOVÁ, D. 2014. České studie vztahu mezi perinatální morbiditou a dalším neuropsychickým vývojem dítěte. In: ŠTEMBERA, Z., DITTRICHOVÁ, J. SOBOTKOVÁ, D. 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2168-5.
- WOCADLO, C., RIEGER, I. 2006. Educational and therapeutic resource dependency at early school-age in children who were born very preterm. In: *Early Human Development*. 82, 2006, č. 1, s. 29 – 37. ISSN 0378-3782.



SYNDRÓM VYHORENIA U ŠPECIÁLNYCH PEDAGÓGOV

Burn-out Syndrome of the Special Education Teachers

Katarína Fuchsová,¹ Eva Hruščová²



Abstrakt: Príspevok poukazuje na aktuálny problém, ktorý sa označuje odborným pojmom syndróm vyhorenia a jeho obsah je zameraný na prezentáciu vlastným výskumom získaných poznatkov o miere výskytu tohto syndrómu vo vybranom súbore špeciálnych pedagógov. Použitá metodika (dotazník MBI) umožnila zamerať sa na nasledujúce dimenzie – emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia, osobné uspokojenie z práce. Príspevok poukazuje na súvislosti

zistených prejavov v uvedených dimenziách spojených s vekom, dĺžkou praxe a účasťou na ďalšom vzdelávaní. Napriek obmedzenej možnosti generalizácie realizovaný výskum priniesol niektoré zaujímavé zistenia, ktoré by sa mohli stať základom pre ďalšie výskumy.

Kľúčové slová: špeciálny pedagóg, syndróm vyhorenia, výskum, dotazník MBI.

Abstract: The contribution reflects the current issue, which is called the “burnout,” and its content is focused on the presentation of our own research findings in a research sample consisted of special education teachers. The methodology – questionnaire MBI – allow us to focus on the following dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, personal job satisfaction. The paper points out that the findings are related to the specified dimensions of age, length of service, and the participation in further education. Despite the limited possibilities for generalization, the conducted research has shown interesting findings which could become the basis for further research.

Key words: special education teacher, burnout, research, MBI questionnaire.

Syndróm vyhorenia sa stal za posledných 30 rokov výrazne sledovanou premennou v celosvetovom meradle. Ide o závažný spoločenský, psychologický i medicínsky problém s vplyvom na kvalitu života jedinca a jeho výkon (Kebza, Šolcová, 1998). Prejavuje sa stratou energie a ideálov, čo následne vedie k stagnácii, frustrácii a apatii. Býva charakterizovaný ako totálne emocionálne vyčerpanie, ktoré je reakciou na prácu a prejavuje sa v rovine psychickej,

¹ PhDr. Mgr. Katarína Fuchsová, PhD., Katedra psychológie ÚPAP, Fakulta humanitných a prírodných vied, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: katarina.fuchsova@unipo.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

² Mgr. Eva Hruščová, Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: ehrušcova@gmail.com. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

somatickej i sociálnej (Vymětal, 2009). Nevyhýba sa takmer žiadnej profesii, pričom medzi profesie s vyšším rizikom výskytu vyhorenia sa zaraďujú tie, ktoré sú charakterizované vysokou pracovnou náročnosťou, nárazovitosťou, intenzívnym kontaktom s ľuďmi a často neadekvátnym ohodnotením (tzv. pomáhajúce profesie). Zmiený syndróm obvykle vzniká následkom dlhodobej nerovnováhy medzi investíciou do pracovnej činnosti a ziskom z nej.

Pedagogická (učiteľská) profesia sa zaraďuje medzi najviac ohrozené – podiel pedagógov postihnutých vyšším stupňom vyhorenia sa podľa štatistík pohybuje medzi 15 – 20% (Švingalová, 2006). Problémy postihujú najmä učiteľov zo škôl či tried s vysokým počtom problémových žiakov a služobne i vekovo starších pedagógov. Zdravotne najohrozenejším typom v učiteľskej profesii sú ženy – učiteľky základných a špeciálnych škôl (Průcha, 2002). Na profesiu špeciálneho pedagóga sú kladené zvýšené nároky, ktoré vyplývajú z intenzívneho kontaktu so skupinami detí a mladistvých, ktoré majú špeciálne potreby v oblasti vzdelávania z dôvodu intelektového, zdravotného alebo sociálneho znevýhodnenia rôzneho druhu a stupňa. Dlhodobý kontakt s touto klientelou vyžaduje zo strany pedagóga vysokú mieru odolnosti a schopnosť vyrovnávať sa s pracovným stresom a efektívne ho zvládať (Matoušek, 2008). Sú to nielen špecifické podmienky, metódy a prístupy v edukačnom procese, ale aj nízka miera spätnej väzby a s tým súvisiaci pocit nízkej efektivity svojej práce, náročná komunikácia s rodičmi, v neposlednom rade nie vždy adekvátne materiálne vybavenie špeciálnych škôl či nedostatočné finančné ohodnotenie, ktoré zvyšujú náročnosť tejto profesie a tým aj jej zvýšené ohrozenie syndrómom vyhorenia.

Výskum výskytu syndrómu vyhorenia u špeciálnych pedagógov

Výskumný problém a cieľ výskumu

Podľa viacerých autorov a výskumov sa profesia špeciálneho pedagóga zaraďuje medzi najviac ohrozené syndrómom vyhorenia, kde popri činiteľoch týkajúcich sa učiteľskej profesie vo všeobecnosti do popredia vystupuje náročnosť práce so špecifickou detskou klientelou.

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť mieru výskytu syndrómu vyhorenia u špeciálnych pedagógov pôsobiacich na školách v Prešove a okolí so zameraním na dimenzie emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobnej spokojnosti s pracovným výkonom. Cieľom tiež bolo poukázať na súvislosti zistených prejavov s vekom, dĺžkou praxe a účasťou na ďalšom vzdelávaní.

Hypotézy

Hypotéza č. 1: *Predpokladáme celkovovo vysokú mieru výskytu syndrómu vyhorenia vo všetkých troch sledovaných dimenziách – emocionálne vyčerpanie (EE), depersonalizácia (DP), osobné uspokojenie (PA) v celom výskumnom súbore.* Vychádzame pritom zo všeobecne známych odborných i laických konštatovaní o náročnosti tejto profesie a vysokom riziku jej ohrozenia syndrómom vyhorenia.

Hypotéza č. 2: *Predpokladáme, že intenzita emocionálneho vyčerpania (EE) bude najnižšia v strednej vekovej kategórii oproti mladším i oproti starším respondentom.*

Pri tomto predpoklade vychádzame z tvrdení odborníkov, že mladší začínajúci (spočiatku nadšení) učitelia zažívajú „šok z reality“ a často veľké sklamanie z nenaplnených očakávaní. Pre záverečnú fázu profesijnej dráhy je zasa typické „vyhasínanie“, únava, sklon k rutine vykonávanej bez nadšenia.

Hypotéza č. 3: *Predpokladáme, že s pribúdajúcou dĺžkou praxe bude faktor depersonalizácie (DP) stúpať.*

Táto hypotéza vychádza z predpokladu, že učitelia dlhodobo pracujúci s detskou klientelou (najmä tou, ktorá vyžaduje špeciálny prístup) sú unavení z každodenného kontaktu s ľuďmi.

Hypotéza č. 4: *Predpokladáme, že špeciálni pedagógovia zapojení do ďalšieho vzdelávania budú vykazovať nižšiu intenzitu vyhorenia než tí, ktorí doňho zapojení nie sú.*

Ďalšie vzdelávanie totiž chápeme ako dôkaz prítomnosti motivácie k zlepšeniu svojho pracovného výkonu, čo je v priamom rozpore s rezignáciou a nezáujmom, typickými pre syndróm vyhorenia.

Metodika výskumu

Naplnenie uvedeného cieľa sme realizovali prostredníctvom administrácie a vyhodnotenia dotazníka na zisťovanie syndrómu vyhorenia – Maslach Burnout Inventory (MBI) doplneného o dotazník na zistenie základných charakteristík o respondentovi (pohlavie, vek, dosiahnuté vzdelanie, dĺžka celkovej pedagogickej praxe, praxe v odbore špeciálna pedagogika, zapojenie do ďalšieho vzdelávania).

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) je jedným z najcitovanejších diagnostických nástrojov pre hodnotenie a zisťovanie prítomnosti syndrómu vyhorenia najmä v pomáhajúcich a exponovaných profesiách. Dotazník obsahuje 22 otázok rozdelených do troch skupín podľa jednotlivých faktorov – dimenzií syndrómu vyhorenia. Pre potreby nášho výskumu sme využili verziu dotazníka od Maslachovej a Jacksonovej (1986, In: Křivohlavý, 1998).

Hodnotenie dimenzie **emocionálneho vyčerpania** (emotional exhaustion, EE) sa vykonáva pomocou deviatich otázok. Emocionálne vyčerpanie je najsmereďajnejším ukazovateľom prítomnosti burnout. Poukazuje na apatiu, stratu chuti do života, nulovú motiváciu.

Dimenzia **depersonalizácia** (depersonalization, DP) alebo odosobnenie či strata úcty k iným ľuďom, necitlivosť sa hodnotí pomocou odpovedí na 5 otázok. Stav odosobnenia je prejavom psychického vyčerpania a je zreteľne vyjadrený u ľudí, ktorí majú veľkú potrebu recipacity, t.j. kladnej odozvy od ľudí, ktorým sa venujú. Ak sa im tieto kladné odozvy nedostávajú, zatrpknú a správajú sa k iným ľuďom cynicky a nevraživo. Prestávajú v nich vidieť ľudské bytosti, strácajú k nim rešpekt a úctu. V extrémnom prípade s nimi zaobchádzajú ako s neživými predmetmi.

Tretia skupina otázok testu je zameraná na hodnotenie dimenzie **osobnej spokojnosti a pracovnej výkonnosti** (personal accomplishment, PA) a obsahuje 8 otázok. Osobné (ne)uspokojenie z práce je charakteristikou syndrómu vyhorenia, s ktorou sa stretávame najmä u ľudí s nízkou mierou zdravého sebahodnotenia, sebaocenenia a sebadôvery. Tým, že si sami seba dostatočne necenia, nemajú ani dostatok energie na zvládanie stresových situácií, konfliktov a životných ťažkostí. Vlastnosťou týchto ľudí je aj nedostatok energie potrebnej k zvládnutiu stresových situácií či pracovných nárokov. Čím vyššia je hodnota, tým vyššie uspokojenie je dosiahnuté.

Výsledkom hodnotenia všetkých faktorov – dimenzií je nízky, stredný a vysoký stupeň vyhorenia. Otázky týkajúce sa faktoru osobnej spokojnosti a výkonu sa na rozdiel od otázok pre hodnotenie emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie (čím vyššia hodnota, tým vyššia miera vyhorenia) vyhodnocujú opačným pólovaním (čím nižšia miera, tým väčšie ohrozenie vyhorením, nakoľko tento faktor je vlastne ochranným faktorom pred vyhorením). Respondent vyplňa dotazník pomocou kľúča na vyjadrenie sily pocitov, ktoré obvyčajne prežíva, na stupnici od 0 do 7, kde 0 – znamená *vôbec to neprežívam* a 7 – *veľmi silno to prežívam*.

Vyhodnotenie sily faktora – dimenzie spočíva v súčte všetkých bodových hodnotení v jednotlivých subškálach. Nezisťuje sa celkové skóre.

Faktor EE:	0 – 17 bodov je nízky,	18 – 26 stredný,	nad 27 vysoký stupeň vyhorenia
Faktor DP:	0 – 5 bodov nízky,	6 – 9 stredný,	nad 10 vysoký stupeň vyhorenia
Faktor PA:	nad 40 bodov nízky,	39 – 32 stredný,	31 – 0 vysoký stupeň vyhorenia

Namerané hodnoty vo výskumnom súbore sme štatisticky vyhodnotili v programe SPSS, čo nám umožnilo verifikovať stanovené hypotézy a formulovať závery.

Výskumný súbor

Výskumný súbor tvoria pedagógovia (resp. pedagogičky) pôsobiaci v oblasti špeciálneho školstva na pozícii učiteľa v Prešove a okolí. Respondenti boli oslovení ako zamestnanci konkrétnej školy prostredníctvom vedenia školy alebo individuálne na základe osobných kontaktov autoriek. Výber respondentov môžeme označiť ako príležitostný, resp. lavínový, základným kritériom (okrem podmienky pôsobenia v špeciálnopedagogickej praxi) bola ochota oslovených participovať na našom výskume. Počet respondentov je 65.

Výskumný súbor je z hľadiska **pohlavia** homogénny, tvorí ho 65 žien – tento fakt je spôsobený objektívnou situáciou v školstve, pre ktorú je typická feminizácia, ako aj subjektívnymi faktormi – neochotou zapojiť sa zo strany mužských respondentov.

Výskumný súbor z hľadiska **veku** (tab. 1) je tvorený prevažne respondentkami tzv. strednej generácie, najpočetnejšiu skupinu tvorí veková kategória 31 – 45 rokov, priemerný vek je 41,89. Minimálne je zastúpená veková kategória do 30 rokov. Netrúfame si však odhadnúť, či uvedená štruktúra kopíruje aj reálnu situáciu v celom špeciálnom školstve na Slovensku, nakoľko nám to obmedzenia nášho výskumu neumožňujú (naš výskumný súbor nie je reprezentatívny a neumožňuje generalizáciu) a v čase písania tohto textu nám neboli dostupné relevantné štatistické údaje.

Teoretické a vedeckovýskumné štúdie

Tab 1 Výskumný súbor rozdelený do skupín podľa veku (N = 65)
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Veková skupina	počet	%
Do 30 rokov	5	7,7
31 – 45 rokov	41	63,1
46 rokov a viac	19	29,2
Priemerný vek	41,89	

Výskumný súbor z hľadiska **vzdelania** (tab. 2) vykazuje kvalitnú kvalifikačnú štruktúru, v ktorej prevažujú respondentky s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (89 %). Tento fakt zrejme súvisí s tým, že v oblasti špeciálneho školstva je považovaný len tento stupeň vzdelania za plnohodnotnú kvalifikáciu, nie zriedka si však aj títo absolventi ešte dopĺňajú vzdelanie v rámci rozširujúceho špecializačného štúdia alebo kontinuálneho vzdelávania.

Tab. 2 Výskumný súbor rozdelený do skupín podľa vzdelania
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Vzdelanie	počet	%
Stredoškolské	5	7,7
Vysokoškolské I. stupňa	2	3,1
Vysokoškolské II. stupňa	58	89,2

Výskumný súbor z hľadiska **dĺžky pedagogickej praxe** a z hľadiska **dĺžky praxe v špeciálnej pedagogike** – tvorí 36,9% respondentov do 5 rokov praxe, 30,8% do 20 rokov a 32,3% od 21 rokov praxe (tab. 3). Priemerná dĺžka pedagogickej praxe je teda 15,2 rokov, čím môžeme poukázať na to, že väčšina respondentov patrí do kategórie začínajúci učiteľ a učiteľ – expert (Průcha, 2002). Podobne, pokiaľ ide o prax v odbore špeciálna pedagogika tvoria najpočetnejšiu skupinu respondentky do 5 rokov praxe (53,8 %), do 20 rokov je to 32,3 % a viac ako 21 rokov 13,8%, takže priemerná dĺžka praxe v špeciálnej pedagogike je 10,92 rokov (tab. 4). Nesúladi medzi dĺžkou praxe celkovo a dĺžkou praxe v špeciálnej pedagogike napovedá, že sa v tomto odbore pomerne často uplatňujú aj absolventi pedagogických odborov pôvodne bez špecializácie v oblasti špeciálnej pedagogiky a so skúsenosťou mimo špeciálneho školstva a túto kvalifikáciu si dodatočne dopĺňujú ďalším štúdiom.

Tab. 3 Výskumný súbor rozdelený do skupín podľa dĺžky praxe
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Dĺžka pedagogickej praxe v rokoch	počet	%
Do 5 rokov	24	36,9
6 – 20 rokov	20	30,8
21 rokov a viac	21	32,3
Priemerná dĺžka pedagogickej praxe	15,20	

Tab. 4 Výskumný súbor rozdelený do skupín podľa dĺžky praxe v špeciálnej pedagogike v rokoch (Zdroj: vlastné spracovanie)

Dĺžka praxe v špeciálnej pedagogike	počet	%
Do 5 rokov	35	53,8
6 – 20 rokov	21	32,3
21 rokov a viac	9	13,8
Priemerná dĺžka praxe v špeciálnej pedagogike	10,92	

Výskumný súbor z hľadiska **účasti na ďalšom vzdelávaní** (tab. 5) – z hľadiska tohto kritéria je zrejmé, že vyššie percento tých, ktorí sa na ďalšom vzdelávaní zúčastňujú (58,5%) oproti tým, ktorí doňho nie sú zapojení (41 %), môže mať viacero interpretácií. Nakoľko nemáme dostatok podrobnejších informácií o respondentoch, môžeme sa len domnievať, že ďalšie vzdelávanie môže súvisieť s doplnením si potrebnej kvalifikácie, s vonkajšou motiváciou, ktorá vyplýva z finančného profitu v dôsledku absolvovanému kontinuálnemu vzdelávaniu alebo s vnútornou motiváciou pedagóga spojenou so snahou o osobnostný a kvalifikačný rast bez priamej nadväznosti na pragmatické vonkajšie kontexty.

