

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2010**

**Pavla Votápková**



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Ověření vlivu intervenčního pohybového programu na rozvoj  
osobnosti s mentálním postižením v Ústavu sociální péče Slatiňany**

**Bakalářská práce**

Autor: Pavla Votápková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2010

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**Check on effect interventional kinetic programme on development  
personalities with mental handicap in Constitution social care  
Slatiňany**

Bachelor Thesis

Author: Pavla Votápková

Study programme: Specialization in Education

Field of Study: Health Education

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, April 2010

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno příjmení autora:** Pavla Votápková

**Název bakalářské práce:** Ověření vlivu intervenčního pohybového programu na rozvoj osobnosti s mentálním postižením v Ústavu sociální péče Slatiňany

**Studijní obor:** Výchova ke zdraví

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

**Rok obhajoby:** 2010

## **Abstrakt:**

Bakalářská práce se ve své teoretické rovině zabývá tematikou mentálního postižení obecně, úžeji pak v souvislosti s pohybovými aktivitami. V praktické části práce byl ověřován již vytvořený intervenční pohybový program pro osoby s touto formou zdravotního postižení. Po dobu šestnácti týdnů byl aplikován na skupinu klientů Ústavu sociální péče se středně těžkým stupněm mentálního postižení a jeho účinek poté kvalitativně vyhodnocen dle výsledků testů motorické a sociální kompetence. Na základě těchto ukazatelů byl potvrzen pozitivní vliv programu na rozvoj osobnosti s mentálním postižením a zároveň ověřena možnost jeho realizace v podmínkách Ústavu sociální péče.

## **Klíčová slova:**

Zdraví, zdravotní postižení, mentální postižení, pohybové aktivity, psychomotorika, jógová cvičení, intervenční pohybový program, testy, motorická kompetence, sociální kompetence, zaměřené pozorování, kvalitativní vyhodnocení.

## **Bibliographic Identification**

**Name of the author:** Pavla Votápková

**Title of the thesis:** Check on effect interventional kinetic programme on development personalities with mental handicap in Constitution social care Slatiňany

**Field of study:** Health Education

**Department:** Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, České Budějovice

**Supervisor:** Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

**Year of the presentation:** 2010

### **Abstract:**

Bachelor thesis in its theoretical level deals with the theme of mental disability in general, closely related to the motion activities. The practical part was already tested an interventional kinetic programme designed for people with this form of disability. It was applied to a group of clients of the Constitution social care, the moderate degree of mental disability, for sixteen weeks, and its effect then qualitatively evaluated according to the results of tests kinetic and social skills. Based on these indicators was confirmed by a positive effect this programme on development personalities with mental handicap as well as the possibility of its realization in terms of the Constitution social care.

### **Keywords:**

Health, disability, mental disability, kinetic activities, psychomotor, yoga exercises, the interventional kinetic programme, tests, kinetic skills, social skills, focused observation, qualitative evaluation.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Ověření vlivu intervenčního pohybového programu na rozvoj osobnosti s mentálním postižením v Ústavu sociální péče Slatiňany“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v referenčním seznamu.

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

V Českých Budějovicích, dne

.....

Podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Vlastě Kursové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podporu v průběhu realizace tohoto projektu. Zároveň patří můj dík i paní Mgr. Martině Hurtové, zástupkyni ředitele Ústavu sociální péče Slatiňany a v neposlední řadě též jeho klientům, kteří se zúčastnili ověřovaného pohybového programu.

## OBSAH

|          |                                                                          |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>ÚVOD.....</b>                                                         | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>ROZBOR LITERATURY.....</b>                                            | <b>11</b> |
| 2.1      | Zdraví člověka a jeho podpora.....                                       | 11        |
| 2.2      | Zdravotní postižení.....                                                 | 13        |
| 2.2.1    | Charakteristika, terminologie a právní úprava zdravotního postižení..... | 13        |
| 2.2.2    | Klasifikace zdravotního postižení.....                                   | 15        |
| 2.3      | Mentální postižení.....                                                  | 19        |
| 2.3.1    | Definice mentálního postižení.....                                       | 19        |
| 2.3.2    | Klasifikace mentálního postižení.....                                    | 21        |
| 2.4      | Mentální postižení v historickém kontextu.....                           | 26        |
| 2.5      | Ústavní péče o osoby s mentálním postižením.....                         | 30        |
| 2.6      | Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením.....                    | 32        |
| 2.6.1    | Historie výchovy a vzdělávání osob s ment. postižením v ČR.....          | 33        |
| 2.6.2    | Současný systém výchovy a vzdělávání žáků s ment. postižením v ČR....    | 36        |
| 2.7      | Pohybové aktivity ve výchově osob s mentálním postižením.....            | 40        |
| 2.7.1    | Motorická specifika osob s mentálním postižením.....                     | 41        |
| 2.7.2    | Pohybové hry a psychomotorická cvičení.....                              | 43        |
| 2.7.3    | Hudební pohybové aktivity a dechová a jógová cvičení.....                | 45        |
| 2.7.4    | Zásady vedení cvičení osob s mentálním postižením.....                   | 47        |
| <b>3</b> | <b>CÍLE A ÚKOLY.....</b>                                                 | <b>48</b> |
| 3.1      | Cíl práce.....                                                           | 48        |
| 3.2      | Úkoly práce.....                                                         | 48        |
| 3.3      | Odborné otázky.....                                                      | 49        |
| <b>4</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>                                               | <b>50</b> |
| 4.1      | Metodika.....                                                            | 50        |

|       |                                                                |           |
|-------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.2   | Charakteristika sledovaného souboru.....                       | 55        |
| 4.2.1 | Popis zvoleného místa experimentálního šetření.....            | 55        |
| 4.2.2 | Anamnestické a somatoskopické údaje jednotlivých probandů..... | 59        |
| 4.3   | Organizace experimentálního šetření.....                       | 63        |
| 5     | <b>VÝSLEDKY A DISKUSE.....</b>                                 | <b>68</b> |
| 6     | <b>ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>                      | <b>82</b> |
| 7     | <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>                                 |           |
| 8     | <b>PŘÍLOHY</b>                                                 |           |

## 1 ÚVOD

„Jest tedy člověk sic tvor boží, jako i země, voda, kámen, dřevo, hovado, pták, atd., ale však tvor ze všech tvorů nejdokonalejší, nejdivnější, nejslavnější. Nejdokonalejší, protože co jiným tvorům porůznu dáno, to jemu všechno spolu, a ještě nadto výš“ (KOMENSKÝ, 1954, s. 26).

V této, v pravdě již historické větě, je řečeno vše. Zabýváme-li se jakýmkoliv problémem lidského konání, jednání či smýšlení, je třeba se nejprve vždy zamyslet nad podstatou samotné lidské existence. Pokusit se zodpovědět onu zásadní a odvěkou otázku, tedy, co je vlastně člověk?

V dnešní době je člověk opět vnímán ve své celistvosti jako bytost bio – psycho – sociální. Toto holistické pojetí není zdaleka výdobytkem současné postmoderní společnosti. Má své kořeny již v dobách dávno minulých, u nás na evropském kontinentu takto smýšleli již starořeční filosofové.

V mase rozličných osobností jedinců, tvořících však určitým vzorcem svého chování v každé lidské civilizaci většinu, nalezneme ovšem i minority svým způsobem odlišné. Mezi takovéto skupiny lze řadit i osoby se zdravotním postižením. Tito lidé jsou však přirozenou a nedílnou součástí naší společnosti. Každý člověk je totiž především lidskou bytostí, teprve v druhé řadě lze rozlišovat jeho určité zvláštnosti, v tomto případě např. zdravotní znevýhodnění.

Postižení bychom tedy měli vnímat spíše jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr. Důležitými se zde pak stávají pojmy jako integrace či inkluze, a to nikoli již v pouhém smyslu včlenění osob se zdravotním znevýhodněním do základní „zdravé“ společnosti, ale zejména ve změně postoje nás všech k tomuto procesu a problematice s ním spojené.

Tato práce se zabývá konkrétní skupinou osob se zdravotním postižením, a to lidmi s postižením mentálním. V populaci osob se zdravotním postižením náleží tato skupina mezi nejpočetnější. Je třeba si uvědomit, že lidé s mentálním postižením jsou stejnými celistvými bio – psycho – sociálními bytostmi jako všichni ostatní. Jejich vyšší potřeby však mohou být určitým způsobem odlišné. Ke zdárnému rozvoji osobnosti člověka s mentálním postižením ve všech třech výše zmíněných směrech je tedy nutno určitá spektra lidské činnosti přizpůsobit jeho momentálním možnostem a schopnostem.

Mezi svébytné prostředky rozvoje osobnosti člověka patří přirozeně pohyb. Je mu přikládán stále větší důraz ve vlivu na celkové zdraví člověka. V dnešní době charakterizované generací tzv. „homo sedens“ tvoří pohyb nezbytnou součást zdravého životního stylu.

V rozvoji osobnosti jedince s mentálním postižením sehrávají pohybové aktivity významnou roli. Pohyb je prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce se sociálním prostředím, prostředkem poznávání sebe sama. Pohybové aktivity tělovýchovného charakteru rozvíjí osobnost v oblasti výchovné, vzdělávací a zdravotní (KARÁSKOVÁ, 2002).

V této bakalářské práci navazuji na disertační práci Mgr. Vlasty Kursové, Ph.D., „Integrace osobnosti a podpora rozvoje zdraví u mentálně postižených jedinců pomocí pohybových aktivit“, jejímž cílem bylo ucelené zpracování a ověření intervenčního pohybového programu pro základní školy speciální, sociální ústavy a klinická pracoviště, která intencionálně působí na rozvoj osob s mentálním postižením. Již vytvořený intervenční pohybový program je v tomto případě přenesen do podmínek Ústavu sociální péče a aplikován na skupinu jeho klientů se středním stupněm mentálního postižení.

Řešená problematika mne zajímá i z osobních důvodů. Vykonávala jsem v tomto zařízení svou pedagogickou praxi v rámci studia na PF JU, a právě prostředí osob s mentálním postižením mne zde nejvíce oslovilo.

Domnívám se, že lidé se zdravotním postižením mají naprosto stejná práva na zdravý životní styl jako my lidé běžné populace, a pouze na nás záleží, zda jim jej pomůžeme vytvořit činy, a nikoli jen prázdnými slovy.

## **2 ROZBOR LITERATURY**

### **2.1 Zdraví člověka a jeho podpora**

Zdraví je třeba ve všech jeho aspektech považovat za nejzákladnější hodnotu lidského bytí a dle tohoto přesvědčení se snažit jej v nejvyšší možné míře chránit a podporovat.

Původním významem slova zdraví je „celek“ (v řečtině i latině). Holistickým (celistvým) pojetím zdraví tedy rozumíme zdraví kompletní, zdraví celého organismu, zdraví celé společnosti. Současná nejčastěji uváděná definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) rozumí pod tímto pojmem stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (nově se zavádí i rovina duchovní). Mezi determinanty zdraví řadíme vlivy vnitřní, neovlivnitelné, jimiž jsou genetický základ, vrozené dispozice, věk, pohlaví a vlivy vnější, ovlivnitelné, např. životní styl, životní prostředí, lékařská péče, atd. (MUŽÍKOVÁ, on-line, 2009).

Křivohlavý uvádí: „Toho, co našemu zdraví pomáhá, je mnoho. Odborně lze říci, že dobré zdraví je výsledkem multifaktoriálních vlivů. Patří sem faktory biologické, psychologické, sociální, ekonomické a řada dalších“ (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 43).

Prostředky kladně ovlivňující naše zdraví označuje pojmem salutory dle latinského „salus“ - zdraví (angl. „salutary“ – zdraví posilující). Stejný autor se též zamýšlí nad podstatou zdraví samotného a dle D. SEEDHOUSE (1995) jej prezentuje jako cíl a zároveň i jako prostředek k jeho dosažení.

Obecně lze říci, že faktory kladně ovlivňující zdraví člověka je třeba hledat ve všech třech (případně čtyřech, počítáme-li do celkového pojetí zdraví též formu duchovní) oblastech pojetí zdraví, tedy ve sféře tělesné, duševní i sociální. Dříve proklamovaná zdravá životospráva tudíž sama o sobě již nestačí, péči o celkové zdraví člověka je dnes nutno pojmut komplexně.

Tímto tématem se zabýval koncem 20. století i celosvětový program „ZDRAVÍ 21“ – Zdraví pro všechny v 21. století, jehož hlavním posláním je zlepšení zdraví veškeré populace. Každý z šesti celosvětových regionů zde má svůj vlastní program zaměřený na konkrétní problémy v zemích, pro něž pracuje. V Evropském regionu byly stanoveny dva stěžejní cíle tohoto programu, a to ochrana a rozvoj

zdraví lidí po celý jejich život, a dále pak snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí v časovém horizontu let 2005 – 2020 (WHO, on-line, 2000).

Státní zdravotní ústav ČR taktéž aktuálně propaguje na svých stránkách zcela jednoznačně péči o zdraví ve všech jeho směrech – v sekci s názvem Podpora zdraví zde lze nalézt odkazy: Prevence HIV-AIDS, Kojení, Nadváha a obezita, Nerovnosti ve zdraví, Pohybová aktivita, Prevence úrazů, násilí a otrav, Prevence závislostí, Kouření vodní dýmky, Psychosociální determinanty, Škola a zdraví, Správná výživa, Zdravé stárnutí, zdraví mladých, Zdravější životní styl, Zdraví menšin (SZÚ, on-line, 2009).

Jak tedy vidno, ochrana a podpora zdraví jsou v dnešním přetechizovaném, nejmodernějšími výrobky a vynálezy hýčícím světě věcí nadmíru nezbytnou a ku prospěchu nás všech stále více a častěji propagovanou.

Závěrem bych si zde dovolila citovat výstižná slova bývalého generálního ředitele WHO dr. Halfdana Mahlera: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“ (WHO, on-line, 2000, s. 2).

## 2.2 Zdravotní postižení

### 2.2.1 Charakteristika, terminologie a právní úprava zdravotního postižení

Zdravotní postižení je určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti). V duchu již zmíněné definice zdraví dle WHO lze za člověka zdravotně postiženého považovat takovou osobu, u níž zaznamenáváme:

- poškození anatomických struktur a poruchy funkcí organismu,
- poškození psychických struktur,
- poškození sociokulturních a ergonomických vztahů a struktur, a to v rozsahu, který překračuje meze životní pohody (WHO, on-line, 2001).

Koncem 20. století došlo ke změně v označování jedinců vyžadujících zvláštní péči. Namísto pejorativně vyznívajícího termínu „defektní (invalidní)“ člověk se počíná prosazovat opisný termín „člověk (osoba) se specifickými potřebami“. Tento termín se snaží respektovat lidskou důstojnost a zároveň evokuje představu o svobodně volených a poskytovaných službách. Pro aktivitu samotného člověka s postižením pak otvírá prostor v podstatně širším rozsahu nežli je tomu u klasického termínu péče, vytvářejícího představu opatrování pasivního postiženého člověka. Jelikož však termín „člověk (osoba) se specifickými potřebami“ stejně jako všechny podobně opisné termíny neodhaluje strukturu podstaty věci a je mimo to značně neoperativní, u odborné i laické veřejnosti a v legislativě se v současnosti rozšířilo používání termínu „zdravotně postižený“, respektive „člověk (osoba) se zdravotním postižením“ (JESENSKÝ, 2003).

Aktuální právní úprava zdravotního postižení v ČR:

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.
- Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti pak vymezuje osoby se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako plně invalidní či částečně invalidní a dále fyzické osoby, které jsou rozhodnutím Úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné (MINISTERSTVO VNITRA ČR, on-line, 2009).

Současné mezinárodní právní pojetí zdravotního postižení:

- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením byla přijata dne 13. prosince 2006 jakožto první mezinárodní dohoda o lidských právech v 21. století. Tato dohoda chrání práva asi 650 milionů lidí se zdravotním postižením. Je založena na zásadách respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby a samostatnosti osob, zásadách nediskriminace, plného a účinného zapojení a začlenění do společnosti, zásadách respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti, zásadách rovnosti příležitostí, přístupnosti, rovnoprávnosti mužů a žen a v neposlední řadě na zásadách respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity. Úmluva stanovuje, co značí pojem diskriminace na základě zdravotního postižení. Vymezuje přiměřené úpravy budov, zejména sídel veřejných institucí, veřejných prostranství či dopravních prostředků. Osoby se znevýhodněním jsou v této úmluvě chápány širě, bez bližší, například lékařské diagnózy svého postižení. Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti (NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR, on-line, 2007).
- Listina základních práv Evropské unie uznává práva osob se zdravotním postižením v článku 26, kde se těmto přiznává právo na „opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti.“ EU si je vědoma potřeby věnovat otázkám týkajícím se zdravotně postižených zvláštní pozornost, aby tito občané, jejichž zastoupení dnes v EU činí zhruba 15%, mohli bez omezení využívat svá nezadatelná občanská práva. Hlavním cílem musí být umožnit zdravotně postiženým plnit svou občanskou úlohu, přijímat občanskou odpovědnost a mít stejné možnosti a kontrolu nad svým životem jako lidé bez zdravotního postižení. Přijímaná opatření by měla být vedena potřebou zajistit stejný přístup, přístupnost a začleňování jako u ostatních občanů. V této souvislosti má vysokou prioritu přístup k dlouhodobé péči a podpůrným službám.

Je nutno zvažovat kompenzaci postižení, zajištění adekvátní rehabilitace, minimalizaci ekonomických a sociálních dopadů postižení, odstranění nerovností v oblasti zdraví. Hlavními cíly v této oblasti jsou omezení sociálního vyloučení, odstranění překážek a bariér, usnadnění mobility a využívání informačních technologií (EVROPSKÁ KOMISE EU, on-line, 2009).

### **2.2.2 Klasifikace zdravotního postižení**

Obecně lze říci, že existuje řada dělení zdravotních postižení z různých hledisek. Pro srovnání si zde dovoluji uvést některé z nich.

Cesta k současné mezinárodní klasifikaci zdravotního postižení Světovou zdravotnickou organizací (WHO) byla na konci 20. století poměrně dlouhá. Dle rozdělení na základě III. Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (IC IDH) z roku 1980 se původně první klasifikační úroveň, "impairment (porucha)", koncentrovala na způsob, kterým nemoc nebo zdravotní stav poškozuje zdraví jednotlivce, druhá úroveň, "disability (zdravotní postižení)", zkoumala, do jaké míry tato vada nebo zdravotní stav omezuje funkce lidského organismu. Pouze původní třetí úroveň, "handicap", uznávala, že člověk je též součástí společnosti, ale stále ještě viděla pouze jednotlivce a nebrala v úvahu sociální bariéry, vytvořené prostředím, postoji společnosti a diskriminací. Tato klasifikace a její obdoby byly využívány pro hodnocení individuálních potřeb, při zjišťování počtu zdravotně postižených osob během sčítání lidu nebo pro účely statistických přehledů. Zdravotně postižení byli posuzováni s ohledem na služby, které se nakonec ukázaly jako nevhodné, protože ignorovaly sociální potřeby jednotlivce. Řada zdravotně postižených osob, zvláště ty se skrytými vadami, zůstala mimo statistické přehledy a i dobrá legislativa, týkající se lidských práv, byla pro mnoho z nich nevyužitelná, protože se při definici zdravotně postižené osoby hodnotila spíše vada než diskriminace. Dalším problémem této klasifikace byl taktéž překlad. Původní verze byla publikována v angličtině, ale výrazy, které jsou používány v jiných jazycích,

nemají mnohdy stejný význam. V roce 1991 pan Leandro Despuoy ve své Zprávě o lidských právech a zdravotním postižení upozornil na tyto problémy a doporučil, aby definice zdravotního postižení vycházela mimo jiné i ze sociálních souvislostí. Jeho zpráva byla argumentem, který podnítil WHO ke snahám o revizi stávající klasifikace. Nový odbor v rámci WHO převzal koordinaci této práce a lidé, kteří se jí věnují, mají opravdový zájem o zapojení zdravotně postižených osob do tohoto procesu. Byla tudíž dohodnuta klasifikace čtyř oblastí – jedna se týká vad nebo zdravotního stavu, další funkčnosti, sociální dimenze a prostředí. Bylo dosaženo, že zvláště poslední dvě definice vznikly na základě konzultací přímo se zdravotně postiženými osobami. Diskutovalo se i o tom, zda v případě posledních dvou oblastí tento nový sociální přístup založený na lidských právech vyhovuje WHO. Vedoucí zodpovědného odboru však potvrdil naprostý soulad s linií WHO uznávající, že zdraví je otázkou lidských práv – právě tak, jak to my všichni zdůrazňujeme i v případě zdravotního postižení (SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH ČR, on-line, 2003).

