

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Lidé s mentálním postižením a význam pohybu
v jejich životě**

Autor: **Marie Šmídová**

Katedra sociálně pedagogická
Vedoucí práce: **Mgr. Michal Pařízek**
Studijní program: **Sociální práce B7508**
Studijní obor: **Pastorační a sociální práce**

Praha 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Lidé s mentálním postižením a význam pohybu v jejich životě* zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.

V Praze dne 29. 5. 2007, Marie Šmídová

.....

Poděkování

Děkuji tímto vedoucímu mé bakalářské práce, panu Mgr. Michalovi Pařízkovi, za jeho trpělivost a konstruktivní připomínky a paní Olze Kurzové za její ochotu a nadšení s jakým mne přijala.

Lidé s mentálním postižením a význam pohybu v jejich životě

Mentally affected people and the importance of physical movement in their life

Anotace:

Práce pojednává ve své první části obecně o mentálním postižení, příčinách vzniku a o možnostech vzdělávání takto postižených osob. Díky zvyšujícímu se zájmu společnosti o kvalitu života mentálně postižených získávají na významu nové terapeutické přístupy, kterými se zabývám v páté kapitole.

Vlastní problematice pohybu je věnována další část práce. Věnuji se v ní specifickým přístupům a možnostem, které lidé s mentálním postižením mají. V sedmé kapitole pak shrnuji působení dvou organizací v České republice, které se takto handicapovaným sportovcům věnují.

V praktické části se díky anketě provedené mezi obyvateli chráněného bydlení Slapy přibližuji tuto problematiku z pohledu samotných lidí s mentálním postižením.

Annotation:

The bachelor thesis deals with the problematics of physical movement in the life of mentally affected people. The first part is focused on the general description of this problem and shows what and how has changed the accession of the society to the people with this handicap.

Next part maps the opportunities for exercising and also present two main organisations which deals with the sport of mentally affected athletes.

Last part shows thanks to the author's experience and the questionnaire how important part plays exercise in mentally affected people's lives.

Klíčová slova:

Mentální postižení, vzdělávání, péče a speciální potřeby lidí s mentálním postižením, nové terapeutické přístupy, pohybové aktivity, sebepojetí

Key words:

Mental affection, education, care and special needs of the mentally affected people, new therapeutical accesses, exercise activities, self-conception.

1. ÚVOD.....	7
1. 1 SMYSL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	7
1. 2 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	8
2. HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	9
2.1 POČÁTKY PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	9
2.2 SOUČASNÝ STAV	9
3. MENTÁLNÍ RETARDACE.....	11
3.1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE	11
3.2 PŘÍČINY VZNIKU	12
3.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	13
3.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE.....	15
3.5 ČETNOST MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH V POPULACI.....	15
4. SYSTÉM PÉČE A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	15
4.1 MIMOŠKOLNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ RETARDOVANÉ	16
4. 2 SOCIALIZACE OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	18
5. NOVÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V PRÁCI S MENTÁLNĚ RETARDOVANÝMI	19
5.1 DRAMATERAPIE.....	19
5.2 ARTETERAPIE	20
5.3 MUZIKOTERAPIE.....	21
5.4 TANEČNÍ A POHYBOVÁ TERAPIE	21
5.5 HIPOTERAPIE	22
5.6 CANISTERAPIE	22
6. POHYBOVÉ AKTIVITY OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	23
6.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	23
6. 2 POHYBOVÉ ZAČÁTKY	26
6.3 EMOCE A JEJICH VLIV NA VÝVOJ OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	28
7. HISTORIE A SOUČASNOST SPORTU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	29
7.1 ČESKÉ HNUTÍ SPECIÁLNÍCH OLYMPIÁD (DÁLE JEN ČHSO)	30
7.2 ČESKÝ SVAZ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců (DÁLE JEN ČSMPS).....	33
8. EMPIRICKÁ ČÁST	36
8.1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ SLAPY	36
8.2 CÍLE ANKETY.....	37
8.3 ANKETNÍ OTÁZKY	37
8.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	38
8.5 VÝZKUMNÉ METODY	38
8.6 ROZHOVORY S ASISTENTY.....	39
8.7 ROZHOVORY S KLIENTY	40
8.8 POZOROVÁNÍ.....	42
9. ZÁVĚR.....	44
PŘEHLED POUŽITÉ LITERATURY	47
OSTATNÍ ZDROJE	48
PŘÍLOHA 1.: DEFINICE POJMŮ.....	50
PŘÍLOHA2.: LOGA ORGANIZACÍ.....	52

1. ÚVOD

1.1 Smysl bakalářské práce

Ve svém dosavadním životě jsem měla možnost setkat s osobami s mentálním postižením, ať už na praxi v rámci studia vysoké školy, nebo jako dobrovolník a v současné době už jako stálý zaměstnanec občanského sdružení Portus Praha, zřizovatele chráněného bydlení Slapy nad Vltavou.

Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla pro toto téma, byl můj úraz, který mne upoutal na invalidní vozík. Trvalé postižení znemožňující klasický pohyb a jeho postupné znovunalézání v jiných formách mi během psaní velice pomáhalo. Byla to právě radost z pohyb, hrdost, že jsem něco dokázala, důvod proč vyjít ven a určitě i touha vítězit, co mne vracelo zpět do normálního života a myslím, že mé důvody se příliš neliší od těch, pro které sportují lidé s mentálním postižením.

Problematika mentálně retardovaných byla dlouhou dobu tabuizovaná. Laikům sice bylo jasné, že postižení jedince existují, ale pokud se s nimi neměli možnost setkat v nejbližším okolí, o jejich problémech, omezeních či možnostech nic nevěděli.

