

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kludia Szabová

**Volnočasové aktivity osob s tělesným postižením ve věku
mladší a střední dospělosti**

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu použitých zdrojů této práce.

V Olomouci dne 9. dubna 2013

Kludíia Szabová

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Klaudia Szabová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Volnočasové aktivity osob s tělesným postižením ve věku mladší a střední dospělosti
Název v angličtině:	Leisure activities for people with physical disabilities in younger and middle-aged adults
Anotace práce:	<p>Tato práce pojednává o volnočasových aktivitách osob s tělesným postižením ve věku mladší a střední dospělosti. Je rozdělena do dvou částí.</p> <p>V teoretické části jsou popsány pojmy volný čas, volnočasové aktivity, volný čas osob s tělesným postižením, aplikované pohybové aktivity a tělesné postižení.</p> <p>Praktická část je věnována kvalitativnímu průzkumu formou rozhovorů s vybranými klienty dvou zařízení s cílem zjistit jejich oblíbené činnosti v zařízení a mimo něj, spokojenost s nabízenými aktivitami a informovanost o existenci jiných organizací zabývajících se aktivizační činností.</p>
Klíčová slova:	volný čas, volnočasové aktivity, aplikované tělesné aktivity, tělesné postižení, dospělost
Anotace v angličtině:	<p>This work deals with leisure activities for people with physical disabilities in younger and middle-aged adults. It is divided into two parts.</p> <p>The theoretical section describes the concepts of leisure, leisure activities, leisure of people with disabilities, Applied Physical Activity and disability.</p> <p>The practical part is devoted to qualitative research through</p>

	interviews with selected clients of two institutions to identify their favourite activities within the institutions and outside them, to determine their satisfaction with the activities offered and to ascertain the awareness of the existence of other organizations involved in activation activities.
Klíčová slova v angličtině:	leisure, leisure activities, Applied Physical Activity, disability, adulthood
Přílohy vázané v práci:	-
Rozsah práce:	55 stran
Jazyk práce:	český

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Velmi si vážím jejího času, cenných rad a lidského přístupu.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VOLNÝ ČAS A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY	10
1.1 Volný čas	10
1.1.1 Druhy volného času	12
1.1.2 Funkce volného času	12
1.1.3 Oblasti volného času.....	13
1.2 Volný čas tělesně postižených	13
1.3 Volnočasové aktivity tělesně postižených	14
1.3.1 Dělení volnočasových aktivit	14
1.3.2 Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením.....	15
1.3.3 Expresivní terapie.....	19
2 OSOBA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	24
2.1 Tělesné postižení.....	24
2.2 Dětská mozková obrna.....	26
2.2.1 Diparetická forma.....	27
2.2.2 Hemiparetická forma	28
2.2.3 Kvadruparetická forma.....	29
2.2.4 Dyskinetická forma.....	29
2.2.5 Hypotonická forma.....	30
2.3 Tělesná postižení po úraze	30
2.3.1 Poškození míchy.....	30
2.3.2 Poškození periferních nervů	31
2.4 Tělesná postižení po nemoci.....	32
2.4.1 Progresivní svalová dystrofie (Myopatie)	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
3 POPIS ORGANIZACÍ.....	34
3.1 Naděje o. s. pobočka Vsetín – Rokytnice	34
3.2 Centrum Auxilium – sociálně-aktivizační služby.....	36
4 CÍLE A METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
4.1 Cíle práce, stanovení výzkumných otázek.....	39

4.2	Metody a průběh šetření	40
4.3	Charakteristika a popis zkoumaného souboru	41
5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	43
5.1	Analýza získaných dat	43
5.2	Interpretace získaných dat	47
5.3	Shrnutí teoretické části.....	49
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	55

ÚVOD

Volnočasové aktivity jsou v dnešní době hodně diskutovaným tématem, proto jsem si jej zvolila pro svou bakalářskou práci. Zajímalo mě, jak svůj volný čas tráví lidé s různým tělesným postižením, ať už se jedná o lehké problémy s hybností anebo o úplnou neschopnost pohybu, a to v různém věku. Jestli se jejich možnosti zcela odlišují anebo mohou do jisté míry provozovat stejné aktivity jako zdravý člověk. Dále mě zajímalo, jaké vlastně mají tito lidé možnosti trávení volného času. Z praxe jsem již věděla, že mnoho lidí s tělesným postižením navštěvuje a tráví svůj čas v různých zařízeních sociálních služeb, jako jsou denní stacionáře, sociálně aktivizační služby a jiné. Proto mě napadlo zjistit u těchto osob, co rádi dělají v zařízení, kam docházejí, a čím se baví v čase tráveném mimo tato zařízení. Pro intaktní populaci je trávení volného času forma relaxace, odreagování se od dennodenních povinností v pracovním procesu, ale co to vlastně znamená pro osoby s handicapem, které se třeba nikdy do pracovního procesu nezařadily a rozdíl mezi volným časem a časem, kdy mají své povinnosti, ani neznají?

Rozhodla jsem se na základě teoretické části vymezit a definovat čtyři stěžejní témata této práce - volný čas, volnočasové aktivity, aplikované tělesné aktivity a tělesné postižení jako takové. Snažím se popsat tyto pojmy tak, aby bylo jasné, jak jsou chápány intaktní populací, ale také jak je volný čas chápán osobami s tělesným postižením. Vybrala jsem si příklady sportů, které mne zaujaly v rámci aplikovaných pohybových aktivit, a dosud jsem netušila, že existují. Dále popisuji expresivní terapii a jednotlivé terapie, které pod ni spadají, protože mám zkušenost, že se tyto terapie často používají v rámci programů některých sociálních služeb. V poslední části se zabývám obecným popisem a definováním tělesného postižení a popisuji některá vrozená a získaná tělesná postižení. Výběr byl ovlivněn diagnózami dotazovaných v praktické části této práce.

Praktická část mé práce se zabývá samotným kvalitativním průzkumem ve dvou zařízeních, v denním stacionáři střediska Naděje - Rokytnice a v Centru Auxilium ve Vsetíně. K realizaci šetření významně přispěl fakt, že jsem v těchto zařízeních absolvovala v minulosti praxi a nadále s nimi spolupracuji. Popisuji jednotlivá zařízení, jejich cíle, základní činnosti i zásady práce. Poté se zaměřuji na samotný průběh šetření a vyhodnocení interview.

Cílem mé práce je zjistit spokojenost dotazovaných uživatelů se zařízením, do něhož docházejí, a s nabídkou aktivit, které je možno v něm provozovat. Zajímám se o nejoblíbenější činnosti dotazovaných klientů v zařízení a zjišťuji, čím se zabývají mimo čas strávený v něm. Jako další cíl jsem si stanovila zjistit informovanost o existenci jiných zařízení a organizací zabývajících se přímo aktivizační činností osob s tělesným postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Volný čas a volnočasové aktivity

V každodenním životě se setkáváme s výrazy, jako jsou: volný čas, trávení volného času, aktivity, koníčky, hobby a jiné. Všechna tato slova mají ve své podstatě stejný nebo podobný základní význam. Ale co to vlastně „volný čas“ znamená? A trávíme my, intaktní společnost, volný čas stejně jako osoby s různými tělesnými omezeními?

1.1 Volný čas

Již od narození jsme vedeni k tomu mít nějaké záliby, aktivity – ať již sportovní, estetické či jiné. Prostřednictvím volného času by člověk měl upustit od každodenních povinností a věnovat se čistě sám sobě a věcem, které má rád. Faltýsková (2002) uvádí, že volný čas je doba, v níž si člověk svobodně volí a vykonává činnosti, které jej obohacují, těší, přinášejí mu odpočinek a zábavu a dále obnovují a rozvíjejí jeho fyzické a psychické schopnosti. *„Je to čas, v němž je člověk sám sebou, nejvíce patří sám sobě, kdy koná převážně svobodně a dobrovolně činnosti pro sebe, popř. pro druhé, ze svého vnitřního popudu a zájmu“*, definuje dále Faltýsková (2002, s. 17).

Bakalář (1978, s. 65-66) vhodně dotváří definici, když uvádí, že: *„Volný čas nemá ovšem jen dimenzi člověka – jednotlivce. Má také dimenzi společenskou, tedy v širokém smyslu sociální. Mnoho činností člověka ve volném čase má přece společenský význam a dosah, člověk je koná ve skupinách a organizacích, s povědomím nějakých sociálních vazeb. A nejen to. Při mnoha činnostech člověk „překračuje“ sám sebe, svou aktivitou vytváří nebo spoluvytváří morální a společenské hodnoty, možná i normy a vzorce. A zároveň - celá sociální sféra také významně jeho činnosti podněcuje a podmiňuje.“*

Volný čas tedy běžně zahrnuje odpočinek, rekreaci, zábavu, zájmovou činnost, dobrovolné vzdělávání a dobrovolně společensky prospěšnou činnost (Pávková et al., 2008). Spolu s rodinou, partnerstvím, zdravím, zaměstnáním a přátelstvím patří volný čas k nejcennějším hodnotám člověka. Šerák (2009) bere v potaz společenskou vědu, které se těmito aspekty zabývají z různých úhlů. Sociologie se zaměřuje na volný čas jako na symbol věku, sociální pozice, profese, společenského úspěchu a vzdělání. Na rozdíl

od psychologie, která bere volný čas jako jeden ze způsobů prožívání reality. Předmětem zájmu je vztah k této realitě, k lidem, duševní aktivita nebo motivace k určité činnosti. Dále je tady pohled pedagogiky a andragogiky, kde se rozlišuje výchova pro volný čas, tj. pomoc při rozhodování, orientaci, usnadnění přístupu k nabídce, a výchova a vzdělávání ve volném čase. Krystoň (in Šerák, 2009) rozdělil volný čas do tří rovin jako hodnoty:

- individuální (seberealizace jedince, saturace individuálních zájmů),
- sociální (prevence sociálně-patologických jevů, životní styl),
- edukační (prostor pro vzdělávání a celkový rozvoj).

Pávková, Hájek a Hofbauer (Pávková et al., 2008) nahlíží na volný čas z různých pohledů – ekonomického, sociálního a sociálně psychologického, politického, zdravotně-hygienického, pedagogického a psychologického.

- pohled ekonomický – z volného času se stalo odvětví, které je využíváno jak pro výchovnou a vzdělávací činnost, tak komerčně. Je důležité, kolik prostředků společnost investuje do zařízení pro volný čas;
- pohled sociologický a sociálněpsychologický – důležité je sledování přispívání volného času k utváření mezilidských vztahů, formálních a neformálních skupin;
- pohled politický – nabídka aktivit pro volný čas by v městech a obcích měla tvořit funkční systém bez preferování institucí, organizací či majetkoprávních vztahů;
- pohled zdravotně-hygienický – zabývá se hlavně tím, jak lze podporovat zdravý tělesný i duševní vývoj člověka;
- pohled pedagogický a psychologický – zohledňují věkové a individuální zvláštnosti a jejich respektování ve volném čase a dále se zabývají uspokojováním biologických a psychickým potřeb člověka ve volném čase.

Pokud nahlédneme do historie a podíváme se, jak se volný čas vyvíjel a komu byl dopřáván, zjistíme, že volný čas a zájmová činnost má za sebou velmi dlouhý vývoj. Střídání práce a volného času nás doprovázelo v průběhu celé historie, i když zprvu jen v daleko menší míře, než je tomu dnes. Volný čas jako takový si mohla dopřát jen hrstka privilegovaných lidí, a to především šlechta a bohatí lidé, kteří nemuseli pracovat kvůli obživě a tudíž měli více času na příjemnější aktivity (Šerák, 2009). Šerák (2009, s. 25) píše že: „Disponibilní doba pracujících lidí měla vždy nepoměrně menší rozsah a k tomu ji

i více determinovaly normy, tradice a zvyklosti, než tomu bylo mezi společenskou elitou.“ Zásadní zlom v možnostech trávení volného času přinesla mechanizace práce a související společenské změny, racionalizace práce atd. Časem se rozšiřovaly tradiční způsoby využívání disponibilní doby - regenerace pracovní síly, odpočinek a zábava, o prostor pro činnosti vyššího řádu např. cestování, rekreace, sport a jiné (Šerák, 2009).