Dle WHO je tedy současná klasifikace zdravotního postižení z obecného hlediska odstupňována takto:

- Impairment (poškození, porucha)
- Defect (vada)
- Disability (změněná schopnost, nezpůsobilost)
- Handicap (znevýhodnění) (WHO, on-line, 2007).

Pro potřeby Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR se dítětem nebo žákem se speciálními vzdělávacími potřebami pro účely směrnice č.j.: 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002 rozumí dítě nebo žák se zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním postižením, s vadami řeči, s více vadami, s lékařskou diagnózou autismus, se specifickými poruchami učení nebo chování, dítě nebo žák zdravotně postižený z důvodu dlouhodobé nebo chronické nemoci, u kterého byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření a jejich rozsah a závažnost opravňuje žáka k zařazení do režimu speciálního vzdělávání a čerpání navýšených finančních prostředků (MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, on-line, 2004).

Podrobnějším rozdělením zdravotních postižení se pak zabývají někteří naši autoři, např. Votava rozlišuje z hlediska typu zdravotního postižení tyto hlavní skupiny:

1. Tělesně (motoricky) postižení:

poruchy hybného systému, tedy osoby, jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie a traumatologie nebo revmatologie (např. stav po cévní mozkové příhodě, po zánětech centrální nervové soustavy, následky poranění míchy, stavy po poranění mozku, roztroušená skleróza, amputace končetin, artritidy, artrózy, z postižení získaných v časném dětství pak dětská mozková obrna, muskulární dystrofie, vrozený rozštěp míchy, hereditární neuropatie, poruchy růstu, aj.)

2. Zrakově postižení:

nevidomí a slabozrací na podkladě úrazů i degenerativních onemocnění.

3. Sluchová postižení:

neslyšící a nedoslýchaví buď od narození, nebo v průběhu života.

4. Postižení vnitřními chorobami (též někdy označenými jako nemoci civilizační):

kardiaci, astmatici, osoby se selháváním ledvin, stomici (kolostomie, ileostomie), onkologičtí pacienti, aj.

5. Mentální postižení (retardace):

od mládí existující snížené rozumové schopnosti různého stupně o známé příčině (např. Downův syndrom, kraniostenóza, syndrom fragilního X chromozomu u chlapců, Rettův syndrom u dívek) či o příčině neznámé, jako např. autismus.

6. Demence:

zrychlený úbytek rozumových schopností ve starším věku (aterosklerotická demence, Alzheimerova nemoc).

7. Psychiatričtí pacienti:

především psychotici (schizofrenie, endogenní deprese).

8. Samostatné těžší poruchy řeči:

často kombinující jiné postižení.

9. Kombinovaná a další postižení:

nejčastěji ta, kde se mentální postižení přiřazuje k jinému, např. tělesnému či zrakovému, za samostatné postižení můžeme též považovat těžší, medikací nekompensovanou epilepsii (VOTAVA, 2003).

Poněkud jinak vypadá rozdělení zdravotních postižení dle Pipekové, které osobně považuji za nejvýstižnější:

1. Tělesná postižení:

- a) vady pohybového aparátu, centrální a periferní obrny, deformace a amputace končetin,
- b) chronická onemocnění, srdeční choroby, alergie, astma, epilepsie, cukrovka.

2. Zraková postižení:

vady refrakce, barvoslepost, šeroslepost, šilhavost, tupozrakost, slabozrakost, slepota.

3. Sluchová postižení:

nedoslýchavost, hluchota, ohluchlost.

4. Poruchy v oblasti komunikačních schopností:

poruchy vývoje řeči, poruchy výslovnosti, poruchy plynulosti řeči, poruchy rezonance, poruchy v důsledku poškození CNS, poruchy sociálního užití řeči psychotické i neurotické povahy, symptomatické a kombinované vady řeči.

5. Mentální vady:

vrozená mentální retardace (oligofrenie), získaná mentální retardace (dementia), pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace), stařecká dementia.

6. Vady v oblasti poruch chování:

disociální, asociální, antisociální chování.

7. Kombinované, sdružené vady:

postižení dvěma nebo více vadami.

8. Parciální postižení:

specifické vývojové poruchy učení, lehké mozkové dysfunkce, leváctví, poruchy školní přizpůsobivosti (PIPEKOVÁ, 1998).

## 2.3 Mentální postižení

Mentální postižení není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích (KVAPILÍK, ČERNÁ, 1990 dle TERMINOLOGICKÉHO SLOVNÍKU UNESCO).

### 2.3.1 Definice mentálního postižení

Odborná literatura disponuje množstvím definic rozdílného vyjádření i rozsahu. Dle Černé lze tuto skutečnost ukázat například na definici Sovákově a Dolejšího. Zatímco Sovák vyjadřuje podstatu mentálního postižení stručně ve třech větách, popisná definice Dolejšího zaujímá několik stran textu. Černá rozděluje definice mentálního postižení podle těchto kritérií:

- definice zdůrazňující inteligenční kvocient, které však nezahrnují například též sociální, motorický, v případě dětí i edukační kvocient;
- definice zdůrazňující biologické faktory;
- definice se zdůrazněním sociálních faktorů, jež dělí mentálně postižené osoby na dvě skupiny a spojuje stupeň postižení s povahou prostředí, jemuž se jedinec musí přizpůsobovat - do jedné skupiny řadí jedince odlišující se od „normálních“ lidí kognitivním, emocionálním a činnostním potenciálem, do druhé pak osoby, jejichž omezení je v přímé souvislosti se standardem určité společnosti, která je obklopuje;
- definice zdůrazňující více hledisek, např. dle Terminologického speciálně pedagogického slovníku, vydaném UNESCO (1977, 1983), kde je pojem mentálního postižení vztažen k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování (ČERNÁ A KOL., 1995).

Dle Švarcové mentálním postižením rozumíme „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“ (ŠVARCOVÁ, 2000, s. 25).

Každý člověk s mentálním postižením je ale zároveň také svěbytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Ve větší či menší míře se však u těchto jedinců projevují určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentálního postižení, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentálního postižení (ŠVARCOVÁ, 2000).

Vědecká komunita se v současnosti snaží také nově definovat ústřední pojem „mentální retardace“. Jedna z nejvíce užívaných definic mentální retardace, definice Americké asociace mentální retardace, nově zdůrazňuje dimenzi interakce jednotlivce s vnějším prostředím. Opouští tak tzv. deficitní model mentální retardace, jenž pro definici této kategorie využíval již zmíněné stanovení hraniční linie minimální hodnoty IQ. Tento posun v definici mentální retardace odpovídá příklonu k tzv. sociálnímu modelu postižení. Sociální model postižení zdůrazňuje podíl společnosti, která určité jednotlivce znevýhodňuje. Je do jisté míry protikladem kritizovaného „medicínského modelu“, který intelektové postižení vnímá výhradně jako individuální charakteristiku a problém jednotlivce (VANČURA, 2007 dle ŠIŠKY, 2005).

### 2.3.2 Klasifikace mentálního postižení

Klasifikace mentálního postižení může být rovněž pojata z několika hledisek. V dobách minulých užívané termíny „úchylné děti“ či rozdělení dle stupňů postižení na pejorativní „idiocie“, „imbecilita“ a „debilita“ jsou naštěstí dnes již nahrazeny označeními novými, které se jedinců s mentálním postižením negativně nedotýkají. Tento fakt je dokladem proměnlivosti vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením.

Dle Jenkinse (1993) jsou tyto časté změny důkazem snahy o vyhnutí se devalvujícímu označení osob, ke kterým jsou tyto kategorie vztaženy. Místo pojmu mentální retardace se v Austrálii a USA dnes běžně užívá pojem „intellectual disability“, v Anglii pojem „learning difficulties“ (VANČURA, 2007 dle ŠIŠKY, 2005).

Jiné zdůvodnění neustálé proměnlivosti terminologie užívané v oblasti intelektového znevýhodnění předkládají Luckasson a Spitalnik (1994), kteří konstatují, že pokud by byla mentální retardace věcí, bylo by možno ji pojmenovat jednou provždy, jelikož je však tato vztahem, statusem, musí být znovu a znovu přejmenovávána (VANČURA, 2007 dle LUCKASSONA, SPITALNIKA, 1994).

Ve školství převažuje klasifikace mentálního postižení dle stupně inteligenčního kvocientu, orientující se převážně na intelektuální výkony daného jedince v souvislosti s jeho studijními výsledky a se změnami v jeho adaptivním chování. Pro toto hodnocení jsou nejčastěji využívány standardizované IQ testy Stanford Binet stupnice inteligence, revidovaná Wechslerova inteligenční stupnice pro děti a taktéž stanovená baterie hodnocení pro děti dle Kaufmana. Hloubka postižení je zde hodnocena následovně:

- Mírné postižení       = 55 – 70
- Střední postižení     = 40 – 54
- Těžké postižení       = 25 – 39
- Hluboké postižení    > 25

(KURSOVÁ, 2007 dle JANSKY, FRENCH, 1994).

Švarcová uvádí rozdělení dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracované WHO v Ženevě, jež vstoupila v platnost roku 1992, a která dříve užívané stupně klasifikace poněkud mění. Dle ní se mentální postižení dělí do šesti základních kategorií:

- Lehké mentální postižení, IQ = 50 – 69, označení F 70

Osoby na této úrovni mentálního postižení ve většině případů dokáží v každodenním běžném životě účelně užívat řeč a udržovat konverzaci, i když si schopnost smysluplného mluveného projevu osvojují opožděně. Valná většina z nich dosáhne absolutní nezávislosti v osobní péči (stravování, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, oproti normě pouze v pomalejším vývoji. Obtíže se projevují až při teoretické výuce ve škole, převažují specifické problémy se čtením a psaním. Dětem s lehkým postižením je k velkému prospěchu výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu těchto jedinců lze později zaměstnat prací, jež vyžaduje spíše praktické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované práce. V sociokulturní oblasti s malým důrazem na teoretické znalosti nemusí lehký stupeň mentálního postižení působit žádné vážnější problémy, důsledky postižení se mohou projevit pouze v případě, je-li dotyčný jedinec také značně nezralý emočně a sociálně. Obecně je však problematika lehkého mentálního postižení bližší spíše oblasti jedinců s normální inteligencí než specifickým problémům osob se středně těžkým a těžkým stupněm mentálního postižení. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha z nich však příčiny dosud zůstávají neodhaleny. U osob s lehkým stupněm mentálního postižení se mohou v individuálně rozličné míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další ontogenetické poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

- Středně těžké mentální postižení, IQ = 35 – 49, označení F 71

Charakteristickým znakem jedinců zařazených do této kategorie je výrazné opoždění rozvoje chápání a užívání řeči. Omezené jsou i jejich konečné schopnosti v této oblasti. Podobným způsobem je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Limitované jsou u těchto jedinců i studijní

výsledky ve vzdělávacím procesu, jen někteří z nich jsou schopni si osvojit základy trivia (psaní, čtení, počítání). Speciální vzdělávací programy mohou osobám s tímto postižením poskytnout příležitost k rozvoji omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou tyto jedinci obvykle schopni vykonávat pod dohledem jednoduché manuální práce, jen sporadicky však mohou vést zcela samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktů, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. U mnoha osob se středním stupněm mentálního postižení lze zjistit organickou etiologii. Velmi často je zde přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy ovlivňující klinický obraz a způsob, jak s dotyčným jednat. Většina z nich může chodit bez pomoci, nezřídka se však vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. V některých případech je možno též diagnostikovat psychiatrická onemocnění, vzhledem k omezené verbální kapacitě pacienta je však stanovení přesné diagnózy obtížné a závisí spíše na informacích od jeho nejbližšího okolí.

- Těžké mentální postižení, IQ = 20 – 34, označení F 72

Klinickým obrazem, přítomností organické etiologie a přidružených stavů je tato kategorie v mnohém podobná středně těžkému mentálnímu postižení. Snížená úroveň schopností je v této skupině mnohem markantnější. Na rozdíl od kategorie jedinců se středně těžkým stupněm mentálního postižení trpí většina těchto osob značným stupněm poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami, jež prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje centrální nervové soustavy. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto jedinců jsou sice ve značné míře omezeny, je však prokázáno, že kvalifikovanou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péčí je možno významně přispět k adekvátnímu rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, soběstačnosti i k celkovému zlepšení kvality jejich života.

- Hluboké mentální postižení, IQ nižší než 20, označení F 73  
 Jedinci této kategorie jsou těžce omezeni v základní schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím a případně jim vyhovět. Většina z nich bývá imobilní nebo výrazně pohybově omezena, častou je též inkontinence. V nejlepším případě jsou tyto osoby schopny pouze rudimentární neverbální komunikace. Péče o vlastní základní potřeby je zde mizivá či absentuje úplně, vyžadují stálou pomoc a nepřetržitý dohled. Při optimální výchovné péči je u těchto jedinců možno dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a dotýčný se může pod vhodným dohledem a vedením částečně podílet na domácích úkonech a sebeobsluze. Neboť jsou v těchto případech možnosti výchovné a vzdělávací péče značně omezeny, je k zlepšení kvality života jedinců s hlubokým stupněm mentálního postižení s úspěchem používáno technik rozvíjejících smyslové vnímání (snoezelen, bílý pokoj, atd.). Ve většině případů takto postižených lze určit organickou etiologii. Běžnými bývají těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Zvláště časté, zejména u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, v největší míře atypický autismus.
- Jiné mentální postižení, označení F 78  
 Tato kategorie je použita v případech, kdy stanovení stupně intelektového postižení pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické či somatické poškození, tedy např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u osob s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.
- Nespecifikované mentální postižení, označení F 79  
 Do této kategorie jsou jedinci zařazeni tehdy, kdy je mentální postižení sice prokázáno, ale není dostatek informací k zařazení jedince do jedné z předchozích kategorií.

Uvedená klasifikace mentálního postižení neobsahuje dříve užívanou kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85 – 69), již je ještě někdy užíváno v poradenské praxi. Toto snížení rozumových schopností obvykle nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno faktory jinými (např. genetickými, sociálními, apod.) (ŠVARCOVÁ, 2000).

Tatáž autorka se zabývá i klinickými projevy mentálního postižení, které se projevuje zejména:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků;
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů;
- sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí;
- těkavou pozorností;
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování;
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace;
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování;
- citovou vzrušivostí;
- sugestibilitou a rigiditou chování;
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“;
- opožděným psychosexuálním vývojem;
- nerovnováhou aspirací a výkonů;
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí;
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci;
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky (ŠVARCOVÁ, 2000).

## 2.4 Mentální postižení v historickém kontextu

V průběhu věků se v naší společnosti názor na přijetí a posléze i výchovu a vzdělávání jejích rozumově odlišných členů postupně měnil, jak dokazuje mimo jiné i v mnohém výrazně odlišná terminologie jejich označování v časech minulých a dnes. Postavení těchto jedinců v naší civilizaci prodělalo k dobru nás všech razantní změnu od pozice chovanců neprodyšně uzavíraných za zdmi ústavních zařízení po dnešní uznání jejich rovnoprávnosti a respektu k nim v procesu integrace do ostatní „zdravé“ společnosti.

Dle Monatové (1996) sledovali vývoj jedinců s odlišnými mentálními schopnostmi významní myslitelé již od dob starověku. Marcus Fabius Quintilianus (35 – 95) poukazoval na fakt, že tupost a neschopnost jsou poměrně vzácné, podobně jako každá nenormálnost neboť dítěti je dána od přírody rozumová činnost a chápavost (MONATOVÁ, 1996).

V dobách renesance se počínají o problematiku mentálního postižení zajímat další významní vědci. Juan Luis Vives (1492 – 1540) dospěl ve svém díle „Úvod k moudrosti“ k závěru, že kromě pilných a v práci pohodlných ... „jsou takoví, kteří učiní lehce první kroky, ale pak jsou desorientováni, protože v plné práci je jejich duch zahalen do jakési mlhy, která tu ještě nebyla, když jako začátečníci a nováčci počínali své dílo“ (MONATOVÁ, 1996 dle J. L. VIVESE, PARIS, 1972, s. 166 – 167).

Další významnou osobností zabývající se mimo jiné tematikou výchovy a vzdělávání jedinců s mentálním postižením byl bezesporu Jan Ámos Komenský (1592 – 1670), jehož názory se oproti myšlenkám jeho předchůdců jeví jako již velmi pokrokové. Ve svém díle „Didactica magna“ rozlišuje mezi dětmi dokonce šest skupin duševních schopností od prvního typu dětí vtipných, chtivých a povolných, dokonale způsobilých až po poslední skupinu dětí hloupých a při tom vzpurných, z kterých lze jen zřídka něco vytvořit. V závěru však konstatuje, že zatímco příchod nového člověka na svět v moci pedagogově není, dobrým vedením lze dosáhnout dobrých výsledků ve výchově každého jedince (KOMENSKÝ, 1954).

Monatová ve svém historickém přehledu dále uvádí, že roku 1841 založil švýcarský lékař Jakub Guggenbühl (1816 – 1863) Léčebnu s výchovným ústavem v Abendbergu u Interlackenu. Díky svému náhodnému setkání s „kretenismem“

nabyl přesvědčení, že tento je oproti „idiocii“ za určitých podmínek léčitelný. Za zmínku zde stojí jeho propagace systematické tělesné výchovy, zlepšení životních podmínek pacientů a kultivování jejich životního prostředí. Ve svém výchovném programu upřednostňoval kromě farmakologické léčby též výuku založenou na názornosti, rozvíjení otupených smyslových orgánů, tělesnou a duševní hygienu, pobyt na čerstvém vzduchu a bezmasou stravu. V krátkém časovém úseku dosáhl velmi dobrých výsledků, které publikoval v informaci „První zpráva o Abendbergu“. Jeho žák, lékař Edouard Seguin (1812 – 1880) pak vytvořil novou metodu výchovy a léčení slabomyslných a roku 1846 vydal svou publikaci „Morální, hygienická a výchovná péče o idioty a jiné zaostalé děti“. Na jeho podněty navázala italská lékařka Maria Montessori (1870 – 1952), která dospěla k přesvědčení o nutnosti stimulovat psychicky opožděné a zaostalé děti pohybovou a manuální aktivitou. V letech 1890 - 1901 vedla v Římě Ortofrenickou školu, kde se pokoušela o rozvoj smyslového vnímání rozumově opožděných dětí především pomocí řady didaktických pomůcek vytvořených dle Fröbelových „Dárků“. Později pak v procvičování smyslů pomocí autodidaktických pomůcek a uvedení dětí různé mentální úrovně do základů trivia pokračovala ve svém Domě dětí („Casa dei bambini“), založeném 6. ledna 1907 v římské čtvrti San Lorenzo. Celosvětovou proslulost pak získala zakládáním Dětských domů, v nichž uplatňovala materiál původně určený mentálně postiženým. Poněkud jiným přístupem k výchově mentálně postižených proslul Belgičan Ovide Decroly (1871 – 1932). Se svou manželkou založil v roce 1901 v Bruselu soukromý Ústav speciálního vyučování pro duševně opožděné a nenormální jedince. S úspěchem využíval didaktické hry jako výchovného a terapeutického prostředku. Zkušenosti s výukou mentálně postižených dětí pak aplikoval v zařízení otevřeném pro děti normálně vyvinuté Životem pro život. Didaktické hračky považoval za velice významnou součást stimulace dítěte, na rozdíl od Fröbela a Montessori využívajících především své vlastní didaktické materiály, upřednostňoval seznamování se skutečnými předměty a pestrostí prostředí a přírody. Jeho systém výchovy byl tedy z tohoto důvodu pro rozvoj dětí adekvátnější. V naší zemi byly Decrolyho myšlenky uplatňovány ve 30. letech 20. století zejména v didaktice trivia elementárních a zvláštních škol. Celosvětově uznávanou osobností byl mimo jiné i v této oblasti francouzský psycholog

Alfréd Binet (1857 – 1911), jenž jako první vyvinul inteligenční testy k měření inteligenčního potenciálu na základě rozdílu mezi věkem chronologickým, tj. fyzickým a věkem mentálním. K tomuto počínu jej původně vedla snaha rozlišit normální děti od dětí „defektních“. Ve zvolených testech vymezil podstatné znaky intelligence (chápavost, vynalézavost, kritičnost, atd.). Ve skutečnosti ovšem často závisela možnost jejich splnění na zkušenostech a znalostech daného dítěte i na jeho vědomostech a dovednostech, získaných během školní docházky, což Binet bohužel podcenil. Z podnětu Alfréda Bineta a Théophila Simona byly roku 1909 vytvořeny první speciální třídy pro děti, které nedostačovaly běžné výuce. O lidský přístup k slabomyslným, choromyslným, a taktéž k vězňům se zasloužila vrchovatou měrou učitelka z Nové Anglie v USA Dorothea Lynde Dixová (1802 – 1887). Její vytrvalé působení v tomto směru přineslo na celém světě zásadní zlepšení situace v institucích pro mentálně postižené. V USA se systematickým výzkumem psychické méněcennosti zabýval na přelomu 19. a 20. století i psycholog Henry Herbert Goddard, ve Velké Británii pak Alfred Frank Tredgold a lékař a psycholog Lionel Sharples Penrose, který patřil od 20. let 20. století ke specialistům výzkumu v tomto oboru. Výchova a vzdělávání mentálně handicapovaných se postupně šířily do dalších zemí a narůstal počet zařízení pro ně určených, ve 20. století byly ve vyspělých státech otevírány školy, někdy i s domovy (první ústav pro tzv. „zanedbané děti“ byl zřízen ale již roku 1763 v Moskvě). Z českých badatelů se mentálním postižením zabýval pedagog, filosof a lékař Karel Slavoj Amerling (1807 – 1884). Založil a vedl v Praze na Hradčanech první ústav pro abnormální děti, nazvaný roku 1871 „Ernestinum“. Prováděl zde kromě výchovy a výuky postižených též výzkum jejich dědičného zatížení v souvislosti s prostředím, z něhož dotyční pocházeli. Posuzoval jejich tělesné zvláštnosti, mj. stav chrupu, nehtů či vlasů a v jejich vzdělávání se soustředil zejména na výuku řemeslným pracím a dalším manuálním činnostem. Ač jeho metody nebyly přiměřené mentálně postiženým dětem, rozdělil tyto dle svého vlastního uvážení do devíti klasifikovaných skupin. Své názory a poznatky pak publikoval ve své studii „Ústav pro idioty spolku sv. Anny po dvanáctileté existenci v letech 1871 – 1883“ vydané vlastním nákladem. Na jeho vědecko – výzkumnou činnost navázal lékař Karel Herfort (1871 – 1940), jenž se orientoval na pedopatologii a od roku 1900 zastával funkci ředitele „Ernestina“.

