

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



MOŽNOSTI SPORTOVNÍCH AKTIVIT KLIENTŮ S MENTÁLNÍ
RETARDACÍ V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM

**Options sports activities of clients with mental retardation in
nursing homes for people with disabilities**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Aleš Kaplan Ph.D.

Josefíková

Zpracovala:

Bc. Marcela

PRAHA, DUBEN 2010

ABSTRAKT

Název: Možnosti sportovních aktivit klientů s mentální retardací v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Cíl práce: Zjištění sportovních aktivit, kterým se věnují klienti s mentální retardací a kombinovaným postižením ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením patřící pod Sociální služby v Uherském Hradišti. Dalším cílem je případné navržení vhodné chybějící sportovní aktivity.

Metoda: Šetření se pro potřeby diplomové práce zúčastnilo 22 klientů DZP Kunovice Na Bělince, 10 klientů DZP Medlovice a 32 klientů DZP Velehrad. Klienti byli vybráni záměrně, přičemž kritériem výběru byl lehký až středně těžký stupeň mentální retardace (dále MR) a ochota spolupracovat.

Ke zjištění dat a potřebných informací jsem použila strukturované interview a zúčastněné pozorování.

Výsledky: Podařilo se mi zjistit jakým sportovním aktivitám se věnují klienti s mentální retardací a kombinovaným postižením ve třech vybraných DZP patřících pod Sociální služby Uherské Hradiště. Navrhla jsem pohybové aktivity, které na zařízeních chybí (míčové hry, boccia, závěsný kuželník, atletika, plavání, lyžování).

Klíčová slova: mentální retardace, kombinované postižení, sportovní aktivita, Domov pro osoby se zdravotním postižením, ústavní péče.

ABSTRACT

Title (Thema works): Options sports activities of clients with mental retardation in nursing homes for people with disabilities.

Objective: Observations (monitoring) sports activities that grab clients with mental retardation and multiple disabilities selected homes for person with disabilities belonging to the Social services Uherské Hradiště. Or, suggest lack of appropriate sporting activities.

Methods: Investigation as needed for thesis took 22 clients to Bělínka Kunovice DZP, DZP Medlovice 10 clients and 32 clients DZP Velehrad. Clients were chosen deliberately, with the selection criterion was mild to moderate degree of MR and willingness to cooperate.

To determine the necessary data and information I used structured interviews and participating observation.

Results: I managed to find out what sports activities are dedicated to clients with mental retardation and multiple disabilities in three selected homes for persons with disabilities belonging to the Social services Uherské Hradiště. I suggested movement activities that are missing here (ball game, boccia, hanging skittle alley, athletics, swimming, skiing).

Key words: mental retardation, combined disability, sport activity, a home for people with disabilities, institutional care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně za použití uvedené literatury a svých pracovních zkušeností.

V Uherském Hradišti 2. 4. 2010

Bc. Marcela Josefíková

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi během zpracování diplomové práce pomohli, ať již radou, poskytnutím prostoru a času pro realizaci, nebo motivací a příkladem. Zvláště pak děkuji PhDr. Aleši Kaplanovi Ph.D. za ochotu, s jakou mi při psaní diplomové práce vycházel vstříc, za jeho příklad hodný následování a obohacení během studia o mnoho rad a motivace do další práce.

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně očíslovat.

Jméno a příjmení: _____ Číslo občanského průkazu: _____ Datum vypůjčení:

Poznámka:

OBSAH

I. ÚVOD.....	13
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Mentální retardace, kombinované vady	15
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	15
1.2 Stupně mentální retardace	16
1.3 Klasifikace mentální retardace podle hloubky postižení	17
1.4 Typy mentální retardace	20
1.5 Etiologie mentální retardace	20
1.6 Vymezení pojmu kombinované vady	23
1.7 Kombinované vady z pohledu psychopedie	25
2 Ústavní péče	27
2.1 Charakteristika ústavní péče.....	27
2.2 Funkce ústavní péče	30
2.3 Rizika ústavní péče.....	32
3 Sportovní aktivity osob s mentální retardací	35
3.1 Charakteristika sportovní aktivity.....	35
3.2 Tělesná zdatnost a kondice.....	36
3.2.1 Zdravotně orientovaná zdatnost.....	36
3.2.2 Výkonově orientovaná zdatnost.....	38
3.3 Hodnocení tělesné zdatnosti.....	38
3.4 Úkoly a cíle sportu osob s mentální retardací.....	39
3.5 Význam sportu pro osoby s mentální retardací.....	40

3.6 Klasifikace pro sport u osob s mentální retardací	44
3.7 Sportovní a pohybové aktivity osob s mentální retardací.....	44
3.8 Stručný přehled organizací zabývajících se sportem osob s mentální retardací ve světě	50
3.8.1 Mezinárodní paralympijský výbor.....	50
3.8.2 INAS – FID.....	52
3.9 Stručný přehled organizací zabývajících se sportem osob s mentální retardací v České republice.....	53
3.9.1 Český paralympijský výbor.....	53
3.9.2 Český svaz mentálně postižených sportovců (ČSMPS).....	54
3.9.3 České hnutí speciálních olympiád (ČHSO).....	55
3.9.4 Společnost pro pomoc mentálně postiženým (SPMP).....	57
III. CÍLE, ÚKOLY A HYPOTÉZY PRÁCE	59
IV. PRAKTICKÁ ČÁST	60
4 Metodika práce	60
4.1 Metoda získávání dat	60
4.1.1 Strukturované interview	61
4.1.2 Zúčastněné (participantní) pozorování	62
4.2 Výběr účastníků výzkumu	63
5 Výsledky výzkumu	64
5.1 Pozorovací šetření	64
5.1.1 DZP Kunovice	64
5.1.2 DZP Medovice.....	71
5.1.3 DZP Velehrad	75
5.2 Vyhodnocení strukturovaného interview	79

5.2.1	DZP Kunovice.....	79
5.2.2	DZP Medlovice	93
5.2.3	DZP Velehrad	103
5.3	Vyhodnocení hypotéz	116
5.4	Diskuse	118
V. ZÁVĚR	123
VI. REFERENČNÍ SEZNAM	125
PŘÍLOHY	131

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 – Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Kunovice a doma
- Graf 2 – Nejčastěji vykonávané činnosti ve volném čase v DZP Kunovice
- Graf 3 – Spokojenost klientů DZP Kunovice s nabídkou sportovních aktivit
- Graf 4 – Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů DZP Kunovice
- Graf 5 – Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám u klientů DZP Kunovice
- Graf 6 – Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Kunovice
- Graf 7 – Vnímání pozitivní role sportu v DZP Kunovice
- Graf 8 – Vnímání negativní role sportu v DZP Kunovice
- Graf 9 – Důvody neprovozování sportovních aktivit klientů DZP Kunovice
- Graf 10 – Znalost soutěžních sportů u nespportujících klientů DZP Kunovice
- Graf 11 – Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Medlovice a doma
- Graf 12 – Nejčastěji vykonávané činnosti klientů DZP Medlovice ve volném čase
- Graf 13 – Spokojenost klientů DZP Medlovice s nabídkou sportovních aktivit
- Graf 14 – Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů v DZP Medlovice
- Graf 15 – Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám u klientů DZP Medlovice
- Graf 16 – Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Medlovice
- Graf 17 – Vnímání pozitivní role sportu v DZP Medlovice
- Graf 18 – Vnímání negativní role sportu v DZP Medlovice
- Graf 19 – Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Velehrad a doma
- Graf 20 – Nejčastěji vykonávané činnosti klientů DZP Velehrad ve volném čase
- Graf 21 – Spokojenost klientů DZP Velehrad s nabídkou sportovních aktivit
- Graf 22 – Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů DZP Velehrad
- Graf 23 – Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám u klientů DZP Velehrad
- Graf 24 – Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Velehrad
- Graf 25 – Vnímání pozitivní role sportu v DZP Velehrad
- Graf 26 – Vnímání negativní role sportu v DZP Velehrad
- Graf 27 – Důvody neprovozování sportovních aktivit u klientů DZP Velehrad
- Graf 28 – Znalost soutěžních sportů u nespportujících klientů DZP Velehrad

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 – Počty (n) klientů DZP Kunovice jezdících pravidelně domů
- Tabulka 2 – Sportovní aktivity v DZP Kunovice
- Tabulka 3 – Zastoupení osob, které klienty DZP Kunovice přivedli ke sportu
- Tabulka 4 – Výběr možných sportovních aktivit dle přání klientů v DZP Kunovice
- Tabulka 5 – Sportovní aktivity klientů DZP Kunovice v minulosti
- Tabulka 6 – Zájem o sport do budoucna v DZP Kunovice
- Tabulka 7 – Počty (n) klientů DZP Medlovice jezdících pravidelně domů
- Tabulka 8 – Sportovní aktivity v DZP Medlovice
- Tabulka 9 – Zastoupení osob, které klienty DZP Medlovice přivedli ke sportu
- Tabulka 10 – Výběr možných sportovních aktivit dle přání klientů v DZP Medlovice
- Tabulka 11 – Počty (n) klientů DZP Velehrad jezdících pravidelně domů
- Tabulka 12 – Sportovní aktivity v DZP Velehrad
- Tabulka 13 – Zastoupení osob, které klienty DZP Velehrad přivedli ke sportu
- Tabulka 14 – Výběr možných sportovních aktivit dle přání klientů v DZP Velehrad
- Tabulka 15 – Sportovní aktivity klientů DZP Velehrad v minulosti
- Tabulka 16 – Zájem o sport do budoucna v DZP Velehrad

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

- AAMR – Americké sdružení pro mentální poruchy
- CP ISRA – Mezinárodní organizace pro sport a rekreaci lidí s centrálními poruchami hybnosti
- ČATHS – Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců
- ČFSCPHSH – Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti – Spastic handicap
- ČHSO – České hnutí speciálních olympiád
- ČSMPS – Český svaz mentálně postižených sportovců

ČSNS – Český svaz neslyšících sportovců
ČSZPS – Český svaz zdravotně postižených sportovců
DMO – Dětská mozková obrna
DZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením
IBSA – Mezinárodní asociace zrakově postižených sportovců
IDC – Mezinárodní deaflympijský výbor
ILSMH – Mezinárodní liga pro osoby s mentálním postižením
INAS-FID – Mezinárodní sportovní organizace pro osoby s postižením intelektu
INAS-FMH – Mezinárodní sportovní federace osob s mentálním postižením
IPC – Mezinárodní paralympijský výbor
IQ – Inteligenční kvocient
LMD – Lehká mozková dysfunkce
MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MR – Mentální retardace
SO – Speciální olympiády
SPMP – společnost pro podporu lidí s mentálním postižením
ÚSP – Ústav sociální péče
WHO – Mezinárodní zdravotnická organizace

I ÚVOD

„Každému se může narodit dítě s postižením. Každý člověk dnes zcela zdravý může zítra onemocnět a také začít ztrácet (nebo náhle ztratit) svoji intelektovou kapacitu. Nebezpečí současné průmyslově vyspělé společnosti, především ve zhoršování životního prostředí, jsou známa. Je tedy třeba odhalovat, odstraňovat a vytvářet náležité životní podmínky ke zdravému vývoji každého jedince (Kvapilík, Černá 1990).

V každé společnosti se vedle intaktních občanů nachází i část populace, která se nějakým způsobem liší od společenského průměru. Patří sem i jedinci s různou formou postižení. Jednu z nejpočetnějších skupin tvoří děti, mládež a dospělí s mentální retardací (MR).

Tito lidé jsou ve větší míře závislí na společnosti. Neměli by být odsouzeni k tomu, aby stáli na jejím pokraji. Také oni touží žít normálním životem, věnovat se kultuře, sportu a různé jiné zájmové činnosti, připravovat se na profesní uplatnění. To vše dává jejich životu náplň. Proto by mělo být cílem každé vyspělé společnosti umožnit jim maximálně rozvinout jejich schopnosti a tím usnadnit jejich integraci mezi ostatní spoluobčany.

Dnes je již péče o občany se zdravotním postižením důslednější a kvalitnější. Lidé s handicapem mají i více možností, hledají se nové způsoby komunikace, a jedním z nich je sport.

Zdravý člověk si nepřipouští, že existuje i jiný život než ten, na který jsme si my intaktní lidé zvykli. Ano, existuje. V domovech pro osoby se zdravotním postižením (DZP). Nedá se určitě říci, že život těchto lidí není šťastný, ale je jiný a především je závislý na lidech kolem, na schopnostech jejich empatie.

Sportování obecně udržuje dobrou tělesnou i duševní kondici. Kdo sportuje, dokáže i lépe bojovat s nepříznivými životními situacemi, sport a pohyb jsou přirozenou potřebou každého člověka. Dochází při nich k získávání nových zážitků a zkušeností. Právě proto by sport měl být jednou z možností volnočasových aktivit i u klientů s mentální retardací v DZP.

Téma mé diplomové práce jsem si zvolila na základě svého profesního zájmu. Práci s lidmi s mentální retardací se věnuji již přes dvacet let. Nyní pracuji jako učitelka v rehabilitační třídě Základní školy a Mateřské školy speciální v Uherském Hradišti právě v jednom DZP.

Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je vymezena základní problematika mentální retardace, kombinovaných vad, ústavní péče, sportu, sportovních a pohybových aktivit osob s mentální retardací. V praktické části vycházím z konkrétní situace v DZP Kunovice, DZP Medlovice a DZP Velehrad s hlubším pohledem na sportovní aktivity.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace, kombinované vady

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež a dospělí s mentální retardací. Všeobecně se udávají přibližně 3 – 4 % osob s MR v populaci, přitom v porovnání s minulostí je zřejmý určitý nárůst této poruchy (Valenta, Müller, 2004).

Vymezení pojmu MR má význam jak teoretický, ten spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků, tak také praktický, protože terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího speciálně pedagogického způsobu péče.

Vlastní termín MR (z lat. mens = mysl, retardace = zdržet, zaostávat, dále v práci MR) byl uveden ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci (Vašek et al., 1995).

Definování MR je ovlivněno řadou faktorů a kritérií. Obecně lze definice MR rozčlenit podle toho, z jakých hledisek je autoři koncipovali.

Z hlediska posouzení inteligenčního kvocientu (IQ) jde o kvantitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. V současnosti je za mentálně retardovaného považován jedinec s IQ 70 a níže. Toto jednostranné chápání MR bývá často podrobováno kritice, kdy je poukazováno na nutnost sledování dalších aspektů lidského chování (Renotírová, Ludíková et al., 2004).

Z pohledu biologických faktorů je MR pojímána jako „trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo na základě organického poškození mozku“ (Rubinšteinová, 1976).

Sociální hledisko je v definicích zastoupeno tezí o trvalém snížení schopnosti jedince plně se socializovat. Dále je zdůrazněn vývojový faktor, možnosti vzdělávání a výchovy, hledisko terapeutické, prognostické aj.

Švarcová (2001) považuje za mentálně retardované takové jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.

Podle Dolejšího (1973) je MR vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností, je závislá na nedostatku genetických vloh, porušeném anatomicko-fyziologickém stavu, na funkci mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních potřeb dítěte vlivem deprivací, na zvláštích vývoje motivace, na zkušenostech jedince a typologických zvláštích vývoje osobnosti.

Valenta, Müller (2004) uvádějí, že *„mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“*.

Širší pojem než MR je mentální postižení, který označuje všechny jedince s IQ pod 85 (Vašek a kol.,1995).

1.2 Stupně mentální retardace

Určení stupně mentální retardace se opírá o stanovení stupně inteligence. *„Intelligence je označením pro soubor kognitivních schopností, účastnících se poznávání, učení a řešení problémů v nižším smyslu a často v běžné řeči, také pro míru těchto schopností“* (Čáp, Mareš, 2001).

Z jiného pohledu je inteligencí nejen schopnost se snadno a rychle učit, ale naučené také opakovat a správně používat a využívat v konání a jednání. Intelligence je schopnost správně, přesně a rychle vnímat, myslet a reagovat (Dobrovolská, Macháček, Šmahel, 1991).

Posouzení rozumových schopností u jedinců s MR musí zahrnovat také kvalitativní hodnocení jejich struktury, individuálních zvláštností, předností i nedostatků. Vyrovnaný rozvoj všech dílčích kompetencí na stejné úrovni bývá v případě mentální retardace spíše výjimkou. Nerovnoměrnost vývoje se odráží především v rozdílném výkonu v různých úkolech. Obvykle se tak děje v závislosti na příčině mentálního postižení, ale i vzhledem k úrovni stimulace v rodině, respektive v prostředí, kde tento jedinec žije. Kvalitativní hodnocení by mělo zahrnovat posouzení míry využitelnosti zachované inteligence. Ta je dána nejenom její celkovou úrovní a strukturou, ale i dalšími mimointelektovými faktory. V tomto směru má velký význam emoční stabilita, adaptabilita jedince, úroveň jeho pozornosti, osobní tempo apod. (Vágnerová, 2005).

Ke zjišťování inteligence se využívají inteligenční testy. Úroveň inteligence lze vyjádřit inteligenčním kvocientem:

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

1.3 Klasifikace mentální retardace podle hloubky postižení

Od devadesátých let 20. století je v České republice v teorii a praxi využíváno 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která změnila dříve užívanou klasifikaci a nově vymezila jednotlivé stupně MR pomocí IQ. Podle nové klasifikace, kterou uvádí i Švarcová (2001), se MR dělí do šesti základních kategorií:

- lehká mentální retardace,
- středně těžká mentální retardace,
- těžká mentální retardace,
- hluboká mentální retardace,
- jiná mentální retardace,
- nspecifikovaná mentální retardace.

Za mentálně retardované se nepovažují osoby, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem. Většinou se jedná o děti výchovně zanedbané, děti i dospělé se závažnými emočními poruchami nebo děti se smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. Tyto stavy označují někteří autoři jako pseudooligofrenii (Švarcová, 2001).

Zvolský, et al. (1996) charakterizují stupně MR následovně:

1. Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69)

- jedinci v tomto pásmu MR dokáží komunikovat s okolím, vyjádřit své potřeby a zájmy, většinou jsou soběstační v osobní péči,
- všechny činnosti zvládají v pomalejším tempu a vývojově opožděně, jsou ve škole pomalejší, nedosahují požadovaných výsledků,
- je vhodné je vést k praktickým činnostem, s orientací výběru budoucího povolání nevyžadující vysokou kvalifikaci, jsou většinou absolventi základních škol praktických, mají možnost integrace do běžné základní školy,
- při vhodném začlenění do společenského života s pevným rodinným zázemím jsou schopni vést plnohodnotný způsob života,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 80 %, v populaci 2,6 %.

2. Středně těžká mentální retardace (IQ 35 - 49)

- celkový vývoj jedince je značně opožděn (řeč, myšlení), opoždění přetrvává do dospělosti,
- nejsou schopni úplné samostatnosti v oblasti sebeobsluhy a je nutný trvalý pedagogický nebo rodičovský dohled,
- pomocí speciálních vzdělávacích programů může část těchto jedinců získat dovednosti trivia, jsou žáky základních škol speciálních, kde pracují podle individuálních vzdělávacích plánů, mají možnost integrace do běžných základních škol,
- je málo pravděpodobné, že by tito lidé mohli vést samostatný život,

- k tomuto postižení se často přidružují i jiné diagnózy, zvláště v oblasti tělesné, neurologické a psychiatrické, většinou se vyskytuje porucha řeči,

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 12 %, v populaci 0,4 %.

3. Těžká mentální retardace (IQ 20 - 34)

- zde se ve zvýšené míře projevují přidružené poruchy a změny v organismu, mezi nejčastější přidružené diagnózy patří těžká porucha motoriky, řeči a smyslové vady,

- tito jedinci jsou žáky rehabilitačních tříd a nepředpokládá se u nich osvojení triví, značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti,

- u některých je možnost osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy,

- jejich prognóza je odvislá od každého konkrétního jedince, ale vždy se jedná o život s trvalým dohledem, závislým na péči jiné osoby,

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 7 %, v populaci 0,2 %.

4. Hluboká mentální retardace (IQ nejvýše 20)

- tito jedinci jsou inkontinentní a výrazně omezeni v pohybu,

- velmi časté jsou těžké formy přidružených poruch hybnosti, epilepsie, pervasivní poruchy jako např. autismus,

- velmi problematické je vzdělávání i výchova, avšak při vhodném a odborném vedení mohou zlepšit své omezené schopnosti v oblasti smyslového vnímání a neverbální komunikace v té nejjednodušší podobě,

- jsou zcela odkázáni na pomoc druhých,

- výskyt v celkovém počtu jedinců s MR je 1 %, v populaci 0,2 %.

5. Jiná mentální retardace

- tato kategorie je používána v případech, kdy nelze běžnými dostupnými metodami určit stupeň intelektové retardace.

6. Nespecifikovaná mentální retardace

- tato kategorie nebývá častá, slouží tehdy, jestliže diagnostik nemá dostatek informací a podkladů k určení stupně IQ, přičemž retardace je prokázána.

1.4 Klasifikace MR podle typu chování

V návaznosti na výše uvedené je třeba doplnit, že psychopedická terminologie diferencuje typy mentálního postižení z hlediska chování jedince na:

1. typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný),
2. typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný),
3. typ nevyhraněný – procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze nebo je zde možnost, že jeden z nich mírně převládá (Pipeková, 2006).

Typ eretický - příznačná je zvýšená dráždivost, celkový neklid a nesoustředěnost ústící často v agresivitu. Lechta (2002) konstatuje, že v komunikaci jsou děti příliš hlučné, často vykřikují, zasahují do rozhovoru druhých. Jedinci zařazení do tohoto typu mentální retardace jsou vysoce hyperaktivní.

Typ torpidní - je opakem předchozího typu. Charakteristická je nízká aktivita, malá pohyblivost, lhostejnost a nezáměr o komunikaci. Děti s tímto postižením mluví a vyprávějí pomalu s nápadnou dysprozodií. Často se objevují stereotypní zautomatizované pohyby (kývavé pohyby hlavou, trupem i celým tělem).

1.5 Etiologie mentální retardace

Švarcová (2001) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že k MR může vést celá řada příčin, které se navzájem prolínají, podmiňují a spolupůsobí.

Příčiny mentálního retardace bývají rozdělovány dle různých klíčů. Hovoříme o příčinách endogenních a exogenních, o MR vrozené nebo získané, o vlivech prenatálních, perinatálních nebo postnatálních.

Prenatální příčiny

1. Vlivy hereditární – do těchto vlivů řadíme po předcích zděděné nemoci, jako metabolické poruchy i jiné abnormality, které se však vyskytují zřídka (Zvolský, 1996). Zvolský (1996) uvádí, že intelektové schopnosti dítěte jsou orientačně výslednicí průměru intelektového nadání rodičů. Avšak Valenta, Müller (2004) vidí intelektové předpoklady dítěte, které nejsou matematickým průměrem inteligence biologických rodičů. Dle jejich názoru zde působí tendence tzv. tegrese ke středu, k průměru populace.

2. Genetické příčiny – do této kategorie spadá skupina recesivně podmíněných poruch zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění např. fenylketonurie, galaktosemie, homocystinurie, Tay-Sachsova choroba, Hurlerův syndrom. Nejznámější z těchto poruch je fenylketonurie. Jedná se o špatný metabolismus bílkovin. U neléčených dětí se hromadí fenylalanin v mozkomíšním moku, čímž dochází k poškození mozku a poměrně rychle ke vzniku mentální retardace. Dnes je zaveden screening tohoto onemocnění již v porodnici. Léčba spočívá v přísném dodržování dietního režimu (bezlepková dieta).

Největší skupinou příčin mentální retardace tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie). Nejznámějším reprezentantem je Downův syndrom způsobený trizomií chromozomu 21. Mentální retardace bývá rozdílného stupně, převážně se však pohybuje v pásmu středně těžkého defektu. Postižení mají typický habitus: šikmé, úzké oční štěrby, krátkou lebku, plochý nosní kořen, chabé svalstvo. Klouby jsou volné se zvýšenou kloubní pohyblivostí. Bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní, ulpívaví, avšak emocionálně dobře ladění a přizpůsobiví. Přidružují se i jiné vrozené poruchy, jako srdeční vady, střevní anomálie. Řeč těchto dětí je často nesrozumitelná, což souvisí s anatomickými a fyziologickými zvláštnostmi lebky, dutiny ústní (nadměrné vylučování slin) a mluvidel. Do této skupiny patří si syndrom CI du chat a jiné.

Poměrně rozšířené jsou i změny počtu pohlavních chromozomů jako např. trizomie (XXY) v případě Klinefelterova syndromu, Turnerův syndrom (XO). Tyto dva

syndromy bývají spojovány s lehkou mentální retardací. Těžká mentální retardace s výrazným sebepoškozováním bývá spojována s Lesch-Nyhanovým syndromem.

3. Enviromentální faktory – Valenta, Müller (2004) uvádějí, že zde platí zákonitost, čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky na zdraví dítěte. Řadí sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu (onemocnění matky parazitální chorobou zvířat přenosnou na člověka). Dále pak otravy olovem a přímou inoxikací embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečnou výživu nebo závažné úrazy matky.

4. Vývojové anomálie lebky a CNS

Hydrocefalie - jedná se o poruchy cirkulace mozkomíšního moku. Jde o chorobné nahromadění mozkového moku. Ten je patologicky zmnožen či nedostatečně vstřebáván. Hlavová část lebky se zvětší a zvětšení nitrolebního tlaku má za následek křeče, bolesti hlavy, poruchy vidění, inteligence a chování. Je nutno včas aplikovat chirurgickou léčbu.

Mikrocefalie - často vzniká z důvodu patologicky nedostatečného růstu mozku. Mozek je nedostatečně diferencován, závitky jsou nedostatečně vyvinuté a ploché, počet buněk mozkové kůry je menší. Anomálie se stane patrnou v průběhu prvního roku života dítěte, kdy fontanely se předčasně uzavírají a hlava neroste úměrně (Zahálková, 1966).

Perinatální příčiny

K perinatální faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie, předčasný porod a nízká porodní váha dítěte nebo naopak dlouhodobá přenošenost dítěte. Valenta (2003) uvádí perinatální encefalopatii (organické poškození mozku) jež bývá udáváno jako příčina lehké mozkové dysfunkce (LMD), dětské mozkové obrny (DMO), které asi v dvacetině až desetině případů způsobují mentální retardaci. V neposlední řadě sem patří též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází ze těla ven a působí toxicky na nervovou soustavu dítěte.

Postnatální příčiny

V době po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů. Záněty mozku způsobují:

- mikroorganismy, klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida,
- mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku.

Podle Vágnerové (1999) se do diagnostické skupiny mentálních retardací zahrnují taková postižení, která vznikla v průběhu prvních 18-ti měsíců. Zvolský (1996) užívá diagnózu mentální retardace pro období prvních 2 – 3 let života dítěte.

1.6 Vymezení pojmu kombinované vady

V současné době neexistuje jednotná terminologie pro kategorii kombinovaných vad. V naší republice se setkáváme nejčastěji s označením „vícenásobné postižení“, „kombinované postižení“, „kombinované vady“ a „souběžné postižení více vadami“. V zahraničí není situace o mnoho lepší; neexistuje jen jeden pojem, kterým by byla tato heterogenní skupina osob označována.

Na Slovensku se používá termín „viacenasobné postihnutie“ nebo „viaceré chyby“. V němčině se pracuje s pojmem „schwerstmehrfachbehinderung“, jenž lze přeložit jako těžké vícenásobné postižení. V anglicky mluvících zemích se pracuje s názvy „multiple handicap“ – vícenásobné postižení, ale také např. „severe/multiple disabilities“ – těžké/vícenásobné postižení (Ludíková et al., 2005).

Nazarova (2002) uvádí několik termínů používaných v Ruské federaci: „složnyje defekty“, „kombinirovannyje narušenija“ a také nejvíce frekventované „složnaja struktura narušenija“.

Z medicínského pojetí chápeme pod pojmem kombinované vady sdružení několika postižení u jedince, která se navzájem neovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Kombinované vady vnímáme jako složitý celek různých vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformit, které jsou si vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám (Baláž et al., 1980).

V Defektologickém slovníku (Sovák et al., 1978) se pod pojmem kombinovaná vada uvádí postižení jedince současně dvěma nebo více vadami.

Ke shodnému soudobému pojetí dospěla česká a slovenská speciální pedagogika, která zmiňovanou kategorii pojímá následovně: vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem součinnosti participujících postižení (Vašek et al., 2003).