Tab.5 Výskumný súbor rozdelený do skupín podľa účasti na ďalšom vzdelávaní
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Ďalšie vzdelávanie	počet	percento
áno	38	58,5
nie	27	41,5

Výsledky výskumu a interpretácia

Hypotéza č. 1: *Predpokladáme celkovo vysokú mieru výskytu syndrómu vyhorenia vo všetkých troch sledovaných dimenziách – emocionálne vyčerpanie (EE), depersonalizácia (DP), osobné uspokojenie (PA) v celom výskumnom súbore.*

Tab. 6 Výskumný súbor podľa priemerného skóre v subškálach
(Zdroj: vlastné spracovanie)

Subškály	priemer	minimum	maximum
Emocionálne vyčerpanie	22,13	4	54
Depersonalizácia	6,5	0	19
Osobné uspokojenie	33,63	9	54

Legenda:

Emocionálne vyčerpanie	-	22,13	-	stredný stupeň (18 – 26)
Depersonalizácia	-	6,5	-	stredný stupeň (6 – 9)
Osobné uspokojenie	-	33,63	-	stredný stupeň (39 – 32)

V tab. 6 sú prezentované výsledky merania priemerného skóre v jednotlivých dimenziách, ktoré vykazujú respondenti výskumného súboru ako celku. Vo všetkých troch dimenziách sa výsledné priemerné skóre nachádza na úrovni stredného stupňa, čiže respondenti prieskumného súboru pociťujú emocionálne vyčerpanie a depersonalizáciu na strednej úrovni, tieto negatívne pocity im však zrejme pomáha vyvažovať rovnako stredná úroveň osobného uspokojenia z vykonávanej práce. **H1 sa teda nepotvrdila, nakoľko sme očakávali vyššiu mieru emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie a nižšiu mieru osobnej pracovnej spokojnosti v celom výskumnom súbore.** Nepotvrdil sa nám predpoklad, že špeciálni pedagógovia v našom súbore budú vykazovať hranične negatívne prejavy v súvislosti s ich ohrozením syndrómom vyhorenia. Zrejme viacerí z nich uplatňujú vedome alebo intuitívne efektívne stratégie zvládania záťaže, treba však podotknúť, že výsledky nie sú ani veľmi optimistické, nakoľko v mnohých prípadoch podľa nameraných maximálnych hodnôt sa už prejavili určité príznaky tohto syndrómu, a to svedčí o tom, že hovoriť o prevencii a cielených opatreniach či už na individuálnej alebo inštitucionálnej úrovni má naozaj svoje opodstatnenie.

Hypotéza č. 2: Predpokladáme, že intenzita emocionálneho vyčerpania (EE) bude najnižšia v strednej vekovej kategórii oproti mladším i oproti starším respondentom.

Tab. 7 Výskumný súbor rozdelený podľa priemerného skóre v subškálach vzhľadom k veku (mladšia, stredná, staršia generácia)
(Zdroj: vlastné spracovanie)

	Do 30 rokov	31-45 rokov	46 rokov a viac
Emocionálne vyčerpanie	15,4	23,8	12,9
Depersonalizácia	4,2	6,8	3,7
Osobné uspokojenie	44	34	11,8

Z tab. 7 vyplývajú nasledujúce zistenia:

- v dimenzii emocionálne vyčerpanie (EE) – najvyššiu intenzitu dosahuje stredná veková kategória (na úrovni strednej hodnoty), potom mladšia a napokon staršia – obidve na úrovni nízkej hodnoty danej dimenzie;
- v dimenzii depersonalizácia (DP) – opäť dominujú negatívne prejavy u strednej generácie (tiež na úrovni strednej hodnoty), menej u mladšej, najnižší výskyt negatívnych prejavov je u staršej generácie špeciálnych pedagógov – obidve tiež na úrovni nízkej hodnoty;
- v dimenzii osobné uspokojenie (PA) – najvyššiu mieru uspokojenia z práce pociťuje mladšia generácia, a to na takej hodnotovej úrovni, že sa to javí ako významný protektívny faktor vyvažujúci ostatné dve dimenzie; potom nasleduje stredná generácia so strednou hodnotou a napokon staršia s veľmi nízkou hodnotou v oblasti osobného uspokojenia a výkonnosti.

Za negatívne ukazovatele môžeme považovať strednú hodnotu EE u strednej generácie, ako aj strednú hodnotu DP u strednej generácie. Toto zistenie považujeme za negatívne hlavne z toho dôvodu, že práve táto veková kategória je najviac zastúpená v našom výskumnom súbore (a zrejme aj v reálnej praxi špeciálneho školstva). Zároveň tieto hodnoty nasvedčujú, že **H2 sa nepotvrdila**, nakoľko sme predpokladali presne opačné výsledky v dimenzii EE, t.j. že najmenej bude skórovať stredná generácia. Avšak za pomerne alarmujúci a celkom pochopiteľný výsledok považujeme veľmi nízku mieru osobného uspokojenia z vykonávanej práce u staršej generácie – potvrdzujú to

tiež viacerí autori a rôzne výskumy, ktoré uvádzame na iných miestach tohto textu.

Za pozitívny ukazovateľ môžeme považovať najmä vysokú mieru osobného uspokojenia z vykonávanej práce u mladšej generácie do 30 rokov.

Hypotéza č. 3: Predpokladáme, že s pribúdajúcou dĺžkou praxe bude faktor depersonalizácie (DP) stúpať.

Tab. 8 Výskumný súbor rozdelený podľa priemerného skóre v subškálach vzhľadom na dĺžku pedagogickej praxe (Zdroj: vlastné spracovanie)

	Do 5 rokov	6-20 r.	21 a viac
Emocionálne vyčerpanie	19	24	22,1
Depersonalizácia	6	6,7	6,5
Osobné uspokojenie	34,2	32,4	33,6

Tab. 9 Výskumný súbor rozdelený podľa priemerného skóre v subškálach vzhľadom na dĺžku praxe v špeciálnej pedagogike (Zdroj: vlastné spracovanie)

	Do 5 rokov	6-20 r.	21 a viac
Emocionálne vyčerpanie	20	23,1	22
Depersonalizácia	6,1	6,8	6,3
Osobné uspokojenie	33,9	32,1	33

Z tab. 8 a 9 vyplýva, že namerané priemerné hodnoty v jednotlivých dimenziách sa z hľadiska dĺžky celkovej praxe a z hľadiska dĺžky praxe v odbore špeciálna pedagogika takmer neodlišujú, takže budeme pri vyhodnotení používať len pojem „dĺžka praxe.“ **H₃ sa nepotvrdila**, nakoľko faktor depersonalizácie vykazuje vo všetkých kategóriách z hľadiska dĺžky praxe takmer rovnaké hodnoty s minimálnym rozdielom vykazuje najvyššiu mieru kategória 6 – 20 rokov, potom 21 rokov a viac, napokon kategória do 5 rokov praxe. Určité negatívum spočíva v tom, že tieto hodnoty sa nachádzajú vo všetkých prípadoch na strednej úrovni, čo si už vyžaduje určitú intervenciu.

Z hľadiska dĺžky praxe sú minimálne a zanedbateľné rozdiely aj v dimenziách EE a PA, pričom vo všetkých sú to hodnoty na strednej úrovni. Vek sa teda ukázal ako výraznejšie diskriminujúci faktor než dĺžka praxe.

Hypotéza č. 4: Predpokladáme, že špeciálni pedagógovia zapojení do ďalšieho vzdelávania budú vykazovať nižšiu intenzitu vyhorenia než tí, ktorí doňho zapojení nie sú.

Tab. 10 Výskumný súbor rozdelený podľa priemerného skóre v subškálach vzhľadom na účasť v ďalšom vzdelávaní (Zdroj: vlastné spracovanie)

Subškály	áno	nie
Emocionálne vyčerpanie	20,7	22,1
Depersonalizácia	5,4	6,5
Osobné uspokojenie	35,8	33,6

Ako vyplýva z tab. 10 rozdiely v nameraných hodnotách z hľadiska účasti/neúčasti na ďalšom vzdelávaní sú zanedbateľné a neumožňujú tak nejaké významné interpretácie. Napriek tomu sa však ukazuje hoci nevýrazný, ale predsa len pozitívnejší výsledok v skupine tých respondentov, ktorí sa zúčastňujú ďalšieho vzdelávania, a to vo všetkých troch dimenziách. Môžeme teda konštatovať, že **H4 sa potvrdila**. Je možné tento fakt dať do súvislosti s úvahami o tom, že investícia do ďalšieho vzdelania je ukazovateľom ochoty rozvíjať svoj osobnostný potenciál, skvalitňovať výkon svojej profesie, čo signalizuje záujem o profesiu v zmysle plánovania kariéry v tejto oblasti (ako opak, čiže rezignácia a úvahy o prípadnom odchode z tejto profesie ako prejavy syndrómu vyhorenia). Účasť na ďalšom vzdelávaní tak môže ovplyvňovať voľbu životných stratégií zameraných na efektívne zvládanie záťaže spojeney s výkonom profesie špeciálneho pedagóga.

Diskusia

Prezentovaný výskum bol zameraný na zisťovanie miery výskytu syndrómu vyhorenia u špeciálnych pedagógov pôsobiach v Prešove a okolí. Cieľ výskumu bol naplnený v dôsledku použitej metodiky (dotazník MBI), ktorá je zameraná na faktory, resp. dimenzie emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobného uspokojenia z práce. Skúmali sme intenzitu týchto faktorov vo vzťahu k veku, dĺžke praxe a účasti na ďalšom vzdelávaní. Neskúmali sme vplyv ďalších faktorov a premenných, ktoré sú so syndrómom vyhorenia spojené. Považujeme za potrebné zdôrazniť, že sme si vedomí obmedzenej platnosti výsledkov výskumu, ktoré sa vzťahujú len na náš výskumný súbor a nenárokujú si možnosť generalizácie.

Z charakteristiky súboru vyplynulo, že najpočetnejšou skupinou v súbore reprezentovanom homogénnou ženskou populáciou je veková kategória 31 až 45 rokov, pričom mladšia generácia do 30 rokov je zastúpená minimálne, čo inšpiruje k úvahám o ochote mladých ľudí zamestnať sa v tejto oblasti, no možno aj o obmedzených možnostiach v zmysle nedostatku pracovných miest.

Ako uvádzame v predchádzajúcom texte, zistený nesúlad medzi dĺžkou praxe celkovo a dĺžkou praxe v špeciálnej pedagogike napovedá, že sa v tomto odbore pomerne často uplatňujú aj absolventi pedagogických odborov pôvodne bez špecializácie v oblasti špeciálnej pedagogiky a so skúsenosťou mimo špeciálneho školstva a túto kvalifikáciu si dodatočne dopĺňujú ďalším štúdiom. Zapojenosť do ďalšieho vzdelávania predstavuje relatívne vysoké číslo, neskúmali sme však, aký druh ďalšieho vzdelávania respondenti absolvujú, môžeme len uvažovať, že ide pravdepodobne o kontinuálne vzdelávanie.

Vyhodnotenie celého výskumného súboru vo vzťahu k miere syndrómu vyhorenia nemôžeme hodnotiť ako alarmujúci, ale ani ako uspokojivý, nakoľko stredné hodnoty vo všetkých troch dimenziách naznačujú potrebu prevencie a intervencie. Ako pozitívne však môžeme hodnotiť, že skupina ako celok neprekonal ani v jednom faktore kritickú hranicu miery vysokého stupňa, čím sa naša prvá hypotéza nepotvrdila. Druhá hypotéza predpokladala najnižšiu mieru emocionálneho vyčerpania u strednej generácie, prieskum však potvrdil opak, čím sa táto hypotéza nepotvrdila. Za negatívum je možné považovať kritické nízke hodnoty v dimenzii osobného uspokojenia u staršej generácie a, naopak, za pozitívum potešiteľné vysoké hodnoty v tejto dimenzii u mladšej generácie. Tretia hypotéza bola zameraná na súvislosť dĺžky praxe a faktor depersonalizácie, kde sme predpokladali vzostupnú tendenciu, čo sa však nepotvrdilo, nakoľko celý súbor vykazuje v tejto dimenzii veľmi vyrovnané hodnoty s minimálnymi odchýlkami, pričom všetky sú na hranici nízkej a strednej úrovne. Predpokladaný vzťah medzi ďalším vzdelávaním a mierou vyhorenia sa potvrdil a v súlade s tvrdením vo štvrtej hypotéze je možné usudzovať o pozitívnom vplyve ďalšieho vzdelávania v prevencii syndrómu vyhorenia.

Výskumy výskytu syndrómu vyhorenia patria k pomerne frekventovaným (napr. Drotárová, 2006; Hučková, 2011; Lejková, Baumgartner, 2006; Urbanovská, 2011; Andrášiová, 2006; Švingálová 2006; Kebza, Šolcová, 2003 a ďalší). Často sú zamerané práve na pomáhajúce profesie (zdravotníkov, sociálnych pracovníkov, pedagógov, vychovateľov či policajtov), pričom sa ich autori zaoberajú nielen výskytom tohto javu, ale aj vzťahom k rôznorodým osobnostným premenným (emocionálna stabilita, extroverzia, inteligencia, sebahodnotenie, pracovná

spokojnosť a pod.) alebo sociálnymi premennými (prítomnosť sociálnej opory, pracovné podmienky, štýl vedenia a pod.). Výskumníci využívajú rôzne metodiky, pomerne často aj nami využitý MBI dotazník (Gajdošová, Lovašová, 2012; Balogová, Lorincová, 2015). Výskumy v profesii špeciálneho pedagóga nám však aktuálne neboli dostupné, s výnimkou autoriek L. Hrebeňárovej, T. Dubayovej a B. Nemcovej (2013) a autorov T. Dubayovej, L. Hrebeňárovej a V. Straku (2010), kde však bola použitá iná výskumná metodika (BM – Burnout Measure autorov Pines, Aronson, 1988). Výsledky ich výskumov poukázali na to, že vek ani dĺžka praxe nie sú premennými súvisiacimi s mierou vyhorenia v súbore špeciálnych pedagógov, ako sa zvyčajne predpokladá – skupina respondentov s dĺžkou praxe od 5 do 9 rokov dosahovala vyššie hodnoty ako učitelia s dĺžkou praxe nad 10 rokov. Uvedené zistenia autori interpretovali tak, že učitelia s významnými príznakmi vyhorenia odchádzajú z tohto náročného povolania a viac ako 10 rokov v ňom vydržia len jediní s vysokou mierou rezistencie a adaptácie. Ani v našom výskume sa jednoznačná súvislosť s vekom a dĺžkou praxe nepreukázala. K výskytu syndrómu vyhorenia zrejme závažnejšou mierou prispievajú iné faktory napr. štýl vedenia pracoviska, nedostatok materiálneho vybavenia školy, negatívne sebahodnotenie pedagóga a pod.

Príspevok poukazuje na závažnosť problému, ktorý sa označuje odborným pojmom syndróm vyhorenia, a jeho obsah je zameraný na prezentáciu výskumom získaných poznatkov o miere výskytu tohto syndrómu vo vybranom súbore špeciálnych pedagógov. Vo výskume sme sa nezaoberali príčinami, prejavmi a dynamikou tohto fenoménu v pedagogickej profesii s dôrazom na profesiu špeciálneho pedagóga. Pozornosť by si tiež zaslúžili preventívny prístupy, ktoré majú potenciál tento šíriaci sa fenomén eliminovať, či už ide o interné individuálne možnosti (životná zmysluplnosť, nezdolnosť, zdravá orientácia na výkon) alebo externé vplyvy v prevencii (sociálna opora, primerané oceňovanie práce, úprava pracovných podmienok a pod.). Naš realizovaný výskum však priniesol niektoré zaujímavé zistenia, ktoré by sa mohli stať základom pre ďalšie výskumy.

LITERATÚRA

- ANDRÁŠIOVÁ, M. 2006. Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie. In: *Via Practica*. Roč. 3, 2006, č. 12, s. 559 – 561. ISSN 1136-4790.
- BALOGOVÁ, D., LORINCOVÁ, T. 2015. Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov. Dostupné na internete: <http://prohuman.sk/print/psychologia/syndrom-vyhorenia>.
- DROTÁROVÁ, E. 2006. Syndróm vyhorenia u učiteľov a iných pracovníkov v pomáhajúcich profesiách. In: KUBÁNI, V. (Ed.). 2006. *Psychologická revue I*. Prešov: PU, 2006. ISBN 80-8068-507-X. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FHPV/Kubani2/index.html>.
- DUBAYOVÁ, T., HREBEŇÁROVÁ, L., STRAKA, V. 2010. Syndróm vyhorenia u učiteľov 1. stupňa základných škôl a učiteľov špeciálnych základných škôl vo variante A. In: *Efeta – otvor sa, vedecko-odborný časopis o komplexnej rehabilitácii ľudí s postihnutím*. Roč. 20, 2010, č. 2 – 3, s. 16 – 20. ISSN 1335-1397.
- GAJDOŠOVÁ, E., LOVAŠOVÁ, S. 2012. Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. Dostupné na internete: www.pulib.sk/web/knižnica/elpub.
- HREBEŇÁROVÁ, I., DUBAYOVÁ, T., NEMCOVÁ, B. 2013. Syndróm vyhorenia u učiteľov žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím na Slovensku. Dostupné na internete: <http://prohuman.sk/print/psychologia/syndrom-vyhorenia>.
- HUČKOVÁ, J. 2011. Úroveň stresu a syndrómu vyhorenia u učiteľov v závislosti od štýlu vedenia školy. In: *Medzinárodná vedecká elektronická konferencia pre doktorandov, vedeckých pracovníkov a mladých vysokoškolských učiteľov – zborník príspevkov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2011.
- LEJKOVÁ, L., BAUMGARTNER, F. 2006. Sociálna inteligencia ako jeden z osobnostných faktorov, sociodemografické faktory a syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. Dostupné na internete: <http://www.saske.sk/cas/archiv/3-2006/Lejkova.html>.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak nestratit nadšení*. Praha: Grada, 1998.
- MASLACH, C. 2011. Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. In: *The European Health Psychologist*. Roč. 13, 2011, č. 3, s. 44 – 47.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- PRŮCHA, J. 2002. *Učitel: Současné poznatky o profesi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-621-7.
- ŠVINGALOVÁ, D. 2006. *Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: TU, 2006. ISBN 80-7372-105-8.
- URBANOVSKÁ, E. 2011. Profesní stresory učitelů a syndrom vyhoření. In: *Škola a zdraví*. Roč. 21, 2011, č. 1, s. 309 – 322.
- VYMĚTAL, Š. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.



ANXIETA DETÍ A ŽIAKOV A ARTETERAPEUTICKÉ AKTIVITY

Anxiety of Children and Pupils and the Art Therapy Activities

Alena Sedláková¹

Abstrakt: V príspevku predkladáme interpretáciu pojmu anxieta detí a žiakov. V úvode píšeme o anxiете, ako aj úzkosti v rôznych charakteristikách. Venujeme sa základnej problematike úzkosti ako predmetu. Riešenie problematiky anxiety prinášame v kontexte používania úloh a foriem arteterapie. V príspevku predkladáme niekoľko úloh odporúčaných na hodiny arteterapie.

Kľúčové slová: úzkosť, anxieta, problémy úzkosti, arteterapia, úlohy a aktivity arteterapie.

Abstract: The paper deals with an interpretation of the concept of anxiety in children and pupils. In the introduction we described anxiety in various characteristics. Moreover, we focused on the basic issues of anxiety as a subject. Addressing of anxiety is presented in the content of using and forms of art therapy. Finally, the paper presents several tasks designed for the art therapy lessons.