Při výuce rozumově postižených žáků kladl důraz na rozvíjení motoriky pomocí ručních prací a nápravné tělesné výchovy. Intenzivně též propagoval tzv. pomocné školy, v nichž se rovněž podílel na odborné přípravě množství pedagogů pro tato zařízení. Proslul coby autor prvního odborného spisu ze speciální pedagogiky s názvem „Úvod do studia dítěte slabomyslného“. Další významnou postavou pedopatologie se stal též František Čáda (1865 – 1918), který se zasloužil zejména o založení „Sdružení pro výzkum dítěte“ v roce 1910, základ pro zřízení „Pedologického ústavu“ v Praze roku 1912 (později přejmenován na „Ústav pro výzkum dítěte“). Čádova činnost v oblasti péče o handicapovanou mládež byla velice rozsáhlá a v mnohém korespondovala s prací charitativní. Společně s Josefem Zemanem (1867 – 1961) a již zmíněným Karlem Herfortem patřil Čáda do skupiny badatelů úspěšně aplikujících moderní metody výchovy dětí s mentálním postižením. Josef Zeman prokázal i značné schopnosti organizátorské, založil a redigoval časopis „Úchylná mládež“ v letech 1924 – 1936 a byl spoluautorem prvních učebních osnov pro handicapované z roku 1928. Podílel se rovněž na prvním zákonu o pomocných školách v ČSR (1929), které byly později rozděleny na školy zvláštní a školy pomocné (MONATOVÁ, 1996).

„Z našich autorů sledují aktuální problémy psychopedické diagnostiky L. Mojžíšek, P. Vajcík, M. Sovák, J. Velikanič, A. Tuček, M. Michalička, M. Řešátko, L. Helus, V. Kulič, J. Mareš, L. Košč, Š. Vašek, S. Langer, J. Kysučan, F. Kábele, aj.“ (ČERNÁ A KOL., 1995, s. 25).

Ve druhé polovině 20. století převládly intenzivní snahy o odhalení příčin choroby zvané fenylketonurie (Frölingova choroba), jež je závažnou vrozenou metabolickou poruchou látkové výměny ve svém důsledku zasahující mozek a způsobující vznik mentálního poškození dítěte. Při včasné diagnóze lze však jejím ničivým následkům předejít. Dle metody J. Guthrie jsou u nás již od roku 1975 na základě vyhlášky ministerstva zdravotnictví novorozenci s uvedenou poruchou včas zachyceni a podrobeni léčbě, čímž je riziko poškození mozku výrazně eliminováno. Moderní metody screeningové a další vyšetření dle nejnovějších technologií v prenatálním a novorozeneckém období rovněž velmi významně přispívají k časnému odhalení některých případných mentálních poruch organismu. V péči o mentálně postižené děti se jeví zlomovým obdobím 70. léta 20. století, kdy přichází

z Itálie trend jejich integrace mezi ostatní děti v běžných mateřských a základních školách. Tento přístup se brzy rozšiřuje do celé řady evropských zemí, mezi nimi i k nám. Zesilující tendencí je dnes tedy snaha začleňovat tyto jedince mezi ostatní vrstevníky namísto jejich separace ve školách speciálních (MONATOVÁ, 1996).

## **2.5 Ústavní péče o osoby s mentálním postižením**

Ústavní sociální péče je jednou ze součástí sociální péče a je poskytována zejména občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2000).

V současné době vymezuje aktuální právní situaci ústavní sociální péče v České republice Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ze dne 14. března 2006 s těmito nově schválenými změnami: Změna: 29/2007 Sb. (týkající se tzv. intervenčních center pro osoby ohrožené násilným vykáváním ohrožené osoby), Změna: 213/2007 Sb. (v § 29 odst. 4 se slova „která s oprávněnou osobou žije v domácnosti“ zrušují a slova „a důchodového pojištění“ nahrazují slovy „důchodového pojištění a zaměstnanosti.“), Změna: 261/2007 Sb. (Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů), Změna: 124/2008 Sb. (část čtyřicátá čtvrtá týkající se doložení bezúhonnosti dle výpisu z evidence Rejstříku trestů), Změna: 129/2008 Sb. (Zákon o výkonu zabezpečovací detence a změna některých souvisejících zákonů), Změna: 274/2008 Sb. (Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Policii České republiky), Změna: 479/2008 Sb. (týkající se pravomocí okresních správ sociálního zabezpečení), Změna: 108/2009 Sb. (v § 75 odst. 2 se na konci textu písmene c) a d) doplňují slova „popřípadě méně, pokud tento výkon měl činit 12 měsíců, avšak skončil ze zdravotních důvodů před uplynutím 12 měsíců.“), Změna: 206/2009 Sb. (Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony ve smyslu zejména způsobu výplaty příspěvků) (MINISTERSTVO VNITRA ČR, on-line, 2009).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci

poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Dle § 6 tohoto zákona jsou poskytovateli sociálních služeb při splnění podmínek stanovených tímto zákonem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu. Dle § 32 sociální služby zahrnují: a) sociální poradenství, b) služby sociální péče, c) služby sociální prevence. Dle § 48 jsou v tzv. domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, g) sociálně terapeutické činnosti, h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv; některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře. V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí přiměřeně ustanovení o právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy podle zvláštního právního předpisu. Dle § 43 pak může být taktéž osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, poskytována podpora samostatného bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti: a) pomoc při zajištění chodu domácnosti, b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, d) sociálně terapeutické činnosti, e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MINISTERSTVO VNITRA ČR, on-line, 2009).

## 2.6 Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením

Dle Votavy se osobnost člověka vytváří pod vlivem celé řady vnějších i vnitřních faktorů, z nichž jedním může být zdravotní postižení. Závisí na tom, v jaké fázi ontogenetického vývoje jedince postižení nastane. Na rozvoj osobnosti působí silně genetická výbava a dále prostředí, v němž člověk vyrůstá, především lidské vztahy k nejbližším osobám. Některé typy postižení jsou geneticky podmíněny a touto cestou může být formována současně i osobnost postiženého. Typickým příkladem je zde Downův syndrom, nastávající následkem chromozomální poruchy (VOTAVA, 2003).

Formování osobnosti jako souboru fyzických, psychických i sociálních kvalit jedince je složitý proces determinovaný několika činiteli. Osobnostní profil člověka je totiž složitou výslednicí vlivů biologických, psychologických, pedagogických, fyzikálních, kulturních, politických a společenských činitelů. Tyto vlivy se vzájemně prostupují a integrují. Výchozí determinantou rozvoje osobnosti člověka s mentálním postižením je podmíněnost biologická. Právě nedostatečná biologická vybavenost je u těchto osob hlavní příčinou jejich odlišného psychického vývoje, v závislosti na dalších faktorech pak dochází mnohdy i k retardaci vývoje somatického. Na retardaci psychické a somatické se mohou společně s biologickými vlivy nebo i samostatně podílet nepříznivé podmínky vnějšího prostředí. Při dlouhodobém působení pak mohou způsobit celkové opoždění vývoje. Negativní vliv vnitřních i vnějších podmínek na vývoj osobnosti s mentálním postižením tudíž naprosto podmiňuje uplatnění speciální výchovy jako cílevědomého, záměrného a plánovitého formování osobnosti mentálně postiženého jedince (KYSUČAN, 1990).

Nauka o zákonitostech rozvoje, výchovy a vzdělávání mentálně postižených jedinců se nazývá psychopedie. Jejím cílem, jakožto vědní disciplíny, je odhalení všech zákonitostí výchovy na základě poznání rozvoje a zvláštností osobnosti mentálně postižených jedinců a na základě analýzy speciálního výchovně – vzdělávacího procesu na školách a v zařízeních pro mentálně postižené (ČERNÁ A KOL., 1995).

Výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením se zabývá jedna z významných pedagogických disciplín, zvaná speciální pedagogika. Lze ji definovat jakožto vědu o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince

s mentálním postižením, který vyžaduje speciální přístup. Speciální pedagogika sleduje oblasti obecné pedagogiky se zvláštním zaměřením právě na osoby s mentálním postižením a má přitom samostatné úkoly a cíle, používá specifické metody a disponuje vlastními speciálními školskými a výchovnými institucemi (MONATOVÁ, 1991).

### **2.6.1 Historie výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením v ČR**

První školy pro děti s mentálním postižením vznikaly koncem 19. století s rozvojem vědy o dítěti, označované jako pedologie. Zpočátku se jednalo pouze o třídy, které byly přiřčeny k obecným školám. V Čechách vznikla první "pomocná třída" při obecné dívčí škole (v pořadí 6. pomocná třída na světě – tehdejší tzv. pomocné třídy či školy byly určeny dětem se sníženou úrovní rozumových schopností). Vyučovalo se 20 hodin týdně podle redukovaných učebních osnov pro 1. třídu obecných škol. Těžištěm školní činnosti byly ruční práce. Vedle šití a pletení se postupně zaváděly též řemeslné a zemědělské práce, aby se děti po vstupu do života mohly samostatně uživit. Pozornost byla věnována i výchově mravní a náboženské. Do roku 1918 bylo postupně otevřeno 44 pomocných tříd. Současně se vznikem speciálního školství se rozvíjel i výzkum problematiky mentálně postižených dětí a pedopatologie, vědy o dětech s patologickými projevy nejrůznějšího druhu. Roku 1871 byl v Praze založen Ústav pro idioty, dále vznikl Pedologický ústav a začal pracovat Spolek pro péči o slabomyslné. Zákon z roku 1869 zřizující učitelské ústavy pamatoval na to, aby se učitelé připravovali na práci s hluchoněmými a slepými, nauku o výchově mentálně postižených zavedl do učitelských ústavů však teprve výnos z roku 1923. Roku 1928 byly vydány první speciální učební osnovy a výchovné směrnice. Na tyto dílčí legislativní kroky v oblasti pomocného školství navázal zákon č. 86/1929 Sb., o pomocných školách, jímž se stala docházka do pomocné školy povinnou. Počet pomocných tříd vzrostl desetinásobně. Síť speciálních škol byla postupně rozšiřována, zřizovala se zvláštní oddělení pro děti předškolního věku a systém byl doplňován o pedopatologické poradny a medikopedagogické kliniky (RENOTIÉROVÁ, 2005).

V době 1. republiky (1918 – 1938) byl tedy vytvořen více než solidní základ pro vývoj speciálních škol v 2. polovině 20. století. V roce 1938 u nás existovalo 16 vzdělávacích zařízení pro děti se sluchovým postižením. V období mezi lety 1948 – 1989 se školská soustava budovala podle zákona o základní úpravě jednotného školství z roku 1948. Speciální školství se vyvíjelo dle tohoto právního předpisu jako samostatná specifická síť škol a školských zařízení oddělená od běžných škol a poskytující výchovu a vzdělávání žákům se zdravotním postižením (mentálním, smyslovým nebo tělesným postižením, žákům s vadami řeči, žákům zdravotně oslabeným a žákům obtížně vychovatelným). Od roku 1978 byly speciální školy nazývány "školy pro mládež vyžadující zvláštní péči". Síť těchto škol pokrývala víceméně rovnoměrně celé území našeho státu a umožňovala žákům, s výjimkou těch, kteří byli postiženi mentálně, získat základní i střední (všeobecné i odborné) vzdělání srovnatelné se vzděláním získaným v běžných školách. Pro žáky s mentálním postižením se rozvíjela specifická síť středních škol – odborných učilišť, na kterých se žáci připravovali k výkonu dělnických profesí. Školy pro mládež vyžadující zvláštní péči se zřizovaly i jako školy internátní, což vyhovovalo tehdejšímu pojetí výchovy a vzdělávání, ale negativně poznamenávalo rodinné vztahy. Systémové zajištění integrace žáků s postižením neexistovalo. Školy se specializovaly nejen na druh, ale i na jednotlivé stupně postižení: např. školy pro neslyšící, pro žáky se zbytky sluchu, pro nedoslýchavé; školy pro nevidomé, pro žáky se zbytky zraku, pro slabozraké. Pro jednotlivé typy těchto škol byly vypracovány speciální učební plány a osnovy. Žáci na školách pro tělesně postižené, pro slabozraké a pro nedoslýchavé byli vyučováni podle osnov běžných škol, žáci na školách pro nevidomé a se zbytky zraku byli vzděláváni podle modifikovaných učebních plánů a osnov, žáci na školách pro neslyšící a se zbytky sluchu a žáci na školách pro mentálně postižené (na zvláštních a pomocných školách) byli vyučováni podle redukováných osnov. Na školách pro neslyšící se až do poloviny 80. let nepoužíval při výuce znakový jazyk, preferována byla metoda orální. V populaci osob se zdravotním postižením se jedna skupina označovala jako nevzdělavatelní - osoby s těžkým mentálním postižením a osoby hluchoslepé. Ty byly od povinné školní docházky osvobožovány. Od roku 1990 byly v dobře propracovaném, ale stále uzavřeném systému speciálního školství prosazeny změny, které postupně umožnily:

- systémově integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol, rozvíjet systém podpůrných opatření a posilovat proces inkluzivního vzdělávání,
- lépe diagnostikovat a identifikovat speciální vzdělávací potřeby dětí,
- vzdělávat žáky, kteří byli dříve osvobozeni od povinné školní docházky,
- připravovat ve speciálních programech děti se závažnými formami postižení ke vstupu do povinného vzdělávání,
- odklonem od medicínského pojetí se zaměřit na vzdělávací potřeby dětí,
- vznik nových vzdělávacích příležitostí s využitím iniciativy soukromých a církevních zřizovatelů,
- inovovat vzdělávací programy určené pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami,
- rozšiřovat nabídku vzdělávacích programů,
- zřizovat speciálně pedagogická centra, která poskytují specializované služby především dětem se zdravotním postižením integrovaným v běžném vzdělávacím proudu, jejich rodičům i učitelům,
- zřizovat střediska výchovné péče zaměřená na děti a mládež s poruchami chování,
- zřizovat nový typ škol – praktické školy – poskytující profesní přípravu pro výkon jednoduchých činností žákům s těžším mentálním postižením.

Uvedené změny obecně směřovaly k rozšíření vzdělávacích možností, k diverzifikaci péče a k posilování integrace nad odděleným vzděláváním, k zajištění rovného přístupu ke vzdělávání bez ohledu na druh znevýhodnění. Tento vývoj byl završen novou úpravou vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami v novém školském zákoně, který byl schválen v září 2004 s účinností od 1. 1. 2005 a uvedená tendence kodifikuje (VÝKONNÁ AGENTURA PRO VZDĚLÁVÁNÍ, KULTURU A AUDIOVIZUÁLNÍ OBLAST EU, on-line, 2007/2008).

### **2.6.2 Současný systém výchovy a vzdělávání žáků s mentálním postižením**

Výchovu a vzdělávání člověka chápeme v současné době stále více jako celoživotní proces. Jestliže dnes uznáváme potřebu celoživotního vzdělávání u jedinců nepostižených, je tomu tak nutno činit i v případě osob se zdravotním postižením. U mentálně postižených, jejichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomalejším tempem než u ostatní populace, vystupuje stále výrazněji nutnost jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich již nabytých znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke komplexnímu poznávání okolní skutečnosti (ŠVARCOVÁ, 2000).

Mezi základní práva každého dítěte na naší planetě patří právo na vzdělání. Každé dítě je ovšem samozřejmě bytostí jedinečnou a neopakovatelnou, která se osobitě projevuje svými vlastnostmi, dispozicemi, zájmy, ale též uspokojováním svých rozličných potřeb. Toto se týká také oblasti vzdělávání, zdaleka ne všechny děti jsou schopny bezproblémově saturovat své potřeby v této oblasti. Specifickou skupinu zde tvoří děti s různými poruchami učení a děti se zdravotním postižením. Jelikož tyto děti mají nezadatelné právo na vzdělávání stejně jako ostatní, nelze jej v tomto právu nikterak omezovat ani krátit (JANKOVSKÝ, 2001).

Zvláštní význam pro děti a mládež se speciálními vzdělávacími potřebami mají mezinárodní dokumenty: Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948, Úmluva o právech dítěte z roku 1991 a Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN 1993), Deklarace ze Salamanky, UNESCO 1994 a Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006. K národním dokumentům komplexního charakteru patří usnesení vlády České republiky č. 466 ze dne 29. 6. 1992 "Národní plán pomoci zdravotně postiženým", usnesení vlády č. 493 ze dne 8. 9. 1993 "Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení", usnesení vlády č. 256 ze dne 14. 4. 1998 "Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením" a usnesení vlády č. 1004 ze 17. 8. 2005 "Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009" (EVROPSKÁ KOMISE EU, on-line, 2009).

