

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav pedagogiky a sociálních studií

Silvie Červenková

Obor: Vychovatelství
3. ročník – prezenční studium

**ZPŮSOB TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU
DĚTÍ S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM
POSTIŽENÍM Z POHLEDU RODIČŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedeníh pramenů a literatury.

4. dubna 2011

.....
Silvie Červenková

Děkuji Mgr. Pavle Vyhnákové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad.

Obsah

1	Úvod	5
2	Volný čas	6
2.1	Vymezení volného času	6
2.2	Funkce volného času	7
2.3	Psychologické aspekty volného času	8
2.3.1	Volný čas z pohledu ontogenetické psychologie	8
2.3.2	Volný čas z pohledu pedagogické psychologie	9
2.3.3	Volný čas z pohledu psychohygieny	10
3	Obecný úvod do problematiky handicapu	12
3.1	Vztah společnosti k osobám se specifickými potřebami	13
3.1.1	Historický vývoj přístupu k osobám se specifickými potřebami	13
3.2	Socializace jedince se specifickými potřebami	14
3.3	Školní integrace jedince se speciálními potřebami	15
4	Mentální retardace	17
4.1	Klasifikace mentální retardace	17
4.1.1	Lehká mentální retardace	18
4.1.2	Středně těžká mentální retardace	19
4.1.3	Těžká mentální retardace	20
4.1.4	Hluboká mentální retardace	20
4.1.5	Jiná mentální retardace	21
4.1.6	Nespecifikovaná mentální retardace	21
4.2	Etiologie mentální retardace	21
5	Kombinované postižení	23
5.1	Etiologie kombinovaného postižení	24
5.2	Členění kombinovaných vad	24

5.3	Dětská mozková obrna (DMO)	25
5.3.1	Etiologie dětské mozkové obrny	26
5.3.2	Formy dětské mozkové obrny	26
5.4	Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou	27
5.4.1	Epilepsie	27
5.4.2	Smyslové vady	28
5.4.3	Poruchy řeči	28
5.4.4	Ortopedické komplikace	29
6	Průzkum volného času dětí s mentálním a kombinovaným postižením	30
6.1	Cíl průzkumu	30
6.2	Metodologie a výzkumný soubor	31
6.3	Kazuistiky	31
6.4	Shrnutí výsledků průzkumu	38
7	Závěr	41
	Seznam použité literatury	43
	Přílohy	45

1 Úvod

Život postižených dětí se od života zdravých vrstevníků v řadě aspektů výrazně liší. Především mají kvůli handicapu značně zúžené možnosti spoluúčasti na životě společnosti a jejich integrace do širšího sociálního rámce tak klade na rodiče řadu specifických požadavků. Ty se samozřejmě týkají i náplně volného času, který je pro duševní vývoj dítěte klíčový. Cílem mé práce je zjistit, jak tráví volný čas děti s handicapem, a to z pohledu jejich rodičů.

Téma práce jsem volila na základě zkušeností ze svého bezprostředního okolí. Moje sedmnáctiletá sestřenice trpí dětskou mozkovou obrnou, což pro její rodiče znamená nutnost specifické organizace denního režimu včetně uzpůsobení volnočasových aktivit. Zajímalo mě proto, zda lze obecně shrnout, jaké volnočasové aktivity rodiče dětí se stejným typem postižení pro své potomky nejčastěji volí, a jak sami rodiče na trávení volného pohlížejí.

Práci jsem rozdělila na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji vymezení pojmu volný čas a jeho jednotlivým funkcím v rámci psychosociálního vývoje dítěte. Pro hlubší pochopení kontextu jsem rovněž nastínila problematiku handicapu, respektive specifických potřeb, které dítě s postižením má, a jak se tyto potřeby promítají do procesu jeho socializace. V další části teoretické práce jsem stručně charakterizovala jednotlivé typy postižení, tj. mentální a kombinované postižení. Jelikož všechny děti v mém průzkumu mají dětskou mozkovou obrnu, v rámci kapitoly o kombinovaném postižení jsem se úzce zaměřila právě na tematiku dětské mozkové obrny.

V praktické části své práce jsem se zaměřila na zkoumání konkrétních rodin s postiženým dítětem. Oslovila jsem čtyři rodiny z Uherskohradištska, které se starají o děti mezi 12 a 17 lety s dětskou mozkovou obrnou. Zaměřila jsem se jak na zkoumání volného času v souvislosti se školou a zájmovými kroužky, tak na trávení volného času v rodinách.

Pro účely práce jsem zvolila metodu strukturovaného rozhovoru s maminkami postižených dětí, které navštěvují Základní školu a Mateřskou školu speciální v Uherském Hradišti. V průzkumných otázkách jsem se kromě samotných volnočasových aktivit soustředila i na rodinnou, osobní a školní anamnézu.

2 Volný čas

Je to čas, ve kterém člověk svobodně volí a dělá takové činnosti, které mu přinášejí radost, potěšení, zábavu, odpočinek, a obnovují a rozvíjejí jeho schopnosti tělesné, duševní nebo tvůrčí. V tomto čase je člověk sám sebou, činnosti, které koná, koná pro sebe, popřípadě pro druhé, ze svého vnitřního popudu a zájmu.¹

2.1 Vymezení volného času

Existuje celá řada přístupů na vymezení volného času. Podle pedagogického slovníku se vymezuje takto: „Je to čas, s kterým můžeme nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby (včetně spánku).“²

My bychom ale volný čas spíše charakterizovali jako čas, do kterého člověk vkračuje s jistým očekáváním a účastní se činností, které mu přinášejí příjemné zážitky a uspokojení. Tyto činnosti děláme rádi a můžeme si je dobrovolně vybrat.

„Pod pojmem volný čas se běžně zahrnují odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené. Z hlediska dětí a mládeže do volného času nepatří vyučování a činnosti s ním související, sebeobsluha, základní péče o zevnějšek a osobní věci, povinnosti spojené s provozem rodiny, domácnosti, výchovného zařízení i další uložené vzdělávání a další časové ztráty. Součástí volného času nejsou ani činnosti zabezpečující biologickou existenci člověka (jídlo, spánek, hygiena, zdravotní péče).“³

¹ NĚMEC, J. a kol. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 2002, s. 17.

² PRŮCHA, J. a kol. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2008, s. 274.

³ PÁVKOVÁ, J. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál, 2002, s. 13.

Dále můžeme na volný čas nahlížet ze dvou pohledů:

- Pozitivní vymezení – čas, který nám zbude po splnění všech povinností a po uspokojení biologických potřeb.
- Negativní vymezení – čas, kdy se můžeme věnovat činnostem, které máme rádi, které nás uspokojují, přinášejí nám radost a uvolnění, při nichž rozvíjíme svoji osobnost.⁴

2.2 Funkce volného času

V dnešní moderní společnosti člověk operuje jak s časem pracovním, tak s časem volným. Německý pedagog Horst W. Opachowski definoval funkce volného času, mezi které řadí:

- rekreaci – zotavení a uvolnění,
- kompenzaci – odstranění zklamání a frustrací,
- výchovu a další vzdělání – učení o svobodě a ve svobodě, sociální učení,
- kontemplaci – hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba,
- komunikaci – sociální kontakty a partnerství,
- participaci – podílení se, účast na vývoji společnosti,
- integraci – stabilizaci života rodiny a vrůstání do společenských organismů,
- enkulturaci – kulturní rozvoj sebe samých, tvořivé vyjádření prostřednictvím, umění, sportu, technických a dalších činností.⁵

Volný čas je zpravidla vymezován následujícími funkcemi:

- odpočinkem,
- zábavou,
- rozvojem osobnosti.⁶

⁴ VÁŽANSKÝ, M. *Volný čas a pedagogika zážitku*. Brno: Vydavatelství MU, 1994, s. 64.

⁵ HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004, s. 14.

⁶ ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: UK-Karolinum, 1993. s. 306.

2.3 Psychologické aspekty volného času

Problematikou volného času se zabývá celá řada vědních oborů, jako je pedagogika, sociologie, ekonomie a také psychologie. Tyto vědy jsou označovány jako vědy o člověku, kdy hlavním a vymezujícím kritériem je člověk a jeho život v biologické a společenské dimenzi. Otázky volného času do takto široce pojatých věd o člověku dozajista patří.

Psychologie je často nazývána jako věda o chování a prožívání živých bytostí. Ve smyslu toho tvrzení bychom měli přistupovat ke zkoumání problematiky volného času, tedy zjišťovat jeho dimenzi behaviorální a jeho dimenzi prožívání, tj. jak je vnitřně, subjektivně vnímán, chápán a hodnocen.

Pokud se chceme zabývat studiem volného času, je důležité na něj nahlížet z hlediska tří psychologických oborů, a to z ontogenetické psychologie, pedagogické psychologie a psychohygieny. V psychologii jsou otázky volného času nejčastěji zaměřovány na osobnost, tedy na individuální psychologický celek člověka, který je podmíněn biologickými dispozicemi a sociálními podmínkami, v nichž člověk žije.⁷

2.3.1 Volný čas z pohledu ontogenetické psychologie

Při vývoji člověka je volný čas velmi důležitý. Samostatným problémem bývá otázka volného času v předškolním období. V tomto období je čas dítěte téměř plně organizován a své místo při správné výchově má jak zábava, tak i odpočinek, a tyto činnosti vyplňují vesměs veškerý čas dítěte.

Poprvé vystupuje volný čas až při srovnání s povinnostmi, které nastanou s nástupem do základní školy. Organizace volného času je ovšem velmi obtížnou činností a žák, nad nímž není dostatečný dohled, může tento čas trávit neproduktivně ba přímo škodlivě. Tento dohled ale nesmí zajít do extrému, máme tím na mysli řadu aktivit, které rodiče dětem zajišťují, např. výuka jazyků či hra na hudební nástroj. Často je těmito aktivitami dítě fyzicky i psychicky přetěžováno.

⁷ SPOUSTA, V. *Základy výchovy ve volném čase*. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1994, s. 29-37.

V období dospívání začíná volný čas nabývat nového významu. Dochází k hledání vlastní identity, které je spojeno se snahou o samostatnost a touhu rozhodovat sám o sobě. Volný čas dospívajícího jedince ukazuje na aktuální tendence v jeho osobnosti. Pokud dochází k jakékoli organizaci a řízení volného času pubescenta, považuje to za manipulaci se svou osobností. Dospělí by zde měli hrát roli koordinátora, který poskytne nabídku, jak volný čas využít.

Pro období adolescence je typické, že výchova přechází do sebevýchovy a jedinec stále více odpovídá sám za sebe.

V dospělosti a stárnutí nabývá volný čas na individuálnosti a vychází z individuálních potřeb daného jedince.⁸

2.3.2 Volný čas z pohledu pedagogické psychologie

Z pohledu pedagogické psychologie představuje volný čas oblast, kde dochází výraznému formování osobnosti člověka, která je stejně důležitá jako působení prostřednictvím učení nebo práce.

Volný čas dětí je naplněn nejen odpočinkem, zábavou a kompenzací jednostranných učebních činností, ale vede také k poznávání různých druhů činností a oblastí života společnosti, k formování dovedností, vědomostí a schopností, dále k tomu, aby se děti naučily využívat volný čas k upevnění tělesného i duševního zdraví.

Při psychologické analýze volného času si z behaviorálního hlediska můžeme všimnout oblastí, které zaznamenávají rozsah volného času, obsah volného času a strukturu volného času.

