

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální humanitární práce

Vendula Plšková

**Volnočasové pohybové aktivity pro děti s mentálním postižením**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Djordjevic

Olomouc 2016

### **Čestné prohlášení**

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem při tom jen uvedené prameny a literaturu.“

V Olomouci dne 23. 6. 2016

.....  
Vendula Plšková



Ráda bych na tomto místě poděkovala všem, kteří mě podporovali při tvorbě absolventské práce i celém studiu.

Děkuji Mgr. Ivaně Djodjevic za odbornou pomoc a podnětné připomínky při vedení mé bakalářské práce.

**DĚKUJI**

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Mentální postižení</b> .....	<b>8</b>
1.1 Mentální postižení – vymezení pojmu .....	8
1.2 Četnost osob s mentálním postižením .....	11
1.3 Psychologické zvláštnosti u dětí s mentálním postižením .....	11
1.4 Etiologie mentálního postižení .....	14
1.5 Klasifikace mentálního postižení .....	16
1.6 Stupně mentálního postižení a jejich charakteristika .....	17
<b>2 Volný čas</b> .....	<b>21</b>
2.1 Volný čas a jeho funkce .....	21
<b>3 Pohybové volnočasové aktivity</b> .....	<b>23</b>
Strategie adaptace pro děti s mentálním postižením .....	23
3.1 Boccia (Bocce, Petanque).....	24
3.2 Stolní tenis .....	25
3.3 Tanec a rytmus.....	26
3.4 Fotbal.....	27
3.5 Florbal.....	29
<b>4 Sociální služby pro děti s mentálním postižením v České republice</b> .....	<b>31</b>
4.1 Sociální poradenství .....	31
4.2 Služby sociální péče .....	32
4.2.1 Osobní asistence.....	32
4.2.2 Denní stacionáře.....	32
4.2.3 Centra denních služeb .....	33
4.3 Služby sociální prevence .....	34
4.3.1 Raná péče.....	34
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>36</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>37</b>
<b>Seznam elektronických zdrojů</b> .....	<b>39</b>

## ÚVOD

Myslím, že se všichni lidé shodnou na tom, že pohyb je pro udržení dobrého zdraví, ať tělesného či psychického, velice důležitý a hraje v životě většiny lidí velkou roli. Důvodů, proč je pohyb tak nenahraditelný, je kromě udržení dobrého zdravotního stavu však mnohem více. Mezi některé z nich patří například to, že díky němu často dochází ke sblížení osob se stejným zájmem, skrze něj se vytvářejí nové vztahy a v neposlední řadě jsou během pohybové aktivity do těla uvolňovány endorfiny, které jsou označovány za pocity štěstí a radosti. Tyto krásné prožitky a zážitky z pohybu mají touhu a potřebu prožívat všichni, tedy nejen lidé zdraví, ale i lidé s mentálním či jiným postižením. Myslím, že každý člověk by dokázal vyjmenovat alespoň tři zařízení či služby ve svém okolí, které umožňují a poskytují sportovní a obecně pohybové vyžití zdravým lidem. Ale jaká zařízení či organizace se věnují postiženým lidem a dětem v oblasti pohybového vyžití, jaké služby mohou využít? Vzhledem ke své zkušenosti ze zahraniční praxe v Srbsku, kde jsem pracovala ve Speciální škole pro děti s mentálním postižením, jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat v České republice. Každý člověk a tím spíše každé dítě má stejné právo na to žít šťastný život a nesmí být znevýhodněno na základě toho, že na svět přišlo s určitým handicapem, ať již tělesným či mentálním. Vhodně volené pohybové aktivity přináší postiženým dětem pocity štěstí a radosti z toho, že společně prožívají zážitky s dětmi se stejným či podobným postižením a společně se často po velmi drobných, až skoro neznatelných, ale velice důležitých krůčcích zlepšují. Tyto chvíle radosti rozvíjejí děti po tělesné stránce a pomáhají vytvářet nové pohybové dovednosti a tím mohou dětem postupně pomoci v překonávání jejich individuálního oslabení, prostřednictvím nich mají možnost se projevit, seberealizovat se a dále se rozvíjet v rámci svých individuálních možností. Vždyť mentálně postižené děti nejsou ani lepší ani horší, než děti zdravé, jsou pouze jiné. Proto cílem této teoretické práce je zmapovat možnosti volnočasových pohybových aktivit pro děti s mentálním postižením a zjistit, jaké sociální služby v Praze mohou rodiny s mentálně postiženými dětmi využívat. Jedná se o kritickou rešerši dostupných zdrojů. Byla bych ráda, kdyby tato práce pomohla sociálním pracovníkům při práci s mentálně postiženými dětmi a aby jim poskytla informace, které jim popřípadě pomohou zpestřit trávení volnočasových aktivit s těmito dětmi.

# 1 Mentální postižení

## 1.1 Mentální postižení – vymezení pojmu

Kozáková ve své publikaci uvádí, že termín mentální postižení je ztotožňován s termínem mentální retardace. Jako pojem nelze mentální postižení vymežit jednoduše, důvodem je odlišné uchopení tohoto pojmu autory v odborné literatuře. Někteří autoři chápou mentální postižení jako ekvivalent pojmu mentální retardace, jiní jej popisují jako pojem, který je nadřazený pojmu mentální retardace (Kozáková 2005: 74).

Jako autorka této práce se ztotožňuji s názorem, že pojem mentální postižení je ekvivalentem pojmu mentální retardace.

Termín mentální retardace byl zaveden ve 30. letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci.

Mentální retardace je odvozena z latinských slov mens, které znamená rozum, mysl a z retardio, což je opoždění, zdržení. Nejčastěji je tímto termínem označováno snížení rozumových schopností, jehož příčinou je organické poškození mozku (Švarcová 2012: 36).

U jedinců s mentálním postižením se projevuje nedostatečné adaptivní chování a snížená schopnost orientace v životě. Konkrétně se nedostatečné adaptivní chování projevuje v ohraničených možnostech vzdělávání, ve zpomaleném a zaostávajícím vývoji, v nedostatecích v oblasti paměti, pozornosti, řeči, sociální přizpůsobivosti a myšlení (Vítková 2004: 294).

Dle Švarcové dochází nejen k poruchám v adaptačním chování, ale i k odlišnému vývoji psychických vlastností. U každého jedince se individuálně projevuje odlišná hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí (Švarcová 2006: 28).

Známých přístupů, kterými lze definovat mentální postižení je mnoho. Ve své publikaci Slowík uvádí 5 možných přístupů a jejich definice:

1. Biologický přístup – vychází z poznatků anatomie, psychopatologie, somatopatologie fyziologie. Důsledkem postižení je trvalé závažné organické či

funkční poškození mozku. Od fungování a stavu organismu a jeho patologických změn se odvozují specifika postižení. Na základě specifík postižení se hledají možnosti jejich kompenzace, rehabilitace a redukce.

2. Psychologický přístup – je primárně snížena (vzhledem k populační normě) úroveň rozumových schopností, které jsou měřitelné standardizovanými IQ testy.
3. Sociální přístup – prostředí, ve kterém žije, je hlavní sociální faktor, který působí na člověka s mentálním postižením. Důvod je ten, že vhodné a přiměřené podněty přichází zvenčí a napomáhají k celkovému rozvoji osobnosti. Postižení je charakteristické dezorientací ve společnosti a ve světě, což má za důsledek omezené samostatné zvládání vlastní sociální existence.
4. Pedagogický přístup – schopnost učit se je snižena, i navzdory využívání specifických vzdělávacích postupů a metod.
5. Právní přístup – je snižena způsobilost k samostatnému právnímu jednání. Příkladem samostatného právního jednání může být provádění rozhodnutí a složitých právních úkonů (Slowík 2007: 110).

Existuje mnoho definic mentální retardace či mentálního postižení v odborné literatuře. Americká společnost pro mentální deficienci v roce 2002 vymezila definici mentální retardace, která uvádí, že: „Mentální retardace je snižená schopnost (= disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“ Americká společnost pro mentální deficienci stanovila 5 předpokladů pro aplikaci zmíněné definice:

1. „Snižení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince.
2. Bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také (individuální) rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.
3. U každého jedince se vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky.
4. Zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory.
5. S vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací“ (Šiška 2005: 10).