Základní právní dokumenty upravující výchovu a vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami dle Sbírky zákonů České republiky jsou:

- Zákon č. 561/2004 Sb. (tzv. školský zákon) o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který:
  - stanovuje, že pokud na úrovni základního vzdělávání rodiče žáka nezvolí školu jinou, vzdělává se tento žák ve škole hlavního vzdělávacího proudu příslušné bydliště žáka, tedy i žáka se speciálními vzdělávacími potřebami;
  - nově definuje skupinu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jednotlivé cílové skupiny – žáky zdravotně postižené, zdravotně znevýhodněné a sociálně znevýhodněné a dále kategorii žáků mimořádně nadaných;
  - kodifikuje právo rodičů na výběr organizační formy vzdělávání pro jejich dítě se zdravotním postižením (individuální nebo skupinová integrace ve škole hlavního vzdělávacího proudu nebo vzdělávání ve škole, která je samostatně zřízena pro žáky se zdravotním postižením);
  - ponechává možnost, aby v odůvodněných případech mohly být i nadále zřizovány samostatné školy, popřípadě třídy pro žáky se zdravotním postižením pro ty případy, kdy rodiče mají zájem, aby se jejich dítě v takové škole či třídě vzdělávalo. Pojem speciální škola je použit jen v příslušné vyhlášce jako legislativní zkratka. Dosavadní zvláštní školy, které vzdělávaly žáky s lehkým mentálním postižením a další žáky s různými problémy v učení, se dle nového školského zákona stávají základními školami, dosavadní pomocné školy, které vzdělávaly žáky se středním a těžkým mentálním postižením, se stávají základními školami speciálními;
  - podporuje propojení speciálního školství se školami hlavního vzdělávacího proudu a posiluje tendenci k individuální integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do těchto škol a vytváří podmínky pro přizpůsobování výuky potřebám jednotlivých žáků;
  - stanovuje, že jednotlivé rámcové vzdělávací programy, které na centrální úrovni určují zejména cíle, formy, délku a povinný obsah příslušného oboru vzdělávání, musí obsahovat podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami;

- kodifikuje možnost výuky podle individuálních vzdělávacích plánů pro žáky se speciálními potřebami nebo s mimořádným nadáním a počítá s podpůrnými opatřeními v jejich prospěch (MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, on-line, 2009).
- Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, která stanovuje mj. typy škol samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením, náležitosti individuálního vzdělávacího plánu, funkci asistenta pedagoga, organizaci speciálního vzdělávání včetně počtu žáků ve třídách, zařazování žáků do speciálního vzdělávání a další podrobnosti.
- Vyhláška č. 326/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 62/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 227/2007 Sb. nahrazuje slova „1. září 2008“ slovy „1. září 2009“.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních stanovuje obsah poradenských služeb, jejich poskytovatele (školy a školská poradenská zařízení), jejich uživatele (děti, žáci, studenti, jejich zákonní zástupci, školy a školská zařízení), kterým jsou standardní služby definované v přílohách poskytovány bezúplatně a konečně pravidla pro poskytování poradenských služeb za úplatu (MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, on-line, 2009).

Stěžejní je v současné době příprava školních vzdělávacích programů na základě schváleného rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Školy musí počítat s možností jejich modifikace pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, ať už jde o žáky integrované do hlavního vzdělávacího proudu či o žáky, kteří se vzdělávají ve třídách nebo školách samostatně pro ně zřízených. Podle nových vzdělávacích programů, popř. podle jejich přílohy určené pro žáky s lehkým mentálním postižením, se od školního roku 2007/08 povinně vyučuje v 1. až 6. ročníku všech základních škol. Povinná školní docházka začíná ve školním roce, ve kterém dítě dovrší 6 let. Děti, kterým byl povolen odklad povinné

školní docházky, mohou zahájit školní docházku nejpozději ve školním roce, v němž dovrší 8 let. Základní vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří se vzdělávají ve třídách nebo školách podle upravených vzdělávacích programů, může trvat deset ročníků. Základní vzdělávání žáků se zdravotním postižením je ukončeno nejpozději ve věku 20 let, základní vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami či s autismem, kteří se vzdělávají v základní škole speciální, může být se souhlasem zřizovatele prodlouženo do věku 26 let. Škola v těchto případech, pokud jde o přípravu na výkon povolání nebo pracovní činnosti, spolupracuje s úřadem práce. Střední vzdělávání a vyšší odborné vzdělávání žáků se zdravotním postižením může být prodlouženo o dva roky. (VÝKONNÁ AGENTURA PRO VZDĚLÁVÁNÍ, KULTURU A AUDIOVIZUÁLNÍ OBLAST EU, on-line, 2007/08).

Základní školy speciální (určené pro žáky se středně těžkým a těžkým stupněm mentálního postižení, s více vadami nebo s autismem) samostatně zřízené nebo organizované v rámci základních škol, případně základní školy hlavního vzdělávacího proudu, které vzdělávají žáky formou integrace podle Vzdělávacího programu pro základní školy speciální, začnou s výukou podle ŠVP zpracovaných na základě RVP ZŠS nejpozději 1. 9. 2010 v 1. až 7. ročníku. Všechny tyto školy musí mít v rejstříku škol zapsán nový obor vzdělání 79-01-B/01 Základní škola speciální (VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE, on-line, 2009).

## **2.7 Pohybové aktivity ve výchově osob s mentálním postižením**

Klienti s mentálním postižením nejsou lepšími ani horšími jedinci než ostatní lidé. Jsou pouze, a to nikoli vlastní vinou, jiní. Ač je práce s nimi nesmírně náročná, jejich vděk za každý projev zájmu ze strany vychovatele bohatě vynahradí veškeré obtíže. Mezi činnosti kladně formující osobnost člověka (nejen) s mentálním postižením patří mimo jiné i pohybové aktivity. Cvičení v příjemném a stimulujícím prostředí evokuje uvolnění a příjemné prožitky, rozumně a s mírou volené pohybové aktivity stírají rozdíl mezi povinností a zábavou a zpestřují život klientů s mentálním postižením. Je – li při cvičení navozena přátelská a radostná atmosféra, cvičenci se cítí příjemně a brzy získávají pocit bezpečí a odvahy, překonávají své obavy, prvotní nechuť či ostych. Jelikož radost a pocity libosti jsou pro klienta s mentálním postižením podstatnou informací, pak jsou – li pohybové aktivity pro tyto osoby spojovány s jejich kladnými emocemi, je to obvykle motivace pro vyhledávání a zkoušení dalších pohybových aktivit. Pohyb je pro člověka s mentálním postižením prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálem a okolním sociálním prostředím, prostředkem k poznání sebe sama. Tito lidé se potřebují odreagovat a uvolnit, vybit svoji nahromaděnou energii. Takové potřeby pak mohou pohybové aktivity velkou měrou uspokojit (KARÁSKOVÁ, 2002).

Pohybová aktivita se může u mentálně postižených projevovat různým způsobem. Vedle nepostradatelné vlastní spontánní pohyblivosti jde především o využívání organizované tělesné výchovy, sportu a turistiky, které mají pro výchovu i zdravotní stav zásadní význam. Pro rozvoj osobnosti mentálně postižených jedinců má tělesná výchova jako jedna ze složek výchovy mimořádnou úlohu v celém komplexu výchovného působení. Jejím prvořadým úkolem je záměrné pozitivní působení na tělesný rozvoj, posilování zdraví, zvyšování celkové odolnosti v oblasti fyzické i psychické a osvojování pohybových dovedností a návyků i rozvíjení pohybových vlastností. Mnohostranností své působnosti ovlivňuje tělesná výchova ve svých důsledcích i možnosti společenského, případně i pracovního zapojení každého jedince s postižením. Všestranné působení tělesné výchovy souvisí i s úspěšností na poli výchovy řeči, výchovy smyslové, s rozvojem kognitivních funkcí, s rozvojem rozumové výchovy. Pravidelným tělesným cvičením a rozvíjením jednotlivých pohybových vlastností, jako je rychlost, síla, obratnost a vytrvalost a

k tomu potřebných volných vlastností, se snažíme u cvičenců formovat charakter a v tělesné výchově tak plníme též úkoly výchovy mravní. Tělesné výchově a jejím prostřednictvím pohybovému rozvoji jedinců s mentálním postižením je třeba se zodpovědně věnovat po celý jejich život (KVAPILÍK, ČERNÁ, 1990).

### **2.7.1 Motorická specifika osob s mentálním postižením**

Tak, jako v rozumovém vývoji, též v tělesném vývoji mentálně postižených osob se ve většině případů setkáváme se zaostáváním nebo s odchylkami ve srovnání s ukazateli tohoto vývoje u zdravých jedinců. Existuje mnoho dokladů o tom, že časné poškození centrální nervové soustavy vyvolává poruchy v celkovém somatickém stavu a vývoji dítěte. Somatické zvláštnosti, stupeň mentálního postižení a jeho příčiny ovlivňují celkový charakter motoriky a zvláštností pohybového vývoje. Je např. známo, že děti s mentálním postižením s organickou podmíněností defektu začínají později chodit (KYSUČAN, 1990).

U osob s mentálním postižením tedy existují určité zvláštnosti v pohybovém vývoji oproti osobám zdravým. Dle Karáskové ovlivňuje mentální postižení nejen psychickou, ale i tělesnou stránku člověka. V charakteristice mentálně postižených je obvykle udávána nižší tělesná výška i hmotnost, zároveň byl též mezi mentálně postiženými zjištěn větší počet jedinců trpících nadváhou či obezitou, vyskytuje se mezi nimi i vyšší frekvence vad v držení těla. Nejvíce somatických zvláštností lze pozorovat u postižených s vrozenými formami mentálního postižení, jako je např. Downův syndrom. Častější výskyt pak bývá u těžších poškození mozku zvláště v souvislosti s embryogenetickou patologií (KARÁSKOVÁ, 2004 dle ČERNÉ, 1985).

Obecně zde platí přímá úměra mezi hloubkou postižení a rozsahem somatických abnormalit. Tyto zvláštnosti pak společně se stupněm mentálního postižení a jeho příčinami ovlivňují celkový charakter motoriky a pohybového vývoje daného jedince. Vývoj motoriky mentálně postižených probíhá v adekvátních fázích vývoje zdravé populace, rozdíl je pouze v rychlosti a v míře zvládnutí pohybů.

Mezi symptomy motorického deficitu mentálně postižených řadí Karásková:

- motorickou neobratnost;
- motorický infantilismus;
- zaostávání v motorickém vývoji (především v jemné motorice);
- nesprávné držení těla;
- disharmonickou chůzi;
- pohybovou chudost nebo nadměrnou pohyblivost;
- nadměrné množství neúčelových pohybů;
- nižší úroveň síly, rychlosti a vytrvalosti pohybů.

Mentální postižení je dle Karáskové významné i v procesu osvojování pohybových dovedností:

- problémy při osvojení nových dovedností pohybu, neschopnost aplikovat v praxi zkušenosti minulé;
- delší setrvávání ve fázi generalizace, obtížný přechod k fázi diferenciaci;
- problémy při provádění složitějších pohybů;
- malá plastičnost již osvojené pohybové dovednosti při změně podmínek;
- omezenost konstruktivní motoriky, neschopnost předvídání možnosti nebezpečí při volbě pohybu.

Motorickou úroveň osob s mentálním postižením ovlivňují i specifické zvláštnosti v citové a volní stránce jejich osobnosti:

- neschopnost přinutit se k překonávání pohybových obtíží, pohodlnosti a lenosti;
- malá vytrvalost při pohybových činnostech;
- nedostatek zájmu o tělesná cvičení;
- bázlivost a strach z nových pohybových aktivit u apatických jedinců;
- nekritičnost, zbrkllost, překotnost u eretických jedinců (KARÁSKOVÁ, 2004).

Tabulka č. 1: Zobecnění somatických a motorických zvláštností vzhledem ke stupni postižení:

| Kategorie                         | Somatické postižení                                                     | Poruchy motoriky                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Lehké mentální postižení</b>   | Ojedinělé                                                               | Opoždění motorického vývoje                                    |
| <b>Střední mentální postižení</b> | Časté, častý výskyt epilepsie                                           | Výrazné opoždění, ale mobilita                                 |
| <b>Těžké mentální postižení</b>   | Časté, neurologické příznaky, epilepsie                                 | Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné poruchy motoriky |
| <b>Hluboké mentální postižení</b> | Velmi časté, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové | Většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu                  |

Zdroj: (KARÁSKOVÁ, 2004)

### 2.7.2 Pohybové hry a psychomotorická cvičení

Hra je starší než lidstvo samo. Hry a herní prvky můžeme sledovat i u mláďat všech vyšších živočichů, především pak savců. Hra vzniká z vnitřní potřeby a významně působí na život dítěte v oblasti kognitivní i sociální. Má svou podstatu ve třech vzájemně integrovaných oblastech:

- v mozkových impulsech daných zráním a spontánním učením;
- v různorodých počátečních informacích souvisejících s proměnou okolí a smyslovými stimuly;
- v elementárních zkušenostech, jejichž rozsah a hloubka se postupně zvětšuje, a které mají svou výchozí podstatu v experimentaci se vším, s čím se dítě dostane do kontaktu (KOŤÁTKOVÁ, 2005).

Hra se odlišuje od práce nejen svým charakterem, ale v první řadě již samotnou podstatou. Na rozdíl od činností pracovních totiž při hře člověk nesleduje její užitečnost, ale vnímá spíše prožitek, v němž spatřuje smysl hry pro sebe i své spoluhráče. Hra bývá často spojena s výsledkem hry – je účinným prostředkem výchovy, formování osobnosti jedince, jeho sociální integrity, citů, motoriky

i uvolnění případné nahromaděné agresivity. Dle Mazala lze pod pojmem hraní chápat záměrnou pohybovou aktivitu jednoho či více lidí, kdykoli a kdekoli, bez složitě určených pravidel. Ta jsou vymezena právě až obsahem dané pohybové aktivity. Vykazují vysokou motivaci k činnosti, uplatnění již známých dovedností a určitý stupeň napětí. V průběhu hry mohou její účastníci soutěžit i spolupracovat, hraní samotné je totiž velmi široký pojem. Na jedné straně je můžeme pojmut jako volnou kreativně kooperační aktivitu, v opačné části spektra pak jako přesně vymezenou polovou hru dvojic. Pohybovou hru můžeme chápat jako pohybovou aktivitu přinášející jejím účastníkům pohodu a radost, která je uspokojuje a motivuje. Argaj (1995) charakterizuje pohybové hry jako „pravidly upravenou soutěživou činnost soupeřících stran uskutečňovanou výrazným pohybem hráčů“. Hry jsou velmi funkčním prostředkem při výchovných i vzdělávacích aktivitách – jsou lehce uchopitelné a snadno vysvětlitelné (MAZAL, 2000).

Karásková řadí mezi výchovné aspekty pohybových her rozvoj morálních a volných vlastností jedince, socializaci, regulaci emoční atmosféry, poznávání vlastních možností, spolupráci při hrách a chování v roli diváka při soutěžích. Toto pak dle ní platí jak pro pohybové aktivity provozované venku, tak i pro psychomotorické hry v prostorách tělocvičny (KARÁSKOVÁ, 2004).

Psychomotorikou pak rozumíme systém tělesné výchovy, který využívá pohybu jako prostředku. Jedná se o cílenou a odpovědnou, ale i hravou a zábavnou výchovu pohybem. Měla by podporovat iniciativu, samostatnost a tvořivost a zároveň respektovat individualitu osobnosti každého cvičence. Tato cvičení se nesoustřeďují jen na rozvoj dovedností pohybových, ale současně i na psychickou a sociální složku osobnosti každého člověka. Cvičení by mělo odpovídat jak úrovni pohybových schopností, tak i psychickým vlastnostem jeho účastníků a míře jejich společenskosti. V psychomotorice klademe důraz nejen na uvědomování si subjektivních citů a pocitů, ale i na rozvíjení schopností vnímat potřeby druhých lidí, spolupracovat a vzájemně si pomáhat. Cílem této cvičební metody je harmonická osobnost ve své bio – psycho – sociální kompletnosti, člověk schopný samostatného, cílevědomého, plánovitého, kontrolovaného, ale i vstřícného a ohleduplného jednání při zachování své vlastní individuality (ADAMÍROVÁ, 1995).

Psychomotorická cvičení lze úspěšně využívat ve všech věkových kategoriích, od předškolního věku až po osoby starší až přestárlé. Zvláštní uplatnění pak tato cvičení mají u zdravotně oslabených a méně pohybově nadaných jedinců. Mimo jiné působí pozitivně na odstraňování a regulaci různých fobií a anxiózních zábran, jimiž někteří tito lidé trpí (BLAHUTKOVÁ, KLENKOVÁ, ZICHOVÁ, 2005).

### **2.7.3 Hudební pohybové aktivity a dechová a jógová cvičení**

Hudba patří neodmyslitelně k člověku a měla by být v rámci profylaxe součástí pravidelného denního rytmu každého člověka. Sám rytmus je totiž nesmírně důležitý pro zdravý vývoj jedince (rytmus bdění a spánku, rytmus ročních období). Prožívání rytmu cyklů v přírodě i v životě člověka je velmi důležité pro zdárný vývoj řeči, lokomoce, písma (VOTAVA, 2003).

Hudba rozvíjí jak u běžné populace, tak i u osob s postižením rytmické a intonační schopnosti, pohybovou kulturu a napomáhá rozvoji řeči. Zároveň plní i funkce psychoterapeutické, pomáhá k odreagování napětí, překonání únavy a zlepšení celkové nálady, podílí se na koncentraci pozornosti (KURSOVÁ, 2007 dle ŠVARCOVÉ, 1997).

Při práci s osobami se zdravotním postižením se vyplatí v hudební sféře využívat zejména kreativní a rytmický pohyb. Je však též třeba dobře zvážit vliv té které hudebně pohybové hry a případné kontraindikace, např. alergii na určitý druh hudby. Řada muzikoterapeutických her má ale u osob s mentálním postižením skvělou odezvu, patří sem mj. hry s rytmem a bicími nástroji (ŠIMANOVSKÝ, 1998).

Terapeutické a výchovné metody, ve kterých je dominantní složkou hudba, označujeme souhrnným názvem muzikoterapie. Je zde využíváno hudby, rytmu, zvuků, tónu, zpěvu, často v návaznosti na pohyb či výtvarnou tvorbu. Muzikoterapie používá verbální i neverbální prostředky. Verbalizovat můžeme zpěvem, rytmizací slov, výkřiky nebo šepem. Neverbálně pak pracujeme s hudbou, rytmem i zvuky.

Pomocí těchto tónů lze muzikoterapeuticky pracovat na uvolňování napětí v různých částech těla či na jejich stimulaci. Zpěv a práce s dechem má nesporný vliv na další tělesné a psychické procedury. Hudba může působit relaxačně, dráždivě či stimulovat energii. V neposlední řadě jsou hudba, rytmus a zvuky prostředkem vzájemné komunikace mezi lidmi (ŠIMANOVSKÝ, MERTIN, 1996).

Jóga je součástí indické tradice a v tomto smyslu souvisí s indickou filosofií a tradičně i s tamějším náboženstvím, především hinduismem. Byla rozpracována jako empirický systém tělesných i duševních cvičení, cílených na rozvoj osobnosti ve smyslu ovládnutí těla i mysli. Proto mohou jógové techniky pomoci mimo jiné i při zdravotních obtížích. Nejméně od 19. století se s jógovými praktikami seznamovala taktéž západní civilizace. V Československu byl o jógu od počátku 60. let 20. století zájem především ve smyslu jógových cvičení. V rámci Rehabilitační společnosti byla v roce 1977 založena Komise pro využití jógy v rehabilitaci. Od 80. let pak bylo jógové cvičení pravidelně používáno mezi osobami se zdravotním postižením. Účinek jógových cvičení se projevuje pouze při pravidelném cvičení. Jógová tradice obsahuje několik skupin cvičení, přičemž nelze ostře rozdělit cvičení tělesná a duševní. Zcela stručně je možno charakterizovat hlavní účinky tohoto přístupu takto:

- správně prováděné jógové cvičení je již od začátku příjemné, cvičenec je tedy k němu motivován jeho vlastní příjemností,
- vede k tělesné i duševní relaxaci,
- přispívá k lepšímu ovládnutí vlastního dechu,
- mírným drážděním kladně ovlivňuje i funkci vnitřních orgánů,
- protahuje zkrácené a posiluje oslabené svalstvo,
- vhodným sestavením a úpravou jednotlivých cviků lze cvičení přizpůsobit různému typu postižení i různému věku, aniž by bylo spojeno s rizikem.

Osvojení systému jógy přispívá k sebepoznání a mění vztah člověka k okolnímu světu. Těmito změněnými přístupy obvykle také ovlivňuje i subjektivně vnímanou kvalitu jeho života (VOTAVA, 2003).

Tělesná výchova v základních školách speciálních by měla prostřednictvím pohybových aktivit přispívat ke zmírnění důsledků mentálního postižení žáků. Dle jejich schopností je možno využít i některých prvků jógy, jejíž důležitou a nedílnou součástí tvoří i cviky relaxační. Tato cvičení jsou zařazována mezi zdravotní cviky a cvičení pro správné držení těla (dechová cvičení, uvolňovací cviky, relaxační cvičení a prvky jógy), cvičení obratnosti (stoj na jedné noze s oporou, bez opory, kolébka na zádech, přetáčení z lehu na zádech do lehu na břiše a zpět), koordinační cvičení (uvědomění si jednotlivých částí těla, uvědomělý pohyb končetin i se zavřenýma očima, cvičení pohybové koordinace) (KURSOVÁ, 2007 dle ŠVARCOVÉ, 1997).