Rozsahu volného času úzce souvisí s věkem, sociálně-ekonomickými podmínkami a schopnostmi jedince. Rozsah volného času je limitován povinnostmi, které vyplývají z výše uvedených kritérií

Není jednoduché definovat obsahovou stránku volného času. Vzhledem k tomu, že náplň volného času vyplývá z individuálních potřeb jedince, je zřejmé, že každý z nás upřednostňuje jiné volnočasové aktivity. Otázkou volného času se zabýval již Aristoteles, který považoval volný čas za vrchol rozjímání, které

⁸ SPOUSTA, V. *Základy výchovy ve volném čase*. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1994, s. 29-37.

vede člověka k moudrosti a samostatnosti. Aristoteles nazýval volný čas „scholé“, a chápal ho jako poslech hudby, setkávání se s přáteli, čtení veršů a rozumování, nikdy však nuda. Pro vymezení optimální náplně volného času si odborníci zvolili negativní pojetí. Shodli se, že volný čas by neměl:

- omezovat práva a svobody druhých,
- ničit a poškozovat majetek,
- směřovat k protispolečenským aktivitám.

Smyslem správného využívání volného času by měl být rozvoj osobnosti, člověka. K dosažení rozvoje osobnosti využíváme následujících prostředků:

- fyzické a psychické zdraví,
- aktivní sociální přizpůsobení,
- seberealizace,
- tvořivost,
- adekvátní sebekontrola.

Strukturou volného času je myšlen zejména režim, ve kterém se střídají povinnosti s odpočinkem a zábavou. Optimální struktura volného času zasahuje do zájmu psychohygieny.

2.3.3 Volný čas z pohledu psychohygieny

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“⁹

Psychohygieny chápe volný čas jako prostor pro všechny činnosti, jež vedou k rozvoji zdravé osobnosti, což je hlavní cíl psychohygienického snažení. Jednou z hlavních funkcí volného času je relaxace a rekreace, jimiž se psychohygieny tradičně zabývá. Ze subjektivního pohledu je volný čas pozitivní hodnotou jen tehdy, když je dobře a konstruktivně využíván. Jestliže není užitečně naplněn, může se pro člověka stát nepříjemnou zátěží, která vede k zdravotně a psychologicky škodlivým aktivitám jako jsou kouření, alkoholismus apod.

⁹ MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984. s. 9.

Volný čas má v psychohygieně ještě další funkci, jež spočívá v tom, že ve volném čase se nejlépe formují představy o budoucnosti osobnosti. To se vyskytuje v tzv. denním snění, což jsou představy vyvolávané zájmy, potřebami a hodnotami člověka při aktuální životní situaci.

Z psychohygienického hlediska by měl volný čas splňovat tyto charakteristiky:

- měl by být naplněn spíše aktivními než pasivními činnostmi,
- měl by být vstřícný k lidem a ke světu,
- činnosti by měly být sebeprosazující a ne vyvolávající submitivitu,
- činnosti ve volném čase by měly být vědomé a ne impulsivní a nahodilé,
- volný čas by měl umožňovat individuální projevy a sociální integraci,
- volnočasové aktivity by měly vést k možnostem emocionální reflexe.¹⁰

¹⁰ SPOUSTA, V. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1994, s. 29-37.

3 Obecný úvod do problematiky handicapu

Různými druhy znevýhodnění člověka se zabývá speciální pedagogika. „Pojem speciální pedagogika se v širším slova smyslu používá k označení každé pedagogiky, která je speciálně zaměřená z hlediska věku či předmětu. V užším slova smyslu pak termín speciální pedagogika představuje samostatnou vědní disciplínu, která zkoumá zákonitosti speciální výchovy a speciálního vzdělávání osob s handicapem (znevýhodněním).“¹¹

Za handicapované, ve smyslu pedagogickém, se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psycho-motorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně zúžena. Proto vyžadují speciálně-pedagogickou péči.¹²

V zahraničí se můžeme setkat s celou řadou pojmů označujícími tyto osoby za výjimečné, handicapované, znevýhodněné apod. U nás se pro osoby s postižením používají termíny člověk postižený, znevýhodněný, zdravotně postižený, handicapovaný, člověk se speciálními potřebami, výjimečný apod. Na prvním místě je vždy člověk, nikoli jeho omezení.

Často se ve speciálně-pedagogické terminologii používá pojem *defekt*, který můžeme charakterizovat jako vadu, chybění, ztrátu či nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchu jeho funkcí. Defekty dělíme podle rozsahu a vlivu do tří skupin na postižení lehké, střední a těžké.

Podle doby vzniku je dělíme na vrozené, které mohou vznikat v prenatálním období (dědičnost, infekční onemocnění matky, vliv teratogenů), ale také v období perinatálním, což jsou důsledky nepříznivých okolností v období porodu, a v neposlední řadě v raně postnatálním období (např. dětská mozková obrna). A v neposlední řadě faktory získané, mezi které řadíme onemocnění, zranění či nesprávná výchovná péče a špatné životní podmínky.

Podle druhu se postižení dělí na pohybové, zrakové, sluchové, narušení v oblasti komunikačních schopností, mentální postižení, poruchy chování, kombinované postižení a parciální postižení. V dnešní době je označení člověka

¹¹ RENOTIÉROVÁ, M. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 13.

¹² PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno –Paido, 2006, s. 98.

za defektního považováno za pojem nepřijatelný snižující lidskou důstojnost. Tento pojem lze nahradit ekvivalentem postižení, jedinec se zdravotním či sociálním znevýhodněním (oslabením, poruchou, odchylkou či vadou).

Kromě pojmu defekt se používá i *člověk s handicapem*, jež vyjadřuje konflikt mezi osobou s postižením a podmínkami ve společnosti (informačními, komunikačními či společenskými), člověk je ovlivněn nepříznivými podmínkami ve společnosti.¹³

3.1 Vztah společnosti k osobám se specifickými potřebami

Problematika osob se specifickými potřebami byla v průběhu staletí řešena rozdílně, a to od naprosté ignorace, přes izolaci a segregaci až k dnešnímu pojetí, kdy považujeme za nutné začlenění handicapovaných osob do okolní společnosti. Můžeme narazit na několik teorií, které se zabývají fází vztahu společnosti k postiženým.

3.1.1 Historický vývoj přístupu k osobám se specifickými potřebami

Historický vývoj přístupu k osobám se specifickými potřebami ukazuje základní směřování určitého společenství, jeho priority, hodnotový systém, každý vnímá jedince s postižením jinak, a to záleží na osobní zkušenosti, výchově, společenskému prostředí, míře informovanosti apod. Rozdílnosti přístupu k těmto osobám se nejvíce projevují v krizových situacích.

Ve stručném historickém přehledu je dle Sováka možné sledovat tato vývojová stádia péče o handicapované osoby:

- stádium represivní – vyvrhování ze společnosti,
- stádium zotročování – otrocké vykořisťování,
- stádium charitativní – náboženské postoje,
- stádium renesančního humanismu
- stádium rehabilitační – péče z ekonomických důvodů,

¹³ VITÁSKOVÁ, K. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 9.

- stádium socializační – rehabilitace za účelem sociálního a pracovního uplatnění
- stádium prevenční – předcházení defektivitě.¹⁴

Ve vývoji péče o handicapované a později i ve vývoji speciální a sociální pedagogiky, lze dle Jesenského vyčlenit jako základní tendence tyto postoje k handicapovaným:

- stádium represivně lhostejných postojů,
- stádium výběrově utilizačních postojů,
- stádium charitativních postojů,
- stádium humánně filantropických postojů,
- stádium altruisticko-segregačních postojů,
- stádium rehabilitačně emancipačních postojů,
- stádium preventivně integračních postojů,
- stádium nevyřazování handicapovaných z hlavního proudu.¹⁵

3.2 Socializace jedince se specifickými potřebami

„Socializace je proces začlenění handicapovaných osob do okolní společnosti, kdy je společnost na jedné straně ovlivňována handicapovaným, ale zároveň na straně druhé je také handicapovaný ovlivňován okolní společností.“¹⁶

Nejprve probíhá socializace v rodině jedince se specifickými potřebami. Je důležité, aby se cítil jako rovnoprávný člen domácnosti, a na základě z této kladné zkušenosti těžil také během zařazování do široké společnosti. Ludíková rozdělila stupně socializace dle věku na následující období:

- Elementární socializace. Tato fáze probíhá do prvního roku dítěte a můžeme ji rozdělit na další dvě období. V prvním z nich je dítě pasivní a pouze přijímá podněty z nejbližšího okolí. Ve druhém si již snaží své

¹⁴ SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986, s. 56.

¹⁵ JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000, s. 34.

¹⁶ VITÁSKOVÁ, K. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 13.

okolí nějakým způsobem podmanit a změnit jej, např. pláčem si zajišťuje reakci rodičů.

- Rodinná socializace. Dítě se učí být členem rodiny se všemi právy a povinnostmi, které pramení z jeho role.
- Veřejná socializace. Na jedince působí velké množství vlivů a on na ně musí nějakým způsobem reagovat, odmítat je nebo naopak si je zvnitřňovat. Důležitou roli v této fázi hraje vrstevnická skupina, a jedinec se učí se přijímat autoritu dalších dospělých.
- Sociální soužití. Tuto fázi charakterizuje nástup do základní školy. Dítě si začíná uvědomovat svou odlišnost a vyrovnávat se s ní.¹⁷

3.3 Školní integrace jedince se speciálními potřebami

Integrací rozumíme naprosté a bezproblémové zapojení do širší společnosti. Chápeme ho jako soužití handicapovaných a nehandicapovaných při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin. Znevýhodněný člověk se již vyrovnal se svým postižením, žije a spolupracuje s intaktními spoluobčany.¹⁸

Jelikož je každé dítě individuum, je při plánování jeho nástupu do školy třeba zvážit, jestli je připravené jak po stránce rozumové, tak především psychické a emocionální na integraci v plném slova smyslu. Svůj podíl na školní integraci má nejen stupeň postižení handicapovaného dítěte, ale důležitou roli sehrává řada faktorů, mezi které řadíme rodinu handicapovaného dítěte, veřejnost a právní úpravu integrace.

- Rodina handicapovaného dítěte. Jak již bylo zmíněno, rodina je první sociální skupinou, v níž se jedinec setkává s normami a hodnotami společnosti. Fakt, že se do rodiny narodilo handicapované dítě, je pro ni velkou psychickou zátěží, a měla by se s ní co nejdříve vyrovnat a přizpůsobit. Rodiče na daný fakt reagují ve stále stejném sledu reakcí:

- Fáze šoku a popření charakterizuje snaha o obranu vlastních hodnot, jež se zdají být narušeny tím, že se do rodiny narodilo postižené dítě.

¹⁷ LUDÍKOVÁ, L. a kol. Tyflopédie II. Olomouc: Univerzita Palackého, 1989, s. 14-15.

¹⁸ RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 22.

Rodiče často tento fakt nedokážou přijmout, a proto nejsou ochotni ani schopni začít spolupracovat s odborníky, postupně se však z této fáze dostávají.

- Fázi postupné akceptace a vyrovnání se s problémem charakterizuje změna od popření reality až po její akceptaci a s tím související vyhledávání nových informací, vyhlídky do budoucna se pro ně zdají velmi pesimistické.
- Ve fázi realismu se rodiče již určitým způsobem smířili s realitou, k dítěti se nejen chovají náležitým způsobem, ale začínají také plánovat společnou budoucnost. Dosažení poslední fáze je předpokladem pro správnou volbu školského zařízení, při hledání jim může pomoci speciálněpedagogické centrum nebo středisko rané péče.
 - Veřejnost. Veřejností je zde myšlena hlavně pedagogická obec v čele s ředitelem. Při přijetí dítěte na školu jsou důležité správné metody a postupy práce během výuky. Spolužáci žáka by měli být na integraci takového žáka předem připraveni a vědět, že tento žák bude potřebovat pomoc
 - Právní úprava integrace. Právní úpravou integrace se zabývá zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, s ním související vyhláška 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a vyhláška 73/2005 o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tento zákon a s ním související vyhlášky jsou dobrým předpokladem a pomocným bodem při integraci handicapovaných žáků, je však stále na učitelích, budou-li ochotni nastoupit cestu integrace a bude-li tato cesta úspěšná.¹⁹

¹⁹ VITÁSKOVÁ, K. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 14-16.

