

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA
BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2014-2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Filip Knobloch

**Volnočasové aktivity pro jedince s mentálním a kombinovaným
postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Viola Rašínová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE
BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES
2014-2018

BACHELOR THESIS

Filip Knobloch

**Leisure Activities for people with mental and combined
disabilities in homes for people with disabilities**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PaedDr. Viola Rašínová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1.1.2018

Filip Knobloch

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce PaedDr. Viole Rašínové za odborné vedení, konzultace a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce.

Anotace

Práce na téma „Volnočasové aktivity pro jedince s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ se zabývá kvalitou a důležitostí volnočasových aktivit pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V teoretické části se autor věnuje pojmům mentálního postižení, kombinovaného postižení a volného času. V praktické části autor popisuje dvě vybraná zařízení, ve kterých proběhl výzkum. Dále praktická část obsahuje výzkum provedený v těchto dvou zařízeních. Výzkum se zabývá kvalitou využití volného času pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Klíčová slova

Mentální postižení, kombinované postižení, volný čas, volnočasové aktivity, domov pro osoby se zdravotním postižením, terapie

Annotation

The bachelor thesis "Leisure Activities for people with mental and combined disabilities in homes for people with disabilities" deals with the quality and importance of leisure activities for mentally and multiple disabled people. In the theoretical part, the author deals with the concepts of mental disability, multiple disability and leisure time. The also author describes two selected facilities in which research was carried out. The practical part includes research carried out in these two facilities. The research deals with the quality of leisure time for mentally and multiple disabled people.

Keywords

Mental disability, multiple disability, leisure time, leisure activities, home for people with disabilities, therapy

1 OBSAH

ÚVOD.....	- 9 -
TEORETICKÁ ČÁST.....	- 11 -
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	- 11 -
1.1 Definice mentálního postižení.....	- 11 -
1.2 Klasifikace mentálního postižení.....	- 12 -
1.2.1 Lehké mentální postižení (IQ 50-69).....	- 12 -
1.2.2 Středně těžké mentální postižení (IQ 35-49).....	- 13 -
1.2.3 Těžké mentální postižení (IQ 20-34).....	- 13 -
1.2.4 Hluboké mentální postižení (IQ<20).....	- 14 -
1.2.5 Jiné mentální postižení.....	- 14 -
1.2.6 Nespecifikované mentální postižení.....	- 14 -
1.3 Etiologie mentálního postižení.....	- 15 -
1.3.1 Prenatální příčiny.....	- 15 -
1.3.2 Perinatální příčiny.....	- 16 -
1.3.3 Postnatální příčiny.....	- 16 -
1.4 Vzdělávání osob s mentálním postižením.....	- 17 -
2 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	- 18 -
2.1 Definice kombinovaného postižení.....	- 18 -
2.2 Členění kombinovaného postižení.....	- 19 -
2.3 Nejčastější typy kombinovaného postižení.....	- 20 -
2.4 Tělesné postižení.....	- 24 -
2.5 Postižení zraku.....	- 25 -
2.6 Sluchové postižení.....	- 26 -
2.7 Autismus.....	- 26 -
2.8 Vady řeči.....	- 27 -
3 VOLNÝ ČAS.....	- 29 -
3.1 Definice volného času.....	- 29 -
3.2 Zájmová činnost.....	- 30 -
3.3 Dělení volnočasových aktivit.....	- 31 -
3.4 Funkce výchovy ve volném čase.....	- 32 -
3.4.1 Výchovně vzdělávací funkce.....	- 33 -
3.4.2 Zdravotní funkce.....	- 33 -
3.4.3 Sociální funkce.....	- 33 -
3.4.4 Preventivní funkce.....	- 33 -
3.5 Volný čas pro mentálně a kombinovaně postižené.....	- 34 -

PRAKTICKÁ ČÁST	- 38 -
4 ZKOUMANÁ ZAŘÍZENÍ	- 38 -
4.1 Domov Laguna Psáry – zařízení č. 1.....	- 38 -
4.2 Centrum sociálních služeb Tloskov – zařízení č. 2.....	- 39 -
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	- 40 -
5.1 Výzkumný cíl.....	- 40 -
5.2 Výzkumné metody.....	- 40 -
5.3 Dotazník	- 41 -
5.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	- 41 -
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	- 43 -
6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	- 43 -
6.2 Ověření platnosti hypotéz	- 54 -
6.3 Shrnutí praktické části	- 55 -
ZÁVĚR	- 58 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	- 59 -
SEZNAM GRAFŮ	- 62 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 63 -

ÚVOD

...Jiné je tvé dítě.

Jiné ve svém duševním bohatství.

Jiné v rozvoji svých schopností.

Jiné ve vztazích ke světu.

Jiné ve svém jednání i počínání.

Jiné v běžných reakcích.

Je jiné, ale není horší.

Heinrich Behr

Autor se zaměřil na jedince s mentálním a kombinovaným postižením na základě svých zkušeností a praxe na pozici asistenta pedagoga ve speciální škole a aktivizačního pracovníka v domově pro zdravotně postižené. Domov i škola jsou určeny právě pro lidi s kombinovaným a mentálním postižením, se zaměřením na středně a těžce mentálně postižené. Autor tak může čerpat z blízkého vztahu k postiženým a hlavně ze zkušeností z pozice aktivizačního pracovníka, protože se ve své práci zaměřuje na volný čas.

Vybrané téma jsou volnočasové aktivity pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V teoretické části se bude autor věnovat definici mentálního a kombinovaného postižení, důležitým pojmům, dělení, příčinám, možnostem vzdělání a možným přidruženým postižením. Následně se bude věnovat tématu volného času a tomu, jak je pro každého s mentálním nebo kombinovaným postižením důležitý. Nakonec se autor bude zabývat aktivitami, které mohou postižení jedinci o svém volném čase provozovat.

V praktické části se autor zaměří na vyvozování závěrů z provedeného výzkumného šetření v domovech za pomoci vychovatelů v rolích respondentů. Kromě vyvozování závěrů se autor bude snažit přiblížit metody a postupy, kterých bylo při výzkumu použito.

Cílem práce v teoretické části je přiblížit čtenáři mentální a kombinované postižení a objasnit, proč je volný čas pro mentálně postižené důležitý a jakých aktivit je při něm využíváno.

V praktické části se autor bude pomocí výzkumu, jehož metody a postupy budou objasněny a vysvětleny, snažit přiblížit kvalitu využití volného času v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

V této kapitole se bude autor věnovat problematice mentálního postižení. Pozornost bude věnována definici mentální retardace, klasifikaci, etiologii mentálního postižení a vzdělávání osob s mentálním postižením.

1.1 DEFINICE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 26). Adaptivní schopností je myšlena schopnost jedince jednat samostatně, úměrně svému věku a konkrétním kulturním normám. Řečové, pohybové, poznávací a sociální schopnosti, které lze měřit testy, jsou vzhledem k průměru značně snižené. Jedinci s mentálním postižením mají problémy s flexibilitou myšlení a adaptací. Přítomnost mentální retardace u člověka s sebou nese behaviorální, emocionální a sociální potíže. Četnost mentálně postižených u běžné populace se pohybuje okolo 3 %. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Člověk, kterému je diagnostikována mentální retardace, musí splňovat tato tři kritéria:

1. Inteligenční kvocient (IQ) musí daná osoba mít pod 70 bodů.
2. Osoba se nedokáže přizpůsobit požadavkům všedního denního života. Schopnost žít samostatně je omezená nebo je úplně nemožná.
3. Porucha je vrozená, tudíž je u jedince přítomná už od dětství. V případě vhodné rehabilitace a diagnózy může dojít ke zlepšení. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

V roce 1992 začala platit revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Tato revize jistým způsobem mění už dříve užívanou klasifikaci. Dle této nově vytvořené klasifikace se mentální retardace dělí do těchto šesti kategorií: (Švarcová, 2000)

- Lehká mentální retardace
- Středně těžká mentální retardace
- Těžká mentální retardace
- Hluboká mentální retardace
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

1.2.1 LEHKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (IQ 50-69)

Je nejčastější formou postižení. Lehké mentální postižení je diagnostikováno přibližně 80 % mentálně postižených. Už v dětském věku je vývoj lehce opožděný. Děti s lehkým mentálním postižením si osvojí řeč až v pozdějším věku. Tyto děti mají ve škole problémy s učením, přesto si dokáží základní školní dovednosti osvojit, a to do věku 10-11 let. Většinou nedokáží zvládnout abstraktní předměty nebo logické myšlení. V některých případech se mohou vyskytnout problémy se čtením, počítáním a psaním (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie). Osnovy základních škol nedokáží zvládnout úplně.

Osoby s lehkým mentálním postižením dokáží být v sebeobsluze samostatné a ve vhodném prostředí dokáží i pracovat a docházet do práce. Někteří dokáží samostatně bydlet (s dostatečnou pomocí).

Když má osoba i pervazivní vývojovou poruchu, schopnost samostatnosti a učení znatelně klesá, naopak míra behaviorálních potíží stoupá. Dítě, které má pervazivní vývojovou poruchu a mentální postižení, většinou dokáže mluvit.

Úspěšnost adaptování se do běžného života závisí i na jiných faktorech jako například na úrovni řečových schopností, epilepsii a poruchách aktivity, pozornosti a chování. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.2.2 STŘEDNĚ TĚŽKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (IQ 35-49)

Děti, které mají středně těžké mentální postižení, si většinou během plnění školní docházky dokáží osvojit základy trivia. Úroveň řeči se různí. Při sebeobsluze dokáží být povětšinou samostatné, avšak s občasnou pomocí a dohledem. Hodně osob se středně těžkým mentálním postižením se dokáže pracovně uplatnit v chráněných dílnách. Plně samostatně žít nedokáží, potřebují každý den asistenci. Mentální věk se nachází někde mezi 4-8 roky.

U osob se středně těžkým mentálním postižením se často vyskytuje i porucha autistického spektra, s přítomností této poruchy silně klesá adaptivita i praktické využití ostatních schopností. Mnoho osob se středně těžkým mentálním postižením má i vývojovou afázii, takže jejich slovní zásoba mnohdy nečítá ani deset slov. Když osoba řeč ovládá, komunikační charakter řeči je silně omezen. Rozumové a motorické schopnosti jsou velmi rozdílné. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.2.3 TĚŽKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (IQ 20-34)

Kategorie těžkého mentálního postižení je v mnoha směrech podobná středně těžkému mentálnímu postižení. Zvláště když jde o přítomnost organické etiologie nebo přidružené stavy a klinický obraz. Zhoršená úroveň schopností je však v této kategorii o dost citelnější. Většina lidí spadajících do této kategorie na rozdíl od středně těžkého mentálního postižení trpí zároveň i vysokým stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami.

Přestože jsou možnosti vzdělávání nebo výchovy u těchto jedinců velmi omezené, ze zkušenosti víme, že včasná a kvalifikovaná péče (rehabilitační, systematická, vzdělávací, výchovná) může velkou měrou přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností. To vše vede ke zlepšení kvality života osob s těžkým mentálním postižením. (Švarcová, 2000)

Tato diagnóza zahrnuje:

- *těžkou mentální subnormalitu*
- *těžkou oligofrenii*

(Švarcová, 2000, s. 29)

1.2.4 HLUBOKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (IQ<20)

Skoro všechny osoby, které jsou tímto způsobem postiženy, jsou neschopné sebeobsluhy, potřebují pomoc při všech úkonech. Motorika bývá velmi omezena, zřetelné jsou i časté stereotypní pohyby. Časté jsou i přidružená postižení zraku, sluchu. Mohou se objevovat i těžké neurologické poruchy. Řeč u osob s hlubokým mentálním postižením není rozvinuta. Komunikace je nonverbálního rázu a nemá žádný smysl, je pouze možné porozumět základním požadavkům. Okolí lidé s hlubokým mentálním postižením nepoznávají. Aktivní sféra je naprosto porušená, častá je i autoagrese (sebepoškozování). Příliš vysokého věku se nedožijí a jejich četnost tvoří cca 1 % mentálně postižených. (Pipeková, 1998)

1.2.5 JINÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Kategorie jiného mentálního postižení by se měla používat pouze v situaci, kdy je určení stupně intelektového postižení za pomoci obvyklých metod krajně nesnadné nebo dokonce nemožné či z důvodu přidružených vad. Jako například u osob nevidomých, neslyšících, nemluvicích atd. (Švarcová, 2000)

1.2.6 NESPECIFIKOVANÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Kategorie nespecifikovaného mentálního postižení se používá pouze v situaci, ve které je mentální postižení zjištěno, ale není zde dostatečné množství informací k tomu, aby byla osoba s mentálním postižením zařazena do jedné z uvedených kategorií mentálního postižení. (Švarcová, 2000)

1.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

„Vznik a vývoj funkčních soustav lidského mozku je jednou z nejzajímavějších, nejsložitějších a nejméně poznanych oblastí lidského vědění, zatížených snad největším počtem předsudků“

František Koukolík

Etiologie mentálního postižení je velice různorodá nejen kvůli velkému množství vlivů, které mohou ohrozit přirozený vývoj plodu (prenatální příčiny), ale i kvůli jiným onemocněním nebo úrazům, které na člověka mohou působit i po porodu (perinatální příčiny – doba kolem porodu a postnatální – od narození po celý život). Velký význam má v etiologii i dědičnost (hereditární příčiny), jsou to poruchy metabolické nebo chromozomální.