#### **2.7.4 Zásady vedení cvičení osob s mentálním postižením**

Důležitým aspektem tvorby pohybových dovedností je sociální interakce, proto by každá tělovýchovná činnost (s výjimkou výše zmíněné jógy a hudebně pohybových aktivit) měla sledovat prvky kolektivních her a soutěží. Karásková radí k metodickým pokynům pro cvičení s mentálně postiženými:

- Důsledné dodržení zásady přiměřenosti cvičení, až na základě dobrého osvojení pohybové dovednosti je možno přikročit k náročnějšímu úkolu.
- Zajištění okamžité nápravy všech chyb a nepřesností ve cvičení, jestliže náprava chybí, pohybový návyk se vytváří obtížně či nevzniká vůbec.
- Předkládání konkrétních úkolů rozvíjejících cílevědomost činnosti.
- Východiskem osvojení pohybového úkolu je celek, po jeho osvojení je možno přejít ke zlepšování.
- Motorické činnosti je třeba individualizovat se zřetelem k neurodynamickému stavu jedince s mentálním postižením.
- Při plnění motorických úkonů dodržovat odpovídající tempo.

Proces vytváření pohybových dovedností je u jedinců s mentálním postižením záležitostí velmi složitou. Rozvoj motoriky souvisí zcela jednoznačně s rozvojem psychiky. Překonávání motorických deficitů prostřednictvím rozvoje pohybových aktivit tudíž ovlivňuje celkový psychický vývoj osob s mentálním postižením (KARÁSKOVÁ, 2004).

### **3 CÍLE A ÚKOLY**

#### **3.1 Cíl práce**

Cílem mé bakalářské práce bylo ověření vlivu vytvořeného pohybového programu na rozvoj osobnosti klientů s mentálním postižením v Ústavu sociální péče Slatiňany.

Jakožto dílčí cíle práce jsem sledovala úroveň motorické a sociální kompetence probandů před zahájením a následovně po ukončení aplikace programu.

V průběhu trvání programu jsem prováděla též metodu zaměřeného pozorování s cílem sledovat u probandů aktivitu, schopnost soustředění a udržení pozornosti, přístup k jednotlivým komponentám programu a celkový zájem o jeho absolvování.

#### **3.2 Úkoly práce**

Pro teoretickou a praktickou část bakalářské práce jsem si stanovila úkoly v následujícím pořadí:

1. Shromáždění širokého okruhu literatury a pramenného materiálu.
2. Obsahová analýza a syntéza odborných publikačních zdrojů.
3. Zjištění anamnestických údajů probandů.
4. Otestování motorické kompetence probandů pomocí jednoduché testové baterie (standardizované motorické testy).
5. Zjištění ukazatelů sociální kompetence (projektivní technika nedokončených vět).
6. Zařazení intervenčního programu do týdenního režimu ve stanoveném zařízení. Aplikace programu po dobu šestnácti týdnů.
7. Otestování motorických hodnot probandů po realizaci programu.
8. Zjištění výstupních sociálních ukazatelů.
9. Utřídění a vyhodnocení získaných dat.
10. Diskuse.
11. Stanovení závěrů.
12. Doporučení do praxe.

### **3.3 Odborné otázky**

Otázka č. 1

Předpokládám, že doporučený intervenční pohybový program bude realizovatelný v podmínkách Ústavu sociální péče Slatiňany.

Otázka č. 2

Předpokládám, že aplikace programu se projeví pozitivně v oblasti motorické kompetence sledovaného souboru osob.

Otázka č. 3

Předpokládám, že aplikace programu se projeví pozitivně v oblasti sociální kompetence sledovaného souboru osob.

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

### 4.1 Metodika

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala rozbořem prostudované literatury k zadanému tématu, tedy obsahovou analýzou a syntézou odborných publikačních zdrojů.

V praktické části jsem po získání anamnestických údajů jednotlivých probandů provedla nejprve zjištění jejich motorických ukazatelů pomocí standardizovaných testů pohybových schopností a dovedností. Dílčí testy (5 subtestů) byly zkompleťovány do testové baterie:

1. Stoj – stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla).

„Čapí“ stoj na jedné noze, ruce v bok, špička druhé nohy se dotýká stejné nohy v kolenní jamce vzadu, střídání: OP – stoj na pravé, oči otevřené, OL – stoj na levé oči otevřené, ZP – stoj na pravé, oči zavřené, ZL – stoj na levé, oči zavřené. Hodnocení: měří se sekundy od postavení do základní polohy do doby ztráty rovnováhy (opuštění špičky v kolenní jamce, dotek země), maximálně však 10 sekund v jedné pozici. Poslední hodnotou je součet sekund ze všech čtyř pozic, maximálně 40 sekund (KURSOVÁ, 2007 dle VÁLKOVÉ, 2000).

2. Dosah – dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře).

Sed na zemi, napjatá kolena, chodidla kolmo opřená o podložku, horní plocha podložky přesahuje vpřed o 15 cm, paže vpřed, jedna ruka je položena na hřbet ruky druhé. Z této polohy ohnutím zad dosahování co nejdál dopředu po povrchu podložky za rovinu opory chodidel. Plynule bez komíhání. Hodnocení: zapisují se cm plus při přesahu od bodu 0 (místo opory chodidel), cm minus při nedosáhnutí na bod 0 (KURSOVÁ, 2007 dle VÁLKOVÉ, 2000).

3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny).

Základní postavení: mírný stoj rozkročný, jedna paže ve vzpažení, druhá v zapažení, obě ohnuté v lokti. Testovaná osoba (dále jen TO) se snaží dotknout, popř. překrýt konce prstů obou rukou vzadu za tělem. Páskovou mírou

změříme vzdálenost mezi konci prstů obou rukou a výsledek vyjádříme v centimetrech (s přesností na 0,5 cm). Zkoušku opakujeme dvakrát v pozici pravá ruka nahoře a dvakrát v pozici levá ruka nahoře. Hodnotíme vždy příznivější výsledek. Záznam: překrývání prstů označíme znaménkem plus (+), jestliže se prsty nedotýkají, použijeme znaménko minus (-). Spolehlivost  $r_{stab} = 0,96$  (KURSOVÁ, 2007 dle MĚKOTY, BLAHUŠE, 1983).

#### 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti).

Test je určen dětem; překládají dvě prkénka o rozměru 25 cm x 25 cm, v rozích opatřená gumovými podložkami vysokými 3,7 cm. Pohybovým úkolem je hbité překládání a přestupování z jednoho prkénka na druhé takto: testovaná osoba (dále jen TO) stojí na prkénku č.1 – prkénko č.2 uchopí a položí vpravo stranou – přestoupí oběma nohama na prkénko č.2 – uchopí prkénko č.1 a položí je vpravo stranou – přestoupí oběma nohama na prkénko č.1 atd. TO si sama určí, zda bude překládat směrem vpravo nebo vlevo. Trvání zkoušky je 20 sekund. Jeden bod se započítává za každý poloviční cyklus (přemístění prkénka), dva body za celý cyklus (přemístění prkénka a přestoupení na něj). Test se opakuje dvakrát, body se sčítají. Spolehlivost  $r_{stab} = 0,94$  (KURSOVÁ, 2007 dle MĚKOTY, BLAHUŠE, 1983).

#### 5. Tyč – sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti).

Stoj na měkké, avšak pevné podložce (koberec), tyč v úchopu nadhmatem na šíři ramen vzadu za tělem. Posloupnost pohybů: ze stoje překročit tyč vpřed-dřep-sed-leh na záda, tyč ve vzpažení-sed-vztyk-překročení tyče vzad. Opakuje se 3x. Hodnocení: v sekundách od zahájení pohybu ze základního postoje do ukončení sestavy opět v základním postoji. Pomocné poznámky se týkají verbální dopomoci: 0 – samostatně provedená sestava, 1 – verbální dopomoc při zahájení opakování, 2 – verbální dopomoc v průběhu celé sestavy (KURSOVÁ, 2007 dle VÁLKOVÉ, 2000).

Dále jsem provedla otestování sociální kompetence probandů pomocí standardizované projektivní techniky zaměřené na sledování ukazatelů hodnotové orientace a vnitřní prožitkovosti dotazovaných. Pro zjišťování ukazatelů sociální kompetence jsem využila dle Válkové techniku „nedokončených vět“, která je řazena mezi projektivní metody. Použitá technika obsahuje 9 nedokončených vět a 3 přání. Klientům jsem předložila neurčité začátky vět, na které mi poté bezprostředně odpovídali. V průběhu testování jsem zaznamenávala autentické reakce probandů včetně agramatismů, projevů chování, nutnosti stimulace v průběhu šetření apod. Všichni testovaní klienti tuto formu práce bez potíží zvládli. Při sumarizaci obsahu výpovědí jsem pak provedla kategoriální analýzu. Odpovědi jsem zařazovala do čtrnácti kategorií (viz následující text). U každého sledovaného jedince byl maximální počet kategoriálních jednotek 12 (9 vět + 3 přání).

Pro potřeby mého experimentálního šetření kvalitativní povahy jsem použila rozdělení stanovených kategorií do dvou skupin dle Kursové: na tzv. „pozitivní“ (kategorie č. 1, 3, 4, 6, 10, 11, 12) a „negativní“ (kategorie č. 2, 5, 7, 8, 9, 13, 14).

Ukazatele sociálního učení (převzato z Válkové):

Pokyn:

1. Prosím, přečti klientovi hlasitě každý začátek věty a zapiš doslovně jeho odpověď. Abys preventivně vyloučil ovlivnění nebo odpovědi, o nichž si klient myslí, že je chceš slyšet, nedávej žádnou další informaci (jako „dobře“, „hm“, „opravdu“). Jestliže klient řekne „nevím“, pobídni ho, aby ještě chvíli přemýšlel. Jestliže je stále zaražený, pokračuj dále. K vynechaným větám se vrať až po dokončení pořadí. (Věty, k nimž ses vracel, zakroužkuj.)
2. Vysvětli, že to bude taková hra, kdy budeš říkat jen začátky vět a chceš, aby je klient dokončil podle toho, co ho hned napadne, co si myslí nebo co cítí a každá odpověď (dokončení, věta) jsou správné, protože jen na něm záleží, jaký má názor, co cítí, co chce vyjádřit. Hlavně je musí doplnit a já si je zapíši. Když je jasné, že porozuměl úkolu, začneme: „Jsi připraven? Tak tady je první.“
  1. Rád(a) bych.....
  2. Přeji si, abych.....

3. Kdybych tak.....
4. Doufám.....
5. Jsem.....
6. Nejraději bych.....
7. Nejlepší je, když.....
8. Lidé si myslí, že já.....
9. Někdy přemýšlím o.....
10. Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:
  - 1.....
  - 2.....
  - 3.....

(KURSOVÁ, 2007 dle VÁLKOVÉ, 2000)

Výklad kategorií:

1. ZVÍŘATA: vlastnit je, hrát si s nimi, pečovat o ně.
2. JÍDLLO (včetně sladkostí, zmrzliny): těšit se na ně, mít je v oblibě, chtít je, konzumovat či kupovat si je.
3. AKTIVITY BĚŽNÉ: hlavně kreslení-malování, práce (obecně i v konkrétní poloze), zpívání, vyšívání, zahradničení, poslech hudby, činnosti spojené s denním režimem a sebeobsluhou, zábavou (jít na ples, pouť, diskotéku), odpočívat, spát.
4. ORIENTACE NA VÝKON: mít tendenci něco dokázat, dokončit, naučit se něco, zvládnout něco, být úspěšný, nezklamat.
5. VĚCI (vlastnit je, přát si je): věci denní potřeby, pohádkové-kouzelné (kouzelný prsten, závoj, zlatou rybičku), hračky, věci nákladnější (magnetofon, auto, motorka, satelit).
6. DOMOV: být doma, provádět činnosti spojené s domovem a sourozenci, činnosti typické pro úzký rodinný život (chodit sám do města, mít svoje nádobí a sám si vařit, mít miminko, mít partnera, být s partnerem, založit rodinu, jít pryč odsud, být doma, být s rodinnými příslušníky), mít blízkého kamaráda.
7. POČASÍ: počasí, roční-denní doba: je pěkně, sluníčko, jaro atd.

8. **HYPERKRITICHNOST:** negativní (hostilní) hodnocení vlastní osoby okolím i sebou samým: hloupý, postižený, škaredý, tlustý, lžu, nemají mě rádi, kdybych raději nebyl, jsem sám.
9. **NEKRITICHNOST:** pozitivní až nadnesené hodnocení vlastní osoby sebou samým: chytrý, šikovný, pracovitý, hezký, ale také umím číst, psát.
10. **CHOVÁNÍ:** jsem hodný, poslušný, zlobivý, umím se slušně chovat, přemýšlet o sobě.
11. **AKTIVITY SPORTOVNÍ:** provádět sportovní činnosti včetně tance, cestování, výletů a vycházek, připravovat se na soutěže, mít sportovní potřeby.
12. **IDEÁLY:** pomáhat jiným, aby byl mír, lidé se nehádali, mít se dobře, spokojenost, ale i ideály nerealistické (lítat v kosmu, být Zlatovláskou, významnou osobností, něco vykouzlit), dále uvědomění si hodnoty zdraví vlastního i jiných.
13. **ABSTRAKTNÍ:** nezařaditelné obsahy: uvádění vlastního jména, inkoherentní a opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu s uvádějící myšlenkou: Jiří, jsem, jsem rád, jsem tady.
14. **NEVÍM.** (KURSOVÁ, 2007 dle VÁLKOVÉ, 2000)

Během mého praktického šetření (čtyřměsíční aplikace pohybového programu) jsem taktéž prováděla metodu zaměřeného pozorování s cílem sledovat u probandů aktivitu, schopnost soustředění a udržení pozornosti, přístup k jednotlivým komponentám programu a celkový zájem o jeho absolvování.

Po skončení vlastního intervenčního programu jsem u sledovaných osob provedla výstupní testy motorické a sociální kompetence a veškerá získaná data utřídila a vyhodnotila.

Vzhledem k faktu, že můj soubor tvořilo pouze sedm klientů Ústavu sociální péče Slatiňany v pásmu středně těžkého stupně mentálního postižení, u kterých bylo předpokládáno vyhovění nárokům kladených pohybovým programem, nemohla jsem k vyhodnocování dat použít statistické metody. Přistoupila jsem tedy k srovnání dílčích ukazatelů každého jednotlivého probanda před a po ukončení aplikace programu kvalitativním způsobem.

## **4.2 Charakteristika sledovaného souboru**

### **4.2.1 Popis zvoleného místa experimentálního šetření**

Základní myšlenkou stanovené bakalářské práce bylo ověření realizovatelnosti již vytvořeného intervenčního pohybového programu v podmínkách Ústavu sociální péče Slatiňany.

Tento program byl v rámci disertační práce Mgr. Vlasty Kursové, Ph.D., nazvané „Integrace osobnosti a podpora rozvoje zdraví u mentálně postižených jedinců pomocí pohybových aktivit“ ověřen v základních školách speciálních na klientech o věkovém průměru 14, 7 roku. V rámci mého šetření jsem tuto věkovou kategorii rozšířila i na biologicky dospělé jedince, klienty Ústavu sociální péče Slatiňany. V tomto zařízení, jehož chod jsem měla možnost poznat v rámci absolvování mé pedagogické praxe, mi bylo umožněno výše zmíněný pohybový program realizovat. Vyzkoušela jsem tak jeho účinky na jinak věkově i zaměřením situovaném vzorku osob, než tomu bylo v experimentálním šetření výše zmíněné disertační práce.

V době od zadání mé bakalářské práce na PF JU došlo ke změně názvu Ústavu sociální péče Slatiňany na Domov sociálních služeb Slatiňany. V jeho následujícím popisu užiji tedy i nyní aktuálního názvu.

Domov sociálních služeb Slatiňany je příspěvkovou organizací Pardubického kraje. Jedná se o zařízení sociálních služeb podle § 34 odst. 1 písm. d) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, které zajišťuje v hlavním předmětu činnosti podrobně vymezené sociální služby pro osoby s mentálním postižením a pro osoby s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým. Je rovněž zařízením pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy dětí a mládeže s mentálním postižením. Domov sociálních služeb (dále jen DSS) vznikl v roce 1926 a byl po ústavu pro "slabomyslné" děti v Opařanech u Tábora jediným zařízením tohoto typu v Čechách. Vznikl z iniciativy Kongregace Školských sester OSF. Již v roce 1926 sem bylo přijato prvních 50 dětí z ústavu v Opařanech. Sestry nejdříve absolvovaly speciální kurz pro výchovu dětí s mentálním postižením a odborný výcvik na dětském oddělení Nemocnice v Pardubicích. Domov byl zřízen Zemským úřadem podle smlouvy vypracované spolu s Kongregací.

Odborný dohled a vedení převzal MUDr. Karel Herfort z Prahy, který do zařízení pravidelně, jednou za měsíc, přijížděl. V roce 1936 byl Domov stavebně rozšířen a počet uživatelů stoupl na 240. V dostatečné vzdálenosti od budovy byl postaven také pavilon pro děti s infekčními chorobami. Roku 1949 došlo k podstatným změnám v řízení, budova i veškeré zařízení přešlo do majetku státu. Vedení převzal stát nejprve prostřednictvím České katolické Charity. Pracovní síly byly doplněny kvalifikovanými sestrami, které ze své školské činnosti přinesly mnoho nových impulsů. V roce 1960 zařízení přešlo, stejně jako ostatní sociální ústavy, pod jednotnou správu Státního úřadu sociálního zabezpečení a po stránce organizační i výchovné bylo řízeno z tohoto ústředí. Hospodářskou správu převzal odbor sociálního zabezpečení ONV Chrudim. Z dalšího vývoje domova je třeba se zmínit o začlenění zařízení do Okresního ústavu sociálních služeb v Chrudimi, který sdružoval pod jednou správou všechna sociální zařízení v okrese. Roku 1986 byl dán do provozu nový pavilon, aby se rozvolnily přeplněné místnosti původní budovy a vznikl tak dostatek prostoru pro výchovnou práci se svěřenými dětmi i pro správný úsek. Po roce 1990 se začalo v původní budově se stavebními úpravami tzv. rodinných buněk, aby každé oddělení uživatelů mohlo žít jako samostatná bytová jednotka. V návaznosti na stavební úpravy došlo v roce 1992 k podstatné změně v uspořádání běžného života uživatelů domova. Klasická ústavní zdravotní oddělení („horší uživatelé“) a výchovná oddělení („lepší uživatelé“) byla zrušena a nahrazena „rodinami“ ubytovanými v již zmíněných rodinných buňkách. V každé rodinné buňce spolu žijí uživatelé různého věku a různého stupně postižení. Pocit „rodiny“ umocňuje i skutečnost, že o každou z nich pečuje stálý pečovatelský personál. Podobně jako v běžné rodině, tak i v rodinné buňce DSS odcházejí někteří její členové přes den do školy (třídy základní školy speciální), do výchovných a pracovních aktivit (výchovné, pracovní výchovné a pracovní skupiny), jiní do práce (chráněné dílny, zácviková pracoviště, pracovní uplatnění na volném trhu práce). V rodinné buňce nepřetržitě zůstávají jen uživatelé s nejtěžším postižením, ti, kteří vyžadují nejvyšší míru podpory a pomoci personálu. Odpoledne se zase všichni vracejí „domů“ – do svých rodinných buněk. Dalším významným mezníkem v životě domova bylo otevření tzv. Slunečního domu v roce 1996. Zde je realizován projekt chráněného bydlení a pracovního uplatnění uživatelů DSS v chráněných dílnách.