Pojem mentální postižení chápe Švarcová jako ekvivalent k pojmu mentální retardace a uvádí, že „mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“ (Švarcová 2006: 29).

Pipeková naopak chápe pojem mentální postižení jako pojem nadřazený pojmu mentální retardace. Ve své publikaci autorka vymezuje mentální retardaci jako „vývojovou poruchu integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Jedná se o stav, který je buď vrozený nebo částečně získaný (do 2 let života dítěte)“ (Pipeková 2010: 289).

Často uváděnou definicí mentální retardace u nás, je tato dle Vágnerové: „mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností, dále jde o neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.“ Se změnou nebo snížením dalších schopností jedince bývá spojována nízká úroveň integrace (Vágnerová 1999: 146).

Mentální retardaci specifikuje Vágnerová třemi hlavními znaky:

- Nízká úroveň rozumových schopností, jejímž projevem je nedostatečný rozvoj myšlení a omezená schopnost učení, Následkem je obtížnější adaptace na běžné životní podmínky.
- Vrozenost postižení.
- Trvalost postižení. Horní hranice dosažitelnosti rozvoje člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak i specifickou přijatelností působení prostředí, která je individuálního charakteru, tj. výchovné a terapeutické vlivy (Vágnerová 1999: 146).

Definice Dolejšího zní: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničitelností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatky genetických vloh, porušený stav anatomicko-fyziologické struktury, funkce mozku a jeho zrání, nedostatečné nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem senzické, emoční a kulturní deprivace. Dalšími činiteli jsou deficitní učení, typologické zvláštnosti vývoje osobnosti, zvláštnosti vývoje motivace a to zejména negativní zkušenosti jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu“ (Dolejší in Vítková 2004: 293).

Můžeme se také setkat s pojmem mentální postižení, který WHO definuje jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“ (Novosad 2000: 13).

## **1.2 Četnost osob s mentálním postižením**

Osoby s mentálním postižením patří k nejpočetnějším mezi skupinami postižených. Přesný počet není znám, ale uvádí se, že výskyt osob s mentálním postižením se pohybuje mezi 1 - 5% . Asi polovina osob s mentálním postižením potřebuje během života sociální či lékařskou pomoc (Zvolský a kol. 1998: 155).

Podle odhadu trpí asi 3 % populace různým stupněm mentální retardace. Procento dětí s podprůměrným intelektem, který je těsně nad hranicí mentální retardace (IQ 70–80) je odhadováno různě. Počet dětí školního věku s mentální retardací se dle autorů pohybuje mezi 5 – 12 %. V kategorii lehká retardace se vyskytuje největší procento jedinců s mentální retardací, je to asi 75 %, u střední retardace je 20 % a zbytek doplňují případy těžké a hluboké retardace (Raboch, Zvolský et al. 2001: 344).

Výskyt těžce mentálně postižených v naší populaci je asi 0.1% . Předpokládaný počet osob s mentální postižením žijících na území České republiky je kolem 300 000 (Švarcová 2001: 32).

Při porovnání běžné populace s osobami s mentální retardací, lze vyzorovat častější výskyt psychických poruch (schizofrenie, autismus, poruchy osobnosti, poruchy chování) a tělesných poruch. Co se týče motorických poruch, většinou se jedná o příznaky dětské mozkové obrny, ataxii, athetosu či spasticitu. Poruchy sluchu se vyskytují u jedné pětiny takto postižených osob a u poloviny osob s mentální retardací se vyskytuje epilepsie (Zvolský a kol. 1998: 155).

## **1.3 Psychologické zvláštnosti u dětí s mentálním postižením**

V obecné rovině je velmi obtížné charakterizovat osoby s mentálním postižením, neboť každý jedinec je osobitý subjekt s charakteristickými rysy. Tzn., že osoby s mentálním

postižením netvoří stejnorodou skupinu, kterou lze charakterizovat celkově. Avšak lze postřehnout určité znaky, které jsou společné, ale projevují se v různé míře.

Determinanty mentální retardace dle Dolejšího:

- Zvýšená závislost na rodičích či jiných lidech
- Infantilnost osobnosti
- Sugestibilita a rigidita chování
- Pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- Zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- Porucha interpersonálních vztahů a komunikace
- Nerovnováha aspirace a výkonu
- Zpomalená chápavost
- Snížená mechanická a logická paměť
- Malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům
- Impulsivnost
- Hyperaktivita nebo hypoaktivita
- Citová vzrušivost
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Těkává pozornost
- Ulpívání na detailech
- Malá srovnávací schopnost
- Porucha vizumotoriky a celkové pohybové koordinace (Dolejší in Valenta, Müller 2009: 35,36).

Osobnost mentálně postižených osob je z hlediska psychických funkcí odlišná od zdravých osob. Odlišnosti mezi zdravým jedincem a mentálně postiženým jedincem mohou být v těchto funkcích:

1. **Vnímání** – bezprostřední vnímání je výběrové a základem jsou individuální zkušenosti. Proces utváření zkušeností je u zdravých dětí rychlý, avšak u dětí s mentálním postižením je tento proces pomalý a probíhají v něm také určité odchylky. Konkrétně se jedná se o opožděnou a omezenou schopnost vnímání (vnímavost), která má velký vliv na průběh psychického vývoje dítěte. Inaktivita se projevuje v takových případech, kdy se jedinec dívá na předmět nebo obraz

a neprojevuje snahu si daný předmět detailně prohlédnout. O podstatu ani funkci předmětu se dítě s mentálním postižením aktivně nezajímá, nepostihne souvislosti nebo vztahy mezi objekty. Projevovat se může taktéž i těkavost pozornosti, která se týká předmětů, tvarů či barev (Švarcová: 2006: 44, 45).

2. **Myšlení** – porušení poznávací činnosti je základním charakteristickým znakem mentálního postižení, což má za důsledek nedostatek sluchových a názorných představ, neznalost zacházení s předměty a omezenou zkušenost z komunikace (nedostatečný rozvoj řeči). U mentálně postiženého dítěte lze již v předškolním věku upozorovat nízká úroveň rozvoje myšlení, která souvisí s nedostatečným rozvojem řeči. Schopnost zobecňování a abstrakce je omezena, přičemž myšlení se může dostat za hranice konkrétnosti pouze u dětí s lehčí formou mentálního postižení. Myšlení je chudé, neproduktivní a je omezeno na konkrétní situační souvislosti. Dítě s mentálním postižením nedokáže rozeznat podstatné znaky a poznat, v čem jsou objekty shodné. Charakteristickým znakem myšlení mentálně postižených dětí je slabá řídicí úloha myšlení, kdy dítě nedokáže promyslet své jednání a předvídat důsledky tohoto jednání. Mezi další znaky se zahrnuje nesoustavnost, která se projevuje rychlou unaveností a přerušením pozornosti. U mentálně postižených dětí je myšlení také charakteristické svou nekritičností, děti nezpozorují své chyby nebo chyby v myšlení u ostatních. Jedincům chybí kvalita myšlení, která je psychology označována jako tzv. sekvenční myšlení. Nedostatek sekvenčního myšlení ztěžuje vytváření důležitých dovedností a návyků, kterými jsou například hygiena, obléci se, zavázat uzal, apod. a ztěžuje také management času, jedná se například o neschopnost odhadnout délku trvání, nedodržení domluvených termínů, chození pozdě a nestíhání. U mentálně postižených jedinců slouží k rozvíjení myšlení systematické vzdělávání skrze postupná osvojování si dovedností, návyků a vědomostí, které budou odpovídat aktuální úrovni získaných poznatků a rozumovým schopnostem (Švarcová 2006: 46-48).
3. **Řeč** – v případě, že dochází k pomalému vytváření diferenciačních podmíněných spojů v oblasti sluchového analyzátoru, opožděně se utváří řeč. Opožděnost je charakteristická ve všech složkách řeči. Zahrnout zde můžeme slovní zásobu, která je malá a gramatiku, která je nedokonalá, vyjadřování v jednoduchých větách, jsou vynechávány části vět, postižena je také artikulace (Švarcová 2006: 45).