Keywords: anxiety, anxiety problems, art therapy, tasks and activities of the art therapy.

Anxieta a jej charakteristika

Každý človek sa vo svojom živote už stretol s úzkosťou. Prejav úzkosti je skľučujúci, brzdiaci element. Úzkosť však plní mnoho rokov svoju nezastupiteľnú úlohu. Chráni nás totiž nielen pred reálnym nebezpečenstvom, ale vedie nás i k zdravej zdržanlivosti, cibrí naše zmysly a pripravuje nás na optimálny fyzický a duševný výkon (Janiček, 2008). „Slovo úzkosť (rovnako ako nemecké Angst alebo anglické anxiety pochádza z latinského angustus, t. j. úzky, tesný) vyjadruje hlavný pocit, ktorý tento stav sprevádza“ (Vymětal, 1979, s. 11). J. Praško (2005) definuje úzkosť ako neprijemný emočný stav, ktorého príčinu nemôžeme jasne vysvetliť. Ide o pocit, akoby sa niečo ohrozujúce malo stať, ale jedinec si neuvedomuje, čo by to vlastne malo byť. Podobne sa na problém anxiety pozerá aj M. Vágnerová (2004), ktorá dodáva, že u dieťaťa prevažujú pocity napätia a obavy neurčitého obsahu. J. Laplanche, J. B. Pontalis (1996) konštatujú, že pojem úzkosť označuje stav, pre ktorý je typické očakávanie

¹ Mgr. Alena Sedláková, PhD., Katedra hudobnej a výtvarnej výchovy, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: alena.sedlakova@unipo.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

nebezpečenstva a príprava naň, aj keď je neznáme. V odbornej literatúre sme sa často stretli s názorom, že úzkosť a strach spolu navzájom súvisia, a preto ich nemôžeme od seba úplne izolovať či separovať. Tento názor vyjadruje aj I. Stuchlíková (2002), ktorá poukazuje na existenciu značného množstva spoločných aspektov úzkosti a strachu (prežitkových, behaviorálnych a fyziologických), ktoré v sebe obsahujú. J. Vymětal (2004) dodáva, že úzkosť je veľmi nepríjemný stav, pretože na rozdiel od strachu si neuvedomujeme jej bezprostrednú príčinu, teda určitý predmet či situáciu, ktoré ju vyvolávajú. Je teda reakciou dieťaťa na tušené a neznáme nebezpečenstvo a býva spravidla nepríjemnejšia ako strach, pretože očakávanie niečoho nemilého a neznámeho je horšie ako udalosť sama, ak je jasne poznaná.

Príčiny vzniku anxiety

J. Vymětal (2003) konkrétne popísal dynamiku dejov vyvolávajúcich úzkosť u detí a žiakov s mentálnym postihnutím ako súbor vonkajších alebo vnútorných podnetov, ktoré na deti pôsobia a sú nimi selektívne vnímané a interpretované. Tento proces u detí a žiakov prebieha často automaticky. Na vzniku úzkosti u detí a žiakov sa teda podieľajú viaceré faktory. M. Vágnerová (2004) uvádza, že tieto faktory pôsobia vo vzájomnej interakcii, ktoré môžu ovplyvniť nielen závažnosť prejavov anxiety, ale aj jej intenzitu. Ide totiž o súbor dedičných dispozícií a vývojovo podmienených zmien, no taktiež aj o rôzne záťažové faktory, ktoré môžu byť biologického alebo psychosociálneho charakteru. Výrazný vplyv na vznik úzkosti má podľa J. Vymětala (2003) aj vplyv prostredia a podnety, ktoré dieťa či žiaka obklopujú. Pre detský vek je typická školská fóbia, ktorá určitým spôsobom úzko súvisí so separačnou úzkostnou poruchou, kedy je u detí a žiakov primárnym problémom strach z odlúčenia, a so sociálnou úzkostnou poruchou, kde primárny problém predstavuje úzkosť a strach detí a žiakov zo sociálnych kontaktov (Vágnerová, 2004). Ako upozorňuje M. Vágnerová (2004) je zaujímavé, že vo väčšine prípadov ide o žiakov, ktorí v škole nemajú výrazné problémy, dosahujú dobrý prospech a objektívne teda nemajú reálny dôvod na svoje obavy a úzkosti. Generalizovaná úzkostná porucha sa týka každodenných udalostí, pričom vyvoláva podráždenosť dieťaťa so zvýšeným svalovým napätím a prispieva tak k zhoršeniu jeho sústredenosti (Praško, 2005). Podľa M. Vágnerovej (2004) sú jej prvotné prejavy veľmi nešpecifické, ide predovšetkým o výstrednosti v ich správaní a ich zvýšené vnútorné napätie sa ventiluje aj rôznymi stereotypnými aktivitami ako je napríklad obhrýzanie nechťov, cmúľanie palcov, škrabanie kože a podobne. J. Praško (2005) definoval hlavné atribúty generalizovanej

úzkostnej poruchy, ktorú charakterizuje všeobecná a trvalá úzkosť, úzkostné správanie, prehnané a nerealistické obavy a starosti, psychické napätie, podráždenosť a nervozita, telesné príznaky motorického napätia. Deti a žiaci trpiaci generalizovanou úzkostnou poruchou pociťujú zástup rôznych ťažkostí, musia čeliť rôznorodým problémom, ktoré však nedokážu jasne popísať ani definovať. Generalizovaná úzkostná porucha teda predstavuje ďalšiu reálnu hrozbu, ktorá môže narušiť ich vzťah nielen k sebe samým, ale aj k okolitému sociálnemu prostrediu.

Arteterapia detí a žiakov trpiacich anxiitou

Arteterapia predstavuje v súčasnosti fenomén, ktorý preniká do našich životov stále viac a postupne si získava svojich priaznivcov nielen v odbornej, ale aj laickej spoločnosti. Ponúka a predstavuje jednu z efektívnych možností, ako pomôcť a pozitívne ovplyvniť predovšetkým jedincov (detí a žiakov), ktorí sú určitým spôsobom postihnutí, narušení alebo ohrození. Pomáha odstraňovať alebo zmiernovať formy úzkostí. B. Kováčová a M. Guillaume (2010) tvrdia, že pomocou výtvarného umenia dieťa či žiak sprostredkováva to, čo nevie, nemôže a mnohokrát ani nechce vyjadriť v bežnej komunikácii. Arteterapia ponúka dieťaťu priestor a možnosť, kde môže tvoriť, prežívať, korigovať svoj problém či odlišnosť, ktorá je ním samotným, resp. jeho prostredím nedostatočne, príp. nesprávne spracovaná. J. Šicková-Fabrici (2006) rozlišuje arteterapiu *receptívnu*, pri ktorej ide o vnímanie umeleckého diela s istým zámerom už pri jeho výbere arteterapeutom; hlavnou ideou receptívnej arteterapie je, aby jedinec pochopil svoje vnútro, ale aj pocity a vnútro iných; a *aktívnu*, ktorá znamená realizáciu konkrétnych aktivít (kresba, maľba, intermediálne aktivity) u jednotlivcov alebo v skupine. Petzold (In: Šicková-Fabrici, 2002) konštatuje, že arteterapia pôsobí na jedinca – dieťa ako na komplexný celok v jeho fyzických či psychických danostiach, v jeho uvedených aj neuvedených snahách pomocou umenia a z umenia odvodenými technikami, s cieľom jeho liečby, zmiernení ochorenia a integrovania celkovej osobnosti. Je však, ako podrobnejšie prezentujeme (In: Sedláková, 2009), podstatné a dôležité uvedomiť si, že pri liečbe detí a žiakov prostredníctvom výtvarného umenia nejde o tvorbu dokonalých výtvarných kompozícií, ale omnoho dôležitejšie je to, ako sa dieťa počas samotnej tvorby cíti, aké je jeho vnútorné prežívanie a v akom rozsahu sa dokáže duševne otvoriť. M. Liebmann (2010, s. 14) zdieľa rovnaký názor a upozorňuje na to, že „*arteterapia využíva výtvarné umenie ako prostriedok k osobnému vyjadreniu v rámci komunikácie skôr než by sa snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posudzované vonkajšími meradlami.*” M. Liebmann (2010) delí všeobecné

ciele arteterapie na *individuálne* – zamerané na uvoľnenie dieťaťa, rozvoj a podporu jeho sebaaprežívania a sebavnímania, príležitosť vizuálne a verbálne usporiadať jeho zážitky, ponúknuť rast vlastnej slobody a motivácie; a *sociálne ciele* – zacielené na nadviazanie kontaktu, včlenenie dieťaťa do skupiny a jeho následnú kooperáciu, rozvoj jeho komunikácie, možnosť spoločného riešenia problémov a ponúknuť skúsenosti, že aj ostatní majú možno podobné zážitky. Prioritným cieľom arteterapie je u mentálne postihnutých detí a žiakov podľa J. Šickovej-Fabrici (2006) kompenzácia ich intelektových deficitov, poznávacích procesov, funkcií a samotných schopností. B. Kováčová a M. Guillaume (2010) upozorňujú na to, že u mentálne postihnutých, anxiózných detí a žiakov poslaním arteterapie je zlepšiť ich stav po emocionálnej stránke a eliminovať negatívne skúsenosti, ktoré prežili, resp. aj v súčasnosti prežívajú. J. Šicková-Fabrici (2006) zosumarizovala základné ciele arteterapie u mentálne postihnutých detí a žiakov s úzkostnými poruchami nasledovne: arteterapia ponúka príležitosť sublimácie ich negatívnych zážitkov; umožňuje korigovať ich častokrát dezorientované myslenie a správanie; poskytuje reálny pohľad na ich poruchu a víziu zmien a nádeje na vyliečenie a pomoc. Podľa J. Šickovej-Fabrici (2002) sa uvádzajú dve formy arteterapie: individuálna a skupinová. Každá forma arteterapie sa môže podieľať na odbúravaní alebo zmierňovaní anxiety detí a žiakov. Prispieva k tomu svojimi liečebnými účinkami podľa zvolených umeleckých metód a úloh. Na záver nášho príspevku by sme navrhli niekoľko vhodných aktivít k tejto tematike.

Arteterapeutické aktivity na zmierňovanie anxiety detí a žiakov

Strach v detstve, ktorý sa vyznačuje zreteľnou špecifickosťou pre určitú vývinovú fázu a vzniká v istom stupni u väčšiny detí, je abnormálny svojím stupňom. Nedôvera k cudzím ľuďom a sociálna obava alebo úzkosť v nových, cudzích alebo sociálne hrozivých situáciách je charakteristická aj v mladšom detskom veku. Významným sa stáva pri nezvyčajnom stupni a pri zhoršení sociálneho fungovania. Indikácia terapie sa odporúča u detí od troch až štyroch rokov. Zvlášť účinná je pri deťoch s úzkosťami pri odlúčení od rodičov alebo po narodení mladšieho súrodenca. Niekedy sú deti pasívne a sociálne osamelé. Trvá to určitý čas. Po aplikovaní arteterapeutickej včasnej pomoci sa príznaky postupne zmierňujú. Vhodný výber techník dokáže spomaliť rozvoj anxiety najmä u starších detí, teda už žiakov v mladšom školskom veku, kedy už je ten sociálny rozmer zmiernený. Arteterapeutickými úlohami sa zmierňuje existujúce napätie detí a žiakov, ktoré sa prejavujú anxiou alebo strachom z nových foriem záťaže.

Predkladáme niekoľko kreatívnych arteterapeutických úloh, ktoré sa osvedčili pri včasnej intervencii a boli realizované aj študentmi predmetu arteterapia na Pedagogickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove. Úlohy je potrebné opakovať, aby sa výsledný efekt prejavil v pozitívnej zmene kvality života.

1. **Môj portrét.** Ide o realizáciu individuálne realizovanej úlohy v technike koláž. Potrebujeme k nej biely výkres a výstrižky z časopisov. Na plochu papiera lepíme vystrihnuté obrázky z časopisov do tvaru portréту. Môžu to byť obrázky s rôznymi podobami, ktoré v konečnej forme vytvoria osobný autoportrét.
2. **Kresba začarovanej rodiny.** Potrebujeme biely výkres a pastelky v tvrdom obale. Úlohou je nakresliť všetkých členov rodiny v podobách zvieratiek, ktoré zastupujú symbolicky členov rodiny. Výber zvierat je podmienený vlastnosťami, ktoré sú si navzájom podobné ľudskými vlastnosťami. Tak sa členovia rodiny zobrazia v podobách zvierat, a to akoby boli nimi začarovaní. Výhodou je usporiadanie nakreslených zvierat do vzťahov.
3. **Moja blízka budúcnosť.** K tejto téme potrebujeme biely výkres a výstrižky z časopisov. Úloha spočíva vo vytvorení koláže, v ktorej sa vyjadruje najbližšie obdobie autora, teda blízka budúcnosť. Do koláže sa tak vlepujú rôzne výstrižky s obrázkami, ktoré by mali predstavovať aktivity alebo prostredie, kde sa jedinec môže nachádzať. Vhodné je dávať všetky výstrižky do súvislej podoby blízkej budúcnosti, teda do určitých vzťahov.

Všetky navrhované úlohy realizujeme individuálne. Niekedy ich ozvláštnime aj kresbou, ktorú môžeme využiť aj ako doplnkovú techniku k jednotlivým kolážovým úlohám. Aktivity môžeme spolu spojiť aj do celkov, vtedy vznikne rozmernejšie dielo, kde sa môžu nachádzať ako v obmene aj portrét, rodina a blízka budúcnosť. Ďalšou obmenou je realizácia všetkých úloh v skupine. Skupinová práca dáva rozmer viacdimenzionálny v tom, že úlohy si navzájom môžeme dokresľovať alebo dolepovať podľa vzájomnej predstavy u jednotlivých tvoriacich jedincov.

LITERATÚRA

- JANÍČEK, J. 2008. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-366-6.
- KOVÁČOVÁ, B., GUILLAUME, M. 2010. *Art vo vzdelávaní*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2010. ISBN 978-80-8082-401-3.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. 1996. *Psychoanalytický slovník*. Bratislava: SAV, 1996. ISBN 80-224-0437-3.
- LIEBMANN, M. 2010. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovú výtvarnou prácu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-729-9.
- PRAŠKO, J. 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. 2008. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-410-6.
- SEDLÁKOVÁ, A. 2009. *Didaktika špeciálnej výtvarnej výchovy*. Prešov: PF PU v Prešove, 2009. ISBN 978-80-970103-0-0.
- STUCHLÍKOVÁ, I. 2002. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 807178-616-0.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2006. *Arteterapia – užitkové umenie*. Bratislava: Petrus, 2006. ISBN 80-89233-10-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7397-414-9.
- VYMĚTAL, J. 1979. *Úzkostné děti a jejich výchova*. Praha: SPN, 1979.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178740-X.
- VYMĚTAL, J. 2004. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-8309.



ZVYŠOVANIE ÚROVNE KOMUNIKAČNEJ SCHOPNOSTI S VYUŽITÍM REŽIMOVÝCH KARIET U ŽIAKOV S ŤAŽKÝM MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM NA ŠPECIÁLNEJ ZÁKLADNEJ ŠKOLE

Improving the Level of Communicative Skills by Using Mode Cards in Pupils with Severe Intellectual Disabilities in Special Elementary School

Alena Pawlusová¹

Abstrakt: Vzdelávanie žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia vo vzdelávacom variante C na špeciálnej základnej škole predstavuje pomerne málo prebádanú oblasť vzdelávania žiakov s mentálnym postihnutím. Spoločným znakom u týchto žiakov je narušená komunikačná schopnosť. V prípade nedostatočne rozvinutej komunikačnej schopnosti je vhodné využiť niektorú z metód alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. V príspevku sa autorka venuje rozvíjaniu komunikačnej schopnosti žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia v podmienkach špeciálnej základnej školy s použitím učebného materiálu *Moje učenie* (2001), ktorý vypracovala Andrea Šedibová. Myslenie žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia je konkrétne a viaže sa na aktuálne prežívanie, najmä na oblasť uspokojovania primárnych biologických potrieb, preto autorka v príspevku popisuje algoritmy nácviku vyjadrenia potreby prijímania potravy, prijímania vody a vylučovania.

Kľúčové slová: žiaci s ťažkým mentálnym postihnutím, narušená komunikačná schopnosť, alternatívna a augmentatívna komunikácia, štruktúrované učenie, režimové karty.

Abstract: Education of pupils with severe intellectual and developmental disabilities, the so called C variant, presents relatively young and barely examined part of the education of pupils with intellectual disabilities. Speech disorders are a common feature of all pupils of C variant. In the case of insufficient development of the communicative skills, it is appropriate to use one of methods of alternative and augmentative communication. The author deals with the development of communicative skills of C variant pupils in terms of the special elementary school with using teaching material 'My learning' (2001) drawn by Andrea Šedibová. Thinking of the pupils with severe intellectual and developmental disability is specific and it is related to actual wellbeing, particularly on the satisfaction of basic needs, therefore the authore describes the algorithms of practising to express needs of nurturing, taking water and excreting.

Keywords: pupils with severe intellectual and developmental disabilities, disrupted communication skills, alternative and augmentative communication, structured learning, mode card.

¹ Mgr. Alena Pawlusová, Špeciálna základná škola, Lipová 622, 024 01 Kysucké Nové Mesto, Slovenská republika. E-mail: pawlusova.ala@gmail.com. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

Každý žiak s ťažkým mentálnym postihnutím zaradený do vzdelávacieho variantu C na špeciálnej základnej škole je jedinečný a jeho vzdelávanie vyžaduje vypracovanie individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu a celkový individuálny prístup. Spoločným znakom u všetkých týchto žiakov je narušená komunikačná schopnosť. Myslenie a reč sú úzko prepojené, a keďže myslenie výrazne zaostáva oproti norme, rovnako je na tom aj úroveň komunikácie.

Vyučovací proces je vo svojej podstate komunikačný proces. Ak si komunikujúce strany navzájom nerozumejú, celý proces zlyhá a nie je dosiahnutý očakávaný výsledok. V prípade nedostatočne rozvinutej komunikačnej schopnosti je vhodné využiť niektorú z metód alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Naším zámerom bolo využiť na rozvíjanie komunikačnej schopnosti žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím učebný materiál *Moje učenie* (2001), ktorý vypracovala Andrea Šedibová. Učebný materiál je primárne určený pre žiakov s autizmom a je úzko spätý s metodikou štruktúrovaného učenia. Režimové karty na obrázkovo-slovnej úrovni sú jednoduché, farebné, podobné zobrazovanej skutočnosti a štruktúrované učenie rozpracováva vyučovanie a vyučovacie aktivity na jednotlivé kroky, ktoré umožňujú ich ľahšie pochopenie a osvojenie.