To, že vícenásobná postižení jsou nejednotně chápána, se odráží v přístupech ke kategorizaci, neboť lze volit celou řadu kritérií, podle nichž lze členit tuto skupinu, ale téměř vždy dojdeme ke zjištění, že rozdělení není zcela vyhovující. Již základní dělení na kategorie lehce a těžce vícenásobné postižení je diskutabilní, neboť neexistuje hranice, co je lehký stupeň a co je těžký stupeň. Velmi často se setkáváme s členěním spojeným s MR, kdy se jedná o kombinaci MR se smyslovým postižením, tělesným postižením nebo poruchou chování. Samostatnou kategorii tvoří jedinci s duálním sensorickým postižením zraku a sluchu, kteří jsou označováni jako osoby hluchoslepé. Skupina osob s kombinovaným postižením je velmi heterogenní a platí zde v plné míře pravidlo individuálního přístupu a nutnosti plánování a poskytování pomoci na míru (Ludíková et al., 2005).

Baláž, et al. (1980) uvádějí dvě kategorie kombinovaných vad: do první řadí ty jedince, u nichž dochází k vrstvení postižení. Přitom vychází z primárního postižení, na které se nabaluje sekundární postižení, jež vzniká v návaznosti na problémy, se kterými se jedinec setkává v kontaktu se společností. Druhou skupinou jsou jedinci s více primárními postiženími, přičemž autoři připouštějí, že u nich nedochází k sumarizaci důsledků jednotlivých postižení, nýbrž ke vzniku nové kvality.

Jiný pohled nabízejí ve své práci Vašek, et al. (2003), kteří shrnují vícenásobné postižení do tří symptomatologických skupin:

1. MR v kombinaci s dalším postižením,
2. slepo-hluchota,
3. poruchy chování v kombinaci s dalším postižením nebo narušením.

V tomto členění nejpočetnější skupinu představují osoby s kombinací MR a dalšího postižení, za nejtěžší formu považují výše zmínění autoři skupinu slepo-hluchých.

Nazarova (2002) rozděluje skupinu kombinovaných vad v závislosti na jejich struktuře a závažnosti následovně:

1. jedinci se dvěma zjevnými vadami, z nichž každá je relativně závažná a vyskytuje se izolovaně,
2. jedinci s jedním dominujícím postižením, které je doprovázeno jiným postižením v lehčí formě,
3. jedinci se třemi a více vadami na různém stupni závažnosti.

Obecně lze konstatovat, že jedinci s vícenásobným postižením představují nezanedbatelnou část populace a jejich výskyt má zvyšující se tendenci. Vyznačují se mimořádnou heterogeností a variabilitou příznaků, projevů a z nich vyplývajících speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb. Je nutné přistupovat ke každému jedinci vysoce individuálně. Cílem veškerého působení musí být multifaktoriální přístup k dosažení maximálního stupně socializace a společenské integrace jedince s kombinovaným postižením.

1.7 Kombinované vady z pohledu psychopedie

O kombinovaných vadách v psychopedii hovoříme tehdy, vyskytne-li se u jedince s MR souběžně některé další postižení. Obecně lze říci, že počet osob s vícenásobným postižením v psychopedické oblasti je nezanedbatelný a má stále zvyšující se tendenci (Ludíková et al., 2005).

Někteří autoři např. Vašek, Vančová, Hardman, Drew, Egan se shodují, že mentální retardace vstupuje nejčastěji do kombinace s jinými postiženími a je v nich nejzávažnějším symptomem (Ludíková et al., 2005). Lze konstatovat, že všechny ostatní poruchy, či chyby a narušení, které se kombinují s MR, jsou důsledkem MR jako primárního postižení. Ale jsou chápány jako součást symptomatologického obrazu MR, s čímž lze polemizovat, neboť pokud tyto poruchy mají společnou příčinu, není jí samotná MR, ale poškození mozku a centrální nervové soustavy. MR se však může

kombinovat s jinými postiženími na bázi různých příčin, které působí nezávisle na sobě (Valenta, Müller, 2004).

Dá se říci, že existují určité diagnózy, u kterých se předpokládá výskyt vícenásobného postižení, Jsou to především dětská mozková obrna, hypotyreóza, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Downův syndrom a mnohé další. Říčan a Krejčířová uvádí, že celkově dochází u dětí s MR asi u 1/3 až 1/2 k DMO a až u 75% jsou poruchy řeči a ve 20% případů jsou přítomny i poruchy sluchu. Velmi časté jsou také poruchy pozornosti a vizuomotorické koordinace (Ludíková et al., 2005).

2 Ústavní péče

2.1 Charakteristika ústavní péče

System ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR). Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována péče o vlastní osobu, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetření, pomoc s výchovou, poskytnutí informací, pomoc při prosazování vlastních zájmů, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím. 1. 1. 2007 vešel v platnost nový zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.), ve kterém se již nehovoří o ústavech sociální péče, ale o domovech pro osoby se zdravotním postižením (§ 4 od. 1).

Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanovuje prováděcí předpis.

Nový zákon vymezuje tři základní oblasti služeb:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče, kde je cílem zabezpečit základní životní potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka,
- služby sociální prevence.

Sociální služby jsou také členěny podle místa poskytování:

- terénní služby,
- ambulantní služby,
- pobytové služby.

Mezi služby sociální péče například patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služba, podpora samostatného bydlení, centrum denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory.

Pro osoby s mentální retardací jsou podle zákona určeny:

1. **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** - poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, poskytnutí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

2. **Stacionáře (denní a týdenní)** - poskytují služby ambulantní a pobytové ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

3. **Chráněné bydlení** – je dlouhodobá pobytová služba poskytována osobám se zdravotním postižením. Má formu individuálního nebo skupinového bydlení, osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta.

Před tím, než vyšel v platnost nový zákon o sociálních službách bylo dělení zařízení pro osoby s mentálním postižením následující:

Klasifikace dle věku klientů (Vyhláška č. 182/1991 Sb., § 61, odst. 1):

- Ústavy sociální péče (ÚSP) pro mentálně postiženou mládež (3–26 let).

- Ústavy sociální péče (ÚSP) pro dospělé občany s mentálním postižením (nad 26 let).

Ústavy pro mentálně postiženou mládež: do těchto ústavů jsou přijímáni klienti s těžším mentálním postižením nebo také klienti s více vadami. V těchto zařízeních se také realizuje ústavní či ochranná výchova mládeže s mentálním postižením (Vyhláška č. 182/1991 Sb., § 65, odst. 1).

Podle této vyhlášky § 65, odst. 2: *Do ústavů pro mentálně postiženou mládež nelze přijímat děti a mládež, jejichž opožděný rozumový vývoj je následkem výchovné zanedbanosti nebo u nichž dochází k akutním projevům psychických poruch ohrožujících okolí.*

Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením: jsou určeny osobám nad 26 let, s těžším stupněm mentálního postižení a pro občany s mentálním postižením a tělesnou či smyslovou vadou. Jedinci s lehčím stupněm postižení mohou být do ústavní péče přijati pouze tehdy, vyžadují-li zvláštní péči (§ 71).

Podle Vojnara (1998) v praxi existují též ústavy sociální péče poskytující služby dětem, mládeži i dospělým. Postupně se v praxi stírá rozdíl mezi ÚSP pro děti a mládež a pro dospělé. Klienti v ústavu pobývají i po dovršení věku 26let.

Klasifikace dle délky pobytu (Zákon č. 100/1988 Sb., § 87, odst. 4):

- ÚSP s denním pobytem.
- ÚSP s týdenním pobytem.
- ÚSP s celoročním pobytem.
- ÚSP s přechodným pobytem.

Ústavy s denním pobytem - stacionáře: pokud má být zachován v co nejvyšší míře kontakt s rodinou, jeví se jako nejlepší forma právě denní ÚSP (někteří autoři označují za stacionáře také ÚSP s týdenním pobytem). Pečují o děti, mládež i dospělé klienty. V péči o děti v podstatě suplují výchovnou a vzdělávací činnost, v péči o dospělé nabízí klientům formy pracovní terapie (Švarcová, 2001).

Ústavy s týdenním pobytem: podle Švarcové (2001) představuje týdenní pobyt v zařízení vzájemný kompromis mezi jedincem s postižením a jeho rodinou. Rodina se v průběhu týdne stará o sourozence, rodiče chodí do práce a mají čas na své zájmy. O víkendu se starají o dítě s postižením, které tak neztrácí kontakt s rodinou, ale zároveň se na konci víkendu těší na své vrstevníky do ústavu.

Ústavy s celoročním pobytem: poněkud jiná situace nastává v ústavech sociální péče s celoročním pobytem. V tomto případě ústav plně zastupuje funkci rodiny a velmi záleží na kvalitě poskytovaných služeb. Velkým rizikem je především absence citových a emocionálních pout vytvořených v rodině. Jako rizikový faktor se jeví také tradiční přístup k ústavnictví, který je orientovaný medicínsky a ochranně. Personál uznávající tento přístup považuje klienta za pasivní subjekt, omezuje se pouze na ošetřování a zajištění základních biologických potřeb. Snaží se utlumit nežádoucí

chování klienta léky a využívá zejména omezující a direktivní opatření. Naproti tomu stojí moderní přístup k ústavnictví, který vychází z potřeb klienta. Tradiční způsob péče o klienty přináší negativní důsledky jako je šikana, hospitalismus a zneužívání mocenského postavení personálem (Valenta; Müller, 2004).

Do ústavu s celoročním pobytem jsou v dnešní době přijímáni zejména klienti s těžším mentálním postižením. Osobám s lehkou vadou nabízejí své služby ústavy sociální péče s denním či týdenním pobytem (Vojnar, 1998).

Kozáková (2005) uvádí, že přechodný pobyt nastává v případě, že občan pečující o osobu s postižením nemůže tuto péči ze závažných důvodů poskytovat. Přechodný typ pobytu je možný nejvýše tři měsíce.

2.2 Funkce ústavní péče

Ústavní péče plní několik základních funkcí (Matoušková, 1995):

1. podpora a péče,
2. léčba, výchova a vzdělávání,
3. omezení, vyloučení represe.

1. Podpora péče

Tato funkce je v popředí zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústav, dětské domovy), ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových zařízení by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

2. Léčba, výchova a vzdělávání

Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních pro propuštěné vězně. Společným

jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

3. Omezení, vyloučení represe

S touto funkcí se můžeme setkat zejména ve věznicích, v psychiatrických zařízeních se nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky, kteří vytváří možné nebezpečí pro svoje okolí.

Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jednofunkcionální, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu, liší se v poměru zastoupených funkcí.

Represivní funkce ústavů je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc, která je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci. I přes toto riziko ústavní péče lze konstatovat, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí.

Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy. Mění se životní hodnoty, úspěch, výkon a postavení hrají významnou roli. Moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Stoupá počet lidí, kteří jsou v některém ohledu nedostačiví, nezvládají nároky současné společnosti. Přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory.

V dřívějších dobách by společnost dokázala tolerovat a přijmout do běžného života mnohé klienty dnešních ústavů. Mnohá vesnice měla svého blázna, chudého duchem, či výtržníka. V ústavnictví se opouští péče organizovaná tradičním, byrokratickým způsobem a prosazují se ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta.

Dnešním trendem je úbytek ústavních forem ve prospěch forem neústavních. Sociální pracovníci a jejich nabídka stále více přichází za klientem do jeho přirozeného prostředí, omezuje vytváření nového umělého ústavního prostředí. Přibližují se hranice mezi ambulantní a ústavní péčí, vznikají zařízení v individuálním rozsahu schopná poskytnout podle potřeby obojí – docházku i pobyt.

Společnost uvítala vznik nových alternativních zařízení, která rozšiřují nabídku péče a pomoci. I stávající tradiční ústavy mění svoji koncepci, otevírají se venkovnímu světu, absorbují nové trendy, profesionalizuje se personál.

2.3 Rizika ústavní péče

Ústavní péče má nezanedbatelná rizika pro svoje klienty, která jsou dlouho známa a krátce pojmenovávána. Tato rizika se liší podle toho, ve kterém věku a v jaké životní situaci se klient do ústavní péče dostal. Mezi nejvýznamnější a nejčastější zařazujeme tyto (Mühlpachr, 2001):

1. hospitalismus,
2. zhoršená komunikace,
3. ponorková nemoc,
4. chybění druhého pohlaví,
5. šikanování,
6. ztráta soukromí.

1. Hospitalismus

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní přirozený život. V ústavu má klient plné zaopatření, většina jeho zejména biologických potřeb je saturována. O to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobytel a nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě. Ztrácí schopnost orientace v přirozeném, pro něj složitém vnějším světě

2. Zhoršená komunikace

Redukce nároků a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost apod. Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak,

že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou velmi často k žádoucímu korigování individuálního chování. Ztrácí se individualita jedince, jeho potřeby jsou redukovány na základní biologické, na ostatní je brán menší zřetel.

3. Ponorková nemoc

V uzavřených ústavech snadno vzniká tzv. ponorková nemoc, popisovaná původně u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostentativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely.

4. Chybění druhého pohlaví

Je pravděpodobné, že interakce mezi klienty bude jejich osobní problémy spíše násobit. Další nevýhodou je nepřítomnost opačného pohlaví. Klienti ústavů nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích. U dospělých tato ústavní homosexualita v mnohých případech mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. Psychologický výzkum ukázal, že pro rozvinutí přiměřené mužské resp. ženské role jsou klíčové dvě zkušenosti: zkušenost rodičovského pečování a zkušenost sexuálního experimentování v pubertálním období. Erotické vztahy vznikají i mezi klienty. Jedná se jak o pseudohomosexuální dvojice, tak o heterosexuální kontakty v zařízeních pro klienty obou pohlaví.

5. Šikanování

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro šikanování. Násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu mají nejagresivnější chovanci. Věznice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela odlišně, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové.

Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří. Klienti mohou být zneužíváni i sexuálně, zvláště v ústavech pro mládež. Šikanování zahrnuje jak fyzické, tak psychické týrání.

6. Ztráta soukromí

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce (dětské domovy, vesničky SOS) omezují soukromí minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání.

Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností. I v neústavním světě se tak vytvářejí society ústavního světa bývalých klientů či obyvatel (Mühlpachr, 2001).

3 Sportovní aktivity osob s mentální retardací

3.1 Charakteristika sportovní aktivity

V současné době jsou užívány dva přístupy k pojetí sportu. První z nich upřednostňuje základní znaky sportu hru, soutěž a výkon. Druhý přístup pojímá sport širěji, jako zábavu, cvičení a rekreaci (Slepičková, 2005).

V roce 1992 přijali zástupci evropských zemí tzv. Evropskou chartu sportu. Charta hovoří o postavení sportu ve společnosti a také vymezuje povinnost státu v péči o něj. Vymezuje i pojem sportovní aktivita. Říká, že jsou to všechny fyzické aktivity, které se prostřednictvím náhodné nebo organizované účasti kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních (Evropská charta sportu, 1994).

Slepičková (2005) uvádí, že evropská definice sportu je velmi široká. Stejná důležitost je přikládána jak sportu výkonově orientovanému, tak nejrůznějším formám sportu provozovaným za účelem posílení zdraví, rekreace či emocionálním prožitkům.

Sport již není homogenní společenský jev, ale přináší různorodost. Není již pouze výsadou mladých talentovaných sportovců, ale i lidí starších nebo handicapovaných. Není spojen jen s vítězstvím či prohrou, ale i radostí, zábavou, zdravím či dobrodružstvím (Slepičková, 2001).

Dělení sportovní aktivity:

1. **Vrcholový sport** – zpravidla na úrovni reprezentace. Cílem je individuálně maximální výkon, vyžaduje „profesionální“ materiální, ekonomické, časové a sociální zabezpečení a vysoce odborné individuální vedení.
2. **Výkonnostní sport** – většinou organizovaný s více či méně pravidelnou přípravou. Cílem je výkon přinášející uspokojení, předpokládá možnost sdružování v klubech, vyžaduje optimální materiální a finanční zabezpečení.
3. **Rekreační sport** – zájmová činnost ve volném čase, hlavním cílem je prožívání. Zpravidla jde o neorganizovanou činnost, využívající nabízené možnosti v kruhu přátel,

rodiny či individuálně. Základním předpokladem je dostatek informací, dopravní možnosti a využívání stávajících zařízení.

Zvláštní formou pohybových aktivit je pohybová činnost rehabilitačního charakteru, která je prováděna zejména ze zdravotních důvodů a pro zlepšení fyzické kondice. Patří sem některé rehabilitační a regenerační procedury, zvláštní a zdravotní tělesná výchova (Potměšil, 1997).

3.2 Tělesná zdatnost a kondice

Pojmy tělesná zdatnost a kondice jsou většinou považovány za synonyma. Oba pojmy vyjadřují stav organismu, který je vždy nutné pro objektivní obraz doplnit informacemi o zdravotním stavu. Zdatnost je obecně chápána jako schopnost či připravenost organismu vykonávat nějakou aktivitu bez další specifikace. Tělesná zdatnost je součástí obecné zdatnosti člověka.

Při charakterizování úrovně tělesné zdatnosti je třeba si uvědomit, že zdatnost je vždy individuální, v přímém vztahu k jedinci a jeho celkovému aktuálnímu stavu. Tělesná zdatnost se s ohledem na svůj dopad dělí podle Čichoně (2005) na:

- **zdravotně orientovanou tělesnou zdatnost**
- **výkonově orientovanou tělesnou zdatnost**

Protože jsou zdravotní problémy spojené s nedostatkem pohybu v současné společnosti aktuálním tématem a zároveň je dobře znám pozitivní vliv pohybu na celkový stav nemocných jedinců (psychický, fyzický i duševní), zaměřím se v další části práce na problematiku zdravotně orientované tělesné zdatnosti a pohybových aktivit.

3.2.1 Zdravotně orientovaná zdatnost

Dobry (1996) uvádí, že ke zdravotně orientované zdatnosti vedou dvě neustále se protínající cesty. Jedna je objektivní a zajímá se o objem a intenzitu pohybové činnosti. Druhá je subjektivní a přináší potěšení z pohybu, lepší náladu, chuť pokračovat v tréninku, pocit objevování své výkonnosti, napětí z očekávání změny výkonu nebo snížení hmotnosti.

Pravidelně prováděné pohybové aktivity mají své nezastupitelné místo i v současném životním stylu tělesně postižených osob. O jejich realizaci rozhoduje každý handicapovaný sám. Aktuální zdravotní stav jedince je jen z části výsledkem péče zdravotníků; do značné míry je totiž výsledkem chování jedince vůči sobě, vůči svému okolí, životnímu prostředí, jehož je součástí.

Haskell a kol. (in Čichoň, 2005), řadí ke zdravotně orientované zdatnosti následující složky:

1. **Kardiovaskulární (aerobní) zdatnost** – provádění pohybových aktivit s dostatečnou intenzitou srdeční frekvence (přibližně 70% aerobní kapacity, 20-60 minut alespoň obden) snižuje riziko ischemické choroby srdeční.
2. **Svalová zdatnost** (svalová síla a vytrvalost) – maximální svalová síla vyprodukovaná jednorázově a vytrvalost jako opakovaný projev síly trvající určitou dobu (upřesněno Dobrým 1996).
3. **Kloubní pohyblivost** (flexibilitu) – rozsah pohybu kloubu omezuje kloubní pouzdro (47 %), svalstvo (41 %), šlachy (10 %) a kůže (2 %); z nich lze nejnáze ovlivnit svalstvo.
4. **Složení těla** – stanovuje poměr kosterního svalstva, tělesného tuku a objem vody v organismu (hydrataci). Ke zjištění složení těla se používá několik metod (kaliperace, bioimpedance, podvodní vážení atd.). Měření složení těla je součástí testu tělesně orientované zdatnosti, užívá se dále při zjištění vysokého tlaku, cukrovky či obezity. Tu u tělesně postižených osob zapříčiňuje především nedostatek a nedostupnost pohybových aktivit.

Při hodnocení zdravotně orientované zdatnosti je třeba posuzovat v optimálním případě všechny její složky a následně navrhnout postup, jak odstranit nalezené nedostatky. Jedním z prostředků, kterými lze zdravotně orientovanou zdatnost ovlivnit, jsou pohybové programy.

Pohybové programy musí vyhovovat dvěma základním kritériím:

- Musí ovlivňovat rozhodující složky zdatnosti a pohybové činnosti.
- Musí být pro daného jedince přijatelné.

Volba druhu pohybové činnosti musí vycházet z úkolu, respektovat zdravotní stav postiženého a jeho předchozí pohybovou zkušenost (Čichoň, 2005).

3.2.2 Výkonově orientovaná zdatnost

Aerobní zdatnost

Aerobní zdatnost je považována za klíčovou složku tělesné zdatnosti. Její hlavní ukazatel, maximální spotřeba kyslíku (VO_{2max}) je objektivní veličinou aerobní zdatnosti, skládající se z kardiovaskulárních metabolických funkčních parametrů. Využívá se často ke zjišťování zdatnosti ve vztahu ke zdraví. Je rovněž v úzkém vztahu k některým nemocem a úmrtnosti (Čichoň, 2005).

Hodnocení aerobní zdatnosti organismu

V současné době neexistuje hodnota, která by stanovila hraniční úroveň tělesné zdatnosti nebo tělesné aktivity nezbytné pro optimální zdravotní stav. Před případným hodnocením je rovněž s ohledem na úroveň zkoumaného jedince či populace nezbytné důkladně uvážit dostupné diagnostické metody (Čichoň, 2005).

3.3 Hodnocení tělesné zdatnosti

Podle Dobrého (1996) tvoří základ pro hodnocení tělesné zdatnosti:

1. Každý test, který zahrneme do souboru hodnocení, mající reprezentovat zdatnost, se pak jím neměří nic jiného, než výkon v konkrétních pohybových dovednostech.
2. Každá pohybová dovednost je produktem celého hybného systému, fungujícího podle principu koordinace. Podle tohoto principu se při konkrétním pohybovém úkonu aktivuje vždy shodná kombinace svalů ve shodném konstantním sledu.
3. Každá pohybová dovednost klade odlišné nároky na metabolické krytí energetického výdeje a na výkon celého těla nebo jeho segmentů ve smyslu

délky trvání činností, její intenzity, opakování a překonávání vlastní tělesné hmotnosti nebo vnějšího přídavného odporu.

4. Ke každému pohybu je zapotřebí určitého množství síly. Bez síly, vyvinuté různě velkou svalovou kontrakcí, nedojde k žádnému pohybu.
5. V současné době se bez jakýchkoli pochyb zařazuje do souboru testů měření kloubní flexibility a tloušťky kožních řas.
6. Nutným požadavkem je jednoduchá administrace všech testů a nízké nároky na měřicí a prostorové vybavení.
7. Souhrn výkonů tvořících složky zdatnosti musí být chápán jako přísně individuální záležitost. Každý soutěží sám se sebou. Nesmí být zneužit pro klasifikaci. Jedině tak se může stát silným motivačním podnětem pro každého a východiskem pro individuální návody a předpisy, jak zlepšovat výkony v jednotlivých položkách (disciplínách).

3.4 Úkoly a cíle sportu osob s mentální retardací

Cílem sportu není jen dosažení maximálního výkonu. Zvyšování výkonnosti je vždy relativní vzhledem k možnostem jedince. I zcela slabý výkon může být pro jedince výsledkem velkého úsilí, sebezpřemáhání, námahy a v tomto ohledu plní sport úlohu, kterou mu připisujeme. V současné době se v pohledu na sport uplatňuje nový trend, který ve sportovní aktivitě hledá prožitek, potěšení z dílčích úspěchů, uvolnění, spolupráci a jiné zisky (Sekot, 2003).

Cíl sportovní činnosti lze tedy charakterizovat jako přizpůsobení se nárokům sportovního života s úsilím o maximální výkon a s přispíváním k rozvoji osobnosti sportovce (Svoboda, 2000).

Úkoly sportovní aktivity:

- utváření potřebných vědomostí o sportu,
- vytváření potřebných sportovních, především pohybových,
- vytváření potřebných návyků a zvyků (režim dne, životospráva, hygiena),
- rozvoj specifických schopností (periferní vidění, rozhodování),

- regulace postojů k otázkám sportovního i běžného života,
- ovlivňování interpersonálních vztahů (Svoboda, 2000).

3.5 Význam sportu pro osoby s mentální retardací

Význam sportování je veřejností velice často redukován pouze na oblast fyzickou (rozvoj fyzické kondice, zlepšení tělesného vzhledu apod.). To je zapříčiněno prvotními vjemy, které člověk při pohybové aktivitě nejvíce vnímá – např. pocity únavy, bolesti, pocení, zrychlená dechová či srdeční frekvence. Toto obecné tvrzení vychází z neuvědomění si skutečné a komplexní působnosti pohybu na lidský organismus člověka a skrze něj pak na své okolí (Sekot, 2003).

Hlavní účinky pohybové aktivity na člověka jsou v odborné literatuře (např., Slepíčková, Sekot) nejčastěji rozděleny a charakterizovány ve třech významově rovnocenných dimenzích (oblastí):

1. fyzické,
2. psychické,
3. sociální.

1. Fyzická dimenze

Účinky fyzické zátěže působí bezprostředně na tělo jedince, a proto jsou pocitově a v podstatě i opticky ihned identifikovány. Z fyzických účinků pohybu můžeme například jmenovat rozvoj pohybových schopností a zdokonalování pohybových dovedností, změny ve struktuře svalstva, a tím i změny ve fyziognomii jedince, působení na dýchací a srdečně-cévní systém, na stavbu kostí, metabolismus, imunitní systém apod. (Sekot, 2003).

2. Psychická dimenze

Dimenze psychická se projevuje v kvalitě duševního zdraví a duševního rovnováhy člověka. Duševní zdraví je pak charakterizováno jako „*míra schopnosti osobnosti utvářet své prostředí a přizpůsobit se životu s velkým stupněm spokojenosti, úspěchu,*

výkonnosti a štěstí“ (Vaněk a kol., 1984). Je přirozené, že míra kvality duševního zdraví je v přímé úměře s momentálním fyzickým stavem člověka.

Právě působení sportu na psychické charakteristiky jedince jsou veřejností vnímány jako spíše podružné nebo doplňkové účinky při fyzické zátěži. Přitom zlepšení psychického stavu pomocí tělesných cvičení je jednou z nejdůležitějších funkcí pohybu. Vliv tělesného cvičení na psychiku jedince by neměl být považován za doprovodný jev pohybové aktivity, ale především by mělo skrze pohyb docházet k zlepšování psychického stavu jedince – např. překonávání nepříjemných pocitů, pramenící z vytrvalostní činnosti nám zákonitě zvyšuje i psychickou vytrvalost, která může být rozhodujícím faktorem pro úspěšné vykonávání profese nebo lepšího zvládnutí rodinné role. K potvrzení oprávněnosti významu pohybové aktivity na zlepšování duševního stavu člověka nám může posloužit i zařazení tělocviku mezi nesespecifické léčebné metody v ústavech pro duševně choré. Je jednoznačně prokázáno, že rekreační sportování a léčební tělocvik výrazně zkracuje pobyt v psychiatrických ústavech, snižuje spotřebu léků a urychluje návrat pacientů do normálního života. Příkladem nám budiž léčebné metody Vincenta Priessnitze, který léčil nervově nemocné dlouhými procházkami v horském prostředí a studenými koupelemi (Vaněk a kol., 1984).

Konstatujeme tak, že díky tělesné aktivitě můžeme pozorovat v psychice člověka vyšší ctižádost, psychickou vytrvalost, odolnost proti stresu, vyšší míru sebedůvěry, schopnost koncentrace, pohotovost, rozhodnost, sebeovládání apod. Jedná se o široké spektrum osobnostních předpokladů, které mohou být díky pravidelné pohybové činnosti vyladěny do takových vhodných poměrů, že člověku usnadňují plnění jeho sociální role (Sekot, 2003).

3. Sociální dimenze

Člověk se ve společnosti projevuje určitým chováním. Tím působí na své okolí a zpětně je ovlivňován svým prostředím. Proto se i pohybová aktivita uplatňuje při sociálním působení na člověka a naopak skrze člověka působí na okolní prostředí.