4 Mentální retardace

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako: „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“²⁰

Jako mentálně postižení jsou nazýváni takoví jedinci (děti, mládež), u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačního chování.

Za příčinu mentálního postižení můžeme označit organické poškození mozku, jež vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.²¹

Pro současnou definici *mentální retardace* je příznačná snaha o neutralitu, jelikož v minulosti nebylo výjimkou, že někteří autoři se snažili do této definice vnášet diskriminační prvky. Termín mentální retardace navozuje představu o dočasnosti opožďování ve vývoji, na rodiče působí více optimisticky než termín *mentální postižení*, jež vyvolává pocit nezměnitelnosti stavu dítěte. V této práci jsou termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ používány jako synonyma.²²

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt a má charakteristické osobnostní rysy. U většiny z nich se však projevují společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.

4.1 Klasifikace mentální retardace

V současnosti se používá členění podle 10. revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992, která má platnost od 1. 1. 1993.

²⁰ www.euro.who.int ze dne 8. 3. 2011.

²¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 28.

²² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 29.

Standardizovaných testů inteligence využíváme k tomu, abychom zjistili stupeň mentální retardace. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času. Snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza musí odpovídat současnému stavu duševních funkcí. Inteligenci se však doposud nepodařilo uspokojivě definovat a ani na jejím měření se odborníci zcela neshodují. Ani v tak zásadní otázce, zda-li je inteligence jednotná vlastnost, kterou už nemůžeme dále analyzovat, nebo jestli jde o komplex jednodušších schopností, se odborníci neshodují.²³

Podle stupně postižení dělíme mentální retardaci takto:

F 70	lehká mentální retardace	IQ 69-50
F 71	střední mentální retardace	IQ 49-35
F 72	těžká mentální retardace	IQ 34-20
F 73	hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	jiná mentální retardace	
F 79	nespecifikovaná mentální retardace ²⁴	

4.1.1 Lehká mentální retardace

V psychomotorickém vývoji děti zaostávají již od kojeneckého období a okolo třetího roku bývá psychomotorický vývoj opožděn asi o 1 rok. Mezi třetím a šestým rokem jsou problémy více znatelné. V tomto období se projevuje snížená slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikačních dovedností, vady řeči a s tím spojená její obsahová chudost a také stereotyp ve hře společně s nedostatečnou vynalézavostí a zvědavostí.

V prvních letech povinné školní docházky nastávají hlavní obtíže. Jemná a hrubá motorika jsou lehce opožděny a objevují se poruchy pohybové koordinace. „Při učení se projevuje snížená kapacita i nácvik běžných dovedností a návyků trvá mnohem delší dobu. Pozornost je povrchnější, krátkodobá, nestálá nebo ulpívavá. Myšlení je velmi jednoduché, konkrétní, stereotypní a rigidní, nesamostatné a nepřesné, s infantilními znaky. Paměť je mechanická

²³ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, s. 63.

²⁴ VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, s. 297.

s individuálně různou kapacitou. Vývoj řeči se opoždí, slovník je ochuzen o abstraktní pojmy.²⁵

Většina osob s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v péči o vlastní osobu (jídlo, mytí, hygienické návyky) a v praktických dovednostech v domácnosti, i když je vývoj proti normě výrazně pomalejší. Tyto nedostatky způsobené mentální retardací je nezbytné kompenzovat činnostmi, které budou přinášet pocit uspokojení. Nejvíce se nedostatky projevují v oblasti myšlení, proto je důležité rozvíjet především jednodušší manuální činnosti.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jak je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.²⁶

4.1.2 Středně těžká mentální retardace

„U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.“²⁷

Raný psychomotorický vývoj je značně opožděn, přičemž v šesti až sedmi letech dosahují tito jedinci úroveň maximálně tříletého dítěte. Taktéž je zpomalen vývoj jemné a hrubé motoriky. U dítěte trvale zůstává celková neohrabanost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Myšlení je také omezeno a opožděno, což se projevuje především v nedostatečné schopnosti usuzování a kombinování, učení je omezené, mechanické, trvá dlouho, než se dítě něco naučí.

²⁵ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, s. 65.

²⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 33.

²⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 34.

Osoby s tímto druhem postižení jsou většinou odkázány na pomoc svého okolí, což ovlivňuje zejména omezené schopnosti sebeobsluhy. Zpravidla jsou tito lidé plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich má schopnosti v navazování kontaktů, komunikace s druhými lidmi a podílení se na jednoduchých sociálních aktivitách. Značná část této populace je umísťována do ústavů sociální péče. Je uváděno, že osob se středně těžkou mentální retardací je v populaci mentálně handicapovaných asi 12%.²⁸

4.1.3 Těžká mentální retardace

Osoby s těžkou mentální retardací mají výrazně narušený a limitovaný vývoj v oblasti motoriky, senzoryky, kognice, komunikace, sebeobsluhy a také sociální adaptace. Avšak dlouhodobým procvičováním si jedinec může osvojit hygienické návyky i činnosti týkající se sebeobsluhy.²⁹

Komunikace bývá minimální a řeč je primitivní, omezená na jednotlivá slova či skřeky a často se nevytvoří vůbec.

Tito lidé poznávají blízké osoby a jsou odkázáni na jejich celoživotní péči. Těžká mentální retardace se vyskytuje zhruba u 7% z celkového počtu mentálně postižených.³⁰

4.1.4 Hluboká mentální retardace

Osoby v pásmu hluboké mentální retardace jsou velmi omezeny ve všech základních životních úkonech. Většina jedinců z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Častá je inkontinence. Tito lidé jsou těžce motoricky omezeni a vyskytují se u nich stereotypní a automatické pohyby.

Chápání a používání řeči je většinou omezeno na zcela jednoduché požadavky. Pod dohledem jiné osoby může jedinec zvládat z části sebeobslužné úkony.

²⁸ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, s. 66.

²⁹ VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, s. 299.

³⁰ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, s. 67.

Organickou etiologii můžeme určit u většiny případů. Závažné neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost jsou zcela běžné. U osob s hlubokou mentální retardací se může dále vyskytovat epilepsie, poškození zrakového či sluchového vnímání, vývojové poruchy, především autismus.³¹

4.1.5 Jiná mentální retardace

Tato kategorie se používá pouze v případě, kdy stanovení intelektu není možné běžnými postupy, a to z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického poškození, například u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem či těžce tělesně postižených.

4.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace

„Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.“³²

4.2 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace rozdělujeme do dvou základních skupin. Do první skupiny řadíme endogenní (vnitřní) příčiny, do druhé skupiny řadíme exogenní (vnější) příčiny. Endogenní příčiny jsou zakódovány v pohlavních buňkách, jsou to příčiny genetické.

Naopak exogenní příčiny působí od početí až do porodu a také v poporodním období i v raném dětství. Exogenní faktory se mohou, ale také nemusí stát příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Dále je můžeme rozdělit podle období působení na prenatální (od početí do narození), perinatální (těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (po narození).³³

³¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 36..

³² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 36..

³³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2005, s. 63.

Podle Langerera můžeme dělit příčiny vzniku mentální retardace na vrozené a získané. Mezi vrozené příčiny patří dědičnost a okolnosti kolem porodu. Za získané označuje biologické příčiny během života a také sociálně-rodinnou výchovu (školní výchova, výchova mimo rodinu a mimoškolní výchova) a samozřejmě také rodinnou výchovu.³⁴

Mezi nejčastějšími příčinami mentální retardace se uvádějí následky infekcí a intoxikací, následky po úrazu, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené prenatálními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace a další. Jako častou příčinu mentální retardace můžeme také označit kombinaci polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti, ba dokonce zanedbanosti. Obvykle se jedná o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelekt i vzdělanost je nízká. Takové rodinné prostředí bývá málo podnětné a tudíž nedostatečné.³⁵

³⁴ LANGER, S. *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva, 1996, s. 36.

³⁵ RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 163.

5 Kombinované postižení

V pojetí speciální pedagogiky se pojem *kombinované postižení* používá pro výskyt dvou a více postižení.³⁶

Mezi další podobné termíny používané v České Republice patří *vícenásobné postižení*, *kombinované postižení* a *kombinované vady*. Tyto pojmy jsou vnímány jako synonyma a takto jsou také užívány.

Ani v zahraničí nenajdeme jednotný pojem, kterým by byla tato skupina lidí označována. Na Slovensku je užíváno pojmů *viacnásobné postihnutie* a *viaceré chyby*. V zemích anglicky mluvících se obvykle používá pojem *multiple handicap* nebo *severe/multiple disabilities*.³⁷

Termín kombinované postižení je ve Věstníku Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR definován takto:

„Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledku opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.“³⁸

Nynější přístupy k osobám s kombinovaným postižením se odklánějí od názoru, že jde pouze o součet postižení, a přecházejí k novému přístupu, kdy jednotlivé druhy postižení jsou ve vzájemném propojení a překrývají se. Tím vzniká tzv. *synergetický efekt*. Do popředí tak čím dál více vstupuje význam komplexní péče o tyto osoby pomocí ucelené rehabilitace. Takto pojatá péče má za cíl co největší zapojení těchto osob do společnosti.³⁹

Podle Monatové „kombinované neboli sdružené vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů oblasti

³⁶ EDELSBERG, L. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: SPN, 1984, s. 181.

³⁷ LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 9.

³⁸ Věstník Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR č. 8/1997, č. j. 25602/97-22.

³⁹ LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 8.

fyzických, psychických a sociálních funkcí k podprůměrným a k dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím.“⁴⁰

5.1 Etiologie kombinovaného postižení

U dětí s kombinovaným postižením se etiologie často velmi těžko dokazuje, jelikož se jednotlivé příčiny navzájem kombinují a vady vznikají v různých etapách vývoje.

Klinické projevy nejvíce ovlivňuje faktor času, tzn. období, kdy patologická noxa působí na mozek. Míra poškození CNS závisí na zralosti mozku, čím je nezralejší, tím bývá poškození větší. Roli hraje také doba trvání účinku patologické noxy a její kvalita.⁴¹

Kombinované postižení může vznikat na základě vnitřních (endogenních) a vnějších (exogenních) příčin. Mezi endogenní příčiny můžeme zařadit vlivy, jako jsou dědičnost a genetika, a mezi exogenní pak anorganické, biologické a psychosociální důvody.

„Nejčastějšími příčinami tak jsou dědičné a genetické vlivy, dědičná metabolická onemocnění, infekční onemocnění, mechanická poškození, intoxikace, závažné psychické deprivace, poškození mozku a centrální nerovnováhy soustavy, vývojové poruchy a syndromy (např. Downův syndrom).“⁴²

5.2 Členění kombinovaných vad

Kombinované vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí. Tyto jednotlivé nedostatky se navzájem prolínají a ovlivňují.

Profesor Vašek člení kombinované postižení do tří skupin:

⁴⁰ MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. Brno: Copyright, 1997, s. 170.

⁴¹ ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002, s. 41.

⁴² VITÁSKOVÁ, K. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 71-72.

- V první skupině je společným znakem **mentální postižení** a přidružují se k němu tělesné vady, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování. Mentální postižení je určujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy.