Mezi jedinci, kteří mají mentální postižení, je velká různorodost, co se příčiny vzniku mentálního postižení a jejich kombinací týče. Je důležité uvědomit si, že u každého mentálně postiženého jedince většinou není možné přesně určit, jestli bylo jeho mentální postižení způsobeno jen biologickými jevy a jak moc se na stavu mentálně postiženého jedince podílely sociální vlivy. Sociální faktory společně s faktory biologickými se v utváření osobnosti jedince vzájemně prolínají. Původní stav postižení může být pod vlivem sociálního prostředí nebo životních zkušeností pozměněn negativně nebo pozitivně. Dalším důležitým faktorem je i faktor časový, tedy kdy a v jaké situaci došlo k mentálnímu postižení. (Černá, 2008)

1.3.1 PRENATÁLNÍ PŘÍČINY

V prenatálním období na jedince působí velké množství vlivů, mezi těmito vlivy mají velice důležitý význam ty vlivy, které zapříčiňují mentální postižení „familiární“. Jsou to vlivy dědičné – hereditární (z důvodu zjednodušení a zpřehlednění je řadíme mezi prenatální). Mezi tyto vlivy řadíme dědičné nemoci (zejména metabolické), které postupem času mohou vést k mentálnímu postižení, ale i kdy jedinec po svých rodičích nedostatek schopností k dané činnosti dědí. Jde o faktory, které představují dolní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci. (Zvolský in Valenta, 2003)

Nejčastějším faktorem pro vznik mentálního postižení jsou specifické genetické příčiny (a to nejen v období prenatálním, ale obecně). Vlivem faktorů mutagenních, z nichž některé, jako například dlouhodobé hladovění nebo chemické vlivy, známe, může dojít k mutaci genů nebo k aberaci chromozomů a výchytkám v jejich počtech. Tato kategorie

zahrnuje velkou skupinu (21 % etiologií mentálního postižení) recesivně podmíněných poruch, do kterých spadá většina dědičných metabolických nemocí. Největší skupinou, která způsobuje mentálního postižení, jsou syndromy, které mají příčinu ve změně počtu chromozomů a hlavně trizomie (tři chromozomy místo běžného páru chromozomů). Nejznámějším a nejpočetnějším je Downův syndrom, který je způsoben trizomií jednadvacátého chromozomu (je příčinou 23 % mentálních postižení).

Další velmi časté jsou odchylky v počtech pohlavních chromozomů, a to například trizomie (XXY) - Klenefelterův syndrom.

Za další skupinu prenatalních vlivů považujeme environmentální vlivy a onemocnění matky v těhotenství, v takovém případě platí pravidlo, že čím dříve se patologie objeví, tím horší jsou následky pro dítě. Mezi takovými onemocněními patří například toxoplazmóza, zarděnky, otrava olovem, alkoholismus, syfilis atd.

Příčinou mentálního postižení může být i nedostatek plodové vody (oligohydromnion) nebo vrozené vady mozku či lebky. Spekuluje se, že příčinou může být i prenatalní deprivace (silně nechtěné dítě), která se může projevit na zdraví jedince (Valenta, 2003)

1.3.2 PERINATÁLNÍ PŘÍČINY

Perinatální encenfalopatie (organické poškození mozku) je označována jako příčina potíží, kterou nazýváme lehká mozková dysfunkce. Tato příčina může přivodit mentální postižení u desetiny až dvacetiny případů. (Zvolský in Valenta, 2003)

Mezi další perinatální faktory řadíme poškození mozku při porodu, hypoxii nebo asfyxii (nedostatek kyslíku), předčasný porod, malou porodní hmotnost dítěte, hyperbilirubinémie (těžká novorozenecká žloutenka). (Valenta, 2003)

1.3.3 POSTNATÁLNÍ PŘÍČINY

Po narození dítěte může mentální postižení přivodit celá řada vlivů, mezi které se řadí například zánět mozku způsobený mikroorganismy (encefalitida, meningitida...) nebo mechanické vlivy jako například traumata, krvácení do mozku, mozkové léze atd. Zvláště v pokročilejším věku může mentální postižení způsobit Alzheimerova choroba, alkoholová demence, Parkinsonova choroba, epileptická demence, schizofrenie atd.

Zhoršení schopností intelektu může být zapříčiněno i deprivací senzoričnou, citovou nebo sociokulturní u dětí, které vyrůstají v nepřátelském, odcizeném či nepodnětném okolí nebo v péči institucí. Takové okolí může mít za vinu snížení inteligenčního kvocientu, a to až o 20 bodů. Pokud však dojde včas k uspokojení potřeb, deficit intelektu se může ještě upravit. Problémem je, že děti, kterých se sociokulturní deprivace týká, mají velmi často rodiče s nižším intelektem. V takovém případě nastává kumulace patologických faktorů, které zapříčiňují hlavně lehké mentální postižení. (Valenta, 2003)

1.4 VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Úspěšné vzdělávání a výchova osob s mentálním postižením závisí na mnoha faktorech. Mezi ty vůbec nejdůležitější faktory patří hloubka mentálního postižení, typ a forma mentálního postižení, klinické symptomy a možná kombinace s jiným přidruženým postižením. V neposlední řadě patří mezi důležité faktory i samotná ochota mentálně postižené osoby se vzdělávat a spolupracovat. (Pipeková 1998)

Žáci s mentálním postižením, jinak také žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, mají možnost se inkluzivně vzdělávat v běžných školských zařízeních, nejen ve speciálních školách. V běžných třídách se inkluzivně vzdělávají pouze žáci, kteří mají lehčí stupeň postižení, nejčastěji žáci s Aspergerovým nebo Downovým syndromem. Avšak děti s mentálním postižením bývají ve většině případů vzdělávání stále segregovaně. Žáci, kteří mají těžší stupeň mentálního postižení, byli dříve označováni jako nevzdělavatelni, ale vychovatelní. Přijetím zákona č. 561/2004 Sb. byli i tito žáci zapojeni do vzdělávacího systému. (Bazalová, 2014). Inkluze není pro každého a existují na ni různé názory. Autor je zastáncem inkluze, avšak nic se nemá přehánět.

Celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením

Všichni máme právo na celoživotní vzdělávání a jedinci s mentálním postižením nejsou výjimkou. Vzdělávání je pro osoby s mentálním postižením velmi důležitou terapií jejich handicapu. Čím více se budou rozumové schopnosti rozvíjet, tím má jedinec s mentálním postižením vyšší šanci na začlenění se do společnosti. (Švarcová, 2006)

2 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

V této kapitole se autor bude věnovat tématu kombinovaného postižení. Danému tématu se věnuje stále více odborníků. Přesto se jedná o velmi složitou problematiku, kde je například stále nejednotná terminologie. Oblast kombinovaného postižení totiž zahrnuje mnoho různých postižení, která se spolu navzájem kombinují a dosahují různých stupňů postižení. Každý jedinec s takovým postižením potřebuje velice individuální přístup. V této kapitole by autor chtěl shrnout všechny důležité poznatky k uvedenému tématu.

Nejprve autor vysvětlí, co je to kombinované postižení, jak vzniká a jak se klasifikuje. V celé jedné kapitole se bude autor věnovat jednotlivým nejrozšířenějším typům postižení a v poslední řadě vzdělávání takto postižených osob.

Cílem kapitoly je tedy komplexně shrnout nejdůležitější poznatky týkající se kombinovaného postižení.

2.1 DEFINICE KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

Skupina jedinců s kombinovanými vadami je skupinou, která je po všech směrech tou nejkomplicovanější. V současnosti je tato oblast nejméně probádaná, co se týče praxe a teorie speciální pedagogiky. (Ludíková, 2005)

Při současné terminologii se můžeme setkat s termínem kombinované vady nebo kombinované postižení. O kombinovaném postižení může být řeč, pokud jsou u osoby prokázány dva a více druhů postižení, které omezují rozvoj daného jedince. (Vítková in Hanák, 2005)

Postižení více vadami je charakterizováno ve Věstníku MŠMT ČR (č.8/1997, 25602/97-22): „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák, postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.*“

Š. Vašek (1996) uvádí pojem „**vícenásobné postižení**“. Dále Š. Vašek uvádí, že se u jedinců s více vadami „*v důsledku působení některých limitujících faktorů mohou vyskytovat těžkosti v recepci informací při jejich centrálním zpracování nebo v expresi a rovněž v jejich kombinacích. Vícenásobné postižení se vyskytuje v různě početných variantách, v rámci kterých je třeba vzhledem k interindividuálním rozdílům postupovat přísně individuálně.*“ (Vašek 1996, 163-164)

V kombinaci mohou být nejen závažné stupně postižení, narušení nebo poruch, nýbrž i jejich lehčí stupně vzájemně či s těžkými stupni postižení.

Osoby s kombinovaným postižením tvoří podstatnou část naší populace. Výskyt osob s kombinovaným postižením se stále zvyšuje. Jedinci s kombinovaným postižením jsou velmi heterogenní a mají nejrůznější příznaky a projevy, ze kterých pak vyplývají speciálně výchovné a vzdělávací potřeby.

S přihlédnutím ke zmíněné různorodosti není možné určit přesně počet kombinovaně postižených v populaci. Obdobně obtížné je i určení počtu a výskytu v rámci kategorií kombinovaně postižených. (Renotierová, Ludíková, 2006)

2.2 ČLENĚNÍ KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

Při kategorizaci osob s kombinovaným postižením nastávají nemalé problémy, jelikož v natolik heterogenní skupině, kterou jedinci s kombinovaným postižením tvoří, se jen velice těžce určují společné rysy pro rozdělení do kategorií. (Ludíková, 2005)

Sovák (1986) kombinované postižení kategorizoval na:

- „-slepohluchoněmí
- slabomyslní hluchoněmí
- slabomyslní slepí
- slabomyslní tělesně postižení (a podobně)“

(Sovák, 1986, s. 43)

Jesenský při svém členění kombinovaných postižení využívá principu dominantního postižení:

„1. Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení

2. Mentální postižení s tělesným postižením

3. Mentální postižení se sluchovým postižením

4. Mentální postižení s chorobou

5. Mentální postižení se zrakovým postižením

6. Mentální postižení s obtížnou vychovatelností

7. Smyslové a tělesné postižení

8. Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou“

(Jesenský, 2000, s. 15)

2.3 NEJČASTĚJŠÍ TYPY KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ

V této kapitole se autor zaměří na nejčastější typy kombinovaných postižení, mezi něž patří například hluchoslepota, Downův syndrom, Apert syndrom a další.

Hluchoslepota

Portál spokojenedeti.cz (2017) označuje hluchoslepotu jako jedno z nejtěžších postižení, se kterým se můžeme setkat. Hluchoslepé osoby jsou už od narození nebo od pozdějšího věku různou mírou ochuzeni o schopnosti vidět a slyšet.

Hluchoslepota je poškození dvou základních smyslů pro poznávání světa, jde o současný výskyt zrakové a sluchové vady. Hluchoslepi lidé potřebují velice individuální přístup, omezenou funkci zraku nebo sluchu totiž nemohou nahradit tím druhým smyslem. Komunikovat mohou často pouze znakovou řečí. (Slowík, 2016)

Downův syndrom

Downův syndrom je z uvedených typů postižením tím nejčastějším, proto se autor rozhodl syndrom podrobněji rozvést.

Downův syndrom je nejznámějším a nejpočetnějším syndromem, který má příčinu ve změně počtu chromozomů. Downův syndrom má v populaci mentálně postižených osob velmi vysoký výskyt (asi 5%). Riziko výskytu Downova syndromu se zvyšuje s věkem matky

dítěte. Syndrom je dnes možné diagnostikovat ještě před narozením. (Raboch, Zvolský in Černá, 2008)

Hloubka mentálního postižení se různí, nejčastější je však výskyt lehkého a středně těžkého mentálního postižení. Mezi časté zdravotní komplikace patří například vrozené srdeční vady, střevní abnormality, žaludeční abnormality, vrozená katarakta, nystagmus, myopie, nedoslýchavost, úplná ztráta sluchu, porucha štítné žlázy aj. (Černá, 2008)

V různých publikacích jsou často uváděny společné znaky osob s Downovým syndromem.

- *„malá postava*
- *malá zploštělá lebka*
- *mohutná šíje*
- *plochý široký obličej s vystouplými lícními kostmi*
- *krátké široké ruce se zakřivenými prsty*
- *šikmé oči se záhyby ve vnitřních koutcích*
- *malá ústa a nízké patro*
- *rýha napříč dlaně, tzv. opičí rýha*
- *snížený svalový tonus*
- *nadměrná kloubní pohyblivost*
- *zvýšená citlivost na respirační infekce*
- *neúplný nebo opožděný sexuální vývoj“*

(Ainsworth in Černá, 2008, s. 90)

Dětská mozková obrna

Portál www.sancedetem.cz (2017) uvádí, že dětská mozková obrna se řadí do kategorie tělesných postižení. Velmi často bývá spojena i s mentální retardací a jinými charakteristickými znaky, jako například snížený nebo naopak zvýšený svalový tonus, poruchy zraku či sluchu, narušená koordinace dechu, poruchy řeči nebo poruchy příjmu potravy atd. Může se také objevovat epilepsie. Příčina dětské mozkové obrny je poškození mozku.