Sportování je ve většině případů realizováno ve skupinové formě. Jsou zde vytvořeny určité vztahy, které jsou charakteristické pro danou činnost. Člověk tak jedná ve ztížených a více či méně proměnných podmínkách. Z toho vyplývá určitá náročnost na

fyzickou a především psychickou úroveň jedince. Vyústěním je pak celkový projev jedince, který dává sportovní aktivitě sociální dimenzi. Jedná se o schopnost spolupráce a přijetí své role ve skupině, respektování soupeře a spoluhráče, dodržování pravidel fair play, umění přijmout porážku, ale mnohdy i unést vítězství apod. Dalším způsobem, jak se člověk realizuje, jsou individuální pohybové formy. U takovýchto forem je vyloučena přímá konfrontace se soupeřem a vzájemná kooperace. Bezprostředně se u takových činnostech uplatňuje samostatnost, zodpovědnost sama za sebe, nepřenesení zodpovědnosti na druhé apod. Dalo by se tak vyvodit, že v případě individuálního pojetí se sociální vliv pohybové aktivity vztahuje pouze na konkrétního jedince. Tento úsudek je platný pouze v průběhu vykonávané činnosti, ale z dlouhodobějšího pohledu i individuální pohybová činnost vyrovnává a zlepšuje rozpoložení člověka, což se pozitivně zúročuje v jeho dalším fungování v rodině, ve svém zaměstnání atd.

Míra dosažení fyzické, psychické a sociální dimenze při sportu je charakterizována určitým uspokojením potřeb a vypovídá tak o naturelu jedince samotného. Proto se bude lišit povaha člověka preferujícího individuální aktivity od člověka, který má zálibu v kolektivních sportech (Sekot, 2003).

Kábele (1992) považuje za specifické cíle sportu jedinců s postižením:

- rozvíjení základních pohybových schopností a dovedností, jakož jsou obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, rychlost reakce apod.
- osvojení regeneračních a kompenzačních metod, tj. psychorelaxační techniky, automasáže, kompenzační cvičení, posilování, strečink a jiné.
- formování psychických vlastností jako je volní úsilí, schopnost koncentrace, zvládnutí emocí, adaptace, spolupráce, vyrovnávání se s konfliktními situacemi, kompenzace pocitů méněcennosti atd.
- překonávání sociálních bariér, přijetí sociálních rolí, navazování kontaktů mezi zdravotně postiženými, společenské kontakty intaktních a postižených, možnost výměny zkušeností a informací, propagace dosažených výsledků aj.
- předcházení vzniku civilizačních chorob z nedostatku pohybu, nevhodné životosprávy, časté neurotizace a vlivu stresogenních faktorů.

Osoby s postižením mohou provádět pohybové činnosti rehabilitačního charakteru (kam patří různé rehabilitační cvičení, regenerační postupy a zejména zdravotní tělesnou výchovu), rekreační sport, prováděný ve volném čase prostřednictvím neorganizovaných činností (cílem je prožitek, nikoliv výkon). Další dvě úrovně se týkají aktivních, závodících sportovců patří sem výkonnostní a vrcholový sport. V případě prvně jmenovaného se jedná o pravidelnou organizovanou přípravu, vedoucí k dosažení nějakého výkonu (základním předpokladem jsou optimální materiální a finanční podmínky, např. sdružování v klubech). Poslední zmíněnou úroveň, tedy vrcholový sport, lze charakterizovat jako snahu o dosažení maximálního individuálního výkonu, zejména prostřednictvím reprezentace. V tomto směru vyžaduje profesionální, odborné vedení, spojené s dostatečným ekonomickým, časovým i sociálním zabezpečením. Potměšil (1997) v tomto směru zdůrazňuje, že sport zdravotně postižených je reálně existujícím jevem, má plně vybudované mezinárodní a národní organizační struktury a struktury soutěží. Je tedy plnohodnotným partnerem celé oblasti sportu nepostižených a jako takový by měl být plně uznáván a respektován.

Tililinger (in

http://www.uzps.cz/svazy/csmps/sport_intelektove_postizenych/pojem_mentalni_postizeni/) uvádí, že soutěžení a reprezentace nejsou hlavním a jediným cílem sportu osob s MR. Cílem je hlavně nabídnout sportovní aktivity co největšímu počtu jedinců, poskytnout jim možnost mezi sebou soutěžit. Poměřit se tak, že sportovci prokáží sobě, rodině i okolí výkonnost, získají touhu po zlepšení a vítězství. Úspěchy a vazba na sportovní aktivity jim pomáhají získat podporu, úctu a obdiv okolí.

Cílem sportu osob se zdravotním postižením je podíl na všestranném rozvoji osobnosti. Především jde o získání či znovuobjevení úplné nebo částečné samostatnosti a soběstačnosti, které jsou základem hodnotného osobního i rodinného života. Sport patří k uznávaným životním hodnotám i velmi těžce postižených jedinců jako zdroj zábavy a prožitku, náplň volného času, ale i jako základní předpoklad rozvoje fyzických sil, psychické rovnováhy a sociálního jednání (Potměšil, Čichoň, Heller, 2002).

Podstatou sportovních aktivit osob se zdravotním postižením by mělo být provádění odpovídajících aktivit s optimálním zatížením. Potměšil uvádí: „*Stále platí, že jakékoli minimální množství sportovních činností je lepší než pohybová nečinnost. Obecným*

doporučením je realizovat sport, který je prožíván, přináší uspokojení a smysl“
(Potměšil, 1998).

3.6 Klasifikace pro sport u osob s mentální retardací

Zařazování sportovců do kategorií se řídí výsledky dosažených v testech inteligence.

Stanovování IQ vychází z mezinárodní klasifikace nemocí podle WHO z roku 1992. Novější klasifikace podle AAMR (americké sdružení pro mentální poruchy) udává, že je nutné splnit alespoň 2 kritéria ze 3. Zároveň jsou to také podmínky INAS – FID.

3 kritéria:

1. skóre v testu inteligence je menší než 70-75.
2. existence významných omezení ve dvou a více z 10 adaptačních dovedností jako jsou komunikace, péče o sebe, aktivity běžného dne, sociální dovednosti, výchova a vzdělávání, zdraví bezpečnost, volný čas, práce atd.
3. manifestace MR před 18 rokem života.(Dad'ová et al., 2008).

Podobně je tomu při soutěžích Speciálních olympiád. SO jsou otevřeny všem lidem s MR, kteří dovršili hranici 8 let věku a jejichž IQ není vyšší než 80. Dolní hranice není určena, proto mohou být do soutěží zapojeni i jedinci s těžkým stupněm MR. Soutěžící se rozdělují do skupin nejvýše po 8 závodníků na základě přibližně stejných pohybových dovedností, aby měl šanci uspět každý. Všichni jsou odměňováni (in www.specialolympic.cz/index.htm).

3.7 Sportovní a pohybové aktivity osob s mentální retardací

Pohybové aktivity hrají významnou roli v rozvoji lidí s mentální retardací. Pohyb může být prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálním a sociálním prostředím, prostředkem k poznání sebe sama. Pohybové aktivity rozvíjí děti i dospělé osoby s mentální retardací v oblasti výchovné, vzdělávací a také zdravotní. Záměrné působení pohybu zkoumají různé vědy (psychologické, biologické, biomechanické atd.)

z nejrůznějších aspektů. Zdá se, že při realizaci pohybových aktivit se vytrácí to hlavní, a to je radost z pohybu. Žádný člověk nemůže jen pracovat, vzdělávat se, ale musí se i bavit. Každý se musí i odreagovat, uvolnit se a vybit nahromaděnou energii. A právě pohybové aktivity mohou všechny tyto potřeby uspokojit, zpestřit život osoby s MR, učinit její život radostnější (Karásková, 2000).

Pohybová aktivita je pojem velmi obšírný, skrývá rozličné druhy lidské činnosti. O pohybové aktivitě lze mluvit tehdy, jestliže myjeme doma nádobí, píšeme na počítači, pracujeme na zahradě a nebo vykonáváme různá tělesná cvičení. Některé druhy pohybových aktivit jsou úzce spjaty s tělesným cvičením, resp. sportem a proto se v literatuře můžeme dočíst o sportovních pohybových aktivitách (Křivohlavý, 2001).

U osob s mentální retardací se může pohybová aktivita projevovat různým způsobem.. Kromě nepostradatelné spontánní pohyblivosti jde především o organizovanou tělesnou výchovu, sport a turistiku, které mají velký význam pro zdravotní stav i výchovu. Téměř všichni autoři zabývající se problematikou pohybových aktivit osob s mentální retardací se shodují v tom, že je nutné se věnovat pohybovým a sportovním aktivitám zodpovědně po celý jejich život, neboť jejím prostřednictvím dochází k pohybovému rozvoji (Kvapilík, Černá, 1990).

Vývoj jedinců s mentální retardací probíhá v podstatě podle zákonitostí vývojové psychologie, ale některé mezníky vývoje na sebe nechávají dlouho čekat. Děti většinou později začínají zvedat hlavičku, natahovat ruce, sedat si a stavět se. A protože pohyb podněcuje činnost psychickou, tak na základě pohybu dítě může poznávat okolní svět kolem sebe. Ten ho také podněcuje k další pohybové činnosti a poznávání. Děti s MR mají určité zvláštnosti v pohybových projevech, se kterými je nutné počítat. Bývají neobratné, pohyb doprovází řada neúčelných pohybů, u některých můžeme pozorovat chaotičnost, pohybovou chudost a stereotypnost. Porušená bývá i souhra pohybu, proto se některé cviky nedaří dítěti zvládnout. Dále mají problémy se změnou směru, rytmem a rychlostí. Při vštěpování pohybových dovedností a návyků je proto nutné počítat s nedostatky v poznávání, pochopení a rozlišení pohybu. Na pohybové činnosti mají velký vliv také volní a citové vlastnosti. Děti někdy neprojevují zájem o sportovní nebo pohybovou aktivitu, nedokáží si zvolit sami aktivity, nedokáží se sami zabavit, je nutné jim tyto aktivity nabízet a upozorňovat na možnosti jejich využití. Děti eretického typu

bývají neklidné, vzrušivé, neuvědomují si vůbec nebezpečí a jejich pohyby bývají překotné a zbrklé. Naopak děti torpidního typu mívají nepřekonatelný strach z pohybu a o pohybové aktivity nejeví zájem. Každý jedinec s postižením je individualita, proto je důležité si uvědomit, že činnosti, které někteří zvládnou za měsíc, někteří nemusí díky svému postižení zvládnout nikdy (Kvapilík, Černá, 1990).

A zde je na místě nutné upozornit na nesporný vliv podnětného prostředí. Prostředí sice nezmůže zázraky, ale soustavná a svědomitá práce s dobrým úmyslem zmůže mnoho. Vypěstování správných pohybových návyků může přinést do budoucna jedinci s MR velký užitek. Nedostatky v pohybové činnosti se vážou i na pracovní návyky, jejichž napomáhá lepšímu včlenění do společnosti. Cílenou pohybovou aktivitou je možné posilovat jedince:

- paměť při napodobování a zapamatování různých cvičení,
- fantazii, tím, že jedince vedeme k samostatnému pohybu a necháváme jej zažít pocit vlastní tvorby,
- řeč, jedinec se setkává s pojmy, které běžně neslyší,
- pozornost patřičnou motivací,
- volní vlastnosti, kdy jedince učíme poznání sebe sama a sebekázně (Černá, 1977).

Při organizaci pohybových a sportovních aktivit osob s MR je důležité:

- znát duševní stav, projevy a možnosti funkčního rozvoje jedince s MR, na základě toho stanovit kdy a jak začít s nácvikem různých pohybových dovedností,
- postupovat od nácviku jednodušších aktivit ke složitějším,
- cvičební skupiny vytvářet podle motorické dovednosti a stupně rozvoje pohybových dovedností (maximálně 4 – 6 cvičenců),
- délku pohybových aktivit přizpůsobit nižší schopnosti koncentrace, nižší úrovni pohybových dovedností a snadné unavitelnosti,
- při nácviku vycházet ze spontánní aktivity jedince, kterou podporujeme a dále rozvíjíme, k pohybu nenutíme, ale motivujeme,

- dále je nutné dodržovat didaktické zásady názornosti, přiměřenosti, soustavnosti a posloupnosti (Černá, 1995).

Kvapilík, Černá (1992) uvádějí, že u jedinců s mentální retardací neexistuje zvláštní omezení ve výběru sportovní činnosti. Tak jako u nás intaktních jedinců je důležité reagovat na každého člověka zvlášť, je třeba brát v úvahu pouze individuální zvláštnosti a z nich vyplývající podmínky, za jakých dítě může cvičit. Zkušený učitel, vychovatel či cvičitel určitě pozná, jaké jsou bariéry jeho klientů či žáků. Rozpozná jaké aktivity se hodí jako nejvhodnější, jak často dané aktivity vykonávat. Je důležité zde upozornit, že bez znalosti podrobných charakteristik jednotlivých postižení se nemusí dostavit výsledek a může také dojít ke zhoršení psychického a fyzického stavu.

Jak již bylo výše uvedeno, lidé s MR mohou provozovat stejné sportovní aktivity jako intaktní spoluobčané. V naší republice existují organizace (ČPV, ČSMPS, ČHSO, SPMP), které umožňují lidem s MR věnovat se sportu na soutěžní úrovni. Všechny tyto sporty lze provozovat také na rekreační úrovni v rámci sportovních aktivit.

V následujícím textu uvedu některé sportovní aktivity, které jsou vhodné pro osoby s MR. O vhodnosti těchto aktivit jsem přesvědčena, neboť mám dvacetiletou praxi v práci s osobami s MR. Dle mého názoru je nejvhodnější aktivitou plavání a hry ve vodě. Následují pohybové aktivity v přírodě, hlavně turistika. Dalšími vhodnými aktivitami se mi jeví boccia a závěsný kuželník, lyžování, přehazovaná a dnes stále více oblíbený florbal.

a) Plavání

Plavání i ostatní vodní aktivity jsou velmi vhodnou a účelnou součástí pohybového režimu pro všechny typy postižení, jsou účinným prostředkem celkového fyzického rozvoje, především dětí a mládeže, ale často se stávají i přímou součástí jejich terapie. (Votava a kol., 1997). Přínos plavání pro osoby s MR tkví hlavně v rozšíření jejich intelektových a motorických zkušeností v úplně odlišném a novém prostředí. Cenný je také sociální dopad, neboť si při této činnosti vzájemně pomáhají, předvádějí své úspěchy, cvičí se v denních úkolech jako je svlékat se, oblékat se, upevňují si hygienické návyky. Podobně jako u jiných postižení dochází také k příznivé odezvě ve fyzickém rozvoji. Pomocí plavání dochází k otužování, zvyšování svalové síly,

koordinace a motoriky. I drobné úspěchy povzbuzují jejich sebevědomí, pohyb ve vodě jim přináší radost a plavání tak v mnoha směrech obohacuje jejich limitovaný život (Bělková, 1994).

Osoby s MR se učí hlavně způsob prsa, některé zkušenosti z výuky plavání doporučují učit prsa komplexní metodou, to znamená nikoliv po jednotlivých prvcích, ale hned ve finální podobě. Učení je zdlouhavé a vyžaduje dopomoc a časté ukázky. Dosti času je třeba věnovat přípravě na suchu. Pro výuku plavání je vhodný také způsob znak (Bělková, 1994).

b) Pohybové aktivity v přírodě

Aktivity v přírodě zahrnují turistiku, sporty v přírodě, hry a různá cvičení. Jsou to činnosti, které vykonáváme vlastní silou, eventuálně za pomoci speciálního vybavení, a které jsou spjaty se šetrným využíváním přírodního prostředí nebo s překonáváním přírodních překážek. Tyto aktivity jsou velmi vhodné pro jedince s MR, neboť jim otvírají nové obzory, dávají možnost poznávat přírodu a vlastně celkově se rozvíjet jejich osobnost (Neuman a kol., 2000).

S letní přírodou se pojí řada pojmů jako je prožitek, zkušenost, dobrodružství, riziko, výzva, strach, bezpečnost. Neuman a kol. (2000) uvádí, že prožitek je tím silnější, čím více vlastního úsilí vložíme do jeho získání. Dobrodružství je pak vnímání výzvodých situací. Vnímání rizika je ryze individuální, vždy musíme volit přiměřené aktivity vzhledem k charakteru klientů a musíme mít na paměti princip bezpečnosti. Strach je jedním z mechanismů zachování života, při které člověk mobilizuje různé funkce organismu. Nedostatek strachu se podílí na ztrátě pudu sebezáchovy.

Pro osoby s MR je vhodná hlavně pěší turistika, dále rekreační provádění některých sportů v přírodě (běh na lyžích, cyklistika, veslování, bruslení) a rekreační pobyty v přírodě spojené s vycházkami, houbařením, cvičením v přírodě, tábořením atd..

c) Boccia

Boccia je jedním z novějších sportů speciálních olympiád. Je modifikací klasických her jako je boules, petangue a law bowling. Je to dovednostní a strategická hra. Daný míček

se má hodit co nejbližší k bílému míči zvanému jack. Může být hrána kdekoli, kde se sejde od dvou do osmi hráčů. Právě ona jednoduchost umožňuje ženám i mužům každého věku i s nejtěžším tělesným a přidruženým mentálním postižením plnohodnotně sportovat. Rozvíjí hrubou i jemnou motoriku a logické myšlení. Oficiální soutěže se hrají na vyznačeném kurtu převážně v tělocvičnách s rovným a tvrdým povrchem. Soutěže jsou řízeny IBC a CP – ISRA.

d) Závěsný kuželník

Tato hra je více známá pod názvem „Ruské kuželky“. Je určena pro sportovce – spastiky s těžším postižením, kteří se pohybují buď na vozíku nebo používají opěrné pomůcky. Mohou ji provozovat také osoby s MR neboť spousta z nich má spastické postižení dolních končetin. Hra je určena pro jednotlivce i družstva. Hraje se s koulí zavěšenou na ocelové konstrukci a devíti kuželkami. Cílem je dosáhnout co největšího počtu bodů svržením kuželek pomocí zavěšené koule. Tento sport nemá zatím ambice se stát paralympijským sportem, ale všem hráčům dopřává pocit sounáležitosti s družstvem a zdravou a přirozenou rivalitu mezi družstvy.

e) Lyžování

Lyžování je pro osoby s MR novou aktivitou, rozšiřuje pohybové možnosti a seznamuje je se zimní krajinou. Přispívá k samostatnosti, přináší nové prožitky, vede k psychické pohodě. Lyžování rozvíjí rovnováhu, zlepšuje správné držení těla a chůzi. U osob s MR má velký význam pro zlepšování pohybové koordinace, upevňují se také návyky sebeobsluhy: oblékání, obouvání atd.. A klade samozřejmě nároky na volní vlastnosti, jako je třeba překonávání strachu, nepřízeň počasí, překonávání vzdáleností.

Sportovci s MR mohou soutěžit v rámci Speciálních olympiád v běhu na lyžích volnou technikou, klasickou technikou a ve sjednocených běžeckých závodech klasickou i volnou technikou. Sportovci s nižší úrovní schopností pak soutěží v běhu na lyžích klasickou technikou na kratší vzdálenosti a v klouzavé disciplíně. Dále mohou soutěžit v alpských disciplínách ve sjezdu, obřím slalomu i slalomu, také sjednoceném sjezdu,

obřím slalomu i slalomu. Závodníci s nižším stupněm schopností soutěží v klouzavém závodu (Hruša a kol., 1999).

3.8 Stručný přehled organizací zabývajících se sportem osob s mentální retardací ve světě

Sport handicapovaných osob zaštiťují a řídí organizace, které pracují jak na mezinárodní, tak na národní úrovni. V následujícím textu uvedu ty nejdůležitější.

3.8.1 Mezinárodní paralympijský výbor



Roku 1982 byl ustanoven Mezinárodní koordinační výbor světových organizací postižených sportovců, z něhož vznikl roku 1992 Mezinárodní paralympijský výbor (IPC), který v současné době slučuje tyto mezinárodní federace:

- a) mentálně postižených sportovců (INAS – FMH),
- b) spasticky postižených sportovců, k nimž patří zejména ti, kteří ochrnuli v důsledku vrozené vady, nejčastěji DMO (CP ISRA),
- c) tělesně postižených sportovců, s převážně získaným handicapem na základě nejrůznějších úrazů. (IWAS),
- d) federace zrakově postižených sportovců (IBSA).

Hlavní oblast působení Mezinárodního paralympijského výboru spočívá v koordinaci průběhu paralympijských her, mezinárodních a kontinentálních soutěží pro osoby se zdravotním postižením, dále pomáhá při tvorbě klasifikací a tříd, v nichž se následně závodí. Současně však klade důraz na integraci zdravotně postižených sportovců mezi jejich zdravé kolegy, podílí se na tvorbě různých vzdělávacích i rehabilitačních programů, podporuje výzkumy a další aktivity. V neposlední řadě usiluje o rozšíření příležitostí pro své klienty v rámci tréninkové přípravy.

Sportovec, který chce závodit na mezinárodních závodech pořádaných IPC, musí být oklasifikován podle funkčního klasifikačního systému, který rozděluje sportovce do tříd dle postižení tak, aby měl každý optimální podmínky pro soutěžení v duchu fair play. Jinými slovy výsledek nesmí být v žádném případě ovlivněn postižením, ale tím, jak sportovec natrénoval či jak je talentovaný. Vstupním kritériem pro vstup do soutěží rozumíme tzv. minimální handicap, což znamená, že musí mít diagnostikovanou zdravotní poruchu, která má prokazatelný vliv na sportovní výkon a pro daného jedince znamená, že se nemůže účastnit sportu nepostižených. V případě, že byl jedince označen jako osoba s minimálním handicapem, může být dále klasifikován. Součástí klasifikace je medicínský test (zaměřený nejčastěji na svalovou zkoušku) a funkčně technický test, orientovaný na analýzu schopností ve specifických sportovních dovednostech nebo hrách. Rozdělují sportovce do tříd, jež jsou standardizovány určitým předem definovaným profilem závodníka (např. třídy pro sportovce s DMO, plavecké třídy, apod.) Klasifikační třídu označujeme u většiny sportů kombinací písmen a čísel (např. F36, S3 atd.), popřípadě bodovou hodnotou (1.0 bod, 2.0 body atd.). Kromě ní se však určuje statut závodníka (resp. jeho sportovní třídy), který vymezuje nutnost opakovaného testování apod., k jeho označení se využívají písmena N, R a C.

N = new – sportovec dosud nebyl klasifikován mezinárodním týmem (pouze národním) před závody musí být otestován běžnými klasifikačními postupy, je sledován v průběhu soutěže jak klasifikátory, tak svými konkurenty. Jeho kategorie se může měnit.

R = under review – sportovec s proměnlivou klasifikací, tj. ten, jehož postižení je progresivní (resp. zdravotní postižení není stabilizované) nebo existují pochybnosti o jeho správném zařazení. Jeho kategorie podléhá revizi - tzn. musí před závody projít klasifikační prohlídkou, jeho kategorie se může měnit.

C (P) = confirmed (permanent) – sportovec s potvrzenou (dříve uváděna jako „permanentní“) klasifikací, který je oklasifikován a není pochyb o klasifikaci ani se nepředpokládá změna funkčního stavu. Nemusí být před soutěží znovu testován, jeho třída se nemění (in <http://www.paralympic.cz/>)

3.8.2 INAS-FID

Mezinárodní organizace, která řídí sport osob s MR ve světě má název „International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability“. Byla založena v roce 1986 a v roce 1993 se jako spoluzakladatelská organizace podílela na vzniku IPC.

První oficiální účast sportovců s MR na paralympijských hrách byla zaznamenána v roce 1996. V Atlantě startovali plavci a atleti. V roce 1997 se stal prezidentem organizace velmi ambiciózní Fernando Vincente.

Paraolympiáda v Sydney byla pro sportovce s MR velmi úspěšná, ale měla tragickou dohru, za španělské družstvo startoval vysokoškolsky vzdělaný novinář, který po paralympiádě vše přiznal a publikoval.

Fernando Vincente byl sesazen, INASu bylo zastaveno členství v IPC, mnohé národní organizace byly vyloučeny nebo jim rovněž bylo zastaveno členství v Národních paralympijských výborech, byla vyloučena účast sportovců s MR na paralympiádě i soutěžích IPC.

Období po Sydney je protkáno velmi usilovnou prací vedení INASu i národních členských organizací.

Byly prověřeny registrace všech účastníků paralympiády, byl zaveden nový systém registrace, nejprve v roce 2001, upravený v roce 2002 na dvě možnosti registrování – pro soutěže INASu pouze a pro soutěže INAS/IPC. Tento systém byl platný až do února 2005. V současné době je nezbytné pro registrace používat pouze systém INAS/IPC. Velkým problémem je jistá nedokonalost i tohoto systému a především chybějící „Systém řešení protestů“, který je běžný v ostatních postiženích. Je problémem vyhovět IPC v požadavku vyjádření vlivu handicapu na sportovní výkonnost. Právě „rozmanitost“ mentálního postižení vytváří v této oblasti velmi obtížně řešitelné problémy. Tuto záležitost se pokouší řešit dotazník, jež je součástí registrace INAS/IPC.

Přes veškerou snahu a enormní aktivitu INASu nebylo od roku 2001 dovoleno sportovcům s MR startovat na soutěžích IPC. Jako výraz vstřícnosti IPC byla povolena sportovcům s MR symbolická „ukázková“ účast na paralympiádě v Athénách. Účast 24 stolních tenistů a dvou basketbalových týmů byla skutečně „demonstrační“ a méně než

symbolická. Původní úvahy o účasti cca 150 – 200 sportovců se ukázaly jako nereálné, především vlivem požadavků IPC – registrace dle pravidel INAS/IPC a limit IQ 70 a méně. Národní federace nedokázaly v krátkém termínu zaregistrovat dostatečné množství sportovců, proto se na paralympiádě neobjevili.

Mimořádná valná hromada v listopadu 2004 v Káhiře by mohla být pokládána za zlomový okamžik v životě INASu. INAS-FID byla potvrzena jako součást IPC a IPC demonstroval snahu o pomoc sportovcům s MR i v návratu do soutěží IPC a paralympiád. Na této cestě je však potřeba vykonat ještě hodně práce. (in http://www.uzps.cz/svazy/csmps/sport_intelektove_postizenych/)

3.9 Stručný přehled organizací zabývajících se sportem osob s mentální retardací v České republice

3.9.1 Český paralympijský výbor



Byl ustanoven roku 1994 jako paralelní organizace Českého olympijského výboru. Český paralympijský výbor (ČPV) ovlivňuje prostřednictvím sdružených svazů přípravu sportovců na vrcholné světové soutěže. Jeho hlavním úkolem je sestavování reprezentace České republiky pro mezinárodní závody, zejména pro letní a zimní paralympijské hry a Deaflympiády. ČPV sdružuje svazy postižených sportovců, kteří jsou členy mezinárodních federací, patřících pod IPC (Mezinárodní paralympijský výbor) a nebo v případě neslyšících sportovců pod IDC (Mezinárodní deaflympijský výbor). ČPV dohlíží na činnost těchto organizací:

- Českou asociaci tělesně handicapovaných sportovců (ČATHS)
- Českou federaci sportovců s centrálními poruchami hybnosti Spastic Handicap (ČFSCPHSH)
- Český svaz mentálně postižených sportovců (ČSMPS)

- Český svaz neslyšících sportovců (ČSNS)
- Český svaz zrakově postižených sportovců (ČSZPS) (in <http://www.paralympic.cz/>)

3.9.2 Český svaz mentálně postižených sportovců (ČSMPS)



ČSMPS je specifickým sdružením samostatných sportovních oddílů, klubů a tělovýchovných jednot, také dalších organizací a jednotlivců, které zajišťují tělovýchovnou, sportovní a turistickou činnost mentálně postižených sportovců. Členy svazu jsou především sportovci s mentálním postižením, jejich doprovodné osoby, bez rozdílu věku.

Za sportovce s mentálním postižením jsou pokládány osoby, které na základě pedagogicko – psychologického vyšetření, prokazující snížení rozumových schopností, jsou vzdělávány a vychovávány v zařízení pro mentálně postižené.

Zastřešujícím orgánem svazu je INAS – FID (International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability).

V naší zemi byl založen sportovní svaz sdružující sportovce s MR v roce 1992. U jeho zrodu stál dlouholetý propagátor sportu osob s MR dr. Josef Kvapilík. Od svého vzniku je svaz členem Unie zdravotně postižených sportovců a Českého paralympijského výboru. Založení svazu umožnilo zpřístupnit sport všem zájemcům, a to na různých úrovních., od soutěží v rámci ústavu, školy, klubu, přes městské a regionální soutěže k soutěžím mistrovství České republiky.