Ťažké mentálne postihnutie sa často vyskytuje súčasne s inými závažnými syndrómami, telesnými alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré tento stav významným spôsobom ovplyvňujú. Dôležité je uvedomiť si, že *„viacnásobné postihnutie nie je možné posudzovať ako súčet dvoch alebo viacerých postihnutí, ale v dôsledku viacerých faktorov vzniká nová kvalita“* (Vašek, 2011, s. 202). Vzhľadom na fakt častého výskytu pridružených postihnutí a narušení sa žiaci s ťažkým mentálnym postihnutím považujú aj za žiakov s viacnásobným postihnutím, často žiakov s ťažkým viacnásobným postihnutím (Vančová, 2005). Ťažké mentálne postihnutie predstavuje veľmi výrazné narušenie funkcionovania organizmu v bio-, psycho- a sociodimenzii a závažné narušenia, poškodenia všetkých zložiek osobnosti. Závažné poruchy zasahujú jemnú aj hrubú motoriku, preto sa mnohí ťažko mentálne postihnutí žiaci nenaučia stáť, chodiť, používať toaletu, samostatne jesť, piť a byť sebaobslužní. Ich komunikácia spočíva vo významových zvukoch, slabikách, príp. v niekoľkých slovách, ktorými vyjadrujú viacero významov. Častá je echolália bez porozumenia obsahu. Komunikujú aj mimikou, pohybmi. Myslenie je veľmi primitívne, dokážu pochopiť význam niektorých konkrétnych predmetov, osôb, situácií súvisiacich s uspokojovaním ich potrieb. Časté sú prejavy torpidity alebo, naopak, agresivity, autoagresivity. Ich práceschopnosť je veľmi krátka a unaviteľnosť vysoká. V období adolescencie je časté neadekvátne

nadmerné prejavovanie sexuálneho pudu (Vančová, 2005). Vnímanie, pamäť, predstavy, asociačné schopnosti sú u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím minimálne, myslenie prakticky celkom chýba. Ich duševný vývin zostáva na úrovni nižšej nervovej činnosti (pudovej, afektívnej, vegetatívnej), príp. na úrovni prechodných foriem napr. napodobňovania (Bajo, Vašek, 1994). Žiaci s ťažkým mentálnym postihnutím boli v minulosti oslobodení od vzdelávania. Zásadnou zmenou bola zmena školskej legislatívy v roku 2000. Pozitívny posun nastal schválením zákona č. 229/2000 Z. z., ktorým sa zmenil a doplnil zákon č. 29/1984 Z. z., o sústave základných a stredných škôl, ktorý v paragrafe 37 zrušil možnosť oslobodzovania od povinnej školskej dochádzky. Následnou novelizáciou vyhlášky č. 212/1991 Z. z., o špeciálnych školách č. 63/2000 Z. z., sa § 5 doplnil o dva odseky, v ktorých sa hovorí, že pre žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím a viacerými chybami sa môžu zriaďovať triedy s individuálnym výchovno-vzdelávacím programom. Vo vyhláške č. 364/2003 Z. z., sa už priamo hovorí o špeciálnej základnej škole, ktorá sa vnútorne člení na tri vzdelávacie varianty podľa stupňa postihnutia; žiaci s ťažkým alebo hlbokým mentálnym postihnutím sa vzdelávajú podľa vzdelávacieho variantu C (tiež In: Hrebeňárová, 2012). V súčasnosti sú títo žiaci vzdelávaní v súlade s princípmi výchovy a vzdelávania, ktoré sú definované v zákone 245/2008 Z. z., z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (tzv. školský zákon, § 3 odsek c, d) o rovnoprávnosti prístupu k výchove a vzdelávaniu so zohľadnením výchovno-vzdelávacích potrieb jednotlivca a jeho spoluzodpovednosti za svoje vzdelávanie a zákazu všetkých foriem diskriminácie a obzvlášť segregácie.

Pri rozvíjaní reči u mentálne postihnutých žiakov si musíme uvedomiť, že v ich prípade ide o symptomatické poruchy reči. Ide o narušenie komunikačnej schopnosti sprevádzajúce iné, dominujúce postihnutie, ochorenie či narušenie. V tomto prípade ide teda o narušenie komunikačnej schopnosti sprevádzajúce mentálne postihnutie. Komunikačná schopnosť je pri mentálnom postihnutí často narušená typickým spôsobom (Lechta, Matuška, 1995). M. Dolejší (1983, In.: Janštová, 2012) poukazuje na nápadné rozdiely verbálnych a neverbálnych zložiek psychiky detí, u ktorých je diagnostikované mentálne postihnutie. Neverbálne zložky inteligencie sú u týchto detí na vyššej úrovni. Môžeme to vidieť u časti žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím, ktorí sa verbálne nevyjadrujú a informácie o svojom prežívaní vyjadrujú rôznymi formami neverbálnej komunikácie (mimikou, haptikou, gestikuláciou, postojom, očným kontaktom atď.). U mentálne postihnutých žiakov dochádza k paradoxnej situácii, kedy na jednej strane zisťujeme narušený vývin reči, súčasne je však

komunikačný kanál neraz jedinou cestou ku kompenzácii nepriaznivých dôsledkov tohto postihnutia. Preto je dôležité začať s komplexným rozvíjaním, výstavbou reči už v najranejšom veku. Pozitívne ovplyvňovanie a rozvíjanie komunikačnej schopnosti vychádza z procesu experimentácie, imitácie a stimulácie (Lechta, Matuška, 1995). U žiakov, ktorých hovorená reč je nezrozumiteľná alebo sú úplne nehovoriaci, zaraďujeme prvky alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.

Schopnosť dorozumieť sa je u žiakov s mentálnym postihnutím jedna z najčastejšie postihnutých oblastí. Narušená komunikačná schopnosť sa vyskytuje u všetkých žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím vzdelávaných vo variante C na špeciálnej základnej škole, preto sa u nich odporúča využívať systémy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Tieto systémy komunikácie slúžia ako náhrada hovorenej reči alebo podpora pre existujúce komunikačné schopnosti, ktoré sú však nedostatočné, ich cieľom je skvalitnenie porozumenia reči a uľahčenie vyjadrovania (Klenková, 2006, In.: Ledvinová, 2012). Systémy alternatívnej a augmentatívnej komunikácie delíme na dynamické (MAKATON, prstová abeceda, znaková reč) a statické systémy (piktogramy, Bliss), pri ktorých sú symboly dotýčnej osobe predkladané v dvoj alebo trojrozmernej forme (Kubová, 1996, In.: Ledvinová, 2012). U žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím je dôležitý výber vhodného systému vzhľadom na ich kognitívne schopnosti, aby boli schopní ho pochopiť a následne používať. Do úvahy treba brať aj ďalších účastníkov komunikácie, v opačnom prípade by komunikácia bola jednostranná.

Za východisko nášho výskumu zameraného na zvýšenie komunikačnej schopnosti žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia považujeme aplikáciu metódy globálneho čítania, ktorá je postavená na vnímaní slova ako obrazu a je pre výučbu prvého čítania žiakov s mentálnym postihnutím vhodnejšia ako oveľa náročnejšia analyticko-syntetická metóda. Žiak sa tak naučí aspoň niektoré základné slová alebo slovné spojenia (Arpášová, Katrincová, 2010). Princíp spočíva na postupe od celku k jednotlivým častiam. Metóda globálneho čítania poskytuje žiakovi možnosť čítať ihneď celé slová a vnímať ich konkrétny význam. Vhodnou pomôckou pre tento spôsob výučby čítania je učebný materiál *Moje čítanie* (2001), ktorý vypracovala A. Šedibová pre žiakov s autizmom. Učebný materiál je podkladom k vytváraniu konkrétnych úloh osobitne pre každého žiaka na základe jeho aktuálnej vývinovej úrovne. Neoddeliteľnou súčasťou učebného materiálu je jeho viazanosť na štruktúrované učenie. Metodika štruktúrovaného učenia akceptuje zvláštnosti každého žiaka

a prispôsobuje sa mu. Práve spojenie režimových kariet a štruktúrovaného učenia by mohlo byť vhodnou alternatívou pre rozvíjanie komunikačnej schopnosti u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím. Obrázky sú farebné, figúra je dobre viditeľná na bielom pozadí, je veľmi podobná reálnemu predmetu, ktorý zobrazuje. Text slovnej časti je písaný veľkými tlačnými písmenami, preto sa dajú využiť v pôvodnom stave bez úpravy, čím sa vytvára možnosť rozširovať ich slovnú zásobu ďalej. Učebný materiál je pre školu ľahko dostupný, finančne nenáročný, nevyžaduje náročné úpravy prostredia. Sú zrozumiteľné aj pre intaktnú časť populácie, čo zabraňuje jednostrannej komunikácii žiakov so širším okolím.

Cieľ výskumu

Cieľom výskumu² bolo overiť, či sa prostredníctvom využitia režimových kariet zvýši úroveň komunikačnej schopnosti v oblasti sebaobsluhy u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím vo variante C na špeciálnej základnej škole. Predpokladali sme teda, že u pozorovaných žiakov po aplikácii režimových kariet a ich dlhodobom používaní sa zlepší ich komunikačná schopnosť v oblasti sebaobsluhy.

Výskumné otázky

1. Aká je počiatočná úroveň vyjadrovania potreby prijímania potravy, prijímania vody a vylučovania u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím?
2. Ako sa zvýši úroveň komunikačnej schopnosti u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím pomocou využitia režimových kariet?
3. Aký bude mať využitie režimových kariet vplyv na zvýšenie úrovne sebaobsluhy?

Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorili traja žiaci – dvaja chlapci a jedno dievča, ktorí sú vzdelávaní v triede I. A (8., 9., 10. roč.) variantu C na Špeciálnej základnej škole v Kysuckom Novom Meste. Z dôvodu ochrany osobných údajov sú žiaci označení písmenami A, B, C. Písmenom A je označená žiačka 8. ročníka, písmenom B žiak 9. ročníka, písmenom C žiak 10. ročníka. Vek žiakov zodpovedá príslušnému ročníku, preto nie je nevyhnutné uvádzať rok narodenia. Výskumný súbor prezentujeme v tabuľke 1.

² Výskum bol realizovaný ako súčasť atestačnej práce k druhej atestácii.

Tabuľka 1 Charakteristika výskumnej vzorky (Zdroj: vlastné spracovanie)

Žiak	Ročník	Diagnóza
A	8.	ťažký stupeň mentálneho postihnutia, primárna enkopréza a enuréza, nesyndrémová obezita, mutizmus
B	9.	ťažký stupeň mentálneho postihnutia, eretický typ, hyperaktívny syndróm, primárna enkopréza a enuréza, mutizmus, sekundárna epilepsia
C	10.	posttraumatická detská mozgová obrna, kvadraparetický spastický syndróm, ťažký stupeň mentálneho postihnutia, inkontinencia moču, symptomatická porucha reči

V triede I. A (8., 9., 10. roč.) – predstavuje u žiakov nízka úroveň komunikačnej schopnosti významný problém. Žiaci rozumejú niektorým jednoduchým inštrukciám a pokynom, ale ich vlastné vyjadrovanie (verbálne aj neverbálne) je na takej nízkej úrovni, že je pre učiteľa ako komunikačného partnera veľmi ťažko zrozumiteľné. Žiaci A a B verbálne nekomunikujú vôbec, ich reč je na úrovni neartikulovaných zvukov a kriku. Žiak C má symptomatickú poruchu reči, ktorá je následkom posttraumatického subdurálneho hematómu v novorodeneckom období. Žiak tvorí jednoslovné až dvojslovné vety, ktoré sú pojmovo chudobné, agramatické a veľmi ťažko zrozumiteľné v dôsledku artikulačnej neobratnosti.

Metodológia výskumu

Metodológia výskumu vychádza z princípov kvalitatívneho výskumu. Na základe stanoveného cieľa výskumu a formulovaných výskumných otázok sme si zvolili obsahovú analýzu pedagogickej dokumentácie žiakov a priame štruktúrované pozorovanie.

V pozorovaní sme sa zamerali na tri oblasti komunikácie: vyjadrenie potreby prijímania potravy, prijímania vody a vylučovania. Žiakov sme pozorovali jednu vyučovaciu hodinu počas dvoch za sebou nasledujúcich dní. Aby bol časový interval pozorovania jednotný u všetkých žiakov, zvolili sme najkratší časový úsek, t.j. jednu vyučovaciu hodinu (jednu hodinu denne sa vzdeláva žiak B). Sledovali sme, či žiaci nejakým spôsobom vyjadrí, že sú smädní, hladní alebo potrebujú ísť na WC, či budú reagovať na slovný pokyn: DESIATA, PIŤ a WC a vykonajú danú aktivitu, či po ponúknutí konkrétneho jedla, nápoja a posadení na WC vykonajú danú aktivitu. Slovo DESIATA v tomto prípade nahrádza slovo JEDLO. Ak sa aktivita vyskytne, žiak dostane 1 bod, ak sa

nevyskytne, žiak dostane o bodov. Počet bodov v jednotlivých aktivitách za dva dni sme sčítali a údaje sme zaznamenali do pripraveného záznamového hárku.

Po úvodnom pozorovaní v septembri 2014 sme priestor v triede rozčlenili na jednotlivé časti podľa aktivít, ktoré v nich prebiehajú. Časti sú označené režimovými kartami vyhotovenými z učebného materiálu *Moje učenie* (2001). Karty sú na obrázkovo-slovnej úrovni porozumenia symbolov. Štruktúrovanie priestorov pomáha žiakom orientovať sa v priestore a čase. Na stenu sme umiestnili denný plán žiaka, v ktorom má každý žiak znázornené činnosti, ktoré musí v danom dni počas vyučovania absolvovať. Štruktúrovanie vyučovania im pomáha pochopiť okolité prostredie. Vedia kam idú, čo tam budú robiť a čo bude nasledovať, ak úlohu splnia. V časti PIŤ prebieha nácvik vyjadrovania potreby prijímania vody a príprava nápoja (voda so sirupom, čaj), v časti DESIATA prebieha nácvik vyjadrovania potreby prijímania potravy – v tejto časti žiaci jedia desiatu. Kartou WC a UMYŤ RUKY je označená toaleta s umývadlom.

Implementácia nácviku vyjadrovania biologických potrieb

Výskum bol realizovaný v priestoroch triedy I. A (8., 9., 10. roč.) v období od septembra 2014 do februára 2015. Východiskom pre nácvik vyjadrovania biologických potrieb prostredníctvom režimových kariet boli výsledky pozorovania uskutočneného na začiatku septembra 2014 (viď tabuľka 2). Sledovali sme schopnosť žiakov vyjadriť snahu o uspokojenie základných biologických potrieb. Z pozorovaného vyplýva, že hoci žiaci svoje potreby nevedeli vyjadriť a ani nerozumeli slovnej inštrukcii zo strany učiteľky, po ponúknutí jedla a nápoja ponuku prijali a po privedení na WC si žiaci B a C sadli na záchod. Potrebu nevykonali, ale aj posadenie na záchod je dôležitý moment v nácviku. Žiačka A odmietala sadnúť si na záchod.

Samotnému nácviku vyjadrovania biologických potrieb predchádzalo nacvičovanie triedenia predmetov a obrázkov podľa tvaru, farby, veľkosti a podľa ďalších kritérií. Úlohy, ktoré vedú k schopnosti globálne čítať, majú svoju postupnosť, ktorú treba dodržať. Postupuje sa po malých krokoch, treba zabezpečiť úspešné zvládnutie každej čiastkovej úlohy a aplikovať naučenú schopnosť v novom kontexte. Úlohy na rozvíjanie diferenciácie sme pripravili z pracovných listov *Moje učenie* (2001) a rôznych iných zdrojov podľa schopností a zručností jednotlivých žiakov. Niektorí žiaci sú schopní diferenciácie samostatne alebo len s malou pomocou, niektorí žiaci sú schopní diferencovať len s pomocou vyučujúceho.

V septembri 2014 sme žiakom A, B a C zaradili do individuálnych výchovno-vzdelávacích programov diferenciaciu a priradovanie režimových kariet PIŤ, DESIATA, WC, UMYŤ RUKY bez porozumenia ich významu. Po mesiaci žiaci A a C priradovali rovnaké karty samostatne, žiak B ich priradoval s pomocou. V druhej etape nácviku žiaci priradovali režimové karty v reálnom priestore. Z denného plánu žiaka si každý žiak vzal režimovú kartu podľa poradia zhora dole, pomenovali sme ju a spolu sme ju umiestnili na rovnakú režimovú kartu, ktorou bol označený priestor vyhradený pre danú aktivitu. V tejto etape išlo o spojenie obrázka na režimovej karte s vysloveným názvom aktivity a jeho priradenie k priestoru, kde sa aktivita vykonáva a s vykonaním samotnej aktivity. U žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sa odporúča začínať s aktivitou, ktorá je pre nich atraktívna. Preto sme začali s nácvikom vyjadrenia potreby prijímania potravy, potom nasledovalo vyjadrenie potreby prijímania vody a na záver vyjadrenie potreby vylučovania.

Algoritmus nácviku vyjadrenia potreby prijímania potravy

1. Žiak s pomocou učiteľky vezme z denného plánu kartu DESIATA v rámci vopred určeného poradia.
2. Učiteľka vysloví slovo: „DESIATA.“
3. Žiak v sprievode učiteľky prejde k vymedzenému priestoru označenému rovnakou kartou a prilepí ju na danú kartu.
4. Žiak si s pomocou učiteľky pripraví prestieranie a sadne si.
5. Po jedle si žiak utrie ústa a ruky do obrúska, odpad hodí do koša.
6. Po skončení aktivity žiak odlepí režimovú kartu a odloží ju do košíka s ostatnými použitými kartami, čím aktivitu ukončí a môže prejsť k ďalšej.

Po úspešnom zvládnutí aktivity žiak dostane odmenu. Všetci traja žiaci uprednostňujú ako odmenu sladkosť. Nácvik prebieha každý deň rovnakým spôsobom. Spočiatku je pomoc intenzívna, postupne ju redukuje až k úplnej samostatnosti žiaka. Avšak nie všetci žiaci sú schopní dosiahnuť úplnú samostatnosť vo všetkých činnostiach.

