

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav primární a preprimární edukace

# **Volnočasové aktivity dětí s těžkým zdravotním postižením**

*Diplomová práce*

Autor: Lucie Khýrová  
Studijní program: M7503 – Učitelství pro základní školy  
Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň, specializace: speciální pedagogika  
Vedoucí práce: PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D.

2015

Hradec Králové

**Univerzita Hradec Králové**

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

### **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Autor:** Lucie Khýrová  
**Osobní číslo:** P101878  
**Studijní program:** M7503 Učitelství pro základní školy (1. stupeň)  
**Studijní obor:** Učitelství pro 1. stupeň základní školy  
**Název závěrečné práce:** **Volnočasové aktivity dětí s těžkým zdravotním postižením**  
**Název závěrečné práce AJ:** Leisure time activities of children with severe disabilities

#### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Cílem práce je zjistit, jakým volnočasovým aktivitám se děti s postižením věnují a jaké faktory mají vliv na trávení volného času dětí s těžkým zdravotním postižením. Teoretická část obsahuje základní charakteristiku zdravotních postižení (s důrazem na ta, která se objevují ve sledované skupině v praktické části) a dále je zde rozpracována problematika volnočasových aktivit dětí se zdravotním postižením. Výzkum je realizován s využitím kvantitativních (dotazník) a kvalitativních (případové studie) metod. Literatura: Pipeková, Slowík, Ludíková, Rámcový vzdělávací program pro ZŠS, Pávková a další literatura.

**Garantující pracoviště:** Ústav primární a preprimární edukace,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Jitka Vítová, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 16. 1. 2014

**Datum odevzdání závěrečné práce:** 19. 1. 2015

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Borotíně dne 15. 6. 2015

.....

Lucie Khýrová

## **Poděkování**

V první řadě mé poděkování patří PhDr. Pavlu Ziklovi, Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu zpracování diplomové práce poskytoval. Dále děkuji svým rodičům, kteří mi umožnili dostudovat. V neposlední řadě patří poděkování též rodičům a dětem za spolupráci při získávání údajů pro praktickou část práce.

**Anotace:**

KHÝROVÁ, Lucie (2015). *Volnočasové aktivity dětí s těžkým zdravotním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2014 - 2015. 96 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku volného času a volnočasových aktivit s dětmi s těžkým zdravotním postižením.

Teoretická část obsahuje základní charakteristiku zdravotních postižení (s důrazem na ta, která se objevují ve sledované skupině v praktické části) a dále je zde rozpracována problematika volnočasových aktivit dětí se zdravotním postižením.

Cílem práce je zjistit, jakým volnočasovým aktivitám se děti s postižením věnují a jaké faktory mají vliv na trávení volného času dětí s těžkým zdravotním postižením.

Výzkum je realizován s využitím kvantitativních (dotazník) a kvalitativních (případové studie) metod.

Klíčová slova: těžké zdravotní postižení, volnočasové aktivity, volný čas

**Anotation:**

KHÝROVÁ, Lucie (2015). *Leisure time activities of children with severe disabilities*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2014 - 2015. 96 s. Diploma Dissertation Degree Thesis.

My thesis is focused on the issue of leisure-time and its activities with children with severe disabilities.

The theoretical part covers fundamental characteristics of disabled persons (emphasized on disability appeared in the sample in the practical part) and further includes broader discussion about issue of the leisure-time activities of children with severe disabilities.

The aim of my work is to find out which kind of leisure-time activities is the most common for children with disabilities and what are the factors that affect spending children's leisure time. The research of my thesis is realised by quantitative (questionnaire) and qualitative (case studies) methods.

Key words: severe disability; leisure-time activities; leisure-time

# Obsah

Obsah .....	7
1 Úvod .....	9
2 Těžké a zdravotní postižení .....	11
2.1 Těžké a kombinované postižení .....	11
2.1.1 Druhy těžkého zdravotního postižení .....	12
2.1.2 Těžké postižení v životě.....	13
2.2 Mentální postižení .....	14
2.2.1 Definice .....	14
2.2.2 Typy mentálního postižení .....	16
2.2.3 Klasifikace mentálního postižení.....	17
2.2.3.1 Lehké mentální postižení .....	19
2.3 Tělesné postižení.....	21
2.3.1 Definice .....	21
2.3.2 Klasifikace pohybových vad .....	22
2.3.2.1 Vrozené a získané postižení .....	22
2.3.2.2 Dětská mozková obrna.....	23
2.3.2.3 Další tělesná postižení.....	25
3 Vzdělávání dětí s těžkým zdravotním postižením .....	26
3.1 Předškolní vzdělávání.....	27
3.2 Základní vzdělávání .....	27
4 Volný čas .....	32
4.1 Pohledy na volný čas .....	33
4.2 Funkce volného času .....	34
4.3 Školská zařízení .....	35
4.3.1 Školní družiny a kluby.....	35
4.3.2 Střediska pro volný čas dětí a mládeže .....	36
4.3.3 Zařízení pro preventivně – výchovnou péči .....	37
4.3.4 Základní umělecké školy a základní jazykové školy.....	37
4.4 Neškolská zařízení .....	37
4.4.1 Sdružení dětí a mládeže .....	37
4.4.2 Občanská sdružení pracující s mládeží.....	38
4.5 Specifika využívání volného času u lidí s těžkým zdravotním postižením.....	39
4.6 Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje.....	40

5 Výzkumné šetření.....	42
5.1 Cíle výzkumného šetření .....	42
5.2 Metodologie výzkumného šetření .....	42
5.3 Výzkumný soubor.....	43
5.4 Analýza výsledků výzkumu.....	44
5.4.1 Kvantitativní šetření .....	44
5.4.2 Kvalitativní šetření.....	65
5.5 Zhodnocení kvantitativního a kvalitativního šetření.....	74
5.5.1 Výzkumná otázka č. 1 .....	76
5.5.2 Výzkumná otázka č. 2 .....	77
5.5.3 Výzkumná otázka č. 3 .....	81
5.5.4 Výzkumná otázka č. 4 .....	82
6 Závěr.....	84
7 Seznam použité literatury .....	86
8 Seznam příloh.....	90
9 Seznam grafů.....	90



# 1 Úvod

Diplomová práce se zabývá volnočasovými aktivitami dětí s těžkým zdravotním postižením. Zvolené téma je mi blízké, jelikož se ve volném čase již několik let věnuji dětem s postižením jako vedoucí na víkendových pobytech a táborech. Tyto akce pořádá Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje. Účastní se jej děti s mentálním postižením, tělesným postižením nebo kombinovaným postižením. Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením, umožňuje navštěvovat volnočasové pobyty dětem s různým postižením do 26 let.

Učitelé ve škole a rodiče mají společný úkol a to rozvíjet dítě po všech jeho stránkách. Rodiče jsou nejdůležitější osobností v životě dítěte, jelikož na něj působí jako vzor. Předávají mu vzorce chování, hodnoty, postoje aj. Rodina dítěti poskytuje prvotní socializaci. Hodnoty, které dítě získá v rodinném prostředí, si dále upevňuje a prohlubuje během povinné školní docházky. Škola seznamuje dítě se světem a připravuje jej na život. Vedle školy má dítě možnost se zapojovat do volnočasových aktivit, jak do školních, tedy volnočasových kroužků, tak i mimoškolních aktivit, které nabízejí většinou města či obce. U dětí s těžkým postižením je ale možnost volnočasových aktivit významně nižší. Ve své práci jsem se proto rozhodla zmapovat trávení volného času ve skupině dětí s kombinovaným postižením, které se účastní akcí Centra pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje.

Teoretická část práce seznamuje čtenáře se současným pohledem speciální pedagogiky na oblast těžkého zdravotního postižení, které se vyskytují v empirické části. Zjednodušeně uvádím klasifikace a definice, které se s těmito druhy postižení pojí. V druhé kapitole se věnuji vzdělávání dětí s těžkým zdravotním postižením, uvádím možnosti vzdělávání. Ve třetí, tedy poslední, kapitole teoretické části, se zabývám volným časem a volnočasovými aktivitami. Nejprve se vyjadřuji obecně k volnému času a dále se vyjadřuji k volnočasovým aktivitám, které mohou navštěvovat děti s těžkým zdravotním postižením.

Na teoretickou část navazuje část empirická, tedy praktická, jejímž těžištěm je kvantitativní a kvalitativní výzkum. Pro tento výzkum byl sestaven dotazník vlastní konstrukce a byly zpracovány tři případové studie rodin dětí s těžkým zdravotním

postižením. Rodiče mi poskytli zdravotní dokumentaci dítěte a cenné informace o jejich životě s dítětem s postižením a jeho volnočasových aktivitách.

## 2 Těžké a zdravotní postižení

*„Rozlišování skupin osob s těžkým a kombinovaným postižením je většinou nejasné a někdy jsou obě tyto skupiny vnímány jako jedna.“* (Zikl, 2005). Sobsey a Orelove v roce 1996 definovali tuto skupinu lidí jako osoby s mentálním postižením, kteří mají jedno nebo více postižení. (Snell, 2002)

Pojem těžké zdravotní postižení je uveden ve Vyhlášce o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (§ 1 vyhláška č. 73/2005 Sb.). Zde jsou zařazeni žáci s těžkým zrakovým, sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, žáci se souběžným postižením více vadami, žáci s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým, středně těžkým či hlubokým mentálním postižením.

Jelikož termín těžké zdravotní postižení není v publikacích samostatně uveden, nahrazuje jej většina autorů s pojmem kombinované postižení.

Hlavním tématem práce však není těžké nebo kombinované postižení, ale volný čas, proto uvádím pouze stručný přehled postižení.

### 2.1 Těžké a kombinované postižení

V odborné literatuře se setkáváme s několika pojmy, které zahrnují kombinované postižení – kombinované vady, děti s těžce narušeným vnímáním, těžké mentální postižení, dítě s extrémně psychomotoricky postiženým vývojem, vícenásobné postižení atd. Každý termín nebo pojem se zabývá jiným těžištěm postižení. Tyto termíny se ve speciální pedagogice rychle mění, proto se používá jednotný neutrální termín a to těžké postižení. (Vítková, 2004).

Slowík (2007, s. 147) vymezuje těžké postižení takto: *„Kombinace dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka.“*

*„Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech.“* (Pipeková, 2006, s. 329). Objevují se problémy ve schopnosti emocionální, tělesné a kognitivní, ale také i v oblasti sociální a komunikační.

*„Vícenásobné postižení je multifaktoriální a multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“ (Vašek, 2003, s. 37).*

Věstník MŠMT ČR č. 8/1997 pod č. j. 25 602/97-22 definuje postižení s více vadami takto: *„Za postižené více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciální pedagogické centrum, případně pedagogicko-psychologická poradna, zařazené do sítě škol, předškolních a školských zařízení MŠMT ČR“.*

Tyto dvě předchozí definice vycházejí z lékařského pojetí zdravotního postižení. Ve škole se toto pojetí fakticky neuplatňuje (např. dětská mozková obrna je z pohledu vzdělávání obvykle postižením kombinovaným, ale nejedná se o multikauzální problém).

### **2.1.1 Druhy těžkého zdravotního postižení**

V medicíně kombinace postižení znamená výskyt více etiologicky na sebe nenavazujících nemocí. Jedná se o více vad u téhož jedince. (Sovák, 1980). Vašek (2003) rozděluje osoby s vícenásobným postižením do třech skupin, podle symptomatologie a to jsou:

1. Mentální postižení v kombinaci s dalším postižením
2. Slepo-hluchota
3. Poruchy chování v kombinaci s jiným postižením

Dříve speciální pedagogové používali členění podle druhu postižení, kdy se vycházelo ze základu mentálního postižení a k němu se přiřazovala další postižení. Sovák in Ludíková (2005) kategorizuje kombinované vady podle druhu na:

1. Slepohluchoněmé
2. Slabomyslně hluchoněmé
3. Slabomyslně slepé
4. Slabomyslně tělesně postižení atd.

Mentální postižení v kombinaci s dalším postižením patří mezi nejpočetnější skupinu vícenásobně postižených.

Vícenásobná postižení jsou často nejasné etiologie. Nejtěžší vícenásobná postižení vznikají v období prenatalního vývoje a to z důvodů: genetických vlivů, chromozomálních aberací, metabolických činitelů, neurologických příčin a v neposlední řadě traumatických příčin. U jedinců s kombinovanými vadami dochází k problémům se socializací. Cílem vzdělávání u lidí s těžkým zdravotním postižením je dosáhnout co nejvyšší míry socializace. (Vašek, 2003)

Klíčovou roli pro úspěšnou socializaci hraje včasná odborná péče, využívání poradenských služeb, možnost vzdělávání, příprava na povolání. Důležité je zamezení izolace od společnosti. Důležitá je i výchovná rehabilitace: „*Výchovnou rehabilitaci lze chápat jako souhrn speciálněpedagogických postupů-intervencí, které jsou zaměřeny na jeho optimální rozvoj a v konečném důsledku na jeho socializaci.*” (Ludíková, 2005, s. 9).

### **2.1.2 Těžké postižení v životě**

„*Těžké postižení jde ruku v ruce s aktuálním ohrožením vitality života.*“ (Pipeková, 2006, s. 331). Narušení vitality se objevuje především v onemocnění dýchacích cest, progresivních tělesných změnách (vnitřní orgány se přemísťují a je omezeno vnitřní rozpínání), záchvatových onemocnění (těžké poškození mozku přispívá k tomu, že se mnoho lidí s těžkým postižením ocitá v trvalém nebezpečí života). Lidé s těžkým postižením mají život spojený s nejistotou, vzrušením a intervencemi nemocí. (Pipeková, 2006)

Velmi postižené je i okolí člověka s postižením. Naděje a očekávání často střídá strach a nejistota. Je nutné žít podle aktuálního stavu jedince.

Další problém, který velmi často zasahuje lidi s postižením, je problém uspokojování základních potřeb. Sem patří:

- „*potřeba zamezení hladu, žízní a bolesti,*
- *potřeba podnětů, změny a pohybu,*
- *potřeba jistoty, stability – spolehlivost vztahů,*
- *potřeba vazby, být někým přijat, potřeba něhy,*

- *potřeba uznání a sebeúcty,*
- *potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení.*“ (Pipeková, 2006, s. 331)

Těžce postižení, bez ohledu na věk, mají specifické potřeby pro vlastní vývoj a interakci s lidmi. Potřebují tělesnou blízkost, aby se mohli blíže seznamovat s ostatními a měli přátele. Dále je potřeba mít pedagoga nebo terapeuta, který se snaží jim vše vysvětlit co nejjednodušším způsobem, což může být velice těžké. Pedagog nebo terapeut se starají i o umožňování pohybu a změnu poloh, které jedinec v danou chvíli žádá. Je důležité, aby člověk, který se stará o lidi s těžkým postižením, si s klientem porozuměl a dokázal mu se vším pomoci. Je potřeba naplánovat režim dne, podle kterého se bude lépe pracovat s člověkem s postižením. (Pipeková, 2006)

## 2.2 Mentální postižení

### 2.2.1 Definice

Mentální postižení je někdy označováno jako mentální retardace. Pochází z latinského slova mens, které znamená myslet, a retardare, které v překladu znamená zaostávat. Jedná se o neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Mentální postižení postihuje především myšlení. U jedinců s mentálním postižením je inteligenční kvocient nižší než 70 bodů. Dříve se využívalo označení mentálně postižených jako debil, imbecil, idiot. V současné době upřednostňujeme výraz „lidé s postižením“ místo „postižení lidé“. Preferujeme skutečnost, že postižení jedinci jsou především lidé. (Pipeková, 2006)

*„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince.“* (Pipeková, 2006, s. 269)

*„Mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“* (Švarcová, 2000, s. 25).

*„Mentální postižení je postižení vyznačující se omezením intelektu a adaptabilního chování, které je zahrnováno do každodenních sociálních a praktických dovedností.“*  
(Aaid, 2003)

*„Psychopedie je speciální pedagogickou disciplínou, která se zabývá problematikou rozvoje, výchovy a vzdělávání osob rozumově postižených, tj. osob se sníženými rozumovými schopnostmi.“* (Pipeková, 1998, s. 170). Název psychopedie je složen z řeckých slov. První slovo je slovo psyché a to znamená duše a dalším slovem slovo paideia a to je výchova. Psychopedie má za cíl dosáhnout maximálního stupně rozvoje osobnosti mentálně postižených jedinců. Také je jejím cílem je co nejvíce začlenit do společnosti, tedy integrovat. (Vašek, 2003)

Podle Černé (1995) je psychopedie nauka o zákonitostech vývoje, výchovy a vzdělávání jedinců s mentálním postižením. Jejím cílem je odhalení zákonitostí výchovy. Psychopedie zkoumá osobnost mentálně postiženého jedince v souvislosti s výchovou, vzděláváním a pracovním uplatněním. Dále podmínky speciální výchovy mentálně postižených, tedy stanovení zásad a metod vzdělávání. Také vytváří speciální edukační a didaktické metody a sleduje historii oboru a péče o mentálně postižené.

Podle Švarcové (2006) jsou za mentálně postižené považováni takoví jedinci, u kterých dochází jak k zaostávání vývoje rozumových schopností, tak k odlišnému vývoji psychických vlastností. Také sem patří poruchy adaptačního chování. Záleží na individuálních zvláštích jedince. *„Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku“* (Švarcová, 2006, s. 28).

Mentální postižení je trvalé porušení rozumových schopností. *„Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“* (Švarcová, 2006, s. 29). Jsou i případy, kdy infekční onemocnění, otřes mozku aj. mohou vést k poruše nervových procesů. Může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti. Když tyto procesy nejsou trvalé, nejedná se o mentální postižení. Pojmy mentální retardace neboli mentální postižení se používají jako synonyma.

Dle MKN – 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) je: *„Mentální postižení je stav zastaveného nebo neúplného duševního*

*vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti.*“ (Valenta a kol., 2012, s. 32).

Mentální postižení se dělí do šesti kategorií a to jsou: lehké mentální postižení, středně těžké mentální postižení, těžké mentální postižení, hluboké mentální postižení, jiné mentální postižení, nespecifikované mentální postižení. Při klasifikaci mentálního postižení využíváme 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Její platnost je od roku 1992.

### **2.2.2 Typy mentálního postižení**

Rozlišujeme dva typy mentálního postižení. První je **oligofrenie**. Jedná se o opožděný duševní vývoj v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Podle Valenty, Müllera (2009) se jedná o vrozené či časně (do dvou let života) získané mentální postižení. Jedná se o tzv. slabomyslnost, která je spojena s poškozením nebo odchýlným vývojem nervového systému. V prenatálním období se jedná o různé infekce, záření, působení toxických látek, úrazy matky. V perinatálním období to jsou příčinou například abnormality plodu, porodních cest. V postnatálním se jedná o infekce, záněty či úrazy mozku. Primární oligofrenie se většinou pohybuje v horním pásmu postižení, tedy lehkého mentálního postižení. Sekundární oligofrenie je způsobena organickým poškozením mozkové tkáně.

Druhým typem je **demence**. Jedná se o poškození mozku v průběhu života, tedy většinou po dovršení druhého roku života. Může k ní dojít při různých onemocněních a úrazech mozku. Při úrazu byl vývoj zastaven nebo zvrácen a to vede k tomuto postižení. (Valenta, 2009)

Máme dva druhy demence a to demenci částečnou a demenci celkovou. Demence částečná postihuje jen některé dílčí složky intelektu. Demence celková postihuje všechny rozumové schopnosti. U dětí se používá jiný termín a to deteriorace. Znamená zhoršení či úbytek rozumových schopností. Demence v dětském věku se nedá považovat za nevratný krok. Podle Valenty (2009) se dětská demence projevuje zastavením psychického vývoje, zpomalením psychických procesů, snížením adaptability dítěte a ztrátou intelektových funkcí. Mizí návyky dětí, rozpadá se řeč. Lidé



s demencí bývají podráždění, unavení, mají výkyvy pozornosti, poruchy paměti a učení, necitelní, egoističtí a bezohlední. Demence u dětí se liší od demence v dospělosti. U dospělých, na rozdíl od dětí, jde o progresivní postižení, které je kombinované s dalšími nemocemi. Stařecká demence nemusí postihnout každého člověka.

Děti výchovně zanedbané, nemají mentální postižení, ale obvykle se u nich objevují poruchy emocí či smyslové postižení. Pokud nejsou tyto problémy rozpoznány, mohou u dětí ovlivnit negativně jejich psychický vývoj. Jedná se o **pseudooligofrenii**, tedy o stavy připomínající mentální postižení. „*Vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturní znevýhodněním jedince, psychickou deprivací.*“ (Pipeková, 1998, s. 172). Projevuje se výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení a také v oblasti sociální adaptace. Děti jsou apatické, odmítají kontakt s druhým a jsou negativističtí.

### **2.2.3 Klasifikace mentálního postižení**

Hloubku mentálního postižení určujeme podle inteligenčního kvocientu. Vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Jedná se o klasifikaci uznanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Nejaktuálnější revize je z roku 2014. IQ je měřeno standardizovaným testem, který je vykonáván v nejspolehlivějších podmínkách.

Podle Švarcové (2006) je diagnostika mentálního postižení dlouhodobý proces, je tedy potřeba sledovat dítě komplexně a to v oblasti biologické, sociální i psychologické. K diagnostice rozumových schopností se používají inteligenční testy. Ty odhalí nejen rozumové schopnosti dítěte, ale také strukturu schopností. Některé testy obsahují obrázky, série otázek, úkoly zaměřené na manipulaci. „*Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky.*“ (Švarcová, 2006, s. 37). To záleží na momentálním psychickém stavu, časovém odstupu, formě kladených otázek.

„*Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky.*“ (Švarcová, 2006, s. 38).

Rodiče a škola pozorují v první řadě změny ve vývoji svého dítěte. Rodiče kontaktují pedagogicko-psychologické zařízení, které provádí diagnostiku. Patří sem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogická centra. Součástí poradenských služeb ve školách jsou výchovní poradci, metodici prevence, školní psychologové a školní speciální pedagogové (vyhláška č. 72/2005 Sb.) Mimo školu s rodiči spolupracují další instituce, kam patří např. neziskové organizace (různá sdružení, např. sdružení lidí s mentálním postižením) a v neposlední řadě sem patří zdravotnický personál (lékaři, logopedi, fyzioterapeuti, psychiatři aj.) (vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Obvykle se udávají 3 % lidí s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými. Větší výskyt mentálního postižení je u mužů. Nejvíce jedinců s mentálním postižením se vyazuje ve školním věku, kde je kladen největší požadavek na intelekt. (Švarcová, 2000)

Pipeková (2006) uvádí, že přesný údaj o výskytu mentálně postižených osob v naší zemi ani ve světě není znám. Souvisí to s nejednotnou definicí mentálního postižení. V České republice má mentální postižení 3 % lidí, jedná se ale o odhad.

Nejznámějším a nejpoužívanějším testem pro získání úrovně inteligence je Wechslerův test. „*Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.*“

$$„IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} * 100“ \text{ (Švarcová, 2006, s. 32)}$$

Mentální postižení dělíme podle stupně a podle druhu chování. Podle druhu chování se jedná o tři typy. První je typ eretický, kdy je člověk dráždivý, nepokojný. Druhým typem je typ torpidní, kdy je člověk apatický a neklidný. Třetí a poslední typ je typ nevyhraněný. Jedná se o typ, kdy jsou procesy v rovnováze nebo jeden malinko převládá nad druhým. Podle stupně mentálního postižení se jedná o 6 typů.

<i>Lehká mentální retardace</i>	<i>IQ 69 – 50</i>
<i>Středně těžká mentální retardace</i>	<i>IQ 49 – 35</i>
<i>Těžká mentální retardace</i>	<i>IQ 34 – 20</i>
<i>Hluboká mentální retardace</i>	<i>IQ 20 – níže</i>
<i>Jiná mentální retardace</i>	<i>Stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus</i>
<i>Nespecifikovaná mentální retardace</i>	<i>Stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.</i>

(MKN-10, 2014)

### **2.2.3.1 Lehké mentální postižení**

Lehké mentální postižení neboli mild intellectual disability se projevuje snížením IQ v rozmezí 50 – 69. Dříve se lehké postižení nazývalo debilita. Podle AAIDD (2013) se jedná o mentální postižení s výrazným omezením jak v intelektuálním fungování, tak i v adaptivním chování. Ve věku do tří let dítěte nepozorujeme velké změny v opožděném vývoji. Tyto změny pozorujeme ve věku od tří do šesti let dítěte. Děti mají menší slovní zásobu, opožděný vývoj řeči, problémy v komunikaci, stereotypní projevy ve hře, nejsou zvědavé a vynalézavé. Objevují se také různé vady řeči.

V období školní docházky mají tyto děti problémy zejména v logickém myšlení, mají omezenou paměť. Co se týče motoriky jak jemné, tak i hrubé, je lehce opožděna, objevuje se pohybová nekoordinace. V komunikaci děti nemají problém v nenáročném prostředí, ale v náročnějším je problém s rozvojem sociálních dovedností, který je značně zpomalen. Emoce těchto dětí se projevují afektivní labilitou, úzkostí, impulzivitou a zvýšenou sugestibilitou neboli neúmyslným podléháním někomu nebo vlastní představě. Tyto děti je vhodné vzdělávat ve speciální škole nebo individuálně integrovat do běžných základních škol. Výskyt lehkého mentálního postižení je v 80 % z celkového počtu postižených. (Pipeková, 2006)

### **2.2.3.2 Středně těžké mentální postižení**

Středně těžké mentální postižení neboli střední mentální postižení je nazývána moderate intellectual disability. Je určena IQ 35 – 49. Dříve byla označována jako imbecilita. Rozvoj řeči a myšlení je výrazně opožděn. Přetrvává od dětského věku do dospělosti. Často tyto děti mívají epilepsii a neurologické a tělesné obtíže.