Již v roce 1992 se naši sportovci zúčastnili 1. paralympiády mentálně postižených.. v Madridu.

Provozované sporty:

- plavání
- košíková
- stolní tenis

- atletika
- kopaná
- lyžování
- cyklistika
- tenis
- přespolní běh
- florbal
- duatlon
- turistika (in <http://www.uzps.cz/svazy/csmps/>).

3.9.3 České hnutí speciálních olympiád (ČHSO)



ČHSO je oficiálním akreditovaným národním programem Special Olympic INC. S cíli a pravidly speciálních olympiád (SO) organizuje akce speciálních olympiád v České republice a zajišťuje zapojení ČR do mezinárodních programů SO. ČHSO sdružuje 147 klubů v celé ČR a do jeho programu pravidelného sportování je zapojeno přes 3000 sportovců s mentálním postižením

Posláním je zejména poskytovat příležitost celoročního sportovního tréninku a sportovních soutěží v různých sportech olympijského typu pro lidi s mentálním postižením ve věku od osmi let výše, a dávat jim příležitost rozvíjet tělesnou zdatnost, osvědčovat odvahu a odhodlání, prožívat radost, rozvíjet dovednosti a přátelství.

Cílem speciálních olympiád je umožnit co největšímu počtu osob s mentální retardací pravidelně sportovat a účastnit se sportovních soutěží bez ohledu na výkonnost.

Speciální olympijský program je otevřen všem lidem s mentálním postižením, kteří dovršili 8 let a jejichž IQ není vyšší než 80. Dolní hranice IQ není určena, to znamená, že do sportovní činnosti mohou a mají být zapojováni i jedinci s těžkým stupněm mentálního postižení. SO hry pak představují vyvrcholení SO programů a mohou být pořádány na různých úrovních - regionální, národní, mezinárodní, evropské a světové. Základní ideou SO her je nabídnout mentálně postiženým společenství vzájemné rovnosti, akceptování a respektu. Z této myšlenky vychází i principy a zásady, které musí být při SO hrách dodržovány, ať už se jedná o hry na jakékoliv úrovni. Účast na hrách je umožněna všem mentálně postiženým, kteří jsou zapojeni do pravidelné sportovní činnosti ve sportovních klubech, nejsou stanoveny výkonnostní limity, nikdo není z účasti na hrách předem vyloučen pro nesplnění výkonu. Základním kritériem výběru pro účast je celoroční aktivita a snažení jedince.

Celý program SO má kromě sportovní hodnoty i velký význam sociální a přispívá k obohacení života sportovců s mentálním postižením i jejich rodičů, kteří tak mohou prožívat pocit radosti a úspěchu společně se svými dětmi.

Posláním SO je umožnit mentálně postiženým pravidelnou sportovní činnost po celý rok.

Provozované sporty:

- kopaná
- přehazovaná
- přizpůsobené sporty
- cyklistika
- plavání
- stolní tenis
- gymnastika
- atletika
- lyžování

- odbíjená
- košíková
- flor – hokej (in <http://www.specialolympics.cz/index.htm>).

3.9.4 Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR (SPMP)

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR je dobrovolnou a nezávislou organizací, jejím cílem je pomáhat osobám s mentální retardací, včetně osob s kombinovaným postižením a jejich rodinám. Jejím cílem od roku 1969, kdy vznikla, bylo pomáhat osobám s mentální retardací, které po celý život potřebují vedení, pomoc, podporu a pochopení svých rodin, svého okolí a celé společnosti. V průběhu třiceti let činnosti se rozšiřoval nejen okruh spolupracovníků společnosti, ale především okruh úkolů. Od počátku své existence byla společnost iniciátorem i realizátorem různých forem zdokonalování v péči o osoby s mentální retardací.

Společnost podporuje všechny iniciativy zabezpečující trvalé zlepšování podmínek života osob s mentální retardací v rodinách a v péči sociálních a vzdělávacích zařízení a prosazuje rovnoprávné postavení handicapovaných osob.

SPMP ČR má více než 8 000 členů, působí na celém území republiky a má své organizační jednotky ve všech okresech. Společnost zřídila od roku 1990 celkem 20 zařízení s kapacitou kolem 450 osob s mentální retardací. Jsou to zařízení vzdělávací s denním nebo celotýdenním režimem s ubytováním, v malém rozsahu též chráněným bydlením, chráněné dílny, speciální domovy mládeže.

SPMP ČR je členskou organizací Sdružení zdravotně postižených ČR, Sboru zástupců organizací zdravotně postižených, České rady humanitárních organizací apod. Řadu let spolupracuje se zahraničními partnery, např. s rakouskou a německou Lebenshilfe a s holandskou Philadelfií. V roce 1990 se Sdružení stalo členem Mezinárodní ligy pro osoby s mentálním postižením (ILSMH).

Cíle a úkoly SPMP:

- poskytovat rodičům, rodinným příslušníkům i odborníkům příležitost ke sdružování a tím jim dát možnost, aby společnou prací přispívali k zajištění a prohloubení péče o osoby s postižením,
- seznamovat veřejnost s povahou mentálního retardace a kombinovaných vad a přispívat k odstraňování předsudků a nesprávných představ,
- spojovat osobní zkušenosti a prožitky rodičů s poznatky, vědomostmi a úsilím našich i zahraničních odborníků,
- zřizovat nadace pro zlepšování péče o osoby s mentálním postižením,
- provozovat různé typy sociálních, vzdělávacích a dalších zařízení pro osoby s mentálním postižením, případně pro jejich rodinné příslušníky včetně chráněných dílen a chráněného bydlení,
- organizovat a uskutečňovat rehabilitační a rekondiční pobyty, sportovní akce, kvalifikační a rekvalifikační kurzy, vzdělávat dospělé osoby s mentální retardací, pořádat školicí akce pro rodiče i pracovníky vlastních zařízení, na základě státní akreditace vyškoluje osobní asistenty pro osoby s mentální retardací,
- prosazovat zájmy postižených ve státní politice i legislativě,
- organizovat výměnné stáže našich i zahraničních studentů, pořádat odborná setkání a mezinárodní konference za účasti špičkových odborníků z oboru,
- rozvíjet vlastní publikační činnost, vydávat vlastní časopisy a metodické materiály (in <http://www.spmpr.cz/cs/>).

III CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE

Cíle

Cílem práce bylo zjištění sportovních aktivit, kterým se věnují klienti s mentální retardací a kombinovaným postižením ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením patřící pod Sociální služby v Uherském Hradišti. Dalším cílem bylo navržení vhodné chybějící sportovní aktivity.

Úkoly

Vzhledem ke vytyčenému cíli jsem si stanovila následující úkoly práce:

- Prostudovat odbornou literaturu zabývající se problematikou mentální retardace, kombinovaných vad, sportovních aktivit a ústavní péče.
- Navštívit vybrané domovy - DZP Kunovice, DZP Medlovice, DZP Velehrad.
- Strukturovaným interview, pozorováním, dotazováním a obsahovou analýzou dokumentů shromáždit potřebné informace o aktuálních sportovních aktivitách v DZP Kunovice, DZP Medlovice a DZP Velehrad.
- Zpracovat a vyhodnotit podle vhodné metody získaná data.

Hypotézy

Hypotézy jsem formulovala:

H 1: Klienti v DZP jsou spokojeni s nabídkou sportovních aktivit na zařízení.

H 2: Klienti DZP sportují pouze na rekreační úrovni.

H 3: Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou je plavání.

H 4: Setkávání s přáteli je nejčastějším důvodem sportování.

IV PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodika práce

Pro získání potřebných informací k realizaci cílů práce a potvrzení hypotéz jsem zvolila následující metody kvalitativního výzkumu: participantní pozorování a strukturované interview.

4.1 Metoda získávání dat

Za nejvhodnější způsob jak získat informace týkající se sportu a sportovních aktivit klientů ve zvolených DZP, považuji rozhovor v nenucené atmosféře a dále zúčastněné (participantní) pozorování.

Obsahem interview jsou otázky a odpovědi. Vzhledem k tomu, že interview umožňuje volnost a pružnost, dává se v něm přednost otázkám otevřeným. Interview je velmi dobrým nástrojem na zmapování problematiky, se kterou má výzkumník menší zkušenosti nebo která není zpracována v literatuře (Gavora, 2000).

Přehled použitých instrumentů

4.1.1 Strukturované interview

Jako konkrétní metodu jsem si zvolila strukturované interview, což je metoda rozhovoru, při níž má tazatel připravená určitá témata, či konkrétní otázky, které mohou dotazovaného podnítit ke spontánní výpovědi zkoumaného problému, nebo jsou již přímo zaměřeny na zkoumané aspekty. Tato druhá možnost samozřejmě vyžaduje od výzkumníka alespoň hrubou orientaci ve zkoumané problematice. Tento druh interview je vlastně ústním dotazníkem a z časového hlediska je méně náročné (Gavora, 2000).

Připravené okruhy otázek tvoří kostru rozhovoru, který by si měl zachovat přirozený průběh, aby se dotazovaný cítil uvolněně a bezpečně.

V kontaktu se pro získání důvěry a kvalitního rozhovoru s participantem obvykle začíná tzv. zahřívacími tématy a otázky „vlezlé“ si nechat na později (Gavora, 2000).

Z etického hlediska je nutné participanta na začátku rozhovoru informovat o účelu výzkumu a dále je dobré ho upozornit, že informace budou vyhodnoceny anonymní formou, bez uvedení jména a identifikačních údajů.

Hendl (1997) říká, že otázky v kvalitativním interview by měly být otevřené, neutrální, citlivé a jasné.

Hlavním cílem, který ovlivnil plánování interview, bylo získat jakékoliv a pokud možno co nejpodrobnější informace a popis toho, jak klienti v DZP Kunovice Bělínka, DZP Medlovice a DZP Velehrad vnímají sport, zda se mají možnost věnovat sportovním aktivitám ve volném čase, co pro ně sportování znamená a co jim přináší.

V interview jsem se snažila naformulovat co nejvíce otázek jasných, výstižných, aby jim dotázaní dostatečně porozuměli, neboť jejich chápání vzhledem k míře intelektového postižení je odlišné od nás intaktních. Dále otázky, které by dotazovanému poskytly dobré podněty k detailní výpovědi. Postupem času jsem shledala, že takovými otázkami jsou rozmanité výzvy ke srovnání:

- Jak tady obvykle trávíte volný čas?
- Jaký je pro vás rozdíl v pobytu doma a pobytu v DZP?
- Jaké sportovní aktivity vám DZP nabízí?

Klíčovými otázkami v rozhovoru např. byly:

- Kdo vás ke sportu přivedl?
- Jak dlouho se sportu věnujete?
- Z jakého důvodu jste začal sportovat?
- Jaké pozitiva a negativa vám sportování přináší?
- Účastníte se nějakých soutěží?
- Uvítal by jste nějaké jiné sporty?

4.1.2 Zúčastněné (participantní) pozorování

Pozorování je základní psychologickou metodou, která může být chápána jako plánovité pozorné vnímání určitého objektu, spojené s intencí získat o něm přesné a co nejrozsáhlejší poznání (Nakonečný, 1995).

U kvalitativního výzkumu se používá nestrukturované pozorování, kdy jsou určeny konkrétní události, jevy nebo osoby. Jednou z variant je participační pozorování (Gavora, 2000).

Při participantním pozorování se pozorovatel snaží získat hlubokou a rozsáhlou znalost zkoumané reality. Záměrem je, aby se sžil s prostředím, zúčastňuje se na aktivitách pozorovaných osob.

Hlavním zdrojem dat jsou zápisky pozorovatele, které jsou podrobné a skládají se z popisu prostředí, činností i výroků pozorovaných osob.

Cílem zúčastněného pozorování je získat věrohodné, hodnověrné a pravdivé údaje (Gavora, 2000).

4.2 Výběr účastníků výzkumu

Na rozdíl od přístupu kvantitativního, kdy se rozsah výběru řídí jeho reprezentativností vzhledem k celé zkoumané populaci (reprezentativní – umožňující zobecnění výsledků na celý základní soubor), se u kvalitativního přístupu setkáme s tím, že je rozsah výběru považován za dostatečný, pokud dojde k tzv. teoretickému nasycení. To znamená, že je dosaženo stavu, kdy už se i s přibývajícím vzorkem neobjevují žádné nové významné informace a souvislosti, a kdy je výsledná teorie hutně propracována a v podstatě ověřena (získaná data se nezobecňují směrem k populaci, ale směrem k budované teorii). Procesy získávání dat a tvorby teorie se v kvalitativním výzkumu prolínají (Strauss, Corbinová, 1999).

Základními kritérii pro zařazení do výzkumu byly tyto vlastnosti na straně potencionálních participantů:

- všichni jsou klienty v DZP patřící pod Sociální služby Uherské Hradiště,

- u všech dotazovaných klientů byla diagnostikována lehká až středně těžká MR.

Pracovníci DZP o mé práci a rozhovorech s nimi věděli s dostatečným předstihem a tak byli na rozhovor připraveni. Klienti byli od pracovníků seznámeni s tím, kdy navštívím zařízení a měli v dostatečném předstihu možnost si udělat na rozhovor čas.

Výběr účastníků výzkumu byl záměrný. Oslovila jsem 22 klientů s lehkou až středně těžkou mentální retardací v DZP Kunovice, 10 klientů DZP Medlovice a 32 klientů DZP Velehrad. Ostatní klienti v DZP by vzhledem ke stupni MR (těžká až hluboká) nebyli schopni odpovídat na mé otázky.

Bylo nezbytně nutné mít s účastníky dialogu bližší kontakt, aby mohlo docházet k získání informací, které by při použití jiné metody nebylo možné získat.

Rozhovory se uskutečňovaly v prostředí DZP, terapeutických místnostech nebo společenské místnosti. Interview se odehrávalo vždy o samotě a trvalo přibližně třicet minut (otázky rozhovoru jsou v přílohové části).

5 Výsledky výzkumu

5.1 Pozorovací šetření

5.1.1 DZP Kunovice

Kategoriální deskripce sledovaných charakteristik

A) Obecné charakteristiky

Tento domov pro osoby se zdravotním postižením se nachází v okrajové části malého městečka Kunovice. Jeho historie se datuje od roku 1993, kdy proběhla rekonstrukce budovy bývalé mateřské školy a 5. ledna 1994 byly do zařízení převezeny první klienti z DZP na Velehradě. V roce 1996 proběhla za plného provozu přístavba lůžkových částí zařízení. V roce 1999 byla nově zastřešena část objektu. V roce 2008 bylo dobudováno podkroví v jehož prostorách vznikly pracovní a terapeutické dílny, společenská místnost, tělocvična, učebna pro rehabilitační třídu a tři jednolůžkové pokoje pro samostatnější klientky.

Součástí zařízení je velká zahrada, kterou všichni využívají po celý rok. Nachází se zde venkovní bazén, menší tartanové hřiště na míčové hry, závěsný kuželník, altán, pískoviště, kolotoč, tábořiště.

V zařízení jsou umístováni klienti od 3 do 18 let věku; pokud se jim v zařízení líbí, zůstávají zde nadále. V současné době má ústav kapacitu 63 klientů. Z toho je 22 chlapců a 41 dívek, 22 klientů je mobilních a 41 imobilních. Klienti jsou zde z celé republiky a o jejich zařazení rozhoduje krajský úřad ve Zlíně. Podle stupně postižení jsou rozděleni do čtyř oddělení.

Celoročně se o klienty stará 32 zaměstnanců přímé obslužné péče (zdravotní sestry, rehabilitační sestra a pracovníci v sociálních službách) a 16 zaměstnanců údržby, prádelny, kuchyně, úklidu a administrativy.

Klienti, kteří jsou ve věku povinné školní docházky, navštěvují Základní školu a Mateřskou školu speciální v Uherském Hradišti, která má v zařízení detašované

pracoviště. Klientům, kteří jsou již starší, nebo naopak ještě nejsou ve věku povinné školní docházky, se věnují 1 vychovatelka a 2 pomocné vychovatelky, které si klienty berou z oddělení a věnují se jim individuálně. Vychovatelky pracují pod vedením SPC ve Zlíně.

V zařízení působí také rehabilitační pracovnice, která se klientům věnuje po rehabilitační stránce. Většina klientů si velmi oblíbila perličkové koupele.

Zdravotní péči zajišťuje dětská lékařka, která přijíždí do zařízení dle potřeby klientů. Další péči zajišťují externí pracovníci z oborů psychiatrie, neurologie, ORL, stomatology, jež provádějí u klientů pravidelné preventivní prohlídky.

Zařízení nabízí tyto služby:

- ubytování v jedno-, dvou-, tří- a vícelůžkových pokojích,
- stravu normální, dietní a výživu sondou,
- úklid pokojů,
- praní a opravy ošacení,
- pedikérské a kadeřnické služby pro mobilní i imobilní klienty,
- tlumočení do znakové řeči ve spolupráci se Základní školou a Mateřskou školou speciální,
- tlumočení do cizích jazyků ve spolupráci se Základní školou Červená cesta Kunovice,
- canisterapii,
- bazální stimulaci,
- hipoterapii.

B) Speciální charakteristiky

Klienti jsou umístěni na čtyřech odděleních:

Oddělení I.

Na tomto oddělení je v současné době 17 klientů (chlapců i dívek) s těžkým až hlubokým kombinovaným postižením. Většina klientů je trvale upoutána na lůžko.

Polovinu z nich tvoří klienti, kterým jejich zdravotní postižení nedovoluje přijímat stravu ústy, proto jim musí být podávána sondou. Hlavním cílem tohoto oddělení je komplexní ošetrovatelská péče, doplněná o rehabilitační péči a citový rozvoj klientů. Ke každému klientovi zaměstnanci přistupují individuálně, využívají prvky bazální stimulace, aromaterapie, muzikoterapie, míčkování a různé jiné alternativní metody.

Oddělení II.

Na tomto oddělení je 15 klientů (chlapců a dívek) se středně těžkým až těžkým kombinovaným postižením. Někteří jsou zcela imobilní, část se jich pohybuje pomocí rehabilitačních pomůcek či za pomoci personálu. Zvláštní důraz je zde kladen na individuální přístup ke každému klientovi s přihlédnutím k jeho osobnosti a jeho handicapu. Cílem je nalézt a mobilizovat skryté schopnosti každého jedince a využít je k jeho prospěchu. Snaží se vést klienty k samostatnosti, nácviku sebeobslužných dovedností, procvičování jemné i hrubé motoriky. Každý den mají možnost klienti pobývat na zahradě, chodit na vycházky.

Oddělení III.

Toto oddělení tvoří 16 klientek se středně těžkým až těžkým kombinovaným postižením. Většina z nich je mobilních, pouze 3 klientky se pohybují pomocí vozíku nebo chodítka. Hlavním cílem je dosažení soběstačnosti v základních potřebách, vypěstování hygienických návyků. Velký důraz je kladen na pohyb a pobyt na čerstvém vzduchu. Z terapie využívají hlavně aromaterapii a muzikoterapii a hipoterapii. Zvláštní pozornost je věnována také rozvoji citového života, který je často srdečný a otevřený.

Oddělení IV.

Na oddělení je nyní 15 děvčat ve věku od 9 do 35 let. Většina klientek je relativně samostatná, vyžaduje pouze dohled personálu a menší pomoc. Klientky se snaží zapojit do chodu zařízení v pracovních činnostech. Seznamují se s různými terapiemi. Snahou personálu je zajistit klientkám pestrou a bohatou náplň – navštěvují různé kulturní a

společenské akce, zúčastňují se relaxačních a rehabilitačních pobytů u nás i v zahraničí, reprezentují zařízení na sportovních soutěžích a přehlídkách tvorby pro handicapované děti. Většina z nich si nyní oblíbila práci v keramické dílně, kde tvoří s pomocí vychovatelky velmi zajímavé výrobky.

Klienti v domově mají možnost účastnit se různých kulturních, společenských a také sportovních akcí. Všechny tyto akce pro ně připravují vychovatelky spolu s některými dalšími zaměstnanci z jednotlivých oddělení.

Přehled celoročních aktivit klientů od července 2008 do června 2009:

Červenec 2008

- návštěvy místního koupaliště (koupání, plavání, hry ve vodě)
- rehabilitační pobyt v Osvětimanech (pobytu se zúčastnilo 20 klientů s těžším kombinovaným postižením, pobyt byl zaměřen vycházky, vnímání přírody)
- výlet do ZOO v Olomouci
- návštěva pouti na Velehradě
- sportovní odpoledne v DZP spojené s opékáním špekáčků (soutěživé hry, hra na kytaru, opékání)
- turistický výlet na Salaš (pěší turistika)

Srpen 2008

- turistický výlet na Smrad'avku (pěší turistika v horské oblasti)
- návštěvy místního koupaliště (koupání, plavání, hry ve vodě)
- pěší výlet do O.N.Vsi na závody dračích lodí (procházka a sledování závodů)
- taneční odpoledne v lázních O.N.Ves

Září 2008

- týdenní rekreační pobyt v Jeseníkách (pobyt zaměřen na pěší turistiku, účast 16 klientů)
- táborák k zahájení školního roku a ukončení prázdnin

- účast na Slavnostech vína v Uh.Hradišti
- turistický výlet na Bunč (pěší turistika)
- plavání v aquaparku v Uh. Brodě (plavání, cvičení ve vodě)
- účast na akci Para Outdoor Days ve Velkých Karlovicích (všichni si měli možnost vyzkoušet aplikované pohybové aktivity v přírodě, účast 8 klientek)

Říjen 2008

- návštěva kina
- pěší výlet do Kunovského lesa (procházka spojená s vnímáním podzimní přírody)
- Jiřinkový bál v Otrokovicích (taneční odpoledne s přáteli z Naděje)
- plavání v aquaparku v Uherském Brodě (plavání, hry ve vodě)

Listopad 2008

- účast na 12. ročníku přehlídky tvorby handicapovaných dětí a mládeže Motýlek v Kopřivnici (vystoupení s názvem „Padák“)
- účast na Men (n) tal koncertu ve Zlíně
- plavání v aquaparku v Uherském brodě (plavání, cvičení ve vodě)
- pěší výlet cyklostezkou do lázní O.N. Vsi

Prosinec 2008

- mikulášská nadílka
- účast na Vánoční akademii ve Slováckém divadle v Uherském Hradišti (vystoupení)
- adventní posezení a zpívání s křesťanskou mládeží v Kunovicích
- vystoupení a prezentace výrobků na Dnu otevřených dveří v DZP
- prohlídka vánočního jarmarku v Uherském Hradišti
- vánoční posezení s rodiči v DZP
- zpívání u vánočního stromu v Kunovicích

- vánoční odpoledne s diskotékou a předáváním dárků radia Kiss publikum ve Zlíně

Leden 2009

- plavání a relaxace v aquaparku v Uherském Brodě (plavání, cvičení ve vodě)
- návštěva divadelního představení ve Slováckém divadle v Uherském Hradišti
- turistický výlet na Lopeník, spojený se sáňkováním a bobováním

Únor 2009

- návštěva kina
- plavání v aquaparku v Uherském Brodě (plavání, hry ve vodě)
- Motýlkový bál v DZP (taneční maskarní bál)

Březen 2009

- diskotéka s přáteli DZP Medlovice v Medlovicích
- návštěva Slováckého muzea – velikonoční expozice
- plavání v aquaparku v Uherském brodě (plavání, cvičení ve vodě)
- vynášení Morény – vítání jara (vycházka spojená s tradičním lidovým zvykem)
- relaxační pobyt spojený s turistikou na Radějově (15 klientů)

Duben 2009

- taneční odpoledne v DZP Uherský Brod
- Slet čarodějnic na Sokolském hřišti
- plavání v aquaparku v Uherské Brodě (plavání, cvičení ve vodě)
- celodenní turistický výlet na Smrad'avku (pěší turistika v horském prostředí)

Květen 2009

- výlet do ZOO Hodonín
- diskotéka na Smrad'avce
- účast žáků DZP na 1. olympiádě Zlínského kraje v atletice v Uherském Hradišti

- plavání v aquaparku v Uherském Brodě (plavání, hry ve vodě)
- VIII. sportovní hry pro mentálně postiženou mládež v Kunovicích (sportovní soutěže)

Červen 2009

- den dětí v DZP, opékání špekáčků, diskotéka, soutěživé hry
- sportovní hry v Zubří (účast 6 klientek se středně těžkou MR)
- výlet do Kroměříže
- návštěva folklorního festivalu Kunovské léto
- návštěva Rockového léta v Kunovicích
- táborák na ukončení školního roku a začátku prázdnin

Režim dne je na jednotlivých odděleních velmi podobný, během dopoledne mají klienti možnost, navštěvovat terapeutické dílny, nejvíce tuto možnost využívají klientky IV. oddělení. Během dopoledne také probíhá rehabilitace, perličkové koupele, masáže a relaxační cvičení. Na oddělení I., kde jsou umístěni převážně klienti s hlubokou mentální retardací využívá personál při práci s klienty především prvky bazální stimulace a alespoň tímto způsobem se snaží klientům nabídnout nějaké nové vjemy a obohatit jim život.

V odpoledních hodinách mají klienti možnost pobývat na zahradě, v létě využívat venkovní bazén, hřiště, závěsný kuželník. Téměř každý den se někteří klienti vydávají na procházky po okolí. Čtyři klientky chodí v odpoledních hodinách do tělocvičny, kde hrají stolní tenis nebo cvičí na posilovacích strojích.

V DZP jsou pouze dvě vychovatelky, které klientům připravují a nabízejí vhodné činnosti k využití volného času. Během roku jezdí klienti 1krát až 2krát měsíčně plavat do nedalekého aquacentra v Uherském Brodě. Na zařízení ovšem neexistuje žádný sportovní kroužek, kterého by se klienti mohli pravidelně účastnit. Je to zřejmě nedostatkem personálu. Jedinými pravidelně se opakujícími sportovními aktivitami jsou plavání (i cvičení ve vodě) a turistika, jak je patrné z přehledu celoročních aktivit.

Nejvíce se těchto aktivit účastní klientky z oddělení 4. Za velmi cenné považují, že rekondičních a rehabilitačních pobytů se účastní během celého roku téměř všichni klienti zařízení (s výjimkou klientů s hlubokou mentální retardací, těm to neumožňuje většinou jejich velmi vážný zdravotní stav).

5.1.2 DZP Medlovice

Kategoriální deskripce sledovaných charakteristik

A) Obecné charakteristiky

DZP Medlovice se nachází v malé vesnici Medlovice na úpatí chřibského pohoří. Jde o budovu bývalé školy, ve které byl v roce 1977 zřízen ústav sociální péče pro mentálně postižené děti. Zpočátku se jednalo o týdenní pobyt pro chlapce a dívky s lehčím stupněm MR.

V roce 1991 z důvodu restituce církevního majetku byl domov změněn na zařízení s celoročním provozem a bylo zde umístěno 30 klientů z nedalekého Velehradu. Musely být provedeny menší úpravy budovy a přistavěna prádelna, aby budova vyhovovala celoročnímu pobytu.

V roce 1996 byla započata rekonstrukce. Za provozu se přistavovalo druhé křídlo budovy a vše probíhalo za ztížených podmínek. Pro personál i obyvatele to bylo velmi náročné období. V rámci rekonstrukce byly vybudovány nový stravovací provoz, prádelna, sociální zařízení a především došlo ke zlepšení podmínek života klientů (menší počet dětí na pokojích a odděleních). Kapacita zařízení se tak rozšířila o 12 míst pro ležící klienty. Celková kapacita zařízení je nyní 42 klientů, z toho 30 děvčat, 12 chlapců; 12 klientů je mobilních a 30 klientů je imobilních. Jsou z celé republiky, převážně z kojeneckých a diagnostických ústavů. O jejich zařazení rozhoduje Krajský úřad ve Zlíně. V návaznosti na rekonstrukci, která byla dokončena v roce 1998, došlo i k úpravě přilehlé zahrady, a to tak, aby vyhovovala esteticky, ale byla i bezpečná pro klienty, kteří mají tak větší a příjemnější prostory k pohybu i odpočinku na čerstvém vzduchu. Je využívána od prvních teplých jarních dnů až do pozdního podzimu.