Algoritmus nácviku vyjadrenia potreby prijímania vody

1. Žiak s pomocou učiteľky vezme z denného plánu kartu PIŤ v rámci vopred určeného poradia.
2. Učiteľka vysloví slovo: „PIŤ.“

3. Žiak v sprievode učiteľky prejde k vymedzenému priestoru označenému rovnakou kartou a prilepí ju na danú kartu.
4. Žiak si s pomocou učiteľky pripraví nápoj (otvorí sirupovú fľašu, naleje sirup do pohára a naplní ho vodou).
5. Po vypití žiak umyje pohár a vráti ho na pôvodné miesto.
6. Po skončení aktivity žiak odlepí režimovú kartu a odloží ju do košíka s ostatnými použitými kartami, čím aktivitu ukončí a môže prejsť k ďalšej.

Bezprostredne po zvládnutí aktivity žiak dostane odmenu. V prípade teplejšieho počasia režimovú kartu zaradíme do denného plánu viackrát.

Algoritmus nácviku vyjadrenia potreby vylučovania

1. Žiak s pomocou učiteľky vezme z denného plánu kartu WC a UMYŤ RUKY v rámci vopred určeného poradia.
2. Učiteľka vysloví slovo: „W-é C-é.“
3. Žiak v sprievode učiteľky prejde k WC, prilepí kartu na rovnaký symbol umiestnený vedľa záchoda.
4. Žiak si s pomocou učiteľky stiahne nohavice, odstráni plienku a sadne si na záchod.
5. Žiak na WC sedí maximálne 10 minút.
6. Ak v danom intervale vykoná potrebu, učiteľka so žiakom skontroluje záchod, žiaka výrazne pochváli a spolu spláchnu, nasadia plienku a oblečú nohavice.
7. Ak žiak potrebu nevykoná, učiteľka so žiakom skontroluje záchod, dôrazne vysloví, že v záchode nič nie je a nespláchnu, nasadia plienku a oblečú nohavice.
8. Žiak odlepí režimovú kartu WC, odovzdá ju učiteľke a prilepí režimovú kartu UMYŤ RUKY.
9. S pomocou učiteľky si žiak umyje ruky s mydlom a utrie do uteráka.
10. Po skončení aktivity žiak odlepí režimovú kartu, vráti sa do triedy a odloží ju do košíka s ostatnými použitými kartami, čím aktivitu ukončí a môže prejsť k ďalšej.

Bezprostredne po ukončení aktivity žiak dostane odmenu, príp. je možné použiť inú obľúbenú formu odmeny ako potlesk, pohladenie, úsmev.

Interpretácia výsledkov výskumu

Cieľom výskumu bolo overiť, že sa prostredníctvom využitia režimových kariet zvýši úroveň komunikačnej schopnosti v oblasti sebaobsluhy u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím vo variante C na špeciálnej základnej škole.

Predpokladali sme, že sa u pozorovaných žiakov po aplikácii režimových kariet a ich dlhodobom používaní zlepši ich komunikačná schopnosť v oblasti sebaobsluhy. Výsledky sú uvedené v tabuľke 2.

Tabuľka 2 Frekvencia vyjadrovania potrieb (Zdroj: vlastné spracovanie)

AKTIVITA	Žiačka A		Žiak B		Žiak C	
	Sep-tember 2014	Fe-bruár 2015	Sep-tember 2014	Fe-bruár 2015	Sep-tember 2014	Fe-bruár 2015
Vyjadrenie potreby prijímania potravy	0	3	0	0	0	4
Vyjadrenie potreby prijímania vody	0	4	0	4	0	3
Vyjadrenie potreby vylučovania	0	0	0	0	0	0
Porozumenie pokynu DESIATA	0	2	0	2	0	2
Porozumenie pokynu PIŤ	0	2	0	2	0	2
Porozumenie pokynu WC	0	2	0	2	0	2
Prijatie ponuky DESIATA	2	2	2	2	2	2
Prijatie ponuky PIŤ	2	2	2	2	2	2
Prijatie ponuky WC	0	2	0	2	0	2

Odpoveď na výskumnú otázku č. 1: *Aká je počiatočná úroveň vyjadrovania potreby prijímania potravy, prijímania vody a vylučovania u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím?*

Z tabuľky 2 vyplýva, že žiaci najprv nevedeli verbálne ani neverbálne vyjadriť svoje potreby a nerozumeli ani slovnému pokynu zo strany učiteľky. Po ponúknutí jedla a nápoja ponuku prijali a voči ponuke ísť na WC boli žiaci pasívni. Potrebu vylučovania žiaci uspokojovali priebežne do plienok.

Odpoveď na výskumnú otázku č. 2: *Ako sa zvýši úroveň komunikačnej schopnosti u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím pomocou využitia režimových kariet?*

Žiačka A: Z tabuľky 2 vidíme, že v septembri 2014 vyjadrenie *potreby prijímania potravy* zo strany žiačky A absentovalo. Na konci sledovaného obdobia signalizovala potrebu počas sledovaného intervalu 3-krát výberom z ponúknutých kariet. Na slovný pokyn DESIATA reagovala len v spojení s režimovou kartou. Nácvik reakcie na slovný pokyn bude vyžadovať dlhodobý nácvik.

Ďalej z tabuľky 2 vidíme, že v septembri 2014 žiačka A nevyjadrovala *potrebu prijímania vody* vôbec. Na konci sledovaného obdobia 4-krát. Keď už kartu PIŤ v dennom pláne nemala a jej správanie signalizovalo nervozitu, dali sme jej na výber z dvoch známych kariet napr. PIŤ a ODDYCH. Ak si žiačka vybrala režimovú kartu PIŤ, pripravila si nápoj a napila sa. Z toho vyplýva, že žiačka pochopila komunikačný význam režimovej karty. Na slovný pokyn PIŤ bez vizualizácie pomocou režimovej karty nereagovala, ale s použitím karty áno.

V oblasti vyjadrovania *potreby vylučovania* sa u žiačky A úroveň vyjadrovania potreby počas sledovaného obdobia nezmenila. Zlepšenie nastalo v porozumení pokynu WC v spojení s režimovou kartou a ochotou sadnúť si na záchod. Postupne s využitím intenzívneho odmeňovania prekonala svoje obavy, sadla si na záchod a v niekoľkých prípadoch vykonala potrebu. Za čo bola bezprostredne pochválená a odmenená. Toaletný papier odmietala použiť aj s pomocou.

Žiak B: Z tabuľky 2 vidíme, že vyjadrenie *potreby prijímania potravy* zostalo u žiaka B na rovnakej úrovni ako bolo v septembri 2014. Režimovú kartu DESIATA priraduje správne, po dojedení si upratá odpadky a po skončení odloží kartu k ostatným. Z toho usudzujeme, že významu karty DESIATA rozumie, ale nepotrebuje ju použiť. Na slovný pokyn DESIATA reagoval len

v spojení s režimovou kartou. Nácvik reakcie na slovný pokyn bude vyžadovať dlhodobý nácvik.

Ďalej z tabuľky 2 vidíme, že v septembri 2014 žiak B nevyjadroval *potrebu prijímania vody*. Vo februári 2015 až 4-krát. Po osvojení postupu prípravy nápoja na označenom mieste začal v priebehu vyučovania vyhľadávať časť označenú režimovou kartou PIŤ. Podľa reakcií žiaka B usudzujeme, že pochopil komunikačný význam režimovej karty. Je u neho reálny predpoklad, že v budúcnosti bude schopný režimovú kartu PIŤ využívať na vyjadrenie potreby prijímania vody po dostatočne dlhom nácviku. Na slovný pokyn PIŤ reagoval na konci sledovaného obdobia len v kombinácii s režimovou kartou. Kartu vždy priradil správne a vykonal požadovanú aktivitu. Ponuku PIŤ vo forme konkrétneho nápoja žiak prijal 2-krát.

V oblasti vyjadrovania *potreby vylučovania* žiakom B nenastala zmena. Zlepšenie sa prejavilo v porozumení pokynu WC v spojení s režimovou kartou, kedy na konci sledovaného obdobia žiak reagoval pozitívne 2-krát v porovnaní so septembrom 2014, kedy na pokyn nereagoval vôbec. Významné zlepšenie nastalo v prijatí ponuky WC. V septembri 2014 žiak nechodil na WC, potrebu vykonával do plienky. Na konci sledovaného obdobia žiak v rámci ponuky vzal režimovú kartu, prešiel na WC, samostatne si dal dole plienku, sadol si na záchod a vykonal potrebu. Za čo bol bezprostredne pochválený a odmenený. Na použitie toaletného papiera potreboval asistenciu. Naďalej vykonával potrebu aj do plienky. V spolupráci s rodičmi a vychovateľkami mu boli zmenené plienky z nalepovacích na nohavičkové, ktoré sa vyzliekajú ako spodná bielizeň. Pomocou nich si žiak nacvičoval vyzliekanie bielizne pred posadením na záchod a obliekanie po vykonaní potreby.

Žiak C: Z tabuľky 2 vidíme, že žiak C bol najúspešnejší v nácviku vyjadrovania svojich potrieb. V septembri 2014 nevyjadroval ani jednu zo sledovaných potrieb. Vo februári 2015 bol schopný vyjadriť všetky tri sledované potreby. Na vyjadrenie potrieb využíval režimové karty, ktoré priradil k správnej aktivite.

Potrebu prijímania potravy žiak C na začiatku sledovaného obdobia nevyjadroval. Pomerne rýchlo si osvojil obrázkovo-slovnú úroveň a na konci februára 2015 na vyjadrenie potreby použil režimovú kartu 4-krát. Slovo DESIATA nevyslovoval. Je to trojslabičné artikulácie náročné slovo, ktoré nebol schopný vysloviť. Zvládol priradenie slova DESIATA k režimovej karte. Na slovný pokyn DESIATA v septembri 2014 nereagoval, vo februári 2015 2-krát reagoval správne. Ponuku konkrétnej DESIATY na začiatku aj na konci sledovaného obdobia 2-krát prijal.

V septembri 2014 žiak C *potrebu prijímania vody* nevyjadroval, vo februári 2015 potrebu vyjadril 3-krát. Spočiatku počas nácviku používal na vyjadrenie režimovú kartu, postupne sa slovo PIŤ naučil vyslovovať. Po zvládnutí vyslovenia pokynu PIŤ vyjadroval potrebu prijímania vody prostredníctvom režimovej karty aj slovné. Na slovný pokyn PIŤ v septembri 2014 nereagoval, vo februári 2015 reagoval 2-krát správne aj bez použitia režimovej karty. Ponuku PIŤ prijal alebo odmietol podľa aktuálnej potreby.

Potrebu vylučovania v septembri 2014 vykonával priebežne do plienky. Vykonanie potreby nesignalizoval. Samostatné vyjadrenie potreby vylučovania žiakom C sa nezlepšilo ani na konci sledovaného obdobia. Významné zlepšenie nastalo na konci februára 2015 v oblasti porozumenia pokynu WC, kedy žiak C 2-krát správne reagoval na slovný pokyn WC aj bez použitia režimovej karty oproti septembru 2014, kedy na pokyn nereagoval. Po označení toalety režimovou kartou WC sa pomerne rýchlo naučil priradiť adekvátnu kartu z denného plánu žiaka. V spolupráci s otcom mu boli zmenené plienky z nalepovacích na nohavičkové, ktoré sa vyzliekajú ako spodná bielizeň. Pomocou nich si žiak nacvičoval vyzliekanie bielizne pred posadením na záchod a obliekanie bielizne po vykonaní potreby. Zlepšilo sa aj prijatie ponuky WC oproti septembru 2014, kedy bol voči ponuke pasívny. Vo februári 2015 ponuku 2-krát prijal a posadil sa na záchod. U žiaka C predpokladáme možnosť úplného odstránenia používania plienok počas dňa.

Z uvedených výsledkov vyplýva, že sa úroveň komunikačnej schopnosti u žiakov v triede I. A (8., 9., 10. roč.) zlepšila najmä v oblasti vyjadrovania potreby prijímania potravy a vody a v oblasti porozumenia pokynom DESIATA a PIŤ.

Odpoveď na výskumnú otázku č. 3: Aký bude mať využitie režimových kariet vplyv na zvýšenie úrovne sebaobsluhy?

Pri nácviku vyjadrovania *potrieb prijímania potravy, prijímania vody a vylučovania* podľa vypracovaného metodického postupu žiaci nielen priradzovali režimové karty, ale zároveň vykonávali podľa nich aktivity dodržiavaním presných algoritmov. Aby priradzovanie režimových kariet malo komunikačný význam, žiaci museli mať s každou kartou spojené vykonávanie danej aktivity, ktorú nacvičovali bezprostredne po priradení režimovej karty.

Z tabuľky 2 vidíme, že na konci sledovaného obdobia žiaci dokázali zrozumiteľným spôsobom vyjadriť niektoré svoje potreby a zároveň sa na ich uspokojovaní významne podieľali. Hlavným cieľom výchovy a vzdelávania žiakov bolo dosiahnutie čo najvyššej miery samostatnosti v sebaobslužných

činnostiach. Z uvedených výsledkov vyplýva, že sa úroveň komunikačnej schopnosti v oblasti sebaobsluhy zvýšila u všetkých troch žiakov. Najlepšie výsledky dosiahli žiaci vo vyjadrovaní potreby prijímania vody. V tejto oblasti došlo k zlepšeniu u všetkých troch žiakov. U dvoch žiakov sa zvýšila úroveň vyjadrovania potreby prijímania potravy, avšak ani u jedného žiaka sa nezvýšila úroveň vyjadrovania potreby vylučovania. Pozitívne je, že sa u všetkých žiakov zvýšila úroveň porozumenia pokynom a ochota prijať ponuku na vykonanie potrieb. Táto skutočnosť poslúži ako odrazový mostík pre ďalšie rozvíjanie ich komunikačnej schopnosti pomocou režimových kariet.

Záver a odporúčania pre prax

Nízka úroveň komunikačnej schopnosti žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím zaradených do vzdelávacieho variantu C na špeciálnej základnej škole predstavuje v ich vzdelávaní významný problém. Aby sme mohli dosiahnuť čo najvyšší stupeň ich rozvoja, musíme sa naučiť s nimi komunikovať, a to na takej úrovni, ktorá bude zrozumiteľná pre nich aj pre nás. Využitie režimových kariet z učebného materiálu *Moje učenie* (2001) na rozvíjanie komunikačnej schopnosti predstavuje vhodnú alternatívu aj pre týchto žiakov. Režimové karty sú svojou grafickou úpravou zrozumiteľné pre žiakov a ich okolie. Slúžia ako príprava na globálne čítanie. Neoddeliteľnou súčasťou práce s režimovými kartami je vytvorenie štruktúrovaného prostredia a vizualizácia činností v dennom pláne žiaka. Prepojenie denného plánu žiaka so štruktúrovaným prostredím pomocou režimových kariet pomáha postihnutým žiakom orientovať sa v okolitom prostredí a pomáha im pochopiť časovú následnosť činností, čo vedie k znižovaniu stresu a eliminácii nevhodného správania. Žiaci sú potom schopní pochopiť súvislosti medzi režimovými kartami a aktivitami, ktoré predstavujú a na základe toho ich môžu využiť na vyjadrenie svojich potrieb, aj v prípade, že verbálna komunikácia nie je u nich rozvinutá. U týchto žiakov je vhodné začínať s menším počtom aktivít a pravidelne ich opakovať dostatočne dlhý čas. Dôležité je, aby prebiehal konštantným spôsobom a aby bol dôsledne naplánovaný podľa individuálnych potrieb každého žiaka. Každé zvládnutie aj len čiastkovej činnosti musí byť odmenené. Prežívanie u žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím sa sústreďuje na uspokojovanie primárnych biologických potrieb, najmä potreby prijímania potravy a potreby prijímania vody. Preto odporúčam začať aktivitami, ktoré vedú k uspokojeniu týchto potrieb. V závere môžeme konštatovať, že po zvýšení úrovne komunikačnej schopnosti u žiakov v triede a následnou primeranou saturáciou primárnych

biologických potrieb sa zlepšila celková klíma v triede a zefektívnilo sa dosahovanie výchovno- vzdelávacích výsledkov.

LITERATÚRA

- ARPAŠOVÁ, E., KATRINCOVÁ, A. 2010. *Metodická príručka na rozvoj komunikácie pre mentálne postihnutých žiakov*. Zlaté Moravce: Spojená škola, 2010.
- BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Psychopédia. Bratislava: Sapientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. 2008. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.
- GAVORA, P. a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [on-line]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. [Citované 18. apríl 2015] Dostupné na internete: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk>. ISBN 978-80-223-2951-4.
- HREBEŇÁROVÁ, L. 2012. *Analýza edukačného procesu žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím: Dizertačná práca*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, 2012.
- JANŠTOVÁ, K. 2012. *Pomůcky a přístroje využívané k rozvoji komunikačních kompetencí dětí a žáků s mentálním postižením: Diplomová práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, 2012.
- KATUŠČAK, D. 2008. *Ako písať záverečné a kvalifikačné práce*. Nitra: Enigma, 2008. ISBN 978-80-89132-45-4.
- KUBOVÁ, L. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- LEDVINOVÁ, K. 2012. *Využití systémů Alternativní a augmentativní komunikace u žáka s mozkovou obrnou: Bakalárska práca*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, 2012.
- LECHTA, V., MATUŠKA, O. 1995. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Invocentrum, 1995.
- ŠEDIBOVÁ, A. 2001. *Moje učenie: Učebný materiál pre deti s autizmom*. Bratislava: EXPOL PEDAGOGIKA, 2001. ISBN 978-80-8091-168-3.
- Školský vzdelávací program: Interné materiály školy. Kysucké Nové Mesto: Špeciálna základná škola, 2009.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.
- VAŠEK, Š. 2011. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia, 2011. ISBN 978-80-89229-21-5.
- VLADOVÁ, K., ČIHANSKÁ, M., FOGADOVÁ, R., LEDNECZKÁ, G. 2009. *Vzdelávacie programy pre žiakov s mentálnym postihnutím ISCED 1 – primárne vzdelávanie*. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, 2009.
- Zákon 245/2008 Z. z., o výchove a vzdelávaní (tzv. školský zákon) z dňa 22. mája 2008.