Angelmanův syndrom

Výskyt Angelmanova syndromu v populaci je velmi vzácný. Je to genetické chromozomální postižení. Syndrom charakterizuje vrozené mentální postižení, většinou v pásmu těžkého až hlubokého mentálního postižení. Jedinci s tímto syndromem trpí absencí řeči, epileptickými záchvaty, opožděným motorickým vývojem, svalovými abnormalitami, častými výbuchy smíchu bez spouštěče a neobvyklými rysy v obličeji. (Raboch, Zvolský in Černá, 2008)

Apert syndrom

Lidé s Apert syndromem trpí srůsty lebečních kostí, to má vliv na tvar a růst lebky a na růst mozku. Prsty na ruce i nohou mají tyto lidé srostlé, častá je i deformace patra. Syndrom je dále spojen se zubními anomáliemi, očima postavenými daleko od sebe, poruchami sluchu a mentální retardací. Příčina toho syndromu je v genové mutaci, je možné ji diagnostikovat v průběhu těhotenství. (www.sancedetem.cz, 2017)

Prader-Williho syndrom

Řadí se do chromozomálních postižení, je považován za pátý nejčastější syndrom. Častěji se vyskytuje u chlapců. (Černá, 2008). Děti jsou již od narození hypotrofní a hypotonické, později okolo druhého roku se vyskytuje hyperfagie. V předškolním věku je častá obezita zapříčiněna silnou potřebou jíst, tato potřeba může vést až k agresivitě, pokud není uspokojena. (Raboch, Zvolský in Černá, 2008)

Nápadnými znaky jsou krátké končetiny, úzké čelo, lahvovité prsty, buclaté tváře a nízká sexuální aktivita. Puberta nastává opožděně, stejně tak i psychomotorický vývoj je opožděn. (Černá, 2008). Jedinci s Prader-Williho syndromem trpí postižením orálně motorických funkcí, což způsobuje problémy s artikulací. Časté jsou i problémy se sluchem a zrakem (hlavně strabismus). Mentální postižení se velmi různí, může být lehké až hluboké. (Rondal in Černá, 2008)

CHARGE syndrom

CHARGE syndrom je kombinací vícero onemocnění a zdravotních postižení, jedná se hlavně o srdeční vadu, poruchy sluchu, rozštěp duhovky, psychomotorické postižení, neúplně vyvinuté pohlavní orgány, srostlé nosní dírky, které mohou být pro novorozence až smrtelně nebezpečné. (www.sancedetem.cz, 2017)

Cornelia de Lange

Osoby se syndromem Cornelia de Lange mají pro ně charakteristické rysy: nízko posazené uši, husté a srostlé obočí, úzký horní ret, povislé koutky, široký kořen nosu, malou hlavu, celkově malý vzrůst. Vývoj osob se syndromem Cornelia de Lange je celkově pomalý. Může se vyskytnout porucha zraku a sluchu nebo narušení komunikační schopnosti. Může se objevit zvracení, reflux nebo častý průjem. Příčina Cornelia de Lange syndromu je genová mutace. (www.sancedetem.cz, 2017)

Pierre Robin sekvence

Další často vyskytující se syndrom je Pierre Robin sekvence. Charakteristickými rysy jsou: malá dolní čelist, porucha přijímání potravy a rozštěp měkkého patra. Malá dolní čelist způsobuje u těchto lidí velké riziko zapadnutí jazyka. Intelekt není narušen. Pierre Robin sekvence bývá často součástí nějakého jiného syndromu (fetální alkoholový syndrom, Velokardio faciální syndrom). Příčiny se různí. (www.sancedetem.cz, 2017)

Treacher Collins syndrom

Jedinci s Treacher Collins syndromem mají tyto charakteristické rysy: vnější oční koutky směřují dolů, malá dolní čelist, vnější koutky očí míří dolů, nedostatečně vyvinuté lící kosti, často zdeformované patro, široká ústa. Osoby s Treacher Collins syndromem často trpí vadami skusu, různými poruchami růstu zubů a převodními poruchami sluchu. Intelekt není narušen. Treacher Collins syndrom je dědičným. (www.sancedetem.cz, 2017)

Goldenhar syndrom

Typickým znakem Goldenhar syndromu je nedostatečný vývoj nosu, čelisti, očí a měkkého patra, to vše pouze na levé nebo pravé straně hlavy. Mohou se vyskytovat i jiné příznaky, například: skolióza, porucha zraku či sluchu. Postižené můžou být i vnitřní orgány. Vznik syndromu způsobuje velký počet faktorů, tudíž je syndrom multifaktoriální. (www.sancedetem.cz, 2017)

Syndrom kočičího křiku

Je chromozomální poruchou. Název je odvozen od specifického hlasového projevu dětí, které syndromem trpí. Tento projev je způsoben hypoplazií hlasivek. S rostoucím věkem projev mizí. Mnoho jedinců s tímto syndromem se nedožívá dospělosti. Mezi typické tělesné znaky patří malá hlava, šikmé oči, nízko posazené uši, široké obočí, malé čelisti. Tyto osoby mají problémy v oblasti motorické, kognitivní i řečové. Mentální postižení může být těžké až hluboké. (Černá, 2008)

2.4 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné (somatické) postižení obecně chápeme jako postižení, které se vyznačuje trvalými nebo dočasnými potížemi v motorice jedince. Z většiny jde o nervové poruchy, avšak může se jednat i o poruchy nosného nebo pohybového systému. Tato skutečnost se může negativně projevovat na osobnosti jedince s tělesným postižením. Psychomotorický vývoj bývá poškozen, tato skutečnost se může projevovat i v jiné oblasti než somatické. Potíže se můžou objevit i v sociálních a psychických oblastí. Příčiny tělesného postižení se dělí na: **endogenní** (vnitřní) a **exogenní** (vnější). (Jankovský, 2001)

Dle postižených částí těla můžeme dále dělit tělesné postižení na tyto skupiny: **obrný centrální** a **periferní**, **malformace**, **deformace** a **amputace**.

- **Obrny centrální a periferní** jsou spojeny s nervovou soustavou. Mozek s míchou tvoří centrální část, periferní část tvoří obvodové nervy. Nejčastějším a velmi závažným centrálním postižením je dětská mozková obrna (DMO). (Pipeková, 1998)
- **Deformace** tvoří velká skupina získaných a vrozených vad, pro které je charakteristický nesprávný tvar nějaké části těla. (Kubát in Pipeková, 1998)
- **Malformaci** chápeme jako patologicky vyvinutou některou část těla, většinou jde o končetiny.

- **Amputací** rozumíme uměle oddělenou končetinu nebo část končetiny. (Pipeková, 1998)

2.5 POSTIŽENÍ ZRAKU

Díky zraku získáváme až 90 % informací o našem okolí. Zrak tedy patří mezi základní smysly člověka. Z pohledu zdravého jedince zasahuje zrakové postižení hlavně kognitivní funkce, dále pak samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Zrakové vady můžeme dělit do pěti různých kategorií a tří stupňů zrakového postižení. Mezi pět kategorií zrakového postižení patří: **postižení šíře zorného pole, ztráta zrakové ostrosti, problémy se zpracováním zrakových podnětů, poruchy barvocitu, okulomotorické poruchy.** (Pipeková, 1998). Tři stupně zrakového postižení dělíme na:

- **Slabozrakost** – se dá charakterizovat jako stav, kdy je snížena ostrost obou dvou očí, a to i s korekcí za pomoci brýlí. To způsobuje postižené osobě problémy v běžném životě. Slabozrakost dělíme podle jejích stupňů na lehkou střední a těžkou. Slabozrakost je orgánovou vadou a poškození může mít vnitřní i zevní oko, zrakové centrum či zrakové dráhy. Tato vada může být jak progresivní, tak i stacionární.
- **Zbytky zraku** – jedinci s touto vadou balancují na hraniční míře vnímání zrakem. Pro představu můžeme uvést, že jedinci s tímto postižením dokáží přečíst pouze písmo plakátové velikosti. Osoby se zbytky zraku se většinou nedokáží za použití zraku orientovat v prostoru.
- **Slepotá** – je naprostá neschopnost vnímání zrakem. Slepotu můžeme dělit na praktickou (světlocit zachován) a totální (naprostá absence vidění). (Pipeková, 1998)

2.6 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Osoby se sluchovým postižením jsou velice nehomogenní skupina. Velká variabilita této skupiny je zapříčiněna různou hloubkou a strukturou sluchové vady, ale také dobou, kdy došlo k postižení. (Renotiérová, Ludíková, 2006). Sluchové postižení dělíme podle typu na:

- **Převodní**
- **Percepční**
- **Smíšené**

Dle intenzity rozdělujeme sluchové postižení na:

- **Nedoslýchaví**
- **Neslyšící**
- **Ohluchlý**

Podle doby, kdy došlo k postižení:

- **Získané**
- **Vrozené**

Podle příčiny postižení:

- **Orgánové**
- **Funkční**

(Renotiérová, Ludíková, 2006)

2.7 AUTISMUS

Autismus je komplexní vývojovou poruchou. Symptomatika autismu je velice rozmanitá. Poškozeny jsou různé vývojové oblasti v různé míře. Společným znakem pro všechny osoby s autismem je porucha sociální interakce, potíže v komunikaci a porušení představitosti, to se často vyznačuje zvláštními a stereotypními aktivitami. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Osoby s autismem trpí postižením intelektu v různém rozsahu. Nejčastěji se jedná o středně těžké mentální postižení. V případě Aspergerova syndromu (lehká forma autismu) není intelekt zasažen a je v normě. Naopak intelekt může být až nadprůměrný. Autismus se

častěji vyskytuje u mužů, a to v poměru 4:1. U Aspergerova syndromu je poměr dokonce 10:1. (Bazalová, 2014)

2.8 VADY ŘEČI

Řeč je specifickou lidskou vlastností, kterou člověku používá k vyjadřování svých přání, pocitů nebo myšlenek. Řeč má svůj podíl na rozvoji každého jedince. Ovlivňuje rozvoj v oblasti citové, volní i poznávací. Řeč je nástroj používaný k myšlení a má podíl na rozumovém vývoji člověka. Řeč je verbální sdělovací prostředek. Sdělovací prostředky dělíme na **verbální** a **neverbální**. Narušenou komunikační schopnost musíme vnímat v celém jejím rozsahu. Nesmíme se zabývat pouze zvukovou oblastí řeči, ale musíme se zabývat i dalšími jazykovými oblastmi: obsahová, pragmatická a gramatická. (Pipeková 1998)

Dělení narušených komunikačních schopností dle Lechty (in Pipeková, 1998)

- **Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)** – tato porucha se řadí k centrálním poruchám. Jde o specifickou poruchu řeči, která se může projevit neschopností nebo zhoršenou schopností verbálně komunikovat. Porucha narušuje expresivní a impresivní složky řeči.
- **Získaná orgánová nemluvnost (afázie)** – je centrální poruchou řeči. Porucha je organického původu, dochází k ní kvůli lokálnímu poškození mozku. Řeč u osoby s afázií už vyvinuta byla, ale kvůli poškození dominantní hemisféry mozku (nádory, úrazy, krvácení do mozku atd.), došlo k narušení komunikační funkce řeči. Afázie je velmi složitá systémová porucha.
- **Získaná neurotická nemluvnost – mutismus** je ztrátou řečových projevů na základě neurotickém nebo psychotickém. Mutismus nemá organické poškození centrálního nervového systému za podmínku.

Elektivní mutismus je ztrátou řeči, která se váže na nějakou konkrétní situaci, osobu nebo prostředí. Efektivní mutismus je častý pro děti, v době vstupu do škol. Neverbální komunikace bývá zachovaná, někdy i šeptají či jednoslovně odpovídají.

Surdomutismus je poruchou na neurotické bázi. Projevuje se ztrátou řeči i sluchu. Surdomutismus lze popsat jako hysterií podmíněný projev labilní osobnosti. (Pipeková, 1998)

- **Poruchy zvuku řeči – rhinolalia** neboli huhňavost se řadí mezi typické poruchy zvuky řeči. Příčinou je patologická nosní resonance. Porucha se projevuje špatným zvukem nosovek. Může se projevit uzavřená a otevřená huhňavost. Zavřená huhňavost je zapříčiněna neprůchodností nosu. Otevřená je opakem zavřené, vzduch při mluvení utíká nosem. (Monátová, 1994)

Patolália - je poruchou narušující komunikační schopnost, kvůli vrozené vývojové vadě – rozštěpu patra. Typické pro patolálii je nesprávná artikulace, změny resonance, mimika a neverbální chování. U osob s patolálií se můžeme setkat s opožděným vývojem řeči a častými poruchami sluchu. (Pipeková, 1998)

- **Poruchy plynulosti řeči – balbuties**, jinými slovy koktavost je neurotickým projevem velkého dosahu. Ovlivňuje totiž osobnost ve vícero oblastech. Může ovlivnit oblast tělesnou, duševní i společenskou. Koktavost tedy dokáže dítěti i dospělému velmi zkomplikovat život. Pokud je koktavost dlouhodobá, lze ji odstranit jen velmi těžko.

Tumultus sermonis neboli **brebtavost** je poruchou, která se vyznačuje rychlým tempem řeči s častým přeříkáváním, polykáním slabik nebo jejich vynecháváním. Zároveň i komolením některých hlásek a redukcí hláskových skupin. Příčina zatím není úplně objasněná, ale zdá se, že brebtavost je organicky podmíněná porucha centrálního mechanismu řeči. (Monátová, 1994)

- **Poruchy článkování artikulace – dyslália** je poruchou artikulace. Vyznačuje se neschopností nebo sníženou schopností používat jednotlivé hlásky a skupiny hlásek při komunikaci. Je nejrozšířenější poruchou komunikačních schopností.

Dysartria je poruchou artikulace. Vyznačuje se nesprávným hláskováním. Kromě hláskování je narušen i proces respirace, rezonance a fonace. S dysartrií se můžeme nejčastěji setkat u osob s vývojovým poškozením (například dětská mozková obrna).

- **Poruchy grafické podoby řeči – dysgrafie** je specifickou poruchou psaní.

Dyslexie je specifická porucha čtení.

- **Symptomatické poruchy řeči** - jsou poruchy komunikačních schopností, které jsou symptomem nějakého dominantního postižení.

- **Poruchy hlasu** – jsou patologické změny individuální struktury hlasu. Můžeme zaznamenat změny v akustice, způsobu tvoření a používání hlasu. Funkčním poruchám hlasu říkáme **dysfonie** a úplnou ztrátu hlasu nazýváme **afonie**. (Pipeková, 1998)

3 VOLNÝ ČAS

3.1 DEFINICE VOLNÉHO ČASU

Volný čas a činnosti v něm prováděné hrají v životě každého člověka velice důležitou a nenahraditelnou roli, proto je škoda, že se na něj v dnešní uspěchané době často zapomíná. Když pomineme odpočinek prováděný též ve volném čase, tak činnosti, které v něm provádíme jsou těmi, které máme nejraději nebo nás nejvíce baví. Prostřednictvím těchto činností se člověk určitým způsobem seberealizuje a i dílčím způsobem utváří svojí osobnost, proto je volný čas pro každého z nás tolik důležitý.

Volný čas je čas, ve kterém si každý svobodně zvolí a provozuje takové činnosti, které mu dokáží přinášet radost, zábavu, odpočinek nebo potěšení. Tyto činnosti dokáží rozvíjet tělesné, duševní nebo tvůrčí schopnosti jedinců. V tomto čase je každý člověk sám sebou, dobrovolně a svobodně provozuje činnosti pro sebe samotného, případně i pro druhé, ale jen ze své vlastní iniciativy. (Němec, 2002)

Podle Pávkové (2014) lze hlavní znaky volného času vymezit takto:

- *„Je to doba svobodné volby činností (člověk udělá to, co chce, ne to co musí),*
- *zvolené činnosti jsou pro člověka příjemné, přinášejí potěšení, radost,*
- *činnosti ve volném čase dávají příležitost k rekreaci, odpočinku, obnově sil i k osobnostnímu rozvoji.“* (Pávková, 2014, s. 12)

Hofbauer (2004) chápe volný čas jako dobu, ve které člověk nevykonává činnosti závislé na závazcích, které vyplývají ze sociální role. Volný čas bývá označován jako čas, který nám zbyde po splnění našich pracovních i jiných činností. Přesnější charakteristika volného času je taková, která popisuje volný čas jako činnost, kterou se člověk zabývá s očekáváním a je jí účasten díky své svobodné volbě. Taková činnost člověku vytváří příjemné zážitky a satisfakci.