Rekonstrukcí vznikly i nové pracovní příležitosti pro místní občany z blízkého okolí. Celoročně se o klienty stará 27 zaměstnanců. Z toho zdravotní provoz zajišťuje 14 pracovníc, 8 z nich je střední zdravotní personál, který je obsazován i na noční směny, 6 pracovníc jako pomocný zdravotní personál a 2 vychovatelky. Mezi pomocné provozy patří kuchyně, kde jsou zaměstnány 4 pracovnice. Zbývající část pracovníků jsou zaměstnanci údržby, prádelny a úklidu. Speciální vzdělávání vybraným klientům zajišťují dva speciální pedagogové ze Základní školy a Mateřské školy speciální v Uherském Hradišti. Školu navštěvuje v současné době 8 klientů. Ostatním klientům je poskytována výchovná péče vychovatelkami pod vedením Speciálně pedagogického centra (SPC) ve Zlíně.

Odbornou zdravotní péči zabezpečuje obvodní dětská lékařka, která přijíždí 2x týdně z nedaleké vesnice. Další péči zajišťují externí pracovníci z oboru psychiatrie, ORL, neurologie a stomatologie, kteří přijíždějí v pravidelných intervalech do zařízení na preventivní prohlídky.

Klienti (chlapci i dívky) jsou v domově rozděleni do čtyř oddělení. Ve dvou jsou klienti (dívky i chlapci) imobilní, jsou ve věku 4 – 20 let, s těžkou až hlubokou MR. V dalším oddělení jsou klienti (chlapci i dívky) imobilní a částečně mobilní s těžkým stupněm MR, ve věku 5 - 18 let. A v posledním oddělení jsou klientky imobilní s lehkým až středně těžkým stupněm MR ve věku 16 až 30 let.

Režim dne

Denní režim na oddělení mobilních dívek je zabezpečován od pondělí do pátku vychovatelkou, pomocnou vychovatelkou a zdravotním personálem, buď z řad středně zdravotnického, nebo pomocného zdravotního personálu, o víkendu pak dvěma pracovnícemi zdravotního personálu.

Režim dne začíná probouzením klientů, kdy vychovatelka příjemným tónem popřeje klientům: „Dobré ráno. Jak jste se vyspali?“ Dívky, které mluví, odpovídají. Je jich ale velmi málo (asi jedna pětina). Následuje nácvik a upevňování sebeobslužných návyků, kdy se děvčata oblékají. Také při ranní hygieně a čištění zubů se klade důraz na osamostatňování. Pak jdou děvčata na snídani. Při snídani i ostatním podávání jídla se

dbá na správný způsob stolování, u méně zručných se nacvičuje obratnost rukou při jídle.

Následuje dopolední zaměstnání dívek, kdy jsou rozděleny do dvou skupin. Starší dívky s lehčím postižením pracují s vychovatelkou v oddělené třídě. Ta je vybavena jak vhodným nábytkem, tak dostatečným množstvím skládaček, kostek z různých materiálů, hračkami a audiovizuálními pomůckami. Poslech písniček a sledování pohádek z videa nebo televize mají dívky nejraději.

Druhou skupinou jsou děvčata mladšího věku, která navštěvují Základní školu speciální, a starší děvčata s těžším stupněm postižení, kterým se věnuje druhá pomocná vychovatelka.

B) Speciální charakteristiky

V tomto zařízení nyní pracuji jako speciální pedagog. Když jsem tento DZP navštívila před několika lety, tak jsem z návštěvy neměla moc dobrý pocit. Můj dojem byl takový, že se o klienty starají více po zdravotní stránce a nezbývá jim čas věnovat se jim výchovně. Nyní je situace jiná, hodně se zlepšilo, je vidět snahu nabídnout nové příležitosti pro další rozvoj klientů.

Mezi celoroční aktivity ÚSP-M patří:

- **ozdravné pobyty na Lopeníku** (cílem je zvyšování kondice, pobyt v jiném prostředí, klienti jsou v menším kolektivu, což na ně velmi dobře působí, mají větší možnost se sblížit s personálem, na pobyt se velmi těší celý rok),
- **pravidelné návštěvy plaveckého bazénu ve Vřesovicích** (cílem je zvyšování tělesné kondice, nácvik základů plavání, uvolnění svalových spasmů),
- **pravidelné návštěvy diskoték pro děti z ÚSP v Medlovicích** (cílem je seznamovat se s kulturním prostředím, seznamování klientů různých zařízení, tanec při hudbě),
- **návštěvy divadelních představení** (soustředění se na děj, zapojení do děje, klientům se nejvíc líbí, když mohou tleskat),

- **sportovní hry pro děti s MR** (probíhá setkávání klientů z jiných zařízení, klienti velmi rádi soutěží, mají velkou radost z pohybu, z úspěchu, jsou vždy všichni odměněni, soutěživost jim umožňuje zažít pocit z úspěchu a zvedá sebevědomí),
- **účast na výtvarných soutěžích a výstavách** (klienti mají možnost prezentace svých prací i mimo zařízení, práce jsou vyhodnocovány a každá z nich je odměněna),
- **návštěvy kina** (jsou velmi příjemnou změnou pro klienty, mohou se v klidu ponořit do děje filmu či pohádky a nerušeně jej prožít),
- **výlety do okolí, do ZOO, do zámků a zahrad** (na výlety jezdí společným autobusem, mají možnost zhlédnout okolí, které je možno poznávat pouze touto formou výletů, protože někteří klienti mají velmi omezenou možnost pohybu, sledování a krmení zvířat jim přináší potěšení a radost),
- **návštěvy a společné akce s dětmi z místní mateřské školy** (s dětmi z mateřské školy se setkávají na společných vycházkách po okolí, tyto děti využívají vybavení a prostory ústavní tělocvičny, je to přínosem pro obě strany, intaktní děti vědí, že mezi námi žijí děti s handicapem),
- **společné akce s ostatními DZP** (jsou také velmi inspirující, klienti se setkávají se sobě rovnými, přínos je i pro pracovníky, mají možnost výměny zkušeností),
- **návštěvy akcí pořádaných místním obecním úřadem** (dětský den, karneval, vánoční zpívání),
- **bohatá nabídka programů přímo v DZP pořádaná zaměstnanci** (koupání v bazénu na zahradě, opékání masa a špekáčků, oslavy narozenin, svátků vánočních, Silvestra, společné zpívání, diskotéky, vycházky do okolí atd.).

Všechny aktivity, které jsou pro klienty v zařízení pořádány, jsou pro ně přínosem v tom, že poznají i život za zdmi zařízení a co možná nejvíce se přiblíží začlenění do společnosti, ať už v obci samotné nebo v blízkém okolí, a využívají co nejvíce možností jako intaktní lidé ve společnosti.

5.1.3 DZP Velehrad

Kategoriální deskripce sledovaných charakteristik

A) Obecné charakteristiky

Tento DZP se nachází přímo v centru malé obce Velehrad. V minulosti se jednalo o církevní zařízení, o klienty se převážně staraly řádové sestry. Po roce 1991, kdy proběhla restituce církevního majetku, se část klientů přestěhovala do nově vzniklého DZP Kunovice, část do zařízení v Medovicích a část klientů zůstala v nově vystavěných prostorech vedle bývalého kláštera.

V současné době je kapacita zařízení 95 klientů (chlapců a dívek). Většina z nich zde pobývá celoročně a jen 3 klienti jsou zde na týdenní pobyt. 42 klientů je mobilních, 24 klientů je částečně mobilních za pomoci druhé osoby a 29 klientů je imobilních.

Toto zařízení poskytuje služby podle zaváděných standardů kvality sociálních služeb. Nabízí služby klientům s kombinovaným postižením od 3 do 26 let. Pokud projeví klienti zájem, mohou v zařízení zůstat nadále.

Součástí zařízení jsou velká zahrada (slouží ke hrám i relaxaci), menší, plně vybavená tělocvična, společenská místnost, velmi dobře vybavená pracovna rehabilitační sestry.

O klienty přímo pečuje celkem 45 pracovníků (16 zdravotních sester, 10 výchovných pracovníků, 18 pomocných zdravotních pracovníků a 1 sociální pracovníce). V technickém provozu pracuje 18 zaměstnanců (kuchařky, údržbáři, pradelny, uklízečky).

B) Speciální charakteristiky

Klienti jsou rozděleni do pěti oddělení podle věku a zdravotního stavu:

IA – Smíšené oddělení malých dětí

Na oddělení je 18 klientů (chlapců i dívek) od 5 do 15 let s lehkou až středně těžkou MR. Klienti ve věku povinné školní docházky navštěvují detašované pracoviště Základní školy speciální, která se nachází v areálu zařízení. Je jich 12. Zbytku klientů se věnuje vychovatelka, která se je snaží připravit na vstup do školy. Hlavně se zaměřují

na rozvoj v oblasti jemné i hrubé motoriky, hudební a výtvarnou činnost a rozvoj pohybových schopností.

II – Výchovné oddělení mobilních dívek

Na tomto oddělení je 18 klientek ve věku do 15 let s lehkou až středně těžkou MR. Děvčata se nejraději účastní výtvarných činností (batikování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, malování, keramika). Také rády zpívají a nacvičují různá vystoupení. 8 dívek z tohoto oddělení dochází do obecní tělocvičny na aerobic. Většina se aktivně účastní sportovních her během roku pořádaných pro děti s MR. Pravidelně se také zúčastňují tanečních kurzů v Brně a poznávacích zájezdů .

IIA – Výchovné oddělení mobilních dívek od 20let

Na oddělení je v současnosti 21 klientek s lehkým až středně těžkým MR. Mezi jejich zájmové činnosti patří batikování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, malování, keramika, hudební výchova, muzikoterapie, tělesná výchova (aerobic). Každý den se také podílí na chodu zařízení formou pracovní rehabilitace, kdy vykonávají drobnější práce v zařízení. Pravidelně se účastní výletů, rehabilitačních pobytů a sportovních her.

III – Oddělení starších klientek

Na oddělení se nachází 22 dívek od 35 let věku se středně těžkou MR. Jejich zájmová činnost je obdobná jako u předešlých oddělení, jen je na nich vidět, že už raději odpočívají pasivně než aktivně, rády se dívají na televizi, video nebo jen tak poslouchají muziku.

IV – Ošetrovné oddělení chlapců s individuální výchovnou péčí

Na oddělení je umístěno 16 chlapců s těžkou až hlubokou formou MR. Proto i chod tohoto oddělení je trochu jiný než v těch předchozích. Pracovníci se klientům snaží poskytnout komplexní ošetrovatelskou péče, která je nezbytná vzhledem k jejich

zdravotnímu stavu. Během dne využívají prvky bazální stimulace, muzikoterapie a aromaterapie. Každý den se klientům věnuje rehabilitační pracovnice. Dle možností tráví klienti čas také pobytem na čerstvém vzduchu na zahradě.

Zařízení poskytuje péči praktického lékaře a jiných odborných lékařů.

Většina klientů se měla možnost během loňského roku (2009) zúčastnit následujících aktivit:

Leden

- představení loutkového divadla z Opavy
- výstavka prací klientů v Základní škole
- rekreační pobyt v Beskydách

Únor

- karneval v zařízení spojený s diskotékou
- návštěva filmového představení v Uherském Hradišti
- plavání v krytém bazénu v Uherském Hradišti

Březen

- kulturní vystoupení Varieté Praha
- návštěva Slováckého divadla v Uherském Hradišti

Duben

- jarní diskotéka, oslava velikonočních svátků
- návštěva bazénu Delfín v Uherském Brodě
- nácvik jednotlivých disciplín na Sportovní hry do Zubří

Květen

- projížďka lodí po Baťově kanále
- ozdravný pobyt pro klienty do 26 let v Jeseníkách

Červen

- rekreační pobyt ve Velkých Karlovicích
- Sportovní hry Zubří u Nového Města na Moravě
- jednodenní výlet do ZOO Lešná
- rekreační pobyt u moře v Itálii

Červenec

- zahájení prázdnin spojené s opékáním špekáčků (soutěživé hry)
- jednodenní výlety do Luhačovic, na Salaš, na Buchlov
- účast na Velehradské pouti

Září

- jednodenní výlet Praha
- rekreační pobyt s řádovými sestrami na Šumavě
- zahájení Kurzu tanečních novinek Brno (každé úterý po dobu pěti týdnů)

Říjen

- divadelní představení ve Slováckém divadle
- plavání v aquacentru Delfín v Uherském Brodě

Listopad

- společná diskotéka s ÚSP Kyjov v Dubňanech
- pochod sv. Martina s lampiony
- koncert Michala Davida ve Zlíně

Prosinec

- mikulášská besídka v Magna Moravia na Velehradě
- výstavka ručních prací v prostorách zařízení
- vystoupení děvčat pro Domov důchodců v Buchlovicích
- účast na prodejních vánočních trzích v Uherském Hradišti

- vánoční besídka na zařízení pro rodiče a hosty.

5.2 Vyhodnocení strukturovaného interview

Pro získání údajů jsem zvolila metodu strukturovaného interview s otevřenou otázkou, kterým jsem oslovila 22 klientů s lehkou až středně těžkou MR v DZP Kunovice, 10 klientů DZP Medlovice a 32 klientů DZP Velehrad.

Interview jsem rozdělila na tři části. Část A byla stejná pro všechny respondenty, část B byla pro sportující klienty, odpovědělo na ni 17 dotázaných DZP Kunovice, 10 dotázaných DZP Medlovice a 26 dotázaných DZP Velehrad. A část C pro nesportující klienty, odpovědělo na ni 5 dotázaných DZP Kunovice, žádný dotázaný z DZP Medlovice a 6 dotázaných DZP Velehrad.

5.2.1 DZP Kunovice

ČÁST A – VŠICHNI DOTÁZANÍ KLIENTI (22)

Tabulka 1 znázorňuje odpověď na otázku „Jezdíte pravidelně domů? Pokud ano, jak často.“

Tabulka 1

Počty (n) klientů DZP Kunovice jezdících pravidelně domů

Celkový počet (n)	Jezdí (n)	%	Nejezdí (n)	%
22	14	63,7	8	36,3

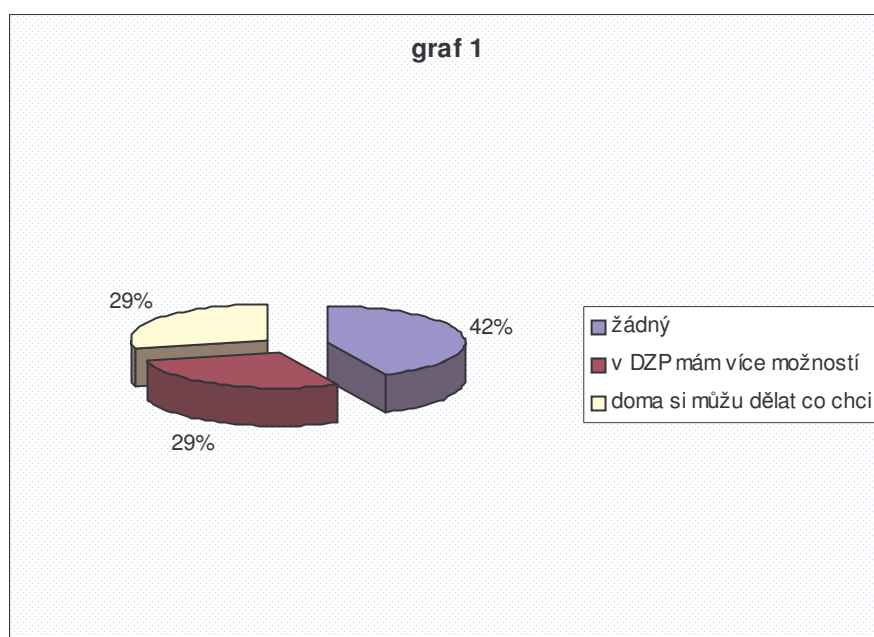
Komentář:

Z celkového počtu dotázaných klientů jezdí pravidelně domů 14 z nich, což je 63,7 %. Tři klientky uvedly, že jezdí domů pravidelně každý pátek na víkend. 8 klientů uvedlo, že jezdí jednou za dva měsíce, někdy častěji a pravidelně na letní prázdniny. Tři klienti jezdí domů nepravidelně. 8 klientů nejezdí domů vůbec, rodiče nejeví zájem.

Graf 1 znázorňuje odpověď na otázku „Cítíte nějaký rozdíl při pobytu doma a v DZP vzhledem k trávení volného času? Pokud ano, uveďte jaký.“

Graf 1

Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Kunovice a doma



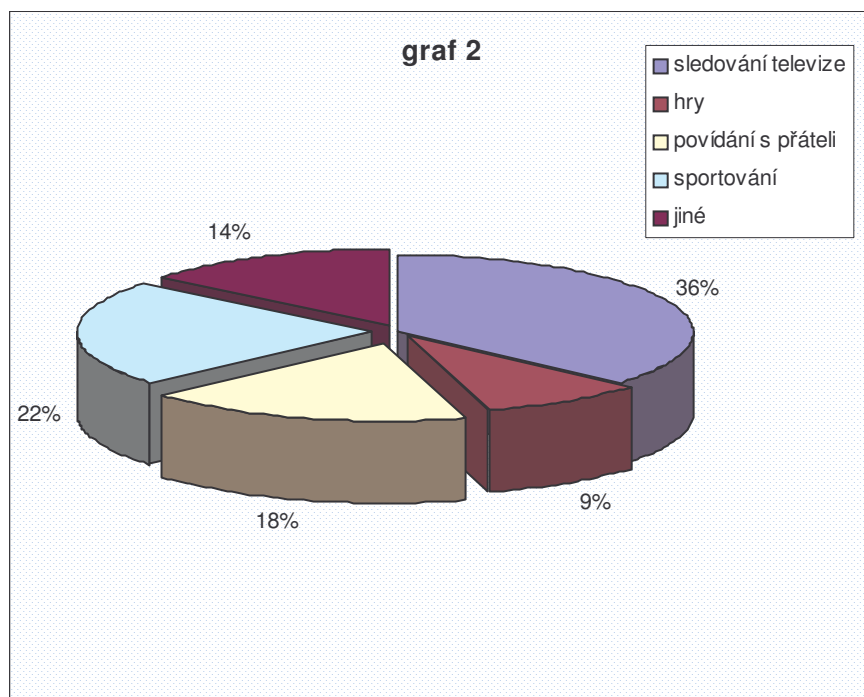
Komentář:

42 % klientů odpovědělo, že necítí žádný rozdíl ve využití volného času pokud jsou doma nebo v zařízení. 29 % klientů odpovědělo, že doma mají větší volnost a můžou si dělat co právě chtějí. A taktéž 29 % klientů odpovědělo, že v DZP mají větší možnost ve využití volného času, mohou si vybrat podle svých zálib.

Graf 2 znázorňuje odpověď na otázku „Jakou činnost ve volném čase nejčastěji v DZP vykonáváte?“.

Graf 2

Nejčastěji vykonávané činnosti ve volném čase v DZP Kunovice



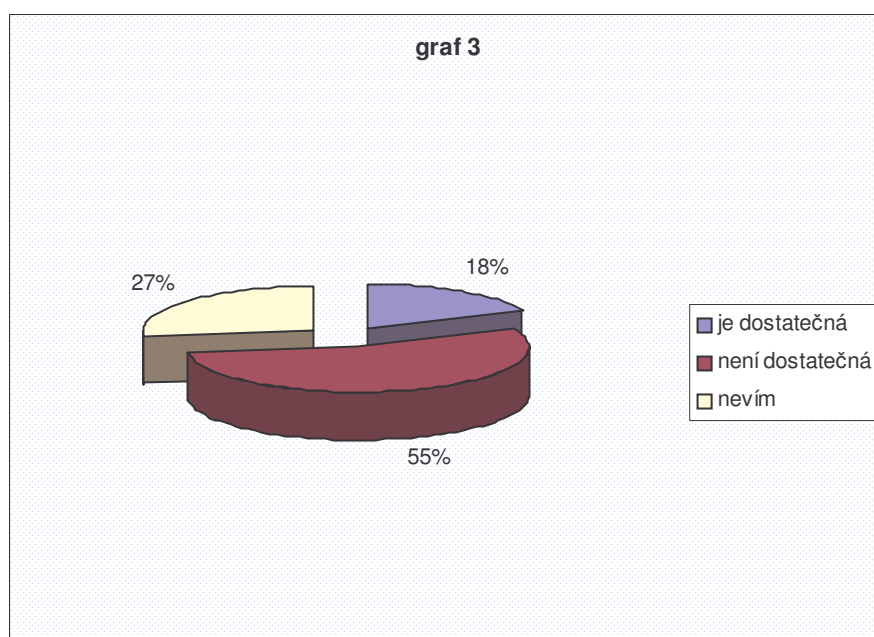
Komentář:

Z grafu vyplývá, že nejoblíbenější činností ve volném čase je sledování televize (36 %), následuje sportování (22 %), potom povídání s přáteli (18 %). 14 % klientů uvedlo, že hrají různé hry a 9 % klientů vykonává úplně jiné činnosti.

Graf 3 znázorňuje odpověď na otázku „Jste spokojeni s nabídkou sportovních aktivit v zařízení?“

Graf 3

Spokojenost klientů DZP Kunovice s nabídkou sportovních aktivit



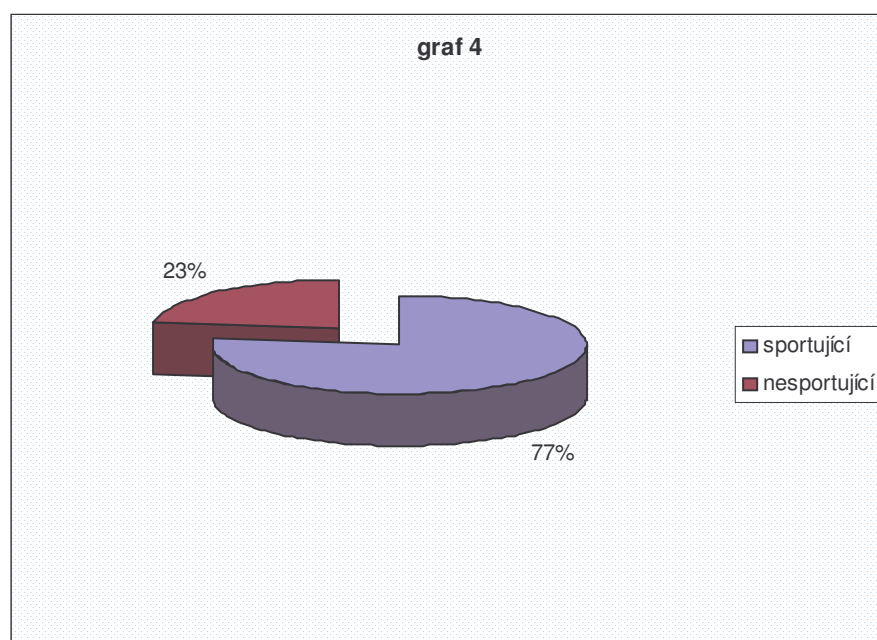
Komentář:

Z grafu 3 vyplývá, že více jak polovina klientů (55 %) není spokojena s nabídkou sportovních aktivit v DZP. Pouze 18 % respondentů si myslí, že nabídka je dostatečná, 27 % respondentů odpovědělo, že neví, neboť neznají žádné jiné sporty.

Graf 4 znázorňuje odpověď na otázku „Věnujete se v současné době nějaké sportovní aktivitě nebo sportu?“.

Graf 4

Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů DZP Kunovice



Komentář:

Z grafu je vidět, že 77 % klientů sportuje a jen 23 % klientů je nespportujících.

ČÁST B - SPORTUJÍCÍ KLIENTI (17)

V DZP Kunovice neexistuje žádný sportovní kroužek ani klienti nemají možnost sportovat v nějakém sportovním oddíle. Všichni dotázaní odpověděli, že sportují pouze na rekreační úrovni a soutěží se účastní pouze v rámci sportovních her mezi jednotlivými DZP v okrese Uherské Hradiště.

Tabulka 2 charakterizuje odpovědi na otázku „Jakým sportovním aktivitám se v DZP nejčastěji věnujete?“.

Tabulka 2

Sportovní aktivity v DZP Kunovice

Aktivity	atletika	plavání	turistika	stolní tenis	závěsný kuželník
Počet (n)	8	2	17	4	12

Komentář:

Všichni dotázaní odpověděli, že nejoblíbenějším sportem je turistika (17), dalším oblíbeným sportem je závěsný kuželník (12), a pak následuje atletika (8) a stolní tenis (4). Nejméně oblíbeným sportem je plavání (2).

Tabulka 3 charakterizuje zastoupení osob, které klienty DZP přivedli ke sportu.

Tabulka 3

Zastoupení osob, které klienty DZP Kunovice přivedli ke sportu

Osoba	Počet (n)
učitel /vychovatel	8
kamarád	5
rodiče	1
neví	3

Komentář:

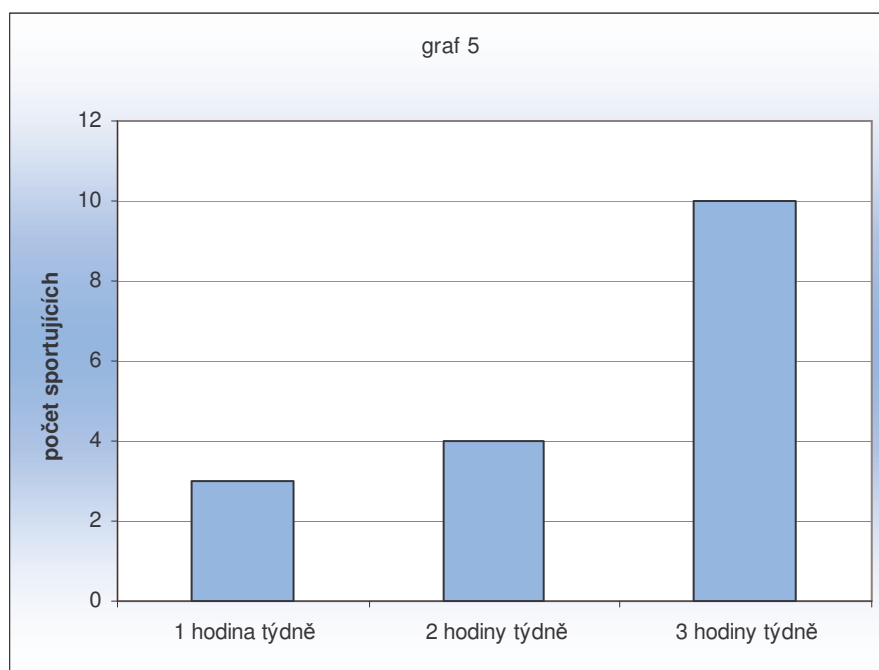
Nejčastěji klienti odpovídali, že je ke sportu přivedl učitel či vychovatel (8), z toho je vidět, jak důležitou roli hraje pedagog při výchově. Dále to byli kamarádi (5). Pouze 1

klient uvedl rodiče, což je pochopitelné, vzhledem k tomu, že klienti tráví doma podstatně méně času. Tři klienti uvedli, že již neví.

Graf 5 charakterizuje odpověď na otázku „Jak často sportujete?“.

Graf 5

Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám u klientů v DZP Kunovice



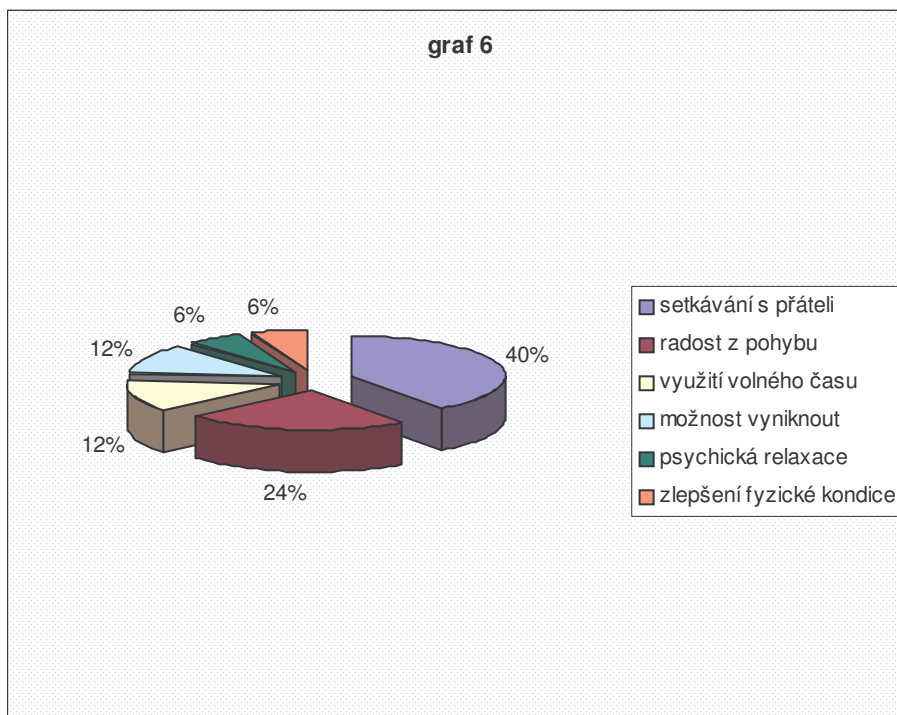
Komentář:

Ze 17 sportujících klientů se sportovním aktivitám věnuje 10 klientů 3 hodiny týdně, 4 klienti dvě hodiny týdně a 3 klienti hodinu týdně. Všichni dotázaní se věnují sportu pouze na rekreační úrovni, nejsou členy žádných tělovýchovných organizací či sportovních klubů a tudíž se účastní pouze soutěží organizovaných v rámci zařízení spadajících pod Sociální služby Uherské Hradiště.