LAUDATIO

**prof. PhDr. ŠTEFANOVI VAŠEKOVI, CSc.,
K VÝZNAMNÉMU ŽIVOTNÉMU JUBILEU**

**Laudation to the Anniversary of professor
Štefan Vašek, CSc.**

Gabriela Vojteková¹

Pri príležitosti blížiaceho sa životného jubilea prof. PhDr. Štefana Vaška, CSc., ktorý istý čas pôsobil aj na našej Katedre špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove, si dovoľujeme priblížiť ľudskú i profesijnú osobnosť tohto vysokoškolského pedagóga, uznávaného predstaviteľa súčasnej špeciálnej pedagogiky na Slovensku doma i v zahraničí a držiteľa viacerých významných ocenení.

Prof. PhDr. Štefan Vašek, CSc., sa narodil dňa 25. 12. 1936 v Lučenci. Bohaté skúsenosti v oblasti špeciálnej pedagogiky získal ako pedagóg a neskôr aj riaditeľ Osobitnej školy a Osobitnej učňovskej školy pre telesne postihnutých v Slávnici, tiež ako riaditeľ Osobitnej učňovskej školy pre telesne postihnutých v Ladcoch. Počas svojho života pôsobil na viacerých univerzitách doma i v zahraničí (Prešovská univerzita v Prešove, Katolícka univerzita v Ružomberku, Sliezska univerzita v Katoviciach, Univerzita v Segedíne, Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzita Jána Amosa Komenského v Prahe). V roku 1997 získal vedeckú hodnosť kandidáta vied (CSc.), v roku 1982 bol menovaný za docenta, v roku 1997 inaugurovaný na profesora špeciálnej pedagogiky. Do nedávna pôsobil ako vedúci Katedry špeciálnej pedagogiky na Univerzite Komenského v Bratislave, kde vykonával aj funkciu prodekana fakulty, neskôr sa stal aj členom Akreditačnej komisie vlády Slovenskej republiky (v rokoch 1999 – 2002). Počas svojho života získal za svoju dlhoročnú pedagogickú i vedeckú činnosť v odbore špeciálna pedagogika viacero významných ocenení, ku ktorým patrí aj *Medaila sv. Gorazda*, *Zlatá medaila Univerzity Komenského*, *Pamätná medaila Univerzity Komenského* či štátne vyznamenanie *Rad Ľudovíta Štúra, II. trieda* v roku 2013 pri príležitosti 20. výročia vzniku Slovenskej republiky, ktorý mu udelil vtedajší prezident Slovenskej republiky Ivan Gašparovič ako pedagógovi a vedeckému pracovníkovi v odbore špeciálna pedagogika za jeho mimoriadne zásluhy a rozvoj špeciálnej pedagogiky na Slovensku.

¹ Mgr. Gabriela Vojteková, Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: gabriela.vojtekova@smail.unipo.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

Ludskú a profesijnú osobnosť profesora Štefana Vaška dodnes prezentuje úprimnosť, srdečnosť, ochota a kolegiálny prístup či bohatá vedecká a pedagogická činnosť v rámci riešenia vedeckovýskumných úloh, členstva v redakčných rád vedeckých a odborných časopisov ako napr. Špeciálna pedagogika, Otázky defektológie, Pedagogická encyklopédia, Efeta, Auxilium sociale, redigovania zborníka *Pedagogica specialis*. Súčasne je profesor Š. Vašek autorom a spoluautorom viacerých knižných titulov ako napr. *Pedagogika mentálne postihnutých*, *Základy špeciálnej pedagogiky*, *Pedagogika viacnásobne postihnutých*, *Špeciálnopedagogická diagnostika*, *Špeciálna pedagogika*, *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*, mnohých domácich i zahraničných vedeckých štúdií. Osobnosť pána profesora Štefana Vaška je v odborných a akademických kruhoch mnohým veľmi dobre známa predovšetkým v oblasti špeciálnej pedagogiky, výchovy, vzdelávania a starostlivosti o deti, mládež a dospelých s telesným postihnutím, chorých a zdravotne oslabených.

Vážený pán profesor Štefan Vašek,

pri príležitosti Vášho blížiaceho sa vzácneho životného jubilea by sme sa chceli aj my, členovia Katedry špeciálnej pedagogiky na Pedagogickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove, pripojiť k Vaším mnohým gratulantom a čo najsrdečnejšie Vám zablahoželať aj prostredníctvom nášho vedeckého časopisu Špeciálny pedagóg a do ďalších rokov života Vám popriať hlavne pevné zdravie, spokojnosť v osobnom aj pracovnom živote, neutíchajúci životný optimizmus a entuziazmus. Súčasne by sme sa Vám chceli poďakovať za sprostredkované špeciálnopedagogické poznanie a veľkú inšpiráciu, ktorou ste nás obohatili ako významná osobnosť v odbore špeciálna pedagogika a človek, ktorý si získal naše srdcia svojou prívetivosťou, ohľaduplnosťou, dobrosrdečnosťou a chuťou pomáhať nielen zdravým, ale aj osobám so zdravotným znevýhodnením.

S prejavom hlbokej úcty

*členovia Katedry špeciálnej pedagogiky
Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove*

DUBAYOVÁ, T.: *Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 84 s. ISBN 978-80-555-1621-9.

Publikácia *Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov* predstavuje prvotný vstup do problematiky a už svojím názvom predikuje, komu je text určený. Autorka sa usiluje na nevelkom rozsahu oboznámiť čitateľa s informáciami počnúc históriou vzniku psychopatológie ako vednej disciplíny a končiac prehľadom základných porúch správania sa detí a ich prejavmi.

Text je rozdelený do štyroch kapitol. V prvej kapitole s názvom *Patopsychológia* autorka upriamuje pozornosť na vymedzenie obsahu disciplíny a oboznamuje čitateľa so základným pojmovým aparátom. Dôraz kladie na vysvetlenie normality osobnosti v kontexte starších aj aktuálnych koncepcií. Druhá kapitola s názvom *Poruchy správania* je venovaná popisu základných druhov porúch správania sa opierajúc sa o aktuálne platné diagnostické manuály Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH-10 a Diagnostický štatistický manuál DSM-V. Autorka pri koncepcii textu využíva formálnu schému používanú pri písaní učebníc, pomocou ktorej sa čitateľ môže jednoducho orientovať v texte, prostredníctvom záverečného zhrnutia, zdôraznením kľúčových slov a otázok a úloh. Táto schéma je dodržiavaná pri každej z hlavných kapitol. V tretej kapitole s názvom *Faktory vzniku psychosociálneho narušenia* sa autorka venuje dôkladnému popisu jednotlivých faktorov – biologickým, psychologickým, sociálnym a sociokultúrnym a ich dôsledkom na vznik a prípadný rozvoj porúch správania. Miestami sa opiera aj o výskumné zistenia našich aj zahraničných autorov. Túto kapitolu je možné považovať za najprínosnejšiu pre potreby špeciálneho pedagóga pôsobiaceho v praxi. V poslednej, štvrtej kapitole s názvom *Agresia* autorka podrobne rozoberá príčiny vzniku agresívneho správania sa, typy agresie vrátane zmienky o šikanovaní a kyberšikanovaní a typické prejavy takého správania sa. Napriek tomu, že o agresii a prejavoch agresie sa autorka zmieňuje čiastočne aj v predchádzajúcich kapitolách, vzhľadom na to, že ako napokon aj autorka sama poznamenáva, sú súčasťou každodenného života, vymedzenie a dôkladné analyzovanie tohto javu v samostatnej kapitole má svoje logické opodstatnenie.

Aj keď je možné mať k publikácii drobné výhrady vzťahujúce sa k formálnemu členeniu jednotlivých podkapitol, prostredníctvom ktorého môže čitateľ nadobudnúť dojem až prílišného vedenia „za rúčku“, čo si má z textu vybrať, zapamätať si a naučiť sa, je treba oceniť dôkladnosť autorky

pri spracovaní kľúčových slov a precízne uvedenie použitých zdrojových dokumentov po každej podkapitole. Tiež je možné mať výhrady k miestami absentovaniu súvislostí popisovanej poruchy s konkrétnym vývinovým štádiom dieťaťa, čo však vzhľadom k autorkinej koncepcii textu by azda ani nebolo možné. Napriek týmto kritickým postrehom je publikácia užitočným zdrojom informácií nielen pre vysokoškolských študentov študujúcich príslušný odbor, ale aj pre širšiu verejnosť, ktorú táto problematika zaujíma.

doc. PhDr. Tatjana Búgelová, CSc.
Inštitút psychológie
Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Prešov
Slovenská republika

HORŇÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O.: *Poruchy správania ako výzva*. Ružomberok: VERBUM, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0359-3.

Recenzovaný učebný text, určený študentom liečebnej pedagogiky a špeciálnej pedagogiky, ponúka stručnú exkurziu do problematiky porúch správania detí. Vychádzajúc z medicínskych klasifikácií sa autorky v prvej kapitole venujú vymedzeniu pojmov, jednotlivých kategórií a príčin, ktoré môžu ovplyvniť nástup porúch správania, ich priebehu aj terapeutickému pôsobeniu. Nezabúdajú upozorniť ani na model Medzinárodnej klasifikácie funkčnej dizability a zdravia, ktorý je medzi slovenskou pedagogickou verejnosťou pomerne málo používaný, ale má veľký potenciál práve pre aplikované vedy. Oproti klasickému deleniu na biologické, sociálne a psychologické príčiny autorky k nim pripájajú aj duchovné – spirituálne príčiny, ktorých funkcia je hlavne protektívna. Pri poruchách správania je zmieňovaná menej často, čo považujeme za „nešťastné“, pretože, ako uvádzajú autorky, zmena v správaní by mala byť v prvom rade zmenou vo vnútornom svete dieťaťa a tá je, ak má byť trvalá, spätá práve s duchovnou premenou. V druhej, opisnej, kapitole sa venujú jednotlivým kategóriám porúch správania a interne ich delia na časti venované výskytu, etiológii, prejavom, diagnostike a intervenciám. Tretia kapitola je venovaná prevencii a terapii porúch správania a ako uvádzajú autorky, ide o reflexiu výchovy. Stručne v nej sumarizujú odporúčania a uvádzajú rôzne modely prístupov, ktoré sú miestami príliš stručné na hlbšie pochopenie a vyžadujú od čitateľa – študenta, aby si o nich, ak im chce aj porozumieť, nielen sa ich naučiť, ďalšie hľadanie v odbornej literatúre. Autorky svoj text dopĺňajú množstvom príkladov z praxe, na ktorých ilustrujú popisované javy, čo robí učebný text pútavejším čítaním s množstvom implicitne ponúkaných informácií. Interakcia s čitateľom je málo riadená, čo je výhodné pre expertnejšieho čitateľa, avšak študent sa v množstve informácií môže stratiť. Intervencie nie sú zaradené len do záverečnej kapitoly, ale priebežne sa vyskytujú aj pri popise problémov dieťaťa a pomáhajú tak študentovi lepšie porozumieť vzťahu medzi príčinou a intervenciou, čo však niekedy odkláňa hlavnú tému kapitoly (napr. pri podkapitole Psychologické príčiny porúch správania). Vzhľadom na účel publikácie, ktorým je viesť študenta v jeho poznávaní problematiky porúch správania, by mohli byť užitočné v závere kapitol otázky alebo úlohy, pomocou ktorých by si študent mohol samostatne rozširovať svoje poznatky. Autorky však uvádzajú podnety na zamyslenie formou filozofických úryvkov, príbehov alebo citátov.

Učebné texty spĺňajú cieľ – uviesť študenta do priestoru vzťahov komplikovanej problematiky porúch správania. Voľnosť, ktorú dávajú čitateľovi pri čítaní textu, ponúkanie množstva alternatív a podnetov pre samostatné premýšľanie a hľadanie svojho názoru, nie je typická pre túto formu publikácií, ale považujeme ju za „osvietený“ spôsob, ako primäť študenta, aby siahol po ďalších a ďalších zdrojoch poznávania tejto dôležitej témy.

Mgr. Tatiana Dubayová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Prešov
Slovenská republika

HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: *Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 244 s. ISBN 978-80-555-1456-7.

Kolektívna monografia s názvom *Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii* bola publikovaná ako súčasťou riešenia grantového projektu APVV-o851-12 Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFA).

Problematika rozvíjania čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia prostredníctvom stimulácie deficitných čiastkových kognitívnych funkcií žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia edukovaných v individuálnej školskej integrácii na základnej škole v Prešovskom samosprávnom kraji sa stala predmetom záujmu autoriek doc. PaedDr. Bibiány Hlebovej, PhD., Mgr. Jany Ďorďovičovej, PhD., PaedDr. Veroniky Palkovej, PhD. Cieľom ich vedeckej monografickej práce bolo overiť efektívnosť zostaveného kognitívneho stimulačného programu na skvalitnenie úrovne čitateľskej kompetencie (t.j. technika a spôsob čítania, čítanie s porozumením) žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia edukovaných v individuálnej školskej integrácii v 4. ročníku základnej školy, a to v edukačnom procese na vyučovacích hodinách slovenského jazyka a literatúry.

Autorky v publikácii poukazujú na nielen aktuálnosť, ale aj na novosť uhla pohľadu na skúmanú problematiku týkajúcu sa výchovy a vzdelávania žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v podmienkach školskej integrácie, ktorá spočíva v pomenovaní a stimulovaní deficitných čiastkových kognitívnych funkcií, ktoré do značnej miery ovplyvňujú úroveň čítania a čítania s porozumením aj u žiakov s mentálnym postihnutím. Konceptne monografická práca pozostáva z troch ústredných kapitol. Prvá kapitola s názvom *Východiská kognitívnej stimulácie čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v mladšom školskom veku* oboznamuje čitateľov s terminologickým vymedzením základných pojmov žiaka s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, ako aj s kognitívnymi osobitosťami u týchto žiakov. Autorky v nej tiež poukazujú na deficity v čiastkových kognitívnych funkciách žiakov – vizuálne členenie (diferenciácia figúry a pozadia), vizuálna diferenciácia, vizuálna pamäť, auditívne členenie (diferenciácia figúry a pozadia), auditívna diferenciácia, auditívna pamäť,

intermodálne vzťahy, vnímanie časového sledu (serialita), taktilno-kinestetické vnímanie, schéma tela a orientácia v priestore, stimuláciou ktorých môžeme podporiť rozvoj grafomotoriky a čitateľských zručností žiakov. Táto kapitola sa stala východiskom pre druhú kapitolu pod názvom *Špecifická edukácia žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v mladšom školskom veku v školskej integrácii*, v ktorej autorky poukazujú na osobitosti edukácie týchto žiakov v podmienkach školskej integrácie na základnej škole. Ide o zameranie na kurikulum vyučovacieho predmetu slovenský jazyk a literatúra a na rozvoj deficitných čiastkových kognitívnych funkcií a čitateľskej kompetencie žiakov v edukačnom procese na základnej škole prostredníctvom zmyslovej výchovy v zmysle platnej školskej legislatívy na Slovensku. Tretia kapitola pod názvom *Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v mladšom školskom veku v školskej integrácii* predstavuje najrozsiahlejšiu časť monografickej práce, v ktorej autorky prezentujú metodologické východiská kognitívnej stimulácie čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v mladšom školskom veku v podmienkach školskej integrácie, ako aj metodiku vedeckého výskumu na základe mnohonásobnej prípadovej štúdie s využitím diagnostických nástrojov – Pedagogická diagnostika čítania mladších žiakov (Čižmarovič, Kalná, 1991) a T-254 Deficity čiastkových funkcií (Sindelarová, uprav. Černý, 2008), ako aj cieľených kognitívnych stimulačných programov na základe identifikovaných deficitov v čiastkových kognitívnych funkciách. Na základe realizovaného výskumu autorky dospeli k záveru, že stav úrovne čitateľskej kompetencie (technika a spôsob čítania, čítanie s porozumením) bol u vybraných respondentov – žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia po aplikácii intervencie v podobe kognitívneho stimulačného programu u jednotlivých prípadov viac či menej modifikovateľný. V zmysle uvedeného môžeme považovať cieľenú stimuláciu čiastkových kognitívnych funkcií v kontexte zvyšovania čitateľskej kompetencie žiakov za prínosnú a akceptovať ju do špeciálnopedagogickej praxe pre žiakov s mentálnym postihnutím aj v podmienkach školskej integrácie či inklúzie.

Prínos monografickej práce nachádzame nielen v aktuálnosti riešenej problematiky týkajúcej sa rozvíjania čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, ale aj v poskytnutí nového prístupu k efektívnemu riešeniu skúmanej problematiky – prostredníctvom cieľenej kognitívnej stimulácie čiastkových funkcií žiakov, ktorá doteraz bola predmetom výskumu v domácom i zahraničnom kontexte len u intaktných žiakov s poruchami učenia, avšak nie u žiakov so zdravotným znevýhodnením

Recenzie

– napr. mentálnym postihnutím. Tým autorky vytvárajú priestor na diskusiu pre odbornú i pedagogickú obec.

Mgr. Patrícia Ďuranová
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Prešov
Slovenská republika

OSTATNÍKOVÁ, D. a kol.: Máme dieťa s autizmom. Kompas pre rodičov. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV, 2015. 174 s. ISBN 978-80-224-1474-6.

Knižná publikácia s názvom *Máme dieťa s autizmom* (2015) je aktuálnym titulom kolektívu autoriek pod vedením prof. MUDr. Daniely Ostatníkovej, PhD., prednostky Fyziologického ústavu Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Autorsky sa na publikácii podieľali odborníčky z rôznych pracovísk, prevažne z Akademického centra pre výskum autizmu (ACVA) pri Fyziologickom ústave Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, ale aj z ďalších pracovísk zaoberajúcich sa diagnostikou, terapiou, vzdelávaním a oblasťou podpory rodín detí a dospelých ľudí s autizmom, čím publikácia priniesla čitateľovi komplexný pohľad na predkladané oblasti.

Knižná publikácia je určená primárne rodičom detí s autizmom, ale aj odborníkom, ktorí sa s problematikou autizmu stretávajú vo svojej praxi po prvýkrát. Jej cieľom je rýchlo a správne zorientovať čitateľa v oblasti autizmu. Snahou autoriek bolo formulovať zrozumiteľné a čo najjednoduchšie odpovede na otázky, na ktoré rodičia často nevedia nájsť odpovede. Lahkú orientáciu v publikácii umožňuje aj spôsob riešenia nastolených problémov vo forme odpovedí na najčastejšie kladené otázky rodičov a odborníkov, poskytujúc najnovšie a overené informácie. Autorky však v publikácii nepracovali s bibliografickými odkazmi, a tak nie je možné identifikovať zdroje ponúkaných informácií, čo môže byť pre skúsenejšieho čitateľa nevýhodou. Záver každej kapitoly uzatvára informácia o tom, kde sa čitateľ v prípade záujmu o danú oblasť dozvie viac, autorky však v prevažnej miere uvádzajú v tejto časti odkazy na cudzojazyčné zdroje.