Hlavními funkcemi volného času jsou: odpočinek, zábava a rozvoj osobnosti. (Hofbauer, 2004)

3.2 ZÁJMOVÁ ČINNOST

Zájmovou činnost můžeme popsat jako cílevědomé aktivity, které se zaměřují na uspokojení a rozvíjení nejrůznějších potřeb, zájmů nebo činností. Zájmové činnosti mají velký vliv na rozvíjení osobnosti, stejně tak i na vhodnou společenskou orientaci. (Pávková, 1999)

Z pohledu psychologie hledíme na zájem jako na individuální osobnostní jev. Pedagogika se zájmem zaobírá z pohledu jeho formování a usměrňování v procesu výchovy. Pedagogika se zaobírá nejen zájmy, které již existují, ale i podmínkám, díky kterým vznikají nové zájmy. Nevhodné zájmy z pohledu společnosti i jednotlivce se snažíme potlačit. (Pávková, 1999)

Zájmy se dají rozdělit podle několika kritérií – koncentrace, časové trvání, úroveň činnosti, společenská hodnota a obsah.

- **Dle stupně koncentrace** dělíme zájmy na **mnohostranné** a **jednostranné**. Zjednodušeně se dá říci, že zájmy mnohostranné jsou povrchními a zájmy jednostranné naopak hlubokými.
- **Dle časového trvání** můžeme zájmy rozdělit na **dočasné**, **krátkodobé** a **přechodné**. Opakem jsou pak zájmy, kterým říkáme **trvalé**. Doba trvání onoho zájmu i jeho intenzita je silně ovlivněna vývojem osoby.
- **Dle intenzity zájmu** dělíme zájmy na **povrchní** a **hluboké**. Hloubkou zájmu se rozumí, s jakým úsilím osoba daný zájem uspokojuje. Zájmy hluboké dokáží osobu velmi silně ovlivnit nebo například obohatit jeho emoční život.
- **Dle úrovně činnosti** se zájmy rozdělují na **receptivní** a **aktivní**. Aktivní je takový zájem, při kterém samotný člověk vyvíjí nějakou aktivitu nebo vytváří hodnoty. Aktivně se zaobírá svým zájmem. Při zájmech receptivních je jedincova aktivita omezená pouze na pasivní vnímání předmětu receptivního zájmu.
- **Dle společenských norem** se zájmy dělí na **žádoucí** a **nežádoucí**. Zájmy nežádoucí se neshodují se společenskými normami, v krajním případě ani s právními normami. Společensky nebo pedagogicky ovlivněná zájmová činnost může vést k zájmům, které jsou společensky žádoucí. Oproti tomu volný čas nezaplněný zájmy mívá tendence k patologickým jevům.

- **Dle obsahu** dělíme zájmy na **pracovně technické, společenskovední, estetickovýchovné, tělovýchovné, přírodovědně-ekologické, sportovní a turistické**. Samozřejmě je mnoho zájmových činností, které s přesností nemůžeme dle obsahu určit. (Pávková, 1999)

3.3 DĚLENÍ VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT

Všechn čas, který máme, se dá klasifikovat na **vázaný, pracovní, polovolný** (například hygiena) a **volný**. Toto rozdělení nesmíme brát nijak přesně, jelikož hranice je velmi tenká. Může se totiž velmi lehce stát, že se nějaká aktivita, například volná začne časem měnit v aktivitu pracovní. (Šerák, 2009)

Volnočasové aktivity můžeme dále rozdělit i podle druhu činnosti na: **zájmové, odpočinkové a rekreační**. Pro ještě detailnější rozdělení volnočasových aktivit si zmíníme kategorizaci Filipcové (in Šerák, 2009)

- **Manuální aktivity** – mezi manuální aktivity patří činnosti jako například kutilství a zahradničení a další činnosti podobného rázu.
- **Fyzické** – mezi fyzické aktivity řadíme takové činnosti, při kterých musíme vyvinout nějaký fyzický výkon. Nejčastěji se jedná o sport.
- **Kulturně umělecké typu receptivního** – aktivity tohoto druhu chápeme jako činnosti, při kterých se kulturně obohacujeme, ale zároveň jsme pasivní.
- **Kulturně racionální** – do těchto aktivit řadíme například vzdělávání, četbu, sledování zpráv atd.
- **Společensky formální** – jedná se o aktivity jako jsou různá členství ve společenstvích, angažovanost v politice nebo ve společnosti.
- **Společensky neformální** – jsou takové aktivity, do kterých se zapojujeme většinou s přáteli nebo s rodinou (návštěva klubu nebo restaurace, sraz s přáteli nebo rodinou).
- **Pasivní odpočinek**
- **Sběratelství, hry**

3.4 FUNKCE VÝCHOVY VE VOLNÉM ČASE

Téma funkce volného času je jedním z nejvíce propíraných společenskovedních témat. Podle Hradečné (in Šerák, 2009) jsou tři důležité funkce, které by měl volný čas splňovat:

- **Zábava** (satisfakce potřeb)
- **Odpočinek** (relaxace ve fyzické a duševní rovině, obnova sil)
- **Vlastní rozvoj osobnosti člověka** (opuštění stereotypu)

(Šerák, 2009)

Rozdělení Hradečné je velmi jednoduché, nezachází do hloubky a neposkytuje dostatečnou představu o všech možnostech volného času. Podrobnější kategorizaci pro funkce volného času použil Važanský (1996).

- *Rekreace* (zotavení, shromažďování sil, psychické uvolnění, osvěžení),
- *Kompenzace* (rozptýlení, potěšení, vyrovnání nedostatků, vědomé zřeknutí se pravidel a norem, bezstarostnost),
- *Edukace* (potřeba poznání, další vzdělávání, touha po zážitcích, výměna rolí),
- *Kontemplace* (potřeba klidu, rozjímání, čas pro sebe sama, autoreflexe),
- *Komunikace* (potřeba sdělení, kontaktu, vyhledávání sociálních vztahů, pospolitost, empatie, láska),
- *Integrace* (potřeba společenských vztahů, hledání emocionální jistoty, pocit sounáležitosti, rituály, tradice, kolektivní vědomí),
- *Enkultura* (potřeba kreativního rozvoje, nezávislý růst schopností, tvůrčí uplatnění, fantazie, spontaneita),
- *Participace* (potřeba angažovanosti, vlastní iniciativa, potvrzení sebe samého, spolurozhodování, kooperace, spoluodpovědnost),

(Važanský in Šerák, 2009, s. 29-30)

Podle Pávkové (2014) jsou čtyři základní funkce volného času: **Výchovně vzdělávací funkce, zdravotní funkce, sociální funkce a preventivní funkce.**

3.4.1 VÝCHOVNĚ VZDĚLÁVACÍ FUNKCE

Výchovně-vzdělávací funkce si zakládá na cílevědomém a záměrném působení na osobnost daného jedince. Volný čas udává podmínky k tomu, aby bylo možno působit na psychickou, sociální i fyzickou stránku osobnost. Podmínka pro úspěšné výchovně-vzdělávací funkce je volba vhodných pedagogických prostředků, které se slučují se specifickými vlastnostmi výchovy ve volném čase. (Pávková, 2014)

3.4.2 ZDRAVOTNÍ FUNKCE

Zdravotní funkce fungují tím způsobem, že všechny aktivity a všechna výchovná působení by měla podporovat správný a zdravý vývoj osoby, a to v oblastech duševní, sociální a tělesné. (Pávková, 2014)

3.4.3 SOCIÁLNÍ FUNKCE

Znamená a vytváření podmínek, které jsou potřeba pro širší vrstevnické a další sociální kontakty a navazování sociálních vztahů. (Kratochvílová, 2004)

Pro sociální funkce je důležité navazovat nejrůznější sociální vztahy. Například s přáteli, kteří mají podobné koníčky a zájmy. Sociální funkce spočívají i v seznámení se s novými autoritami a v rozmanitosti a složitosti sociálních rolí. Jedinci svou účastí v sociální interakci zlepšují své schopnosti komunikace či sociální percepce. (Pávková, 2014)

3.4.4 PREVENTIVNÍ FUNKCE

Vyžaduje vytváření příležitostí a zajímavých nabídek na kvalitní využívání volného času v zájmové nebo v jiné činnosti, ve kterých má jedinec možnosti na uplatnění svých osobních ambicí, nápadů a tužeb. (Kratochvílová, 2004).

Vhodným využitím volného času se snižuje pravděpodobnost, že jedinec podlehe nesprávným a společensky nepřijatelným vzorům. Předchází se tak negativním a patologickým jevům. Primární prevence je samozřejmě efektivnější a zároveň levnější a účinnější než prevence sekundární a terciální. (Pávková, 2014)

3.5 VOLNÝ ČAS PRO MENTÁLNĚ A KOMBINOVANĚ POSTIŽENÉ

Možnost kvalitního využití času by měl mít každý z nás a jedince s mentálním nebo kombinovaným postižením nevyjímaje. Tito jedinci mají provozování a výběr volnočasových ztížený, tudíž je nemohou provozovat sami, proto jim společnost v této oblasti musí pomáhat. Protože právo na volný čas a jeho správné využívání má každý.

Volnočasové aktivity jedincům s mentálním a kombinovaným postižením zprostředkovávají povětšinou různá zařízení nebo sdružení. V těchto případech se jedná například o nejrůznější zájmové kroužky, chráněné dílny, různé manuální práce nebo i kulturní akce jako návštěva divadla kina nebo koncertu.

Jestliže se mají lidé s mentálním a kombinovaným postižením integrovat mezi běžné občany, pak jim musí být umožněno účastnit se různých rekreačních nebo zájmových aktivit. Takto postižení jedinci mají právo na to, aby své aktivity provozovali ve stejném prostředí a stejným způsobem jako všichni ostatní. Významným faktem u takto postižených jedinců je možné žádoucí rozšíření seberealizačních kompenzačních mechanismů. (Valenta, Müller, 2013)

Terapie

Terapeutické přístupy můžeme obecně označit jako způsoby cíleného a odborného jednání s člověkem. S cílem odstranění nebo zmírnění nežádoucích problémů nebo odstranění jejich příčin. Tyto přístupy se dají aplikovat primárně prostřednictvím samotných terapií nebo je můžeme aplikovat sekundárně, a to v rámci jiných odborných činností. Významně se terapeutické metody užívají při práci s osobami s těžkým mentálním postižením nebo se seniory s demencí. Terapeutické metody mají totiž velký aktivizační potenciál. (Valenta, Müller, 2013)

Na základě využitých prostředků můžeme terapeutické metody rozdělit do pěti různých skupin:

1. *„terapie hrou*
2. *pracovní terapie (činnostní terapie)*
3. *psychomotorické terapie*

4. *expresivní terapie (arteterapie)*

5. *terapie s účastí zvířete (zooterapie).*“ (Renotiérová, Ludíková, 2006, s. 63)

Charakteristika terapeutických metod

Terapie hrou

Terapie hrou je odborná, cílevědomá a záměrná činnost. Hra je v tomto případě použita jako prostředek, jak pomáhat lidem (většinou dětem). Za pomoci hry lze ovlivňovat myšlení, chování, osobnost a emoce, a to společensky vhodným směrem. Hra může mít působnost diagnostickou, výchovnou i terapeutickou. Terapie hrou je velmi důležitá, kvůli přístupu ke klientům. Při terapii hrou zanalyzuje terapeut struktury, které klient nebo dítě utvoří, poté terapeut pomáhá při sdílení a spoluvytváření těchto struktur. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Pracovní terapie (činnostní terapie)

Pracovní terapie je o manipulaci s nejrůznějšími předměty, materiály nebo surovinami. Hlavní smysl pracovní/činnostní terapie vidí autor ve snaze, co možná nejvíce osamostatnit děti/klienty v jejich životě. Dospělí klienti využívají pracovní terapie hlavně formou rukodělných prací. Rukodělné činnosti jsou velmi často nabízeny právě v domovech pro zdravotně postižené. Mezi často nabízené volnočasové aktivity ve spojitosti s pracovní/činnostní terapií patří: keramické dílny, textilní dílny, práce se dřevem atd.

Psychomotorické terapie

Psychomotorické terapie mají velmi širokou škálu činností a přesahují i do jiných terapií. Základem psychomotorické terapie jsou specifické pohybové techniky často podporovány hudebními, dramatickými nebo jinými prostředky. Vymezení této terapie je tedy velmi často pouze záležitostí teorie. Jde o metodu, která si klade za hlavní cíl ovlivnění duševních procesů osoby za pomoci motorických činností. Tudíž jde tuto metodu považovat za záměrnou, odbornou a cílevědomou činnost, která má za cíl pomoc lidem s emocemi, chováním, myšlením nebo osobností strukturou. To vše samozřejmě společensky a individuálně vhodným směrem. Mezi specifické pohybové techniky můžeme řadit například pohybové hry, jógu, relaxaci, taneční terapie, tanec pantomimu atd. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Expresivní terapie

Expresivní terapie, jinými slovy arteterapie, je velmi rozšířenou metodou, která se využívá hlavně v zařízeních, kde se zaměřují na problémové jedince. Mezi taková zařízení patří například speciální školy nebo jiná školská zařízení. Expresivní terapie je metoda, která využívá různé druhy umění jako prostředek pomoci nejen problémovým jedincům. Nejznámějšími a nejčastějšími expresivními terapiemi jsou: muzikoterapie, dramaterapie a biblioterapie.