1.1.1 Druhy volného času

V literatuře se setkáváme s mnohým dělením volného času. Na příklad Bartoš (1980) píše, že veškerý čas, který má člověk k dispozici, se dá rozdělit na čtyři části – pracovní, vázaný, polovolný a volný. Přičemž jednotlivé části se mohou navzájem prolínat a tudíž i některé pracovní činnosti mohou být brány jako volnočasové. Záleží vždy na jedinci. Šerák (2009) volný čas potom dělí na odpočinkovou část (činnosti klidné, pohybové i psychicky nenáročné), rekreační (typická je pohybová aktivita) a zájmovou (cílevědomé aktivity zaměřené na uspokojení a rozvíjení individuálních potřeb, zájmů a schopností).

1.1.2 Funkce volného času

Podle Hradečné (in Šerák, 2009), jsou tři základní funkce, které má volný čas plnit:

- zábava (uspokojování osobních potřeb, osvobození od nudy),
- odpočinek (duševní i fyzická relaxace, kompenzace únavy, obnovení sil),
- vlastní rozvoj osobnosti (osvobození od automatizmu).

Toto rozdělení je ovšem velmi triviální a proto poukážeme také na podrobnější dělení dle Vážanského (in Šerák, 2009):

- rekreace (zotavení, shromáždění sil, psychické uvolnění, osvěžení),
- kompenzace (rozptýlení, potěšení, vyrovnání nedostatků, vědomé zřeknutí se pravidel a norem, bezstarostnost),
- edukace (potřeba poznání, další vzdělávání, touha po zážitcích, výměna rolí),
- kontemplace (potřeba klidu, rozjímání, čas pro sebe sama, autoreflexe),
- komunikace (potřeba sdělení, kontaktu, vyhledávání sociálních vztahů, pospolitost, empatie, láska),

- integrace (potřeba společenských vztahů, hledání emocionální jistoty, pocit sounáležitosti, rituály, tradice, kolektivní vědomí),
- enkulturace (potřeba kreativního rozvoje, nezávislý růst schopností, tvůrčí uplatnění, fantazie, spontaneita),
- participace (potřeba angažovanosti, vlastní iniciativa, potvrzení sebe samého, spolurozhodování, kooperace, spoluodpovědnost).

1.1.3 Oblasti volného času

Základními oblastmi volného času jsou odpočinek, zábava, rekreace, zájmové činnosti, dobrovolné vzdělávání, dobrovolně prospěšná činnost (Pávková et al., 2008).

1.2 Volný čas tělesně postižených

„Pro lidi s postižením má volný čas typicky zvláštní význam. Lidé, kteří jsou nuceni věnovat větší díl času než zdraví zajištění svých životních potřeb, mají z tohoto pohledu volného času méně. Na druhou stranu jsou často bez zaměstnání a najednou je tu pro ně mnoho času, který je volný, ale často jen v tom negativním smyslu. Vždyť aby člověk mohl přistupovat ke svému volnému času aktivně a svobodně, musí mít opravdu možnost s ním nakládat podle svého uvážení, což pro lidi s omezením pohybu bývá často neřešitelný problém.“ (Marková, Krump, Jonáš, 2000, s. 29-30) Na internetových stránkách spolku Trend vozíčkářů Olomouc píší o volném čase tak, že jej chápou jako důležitou součást života lidí s handicapem. Je důležité si uvědomit, že život člověka se neskládá pouze ze zajištění primárních potřeb, které ale na druhou stranu jsou předpokladem k dalším činnostem, ale že každý člověk, ať už zdravý anebo s postižením, má potřebu se bavit a dělat věci, které má rád a obohacují jej. Pro většinu lidí je normální být ve společnosti svých přátel, sportovat, cestovat, žít kulturním životem. Je nutné si uvědomit, že tyto potřeby má i člověk s postižením, ať už se jedná o lehké či těžké, a možná jsou jeho potřeby daleko silnější právě kvůli postižení. Faktem zůstává, že mnohdy jsou podmínky k realizaci přání a tužeb jednotlivých osob značně ztíženy a proto je dobré, že existují organizace a spolky, které se zabývají právě trávením volného času osob s handicapem. Trend vozíčkářů budeme popisovat později v rámci části o aplikovaných pohybových aktivitách (Trend vozíčkářů, 2013).

1.3 Volnočasové aktivity tělesně postižených

„Volnočasové aktivity podporují rozvoj jedinců a jejich skupin založených na zájmu. Tím oslabují jak jednostrannou individualizaci, tak manipulaci, která se v dosavadním vývoji naší společnosti v minulosti promítala do koncepce masových organizací.“ (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2011, s. 9)

1.3.1 Dělení volnočasových aktivit

Vybrali jsme si pro srovnání dělení dle Veselé a Zicha, který rozdělil aktivity již v roce 1978. Jak dále uvidíme, dělení se od té doby nijak zvlášť nezměnilo.

Zich (1978) tedy člení aktivity takto:

- a) kulturní,
- b) společenské,
- c) rekreační,
- d) záliby,
- e) rodinné činnosti,
- f) pasivní odpočinek,
- g) sportovní činnosti.

Dělení dle Veselé (2006) je pak i blíže specifikuje:

- a) manuální – ruční práce, pěstování květin, opravy, domácí práce, kutilství aj.
- b) fyzické – jakýkoliv sport, turistika, fitness aj.
- c) kulturně umělecké – návštěva kulturních akcí, festivalů, divadel, kin, historických památek, koncertů aj.
- d) kulturně racionální – vzdělávání se v různých sférách života, četba tisku, odborné literatury, cestování za poznáním aj.
- e) společenské – v rámci rodiny i mimo ní, náboženské úkony aj.
- f) hry – různé druhy her společenských, stolních, sběratelství, chovatelství aj.
- g) pasivní odpočinek – spánek, relaxace, hudba aj.

1.3.2 Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením

Zde se nabízí otázka, co to vlastně APA (aplikované pohybové aktivity) jsou? Na internetových stránkách Centra aplikovaných pohybových aktivit fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého se můžeme dočíst, že APA je: „*Kinantropologická multidisciplinární vědní oblast, která se zabývá zkoumáním modifikací (adaptací) podmínek a obsahu, ale i dalších činitelů (žák a pedagog) výchovně-vzdělávacího procesu s cílem zlepšit kvalitu života osob se speciálními potřebami a integraci těchto jedinců mezi intaktní populaci prostřednictvím činností pohybového charakteru. Své působení realizuje v kontextu TV, sportu, tělocvičné rekreace a částečně i rehabilitace ve smyslu komplexní rehabilitace. Van Coppenolle (2004) i Doll-Tepper a DePaw (1996), téměř shodně charakterizovali APA jako pohyb, tělesnou aktivitu a sport se speciálním zaměřením na zájmy a schopnosti osob s určitým omezením (limity) – např. seniorů, osob se zdravotním postižením či zdravotním oslabením. Tuto charakteristiku (včetně použité terminologie) však považujeme za překonanou.*“ (Ješina, 2012, 25.2.2013)

V rámci APA existuje celá řada sportů, které byly speciálně přizpůsobeny lidem s různým druhem handicapu. V literatuře se setkáváme s informacemi jak o zimních sportech (např. lyžování, bobování, pulking či jízda na skibobu) tak o vodních sportech či činnostech (vodní lyžování, plavání, plavba na plachetnici, kanoistika aj.) a týmových sportech (např. quad rugby, tenis, badminton, softball, basketbal na vozíku a v neposlední řadě boccia), které jsou uzpůsobeny tak, aby je mohli provozovat jedinci se zdravotním postižením. Úpravy se týkají jednak způsobu hry, upravení pravidel či uzpůsobení pomůcek potřebným ke hře (Jelínková, 1997; Kudláček et al., 2007). Níže popíšeme některé sporty, které jsou dnes běžně dostupné pro osoby s TP (tělesným postižením) a mají své zastoupení třeba i na paralympijských hrách.

Pokud bychom chtěli mít přehled o tom, kde a jak jsou nabízeny následující popisované aktivity, přehledný seznam nabízí právě internetová stránka Centra aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Mezi nejdůležitější organizace v Olomouckém kraji můžeme určitě zařadit Spolek Trend vozičkářů, který má již dlouholetou tradici a působí v Olomouckém kraji v mnoha oblastech, ať již je to snaha o bezbariérovost, pořádání různých sbírek, vydávání vlastního

zpravodaje (Trendy zpravodaj) a v neposlední řadě také poskytování sociálních služeb a na ně navazujících aktivizačních služeb. O volnočasových aktivitách Trend (Trend vozíčkářů, 23.3.2013) píše: „Spolek vyjíždí pravidelně každým rokem na pobyt mimo Olomouc, alespoň 1x ročně pořádá společensko-kulturní akci pro členy organizace a širokou veřejnost, organizuje skoro každý měsíc "Středeční setkání" na různá témata (besedy, ruční práce atd.), nárazově spolupracuje s katedrou APA UP na sportovních a tanečních aktivitách, v rámci Týdne duševního zdraví otevírá Čajovnu na kolečkách. Aktuální nabídka volnočasových aktivit se odvíjí od zájmu lidí s postižením a dále od podaných a schválených projektů, kterými jsou z větší části aktivity financovány.“

V rámci Zlínského kraje bychom pak zmínili kromě zařízení, která budou popsána v praktické části, občanské sdružení Hvězda. Občanské sdružení Hvězda působí ve Zlíně a jeho posláním je rozšiřování praktického naplnění humanismu, mezigenerační tolerance, solidarity a občanského soužití (Hvězda – občanské sdružení, 2013). V Rožnově pod Radhoštěm působí Středisko volného času, na svých stránkách píše: „Středisko volného času se snaží vyplnit váš volný čas – kromě pravidelných kroužků a soustředění se pro Vás snažíme zajistit i akce a turnaje podle Vašich přání a našich možností. Budeme rádi, když se za námi přijdete podívat. Kdo neví, co s volným časem, přijďte za námi, s námi se nudit nebudete...“ (Středisko volného času Rožnov p. R., 23.3.2013) Autorka z vlastní zkušenosti ví, že středisko nabízí aktivity, jak zdravým tak i handicapovaným jedincům. V tomto středisku začleňování postižených není problémem, ačkoliv stává se tak velmi zřídka, kvůli špatné informovanosti rodin s postiženými.

Lyžování

Aby mohl člověk s TP lyžovat, potřebuje k tomu patřičné vybavení a samozřejmě speciálně upravené pomůcky dle druhu postižení. Pro jedince s amputací, paraplegiky a kvadruplegiky jsou vhodné berle s malými lyžičkami, které mohou být použity také společně s běžnými lyžemi, což je vhodné pro lidi s těžkým postižením, kteří umí udržet vzpřímenou polohu a jsou schopní určitých pohybů trupem. Pro lidi s kombinovaným postižením je nejvhodnější lyže se sedátkem. Jedná se o širokou lyži, na které je upevněno tvarované laminátové sedátko. Na lyži se mohou vejít dva lidé, je tedy možná přítomnost asistenta, který lyži ovládá a přidržuje postiženého. Lyži se sedátkem existuje několik druhů, vyrábějí se na zakázku podle druhu postižení atd. Jako další varianta existuje

tzv. řídicí lyže. Je to malá třetí lyže, která je opatřena říditky. Je používána těmi, kdo udrží vzpřímenou polohu, ale potřebují oporu pro udržení stability (Jelínková, 1997).

„Pulking“

„Tento sport vznikl v Norsku a kombinuje prvky bobování a lyžování. Jedná se o jízdu na plochem bobu se zvýšenými okraji a sedátkem. K pohánění a řízení se používají krátké lyžařské hole upevněné řemínkem. Postižení mohou provozovat tento sport spolu se zdravým přítelem, který jej podpírá svým tělem a řídí bob. Také ho lze uplatnit ve spojení s jízdou na běžkách, kdy zkušený lyžař za sebou táhne bob“, popisuje Pulking Jelínková (1997, s. 21) v Metodické knihovničce modrého klíče.