U některých jedinců se objevuje pouze nonverbální komunikace. Motorika je značně omezena a trvá celková neobratnost, nekoordinované pohyby. Sebeobsluha a samostatnost je pouze částečná. Děti jsou emocionálně labilní, často afektivní a mají nepřiměřené reakce na různé situace. Nejsou schopni samostatně řešit náročnější situace. Část jedinců se středním mentálním postižením je schopno se vzdělávat v základní škole speciální. Nejschopnější jedinci mají možnost pracovat v chráněném prostředí nebo pod dohledem. Výskyt středně těžkého mentálního postižení je 12 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením. (Pipeková, 2006)

### **2.2.3.3 Těžké mentální postižení**

Těžké mentální postižení je označováno jako severe intellectual disability, dříve také jako imbecilita neboli prostá idiocie. IQ u těchto klientů od 20 - 35. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku.

Bývá častá pohybová neobratnost, osvojování koordinace pohybů. Objevují se motorické poruchy a také příznaky celkového poškození CNS. Někteří jedinci si mohou po dlouhodobém nacvičování osvojit hygienické návyky, sebeobsluhu, ale jsou i tací jedinci, kteří nezvládají tyto návyky a nedokáží si udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Mají problém s koncentrací pozornosti, rozvoj komunikačních dovedností je minimální, těžce narušen vývoj řeči. Většina lidí s těžkým mentálním postižením verbálně nekomunikuje, využívají alternativní a augmentativní komunikaci. Jedná se o jednoduchá slova nebo komunikace vůbec není vytvořena. Jsou impulzivní a mají nestálé nálady, ale blízké osoby poznávají. Lidé s těžkým mentálním postižením potřebují celoživotní péči. Výskyt jedinců s těžkým mentálním postižením je 7 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením. (Pipeková, 2006)

#### **2.2.3.4 Hluboké mentální postižení**

Hluboké mentální postižení je označována jako profound intellectual disability. Dříve idiocie nebo vegetativní idiocie. IQ je sníženo, do 19.

Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Motorika je těžce omezena, mají stereotypní automatické pohyby. Mívají postižený sluch, zrak a trpí neurologickými poruchami. Není rozvinuta řeč a nonverbální komunikace je používána beze smyslu. Občas lze porozumět jednoduchým požadavkům. Časté je sebepoškozování. Nedožívají se vysokého věku. Výskyt jedinců s hlubokým mentálním postižením je 1 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením. (Pipeková, 2006)

### **2.3 Tělesné postižení**

#### **2.3.1 Definice**

Základním znakem tělesného postižení je omezení hybnosti jedince, které je často spojeno s jiným postižením, které je pak nazýváno kombinované postižení. Jak tělesná postižení, tak i kombinovaná postižení mohou být vrozená nebo mohou vzniknout na základě nějakého onemocnění či úrazu. Poruchy hybnosti mohou být primární a sekundární. Následkem primární poruchy hybnosti je přímého postižení pohybového ústrojí a sekundární poruchy hybnosti označují stav, kdy je pohyb omezen v důsledku onemocnění či nějaké poruchy. (Slowík, 2007)

Při vrozeném tělesném postižení se nejčastěji jedná o dětskou mozkovou obrnu, která je důsledkem poškození centrálního nervového systému v prenatálním nebo perinatálním období. Méně častými jsou poruchy hybnosti vrozené, kdy nastávají tělesné malformace, chybějící končetiny (nebo jejich části), rozštěpové vady. Ty vznikají v období mezi 20. - 40. týdnem těhotenství.

*„Diagnostika poruch hybnosti, onemocnění i zdravotních oslabení je předmětem různých medicínských oborů; speciální pedagogika má ovšem pevné místo v diagnostice možností vzdělávání a rozvoje takto handicapovaných osob.“ (Slowík, 2007, s. 98).*

Úkolem diagnostiky je najít prostředky a způsoby, aby se vada nestala překážkou, která se nedá překonat k rozvoji osobnosti. Úkolem speciální pedagogické disciplíny, která se zabývá tělesným postižením, je najít reálné způsoby kvalitního prožívání života u osob, které jsou závislí na pomoci nebo asistenci druhých osob. „*I malé projevy osamostatnění a nezávislosti po dlouhodobém učení nebo rehabilitaci se pak stávají velkými úspěchy, které mají pro znevýhodněného člověka i jeho okolí mimořádný význam.*“ (Slowík, 2007, s. 99). Speciální pedagogická diagnostika nám podle Vaška (2002) a Přinosilové (2004) může pomoci v oblastech: rozumových schopností a vědomostí, úrovně motoriky a grafomotoriky, laterality, sociability, úrovně komunikačních schopností, úrovně sebeobsluhy, vyšetření smyslových orgánů, zraková a sluchová percepce a samozřejmě i rodinné prostředí.

### **2.3.2 Klasifikace pohybových vad**

Podle Slowíka (2007) je zdravotní postižení podle mezinárodní terminologie (WHO) dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat činnosti každodenního života. Někdy i krátkodobé onemocnění může zasáhnout intenzivně do života člověka, ale po dokončení léčby se stav vrací do normálu, je tedy nutné odlišovat onemocnění od postižení. Do základní klasifikace patří lehká porucha hybnosti, kdy se člověk pohybuje bez pomoci, vede běžný život a dokáže žít samostatně s občasnou pomocí. Při středně těžké poruše hybnosti většinou potřebujeme pomoc někoho druhého nebo pomůcky k pohybu, tedy vozík. Poslední základní poruchou hybnosti je těžká porucha hybnosti, kdy se jedná o imobilní lidi.

#### **2.3.2.1 Vrozené a získané postižení**

Podle doby vzniku dělíme poruchy na vrozené a získané. Mezi vrozené vady patří vrozené vady lebky, rozštěpy, vady končetin.

Mezi vady lebky patří mikro/makro cefálie (malá/velká hlava), srůsty švů u dětí. Mohou se vyskytovat rozštěpy páteře, obličejové (patrové, rtu, tvrdého patra a čípku). Vady končetin máme lehké a těžké. Mezi lehké patří syndaktilie (srůst prstů), polydaktilie (zmnožení prstů). Do těžkých patří amelie (chybějící končetiny nebo jejich části), fokomelie (zakrnělá končetina nebo její část), dysplazie kyčelního kloubu (často způsobuje artritidu kloubu). Dále sem patří dětská mozková obrna (viz níže). (Fisher, Škoda, 2008)

Mezi získané vady patří deformity, jako je skolióza (chybné zakřivení páteře), ploché nohy. Získaná postižení po úraze: zlomení obratlů s přerušením míchy (autonehody, prudké pohyby těla), otřesy mozku (prudké nárazy do hlavy), zhmoždění mozku (krvácení do mozku, může být i zlomenina lebeční kosti, trvalé následky), amputace (umělé oddělení orgánu nebo jeho části, při úrazech), úrazová postižení periferních nervů (částečné nebo úplné přerušování nervů, poškození vznikem tahu a tlaku). (Fisher, Škoda, 2009)

Mezi nejčastější příčinu těžkého/kombinovaného postižení patří dětská mozková obrna, které se budu věnovat více, protože se nejvíce objevuje u respondentů v praktické části. Mezi další typy zdravotního postižení patří například malformace a výjimečně i nějaké další.

### **2.3.2.2 Dětská mozková obrna**

Mezi nečetnější tělesná postižení v praktické části patří dětská mozková obrna. „*Neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Je to onemocnění vrozené, které se projevuje primárně poruchou hybnosti. Mimo ni se ale s DMO pojí i další vady, jako je mentální postižení (cca 30 – 50 % případů), dále epilepsie, vady zraku a sluchu a u mnoha případů se také objevuje typická vada řeči - dysartrie*“ (Zíkl, 2011, s. 9). Jedná se o poruchu hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku a to před porodem, při porodu nebo v raném dětství. „*Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku.*“ (Kraus a kol., 2005, s. 67). Výskyt dětí s dětskou mozkovou obrnou je 250 dětí za rok neboli 1,5 – 2,5 na 1000 živě narozených. (NINDS, 2015)

Etiologie DMO podle Krause a kol. (2005) jsou prenatální (anoxie – nedostatečné okysličení tkání, infekční onemocnění matky, toxické vlivy, psychická traumata, nedonošenost nebo naopak přenošenost), perinatální (dlouhotrvající porod, selhání dodávky kyslíku, těžká novorozenecká žloutenka, porod pánevním koncem), postnatální (těžké infekční onemocnění, zánětlivá onemocnění CNS, průjmovitost, hnisavé záněty středního ucha, úrazy hlavy). Rizikovým faktorem je věk matky, nízká porodní váha. Po porodu se zjišťuje Apgar skóre (bodový systém k orientačnímu posouzení zdravotního stavu jedince v první, páté a desáté minutě života v rozpětí bodů od nuly do desítky; sleduje se puls, dech, svalové napětí, reakce na podráždění a zbarvení kůže), podle kterého se posuzuje zdravotní stav novorozence.

Existují tři základní formy DMO: spastická, dyskineticko-dystonická a mozečková.

Nejčastějším typem DMO je spastická forma a to 70%. Dělí se na diparézu, hemiparézu a kvadruparézu. (KidsHealth, 1995)

**Diparéza** je porucha hybnosti dolních končetin. Objevuje se u  $\frac{4}{5}$  dětí s DMO a u 5-10 % dětí s porodní hmotností pod 1500 g. Diparéza je různě závažná. Je zde flexe dolních končetin a addukce kolen. U nejlehčí formy se dítě pohybuje bez berlí, u těch nejtěžších se pohybuje na vozíku. Mentální postižení se objevuje jen u málo případů. Motorický vývoj dětí je pomalejší, chodit může začít okolo pěti let. Tyto děti potřebují cvičit několik hodin denně. (Kraus a kol, 2005; Zikl, 2011)

**Hemiparéza** je postižení, které postihuje jednu polovinu těla a více bývá postižena horní končetina. Toto částečné ochrnutí je způsobeno neurologickými nemocemi, jako je např. krvácení do mozku nebo nádor. *„Postižení opačné části těla je způsobeno křížením nervových vláken na úrovni prodloužené míchy poškození nad tímto překřížením způsobuje postižení opačné strany, pod ním pak postižení strany stejné.“* (Velký lékařský slovník, 2008). Větší poškození má jedna z hemisfér. Hemiparéza je typická flexí se zvýšeným svalovým napětím, flexí v kolenou a noze na špičce. Noha je vedena obloukem po zemi a neohýbá se při chůzi koleno. Lidé využívají berle nebo vozíky. Důležité je dělat správná cvičení. (Kraus a kol, 2005; Zikl, 2011)

**Kvadruparéza** je nejtěžší forma DMO. Jedná se o postižení všech 4 končetin. Téměř vždy je pojena s těžkým mentálním postižením. Kvadruparetici mají narušenou i hybnost svalů obličeje, úst a jazyka, proto se tedy objevuje specifická vada řeči, dysartrie. Takhle postižené děti jsou závislé na pomoci, péče o ně je velice pracná a je problém i s výživou. (Kraus a kol, 2005; Zikl, 2011)

20% jedinců postihuje **dyskineticko-dystonická forma** DMO. Projevuje se abnormálními pohyby, koordinací pohybů a regulací svalového tonu. *„Projevuje se mimovolnými, pomalými a kroutivými pohyby různých svalových skupin.“* (Zikl, 2011). Bývají také postiženy svaly obličeje a mluvidel, kdy je řeč špatně srozumitelná, vyskytují se problémy v komunikaci. Občasné záškuby v obličeji připomínají mentální postižení, ale nemusí tomu tak být, protože u některých jedinců může být inteligence v normálu i nadprůměrná. (Kraus a kol, 2005; Zikl, 2011)



Podle Zikla (2011) se objevuje u 5 – 10 % jedinců **mozečková forma** DMO. „*Typickým projevem je svalová hypotonie a opoždění lokomočního vývoje.*“ (Zikl, 2011). Někdy bývá jako samostatná forma DMO uváděna **forma hypotonická**. Vyskytuje se v prvních měsících života. V pozdějších měsících se začíná vyvíjet v některou ze základních typů DMO. Existuje i **smíšená forma** DMO (Kraus a kol., 2005). „*Často je kombinována ataxie, dystonie a spasticita.*“ (Kraus a kol., 2005, s. 86). Mohou se kombinovat všechny typy DMO.

### 2.3.2.3 Další tělesná postižení

Mezi ne tak časté tělesné postižení patří Myopatie, a proto je jen stručně je charakterizují.

**Myopatie** patří mezi onemocnění nervového systému. Jedná se o onemocnění, které postihuje kosterní svaly. Projevují se nejprve svalovou slabostí, která má progresivní průběh. *Mohou být vrozená (onemocnění se často projeví již v dětském věku) nebo získaná (např. v důsledku zánětlivých onemocnění).*“ (Zikl, 2011, s. 11). Jsou formy, které mají lehký průběh, ale jsou i ty, které vedou k velkým poruchám hybnosti nebo dokonce i k úmrtí. Mezi nejčastější formu myopatie patří následující choroby.

**Duchenova choroba.** „*Je vázaná na X chromozom a mohou jí onemocnět pouze chlapci (ženy jsou přenašečky).*“ (Zikl, 2011, s. 11). Symptomy se objevují kolem čtvrtého věku dítěte. Vyskytuje se u 1 z 3 500 porodů. Objevuje se houpavá chůze, hyperlordóza či hypertrofie lýtek a postupně se dítěti zhorší hybnost, až dosáhne imobility. Onemocnění je neléčitelné a lidé s Duchenovou chorobou umírají mezi 20. – 30. věkem. (Zikl, 2011). Podobná neléčitelná choroba, která má také vadný chromozom X a malé množství hormonu dystrofin, se nazývá **Beckerova choroba**. Začíná kolem 5. roku života. Celou školní docházku bude dítě mobilní, imobilní se stává kolem 30. roku. Na rozdíl od Duchenovy choroby, se na ní neumírá. (Zikl, 2011)

### 3 Vzdělávání dětí s těžkým zdravotním postižením

Po nahlédnutí do statistické ročenky školství se můžeme dozvědět, že za rok 2013/2014 bylo v základním vzdělávání vzděláváno 5 479 žáků s více vadami, z toho 30 hluchoslepých. Žáků s více vadami v základním vzdělávání bylo tedy 7,4 % z celkového počtu postižení v základním vzdělávání. V základních školách speciálních je vzděláváno 4 740 žáků s kombinovaným postižením z celkového počtu. Je tedy nutností, abychom se vzdělávání žáků s kombinovaným postižením dostatečně věnovali a snažili se dostánout co nejvyššího možného naplnění potřeb jedince. V základním vzdělávání bylo za rok 2013/2014 vzděláváno 17 231 žáků s mentálním postižením, tedy 23,4 % z celkového počtu postižených v základním vzdělávání. Z toho bylo 2 095 žáků se středně těžkým mentálním postižením, 603 žáků s těžkým mentálním postižením a 56 žáků s hlubokým mentálním postižením. V základním vzdělávání bylo ve stejném roce vzděláváno 1 206 žáků s tělesným postižením a z toho 360 s těžkým tělesným postižením. Žáci s těžkým postižením zahrnovali v základním vzdělávání 1,7 % z celkového počtu postižení v základním vzdělávání.

Vzdělávání osob s kombinovanou vadou by mělo být realizováno individuálním vzdělávacím programem, který sestavuje tým pracovníků, kteří se podílejí na vzdělávání a výchově jedince. Sem patří pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, škola a rodina, případně další – fyzioterapie, lékaři apod.

Individuální plán by měl vycházet ze zdravotního stavu jedince. V individuálním vzdělávacím plánu jsou jak konkretizované krátkodobé, tak dlouhodobé cíle, tak i specifikované speciální vzdělávací potřeby jedince a jak jich docílit příslušných cílů. (Ludíková, 2005). Respektování osobnosti klienta a jeho osobnostních rysů patří k základním zásadám pro dodržování individuálního přístupu klienta. *“Mezi další zásady patří dodržování přiměřenosti, komplexnosti, názornosti, reflexnosti, cílevědomosti, trvalosti a komunikability.”* (Ludíková, 2005, s. 10).

*„Úspěch výchovy a vzdělávání mentálně postiženého jedince je závislí na více faktorech, z nichž k nejdůležitějším patří druh, forma, typ mentální retardace, hloubka postižení, doba vzniku, klinické symptomy, kombinace s dalším postižením, ale i ochota a schopnost mentálně retardovaného a pedagoga vzájemného spolupracovat.“* (Pipeková, 1998, s. 175).

### 3.1 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání zajišťují mateřské školy a mateřské školy speciální. Mateřské školy jsou děleny na třídy, do kterých jsou zařazovány děti podle různého nebo stejného věku, utváření tříd věkově homogenních nebo heterogenních. V běžných základních školách je možné vzdělávat i děti se speciálními vzdělávacími potřebami a vytvářet třídy integrované. „Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení.“ (RVP PV, 2009, s. 7). Úkolem předškolního vzdělávání je usnadňovat dítěti vzdělávací proces. Rozvíjí se osobnost dítěte, podporuje se tělesný rozvoj a zdraví, osobní spokojenost. Učitelé v mateřských školách pomáhají dětem v chápání okolního světa a motivují je k poznávání a učení. Učí je žít ve společnosti a spolupráce s ostatními.

### 3.2 Základní vzdělávání

Podle Školského zákona (561/2004 Sb.) mohou být žáci s mentálním postižením vzdělávání v základních školách formou individuální integrace nebo formou skupinové integrace. Individuální integrace pojednává o integraci žáka do běžných základních škol, kde je prováděno jeho vzdělávání. Máme také skupinovou integraci, která vzdělává žáky ve třídě, oddělené nebo skupině, která je zřízená pro žáky se zdravotním postižením v běžné základní škole.

Ve školách se děti s postižením učí pomocí za pomoci pedagogických pracovníků: zvládnutí sebeobsluhy, základních hygienických návyků, využívají se vhodné kompenzační pomůcky (jak technické, tak i didaktické). Dále se může zajistit přítomnost asistenta, podle toho, o jaký stupeň a míru postižení se jedná a ve třídě by měl být snížen počet dětí. Ve speciálních mateřských školách je výhodou odborně vyškolený personál, nižší počet ve skupině a upravené prostředí. Integrované děti se mohou lépe přiblížit normálnímu prostředí a vyhnout se vylučování ze společnosti. (Švarcová, 2006)

Základní škole praktické se dříve říkalo škola zvláštní. V základní škole praktické jsou vzdělávání žáci s lehkým stupněm mentálního postižení nebo jedinci s rozumovými schopnostmi v pásmu podprůměru. „Výchovný a vzdělávací proces se v základní škole praktické přizpůsobuje úrovni psychofyzického rozvoje žáků.“ (Švarcová, 2006, s. 73).

Ve školách praktických jsou vyžadovány speciální učební metody, vhodný výběr učiva, individuální přístup učitele a také snížení počtu žáků. O zařazení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do základní školy praktické rozhoduje ředitel školy, po doporučení školského poradenského systému a po souhlasu zákonného zástupce. Praktické základní školy jsou devítileté a žáci jsou zde vzděláváni pod vedením speciálních pedagogů. (Pipeková, 2006).

Vzdělávací program základní školy praktické je podobný vzdělávacímu programu běžné základní školy a obsahuje podobné vyučovací předměty. Jedná se tedy o vzdělávací okruhy český jazyk a literatura, cizí jazyk, matematika a její aplikace, informační a komunikační technologie, člověk a jeho svět, člověk a společnosti, člověk a příroda, hudební výchova, výtvarná výchova, výchova ke zdraví, tělesná výchova, člověk a svět práce a také disponibilní dotaci. Disponibilní dotace je využití hodinové dotace některým z povinného předmětu. Hodnotí se společně s povinným předmětem. (RVP ZV příloha, 2005)

Dříve byla základní škola speciální označována jako pomocná škola. Vzdělává žáky s nedostatky rozumového vývoje tedy zpravidla žáků s mentálním postižením středního až těžkého stupně. Jsou zde vhodně upravené podmínky, nízký počet žáků, speciální učebnice, pracovní sešity, přizpůsobený časový rozvrh. Třídy jsou přizpůsobené potřebám žáků. Je nutné, aby zde bylo klidné a nehlukné prostředí, které poskytuje žákům pocit bezpečí a jistoty. ZŠ speciální i ZŠ praktická vyžadují odborné speciálně pedagogické vzdělání učitelů. (RVP ZŠS, 2008)

Zařazení žáka do základní školy speciální provádí ředitel na základě zprávy z poradenského zařízení. Se zařazením dítěte, do jakékoliv školy, musí souhlasit zákonní zástupci dítěte. Vzdělávání v ZŠ speciálních je desetileté. Žáci plní devítiletou povinnou docházku a desátý ročník je nepovinný, ale patří do organické součásti vzdělávání žáků se závažným mentálním postižením. Vzdělávání žáků vyžaduje u učitelů velkou trpělivost a také pedagogickou tvořivost v přístupu k jednotlivým žákům, schopnost najít vhodnou motivaci, která by plnila zájem o učení a práci ve škole. Vzdělávání probíhá podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání základní škola speciální. Respektuje opožděný psychomotorický vývoj žáků a jejich fyzické a pracovní předpoklady. Umožňuje upravení vyučovacích hodin podle potřeb žáků. Vymezuje také

vzdělávací obsah, do kterého je zahrnuto učivo a očekávané výstupy. Ty si žáci by si měli v průběhu základního vzdělávání žáci osvojit. (RVP ZŠS, 2008, s. 6).

V základních školách speciálních se vyskytují vzdělávací oblasti dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor základní škola speciální: Člověk a komunikace, Člověk a jeho svět, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce a také disponibilní dotace. Disponibilní dotace je využití hodinové dotace některým z povinného předmětu. Tabulka pod textem nám ukazuje učební plán vzdělávacího programu základní školy speciální. „Povinnost zařadit a realizovat minimálně tři průřezová témata se všemi žáky v průběhu vzdělávání na daném stupni, časovou dotaci lze čerpat z disponibilní časové dotace.“ (RVP ZŠS, 2008, s. 68).

<i>Vzdělávací oblasti</i>	<i>Vzdělávací obory</i>	<i>Počet hodin týdně</i>
<i>Člověk a komunikace</i>	<i>Rozumová výchova</i>	<i>30</i>
<i>Člověk a komunikace</i>	<i>Řečová výchova</i>	<i>20</i>
<i>Člověk a jeho svět</i>	<i>Smyslová výchova</i>	<i>40</i>
<i>Umění a kultura</i>	<i>Hudební výchova</i>	<i>10</i>
<i>Umění a kultura</i>	<i>Výtvarná výchova</i>	<i>10</i>
<i>Člověk a zdraví</i>	<i>Pohybová výchova</i>	<i>20</i>
<i>Člověk a zdraví</i>	<i>Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchov</i>	<i>40</i>
<i>Člověk a svět práce</i>	<i>Pracovní výchova</i>	<i>20</i>
<i>Disponibilní časová dotace</i>		<i>20</i>
<i>Celková povinná týdenní časová dotace</i>		<i>210</i>

(RVP ZŠS, 2008, s. 93).

Pro děti s těžkými formami mentálního postižení, žáky s více vadami a autismem lze zřídit přípravný stupeň školy speciální. Poskytuje dětem přípravu na vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením, více vadami a autismem. Zařazujeme sem děti od pěti let nebo dítě, kterému byl z důvodu zdravotního postižení povolen odklad. Děti jsou sem zařazeny na základě souhlasu rodičů a doporučení poradenského zařízení a odborného lékaře. V přípravném stupni mohou být žáci

vzdělávání jeden až tři školní roky. Dělí se na třídy, kdy v každé třídě jsou čtyři až šest žáků. Ve třídě jsou dva pedagogičtí pracovníci souběžně. Je potřeba vhodné prostorové vybavení, důležitá je i relaxace a odpočinek. Hodnocení žáků provádí pedagog slovně, aby je motivoval k dalšímu vzdělávání.

Vzdělávání těchto žáků se uskutečňuje za pomoci podpůrných opatření. „*Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů a forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě, oddělené nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.*“ (Vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Podle Pipekové (2006) jsou při některých základních školách speciálních poradenských střediska, tedy speciální pedagogická centra, která zajišťují komplexní podklady k rozhodnutí a zařazení dítěte nebo žáka do speciální školy nebo do základní školy běžného typu. Je zde prováděna depistáž, dělají komplexní speciálně pedagogickou, psychologickou, sociální diagnostiku. Poskytují poradenskou činnost, poradenství ohledně profesní orientace.