Graf 6 charakterizuje odpověď na otázku „Z jakého důvodu jste začal sportovat?“.

Graf 6

Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Kunovice



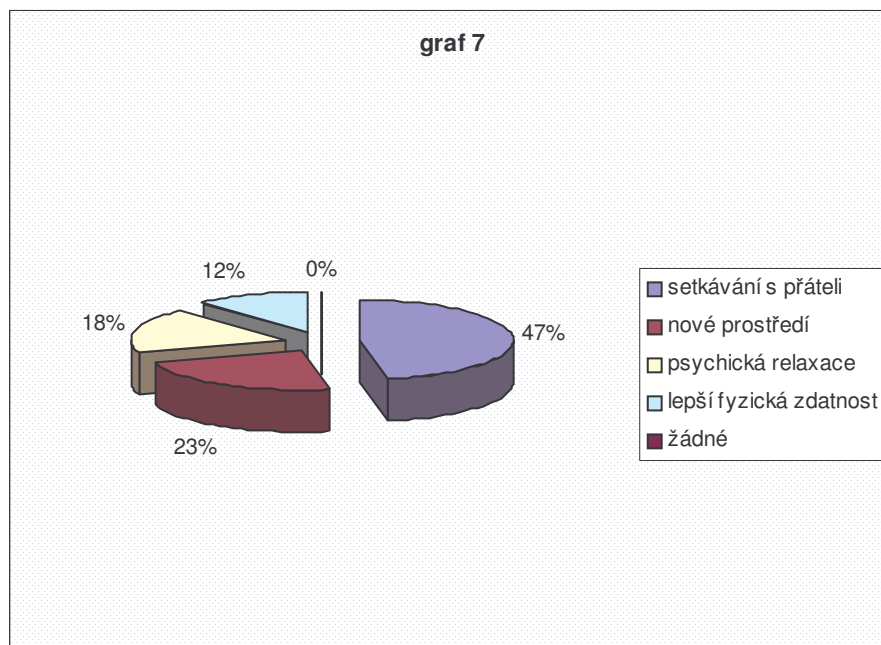
Komentář:

Nejčastější důvod uváděli klienti setkávání s přáteli a kamarády (40 %). Druhým častým důvodem byla radost z pohybu (24 %). Následovala možnost vyniknout (12 %) a využití volného času (12 %). Nejméně klientů uvedlo zlepšení fyzické kondice (6 %) a relaxaci (6 %). Dotazovaní klienti se pravidelně účastní sportovních soutěží mezi klienty DZP v rámci kraje, mají na jiných zařízeních kamarády, se kterými se přátelí a právě sportování jim dává možnost se s nimi pravidelně stýkat.

Graf 7 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká pozitiva vám sport přináší?“.

Graf 7

Vnímání pozitivní role sportu v DZP Kunovice



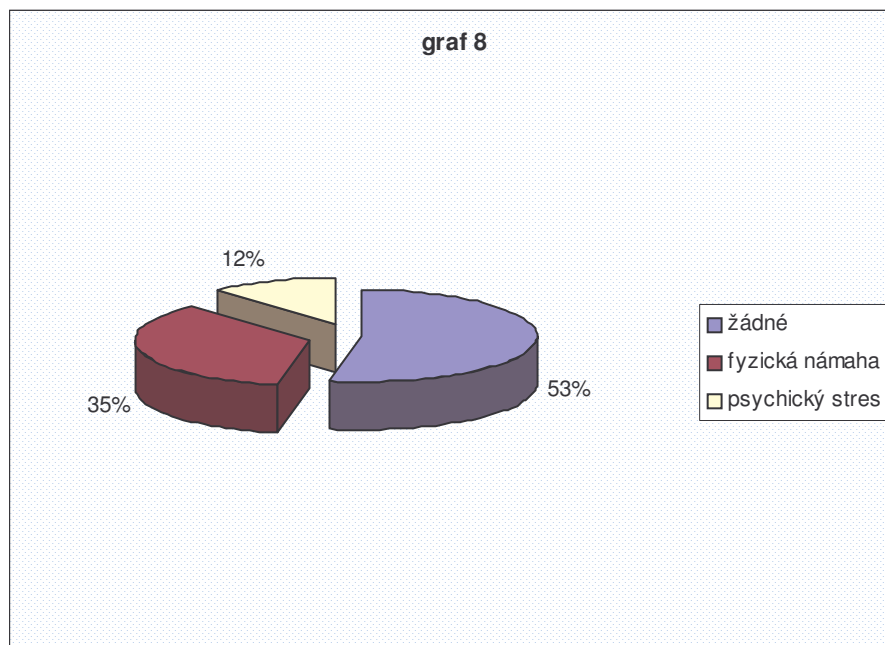
Komentář:

Setkávání s přáteli považuje 47 % klientů za pozitivní aspekt sportu. Znamená to pro ně utužování starého přátelství, ale také získávání nových přátel. 23 % klientů uvádí, že se dostanou do nové prostředí, poznají nová místa, města, která by bez provozování sportovních aktivit nenavštívili. Nezanedbatelný je také počet klientů, kterým sportování přináší psychickou relaxaci (18 %). Nejméně klientů si myslí, že si sportem zlepší svoji fyzickou kondici (12 %). Nikdo z klientů si nemyslí, že by mu sport nepřinesl něco pozitivního.

Graf 8 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká negativa vám sport přináší?“.

Graf 8

Vnímání negativní role sportu v DZP Kunovice



Komentář:

Více než polovina sportujících klientů (53 %) neshledává na sportování nic negativního. 35 % klientů uvedlo jako negativum sportu fyzickou námahu a 12 % klientů uvedlo psychický stres.

Tabulka 4 charakterizuje odpověď na otázku „Uvítali by jste nějaké jiné sporty v nabídce DZP?“.

Tabulka 4

Výběr možných sportovních aktivit dle přání klientů v DZP Kunovice

odpověď	Počet (n)	druh sportovních aktivit
ano	5	míčové hry
ano	4	boccia
ne	8	-

Komentář:

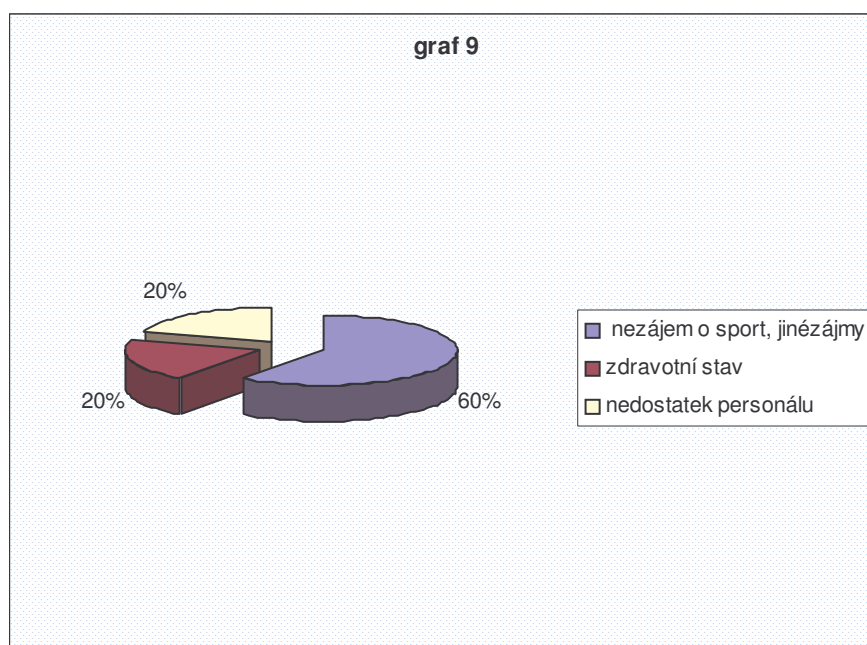
9 klientů by uvítalo v nabídce jiný sport, 5 z nich by si přálo provozovat míčové hry, 4 z nich by uvítali bocciu. Zbytek klientů (8) je s nabídkou spokojeno.

ČÁST C – NESPORTUJÍCÍ KLIENTI (5)

Graf 9 charakterizuje odpověď na otázku „Z jakého důvodu nyní nesportujete?“.

Graf 9

Důvody neprovozování sportovních aktivit klientů DZP Kunovice



Komentář:

Dotazovaných klientů, kteří se sportu nevěnují bylo 5. Z toho více jak polovina (60 %) uvedla, že má jiné zájmy a o sport se nezajímá. Jednomu klientu jeho zdravotní stav neumožňuje nyní žádné sportovní aktivity. Další klient uvedl, že na zařízení je nedostatek personálu, který by s nimi vhodné sportovní aktivity prováděl.

Tabulka 5 charakterizuje odpověď na otázku „Provozovali jste nějaký sport, sportovní aktivitu v minulosti?“.

Tabulka 5

Sportovní aktivity klientů DZP Kunovice provozované v minulosti

odpověď	Počet (n)	atletika	plavání
ano	3	1	2
ne	2	-	-

Komentář:

Tři klienti odpověděli, že dříve sportovali, dva plavali a jeden klient se věnoval atletice. Dva klienti se sportu nikdy nevěnovali, neboť je sport nezajímá.

Tabulka 6 charakterizuje odpověď na otázku „Chtěli by jste se věnovat v budoucnu nějakému sportu, sportovní aktivitě? Pokud ano, uveďte jakému.“

Tabulka 6

Zájem o sport do budoucna v DZP Kunovice

	Počet (n)	druh sportovní aktivity
ano	2	míčové hry
ne	3	-

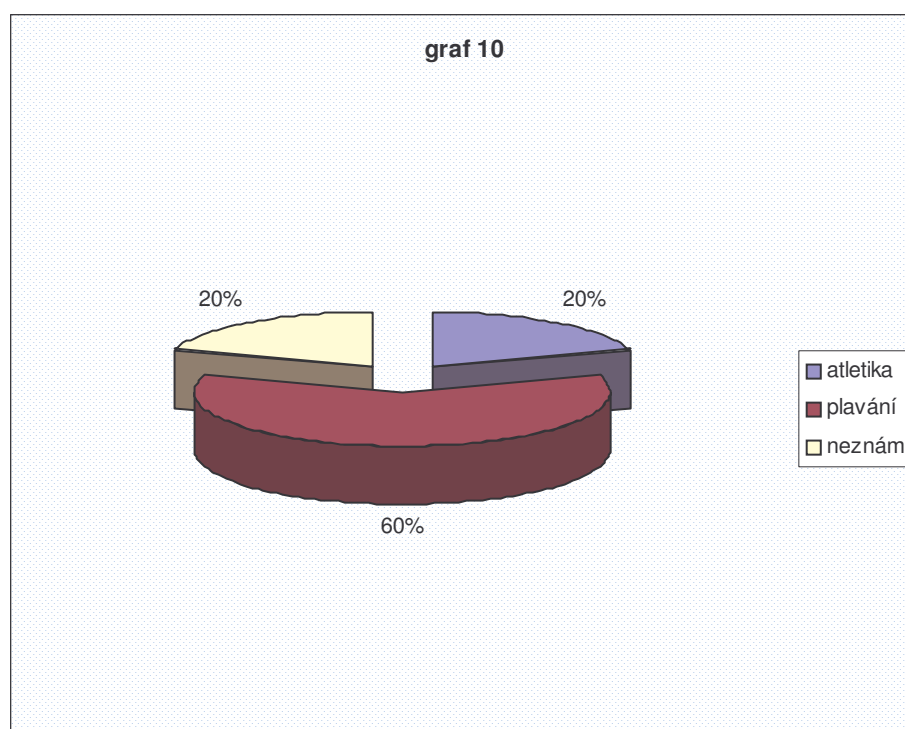
Komentář:

Z 5 dotázaných uvažují o sportování pouze 2 a ti by uvítali kroužek míčových her.

Graf 10 charakterizuje odpověď na otázku „Znáte nějaké sporty, v kterých by jste mohli soutěžit?“.

Graf 10

Znalost soutěžních sportů u nesportujících klientů DZP Kunovice



Komentář:

Z nesportujících klientů 60 % uvedlo, že plavání je sport, ve kterém by mohli soutěžit. Tento sport znají zřejmě proto, že někteří sportující klienti se pravidelně účastní závodů v plavání mezi DZP v rámci Sociálních služeb Uherské Hradiště, a oni je jezdí povzbuzovat. 20 % klientů uvedlo, že znají lehkou atletiku a stejný počet klientů uvedl že nezná sporty ve kterých by mohli soutěžit.

5.2.2 DZP Medlovce

ČÁST A – VŠICHNI DOTÁZANÍ KLIENTI (10)

Tabulka 7 znázorňuje odpověď na otázku „Jezdíte pravidelně domů?“

Tabulka 7

Počty (n) klientů DZP Medlovce jezdících pravidelně domů

Celkový počet (n)	Jezdí (n)	%	Nejezdí (n)	%
10	4	40	6	60

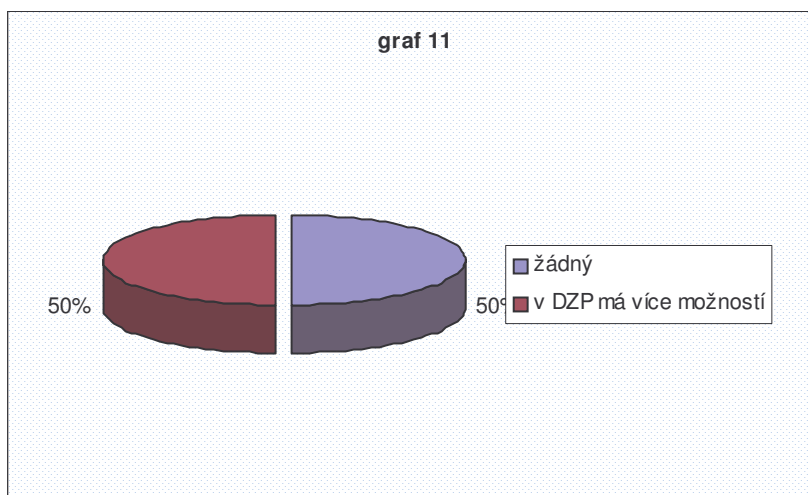
Komentář:

Z celkového počtu dotázaných 10 klientů jezdí pravidelně domů čtyři z nich, což je 40 %. Tři klienti uvedli, že jezdí domů pravidelně jednou za měsíc na tři až pět dnů. Jedna klientka uvedla, že jedí domů každý měsíc na 14dnů. Zbytek klientů (6) uvedlo, že domů nejezdí vůbec. To je 60 %.

Graf 11 znázorňuje odpověď na otázku „Cítíte nějaký rozdíl při pobytu doma a v DZP vzhledem k trávení volného času?. Pokud ano, uveďte jaký.“

Graf 11

Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Medlovice a doma



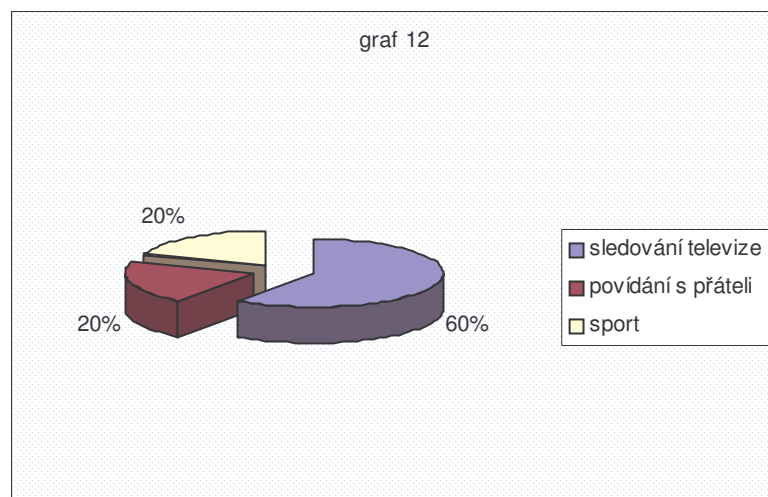
Komentář:

Z grafu vyplývá, že polovina klientek, které jezdí domů z DZP Medlovice nevidí žádný rozdíl ve využití volného času při pobytu doma. Druhá polovina klientek si myslí, že v DZP je větší nabídka možností jak trávit volný čas.

Graf 12 znázorňuje odpověď na otázku „Jakou činnost ve volném čase nejčastěji v DZP vykonáváte?“

Graf 12

Nejčastěji vykonávané činnosti klientů DZP Medlovice ve volném čase



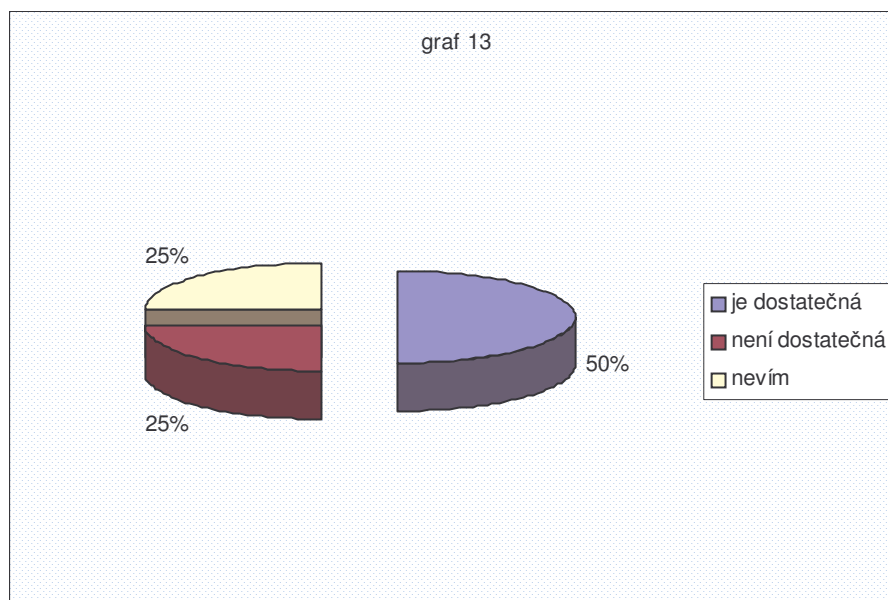
Komentář:

Z grafu vyplývá, že sledování televize (60 %) je nejčastější formou využití volného času u klientek z DZP Medlovice. Dále klientky odpovídaly, že sportují (20 %), a rády si povídají mezi sebou (20 %).

Graf 13 znázorňuje odpověď na otázku „Jste spokojeni s nabídkou sportovních aktivit v DZP?“

Graf 13

Spokojenost klientů DZP Medlovice s nabídkou sportovních aktivit



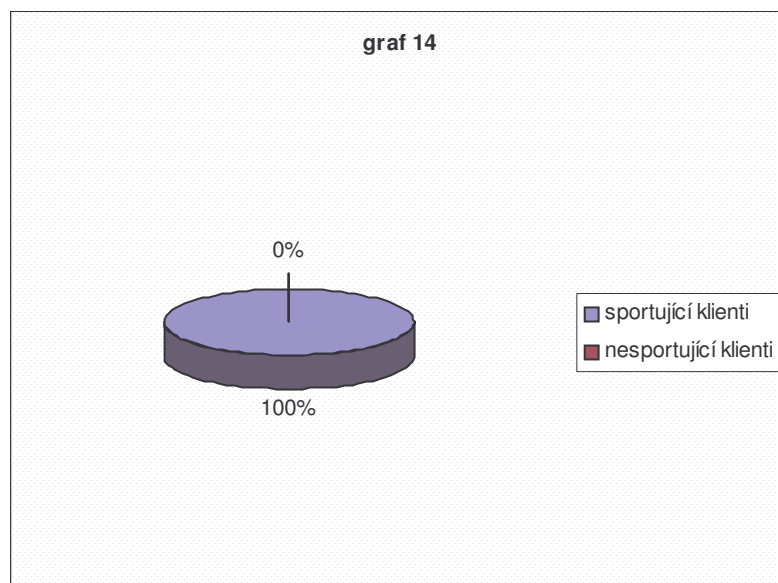
Komentář:

Z grafu vyplývá, že polovina dotázaných klientů si myslí, že nabídka sportovních aktivit je dostatečná. Čtvrtina klientů by uvítala, kdyby se nabídka sportovních aktivit rozšířila, a další čtvrtina klientek neví.

Graf 14 znázorňuje odpověď na otázku „Věnujete se v současné době nějaké sportovní aktivitě nebo sportu?“.

Graf 14

Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů v DZP Medlovice



Komentář:

Z grafu vyplývá, že všechny dotázané klientky DZP Medlovice se ve volném času věnují nějakým sportovním aktivitám.

ČÁST B – SPORTUJÍCÍ KLIENTI (10)

V DZP Medlovice se věnují všichni klienti sportu pouze na rekreační úrovni, neúčastní se ani soutěží ve sportovních hrách mezi DZP v okrese Uherské Hradiště.

Tabulka 8 charakterizuje odpověď na otázku „Jakým sportovním aktivitám se v DZP nejčastěji věnujete?“.

Tabulka 8

Sportovní aktivity v DZP Medlovice

Aktivity	Plavání	Turistika
Počet (n)	5	10

Komentář:

Dotázané klientky odpověděly, že nejvíce a to každý den se věnují turistice a vycházkám po okolí. Dále každý týden jezdí plavat do krytého bazénu do nedalekých Vřesovic.

Tabulka 9 charakterizuje zastoupení osob, které klienty DZP Medlovice přivedli ke sportu

Tabulka 9

Zastoupení osob, které klienty DZP Medlovice přivedli ke sportu

osoba	počet
učitel /vychovatel	6
kamarád	1
rodiče	1
neví	2

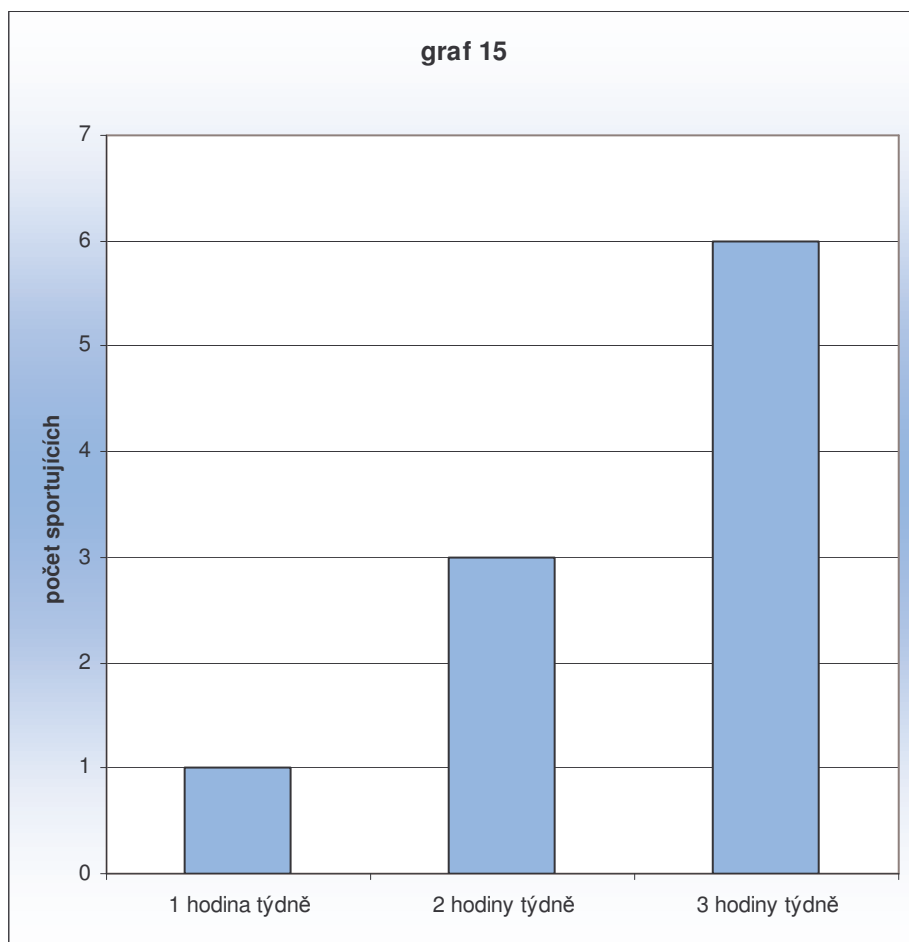
Komentář:

Z tabulky vyplývá, že nejčastějším člověkem, který přivedl klientky ke sportování je učitel nebo vychovatel (6), dvě klientky si už nevzpomněly, jedna odpověděla, že kamarádka a také jednu klientku přivedli ke sportování rodiče.

Graf 15 charakterizuje odpověď na otázku „Jak často sportujete?“.

Graf 15

Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám v DZP Medlovice



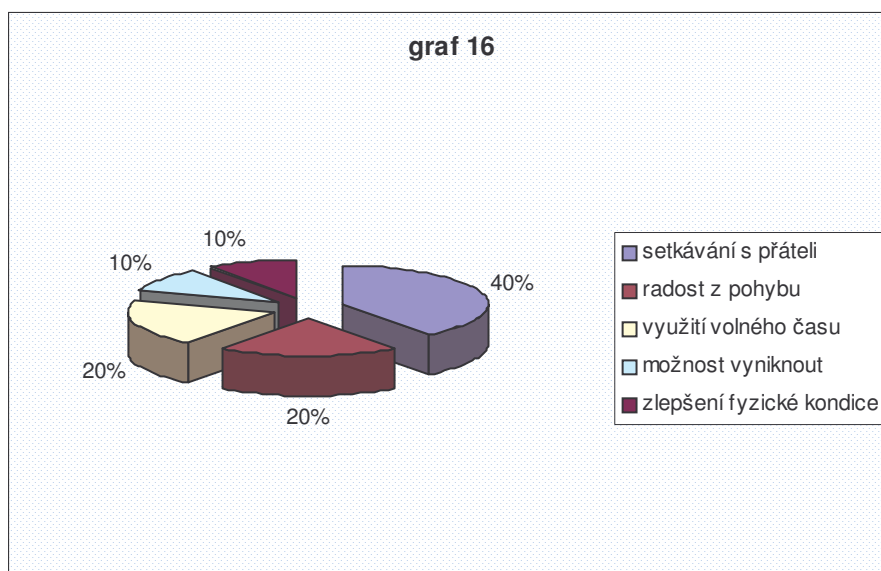
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 1 klientka se věnuje sportu 1 hodinu týdně, 3 klientky 2 hodiny týdně a 6 klientek 3 hodiny týdně.

Graf 16 znázorňuje odpověď na otázku „Z jakého důvodu jste začal sportovat?“.