Vodní lyžování

Stejně jako u lyžování na sněhu, tak i k vodnímu lyžování potřebuje člověk s postižením speciální vybavení. Pro začátečníky se používá nejdříve Ringo, což je v podstatě gumový prstenec s pevným gumovým dnem a vysokými okraji, do něhož se vejdou tři až čtyři lidé, takže postiženého mohou přidržovat jeho přátelé. Ringo je taženo motorovým člunem na laně. Další možností a vyšším levellem je tzv. Route 5 surf-ski. Surf-ski je laminátové plavidlo se sedátkem, které má po stranách držadla. Postižení mohou být na sedátku pohodlně usazeni, ne však připoutáni. Plavidlo je taženo za motorovým člunem. Další z možností je Sitz-ski, což je obdoba lyže se sedátkem používané při zimním lyžování. Jedná se o jednu lyži asi 60 cm širokou a dva metry dlouhou se zabudovaným sedátkem. Lyže je opět tažena motorovým člunem. Sitz-ski je nejvýhodnější zařízení pro osoby s těžkým kombinovaným postižením (Jelínková, 1997).

Plavání

„Plavání je vhodnou aktivitou pro rehabilitaci, rekreaci i vrcholový sport osob s tělesným postižením. Umožňuje udržet optimální pohybový režim lidí postižených nehybností jedné nebo více končetin a napomáhá rozvoji jejich svalového aparátu“, píší Ticháčková a Kudláček (Kudláček et al., 2007, s. 33). Plavání je vhodnou aktivitou proti svalové atrofii, která se prohlubuje trvalým omezením hybnosti končetin. *„Specifický význam plavání spočívá v tom, že je mohou provádět téměř všichni postižení, i když jen v omezeném rozsahu. Většina postižených osob je schopna se naučit plavat, a proto se plavání může stát stálou složkou jejich pohybového režimu i vlastního léčebného procesu“*,

popisují dále Ticháčková s Kudláčkem (Kudláček et al., 2007, s. 33). Plavání a pobyt ve vodním prostředí celkově je dobrý pro většinu osob s TP od dětí až po seniory. Vodní prostředí poskytuje specifické podmínky pro lokomoci jedinců s TP. Osoby s TP se s pomocí vhodné techniky a přirozené funkce vody – nadnášení mohou pohybovat bez větších omezení, na rozdíl od pohybu na suchu, který jim činí problém (Kudláček et al., 2007).

Vozíčkářské rugby

Vozíčkářské rugby je jediným týmovým sportem, který byl vytvořen pro osoby – sportovce s postižením horních i dolních končetin, tzn. kvadruplegiky. Dřívější název tohoto specifického sportu nesl název Quad rugby. Rugby se hraje na hřišti o velikosti stejné, jako má normální basketbalové hřiště. Hrají proti sobě dva týmy o čtyřech hráčích. Účelem hry je dostat se s míčem do soupeřova bodovacího prostoru. Hraje se na čtyři osmiminutové čtvrtiny. V quad rugby se hraje míčem, rukama nebo předloktím, přičemž míč může být při jízdě položen na klíně. Míč lze samozřejmě házet, přihrávat, kutálet či driblovat s ním atd. (Kudláček et al., 2007).

Basketbal na vozíku

„Basketbal vozíčkářů patří mezi nejoblíbenější a nejrozšířenější týmové sporty tělesně postižených po celém světě.“ (Kudláček et al., 2007, s. 61) Pravidla jsou v podstatě stejná jako u klasického basketbalu jen s několika výjimkami, které se týkají převážně pohybu s míčem a specifických situací, které nastávají z důvodu pohybu hráčů na vozících. Hra má opticky menší rychlost, a to hlavně v základních útočných i obranných činnostech. Strategie hry je stejná jako u běžného basketbalu, tzn. systém rychlého protiútku, postupného útoku, obrany a útoku.

Boccia

Wittmannová (Kudláček et al., 2007, s. 72) píše o boccie toto: *„Boccia je aktivita podobná francouzské hře pétanque, ke hře se však používají modré a červené míčky z měkké kůže. Pro osoby, které mají vážné funkční omezení a je téměř nemožné je do provádění většiny sportovních disciplín zahrnout, může boccia otevřít cestu ke sportu, a to na všech úrovních, od provádění pro zábavu a rekreaci přes závodní provozování na různých výkonnostních úrovních.“* Boccia je jedinou sportovní disciplínou, kterou

mohou lidé s funkčním omezením provozovat na nejvyšší profesionální paralympijské úrovni. Je také jedinou disciplínou, kde své síly měří obě pohlaví dohromady. Hraje se ve družstvech nebo v rámci jednotlivců, existuje celkem sedm hracích divizí. Boccia vyžaduje od hráčů společnou zdatnost, dovednost a taktické prvky.

Sledge hokej

Sledge hokej je hokej přizpůsobený osobám s postižením dolních končetin. To znamená, že hokej se hraje vsedě, na tzv. saních, aby nikdo nebyl znevýhodněn a všichni (i hráči, kteří by zvládli hrát vestoje) měli stejné hrací podmínky. Mezi potencionální hráče se řadí vozíčkáři, amputaři či osoby s různým funkčním omezením dolních končetin. Hráči se po ledě pohybují pomocí dvou hokejek, které mají na jednom konci bodce a na druhém čepel, tato čepel je ohnuta na levou a pravou stranu. Sledge hokej má tři patnáctiminutové třetiny, na ledě je přítomno vždy pět hráčů (dva obránci a tři útočníci) a jeden brankář. Na soupisce může být vždy jen 15 hráčů, to znamená, že se střídají v průběhu zápasů tři „pětky“. Výstroj hráčů tvoří klasická výstroj na lední hokej a dále mají hráči povinnost mít chránič hrdla a obličejové masky (Kudláček et al., 2007).

1.3.3 Expresivní terapie

Do práce řadíme také expresivní terapie, které se u nás hojně využívají v rámci volnočasových aktivit v různých zařízeních sociálních služeb. Na základě autorčiny zkušenosti z praxe víme, že tyto terapie se používají v různých formách a obdobích, ale vždy mají kořeny v expresivních terapiích. Konkrétněji v praktické části této práce budou popsány dvě zařízení, které expresivní terapie využívají jako součást aktivizačních služeb. *„Expresivní terapie je psychoterapie, která využívá pro vyjádření (expresi), kontakt, intervenci i jiné formy než verbální. Kromě slova nám ve vztahu a terapeutickém procesu napomáhá pohyb, metafora obrazu, tance, dramatické scénky, hudby, zvuku, básně a podobně. Někdy se mluví o neverbální terapii, kreativní terapii.“* (Špinarová Dusbábková, 9.3.2013) Jsou to terapie zaměřené na spontánnost, prožitek, které podporují rozvoj tvůrčího potencionálu a sebepoznání klienta (Biblio Help, 2009).

Arteterapie

„Arteterapie jako jedna z neverbálních technik využívá výtvarného projevu k vyjádření vnitřního stavu jedince prostřednictvím symbolu nebo příběhu.“ (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 107) Je to obor využívající výtvarný pohled jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky. Slouží také jako prostředek k redukci mezilidských vztahů. Pro využití této terapie je předpokladem, že výtvarná činnost sama i bez dalších verbálních zásahů obsahuje léčebné prvky. Tvůrčí proces posiluje vztah k vnějšímu světu, reguluje rozporné síly v člověku a napětí, posiluje vědomí vlastní identity (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012). Na webových stránkách věnovaných arteterapii se můžeme dočíst, že: „Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a pracuje se tedy s procesem výtvarné tvorby, a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány. Podle toho, zda klienti sami tvoří nebo se pracuje s již vytvořenými artefakty, rozeznáváme arteterapii expresivní a receptivní. Forma arteterapie může být individuální či skupinová. Využitím různých výkladových metod a principů se hlásí nejčastěji k eklektickému psychoterapeutickému přístupu, pracuje s formou, procesem i obsahem výtvarného vyjádření.“ (Česká arteterapeutická asociace, 16.3.2013)

Mezi nejpoužívanější témata v terapii patří:

- Vlastní minulost a přítomnost – představa klienta o sobě samém, jak se jeví okolí, jeho největší problém, klient a nemoc, čeho se bojí, jeho rodina, rodiče, jeho nedostatky a přednosti, životní cesta, noční sny.
- Budoucnost, cíle a abstraktní pojmy – jaký by chtěl klient být, jeho domov, tři přání, klient za deset let, láska, nenávisť, mužství, ženství, svoboda, síla, slabost.
- Vztah ke skupině – klientovo postavení ve skupině (v rodině), co lidem dává, co očekává, portréty členů rodiny (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012).

Dramaterapie

„Dramaterapie využívá dramatických postupů k vyjádření sebe samého, sebepoznání či pochopení mezilidských vztahů“, definuje Šauerová (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 115).

Dále ji lze definovat jako záměrné užívání dramatických či divadelních postupů, aby terapeut dosáhl potřebného cíle u klientů, chápejme terapeutických cílů, symptomatické úlevy, integrace duševní, duševní růst klientů (Dramaterapie, 2007).

Valenta (2007) o dramaterapii píše, že je to léčebně-výchovná disciplína, kde převažují skupinové aktivity. Dramaterapie má, v porovnání s ostatními divadelně-terapeutickými postupy, nejširší klientelu. Ve skupině najdeme celou škálu klientů od osob s mentálním postižením, tělesným postižením, s psychiatrickou diagnózou, se specificky vývojovými poruchami učení přes psychosociálně ohrožené jedince až po gerontologické klienty. Cíle dramaterapie jsou velmi variabilní, k hlavním cílům se počítá redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integrace osobnosti, rozvíjení sebedůvěry, vytváření pocitu zodpovědnosti, úprava reálné aspirace. Kalifornská dramaterapeutka Renee Emunah (in Valenta, 2007) popisuje nespecifické cíle dramaterapie takto:

- zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence;
- získání schopnosti uvolnit se;
- zvládnutí kontroly svých emocí;
- změna nekonstruktivního chování;
- rozšíření repertoáru rolí pro život;
- získání schopnosti spontánního chování;
- rozvoj představivosti a koncentrace;
- posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence;
- získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

Valenta rozděluje dramaterapii na individuální a skupinovou. *„Individuální dramaterapie je poměrně sporadickou záležitostí, s níž v našich zemích nemáme tolik zkušeností, jako se skupinovou terapií. Ve světě se využívá tato forma dramaterapie především u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou (autismus), u klientů trpících posttraumatickým stresovým syndromem a klientů s mentálním postižením.“* (Valenta, 2007, s. 34)

Skupinová dramaterapie je tedy, z vlastní zkušenosti autorky i dle dostupné literatury, využívána v České republice výhradně. Dramaterapii v různých formách se věnuje mnoho organizací v sociálních službách v rámci volnočasových aktivit, tyto aktivity mnohdy

splňují jen některé prvky dramaterapie, ale mnohdy je účinek velmi pozitivní pro celou skupinu klientů.

Muzikoterapie

„Muzikoterapie je vhodnou neverbální technikou ve všech fázích péče o dítě. Využívá efektu hudebního vnímání a aktivní práce s hudbou, a to nejen k relaxaci, ale i k sebevyjádření, sebepoznání apod. V případech, kdy klienti odmítají verbální komunikaci, je možné pro navázání kontaktu užít právě melodii, hudbu“, popisuje muzikoterapii Šauerová (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 105).