Podle Švarcové (2006) byla speciálně pedagogická centra zřízena z důvodu potřeby koordinovaných speciálně-pedagogických, psychologických, zdravotnických a sociálních služeb pro žáky s postižením a jejich rodinám. Vyhledávají žáky s postižením, provádějí diagnostiku, vytvářejí individuální vzdělávací plány, dělají včasnou prevenci, poskytují poradenství a krizovou intervenci. Zákonným zástupcům nebo rodičům poskytují metodickou činnost, zapůjčují odbornou literaturu, kompenzační nebo rehabilitační pomůcky. Pracovníci všestranně podporují vývoj žáků a jejich rodiny. O každém klientovi si vedou dokumentaci o jejich pokrocích. Zpracovávají návrhy na zařazení žáků do vzdělávání, vytvářejí návrhy a nabídku speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků. Také poskytují žákům se speciálními potřebami a jejich rodinám speciální standardní činnosti a to například: cvičení pro děti raného věku, předškolní smyslovou výchovu, rozvoj motoriky, nácvik komunikace a sebeobsluhy, estetické vnímání, hudební, pohybové a výtvarné činnosti,

nácvik prvopočátečního čtení a psaní (hůlkové písmo), rozvoj slovní zásoby, grafomotoriky, využití arteterapie a muzikoterapie aj.

Do náplně všech základních škol patří také volný čas a zájmové vzdělávání. Patří sem vzdělávání v základních uměleckých školách a zde v jednotlivých uměleckých oborech. Patří sem například hra na hudební nástroje, zpěv či taneční příprava. Umělecké školy připravují také na střední školy s uměleckým zařazením, konzervatoře či studia na vysokých školách, většinou s pedagogickým podkladem. Dále je sem zařazeno jazykové vzdělání. Zájmové vzdělávání poskytuje účastníkům naplnění volného času zájmovou činností se zaměřením na různé oblasti. Zájmové vzdělávání se uskutečňuje ve školských zařízeních pro zájmové vzdělávání, zejména ve střediscích volného času, školních družinách a školních klubech. „*Střediska volného času se dále podílejí na další péči o nadané děti, žáky a studenty a ve spolupráci se školami a dalšími institucemi rovněž na organizaci soutěží a přehlídek dětí a žáků.*“ (Zákon č. 561/2004 Sb.). Při školách je možné využívat zájmových kroužků, jejich nabídka se v různých kolách liší. Mezi ně patří často sportovní kroužky (aerobic, fotbal, atletika), dále cizí jazyky, logopedická cvičení, vaření, výtvarné kroužky aj.

## 4 Volný čas

Existuje řada různých definic volného času. „*Libovolná doba, která zbývá po ukončení pracovní činnosti a naplnění všech požadavků nutných k zajištění běžného života*“ (Šerák, 2009, s. 207). Hofbauer (2004) definuje volný čas jako čas, kdy člověk nevykonává činnost pod tlakem závazků, které vyplývají z jeho sociální role (práce, rozvoj života). Vstupuje do něj člověk s očekáváním a účastní se ho na základě svého vlastního a svobodného rozhodnutí. Průcha (2003) v pedagogickém slovníku o volném čase hovoří jako mimopracovním nebo mimoškolním čase, který zbývá pro zabezpečení individuálních potřeb, kam patří rodinné, existenční a biologické potřeby. „*Volný čas je možno chápat jako opak nutné práce a povinností, dobu, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění.*“ (Pávková, 2001, s. 15)

Volný čas je opak od povinností jedinců, tedy opak práce. Volný čas představuje něco, co nám dělá radost, uvolňuje nás od každodenního stresu a povinností, přináší pocit uspokojení. Můžeme si vybrat aktivitu, která bude představovat něco jiného, než práci. Je velice důležité si vymezit čas na tyto volnočasové aktivity. Volnočasové aktivity dětem vybírají především rodiče, obzvláště dětem s těžkým postižením je vybírají rodiče. Mezi volný čas patří odpočinek, zábava, zájmové činnosti, dobrovolné vzdělávání a jiné. Do volného času nepatří vyučování ve škole, péče o zevnějšek, provoz domácnosti aj. Nepatří sem ani činnosti běžné denní potřeby jako je jídlo, hygiena, spánek a zdravotní péče. Z činností běžné denní potřeby je možné si utvořit i koníček. Někteří lidé si utvoří vztah například k přípravě nebo konzumaci jídla. (Pávková 2001)

Nesmím opomenout odpočinek, který patří mezi důležitou součást našeho života. Lidé jsou v dnešní hektické době ve shonu a zapomínají odpočívat, což vede ke zhoršení zdravotního stavu. Dochází ke zvýšení krevního tlaku, objevuje se cukrovka, obezita atd. Nejedná se jen o nemoci tělesné, ale také psychické. Lidé bývají ve větším stresu a nevyužívají odpočinku, který je zdrojem nové energie, kterou pak využíváme v další práci. V rodině mohou vznikat patologické jevy (domácí násilí, alkoholismus aj.), které mohou být způsobeny i tím, že lidé dostatečně nevyužívají odpočinku. Odpočinutí lidé podávají lepší pracovní výkony a zvládají lépe mezilidské vztahy. Také mohou při



odpočinku získávat nové vědomosti, které se později mohou uplatnit ve vzdělání. (Pávková 2001)

## 4.1 Pohledy na volný čas

Problematiku volného času je důležité probrat i z různých pohledů.

Prvním pohledem je **ekonomické hledisko**. Jedná se o to, kolik prostředků investuje společnost do zařízení volného času a naopak kolik nákladů se společnosti vrátí zpět. „Z volného času se stalo odvětví, které je využíváno jak pro výchovnou a vzdělávací činnost, tak komerčně.“ (Pávková, 2001, s. 17). Průmysl volného času je dobře prosperujícím odvětvím v ekonomice. Patří sem i mikroekonomické hledisko, tedy kolik volného času si každý určí, že bude mít. Jedná se tedy o to, jak si jedinec rozdělí den – kolik času bude pracovat a kolik času mu zbyde na ostatní.

Dalším pohledem je **hledisko sociologické a sociálněpsychologické**. Je důležité sledovat, jestli činnosti ve volném čase mají vliv na mezilidské vztahy. Touto problematikou se zabývala řada rodičů, pedagogů, psychologů, kriminalistů aj. Zabývali se rozvojem osobnosti především u dětí a mládeže. Pokud děti tráví volný čas aktivitami nebo hrami, které je baví, získávají jimi větší přísun nových informací nenásilnou formou, oproti tomu, aby jim někdo z dospělých určoval aktivity, které jim budou prospěšné a je by to nebavilo. I dospělému více přinese aktivita, kterou si vybere on sám, než když mu ji někdo vybere. „Je zřejmé, že způsob využívání volného času u dětí je ovlivněn sociálním prostředím. Zvláště silný je vliv rodiny.“ (Pávková, 2001, s. 17).

Rodiče jsou pro svoje dítě vzorem a pomáhají jim aktivity a koníčky vybírat. Důležité je, aby si dítě vybralo aktivitu samo. Vhodné je, aby jej rodiče pozorovali, co dítě baví a podle toho by mu měli ukázat vhodnou aktivitu, kterou dítě vyhledává. Rodiče by měli svoje dítě podporovat v jeho zájmech, spíše proto, že jsou jejich vzory. „Situace je komplikovaná skutečností, že v období dospívání, kdy narůstá význam vrstevnických skupin, postrádáme dostatek nabídky zařízení pro volný čas, která by byla dostupná a atraktivní i dětem z méně podnětného či sociálně slabšího rodinného prostředí a též jedincům s průměrným, či dokonce podprůměrnými schopnostmi.“ (Pávková, 2001, s. 18).

**Politické hledisko** udává, jakou mírou bude stát svými orgány zasahovat do volného času, jaká bude školská politika a jakým způsobem bude věnována pozornost zařízením

volného času. „*Nabídka aktivit pro volný čas by v městech a obcích měla tvořit funkční systém bez preferování institucí, organizací či majetkových vztahů.*“ (Pávková, 2001, s. 18). Zabývají se zakládáním a ovlivňováním zařízení pro volný čas, pomocí organizací a sdružením volného času, vytvářením podmínek pro uspokojení aktivit dětí, utvářením kladných postojů k volnočasovým aktivitám.

**Zdravotně hygienický pohled** sleduje, jakým způsobem podporovat zdravý tělesný a duševní rozvoj člověka, patří sem režim dne, výkonnost jedince, hygiena prostředí i sociální vztahy a hygiena duševního života. „*Správné využívání volného času se pozitivně projevuje ve zdravotním stavu člověka.*“ (Pávková, 2001, s. 19). Člověk podává největší výkon dopoledne mezi 9. a 11. hodinou, po obědě se výkonnost snižuje a narůstá opět kolem 15. a 16. hodiny. Proto je potřeba si přizpůsobit podle naší výkonnosti režim dne.

Posledním pohledem je pohled z **pedagogického a psychologického hlediska**. Zde je potřeba brát v potaz věkové a individuální zvláštnosti jedince. „*Pedagogické ovlivňování volného času by mělo podporovat aktivitu dětí a mládeže, poskytovat prostor pro jejich spontaneitu, uspokojovat potřeby nových dojmů, seberealizace, sociálních kontaktů, kladné citové odezvy, ale poskytovat i pocit bezpečí a jistoty.*“ (Pávková, 2001, s. 20). Pedagogické hledisko má dva úkoly. Prvním je naplnění volného času smysluplnými rekreačními aktivitami a druhým je seznámení se s co největším množstvím zájmových aktivit.

## 4.2 Funkce volného času

Podle Pávkové (2001) volný čas může naplňovat v životě člověka několik funkcí. Každé školské zařízení tyto funkce naplňuje různou měrou, podle toho, na co jsou specializované.

1. výchovná a rozvojová funkce (rozvoj schopností, dovedností, návyků a vědomostí)
2. zdravotní funkce (režim dne, pohybové aktivity, relaxace, duševní rozvoj)
3. sociální funkce (sociální vztahy, kamarádství, pomoc při řešení konfliktů, rozvoj komunikace)
4. preventivní funkce (prevence rizikového chování, zájmy žáků a pozitivní příklad pedagoga, sebevědomí a sebeuvědomění)

Podle Hájka a kol. (2008) mezi funkce výchovy volného času patří:

1. funkce výchovně-vzdělávací (působení na všechny složky: osobnosti, tělesnou, psychickou, sociální)
2. funkce zdravotní (zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj)
3. funkce sociální (péče o děti, bezpečnost, dohled)

Volnočasové aktivity jsou realizovány ve školských zařízeních pro zájmové vzdělávání (např. školní družiny a kluby), ale také ve sportovních organizacích, neziskových organizacích, komerčním prostředí aj. (Střediska pro volný čas dětí a mládeže, domovy mládeže, základní umělecké školy, svaz skautů)

### **4.3 Školská zařízení**

Od škol se očekává vytvoření předpokladů pro úspěšný vstup dětí a mládeže do profesionálního, občanského a volnočasového života. Škola vytváří individuální předpoklady k zájmům dítěte. Plní tedy funkci vzdělávací, výchovnou, kulturní, sociálně-preventivní a zdravotní. Máme dva typy školských zařízení a to základní zařízení, mezi které patří školní družiny a kluby a dále vyšší zařízení, kam patří např. střediska pro volný čas. Důležitá je spolupráce s rodiči. Dětem se rozvíjí zájmy, nadání a sociální vztahy. (Hofbauer, 2004)

Školská zařízení se podílejí na výchově ve volném čase a pracují v oblasti primární prevence. Na rozdíl od vyučování mají pedagogové ve volném čase větší příležitost respektovat jedince a rozvíjet individuální potřeby jedinců, mezi které patří zájmy, schopnosti a potřeby. Pedagogové většinou pracují s heterogenními skupinami. Vnější podmínky pro výchovu ve volném čase jsou velice rozmanité a proměnlivé, patří sem prostředí, ve kterém výchova probíhá. (Hájek a kol., 2008)

#### **4.3.1 Školní družiny a kluby**

Školní družiny a kluby patří mezi základní formu výchovu mimo vyučování. Školní družiny jsou určeny dětem od 1. - 5. ročníku a školní kluby jsou určeny dětem od 6. do 9. ročníku. V družinách i klubech pracují vychovatelé, kteří jsou dobrými příklady dětem, jelikož jsou s nimi pravidelně. Vychovatelé jsou s dětmi v každodenním styku,

působí na žáky bez ohledu na sociální postavení rodiny. Vychovatelé také mohou být v pravidelném styku s rodiči. Jsou členy pedagogické rady a spolupracují s kolegy učiteli a s vedením školy. Družiny a kluby se soustředí na činnosti **odpočinkové** (vyprávění, četba apod.), **rekreační** (pohybové aktivity na čerstvém vzduchu), **zájmové** (uspokojování potřeb a zájmů žáků), **samoobslužní** (upevňování hygienických a kulturních návyků), **veřejně prospěšné** (dobrovolnická práce ve prospěch druhých, úprava družiny a klubu, pomoc mladším a slabším apod.). Školní družiny a kluby mohou také poskytovat žákům částečnou přípravu na vyučování, tedy vypracování domácích úkolů a využívání didaktických her. (Pávková, 2001)

#### 4.3.2 Střediska pro volný čas dětí a mládeže

*„Středisky pro volný čas dětí a mládeže se rozumí domy dětí a mládeže a stanice zájmových činností. Jejich posláním je naplňovat rekreační a výchovně-vzdělávací funkci širokou zájmovou působností.“* (Pávková, 2001, s. 127). Pracují zde pedagogičtí pracovníci - vychovatelé. Pro děti připravují a organizují nabídky aktivit pro volný čas. Zajišťují dětem také zájmové příležitostné akce v podobě besed, exkurzí, soutěží, výletů apod., dále sem patří kroužky, kurzy, prázdninové tábory, soutěže. (Hájek, 2008)

Zájmové činnosti ve střediscích dělíme podle Pávkové (2001):

1. **pravidelné činnosti:** Mezi pravidelné činnosti patří kroužky (zaměřeny na vnitřní život v zájmovém seskupení, např. modelářský kroužek, čtenářský kroužek), soubory (soustředí se na veřejnou produkci výsledků – pěvecký soubor, hudební soubor, divadelní soubor apod.), kluby (volnější organizační skupina – filmové kluby), kurzy (vymezené délkou trvání, většinou kratší než jeden rok, osvojení vědomostí a dovedností (kurz vaření, kurz výpočetní techniky aj.)
2. **příležitostné činnosti:** Patří sem činnosti výchovně-vzdělávací nebo relaxační. Jsou to činnosti vedené pedagogem a jsou časově vymezeny. Můžeme sem zahrnout i soutěže, turnaje, výlety, divadelní představené. Specifickou formou bývají příměstské tábory, které bývají většinou o prázdninách. Jedná se o sociální služby pro děti, které mají zaměstnané rodiče. Rodiče jsou dopoledne v práci a jejich děti se mohou účastnit příměstských táborů a odpoledne si děti vyzvedávají.

3. **spontánní činnosti:** Nemají pevně stanovený začátek ani konec. Jsou vymezeny otevírací dobou zařízení. Mezi spontánní aktivity zahrnujeme činnosti na sportovištích, dopravních hřištích, posilovnách, čítárnách, dětských hernách aj.
4. **prázdninové táborové činnosti:** Prázdninové činnosti jsou provozovány v době dlouhodobého volna (jarní, letní, vánoční prázdniny). Doba trvání je nejméně pět dnů a nejmenší počet účastníků je dvacet.

#### **4.3.3 Zařízení pro preventivně – výchovnou péči**

Střediska výchovné péče pro děti a mládež zajišťují preventivně-výchovnou péči dětem s negativními projevy chování. Děti jsou sem zařazeny, pokud nejsou důvody k nařízení ústavní péče. Střediska mají zachytit projevy vývojových a výchovných poruch, problémy ve škole nebo v rodině. (Pávková, 2001)

#### **4.3.4 Základní umělecké školy a základní jazykové školy**

Základní umělecké a jazykové školy patří mezi školní subjekty, které se snaží o rozšiřování vědomostí a dovedností. **Umělecké školy** byly dříve označovány jako lidové školy umění. Účast je dobrovolná a je uskutečňovaná v době po vyučování. Umělecké školy neboli ZUŠ se zabývají obory: hudebním, literárně-dramatickým, tanečním a výtvarným. Největší zájem je o obory hudební, kde se děti učí zpívat nebo hrát na nějaký hudební nástroj. **Jazykové školy** mohou být při základních nebo středních školách nebo také samostatně. Děti se zde učí libovolnému jazyku.

### **4.4 Neškolská zařízení**

#### **4.4.1 Sdružení dětí a mládeže**

Základem je dobrovolné rozhodnutí dítěte, zda by chtělo do sdružení vstoupit a účastnit se činnosti, přijmout hodnotovou orientaci. Aktivity, které zde plní jsou ve prospěch vrstevníků nebo prostředí, obce nebo přírody. Členové zde rozvíjejí svoji osobnost, sociální vztahy, uspokojují svoje zájmy a zájmy členů. Do vrstevnické skupiny zde patří lidé podobného věku, které mají obdobné zájmy. Často jsou stejného pohlaví a podobného sociálního statusu. Vznikají nejprve v místě bydliště a postupem času se působení skupiny zvětšuje. (Hofbauer, 2008)

Do Sdružení dětí a mládeže patří **Junák**. Jedná se o největší světové skautské hnutí, které bylo založeno ve Velké Británii. V současnosti působí ve 214 státech. „*Posláním Junáka je působit a vést své dětské i dospělé členy k povznesení duchovní, mravní a tělesné zdatnosti tak, aby byli připraveni plnit své povinnosti vůči bližším, společnosti, vlasti.*“ (Pávková, 2001, s. 150). Druhým největším sdružením mládeže a dětí je **Pionýr**. Jméno pionýr vyjadřuje průkopnictví a novátorství. Tato organizace vznikla po druhé světové válce. Jedná se o demokratické, dobrovolné a samostatné nezávislé hnutí. Pionýr se zabývá kulturně výchovnou a charitativní činností. V tomto hnutí je kolem třiceti tisíc členů, většinou do 18 let. (Hofbauer, 2008)

#### **4.4.2 Občanská sdružení pracující s mládeží**

Podle Pávkové (2001) jsou občanská sdružení různého zaměření. Na jejich podporu jsou vypisovány Projekty na podporu a ochranu mládeže, kdy se mohou sdružení ucházet o granty finančně podporující aktivity.

Velkou roli v práci s mládeží hrají **sportovní kluby** a tělovýchovné organizace s masovým dopadem. Nejdélejší trvání má klub Sokol. Tento sportovní klub usiluje o harmonický rozvoj tělesné, duševní i morální stránky osobnosti a také zdraví člověka. Nejedná se jen o tělesná cvičení, ale také o osvětovou činnost, kdy se zřizují vlastní knihovny, provozují loutková divadla. Celkově je ve sportovních klubech registrováno 250 tisíc dětí.

Dále sem náleží i **organizace církví a náboženských společností**. Zabývají se náboženskou výukou zaměřenou na děti z rodin věřících, ale také se zabývají výukou zaměřenou na osoby se silným sociálním znevýhodněním (např. romské rodiny).

Mezi další zájmové organizace patří například různá folklorní sdružení nebo Český červený kříž.

## 4.5 Specifika využívání volného času u lidí s těžkým zdravotním postižením

Rodina je nejdůležitějším subjektem odpovědným za výchovu dítěte. Podílí se na výběru vhodné školy a organizaci volného času, který je potřeba pro správný životní styl. Děti nebo mladiství s těžkým zdravotním postižením mohou být zapojeni do činnosti v rodinném kruhu. Jsou to činnosti jako např. práce v domácnosti nebo na zahradě, herní aktivity, sportovní aktivity, posezení s rodinou či přáteli, rodinné výlety a vycházky, dovolené s rodinou a v neposlední řadě návštěvy příbuzných. (Matějček, 1992)

Na rozdíl od zdravých dětí musí mít děti s těžkým postižením nutný dozor nejen v dětství, ale také v dospělosti. Potřebují nějaký doprovod a dohled nad jejich rozhodnutími. Většinou je doprovodem rodina, která svým dětem určuje, jakým způsobem budou trávit jejich volný čas.

Děti s postižením potřebují zažít volnočasové aktivity i s dětmi, stejného věku, které nemají žádné postižení. Je důležité, aby zdravé děti přijaly děti s postižením a společně se spřátelily. Přece jen spontánní hra je tou nejmilejší činností každého malého dítěte. Děti s postižením se dostanou ke spontánní hře se zdravými dětmi. Organizované činnosti často neumožňují, aby se děti s postižením i zdravé děti dostaly společně ke hře. Je důležité, aby probíhala integrace a tyto děti se dostaly k sobě. (Matějček, 1992)

Aktivity a rekreace přinášejí nejen dětem, ale i dospělým potěšení, uvolnění a setkání s přáteli. Ideální případ je, pokud jsou rodiče v kontaktu s dalšími rodiči nějakého sdružení, se stejným problémem. Sdružení často pořádají pro členy akce a to např. tábory. Děti si tábor užívají a poznávají nové přátele, jak děti s postižením, tak i děti zdravé. Nejdůležitější je, že si rodiče mohou na pár dní odpočinout od péče o své děti a trošku zrelaxovat.

Děti s těžkým postižením nebudou v budoucnu pracovat, tudíž budou mít výrazně více volného času, který je nutné naplnit smysluplnými aktivitami, a proto je potřeba s nimi v této oblasti intenzivněji pracovat a pomáhat jim. Jelikož nebudou moct pracovat, je pro ně nejdůležitější, aby se mohli zapojit do volného času a věnovat se různým aktivitám. Tyto činnosti budou prováděny každým dnem, aby se nějakým způsobem zapojili do společenského života. Lidem s postižením musí být umožněno vykonávat

všemožné zájmové aktivity. Pro lidi s mentálním a tělesným postižením jsou zájmy důležité z pohledu seberealizace a kompenzace postižení. Děti mají touhu se věnovat zajímavým činnostem a je pro ně důležité získávat přátele a kamarády. Ve všech případech je nejdůležitější jak podpora rodiny, tak i společenská podpora. Jedná se o různá zařízení a instituce, které se zabývají nabídkou volnočasových aktivit. Děti s těžkým postižením jsou většinou doprovázeni na volnočasové aktivity svoji rodinou nebo blízkými. (Matějček, 1992)

#### **4.6 Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje**

Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením jsem si k podrobnějšímu popisu vybrala z důvodu svého působení na víkendových a táborových pobytech jako vedoucí. Na tyto akce jezdí klienti mojí cílové skupiny, tedy jedinci s těžkým zdravotním postižením. Děti se zde zabývají volnočasovými aktivitami, a proto jsem poprosila jejich rodiče o vyplnění dotazníků do praktické části.

Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením je obecně prospěšná společnost, která zajišťuje sociálně aktivizační služby, náhradní plnění a psychorehabilitační pobyty. Centrum nabízí profesionální služby pro klienty s různým stupněm a druhem zdravotního postižení. Zajišťuje půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným postižením a také různé kurzy.

Mezi činnosti této organizace patří i víkendové pobyty a letní a zimní tábor pro děti a mládež se zdravotním postižením. Tyto pobyty se uskutečňují v rekreačním středisku Astra Dlouhé Rzy. Pobyty jsou pořádány za finanční podpory a města Hradce Králové. Poplatek, který rodiče platí za své dítě, je 350,- za víkendový pobyt a 3 500,- za letní tábor, tedy čtrnáctidenní pobyt.

Nejvíce respondentů v mé praktické části uvádí, že pro jejich děti využívají na volný čas Centrum pro zdravotně postižené Královehradeckého kraje. Centrum poskytuje pomoc pro všechny věkové skupiny osob s mentálním postižením, osob s tělesným postižením, osob s kombinovaným postižením, osob se sluchovým postižením, osob se zrakovým postižením, duševně nemocným a osobám s chronickým onemocněním.

Děti a mládež mají možnost jezdit pětkrát do roka na víkendový pobyt (ozdravný pobyt) a dvakrát do roka na tábor. První akce, kterou centrum po novém roce pořádá je zimní



tábor, který se koná v době jarních prázdnin v Královeshradeckém kraji. Tento zimní tábor trvá od soboty do soboty, tedy týden. Následně je možnost účastnit se ozdravného pobytu v dubnu a květnu. O letních prázdninách Centrum pořádá letní tábor, který trvá čtrnáct dní. Do konce roku čekají klienty ještě tři ozdravné pobyty a to v říjnu, listopadu a prosinci.

Na pobyty jezdí jak děti, tak i vedoucí, kteří se snaží poskytnout dětem nejlepší péči. Na každý pobyt je potřeba kolem dvaceti vedoucích pracovníků, kteří jsou pečlivě proškolení a mají nastudované diagnózy dětí, které mají na starosti. Vedoucí má na starosti různý počet dětí, podle stupně postižení.

## 5 Výzkumné šetření

V úvodu empirické části práce seznamuji s cílem a metodologií. Dále v práci prezentuji výsledky kvalitativního a kvantitativního šetření.

### 5.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem diplomové práce je na základně kvantitativního šetření prováděného v rodinách dětí, které jezdí na pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením v Královéhradeckém kraji, zjistit jakým volnočasovým aktivitám se věnují děti s těžkým zdravotním postižením a zda je trávení volného času něčím ovlivněno. Dotazníky byly předloženy rodičům dětí s postižením v Královéhradeckém kraji. Následně jsem pomocí kvalitativního šetření zjišťovala ve třech rodinách pomocí případových studií, co jejich děti rády dělají ve volném čase a krátce sepsala.

V úvodu výzkumného šetření byly stanoveny tyto otázky:

1. Jakým volnočasovým aktivitám se děti s těžkým postižením věnují ve škole?
2. Jakým volnočasovým aktivitám se děti s těžkým postižením věnují mimo školu?
3. Jak často se dítě věnuje volnočasovým aktivitám?
4. Chybí rodině něco pro realizaci volnočasových aktivit s dítětem s těžkým zdravotním postižením?