4. **Paměť** – díky paměti si děti uchovávají minulou zkušenost, získávají dovednosti a vědomosti, vytvářejí si způsoby svého chování a vztahy k lidem. K osvojování nových poznatků dochází u dětí s mentálním postižením pomaleji. Přičemž k osvojení daných poznatků dochází většinou až po mnoha opakování, naučené poznatky dítě rychle zapomíná, nevybavuje si je přesně a neumí je včas uplatnit. Podstatné věci jedinec těžce vyčleňuje a třídění paměťových stop je nekvalitní (Švarcová 2006: 48, 49).
5. **Pozornost** – pozornost je dělena na bezděčnou a záměrnou. Bezděčná pozornost se mimovolně zaměřuje na silné podněty, kdežto záměrná pozornost je vázaná vůlí a má charakter podmíněného reflexu. Záměrná pozornost vykazuje u jedinců s mentálním postižením nízký rozsah sledovacího pole, nestálost či snadnou unavitelnost. Schopnost udržení pozornosti je pouze na krátkou dobu a následně by po soustředění měla přijít na řadu relaxace (Valenta, Müller 2009: 38).
6. **Emotivita a motivace** – emocionalita je jednou z nevýznamnějších stránek osobnosti. Děti s mentálním postižením jsou emočně otevřeny, přičemž jejich schopnost ovládat se a tlumit se je menší. Dlouhodobá nediferencovanost citů je znatelná, city jsou neadekvátní a to buď povrchní, nebo silné a citové nuance chybí. U dětí s mentálním postižením dochází k opožděnému vytváření morálních citů, které je žádoucí rozvíjet, na tuto skutečnost je důležité při výchově přihlížet (Švarcová 2006:50-53).
7. **Volní projevy** – u mentálně postižených dětí nesou znaky pasivity tzv. dysbulie (nedostatek vůle) až abulie, kdy vůle úplně chybí. Jedinci nejsou schopni překonávat překážky a řídit vlastní jednání, jedinci jsou také nesamostatní. Projevují se zde znaky zvýšené agresivity, vzdoru, impulsivnosti, volní a citové lability (Švarcová 2006: 54).

#### **1.4 Etiologie mentálního postižení**

I přesto, že je mentální postižení stavem vždy trvalým, lze podle výzkumů dosáhnout výrazného zlepšení za pomoci vhodného pedagogického působení. Příčinami vzniku mentálního postižení jsou různé faktory, které se podmiňují, spolupůsobí a vzájemně se prolínají. Těmito faktory jsou vrozené faktory a environmentální faktory, jejichž současné působení způsobuje organické poškození mozku. Platí závislost, že čím je

mentální postižení hlubší, tím lze častěji nalézt biologickou příčinu a tím se také častěji setkat s abnormním nebo nedostatečným tělesným vývojem a degenerativními stigmaty. Je uváděno, že etiologické faktory u 25 % případů mentálního postižení jsou metabolické a chromozomální poruchy (Raboch, Zvolský et al. 2001: 344).

Příčiny vzniku mentálního postižení se dělí na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Příčiny endogenní jsou již zakódovány v systémech pohlavních buněk, při jejichž spojení dochází k vzniku nového jedince. Jsou to tedy příčiny genetické. Příčiny exogenní, které mohou způsobit mentální postižení, působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodního období a i v raném dětství. Exogenní příčiny jsou dále děleny dle období, ve kterém postižení nastalo, a to na prenatální, perinatální a postnatální příčiny (Pipeková 2010: 291).

### **Příčiny prenatální**

Příčiny prenatální se objevují v průběhu těhotenství, tedy v období předporodním. Nejčastěji se zde jedná o faktory biologické, těmi jsou:

- Infekční onemocnění matky – rubeola (zarděnky) způsobuje v prvním trimestru malformaci srdce, zákal čočky, hluchotu a těžší mentální postižení. Dále se zde zahrnují virové infekce, kterými může být například parotitida či pertuse.
- Endokrinní poruchy matky – k narození dítěte s tyreoidální hypofunkcí a následným kretenismem (široká lebka, krátké končetiny, otevřená fontanela, nízký vzrůst či mentální postižení) může dojít v takovém případě, jestliže matka trpí hypofunkcí štítné žlázy.
- Rh inkompatibilita – mentální postižení způsobí zvýšená hladina bilirubinu, která může poškodit centrální nervovou soustavu novorozence.
- Fetální alkoholový syndrom – syndromem je postiženo 15 % dětí, následky tohoto syndromu jsou mentální postižení, končetinové abnormality či opožděný růst. Fetální alkoholový syndrom je zapříčiněn pravidelným požíváním alkoholu v době těhotenství.
- Kokainový syndrom – následkem kokainového syndromu jsou předčasné porody, neboť kokain způsobuje stažení cév a má také vliv na placentu. Následně u dětí způsobuje kardiovaskulární anomálie nebo končetinové malformace.

- Zděděný defekt imunity (AIDS) – v případě, že jsou plody HIV pozitivní, dochází velmi často ke spontánním potratům. Narozené děti se zděděným defektem imunity žijí velmi krátkou dobu (pouze několik let). Zděděný defekt imunity může způsobit mentální postižení nebo epileptické záchvaty.
- Další intrauterinní poškození – vývoj mentálního postižení je v tomto případě u dětí zapříčiněn podvýživou matky, rizikovým udržováním těhotenství s krvácením, rentgenovým zářením nebo užíváním některých léků během těhotenství (Raboch, Zvolský et al. 2001: 344,345).

### **Příčiny perinatální**

Jsou to takové příčiny, které se objevují v době porodu či bezprostředně po něm. V tomto období může být postižení způsobeno porodem, který má charakter dlouhodobého trvání. Komprese hlavičky v porodních cestách nebo komprese a. carotis smyčkou pupečnicku jsou důsledky protahovaného porodu. Následně pak dochází k mozkové hypoxii novorozence nebo ke krvácení do mozku. Děti, které jsou předčasně narozené, nezralé, jejichž plicní ventilace není dostatečně vyvinuta, mohou trpět hypoxií. Čím větší je postižení oblasti mozku, tím je větší zaostání psychického vývoje dítěte (Raboch, Zvolský et al. 2001: 344,345).

### **Příčiny postnatální**

Postižení vzniká po porodu až do 1,5 – 2 let věku dítěte. Možný vznik je zapříčiněn v důsledku zánětlivého onemocnění mozku a mozkových blan, otravy, špatné výživy, úrazu hlavy, nemoci spojené s nedostatkem kyslíku. Dalšími příčinami mohou být také tzv. sociální faktory, které mohou zapříčinit nejen zaostávání mentálního vývoje dítěte, které se již narodilo s postižením, ale také mohou zkomplikovat i další vývoj dítěte. Příkladem sociálních faktorů jsou špatné materiální a bytové podmínky (Ješina a kol. 2013: 11).

## **1.5 Klasifikace mentálního postižení**

Kvalita úbytku psychických funkcí je důležitým kritériem v rámci hodnocení poruch rozumových schopností. Určena je tím způsobem, že se srovnají úrovně schopností postiženého dítěte (až od věku tří let dítěte) s normou pomocí psychologické

diagnostiky inteligence. Pojem inteligence znamená rozumovou schopnost zpracovávat informace a najít řešení problémů a to skrze zacházení s předměty a nástroji, se znaky a pojmy, dále logicky myslet, umět navazovat a udržet si sociální kontakty. Toto vše za pomoci učení se ze zkušeností nebo možnosti se přizpůsobit okolnímu prostředí. Inteligence se měří pomocí testů, přičemž měření slouží k získání informací o rysech a struktuře intelektového nadání. Inteligenční kvocient (IQ) je nejpoužívanějším a nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence. Je zaveden W. Sternem a vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách, které odpovídají určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Význam stanovení inteligenčního kvocientu je ten, že informuje o stupni rozumové úrovně jedince. U jedinců s mentálním postižením se neposuzuje pouze inteligence, ale i různé dimenze jako adaptační schopnosti, emoce, navazování vztahů, volní a povahové vlastnosti, a to v rámci celé osobnosti (Švarcová 2012: 42).

Nejčastěji užívaná klasifikace mentálního postižení v dnešní době je z roku 1992. V platnost tehdy vstoupila 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, tímto se změnila terminologie a klasifikace mentálně postižených, která byla užívána do té doby. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemoci byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization), která následně rozdělila mentální postižení do těchto stupňů: lehké, středně těžké, těžké, a hluboké. Přičemž kromě již zmíněných čtyř stupňů existují také jiné a nespecifikované mentální postižení. Rozdělení je na základě výšky inteligenčního kvocientu (IQ), jednotlivým stupňům poté byly přiřazeny kódy F 70 – F 79 (Ruisel 2004: 371,372).