- Druhou skupinu tvoří **kombinace vad tělesných, sluchových a vad řeči**. Tyto děti se často zařazují do speciální školy s přihlédnutím k vadě a vyžadují speciální pedagogickou péči. Speciální skupinu pak tvoří děti **hluchoslepé**. Děti s lehčí formou kombinovaného postižení lze vzdělávat v běžném typu školy s pomocí speciálních pomůcek.

- Třetí skupinu tvoří děti s **poruchami chování v kombinaci s dalším postižením** či narušením. Spadají sem také děti s **autismem a autistickými rysy**. Jde o heterogenní skupinu, což znamená, že jsou zde děti s postižením různého druhu a stupně.⁴³

5.3 Dětská mozková obrna (DMO)

Obrny zasahují centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu a část periferní zahrnuje obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti. Dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). Podstatou DMO je rané poškození mozku, které ovlivňuje hlavně hybnost – motoriku.

„DMO je považována za neprogresivní onemocnění. To znamená, že nedochází k nárůstu poškození mozku, ale naopak k částečnému zhojení podpůrné mozkové hmoty a k ohraničení postiženého místa. Mozková ganglia se však neléčí a nemnoží. V důsledku toho je úplné vyléčení nemožné.“⁴⁴

Na první pohled jsou nejvíce patrné poruchy hybnosti. Někdy ale „přidružené“ poruchy omezují hybnost více než postižení hybné.

Vítková řadí mezi charakteristické projevy DMO:

- motorickou neobratnost, zejména v jemné motorice,
- zvýšený motorický neklid,

⁴³ VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapia, 2003, s. 109.

⁴⁴ NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN, 1997, s. 75.

- nesoustředěnost, těkavost, zvýšenou unavitelnost, sníženou odolnost k zátěži,
- nedokonalost vnímání (omezená schopnost správně diferencovat a rozeznávat vnímané podněty),
- nedostatečnou představivost,
- překotné, impulsivní reakce,
- změny emočního prožívání, emoční labilita, kolísání nálad a zvýšená dráždivost,
- opožděný vývoj řeči a komunikace.⁴⁵

5.3.1 Etiologie dětské mozkové obrny

DMO vzniká jako následek poškození CNS v období předporodním, porodním a poporodním. Příčin bývá mnoho a někdy se je nepodaří všechny objasnit.

Mezi prenatální příčiny řadíme infekce matky v prvním trimestru těhotenství, krvácení matky v počátečním období těhotenství, oběhové poruchy, škodlivé záření (např. RTG). Nemůžeme vynechat také nedonošenost nebo přenošenost plodu.

Z perinatální příčin bývá nejzávažnější abnormální porod, předčasný porod, dlouhotrvající, protahovaný porod, kdy může dojít ke krvácení do mozku.

Do příčin postnatálních řadíme infekce CNS, rané infekce plicní a střevní a také úrazy hlavy.⁴⁶

5.3.2 Formy dětské mozkové obrny

DMO můžeme klasifikovat podle charakteru tonusové⁴⁷ a hybné poruchy na formy:

- spastické (křečovité) – diparetické, hemiparetické, kvaduparetické,
- nespastické – hypotonické, dyskinetické.

⁴⁵ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, s. 41-42.

⁴⁶ KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: GRADA, 2006, s. 186.

⁴⁷ Tonus je svalové napětí

U *diparetické formy* je typické zejména poškození dolních končetin. Vyskytuje se často u předčasně narozených dětí. Chůze těchto dětí bývá většinou nůžkovitá (kolena o sebe třou), chodí po špičkách s pokrčenými koleny při elasticitě flexorů. U většiny osob je zachovaný intelekt.

Při *hemiparetické formě* je obvyklá obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Častěji se ochrnutí vyskytuje u horní končetiny. Také se nezdá vyskytují epileptické záchvaty, jež zhoršují dobrou prognózu těchto dětí. Značná část dětí navštěvuje běžnou školu.⁴⁸

Kvadruparetická forma je typická ochrnutím všech čtyř končetin a převažuje buď ochrnutí dolních, nebo horních končetin. Vyskytuje se i epilepsie a přidružené mentální postižení. Prognóza u těchto dětí bývá značně nepříznivá.

Příčinou *hypotonické formy* postižení bývají nejčastěji malformace CNS nebo vývojové anomálie. Obrnou bývají postiženy spíše dolní končetiny. Nejvíce se vyskytuje v kojeneckém období, a pokud setrvává, je provázena těžkou mentální retardací.

Nepotlačitelné mimovolné pohyby se vyskytují u *dyskinetické formy*. Tyto pohyby se projevují spontánně, v klidu, nebo je lze vyprovokovat různými podněty.⁴⁹

5.4 Poruchy sdružené s dětskou mozkovou obrnou

Dětskou mozkovou obrnu doprovází řada dalších poruch. Řadí se k nim i mentální retardace, tu jsme však podrobně rozebrali ve třetí kapitole, a proto se jí zde nebudeme podrobněji zabývat.

5.4.1 Epilepsie

Mentální retardace a dětská mozková obrna jsou často kombinovány s epilepsií. Je častým neurologickým onemocněním.

⁴⁸ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, s. 51-54.

⁴⁹ VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, s. 42-43.

„Epilepsie je chronické onemocnění provázané nervovými záchvaty, jež jsou způsobeny poruchami v činnosti mozku, v němž dochází k náhlým výbojům nervových buněk.“⁵⁰

5.4.2 Smyslové vady

K dětské mozkové obrně se často přidávají i smyslové poruchy. DMO doprovází nezřídka poruchy zraku. Mezi nejčastější oční vady řadíme šilhání - strabismus. U některých případů dochází ke vzniku tupozrakosti neboli amblyopie. Hojně se také vyskytuje nystagmus, což jsou rychlé mimovolní pohyby očí.

Taktéž poruchy sluchu nejsou výjimkou, jedná se většinou o poruchy centrálního původu, které se vyskytují převážně u dyskinetické formy.⁵¹

5.4.3 Poruchy řeči

Ve vývoji řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou dochází k opoždění, někdy až k omezenému vývoji. V souvislosti s motorickým vývojem můžeme již v předverbálním období pozorovat různé odchylky, které se projevují těžkostí v dýchání a sání, zaostávání orálních reflexů a také se málokdy objevuje broukání, postrádáme hru s končetinami, chybí pudové žvatlání. Vývoj řeči také závisí na postižení motoriky, na celkovém tělesném stavu, na úrovni intelektu a na prostředí, ve kterém dítě žije.⁵²

„U dětí s DMO je často díky narušenému polykacímu reflexu narušené polykání (porucha polykání = dysfagie) a s tím úzce související zvýšený slinotok (hypersalivace). Existuje úzká souvislost mezi abnormálním polykáním a slinotokem. U dětí je většinou nesprávný ústní závěr nebo není vůbec vytvořen,

⁵⁰ NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN, 1997, s. 78.

⁵¹ VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: Copyright, 1998, s. 30.

⁵² KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido. 1998, s. 31.

nedokáží držet spojené zuby a rty, jazyk se posune vpřed, i sliny se dostanou vpřed a vytékají z úst.⁵³

Charakteristickou vadou řeči u dětí s DMO je dysartrie, což je celková porucha vyslovování, porucha artikulace, tvorby hlasu, respirace, fonace i modulace při organickém poškození mozku.⁵⁴

5.4.4 Ortopedické komplikace

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se často vyskytuje zkrácení Achillových šlach a kolenních šlach, jež brání v chůzi. V řadě případů dochází k deformaci kyčelních kloubů a nohou (dítě se staví na špičky, vybočená noha). Značně se vyskytuje vadné držení těla a scoliózy páteře. Z těchto důvodů je potřeba dobrá ortopedická péče už od raného dětství.⁵⁵

⁵³ KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, s. 50.

⁵⁴ KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido. 1998, s. 33.

⁵⁵ VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: Copyright, 1998, s. 32.

6 Průzkum volného času dětí s mentálním a kombinovaným postižením

Následující pasáž bakalářské práce je zaměřena na realizaci a vyhodnocení průzkumného šetření, které se zaměřuje na trávení volného času dětí s mentálním a kombinovaným postižením.

6.1 Cíl průzkumu

Cíl průzkumu:

Cílem realizace průzkumu bylo zjistit, jak děti s mentálním a kombinovaným postižením tráví, z pohledu rodičů, svůj volný čas v kontextu svého postižení.

Dílčí cíle:

Budou naplněny po zodpovězení následujícího souboru průzkumných otázek:

- Jak probíhalo těhotenství matek, porod dětí, období po porodu a rané dětství?
- Jak matky ovlivnilo, když se dozvěděly, že budou mít postižené dítě?
- Byla matkám poskytnuta raná péče, měly někoho, kdo by jim poradil?
- Chodily děti do mateřské školy?
- Jaký byl průběh nástupu dětí do školy, jak to rodičům pomohlo či přitížilo?
- Jaká je časová organizace dne jednotlivých dětí? Mají matky prostor pro svůj volný čas?
- Jaké volnočasové aktivity nabízí těmto dětem škola?
- Jaké další aktivity by matky uvítaly?
- Co dělají děti doma, co je baví, jak tráví volný čas?
- Kde kromě školy a domácího prostředí děti dále tráví volný čas?

6.2 Metodologie a výzkumný soubor

Pro sběr dat byla použita metoda semi-strukturovaného rozhovoru s maminkami postižených dětí.

Strategie vyhodnocení získaných dat byla převážně kvalitativní – data byla zpracována do podoby kazuistik. U všech informantů byla změněna jména, kvůli zachování soukromí.

Výzkumný soubor byl vytvořen záměrným výběrem a skládal se ze čtyř informantů. Jednalo se o maminky postižených dětí, které navštěvují Základní školu a Mateřskou školu speciální v Uherském Hradišti. Jedná se o tři chlapce a jednu dívku. Všechny děti trpí dětskou mozkovou obrnou, forma DMO je u všech těchto dětí kvadruparetická. Rozhovory byly prováděny v průběhu měsíce února 2011.

6.3 Kazuistiky

Kazuistiky byly vypracovány na základě rozhovorů s maminkami dětí. Zaměřují se v nich na rodinnou, osobní a školní anamnézu a v neposlední řadě také na zájmovou a mimoškolní činnost.

Případ č. 1

Jméno: Matěj

Rok narození: 1994

Současný věk: 17 let

Rodinná anamnéza: neúplná rodina, rodiče rozvedeni, matka žije s přítelem, Matěj je prvním dítětem, má nevlastní sestru, která má v době rozhovoru deset měsíců, oba rodiče jsou zdraví.

Osobní anamnéza: narozen v termínu, porod probíhal bez komplikací dnem pánevním, od půl roku věku zaznamenávají opoždění ve vývoji a po 8 měsících zjištěna dětská mozková obrna, forma DMO je kvadruparetická, je v pásmu lehké

až středně těžké mentální retardace. Prodělal operaci k ochraně kyčelních kloubů ve třech etážích (třísla, zadní strana kolen a Achillova šlacha) a také operaci očí. Chůze je možná, ale s velkými obtížemi. Dítě od narození žije v domácím prostředí, má sociální návyky, některé jednoduché úkony v sebeobsluze zvládá samo, avšak povětšinou je odkázáno na péči druhé osoby.

Školní anamnéza:

Mateřská škola: od 5 let nastoupil do speciální mateřské školy, zde docházel tři roky. Počáteční adaptace na školní prostředí probíhalo obtížně. Matka syna do školky každý den vozila a přicházela si pro něj ve 12 hodin. Později podle slov matky:

„Školku navštěvoval velmi rád, on je hrozně ukecaný, takže tam byl za největšího baviče.“

Ve speciální školce hra probíhala jako v klasické mateřské škole, jen se více zaměřovali na jemnou motoriku, věnovali se zpěvu a taktéž probíhaly rehabilitace.