### 5.2 Metodologie výzkumného šetření

Pro zpracování empirické části diplomové práce byl využit dotazník vlastní konstrukce. Dotazník jsem zvolila z důvodů jeho vysoké míry anonymity, snadné administrativy a především vysoké kvantifikaci dat v relativně krátkém časovém horizontu.

Dotazník se skládal ze tří částí. V první části zjišťoval typ nebo druh postižení. Druhá část zjišťovala osobní informace o dítěti a nakonec třetí část odpovídala na otázky ohledně volného času dětí. Dotazník byl sestaven z poloviny uzavřených a z druhé poloviny z otevřených otázek. Celý dotazník k dispozici v příloze A.

Dotazník vyplňovali rodiče dětí s těžkým zdravotním postižením. Tedy rodiče, jejichž děti jezdí na pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením. Rodiče dostali do rukou vytištěný čtyřstránkový dotazník.

Pomocí kvalitativního šetření, dotazníku, jsem zjišťovala data pro svoji práci. Dotazník je podle Skutila (2011) psaný soubor otázek. Při vyplňování dotazníku otázky respondent čte a interpretuje jejich význam a následně na ně odpovídá. Jedná se o zjišťování informací o osobních znalostech, postojích ke společnosti. Máme dva typy dotazníků a to standardizovaný, který je vytvořen podle norem, je zjišťována validita a reliabilita a druhým typem je dotazník vlastní konstrukce. Ten jsem využila i já při své práci.

Kvantitativní části práce, tedy případovou studií neboli kazuistikou, je podle Skutila (2011) chápán popis jednotlivých případů. Zahrnuje průběh a způsob léčení choroby. Může se týkat jedince nebo skupiny. Jedná se o detailní studium případu. Shromažďuje popisy jevů, zaměřuje se na jednotlivé účastníky, zaznamenává chronologický průběh jevů atd.

### **5.3 Výzkumný soubor**

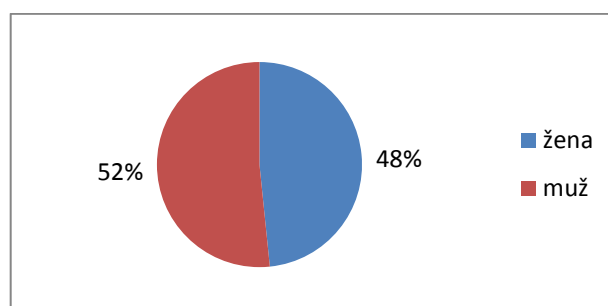
Pro výzkumné šetření byli vybráni rodiče účastníku táborů a víkendových pobytů organizovaných Centrem pro integraci osob se zdravotním postižením v Královéhradeckém kraji. Dotazníky dostali do rukou rodiče dětí a během jednoho týdne se mi vrátily zpět. Bylo osloveno 45 rodičů, přičemž návratnost dotazníků byla 69 %, tedy celkem dotazník vyplnilo 31 respondentů. Data pro případovou studii jsem sbírala rozhovorem s dítětem a rodiči, studiem dokumentace a pozorováním.

## 5.4 Analýza výsledků výzkumu

K naplnění cílů bylo nejprve provedeno kvantitativní šetření v podobě dotazníku, kdy výsledná data byla zpracována do grafické podoby. Následně bylo provedeno kvalitativní šetření v podobě případové studie.

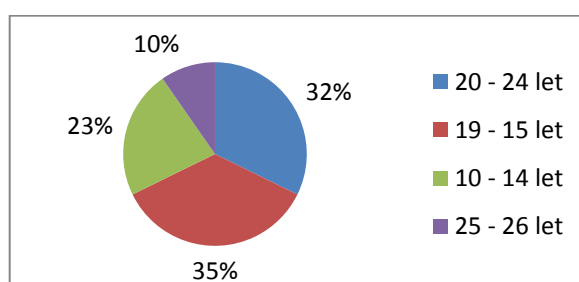
### 5.4.1 Kvantitativní šetření

Rozložení pohlaví dítěte je heterogenní. Na dotazník odpovědělo 48% rodičů dívek a 52% rodičů chlapců (graf č. 1). Očekávala jsem větší návratnost dotazníků s ženským pohlavím, protože se akcí od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením účastní více dívek. Ve výzkumném souboru jsem uvedla, že ne všechny dotazníky se mi vrátily, proto můj předpoklad o druhu pohlaví dítěte byl jiný.



**Graf 1 - Pohlaví dítěte**

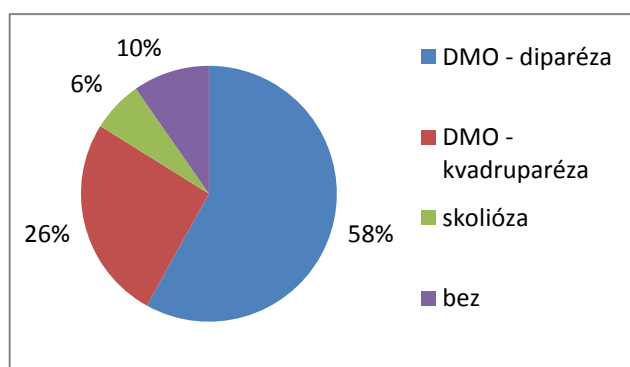
Další otázkou v dotazníku bylo, ve kterém roce se respondentům narodilo dítě (graf č. 2). 32% dotazovaným se narodilo dítě v rozmezí 1990 – 1995, tedy je jim 24 – 20 let. Hned poté následuje kategorie dětí od 15 do 19 let (35%). 23% dotazovaných má dítě ve věku 10 – 14 let. Nejméně dětí, 10%, se narodilo v rozmezí 1988 – 1989, tedy věk 25 – 26. Děti, které jezdí na víkendové pobyty a tábory nesmí dosáhnout více než 26 let.



**Graf 2 - Věk narození dítěte**

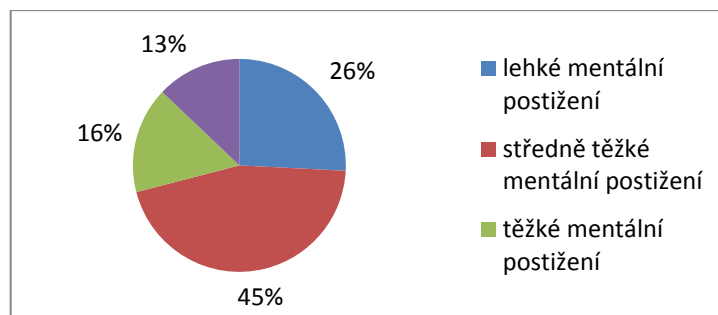
Další tři grafy ukazují typ a druh postižení dítěte. Graf č. 3 pojednává o tělesném postižení, graf č. 4 o mentálním postižení. Graf č. 5 ukazuje, zda se u dětí vyskytuje epilepsie.

Co se týče tělesného postižení (graf č. 3), respondenti si mohli vybrat ze tří možných odpovědí. První možnost byla dětská mozková obrna, dále myopatie a třetí možnost byla jiné, kdy respondenti mohli využít jiného druhu tělesného postižení, které nebylo v nabídce. Nejvíce odpovídali respondenti dětskou mozkovou obrnu, kam dopisovali formu. 58% respondentů odpovědělo DMO, diparézu, tedy poruchu hybnosti dolních končetin. 26% respondentů zakroužkovalo také možnost DMO a dopsal formu kvadruparéza, respektive poruchu hybnosti, všech čtyř končetin. Pouze 2 respondenti, tedy 6% dotazovaných, zakroužkovali možnost jiné a zapsali skoliózu. 3 respondenti, čili 10 %, odpověděli, že jejich dítě nemá tělesné postižení.



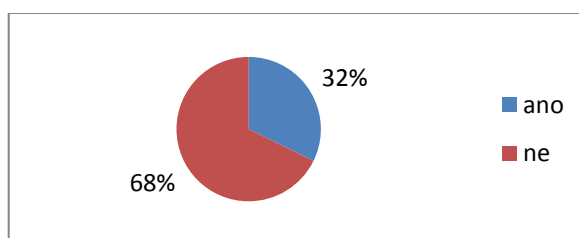
**Graf 3 - Tělesné postižení**

26% respondentů uvedlo, že jejich dítě má lehké mentální postižení (graf č. 4). 45% respondentů odpovědělo, že jejich dítě má středně těžké mentální postižení. 16% dotazovaných odpovědělo možnost těžké mentální postižení. 13% respondentů odpovědělo, že jejich dítě nemá mentální postižení.



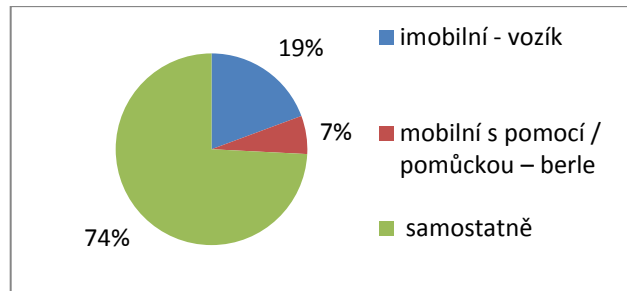
**Graf 4 - Mentální postižení**

Podle grafu č. 5 můžeme vidět, že epilepsii má 32% dětí dotazovaných. Epilepsie je neurologické onemocnění, onemocnění mozku, a to onemocněním tělesným, nikoli psychickým. Jsou to záchvaty jak lehčích, tak i těžších forem, které se často kombinuje s jiným postižením. Jak je vidět podle grafu, epilepsií trpí asi čtvrtina dětí, dotazovaných.



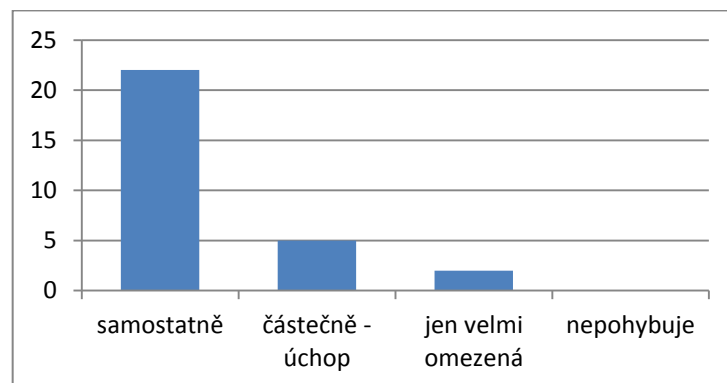
**Graf 5 - Epilepsie**

Graf č. 6 a určuje mobilitu dětí. Dotazovaných jsem se ptala, zda se jejich dítě pohybuje samostatně nebo je mobilní s pomůckou či imobilní. 74% dotazovaných odpovědělo možnost samostatně. Jejich dítě se pohybuje bez jakékoliv pomoci. 19 % respondentů zakroužkovalo možnost imobilní. Tato možnost znamená schopnost pohybovat se s pomocí pomůcky, a to vozíku. Nejmenší procento dotazovaných odpovědělo mobilní s pomůckou a to pouhých 7%. Děti využívají jako pomůcky k pohybu berle nebo pomoc ostatních členů rodiny. Jak již ze spolupráce s dětmi vím, na některé činnosti je lepší využívat berle a na jiné činnosti je lepší dopomoc od někoho, komu dítě dostatečně důvěřuje a ví, že dotyčný dokáže nahradit pomůcku a dítě udrží. Mobilní nemusí znamenat plnou mobilitu, jako má intaktní populace, ale o schopnost samostatně se pohybovat, byť např. pomaleji, na menší vzdálenosti nebo s problémy při překonávání překážek apod.



**Graf 6 - Mobilita**

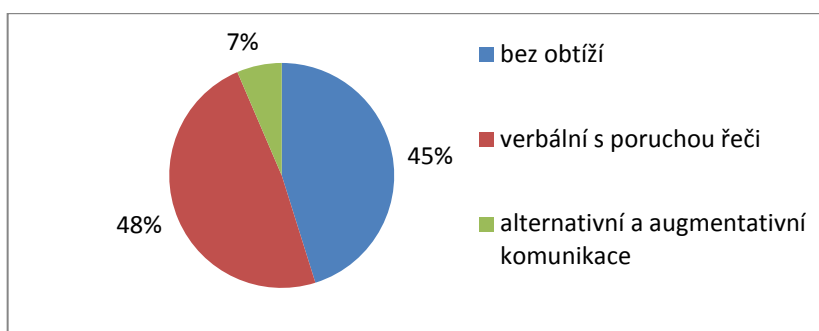
Další graf č. 7 určuje hybnost horních končetin. 22 dětí pohybuje samostatně horními končetinami bez problému a bez pomoci druhého. 5 respondentů odpovědělo možnost částečné – úchop. Dítě zvládá uchopit předmět, ale manipulace horní končetinou je těžší, ale relativně lze s končetinou pohybovat a běžné činnosti se dají zvládnout. 2 děti pohybují horní končetinou jen velmi omezeně. Nedokáží dostatečně uchopit předmět samostatně, pouze s pomocí někoho druhého. Žádný z rodičů neodpověděl možnost, nepohybuje horní končetinou.



**Graf 7 - Hybnost horních končetin**

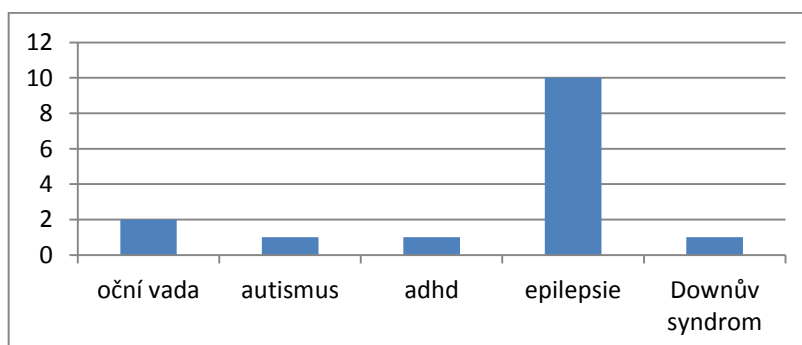
Předposlední otázka, z první části dotazníku, se týkala komunikace dítěte, tedy graf č. 8. Opět byly na výběr tři možnosti: komunikace bez obtíží, verbální s poruchou řeči, alternativní a augmentativní komunikace. 48% dětí komunikuje se svým okolím bez obtíží. U dětí s mentálním postižením komunikace bez obtíží znamená dorozumění se s částečnými poruchami komunikace. Děti s mentálním postižením se nebudou dorozumívat tak dobře, jak zdravé děti, vyskytuje se pomalejší tempo, překotná řeč aj. Jedná se o subjektivní vnímání rodičů – ti se s dítětem dorozumí, nemusejí používat

pomůcky apod. 45% dětí komunikuje s verbální poruchou řeči. Někteří rodiče byli vstřícní a doplnili mi, jakou poruchu řeči děti mají. Čtyři rodiče vypsali dyslalii, tedy patlavost. Je to nejčastější porucha komunikačních schopností. Jedná se o poruchu artikulace, narušení výslovnosti jedné nebo více skupin hlásek, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně. Dva rodiče vypsali dysfázii, tedy specificky narušený vývoj řeči. Dysfázie je centrální poruchou řeči, projevuje se ztíženou schopností komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Jeden rodič vypsali dysartrii. Dysartrie je organické postižení CNS, porucha hláskování, respirace, fonace a rezonance. 7% rodičů odpovědělo využití alternativní a augmentativní komunikace. Fakticky bude více dětí s komunikační vadou dysartrií, která se pojí s dětskou mozkovou obrnou. Rodiče tuto vadu nevnímají jako vadu, i přesto, že vadou pravděpodobně je.



**Graf 8 - Komunikace**

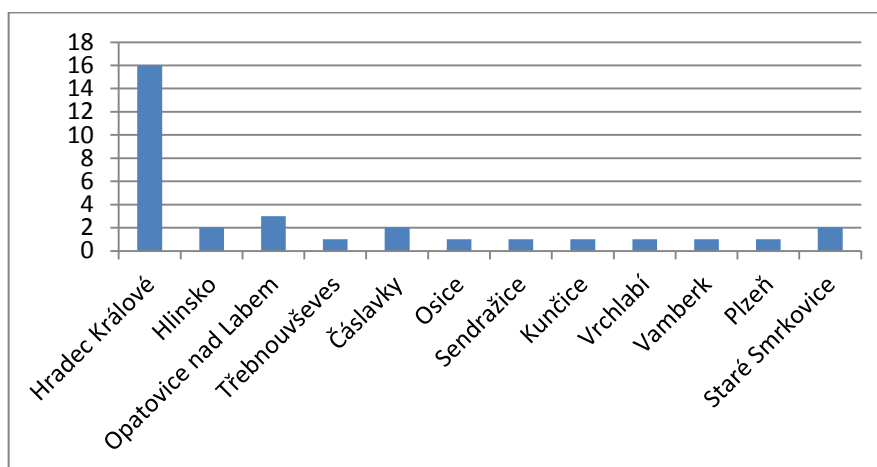
Graf č. 9 určuje další možné postižení, které nebylo v nabídce. Dva rodiče vypsali, že jejich dítě má oční vadu, ale nepopsali, o jakou vadu se jedná. Dále, po jednom rodiči, sepsali: autismus, ADHD a Downův syndrom. Nejčastějším dalším postižením, které se vyskytuje u 10 dětí, je epilepsie.



**Graf 9 - Další postižení**

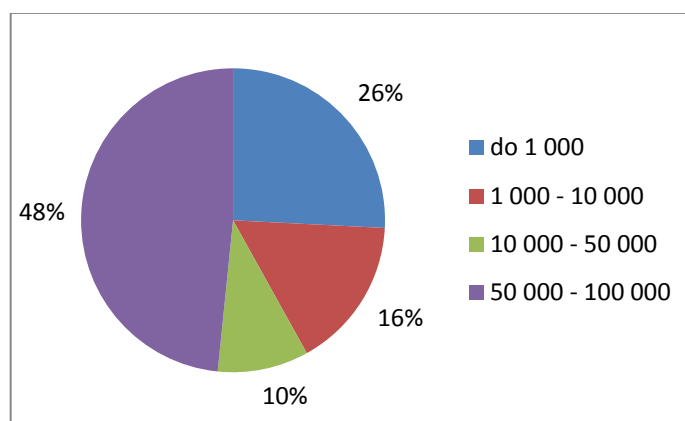


Z grafu č. 10 vyplývá, že nejvíce dotazovaných žije v Hradci Králové. Dále následují Opatovice nad Labem, kde žijí 3 respondenti. V odpovědích se ve větší míře objevily Čáslavky a Staré Smrkovice.



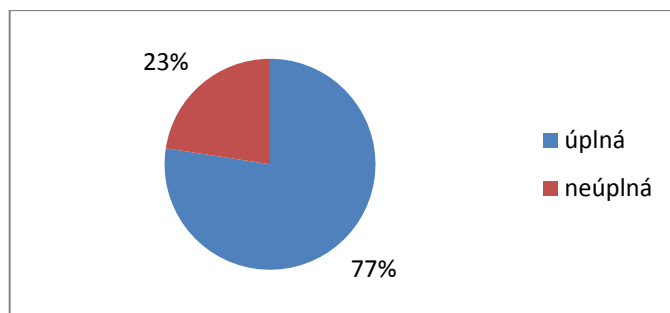
**Graf 10 – Bydliště**

S grafem č. 10 souvisí graf č. 11 – počet obyvatel. 48% respondentů žije ve městě, které má mezi 50 000 a 100 000 obyvateli, což odpovídá městu Hradec Králové, je to patrné již z předchozího grafu.

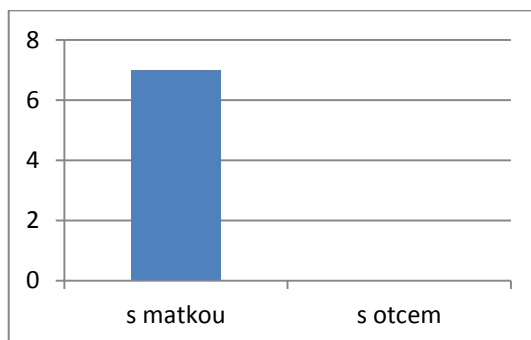


**Graf 11 - Počet obyvatel**

Pomocí následujících dvou grafů, č. 12. a č. 13. jsem zjišťovala, z jaké rodiny dítě pochází a s kým vyrůstají děti respondentů. 77% dotazovaných odpovědělo, že jejich dítě vyrůstá v úplné rodině. 23% dětí vyrůstá v neúplné rodině. Děti z neúplné rodiny žijí ze 100% s matkou. Ani jednou se nevyskytla možnost s otcem.

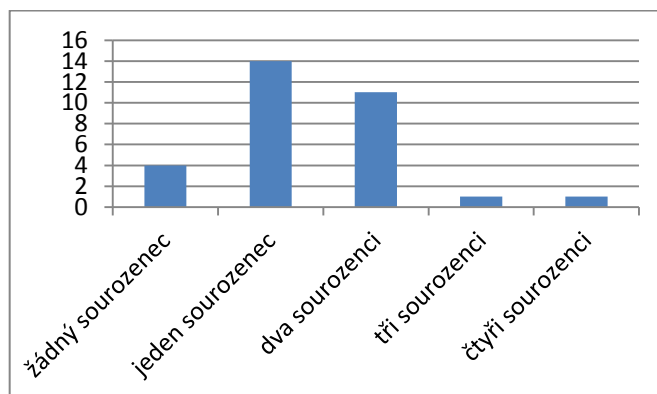


**Graf 12 - Rodina**



**Graf 13 - S kým dítě vyrůstalo**

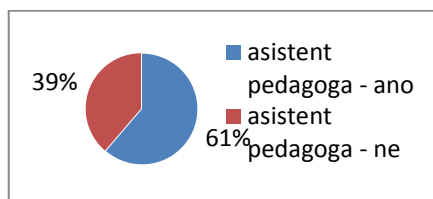
Z grafu č. 14 se dozvíme, že 4 děti nemají žádného sourozence, 14 dětí má jednoho sourozence, 11 dětí má dva sourozence, tři a čtyři sourozence má pouze jedno dítě.



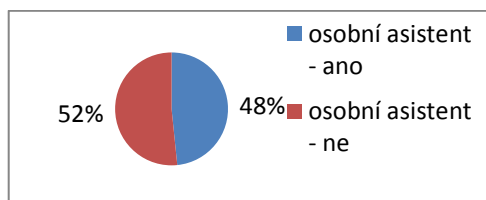
**Graf 14 - Počet sourozenců**

Pomocí doložených výsledků je patrné, že asistenta pedagoga (graf č. 15) využívá 61% dětí dotazovaných. Osobní asistence (graf č. 16) využívá 48% dětí. Služeb osobní asistence využívají děti dotazovaných nejvíce patnáct let a nejméně jeden rok (viz graf č. 18). Osobní asistent je terénní služba, která je poskytována osobám se sníženou

soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Osobní asistent pomáhá při zvládnání běžných úkonů, osobní hygieně, chodu domácnosti atd. Osobní asistent může pomáhat i dítěti ve škole. Osobní asistent je placen rodiči. Asistent pedagoga je člověk, který pomáhá žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomáhá pedagogickým pracovníkům školy při výchovně-vzdělávací činnosti atd. Asistent pedagoga je placen školou, z prostředků přidělených na základě žádosti o asistenta pedagoga.

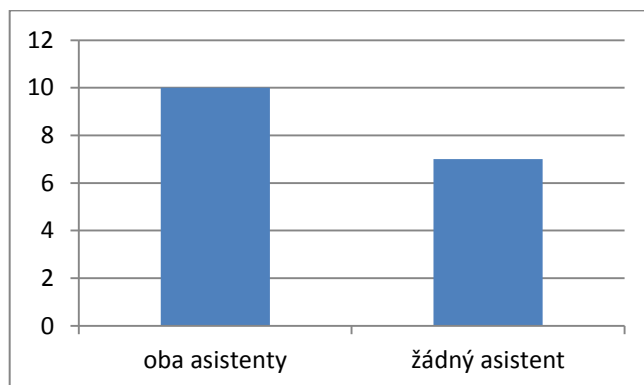


**Graf 15 - Asistent pedagoga**

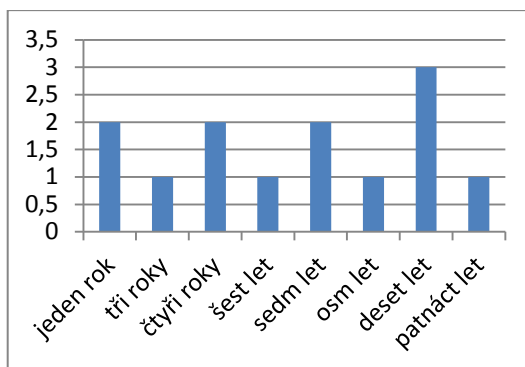


**Graf 16 - Osobní asistent**

V mnohých případech je asistent pedagoga a osobní asistent jednou osobou, jak jsem se již zmiňovala, osobní asistent může pomáhat dítěti i ve škole. 10 respondentů využívá možnost jak osobního asistenta, tak i asistenta pedagoga. 7 respondentů nevyužívá možnosti asistence.