Graf 16

Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Medlovice



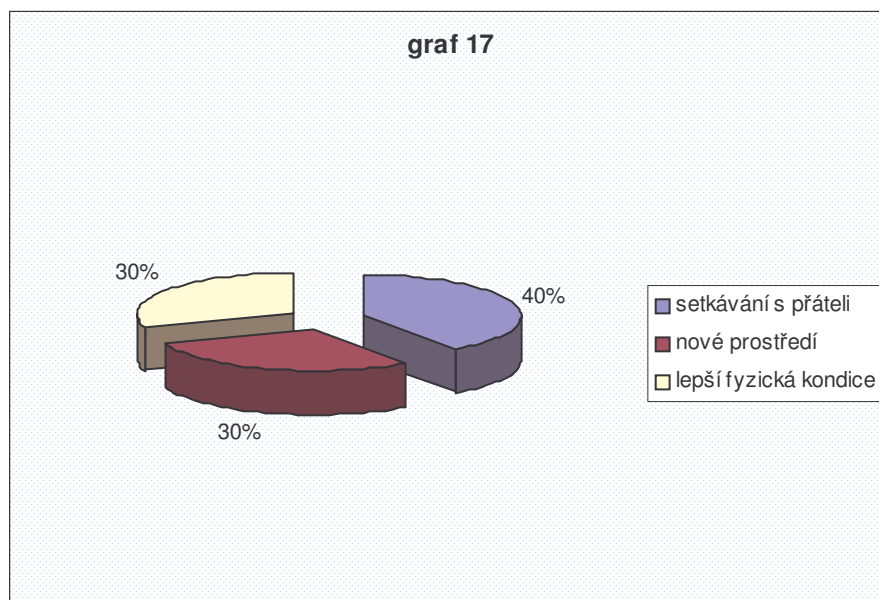
Komentář:

Nejvíce klientek uvedlo setkávání s přáteli (40 %). Dalších 20 % klientek uvedlo, že jim sportování působí radost, 20 % klientek si myslí, že sport je vhodné využití volného času. Jedna klientka (10 %) uvedla, že by chtěla v něčem vynikat a taktéž jedna uvedla, že by si ráda sportem zlepšila fyzickou kondici.

Graf 17 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká pozitiva vám sport přináší?“.

Graf 17

Vnímání pozitivní role sportu v DZP Medlovice



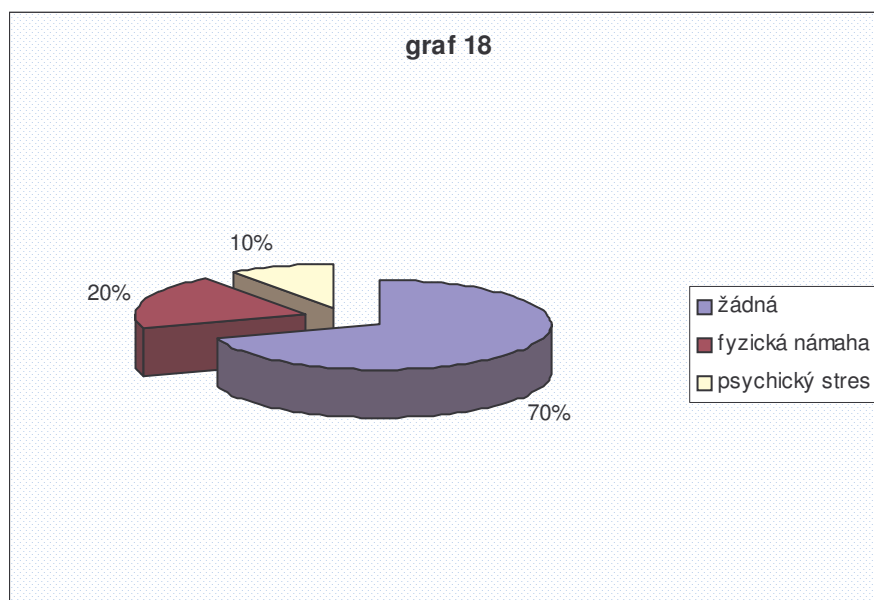
Komentář:

Z grafu vyplývá, že nejvíce klientek (40 %) má za to, že při sportování mají možnost se setkávat s přáteli, 30 % klientek uvádí, že si při sportu vylepší svoji fyzickou kondici a taktéž 30 % klientek uvádí, že při sportovních aktivitách mají možnost poznat nové prostředí.

Graf 18 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká negativa vám sport přináší?“.

Graf 18

Vnímání negativní role sportu v DZP Medlovice



Komentář:

Nejvíce klientek (70 %) uvedlo, že nespatřuje v pohybových aktivitách žádné negativa. Pro 20 % klientek je sportování fyzicky namáhavé. A 10 % klientek cítí při provozování sportovních aktivit stres.

Tabulka 10 charakterizuje odpověď na otázku „Uvítali byste nějaké jiné sporty v nabídce DZP?“

Tabulka 10

Možné sportovní aktivity dle přání klientů DZP Medlovice

odpověď	Počet (n)	Druh sportovní aktivity
ano	2	míčové hry
ne	8	-

Komentář:

Z tabulky vyplývá, že 8 klientek je s nabídkou sportovních aktivit v DZP spokojeno a dvě klientky by uvítaly v nabídce možnost provozování míčových her.

5.2.3 DZP Velehrad

ČÁST A – VŠICHNI DOTÁZANÍ KLIENTI (32)

Klienti DZP Velehrad se dříve účastnili soutěží v rámci Speciálních olympiád, nyní sportují pouze na rekreační úrovni a účastní se pouze soutěží v rámci sportovních her mezi klienty DZP okresu Uherské Hradiště.

Tabulka 11 charakterizuje odpověď na otázku „Jezdíte pravidelně domů? Pokud ano, jak často.“

Tabulka 11

Počty (n) klientů DZP Velehrad jezdících pravidelně domů

Celkový počet (n)	Jezdí (n)	%	Nejezdí (n)	%
32	24	68,75	8	31,25

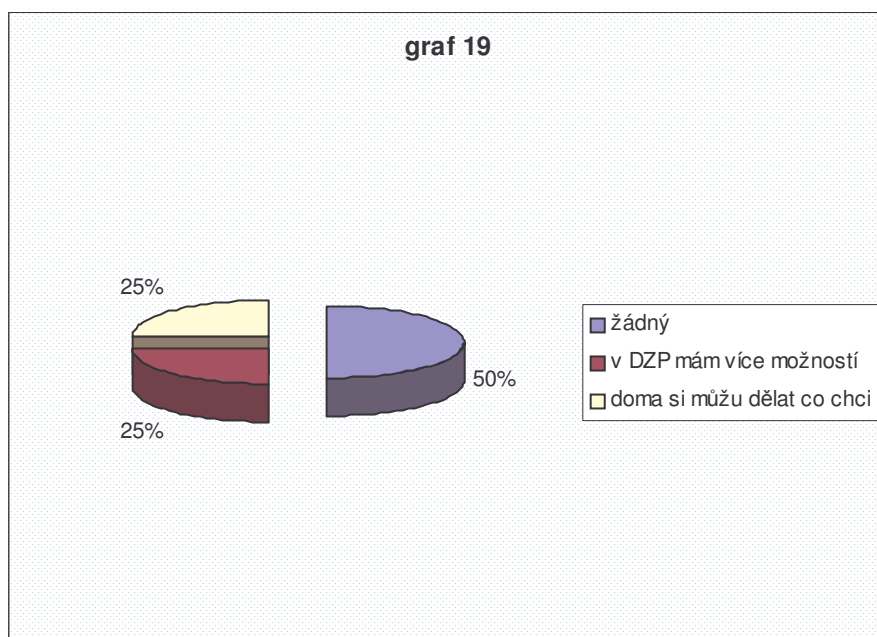
Komentář:

Z tabulky vyplývá, že domů jezdí pravidelně 68,75 % klientů. Klienti uvedli, že jezdí domů většinou jednou měsíčně na víkend, potom o vánočních a letních prázdninách. 31,25 % klientů nejezdí domů vůbec.

Graf 19 charakterizuje odpověď na otázku „Cítíte nějaký rozdíl při pobytu doma a v DZP vzhledem k trávení volného času? Pokud ano, uveďte jaký.

Graf 19

Rozdíl ve využití volného času při pobytu v DZP Velehrad a doma



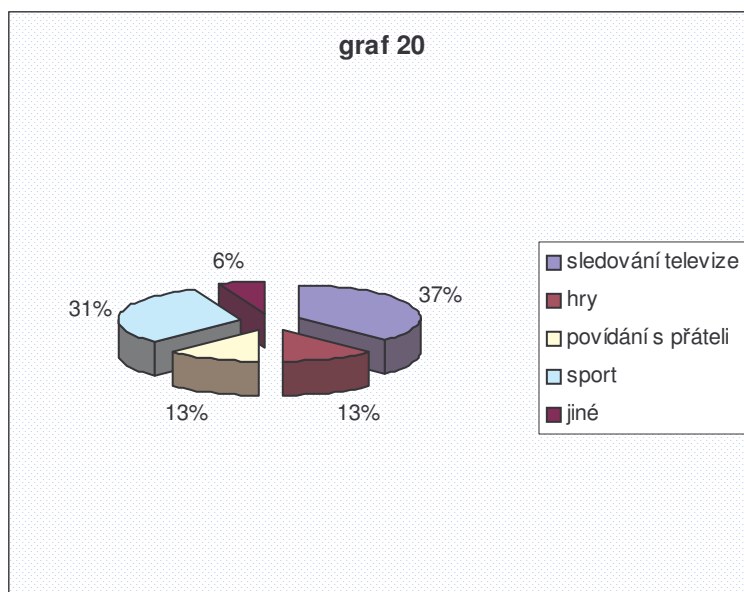
Komentář:

50 % klientů DZP Velehrad odpověděla, že necítí žádný rozdíl mezi pobytem doma a v DZP ohledně sportovních aktivit, 25 % klientů si myslí, že v DZP mají více možností. A naopak dalších 25 % klientů si myslí, že doma mají větší možnost k provozování sportu.

Graf 20 charakterizuje odpověď na otázku „Jakou činnost ve volném čase nejčastěji v DZP vykonáváte?“

Graf 20

Nejčastěji vykonávané činnosti klientů v DZP Velehrad ve volném čase



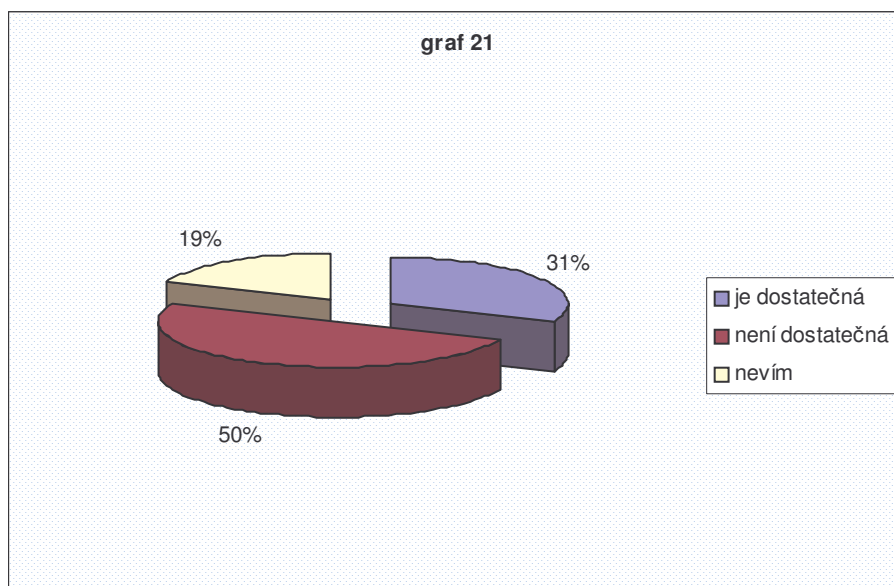
Komentář:

Nejvíce (37 %) klientů odpovídalo, že nejčastěji tráví volný čas sledováním televize. 31 % klientů se ve volném čase věnuje sportu. Dále 13 % klientů tráví volný čas povídáním s přáteli a taktéž 13 % klientů se ve volném čase věnuje různým hrám. Pouze 6 % klientů uvedlo, že tráví volný čas jiným způsobem.

Graf 21 znázorňuje odpověď na otázku „Jste spokojeni s nabídkou sportovních aktivit v zařízení?“

Graf 21

Spokojenost klientů DZP Velehrad s nabídkou sportovních aktivit



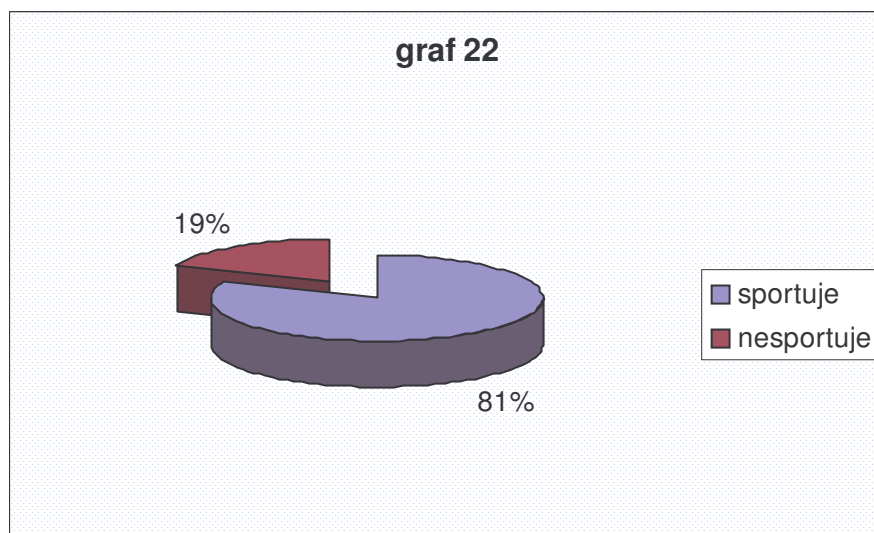
Komentář:

Polovina dotázaných klientů si myslí, že nabídka sportovních aktivit je nedostatečná. 31 % klientů uvedlo, že je s nabídkou sportovních aktivit spokojena a 19 % klientů odpovědělo, že neví.

Graf 22 charakterizuje odpověď na otázku „Věnujete se v současné době nějaké sportovní aktivitě nebo sportu?“.

Graf 22

Procentuální zastoupení sportujících a nespportujících klientů DZP Velehrad



Komentář:

Z celkového počtu dotázaných klientů (32) uvedlo, že sportuje 26, což je 81 %, pouze 6 klientů (19 %) uvedlo, že se v současné době nevěnuje žádnému sportu.

ČÁST B – SPORTUJÍCÍ KLIENTI (26)

Tabulka 12 charakterizuje odpovědi na otázku „Jakým sportovním aktivitám se v DZP nejčastěji věnujete?“.

Tabulka 12

Sportovní aktivity v DZP Velehrad

Aktivity	atletika	plavání	turistika	stolní tenis	boccia
Počet (n)	12	14	22	8	12

Komentář:

Z tabulky vyplývá, že nejrozšířenějším sportem v DZP Velehrad je turistika (22 klientů), následuje plavání (14 klientů), poté atletika a boccia (po 12 klientech) a nejméně klientů odpovědělo, že se provozuje stolní tenis (8).

Tabulka 13 charakterizuje zastoupení osob, které klienty DZP Velehrad přivedli ke sportu.

Tabulka 13

Zastoupení osob, které klienty DZP Velehrad přivedli ke sportu

Činitel	Počet (n)
učitel /vychovatel	12
kamarád	8
rodiče	4
neví	2

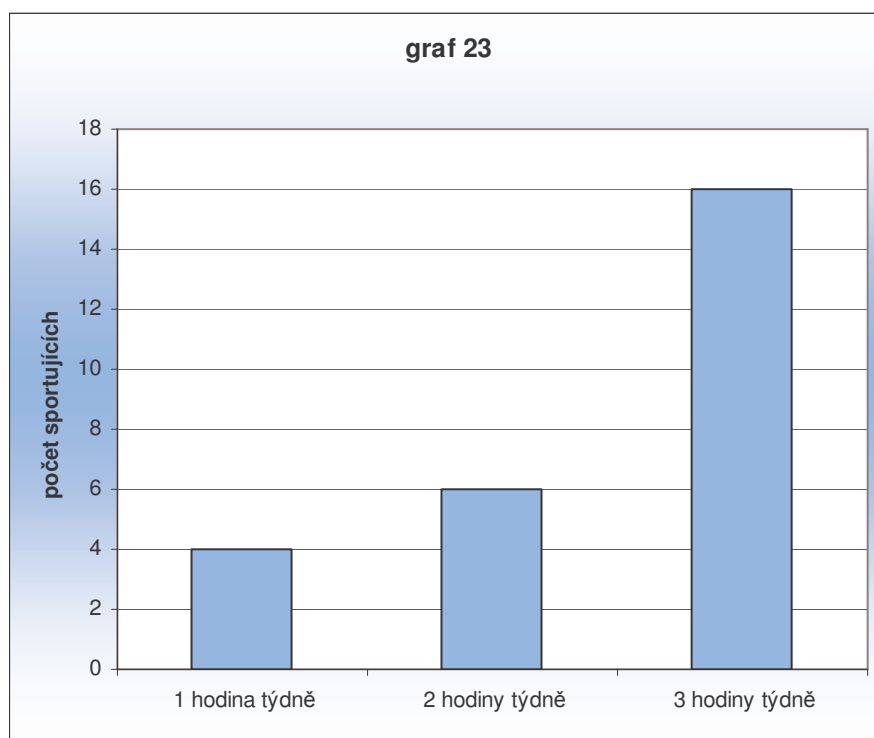
Komentář:

Nejvíce klientů opět ke sportu přivedl učitel či vychovatel (12), dále 8 klientů začalo sportovat z podnětu kamaráda, 4 klienty ke sportu přivedli rodiče a 2 klienti odpověděli, že již neví.

Graf 23 charakterizuje odpověď na otázku „Jak často sportujete?“.

Graf 23

Počet hodin týdně věnovaných sportovním aktivitám u klientů DZP Velehrad



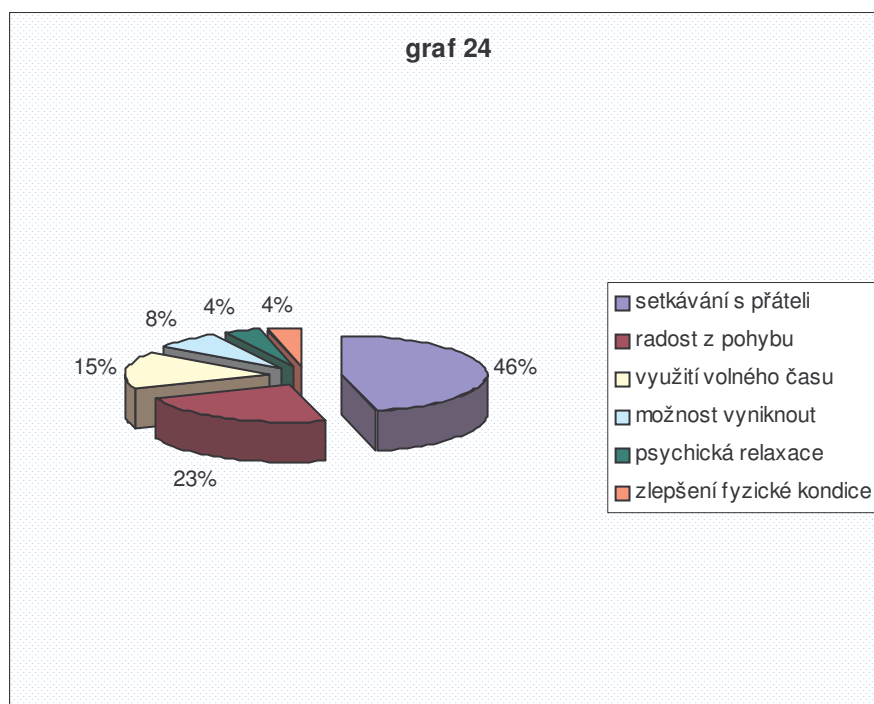
Komentář:

16 klientů uvedlo, že sportuje zhruba 3 hodiny týdně, dalších 6 klientů sportuje 2 hodiny týdně a jen 4 klienti sportují 1 hodinu týdně.

Graf 24 charakterizuje odpověď na otázku „Z jakého důvodu jste začal sportovat?“.

Graf 24

Důvody provozování sportovní aktivity v DZP Velehrad



Komentář:

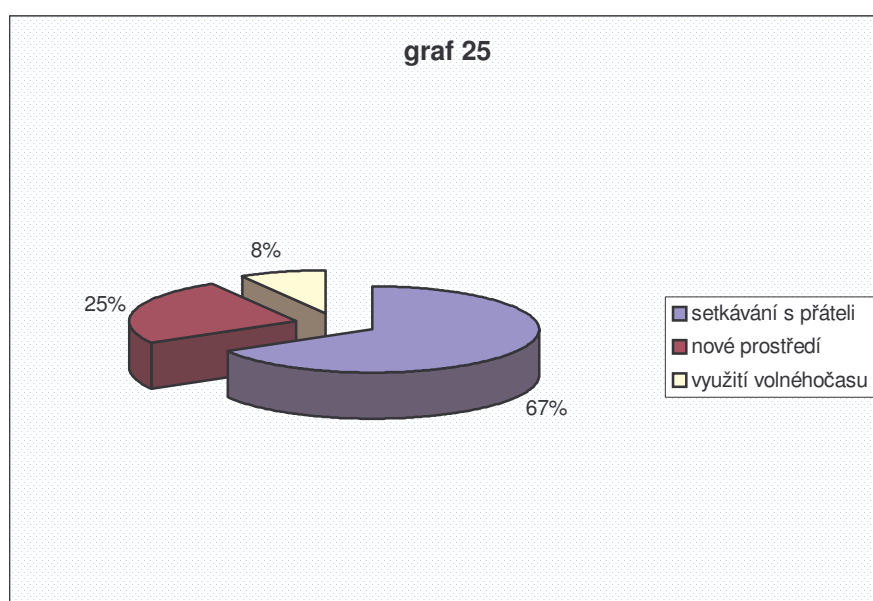
Nejvíce klientů (46 %) uvedlo, že při sportu se setkávají se svými přáteli z různých zařízení a potkávají nové kamarády. 23 % klientů má radost z pohybu. Pro 15 % klientů představuje sport smysluplné trávení volného času. 8 % klientů uvedlo, že při sportování má možnost v něčem vyniknout. Dále klienti uvedli, že mají možnost si zlepšit fyzickou kondici (4 %) a také psychicky relaxují (4 %).

Graf 25 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká pozitiva vám sport přináší?“.

Graf 25

Vnímání pozitivní role sportu v DZP Velehrad

Komentář:

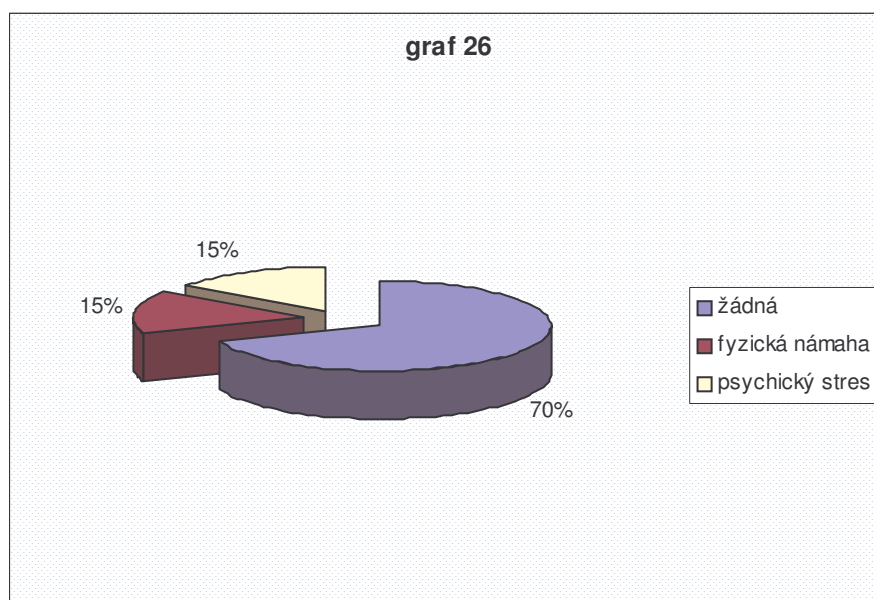


Klienti nejvíce na sportu oceňují, že mají možnost setkávat se s přáteli (67 %). 25 % klientů uvedlo, že mají možnost poznávat nové města a prostředí. A 8 % klientů uvádí, že je sport dobrým prostředkem k trávení volného času.

Graf 26 charakterizuje odpověď na otázku „Jaká negativa vám sport přináší?“.

Graf 26

Vnímání negativní role sportu v DZP Velehrad



Komentář:

Nejvíce klientů (70 %) v DZP Velehrad si myslí, že na sportu není nic negativního a sport jim přináší potěšení. 15 % klientů uvádí jako negativum sportu psychický stres a 15 % má sport spojený s fyzickou námahou.

Tabulka 14 charakterizuje odpověď na otázku „Uvítali byste nějaké jiné sporty v nabídce DZP?“.

Tabulka 14

Výběr možných sportovních aktivit dle přání klientů v DZP Velehrad

odpověď	Počet (n)	druh sportovních aktivit
ano	10	míčové hry
ano	6	závěsný kuželník
ano	6	lyžování
ne	4	-

Komentář:

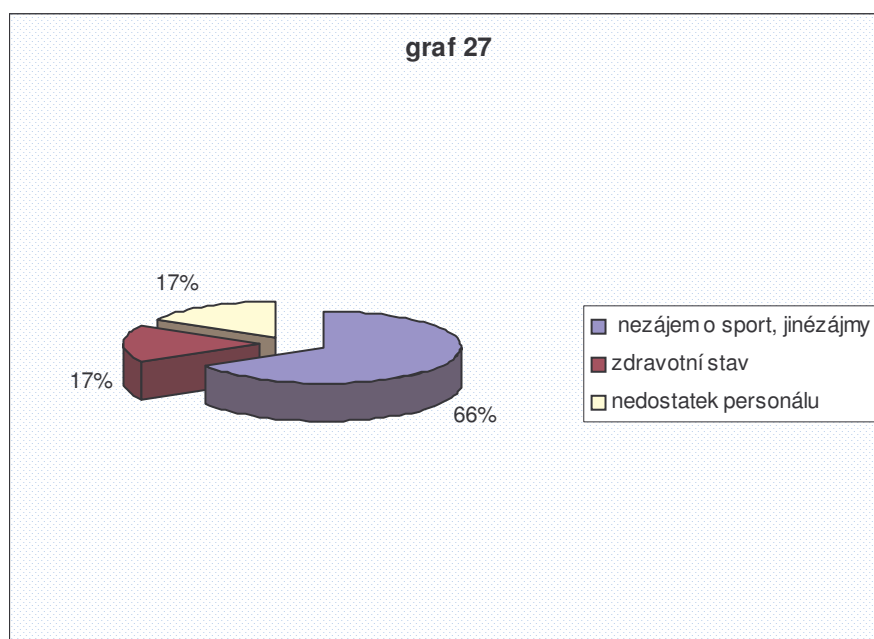
4 klienti z dotázaných uvedli, že nemají zájem o nové a jiné sportovní aktivity, než jsou v nabídce v zařízení. 10 klientů DZP Velehrad by uvítalo kroužek míčových her, 6 klientů by se rádo věnovalo závěsnému kuželníku, který si vyzkoušeli na návštěvě v jiném zařízení, 6 klientů by se chtělo naučit lyžovat.

ČÁST C – NESPORTUJÍCÍ KLIENTI (6)

Graf 27 charakterizuje odpověď na otázku „Z jakého důvodu nyní nesportujete?“.

Graf 27

Důvod neprovozování sportovních aktivit klientů DZP Velehrad



Komentář:

Z grafu vyplývá, že 66 % klientů se o sport nezajímá. 17 % si myslí, že je na zařízení nedostatek personálu a 17 % to nedovoluje jejich současný zdravotní stav.

Tabulka 15 charakterizuje odpověď na otázku „Provozovali jste nějaký sport, sportovní aktivitu v minulosti?“.

Tabulka15

Sportovní aktivity klientů DZP Velehrad v minulosti

odpověď	Počet (n)	turistika	plavání
ano	3	2	1
ne	3	-	-

Komentář:

Tři klienti uvedli, že nikdy nesportovali. Taktéž tři klienti se v minulosti nějakému sportu věnovali, ale nyní jim to nedovoluje jejich zdravotní stav.