Publikácia je členená do deviatich tematicky členených kapitol, v ktorých sa čitateľ ľahko orientuje. Prvá kapitola vymedzuje autizmus a sústreďuje sa primárne na otázky súvisiace s jeho *etiologiou* – kedy a prečo vzniká autizmus, prečo vzniká autizmus častejšie u chlapcov, aká je pravdepodobnosť, že sa autizmus v rodine vyskytne u viacerých detí a akú úlohu pri vzniku autizmu zohrávajú gény, vek rodičov alebo prostredie dieťaťa (prof. MUDr. D. Ostatníková, PhD., RNDr. J. Durdiaková, PhD.). Druhá kapitola venuje priestor *epidemiológii autizmu*. Primeraným spôsobom charakterizuje jednotlivé druhy autizmu, aktuálne klasifikačné systémy porúch autistického spektra, popisuje symptomatológiu a prevalenciu autizmu, upozorňuje na dôležitosť skríningu a včasnej diagnostiky autizmu (MUDr. S. Hnilicová, PhD., MUDr. A. Pivovarčíová, MUDr. H. Celušáková). Tretia a štvrtá kapitola

sa zameriavajú na *diagnostiku* (MUDr. A. Kubranská, PhD., Mgr. D. Filčíková) a *diferenciálnu diagnostiku* (PhDr. D. Janošíková, PhD., PhDr. D. Buntová, PhD.). V piatej kapitole s názvom *Terapia autizmu* (MUDr. S. Hnilicová, PhD., MUDr. A. Pivovarčíová, MUDr. Lenka Siklenková) sa autorky venujú základným cieľom liečby, súčasným formám terapie, cieľom a možnostiam terapie vzhľadom na cieľové oblasti rozvoja detí s autizmom, a to rozvoj sociálnych a komunikačných schopností a adaptability detí s autizmom. Priestor venujú predovšetkým behaviorálnym a edukačným intervenciám, ktoré sú podľa vedeckých dôkazov na prvom mieste v terapii autizmu, charakterizované sú aj integratívne terapie, farmakologická liečba, komplementárne a alternatívne terapie. Šiesta kapitola sa venuje *pridruženým poruchám pri autizme*, upozorňuje na najčastejšie zdravotné poruchy vyskytujúce sa u detí s autizmom, prináša informácie o častých trávaciach problémoch, poruchách spánku a psychiatrických poruchách a možnostiach ich riešenia (MUDr. K. Babinská, PhD., MUDr. A. Pivovarčíová, MUDr. L. Siklenková). Siedma kapitola prechádza na problematiku vzdelávania detí s autizmom, prináša odpovede týkajúce sa foriem vzdelávania, aktuálnych otázok inkluzívnej edukácie detí a žiakov s poruchami autistického spektra, postavenia asistenta učiteľa v edukácii dieťaťa a žiaka s autizmom a odpovedá aj na otázky vysokoškolskej prípravy a uplatnenia dospeléj osoby s autizmom na trhu práce (Mgr. G. Lakošítková, PhD., PhDr. M. Balážová). Ośma kapitola s názvom *Rodiny detí s autizmom* radí, ako sa prispôbiť situácii v rodine s dieťaťom s autizmom, ako posilňovať interakciu medzi súrodencami, ale venuje sa aj otázkam partnerského života rodičov a spoločenského života v rodine s dieťaťom s autizmom (doc. PhDr. M. Glasová, PhD.). Posledná, deviata kapitola venuje priestor *organizáciám a zariadeniam na pomoc deťom a dospelým s autizmom a ich rodinám*, výskumným a diagnostickým centráм a zariadeniam poskytujúcim poradenstvo a intervencie, školským zariadeniam a zariadeniam poskytujúcim celodennú starostlivosť o deti a dospelých s autizmom. Čitateľ tu môže nájsť zoznam zariadení pre ľudí s autizmom na Slovensku podľa jednotlivých krajov (MUDr. M. Vidošovičová, Mgr. G. Lakošítková, PhD.).

Aj napriek tomu, že na Slovensku chýba komplexný prehľad o počte detí a dospelých s autizmom, odborníci upozorňujú na ich neustále sa zvyšujúci počet. V školskej oblasti na Slovensku registrujeme vo všetkých stupňoch štátnych, súkromných a cirkevných škôl stúpajúci počet detí a žiakov s autizmom, a to nielen v špeciálnych školách, ale aj v procese školskej integrácie. Už od materských škôl sa učitelia stretávajú s deťmi, ktoré vykazujú symptomatológiu porúch autistického spektra alebo učitelia priamo

pracujú s deťmi s autizmom. V oboch prípadoch je prijatie dieťaťa, jeho adaptácia na školské prostredie, zmeny v prostredí a režime dňa, sociálna interakcia s rovesníkmi a dospelými spájaná s viacerými výzvami nielen pre učiteľa, ale aj rodiča dieťaťa s autizmom. Poruchy autistického spektra sú v našich podmienkach stále relatívne novou a stále sa vyvíjajúcou poruchou. V praxi pociťujeme nedostatok škôl a zariadení schopných prijať a pracovať s dieťaťom s autizmom na úrovni, ktorá by dokázala rozvíjať ich potenciál. Poruchy autistického spektra je možné diagnostikovať už v troch rokoch života dieťaťa, v niektorých prípadoch aj skôr. Rodičia detí s autizmom sú tí, ktorí prichádzajú do kontaktu s prvými príznakmi a sú tak vystavení viacerým zložitým situáciám a okolnostiam, na ktoré často nevedia reagovať. Pre rodičov, učiteľov, ale aj ďalších pedagogických a odborných zamestnancov je táto publikácia autoriek pod vedením profesorky Daniely Ostatníkovej zdrojom dôležitejších a prehľadne spracovaných informácií, ktoré pomôžu zorientovať sa v spleti otázok a situácií, s ktorými sa rodičia a odborníci na začiatku stretávajú. Presne tak ako naznačuje jej podnázov, publikácia je kompasom pre rodičov a odborníkov v zložitej oblasti problematiky porúch autistického spektra a naznačuje smer na ich ďalšej náročnej ceste výchovou, vzdelávaním a starostlivosťou o dieťa s autizmom.

PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D.

Katedra špeciálnej pedagogiky

Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Prešov

Slovenská republika

BAZALOVÁ, B.: *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

Recenzovaná vedecká monografia *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje* ponúka aktuálne informácie o závažnej problematike mentálneho postihnutia, pričom v publikácii sú popisované aj reálne skúsenosti z praxe. Autorka už v úvode konštatuje, že správna a včasná intervencia v ranom období života dieťaťa rozhoduje o jeho ďalšom vývine, a tým samozrejme aj o živote celej rodiny, do ktorej sa dieťa s mentálnym postihnutím narodí. V úvodnej kapitole je veľmi prehľadne spracovaná klasifikácia a etiológia mentálneho postihnutia. Autorka sa venuje syndrómom, ktoré sú spojené s mentálnymi postihnutím, ale i poruchám autistického centra. Prednosťou tejto kapitoly je aj prehľadné a odborné spracovanie sociálne podmieneného mentálneho postihnutia, pričom pre ucelenejší obraz tohto postihnutia je text doplnený priamo príkladmi z praxe. Ide o prípad mentálnej poruchy chlapca so sociokultúrne znevýhodnenej rodiny a prípad dieťaťa so syndrómom CAN. Druhá kapitola je zameraná na podporu vývoja dieťaťa s mentálnym postihnutím, pričom úvod tvorí kazuistika zachytávajúca vývoj dieťaťa s oneskoreným psychomotorickým vývinom a s detským autizmom. Súčasťou kazuistiky je hodnotenie vývinu dieťaťa od narodenia až do veku štyroch rokov. Autorka v tejto kapitole diferencuje jednotlivé diagnostiky, pričom kladie dôraz už na prenátalnu diagnostiku. V závere druhej kapitoly sú popisované jednotlivé zložky osobnosti dieťaťa a možnosti ich rozvoja. Rozoberané sú kognitívne funkcie, komunikácia, motorika, socializácia a adaptácia, ale i samostatnosť a sebaobslužné zručnosti a zrakové a sluchové vnímanie. Pri zrakovom a sluchovom vnímaní autorka popisuje nácvik zrakovej a sluchovej analýzy, ale aj nácvik zrakovej a sluchovej pamäti. Tretia kapitola je venovaná rodinám detí s mentálnym postihnutím. Rodiny, ktorým sa narodí dieťa s mentálnym postihnutím, sú vystavené zvýšenému stresu, preto potrebujú psychickú a následne finančnú, informačnú, ale aj emocionálnu pomoc, lebo čelia nielen psychickému, ale i fyzickému náporu. Podľa autorky nastupujú závažné zmeny vo fungovaní samotnej rodiny, a to v kontexte nutnej zmeny životného štýlu a súhry medzi partnermi. Rodič sa pritom často nachádza v úlohe „hládača“ informácií, ale i v role „zástancu“ dieťaťa a v mnohých prípadoch i v úlohe „prosebníka“. Niektorí rodičia sa podľa autorky dostávajú do situácie, kedy si myslia, že ich život nemá zmysel a upadajú do depresii predovšetkým preto, lebo nie sú na narodenie dieťaťa s mentálnym postihnutím pripravení. Oznámenie informácie o mentálnom postihnutí dieťaťa býva

zo strany lekárov niekedy strohé, neúplné a rodičia tak nevedia, čo ich čaká a ako majú s dieťaťom zaobchádzať. Myslíme si, že cieľom tejto kapitoly nie je čitateľa šokovať skúsenosťami z praxe, ale ukázať, že oznámenie diagnózy je veľmi dôležité a malo by byť urobené vždy s ohľadom na empatiu. Tretia kapitola je venovaná rodinám s postihnutým dieťaťom, pričom je doplnená dvomi kazuistikami. Autorka vymedzuje tri základné postoje, ktoré sa u rodičov, ktorí sú vystavení takejto záťaži, objavujú. Ide o postoj odmietavý alebo tzv. ľahostajný, o postoj nadmerne ochraniteľský, ale objavuje sa ešte jeden fenomén, a to obojstranná silná citová väzba založená na závislosti matky a dieťaťa, ktorá sa silno prejavuje najmä pri nútenom alebo náhlom odlúčení napr. z dôvodu hospitalizácie dieťaťa. Prehľadne je spracovaná aj podkapitola venovaná postoju okolia a reakciám ľudí na postihnuté dieťa, ktoré sa značne líšia. Niektorí rodičia bývajú podľa autorky dokonca obviňovaní zo zlej výchovy dieťaťa, predovšetkým v prípade PAS. Na tretiu kapitolu súvisle nadväzuje štvrtá kapitola, ktorá sa venuje terapeutickým intervenciám, ktoré sú určené deťom s mentálnym alebo kombinovaným postihnutím. Jej primárnym cieľom je upozorniť na existenciu jednotlivých intervencií, aj keď niektoré sú v našim podmienkach využívané zriedka. Posledná kapitola sa zaoberá vzdelávaním detí s mentálnym postihnutím, a to v kontexte platných zákonov. V závere monografie autorka ponúka niekoľko odporúčaní rodičom, ktorými sa môžu riadiť po narodení dieťaťa s takýmto zdravotným postihnutím.

Oceňujeme prístup autorky, ktorá tému spracovala komplexne a veľmi unikátnym spôsobom prepojila teóriu s praxou. Knižná publikácia je tak určená nielen odborníkom z praxe, ale aj rodičom detí s mentálnym postihnutím, ktorým môže pomôcť zorientovať sa v danej problematike.

Mgr. Katarína Kotradyová, PhD.

Ul. Železničná č. 71
053 61 Spišské Vlachy
Slovenská republika



PODHÁJECKÁ, M., KOŽÁROVÁ, J.: *Komplexný prístup k deťom s problémovým správaním v predškolskom veku*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 244 s. ISBN 978-80-555-1648-6.

Publikovaná vedecká monografia s názvom *Komplexný prístup k deťom s problémovým správaním v predškolskom veku* (2016) sa zaoberá možnosťami eliminácie prejavov problémového správania u detí v predškolskom veku so zameraním najmä na kooperáciu rodiny a materskej školy.

V teoretickej časti monografie je zadefinovaný pojmový aparát, zhrnuté poznatky ontogenetickej psychológie so zameraním na bio-psycho-sociálny model dieťaťa z patopsychologickej perspektívy. Prezentované sú tiež zistenia odborníkov k téme problémového správania u detí v predškolskom veku, jeho dimenzie, faktory podmieňujúce jeho vznik a diagnostické kritériá. V závere teoretickej časti je definovaný komplexný prístup k deťom s problémovým správaním v predškolskom veku. Cieľom výskumnej časti monografickej práce bolo nájsť odpoveď na otázku: Ako je využívaná komplexná rehabilitácia pri eliminácii prejavov problémového správania u detí v predškolskom veku na Slovensku? Pre zodpovedanie hlavnej výskumnej otázky bol použitý integrovaný, kvalitatívno-quantitatívny dizajn výskumu, ktorý prebiehal v troch fázach a mal charakter mnohonásobnej prípadovej štúdie. Získané údaje potvrdzujú, že komplexná rehabilitácia nie je využívaná do takej miery, do akej to legislatíva umožňuje. Na jednej strane chýbajú dostatočné informácie tak rodičom, ako aj učiteľom, na strane druhej rozštiepenosť jednotlivých zložiek odrádza od poskytovania starostlivosti a vyhľadávania pomoci. Tretia etapa výskumu posilnila zistenia z prvej etapy, kde učiteľky poukazovali na nedostatočnú spoluprácu rodiny s materskou školou. Spolupráca síce bola aktívna, avšak v intenciách eliminácie prejavov problémového správania zohrávalo dôležitú úlohu aj vnímanie problému samotnými rodičmi a vzťah vo vnímaní problému medzi rodičmi a učiteľmi. Rozdielnosti vo vnímaní problémového správania dieťaťa a jeho závažnosti, najmä medzi rodičmi, mali najvýraznejší vplyv na vyhľadanie pomoci u niektorej zo zložiek komplexnej rehabilitácie. Značnú rolu pri postúpení správania dieťaťa odborníkom mimo

materskej školy zohrával aj predpoklad stigmatizácie zo strany spoločnosti voči dieťaťu a jeho rodine. Intervencia v edukačnom procese však poukázala na pozitívny vplyv na elimináciu prejavov problémového správania.

Knížná publikácia je súčasťou riešenia grantového projektu KEGA č. 035PU-4/2014 *Zvyšovanie kvality pregraduálnej prípravy špeciálnych pedagógov v kontexte inovatívnych trendov teórie a praxe* (2014 – 2016).



HLEBOVÁ, B. a kol.: *Vybrané kapitoly zo špeciálnej didaktiky predmetov (pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím)*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 496 s. ISBN 978-80-555-1644-8.

Zámerom kolektívu autorov vysokoškolskej učebnice *Vybrané kapitoly zo špeciálnej didaktiky predmetov (pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím)* (2016) bolo pripraviť teoretický i praktický učebný manuál pre študentov pedagogických fakúlt na skvalitnenie ich pregraduálnej prípravy na

edukáciu žiakov s mentálnym postihnutím na špeciálnych základných školách, ako aj v podmienkach školskej integrácie a inklúzie na základných školách na Slovensku, ako aj pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím v pedagogickej praxi v rámci ich celoživotného vzdelávania. Konceptne vysokoškolská učebnica pozostáva zo siedmich kľúčových kapitol s jasne formulovanými nadobudnutými teoretickými vedomosťami i praktickými zručnosťami, ktoré si študenti a učitelia môžu overiť v záverečných otázkach a úlohách na vypracovanie. Autori pri jej koncipovaní hľadali odpovede na tri základné okruhy otázok: Čo chceme žiakov s mentálnym postihnutím naučiť? S akými problémami a nedostatkami sa v edukácii týchto žiakov môžeme stretnúť? Ako môžeme prekonávať tieto problémy a nedostatky v učení žiakov a ako ich môžeme naučiť? V centre pozornosti autorov učebnice prostredníctvom vybraných kapitol zo špeciálnej didaktiky predmetov (slovenský jazyk a literatúra, prírodovedné predmety, pracovné vyučovanie, hudobná výchova, výtvarná výchova, telesná a športová výchova) je implementácia inovatívnych edukačných trendov a koncepcií, ktoré spočívajú napr. vo využití

integrovaného komunikačného vyučovania, tvorbe integrovaných edukačných projektov, kognitívnych stimulačných programov s multimediálnou podporou (v elektronickom prostredí Moodle a LCMS-EKP) a terapeuticko-formatívnych prístupov (námety z biblioterapie, dramatoterapie, ergoterapie, muzikoterapie, artefietiky a arteterapie) v zážitkovej didaktickej komunikácii so žiakmi s mentálnym postihnutím. Ambíciou autorov však nebolo definitívne uzavrieť problematiku špeciálnej didaktiky, ale pokúsiť sa systematicky usporiadať základné východiská špeciálnej edukácie do vybraných kapitol podľa vyučovacích predmetov pre žiakov s mentálnym postihnutím na špeciálnej základnej škole (so vzdelávacím variantom A, B, C) či v podmienkach ich integrovaného či inkluzívneho vzdelávania v zmysle platnej školskej legislatívy na Slovensku; v neposlednom rade zdôrazniť rešpektovanie individuálneho, komplexného a integrovaného prístupu učiteľov k žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Vysokoškolská učebnica je súčasťou riešenia grantového projektu KEGA č. 035PU-4/2014 *Zvyšovanie kvality pregraduálnej prípravy špeciálnych pedagógov v kontexte inovatívnych trendov teórie a praxe* (2014 – 2016).



DUBAYOVÁ, T.: *Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 84 s. ISBN 978-80-555-1621-9.