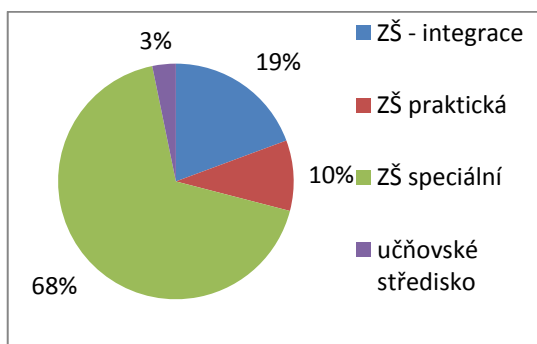


**Graf 17 - Počet asistentů**



**Graf 18** - Doba využívání služeb osobní asistence

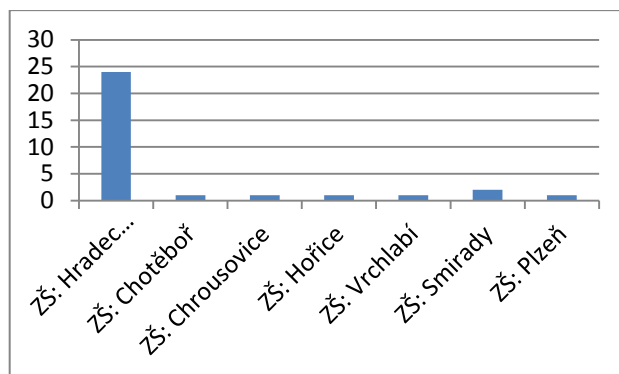
V grafu č. 19 odpovědělo 68% respondentů, že jejich dítě navštěvuje základní školu speciální. 19% dětí chodí do běžné základní školy a využívá formu integrace. 20% znázorňuje využívání základní školy praktické. Pouze jedno dítě dotazovaných navštěvuje učňovské středisko, což odpovídá 3%.



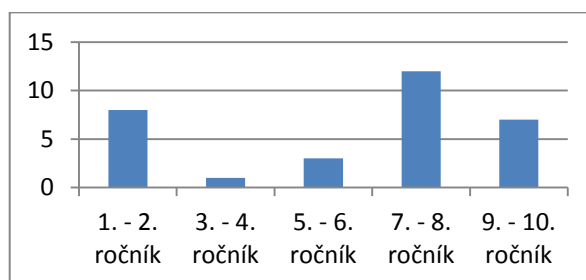
**Graf 19** - Druh školy

Následující graf č. 20. ukazuje město, ve kterém děti navštěvují dané školy. Nejvíce dětí dochází do škol v Hradci Králové.

Další otázkou jsem zjišťovala, do jakých ročníků chodí děti respondentů. Podle grafu č. 21 je zjevné, že 1. – 2. ročník navštěvuje 8 dětí, do 3. – 4. ročníku chodí jedno dítě, 5. – 6. ročník navštěvují 3 děti. Nejvíce dětí tedy 12 žáků navštěvuje 7. a 8. ročníku. Do 9. – 10. ročníku chodí 7 dětí.

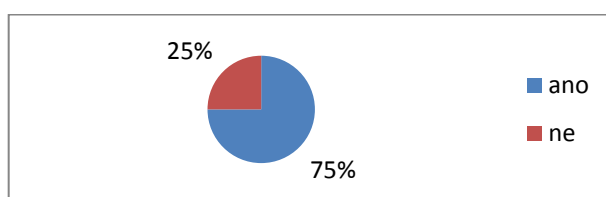


**Graf 20 - Město školy**

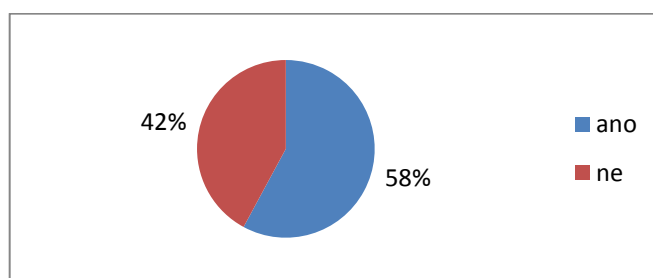


**Graf 21 - Ročník ve škole**

Velmi optimisticky se jeví tento graf č. 21 a č. 22. Je zde znázorněno, kolik procent dětí navštěvuje školní družinu nebo školní klub. Pozitivním zjištěním je, že družinu navštěvuje 75% dětí z 1. stupně (graf č. 21) a 58% dětí z 2. stupně (graf č. 22) navštěvuje toto zařízení. Pouze 25% dětí z 1. stupně a 42% dětí z 2. stupně nenavštěvuje školní družinu ani klub.

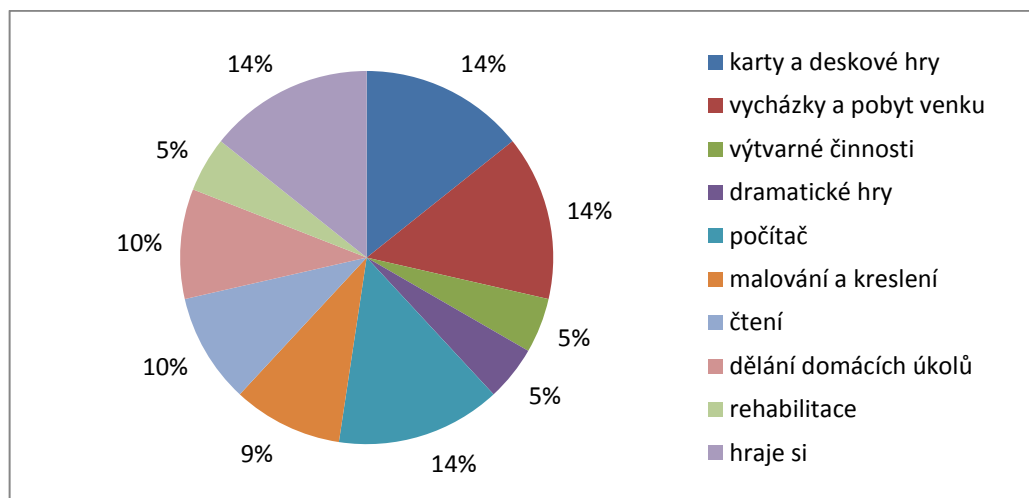


**Graf 22 - Družina/ školní klub 1. stupeň**



**Graf 23 - Družina/ školní klub 2. stupeň**

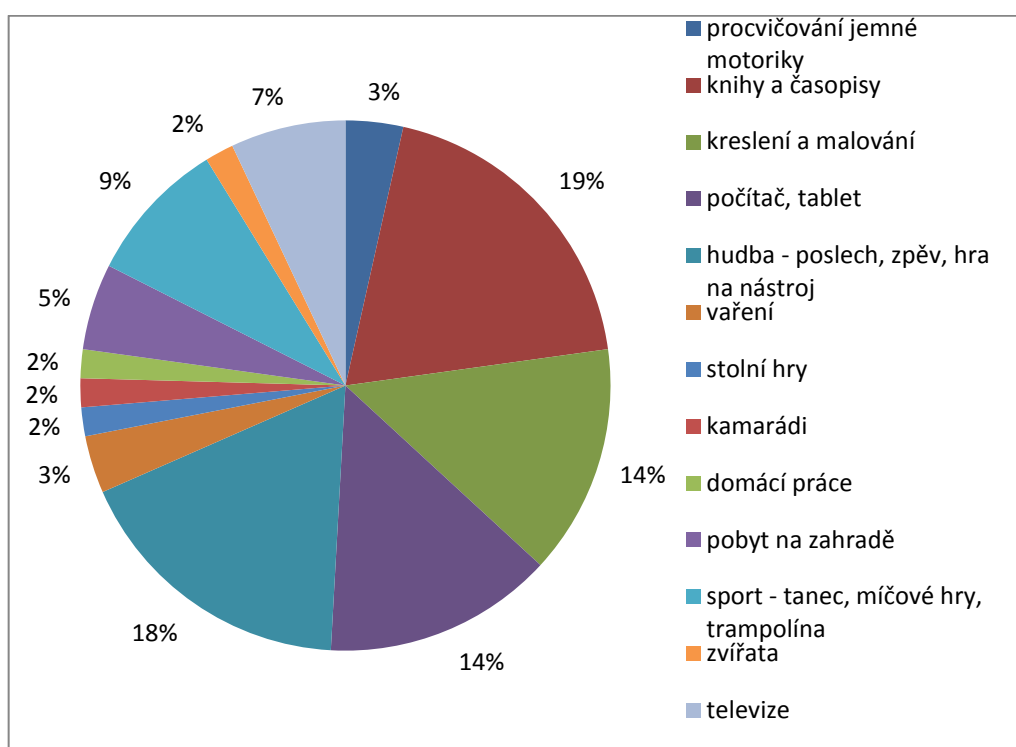
Z grafu č. 24 vyplývá, jakých činností se děti účastní v družině nebo školním klubu. Na tuto otázku odpovídalo 68% respondentů, tedy ti, čí dítě navštěvuje školní družinu nebo školní klub. 14% respondentů odpovědělo, že jejich dítě v družině nebo školním klubu hraje karty a deskové hry, hraje si a hraje si na počítači. Méně zastoupenými činnostmi ve školní družině nebo školním klubu bylo např. dělání domácích úkolů, výtvarné činnosti, čtení, malování a kreslení aj. Co se týče režimu a činnosti školní družiny, obecně je rozdělen režim takhle: relaxace, oběd, odpočinková a rekreační činnost, pravidelná činnost (výtvarná výchova, dramatická výchova, sportovní a pohybové aktivity aj., pobyt venku). Mezi odpočinkové činnosti patří např. poslechové činnosti, individuální hry, klid po obědě, sem patří častá a oblíbená aktivita dětí, tzn. počítač. Rekreační činnosti obsahují činnosti s náročnějšími pohybovými prvky, spontánní činnosti a hry. Zájmové činnosti, mezi které můžeme zahrnout jak spontánní, tak i organizované aktivity (výtvarné, vědomostní, hudební činnosti aj.), organizované ve družinách slouží k seberealizaci a rozvoji individuálních činností. V družinách mají děti možnost vypracovávat svoje domácí úkoly. Tato činnost je umožňována dětem, jejichž rodiče k tomu dali souhlas.



**Graf 24 - Činnosti v družině/ školním klubu**

Nejčastější zájmovou činností doma (graf č. 25) je u 14% dětí počítač, tablet. Nebyla jsem z těchto odpovědí překvapená, protože většina dnešních dětí a mládeže se zabývá hlavně sezením u počítačů. Hned poté následovala nejoblíbenější činnost čtení časopisů a knih (19%). 18% respondentů odpovědělo, že jejich děti tráví svůj volný čas

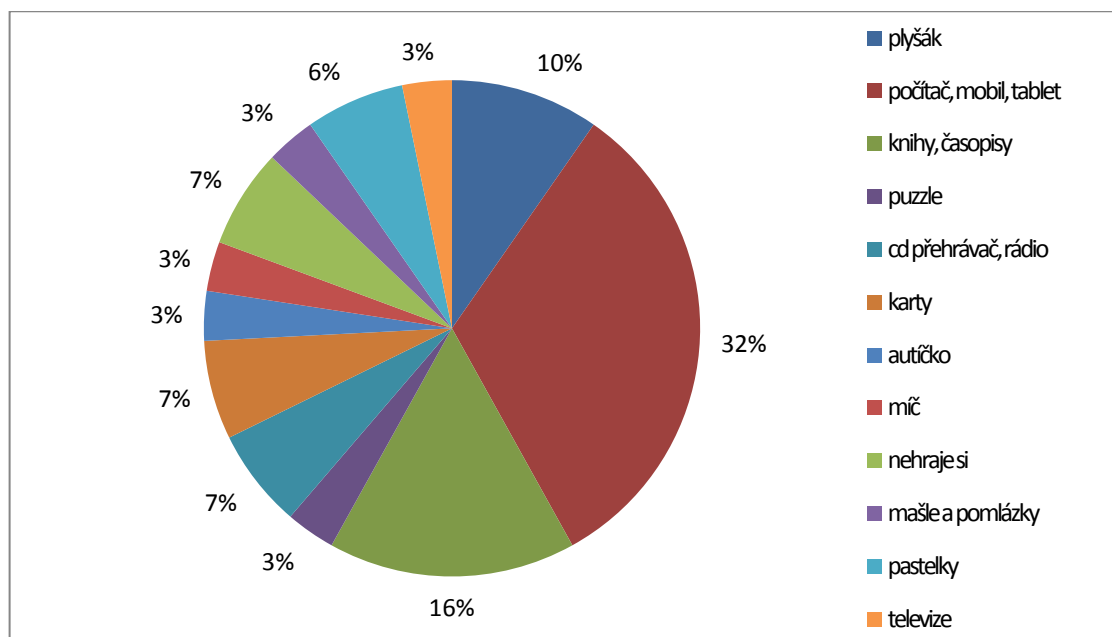
posloucháním hudby a zpěvem. Méně uvedené jsou v grafu činnosti jako například stolní hry, pobyt na zahradě, kreslení a malování aj. V dnešní době není překvapivé, že mezi často objevovanou činností jak doma, tak i v družině viz graf č. 24., patří hraní na tabletu nebo počítači. Pro mnohé rodiče je nejjednodušší, když svoje dítě s postižením posadí k počítači a nemusí se mu tolik věnovat, což nemusí být nutně negativní. U dětí s těžkým postižením je tablet nebo počítač jedna z aktivit, které se mohou věnovat, a proto má relativně velké zastoupení. Překvapivé bylo, že nejčtenější činností doma byly knihy a časopisy. Respondenti se nevyjádřili, jestli dětem čtou oni sami nebo si děti čtou samotné.



**Graf 25 - Činnosti doma**

Pomocí otázky, jaká je neoblíbenější hračka dětí respondentů (graf č. 26) jsem se dozvěděla, že neoblíbenější hračkou z 32% jsou počítač, mobil, tablet, což není vůbec překvapivé, když se podíváme na dva předchozí grafy, jaké činnosti děti dělají doma, v družině nebo školním klubu, tak můžeme vidět, že počítač, mobil a tablet jsou oblíbenými zájmovými aktivitami. Z 16% následovaly knihy a časopisy. Třetí nejčastější odpovědí (10%), jaká je neoblíbenější hračka dětí, byla odpověď plyšák. Každé dítě má od malička nějaké oblíbené plyšové zvířátko, které ho doprovází po dobu

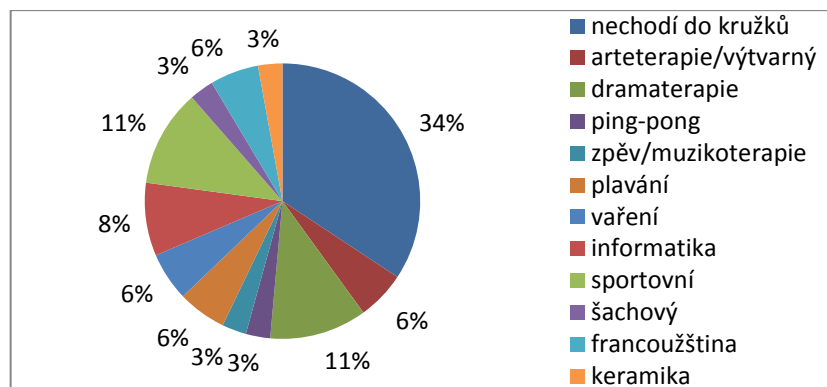
celého dětství. Dítě společně se svým kamarádem prožívá různé hry, ale také rodinné výlety aj. Méně častějšími odpověďmi byly např. míč, karty, autíčko, pastelky aj.



**Graf 26 - Nejoblíbenější hračka**

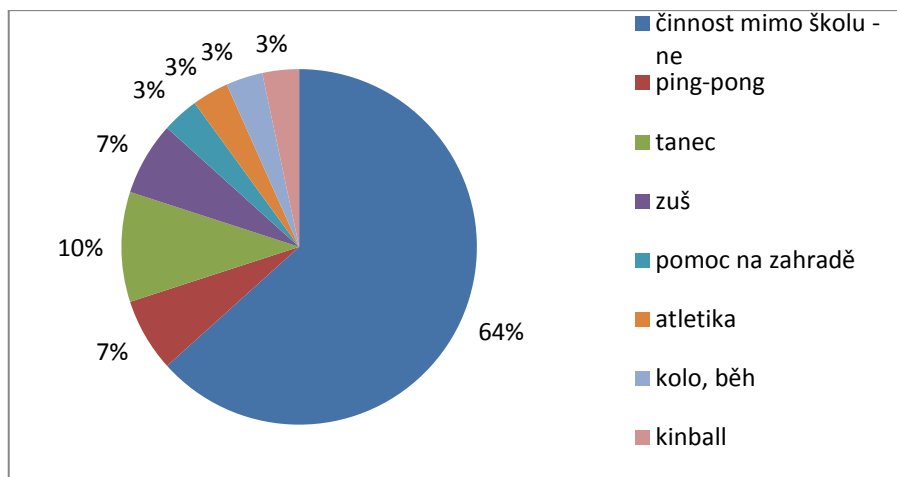
V dnešní době je na většině škol nabídka zájmových kroužků velmi pestrá, tudíž není překvapivé, že dítě nějaký zájmový kroužek navštěvuje. Respondenti i přesto uvedli v grafu č. 27, že 34% dětí nechodí do žádného kroužku. Nejčastěji byl uveden kroužek sportovní (11%) a kroužek dramaterapie (11%). U dětí s těžkým zdravotním postižením je překvapivé, že nejčastější kroužek, který děti navštěvují, je sportovní. Při nahlédnutí do kasuistiky Vítka, v druhé polovině empirické části, můžeme vidět, že i dítě s kvadruparézou může dělat sportovní kroužky. Jedná se o aktivity modifikované nebo jen částečnou participací na aktivitách, viz kasuistiky. U dětí s těžkým zdravotním postižením je pohyb, stejně jako u zdravých dětí, důležitý, možná i důležitější. Ukázalo se, že je zájem, samozřejmě v menší míře, i o jiné kroužky. V grafu je uveden například kroužek plavání, vaření, šachový, keramika aj. Překvapilo mě, že pouze 8% dětí chodí do kroužku počítačového. Nejspíš je nízké procento výskytu počítačového kroužku proto, že děti tráví na počítači hodně času v družině anebo doma, a proto si vybírají jiné kroužky, než počítačové.





**Graf 27** - Kroužky ve škole

Nejvíce respondentů (64%) odpovědělo, že jejich dítě nemá žádnou zájmovou činnost mimo školu, graf č. 28. Nabídka kroužků ve škole je velice pestrá, a proto dle mého názoru rodiče moc nevyužívají kroužky mimo školu z důvodu přepravování dítěte ze školy na kroužek, z kroužku domů. Také musíme zohlednit finanční stránku, protože zájmové kroužky ve škole bývají levnější. 10% dětí navštěvuje mimo školu taneční kroužek. Mezi zájmové činnosti mimo školu se objevují např. kroužky ping-pong, kolo, návštěva ZUŠ, pomoc na zahradě aj. U 3 % dotazovaných se objevila zájmová činnost mimo školu – kinball. Kinball nová míčová hra, která byla vyvinuta v Kanadě. Nevyžaduje náročná pravidla (vysvětlení trvá maximálně 15 minut) a hráči si při ní užijí spoustu zábavy. Na kinball potřebujeme míč s průměrem 122 cm a hrají jej minimálně dva týmy po 8 lidech. U 7 % dotazovaných vidíme výskyt ZUŠ. Ze statistické ročenky můžeme vyčíst, že v České republice máme 915 poboček ZUŠ, což je velké množství. V Královohradeckém kraji je 32 poboček ZUŠ. Děti mají tedy velkou možnost zájmové činnosti využívat. V ZUŠ máme podobory taneční, výtvarný, literárně-dramatický, hudební. Tyto kroužky navštěvují více dívky. Spojila jsem se s několika rodiči, proč jejich dítě nenavštěvuje kroužky v ZUŠ a nejčastější odpovědí byla finanční stránky. Tyto zájmové činnosti jsou velice drahé a rodiče je proto dětem neumožňují. Objevovale se i odpověď kvůli dojíždění, protože rodiče chodí do práce a následně mají práci ještě doma. Hudební kroužky stojí na rok žáka kolem 3 000,-, výtvarný kroužek vyjde cca na 1 500,- - 2 000,- a taneční kroužek kolem 2 000,- - 4 500,-. Hudební kroužek bývá většinou jednou týdně, výtvarný dvakrát nebo třikrát a taneční může být minimálně dvakrát týdně až šestkrát týdně, proto uvádím větší cenové rozpětí.



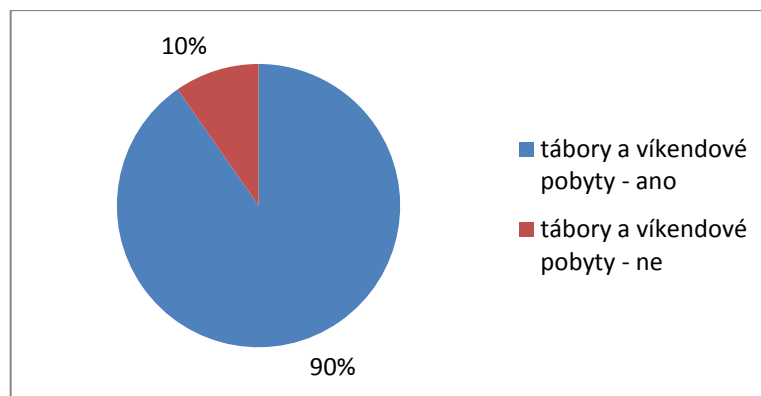
**Graf 28** - Zájmová činnost mimo školu

V dalších dvou grafech (č. 29 a 30) jsem zjišťovala, jestli se děti respondentů účastní táborových a víkendových pobytů od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením a jak často se tyto děti účastní těchto pobytů.

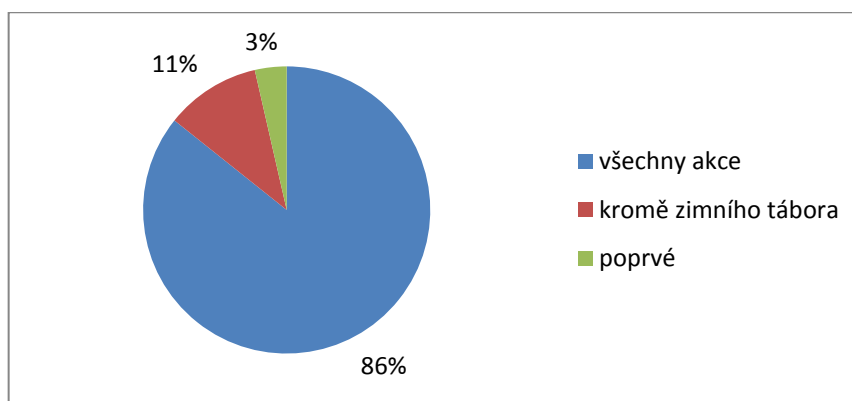
Dle grafu č. 29 se účastní táborů a víkendových pobytů 90% dětí dotazovaných a 10% tyto akce nenavštěvuje, což je zřejmé z toho, že jsem dávala dotazníky rodičům těchto dětí, kteří jezdí na akce od Centra pro osoby se zdravotním postižením.

V následujícím grafu (č. 30) jsou rozebírány odpovědi těch respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně. Jedná se tedy o 90% dotazovaných.

Z grafu č. 30 vyplývá, že 86% dětí se účastní všech táborů a víkendových pobytů od Centra pro integraci zdravotně postižených. 11% dětí se účastní všech akcí, kromě zimního tábora. Na zimní tábor většinou nejedí někteří z vozíčkářů, protože rodiče ví, že je těžká manipulace s běžným vozíkem, a proto nechtějí vedoucím stěžovat práci. Některé děti v období zimního tábora (jarní prázdniny v Hradci Králové), jezdí s rodiči na výlety nebo na hory a proto je účast dětí na zimním táboře nižší. Jedna matka odpověděla, že její dítě je poprvé na víkendovém pobytu, což odpovídá 3% dotazovaných. Z vlastní zkušenosti vím, které dítě bylo na víkendovém pobytu poprvé. Matka nevěděla, zda pobyt její dcera zvládne, protože bylo pro ni těžké odloučení od matky, proto nejprve zkusila víkendový pobyt, který holčička hravě zvládla, protože si našla hned kamarádky a se svojí vedoucí si rozuměla.