Hudba je odjakživa důležitou součástí společnosti a všech kultur. Jejím prostřednictvím lidé vyjadřují své pocity a komunikují s ostatními. Hudba v lidech probouzí různé emoce. Muzikoterapie využívá hudebních nástrojů a lidského hlasu jako prostředků k vyjádření nejnuitnějších myšlenek, strachů a prožitků. V literatuře se můžeme dočíst, že tato forma terapie pomáhá lidem s celou řadou onemocnění. Zvláště pak lidem s poruchou intelektu a poruchami učení a dále i osobám s tělesným postižením především s dýchacími obtížemi a onemocněním pohybového aparátu (Orlová, 2002). Autorka (s. 37) dále píše, že: *„Tato forma terapie je obvykle velmi přínosná a úspěšná, protože naprostá většina lidí nějakým způsobem na hudbu reaguje a aktivní hraní či zpívání je vždy radostným zážitkem.“*

Tanečně-pohybová terapie

Na webových stránkách věnovaných tanečně pohybové terapii se uvádí následující definice TPT (tanečně pohybové terapie): *„TPT (tanečně pohybová terapie) je definována jako psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince (www.adta.org). Podobně definuje TPT britská ADMT UK: TPP (tanečně pohybová psychoterapie) je psychoterapeutické užití pohybu a tance, které umožňuje kreativní zapojení jedince do procesu, v němž je podporována emoční, kognitivní, fyzická a sociální integrace jedince.“* (Tanter, 19.3.2013)

V tanečně pohybové terapii tanec představují všechny neverbální projevy jedince. Neverbálními projevy rozumějme všechny pohyby, které jedinec dělá a odráží tak jeho aktuální prožívání a zkušenosti s okolním prostředím. Tato terapie má široké uplatnění a využívá se v různých typech zařízení. Terapie se používá v oblasti rozvoje osobnosti

a primární prevence, dále jako léčebná metoda a také v rámci péče o somaticky nemocné osoby (Tanter, 2012).

2 Osoba s tělesným postižením

2.1 Tělesné postižení

Dříve bylo tělesné postižení chápáno jako osobní tragédie. Jedinec s jakoukoliv odlišností se s tímto názorem setkával v každodenním životě. Tento fakt se odrážel i v oblasti sociální politiky a v organizaci speciálních služeb, které byly zaměřeny na kompenzaci „obětem“ tohoto zdravotního znevýhodnění (Renotiérová, Bendová, 2005). Dle WHO můžeme najít několik definic tělesného postižení (Vítková, 2006):

- vada (poškození) - je postižení systému pohybového, podpůrného či jiných orgánů, vedoucí k podstatným somatickým změnám,
- omezení (snížení výkonu) - jde o kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k výkonnosti normální, běžné v závislosti na věku, konstituci a vzhledem k životnímu prostředí,
- postižení – jedná se o trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakci, neúplné nebo chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem.

Renotiérová (Renotiérová, Bendová, 2005, s. 17-18) dále popisuje nový postoj dle WHO: *„Na základě vyjádření Světové zdravotnické organizace WHO z r. 1980 vystihuje nově pojatá kategorie vztah mezi společenskými podmínkami a schopnostmi tělesně postiženého jedince. Není soustředěna jen na identifikaci vnitřního stavu zdraví nebo na odchylky od biomedicínské normy, ale zejména na proces, který od začáteční nemoci či úrazu směřuje i k sociálnímu znevýhodnění, handicapu.“*

„Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození.“ (Pipeková et al., 2010, s. 180)

Renotiérová (Renotiérová, Bendová, 2005) pak blíže specifikuje, že za TP se považuje poškození nosného systému, to znamená kloubů, kostí, šlach, svalů, cévního a nervového systému. Snížená pohybová schopnost působí na kognitivní, emocionální a sociální oblast života jedince, a to z hlediska času soudobě nebo trvale. Vítková (2006) udává, že omezení hybnosti může být prvotní či druhotné. Prvotní omezení znamená přímé postižení hybného

ústrojí nebo centrální či periferní nervové soustavy. V periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, a to na příklad amputací, deformací, vývojovou vadou apod. V druhotném omezení dochází k omezení hybnosti z jiných příčin, než v prvotní, tzn. v důsledku srdečních, revmatických, kostních a jiných onemocnění. Co se týče etiologie TP, může být různá. Jednu z hlavních rolí hraje určitě dědičnost, která s jistotou nepříznivě doplňuje další faktory působící v období prenatalním, perinatálním a postnatálním, tzn. faktory fyzikální, biologické, chemické a psychické (Renotierová, Bendová, 2005).

Vítková (2006), Opatřilová, Zámečníková (2007) i Renotierová (2002) rozdělují TP takto:

a) vrozené

- poruchy tvaru a velikosti lebky (makrocefalus, mikrocefalus, atd.),
- vady na horních a dolních končetinách (amélie, dysmelie, atd.),
- poruchy růstu (dysplastická kyčel, vbočená nebo vybočená kolena, atd.),
- rozštěpové vady (gigantismus, achondroplazie, akromikrie, atd.),
- centrální a periferní obrny (DMO, mozkové záněty, atd.),

b) získané po úrazu

- úraz mozku a míchy (otřes mozku, poškození míchy při zlomeninách obratlů, atd.),
- úraz způsobující poškození periferních nervů (neuropraxis, neurotmesis, atd.),
- amputace (primární, sekundární, terciální, atd.),
- deformace těla a jeho částí (skoliózy, kyfózy, plochá noha a záda, atd.),

c) získané po nemoci

- revmatické onemocnění,
- dětská infekční obrna,
- Perthesova choroba,
- Myopatie.

U vrozených postižení se objevují různé stupně závažnosti. Často se objevují v kombinaci se smyslovými vadami i s poškozením mentálních schopností. Nejčastěji vznikají v důsledku poruchy vývoje v prvních týdnech těhotenství. Harčaríková (2011, s. 44) uvádí tyto faktory, které mohou postižení způsobovat:

- „*parazitárne ochorenia matky v počiatocnom štádiu gravidity – napr. toxoplazmóza,*
- *infekčné ochorenia matky v počiatocnom štádiu gravidity,*
- *niektoré chronické choroby matky,*
- *úrazy,*
- *psychická traumatizácia,*
- *toxický vplyv rôznych chemikálií,*
- *užívanie liekov počas gravidity bez vedomia lekára,*
- *komplikované pôrody (napríklad príliš veľké, malé alebo nedonosené plody), prenatálna a perinatálna hypoxia plodu (kriesenie dieťaťa),*
- *genetické faktory,*
- *úrazy s dôsledkom na vývoj centrálnej nervovej sústavy (do 1. roku života dieťaťa).“*

Výrazne negatívne pôsobí na vývoj plodu rentgenové záření, nedostatok vitamínů a minerálů v potravě matky.

Získané tělesné postižení může vzniknout jako důsledek úrazu nebo nemoci v kterémkoliv věkovém období po narození dítěte. Nejtěžší postižení vznikají následkem úrazu hlavy, tzn. poškozením mozku nebo poškozením míchy, a dále také v rámci obtížně vyléčitelných nebo nevyléčitelných nemocí, jako je na příklad TBC, revmatismus, progresivní svalová dystrofie aj. (Renotiérová, Bendová, 2005).

V následujících podkapitolách se budeme věnovat charakteristikám vybraných onemocnění.

2.2 Dětská mozková obrna

DMO (dětská mozková obrna) je závažné centrální postižení, jedná se o poruchu hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Po druhé aktualizaci MKN-10 platného od 1.1.2010 se změnil název této nemoci na mozkovou obrnu (kód G80). V odborné literatuře se tedy setkáváme s oběma termíny (Pipeková et al., 2010; viz také Renotiérová 2002). Renotiérová (2002) píše, že děti s tímto postižením trpí nejen poruchou hybnosti, ale že následky se projevují

také v poruchách řeči, mají problémy s psychomotorikou, často trpí epilepsií a je snížena také rozumová schopnost, celkový vývoj hybnosti je značně opožděn. K tomu se vyjadřuje i Pipeková et al. (2010, s. 183): „*Pro DMO je typické hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představitivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči.*“

Co se týče etiologie DMO Renotierová (2002), Pipeková et al. (2010) i Kábele et al. (1993) popisují tři období vzniku, a to prenatální, perinatální a postnatální. Příčiny bývají různé a jednotliví činitelé se mohou kombinovat:

- období prenatální (předporodní) – nedostatečné okysličení tkání (anoxie), fetální hypoxie, tj. nedostatečné okysličování plodu, zejména mozku, infekční onemocnění matky, intoxikace různými chemickými látkami, úrazy matky, traumata, psychické narušení matky, důležitou roli hraje také dědičnost, nedonošenost nebo naopak přenošenost dítěte aj.,
- období perinatální (porodní) – protražované porody, patologické stavy způsobené selháním dodávky kyslíku (asfyxie), těžká novorozenecká žloutenka, překotný porod, použití mnoha anestetik aj.,
- období postnatální (poporodní) – všechny infekce, zejména do 6 měsíců, zánětlivá onemocnění CNS (centrální nervový systém), těžká průjemová onemocnění s toxickými následky pro organismus, záněty středního ucha, úrazy hlavy aj.

DMO se obecně dělí na čtyři formy, a to diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou a nespastickou hypotonickou formu. V literatuře se dále popisuje také nespastická dyskinetická forma (Pipeková et al., 2010; Renotierová, 2002; Vítková, 2006).

2.2.1 Diparetická forma

Diparetická forma patří k nejpočetněji zastoupené formě DMO. Vyskytuje se hlavně u předčasně narozených dětí s nízkou porodní váhou. Je to spastická (křečovitá) obrna zejména dolních končetin bez poruchy čítí, kdy horní končetiny jsou postiženy jen minimálně nebo vůbec. Nápadný je nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin, které

jsou celkově slabší a disproportionálně kratší (Pipeková et al., 2010; Renotiérová 2002; Vítková, 2006). *„Zvýšené napětí čili spastická hypertrofie se projevuje na většině svalových skupin. Jejich zkrácení má za následek vadné držení dolních končetin i pánve. Zvýšené napětí stehen, proto jsou dolní končetiny v bérkách nebo stehnech překříženy“*, píše Renotiérová (2002, s. 35). Charakteristická je tedy semiflexe dolních končetin s tak zvaným nůžkovitým držením, kdy se při chůzi o sebe třou kolena. Hybnost dolních končetin je porušená, není však úplně nemožná. Chůze je možná většinou s oporou druhé osoby nebo s pomocí berlí. Při chůzi postižený předklání pánev a trup, jde po špičkách nebo po hřbetní a zevní ploše nártu, další z možností je, že chodí po špičkách, s ohnutými koleny a kymácí se do stran. Postižení může být natolik odstupňováno, že u nejlehčích forem dítě našlapuje jen mírně na špičky, kdežto při těžkém postižení se dítě nemusí naučit chodit vůbec. Diparetická forma DMO vzniká poškozením mozkového kmene v místech, kde motorické nervové dráhy z obou hemisfér jsou již pohromadě vedle sebe. Mentální schopnosti nebývají poškozené, neboť mozková kůra většinou není zasažena (Renotiérová, 2002).

2.2.2 Hemiparetická forma

Hemiparetická forma je projevem perinatálního nebo postnatálního ložiskového postižení mozku (Vítková, 2006). Jedná se o obrnu jedné poloviny těla – vždy horní a dolní končetiny s převážným postižením horní končetiny, většinou bývá tato forma bez poruchy čítí a bez hrubších poruch fatických funkcí (Vítková, 2006; Pipeková et al., 2010).

Renotiérová (2002) píše, že hemiparetická forma bývá nejčastější. Dále hemiparetickou formu popisuje takto (Renotiérová, 2002, s. 35): *„Zpravidla bývá výrazněji postižená horní končetina, která je ohnutá v lokti, kdežto dolní končetina je napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. Hybnost končetiny je porušena tedy tak, že vážnou upažení, napřímění v lokti, vytočení předloktí zevně, ohnutí ruky v zápěstí vzhůru směrem ke hřbetu ruky, pohyby palce, rozevření prstů a kroužky vytvářené palcem a jednotlivými prsty. Dolní končetina bývá volně pohyblivá v kyčelním a kolenním kloubu, ale na různém stupni je vytvořena svislá nebo kosovitá noha. Postižené končetiny bývají slabší a kratší, menší bývá příslušná polovina obličeje. Ve stoji je patrné šikmé postavení pánve.“*

Říčan a Krejčířová (1997) v souvislosti s mentálním postižením píší, že v případě postižení pravé hemisféry bývá kognitivní kapacita nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90), v případě postižení levé hemisféry asi polovina jedinců v podstatě nejeví žádné známky kognitivní poruchy a druhá polovina mívá inteligenci lehce sníženou, nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65).