Muzikoterapie

Muzikoterapie obsahuje jako ostatní expresivní terapie složku receptivní (vnímání hudby) a složku aktivní (vytváření hudby). Tyto dvě složky mohou dohromady tvořit více či méně kompatibilní celek. Je velmi důležité, že hudba už sama o sobě na člověka velmi intenzivně a bezprostředně působí. Hudba přímo ovlivňuje a podněcuje základní psychické funkce. Pokud tedy vyháíme z faktu, že psychoterapeutické prostředky působí na člověka především kvalitou zážitku, potom je hudba jedním z nevýznamnějších prostředků vůbec. U dětí/klientů s postižením se za nejvhodnější metodu považuje skupinová muzikoterapie. (Valenta, 2003)

Dramaterapie

Dramaterapie je důležitý terapeuticko-formativní přístup. Od ostatních metod se liší použitím dramatického umění (role ke hraní, metafory aj.). (Valenta, 2003). Dramaterapie se prioritně nezaměřuje na konkrétní psychická traumata jednotlivých osob, nýbrž na příznaky a jejich léčení. (Renotierová, Ludíková, 2006)

Biblioterapie

Když porovnáme biblioterapii a jiné speciálněpedagogické terapeutické metody, musíme zmínit, že je to metoda spíše jen doplňková. Tato skutečnost je dána menší působností literárního umění na člověka. (Renotierová, Ludíková, 2006)

Terapie s účastí zvířete (zooterapie)

Mezi ostatními speciálněpedagogickými terapeutickými metodami má zooterapie své výjimečné místo. Výjimečné kvůli terapeutickému prostředku, kterým je kromě člověka živočich. Může se jednat o různá společenská zvířata, nejčastěji jde však o psi a koně. Terapii se psem říkáme canisterapie a terapii s koněm hipoterapie. Zvířata mohou při terapii pomáhat lidem s psychickou stimulací, sociálním rozvojem atd. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Hipoterapie

Hipoterapie je součástí tzv. hiporehabilitace. Další součástí hiporehabilitace je ježdění (pedagogickopsychologické, sportovní a rekreační). Hipoterapie pracuje na základě fyzioterapie (soulad pohybu koně a osoby) a psychoterapie. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

Canisterapie

Canisterapie vychází z přesvědčení, že pes je spolehlivý a přátelský partner člověka. Takové partnerství je dobré pro stimulaci pozitivních sociálních a psychických změn. Canisterapie má různé formy, patří mezi ně hraní si se psem mazlení psa nebo výcvik psa. (Renotiérová, Ludíková, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZKOUMANÁ ZAŘÍZENÍ

Zákonem je vymezeno velké množství typů sociálních zařízení. Pro jedince s mentálním nebo kombinovaným postižením jsou nevhodnější centra denních služeb a stacionáře (denní nebo týdenní). Tato zařízení nabízejí své služby klientům, kteří nedokáží být soběstační. Zde se provozují výchovné, vzdělávací, sociálně terapeutické i aktivizační služby. Domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení nabízejí osobám s mentálním a kombinovaným postižením pobyt. Pracoviště rané péče poskytuje osobám ranou péči a jejich rodinám podporu. Dalšími často využívanými službami jsou například odlehčovací služby, pečovatelské služby nebo osobní asistence. (Bazalová, 2014). Nás ale budou ze všech zařízení nejvíce zajímat domovy pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně Domov Laguna Psáry a Centrum sociálních služeb Tloskov.

4.1 DOMOV LAGUNA PSÁRY – ZAŘÍZENÍ Č. 1

Provoz ústavu sociální péče v Psárech byl zahájen roku 1962. Roku 1992 byla v zařízení zřízena pomocná škola jako samostatný ekonomický a právní subjekt. S náklady 150 miliónů korun byl v roce 2005 zrekonstruován a přestavěn bývalý objekt kasáren, který byl v sousedství ústavu a nabízel tak jeho zvětšení. Později roku 2006–2007 proběhla i rekonstrukce původního objektu, ve kterém se do té doby prováděly jen ty nejnnutnější opravy. Zřizovatelem Domova Laguna Psáry je od roku 2003 Středočeský kraj. (www.lagunapsary.cz, 2017)

V současné době Domov Laguna Psáry poskytuje pobyt ve dvou areálech. Je poskytován pobyt denní, týdenní a celoroční. Celková kapacita domova je 107 klientů s různými stupni mentální retardace ve věku od tří let až do dospělosti. Domov čítá celkem 78 zaměstnanců – speciální pedagogy, vychovatele, zdravotnické a rehabilitační pracovníky, terapeutky, logopeda atd. V prvním areálu sídlí ředitelství a kancelářský úsek, je zde také jídelna s kuchyní. Zbývající prostor slouží k ubytování klientů, kteří bydlí v jednolůžkových až třílůžkových pokojích. Jsou zde tři skupinky klientů a každá má své společné prostory – kuchyňku, koupelnu, toalety a obývací pokoj. V prvním areálu se nachází i rodinný dům a srub, v těchto budovách bydlí klienti zcela samostatně.

4.2 CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB TLOSKOV – ZAŘÍZENÍ Č. 2

Roku 1958 se rozhodlo, že bude zámek Tloskov přebudován na ústav, čímž se vyřeší zhruba 200 žádostí o umístění dětí a mladistvých do tohoto zařízení. Objekt zámku i s přílehlými budovami byly po dvouletém neobývání v nevhodném stavu. Byla tak zapotřebí rekonstrukce. V dubnu byl touto akcí pověřen pan František Vavroušek. Hlavním záměrem bylo vybudovat smíšený chlapecký a dorostový ústav. Současně s rekonstrukcí probíhal i nábor a přijímání prvních zaměstnanců. Historie sociální péče v Tloskově započala 1. listopadu 1959, kdy byl objekt oficiálně přidělen ústavu sociální péče pro děti a mládež na základě rozhodnutí KNV Středočeského kraje. Prvním ředitelem ústavu se stal pan František Vavroušek. V říjnu 1959 nastoupily první děti a začaly první výchovné činnosti zařízení. V roce 1965 v ústavu pracovalo již 62 zaměstnanců a počet umístěných dětí vzrostl na 164. Roku 1975 nastoupil nový ředitel – Ing. Antonín Dušek. V polovině 80. let přišlo zlepšení situace v zařízení, když došlo ke snížení kapacity zařízení, různým vnitřním úpravám a hlavně k vybudování diagnostického oddělení s celorepublikovou působností. Roku 1991 přešel ústav ze správy OÚSS do přímého řízení Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, což umožnilo se podílet na nových modelech systému sociální péče. Dne 1. 1. 2013 byla organizace změněna z rozpočtové na příspěvkovou a novým ředitelem se stal Mgr. Matěj Lipský. Dne 1. 4. 2013 pak byl změněn oficiální název Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově na Centrum sociálních služeb Tloskov. (www.tloskov.eu, 2017)

CSS Tloskov je centrum služeb s celostátní působností. Služby CSS Tloskov jsou poskytovány v bezbariérových domech v rozsáhlém areálu. Tloskov se nachází mezi Benešovem a Slapy nedaleko obce Neveklov. Klienti jsou ubytováni v pokojích s 1–2 lůžky. Celková kapacita klientů v CSS Tloskov je 192. (www.tloskov.eu, 2017)

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole autor seznámí čtenáře s praktickou částí práce, konkrétně s výzkumným cílem a metodami, jichž bylo použito. Dále autor objasní způsob sběru dat a výzkumný vzorek.

5.1 VÝZKUMNÝ CÍL

Výzkumným cílem je analýza kvality trávení volného času mentálně a kombinovaně postižených jedinců v domovech pro zdravotně postižené. Autor bude zároveň porovnávat dvě různá zařízení. **Výzkumné otázky** jsou následující:

1. Navštěvují/provozují klienti volnočasové aktivity?
2. Jsou v domovech pro zdravotně postižené prioritou ty aktivity, které si přeje klient?
3. Jsou možnosti využití volného času v zařízeních dostatečné?

Hypotézy:

1. Více než 50 % klientů využívá volnočasových aktivit.
2. Při výběru volnočasových aktivit je prioritou přání klienta.
3. Využití volného času v zařízeních není dostatečné.

5.2 VÝZKUMNÉ METODY

V této práci se autor rozhodl pro kvantitativní výzkum, který proběhl formou dotazníku. Kvantitativní přístup si autor zvolil, protože je pro některé jevy mnohem vhodnější. Porovnávání dvou různých zařízení je dle autora právě takovým případem.

Kvantitativní přístup předpokládá, že sociální jevy, které jsou předmětem zkoumání, jsou nějakým způsobem měřitelné, tříditelné a uspořádané. Informace o takových jevech získává kvantitativní přístup v podobě, která je co možná nejvíce porovnatelná. Jevy pak zanalyzuje statistickými metodami s cílem ověřit validitu hypotéz. (Reichel, 2009)

5.3 DOTAZNÍK

Jako jedinou metodu kvantitativního výzkumu si autor zvolil dotazník.

Dotazník je pravděpodobně nejpoužívanější pedagogická výzkumná technika. Ale není jen pedagogickou technikou, hojně je využíván například i v psychologických, sociologických, demografických a dalších šetřeních, která se zabývají humanitními obory. Základem dotazníku jsou data a informace o respondentech, o jejich názorech a postojích, které tazajícího zajímají. Dotazník na rozdíl od ostatních technik využívá pouze písemné odpovědi na otázky. Největší výhodou dotazníku je samozřejmě jednoduchá administrace. Prostřednictvím dotazníku je možné současně a stejným způsobem oslovit i vysoký počet respondentů. Další velkou výhodou dotazníku je to, že údaje lze naplno kvantifikovat, a to i za pomoci zpracování informací počítačem. (Pelikán, 2011)

Dotazník má 11 otázek. Z celkových 11 otázek je 10 uzavřených, jedna otázka je otevřená. Pomocí těchto otázek se autor snaží co nejlépe odpovědět na všechny 3 výzkumné otázky, splnit výzkumný cíl a porovnat dvě výše uvedená zařízení. Dotazník je konstruován pro vychovatelky těchto dvou zařízení. V dotazníku vychovatelky odpovídají za určitého klienta, kterého dobře znají. Samozřejmě s podmínkou, že si žádná z vychovatelek nevybere klienta, za kterého už někdo odpovídal. Prvních 8 z celkových 11 otázek je směřováno na klienta, zbylé 3 otázky už jsou pro samotné vychovatelky.

Dotazník je vytvořen tak, aby samotné vyplnění dotazníku nebylo příliš časově náročné, což by mohlo vychovatelky v zařízeních od vyplnění dotazníku odradit. Vyplnění dotazníku tedy nezabralo vychovatelkám více než 7 minut. Dalším důležitým kritériem dotazníku byla pro autora kvalita získaných informací. Otázky se tedy autor snažil klást srozumitelně a bez většího počtu odborných termínů.

5.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

„Základní soubor je množina všech prvků, patřících do okruhu osob nebo jevů, které mají být zkoumány v daném výzkumu.“ (Pelikán, 2011, s. 47)

Výzkumný soubor tvořili v rámci výzkumného šetření vychovatelé pracující v zařízení Domov Laguna Psáry a Centrum sociálních služeb Tloskov. Kromě vychovatelů tvoří výzkumný vzorek samozřejmě i samotní klienti využívající služeb těchto dvou zařízení.

Dohromady bylo dotázáno celkem 32 respondentů, 15 respondentů ze zařízení č. 1 – Domov Laguna Psáry a 17 respondentů ze zařízení č. 2 – Centrum sociálních služeb Tloskov.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č.1 – Navštěvuje/provozuje klient nějaké volnočasové aktivity?

Zařízení č. 1

graf č. 1



Celkový počet respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku v zařízení č. 1 je 15. Poměr mezi odpověďmi ano/ ne vyzněl jasně pro ano, když všech 15 respondentů (100 %) uvedlo, že klient nějaké volnočasové aktivity navštěvuje/provozuje.

Zařízení č. 2

graf č. 2

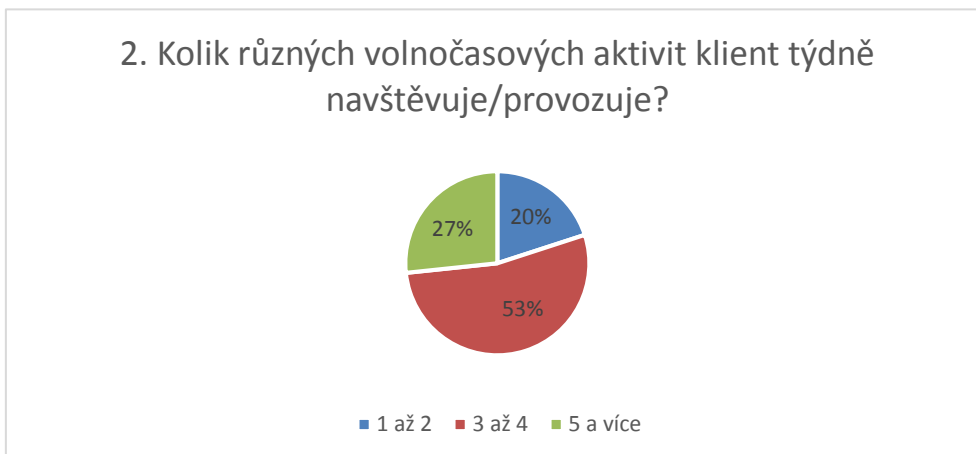


Celkový počet respondentů, kteří se vyslovili v otázce č. 1 v zařízení č. 2 je 17. Většina respondentů uvedla, že klient volnočasové aktivity navštěvuje/provozuje, na otázku odpovědělo kladně celkem 15 respondentů (88 %). Zbylí 2 respondenti (12 %) uvedli, že klient žádné volnočasové aktivity nenavštěvuje/neprovozuje.

Otázka č. 2 – kolik volnočasových aktivit klient týdně navštěvuje/provozuje?