## **1.6 Stupně mentálního postižení a jejich charakteristika**

### **Lehké mentální postižení (F 70)**

- Lehká slabomyslnost (oligofrenie)
- Lehká mentální abnormalita
- Debilita

Hodnota IQ se u lehké mentální retardace pohybuje v rozmezí 50 – 69. Příčinou vzniku tohoto stupně je zděděná inteligence nebo vlivy rodinného prostředí. Nápadnější problémy lze pozorovat kolem třetího až šestého věku dítěte, obzvláště při nástupu do



školy. Schopnost komunikovat je většinou vytvořena, ale zaznamenáváme zde opožděný vývoj řeči, obsahovou chudost a časté poruchy formální stránky řeči. Zpozorovat můžeme také poruchy jemné motoriky a koordinace pohybu. U jedinců s lehkým mentálním postižením se vyskytuje slabší paměť, omezení schopnosti logicky myslet a doba trvání nácviku běžných úkonů je delší. Děti s lehkým mentálním postižením jsou vzdělavatelné, přesto je však většina z těchto dětí zařazována do speciálních škol. Následně pak tyto jedinci nastupují na odborná učiliště, a to z toho důvodu, že jsou schopni zvládat pracovní činnost, při které většinou vykonávají manuální práce. Většina osob s lehkým mentálním postižením dosáhne nezávislosti nejen v oblasti pracovní (manuální a domácí práce), ale i v oblasti osobní péče (jídlo, hygiena, oblékání,...). Z celkového počtu osob s mentálním postižením je jedinců s lehkým mentálním postižením kolem 80 %, přičemž v celkové populaci to je 2,6 % (Ješina a kol. 2013: 8, 9).

### **Středně těžké mentální postižení (F 71)**

- Střední mentální subnormalita
- Střední slabomyslnost
- Imbecilita

U středně těžkého mentálního postižení se hodnota IQ pohybuje v rozmezí 35 – 49. U jedinců se středně těžkým mentálním postižením je výrazně omezena řeč, myšlení a dovednosti v sebeobsluze. U tohoto stupně je často uváděna přidružená epilepsie, neurologické, tělesné a duševní poruchy. Rozvoj řeči je u jedinců variabilní, někteří jsou schopni komunikace a sociální interakce, verbální projev bývá často chudý, špatně artikulovaná a agramatický. Úroveň motorických dovedností je nestálá, a to mezi motorickou obratností a dyspraxií jemné i hrubé motoriky, ta je spojena s potížemi s koordinací pohybu. Děti s tímto stupněm mentálního postižení zvládnou za dobu školní docházky většinou základní trivia. V dospělosti potřebují jedinci občasnou pomoc a dohled, a to v podstatně náročnějších situacích. Většina jedinců je v dospělosti schopna vykonávat jednoduché manuální práce, avšak důležitou roli při vykonávání pracovní činnosti hraje stereotyp a organizace těchto činností. Pracovní činnosti uplatňují nejčastěji v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích. Samostatný život je pro tyto jedince možný jen zřídka, řešením je pro většinu chráněné či podporované bydlení. Jedinci se středně těžkým mentálním postižením tvoří 12 %

v populaci osob s mentálním postižením, v celkové populaci to je 0,4 % (Ješina a kol. 2013: 9).

### **Těžké mentální postižení (F 72)**

- Těžká mentální subnormalita
- Těžká slabomyslnost (oligofrenie)
- Idioimbecilita

Hodnota IQ se u těžkého mentálního postižení pohybuje v rozmezí 20 – 34. U jedinců s tímto stupněm postižení dochází k výraznému opoždění psychomotorického vývoje, který je již patrný v předškolním věku. Výrazně limitované jsou možnosti sebeobsluhy. Vývoj řeči se zastavuje na předřečové úrovni. Typické jsou motorické poruchy s příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy, stereotypní pohybové sebepoškození a to vše s přidruženými vadami jako nestálost nálad, sebepoškozování, agrese, impulzivita nebo poruchy chování. Komunikace je převážně nonverbální, časté jsou výkřiky, neartikulované zvuky, popřípadě jednotlivá slova. Osoby s těžkým mentálním postižením jsou odkázány na pomoc a podporu jiné fyzické osoby po celý život. Z celkového počtu mentálně postižených osob tvoří jedinci s těžkým mentálním postižením 7 %, v celkové populaci tvoří 0,2 % (Ješina a kol. 2013: 9, 10).

### **Hluboké mentální postižení (F 73)**

- Hluboká mentální subnormalita
- Hluboká slabomyslnost (oligofrenie)
- Idiocie

U hlubokého mentálního postižení je hodnota IQ nejvýše 20. U osob s hlubokým mentálním postižením je poměrně častý výskyt sensorických a motorických postižení nebo také neurologických poruch. Úroveň komunikačních schopností je maximálně na úrovni porozumění některým slovům a nonverbální odpovědi. U těchto jedinců se téměř nerozvíjí poznávací schopnosti, dosaženým maximem je diferencování známých a neznámých podnětů a reakce na podněty s libostí nebo nelibostí. Možnosti vzdělávání u takto postižených osob jsou velmi omezené. Dosáhnout základních orientačních a sebeobslužných činností lze dlouhodobým tréninkem a to takovým způsobem, že se

jedinec může zapojit do různých domácích činností. Osoby s hlubokým mentálním postižením tvoří 1 % z populace osob s mentálním postižením (Ješina a kol. 2013: 10).

### **Jiné mentální postižení (F 78)**

Využití této kategorie je pouze tehdy, pokud stanovení stupně intelektového postižení pomocí obvyklých metod je obzvláště těžké či nemožné, a to z důvodu přidružených somatických nebo sensorických poškození. Například u osob nemluvících, nevidomých neslyšících, hluchoslepých, u osob s autismem, s těžkými poruchami chování nebo u těžce tělesně postižených jedinců (Švarcová 2012: 45).

### **Nespecifikované mentální postižení (F 79)**

Užití této kategorie je v případech, kdy mentální postižení je prokázáno, ale kvůli nedostatku informací nelze danou osobu zařadit do jedné z předchozích kategorií. Je zde zahrnuta mentální retardace (oligofrenie) nespecifikovaná a mentální subnormalita nespecifikovaná (Švarcová 2012: 45).

## 2 Volný čas

Jelikož se ve své práci zabývám volnočasovými aktivitami, chtěla bych z tohoto důvodu vymezit pojem volný čas a jeho funkce.

Pojem volný čas vymezuje Hofbauer následovně: „Volný čas je činnost, do níž člověk vstupuje s očekáváními, účastní se jí na základě svého svobodného rozhodnutí, a která mu přináší příjemné zážitky a uspokojení“ (Hofbauer 2004: 13).

Volný čas jako doba, „kterou má po splnění potřeb a povinností člověk k dispozici pro činnosti seburčující a sebevytvářející“ (Hájek, Hofbauer, Pávková 2011: 10).

### 2.1 Volný čas a jeho funkce

Ve své publikaci rozlišuje Šerák (dle Hradečné) tři základní funkce volného času.

1. Odpočinek, díky kterému si jedinec zregeneruje organismus a načerpá nové síly a odpočine si od práce.
2. Rozptýlení, které poskytuje možnost zábavy a únik od práce, která bývá zpravidla monotónní. Volný čas slouží jako duševní regenerace a uvolnění.
3. Rozvoj vlastní osobnosti zahrnuje kulturní, fyzickou a sociální stránku osobnosti a osvobození se od automatismu (Hradečná in Šerák 2009: 29).

Funkce volného času a jejich členění:

1. Funkce rekreace – jedinec si nahromadí nové síly, odpočine si a uvolní se.
2. Funkce kompenzace – je zde zahrnuta potřeba potěšení, rozptýlení a zřeknutí se vědomě pravidel a norem.
3. Funkce edukace – pod tuto funkci spadá potřeba učení a poznání.
4. Funkce kontempace – zde je zahrnuta potřeba pohody, klidu a rozjímání, přičemž člověk se věnuje pouze sám sobě.
5. Funkce komunikace – do této funkce spadá potřeba kontaktu a sdílení. Jedinec nechce být sám a tak vyhledává sociální vztahy.
6. Funkce integrace – znakem této funkce je potřeba společenských vztahů, tvorba skupin, také je zde zahrnuto vzájemné uznání a společenské prožívání.