Vysokoškolská učebnica je určená študentom špeciálnej pedagogiky, pedagogiky psychosociálne narušených, ako aj študentom iných študijných odborov, ktorí sú pripravovaní na prácu s osobami so psychosociálnym narušením a potrebujú lepšie porozumieť mechanizmu vzniku problémového správania. Vychádza z aktuálnej potreby špeciálnopedagogickej praxe a snahy vytvoriť informačný zdroj sumarizujúci aktuálne poznatky v oblasti psychosociálneho narušenia. Venuje sa základným okruhom tém, ktoré definujú a vysvetľujú psychosociálne narušenie ako nielen spoločenský fenomén, ale primárne ako správanie, ktoré má svoje príčiny a vysokú variabilitu prejavov. V štyroch základných kapitolách sa autorka venuje vymedzeniu základných pojmov a kritériám duševného

zdravia a duševného ochorenia a poruchám správania vychádzajúc pritom z aktuálnych kritérií Medzinárodnej klasifikácie chorôb a Diagnostického a štatistického manuálu (5. revízia). Súčasťou je aj kapitola o faktoroch podmieňujúcich vznik psychosociálneho narušenia a kapitola o agresívnom správaní. V učebnici sa nachádzajú aj časti ako terminologický slovník a otázky úlohy, pomocou ktorých si študenti môžu overovať a prehľbovať svoje poznatky. Autorkou často využívané odkazy pod čiarou môže študent využiť ako inšpiráciu pre svoje ďalšie štúdium a orientáciu v konkrétnej téme.

Vysokoškolská učebnica je súčasťou riešenia grantového projektu KEGA 035PU-4/2014 *Zvyšovanie kvality v pregraduálnej príprave špeciálnych pedagógov v kontexte inovatívnych trendov teórie a praxe* (2014 – 2016).



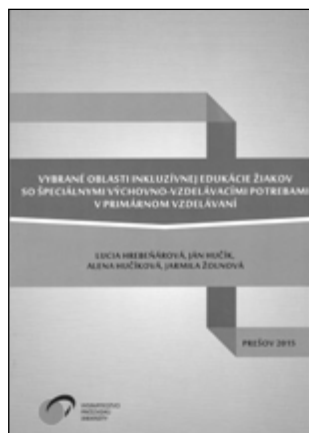
DUBAYOVÁ, T., HUČÍK, J. (Eds.):
Profesijná etika ako základ školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v inklúzii. Prešov: PROHU, s.r.o., 2016. 135 s. ISBN 978-80-89535-20-0.

Správanie profesionálov v pomáhajúcich profesiách je dané legislatívnymi dokumentmi, avšak profesionál sa v práci so žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) stretáva neraz v špecifických situáciách, ktoré vyžadujú etickú reflexiu a rozhodnutia doteraz v legislatíve nezachytené.

Ich nesprávne riešenie môže radikálne zmeniť vzdelávanie alebo výchovu žiaka. Autori odbornej publikácie tak prinášajú komplexný pohľad na etiku v prostredí inkluzívnej výchovy a vzdelávania žiakov so ŠVVP. V jednotlivých príspevkoch vyzdvihli potrebu zamerať pregraduálnu prípravu študentov aj na vnímanie a hodnotenie pedagogických situácií z etického pohľadu a na nutnosť vytvorenia nosnej koncepcie etiky s prepojením na filozofiu. Na odbornej publikácii sa podieľali odborníci z viacerých pomáhajúcich profesií – špeciálni pedagógovia, pedagógovia, liečební pedagógovia sociálni pracovníci, teológovia a spoločne vytvorili teoretický rámec špeciálnopedagogickej etiky s presahom do praktickej roviny. V záverečnej kapitole je prezentovaný návrh

etického kódexu špeciálneho pedagóga, ktorý je predmetom diskusií už niekoľko rokov. Jeho súčasná podoba definuje žiaduce aj nežiaduce správanie profesionála a zaoberá sa princípmi vzťahu špeciálneho pedagóga k profesii, osobám s postihnutím, narušením či ohrozením, k jeho zákonným zástupcom, kolegom, zamestnávateľovi a pod. Po jeho zavedení do praxe bude užitočnou štruktúrou, o ktorú sa budú vedieť špeciálni pedagógovia oprieť a ktorá im pomôže orientovať sa v základných etických vzťahoch. Tiež bude mementom hodnôt a princípov, ktoré by mal mať odborník počas celej svojej praxe neustále na zreteli.

Odborná publikácia je jedným z výstupov projektu APVV-0851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFa)* (2013 – 2016).



HREBEŇAROVÁ, L., HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A., ŽOLNOVÁ, J.: *Vybrané oblasti inkluzívnej edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v primárnom vzdelávaní*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 180 s. ISBN 978-80-555-1457-4.

Chápanie, ale i prístup k inklúzii detí a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do spoločnosti sú súčasťou zmien, ktoré majú v európskom kontexte dlhodobú históriu. Zámerom autorov vysokoškolskej

učebnice (Lucie Hrebeňarovej, Jána Hučíka, Aleny Hučíkovej, Jarmily Žolnovej) bolo zostaviť teoretický a praktický vysokoškolský učebný text vo vybraných oblastiach edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami pre študentov pedagogických fakúlt na skvalitnenie ich pregraduálnej prípravy a budúcej profesie učiteľa v podmienkach ich inkluzívneho vzdelávania na základných školách. Konceptne pozostáva z troch kapitol zameraných na vybrané tematické okruhy súvisiace s procesom inkluzívnej edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, a to z hľadiska legislatívneho rámca inkluzívnej edukácie v primárnom vzdelávaní, z hľadiska tvorby individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu pre

individuálne začleneného žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami na základnej škole a z hľadiska špecifík inkluzívnej edukácie žiakov s viacnásobným postihnutím, ktorých počet na základných školách narastá. Vysokoškolská učebnica je primárne určená študentom študijného odboru špeciálna pedagogika a elementárna pedagogika, ktorí budú tvoriť súčasť inkluzívnej edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami ako školskí špeciálni pedagógovia, odborní zamestnanci poradenských centier alebo učitelia základnej školy. Rozpracované oblasti môžu využiť aj študenti iných učiteľských študijných odborov, resp. učitelia v praxi.

Knížná publikácia je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-0851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie* (OSFa) (2013 – 2016).



HORŇÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O.: Poruchy správania ako výzva. Ružomberok: VERBUM, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0359-3.

Učebný text je určený študentom pedagogických odborov, hlavne liečebnej a špeciálnej pedagogiky. Prináša základné informácie o poruchách správania so začiatkom v detstve a prepája ich na interdisciplinárne poznatky. V prvých kapitolách sa autorky venujú vymedzeniu základných pojmov, etiológii porúch správania a charakterizujú ich jednotlivé kategórie – hyperkinetickú poruchu,

poruchu sociálneho správania, poruchy emócií v detskom veku a pod. Autorky vychádzajú z aktuálnych a revidovaných verzií diagnostických manuálov, pričom zmieňujú aj u nás menej používanú Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej dizability a zdravia (ICF). Publikácia je bohatá na príklady z praxe, ale využíva aj ukážky z beletristickej literatúry, ktoré uvádzané informácie vhodne ilustrujú. V tretej kapitole sa autorky zameriavajú na prevenciu a terapiu porúch správania a ponúkajú reflexie o výchove týchto detí. Učebnica je súčasťou riešenia grantovej úlohy GAPF č. 6/25/2015.

POKYNY PRE PRISPIEVATEĽOV

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG. Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax je recenzovaný vedecký časopis Katedry špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove, ktorý vychádza dvakrát do roka (február – október) vo Vydavateľstve Prešovskej univerzity v Prešove. Publikujeme v ňom len originálne vedecké práce, ktoré doteraz neboli predmetom zverejnenia a ani v čase ich evidovania v našej redakcii nie sú akceptované a recenzované v iných vydavateľstvách.

Uzávierka prijímania rukopisov príspevkov na publikovanie v časopise, a to štúdií vedeckého, odborného alebo metodického charakteru (v rozsahu 6 – 12 strán), rozhovorov (max. 3 strany), aktualít, recenzií, knižných noviniek či iných zaujímavostí z oblasti výskumu špeciálnej pedagogiky a zo špeciálnopedagogickej praxe, je dva mesiace pred vydaním nového čísla (tzn. 30. november a 30. júl). Každá vedecká či odborná štúdia je recenzovaná dvomi oponentmi, ktorých určí redakčná rada časopisu a ktorá si tiež vyhradzuje právo rozhodnúť o výbere aktuálnych príspevkov do konkrétneho čísla časopisu. Rukopis katedrového časopisu je schvaľovaný Edičnou radou Vydavateľstva Prešovskej univerzity v Prešove.

Autorov príspevkov prosíme, aby rešpektovali nasledujúce pokyny na formálnu úpravu príspevkov do časopisu a svoje príspevky aj s fotografiou (a súhlasom na jej zverejnenie) odosieli na adresu redakcie:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Ul. 17. novembra č. 15
o8o 01 Prešov
e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk

Formálna úprava príspevkov:

NÁZOV PRÍSPEVKU (Times New Roman, 12 pt, všetky veľké písmená, písmo normal, tučné, riadkovanie 1,15)

Názov príspevku v anglickom jazyku (Times New Roman, 12 pt, písmo normal, tučné, riadkovanie 1,15)

voľný riadok

*Meno a priezvisko*¹ (Times New Roman, 12 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,15, citačný odkaz – pod čiarou uviesť meno a priezvisko, tituly, pracovisko, adresu, e-mail a fotografiu autora s formulkou: *Fotografia je zverejnená so súhlasom autora/autorky.*)

voľný riadok

Abstrakt: (v slovenskom jazyku, max. 10 riadkov, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

Kľúčové slová: (v slovenskom jazyku, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

¹ Doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD., Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, o8o 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk. Foto: M. Dzurilla. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

voľný riadok

Abstract: (v anglickom jazyku, max. 10 riadkov, Times New Roman, 10pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

Key words: (v anglickom jazyku, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

voľný riadok

voľný riadok

Úvod

Text príspevku (Times New Roman, 12 pt, písmo normal, riadkovanie 1,5)

Medzi odsekmi nevynechávať riadok, obrázky a tabuľky označiť a očíslovať, nepodčiarkovať slová, tučné písmo používať iba vo výnimočných prípadoch.

Záver

voľný riadok

voľný riadok

LITERATÚRA (Times New Roman, 10 pt, písmo normal, všetky veľké písmená, zoznam literatúry v abecednom poradí podľa normy, autorov veľkými písmenami, písmo názvu publikácie kurzíva, riadkovanie 1,0)

V prípade, že štúdia je súčasťou riešenia grantového projektu, na záver je potrebné pripojiť formulu:

Štúdia je súčasťou riešenia projektu (názov agentúry, číslo zmluvy, *Názov projektu*).

Príklady na formátovanie zdrojov:

Knihy/monografie:

PRŮCHA, J. 1997. *Alternativní školy*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-072-3.

TIMKO, J., SIEKEL, P., TURŇA, J. 2004. *Geneticky modifikované organizmy*. Bratislava: Veda, 2004. ISBN 80-224-0834-4.

Príspevky z časopisov:

CHUDÝ, M. 2001. Vzdelávanie žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím. In: *Vychovávateľ*. Roč. 46, 2001, č. 1, s. 29 – 31. ISSN 0139-6919.

ALUJA, A., BLANCH, A. 2004. Depressive mood and social maladjustment. Differential effects on academic achievement. In: *European Journal of Psychology of Education*. Vol. 19, 2004, No. 2, p. 121-125. ISSN 0256-2928.

Príspevky zo zborníkov:

BOĐOVÁ, M. a kol. 1990. An introduction to algorithmic and cognitive approaches for information retrieval. In: 18. *Informatické dni. Sborník referátů z mezinárodní vědecké konference o současných poznatcích informačních a komunikačních technologiích a jejich využití*. Praha: Univerzita Karlova, 1990, s. 17 – 28. ISBN 80-01-02079-7.

Elektronické dokumenty:

SPEIGHT, J. G. 2005. *Lange's Handbook of Chemistry*. [online]. London: McGraw-Hill, 2005. 1572 p. [cit. 24. 03. 2012] Dostupné na internete: <http://www.knovel.com/web/portal/basic_search/display?_EXT_KNOVEL_DISPLAY_bookid=1347&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_fromSearch=true&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_searchType=basic> ISBN 978-1-60119-261-5.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

About the Journal

SPECIAL EDUCATION TEACHER. Journal for theory and practice of special education is peer-reviewed scientific journal of Department of Special Education, Faculty of Education, University of Presov in Presov (Slovak Republic). The periodicity of publishing is published twice a year (February and September) at University of Presov Publishing.

Deadline for submission of manuscripts is two months before publishing of next issue – 30th November and 30th June. *Special Education Teacher* welcomes a variety of manuscript types: scientific, scholarly and methodical studies (6 – 12 pages), interviews (max. 3 pages), reports and book reviews. The aim of the journal is to inform the professional public about the research activities, trends and news related to teaching and education of children with special educational needs.

All submitted manuscripts are reviewed by two peer reviewers who are familiar with the specific subject matter. When necessary, articles may receive additional review to ensure accuracy and usefulness. The Editorial Board is deciding on articles selected for concrete issue. Manuscript of the journal *Special Education Teacher* is approved by Editorial Board of University of Presov Publishing.

Special Education Teacher publishes only original papers. Manuscripts can not be published previously and can not be under consideration by another publication. The journal retains all rights to works published in print and online.

Please, send your manuscript with the photo of author(s) (with the approval for its release) to the address or via e-mail:

assoc. prof. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.
Department of Special Education
Faculty of Education, University of Presov in Presov
Ul. 17. novembra 15
080 01 Prešov
Slovak Republic
e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk

Guidelines for authors

Authors are asked to respect the following guidelines for the format of manuscripts.

Formatting:

TITLE (Times New Roman, 12pt, all uppercase letters, Bold, line spacing 1.15)

Free line

*ame of author (s)*² (Times New Roman, 12 pt, italics, line spacing 1.15, in the footnote presente full name and surname, academic degrees, workplace, corresponiding address, e-mail, author of the photo and sentence: The photo is published after author approval.)

² Doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD., Department of Special Education, Faculty of Education, University of Presov in Presov, Ul. 17. novembra 15, 081 16 Prešov, Slovak Republic. e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk. Photo: M. Dzurilla. The photo is published after author approval.

Free line

Abstract: (max. 10 lines, Times New Roman, 10 pt, italics, line spacing 1.0)

Key words: (Times New Roman, 10 pt, italics, line spacing 1.0)

Free line

Free line

Introduction

Text (Times New Roman, 12 pt, line spacing 1,5)

Don't skip lines between paragraphs; figures and tables should be named and numbered, don't use underlined words, Bold use only in exceptional cases.

Conclusion

Free line

Free line

In the event that the study was supported by the grant, this sentence should be attached:

Acknowledgement: This study was supported by *Name of Grant Agency* under contract (number of contract) from the project *Full name of project*.

References (Times New Roman, 10 pt, names of authors all uppercase letters, titles in italics, line spacing 1.0. References should be in alphabetical order.)

Books/Monographs:

PRUCHA, J. 1997. *Alternativní školy*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-072-3.

TIMKO, J., SIEKEL, P., TURŇA, J. 2004. *Geneticky modifikované organizmy*. Bratislava: Veda, 2004. ISBN 80-224-0834-4.

Journals:

ALUJA, A., BLANCH, A. 2004. Depressive mood and social maladjustment: Differential effects on academic achievement. In: *European Journal of Psychology of Education*. Vol. 19, 2004, No. 2, p. 121 – 125. ISSN 0256-2928.

Conference proceedings:

BOĎOVÁ, M. et al. 1990. An introduction to algorithmic and cognitive approaches for information retrieval. In: *18. Informatické dni. Sborník referátů z mezinárodní vědecké konference o současných poznatcích informačních a komunikačních technologiích a jejich využití*. Praha: Univerzita Karlova, 1990, s. 17 – 28. ISBN 80-01-02079-7.

Electronic documents:

SPEIGHT, J. G. 2005. *Lange's Handbook of Chemistry*. [online]. London: McGraw-Hill, 2005. 1572 p. [cit. 24. 03. 2012] on-line: <http://www.knovel.com/web/portal/basic_search/display?_EXT_KNOVEL_DISPLAY_bookid=1347&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_fromSearch=true&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_searchType=basic>. ISBN 978-1-6019-261-5.

SPECIAL EDUCATION TEACHER

Journal for Theory and Practice of Special Education

Volume 5, 2016, No. 2

The scientific peer-reviewed journal is a partial outcome of the grant project APVV-0851-12 Personal and social factors of the school success in the pupils with special educational needs in the inclusive settings (OSFa) (2013 – 2016) and the project KEGA 035PU-4/2014 Increasing the quality of the undergraduate training of special education teachers in the context of the innovative trends of theory and practice (2014 – 2016)

CONTENTS

Theoretical and scientific-research studies

- The Terms Denoting Intellectual Disability Viewed from the Aspect of Principles for Creating Adequate Expert Language (J. Kresila, L. Horňák) 3
- Art Therapy and its Application in Work with Children (K. Kotradyová) 21
- Men have Breasts too: A Pilot Study Using Behavioural Technology for Skills-Based Training in Detecting Lumps in Breasts (R. Bones, M. Keenan, E. McColgan) 32
- Early Speech Therapy Intervention for Children with Perinatal Risks (I. Bytešníková)..... 47
- Burn-out Syndrome of the Special Education Teachers (K. Fuchsová, E. Hruščová) . 59

Special Education Practice

- Anxiety of Children and Pupils and the Art Therapy Activities (A. Sedláková) 73
- Improving the Level of Communicative Skills by Using Mode Cards in Pupils with Severe Intellectual Disabilities in Special Elementary School (A. Pawlusová) 79

Profiles and Portraits

- Laudation to the Anniversary of professor Štefan Vašek, CSc. (G. Vojteková) 94

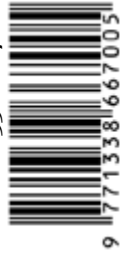
Book Reviews

- DUBAYOVÁ, T.: *Patopsychológia detí so psychosociálnym narušením pre pedagógov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 84 s. ISBN 978-80-555-1621-9 (T. Búgelová) 96
- HORNÁKOVÁ, M., RAČKOVÁ, O.: *Poruchy správania ako výzva*. Ružomberok: VERBUM, 2016. 259 s. ISBN 978-80-561-0359-3 (T. Dubayová)..... 98
- HLEBOVÁ, B., DORDOVIČOVÁ, J., PÁLKOVÁ, V.: *Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 244 s. ISBN 978-80-555-1456-7 (P. Ďuranová) 100
- OSTATNÍKOVÁ, D. a kol.: *Máme dieťa s autizmom. Kompas pre rodičov*. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo SAV, 2015. 174 s. ISBN 978-80-224-1474-6 (L. Hrebeňárová) 103
- BAZALOVÁ, B.: *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4 (K. Kotradyová) 106

- Book News 108

- Instructions for authors 116

ISSN 1338-6670



9