Pozoruhodný je tento projekt i po stránce technické, je totiž celoročně vytápěn sluneční energií včetně ohřevu teplé užitkové vody a je zde instalována i malá fotovoltaická elektrárna. Roku 2003 se stává zřizovatelem domova Pardubický kraj. K rozšíření a tím i ke zkvalitnění ubytovacích možností přispělo v roce 2004 otevření dalšího objektu v areálu Slunečního domu. V rekonstruované budově bývalého hospodářského stavení vznikly nové skladové prostory chráněných dílen a 3 byty, které slouží pro ubytování 14 uživatelů. Pro vytápění a ohřev užitkové vody byl v tomto případě realizován další ekologický projekt – spalování biomasy. Ani hlavní areál DSS není bez technických zajímavostí, celý objekt zásobuje voda z vlastního zdroje a zařízení si dále vyrábí 65 % vlastní elektřiny v kogeneračních jednotkách. Proces transformace poskytovaných sociálních služeb pokračoval v DSS v roce 2006, kdy byl slavnostně otevřen nový areál 4 dvoupodlažních domků rodinného typu s bezbariérovým přízemím. V každém z nich bydlí 9 uživatelů v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Domy jsou koncipovány tak, aby po stavebně technické stránce plně respektovaly nejenom platné standardy kvality poskytovaných sociálních služeb, ale i další nároky kladené na moderní bydlení. Výrazným krokem k integraci obyvatel domova do života ve městě bylo v prosinci 2006 otevření plavecko – rehabilitačního vyhřívaného bazénu, dobudovaného za výrazné finanční pomoci EU, který využívají kromě klientů domova i žáci mateřské školy ve Slatiňanech. V současné době zabezpečuje DSS denní a celoroční pobyty pro 300 uživatelů – děti, mládež a dospělé s mentálním postižením a pro osoby s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým. Rodinné zázemí mají uživatelé zajištěno v rodinných buňkách, sociálně nejzdatnější pak v chráněném bydlení za podpory osobních asistentů. DSS dále poskytuje a zajišťuje potřebnou zdravotní, rehabilitační a ošetrovatelskou péči pod vedením odborných lékařů – pediatra, praktického lékaře, stomatologa, pedopsychiatra, neurologa, dermatologa aj. Svým klientům nabízí taktéž širokou škálu terapií – v Centru denních aktivit DSS mohou využívat kuličkový bazén, účastní se muzikoterapie a ergoterapie v keramické dílně, v dílně na výrobu parafínových svíček, dílně na pletení košíků či v dílně na výrobu předmětů z papíroviny. Dalšími velmi atraktivními terapiemi jsou canisterapie, koupání v plavecko – rehabilitačním bazénu a pedagogické ježdění na koních, o které se uživatelé zároveň s pomocí personálu DSS starají. V Domově je

zajišťována výchovně vzdělávací činnost – systém celoživotního vzdělávání je zde realizován ve třídách základní školy speciální, individuální rozvoj osobnosti uživatelů probíhá i v pracovních terapeutických dílnách, ve skupinách činnostních terapií, ve skupinách individuálně výchovné péče a v chráněných dílnách. Výchovně vzdělávací proces je zajištěn i pro uživatele se specifickými potřebami – speciální skupiny pro klienty s autistickými rysy, pro klienty s poruchami chování apod. Tyto aktivity DSS probíhají v souladu s individuálními schopnostmi uživatelů na základě doporučení pracovníků diagnosticko – metodického oddělení Domova (psychologů, speciálních pedagogů a logopedů). DSS podporuje a zabezpečuje přípravu a zapojení uživatelů do pracovního procesu v chráněných dílnách, podporovaném zaměstnávání nebo na volném trhu práce. Svým klientům nabízí také široký výběr zájmové a rekreační činnosti. Významné úspěchy v regionálních i celostátních soutěžích zaznamenávají členové sportovního klubu POHODA, tanečního kroužku STEP, pěveckého a výtvarného kroužku. DSS organizuje své tradiční tábory a rekreační pobyty v ČR i zahraničí, pořádá pravidelné diskotéky, sportovní soutěže, karnevaly, výlety apod. Uživatelé se účastní kulturních pořadů ve městě a sportovních a kulturních akcí v rámci ČR i jednotlivých regionů, jako jsou plesy, divadelní představení, výstavy, atd. Závěrem lze tedy shrnout, že DSS poskytuje svým uživatelům celkovou podporu při jejich začleňování do běžného života, a to jak po stránce využívání vnějších služeb a vytváření přirozených sociálních vztahů, tak po stránce jejich společenského a pracovního začlenění (DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SLATIŇANY, on-line, 2010).

#### 4.2.2 Anamnestické a somatoskopické údaje jednotlivých probandů

Můj sledovaný soubor tvořilo 7 klientů zařízení ve věku 14 - 37 let, které jsem vybrala na základě předpokladu splnění nároků kladených ověřovaným pohybovým programem. Všichni se nacházejí v pásmu středně těžkého mentálního postižení a jsou pravoruké orientace.

##### **Klient č. 1**

**P. B.**

Anamnestické údaje:

Datum narození: 20. 4. 1983

Pohlaví: žena

Charakter postižení: DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ: 40 (r. 2005)

Vzdělání: Základní škola speciální, Běstvína, 10 let

V péči ústavu: ÚSP Slatiňany od 4. 6. 1991

Projevy: hyperkinetické rysy

Poznámky: členka tanečního souboru

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk: 26 let

Výška: 159 cm

Váha: 53, 2 kg

**Klient č. 2                      M. K.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        15. 12. 1983

Pohlaví:                      žena

Charakter postižení:    DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                    38 (r. 2009 dle Binet T-M)

Vzdělání:                    Základní škola speciální Běstvína, 9 let

V péči ústavu:            ÚSP Slatiňany od 3. 6. 1987

Projevy:                    emoční labilita

Poznámky:

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                            26 let

Výška:                        164 cm

Váha:                          70 kg

**Klient č. 3                      K. O.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        4. 5. 1995

Pohlaví:                      žena

Charakter postižení:    DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                    49 (r. 2007 dle Binet T-M)

Vzdělání:                    Základní škola speciální, Chrudim (aktuálně žákyně 4.ročníku)

V péči ústavu:            ÚSP Slatiňany od 24. 10. 2000

Projevy:

Poznámky:                    členka tanečního souboru

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                            14 let

Výška:                        162 cm

Váha:                          55 kg

**Klient č. 4                      M. S.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        20. 12. 1980

Pohlaví:                      muž

Charakter postižení:    DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                    48 (r. 2009 dle Binet T-M)

Vzdělání:                    Odborné učiliště a Praktická škola, Chroustovice

V péči ústavu:            ÚSP Slatiňany od 12. 8. 1986 ze ZDD Hradec Králové

Projevy:                    do 7 let věku problémy s komunikací, postupné zlepšení

Poznámky:                  zaměstnán v MŠ v Chrudimi

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                            29 let

Výška:                        168 cm

Váha:                         65 kg

**Klient č. 5                      V. Š.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        13. 1. 1994

Pohlaví:                      žena

Charakter postižení:    DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                    46 (r. 2007 dle Binet T-M)

Vzdělání:                    Základní škola speciální, Chrudim (aktuálně žákyně 5.ročníku)

V péči ústavu:            ÚSP Slatiňany od 25. 11. 2002

Projevy:                    porucha výslovnosti (dyslalie)

Poznámky:

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                            15 let

Výška:                        161 cm

Váha:                         53, 5 kg

**Klient č. 6                      V. Z.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        29. 9. 1983

Pohlaví:                      žena

Charakter postižení: DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                      41 (r. 2005 dle Binet T-M)

Vzdělání:                      Odborné učiliště a Praktická škola, Chroustovice

V péči ústavu:              ÚSP Slatiňany od 3. 6. 1987

Projevy:                      hysterické rysy, emoční výkyvy, maniodepresivní sklony

Poznámky:                      členka tanečního souboru

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                              26 let

Výška:                          159 cm

Váha:                            59, 1 kg

**Klient č. 7                      V. Ž.**

Anamnestické údaje:

Datum narození:        20. 3. 1972

Pohlaví:                      muž

Charakter postižení: DMO (středně těžký stupeň mentálního postižení)

Pásmo IQ:                      48 (r. 2005 dle Binet T-M)

Vzdělání:                      Odborné učiliště a Praktická škola, Chroustovice

V péči ústavu:              ÚSP Slatiňany od 21. 4. 1989

Projevy:

Poznámky:                      sólista tanečního souboru, zaměstnán v MŠ v Chrudimi

Somatoskopická měření v době aplikace programu:

Věk:                              37 let

Výška:                          167 cm

Váha:                            62 kg

#### 4.3 Organizace experimentálního šetření

Ústav sociální péče (Domov sociálních služeb) Slatiňany a některé z jeho klientů jsem měla možnost poznat již během mé první pedagogické praxe v rámci studia PF JU, domnívala jsem se tedy, že by zde bylo možno daný pohybový program realizovat. V době volby zadání bakalářské práce jsem proto oslovila zástupkyni ředitele a zároveň vedoucí výchovy zde a požádala ji o pomoc při sestavení vhodného souboru osob, které by mohly stanovený program absolvovat v co největší možné šíři. Společně jsme vybraly 7 klientů ÚSP (DSS) se středně těžkým stupněm mentálního postižení. Tento vzorek nemohl být obsáhlejší z toho důvodu, že drtivou většinu uživatelů ÚSP (DSS) tvoří klienti s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení, provázeného též postižením pohybovým či smyslovým, u nichž by bylo možno program aplikovat pouze s určitými úpravami a při vyšším počtu edukátorů. Toto však nebylo tématem mé bakalářské práce, v níž se zabývám právě uvedeným pohybovým programem a jeho konkrétními účinky na skupinu osob, které jej absolvovaly tak, jak byl vytvořen. V doporučení do praxe však odkazuji na možnost využití programu i v širším měřítku ÚSP (DSS), bude-li přizpůsoben možnostem, schopnostem a potřebám jeho klientů pod vedením adekvátního počtu s ním seznámených realizátorů.

Po navázání kontaktů se skupinou účastníků pohybového programu a zjištění jejich anamnestických ukazatelů (datum narození, pohlaví, charakter postižení, pásmo IQ, dosažené vzdělání, rodinné zázemí, projevy) jsem v dopoledních hodinách dne 26. 10. 2009 provedla vstupní šetření, které zahrnovalo somatoskopická měření (věk, výška, tělesná hmotnost) a realizaci vstupních testů motorické a sociální kompetence. Tyto zahrnovaly vstupní psychomotorické testy v následujícím pořadí:

1. stoj na jedné noze (test rovnováhy a statické koordinace celého těla, laterální rovnováha),
2. dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře),
3. dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivost horní končetiny),
4. překládání prkének stranou s přestupováním (test obratnosti a zručnosti),
5. sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti).

Dále jsem provedla stanovení ukazatelů sociální kompetence probandů formou jednoduché projektivní techniky „nedokončených vět“, která je zaměřena především na zjištění hodnotové orientace a úrovně vnitřní prožitkovosti dotazovaných.

Po ukončení vstupního testování jsem stanovila společně s účastníky programu jeho časový harmonogram. Neboť má skupina zahrnovala jak žáky základní školy speciální, tak i osoby činné v pracovním procesu s odlišnou pracovní dobou, dohodli jsme se na zavedení jednotlivých cvičebních jednotek programu vždy o víkendu, konkrétně každou neděli odpoledne od 13.00 do 15.00.

Vytvořený intervenční pohybový program je složen z pěti částí s různým tematickým zaměřením. Každá z těchto složek pak obsahuje 4 cvičební jednotky. Rozvrhla jsem si dobu trvání programu na zhruba 16 týdnů a přistoupila k jeho vlastní realizaci.

První cvičení proběhlo v neděli 1. 11. 2009 ve stanoveném čase 13.00 – 15.00. Zahájili jsme je úvodní částí programu s názvem „Poznáváme se“ rozcvíčkou, psychomotorickými cvičeními s míčem, poznávacími hrami v kruhu a cvičeními s plachtou. Poté jsme pokračovali několika hrami na vnímání vlastního těla a hudebními pohybovými aktivitami jako např. vytleskáváním rytmu vlastního srdce, slabik, atd. Zakončili jsme nácvikem plného jógového dechu a postupnou relaxací celého těla. Všichni členové skupiny se cvičení zúčastnili v jeho plné míře, s nadšením a příjemným pocitem seznámení se s novými aktivitami a novou formou trávení svého volného času. Shodli se, že na naše další společné cvičení ve stejnou dobu opět za týden se všichni budou těšit a určitě přijdou.

V neděli 8. 11. jsme pak pokračovali v podobném duchu, tedy společnou úvodní rozcvíčkou, psychomotorickými hrami a několika cvičeními na koordinaci částí těla, jako např. pokládání karet na jednotlivé části těla spolucvičence. Navíc jsme přidali „sluníčkový pozdrav po obvodu kruhu“ (tímto jsme si poté již zvykli zahajovat každé z našich následujících cvičení) a některé lehčí jógové ásany. Zakončili jsme velice oblíbenou relaxací. V neděli 15. 11. jsme po úvodním pozdravu a rozcvíčce procvičovali jógový dech a nové ásany, zahájili jsme jógovou sestavu „Pozdrav slunci“.

V neděli 22. 11. jsme začali s druhou částí programu nazvanou „Spolupráce“, a to velmi úspěšnými psychomotorickými hrami s míči a cvičeními sociální interakce, např. hrou na rodinu či na auto a opraváře, která taktéž sklídila velký úspěch. Vnímání vlastního těla jsme tentokrát procvičovali hrou s pokládáním kolíčků, které jsme pak využili i k nácviku správného dýchání formou jejich stisků a uvolňování. Zakončili jsme opět opakováním jógových pozic a relaxací. V neděli 29. 11. jsme po již bravurním úvodním pozdravu pokračovali v druhé části programu hudebními pohybovými aktivitami, tentokrát seznámením se základními kroky aerobiku. Ti z účastníků programu, kteří navštěvují taneční soubor, některé z nich už znali a společně se mnou pak pomáhali v jejich úspěšném zvládnutí i ostatním členům skupiny. Pro oddech jsme poté zvolili nácvik nové jógové relaxace – obrácené šávásany a závěrem jsme zopakovali oblíbenou relaxaci s navozením představy šumění lesa s vůní stromů. Tu jsme ukončili hlubokými výdechy a nádechy, postupným rozhýbáním a přechodem do některého jógového sedu se zpěvem slabiky „ÓM“ a následným rozprouděním tepla pomocí tření zavřených očí zahrátými dlaněmi. Tato část cvičení se brzy stala mezi účastníky programu velmi populární.

V neděli 6. 12. jsme zahájili třetí část programu s názvem „Harmonie“ hrami s barevnými čtvrtkami, tedy zejména procvičením správného vnímání jednotlivých barev, pokračovali několika hudebními pohybovými cvičeními na prostorovou orientaci a zakončili nácvikem nových jógových ásan, další částí sestavy „Pozdrav slunci“ a oblíbenou závěrečnou relaxací. Neděle 13. 12. pak byla naším posledním cvičením v roce 2009 neboť následující týden se již někteří z členů skupiny rozjížděli ke svým rodičům či příbuzným strávit spolu s nimi nadcházející vánoční svátky. Požádala jsem své klienty o nakreslení obrázků s motivem sluníčka (viz Příloha č. 1) a společně jsme též vybarvili jednoduché mandaly. Zahráli jsme si několik her s barevnými čtvrtkami a figurkami, hru na společné zvířecí dvojice a zakončili klasicky jógovými ásanami a relaxací.

V novém roce jsme se sešli poprvé v neděli 3. 1. 2010, kdy se všichni členové skupiny již navrátili zpět do místa svého pobytu v zařízení. Po uvítání a společném úvodním pozdravu jsme si zahráli některé z nejoblíbenějších psychomotorických her, připomněli si procvičované jógové ásany, relaxace a sestavu „Pozdrav slunci“.

V neděli 10. 1. jsme ukončili třetí část programu zvládnutím dalších základních kroků aerobiku, procvičením všech typů jógového dýchání i plného jógového dechu, několika novými ásanami a relaxací, tentokrát nácvikem „tygří pozice“.

V neděli 17. 1. jsme započali se čtvrtou částí programu nazvanou „Přátelství, láska“. Po obvyklém úvodním „sluníčkovém pozdravu“ jsme se rozsadili do kruhu a vyslovovali svá přání, na toto téma klienti také nakreslili obrázky. Zahráli jsme si několik her na sociální interakci, např. na zrcadlové dvojníky či indiány. Poté proběhl štafetový závod s přenášením míčku v kelímku a cvičení jsme opět zakončili jógou a relaxací. V neděli 24. 1. jsme pokračovali ve čtvrté části programu přípravou ozdobných ovocných talířů do kruhu, dělením ovoce na jednotlivé dílky každý vyjádřil přání podělit se o něco s ostatními členy skupiny. Pobavili jsme se několika společnými psychomotorickými hrami s plachtou, hudebními pohybovými aktivitami ve dvojicích a dokončili jógovou sestavu „Pozdrav slunci“. Cvičení jsme jako již tradičně završili relaxací. Neděle 31. 1. proběhla v duchu tanečním, prováděli jsme různé krokové variace na odlišné typy hudby, klienti plnili jim zadané taneční a pohybové úkoly, společně jsme si také zazpívali. Zakončili jsme opět relaxací.

V neděli 14. 2. jsme otevřeli poslední, pátou část programu s názvem „Radost ze života“. Po úvodním pozdravu jsme zahájili již zvládnutou sestavou „Pozdrav slunci“, pokračovali protažením formou několika jógových ásan a psychomotorickými cvičeními na zahradu a sad. Z kolíčků jsme společně vytvořili obraz slunce a rozloučili se relaxací. V neděli 21. 2. jsme pokračovali opět jógou a psychomotorickými hrami, tentokrát v rychlejším tempu, honičkou mezi rozloženými barevnými papíry a novinami a hrou na kouzelné stromy. Ukončili jsme relaxací, tentokrát s navozením představy zahřívání slunečními paprsky. Poslední cvičení proběhlo v neděli 28. 2., kdy jsme se po „sluníčkovém pozdravu“ vrátili zpět k nejúspěšnějším a nejoblíbenějším psychomotorickým hrám. Proběhly taktéž úspěšné soutěže ve slalomu družstev a závěrem jsme si zopakovali procvičované jógové ásany. Vyzkoušeli jsme i tzv. „kosmický tanec“ (kývání ze strany na stranu ve vlastním rytmu). Rozloučili jsme se uvolněním, kdy si každý zvolil svou nejpohodlnější relaxační polohu a navodili jsme představu zářícího „diamantu srdce“ uvnitř těla, symbolu lásky a porozumění.

Závěrem jsme se s účastníky programu shodli na faktu, že naše společná cvičení si všichni za dobu jejich trvání velmi oblíbili a rádi by v započatém díle pokračovali i nadále.

Po ukončení čtyř měsíců aplikace pohybového programu jsem dne 3. 3. 2010 v dopoledních hodinách, tedy ve stejné denní době jako tomu bylo u vstupního šetření, provedla výstupní měření všech probandů opět formou testování ukazatelů motorické a sociální kompetence. Výsledky všech testů jsem utřídila a kvalitativně vyhodnotila.

## 5 VÝSLEDKY A DISKUSE

Výsledky testování mnou sledovaného souboru sedmi osob, které se zúčastnily ověřování účinnosti zadaného intervenčního pohybového programu nelze z důvodu nízkého počtu účastníků experimentálního šetření statisticky vyhodnotit, přistoupila jsem tedy v této práci pouze ke kvalitativnímu vyhodnocení komparativního charakteru, tedy k srovnání výsledků testování jednotlivých probandů před a po aplikaci programu. U jednotlivých účastníků jsem též prováděla zaměřené pozorování během celé doby trvání programu.

Nyní přistupuji k vyhodnocení výsledků testů motorické a sociální kompetence jednotlivých probandů a k závěrům jednotlivých zaměřených pozorování.

### Klient č. 1 P. B.

Tabulka č. 2: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 9 sec          | 10 sec          |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 8 sec          | 9 sec           |
|                                                                    | <u>Součet</u>                         | 37 sec         | 39 sec          |
|                                                                    |                                       |                |                 |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 5 cm         | + 7 cm          |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | - 10 cm        | - 5 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | - 10 cm        | - 6 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 6 bodů         | 12 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 12 bodů        | 16 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 21 sec         | 20 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Z výsledků testů motorické kompetence klienta č. 1 je zřejmé, že mezi zahájením a ukončením programu došlo ke zlepšení ve všech měřených oblastech. Nejpatrnější rozdíl ukazuje měření v testu č. 4, je tedy evidentní, že největšího zlepšení bylo u klienta č. 1 dosaženo v obratnosti a zručnosti. Zároveň se projevilo též určité zlepšení v ohebnosti páteře i v pohyblivosti horních končetin, zejména u pravé ruky. Nejméně ovlivněna byla u klienta č. 1 rovnováha a koordinace těla a motorická paměť. Vzhledem k věku klienta (26 let) považuji výsledky v testu motorické kompetence za velmi dobré.