7. Funkce participace – do této funkce patří potřeba spolupráce angažovanosti a účasti.
8. Funkce akulturace – zahrnuta je zde potřeba kreativního rozvoje, růstu osobnosti a tvůrčího uplatnění a to vše s potřebou účasti na kulturním životě.

(Hájek, Hofbauer, Pávková 2011: 10,11)

### **3 Pohybové volnočasové aktivity**

Členění textu u jednotlivých pohybových aktivit je na základě modelu adaptace, dle výsledků projektu „Sports and Physical Activity for Persons with Disabilities – Awareness, Understanding, Action“, která je zpracovaná v knize Count me in. Model adaptace se skládá ze čtyř oblastí a těmi jsou: vybavení, pravidla, instrukce (komunikace, názorné ukázky) a prostředí (hřiště), (Válková 2010: 36).

#### **Strategie adaptace pro děti s mentálním postižením**

U dětí s mentálním postižením se mohou vyskytovat odlišné stupně praktických schopností a dovedností. Existují různé stupně mentálního postižení a s tím spojeny problémy, kterými jsou například problémy smyslové, vada řeči, obesita, epilepsie, apod. Častou příčinou mentálního postižení je Downův syndrom, u kterého se nejčastěji vyskytují problémy se srdcem, sluchem, zrakem či obezitou.

Zásady pro pohybové aktivity:

- Během pohybových aktivit dítě příliš neztěžovat.
- Aktivity působící na všechny stránky osobnosti jsou velmi užitečné, pomáhají ke zlepšení dovedností a fyzické kondice.
- Adaptace instrukcí – minimum verbálních pokynů, lepší je opakované názorné předvádění, rozložení úkolů na více menších částí.
- Při osvojování nových dovedností je velmi důležité opakování. Jednoduché vysvětlení úkonu a následně praktické demonstrování činnosti.
- Přizpůsobení pravidel hry, aby byly pro konkrétní děti vyhovující. Úspěšná zkušenost je velmi důležitá pro další účast.
- Asistence z řad vrstevníků.
- Výběr vhodných aktivit, podle věku, podle aktuálních schopností a dovedností, to vše pomůže k lepšímu začlenění se do aktivity. (Sherill 2005: 5)

Následující pohybové aktivity jsem vybrala na základě četnosti jejich využití v sociálních službách pro osoby s mentálním postižením v České republice.

Oficiálně není nikde uvedeno, jaké volnočasové pohybové aktivity jsou využívány nejčastěji, proto se v následujícím výčtu nečastěji využívaných pohybových volnočasových aktivit budu opírat o zkušenosti odborníků z této oblasti.

### **3.1 Boccia (Bocce, Petanque)**

Tato pohybová aktivita je nejvíce vhodná pro osoby s těžkým mentálním postižením. Nicméně může být také provozována jedinci s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením. Účastníci jsou rozděleni do družstev, přičemž hlavní náplní hry je dostat míč každého hráče co neblíže k cílovému míči celé hry.

#### Modifikace pro vybavení

Pro děti s mentálním postižením je velmi důležité, aby jejich hrací míč nebyl příliš těžký a velký. Dle fyzických možností jednotlivého hráče se zvolí vhodný míč, se kterým si tuto aktivitu náležitě užijí. Naopak cílený míč, ke kterému se snaží každý hráč svůj hrací míč dostat co nejlíže, by měl být větší a jasně zbarvený, aby ho děti mohly dobře vidět na hrací ploše. Děti s těžkým mentálním postižením využívají při této pohybové aktivitě nakloněnou plošinu, která jim pomůže vyslat jejich hrací míč na hrací plochu.

#### Modifikace pravidel

První změnou, která je více než žádoucí, je úprava počtu hracích pokusů. Následně je vhodné povolit více možností pro odpálení míče. Hráči mohou míč házet, koulet po zemi nebo odkopnout nohou, záleží pouze na tom, jak to každému nejvíce vyhovuje. Při rozdělování dětí do družstev je žádoucí, aby týmy byly vyrovnané, aby nebyl nikdo v přesile, mohlo by se stát, že by si tuto aktivitu hráči ostatních týmů náležitě neužili.

#### Modifikace instrukcí

Pro každé dítě nejen s mentálním postižením je vhodná praktická ukázka, jak se daná aktivita hraje. U dětí s mentálním postižením to platí dvojnásob, přičemž praktická demonstrace by měla být doplněna jasnými herními pokyny. Při praktické ukázce nebo vysvětlování může instruktor využít pomoc některého z hráčů, který má s danou hrou již zkušenosti. Může to být jeden ze způsobů pro lepší pochopení hry ze strany dětí. Podstatnou částí celého procesu je nechat prostor pro zpětnou vazbu od hráčů (připomínky, potřeba nějakou část více objasnit, atd.).

### Modifikace herního prostředí

Změna vzdálenosti cílového míče od hráčů a změna hracího pole, toto jsou dvě nejdůležitější modifikace pro hráče s mentálním postižením. Tyto dvě modifikace jsou závislé na současných schopnostech a dovednostech každého dítěte, nesmí nikdy dojít k tomu, aby byl někdo znevýhodněn. Tento fakt souvisí s již zmíněnými týmy, které si musí být při hře rovny. Instruktor dle svého uvážení zvolí prostředí, zda se bude hrát venku na hřišti či v hale, toto rozhodnutí souvisí také s herním povrchem, který je v hale tvrdší než na venkovním hřišti na trávě či na písku (Van Coppenolle 2006: 43, 44).

## **3.2 Stolní tenis**

Stolní tenis je jedna z nejznámějších a nejvíce využívaných pohybových volnočasových aktivit. Hra je vhodná pro jedince s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Při této aktivitě proti sobě nehrají jen děti s mentálním postižením, nýbrž mohou hrát proti sobě hráči, kdy jeden hráč je mentálně postižený a druhý není. Toto pomáhá jedincům s mentálním postižením k jejich začlenění do společnosti a vzájemnému porozumění mezi hráči.

### Modifikace vybavení

Když se této aktivitě účastní děti s těžkým mentálním postižením, je vhodné, aby byla z hracího stolu odstraněna hrací síť, hráči tak mohou posílat míč ke svým protihráčům po herní ploše. Každý z hráčů pak bude mít speciální raketu, která bude ve tvaru obdélníku. Podle schopností jednotlivých hráčů se následně vybere vhodná velikost a hmotnost hracího míčku.

U herních raket pro děti s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením, které mají omezenou funkci v ruce, je vhodné, aby každá raketa měla speciální řemínek, kterým je možno raketu připevnit každému hráči k ruce. Po stranách každého hracího stolu je vhodné dát bariéry, které zachytí míč či zabrání jeho odskoku.

### Modifikace pravidel

První žádanou změnou v pravidlech je umožnění více odrazů hracího míčku než ho daný hráč odehraje svému soupeři. Hráč skóruje vždy, když dostane míč na protihráčovu stranu. Pokud některému z dětí s mentálním postižením dělá problémy hrát s raketou, je vhodné umožnit mu posílat míč po herním stole namísto odražení raketou. V tomto případě je ovšem nutné, aby byl tento hráč spárován s jedincem, který mu bude vyrovnaným soupeřem. Neboť kdyby měl jeden hráč raketu a druhý ne, tak by tato



aktivita nefungovala dobře a ani jeden by si neodnesl pozitivní zážitky a nové zkušenosti. I když každý hráč má svého soupeře, je i tak důležité zdůrazňovat více spolupráci než rivalitu, aby zkušenost z této pohybové aktivity přinesla všem potěšení.

#### Modifikace instrukcí

Předtím než začnou hráči spolu doopravdy hrát, je důležité, aby se nejprve na hru připravili. To znamená opakované zkoušení odpalování míčku raketou, to vše s doprovodem jasných instrukcí a praktických ukázek od instruktorů. Díky praktickým ukázkám děti lépe pochopí smysl této aktivity.

#### Modifikace herního prostředí

Při modifikaci herního prostředí u stolního tenisu je nejdůležitějším aspektem, na který se musíme zaměřit velikost hracího stolu. Velikost hracího stolu musí vyhovovat každému hráči a to tak, aby nikdo nebyl znevýhodněn (Francová 2013: 16, 17).