2.2.3 Kvadruparetická forma

Nejčastějším projevem oboustranné hemiparézy je kvadruparetická forma, kdy jsou výrazně postiženy také horní končetiny. Kvadruparetická forma také vzniká při zdvojení diparetické formy, kdy jsou více postiženy dolní končetiny. Tato spastická forma je z hlediska prognózy nejméně příznivá. Velmi často se u těchto jedinců objevují epileptické záchvaty. Mozek bývá poškozen v obou hemisférách, vzniká tedy mentální postižení. Jedinci s touto formou většinou nechodí a bývají odkázáni na invalidní vozík a na pomoc dalších osob (Vítková, 2006; Pipeková et al., 2010; Renotiérová, 2002).

2.2.4 Dyskinetická forma

Dyskinetická forma se vyznačuje přítomností mimovolných, bezděčných, nechtěných a nepotlačitelných pohybů. Tyto pohyby jsou spontánní, dají se však vyvolat také různými podněty, jako je např. náhlý úlek, bolest či rozčilení. Nepotlačitelné pohyby se mohou projevovat jako:

- atetonické, což jsou pomalé, červovité nebo vlnité pohyby;
- choreatické - prudké, nečekané, obvykle drobné pohyby;
- balistické - prudké pohyby celou končetinou o veliké amplitudě;
- myoklonické - drobné pohyby jednotlivých svalů nebo skupin svalů.

Dyskinetická forma je projevem postižení bazálních ganglií, a to nejčastěji těžkou novorozeneckou žloutenkou. Intelligence nebývá poškozená, neboť nebývá poškozená kůra mozková (Renotiérová, 2002; Vítková, 2006). Renotiérová (2002, s. 36) dále popisuje: *„Kromě uvedených obtíží je znesnadněná i řeč, která bývá těžko srozumitelná, pomalá, s vyrážením slabik či slov, je porušený spád řeči. Dýchání bývá nepravidelné s různě velkou hloubkou vdechu i výdechu. U některých případů dyskinetické formy DMO nejsou*

mimovolní pohyby přítomny, nebo jsou jen ojediněle. Zato se vyskytuje celková pohybová chudost při svalové ztuhlosti, obličej má maskovitý výraz, chudou mimiku, řeč je monotónní, pomalá, nemocní se musí nutit do pohybu, chodí pomalu a nejistě.“

2.2.5 Hypotonická forma

Hypotonická forma se projevuje snížením svalového tonusu (napětí) výraznějším zpravidla na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později, asi kolem 3. roku, se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud zůstává, je doprovázena těžkou mentální retardací (Pipeková et al., 2010).

Jak již bylo výše popsáno, DMO je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje a sníženým intelektem asi v 66 %, v 50 % s poruchami řeči, s poruchami chování v cca 50 %, s epilepsií zhruba v 15 % až v 70 %. Dále bývají častá smyslová postižení, jako jsou vady zraku a sluchu (Pipeková et al., 2010).

2.3 Tělesná postižení po úraze

Tato onemocnění nejčastěji vznikají jako následky úrazů např. při různých nehodách, autohaváriích, živelných katastrofách atd. Trvalé následky ztěžují celkovou kvalitu života, ať se jedná o jedince v dětském či v dospělém věku (Renotierová, 2002).

Dále bychom blíže specifikovali úrazové poškození míchy a poškození periferních nervů v návaznosti na praktickou část.

2.3.1 Poškození míchy

Tomuto tématu se věnuje Renotierová (2002), která píše, že následkem zlomeniny obratlů je velmi často poškození míchy. Nejčastější oblasti poškození jsou:

- krční páteř,
- oblast hrudní páteře,
- bederní část páteře.

Nejčastější úrazy s těmito následky bývají pády z výšky, sportovní úrazy nebo úrazy při dopravních nehodách. Mnohdy sehraje roli pouhá lehkomyšlnost jedince, kdy

nesprávně odhadne hloubku vody při skoku, dochází pak obvykle k těžkému poranění dolní krční páteře. Vymknutí nebo zlomení některého obratle má za následek stlačení nebo úplné přerušování míchy. Další z častých případů poškození míchy je tzv. vyhřezlá meziobratlová ploténka. Příznaky poškození míchy záleží na místě a stupni úrazu. Bezprostředně po úrazu se objevují poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí.

Vítková (2006) píše, že čím je mícha zasažena blíže ke krční páteři, tím jsou následky fatálnější. Z toho vyplývá, že závažnost postižení závisí jednak na místě úrazu, ale také na tom, zda je mícha poškozená jen částečně nebo úplně.

Poškození horní krční míchy - vzniká spastická kvadruparéza až kvadruplegie, která dosahuje až po krk. Jedinec je tedy schopen ovládat pouze část těla od krku nahoru. Následkem je poškození centrálních hybných drah a senzitivních dostředivých drah.

Poškození dolní krční míchy - dochází ke spastické paraparéze (částečné ochrnutí) až paraplegii (oboustranné úplné ochrnutí) dolních končetin a slabé paraparéze až paraplegii horních končetin. Porucha citlivosti je na všech končetinách i na trupu.

Poškození hrudní míchy - vzniká opět paraparéza až paraplegie dolních končetin, kdy hranice poruchy citlivosti závisí na výšce poranění hrudní míchy.

Poškození bederní a křížové míchy - vzniká jen chabá paraparéza až paraplegie dolních končetin, protože jsou poškozeny hlavně periferní motorické neurony pro dolní končetiny a objevují se poruchy citlivosti dolních končetin.

U všech forem postižení míchy vznikají také poruchy mikce (močení) a defekace (vyprazdňování střevního obsahu). Na necitlivé kůži snadno vznikají dekubity (proleženiny).

2.3.2 Poškození periferních nervů

„Úraz (kromě zánětlivých onemocnění, metabolických nebo toxických příčin) bývá nejčastější příčinou poškození nervů“, píše Renotierová (2002, s. 41).

Existují různé stupně poškození nervů, od nejlehčího po nejtěžší:

Neuropraxis je nejlehčím stupněm poškození nervu, což je přechodná funkční blokáda (porušené vedení nervem). Vzniká při zavřeném tupém poranění nebo pohmoždění

periferního nervu. Projevuje se jen dočasným ochrnutím svalů, které jsou daným nervem inervovány. V krátkém čase dochází k úplnému zotavení a obnovení činnosti.

Axonotmesis je těžší stupeň úrazového poškození. Jde o přerušení celistvosti střední osově části nervu axonu. Degenerativní změny vznikají směrem od místa poškození k periferní části. V důsledku toho dochází k přechodné denervaci, tj. ztrátě spojení svalu s nervem, když vzniká chabá obrna s poruchou cití v dané oblasti. Z místa poranění dochází k regeneraci tím, že z části spojené s buňkou vyrůstá nové osově vlákno podél zachované Schwannovy pochvy degenerované periferní části nervu.

Neurotmesis je nejtěžším stupněm poranění periferního nervu, kdy dochází k úplnému přerušení nervu a oddálení obou konců od sebe. Je potřeba chirurgického zákroku, aby se oba konce co nejdříve scelily, jinak hrozí, že chabá obrna s poruchou cití by zůstala trvalá (Renotierová, 2002).

2.4 Tělesná postižení po nemoci

Nejčastějšími nemocemi jsou revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Perthesova choroba a Progresivní svalová dystrofie. Blíže se budu dále věnovat Progresivní svalové dystrofii, která se objevuje v různých etapách života a hlavně je nevyлéčitelnou nemocí, tudíž je člověk postižen až do konce svého života.

2.4.1 Progresivní svalová dystrofie (Myopatie)

Tato nemoc je považována za primární svalové onemocnění, které vzniká na základě dědičných a metabolických poruch. Nejčastěji se poprvé objevuje v dětství, zřídka v adolescenci a velmi ojediněle až v dospělosti. Častěji jsou postiženi chlapci než dívky (Renotierová, 2002).

Myopatie znamená v širším slova smyslu jakékoliv poškození svalového vlákna. „*Jde o primární onemocnění příčně pruhovaného svalstva, kdy dochází více či méně rychle k degeneraci svalových vláken, která jsou postupně nahrazována funkčně neplnohodnotnou vazivovou a tukovou tkání*“, píše Vítková (2006, s. 60).

Degenerace probíhá různým tempem, většinou ale symetricky tzn., že stejně postihuje obě poloviny těla. Renotierová (2002) dále uvádí, že jsou známé dvě formy této nemoci – forma sestupná a vzestupná.

Sestupná forma – může začít na svalstvu ramenního pletence a dále se šířit postupně na horní končetiny, trup, bederní a pánevní svalstvo až na dolní končetiny.

Vzestupná forma – začíná na pánevním a bederním pletenci a postupuje směrem vzhůru, často je doprovázena zvětšením lýtkových svalů. Typickým znakem je kolébavá „kachní chůze“, prohnutý postoj s vystrčeným břichem a s odstávajícími lopatkami a myopatické šplhání při vstávání. Na začátku nemoci mobilita nebývá snížena, ale pouze svalová síla. Hybnost je postupně omezována podle toho, které skupiny svalů jsou zasaženy. V pokročilém stádiu se postižený již nepostaví a nemůže chodit, je proto trvale odkázán na rehabilitační vozík a na lůžko, je také odkázán na pomoc druhé osoby při ošetřování a sebeobsluze.

Pomoc nemocným je zaměřena na včasnou léčebnou rehabilitaci. Oslabené svaly musejí být posilovány cvičením, od počátku je potřeba zabránovat vzniku kontraktur polohováním končetin ve správné poloze pomocí zátěží nebo polohovacích dlah (Renotierová, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Popis organizací

3.1 Naděje o. s. pobočka Vsetín – Rokytnice

Naděje, jakožto charitativní organizace, provádí svou činnost od roku 1990. Vznikla spontánně, bez předchozího plánování. Začátky byly v duchu dobrovolnické práce – pomoci uprchlíkům z Rumunska, a to především na území Prahy. Postupem času se tato činnost rozrůstala i do dalších míst České republiky. Vznik Naděje je spojen se jménem Vlastimily Hradecké. Z Naděje se v průběhu let stala organizace, která má své pobočky na celém našem území. Od počáteční pomoci uprchlíkům se programy pomoci postupně rozšiřovaly i na další skupiny lidí, jako jsou lidé bez domova, handicapovaní lidé, senioři, opuštěné děti, etnické menšiny a lidé propuštění z vězení.

Z podnětu rodičů postižených dětí bylo v roce 1993 ve Vsetíně – Rokytnici zřízeno pedagogické centrum pro mládež se zdravotním postižením Sedmikráska. Od roku 2003 přešlo toto zařízení pod občanské sdružení Naděje, které přeorganizovalo stávající pedagogické centrum na denní stacionář, který poskytuje celou řadu služeb se snahou o co největší integraci klientů do společnosti. Na základě potřeby klientů se osamostatnit a plně se integrovat do společnosti zavedlo zařízení nabídku osobní asistence, díky níž klienti mohou fungovat ve svém přirozeném prostředí. (Naděje, 2013)

Denní stacionář je ambulantní služba. Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením ve věku od 16 let do 64 let. Kapacita zařízení je 20 uživatelů na den. Stacionář je otevřen každý pracovní den, tzn. pondělí až pátek od 7 do 16 hodin.

Posláním střediska je prostřednictvím sociální služby zlepšit kvalitu života lidem se zdravotním postižením. Cílem je těmto lidem nabídnout fyzickou i psychickou pomoc a podporu v důstojném prostředí, vést je k samostatnosti a soběstačnosti, podpořit je v jejich schopnostech a dovednostech, které jim lépe pomohou překonat jejich handicap. Zaměstnanci mají za úkol pomoci těmto lidem, aby se mohli co nejlépe začlenit do běžné společnosti, kam patří rodina, přátelé, lidé ze sousedství, ale i mateřské a základní školy,

zájmové spolky a sdružení, a aby se jejich život podobal v maximální míře obvyklému životu. V neposlední řadě pak stacionář chce odlehčit rodině či lidem, kteří se starají o klienty, v maximální možné míře.