Tabulka č. 3: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 3 +                               | 3 +                                |
| 2.               | 11 +                              | 12 +                               |
| 3.               | 6 +                               | 4 +                                |
| 4.               | 13 -                              | 3 +                                |
| 5.               | 8 -                               | 10 +                               |
| 6.               | 11 +                              | 11 +                               |
| 7.               | 2 -                               | 3 +                                |
| 8.               | 8 -                               | 9 -                                |
| 9.               | 8 -                               | 6 +                                |
| 10.              | 12 +                              | 4 +                                |
| 11.              | 5 -                               | 6 +                                |
| 12.              | 1 +                               | 12 +                               |

Dle srovnání ukazatelů sociální kompetence před a po aplikaci intervenčního programu došlo u klienta č. 1 ke kladnému posunu v psychosociální oblasti, a to zejména v projevu většího zájmu o dění kolem sebe a o své okolí. Byl zde též zaznamenán významný ústup od negativního sebehodnocení (pouze v jednom případě směrem k nekritičnosti, v ostatních bodech je jasně patrný posun ke kladnému hodnocení). Celkově u klienta č. 1 došlo k pozitivnímu ovlivnění emoční stránky osobnosti a ke kladné změně v sociálním chování ke svému okolí.

Zaměřené pozorování:

Tato klientka je nesporně velmi pohybově nadaná, ale taktéž dosti svérázná. Období aktivity a živého zájmu o dění kolem se v průběhu mého čtyřměsíčního působení u klientky střídala s obdobími pouze pasivního přihlížení. Zájem tedy zpočátku nevyrovnaný, pozornost kolísavá, postupně však dochází k ústupu „záporných“ období ve prospěch „kladných“, tedy k prodloužení a zvýraznění intervalů aktivního přístupu k programu. Větší míru zájmu projevovala klientka o pohybové hry, hudební a rytmické aktivity a tanec, o jógová cvičení jevila zájem již menší. Vzhledem k věku je však celkové zlepšení v sledovaných oblastech u této klientky jasně patrné.

**Klient č. 2                      M. K.**

Tabulka č. 4: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 9 sec          | 9 sec           |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 8 sec          | 9 sec           |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | <u>Součet</u>                         | <u>33 sec</u>  | <u>34 sec</u>   |
|                                                                    |                                       |                |                 |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 5 cm         | + 10 cm         |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | + 4 cm         | + 5 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | + 4 cm         | + 5 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 8 bodů         | 10 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 12 bodů        | 14 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 29 sec         | 23 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Ze srovnání výsledků motorické kompetence klienta č. 2 na počátku a po ukončení programu lze usuzovat na jeho největší podíl v zlepšení obratnosti a zručnosti, taktéž koordinace těla, motorické paměti a ohebnosti páteře. Menšího zlepšení pak bylo dosaženo v aktivní pohyblivosti horní končetiny (stejně u pravé i levé paže) a v rovnováze celého těla. Komplexně prokázala aplikace programu u klienta č. 2 kladný účinek na všechny sledované oblasti motoriky.

Tabulka č. 5: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 7 -                               | 11 +                               |
| 2.               | 13 -                              | 12 +                               |
| 3.               | 13 -                              | 11 +                               |
| 4.               | 13 -                              | 12 +                               |
| 5.               | 9 -                               | 3 +                                |
| 6.               | 3 +                               | 11 +                               |
| 7.               | 6 +                               | 6 +                                |
| 8.               | 9 -                               | 3 +                                |
| 9.               | 14 -                              | 13 -                               |
| 10.              | 5 -                               | 6 +                                |
| 11.              | 5 -                               | 4 +                                |
| 12.              | 3 +                               | 11 +                               |

Srovnání ukazatelů sociální kompetence před a po absolvování programu prokázalo u klienta č. 2 jasně patrnou změnu v postoji k vlastnímu životu, konkrétně markantní zvýšení zájmu o sportovní a pohybové aktivity. Dále je zde zřetelný posun k uznání nejvyšších hodnot v přání zdraví a spokojeného života sobě i ostatním lidem, za zmínku stojí též průkazně zvýšená orientace na vlastní výkon a snaha docílit kladných reakcí okolí vůči své osobě. Celkově měla aplikace programu u klienta č. 2 jednoznačně kladný vliv na duševní i společenskou oblast života.

#### Zaměřené pozorování:

Klientka od počátku velice snaživá a aktivní, projevoval zájem o program i snahu o zapojení se do veškerých nabízených činností. Výkony však podávala nevyrovnané, v určitých projevech je zde patrna úroveň spodní hranice pásma středně těžkého mentálního postižení. Postupem doby trvání programu však bylo u klientky možno vypořádat nárůst sebejistoty a zdravého sebevědomí, taktéž byla zřetelná její lepší orientace ve skupině i v prováděných aktivitách. S blížícím se závěrem programu se projevilo markantní zvýšení zájmu o sport a pohybové aktivity. Zlepšení nastalo ve všech sledovaných oblastech.

Klient č. 3

K. O.

Tabulka č. 6: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 6 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 4 sec          | 5 sec           |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 4 sec          | 4 sec           |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 4 sec          | 4 sec           |
|                                                                    | <b>Součet</b>                         | <b>18 sec</b>  | <b>21 sec</b>   |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 5 cm         | + 10 cm         |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | + 1 cm         | + 3 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | + 1 cm         | + 2 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 6 bodů         | 10 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 8 bodů         | 10 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 54 sec         | 27 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Dle srovnání výsledků prováděných testů motorické kompetence před a po aplikaci intervenčního programu se u klienta č. 3 projevil jeho kladný vliv ve všech sledovaných oblastech. Největší zlepšení prokázal klient v testu motorické paměti spolu s koordinací těla, dále v ohebnosti páteře, obratnosti a zručnosti. Posílena zde byla i rovnováha těla (v tomto případě však pouze se zrakovou kontrolou), malé zlepšení zaznamenala i aktivní pohyblivost horní končetiny (více u pravé paže). Vzhledem k nízkému věku klienta č. 3 (14 let) považuji výsledky testů za velmi slibné, zejména výrazné zvýšení kapacity motorické paměti zde ukazuje na jistý osobní potenciál, který by bylo možno do budoucna správným vedením dále rozvíjet.

Tabulka č. 7: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 11 +                              | 11 +                               |
| 2.               | 3 +                               | 12 +                               |
| 3.               | 4 +                               | 4 +                                |
| 4.               | 7 -                               | 11 +                               |
| 5.               | 11 +                              | 11 +                               |
| 6.               | 3 +                               | 11 +                               |
| 7.               | 3 +                               | 12 +                               |
| 8.               | 9 -                               | 10 +                               |
| 9.               | 13 -                              | 3 +                                |
| 10.              | 5 -                               | 12 +                               |
| 11.              | 3 +                               | 3 +                                |
| 12.              | 3 +                               | 5 -                                |

Po srovnání ukazatelů sociální kompetence klienta č. 3 před zahájením a po ukončení programu je jasně zřetelné výrazné zvýšení zájmu o pohybové aktivity a dění kolem sebe, kladný posun v hodnotové orientaci i zlepšení sociálního chování.

Zaměřené pozorování:

V počátečních fázích programu se tato klientka jevila jako nepříliš výrazná, nesmělá, neprojevující se mezi ostatními. Poměrně těžkopádná, motoricky spíše neobratná. V rozhodování váhavá. Postupem času se ale začíná nápadně zvyšovat její zájem o program, a s tím i výrazně aktivita a rychlost. Její projev se stává celkově otevřenějším a výraznějším, zlepšení je pak jasně patrné ve všech sledovaných oblastech, zejména v motorické kompetenci. Změnu k lepšímu zaznamenala taktéž komunikace klientky s ostatními členy skupiny i se mnou. Ve druhé polovině programu se začíná projevovat jakožto velice výrazná osobnost a svou aktivitou se prosazovat i jako jedna z vůdčích postav kolektivu.

Klient č. 4

M. S.

Tabulka č. 8: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 9 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | <u>Součet</u>                         | <u>33 sec</u>  | <u>32 sec</u>   |
|                                                                    |                                       |                |                 |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 5 cm         | + 6 cm          |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | + 4 cm         | + 7 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | + 4 cm         | + 6 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 8 bodů         | 12 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 12 bodů        | 16 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 29 sec         | 23 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Dle výsledků testů motorické kompetence před a po aplikaci programu bylo u klienta č. 4 zaznamenáno nejvýraznější zlepšení v oblasti obratnosti a zručnosti, dále pak též v koordinaci těla a motorické paměti. Test č. 3 prokázal vyšší pohyblivost horních končetin, zejména pravé paže. Nejmenšího (i když patrného zlepšení) pak bylo zaznamenáno v ohebnosti páteře a rovnováze těla. Vzhledem k věku (29 let) a charakteru postižení klienta se domnívám, že jde o naprosto vynikající výsledky v oblasti parametrů jeho motorické kompetence.

Tabulka č. 9: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 12 +                              | 4 +                                |
| 2.               | 3 +                               | 11 +                               |
| 3.               | 4 +                               | 11 +                               |
| 4.               | 7 -                               | 11 +                               |
| 5.               | 14 -                              | 10 +                               |
| 6.               | 6 +                               | 3 +                                |
| 7.               | 13 -                              | 10 +                               |
| 8.               | 9 -                               | 9 -                                |
| 9.               | 14 -                              | 6 +                                |
| 10.              | 6 +                               | 6 +                                |
| 11.              | 5 -                               | 4 +                                |
| 12.              | 3 +                               | 5 -                                |

V oblasti sociální kompetence lze u klienta č. 4 konstatovat po absolvování programu změny v pozitivním směru, a to zejména v nárůstu zájmu o pohybové aktivity a ve zvýšení potřeby kladného hodnocení svého chování druhými osobami. Postřehnutelná je i vyšší orientace na vlastní výkon a snaha být prospěšný svému okolí. Celkové zlepšení v osobním prožívání i sociálním chování.

#### Zaměřené pozorování:

Klient od počátku veselý, bezproblémový, velice aktivně přistupující ke všem prováděným činnostem v rámci programu. Po celou dobu trvání programu dobře spolupracoval se mnou i s ostatními členy kolektivu, nebylo nutno jej k žádným aktivitám pobízet. Vzhledem k věku považuji zlepšení klienta ve všech sledovaných oblastech za velmi výrazné. Vliv aplikovaného programu na zlepšení kvality jeho života je tudíž nesporný.

Klient č. 5

V. Š.

Tabulka č. 10: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 8 sec          | 9 sec           |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 8 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 6 sec          | 8 sec           |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | <u>6 sec</u>   | <u>6 sec</u>    |
|                                                                    | <b>Součet</b>                         | <b>28 sec</b>  | <b>31 sec</b>   |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 5 cm         | + 10 cm         |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | - 10 cm        | - 8 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | - 15 cm        | - 14 cm         |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 8 bodů         | 14 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 12 bodů        | 14 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 31 sec         | 24 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

V motorické kompetenci klienta č. 5 prokázalo srovnání výsledků testů prováděných před a po absolvování programu vyrovnané zlepšení obratnosti a zručnosti, dále pak lepší koordinaci celého těla i vyšší kapacitu motorické paměti. Projevilo se zde i výrazné zvýšení ohebnosti páteře a zlepšení pohyblivosti horních končetin. Nejmenšího zlepšení bylo zaznamenáno v udržení rovnováhy těla.

Tabulka č. 11: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 3 +                               | 4 +                                |
| 2.               | 13 -                              | 3 +                                |
| 3.               | 11 +                              | 4 +                                |
| 4.               | 13 -                              | 11 +                               |
| 5.               | 9 -                               | 11 +                               |
| 6.               | 3 +                               | 11 +                               |
| 7.               | 6 +                               | 12 +                               |
| 8.               | 11 +                              | 10 +                               |
| 9.               | 14 -                              | 3 +                                |
| 10.              | 5 -                               | 4 +                                |
| 11.              | 3 +                               | 3 +                                |
| 12.              | 14 -                              | 11 +                               |

V oblasti sociální kompetence projevil klient č. 5 dle srovnání výsledků testů před a po aplikaci programu jednoznačný posun svých životních priorit směrem k orientaci na pohyb a sport, dále pak snahu o zdravý, klidný a harmonický život. Patrné je zde též zvýšení zájmu o poskytování pomoci a podpory ostatním, zájmu o své okolí a život kolem sebe. V neposlední řadě zřetelně vzrostla u klienta č. 5 tendence něco dokázat, zvýšit svou výkonnost a promítnout tímto své úspěchy v kladné přijetí okolním světem. Lze tedy říci, že program měl nepochybný kladný vliv na celkové psychické naladění i sociální chování klienta.

#### Zaměřené pozorování:

Tato klientka se zpočátku projevovala jako nesmělá a ostýchavá, trpí problémy s výslovností (ty řeší návštěvami logopedie, v průběhu programu jsem žádné zlepšení v této oblasti nezaznamenala – dle odborníka se jedná o záležitost dlouhodobější péče). Všechny aktivity dané programem plnila, ačkoliv ona sama se příliš průbojně neprojevovala. S postupujícím průběhem programu přibývalo ze strany klientky zájmu, aktivity i výkonnosti, zřejmě tím, čím déle a lépe poznávala mne i systém a způsob našich společných cvičení. Závěrem pak její přístup absolutně vynikající – vykazuje zlepšení ve všech sledovaných směrech a vyjadřuje přání pokračovat v programu i nadále.

Klient č. 6

V. Z.

Tabulka č. 12: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | <u>Součet</u>                         | <u>40 sec</u>  | <u>40 sec</u>   |
|                                                                    |                                       |                |                 |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | + 10 cm        | + 10 cm         |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | - 4 cm         | - 3 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | - 8 cm         | - 8 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 8 bodů         | 8 bodů          |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 16 bodů        | 12 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 24 sec         | 26 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Dle srovnání výsledků testů motorické kompetence klienta č. 6 před zahájením a po ukončení programu je patrné zlepšení pouze v oblasti koordinace celého těla a motorické paměti, mírné zlepšení vykazuje i aktivní pohyblivost pravé horní končetiny. Ohebnost páteře a udržení tělesné rovnováhy stagnují u klienta č. 6 na stejné úrovni před i po aplikaci programu, naproti tomu v obratnosti a zručnosti vykazuje klient ve finálním pokusu (dle testu č. 4) dokonce jistou míru zhoršení. Tyto nevyrovnané výsledky byly patrně způsobeny změnami v duševním rozpoložení klienta (viz anamnéza v kap. 4.2.2). Markantní zde bylo snížení zájmu o pohybové činnosti nabízené v závěrečné části programu, kdy se počáteční aktivita a nadšení postupně měnily v nezájem a nechuť zúčastňovat se s ostatními společného cvičení (zejména jeho dynamičtějších částí). Tomuto faktu odpovídají i výsledky závěrečných testů motorické kompetence, kdy nedošlo k žádnému výraznějšímu zlepšení ve většině sledovaných oblastí a v jedné z nich bylo možno sledovat dokonce prokazatelně horší výsledek než v testu vstupním.

Tabulka č. 13: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>Vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 3 +                               | 12 +                               |
| 2.               | 11 +                              | 4 +                                |
| 3.               | 12 +                              | 12 +                               |
| 4.               | 2 -                               | 4 +                                |
| 5.               | 11 +                              | 9 -                                |
| 6.               | 4 +                               | 2 -                                |
| 7.               | 6 +                               | 13 -                               |
| 8.               | 8 -                               | 9 -                                |
| 9.               | 13 -                              | 12 +                               |
| 10.              | 12 +                              | 12 +                               |
| 11.              | 5 -                               | 6 +                                |
| 12.              | 11 +                              | 14 -                               |

Srovnání ukazatelů sociální kompetence před a po aplikaci programu nevykazuje u klienta č. 6 žádné výraznější zlepšení v psychosociální oblasti. Nastal zde odklon od orientace na aktivní způsob života, kompenzovaný však směřováním k všeobecným ideálům (v tomto případě ale spíše nerealistickým). Celkově nebylo u klienta č. 6 prokázáno zlepšení v hodnotové orientaci, vnitřním prožívání ani v sociálním chování.

#### Zaměřené pozorování:

Klientka jevila zpočátku velký zájem o program, o dění ve skupině i o mou osobu, byla v neustálém pohybu, aktivní a velmi výrazná. Na jednotlivá cvičení se vždy velice těšila a pečlivě připravovala, což se projevovalo mj. tím, že mne jako první netrpělivě očekávala na místě před jejich zahájením. Projevovala zřetelnou potřebu být neustále středem pozornosti, být všude jako první, být viděna a slyšena. V závěru programu však (zřejmě vlivem již zmíněných fakt udaných v anamnéze v kap. 4.2.2) nastal u klientky obrat charakterizovaný znatelným úbytkem nadšení a elánu, jenž přerostl postupem času v patrné ochladnutí až letargii a nezájem o program i pohyb všeobecně. Jako jediná ze skupiny tudíž po absolvování programu neprojevila výraznější zlepšení v sledovaných oblastech.

Klient č. 7

V. Ž.

Tabulka č. 14: Výsledky testů motorické kompetence před a po aplikaci programu

| Test                                                               |                                       | Vstupní měření | Výstupní měření |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. Čapí stoj na jedné noze (laterální rovnováha, rovnováha těla)   | OP – stoj na pravé noze, oči otevřené | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | OL – stoj na levé noze, oči otevřené  | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | ZP – stoj na pravé noze, oči zavřené  | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | ZL – stoj na levé noze, oči zavřené   | 10 sec         | 10 sec          |
|                                                                    | <u>Součet</u>                         | <u>40 sec</u>  | <u>40 sec</u>   |
|                                                                    |                                       |                |                 |
| 2. Dosah v sedu na zemi (test ohebnosti páteře)                    |                                       | - 20 cm        | - 18 cm         |
| 3. Dotyk prstů za zády (test aktivní pohyblivosti horní končetiny) | Pravá ruka                            | + 1 cm         | + 3 cm          |
|                                                                    | Levá ruka                             | + 1 cm         | + 2 cm          |
| 4. Překládání stranou (test obratnosti a zručnosti)                | První pokus (20sec)                   | 10 bodů        | 12 bodů         |
|                                                                    | Druhý pokus (20sec)                   | 10 bodů        | 14 bodů         |
| 5. Sestava s tyčí (test koordinace celého těla a motorické paměti) | Doba trvání sestavy                   | 47 sec         | 24 sec          |
|                                                                    | Pomocné poznámky                      | 2              | 2               |

Výsledky srovnání testů motorické kompetence klienta č. 7 před a po absolvování programu ukazují na fakt, že v tomto případě došlo k výraznému zlepšení koordinace celého těla a motorické paměti, dále pak též zručnosti a obratnosti. Menší měrou se zlepšila též ohebnost páteře a aktivní pohyblivost horních končetin (více u pravé paže). V udržení tělesné rovnováhy nedošlo k žádné změně. Vzhledem k věku klienta (37 let) považuji jeho zlepšení ve sledovaných oblastech motorické kompetence za výborné.

Tabulka č. 15: Výsledky testů sociální kompetence před a po aplikaci programu

| Nedokončené věty | Vstupní odpovědi –<br>vyhodnocení | Výstupní odpovědi –<br>vyhodnocení |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1.               | 3 +                               | 3 +                                |
| 2.               | 6 +                               | 11 +                               |
| 3.               | 12 +                              | 4 +                                |
| 4.               | 7 -                               | 11 +                               |
| 5.               | 9 -                               | 12 +                               |
| 6.               | 7 -                               | 3 +                                |
| 7.               | 3 +                               | 2 -                                |
| 8.               | 9 -                               | 9 -                                |
| 9.               | 12 +                              | 12 +                               |
| 10.              | 12 +                              | 5 -                                |
| 11.              | 12 +                              | 4 +                                |
| 12.              | 5 -                               | 11 +                               |

Dle ukazatelů sociální kompetence klient č. 7 projevil zřetelný posun svých priorit směrem k zájmu o aktivní způsob života, sport a pohybové aktivity, dále pak nižší míru nekritičnosti ke své osobě a naopak vyšší míru orientace na vlastní výkon a snahu dokázat něco sobě i ostatním. Absolvování programu zde tudíž mělo jednoznačně kladný vliv na hodnotovou orientaci, kvalitu vnitřní prožitkovosti i sociální chování klienta.

#### Zaměřené pozorování:

Tento klient je pohybově velmi nadaný, s úspěchem se uplatňuje jako sólista tanečního souboru. Aktivně se účastnil všech cvičení, her, soutěží i dalších činností, spolupráce s ním byla po celou dobu realizace programu naprosto bezproblémová. Při každém cvičení stále optimisticky naladěný, pocity pohody a dobré nálady šířil i v řadách ostatních. Má pozitivní přístup k pohybu všeobecně, hlavně však k dynamičtějším pohybovým aktivitám, dílčí problémy se ukázaly pouze v některých jógových pozicích. U klienta je jednoznačně patrné zlepšení ve všech sledovaných oblastech.