Základní speciální škola: před nástupem do školy bylo provedeno aktuální pedagogicko-psychologické vyšetření s posouzením školní zralosti a návrhem školního zařazení. Adaptace na školní prostředí probíhala bez větších obtíží, jelikož Matěj zůstal ve stejné třídě jako ve školce. Chlapec těžce snáší změny. V době rozhovoru dochází do posledního ročníku speciální školy.

Zájmová a mimoškolní činnost:

Škola a školní družina: v rámci výuky mají počítače a zpěv, jež Matěje velmi baví. Po škole chodí do školní družiny (ŠD), která je nově zřízena. ŠD nabízí různé zájmové útvary. Matěje nejvíce baví „dramaták“, kde dobře využívá svoje nadšení pro komunikaci. Školní družina dále nabízí různé kroužky. Matěj rád chodí do country tanců, které jsou samozřejmě přizpůsobeny jeho handicapu. Škola mimo jiné pořádá plavání a řadu exkurzí.

Na otázku jestli by matka uvítala pro syna větší nabídku volnočasových aktivit, odpověděla takto:

„Těm dětem to tak stačí, ta škola, družina, takže ani ne.“

Volný čas doma: jeho nejoblíbenější činností doma je počítač, obsluhu zvládá sám nebo s občasnou pomocí, nejčastěji si na něm pouští filmy. Má rád domácí práce, při kterých pomáhá dědečkovi na zahrádce. Denně také doma cvičí podle Vojtovy metody. V letních měsících jezdí dvakrát týdně na hippoterapii. S rodinou jezdí na různé výlety (hrady, zámky, koupaliště). Jednou za 14 dní tráví dva dny u svého otce.

Volný čas matky: jelikož má ještě desetiměsíční dceru, na volnočasové aktivity jen pro ni, jí prakticky nezbývá čas. Dříve ráda chodila do posilovny nebo do kavárny s matkami, které mají stejně postižené děti.

Případ č. 2

Jméno: Šimon

Rok narození: 1999

Současný věk: 12 let

Rodinná anamnéza: úplná rodina, narozen ze dvojčat, druhé dvojče však zemřelo ve 32. týdnu těhotenství, oba rodiče jsou zdraví.

Osobní anamnéza: těhotenství probíhalo až do 32. týdne bez komplikací, následně proveden porod císařským řezem. Šimon při porodu vážil 1350 g a měl těžkou asfyxií. Byl kříščen a krmen sondou a dva měsíce pobýval v inkubátoru. Jako kojeneček jen spal nebo plakal, nic mezi tím. Ruce měl zaťaté v pěst, předměty začal uchopovat až po druhém roce. Usmívat se začal v obvyklém termínu, broukat a vokalizovat začal vcelku brzy, první slovo řekl ve třech letech. Šimon má kvadraparetickou formu dětské mozkové obrny, sekundární epilepsii kompenzovanou léky, atrofií zrakového nervu a středně těžkou mentální retardací. Matka ho popsala velmi detailně:

„Je zcela imobilní – vozičkář, má pleny, při všech sebeobslužných úkonech trvale potřebuje pomoc druhé osoby. Vidí, ale má problém rozeznat drobné detaily, k manipulaci používá výhradně pravou ruku. Mluví, slovní zásobu má

celkem slušnou, dorozumění se širším okolím mu však komplikují snad všechny možné vady výslovnosti.“

Diagnóza dětské mozkové obrny byla potvrzena v osmém měsíci věku dítěte.

Školní anamnéza:

Mateřská škola: okolo třetího roku dítěte se matka začala zajímat o umístění do kolektivu. Poté na radu psycholožky navštěvoval dvakrát týdně hodinu běžné mateřské školy společně s matkou. Ve čtyřech letech nastoupil do speciální mateřské školy a tu navštěvoval tři roky. Nástup do školky neprobíhal hladce, první měsíc každý den při předávání učitelce plakal. Po přivyknutí chodil do školky rád.

Základní speciální škola: po jednoročním odkladu školní docházky se stal žákem speciální školy. Vzdělává se podle rehabilitačního programu pomocné školy. Nástup do školy probíhal stejně jako nástup do školky.

Zájmová a mimoškolní činnost:

Škola a školní družina: ve škole využívá doplňkové aktivity, např. canisterapii nebo muzikoterapii. Po škole chodí do školní družiny, avšak kroužky, které družina nabízí, nenavštěvuje. Do budoucna matka zvažuje hudební kroužek, jelikož Šimon miluje hudbu a v rámci svých možností zpívá a hraje na jednoduché rytmické nástroje.

Volný čas doma: rodina je soběstačná ve trávení volného času, proto další nabídku organizovaných volnočasových aktivit nevyžaduje. Jezdí společně na výlety, navštěvují kulturní a sportovní akce. Šimon miluje dopravní ruch, a tak výlety nejčastěji směřují do měst. Nejoblíbenější hračku popsala matka takto:

„Šimonova nejmilejší hračka jsou lidé a nejoblíbenější činností je komunikace.“

Jako malý si rád hrál s autíčky a kostkami, v dnešní době dává přednost poslechu hudby a sledování DVD. Pokud počasí přeje, rád tráví volný čas venku, například si házejí s míčem. Šimon má rád fotbal a tak chodí na zápasy týmu

z vesnice a také do Uherského Hradiště na první ligu. Také rád a často tráví čas se svým dědečkem.

Volný čas matky: její volný čas se přizpůsobuje potřebám Šimona. Pokud jedou například někam na výlet, snaží se, aby si na tom každý z členů rodiny našel pozitivum. Nástup Šimona do školy byl pro ni přínosem, jelikož se seznámila s komunitou matek stejně postižených dětí.

Případ č. 3

Jméno: Kristýna

Datum narození: 1993

Současný věk: 17 let

Rodinná anamnéza: úplná rodina, narozena jako třetí dítě, má starší sestru a bratra, sourozenci i rodiče jsou zdraví.

Osobní anamnéza: narodila se předčasně o dva měsíce dřív, tři dny po porodu nastaly komplikace. V jednom roce potvrzena dětská mozková obrna. Má kvadruparetickou formu DMO a lehkou až středně těžkou mentální retardaci. Prodělala operaci očí a operaci k ochraně kyčelních kloubů ve třech etážích (třísla, zadní strana kolen a Achillova šlacha). Je imobilní – na elektrickém vozíčku, který sama ovládá. Musí sedět s oporou zad kvůli scolióze páteře. Je zcela závislá na pomoci druhé osoby, zvládá se pouze částečně sama najít.

Školní anamnéza:

Mateřská škola: do školky nechodila, byla až do nástupu do školy doma s matkou.

Základní speciální škola: do školy začala chodit od sedmi let věku. Kristýna navštěvuje speciální školu s rehabilitačním programem. Značným přínosem pro ni bylo zapojení se do kolektivu. Nástup do školy zvládla bez větších obtíží.

Zájmová a mimoškolní činnost:

Škola a školní družina: škola nabízí jako doplňkovou činnost canisterapii a muzikoterapii, které má Kristýna velmi ráda a na pejska se vždycky těší. Se školou jezdí také na exkurze nebo do plavání. Po škole využívá služeb školní družiny. Protože má velmi ráda hudbu, chodí do hudebního kroužku, ráda zpívá. Na otázku, zda by uvítala širší nabídku volnočasových aktivit, odpověděla matka takto:

„Často jezdíme na různá vyšetření a denně doma rehabilitujeme, takže toho volného času už moc nezbyvá. Ona potřebuje i relaxovat, takže myslím, že škola a družina jsou dostačující...“

Volný čas doma: nejvíce volného času tráví Kristýna u počítače a opisuje knížky, má k tomu speciálně uzpůsobenou klávesnici. Sleduje televizi nebo si hraje s mobilem či poslouchá MP3 přehrávač. Je velmi komunikativní a společenská, a proto vyhledává společnost lidí a díky elektronickému invalidnímu vozíku se ráda vydává na vyjížďky kolem domu, aby si mohla popovídat se sousedy. Ráda se také zapojuje do jednoduchých domácích činností, například utírání nádobí.

„Je jako každá holka veliká parádnice, takže ráda navštěvuje nákupní centra, nemusíme ani nic kupovat, stačí jí, že je mezi lidma a dívá se po věcech.“

Rodina tráví hodně času spolu, chodí do kina, divadla nebo různé kulturní akce. Díky speciálně upravenému vozíku za kolo jezdí na výlety nebo na chatu k jezeru. V letních měsících chodí na hippoterapii jedenkrát za týden.

Volný čas matky: pokud mají hlídání pro dceru, ráda s manželem vyrazí například do divadla, ale pro sebe vyloženě volný čas téměř nemá.

Případ č. 4

Jméno: Tibor

Rok narození: 1995

Současný věk: 15 let

Rodinná anamnéza: úplná rodina, má mladší sestru, která půjde v září do první třídy, sestra i rodiče jsou zdraví.

Osobní anamnéza: narodil se předčasně o dva měsíce dřív, matka se domnívá, že porod byl špatně veden a lékaři pochybili. V jednom roce prodělal řadu vyšetření, při kterých mu zjistili dětskou mozkovou obrnu. Forma DMO je kvadruparetická a stupeň mentálního postižení je klasifikován jako lehká až středně těžká mentální retardace. Prodělal operaci k ochraně kyčelních kloubů ve třech etážích (třísla, zadní strana kolen a Achillova šlacha). Po operaci je schopný pohybu po čtyřech. Je závislý na pomoci druhé osoby a zvládá jen lehké sebeobslužné činnosti.

Školní anamnéza:

Mateřská škol: do mateřské školy nastoupil v Uherském Brodě ve čtyřech letech, navštěvoval ji dva roky. S mateřskou školou byli spokojeni, jen ho tam museli dovážet. Adaptace na školní prostředí probíhala s lehkými obtížemi, ale po čase si chlapec zvykl.

Základní škola speciální: Tibor měl odklad školní docházky o jeden rok a před nástupem do školy navštěvoval nultý ročník. Do školy začal chodit v Uherském Hradišti. Ve škole se mu líbí, je rád v kolektivu mezi spolužáky.

Zájmová a mimoškolní činnost:

Škola a školní družina: škola nabízí řadu aktivit, jednou z nich jsou třeba exkurze, Tibor má rád auta a těší se na exkurzi do Tatry Kopřivnice. Po škole chodí do družiny, která je nedávno nově zřízena. Nabídka kroužků je optimální, Tibor rád kreslí, a proto navštěvuje výtvarný kroužek. Na otázku, jestli by přivítala širší nabídku volnočasových aktivit, odpověděla matka takto:

„Jak už jsem říkala, po příchodu nového pana ředitele se nabídka hodně zlepšila a zavedení družiny mi taky značně pomohlo, ale jinak si myslím, že na více aktivit bychom už stejně neměli čas.“

Volný čas doma: jeho největší zálibou je kolo a matka se k tomu vyjadřuje takto:

„Tibor miluje jízdu na kole, má speciálně upravené kolo, které má tři kolečka a jen co vysvitne sluníčko, hned ho to táhne ven se projíždět kolem domu po ulici.“

Také má velmi rád hudbu a doma si pouští svoji vlastní diskotéku. Někdy tráví čas u televize nebo počítače. Když je hezky, jezdí celá rodina na výlety po okolí nebo jezdí do bazénu plavat.

Volný čas matky: zřídka kdy má volný čas jen pro sebe, ráda si zajde na kosmetiku, ale většinu času stráví péčí o syna a dceru, která v září nastoupí do školy.