Zařízení č. 1

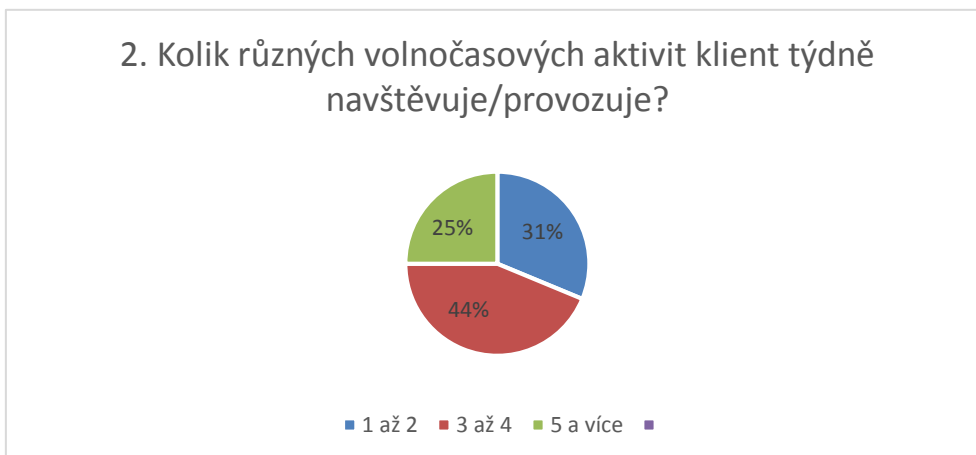
graf č. 3



Na otázku č. 2 v zařízení č. 1 odpovědělo 15 respondentů. Na výběr měli respondenti 3 odpovědi. Odpověď 1 až 2 zvolili 3 respondenti (20 %). Odpovědí 3 až 4 odpovědělo 8 respondentů (53 %) a odpověď 5 a více zvolili 4 respondenti (27 %).

Zařízení č. 2

graf č. 4

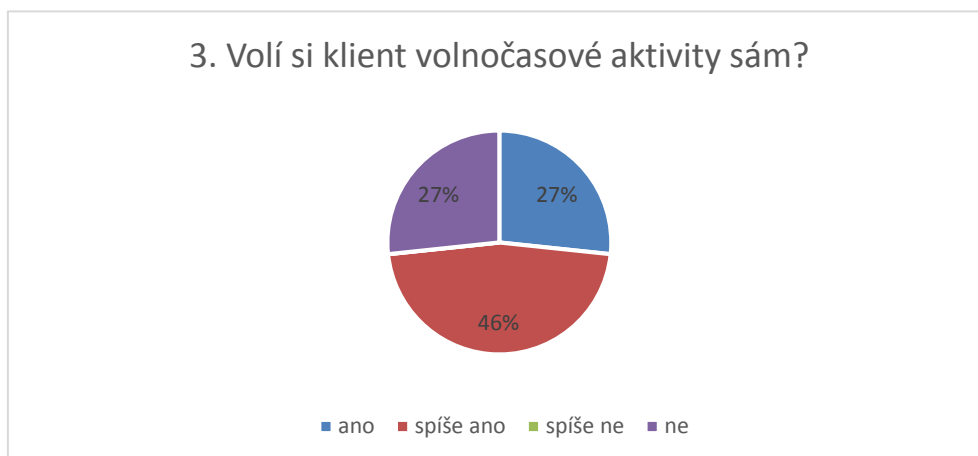


V zařízení č. 2 odpovídalo na druhou otázku celkem 15 respondentů. Odpověď 1 až 2 uvedlo 5 respondentů (31 %). Dalších 7 respondentů (44 %) uvedlo odpověď 3 až 4, a odpověď 5 a více zvolili 3 respondenti (25 %).

Otázka č. 3 – volí si klient volnočasové aktivity sám?

Zařízení č. 1

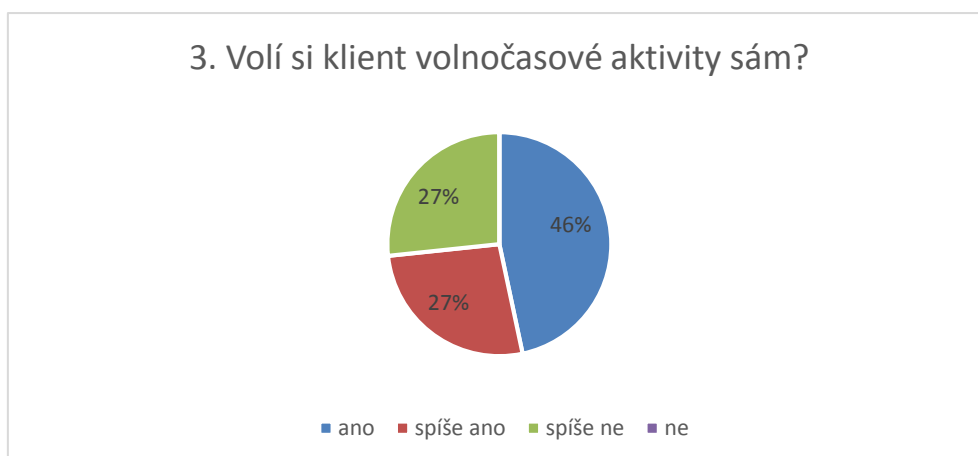
graf č. 5



Na otázku č. 3 v zařízení č. 1 odpovídal celkový počet respondentů 15. Na výběr bylo ze čtyř odpovědí. Odpověď ano uvedli celkem 4 respondenti (27 %). Odpověď spíše ano uvedlo respondentů celkem 7 (46 %). Odpověď spíše ne nezvolil žádný z respondentů a odpověď ne celkem 4 respondenti (27 %).

Zařízení č. 2

graf č. 6

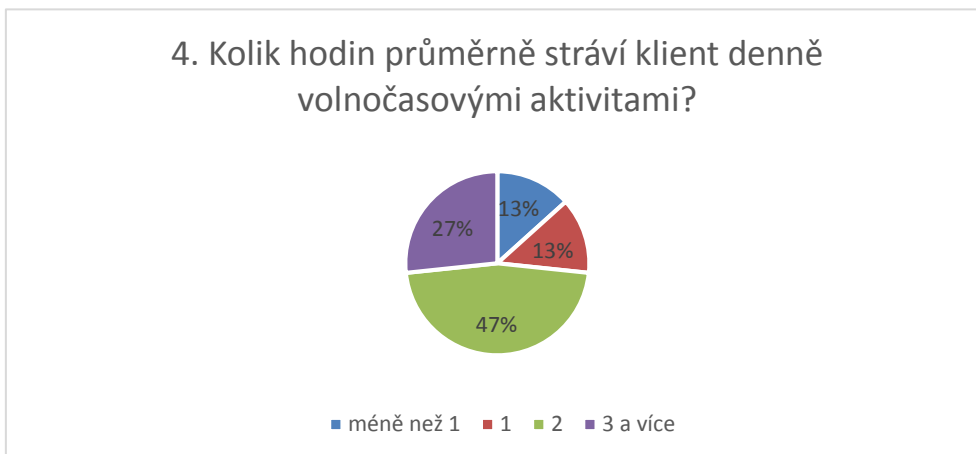


V zařízení č. 2 odpovídalo na třetí otázku celkem 15 respondentů, z nichž 7 odpovědělo ano (46 %), 4 zvolili odpověď spíše ano (27 %) a 4 odpověď spíše ne (27 %). Žádný z respondentů ze zařízení č. 2 neodpověděl ne.

Otázka č. 4 – Kolik hodin průměrně stráví klient volnočasovými aktivitami?

Zařízení č. 1

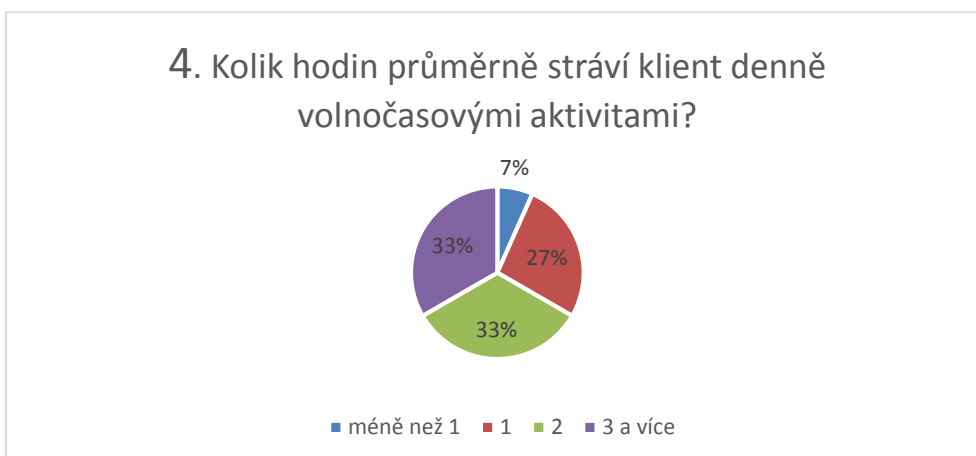
graf č. 7



Na tuto otázku odpovědělo v zařízení č. 1 celkem 15 respondentů. Na výběr měli ze čtyř odpovědí. Odpověď méně než 1 vybrali celkem 2 respondenti (13 %), stejně tak i odpověď 1 vybrali celkem 2 respondenti (13 %), 7 respondentů (47 %) odpovědělo, že klienti denně stráví 2 hodiny volnočasovými aktivitami a poslední odpověď 3 a více vybrali celkem 4 respondenti (27 %).

Zařízení č. 2

graf č. 8

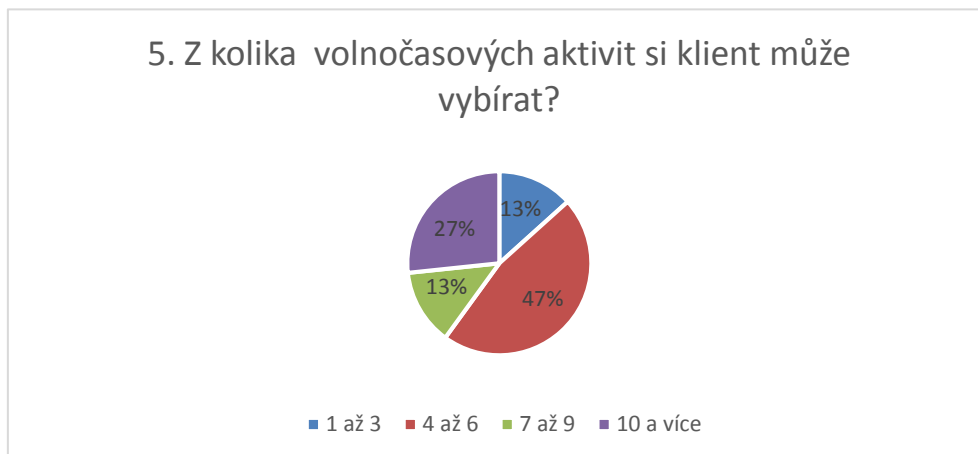


Na otázku odpovědělo v zařízení č. 2 celkově 15 respondentů. Odpověď méně než 1 vybral pouze 1 respondent (7 %), 4 respondenti (27 %) odpověděli 1. Odpovědi 2 a 3 a více vybralo shodně 5 respondentů (33 %).

Otázka č. 5 – Z kolika volnočasových aktivit si klient může vybírat?

Zařízení č. 1

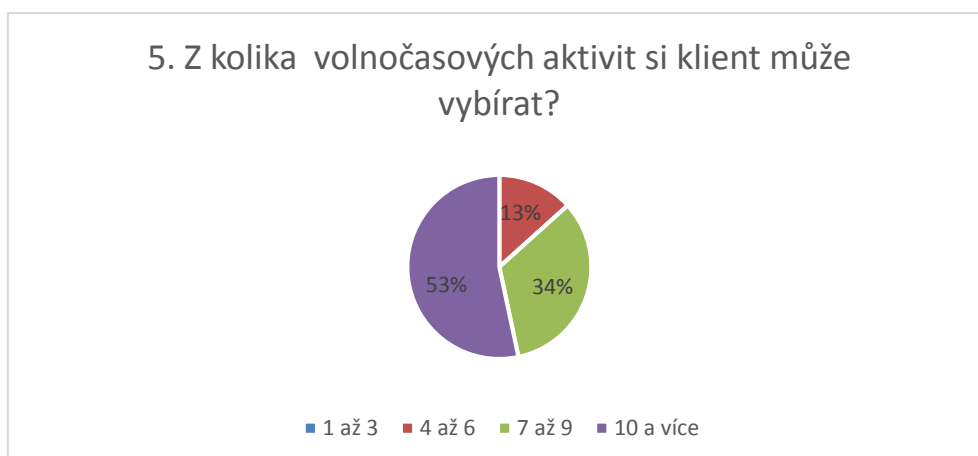
graf č. 9



Na odpověď č. 5 odpovídalo v zařízení č. 1 celkově 15 respondentů. Na výběr bylo dohromady ze 4 odpovědí. Odpověď 1 až 3 zvolili pouze 2 respondenti (13 %). Druhou odpověď – 4 až 6 vybralo 7 respondentů (47 %), odpověď 7 až 9 dva respondenti (13 %) a poslední odpověď 10 a více 4 respondenti (27 %).

Zařízení č. 2

graf č. 10



V zařízení č. 2 odpovídalo na otázku 15 respondentů. Odpověď 1 až 3 neuvedl v tomto zařízení žádný z respondentů. Odpověď 4 až 6 uvedli 2 respondenti (13 %), odpověď 7 až 9 uvedlo 5 respondentů (34 %) a poslední odpověď 10 a více zvolilo nejvíce respondentů – 8 (53 %).

Otázka č. 6 – Navštěvuje klient volnočasové aktivity i mimo zařízení?

Zařízení č. 1

graf č. 11



Na otázku odpovědělo v zařízení č. 1 dohromady 15 respondentů. Na výběr byly pouze dvě odpovědi – ano/ ne. Na otázku odpověděl kladně pouze 1 z celkových 15 respondentů (7 %), zbylých 14 (93 %) odpovědělo ne.