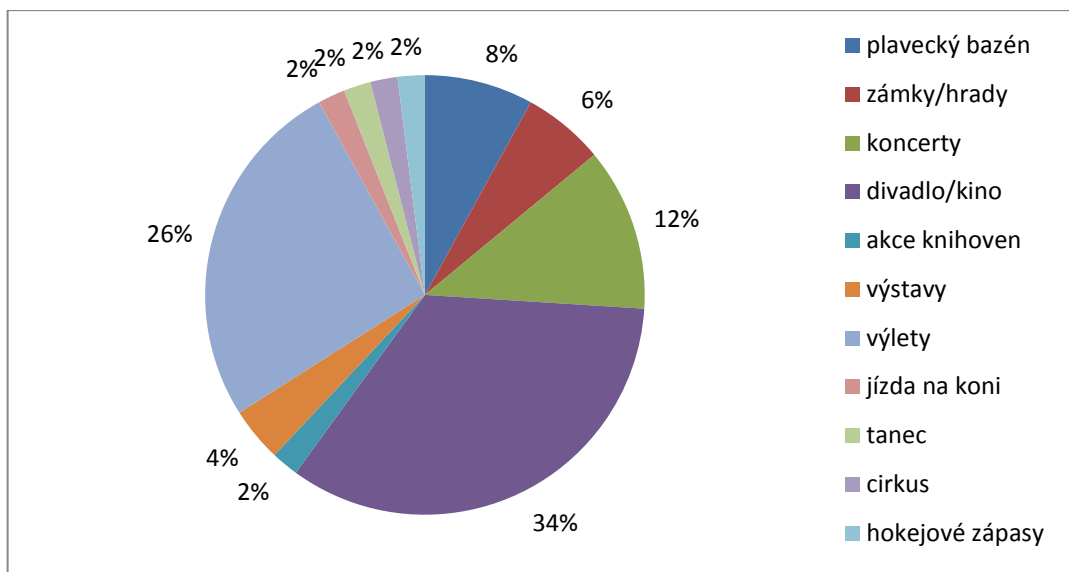


**Graf 29** - Tábory a víkendové pobyty



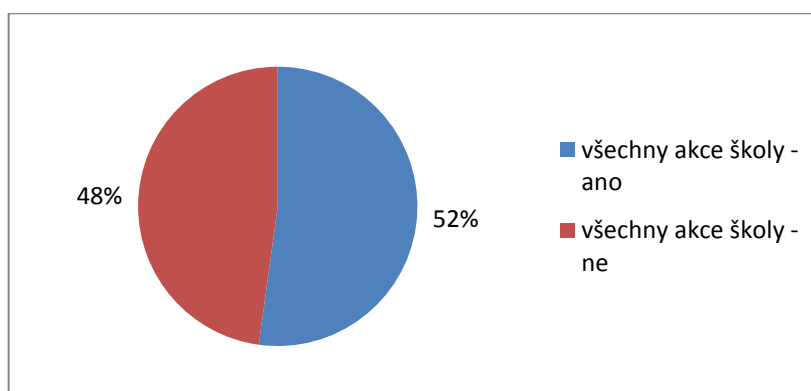
**Graf 30** - četnost návštěvnosti a víkendových pobytů

Podle doložených výsledků (graf č. 31) je patrné, že nejvíce respondentů odpovědělo na otázku, jaké navštěvují kulturní akce mimo školu, kino nebo divadlo (34%). 26% dětí jezdí s rodiči na různé výlety. Z rozhovorů s dětmi vím, že často jezdí rodiče s dětmi na výlety do přírody. Děti nám pak vyprávějí o tom, kde byly, a co zažily. 12% dětí navštěvuje různé koncerty a festivaly. Touto odpovědí jsem nebyla překvapená, protože vím, že starším dětem rodiče umožňují navštěvovat tyto kulturní akce. Setkala jsem se na festivalu v Hradci Králové se dvěma dětmi na vozíčku, které s námi jezdí na pobyty, samozřejmě, že na tomto festivalu byly se svými kamarády, kteří jim se vším pomáhali. 12% je dost málo na to, kolik se v blízkosti dětí koná koncertů a různých vystoupení. Menší četnosti se vyskytovaly v kulturních akcích jako např. plavecký bazén, jízda na koni, tanec, cirkus, hokejové zápasy aj.

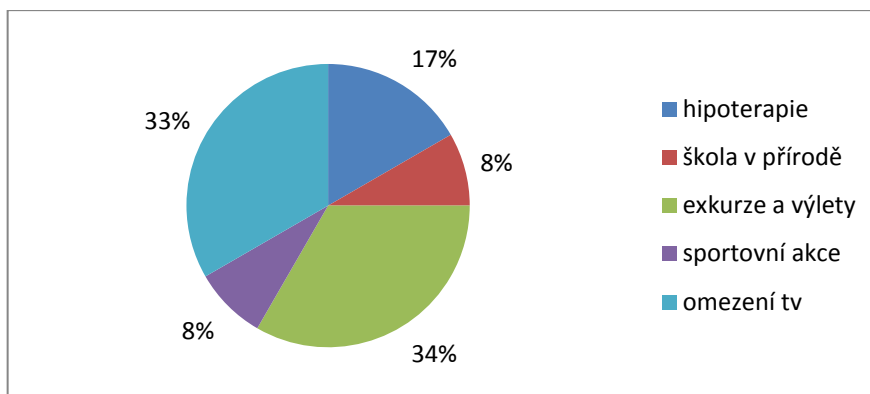


**Graf 31 - Kulturní akce mimo školu**

Z grafu č. 32 vyplývá, že 52% dětí se účastní všech akcí školy a 48% dětí se neúčastní všech akcí školy, což je vysoké procento. Graf č. 33 vypovídá o respondentech, kteří odpověděli, že se jejich dítě neúčastní všech akcí školy. 34% respondentů odpovědělo, že se jejich dítě neúčastní exkurzí a výletů pořádané školou. 33% dětí má určité omezení v tělesné výchově. 17% dětí se neúčastní hipoterapie. 8% dětí se neúčastní školy v přírodě a sportovních akcí.

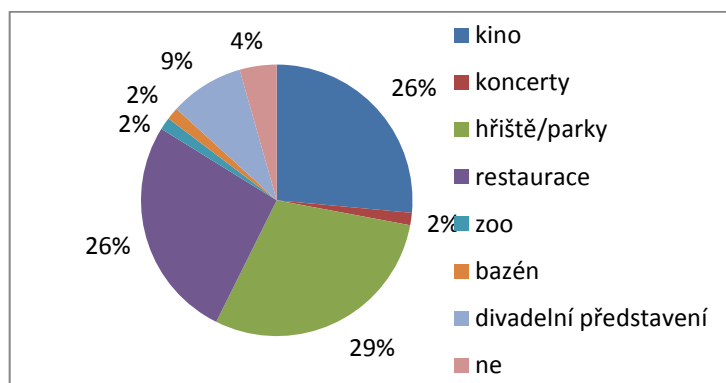


**Graf 32 - Akce ve škole**



**Graf 33** - Čeho se neúčastní ve škole

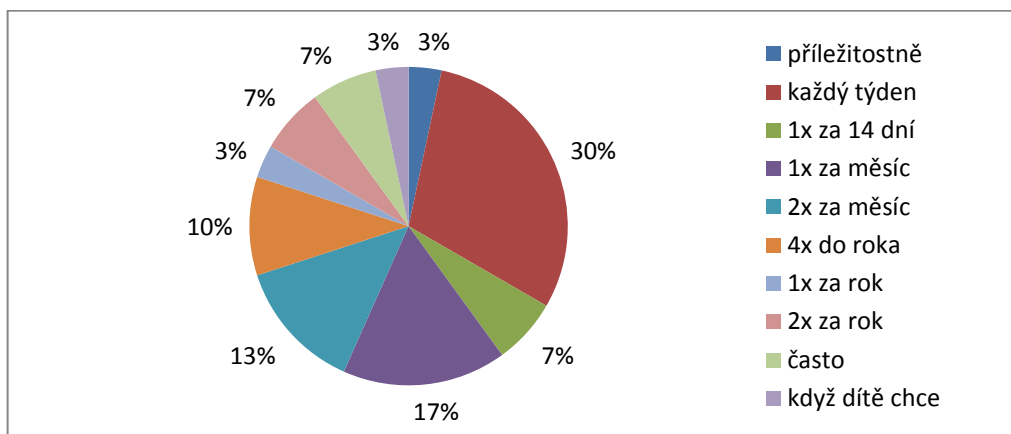
Graf č. 34 pojednává o tom, jakým veřejným aktivitám se děti věnují mimo školu. Nejvíce využívané (29%) jsou parky a hřiště. Hned poté následují kina a restaurace (obojí 26%). Menší procentuální úspěšnost měly např.: koncerty, zoo, bazén, divadelní představení. Pouze 4% dětí se neúčastní žádných aktivit veřejného prostranství. Dle mého názoru by se rodiče s dětmi mohli občas zajít podívat do parku na procházku nebo na nějaké dětské hřiště. Pobyt na čerstvém vzduchu přidává na zdraví jak zdravým lidem, tak i lidem s postižením.



**Graf 34** - Veřejná prostranství

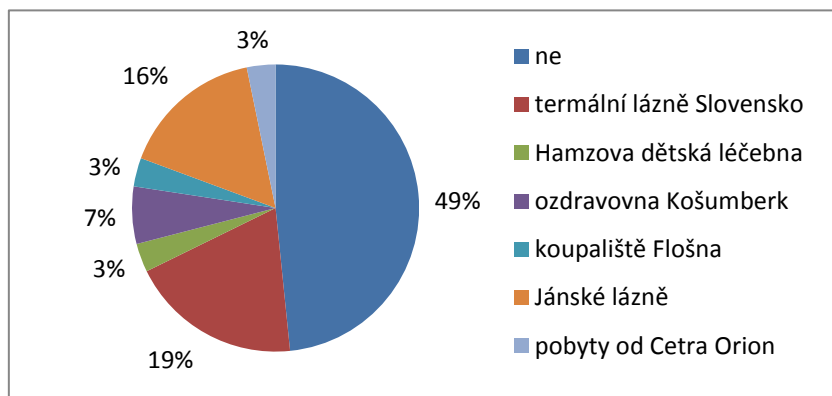
Na další otázku – Jak často navštěvují děti veřejná prostranství, graf č. 35, odpovídalo 96% respondentů. Zbývá 4% se odpovídání neúčastnila, protože jejich dítě veřejná prostranství nenavštěvuje. 30% dotazovaných odpovědělo, že jejich dítě se účastní pobytu na veřejných prostranstvích každý týden. 17% napsalo možnost jedenkrát za měsíc, hned poté následuje možnost 2x za měsíc. Vyskytly se i odpovědi např. 1x za rok, 2x za rok, často, příležitostně aj., jak vidíme v grafu. Nejvíce mě překvapila

odpověď, která se vyskytla pouze v jednom případě, tedy ve 3% a tou byla odpověď: když dítě chce. Z předchozího grafu č. 34 vyplývá, že děti využívají často veřejných prostranství, ale v grafu č. 35 vidíme, že frekvence využití je nedostatečná, protože dvě třetiny dětí využívají těchto činností méněkrát, než jednou za měsíc.



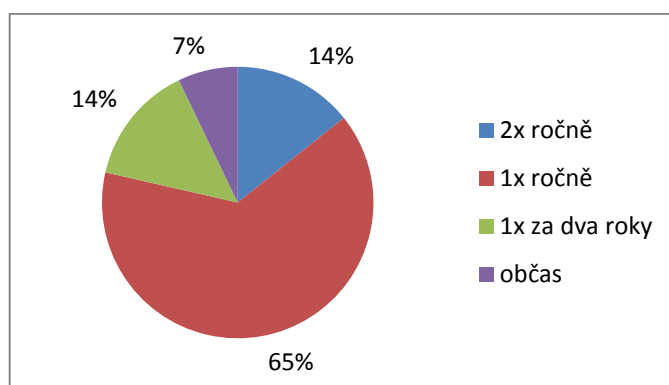
**Graf 35** - Jak často navštěvují veřejná prostranství

Graf č. 36 uvádí, zda se děti účastní aktivit v rehabilitačních a rekreačních střediscích. 49% dotazovaných uvedlo, že se jejich dítě neúčastní ani rehabilitačních, ani rekreačních aktivit. 19% dětí jezdí do termálních lázní na Slovensko. 16% dětí navštěvuje Jánské lázně. Rodiče uvedli i další možnosti: Hamzovu dětskou léčebnu, ozdravovnu Košumberk aj. Léčebné ozdravné pobyty jsou vhodné pro veškeré děti. Přináší dětem možnost účastnit se pobytu v klidovém režimu na vhodném místě, s využitím společensko-kulturních a sportovních aktivit. Pobyt jsou vhodné pro klienty se zdravotními problémy, ale také i pro klienty, kteří mají zájem si zlepšit svůj zdravotní stav v rámci prevence. Tyto pobyty jsou z části financovány zdravotní pojišťovnou a z části si je hradí klienti sami. Je tedy velká škoda, že se jich téměř polovina respondentů neúčastní.



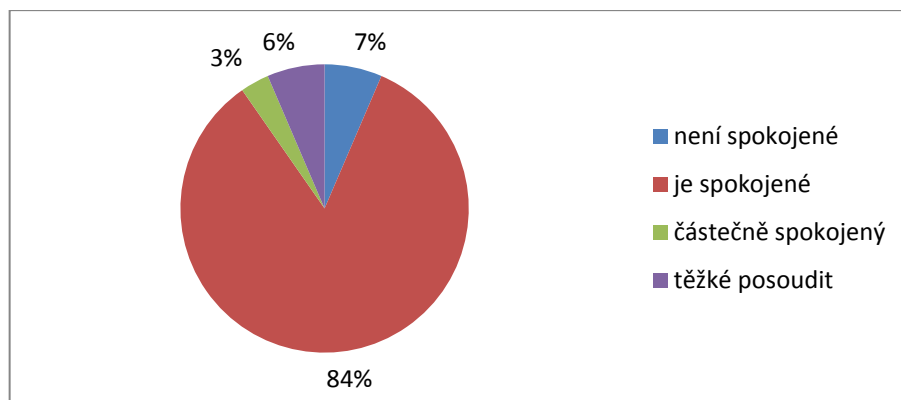
**Graf 36** - Rehabilitační a rekreační střediska

Další graf č. 37 navazuje na graf předchozí, kde jsem se ptala rodičů na četnost návštěv v rehabilitačních a rekreačních střediscích. Odpovědělo 51% respondentů, tedy ti, kterých děti se účastní těchto aktivit. 65% dětí navštěvuje rehabilitační nebo rekreační středisko jednou za rok. Po 14% dětí navštěvují tato střediska 2x ročně nebo jednou za dva roky. Jeden respondent odpověděl možnost občas, která mi vcelku nic nevyprávěla.



**Graf 37** - Jak často navštěvují rehabilitační a rekreační střediska

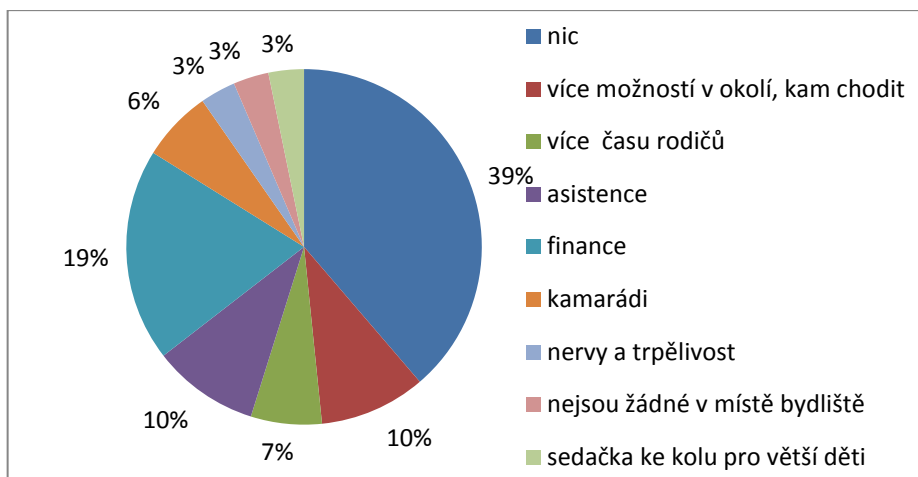
V jednom z posledních grafů č. 38 jsem se soustředila na to, zda jsou děti spokojené s volnočasovými aktivitami, které jim rodiče a zdravotní stav umožňují. 84% dětí je spokojené s možnostmi, jak tráví svůj volný čas. 7% dětí není spokojené (rodiče uváděli důvody např.: dítě nemůže chodit samo ven. 3% dotazovaných odpověděli, že je jejich dítě částečně spokojené, ale neuvádli důvod. 2 respondenti (6%) mi napsali odpověď: těžké posoudit. Nejspíš je to kvůli tomu, že se jejich dítě nedokáže dostatečně vyjádřit. Nedokáže povědět svoje pocity a zájmy a spokojenost. Spokojenost souvisí s posledním grafem.



**Graf 38** - Spokojenost s volnočasovými aktivitami

Poslední graf č. 39 se týkal rodičů. Otázkou bylo, co jim chybí pro volnočasové aktivity. 39% odpovědělo, že jim nechybí nic. Jsou spokojeni a dětem chtějí umožnit vše, o co žádají. 19% rodičů odpovědělo chybějící finance. Tuto odpověď jsem čekala. Přece jen jsou např. kroužky ve školách i mimo ně placené. Pravdou je, že děti s postižením potřebují pomůcky, které nestojí málo a stát rodině nepřispívá tolik, aby všechny tyto pomůcky pokryl, a proto nezůstávají rodičům finance na volnočasové aktivity. 10% rodičů napsalo možnost: více aktivit v okolí. Nejspíš bydlí v malé vesničce, kde je málo možností, jak trávit volný čas. Dalších 10% se vyjádřilo, že jim chybí asistence, která by děti doprovázela na volnočasové aktivity. Vyskytovaly se i méně časté odpovědi: nervy a trpělivost rodičů, kamarádi aj. Je velice zajímavá odpověď 39% respondentů, že jim nic nechybí pro volnočasové aktivity, ale i přesto, když se vrátíme o několik grafů výše, zjistíme, že ne všechny děti se volnočasovým aktivitám věnují. Je tedy otázkou, proč sedí děti doma a nevěnují se žádným aktivitám, když rodičům pro jejich aktivity nic nechybí.





**Graf 39** - Co Vám chybí pro volnočasové aktivity

#### 5.4.2 Kvalitativní šetření

Data pro případovou studii jsem získávala rozhovorem s dítětem a rodiči, studiem dokumentace a pozorováním. Vybrala jsem si tři děti, které jezdí na táborové a víkendové pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením v Královéhradeckém kraji a po domluvě s rodiči jsme se osobně sešli u nich doma a popovídali si o jejich životě a o volnočasových aktivitách, které děti dělají. Od rodičů mi byla vstřícně poskytnuta dokumentace o zdravotním postižení dítěte.

## **1. respondent:**

**Jméno:** Lukáš

**Věk:** 23 let a 9 měsíců

Lukáš žije s matkou a otcem a mladším bratrem v rodinném domě. Dříve bydleli v panelovém domě v Hradci Králové, ale kvůli svému synovi si pořídili rodinný dům se zahradou, aby si mohl hrát za domem na čerstvém vzduchu. Matka je se svým synem každý den doma, je ženou v domácnosti a stará se o svého chlapce. Je velice energická žena, která se snaží užívat života, i přes to, že má život o malinko těžší. Otec vypadá velice unaveně, ale i tak jde na něm vidět, jak svého syna miluje.

Těhotenství s Lukášem proběhlo v pořádku do 8. měsíce, kdy začala odumírat placenta a tudíž bylo nutné podstoupit císařský řez. Vážil 1,9 kg a měřil 42 cm. Je drobné postavy, výška odpovídá kolem 165 cm, váha kolem 55 kg. Je vždy pěkně oblečen, rodiče dbají o čistotu.

Chlapec se narodil s dětskou mozkovou obrnou formy spastická kvadruparésa, která je více vyjádřená na pravostranných končetinách. Dětská mozková obrna byla diagnostikována kolem prvního roku. Dyskinetický syndrom s apraxií, dykoordinací na horních končetinách. Mentální postižení – oligofrenie středně těžká. Chlapec má epilepsii se smíšeným typem záchvatů, která je neúplně kompenzovaná. Záchvaty se objevují jednou za 3-4 měsíce. Souvisí se spánkem, kdy se náhle probudí, zbledá a krátkodobě má záškuby těla. Přes den se záchvaty neobjevují. Nebývá často nemocný, jen nachlazený. Chlapec má i autistické rysy, což jsou problémy v sociálním chování, v oblasti komunikace a v oblasti představitosti. Vyznačuje se příznaky nemluvnosti, poruchami řeči, neschopnosti pochopit význam řeči atd. Je alergický na hmyz. Dříve byl alergický na kravské mléko, ale teď mu v menším množství kravské mléko nevadí.

Co se týče rehabilitace, matka s ním rehabilituje jak doma, tak chlapec dochází do Danety. Daneta je denní stacionář v Hradci Králové, které poskytuje jak vzdělávání, tak i rehabilitace. Nabízí komplexní služby, přispívají k co největší soběstačnosti a nezávislosti na poskytované službě, podporují utvářet přátelské vztahy aj. Do Danety chodí 4 hodiny denně, ve škole Lukáš do družiny nechodí a kroužky nenavštěvuje.

Lukáš potřebuje k sobě druhou osobu, která mu pomáhá se sebeobslouhou a veškerým pobytem ve společnosti. S dozorem zvládne po rovině chůzi, po schodech s pomocí, má horší stabilitu, horší pohyb je ze schodů dolů, z autobusu nezvládne vystoupit. Při hygieně a jídle je potřeba pomoci. Mluví jen v jednotlivých slovech – papa, ne, ahoj, Rád'a (jméno bratra). Úchop rukou je pinzetový, nezvládne dobře udržet nic v ruce, nekreslí a nepíše, špatně udrží pozornost.

Rodiče mi pověděli, že nejoblíbenější hračkou je lžička a míček. Lžičku Luky drží celý den v ruce a hraje si s ní. Míček je druhá oblíbená hračka a s tím si hraje většinou na zahradě. Rád pomáhá svému otci i panu sousedovi s pracemi na zahradě. Tudíž je nejraději venku, kde si rád hází s míčem a hraje si na schovávanou. Má rád společnost a nemá problém se nikomu přizpůsobit a spolupracovat s ním. Rodiče chtěli dům se zahradou, aby Lukáš mohl trávit každý den na čerstvém vzduchu. Pan souseď má psa a chlapec si s ním často hraje. Co se týče aktivit mimo domov, Lukáš jich moc nemá. Občas jde s rodiči na hřiště, kde si hraje na písku. Zřídka si vyrazí na jídlo do restaurace. Lukáš rád jezdí s rodinou na výlety a v létě na různá grilování, která jsou v jejich rodině častá. O prázdninách jezdí k babičce na chatu a do termálních lázní na Slovensko. Častou aktivitou, kterou Lukáš zažívá ve svém volném čase, jsou víkendové pobyty a táborové pobyty od Centra pro zdravotně postižené. Nenavštěvuje s rodinou kino ani koncerty, protože neudrží dlouhodobou pozornost. Navštěvuje akce pořádané obecním úřadem např. půlnoční, rozsvěcení vánočního stromečku, pouťové posezení atd. Často s rodiči chodí na procházky se psem na louku a do lesa.

Lukáš byl prvním dítětem, o které jsem se starala na svém prvním táborovém pobytu od Centra pro integraci osob s postižením v Královéhradeckém kraji na pozici vedoucí. V první chvíli seznámení si mě oblíbil a chytl se mě za ruku, což mi udělalo velkou radost. Lukášovi jsem se věnovala od rána až do večera, pomáhala mu s hygienou, jídlem a činnostmi, které pro děti připravujeme. Pracuje se mi s ním velice dobře. Vyskytla se i jedna negativní zkušenost, za kterou chlapec nejspíš nemohl. O poledním klidu mu nejspíš některé z dětí dalo horký čaj z várnice a on jej na sebe vylil. Čaj byl tak horký, že mu způsobil popáleninu prvního a druhého stupně. Byla jsem z toho velice špatná a bála se reakce rodičů. Rodiče se na mě vůbec nezlobili, pověděli mi, že se to mohlo stát i jim. Na to konto mi vyprávěli, co se stalo jim. Lukáš nejspíš někde spadl doma na zahradě, ale nic rodičům neřekl. Práh jeho bolesti je o dost vyšší, a proto necítí téměř žádnou bolest. Chvíli trvalo, než to rodiče zjistili.

Na táborech i víkendových pobytech se Lukáš účastní veškerých aktivit kromě nočních her, po domluvě s vedoucími, protože se často vyleká. Veškeré aktivity provádí s pomocí vedoucího, např. hra venkovních her, stolní hry, vyrábí různé předměty. Při každé činnosti má velkou radost a usmívá se. Nedokáže se moc dlouho soustředit, proto se na něj musí vždy zavolat jeho jménem, aby si uvědomil, že něco děláme.

Lukáš je hodný chlapec, který je rád, že se může účastnit jiných činností, než doma. Nejvíce mě dokáže potěšit, když za mnou běží svými drobnými krůčky k autobusu a s úsměvem mě chytá za ruku. Stejně to probíhá, když z pobytu přijíždíme a on vidí rodiče anebo svého bratra. Když bratr s rodiči nepřijede, vyslovuje jeho jméno.

Rodičů jsem se zeptala, co jim chybí pro volný čas Lukáše. Byli by nejraději, kdyby se Lukáš dokázal více soustředit a udržel pozornost, protože je těžké mu nějaké volnočasové aktivity vybírat a chodit s ním na různé akce kvůli tomuto problému. I přesto rodiče Lukáše milují, ale mrzí je, že mu nedokáží kvůli pozornosti a soustředěnosti nabídnout více aktivit mimo domov a ve škole, což se mu snaží kompenzovat společnými procházkami a výlety do přírody.

Dle mého názoru je Lukášův stav volnočasových aktivit neuspokojivý, protože se většinou jedná o stereotypní činnost, tedy hru s míčkem nebo lžičkou. Je velice obtížné přivést Lukáše k jiným aktivitám. Úkolem stacionáře je najít volnočasovou aktivitu, aby se Lukášova rodina neuspokojovala jen se stereotypními činnostmi, které Lukáš dělá. Na druhou stranu to ale vypadá, že ho to stereotypní hraní se lžičkou uspokojuje.

## **2. respondent:**

**Jméno:** Anežka

**Věk:** 17 let a 2 měsíce

Slečna žije s matkou, sourozencem a nevlastním otcem v bytě v 1. patře v Hradci Králové. Matka je velice pozitivní a energická a Anežka zdělila tyto vlastnosti po ní.