## 6 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem této bakalářské práce bylo ověření vlivu vytvořeného pohybového programu na rozvoj osobnosti klientů s mentálním postižením v Ústavu sociální péče (Domově sociálních služeb) Slatiňany.

Po čtyřměsíční aplikaci programu s frekvencí jeho každotýdenního zařazení do běžného života probandů byl zjištěn jeho pozitivní přínos na motorickou i sociální kompetenci sledovaného vzorku osob. Souhrnně lze říci, že u většiny účastníků programu došlo ke zlepšení celkové rovnováhy těla, ohebnosti páteře, aktivní pohyblivosti horní končetiny (významněji u pravé paže) i obratnosti, zručnosti, koordinace těla a motorické paměti. Probandi se úspěšně vyrovnali s množstvím psychomotorických cvičení a pohybových her, s hudebními pohybovými aktivitami a v neposlední řadě i s cvičeními jógovými. Postupně zvládli některé jednotlivé ásany a v závěru si osvojili i samostatné provedení celé sestavy „Pozdrav slunci“. Kladný vliv pohybového programu se projevil nesporně i v zlepšení celkové fyzické kondice sledovaných osob neboť v jeho druhé polovině prokázali vyšší výdrž a zvládnutí většího množství cvičení i her za jednu cvičební jednotku. Sami vyžadovali některé konkrétní pohybové hry, v jógové části pak samostatně prováděli oblíbené ásany a relaxace.

Co se týče sociální kompetence, byl u probandů po aplikaci programu zaznamenán jednoznačný posun hodnotové orientace a s ní též vnitřní prožitkovosti směrem k většímu zájmu o své okolí, snahám pomoci a podporovat ostatní a konečně dokázat hodnotu sebe sama svou vlastní vyšší výkonností. Za zmínku stojí i znatelné zvýšení zájmu o sportovní aktivity, což zcela prokazatelně souvisí s aplikací ověřovaného pohybového programu.

Všeobecně lze tedy konstatovat, že zjištěné rozdíly v ukazatelích motorické i sociální kompetence před a po uvedení programu ukazují na jeho kladný vliv na fyzickou, psychickou i sociální oblast zdraví sledovaných jedinců s mentálním postižením.

Taktéž metodou zaměřeného pozorování jsem dospěla k závěru, že aplikovaný pohybový program měl na mé klienty zcela nepochybně pozitivní účinek.

U valné většiny klientů došlo k postupnému zvyšování zájmu o jednotlivé nabízené činnosti, projevila se i markantnější snaha o zapojení se do společných aktivit s ostatními členy skupiny, dále též zlepšení vzájemné komunikace a kooperace. Na jednotlivá cvičení se většina účastníků programu těšila, s netrpělivým vyčkáváním mého příchodu a posléze s projevy lítosti nad jeho nadcházejícím koncem. Po celkovém ukončení čtyřměsíčního programu pak s výjimkou jediné klientky projevili přání v jeho pokračování. Jednoznačně tedy není sporu o tom, že program účastníky zaujal a prokázal se jako přínosná forma obohacení a zvýšení kvality života osob s mentálním postižením.

V této části bakalářské práce přistupuji také k vyhodnocení odborných otázek stanovených v části 3.3.

#### Otázka č. 1

Předpokládám, že doporučený intervenční pohybový program bude realizovatelný v podmínkách Ústavu sociální péče Slatiňany.

Dle mého čtyřměsíčního působení ve výše uvedeném zařízení se domnívám, že doporučený intervenční pohybový program byl v podmínkách Ústavu sociální péče (DSS) Slatiňany realizovatelný. Já osobně jsem program v tomto zařízení aplikovala na sedmi klientech se středně těžkým stupněm mentálního postižení, kteří jej bez potíží zvládli. Ve větším měřítku by v podmínkách Ústavu sociální péče (DSS) Slatiňany bylo možno doporučený program realizovat s určitými úpravami přizpůsobenými potřebám a možnostem jeho dalších klientů, převážně s těžkým stupněm mentálního postižení. Po redukci a při vyšším počtu školených edukátorů bude program v podmínkách zařízení realizovatelný.

#### Otázka č. 2

Předpokládám, že aplikace programu se projeví pozitivně v oblasti motorické kompetence sledovaného souboru osob.

Aplikace programu se projevila pozitivně v oblasti motorické kompetence sledovaného souboru osob, především v zlepšení obratnosti, zručnosti a motorické paměti, dále i ve zvýšení aktivní pohyblivosti horní končetiny, ohebnosti páteře, nejméně průkazné se zlepšení projevilo v oblasti tělesné rovnováhy.

### Otázka č. 3

Předpokládám, že aplikace programu se projeví pozitivně v oblasti sociální kompetence sledovaného souboru osob.

Aplikace programu se projevila pozitivně v oblasti sociální kompetence sledovaného souboru osob, nejvíce pak byla posílena orientace na vlastní výkon a zvýšení ambic, byl zaznamenán i vzestup zájmu o dění kolem sebe a pomoc druhým. Zcela markantní je jednoznačný nárůst oblíbenosti sportovních a pohybových činností.

Co se týče budoucího využití doporučeného pohybového programu v Ústavu sociální péče (DSS) Slatiňany, jehož ověření v souvislosti s vlivem na rozvoj osobnosti s mentálním postižením v daném zařízení bylo předmětem mé bakalářské práce, na vlastní přání jsem jej v jeho plném znění zanechala k dispozici vedoucím pracovníkům a vychovatelům. Ti z něho v budoucnu hodlají čerpat motivační náměty pro pohybovou výchovu svých klientů.

Rozsáhlejší přínos by však doporučený pohybový program měl v případě jeho celostního využití a rámcového zapojení do běžného chodu zařízení s dodržением pravidelných časových dotací jeho aplikace.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMÍROVÁ, J. *Hravá a zábavná výchova pohybem*. Praha: Unie zdravotní TV ČASPV, 1995. 72s.

BLAHUTKOVÁ, M., KLENKOVÁ, J., ZICHOVÁ, D. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 56 s. ISBN 80-210-3627-3

ČERNÁ, M., NOVOTNÝ, J., STEJSKAL, B., ZEMKOVÁ, J. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 1995. 82 s. ISBN 80-7066-899-7

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Nakladatelství Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7

JESENSKÝ, J. a kolektiv *Zdravotně postižení – programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 441 s. ISBN 80-7041-234-8

KÁBELE, F. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 86 s. ISBN 17-045-88

KARÁSKOVÁ, V. *Zábavná cvičení s mentálně postiženými*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997, 43 s. ISBN 80-7067-703-1

KARÁSKOVÁ, V. *Pohybem k výchově klienta s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 28 s. ISBN 80-244-0525-3

KARÁSKOVÁ, V. *Cvičíme doma – já a mé postižené dítě*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 29 s. ISBN 80-244-0746-9

KARÁSKOVÁ, V. A KOL. *Pobyt v letní přírodě s mentálně postiženými dětmi*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 59 s. ISBN 80-244-0833-3

KARÁSKOVÁ, V. A KOL. *Cvičíme a hrajeme si*. Ostrava: Montanex, a.s., 2004. 89 s. ISBN 80-7225-113-9

KOMENSKÝ, J. A. *Didaktické spisy (výbor)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1954. 389 s.

KOŤÁTKOVÁ, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-0852-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2

- KURSOVÁ, V. *Disertační práce v oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007.
- KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. 134 s. ISBN 80-201-0019-9
- KYSUČAN, J. *Psychopedie (Teorie výchovy mentálně retardovaných)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1990. 82 s.
- MAZAL, F. *Pohybové hry a hraní*. Olomouc: Nakladatelství Hanex, 2000. 296 s. ISBN 80-85783-29-0
- MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogické problémy*. Brno: MU, 1991. 156 s. ISBN 80-210-0278-6
- MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996. 77 s. ISBN 80-85931-20-6
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Ústavní sociální péče – Komentář k právním předpisům (podle právního stavu k 1. 5. 2000)*. Praha, 2000. 250 s. ISBN 80-85529-76-9
- RENOTIÉROVÁ, M. *Základy speciální pedagogiky I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 34 s. ISBN 80-244-1083-4
- ŠIMANOVSKÝ, Z., MERTIN, V. *Hry pomáhají s problémy*. Praha: Portál, s.r.o., 1996. 159 s. ISBN 80-7178-408-7
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, s.r.o., 1998. 246 s. ISBN 80-7178-557-1
- ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. Praha: Septima, 1995. 64 s. ISBN 80-85801-54-X
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: UK Nakladatelství Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
- VÁLKOVÁ, H. *Národní dny speciálních olympiád*. Olomouc. Univerzita Palackého, 1998. 97 s. ISBN 80-7067-873-9

VÁLKOVÁ, H. *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 64 s. ISBN 80-244-0118-5

VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5

VOTAVA, J. A KOL. *Základy rehabilitace*. Praha: UK Nakladatelství Karolinum, 1997. 139 s. ISBN 80-7184-385-7

VOTAVA, J. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: UK Nakladatelství Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5

### **Elektronické zdroje:**

MUŽÍKOVÁ, E. *Zdraví* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-25]. Dostupné z:

<http://www.ped.muni.cz/whealtheu/WEB/texty/Zdravi.htm>

WHO. *Zdraví 21* [on-line], 2000 [citováno 2009-11-26]. Dostupné z:

<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

SZÚ. *Podpora zdraví* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-26]. Dostupné z:

<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi>

WHO. *Zdravotní postižení* [on-line], 2001 [citováno 2009-11-27]. Dostupné z:

<http://www.who.cz/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Sbírka zákonů* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-7]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-stejnopisy-sbirky-zakonu.aspx>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* [on-line], 2007 [citováno 2009-11-27].

Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>

EVROPSKÁ KOMISE EU – PORTÁL EU O VEŘEJNÉM ZDRAVÍ. *Zdravotně postižení – Listina základních práv EU* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-28].

Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/people\\_with\\_disabilities/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/people_with_disabilities/index_cs.htm)

SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH ČR.

*Definice zdravotního postižení* [on-line], 2003 [citováno 2009-11-28]. Dostupné z:

[http://is.brailnet.cz/Osveta\\_prispevky/17.html](http://is.brailnet.cz/Osveta_prispevky/17.html)

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení* [on-line], 2004 [citováno 2009-11-28]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/socialni-programy/smernice-msmt-k-integraci-deti-a-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami-do-skol-a-skolskych-zarizeni>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Sbírka zákonů a mezinárodních smluv – Archiv červen 2008* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-30]. Dostupné z:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Sbírka zákonů a mezinárodních smluv – Zákon o sociálních službách* [on-line], 2009 [citováno 2009-11-30]. Dostupné z:

[http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/zakon\\_03.html#castka\\_37](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/zakon_03.html#castka_37)

VÝKONNÁ AGENTURA PRO VZDĚLÁVÁNÍ, KULTURU A AUDIOVIZUÁLNÍ OBLAST EU (EACEA). *Podpora osob se speciálními vzdělávacími potřebami* [on-line], 2007-2008 [citováno 2009-12-01]. Dostupné z:

<http://eacea.ec.europa.eu/portal/page/portal/Eurydice/EuryPage?country=CZ&lang=CS&fragment=361>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Školský zákon* [on-line], 2009 [citováno 2009-12-02]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Vyhlášky ke školskému zákonu* [on-line], 2009 [citováno 2009-12-02]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaske-ke-skolskemu-zakonu>

VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ V PRAZE. *Informace pro základní školy speciální* [on-line], 2009 [citováno 2009-12-02]. Dostupné z:

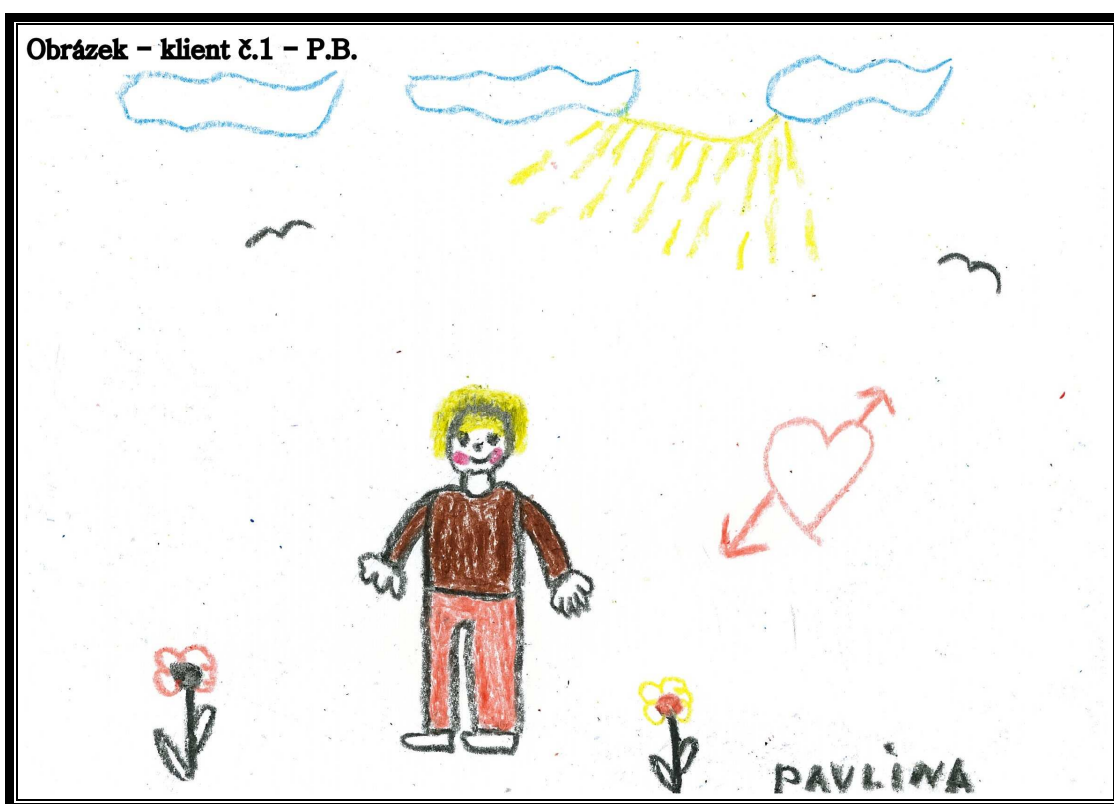
<http://www.old.rvp.cz/clanek/4/3257>

DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SLATIŇANY. *Informace, historie* [on-line], 2010 [citováno 2010-03-01]. Dostupné z: <http://www.dss.cz/>

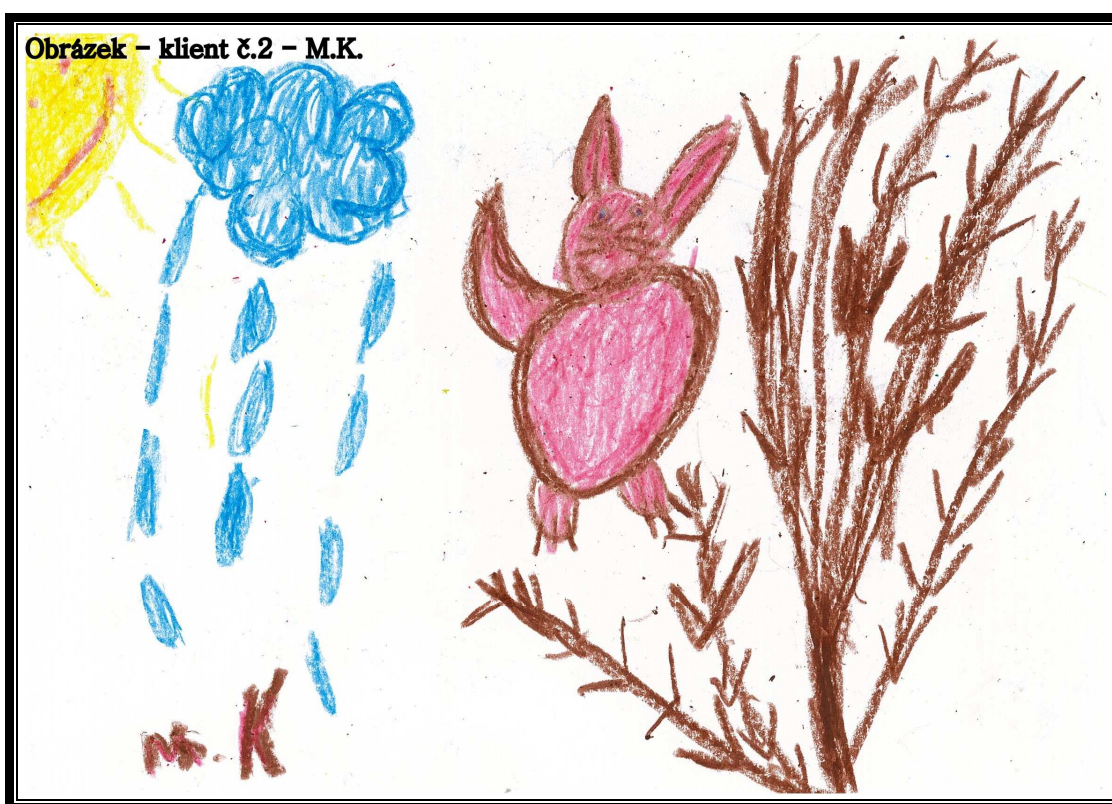
## **8 PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Obrázky jednotlivých klientů

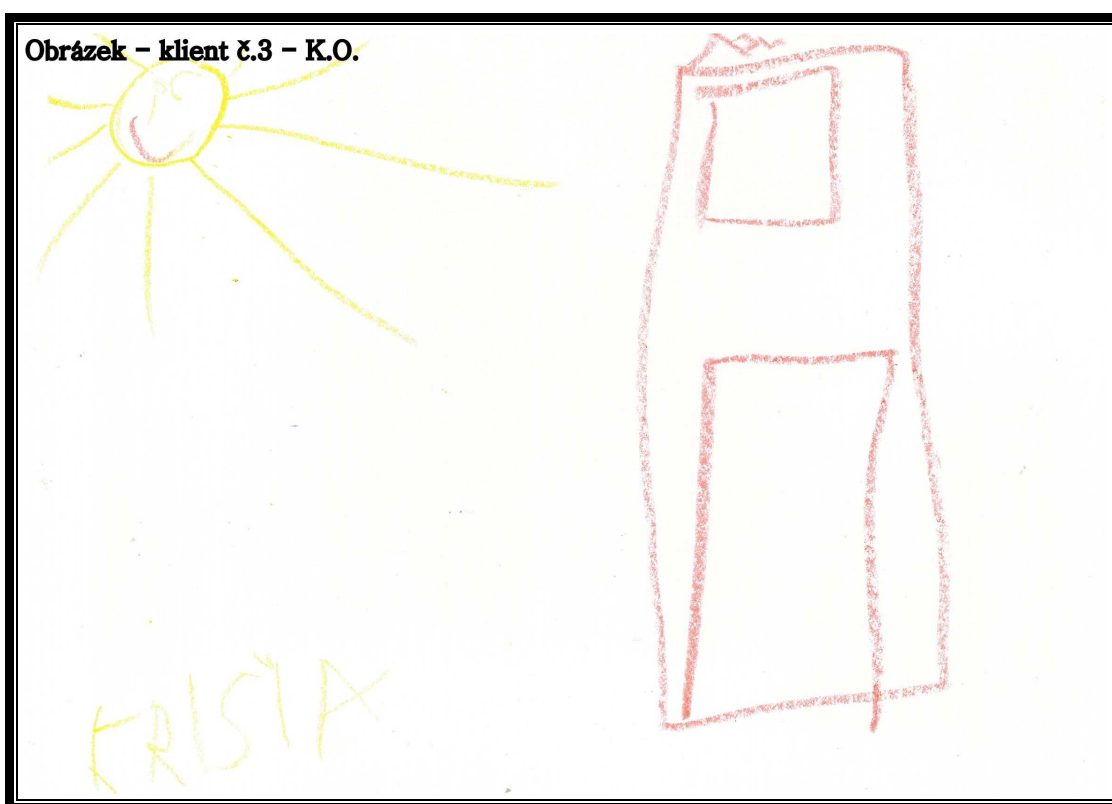
Obrázek - klient č.1 - P.B.



Obrázek - klient č.2 - M.K.



Obrázek - klient č.3 - K.O.



Obrázek - klient č.4 - M.S.



Obrázek - klient č.5 - V.Š.



Obrázek - klient ž.6 - V.Z.

17.1.2011



Obrázek - klient č.7 - V.Ž.