Cíle poskytovaných služeb Střediska Naděje Vsetín – Rokytnice:

- pomoc a podpora při kompenzaci ztráty dovedností a schopností uživatele způsobené zdravotním postižením,
- podpora a pomoc při zajištění a naplňování základních životních potřeb,
- prevence sociálního vyloučení,
- umožnit rodinám a dalším blízkým osobám klientů střediska mít čas sám na sebe,
- rozvíjení aktivní spolupráce s rodinami a s dalšími blízkými klientů střediska,
- rozvíjení vztahů s veřejností a s podnikatelskou sférou,
- rozvíjení schopností a upevňování dosavadních dovedností, vědomostí a návyků (Naděje, 2013).

Základní činnosti poskytované Střediskem Naděje Vsetín – Rokytnice:

- *„Sociální služby – jsou zajištěny všechny základní služby, které klient není schopen vykonávat vlastními silami nebo bez cizí podpory, a to na základě jeho potřeb a přání.*
- *Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu - je zajišťována dle potřeb a požadavků uživatele s maximální podporou jeho samostatnosti. Jedná se zejména o pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, pomoc a podpora při podávání jídla a pití aj.*
- *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu - zajišťujeme pomoc při úkonech osobní hygieny a při použití WC, a to dle potřeb a požadavků uživatele s maximální podporou samostatnosti a zajištění soukromí.*
- *Poskytnutí stravy - stacionář nabízí uživatelům zajištění stravy a pitný režim.*
- *Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti - obsahem těchto činností je výchova a vzdělávání v širším slova smyslu, což vede k podpoře a k rozvoji uživatelů v jejich schopnostech a dovednostech. Součástí činností je nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností uživatelů. Cílem*

udržování a prohlubování získaných znalostí, schopností a dovedností je co nejširší začlenění uživatele do běžného života.

- ***Sociálně terapeutické činnosti*** - vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.
 - Arteterapie
 - Ergoterapie
 - Teatroterapie
- ***Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*** - pracovníci (zejména klíčoví pracovníci) jsou nápomocni při prosazování práv a zájmů uživatele, zejména při komunikaci mezi uživatelem a rodičem, či uživatelem a organizací, případně při komunikaci s úřady.
- ***Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*** - organizujeme společná setkání (Zahradní slavnost, Vánoční besídka, pořádáme pro veřejnost výstavu prací našich uživatelů na slavnostní vernisáži, navštěvujeme divadla a hrajeme divadlo, chodíme na pravidelné vycházky aj.).
- ***Základní sociální poradenství.***“ (Naděje, 27.3.2013)

Klienti stacionáře se aktivně podílejí na svém divadelním představení „Tož zbojníci“, které hrají již druhým rokem a objíždějí s ním nejbližší okolí Vsetína. Dne 22.3.2013 se také účastnili přehlídky amatérských činoherních a hudebních divadel „Divadelní Vsetín“ ve vsetínském Lidovém domě, kde získali tři ocenění, na která jsou náležitě pyšní. Jedná se o představení, jež spolu s paní režisérkou vymysleli společně zaměstnanci a uživatelé stacionáře. Každý klient se na něm podílí ať už hereckými výkony nebo vyráběním kulis, nápovědou a podobně.

3.2 Centrum Auxilium – sociálně-aktivizační služby

„Centrum vzniklo v roce 2003 za podpory města Vsetín a MPSV ČR v rámci grantového systému na podporu inovativních sociálních služeb. Město Vsetín pronajalo za nájem ve výši účelové dotace města prostory v budově ZŠ Sychrov k provozování sociálních služeb na dobu neurčitou. Od 1.1.2013 se naše pracoviště přestěhovalo

do nových prostor v centru města Vsetín. Nachází se v prostorách budovy polikliniky, ve čtvrtém patře“, píše na svých stránkách pracovníci centra (Auxilium, 27.3.2013).

SAS (sociálně aktivizační služby) jsou poskytovány jako služba terénní v přirozeném prostředí klienta nebo ambulantně v Centru Auxilia ve Vsetíně nebo v pronajatých prostorách ve Valašském Meziříčí a v Rožnově pod Radhoštěm. Cílovými skupinami jsou uživatelé s tělesným postižením, s mentálním postižením, kombinovaným postižením, osoby s poruchami autistického spektra ve věku 1 - 26 let. Celková kapacita SAS je 45 uživatelů, jednotlivé skupiny se tvoří po 5 - 10 klientech, dle potřeby a činnosti.

Posláním sociálně-aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením je podpora a rozvoj schopností a možností klienta a rozvoj toho, co mu pomůže se integrovat do společnosti. (Auxilium, 2013)

Cíle poskytování SAS:

- *„rozvíjet nebo udržovat osobní a sociální schopnosti a dovednosti podporující sociální začleňování lidí se zdravotním postižením,*
- *vytvářet podmínky pro trávení volného času lidí se zdravotním postižením,*
- *umožnit lidem se zdravotním postižením setkávání s lidmi podobného věku,*
- *umožnit lidem se zdravotním postižením zažívat vnitřní uspokojení a rozvoj osobnosti formou seberealizace (rozhodovat sám o sobě, o své činnosti, uplatňovat své schopnosti a dovednosti, realizovat své nápady),*
- *vytvářet pestrou nabídku pohybových, hudebních, výtvarných, hravých odpočinkových zážitků.*

Zásady naší práce:

- *zachování lidské důstojnosti*
- *partnerství*
- *ochrana soukromí uživatele*
- *nepřebírání zodpovědnosti za uživatele*
- *podpora samostatnosti uživatele*
- *právo volby*
- *individuální přístup*
- *týmový a komplexní přístup*

nevytváření závislosti na službě.“ (Auxilium, 27.3.2013)

Základní činnosti SAS:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím tzn. zájmové, volnočasové činnosti a vzdělávání,
- sociálně terapeutické činnosti, které obnášejí socioterapeutické činnosti, které vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, vedoucí k integraci do společnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Uživatelé mají široký výběr z nabízených a realizovaných aktivit, jako jsou pohybové, hudební, výtvarné, odpočinkové a sociálně-terapeutické činnosti, dále např. nácvik sociálních dovedností, komunikace s vrstevníky, sociální učení. V neposlední řadě zaměstnanci s klienty nacvičují chování v různých společenských situacích, kulturní akce, využívání dopravních prostředků, běžné a alternativní formy komunikace, práci s novými informacemi (Auxilium, 2013).

4 Cíle a metody výzkumného šetření

4.1 Cíle práce, stanovení výzkumných otázek

Cílem práce je zjištění:

- úrovně spokojenosti uživatelů s nabídkou aktivit v rámci Denního stacionáře střediska Naděje - Rokytnice a Centra Auxilium ve Vsetíně, kam docházejí,
- nejoblíbenějších činností klientů v zařízení i mimo něj,
- stavu informovanosti účastníků o existenci dalších organizací zabývajících se volnočasovými aktivitami osob s tělesným postižením.

Průzkum by nám měl ukázat, co klienti nejraději dělají v zařízení, kde tráví svůj volný čas, i mimo něj. Jestli by chtěli něco změnit v rámci zařízení a jestli mají povědomí také o dalších možnostech využití volného času v rámci různých organizací zabývajících se přímo aktivizační činností. Jako jeden z ukazatelů kvality jsme zvolili také skutečnost, jak dlouho uživatel zařízení navštěvuje.

Na základě studia odborné literatury, informací získaných při návštěvách jednotlivých zařízení a informací od jejich klientů byly stanoveny následující **výzkumné otázky**:

1. Jak dlouho uživatelé navštěvují stacionář nebo SAS? A je tato doba určujícím faktem spokojenosti?
2. Mají klienti své oblíbené činnosti v zařízení? Jaké to jsou? Využívají možnosti účastnit se různých terapií? Jsou spokojeni s nabízeným programem? Chtěli by něco změnit?
3. Tráví svůj čas mimo zařízení aktivně anebo spíše pasivně? Co nejraději dělají? Mají přátele i mimo zařízení, scházejí se s nimi?
4. Proč uživatelé navštěvují právě tato zařízení? Mají i jiné možnosti aktivního trávení volného času? Vědí o nich a měli by vůbec zájem něco měnit?
5. Existují další možnosti aktivního trávení volného času pro osoby s tělesným postižením, než jen v rámci nějaké sociální služby? Pokud ano, jsou tyto možnosti i v okolí Vsetína popřípadě ve Zlínském kraji?

4.2 Metody a průběh šetření

Pro šetření byla vybrána kvalitativní metoda. Metoda pomáhá sblížení se s člověkem a umožňuje vcítění se do jeho situace a problémů. Touto metodou můžeme chápat jeho vlastní jednání, jak ho posuzuje a jak vidí některé věci jinak než my. V kvalitativní metodě jde především o konkrétní případ, ať už se jedná o jednotlivce, skupinu, konkrétní prostředí. V kvalitativním výzkumu se nám mohou nastítnit i problémy, které nejsou záměrem našeho výzkumu. *„Cílem není široké zevšeobecnování údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit.“* (Gavora, 2000, s. 32)

Data byla získávána od vybraných klientů obou zařízení. S ohledem na to, že většina uživatelů má problémy s porozuměním psaného textu, byla zvolena metoda nestrukturovaného interview. Interview jako takové je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů (Gavora, 2000). *„Nestrukturované interview je metoda, která se vnějšími znaky podobá běžnému rozhovoru. Důraz při jejím použití bývá kladen na přirozenost konverzace, nenásilný průběh atd.“* (Miovský, 2006, s. 157) Při nestrukturovaném interview nemáme dopředu vytvořený plán v podobě struktury. Obvykle se nedefinují ani dílčí okruhy, držíme se hlavního tématu a vývoj udržujeme na základě definovaných cílových (výzkumných) otázek. Předpokládá se, že v interview se nám člověk více otevře a na otázky odpovídá důvěrněji. V průběhu interview může dotazovaný sdělit své pocity, postoje, může se svěřit a odhalit své já.

„Vnější prostředí pro provádění nestrukturovaného interview obvykle nehraje příliš důležitou roli. Podstatné je, aby vnější podmínky byly vyhovující z technického hlediska (přiměřená teplota, přijatelné prostředí atd.). Důraz klademe především na to, abychom měli na práci klid, nebyli jsme rušeni.“ (Miovský, 2006, s. 158) Interview probíhala v prostředí organizací, které uživatelé dobře znají a cítí se v něm bezpečně. V interview nebyl použit akademický nebo vědecký způsob vyjadřování a výrazové prostředky byly přizpůsobeny schopnostem a zvyklostem respondenta.

Všechna interview proběhla se souhlasem dotazovaných, kteří byli předem seznámeni s tématem interview. Každý dotazovaný souhlasil s tykáním. Každé interview trvalo

v rozmezí od 15 do 40 minut, termín setkání s dotazovanými byl předem dohodnut. Sdělení dotazovaných byla zapsána formou zápisu.

Ze získaných dat během jednotlivých interview byl vytvořen doslovný zápis. Pro zachování anonymity a soukromí jsme zvolili pro označení jednotlivých dotazovaných vždy počáteční písmeno jména a název zařízení, do kterého dochází.

Pro analýzu získaných dat byla vybrána metoda prostého výčtu. Tato metoda je na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Jejím prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu. Sledováním výskytu určitého jevu se dozvídáme něco podstatného o kvalitě. (Miovský, 2006)

Další metodou sbírání dat byla analýza dostupných internetových zdrojů s informacemi o existenci různých zařízení zabývajících se činností pro osoby s postižením v rámci města Vsetína či Zlínského kraje.