Matka prodělala jedenkrát spontánní potrat, proto byla více sledována. Porod byl bez problému a v termínu. Porodní délka byla 50 cm a váha 4,2 kg. Anežka se narodila jako zdravé dítě, s přirozeným vývojem. Byla kojena jen dva měsíce a vyšetřovaná skrz astma, které má od jednoho roku medikováno. Prodělala plastickou operaci uší v 5 letech. Anežka je silnější postavy, kolem 155 cm, 85 kg, je obézní.

V roce 2006, tedy v 8 letech se stala účastníkem autonehody, když jela z tábora s jedním z vedoucích. Měla kontuzi mozku s mnohočetnými frakturami obličejové s postižením skeletu, které způsobili lehké mentální postižení. Také byl postižený zrakový nerv a pravý femur. Prodělala několik operací, kdy končetiny byly po dlouhodobé rehabilitaci stabilizovány. Na hlavě jí zůstala obrovská jizva, za kterou se Anežka stydí. Hlavou pohybuje bez omezení, jen má problémy s omezením okohybných svalů. Holčička má silné dioptrie, nosí brýle. Hybnost dolních končetin je prakticky v normě, je nejistá a nekoordinovatelná. Zvládne chůzi s otočkami, při chůzi více napadá na pravou dolní končetinu. Měla dlouho problém s pomočováním, ale teď už je to v pořádku. Anežka se účastnila sezení v psychiatrické léčebně.

Anežka absolvovala 6 terapeutických sezení EEG BIOFEEDBACKU v průběhu jednoho měsíce. Velmi dobře spolupracovala, aktivně přistupovala k terapii. Zlepšila se její koncentrace, sebeovládání a sebekázeň. Byly jí doporučeny další terapie, ale jelikož se Anežka cítí dobře, na dalších nebyla. Anežka často navštěvuje masáže klasické a předehrátí šíje a zad. Bylo jí doporučováno plavání a veškerý relax. Rehabilituje doma s matkou.

Anežka je velice aktivní mladá slečna, které se do běžného zdravého života zamotala komplikace, kterou si moc dobře uvědomuje. Když si na to, co se stalo, vzpomene, vyhrknou jí slzy do očí. Ráda tuto svoji negativní zkušenost vypravuje novým lidem.

Dělá snad veškeré volnočasové aktivity, které by napadly každého z nás. Snaží se sportovat, chodí na různé tanečky, cvičení, ale také má ráda aktivity, nad kterými musí přemýšlet a zapojovat svoji hlavu. Baví ji i vyrábění různých věcí a hlavně má nejraději společnost. Nedokážu si představit, že by Anežka byla chvíli sama bez nějakého kamaráda. Nejvíce jí baví aerobic, na který chodí pravidelně. Musím podotknout, že jí baví škola.

Chodí do Pro-Intepa v Hradci Králové. Vyučování končí v 15. hodin. V pondělí a úterý Anežku vozí domů doprava Dosio a matka si ji převezme. Anežka tudíž nechodí do družiny ani do školního klubu. Každý den má v průběhu vyučování rehabilitace. V pondělí má Anežka kroužek dětské církve, v úterý zumbu, ve středu keramiku (školní zájmový kroužek), ve čtvrtek hudební kroužek (školní zájmový kroužek). O víkendech jezdí střídavě k otci, jednou za 14 dní. Jak s matkou, tak i otcem jezdí na různé výlety do přírody. Když je sama, nudí se a vyhledává jídlo, proto se rodina snaží pořád něco dělat (např. vařit, uklízet, hrát karty). Ve škole má nejraději vaření, pracovní vyučování a matematiku. Často navštěvují s matkou kino, které Anežku velice baví. V létě jezdí Anežka na dva tábory, jeden od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením a jeden od školy. Také Anežka jezdí do léčebny Košumberk a každé léto jezdí s rodiči minimálně na týden na dovolenou.

Ráda jezdí s námi na tábory a víkendové pobyty. Anežka nejezdí vždy na pobyty, protože se často účastní i pobytů v lázních, kde to má také velice ráda. Když přijede z lázní, je velice nadšená, že zhubla, ale většinou to brzy přibere zpátky, protože má velký apetit. Matka ji hlídá a nedává jí tolik jídla, kolik by holčička chtěla. Když jsem jí měla na starosti jednou, ptala se mě, jestli si může koupit něco dobrého. Tak jsem se zeptala, co by si tak dala a ona, že nějakého „nanuka“ a moje následovala otázka: „nechceš něco zdravějšího, Anežko?“. Anežka mi odpověděla, že by si teda dala brambůrky.

Anežka každé ráno pozdraví všechny dospělé i děti a ptá se jich, jak se vyspali. Je velice pěkné vidět dítě, které se doopravdy zajímá o vše, i když je toho občas až nad hlavu. Od rána od 7 hodin bývá na nohách a zvládá celý program bez problému až do pozdních hodin. Účastní se veškerých aktivit. Nikdy se snad nestalo, že by jí něco bolelo tak moc, aby nezvládla program, protože si jej nenechá ujít.

Největší radost dokáže udělat, když všechny obejmě a povídá jim, jak je ráda vidí.

Ptala jsem se Anežčiny matky, co jí chybí pro volnočasové aktivity. Matka se začala smát a první, co mi odpověděla, byla trpělivost. Přiznala, že s Anežkou je těžké vyjít, ale vždy se nějakým způsobem nakonec zvládnout domluvit. Také by pro Anežku chtěla, aby měl den více hodin, protože by si Anežka určitě přibrala nějaké kroužky, kterých by se ráda účastnila. Je samozřejmé, že mi matka pověděla, že by byla nejraději, kdyby se Anežce nestal úraz a byla zdravá.

Domnívám se, že Anežčin stav volnočasových aktivit je velmi uspokojivý, aktivit má mnoho a jsou pravidelné. Pokud bych srovnávala Anežčinu aktivitu s aktivitou jejích vrstevníků, i přes svůj handicap, je v mnohém převyšuje. Myslím si, že by Anežka mohla občas trošku přibrzdit a odpočívat.

### **3. Respondent:**

**Jméno:** Vítek

**Věk:** 17 let a 3 měsíce

Vítek je mladý chlapec, který žije v rodinném domku se svými rodiči a dvěma sestrami. Starší, 19letá sestra je zdravá a studuje gymnázium v Hradci Králové. Mladší sestra Vítko je jeho dvojčetem. Otec pracuje na plný úvazek v ČEZu a matka je zaměstnaná jako hospodářka ve škole na zkrácený úvazek. Chlapec je drobné postavy, měří kolem 150 cm a váží kolem 50 kg.

Těhotenství probíhalo bez problémů až do 7. měsíce, kdy se dvojčata narodila. Omotala se jim pupeční šňůra kolem krku a odumřely jim buňky v mozku. Holčička se narodila jako první, má dětskou mozkovou obrnu formy hemiparéza a lehké mentální postižení. Chlapec má dětskou mozkovou obrnu, formy kvadruparéza, středně těžké mentální postižení. Dolní končetiny jsou ochrnuté a horními končetinami zvládne s pomocí pohybovat. Je tedy imobilní a pohybuje se s pomocí vozíku pod dohledem. K sobě má vodícího psa, kterého miluje. Byl několikrát operovaný. Také má postižené oči, které jsou korigované brýlemi.

Chodí do Prointepa, třídy 3. a má ten nejnižší stupeň vzdělávání. Zde má asistentku, která mu se vším pomáhá. V Prointepu je do 14:00. Ve škole to má velice rád. Navštěvuje různé rehabilitace (ergoterapie, fyzioterapie a motomed) a také na logopedii. Školními zájmovými kroužky jsou tedy ergoterapie, motomed a fyzioterapie. Motomedy jsou léčebné pohybové stroje, podobné rotopedu, určené k posílení svalstva, kdy není vyžadovaná aktivní účast, ale pomocí motoru se pedály pohybují samy a rozpohybují tudíž tělo. Mezi mimoškolní kroužky patří boccia. Jedná se o sport podobný pétanque, určený lidem s těžkým postižením, kteří jsou odkázáni na invalidní vozík. Hraje se s dobře uchopitelnými koženými míčky a házejí se k jacku, tzn. k malému bílému míčku. Vyhrává ten hráč, čí míčky jsou nejbližší k Jacku. Jednou za čtrnáct dní jezdí s tatínkem na hřiště, kde se společně dívají na místní fotbal. Chvilu mu trvá, než se vyjádří a vysloví přesně to, co by chtěl. Rehabilitace má také moc rád. Do družiny nikdy Vítek nechodil, protože raději zůstává ve třídě se staršími dětmi a poslouchá jejich výuku. Bylo to jeho přáním, které vyslovil rodičům, a ti si o tomto



přání promluvili s paní učitelkou, která vyhověla, protože Vítek nevyrušuje výuku a poslouchá.

Co se týče volného času, Vítko i jeho sourozence rodiče berou na různé výlety. Chodí s nimi na hřiště, večere aj. Vítek má rád zoologické zahrady. Nejraději má, když může být se svým otcem na zahradě, kterého pozoruje a radí mu, co má jak dělat a proč je dobré to udělat tak a tak. Snaží se mu pomáhat. Také ho velice baví hrát závodní hry na počítači, u kterého tráví dost času. Mezi oblíbené činnosti patří i dívání se na sportovní programy v televizi. Hry většinou hraje přes zimu, protože se na zahradě přes zimu nepracuje. Tyto aktivity dělá jak o víkendech, o prázdninách, tak i když přijde ze školy. Nejnovější a tedy i nejoblíbenější činností Vítko i jeho sestry je benecykl. Jezdí tedy se svojí nejstarší sestrou na inline brusle. Benecykl je kolo pro tělesně postižené, kdy zdravý jedinec kolo pohání chůzí nebo během. Vítek se v něm pasivně vozí, ale tato jízda mu umožňuje společné aktivity s pohánějícím.

Jako předchozí děti, Vítek jezdí na tábory a víkendové pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje. Účastní se veškerých aktivit, které pro děti pořádáme. Vít chodí i na noční hry, které má velice rád, i přesto, že je velice lekavý a občas i brečí. Nakonec se z nich otřepe a je rád, že na nich byl. Také miluje, když může svůj volný čas trávit se svým dvojčetem a starší sestrou, která se mu často věnuje a dokazuje mu lásku. Nejstarší sestra s námi jezdí jako vedoucí na pobyty.

Vítek je velice energický mladý chlapec, který má rád společnost a nezkazí žádnou legraci.

Také rodičů Vítko jsem se zeptala, zda jim něco chybí pro volnočasové aktivity. Byli by nejraději, kdyby Vítek mohl chodit, ale i přesto mi pověděli, že jim nejspíš nic nechybí. Snaží se Vítkovi kompenzovat jeho postižení tím, že mu umožní co nejvíce volnočasových aktivit, které by chtěl dělat.

Volnočasové aktivity, kterým se Vítek věnuje, jsou hlavně ve škole, mimoškolních aktivit Vítek moc nemá. Při porovnání se zdravými dětmi by se Vítek v jeho věku měl častěji setkávat s kamarády, jenže je pochopitelné, že tahle činnost se nedá tak často realizovat. Jelikož je Vítek na vozíčku a potřebuje mít k sobě doprovod, je těžké skloubit stejný volný čas jak rodičů, tak jeho.

## 5. 5 Zhodnocení kvantitativního a kvalitativního šetření

Praktické šetření jsem prováděla s rodiči dětí s těžkým zdravotním postižením, konkrétně s těmi, jejichž děti jezdí na tábory a víkendové pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením v Královehradeckém kraji.

Dotazník měl tři části. První část se týkala typu a druhu postižení dítěte, ukázala na velmi různorodou skupinu dětí, která patří mezi těžké zdravotní postižení. Druhá část dotazníku se zabývala osobními informacemi, které se týkaly bydliště, škol aj. Většina dětí dotazovaných žije v Hradci Králové. Více jak polovina dětí chodí do ZŠ speciální. Našly se i děti, které navštěvují ZŠ praktickou i ZŠ běžného typu. Třetí část dotazníku se týkala hlavního tématu této práce, a to volnočasových aktivit. Zjišťovala jsem pomocí svých cílových otázek, jakým aktivitám se děti s těžkým zdravotním postižením věnují.

Z výzkumného šetření se ukázalo, že většina dětí s postižením tráví svůj volný čas různými aktivitami, je ale velice smutné, že více než 60% dětí se neúčastní mimoškolních aktivit. Volnočasové aktivity u dětí s těžkým zdravotním postižením jsou různé. Většinou se každé dítě věnuje činnosti mimo školu, některé dítě více, některé méně. Co se týče zájmových kroužků, děti se jim věnují více ve škole. Děti často chodí s rodiči do přírody a jezdí na výlety. Rodiče se dětem věnují s maximálním úsilím, jak jim to jejich čas dovolí.

Děti, se kterými jsem spolupracovala v kvalitativní části, se mnou komunikovaly bez problému. Odpovídaly mi na otázky a samy mi pověděly, co je baví ve volném čase dělat. Rodiče mi vstřícně poskytli zdravotní dokumentace a stejně tak odpovídali na mé dotazy.

Záměrně jsem si vybrala odlišné případy dětí s těžkým zdravotním postižením. Nejvíce volnočasových aktivit má respondentka Anežka, která má získané zdravotní postižení po úrazu. Anežka je také nejaktivnější z dětí, co se týče komunikace, aktivity atd. Hned po ní se výčtem volnočasových aktivit dostává respondent Vítek, je kvadrupareтик na vozíku a má tudíž menší možnost volnočasových aktivit, ale i přesto mu snaží rodiče vybírat takové aktivity, kterých se může účastnit, aby nestrádal v osobním životě. Nejméně volnočasových aktivit má respondent Lukáš, je také kvadrupareтик, ale pohybuje se samostatně s pomocí, oproti Vítkovi. Má málo volnočasových aktivit,

protože má problém se soustředěností a pozorností a je těžké mu nějakou volnočasovou činnost vybrat.

Naplňování volnočasových aktivit má svoje funkce, jak jsme se mohli dozvědět v teoretické části. Nejvíce je dle mého názoru naplňována funkce výchovná a rozvojová. Při vykonávání jakékoliv volnočasové aktivity jsou rozvíjené schopnosti, dovednosti, návyky a u některých činností i vědomosti. Do preventivní funkce patří zájmy žáků a pozitivní příklad pedagoga. Pedagogové se snaží dětem co nejvíce předat z volnočasových aktivit a věnovat se jim. Ne vždy se podaří naplnit všechny zájmy dětí s těžkým zdravotním postižením, protože děti nedokáží zvládat činnosti, které by chtěly. Sociální funkce není moc dobře naplňována. Je naplňována pouze ve volnočasových aktivitách ve škole a v mimoškolních kroužcích, kde se setkává více žáků a je zde možná jejich vzájemná interakce. Mimo kroužky tato funkce naplňována moc dobře není, protože děti s těžkým zdravotním postižením nemají moc dobré sociální vztahy, tedy nemají moc kamarádů, se kterými by se mohli často scházet. Při porovnání s běžnou populací, kdy se zdravé děti setkávají se svými vrstevníky téměř denně, mají děti s těžkým zdravotním postižením problém s naplňováním této funkce, protože navštěvují svoje kamarády jen zřídka. Co se týče poslední funkce, tedy zdravotní, děti se zdravotním postižením mají přesně stanovený režim dne, je dané, kdy je dítě ve škole, kdy relaxuje a kdy se zabývá volnočasovou aktivitou.

### 5.5.1 Výzkumná otázka č. 1

#### **Jakým volnočasovým aktivitám se děti s těžkým postižením věnují ve škole?**

Zaměřila jsem se na šetření volného času v běžných pracovních dnech, tedy v době, kdy děti navštěvují základní školu.

Nejprve jsem se zabývala tím, zda děti s těžkým zdravotním postižením navštěvují školní kluby nebo družiny, kde se většinou volnočasové aktivity provádí. Více jak polovina respondentů odpověděla, že jejich dítě navštěvuje školní kluby nebo družiny. Co se týče činností v těchto zařízeních, děti nejvíce hrají deskové hry, objevovala se i práce na počítači (odpovědělo 14% respondentů). Některé děti si v družině nebo klubu kreslí a malují nebo si dělají domácí úkoly. Činnosti v družině, které děti dělají, odpovídají běžným družinám v základní škole. Pro mě velice malým výskytem bylo malování a kreslení (9%), protože při vzpomínce na svoji základní školu nebo na praxe z vysoké školy jsme se těmto činnostem věnovali téměř denně. Vždy se něco vyrábělo nebo něco kreslilo či malovalo.

V dnešní době je na většině škol nabídka zájmových kroužků velmi pestrá, tudíž není překvapující, že dítě nějaký zájmový kroužek navštěvuje. I přesto z mého šetření vypovídá, že třetina dětí dotazovaných se ve škole žádného kroužku neúčastní. Ty děti, které se kroužků účastní, chodí nejčastěji do kroužku sportovního anebo do kroužku dramatického.

Z rozhovoru s dětmi jsem se dozvěděla, že v jejich školách je široký výběr zájmových kroužků. Anežka navštěvuje dva školní kroužky – keramiku a hudební kroužek, kde Anežka zpívá a hraje na nástroje. Vítek se ve škole účastní ergoterapie, fyzioterapie a motomedu. Lukáš se neúčastní žádných kroužků ve škole kvůli tomu, protože se nedokáže dlouho soustředit. Děti byly z kroužků nadšené a povídaly mi, jak je moc baví. Co se týče aktivit ve škole, všechny děti z případových studií se účastní všech akcí školy.

V kvantitativním výzkumu se nejčastěji vyskytl sportovní kroužek, který z kvalitativního výzkumu využívají dvě děti. Sportovní aktivity jsou důležité pro zdravé děti, ale o to více je důležitý pohyb u dětí s postižením. Mnohým lidem může přijít zvláštní, že děti s těžkým zdravotním postižením věnují sportovnímu kroužku, ale jak

jsme se mohli dozvědět z kvalitativního šetření, sportovní kroužek je velice oblíbený i u dětí s postižením.

Většina škol v dnešní době pořádá pro děti různé akce. Mezi ně patří různé olympiády, školy v přírodě aj. Třetina dotazovaných odpověděla, že se jejich dítě neúčastní všech akcí školy. Tyto děti se neúčastní některých exkurzí a výletů pořádaných školou (většinou školy v přírodě a sportovní akce) nebo mají omezení v tělesné výchově. Je pravdou, že ne vždy jsou všechny výlety přizpůsobené dětem se zdravotním postižením. Většinou tyto děti potřebují k sobě někoho, kdo jim bude pomáhat se sebeobsluhou apod.

### **5.5.2 Výzkumná otázka č. 2**

#### **Jakým volnočasovým aktivitám se děti s těžkým postižením věnují mimo školu?**

Z výzkumného šetření vyplývá, že se děti účastní volnočasových aktivit mimo školu a tráví svůj volný čas různě. Největší podíl na trávení volného času připadá rodině.

Když jsem se respondentů zeptala, jakou nejčastější činnost ve volném čase jejich dítě provádí doma, téměř čtvrtina odpověděla, že nejčastější činností je hraní na počítači či tabletu anebo dívání se na televizi. Televize a multimediální technika je součástí snad každé domácnosti, což vypovídá z mého výzkumného šetření. Sledování televize a trávení času na počítači má jak své negativní, tak i pozitivní stránky. Pozitivně ovlivňuje děti v estetické oblasti a učí je prostřednictvím některých pořadů novým věcem a znalostem. Negativa vidím ve sledování pořadů, které nejsou určeny dětem. Hned po této variantě následovala odpověď čtení nebo prohlížení knih a časopisů (19 %). Četba je pro děti velice důležitá. Jak samostatná četba dětí, tak i předčítání rodiči. Rodiče mohou poskytnout zpětnou vazbu, pokud dítě něčemu nerozumí. Mohou mu problematiku vysvětlit jednodušším způsobem, který dítě pochopí. Také si některé děti krátí svůj volný čas doma posloucháním hudby a zpěvem (18 %) nebo pobytem na zahradě (5%). Pobytu na zahradě by se dalo využívat více, jak jsem se již zmiňovala, pohyb na čerstvém vzduchu je důležitý. Myslím si, že tato činnost doma, by se měla využívat v každé domácnosti, ať už je dítě zdravé nebo má nějaké postižení.

Anežka ráda pomáhá doma matce s veškerými činnostmi doma, jako je vaření, uklízení. Ráda hraje s matkou a otcem karty. Když se nudí, přejídá se, a proto jí rodiče hledají činnosti, aby se zabavila. Vítek je nejraději se svým otcem na zahradě a radí mu, co má

jak udělat. Má radost z toho, že se může vyjádřit k práci otce. Lukášova nejčastější aktivita mimo školu je chození na procházky s rodiči a se psem.

Z otázky, jaká je nejoblíbenější hračka dětí s těžkým zdravotním postižením, jsem se od rodičů dozvěděla, že čtvrtina dětí má nejoblíbenější hračky typu: mobil, počítač, tablet nebo televize. Dále následovaly jako v předchozí otázce časopisy a knihy (16 %). Třetí nejčastější oblíbenou hračkou byla plyšová hračka (10 %). Samozřejmě, že se objevovaly i pastelky, autíčka aj., ale jen v malém množství. Lukášova nejoblíbenější hračka je míček a lžička. Téměř celý den má v rukou lžičku, se kterou si hraje, nejspíš ho uklidňuje. Je otázkou, zda je pozitivní tato jeho hračka, protože se jedná o stereotypní činnost. Na víkendových pobytech a táborových pobytech jsem zkusila Lukášovi lžičku na chvíli vzít, aby se věnoval něčemu jinému, ale i přesto svoji lžičku hledal, a když ji nenašel, vzal si do rukou něco jiného. Anežka nemá oblíbenou hračku, má ráda všechny aktivity a všechny pomůcky a hračky, které doma používá. Vítek nemá neoblíbenější hračku, ale nejoblíbenějšího přítele člověka. Pes, kterého nade vše miluje, je současně i jeho vodícím psem. Vítkovi nejspíš chybí sociální interakce s kamarády, a proto si snaží užívat co nejvíce volného času se svým pejskem.

Zabývala jsem se také otázkami ohledně aktivit mimo domov. Smutné bylo, že ze šetření vyplynulo, že více jak polovina (64 %) dětí nemá žádnou zájmovou činnost mimo školu. Zbylá procenta navštěvují nějaké kroužky mimo školu. Nejčastěji se objevoval taneční kroužek (10 %), ping-pong (7%), Základní umělecká škola (7 %). Jak můžeme vidět v praktické části, u Anežky se objevuje taneční kroužek – zumba a aerobic. Má dost pohybu, který pro svoji obezitu potřebuje. Vítek má mimo školu zájmový kroužek boccia, který ho moc baví. Lukáš nemá zájmové kroužky mimo domov, protože dlouho nevydrží u žádné činnosti.

Patří sem také kulturní aktivity mimo školu. Rodiče odpovídali, že se jejich děti účastní nejvíce kina a divadla (34 %). Největší překážku vidím v menším zastoupení těchto zařízení v menších městech a vesnicích. Také jezdí na rodinné výlety (26 %) a navštěvují koncerty (12 %). Méně rodičů chodí s dětmi do plaveckého bazénu (8 %), do cirkusu (2 %) aj. Nejčastěji děti chodí s rodiči do parků a na hřiště (29 %). Dále čtvrtina dětí chodí s rodiči do kin a restaurací, z čehož jsem byla překvapená. Našly se také i děti, které svůj volný čas netráví žádnými aktivitami na veřejném prostranství. Pobyt na čerstvém vzduchu přidává na zdraví jak zdravým lidem, tak i lidem s postižením.

Při porovnání volnočasových aktivit mimo škol s běžnou populací jsem zjistila, že děti s těžkým zdravotním postižením se věnují volnočasovým aktivitám mimo školu málo. Běžná populace chodí častěji sportovat, vydává se za kulturou do divadel nebo kin, sledují doma filmy, čtou si, prožívají různé aktivity s rodinou a hlavně mají sociální interakci se svými vrstevníky. Dětem s těžkým zdravotním postižením často tyto aktivity chybí dle kvantitativního šetření.

Z kvalitativního šetření vyplývá, že pouze Anežka se přibližuje aktivitám běžné populace. Lukáš se účastní aktivit ve vesnici - rozsvícení stromečku, pouťové posezení aj. Do divadel ani do kin nechodí, protože se nedokáže moc soustředit a tyto aktivity by pro něj neměly smysl. Naopak rád chodí s rodiči na procházky se psem a jezdí na rodinné výlety. Anežka využívá se svojí matkou nejčastěji kina, kam chodí moc ráda. Vítek je nejraději venku na zahradě se svým otcem, ale také jezdí s celou rodinou na různé výlety. Navštěvují společně hřiště a chodí na večere. Má nejraději výlety do zoologických zahrad. Dle mého názoru Anežce nic nechybí z hlediska volnočasových aktivit mimo školu. Vítkovi chybí sociální interakce se svými kamarády, protože se s nimi ne tak často stýká. Lukáš si nejspíš neuvědomuje, že se svými kamarády netráví volný čas. Největší problém spatřuji v nedostatku interakce s kamarády oproti běžné populaci.

Mezi volnočasové aktivity patří i účast dětí v rehabilitačních a rekreačních střediscích. Téměř polovina respondentů uvedla, že se jejich dítě neúčastní aktivit v takových střediscích. Ty děti, které se účastní těchto aktivit, nejčastěji jezdí do Termálních lázní na Slovensko a navštěvuje Jánské lázně. Lukáš ani Vítek nejedí do rekreačních středisek, jenom Anežka navštěvuje ozdravovnu Košumberk.