6.4 Shrnutí výsledků průzkumu

Z průzkumných otázek jsme zjistili několik poznatků. V první, obecné, části zhodnotíme rané dětství, určíme, co je pro děti společným rysem a také se zaměříme na předškolní a školní docházku. Ve druhé části se zaměříme na to, jak děti tráví volný čas, jaké jsou společné znaky v trávení volného času u těchto dětí.

Obecná část:

Společným znakem u všech dětí je dětská mozková obrna, forma DMO je kvadruparetická, mentální retardace je u těchto dětí na stupni lehké až středně těžké mentální retardace, pouze u jednoho chlapce je středně těžká mentální retardace. Tři z dětí se narodily předčasně. DMO byla u všech potvrzena až po osmém měsíci jejich života.

Pouze jedna dívka nechodila do mateřské školy, ostatní z dotazovaných dětí ano. Nástup do mateřské školy probíhal u všech dětí s menšími obtížemi, po přivyknutí děti chodily do mateřské školy rády. Obtíž s adaptací na školní prostředí je způsobena tím, že děti mají rády své stereotypy a těžko si zvykají na něco nového.

Nástup do základní školy probíhal u všech stejně jako nástup do mateřské školy, to znamená, že ze začátku to hůře snášely, poté chodily do školy rády. Školní docházka dětí přinesla jejich matkám možnost trochy volného času pro ně samé. Matky jako pozitivum také hodnotí seznámení se s komunitou matek, které mají stejně postižené děti.

Pro děti bylo značným přínosem začlenění do kolektivu a možnost komunikace se svými vrstevníky. Všechny tyto děti jsou velmi komunikativní a společenské, hodně vyhledávají společnost ostatních lidí.

Volný čas:

Časová organizace dne je u všech dětí téměř identická, dopoledne tráví ve škole, poté v družině a po příchodu ze školy relaxují a dělají své oblíbené domácí činnosti. Škola dětem pořádá každý měsíc exkurze a výlety, děti chodí plavat, tyto aktivity mají děti velmi rády.

Škola nově zřídila školní družinu, do které všechny tyto děti po škole chodí. Školní družina nabízí řadu kroužků a zájmových útvarů, pouze jeden chlapec nevyužívá tuto nabídku. Dvě děti využívají nabídku hudebního kroužku, matka chlapce, jež žádný kroužek nenavštěvuje, zvažuje též nabídku hudebního kroužku. Další kroužky, které děti navštěvují, jsou dramatický, výtvarný a country tance.

Všechny matky uvedly, že rozšíření nabídky volnočasových aktivit nepovažují za nutné, jelikož děti mají již tak hodně aktivit a potřebují i odpočinek.

Každé z dětí má oblíbené jiné aktivity, ale všechny shodně milují komunikaci a jsou rády tam, kde se něco zajímavého děje a je kolem spousta lidí, takže chodí například na koncerty, do kina či na fotbalové zápasy.

Jednou z nejčastěji opakujících se aktivit je hra na počítači, ať už si na něm například opisují knížky nebo pouští filmy.

Tyto děti se rády cítí potřebné, a proto rády pomáhají v domácnosti nebo na zahrádce, samozřejmě v rámci jejich možností.

Dalšími oblíbenými volnočasovými aktivitami jsou sledování televize a poslech hudby. Do volného času bychom zde měli zařadit i odpočinek, který je pro ně taktéž velmi důležitý. Co se negativně odráží na možnosti trávení volného času, jsou rehabilitace, které s dětmi musí rodiče každodenně provádět. Dvě děti tráví v letních měsících volný čas jednou či dvakrát týdně na hippoterapii.

Každé z dětí má svoji nejoblíbenější aktivitu a té věnuje nejvíce času, Matěj a Kristýna mají nejraději počítač, Tibor miluje jízdu na speciálně upraveném kole a Šimonova nejoblíbenější činnost je komunikace s lidmi.

Všechny rodiny tráví hodně čas společnými výlety a ve volnočasových aktivitách jsou soběstačné.

7 Závěr

Narození dítěte s jakýmkoli druhem handicapu znamená pro rodinu podstatné změny v organizaci dne a zaměření pozornosti na potřeby tohoto dítěte. Samozřejmě, že podobné změny si vyžaduje i narození potomka bez postižení, pokud se však vyskytne nějaká porucha, je přeorganizování dosavadního životního stylu ještě mnohem výraznější.

Ve své práci jsem se proto zaměřila na průzkum toho, jak funguje organizace dne a způsob trávení volného času právě v rodinách, které mají děti s určitou formou postižení. V tomto průzkumu se ve všech případech jednalo o dětskou mozkovou obrnu.

Analýza byla provedena u čtyř rodin s dětmi ve věku 12 až 17 let. Ve třech případech se jednalo o chlapce, v jednom o dívku.

Sledované rodiny vykazují v řadě skutečností podobnost – ať už se jedná o množství volnočasových aktivit či jejich složení. Oblíbenou formou volnočasových aktivit jsou terapeutické činnosti prováděné se zvířaty, ať už se jedná o hippoterapii či canisterapii. Podobně oblíbené je také trávení času spojené s hudbou – ať už s jejím poslechem, pouštěním hudby (případně DVD disků s filmy), zpěvem, hrou na hudební nástroje či tancem, který je přizpůsobený fyzickým a mentálním možnostem postiženého dítěte.

Často zmiňovanou součástí trávení volného času je práce s počítačem, případně další multimediální aktivity. Rodiče také shodně poukazovali na zálibu jejich dětí v komunikaci, a to ať už se jedná o komunikaci s vrstevníky, nebo o komunikaci se širokým okolím.

Co se týká hodnocení kvality trávení volného času, vyjadřují se rodiče v tomto směru spíše pozitivně. Dochází u nich také ke shodě v tom, že si nedovedou už příliš představit vznik dalších volnočasových aktivit svých dětí, a to zejména z toho důvodu, že považují jejich volný čas za plně vytížený. Celkově lze konstatovat, že velkým pomocníkem při vyplňování volného času sledovaných dětí je škola, školní družiny a kroužky, ve kterých mohou děti trávit volný čas ve společnosti svých vrstevníků a nejsou tak odkázány pouze na to, jaké aktivity jim vymyslí jejich rodiče.

Matky těchto dětí shodně uvádí, že školní docházka jejich dětí jim značně pomohla v tom, že najdou i chvíli pro sebe. Pozitivem pro ně také bylo seznámení s komunitou matek stejně postižených dětí.

Pro tyto postižené děti jsou volnočasové aktivity nedílnou součástí jejich života, stejně jako u intaktních vrstevníků, i když jsou značně omezeny. Je důležité, aby těmto dětem byla věnována velká pozornost a tak se mohly nadále rozvíjet.

Seznam použité literatury

- ČÁP, J. Psychologie výchovy a vyučování. 1. vyd. Praha: UK-Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-534-3.
- EDELSBERG, L. a kol. *Defektologický slovník*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984.
- HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071789275.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-5931-41-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- LANGER, S. *Mentální retardace*. 3. vydání. Hradec Králové: Kotva, 1996, s. 36. ISBN 80-900254-8-X.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Tyflopedie II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1989.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984.
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Copyright, 1997. ISBN 80-210-1009-6.
- NĚMEC, J. a kol. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. 1. vyd. Brno, Paido, 2002. ISBN 80-7315-012-3.
- NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. ISBN 80-85937-60-3.
- PÁVKOVÁ, J. *Pedagogika volného času*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: SPN, 1986.
- SPOUSTA, V. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1994. ISBN 80-210-1007-X.
- ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-73150174.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přepracované vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-060-7.
- VAŠEK, Š. *Základy speciálnej pedagogiky*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 2003. ISBN 80-968797-0-7.
- VÁŽANSKÝ, M. *Volný čas a pedagogika zážitku*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1994. ISBN 80-210-0428-2.
- Věstník Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22.
- VITÁSKOVÁ, K. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 8024414791.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Copyright, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

Přílohy

Příloha č. 1 Formulář dotazníku

Příloha č. 2 Záznamy rozhovorů

Příloha č. 1 Formulář dotazníků

- 1. Jak probíhalo těhotenství, porod, období po porodu, rané dětství?**
- 2. Jaké to pro Vás bylo, když jste se dozvěděli, že budete mít postižené dítě?
Jak vás to ovlivnilo v dalším životě?**
- 3. Byla vám poskytnuta raná péče? Nebo byl někdo, kdo by Vám poradil?**
- 4. Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu nebo jiné zařízení před nástupem do školy?**
- 5. Jak probíhal nástup do školy? A jaké těžkosti, či radosti Vám to přineslo?**
- 6. Jaká je časová organizace vašeho dne? Máte prostor na volný čas jen pro Vás?**

7. Nabízí škola nějaké volnočasové aktivity?

8. Uvítala byste větší nabídku VČ aktivit a jakých?

9. Co dělá dítě, když je doma? Co ho baví, jak tráví svůj čas?

**10. Kromě školy a domácího prostředí tráví Vaše dítě VČ ještě někde jinde?
(Kde?) A trávíte v tomto zařízení VČ s ním?**

Příloha č. 2 Záznamy rozhovorů

1. Jak probíhal porod, období po porodu, rané dětství?

„Náš Matěj se narodil v termínu. Porod probíhal naprosto v pořádku, jen trval velmi dlouho, šel dnem pánevním a šlo to bez kleští. Až v období kolem půl roku jsme začali zjišťovat, že se Matěj nevyvíjí tak, jak by asi měl. Kolem osmého měsíce jsme se objednali k doktorovi no a po mnoha vyšetřeních mu zjistili dětskou mozkovou obrnu (DMO) a má kvadruparézu. Má ale štěstí že chodí, sice velmi špatně, ale chodí a jsem za to ráda.“

2. Jaké to pro Vás bylo, když jste se dozvěděli, že budete mít postižené dítě? Jak vás to ovlivnilo v dalším životě?

„Pro nás to byl samozřejmě šok, tak jako pro všechny rodiče...ale víte, člověk si na to postupně zvykne. Každý na nás z počátku hleděl, v té době se o tom na veřejnosti ještě moc nemluvilo...třeba když jsem byla kdysi dávno tak před 20 lety na koupališti a přišli tam děti z Vincentina, tak na ně všichni čučeli a já samozřejmě taky...Když byl Matěj malý, tak měl takové auto na baterky, se kterým jezdil kolem baráku a ty děcka z okolí si s ním hrály a braly ho takový jaký je...ale když už byl starší, tak ten rozdíl byl víc vidět. Ted už si kluci v jeho věku chtějí hledat galánky a on má prostě jiné starosti...“

3. Byla vám poskytnuta raná péče? Nebo byl někdo, kdo by Vám poradil?

„Matěj byl moje první dítě a tak jsem se na něj těšila a nenapadlo mě, že by mohl být postižený. Nejdřív jsme jezdili po známých doktorech. Pak nám neurolog ve Zlíně poradil co dál dělat, poslal nás rehabilitovat, taky na oční...jo a ještě na ortopedii. Taky známí nám radili, kteří doktoři jsou dobří...ale jinak kromě toho doktora nikdo moc neporadil.“

4. Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu nebo jiné zařízení před nástupem do školy?