4.3 Charakteristika a popis zkoumaného souboru

Byli náhodně vybráni klienti dvou zařízení, se kterými autorka spolupracuje. Obě zařízení zařadila z důvodu rozšíření okruhu klientely a z toho vyplývající širší věkové kategorie a pestrosti názorů. Všichni se výzkumu zúčastnili dobrovolně a nikdo spolupráci neodmítnul. Byli spíše rádi, že mohou být středem pozornosti a že je zájem o jejich osobu.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 8 klientů, vždy 4 z každého zařízení. V rámci Centra Auxilium se zúčastnili 2 muži a 2 ženy, v rámci Denního stacionáře Naděje - Rokytnice potom 3 muži a 1 žena. Co se týče věku dotazovaných, spadají do dvou věkových skupin – osoby od 20 do 40 let, tj. mladá dospělost, a osoby ve věku 40 až 50 let, tj. střední dospělost (Vágnerová, 2008).

T. Naděje

Muž, 30 let, kvadruplegik, poškození krční páteře po úrazu C3 – C4, má zachovanou hybnost levé horní končetiny a omezenou hybnost pravé horní končetiny. Imobilní – elektrický vozík.

M. Naděje

Muž, 38 let, po úrazu KCT pravostranná centrální hemiparéza těžšího stupně. Mobilita s kompenzační pomůckou – francouzská hůl.

H. Naděje

Muž, 31 let, po DMO lehká hemiparetická forma, potíže s hybností pravé horní i dolní končetiny. Mobilní bez pomoci.

J. Naděje

Žena, 45 let, po DMO kvadruspastická a dyskinetická forma. Imobilní – elektrický vozík.

F. Auxilium

Muž, 23 let, před třemi lety diagnostikována progresivní svalová dystrofie, zatím s mírným průběhem. Chodící.

P. Auxilium

Žena, 25 let, po DMO kvadraparetická forma s těžším postižením na pravé polovině těla. Přidružená středně těžká mentální retardace. Chodící s menšími potížemi.

A. Auxilium

Žena, 20 let, po DMO diparetická forma, více postižená levá dolní končetina, při chůzi stáčení a našlapování na špičku.

O. Auxilium

Muž, 24 let, poúrazový syndrom psychomotorické retardace, posttraumatická diencefalopathie, pravostranná spastická hemiparéza, pravá noha je o 2 cm kratší, problémy při chůzi – zakopávání.

5 Analýza a interpretace získaných dat

5.1 Analýza získaných dat

Získané odpovědi dotazovaných, které vyplynuly z jednotlivých rozhovorů, jsme zpracovali dle jednotlivých otázek a následně i zhodnotili dle námi zvolené metody. Otázky týkající se zařízení jsou položeny neutrálně, u každého dotazovaného byl použit vždy název zařízení, které navštěvuje.

Otázka č. 1: Jak dlouho navštěvuješ toto zařízení?

T. Naděje: „*Jo už devátý rok.*“

M. Naděje: „*Jej...no...to už je dlouho, Marťo kolik? Jedenáct roků to už je.*“

H. Naděje: „*No...tak to se musím zeptat. Je to už dýl, no. Tak přes dva roky asi.*“

J. Naděje: „*Už nějakých devět let.*“

F. Auxilium: „*Ou, co já vím tak... dva, tři roky.*“

P. Auxilium: „*Už pár let, myslím tak pět nebo šest.*“

A. Auxilium: „*Jehe, už dlouho. Nevím přesně kolik let.*“

O. Auxilium: „*Asi čtyři roky.*“

Z uvedených odpovědí je patrné, že dotazovaní navštěvují zařízení již několik let, lze tedy předpokládat, že jsou v zařízeních spokojeni. Jedna dotazovaná neuměla přesně určit dobu.

Otázka č. 2: Co tady v zařízení nejraději děláš?

T. Naděje: „*Toš sedím... sedím a hledím (smích)... ne, sem tam něco udělám, teďka jsem zase začal dělat zpravodaj, no. Tak se snažím no. A divadlo, šak víš.*“

M. Naděje: „Úplně nejradši něco maluju nebo si povídám s ostatníma... hm... jo a taky divadlo, hraju strýca Šmatlána, víš? A taky plavání mám rád.“

H. Naděje: „Rád jsem v dílně a něco vyrábím. Chodím na procházky. Jo a taky plavání mám rád. Zkoušel jsem to s tou muzikou, ale moc mě to nebavilo. Taky člověče rád hraju. A toš tak různě no. Na co mám náladu.“

J. Naděje: „Keramiku. Dělal jsem i fotky dříve, ale od toho jsem upustila. Taky malování. Měla jsem loni i výstavu. Ale ze všeho nejraději chodím na vycházky s ostatními.“

F. Auxilium: „Toš tady chodím tak do tělocvičny a tak - fotbal házená a plavání.“

P. Auxilium: „Vyrábím přáníčka a na počítači. Víš, umím udělat v Excelu tabulky a vyplňovat je.“

A. Auxilium: „Ráda zpívám, povídám si s lidma tady, ráda maluju nebo něco vyrábím, taky sporty mě baví, když hrajeme s klukama a tak no.“

O. Auxilium: „Chodím plavat a hraju stolní tenis, zúčastnil jsem se i speciální olympiády.“

Dotazovaní klienti si jednoznačně vybrali z nabízených činností zařízení to, co jim je srdci nejbližší. Dotazovaní, kteří navštěvují Auxilium, většinou preferují sporty a možnost vidat se s jinými lidmi, dotazovaní z Naděje pak preferují výtvarné činnosti a možnost zdokonalovat své dovednosti na počítači a možnost procházek s ostatními. V neposlední řadě neskrývají nadšení z možnosti hrát v divadle. Z odpovědí vyzraňuje nadšení a zaujetí.

Otázka č. 3: Co většinou děláš, když nejsi v zařízení? Máš nějaké jiné pravidelné aktivity?

T. Naděje: „Tak... přijedu dom, většinou jdu do sprchy hned, protože to potřebuju, Boženka mi pomůže. Pak většinou sednu k počítači a sedím tam až do večera, povečeřím a jdu spát no. Občas mě navštíví kamarádi. Jinak nic, mám Naději.“

M. Naděje: „Povídám si s mamkou, pomáhám jí, dívám se na televizi, abych měl přehled, a taky maluju. Moc rád maluju. Kromě Naděje ještě chodím plavat.“

H. Naděje: „Dívám se na televizi. Jinak nic, no.“

J. Naděje: „Snažím se opakovat věci, které udělám s paní učitelkou, která sem za mnou chodí. A pak si povídám s mamkou nebo se dívám na televizi. Jinak nikam dál nedocházím.“

F. Auxilium: „Hraji na počítači a koukám se na televizi, mám rád filmy, chodím aj ven s kamarády a tak no. Babička mi nechce nic víc dovolit.“

P. Auxilium: „Ne-e, kromě Auxilia a dopoledne jsem někdy v Naději. Jinak doma dělám něco na počítači nebo pomáhám mamce. Sama ven moc nechodím.“

A. Auxilium: „Pomáhám babičce se vším možným i mamce. Když jsou doma sestry, jsem s nimi, navštěvuju své kamarády a Ondru, my spolu chodíme, víš? Moc ráda bych někam chodila, ale moc nevím kam.“

O. Auxilium: „Chodím ještě do jiného stacionáře a jinak nic moc, krom toho sportu, no. To mě baví.“

Z odpovědí vyplývá, že dotazovaní klienti, většinou tráví svůj čas doma aktivitami, které dělají i v zařízení anebo jen sledují televizi či tráví svůj čas u počítače. Dva dotazovaní navštěvují obě zařízení, jak Naději tak Auxilium. Jedna dotazovaná by chtěla provozovat i další aktivity, ale nemá představu jaké.

Otázka č. 4: Jsi spokojený/á s nabídkou aktivit v zařízení? Chtěl/a bys něco změnit?

T. Naděje: „Jo, jsem. Nenapadá mě asi nic, co bych chtěl teď měnit.“

M. Naděje: „No jasně, jsem spokojenej.“

H. Naděje: „Ne, jsem tady spokojený.“

J. Naděje: „Nic mě nenapadá. Jsem spokojená. Mám tady kamarády a to je super.“

F. Auxilium: „Já myslím, že jo..., nevím jak bych to řekl.“

P. Auxilium: „*Asi ne. Nevím.*“

A. Auxilium: „*Nevím, chtěla bych třeba zkusit hrát na nějaký nástroj, třeba klavír.*“

O. Auxilium: „*Víc sportu!*“

Pět dotazovaných z osmi odpovědělo jednoznačně kladně a jsou spokojeni v zařízení, které navštěvují. Jedna klientka by uvítala možnost výuky hry na nějaký hudební nástroj a jeden klient by chtěl mít možnost se více věnovat sportu. Ve skrze jsou ale všichni klienti se zařízením spokojeni a rádi sem docházejí. Mají tady přátele.

Otázka č. 5: Přemýšlel/a jsi nad tím, že mohou existovat i jiné možnosti trávení volného času např. v rámci jiných organizací, které se přímo zabývají aktivizační činností osob s tělesným postižením? Zajímal/a jsi se o to někdy?

T. Naděje: „*Tam jsem už byl u jedné takové, která zprostředkovávala, jakože sporty, a to jsem aj zkoušel hrát, že jsem měl přivázanou k ruce florbalovou hokejku a zkoušel jsem hrát ten florbal na vozejku. Ale moc mně to nešlo. Jako bavilo mě to, ale s tou rukou víš, to je celkem složité se trefit do míčku.*“

M. Naděje: „*A proč? Já jsem tu spokojený. Děláám to, co mám rád a jsem mezi lidma. Nechci chodit jinam.*“

H. Naděje: „*Tak to jsem nepřemýšlel. To třeba jako, že dělají jenom sporty nebo tak?*“

J. Naděje: „*V Auxiliu mi umožnili dělat své fotky a chodit na plavání. Jinak ne, nepřemýšlela.*“

F. Auxilium: „*Ne, vůbec nevím, mě stačí Auxilium. Dokud jsi mi to neřekla, tak jsem o tom ani nevěděl.*“

P. Auxilium: „*Tak to vůbec.*“

A. Auxilium: „*Chodím ještě do Naděje, tam jsem taky moc ráda, mám tam plno kamarádů. I Ondra tam se mnou chodí. A to mi stačí. Jsem spokojená.*“

O. Auxilium: „*Tak to ne.*“

Pouze jeden dotazovaný má zkušenost s jinou organizací, než jsou Naděje a Auxilium, která se zabývá aktivizační činností osob s TP. Ostatní dotazovaní doposud o této možnosti nepřemýšleli nebo ani nevěděli, že by tato možnost mohla existovat. Jsou spokojeni tam, kde jsou, nechtějí ani nic měnit.

5.2 Interpretace získaných dat

Z analýzy informací získaných v průběhu rozhovorů s klienty vyplynuly následující odpovědi na výzkumné otázky, které byly položeny v kapitole 4.1.

Položili jsme si otázku, zda délka navštěvování stacionáře nebo SAS souvisí s celkovou spokojeností uživatelů. Z odpovědí jednotlivých klientů lze jednoznačně odvodit, že délka navštěvování zařízení se odvíjí od spokojenosti se zařízením. Potvrzují to vyjádření dotazovaných o spokojenosti se zařízením a nabídkou aktivit, kdy se téměř všichni shodli na pozitivní odpovědi.

K otázce, zda mají své oblíbené činnosti v zařízení, jaké to jsou, zda využívají možnosti účastnit se různých terapií, jsou spokojeni s nabízeným programem a zda by chtěli něco změnit, nám každý z dotazovaných sdělil své nejobvyklejší aktivity, a to jak v zařízení, tak mimo něj. V zařízeních převažuje obliba výtvarných činností a sportů. Zde bychom poukázali na to, že sporty preferují hlavně uživatelé Centra Auxilium a výtvarné činnosti pak upřednostňují uživatelé Denního stacionáře střediska Naděje – Rokytnice. Může to být proto, že Auxilium jako takové je více zaměřeno právě na sporty, kdežto Naděje má zase spíše prostory pro vyžití výtvarného ducha. V odpovědích se uživatelé v podstatě nezmiňují o možnostech expresivních terapií a pokud ano, jsou to spíše neutrální zkušenosti. Lze z toho soudit, že tyto terapie zřejmě nejsou pro vybrané uživatele dostatečně zajímavé.