V neposlední řadě sem patří tábory a víkendové pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením, kterých se účastní téměř všechny děti respondentů. Tábory i víkendové pobyty umožňují pomoc rodičům, aby si chvíli odpočinuli od každodenní péče o svoje dítě. Tuto péči buď na víkend, nebo na tábor přebírají proškolení vedoucí. Myslím si, že jsou rodiče dětí s těžkým zdravotním postižením vděční za tuto pomoc, kterou jim poskytne Centrum, protože jsou velice unavení z každodenní péče o dítě s postižením. Všechny tři děti z případové studie jezdí na pobyty od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením v Královehradeckém kraji.

Jak jsem již psala v teoretické části, rodiče neplatí moc peněz za tyto pobyty. Zbylé finance poskytuje Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje, které si samo hledá i další zdroje financování.

Téměř všichni respondenti odpověděli, že se jejich dítě účastní táborových a víkendových pobytů. Většinou se děti účastní všech pobytů. Pár dětí se neúčastní zimních táborů. Jedná se většinou o děti na vozíčku. V zimě je s vozíkem, jak mechanickým, tak i elektrickým, horší manipulace. Tyto odpovědi jsou zkreslené, protože jsem dotazníky dávala rodičům, jejichž děti se účastní pobytů od Centra pro integraci osob se zdravotním postižením a právě proto jsem si vybrala tři děti různého těžkého zdravotního postižení a domluvila se s rodiči na osobních schůzkách pro zpracování dat do případových studií.

U mnohých dětí s těžkým zdravotním postižením je těžké odhadnout, jaké volnočasové aktivity by chtěly provádět. Jsou děti, které se nedokáží kvůli svému handicapu dostatečně vyjádřit. Také ne vždy dokážou odhadnout, jaké aktivity by zvládly. Nejen volnočasové aktivity dítě s těžkým zdravotním postižením provádí s pomocí rodičů anebo asistentů, které v daném zařízení pracují.

Z výzkumného šetření plyne, že ne všechny děti se věnují volnočasovým aktivitám. Za největší chybu spatřuji, že ne všichni rodiče chodí s dětmi do parků a hřišť.

Trávení volného času u dětí s těžkým zdravotním postižením ve škole se relativně blíží běžné populaci, ale mimo školu se jí rozhodně neblíží. V rodině je stav horší, je obtížné najít si ve svém blízkém okolí vrstevníky, kteří dětem většinou chybí. To je ale zcela jistě dáno tím, jakou pozici mají handicapovaní ve společnosti. Občas se může jednat o obranu rodičů, aby zabránili zdravým dětem, aby se vysmívali jejich dítěti. Za nedostatek sociálního života může i okolí, které se ne vždy hrne do kamarádství s handicapovanými. Je otázkou, zda si rodiče neuvědomují, že by jejich dítě mohlo trávit volnočasové aktivity jinak nebo zda nechtějí a nemají čas a prostředky na to, aby jejich dítě trávilo volnočasové aktivity lépe. Je obtížné najít vhodnou volnočasovou aktivitu nebo zájmový kroužek pro dítě s těžkým zdravotním postižením.



### 5.5.3 Výzkumná otázka č. 3

#### **Jak často se dítě věnuje volnočasovým aktivitám?**

Tato výzkumná otázka navazuje na výzkumnou otázku č. 2. Vyplývá z ní četnost výskytu na volnočasových aktivitách.

Předpokládám, že děti s těžkým zdravotním postižením, které chodí do školního klubu nebo do školní družiny se účastní těchto volnočasových aktivit pravidelně. Školní kluby bývají většinou mezi hodinami, tedy ve volné vyučovací hodině. Školní družiny jsou buď před vyučováním, nebo po vyučováním. Ani jedno z dětí z případové studie nechodí do družiny ani školního klubu. Důvody jsou různé. Anežka má hodně kroužků mimo vyučování, Lukáš se nedokáže soustředit a družina by pro něj neměla smysl a Vítek je místo družiny raději se staršími dětmi a poslouchá jejich výuku. Myslím si, že v kvalitativní části dotazníku jsou důvody neúčasti ve školní družině nebo klubu oprávněné. Na Lukášových volnočasových aktivitách by se mělo více zapracovat, aby se nevěnoval stále jen stereotypním činnostem.

Čtvrtina dotazovaných se vyjádřila, že se jejich děti účastní veřejných prostranství každý týden (30 %). Některé děti chodí na veřejná prostranství pouze jednou za měsíc (17 %) nebo jednou za dva měsíce (13 %). Vyskytly se i varianty 1x za rok, atd. Dle mého názoru by děti měly trávit svůj volný čas hlavně na veřejných prostranstvích, v parku, na hřišti aj., tedy venku, na čerstvém vzduchu, jak jsem se zmiňovala výše. Největší radost jsem měla z odpovědi, která se vyskytla pouze jednou a ta byla: když dítě chce. Tahle odpověď se mi líbila, protože rodiče dítěti umožní pobyt na veřejných prostranstvích. Je velká škoda, že pouze 30 % dotazovaných navštěvuje veřejná prostranství. Veřejná prostranství by měly rodiny s dětmi navštěvovat každý den, už jen proto, že je nic tyto volnočasové aktivity nestojí. Je otázkou, proč nenavštěvují tolik veřejná prostranství, zda nedochází ke konfliktům mezi handicapovanými a zdravými jedinci, protože rodiče ne vždy připraví svoje dítě na kontakt s dítětem s postižením.

Veřejných prostranství se účastní děti z případových studií často. Lukáš chodí na procházky s rodiči pravidelně, Anežka a Vítek také. Jejich rodiče se jim snaží poskytnout co nejvíce volného času pohybem venku, což je určitě správné a pohyb na čerstvém vzduchu dětem napomáhá ve zlepšování zdravotního stavu.

Co se týče četnosti v rehabilitačních a rekreačních střediscích. Rodiče odpovídali nejčastěji, že se jejich dítě účastní pobytu ve střediscích jednou za rok (65 %). Některé děti navštěvují tato střediska dvakrát do roka (14 %) a některé jednou za dva roky (14 %). Předpokládala jsem odpověď jednou do roka, která se mi prokázala. Jak jsem se již zmiňovala, dva respondenti z případové studie nenavštěvují rekreační a rehabilitační střediska vůbec. Slečna jezdí do ozdravovny Košumberk jednou do roka. Je velice smutné, že tato střediska navštěvuje pouze polovina dotazovaných. Na rehabilitační střediska, tedy ozdravné pobyty přispívají pojišťovny a je smutné, že jich rodiče s dětmi tolik nevyužívají. Děti se zde odreagují, naplní si volnočasové aktivity. Hlavním cílem rekreačních středisek je zlepšení zdravotního stavu dítěte a proto je velká škoda, že jich rodiny tolik nevyužívají.

#### **5.5.4 Výzkumná otázka č. 4**

##### **Chybí rodině něco pro umožnění volnočasových aktivit a dětem s těžkým zdravotním postižením?**

Jedna z posledních otázek mého výzkumného šetření byla, co chybí rodičům a dětem pro volnočasové aktivity.

Překvapivé bylo, že téměř polovina respondentů odpověděla, že jim nechybí nic pro volnočasové aktivity jejich dětí (39 %). Snaží se dětem umožnit všechny jejich zájmy a činnosti, které by chtěly zkusit a kterým by se chtěly děti věnovat. 19 % dotazovaných odpovědělo, že jim chybí finance pro volnočasové aktivity jejich dítě. Kroužky jak ve školách, tak i mimoškolní kroužky jsou placené. Není nutné si vybírat nejdražší kroužky, které jsou v nabídkách škol nebo města, ale existují i kroužky, které jsou i pro sociálně slabší rodiny. Někteří rodiče odpověděli, že mají málo možností, jak trávit volný čas se svým dítětem z důvodu bydlení na malém městě nebo ve vesnici (10 %). 10 % rodičům chybí asistence, která by s dítětem volnočasové aktivity prováděla nebo je na ně doprovázela. Méně častými odpověďmi bylo např. chybějící kamarádi nebo nervy a trpělivost rodičů.

Jak v dotazníku v kvalitativní části, tak i v části kvantitativní jsem se rodičů zeptala na tuhle otázku. Všem rodičům pro trávení volného času chybí lepší zdravotní stav svých dětí. Lukášovi rodiče by byli raději, kdyby lépe dokázal udržet pozornost, aby se mu lépe vybíraly zájmové činnosti. Anežky mamince chybí občas trpělivost, protože

Anežka by se chtěla věnovat všemu, co ji napadne. Také jí chybí čas, protože Anežka má hodně volnočasových aktivit, kdyby bylo více času, tak by se jim mohla Anežka věnovat více. Vítkovým rodičům nechybí nejspíš nic. Všichni rodiče se snaží svým dětem kompenzovat postižení společným trávením času a umožněním volnočasovým aktivitám, o které mají zájem.

Všechno není jen o financích, do volnočasových aktivit lze zařadit i výlety s rodinou, kdy si rodina vyrazí do přírody, kde náklady jsou téměř nulové. Je otázkou, proč rodině téměř nic nechybí pro volný čas dětí. Volný čas rodin s dítětem s postižením je ovlivněn typem zdravotního postižení, a tudíž se jejich volný čas liší od běžné populace. Každý typ neb druh postižení vyžaduje jinou péči. Obvykle bývají rodiny ochuzené o zájmy, které by zpravidla využívaly, kdyby neměly dítě s postižením. Rodiče se většinou uskromní a vše přizpůsobují dítěti, aby se mělo dobře a bylo spokojené. Občas rodiče potřebují tzv. „vypnout“ a odpočnout si od jejich stanovené péče o dítě, a proto děti jezdí např. na víkendové pobyty a táborové pobyty od centra pro integraci osob se zdravotním postižením. Rodiče si odpočinou a můžou se věnovat svým aktivitám a zájmům, kterým se nemůžou věnovat tolik, když je s nimi každý den dítě doma, a proto jsou velice rádi, když se o děti chvíli staráme my vedoucí na těchto pobytech. Děti přijíždějí z pobytů nadšené, plné emocí a vzpomínek, které s nadšením rodičům vyprávějí.

## 6 Závěr

Výběr tématu diplomové práce a její zpracování byly pro mě cennou zkušeností. Obohatily mě o nové poznatky z oblasti těžkého zdravotního postižení a volného času, což se mi bude hodit v mé budoucí profesi.

Při vzpomínce na své dětství se můžeme zamyslet nad tím, zda jsme viděli v nějaké škole, kroužku nebo mimoškolních aktivitách dítě s postižením. Tato skutečnost byla naprosto výjimečná, protože to bylo zakázáno. Společnost se postupem času vyvíjela a udělala pokroky ve vztahu k lidem s postižením. Je důležité, aby se lidé zbavili předsudků a při setkávání se s lidmi s postižením neměli nepříjemné pocity nebo strach.

Teoretická část mi přinesla spoustu nových poznatků o těžkém zdravotním postižení, tělesném postižení, mentálním postižení a kombinovaném postižení obecně, o fungování lidí s postižením ve společnosti, chování jedinců s postižením. Také jsem si ujasnila vzdělávání dětí s těžkým zdravotním postižením, tedy problematiku integrace, základních škol praktických a základních škol speciálních. Poslední kapitola v teoretické části mi poskytla mnoho informací o volnočasových aktivitách dětí mimo vyučování. Uvědomila jsem si, jaké jsou funkce volného času a jak se dá volný čas využít. Zabývala jsem se jak školními volnočasovými aktivitami, tak i mimoškolními volnočasovými aktivitami, které děti s postižením mohou navštěvovat. V neposlední řadě jsem zpracovala kapitolu o Centru pro integraci osob se zdravotním postižením v Králověhradeckém kraji, kvůli volnočasovým aktivitám, které pro děti s postižením poskytují.

Praktická část diplomové práce mi umožnila zjistit, jakým volnočasovým aktivitám se děti s těžkým zdravotním postižením věnují. Dotazník, který jsem dávala rodičům dětí s postižením, mi umožnil nahlédnout do života s postižením (zdravotní stav, informace o škole a trávení volného času). Případové studie tří dětí mi umožnily nahlédnout též do života s postižením. Případové studie mi poskytly více informací pomocí osobního kontaktu s rodiči a rozhovory s nimi i jejich dětmi. Rodiče byli vstřícní a poskytli mi zdravotní dokumentaci dětí, kterou jsem potřebovala, a popovídali mi o životě s dítětem s postižením.

Z výzkumu v praktické části vyplývá, že se děti s těžkým zdravotním postižením věnují volnočasovým aktivitám hlavně ve škole, protože tyto aktivity školy nabízí. Větší problém byl s volnočasovými aktivitami mimo školu. Třetina dětí nemá žádný zájmový kroužek mimo školu, čtvrtina dětí nejraději doma hraje na počítači nebo na tabletu. Děti moc nechodí na veřejná prostranství, což je velká škoda. Největší problém spatřuji v chybějícím kontaktu s vrstevníky. Děti s těžkým zdravotním postižením mají podobné volnočasové aktivity jak zdravé děti, bohužel v menší míře.

Společnost si uvědomuje, že jen na ní závisí, jestli lidé s postižením budou mít šanci žít plnohodnotný život. Závěrem diplomové práce bych chtěla podotknout, že se děti s těžkým postižením většinou věnují podobným volnočasovým aktivitám, jako zdravé děti, a proto mohou vytvářet určité hodnoty pro společnost nebo alespoň pro své uspokojení.

## 7 Seznam použité literatury

1. AAIDD. *Definition od Intellectual Disability*. [online]. 2013. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z: <<http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VQ1VbK1ATAU>>
2. AAIDD. *Definity of Intellectual Disability*. [online]. 2010. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z WWW: <<http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VLqwsnsuewP>>
3. ČERNÁ, M. (1995). *Kapitoly z psychopedie: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Praha: Karolinum. ISBN 80-706-6899-7.
4. FISCHER, S., ŠKODA, J. (2008). *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
5. Hájek, Bedřich a kol. (2008). *Pedagogické ovlivňování volného času*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0030-7.
6. HOFBAUER, Břetislav. (2004). *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-927-5.
7. KRAUS, Josef. (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1018-8.
8. KIDHEALTH. *Cerebral Palsy*. [online]. 1995. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z: <[http://kidshealth.org/parent/medical/brain/cerebral\\_palsy.html](http://kidshealth.org/parent/medical/brain/cerebral_palsy.html)>
9. LUDÍKOVÁ, Libuše. (2005). *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.
10. LUDÍKOVÁ, Libuše. (2002). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0557-1.
11. MATĚJČEK, Z. (1992). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. Praha: H & H. ISBN 80-85467-42-9.
12. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Statistická ročenka školství – Výkonový ukazatele 2013/14*. [online]. 2015, [cit. 2015-2-1]. Dostupný z: <<http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>>
13. MKN 10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *Mentální retardace*. [online]. 2015, [cit. 2015-2-1]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

14. NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. *NINDS Cerebral Palsy Information Page*. [online]. 2015. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z: <[http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral\\_palsy/cerebral\\_palsy.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/cerebral_palsy.htm)>
15. PÁVKOVÁ, Jiřina. (2001). *Pedagogika volného času*. Praha: Portal. ISBN 80-7178-711-6.
16. PIPEKOVÁ, J. a kol. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-65-6
17. PIPEKOVÁ, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
18. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. (2003). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
19. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2004. 48 s. [cit. 2015-01-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PV-2004.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf)>.
20. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. 126 s. [cit. 2015-01-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV\\_2007-07.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf)>.
21. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. 126 s. [cit. 2015-01-17]. Dostupné z WWW:<<http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/rvpzv-lmp.pdf>>.
22. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. 126 s. [cit. 2015-01-17]. Dostupné z WWW:<[http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msmt.cz%2Ffile%2F10430\\_1\\_1%2Fdownload%2F&ei=ua-6VLCABYnaOLH5gegF&usg=AFQjCNH\\_Qu8GHrkwhkjinLtxHFpC1om-85A&bvm=bv.83829542,d.ZWU](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msmt.cz%2Ffile%2F10430_1_1%2Fdownload%2F&ei=ua-6VLCABYnaOLH5gegF&usg=AFQjCNH_Qu8GHrkwhkjinLtxHFpC1om-85A&bvm=bv.83829542,d.ZWU)>

23. SKUTIL, Martin, ZIKL, Pavel. (2011). *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník: [terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3855-0.
24. SKUTIL, Martin a kol. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
25. SLOWÍK, Josef, JOUDOVÁ, Pavla, SEVERA, Stanislav. (2007). *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-333.
26. SNELL, M. E. *Severe and Multiple Disabilities, Education of individuals With. Encyclopedia of Education* [online]. New York: Macmillan Reference, 2002. Ed. James W. Guthrie. Vol. 6. 2nd ed. [cit. 2015-2-1]. Dostupné z: <<http://find.galegroup.com/>>.
27. SOVÁK, M. (1980). *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN. ISBN 14-072-86.
28. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ. (2006). I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7060-7.
29. ŠERÁK, M. (2009). *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-551-6.
30. VALENTA, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-291.
31. VAŠEK, Š. (2003). *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia. ISBN 80-968797-0-7.
32. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. *Hemiparéza*. [online]. 2008. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/hemipareza>>
33. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. *Kvadruparéza*. [online]. 2008. [cit. 2015-1-3]. Dostupný z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kvadrupareza>>
34. VÍTKOVÁ, M. (2004). Těžké postižení dětí/žáků jako trvalé ohrožení vývoje a života. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
35. *Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. 73/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb.
36. *Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. 72/2005 Sb., ve znění vyhlášky 116/2011 Sb.



37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICF Introduction*. [online]. 2014, [cit. 2015-2-1]. Dostupný z: <<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=introduction.html%20&mytitle=Introduction>>
38. *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a o změně některých zákonů (školský zákon)*. 561/2004 Sb., ve znění 64/2014 Sb.
39. ZIKL, P. Pojem kombinované postižení. In *Speciální pedagogika*, 2005, č. 4, ISSN 1211-2720.

## 8 Seznam příloh

Příloha A - Dotazník vlastní konstrukce použitý při výzkumném šetření .....	91
---	----

## 9 Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví dítěte .....	44
Graf 2 - Věk narození dítěte .....	44
Graf 3 - Tělesné postižení .....	45
Graf 4 - Mentální postižení .....	46
Graf 5 - Epilepsie .....	46
Graf 6 - Mobilita .....	47
Graf 7 - Hybnost horních končetin.....	47
Graf 8 - Komunikace.....	48
Graf 9 - Další postižení .....	48
Graf 10 – Bydliště.....	49
Graf 11 - Počet obyvatel .....	49
Graf 12 - Rodina .....	50
Graf 13 - S kým dítě vyrůstalo.....	50
Graf 14 - Počet sourozenců.....	50
Graf 15 - Asistent pedagoga.....	51
Graf 16 - Osobní asistent .....	51
Graf 17 - Počet asistentů .....	51
Graf 18 - Doba využívání služeb osobní asistence .....	52
Graf 19 - Druh školy .....	52
Graf 20 - Město školy .....	53
Graf 21 - Ročník ve škole .....	53
Graf 22 - Družina/ školní klub 1. stupeň.....	53
Graf 23 - Družina/ školní klub 2. stupeň.....	53
Graf 24 - Činnosti v družině/ školním klubu .....	54
Graf 25 - Činnosti doma.....	55
Graf 26 - Nejoblíbenější hračka .....	56
Graf 27 - Kroužky ve škole.....	57
Graf 28 - Zájmová činnost mimo školu .....	58
Graf 29 - Tábory a víkendové pobyty .....	59
Graf 30 - četnost návštěvnosti a víkendových pobytů .....	59
Graf 31 - Kulturní akce mimo školu .....	60
Graf 32 - Akce ve škole .....	60
Graf 33 - Čeho se neúčastní ve škole .....	61
Graf 34 - Veřejná prostranství.....	61
Graf 35 - Jak často navštěvují veřejná prostranství.....	62
Graf 36 - Rehabilitační a rekreační střediska .....	62
Graf 37 - Jak často navštěvují rehabilitační a rekreační střediska .....	63
Graf 38 - Spokojenost s volnočasovými aktivitami .....	64
Graf 39 - Co Vám chybí pro volnočasové aktivity .....	65

## **Příloha A - Dotazník vlastní konstrukce použitý při výzkumném šetření**

Milí rodiče,

jmenuji se Lucie Khýrová. Jsem studentka Pedagogické fakulty v Hradci Králové, obor Učitelství pro první stupeň základní školy, specializace speciální pedagogika. Jsem ve 4. ročníku a pracuji na svojí diplomové práci, která má téma: Volnočasové aktivity s dětmi s těžkým zdravotním postižením. Jezdím na táborové a víkendové pobyty prostřednictvím Centra pro zdravotně postižené v Hradci Králové, a proto jsem se rozhodla svůj dotazník zde použít. Proto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který Vám zabere asi 15 minut.

Předem děkuji.

**Pohlaví dítěte:**

**Měsíc a rok narození dítěte:**

### **1. Typ nebo druh postižení (zakroužkujte):**

- a. tělesné:
  - a) DMO (dětská mozková obrna) - forma .....
  - b) myopatie - forma .....
  - c) jiné: .....
- b. mentální postižení:
  - a) žádné
  - b) lehké mentální postižení (50-70 IQ)
  - c) středně těžké mentální postižení (35-49 IQ)
  - d) těžké mentální postižení (20-34 IQ)
  - e) hluboké mentální postižení (0-19 IQ)
- c. epilepsie:
  - a) ano
  - b) ne
- d. mobilita:
  - a) imobilní - vozík
  - b) mobilní s pomocí / pomůckou – berle
  - c) samostatně
- e. hybnost horních končetin:

- a) samostatně
  - b) částečné – úchop (např. s pomocí kreslí apod.)
  - c) jen velmi omezená
  - d) nepohybuje
- f. komunikace:
- a) bez obtíží
  - b) verbální s poruchou řeči – jakou .....
  - c) užívá alternativní a augmentativní komunikace – jaké .....
- g. další vypište:

.....

.....

.....

**2. osobní informace:**

**Bydliště:**

**Počet obyvatel (stačí orientačně):**

**a) z jaké rodiny pochází Vaše dítě?**

- a) úplná
- b) neúplná

*Pokud jste uvedli možnost neúplné rodiny, odpovězte, prosím, na otázku č. 2.:*

**b) vyrůstalo Vaše dítě s:**

- a) matkou
- b) otcem

**3. Kolik má Vaše dítě sourozenců?**

.....

**4. Má Vaše dítě ve škole asistenta pedagoga?**

- a) ano
- b) ne

**5. Má Vaše dítě osobního asistenta?**

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jak dlouho?

.....

**6. Má Vaše dítě osobního asistenta i mimo školu?**

- a) ano
- b) ne

**7. Do jaké školy Vaše dítě dochází, ZŠ nebo MŠ - vyberte?**

**ZŠ**

- a) individuální integrace – individuální plán
- b) speciální třída běžné základní školy
- c) ZŠ speciální
- d) ZŠ praktická
- e) domácí vzdělávání

**MŠ**

- a) individuální integrace – individuální plán
- b) speciální třída běžné MŠ
- c) MŠ speciální
- d) MŠ praktická
- e) domácí vzdělávání

**8. Do jakého města Vaše dítě dochází do školy?**

.....

**9. V jakém ročníku ve škole je Vaše dítě?**

.....

**3. Volnočasové aktivity:**

1. Chodí Vaše dítě do družiny nebo školního klubu?

.....

2. Pokud ano, co Tam dělá?

.....

3. Jaké má Vaše dítě oblíbené činnosti doma?

.....

4. Jak tráví volný čas Vaše dítě doma? – seřad'te to podle četnosti (od nejvíce stráveného času)

.....

.....

.....

5. Jaká je jeho nejoblíbenější hračka – s čím si nejraději hraje?

.....

6. Chodí Vaše dítě do kroužků ve škole – jakých?

.....

7. Má Vaše dítě zájmovou činnost mimo školu a jakou?

.....

8. Jezdí vaše dítě na tábory a víkendové pobyty?

.....

9. Jak často jezdí Vaše dítě na tyto akce?

.....

10. Účastní se Vaše dítě kulturních akcí mimo školu? – vypište jakých

a) kultura (např. divadlo, kina, exkurze, výlety, aj.)

.....

b) sport

.....

11. Účastní se Vaše dítě všech akcí školy?

c) ano

d) ne – pokud ne, tak čeho se nezúčastní (např. tělesná výchova, výlety, exkurze) -  
vypište

.....

.....

.....

12. Využívá Vaše dítě veřejná prostranství (hřiště, parky) a služby (restaurace, kino  
aj.)? – napište jaká

.....

.....

13. Jak často?

.....

14. Využívá Vaše dítě rehabilitačních a rekreačních středisek (lázně, ozdravovny,  
termální koupaliště)? – napište jaká

.....

.....

.....

15. Jak často?

.....

16. Je Vaše dítě spokojené s volnočasovými aktivitami, které dělá? – rozepište se pár  
větami

.....

.....

.....

17. Co Vám chybí pro volnočasové aktivity?

.....

.....  
.....  
18. Co by Vaše dítě chtělo ve volném čase dělat?

.....  
.....  
.....

**Děkuji Vám za Váš čas, Khýrová.**

**Pokud máte zájem o výsledky dotazníkového šetření, napište mi prosím e-mailovou adresu: .....**