Zařízení č. 2

graf č. 12

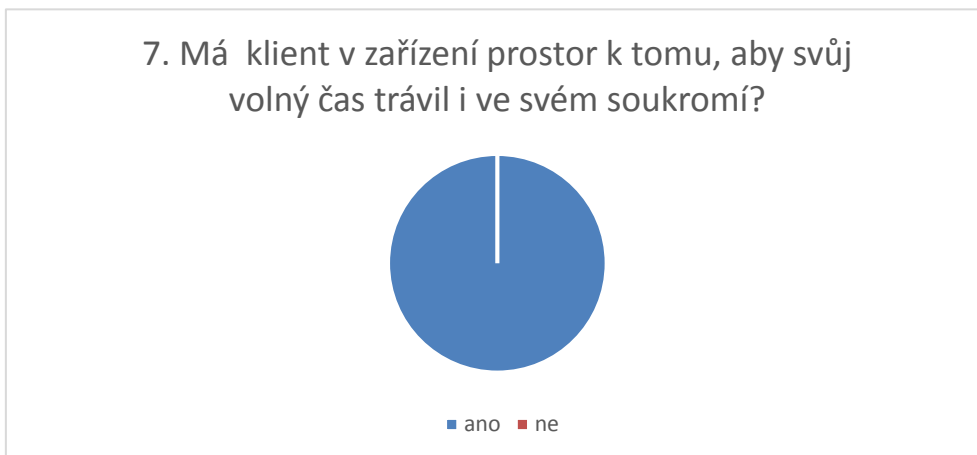


V zařízení č. 2 odpovídalo na šestou otázku celkem 15 respondentů, z nichž jich kladně odpovědělo celkem 11 (73 %), zbylí 4 respondenti odpověděli ne (27 %).

Otázka č. 7 – Má klient v zařízení prostor k tomu, aby svůj volný čas trávil i ve svém soukromí?

Zařízení č. 1

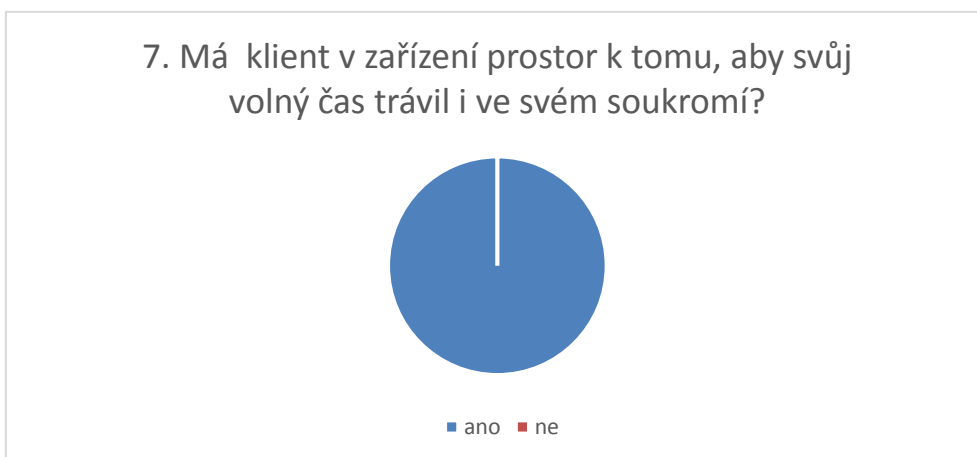
graf č. 13



Na tuto otázku v zařízení č. 1 odpovídalo celkem 15 respondentů. Poměr mezi odpověďmi byl jasně pro ano, všech 15 respondentů (100 %) totiž zvolilo odpověď ano. Žádný z respondentů nevedl odpověď ne.

Zařízení č. 2

graf č. 14

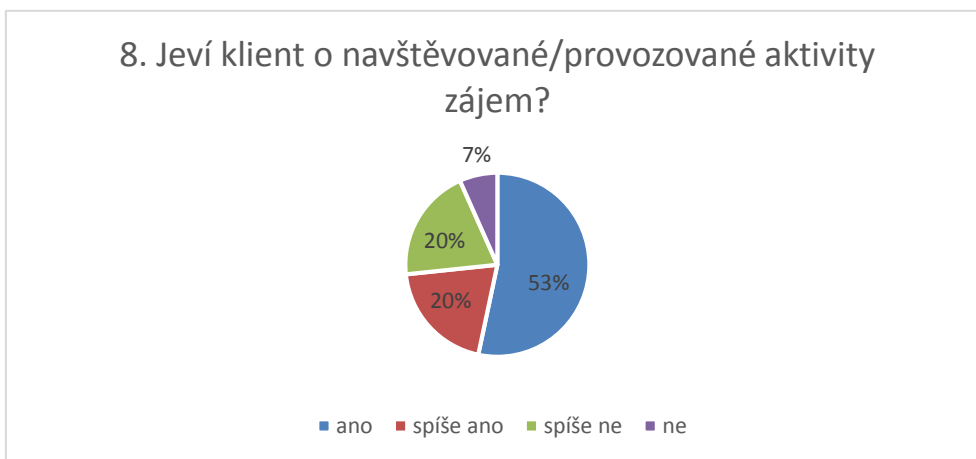


Výsledek otázky č. 7 dopadl v zařízení č. 2 stejně jako v zařízení č. 1. Na otázku odpovídalo 15 respondentů a všichni vybrali odpověď ano. Žádný z respondentů nezaškrtnul odpověď ne.

Otázka č. 8 – Jeví klient o navštěvované/provozované aktivity zájem?

Zařízení č. 1

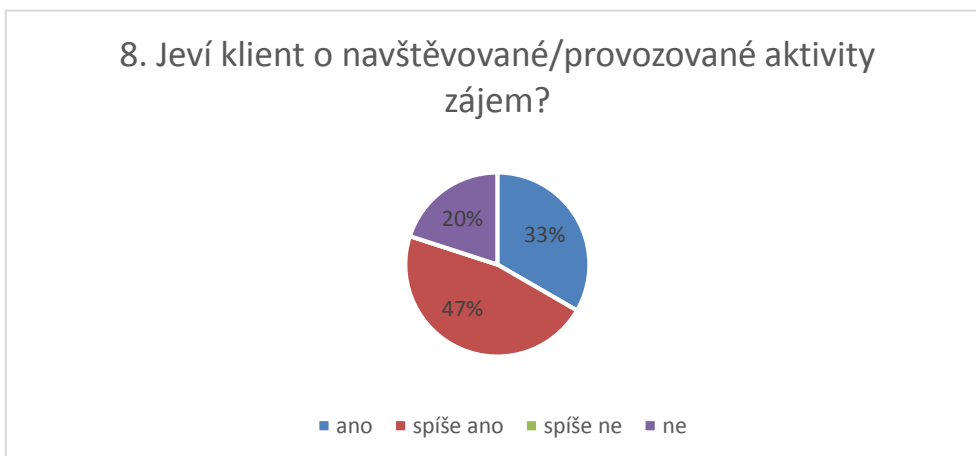
graf č. 15



Na tuto otázku odpovědělo v zařízení č. 1 celkem 15 respondentů. Na výběr bylo ze čtyř odpovědí. Z celkového počtu 15 odpovědělo 8 respondentů ano (53 %), 3 respondenti odpověděli spíše ano (20 %), další 3 (20 %) odpověděli spíše ne a jen jeden respondent odpověděl ne (7 %).

Zařízení č. 2

graf č. 16



Z celkového počtu 15 respondentů v zařízení č. 2 odpovědělo celkem 5 respondentů odpovědí ano (33 %), 7 respondentů odpovědělo spíše ano (47 %), žádný z respondentů neodpověděl spíše ne a poslední 3 respondenti odpověděli ne (20 %).

Otázka č. 9 – Domníváte se, že je využití volného času v zařízení dostatečné?

Zařízení č. 1

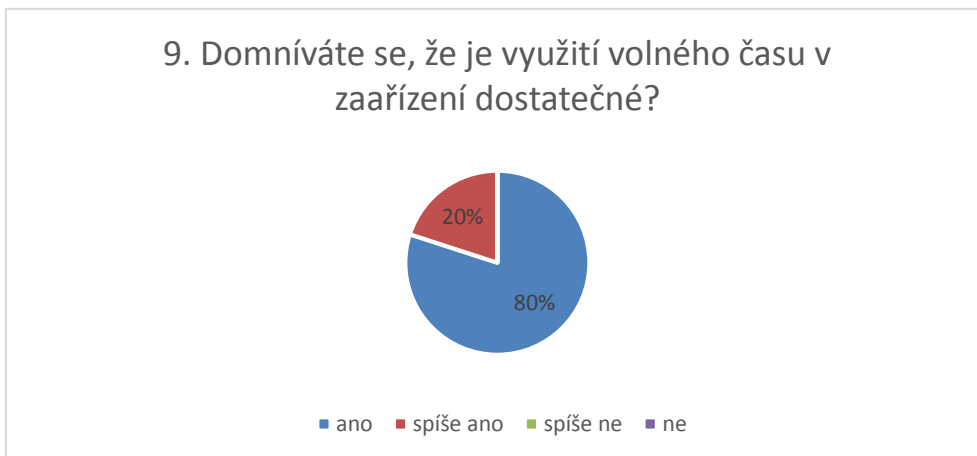
graf č. 17



Při první otázce, jež byla směřována přímo na vychovatele, kteří v této otázce už neodpovídali za klienty, odpovědělo v zařízení č. 1 15 respondentů. Na výběr měli respondenti ze 4 odpovědí. Celkem 9 respondentů odpovědělo ano (60 %), dalších 6 odpovědělo spíše ano (40 %). Zbylé dvě odpovědi si žádný z respondentů nevybral.

Zařízení č. 2

graf č. 18



Na otázku, zda je využití volného času v zařízení dostatečné odpovědělo v zařízení č. 2 celkem 15 respondentů. Z celkových 15 respondentů 12 vybralo odpověď ano (80 %), další 3 respondenti odpověď spíše ano (20 %). Zbylé dvě odpovědi si stejně jako v zařízení č. 1 nikdo nevybral.

Otázka č 10 – Je nějaká volnočasová aktivita, která v zařízení chybí a uvítali byste jí?

Zařízení č. 1

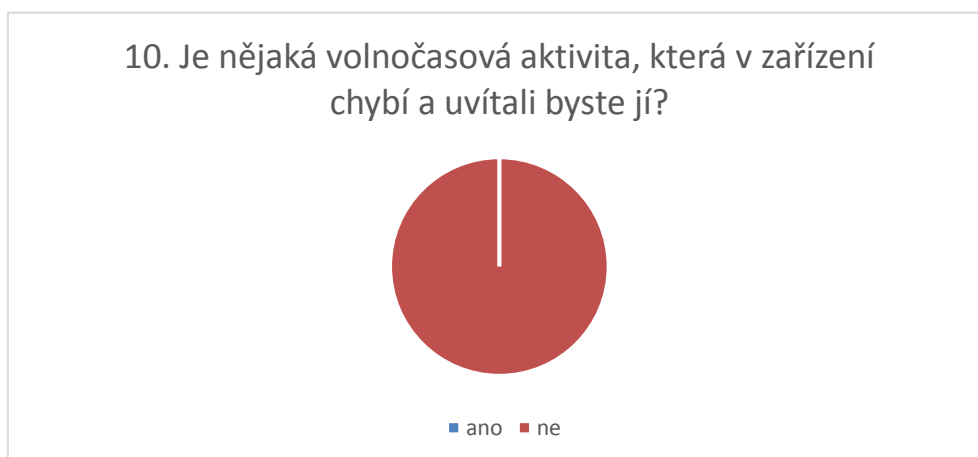
graf č. 19



Na otázku, zda nějaká aktivita chybí a vychovatelé by ji uvítali, odpovídalo 15 respondentů v zařízení č. 1. Celkem 6 respondentů uvedlo, že ano (40 %). Zbýlých 9 respondentů uvedlo odpověď ne (60 %).

Zařízení č. 2

graf č. 20



V zařízení č. 2, kde odpovídalo 15 respondentů, si žádný z respondentů nemyslí, že by nějaká volnočasová aktivita chyběla. Všech 15 respondentů odpovědělo ne (100 %). Žádný z respondentů si nevybral odpověď ano.

Otázka č 11 – Pokud byste nějakou volnočasovou aktivitu v zařízení uvítali, uveďte, prosím jakou.

Zařízení č. 1

V odpovědích zařízení č. 1 se celkem 2x objevila dramaterapie, jednou fotografování, turistika, tanec, pohybová aktivita s aktivizačním pracovníkem a 2x pohybové hry. Důvodem, proč je odpovědí více než 6 (v otázce č. 10 odpovědělo celkem 6 respondentů, že by nějakou aktivitu v zařízení uvítali), je, že někteří respondenti uvedli více než jednu volnočasovou aktivitu.

Zařízení č. 2

V zařízení č. 2 žádný z respondentů neuvedl, že by nějakou volnočasovou aktivitu uvítal (viz otázka č. 10).

6.2 OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1 – Více než 50 % klientů využívá volnočasových aktivit.

S první stanovenou hypotézou souvisí první otázka dotazníku. Drtivá většina respondentů uvedla, že klient volnočasových aktivit využívá. V zařízení č. 1 uvedlo kladnou odpověď všech 15 respondentů z 15. V zařízení č. uvedlo 15 z celkových 17 respondentů (88,2%), že jimi vybraný klient volnočasových aktivit využívá, pouze 2 respondenti uvedli, že tomu tak není. Když vezmeme v potaz obě zařízení dohromady, tak kladně odpovědělo z 32 respondentů 30. Celkové procento klientů využívajících volnočasových aktivit v těchto zařízeních je 93,75 %.

Hypotéza č. 1 se tak potvrdila a **je tedy platná.**

Hypotéza č. 2 – Při výběru volnočasových aktivit je prioritou přání klienta.

S touto hypotézou souvisí otázka č. 3 a částečně i otázka č. 8. Na otázku č. 3 odpovědělo v obou zařízeních kladně shodně 7 respondentů, tj. 46 %. Další 4 respondenti (27 %) se v obou zařízeních také shodně vyslovilo pro odpověď spíše ano. Zbylí 4 respondenti se v jednom zařízení vyslovili pro spíše ne a ve druhém ne. Za předpokladu, že někteří klienti volby volnočasových aktivit nejsou schopni, je pro autora výsledek této otázky uspokojivý. Na otázku č. 8, v níž se autor ptá, zda jeví klient o volnočasové aktivity zájem, odpověděla většina respondentů kladně, ať už formou odpovědi ano nebo spíše ano.

Hypotéza č. 2 se též potvrdila a **je platnou.**

Hypotéza č. 3 – Využití volného času v zařízeních není dostatečné.