„Nějak od 4 let jsme se začali zajímat o to, jestli je možnost ho dát do školky no a od 5 let nastoupil do speciální školky. Ve školce byl myslím 3 roky. Býval tam do 12 hodin no a já ho tam samozřejmě musela vozit, sice to nebylo daleko, ale

nějaký čas to zabralo. Hráli si tam jako v normální školce a hodně procvičovali jemnou motoriku, rehabilitovali a hodně zpívali. Do školky chodil velice rád...on je hrozně ukecaný, takže tam byl za největšího baviče...“

5. Jak probíhal nástup do školy? A jaké těžkosti, či radosti Vám to přineslo?

„Po školce šel ihned do školy. Ta školka byla vlastně ve stejné budově jako škola, takže nakonec i zůstal ve stejné třídě, jak chodil do školky a to pro něj bylo dobré, protože nemá rád změny, těžko to snáší...Školní docházka je vlastně deset let a letos končí. A pak půjde do stacionáře, ale ještě o tom neví, musím ho na to nějak připravit.“

6. Jaká je časová organizace vašeho dne? Máte prostor na volný čas jen pro Vás?

„Každý den máme hodně podobný. Ráno vstane, obleče se, ale musím mu s tím pomoci, neumí se sám pořádně upravit. Pak jdeme na 8h do školy, tam je zhruba do 14hodin, podle toho, jaký mají zrovna rozvrh, jdou na oběd a po obědě pak do družiny... Jelikož se mi narodila ještě holčička, která má teď 10 měsíců, tak mi na nic jiného velice nezbyvá čas... Ale dřív když jsem čekávala na Matěje na vyzvednutí ze školy, to ještě nebyla družina, tak jsme chodily s maminkama, které měly taky postižené děti, na kafe nebo někdy do posilovny.“

7. Nabízí škola nějaké volnočasové aktivity?

„Škola nabízí kroužky po vyučování a ještě mimo družinu chodí na country tance, které mají společně s holkama z Bělínky (pozn. Domov pro osoby se zdravotním postižením – Kunovice Na Bělince) a ještě chodí na dramaťák. No a jinak už asi nic...jo ještě malování a vlastně v rámci výuky mají počítače a hodně zpívají...Ve škole mají taky projekt poznávání okolních velkých měst, tak jezdí na různé jednodenní exkurze. Se školou chodí taky do plavání, je to ho dost co v té škole dělají.“

8. Uvítala byste větší nabídku VČ aktivit a jakých?

„Těm dětem to tak stačí...ta škola, družina...takže ani ne.“

9. Co dělá dítě, když je doma? Co ho baví, jak tráví svůj čas?

„Jeho nejvíc oblíbená činnost je počítač, vesměs to na počítači zvládá sám, a když se mu tam stane nějaký zádrhel, tak si zavolá o pomoc. Pouští si tam filmy, hody, svatby... Pak hodně chodí po dvoře a dělá s dědečkem polní práce na zahrádce, to ho baví. Ty jeho činnosti jsou hodně stereotypní.“

10. Kromě školy a domácího prostředí tráví Vaše dítě VČ ještě někde jinde? (Kde?) A trávíte v tomto zařízení VČ s ním?

„Od jara do podzimu chodíme 2 krát týdně na hipoterapii, tu si platíme sami, Valenta to sice dotuje, ale i tak stojí jedna hodina 120 Kč a to jezdíme do Starého Města (pozn. Valenta je majitelem holdingu SYNOT). O prázdninách jezdíme na výlety na koupaliště, hrady, zámky. Jelikož jsem rozvedená, volný čas tráví taky u svého otce...No a ještě jezdíme do Uherského Brodu každých 14 dní cvičit, to jsem si zajistila sama na doporučení neuroložky ze Zlína.“

1. Jak probíhalo těhotenství, porod, období po porodu, rané dětství?

„Těhotenství probíhalo až do 32. týdne zcela normálně, bylo však vedeno jako rizikové proto, že se jednalo o dvojčata (počatá spontánně, nikoli po IVF). Ve 32. týdnu však musel být urgentně proveden císařský řez pro vyhaslé ozvy jednoho z plodů. Šimon přišel na svět nezralý, s porodní vahou 1350 g a těžkou asfyxií, musel být kříšen a krměn sondou, dva měsíce strávil v inkubátoru, ultrazvukové vyšetření ukázalo poškození mozku nejspíš jako důsledek nedostatku kyslíku v perinatálním období. Druhý z chlapců se narodil mrtvý.

Šimon byl v nejranějším období typický příklad dráždivého kojence, téměř jsme neznali stav, kdy dítě jen tak spokojeně leží – v podstatě buď spal, nebo plakal, nic mezi tím. Že nebude motoricky v pořádku, bylo evidentní – pohyboval se méně a jinak, než zdraví vrstevníci. Ruce měl zaťaté v pěst, uchopovat předměty začal až po druhém roce, přetáčet ze zad na břicho a zpět ještě o rok později. Stejně tak se postupně ukazovalo, že po mentální stránce bude vývoj trochu lepší než ten pohybový – usmívat se začal v normálním termínu, poměrně brzy začal broukat a vokalizovat, na první slovo s významem jsme si však museli počkat do třetích narozenin.“

2. Jaké to pro Vás bylo, když jste se dozvěděli, že budete mít postižené dítě? Jak vás to ovlivnilo v dalším životě?

„Většina „speciálních“ rodičů si odváží z porodnice zdánlivě zdravé dítě a podezření na postižení začne mít až postupně, když vidí, že zaostává za svými vrstevníky. My jsme s tímto podezřením jeli už z nemocnice, otázkou byla v podstatě jen tíže handicapu. Dodnes nevím, zda to byla spíš výhoda, nebo nevýhoda. Na jednu stranu jsme byli s mužem připraveni o radost z narození zdravého potomka, na druhou stranu jsme si prvotní šok odbyli naráz a ušetřili si marné naděje a s nimi související pozdější zklamání.

Náš život to samozřejmě ovlivnilo. Musím říct, že osobně nepatřím k matkám, které tvrdí, že je narození postiženého dítěte obohatilo a že jsou za to vlastně vděčné. Lhala bych si do vlastní kapsy. Ano, tuto skutečnost jsme přijali a naučili jsme se s ní žít, ale myslím si, že nám to mnohem víc vzalo než dalo. Já sama jsem vzdala kariéru, i muž částečně přizpůsobil svou práci synovým potřebám, volný čas a koníčky nás obou neustále ladíme podle toho, co baví našeho syna.

Šimon má kvadruparetickou formu dětské mozkové obrny, sekundární epilepsii v současné době kompenzovanou léky (záchvaty se objevily kolem šestého roku věku), atrofii zrakového nervu a středně těžkou mentální retardaci. Je zcela imobilní – vozíčkář, má pleny, při všech sebeobslužných úkonech trvale potřebuje pomoc druhé osoby. Vidí, ale má problém rozeznat drobné detaily, k manipulaci používá výhradně pravou ruku. Mluví (i ve složitějších větách), slovní zásobu má celkem slušnou, dorozumění se širším okolím mu však komplikují snad všechny možné vady výslovnosti.“

3. Byla vám poskytnuta raná péče? Nebo byl někdo, kdo by Vám poradil?

„Už při propuštění z porodnice jsme byli objednáni do rizikové neonatologické poradny, na ortopedii a oční, a byli zaškoleni ve cvičení Vojtovou metodou. Diagnoza byla definitivně potvrzena kolem 8. měsíce věku. Praktické informace jsme ovšem zpočátku sháněli docela těžko. I od odborníků člověk slyšel „...a hlavně nic nečtěte!“, internet byl ještě v plenkách, specializované weby neexistovaly, stejně jako literatura, v níž by byla problematika srozumitelnou formou popsána. V prvních měsících po narození dítěte je navíc i matka zdravého dítěte dost izolovaná od okolního světa. Nejvíce informací jsme se na počátku dozvěděli od fyzioterapeutky, později ovšem mnohem více od „služebně starších“ rodičů dětí s handicapem.“

4. Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu nebo jiné zařízení před nástupem do školy?

„Kolem Šimonova třetího roku jsme se začali zajímat o možnost zařazení do dětského kolektivu. Na doporučení psychologů asi rok navštěvoval v mém doprovodu dvakrát týdně hodinu běžnou mateřskou školu v místě bydliště, bylo však jasné, že další vzdělávání se bude ubírat cestou speciálního školství. Ve čtyřech letech Šimon nastoupil do speciální mateřské školy, po třech letech a jednom odkladu školní docházky se stal žákem speciální školy. Momentálně je mu 12,5 roku, je v 6. třídě a vzdělává se podle rehabilitačního programu pomocné školy.“

5. Jak probíhal nástup do školky? A jaké těžkosti, či radosti Vám to přineslo?

„Nástup do školky byl dramatičtější, jednalo se vlastně o období, kdy Šimon poprvé zůstával mimo domov a bez přítomnosti rodičů či prarodičů. Trvalo asi měsíc, než jsme odbourali pláč při ranním předávání. Poté, co jsme počáteční „přivykací“ období překonali, už probíhala docházka do školky bez problémů, přijal tamní prostředí, pedagožky a děti za součást svého světa, chodil do školky rád, a ve stejném duchu to pokračuje i po přechodu do školy.

Lze říci, že docházka do školky a školy nám všem prospěla. Syn se naučil a stále učí novým věcem, absolvuje doplňkové aktivity typu canis- a muzikoterapie, já jsem získala prostor a čas jak na domácnost, tak na vlastní zájmy, a stále se nevzdávám naděje, že dovolí-li to synův zdravotní stav (prozatím absolvuje cca co dva roky ortopedickou operaci, po níž následuje tříměsíční rekonvalescence a tudíž absence ve škole), podaří se mi ještě někdy vrátit se alespoň částečně do práce. (To by však bylo téma na další studii, o alternativních úvazcích si bohužel můžeme v podmínkách České republiky, zejména mimo velká centra, zatím jen nechat zdát.)

Mezi zisky ze školní docházky musím samozřejmě zahrnout i seznámení s komunitou matek dalších postižených dětí.“

6. Jaká je časová organizace vašeho dne? Máte prostor na volný čas jen pro Vás?

„Organizace dne závisí na tom, zda právě probíhá školní rok, prázdniny, nemoc nebo rekonvalescence. Ve školních dnech vstáváme kolem 6. hodiny (naštěstí je Šimon čistý „skřivan“, takže mu to nedělá problémy), přebalím ho, převléknu, umyju, vyčistím mu zuby, podám antiepileptika a nachystám snídani (najíst se dokáže částečně sám). V půl osmé nasedáme do auta a odjíždíme do školy. Tam je cca do 13 hodin, pak pro něj jedu a začíná náš domácí program. Kolem půl sedmé večerní nastupují večerní rituály, koupání a večeře, do postele jde Šimon kolem 20.30. O prázdninách a v době nemoc je samozřejmě nutné najít pro dítě program po celý den.“

7. Nabízí škola nějaké volnočasové aktivity?

„Škola nabízí službu školní družiny, kterou využíváme, a různé kroužky, ty však syn nenavštěvuje. V družině je zhruba do třinácté hodiny, což je momentálně asi strop jeho výdrže. Pak už je unavený a vyžaduje své „domácí“ aktivity, proto zatím nevyužíváme nabídku kroužků, i když do budoucna uvažuji, že zkusíme hudební, Šimon miluje hudbu, rád v mezích svých možností zpívá a hraje na jednoduché rytmické nástroje.“

8. Uvítala byste větší nabídku VČ aktivit a jakých?

„Větší nabídku organizovaných aktivit snad ani ne. Co se týče nejrůznějších výletů, návštěv kulturních a sportovních akcí, v tom jsme jako rodina v podstatě soběstační. Snažíme se prostě trávit čas tak, aby to všechny zúčastněné co nejmíň bolelo a aby si v tom každý našel něco svého.“

Jedna věc nám však přece jenom chybí. Šimon nemá sourozence (narodil se v mých 32 letech a na další experimenty jsem už v tomto směru neměla odvahu), miluje však společnost. Pro mentálně i fyzicky postiženého člověka je prakticky nemožné navázat klasické přátelství se zdravými vrstevníky. Proto si pohrávám s myšlenkou navázat kontakt např. se studenty nějaké střední školy, popř. skauty, kteří by třeba jednou týdně přijeli (ať už v rámci dobrovolnictví, nebo placené brigády) a dvě hodiny se mu věnovali. Nešlo by při tom o klasickou osobní asistenci (tedy zajišťování osobních potřeb), ale spíš o povídání, „dělání společnosti“.