### **3.3 Tanec a rytmus**

Hudba a rytmus motivují děti k pohybu. S pomocí pár melodií můžeme vytvořit širokou škálu atraktivních aktivit. Při tanci není žádný pohyb špatný, proto nedochází k diskriminaci z důvodu schopností či věku dítěte. Tato volnočasová pohybová aktivita je vhodná pro jedince s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Rytmické aktivity zlepšují koordinaci, rovnováhu, postavení těla a prostorovou představivost. Tanec může být dobrým prostředkem pro sebevyjádření, vzhledem k tomu, že zde není potřeba slov. Základní hrou pro děti s mentálním postižením může být tleskání rukama nebo dupání nohama do rytmu, které pak může vést k zapojení celého těla (skákání do rytmu).

#### Modifikace vybavení

Při tanečních aktivitách pro děti s mentálním postižením je vhodné využít atraktivní materiály, kterými mohou být míče, šátky, stužky či deštníky, záleží pouze na tom, který z materiálů dětem nejvíce vyhovuje. Využitím těchto materiálů a také vhodné hudby (může být relaxační, klasická, rytmická či písňe, při kterých děti zpívají) přidáváme na atraktivitě konkrétní aktivity a děti se do ní rády zapojí a náležitě si ji užijí.

#### Modifikace pravidel

Základním a nejdůležitějším prvkem je zde ponechání prostoru pro sebevyjádření a improvizaci dětí. Dále se jedná o vhodné vymyšlení různých tanečních pohybů na

stejně písňe, aby děti poznaly variabilitu, že není pouze pár pohybů správných a vhodných pro danou píseň, ale může jich být celá řada. Vhodné je začít od co nejjednodušších pohybů (může se jednat o chození či pohupování do rytmu) až po více náročné, přičemž je důležité brát ohled na aktuální možnosti a dovednosti každého dítěte.

#### Modifikace instrukcí

Důležitou součástí každé pohybové aktivity jsou instrukce, které by měly být pro děti s mentálním postižením více praktické než verbální. Pro jakoukoliv změnu v aktivitě by měl být využit kontaktní signál, který děti jednoduše rozpoznají. Pro děti s mentálním postižením je důležité, aby byly taneční pohyby vícekrát opakovány, dojde tak k jejich lepšímu zapamatování. Ke každému dítěti s mentálním postižením je vhodné přiřadit vrstevníka či asistenta bez postižení, dochází tak ke vzájemné spolupráci a začleňování do kolektivu. Dle aktuálních fyzických schopností a dovedností se stanoví sekvence pauz pro odpočinek.

#### Modifikace herního prostředí

Taneční pohybové aktivity se můžou pořádat jak venku na hřišti, tak vevnitř v tělocvičně či hale, přičemž vhodnější variantou pro děti s mentálním postižením je tělocvična. Důvodem je to, že je vhodné při tanečních aktivitách využívat zrcadel, díky kterým si děti uvědomují své pohyby a tak i celé své tělo. Tělocvičny mají také lepší taneční parket, neboť povrch venku na hřišti nemusí být zcela rovný a bez překážek. Dle zvolené hudby pak můžeme měnit osvětlení, které se k danému žánru hodí. Hudba by neměla být příliš hlasitá, aby bylo slyšet instrukce během taneční pohybové aktivity (Van Coppenolle 2006: 49, 50).

### **3.4 Fotbal**

Díky své popularitě se o tento sport zajímá spousta dětí. Hra je vhodná pro jedince s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Při fotbale jsou nezbytnými dovednostmi kopání, hlavičkování a obrana brány. Například změnou velikosti hracího pole, počtu hráčů, typem a velikostí míče, popřípadě změnou pravidel, může být tento sport jednoduše adaptován nejen pro děti s mentálním postižením. Tzv. sjednocený fotbal zahrnuje týmy, které se skládají ze tří hráčů s mentálním postižením a ze dvou bez postižení. Během hry nedochází k rivalitě mezi dětmi, nýbrž děti se učí hrát společně jako tým.

Důležité jsou jasné instrukce a názorné ukázky, asistence vrstevníka, stanovení délky hry a pauz.

#### Modifikace vybavení

Nejdůležitějším vybavením je ve fotbale míč, proto je vhodné změnit jeho velikost i váhu, to v závislosti na možnostech a schopnostech účastníků této pohybové aktivity. Pro lepší přehled na hřišti nosí děti jasně barevné dresy. Pro děti, které jsou částečně, nebo zcela nevidomé se použije speciální míč, který má uvnitř zvonky. Míč by měl být také méně elastický, aby nedocházelo k odskokům, přičemž tyto opatření pomohou hráčům lépe zaměřit míč s použitím jejich sluchu. Pro začlenění znevýhodněných dětí kvůli jejich postižení, se využívají simulační hry, kdy děti bez postižení dostanou pásky přes oči, aby došlo k rozvinutí vzájemného porozumění.

#### Modifikace pravidel

Před zahájením skutečné hry je vhodné začít s přípravami, což zahrnuje osvojování si praktických dovedností, které jsou ve fotbale nezbytné (například přihrávání míče). Pokud jsou ve hře zapojeny jak děti s mentálním postižením, tak děti bez postižení, je žádoucí vytvořit speciální zóny, do kterých mohou jen některé děti přihrávat míč. Dále je důležité stanovit délku a četnost pauz a dětem, které se unaví rychleji, se poskytne více přestávek. Dětem, které jsou na invalidním vozíku, se umožní používat během hry berličku či hůlku, kterou mohou míč odpalovat.

#### Modifikace instrukcí

Pro děti s mentálním postižením jsou důležité praktické demonstrace, které jsou doplněny jasnými instrukcemi. Je důležité stanovit verbální či vizuální signály, které se během hry využívají k instruování dítěte, když neví, co má dělat. Důležitou součástí je zapojení vrstevníků bez postižení do hry, aby například dělali postiženým dětem asistenci, dojde tak k lepšímu porozumění hry ze strany dětí s postižením, neboť jim to vysvětluje jejich vrstevník. Toto slouží k začlenění a vzájemnému porozumění.

#### Modifikace herního prostředí

Mezi základní modifikace zde patří změna velikosti hřiště a gólmanovi brány. Důležitou roli hraje také povrch, pro hraní fotbalu je nejvhodnější trávník, jelikož je měkký, což znamená, že fotbal se nejčastěji hraje venku. Samozřejmě se může hrát i vevnitř, ale tvrdší povrch není příliš vhodný, výběr místa konání této pohybové aktivity záleží na okolnostech, někdy se zkrátka venku hrát nedá (například když prší), proto se musí instruktoři podle této skutečnosti zařídit jinak (Van Coppenolle 2006: 47).

### 3.5 Florbal

Florbal je hra, která nevyžaduje mnoho vybavení, pouze 12 hokejek a hrací míč. Tato hra je vhodná pro jedince s lehkým, středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Hraje se na tvrdém povrchu, potřebnými dovednostmi jsou držení hokejky, střílení na bránu a přihrávání spoluhráčům. Tato hra se často využívá v unifikovaném sportovním systému, kdy spolu hrají jedinci s mentálním postižením i jedinci bez postižení.

#### Modifikace vybavení

Dle fyzických zdatností a dovedností každého účastníka se přizpůsobí hokejka, která může být odlehčena a hrací míč, který pro tento případ může být větší, či být z jiného materiálu (například z plastu). Pro lepší přehlednost hráčů v hracím poli se využívá jasně barevných dresů, aby se dali spoluhráči a protihráči jasně rozpoznat. Ve florbalu nemá brankář hokejku, klečí v bráně a střely vyráží tělem a rukama, které jsou chráněny rukavicemi. Na pozici brankáře můžeme umístit i dítě na invalidním vozíku, které může míčky taktéž vyrážet rukama a bránit branku tělem. Podle zdravotního handicapu brankáře následně přizpůsobíme velikost branky. Svými silami může přispět k vítězství a svým zapojením se stane plnohodnotným členem týmu. Florbal je tedy velmi často hrán jedinci s tělesným postižením, kteří jsou upoutáni na invalidním vozíku. Dané osoby používají během hry elektrický vozík, jejich hokejky jsou odlehčeny a jsou z plastu, pokud si to hráč přeje, mohou být hokejky připevněny k invalidnímu vozíku. Hrací pole je ohraničeno bariérami, aby míč zůstal v hracím poli.