V další otázce jsme se pokusili zjistit, zda respondenti tráví svůj čas mimo zařízení aktivně anebo spíše pasivně, co nejraději dělají, mají-li přátele i mimo zařízení a scházejí-li se s nimi. Mimo zařízení svůj čas dotazovaní tráví většinou doma s rodinou. Pokračují v činnostech, které provozují v zařízeních, většinou jej ale tráví pasivně u televize či počítače. Jen někteří navštěvují své přátele a chodí s nimi ven.

Odpovědí na otázku, proč uživatelé navštěvují právě tato zařízení, zda mají i jiné možnosti aktivního trávení volného času, vědí-li o nich a měli by vůbec zájem něco měnit, je skutečnost, že Naděje a Auxilium jsou v oblasti Vsetína prakticky jedinými dostupnými zařízeními umožňujícími aktivní trávení volného času dospělým osobám s tělesným postižením. Někteří uživatelé mají zkušenosti s chodem obou zařízení, takže mají i možnosti srovnání. Většinou však stačí pouze jedno.

Co se týče spokojenosti dotazovaných uživatelů, jak již bylo výše popsáno, jsou spokojeni s chodem zařízení a většina ani nepožaduje žádnou změnu či úpravu. Pokud je napadla nějaká změna, byla spíše pozitivní – rozšiřující současné aktivity jako požadavek umožnit hraní na hudební nástroje či zvýšit frekvenci a nabídku sportů.

Poslední otázkou, kterou jsme si v rámci výzkumu kladli, byla otázka, zda existují další možnosti aktivního trávení volného času pro osoby s tělesným postižením, než jen v rámci nějaké sociální služby? Pokud ano, zda jsou tyto možnosti i v okolí Vsetína popřípadě ve Zlínském kraji? Dotazovaní klienti nikdy nepřemýšleli nad tím, že by navštěvovali organizace zabývající se přímo aktivizační činností osob s TP, až na jednoho, který už má za sebou tuto zkušenost, ale ač byla pozitivní, nadále dochází pouze do stacionáře. Dva uživatelé o těchto možnostech neměli ani tušení do doby našeho rozhovoru. Důvody, proč tomu tak je, mohou být různé. Většina dotazovaných klientů o těchto věcech nerozhoduje sama a tak je otázkou, zda vůbec rodina má ponětí o širších možnostech vyžití jejich handicapovaných členů. Další otázkou je, jestli o to vůbec samotní klienti stojí. Jak bylo již několikrát napsáno, dotazovaní uživatelé jsou šťastní již několik let ve „svých“ zařízeních a je možné, že tak náhlá změna by jim ani psychicky neprospěla. V zařízení, kam docházejí, mají dlouholetá přátelství, která by se těžko hledala a nahrazovala v nových organizacích. V teoretické části práce se autorka zmiňuje např. o Centru APA, které působí v Olomouci, na základě výsledků praktického výzkumu a zjištění uvedených shora, jsme se tedy v rámci části praktické zajímali také o podobné organizace působící ve Vsetíně či v blízkém okolí. Hledání probíhalo prostřednictvím internetu a výsledky byly zklamáním. Kromě Naděje o. s., která má silné zastoupení ve všech městech Zlínského kraje a v rámci svého programu se zabývá také aktivizační činností, vsetínského Centra Auxilium, které působí také ve Valašském Meziříčí a v Rožnově pod Radhoštěm, jsme navíc našli jen několik dalších organizací, které ale stejně primárně nabízejí hlavně sociální služby. Jediným překvapením je existence Canisterapeutického centra ve Zlíně (Canisterapeutické

centrum Zlín, 2013), které má již několikaletou tradici a širokou nabídku, a to jak výcviků pro psy, tak samotných terapií se psy.

5.3 Shrnutí teoretické části

Domníváme se, že na základě provedené analýzy a vyhodnocení výzkumných otázek je možné s ohledem na stanovené cíle této práce konstatovat, že úroveň spokojenosti uživatelů s nabídkou aktivit v rámci Denního stacionáře střediska Naděje - Rokytnice i Centra Auxilium ve Vsetíně je velmi vysoká, aktivně tráví svůj volný čas převážně při pobytu v zařízení, zatímco mimo něj jsou spíše pasivní, existence těchto zařízení je pro jejich klienty důležitá a významnou měrou přispívá ke kvalitě jejich života.

Naopak informovanost účastníků o existenci dalších organizací zabývajících se volnočasovými aktivitami osob s tělesným postižením je téměř nulová, bohužel k tomu přispívá zejména skutečnost, že mnoho jiných možností, než představují dvě námi sledovaná zařízení, v regionu není.

ZÁVĚR

V průběhu vypracovávání mé bakalářské práce se mi hlavou honilo mnoho myšlenek a úvah. Díky různým diskuzím s lidmi kolem mě jsem zjistila, že v podstatě absolutně nemají ponětí o tom, jaký život vede člověk s tělesným postižením. Když jsem popisovala různé možnosti vyžití, jen nevěřičně kroutili hlavou. Pravdou je, že doba jde kupředu a s ní se rozšiřují možnosti trávení volného času lidí s handicapem. Nicméně ne každý má sílu zjišťovat si své možnosti a hlavně ne každý na to má finanční prostředky. Většina osob s postižením a jejich rodiny proto dají přednost nabídce některé ze sociálních služeb. Existence těchto zařízení a služeb je totiž v obecném povědomí společnosti a jejich výhodou je, že jsou běžně dostupné téměř v každém okresním městě. Já jsem za to nesmírně ráda, protože si myslím, a můj průzkum v této práci je toho důkazem, že kdyby tito lidé nenavštěvovali některou z uvedených služeb, nejspíše by seděli doma a svůj čas by trávili pasivním sledováním televize, popřípadě mladší lidé sezením u počítače. Díky docházení do různých zařízení jsou jednak pod odborným dohledem, jednak se jim někdo opravdu fyzicky věnuje a hlavně je jim umožněno dělat věci, které je baví, ať už jsou to sportovní či výtvarné činnosti, kontakt s dalšími lidmi, vzdělávání se a podobně.

V podstatě mě v průběhu mého šetření a rozhovorů s klienty žádná z odpovědí nepřekvapila. To, že většina dotazovaných nemá ani ponětí o svých možnostech, je nejspíše předem dané tím, že žijí na malém městě a tudíž ani nikdy neměli příležitost o těchto možnostech s někým zainteresovaným mluvit. Dalším důvodem bude také to, že rodiny mnohdy ani nemají sílu či vůli nebo chuť se o tyto věci zajímat. V neposlední řadě je faktem, že většina uživatelů by na změny ani nepřistoupila, protože jsou ve stávajícím zařízení zvyklí, mají zde přátele, navštěvují je již několik let a jsou zde spokojeni.

I když z výsledků výzkumu vyplývá celková spokojenost dotazovaných se způsobem trávení jejich volného času, mě osobně mrzí, že i kdyby uživatelé stáli o další možnosti, které by případně mohli využít, jejich blízké okolí jim toho, alespoň dle provedeného internetového průzkumu, s výjimkou sociálních služeb mnoho nenabízí. Je pak otázkou, zde je to právě kvůli tomu, že lidé s handicapem nemají zájem, bylo by to příliš finančně náročné anebo prostě tato myšlenka ještě nikoho nenapadla. Osobně to považuji za výzvu pro svou budoucí práci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAKALÁŘ, E. *Umění odpočívát*. 1. vyd. Praha: Práce, 1978. 216 s. ISBN neuvedeno.

BARTOŠ, M. *Zájmové kulturní aktivity volného času*. 1. vyd. Praha: [s.n.], 1980. 168 s. ISBN neuvedeno.

FALTÝSKOVÁ, J. Koncepce výchovy ve volném čase. In NĚMEC, J. et al. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002. 119 s. ISBN 80-7315-012-3.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: Trendy pedagogiky volného času*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. 240 s. ISBN 978-80-262-0030-7.

HARČARÍKOVÁ, T. *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených - teoretické základy*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2011. 366 s. ISBN 978-80-89238-59-0.

JELÍNKOVÁ, M. *Aktivity volného času pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Modrý klíč, 1997. 74 s. ISBN 80-902-4940-X.

KÁBELE, F. et al. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.

KUDLÁČEK, M. et al. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 122 s. ISBN 978-80-244-1655-7.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.

ORLOVÁ, K. *Alternativní terapie*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. 230 s. ISBN 80-7200-684-3.

PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika volného času: Teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 221 s. ISBN 978-80-7367-423-6.

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepr. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, M., BENDOVIČ, P. *Somatopedie pro výchovné pracovníky I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 56 s. ISBN 80-244-1097-4.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd., v Gradě 2. vyd. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi: Komplexní péče o děti se SPUCH*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1819-4.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

ZICH, F. *Co s volným časem*. 1. vyd. Praha: Pressfoto, 1978. 166 s. ISBN neuvedeno.

Internetové zdroje

AUXILIUM KLUB - ASOCIACE RODIČŮ A PŘÁTEL ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ V ČR. *Auxilium* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z: <http://www.auxilium.cz/>.

BIBLIO HELP. *Expresivní terapie* [online]. © 2009 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.bibliohelp.cz/>.

Canisterapeutické centrum Zlín [online]. 2013 [cit. 2013-04-05]. Dostupné z: <http://www.canisterapie-zlin.cz/>.

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie: Definice a cíle arteterapie* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>.

ČESKÁ ASOCIACE TANEČNÍ A POHYBOVÉ TERAPIE – TANTER. *Definice: Česká asociace taneční a pohybové terapie – TANTER* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/tpt/definice/>.

ČESKÁ ASOCIACE TANEČNÍ A POHYBOVÉ TERAPIE – TANTER. *Využití: Česká asociace taneční a pohybové terapie – TANTER* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/tpt/vyuziti/>.

Dramaterapie: Úvod do teorie [online]. Poslední aktualizace 2007-05-26 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/teorie.htm>.

Hvězda - občanské sdružení [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.sdruzenihvezda.cz/>.

JEŠINA, O. *Co to je APA? - nejen sport, tělesná výchova a volnočasové aktivity osob se zdravotním postižením* [online]. 2012 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/component/content/article/398-co-to-je-apa.html>.

MARKOVÁ, K., KRUMP, L., JONÁŠ, M. *Průvodce: Rodina a škola, volný čas a integrace mladých lidí s tělesným postižením* [online]. 1. vyd. Praha: Užitečný život, 2000 [cit. 2013-03-20]. 51 s. Dostupné z: <http://www.uzitecny-zivot.cz/dokumenty/pruvodce.pdf>.

NADĚJE O. S. *Naděje* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/>.

Středisko volného času Rožnov p. R. [online]. © 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://svcroznov.cz/>.

ŠPINAROVÁ DUSBÁBKOVÁ, J. *Expresivní terapie* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org>.

TREND VOZÍČKÁŘŮ. Volnočasové aktivity. In *Trend vozíčkářů* [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.trendvozickaru.cz>.

Doporučené zdroje

KAVANOVÁ, A., CHUDÝ, Š. *Výchova a volný čas: vybrané kapitoly z pedagogiky volného času*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2005. 156 s. ISBN 80-7318-266-1.

KNOTOVÁ, D. Volný čas dospělých v kontextu celoživotního učení. In *Výchova a volný čas: Sborník příspěvků 1. mezinárodní konference o výchově a volném čase*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 89 s. ISBN 80-7040-849-9.

VÁGNEROVÁ, M., VALENTOVÁ, L. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita: Skripta pro posluchače Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1991. 115 s. ISBN 80-7066-384-7.

VESELÁ, J. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 210 s. ISBN 80-7194-864-0.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADMT UK	Association for Dance Movement Psychotherapy United Kingdom
APA	aplikované pohybové aktivity
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DMO	dětská mozková obrna
IQ	inteligenční kvocient
KCT	kranio cerebrální trauma
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
o. s.	občanské sdružení
SAS	sociálně aktivizační služby
TBC	tuberkulóza
TP	tělesné postižení
TPP	tanečně pohybová psychoterapie
TPT	tanečně pohybová terapie
TV	tělesná výchova
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvané
UP	Univerzita Palackého v Olomouci
ZŠ	základní škola