Tabulka 16 charakterizuje odpověď na otázku „Chtěli byste se věnovat v budoucnu nějakému sportu, sportovní aktivitě? Pokud ano, uveďte jakému.“

Tabulka 16

Zájem o sport do budoucna v DZP Velehrad

odpověď	Počet (n)	druh sportovní aktivity
ano	4	turistika
ne	2	-

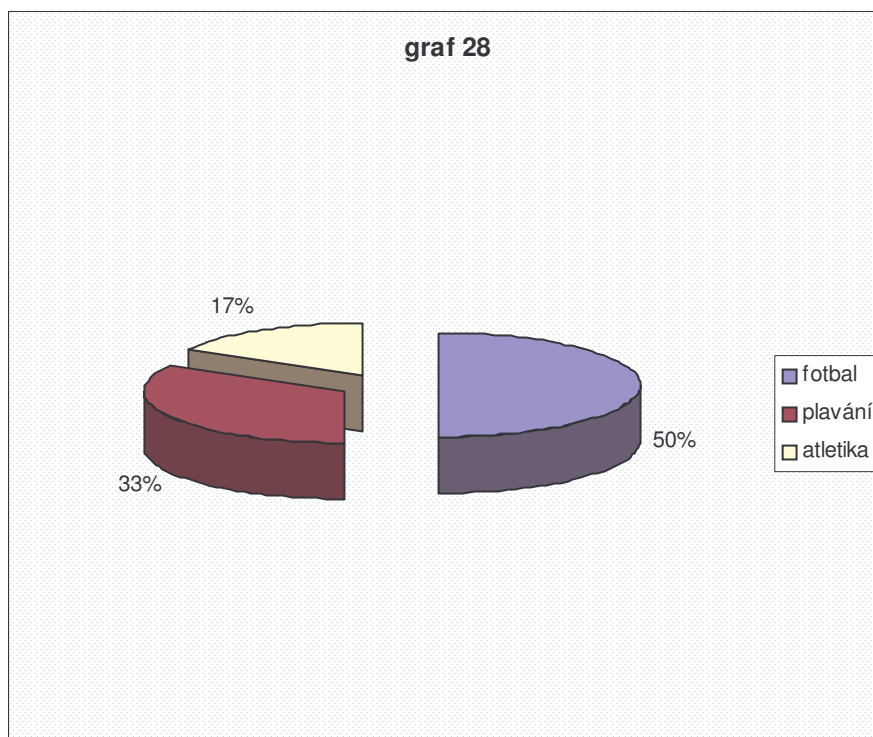
Komentář:

Dva klienti uvedli, že je sportování opravdu nezajímá a o aktivním sportu neuvažují. 4 klienti uvažují, že by v budoucnu mohli začít sportovat a začali by turistikou.

Graf 28 charakterizuje odpověď na otázku „Znáte nějaké sporty, v kterých byste mohli soutěžit?“.

Graf 28

Znalost soutěžních sportů u nesportujících klientů DZP Velehrad



Komentář:

Nejvíce nesportujících klientů (50 %) zná fotbal a myslí si, že by v něm mohli soutěžit. Dále 33 % klientů ví, že se pořádají soutěže v plavání a 17 % klientů uvedlo atletiku.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

H 1: Klienti v DZP jsou spokojeni s nabídkou sportovních aktivit na zařízení.

Výzkumné šetření ukázalo, že v DZP Kunovice není spokojeno s nabídkou sportovních aktivit nejvíce klientů ze všech tří zařízení a to 55 %, spokojeno je pouze 18 % klientů, což je také nejméně ze sledovaných zařízení (Graf 3) V DZP Medlovice (Graf 13) není

spokojeno pouze 25 % klientů a naopak je zde nejvíce klientů spokojeno (50 %). V DZP Velehrad je nespokojeno 50 % klientů, spokojených klientů v tomto zařízení je 31 % (Graf 21) Celkově je tedy 43,33 % klientů všech tří zařízení s nabídkou sportovních aktivit nespokojeno a pouze 33 % je s nabídkou spokojeno. Zbytek klientů (23,66 %) neví.

Hypotéza se nepotvrdila.

H 2: Klienti DZP sportují pouze na rekreační úrovni.

Ve všech třech sledovaných DZP klienti uvedli, že sportují pouze rekreačně, nejsou členy žádných sportovních klubů a neúčastní se pravidelně organizovaných soutěží.

Hypotéza se potvrdila.

H 3: Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou je plavání.

Ze 17 sportujících klientů DZP Kunovice se plavání věnují 2 klienti, což je nejméně provozovaný sport v zařízení. Nejvíce klientů provozuje turistiku (Tabulka 2). V DZP Medlovice jezdí pravidelně plavat 5 klientek, což je polovina z dotázaných. Nejvíce klientek (10) provozuje turistiku (Tabulka 8). V DZP Velehrad plave 14 klientů. Turistice se věnuje 22 klientů z 26 sportujících, což je opět nejvíce (Tabulka.12)

Hypotéza se nepotvrdila.

H 4: Setkávání s přáteli je nejčastějším důvodem sportování.

Hlavním důvodem sportování klientů v DZP Kunovice, DZP Medlovice a DZP Velehrad je setkávání s přáteli. Odpovědělo tak 40 % dotázaných z DZP Kunovice (Graf 6) i Medlovice (Graf 16), 46 % dotázaných z DZP Velehrad (Graf 24)

Hypotéza se potvrdila.

5.4 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zjištění aktuální nabídky sportovních aktivit pro klienty s MR a kombinovaným postižením ve vybraných DZP patřící pod Sociální služby Uherské Hradiště. Dále zjištění vztahu klientů ke sportu a navržení vhodné sportovní aktivity, která v nabídce chybí.

Výzkumné šetření, které probíhalo metodou zúčastněného (participantního) pozorování, metodou neformálního rozhovoru (strukturované interview) a metodou analýzy dokumentů bylo zaměřeno na tři DZP patřící pod Sociální služby Uherské Hradiště, které mají za klienty osoby s MR a kombinovaným postižením.

V zařízeních, které jsem popisovala, žijí především klienti se středním až těžkým stupněm MR. Většinou se sami neumí rozhodnout pro to, co by chtěli ve volném čase dělat. Proto záleží na schopnostech vychovatele, který má možnost jim nabídnout aktivity pro smysluplné trávení volného času, správně je motivovat, aby je zvolené činnosti bavily a těšili se na další a další.

Celkově lze shrnout, že denní režim je ve všech třech zařízeních podobný. Klienti, kteří jsou ve věku povinné školní docházky, navštěvují školu. Zbytek (větší část) klientů pracuje pod vedením vychovatelů. Většina činností a aktivit je klientům předkládána s tím, že tyto činnosti dělají společně všichni. Nemají možnost si zvolit sami, co by právě chtěli dělat. Jejich volný čas je převážně organizovaný, možná i proto, že by si stěželi sami dokázali zvolit nějakou činnost, proto jim činnosti musejí být nabízeny. Je to podle mého názoru dané také tím, že všeobecně je v domovech nedostatek personálu, převažuje zdravotnický personál, je tam zaměstnáno málo vychovatelů, kvalifikovaných odborníků, kteří by se klientům věnovali dle zvoleného zájmu, podle potřeby, některým třeba individuálně. Ve všech zařízeních chybí možnost navštěvovat sportovní kroužek a věnovat se pravidelně a organizovaně sportovním aktivitám.

Proto jsem si kladla otázku, proč klienti sportují pouze nepravidelně a sporadicky. Domnívám se, že důvody jsou především v zajištění odborné asistence při provozování sportovních aktivit a v materiálním vybavení. Potměšil (1997) uvádí jako jednu z bariér provozování sportovní aktivity nedostatečné materiální a ekonomické podmínky, které mají za následek hypokinetický způsob života zdravotně postižených. Dalším důvodem

vidím v absolutní neinformovanosti personálu o tom, jaké individuální i společné sportovní aktivity lze s klienty provozovat (např. boccia, závěsný kuželník). Ve všech zařízeních se totiž věnují sportu pouze klienti mobilní.

V DZP Kunovice byl dříve kladen důraz hlavně na zdravotní stránku v péči o klienty. Dnes se již více věnují klientům po stránce výchovné na všech odděleních. Dopolední aktivity jsou zaměřeny na výchovně vzdělávací činnosti, některé klientky ze IV. oddělení pomáhají v prádelně, kuchyni a na jiných odděleních. Odpolední část je věnována především pohybovým aktivitám (procházky, hry na zahradě, plavání). Podle mého názoru je ale nabídka pohybových činností jednotvárná a ne zcela dostatečná. Připadalo mi, že někteří klienti si už docela zvykli na to, že se nemusí moc hýbat, a vlastně jim to tak vyhovuje, protože pohyb je obtěžuje. Nejsou nijak motivováni ke sportu, přitom z rozhovoru s nimi vyplynulo, že mají o sport zájem a rádi by se sportování věnovali. To je možná chyba vychovatelů, kteří nedokáží nabídnout dostatečné pohybové činnosti, které by klienty zaujaly, a nedokáží v nich vzbudit zájem o pohyb. Je to škoda, protože v zařízení mají velkou zahradu, hřiště, tělocvičnu, bazén a také závěsný kuželník. Všechny tyto sportoviště jsou využívány minimálně. Je to jen v lidech. Bylo by vhodné dát klientům možnost vybrat si, čemu by se chtěli odpoledne věnovat. Samozřejmě by byla potřeba více personálu, který by si jednotlivé klienty rozdělil do skupin podle zvolené činnosti. Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že nejrozšířenější pohybovou aktivitou je turistika, uvedlo ji 17 dotázaných klientů, nejméně oblíbenou činností je plavání, což je zajímavé, neboť klienti jezdí pravidelně plavat do aquaparku v Uherském Brodě. 55 % klientů uvedlo, že není spokojeno s nabídkou sportovních aktivit, která je jim nabízena a přáli by si provozovat míčové hry a boccia.

V DZP Medlovice se personál při práci s klienty zaměřuje hlavně na výchovně vzdělávací činnosti, které tvoří převážnou náplň trávení volného času (rozumová výchova, smyslová výchova, hudební výchova, výtvarná výchova a tělesná výchova) těchto klientů. V minulosti v tomto ústavu převažovala zdravotní péče, situace je v dnešní době lepší. Dotázané klientky jezdí na rehabilitační pobyty, výlety, sportovní hry, diskotéky, do kina, do divadla atd. Situace v nabídce sportovních aktivit je ovšem podobná jako v DZP Kunovice. Velkým problémem je nedostatek kvalifikovaného

personálu, který by sportovní aktivity s klienty navrhoval a provozoval. Z rozhovorů s klientkami vyplynulo, že polovina z nich je spokojena s nabídkou sportovních aktivit, které jim zařízení nabízí. Je to dáno zřejmě tím, že klientky neznají a nikdy neměly možnost si vyzkoušet další sportovní aktivity. Nejrozšířenější pohybovou aktivitou je v DZP Medlovice turistika, věnují se jí všechny dotázané klientky formou každodenních vycházek a turistických celodenních pochodů po okolí. Také 5 klientek uvedlo, že jezdí pravidelně, každé pondělí plavat do nedalekých Vřesovic. Další sportovní aktivity v DZP chybí.

DZP Velehrad nabízí svým klientům podobné aktivity jako předchozí dvě zařízení. Dopoledne převažují výchovně vzdělávací činnosti, rozdíl je jen v tom, že klienti jsou pořád na svém oddělení, ve stejné skupině. Někteří klienti se také podílejí na chodu domova a pomáhají v kuchyni, prádelně nebo na zahradě. Odpoledne si klienti mohou vybrat činnost, které se chtějí věnovat, je to jen na nich, co si sami dobrovolně zvolí (v Kunovicích ani Medlovicích tuto možnost klienti nemají). Někteří klienti chodí na vycházky, mají možnost v tělocvičně hrát boccii, jiní vyšívací, malují, poslouchají hudbu nebo jen tak lenoší. Nabídka pohybových aktivit mně připadala velmi chudá, nepravidelná. Problém vidím opět v neinformovanosti a snaze personálu klientům zprostředkovat vhodné pohybové aktivity. Je to škoda, protože na zařízení je velmi dobře vybavená menší tělocvična, která není dostatečně využívána. Před několika lety klienti jezdili na soutěže pořádané ČHSO v atletice. V současné době jezdí někteří klienti nepravidelně plavat, několikrát do roka jezdí na rekreační pobyty, kde provozují hlavně turistiku a třikrát ročně se účastní soutěží ve sportovních hrách pořádaných v rámci Sociálních služeb Uherské Hradiště. Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že polovina z nich není spokojena s nabídkou sportovních aktivit na zařízení. Sportují rádi, sport jim přináší radost, setkávají se při něm s přáteli a kamarády, tak by uvítali možnost sportovat častěji. Jako nejoblíbenější sport klienti uváděli opět turistiku, následovalo plavání, poté atletika a boccia.

Průzkumného šetření, které jsem provedla formou strukturovaného interview se zúčastnilo 22 klientů DZP Kunovice, 10 klientů DZP Medlovice a 32 klientů DZP Velehrad. U všech dotázaných klientů byl diagnostikován lehký až středně těžký stupeň MR.

Mezi klienty DZP Kunovice převažovali sportující klienti (77 %) nad nespportujícími klienty, kterých bylo 23 %. V DZP Medlovice sportují všichni klienti v DZP Velehrad převažovali také sportující klienti (81 %) nad nespportujícími klienty (19 %). Ve všech zařízeních se klienti věnují sportu pouze na rekreační úrovni a neúčastní se žádných organizovaných soutěží. Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Nejčastěji provozovanou pohybovou aktivitou klientů ve sledovaných DZP není plavání, jak jsem se domnívala, ale turistika. V DZP Kunovice ji provozuje 17 klientů, v DZP Medlovice všichni klienti a v DZP Velehrad 22 klientů. Hypotéza č. 3 se nepotvrdila. Setkávání s přáteli je pro 40 % respondentů DZP Kunovice, 40 % respondentů DZP Medlovice a 46 % respondentů DZP Velehrad důvod k provozování sportovních aktivit. Hypotéza č. 4 se potvrdila. Dalšími důvody jsou radost z pohybu (24 % DZP Kunovice, 20 % DZP Medlovice, 23 % DZP Velehrad), vhodné využití volného času (12 % DZP Kunovice, 20 % DZP Medlovice, 15 % DZP Velehrad). Šarinová a Čechovská (2005) uvádějí, že pravidelná výuka plavání zlepšuje celkovou fyzickou kondici osob se zdravotním postižením, pomáhá získat novou pohybovou zkušenost, která je pro ně při provedení na suchu nedostupná a posiluje jejich sebedůvěru. Plavání je jedním z nejvhodnějších prostředků k naplnění aktivního způsobu života. Dle Krause (2005) je působení pohybové aktivity o to účinnější, pokud přináší radost, potěšení a uspokojení.

Zaměřila jsem se také na spokojenost klientů s nabídkou sportovních aktivit na jednotlivých zařízeních. Ze šetření vyplynulo, že v DZP Kunovice je nespokojeno 55 % klientů, spokojených je 18 %. V DZP Medlovice je spokojeno 50 % klientů a nespokojeno je 25 %. V DZP Velehrad je nespokojených klientů 50 % a spokojených pouze 31 %. Celkově je s nabídkou sportovních aktivit nespokojeno 43,33 % dotazovaných klientů a pouze 33 % klientů je s nabídkou sportovních aktivit spokojeno. 23,66 % klientů neví. Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Severýnová (2002) uvádí, že i přes určitá omezení jedinců se zdravotním postižením jim lze nabídnout vhodné modely pohybových aktivit. Na základě strukturovaného interview, pozorovacího šetření a mého zjištění současné nabídky pohybových aktivit na jednotlivých zařízeních jsem se pokusila navrhnout následující sportovní aktivity. Bylo by možné zařadit během dopoledne cvičení v menších skupinkách s prvky

zdravotní tělesné výchovy, které by vedla rehabilitační sestra. Dále by bylo vhodné do týdenního plánu zařadit pravidelné sportovní aktivity formou kroužků. Klienti by se měli mít možnost sami rozhodnout, do kterého kroužku by docházeli. Mohlo by se jednat např. o kroužek míčových her, bocci, závěsného kuželníku, turistiky, atletiky, v létě plavání a v zimě lyžování a her na sněhu. Bylo by samozřejmě potřeba více kvalifikovaného personálu, který by dokázal tyto aktivity s klienty provozovat. Je to také o tom chtění něco nového se naučit a pak využít při práci s klienty. To mnohým zaměstnancům chybí, hlavně těm starším, kteří pracují v domovech mnoho let, nechtějí se učit něco nového, nepochopili, že nelze klienty jen ošetřovat, ale je potřeba je rozvíjet, nabízet jim dostatek podnětů, aby nezakrněli a měli stejnou možnost žít plnohodnotný život jako intaktní lidé.

V ZÁVĚR

V současné době se sportování osob se zdravotním postižením, mezi které patří i osoby s MR a kombinovaným postižením, stává běžným jevem. Ve své práci jsem zpracovala problematiku sportu klientů s MR a kombinovaným postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zaměřila jsem se na charakteristiku sportovní činnosti ve třech zařízeních, na celkový význam sportu pro jedince se zdravotním postižením a přehled organizací zabývajících se sportem osob s MR.

Cílem mé diplomové práce bylo zjištění sportovních aktivit, kterým se věnují klienti s mentální retardací a kombinovaným postižením ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením patřící pod Sociální služby Uherské Hradiště. Případně navrhnout vhodné chybějící sportovní aktivity.

Zajímalo mě. Jak se změnila podmínky, péče i přístup ke klientům. Jaké sportovní aktivity nabízejí svým klientům k trávení volného času, protože aktivní trávení volného času je jedním z ukazatelů zdravého životního stylu. A protože lidé s handicapem mají často problémy s pracovním uplatněním, často nepracují vůbec, tak čas věnovaný povinnostem je malý, díl volného času je podstatný. Volný čas se tak u těchto lidí stává tím nejvýznamnějším a téměř jediným prostorem pro rozvoj osobnosti.

Moje poznatky pocházejí z domovů, kde jsou umístěni klienti s lehkou, středně těžkou až hlubokou mentální retardací. Dá se říct, že u většiny je to jejich poslední útočiště, nemají možnost zakusit jiný režim, který je pro ně sice důležitý, ale nahraditelný. Jedinou změnou pro ně může být jiný domov, jiné prostředí s obdobným režimem. Je třeba je nenechat zakrnět a všemi možnými a dostupnými prostředky objevovat, podporovat a rozvíjet jejich skrytý potenciál. A dle mého názoru je sport velmi dobrý prostředek k podporování a rozvoji jejich osobnosti.

Ve všech třech zařízeních je režim dne podobný, podobné jdou také volnočasové aktivity, kterých je dostatek. Mezi nimi je ovšem minimum pohybových aktivit, které by měly tvořit nedílnou součást využití volného času všech klientů v DZP. Pohyb je přece základem činnosti mozku každého jedince; pokud se nebudeme hýbat, nemůžeme se vůbec rozvíjet a zakrníme. A dvojnásob to platí u jedinců s MR.

Možnosti DZP jsou omezené, záleží také, jak který domov je financovaný, a i když situace není úplně ideální, snaží se pro své klienty dělat v těchto zařízeních maximum. Určitě by bylo také potřeba více odborného personálu, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé, kteří by se klientům věnovali více ve volném čase, protože zdravotnický personál zajišťující pečovatelskou činnost, to vše nemůže při daném počtu dětí a pracovníků zvládnout.

Ne všichni jedinci s MR mají to štěstí a žijí doma s rodiči. Ale ani ti, co žijí v domovech, si nemusejí zoufat. Situace se výrazně zlepšila jak ve službách klientům, tak i v přístupu k nim samotným. Během roku se klienti zúčastňují řady kulturní akcí (návštěvy divadelních představení, filmových představení, různých koncertů, výstav atd.), jezdí několikrát v roce na rehabilitační a rekreační pobyty, mají možnost se účastnit sportovních her pro osoby s MR. Z celoročního přehledu aktivit, který jsem uvedla při popisu jednotlivých zařízení, je vidět, že je klientům nabízeno široké spektrum činností k trávení volného času, méně jsou využívány sportovní a pohybové aktivity, jejichž nabídka by se měla v daných zařízeních rozšířit. Potom bude náplň trávení volného času klientů s MR v těchto zařízeních srovnatelná s náplní trávení volného času s intaktními jedinci ve společnosti.

Lidé s handicapem jsou bojovníci za naši pozornost a naše porozumění. Sám soucit nestačí. Soucitný zůstává stát, nehne se, nic nemění na osudu druhých. Je třeba dojatého, pro kterého není samozřejmé, že má plně vyvinuté síly, který se každý den díví zázraku svého zdraví, síly a schopnosti. A který současně ví, že člověk je víc než to, co se zdá a co dokáže. Lidé s postižením dokáží nedocenitelné v naší společnosti.

Hluboké lidské síly se s těmito zdánlivě slabými a bezmocnými probouzejí a uvolňují. Starají se o to, abychom nezůstávali stát u vykonané práce, ale tázali se na člověka. Starají se o to, abychom zůstali lidskými.

VI REFERENČNÍ SEZNAM

1. BALÁŽ, J., et al. *Komunikačné problémy detí s viacerými chybami*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1980.
2. BĚLKOVÁ, T. *Zdravotní a léčebné plavání*. Praha: Univerzita Karlova, 1994. 42 s. ISBN 80-7066-990-X.
3. ČÁP, J., MAREŠ J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
4. ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 415 s. ISBN 80-7066-534-3.
5. ČERNÁ, M. *Cvičíme s mentálně postiženými dětmi*. 1. vyd. Praha: SPN, 1977. 88 s.
6. ČIČOŇ, R. *Význam pohybových aktivit pro kvalitu života jedinců s tělesným postižením*. Praha, 2005. 178 s. Disertační práce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy na katedře. Vedoucí disertační práce Jaroslav Potměšil.
7. DAŘOVÁ, K., et al. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2008. ISBN 978-80-246-1520-2.
8. DOBROVOLSKÁ, M. MACHÁČEK, M. ŠMAHEL, I. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky a patopsychologie*. Brno: MU, 1991. ISBN 80-210-0240-9.
9. DOBRÝ, L., et al. *Analýza didaktické interakce v tělesné výchově*. Praha: Karolinum, 1996. 91 s. ISBN 80-7184-334-2.
10. DLOUHÝ, L., et al. *Analýza didaktické interakce v tělesné výchově*. Praha: Karolinum, 1996. 91s. ISBN 80-7184-334-2.
11. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 183 s.
12. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-58931-79-6.

13. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.
14. HOLINOVÁ, H. *Kapitoly o mládeži a jej volnom čase*. 1. vyd. Bratislava: Smena, 1979. 211 s.
15. HOLINOVÁ, H. *Mládež a masovokomunikačné prostriedky*. 1. vyd. Bratislava: SVS, 1975.
16. HRUŠA, J. et al, *Lyžování zdravotně postižených – Česká škola*. Praha: Svaz lyžařů České republiky, 1999. 129 s.
17. JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. 24 s. ISBN 8-86552-23-3.
18. KABELE, J. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6.
19. KARÁSKOVÁ, V. *Zábavná cvičení s mentálně postiženými dětmi*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 59 s. ISBN 80-244-0082-0.
20. KRAUS, J. et al, *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
21. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
22. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd.. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 7254-662-7.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
24. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 134 s. ISBN 80-201-0019-9.
25. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Pohybová aktivita mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1992. 27s.
26. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

27. LUDÍKOVÁ, L., et al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
28. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 138 s. ISBN 80-85850-08-7.
29. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
30. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN80-85255-74-x.
31. NAZAROVA, N. M. *Specialnaja pedagogika*. 1. vyd.. Moskva: Academia, 2002. ISBN 5-7695-0835.
32. NEUMAN, J., et al, *Turistika a sporty v přírodě: přehled základních znalostí a dovedností pro výchovu v přírodě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 197 s.
33. PIPEKOVÁ, J., et al, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd.. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
34. POTMĚŠIL, J. Sport zdravotně postižených. In TILINGER, P., PERIČ, T. *Sborník referátů z národní konference Tělesné výchova a sport na přelomu století*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 1997. s. 274-280. ISBN 80-902147-2.X.
35. POTMĚŠIL, J. Rizikový faktor – přemíra nebo nedostatek pohybu. In BUCHBERGER, J., KVAPILÍK, J., PAVLŮ, D. *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených. Sborník příspěvků pracovních konferencí s mezinárodní účastí: „Pohybová aktivita starších a zdravotně postižených občanů 1996“, „Rizika pohybových aktivit a zdravotní prevence u starších a zdravotně postižených občanů 1997“*. Praha: FTVS UK, 1998, s. 105-107.
36. POTMĚŠIL, J., ČICHOŇ, R., HELLER, J. Pohyb, kvalita života a handicap. In HOŠEK, V., JANSKA, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovední sekce*. Praha: FTVS UK, 2002, s. 79-82. ISBN 80-86317-21-8.
37. PÁVKOVÁ, J., et al. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy imolní výchovy a zařízení vollného času*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 232 s. ISBN 80-7178-295-5.

38. RENOTIÉROVÁ, M, LUDÍKOVÁ, L., et al. Speciální pedagogika. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
39. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 2. vyd. Praha: SPN, 1976. 222 s.
40. SEKOT, A. *Sport a společnost*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 191 s. ISBN 80-7315-047-6.
41. SEVERÝNOVÁ, R. Vliv pohybové intervence na osamělost zdravotně postižených. In HOŠEK, V. – JANSKA, P. *Sport a kvalita života: celofakultní seminář společenskovední sekce*. Praha: FTVS UK, 2002. s. 89-92. ISBN 80-86317-21-8.
42. SLEPIČKOVÁ, I. *Sport a volný čas*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 116 s. ISBN 80-246-1031.
43. SOVÁK, M. *Defektologický slovník*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978. 474 s.
44. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999.
45. SVOBODA, B. *Pedagogika sportu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 250 s. ISBN 80-246-0156-7.
46. ŠARINOVÁ, M., ČECHOVSKÁ, I. Plavecká poloha dětí s diagnózou dětská mozková obrna. In *Role pohybových aktivit v životě dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: FTVS UK, 2005. ISBN 80-86317-38-2
47. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
48. VALENTA, M., a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 322 s. ISBN 80-244-0698-5.
49. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejř, 1997. 193 s. ISBN 80-902057-98.
50. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.

51. VAŠEK, Š., et al. *Pedagogika viacenásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1999. 282 s. ISBN 80-96-71804-5.
52. VAŠEK, Š., et al. *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. 245 s. ISBN 80-08-00864-4.
53. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN-7184-929-4.
54. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 802-460-956-8.
55. VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. 1. vyd. Praha: Institut pro místní správu, 1998. 89 s.
56. VOTAVA, J., et al. *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha. Karolinum, 1997. 137s. ISBN 80-7184-387-7.
57. ZVOLSKÝ, P., et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 216 s. ISBN 80-7184-203-6.

JINÉ ZDROJE:

- http://www.ups.cz/svazy/csmps/sport_intelektove_postizenych_sportovcu/
- <http://www.secialolympic.cz/index.htm/>
- <http://www.paralympic.cz/>
- <http://www.spmpr.cz/cs/>

ZÁKONY A VYHLÁŠKY:

- Zákon č. 108/2006 Sb.
- Zákon č. 100/1988 Sb., § 87 odst. 4
- Vyhláška č. 182/1991 Sb., § 61 odst. 1

- Vyhláška č. 182/1991 Sb., § 65 odst. 1
- Vyhláška č. 182/1991 Sb., § 65 odst. 2

PŘÍLOHY

Příloha 1

Otázky interview:

ČÁST A – pro všechny klienty

1. Jak se jmenujete a kolik je vám let?
2. Jak dlouho žijete v DZP Kunovice?
3. Jezdíte pravidelně domů? Pokud ano, jak často.
4. Cítíte nějaký rozdíl při pobytu doma a v DZP vzhledem k trávení volného času?

Pokud ano, uveďte jaký.

5. Jakou činnost ve volném čase nejčastěji v DZP vykonáváte?
6. Jste spokojeni s nabídkou sportovních aktivit v zařízení?
7. Věnujete se v současné době nějaké sportovní aktivitě nebo sportu?

ČÁST B – pro sportující klienty

8. Jakým sportovním aktivitám se v DZP nejčastěji věnujete?
9. Kdo vás ke sportu přivedl?
10. Jak často sportujete?
11. Z jakého důvodu jste začal sportovat?
12. Jaká pozitiva a jaká negativa vám sport přináší?
13. Jste členem nějaké sportovní organizace?
14. Na jaké výkonnostní úrovni sportujete?

15. Účastníte se nějakých soutěží?
16. Uvítali byste nějaké jiné sporty v nabídce DZP?

ČÁST C – pro nesportující klienty

17. Z jakého důvodu nyní nesportujete?
18. Provozovali jste nějaký sport, sportovní aktivitu v minulosti?
19. Chtěli byste se v budoucnu věnovat nějakému sportu. Pokud ano, uveďte jakému.
20. Znáte nějaké sporty, ve kterých byste mohli soutěžit?