#### Modifikace pravidel

Nejdříve je vhodná příprava na tuto pohybovou aktivitu, příkladem může být štafeta, během které se předávají hokejky, děti si tak procvičují uchopení. Můžeme také uzpůsobit hrací čas, a to k aktuálním podmínkám a dětem, které se unaví velmi rychle, se umožní využít více přestávek, aby si odpočinuly. Pokud je florbal hrán jak hráči s mentálním postižením, tak hráči bez postižení, stanoví se určité zóny, do kterých mohou přihrávat míč pouze někteří z hráčů.

#### Modifikace instrukcí

Mezi nejdůležitější modifikace instrukcí pro děti s mentálním postižením patří praktické ukázky, které jsou doplněny jasnými a jednoduchými instrukcemi. Vhodné je časté opakování, aby si je mohly děti lépe osvojit. Během tohoto procesu je vhodné, aby se zapojily i vrstevníci, kteří mají s touto aktivitou zkušenosti, mohou tak radit novým dětem a asistovat jim při hře. Před začátkem hry je důležité stanovit verbální nebo

vizuální signál, který slouží k tomu, aby pomohl hráči během hry, když neví, co má právě dělat.

### Modifikace herního prostředí

Velikost hřiště si pro potřebu této volnočasové aktivity pro děti s mentálním postižením je možné libovolně upravit. Podle velikosti hrací plochy přihlížíme k počtu a fyzické zdatnosti účastníků. K ohraničení hrací plochy můžeme namísto mantinelů využít švédské lavičky, které položíme na bok. Florbal se může hrát jak venku na hřišti, tak vevnitř v tělocvičně. Pokud se hry účastní děti s tělesným postižením, které jsou upoutány na invalidní vozík, je nezbytné, aby byla hra hrána na tvrdém povrchu, aby se jim po hracím poli lépe pohybovalo (Van Coppenolle 2006: 46).

## **4 Sociální služby pro děti s mentálním postižením v České republice**

V návaznosti na předchozí kapitolu bych chtěla uvést sociální služby pro děti s mentálním postižením, ve kterých se již zmíněné pohybové volnočasové aktivity realizují či mohou realizovat. V této části se budu snažit postupovat tak, jak by rodiče postiženého dítěte měli, nebo nejčastěji postupují při řešení své situace v rodině a při volbě vhodných sociálních služeb. Budu tedy postupovat od sociálního poradenství až ke konkrétním sociálním službám. Při volbě konkrétních organizací jsem se zaměřila na jednu oblast a to na hlavní město Prahu, důvod této volby je, že je v této oblasti zastoupeno nejvíce druhů sociálních služeb. Mohu tak tedy lépe ukázat, jaké sociální služby je možné na jednom území využít. A tak i vymezit ty služby, které by mentálně postižené dítě a jeho rodina mohla v ideálním případě využít. V současné době není ve všech krajích rovnoměrné zastoupení všech druhů sociálních služeb, někde jich je více, někde méně, ale nejvíce je jich zastoupeno v Praze.

Základní druhy sociálních služeb jsou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách rozděleny na: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

### **4.1 Sociální poradenství**

Sociální poradenství je rozděleno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace, které přispívají dané osobě k řešení její nepříznivé sociální situace. Přičemž poskytnutí základního poradenství je povinností všech poskytovatelů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob. Mohou to být právě poradny pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů, pro seniory, atd. (Zákon 108/2006 Sb.).

Příkladem sociálního poradenství je Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. Toto poradenské centrum nabízí osobám s mentálním postižením jakéhokoliv věku a jejich blízké rodině potřebnou pomoc a podporu při hledání vhodných informací a služeb, díky kterým budou moci řešit svoji životní situaci, být součástí společnosti a žít podle svých vlastních představ (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. [online]).

## **4.2 Služby sociální péče**

Tyto služby napomáhají zajistit osobám psychickou a fyzickou soběstačnost, cílem je umožnit co nejvyšší míru možného zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy toto vylučuje stav dané osoby, je cílem zajistit důstojné prostředí a zacházení (Zákon 108/2006 Sb.).

V rámci služeb sociální péče vymezím konkrétní služby, které se zaměřují na osoby s mentálním postižením. Ke každé sociální službě uvedu příklad organizace, která konkrétní službu poskytuje.

### **4.2.1 Osobní asistence**

Jedná se o terénní službu, která se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto činnosti: pomoc při hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti, při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zahrnují se zde také činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační (Zákon 108/2006 Sb.).

Nestátní nezisková organizace Domov pro mne je jedním z největších poskytovatelů osobní asistence v hlavním městě Praze. Realizují se zde volnočasové aktivity a zážitkové pobyty pro děti i dospělé s mentálním postižením, přičemž každý jedinec má svého osobního asistenta. Věková hranice osob je od 6 let do 35 let (Domov pro mne [online]).

### **4.2.2 Denní stacionáře**

Poskytují se zde služby ambulantní a to osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Základními činnostmi denního stacionáře jsou tyto: poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společností, poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, sociálně terapeutické činnosti, dále se zde poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (Zákon 108/2006 Sb.).

Konkrétním příkladem je Dětské centrum Paprsek, pod nějž spadá více druhů sociálních služeb (denní stacionář, chráněné bydlení a odborné poradenství), já se zde zaměřuji na službu denní stacionář. Službu denní stacionář konkrétně nabízí například Středisko

Prosek, cílovou skupinu tvoří děti a mladí dospělí s mentálním či kombinovaným postižením, s tělesným či zdravotním postižením, věková hranice osob je od 2 let do 35 let. Poskytují se zde sociálně-pečovatelské, zdravotní a výchovně vzdělávací činnosti, které jsou doplněny o odbornou péči psychologickou, logopedickou, speciálně-pedagogickou, fyzioterapeutickou, sociální a terapii dle Montessori a to v průběhu denního pobytu. Uživatelům služby jsou také nabízeny volitelné aktivity, přičemž jejichž součástí mohou být modifikované pohybové volnočasové aktivity, které jsem uvedla výše. Rodinám s dětmi se speciálními potřebami jsou poskytovány ambulantní poradenské služby v oblasti psychologie, fyzioterapie, speciální pedagogiky, logopedie, sociální práce a individuální speciálně pedagogická terapie (Dětské centrum Paprsek [online]).

#### **4.2.3 Centra denních služeb**

Poskytují se zde ambulantní služby osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti centra denních služeb patří pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy či pomoc při jejím zajištění, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, dále se zde zprostředkovává společenský kontakt, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti a sociálně terapeutické činnosti (Zákon 108/2006 Sb.). Příkladem centra denních služeb je Komunitní centrum Motýlek, které napomáhá k začlenění dětí se zdravotním postižením ve věkové hranici od 3 let do 19 let do společnosti. Pro děti, které nemohou trávit volný čas aktivitami podle svých přání a předpokladů v běžných zařízeních, která jsou určena pro děti bez postižení, je zde určeno Komunitní centrum Motýlek, které poskytuje široký výběr volnočasových aktivit. Nabízené volnočasové aktivity jsou nejen terapeutické (canisterapie, muzikoterapie), ale i pohybové, které popíši podrobněji, neboť moje práce je zaměřena právě tento druh volnočasových aktivit (Komunitní centrum Motýlek [online])

Konkrétně se jedná o plavání, různé druhy tanců nebo o míčové hry, například vybíjená, která je modifikována tak, že namísto házení míče a zacílením se snahou strefit se do nohou spoluhráče, se může tato hra modifikovat tak, že protihráč bude vyřazen pouze dotykem míče, který je držen v rukách. Není povoleno běhat, pouze je povoleno přihrávat si míč. Tímto způsobem se děti učí strategickému rozmístování a uvolňování se na přihrávání, a to po celém herním prostoru. Herní prostor a délka trvání hry jsou



přizpůsobeny podle aktuálních schopností a dovedností hráčů (Van Coppenolle 2006: 42).

### **4.3 Služby sociální prevence**

Napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou situací, způsobem život a sociálními návyky, které vedou ke konfliktu se společností. Cílem je napomáhat jedincům k překonání jejich nepříznivé sociální situace a k ochraně společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Zákon 108/2006 Sb.).