S poslední hypotézou č. 3 souvisí všechny zbylé otázky. Ve všech těchto otázkách byl poměr kladných a záporných odpovědí velmi příznivý právě pro kladné odpovědi. Autor se tedy domnívá, že využití volného času je v zařízeních dostatečné. Což si ostatně myslí i vychovatelé obou dvou zařízení viz otázka č. 9. V prvním zařízení, stejně tak i ve druhém odpověděli všichni respondenti, že využití volného času je v zařízení dostatečné. V zařízení č. 1 odpovědělo 9 respondentů ano (60 %) a 6 respondentů spíše ano (40 %). V zařízení č. 2 je výsledek otázky ještě lepší – 12 respondentů pro ano (80 %), 3 respondenti pro spíše ano (20 %).

Hypotéza č. 3 je tak vyvrácena a **není platná.**

6.3 SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit kvalitu využití volného času jedinců s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Kromě hlavního výzkumného cíle zde byly ještě tři výzkumné otázky, se kterými se pojily tři hypotézy. Splnit vytyčené cíle se autor snažil pomocí dotazníku.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkově 32 respondentů ze dvou různých zařízení. Výsledky výzkumného šetření byly promítnuty do výšečových grafů. Všichni respondenti dostali stejný dotazník s celkem 11 otázkami, které měly co nejlépe zjistit kvalitu volného času v zařízeních a zároveň odpovědět na další tři výzkumné otázky.

Otázka č. 1 – Navštěvuje/provozuje klient nějaké volnočasové aktivity? Na tuto otázku odpovědělo celkem 32 respondentů, 15 z nich ze zařízení č. 1 a 17 ze zařízení č. 2. Ze zařízení č. 1 odpovědělo všech 15 respondentů kladně – ano (100%). V zařízení č. 2 odpovědělo 15 ze 17 respondentů kladně – ano (88%), zbylí 2 respondenti odpověděli negativně (12%), tito 2 respondenti se už dalšími otázkami nezabývali.

Otázka č. 2 – Kolik volnočasových aktivit klient týdně navštěvuje/provozuje? V obou zařízeních odpovídalo 15 respondentů. V zařízení č. 1 si odpověď 1 až 2 vybrali 3 respondenti (20%), 3 až 4 si vybralo 8 respondentů (53%) a odpověď 5 a více zvolili 4 respondenti (27%). V zařízení č. 2 si odpověď 1 až 2 vybralo 5 respondentů (31%), odpověď 3 až 4 si vybralo 7 respondentů (44%) a poslední odpověď 5 a více 3 respondenti (25%).

Otázka č. 3 – Volí si klient volnočasové aktivity sám? Z 15 respondentů ze zařízení č. 1, uvedli odpověď ano 4 respondenti (27%), odpověď spíše ano 7 respondentů (46%) a odpověď ne celkem 4 respondenti (27%). Žádný z respondentů v zařízení č. 1 nevedl odpověď spíše ne. V zařízení č. 2 odpovědělo 15 respondentů, z nichž odpovědělo 7 respondentů ano (46%), 4 respondenti odpověděli spíše ano (27%) a 4 zvolili odpověď spíše ne (27%). Žádný z respondentů zařízení č. 2 nevybral odpověď ne.

Otázka č. 4 – Kolik hodin průměrně stráví klient denně volnočasovými aktivitami? V obou zařízeních odpovídalo opět 15 respondentů. V zařízení č. 1 si odpověď méně než 1 vybrali 2 respondenti (13%), odpověď 1 také 2 respondenti (13%), odpověď 2 si vybralo 7 respondentů (47%) a poslední odpověď 3 a více 4 respondenti (27%). Ze zařízení č. 2 si vybral pouze jeden respondent odpověď méně než 1 (7%), další 4 respondenti si vybrali odpověď 1 (27%) a zbylé dvě odpovědi 2 a 3 a více si vybralo shodně 5 respondentů (33%).

Otázka č. 5 - Z kolika volnočasových aktivit si klient může vybírat? Z patnácti respondentů ze zařízení č. 1 si 2 respondenti vybrali odpověď 1 až 3 (13%), odpověď 4 až 6 si vybralo celkem 7 respondentů (47%), další odpověď 7 až 9 si zvolili 2 respondenti (13%) a poslední odpověď 10 a více 4 respondenti (27%). V zařízení č. 2 odpovídalo také 15 respondentů. Odpověď 1 až 3 nevedl žádný z nich, odpověď 4 až 6 uvedli 2 respondenti (13%), odpověď 7 až 9 uvedlo 5 respondentů (34%) a poslední odpověď 10 a více si vybralo 8 respondentů (53%).

Otázka č. 6 – Navštěvuje klient volnočasové aktivity i mimo zařízení? V obou zařízeních odpovídalo 15 respondentů. V zařízení č. 1 si kladnou odpověď – ano zvolil pouze jeden respondent (7%), zbylých 14 respondentů zvolilo odpověď negativní – ne (93%). V zařízení č. 2 si kladnou odpověď vybrali celkem 4 respondenti (27%) a negativní 11 respondentů (73%).

Otázka č. 7 – Má klient v zařízení prostor k tomu, aby svůj volný čas trávil i ve svém soukromí? V zařízení č. 1 i v zařízení č. 2 odpovídalo 15 respondentů a všichni respondenti zvolili kladnou odpověď – ano (100%).

Otázka č. 8 – Jeví klient o navštěvované/provozované aktivity zájem? V obou zařízeních odpovídalo 15 respondentů. V zařízení č. 1 si vybralo odpověď ano celkem 8 respondentů (53%), další 3 respondenti odpověděli spíše ano (20%), 1 respondent odpověděl ne (7%) a poslední tři respondenti zvolili odpověď spíše ne (20%). Z celkového počtu 15 respondentů ze zařízení č. 2 si odpověď ano zvolilo celkem 5 respondentů (33%), 7 respondentů odpovědělo spíše ano (47%) a poslední 3 respondenti si vybrali odpověď ne (20%). Žádný z respondentů v zařízení č. 2 si nevybral odpověď spíše ne.

Otázka č. 9 – Domníváte se, že je využití volného času v zařízení dostatečné? V obou zařízeních odpovídalo 15 respondentů. V zařízení č. 1 odpovědělo 9 respondentů ano (60%) a dalších 6 respondentů spíše ano (40%). V zařízení č. 2 odpovědělo 12 respondentů ano (80%) a 3 respondenti spíše ano (20%).

Otázka č. 10 – je nějaká volnočasová aktivita, která v zařízení chybí a uvítali byste jí? V každém zařízení opět shodně odpovídalo 15 respondentů. V zařízení č. 1 uvedlo celkem 6 respondentů odpověď ano (40%), 9 respondentů odpovědělo ne (60%). V zařízení č. 2 odpovědělo všech 15 respondentů stejně – ne (100%). Žádný z respondentů si nevybral odpověď ne.

Otázka č. 11 – Pokud byste nějakou volnočasovou aktivitu zařízení uvítali, uveďte prosím jakou. V zařízení č. 1 napsali respondenti tyto odpovědi: 2x dramaterapie, fotografování, turistika, tanec, pohybová aktivita s aktivizačním pracovníkem a 2x pohybové hry. V zařízení č. 2 nikdo neuvedl volnočasovou aktivitu, která v zařízení chybí a uvítal by ji.

Z celkových tří hypotéz byly dvě platné, pouze jedna hypotéza se nepotvrdila. Co se týče komparace dvou zkoumaných zařízení, tak lépe dopadlo zařízení č. 2 – Centrum sociálních služeb Tloskov. Rozdíl nebyl příliš značný a i zařízení č. 1 – Domov Laguna Psáry si ve výsledku nevedlo špatně.

Zjištěná kvalita využití volného času pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením byla až překvapivě vysoká. Z výsledků šetření vyplynulo, že nabídka volnočasových aktivit v domovech pro osoby se zdravotním postižením je poměrně pestrá a domovy nemají problém s tím, aby klient navštěvoval/provozoval i vysoký počet volnočasových aktivit, přestože je takový počet aktivit finančně, časově i personálně velmi náročný.

ZÁVĚR

Kvalitní volnočasové aktivity jsou pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením důležité, co se týče jejich života v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Nejenže se prostřednictvím volnočasových aktivit seberealizují, ale i zdokonalují po všech stránkách. Zároveň tak vyplňují kratochvílemi, jinak spíše stereotypní pobyt v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Bohužel tito lidé nejsou schopni sami trávit svůj volný čas, tak jak by chtěli. Musíme jim v tom tedy pomáhat.

Hlavní cíl byl zjistit kvalitu využití volného času pro jedince s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Podle autora byl tento cíl splněn s velmi uspokojujícím výsledkem. Výsledek je takový, že kvalita využití volného času je na dobré úrovni. Je evidentní, že vedení i zaměstnanci těchto dvou zařízení neberou problematiku volného času na lehkou váhu a snaží se svým klientům vyjít co nejvíce vstříc.

Po komparaci dvou zařízení, ze které vyšlo o něco lépe zařízení č. 2 – Centrum sociálních služeb Tloskov, se autor snažil zjistit, proč tomu tak je. Autor později došel k závěru, že důvodem, proč je kvalita využití volného času vyšší v zařízení č. 2, je odbornost personálu. V Centru sociálních služeb Tloskov pracuje mnohem více odborníků a pracovníků, kteří jsou z oboru, a to včetně samotných vychovatelek. Volnočasové aktivity zde vedou odborníci nebo proškolení pracovníci. Doporučení autora je tedy jednoduché, a to dosazovat na takováto pracovní místa, co možná nejvíce odborníků a pracovníků z oboru. Bohužel se takovéto doporučení těžko splňuje z finančních a personálních důvodů.

Z výzkumu se dá poznat, že klienti mají o volnočasové aktivity zájem. Samozřejmě se najdou i výjimky, ale většina klientů má z nabízených volnočasových aktivit radost a mají tak možnost se v průběhu týdne na něco těšit. I když je práce s takovými jedinci velmi náročná, velkou odměnou nám jsou jejich úsměvy na tvářích.

Výzkum autorovi odpověděl na mnoho otázek, stejně tak se i některé nové objevily. Autor i tak věří, že se využití volného času v domovech pro osoby se zdravotním postižením ubírá tím správným směrem a doufá, že tomu tak také zůstane.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
2. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 9788073673192.
3. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 9788024615653.
4. HANÁK, Petr. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 8086856100.
5. HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.
6. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
7. JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 8070411961.
8. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
9. MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální: [určeno pro posluchače fakulty pedagogické]*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
10. NĚMEC, Jiří. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002. ISBN 8073150123.
11. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.
12. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 9788072906666.

13. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměněn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
14. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 8085931656.
15. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
16. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
17. SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. Knižnice speciální pedagogiky.
18. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 178 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071785067.
19. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7
20. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. Vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 8073200392.
21. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
22. Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č. j. 250602/97-22

Seznam použitých zahraničních zdrojů

1. KRATOCHVÍLOVÁ, Emília. *Pedagogika voľného času: výchova v čase mimo vyučovania v pedagogickej teórii a v praxi*. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2004. ISBN 8022319309.
2. VAŠEK, Štefan. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiencia, 1996. ISBN 80-967180-3-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. *Děti s kombinovaným postižením* [online]. [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: <http://www.spokojenedeti.cz/deti-s-postizenim/deti-s-kombinovanym-postizenim>

2. *Historie Domova Laguna Psáry* [online]. [cit. 2017-05-22]. Dostupné z:
<http://lagunapsary.cz/historie-domova-laguna-psary>
3. *Historie* [online]. [cit. 2017-05-22]. Dostupné z: <http://www.tloskov.eu/historie.html>
4. *Charakteristika dětí s kombinovaným postižením* [online]. [cit. 2017-05-17]. Dostupné z:
<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovany-m-postizenim/charakteristika-kombinovaneho-postizeni.shtml>
- 5 *Služby dozp* [online]. [cit. 2017-05-22]. Dostupné z:
http://www.tloskov.eu/sluzby_dozp.html

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1.....	43
Graf č. 2.....	43
Graf č. 3.....	44
Graf č. 4.....	44
Graf č. 5.....	45
Graf č. 6.....	45
Graf č. 7.....	46
Graf č. 8.....	46
Graf č. 9.....	47
Graf č. 10.....	47
Graf č. 11.....	48
Graf č. 12.....	48
Graf č. 13.....	49
Graf č. 14.....	49
Graf č. 15.....	50
Graf č. 16.....	50
Graf č. 17.....	51
Graf č. 18.....	51
Graf č. 19.....	52
Graf č. 20.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	64
Příloha B – Fotografie zkoumaných zařízení	65

Volnočasové aktivity pro jedince s mentálním a kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením

dotazník

1. Navštěvuje/provozuje klient nějaké volnočasové aktivity?
 ano ne
2. Kolik různých volnočasových aktivit klient týdně navštěvuje/provozuje?
 1-2 3-4 5 a více
3. Volí si klient volnočasové aktivity sám?
 ano spíše ano spíše ne ne
4. Kolik hodin průměrně stráví klient denně volnočasovými aktivitami?
 méně než 1 1 2 3 a více
5. Z kolika volnočasových aktivit si klient může vybírat?
 1-3 4-6 7-9 10 a více
6. Navštěvuje klient volnočasové aktivity i mimo zařízení?
 ano ne
7. Má klient v zařízení prostor k tomu, aby svůj volný čas trávil i ve svém soukromí?
 ano ne
8. Jeví klient o navštěvované/provozované aktivity zájem?
 ano spíše ano spíše ne ne
9. Domníváte se, že je využití volného času v zařízení dostatečné?
 ano spíše ano spíše ne ne
10. Je nějaká volnočasová aktivita, která v zařízení chybí, a uvítali byste jí?
 ano ne
11. Pokud byste nějakou volnočasovou aktivitu v zařízení uvítali, uveďte, prosím, jakou.

Příloha B – Fotografie zkoumaných zařízení



Domov Laguna Psáry, zdroj: <http://www.lagunapsary.cz/gallery>



Centrum sociálních služeb Tloskov, zdroj: <http://www.tloskov.eu/bydleni.html>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Filip Knobloch

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

**Název práce: Volnočasové aktivity pro jedince s mentálním a kombinovaným postižením
v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 22

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PaedDr. Viola Rašínová