9. Co dělá dítě, když je doma? Co ho baví, jak tráví svůj čas?

„Šimonova nejmilejší hračka jsou lidi a nejoblíbenější činností je komunikace. Na rozdíl od zdravých dětí, které se snaží vstřebávat co nejvíc nových zážitků, poznatků a zkušeností, dává Štěpán přednost tomu, co už zná, stereotypům. Když byl menší, hrál si s kostkami a autíčky, oblíbená byla také asistence při vaření (na stole měl hrnce, v ruce vařečku a imitoval přípravu jídla). S postupujícími léty se překlápí spíš k zájmům typickým pro pubertální věk – poslech hudby a sledování DVD. Miluje zejména písničky Jaromíra Nohavici, a co se filmů týče, preferuje spíš příběhy vycházející z reálného života (Pošťák Pat, Červený traktůrek, Mach a Šebestová, seriál Ulice, staré české komedie typu Marečku,

podejte mi pero) než klasické pohádky s draky, čerty a princeznami, dává přednost humoru před akcí a dobrodružstvím. Když je příznivé počasí, trávíme co nejvíce času venku. Šimon má rád fotbal, takže chodíme na zápasy jak týmu z naší vesnice, tak do Uherského Hradiště na první ligu, společně chodíme hrát tenis nebo si na hřiště jen tak házet míčem. Miluje dopravní ruch, takže spíš než výlety do přírody provozujeme něco jako „městskou turistiku“. Dost času tráví se svým dědečkem a nikdy si nenechá ujít, když jej táta, který pracuje jako agronom, vezme do práce na traktory a kombajny.“

**10. Kromě školy a domácího prostředí tráví Vaše dítě VČ ještě někde jinde?
(Kde?) A trávíte v tomto zařízení VČ s ním?**

„Žádné další zařízení či centrum volnočasových aktivit nenavštěvujeme.“

1. Jak probíhalo těhotenství, porod, období po porodu, rané dětství?

„Kristýna se narodila o 2 měsíce dřív, než jsem měla termín...tři dny po porodu nastaly komplikace. Když to dítě zaostává, tak to nejdřív vedou jako psychomotorickou retardaci, vlastně až v jednom roce nám neurolog potvrdil dětskou mozkovou obrnu (DMO). Bára je na vozíčku a musí sedět s oporou zad, protože má kvadruparézu.“

2. Jaké to pro Vás bylo, když jste se dozvěděli, že budete mít postižené dítě? Jak vás to ovlivnilo v dalším životě?

„Krista je naším třetím dítětem a má dva zdravé sourozence...předtím jsme se s tím vůbec nesešli a vůbec jsme tak nevěděli, co nás čeká...ale díky rodinnému zázemí a všem okolo to bylo pro nás snazší, se vyrovnat s touto skutečností...“

3. Byla vám poskytnuta raná péče? Nebo byl někdo, kdo by Vám poradil?

„Po několika týdnech co jsme leželi v nemocnici, nás poslali rovnou na neurologii a tak od dětství byla vlastně v péči neurologa...ten nám doporučil rehabilitace, ortopedické vyšetření a taky oční...prodělala operaci očí i trojstupňovou operaci měkkých tkání, kdy vlastně operují vazy v tříselech, pod kolenem a na achilovce...Taky nám byl nabídnut šesti týdenní pobyt v lázních, který jsme využili. No a od 7 let jezdíme do Vojtkova rehabilitačního centra v Olomouci.“

4. Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu nebo jiné zařízení před nástupem do školy?

„Kristýnka nechodila do školky, byla celou dobu se mnou doma...jezdili jsme na rehabilitace a 1 krát týdně k nám chodila masérka.“

5. Jak probíhal nástup do školy? A jaké těžkosti, či radosti Vám to přineslo?

„Do školy začala chodit od 7 let...je to speciální škola s rehabilitačním programem. Největším plusem pro ni bylo, že se zapojila do kolektivu...to bylo opravdu velkým přínosem. Naopak zvládání školních povinností je někdy opravdu náročné a padají u toho i slzičky...“

6. Jaká je časová organizace vašeho dne? Máte prostor na volný čas jen pro Vás?

„Ráno když vstaneme tak cvičíme a pak jedeme do na 8 hodin do školy, po škole chodí do družiny, která je nově zřízená a pak trávíme společně volný čas doma...Já osobně moc volného času nemám, všechno se točí kolem Kristýny a domácích povinností...ale moji nebo manželovi rodiče občas hlídají, tak si vyrazíme třeba do divadla.“

7. Nabízí škola nějaké volnočasové aktivity?

„Škola nabízí kroužky např. hudební, dramatický, výtvarný, tanec, samozřejmě v rámci jednotlivých postižení dětí...jednou za měsíc zajišťuje canisterapii, což mají děti velmi rády. Také mají muzikoterapii, která probíhá pod odborným vedením.“

8. Uvítala byste větší nabídku VČ aktivit a jakých?

„Po změně vedení školy, se nabídka nejrůznějších aktivit opravdu zlepšila, zavedení družiny hodně maminek uvítalo s nadšením...teď se častěji jezdí na nejrůznější výlety nebo exkurze...Často jezdíme na různá vyšetření a denně doma rehabilitujeme takže toho volného času už moc nezbyvá...ona potřebuje i relaxovat, takže myslím, že škola a družina jsou dostačující...“

9. Co dělá dítě, když je doma? Co ho baví, jak tráví svůj čas?

„Krista doma nejčastěji sedí u počítače a opisuje knížky, má na to speciálně upravenou klávesnici, ale není schopna počítač samostatně ovládat, takže jí to musím vždycky nastavit a ona pak píše. Taky se občas dívá na televizi...Tím že má elektronický invalidní vozík je schopna se samostatně pohybovat...takže jezdí ráda po blízkém okolí domu a povídá si tetkama...no a ještě si hraje s mobilem a nebo poslouchá MP3 přehrávač. Ráda se zapojuje do jednoduchých domácích činností, takže jí občas dám třeba něco plastového, aby utřela nebo zavezla špinavé prádlo do koše a tak...aby se cítila potřebná, to je důležité.“

**10. Kromě školy a domácího prostředí tráví Vaše dítě VČ ještě někde jinde?
(Kde?) A trávíte v tomto zařízení VČ s ním?**

„Je jako každá holka veliká parádnice, takže ráda navštěvuje nákupní centra, nemusíme ani nic kupovat, stačí jí, že je mezi lidma a dívá se po věcech. Taky jezdíme na hipoterapii do Starého Města, ze začátku se toho koníka trochu bála, ale časem to přešlo a teď se na to těší... Ona je velice společenská a komunikativní, takže je ráda mezi lidma, chodíme občas do kina, divadla nebo na nějaké kulturní akce, zrovna zítra půjdeme na ples, který pořádá místní stacionář...No a máme speciálně upravený vozík za kolo, takže v létě jezdíme na výlet, a nebo na naši chatu u jezera či v zimě do hor...“

1. Jak probíhal porod, období po porodu, rané dětství?

„Tibor se narodil předčasně a porod byl velmi špatně vedený, myslím si, že je to chyba lékařů, že má Tibor dětskou mozkovou obrnu (DMO). Tu mu zjistili asi v jednom roce...má kvadraparézu, ale je schopný pohybu po čtyřech...prošel třístupňovou operací měkkých tkání...jsem ráda i za ten malý pohyb, který zvládá.“

2. Jaké to pro Vás bylo, když jste se dozvěděli, že budete mít postižené dítě? Jak vás to ovlivnilo v dalším životě?

„Nezbylo nám nic jiného než to přijmout, těšili jsme se na 1. miminko, ale přišlo zklamání... našťastí rodina pro nás byla velkou oporou a společným úsilím jsme to všechno zvládli a zvládáme snad i nadále...“

3. Byla vám poskytnuta raná péče? Nebo byl někdo, kdo by Vám poradil?

„V době, kdy se Tibor narodil, nám kromě doktora, nikdo extra nepomohl...Ze začátku jsme chodili po známých doktorech a pak nám byl doporučen jeden neurolog a ten nám se vším poradil, začali jsme jezdit na rehabilitace, k očnímu lékaři a taky na ortopedii. Ze začátku jsme opravdu hodně času strávili ježděním po doktorech...a v podstatě jezdíme doteď, i když ne už tak často...“

4. Navštěvovalo Vaše dítě mateřskou školu nebo jiné zařízení před nástupem do školy?

„Vozili jsme ho do speciální mateřské školky v Uherském Brodě, s tamní školkou jsme byli spokojeni, chodil tam asi 2 roky...dělal tam v podstatě ty samé činnosti jako v klasické školce, jen se více zaměřovali na takové to hraní si s různými předměty na procvičení motoriky...zpívali si, kreslili apod.“

5. Jak probíhal nástup do školy? A jaké těžkosti, či radosti Vám to přineslo?

„Tibor měl odklad školní docházky a vlastně 1 rok před nástupem do školy navštěvoval nultý ročník...do školy jsme pak začali jezdit do Uherského Hradiště. Ve škole se mu líbí, chodí tam velice rád, i když ty školní povinnosti se mu moc plnit nechcou a příprava do školy zabere taky dost času.“

6. Jaká je časová organizace vašeho dne? Máte prostor na volný čas jen pro Vás?

„Náš den je v podstatě značně podobný, jako každý jiný...ráno vstaneme a odvezu ho do školy. Po škole chodí do družiny, kterou máme teď nově zřízenou, no a po škole ho zase vyzvednu a trávíme čas doma...jsem žena v domácnosti a starám se ještě o naši malou dcerku, která půjde v září do školy...S péčí o děti mi občas pomůžou babičky a samozřejmě manžel, takže někdy si zajdu třeba na kosmetiku, ale je to opravdu jen zřídka, kdy mám čas pro sebe...“

7. Nabízí škola nějaké volnočasové aktivity?

„Musím říct, že se teď nabídka nejrůznějších aktivit ve škole zlepšila, mají tam výtvarný i pěvecký kroužek...Tibor chodí do výtvarného a moc ho to baví. Škola pořádá i různé výlety, teď nedávno byli třeba na Michalu Davidovi... a taky pořádá exkurze, byli v Brně na jeden den na výstavě a pojedou do Tatry Kopřivnice, na to se Tibor těší...“

8. Uvítala byste větší nabídku VČ aktivit a jakých?

„Jak už jsem říkala, po příchodu nového pana ředitele do školy, se nabídka hodně zlepšila a zavedení družiny mi taky značně pomohlo...ale jinak si myslím, že na více aktivit bychom už stejně neměli čas...“

9. Co dělá dítě, když je doma? Co ho baví, jak tráví svůj čas?

„Tibor miluje jízdu na kole, má speciálně upravené kolo, které má 3 kolečka a jen co vysvitne sluníčko, hned ho to táhne ven se projíždět kolem domu po ulici. Po tatkově je milovníkem hudby, takže má rád koncerty...a doma si pouští vlastní diskotéku. Občas tráví svůj čas u počítače nebo televizi. A samozřejmě taky odpočinkem, protože se rychle unaví.“

10. Kromě školy a domácího prostředí tráví Vaše dítě VČ ještě někde jinde? (Kde?) A trávíte v tomto zařízení VČ s ním?

„Nejvíce času tráví na kole, to opravdu doslova miluje. Pak chodíme jednou za 14 na cvičení. Rehabilitace mu taky zaberou hodně času. No, a když je hezky, tak jezdíme třeba na výlety nebo plavat, prostě v rámci možností, co Tibor zvládne...“