#### **4.3.1 Raná péče**

Jedná se o terénní službu, která je případně doplněna o ambulantní formu služby. Tato služba je poskytována dítěti do 7 let a rodičům dítěte, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu vývoje dítěte s ohledem na specifické potřeby daného dítěte a na podporu rodiny. Základními činnostmi rané péče jsou zprostředkování společenského kontaktu, vzdělávací, aktivizační a výchovně činnosti, sociálně-terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb.).

Raná péče Diakonie je konkrétním příkladem k této sociální službě. Jedná se o terénní sociální službu, která je určena pro rodiny pečující o dítě s opožděným nebo ohroženým vývojem, s mentálním, pohybovým, případně kombinovaným postižením v raném věku. Cílem je porozumění speciálních potřeb dítěte ze strany rodiny a nalezení míry jejich naplnění, která rodině umožní žít život podle jejich představ. Raná péče Diakonie neuvádí skutečnost, že by poskytovala dětem volnočasové pohybové aktivity, nicméně mi přijde užitečné, kdyby tomu tak bylo, neboť skupina profesionálů, která v této organizaci pracuje, by mohla rodičům postižených dětí představit možnosti smysluplného trávení jejich volného času, neboť děti si při volnočasových pohybových aktivitách rozvíjejí pohybové dovednosti, kterými jsou hrubá motorika, správné držení těla, rovnováha či se učí základy sportovních her. Dále také získají, rozvinou nebo uchovávají dovednosti a návyky, které jsou potřebné k běžnému způsobu života (Raná péče Diakonie [online]).

Dále bych v této kapitole chtěla zmínit Českého hnutí speciálních olympiád (ČHSO), které se neřadí do žádného druhu sociálních služeb, ale u dětí s mentálním postižením hraje velmi důležitou roli v rámci jejich trávení volného času.

V České republice působí České hnutí speciálních olympiád (ČHSO), které je oficiálním akreditovaným programem Special Olympics. Speciální olympijský program je otevřen všem osobám s mentálním postižením, které jsou starší 8 let a jejichž IQ není vyšší než 80. Dolní hranice IQ není stanovena, to znamená, že se do sportovních činností mohou zapojovat i osoby s těžkým stupněm mentálního postižení. Vyvrcholení Speciálně olympijského programu představují Speciální olympijské hry. Speciální olympijské hry jsou pořádány na různých úrovních (regionální, národní, mezinárodní, evropské, světové). Klíčem pro rozdělení účastníků na hrách je rozdělení dle podobných dovedností, aby měl každý stejnou šanci na úspěch. Odměňování všech účastníků je důležitá zásada her.

V současné době zahrnuje speciální olympijský program 19 letních sportů (plavání, gymnastika, atletika, košíková, badminton, kopaná, volejbal, házená, bocce, vzpírání, kuželky, jezdeckví, cyklistika, jachting, bruslení na kolečkových bruslích, tenis, softball, stolní tenis a golf) a 5 zimních sportů (krasobruslení, sjezdové lyžování, běžecké lyžování, halový hokej a rychlobruslení).

Speciální olympijské hry naplňují Coubertinovo heslo „Není důležité zvítězit, ale zúčastnit se.“ Eunice Kennedyová-Shriverová (zakladatelka Special Olympics) říká: „Speciální olympiáda je tou nejčestnější olympiádou – není zde žádný doping, žádné taktizování, žádné finanční machinace, jde zde o ryzí sportování, kdy mnozí sportovci překonávají sami sebe.“ (Speciální olympiáda Česká republika [online])

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala mapováním možností volnočasových pohybových aktivit pro děti s mentálním postižením a snahou zjistit, jaké sociální služby v Praze mohou rodiny s mentálně postiženými dětmi využívat. V současné době se hojně píše a ještě více se hovoří o tom, jak je nutné lidem s postižením pomáhat, aby jejich postižení mělo na jejich život co nejmenší důsledky, aby se co nejvíce stali součástí většinové společnosti a necítili ve svém životě žádné omezení. Ještě větší důraz se klade na zmírnění důsledků pro postižené děti a to jak tělesně, tak mentálně postižené. Myslím, že od dob komunismu se pro postižené osoby a děti udělalo skutečně mnoho. Dokazuje to i pestrá paleta sociálních služeb, které dnes mohou postižené osoby či rodiny s postiženým dítětem využít. Bohužel tyto sociální služby nejsou rozmístěny rovnoměrně ve všech krajích České republiky, proto možnost jejich využívání není pro všechny rodiny stejná. Stále ještě jsou rodiny, které se v péči o své postižené dítě musejí spoléhat pouze samy na sebe. Věřím ale, že se situace bude nadále zlepšovat a že skutečně dojde k tomu, že budou mít všechny rodiny rovné možnosti využívání sociálních služeb.

Největší přínos své práce vidím v tom, že jsem zde poukázala na nové trendy v oblasti volnočasových aktivit pro děti s mentálním postižením. Mé zaměření na pohybové činnosti dětí a konkrétní vymezení nejčastěji využívaných her by mohlo sloužit jako praktická příručka pro sociální pracovníky, kteří se možnostmi pohybových aktivit pro děti zabývají, či chtějí jejich hry oživit něčím novým. Moje práce by také mohla poukázat na to, jak je možné známe hry pro děti upravit, aby je bylo možné hrát i s dětmi, které mají mentální postižení. Největší přínos bych však viděla v tom, kdyby moje práce alespoň trochu zvětšila radost z pohybu dětem s mentálním postižením, umocnila pocit jejich štěstí a to jak z pohybu vlastního těla, ale i z pocitu vzájemné spolupráce ve společnosti ostatních.

## Seznam použité literatury

1. FRANCOVÁ, L. *Leisure time of people with intellectual disabilities*. Montenegrin Journal of Sports Science and Medicine. Faculty for Sport and Physical Education: University of Montenegro. 2013.
2. HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: trendy pedagogiky volného času*. Praha: Portál. 2011.
3. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál. 2004.
4. JEŠINA, O. a kol. *Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2013.
5. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005.
6. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. 2000.
7. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. 2006.
8. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén. 2001.
9. RUISEL, I. *Inteligencia a myslenie*. Bratislava: Ikar, a. s. 2004.
10. SHERRILL, C. *Young people with disability in physical education/physical activity/sport in and out of schools: Technical report for the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. 2005.
11. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada. 2007.
12. ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. 2009.
13. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. 2005.
14. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál. 2001.
15. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, Výchova, Sociální péče*. Praha: Portál. 2006.
16. ŠVARCOVÁ, I. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta. 2012.
17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 1999.
18. VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta. 2009

19. VÁLKOVÁ, H. 2010 „*Kudy na to? O motorické kompetenci a principech adaptací v APA*“. *Časopis Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi* 2010/2: 36-37. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné též z: [http://www.apa.upol.cz/images/casopis/02/Kudy\\_na\\_to2.pdf](http://www.apa.upol.cz/images/casopis/02/Kudy_na_to2.pdf)
20. VAN COPPENOLLE, H. *Count me in*. Belgium: Leuven. 2006.
21. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido. 2004.
22. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf) [cit. 19. 06. 2016].
23. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. 1998.

## Seznam elektronických zdrojů

1. Dětské centrum Paprsek [<http://www.dcpaprsek.org/>]. Dostupné z: <http://www.dcpaprsek.org/stredisko-prosek/denni-stacionar/denni-stacionar/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 21. 06. 2016].
2. Domov pro mne [<http://www.domovpromne.cz/>]. Dostupné z: <http://www.domovpromne.cz/onas/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 21. 06. 2016].
3. Komunitní centrum Motýlek [<http://www.motylek.org/>]. Dostupné z: <http://www.motylek.org/cz/pro-deti-se-zdravotnim-postizenim/vseobecne-informace/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 06. 2016].
4. Raná péče Diakonie [<http://www.rana-pece.cz/>]. Dostupné z: <http://www.rana-pece.cz/kdojsme.html/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 21. 06. 2016].
5. Speciální olympiáda Česká republika [<http://www.specialolympics.cz/>]. Dostupné z: <http://www.specialolympics.cz/o-nas/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 06. 2016].
6. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. [<http://www.spmpr.cz/>]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/pro-rodinu/poradenstvi/> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 06. 2016].