Od roku 1989 však tato oblast prošla pozitivním vývojem a dnes si už můžeme s čistým svědomím říci, že mentálně postižení jsou právoplatnými spoluobčany, kteří mají v naší společnosti své pevné postavení bez jakýchkoliv výhrad. V minulých osmnácti letech vzniklo mnoho nových institucí, stacionářů, chráněných bydlení a dílen, nadací a sdružení. Cílem práce všech těchto organizací, jejichž náplň nastíním v dalším textu, je co nejhlubší integrace lidí s mentálním postižením do široké veřejnosti, ochrana jejich práv a svobod, zajištění dostatečné péče či podpory rozvoje jejich osobností. S těmito tématy také velice úzce souvisí vzdělávání pracovníků v sociální sféře, které se nyní díky novému zákonu o sociálních službách stalo podmínkou.

Položila jsem si několik otázek, které by měla má bakalářská práce zodpovědět. Kdo je vlastně člověk s mentálním postižením? Jaké je jeho místo v naší společnosti a jaké jsou šance na jeho začlenění? Co pro něj znamená sport a pohyb vůbec?

V empirické části této práce jsem využila vlastních teoretických i praktických vědomostí a zkušeností. Použila jsem výzkumné metody a techniky, které mi pomohly odpovědět na anketní otázky.

1. 2 Cíle bakalářské práce

Po úvodní části, kde jsem nastínila důvody zvoleného tématu, se ve druhé kapitole zabývám mentální retardací z historického hlediska, jaká byla péče od doby, kdy se poprvé v minulosti nějakým způsobem snažili o výchovu slabomyslných osob, až po současnost, a s tím související dynamický vývoj po roce 1989.

V další části popisují mentální retardaci z odborného pohledu, jejími příčinami vzniku, dělením mentální retardace, péči o osoby s mentální retardací a neméně důležitou socializací těchto jedinců. Čtvrtá část je věnována systému vzdělávání a mimoškolní péči o mentálně retardované. Dále se v ní zabývám problematikou související se socializací osob s mentální retardací.

Různými druhy a novými alternativními trendy terapie spojené s pohybem a možnostmi práce s mentálně postiženými se zabývá pátá kapitola.

V šesté části jsem se snažila nahlédnout do situace a přiblížit oblast pohybu, pohybové začátky a vliv emocí na vývoj mentálně postiženého.

Následující kapitola je věnována historii a současnosti organizací, zabývajících se sportem lidí s mentálním postižením. O komplexní hodnocení celé práce se pokusím v poslední části nazvané závěr.

Předposlední část této práce je kapitola věnována empirickému výzkumu ve kterém se díky anketě provedené v chráněném bydlení Slapy odpovím na otázky, kladené v úvodu. O komplexní hodnocení celé práce se pokusím v poslední části nazvané závěr.

Cílem této práce je tedy proniknout do běžného života osob s mentální retardací a zjistit, jak velkou roli v jejich životě, a jestli vůbec hraje sport a pohybové aktivity. Zda má pohyb nějaký vliv na fyzický a psychický vývoj těchto jedinců, na jejich léčbu a udržování určitého stupně psychomotorického vývoje a seznámit se s novými trendy terapie spojené s pohybem a možnostmi práce s mentálně postiženým.

2. HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

2.1 Počátky péče o osoby s mentální retardací

„Historicky nejranější zmínka o mentálním postižení byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem. Postoj k mentálně postiženým byl v průběhu celého historického vývoje značně ambivalentní. Takto postižení byli již v dětském věku usmrcováni, sloužili jako dvorní šašci, byli zneužíváni, ale i ochraňováni. Záleželo na tom, zda je lidé přijímali jako ty, kdo potřebují jejich ochranu, nebo je zavrhovali jako méněcenné, či dokonce nebezpečné bytosti.“¹

Eisová ve své knize *Kapitoly z dějin psychopedie* datuje počátek péče o tzv. slabomyslné až okolo šedesátých let devatenáctého století, kdy začaly vznikat první ústavy pro slabomyslné jedince. Zprvu byly určeny výhradně pro děti a osoby z vládnoucí třídy, ostatním byla péče odepřena. Koncem 19. století byly ustanoveny právní normy a zákonná ustanovení, které měly pomoci zlepšit vztahy rodiny a postiženého dítěte.²

2.2 Současný stav

Péče o jedince s mentální retardací prošla řadou období, většinou se ale nejednalo o péči kompletní, která by zahrnovala působení na všechny složky osobnosti, které jsou potřebné pro odpovídající vývoj, tato péče spočívala spíše v primárním zdravotnickém ošetření a hlavně v izolaci od společnosti. Většinou byly pro tyto účely vyčleněny prostory jako kláštery a různé církevní budovy na okraji vesnic a měst, aby tito lidé byli co nejméně na očích a nekazily ideologii dokonalé a zdravé společnosti.

¹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 289

² Srov. EISOVÁ, A.: *Kapitoly z dějin psychopedie*. SPN Praha, Praha 1983

V r. 1971 byla OSN přijata Deklarace práv mentálně postižených osob, která stanovila právo na řádnou léčebnou péči, výuku a výchovu, které mají v maximální míře rozvinout možnosti a schopnosti mentálně postižených osob. Dále plné právo pracovat podle svých možností, nebo se zabývat jinou užitečnou činností a žít se svou rodinou. Pokud je nevyhnutelné umístění ve speciálních zařízeních, musí podmínky v nich co nejvíce odpovídat podmínkám normálního života. Omezení, nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům musí být jasně určeno a pravidelně kontrolováno a zároveň musí být stanoven kvalifikovaný opatrovník. „Deklarace řeší otázky zespolečenštění osob s mentální retardací, problematiku jejich plnoprávného života ve společnosti, do níž se narodily a v níž žijí.“³

Velký zvrat přišel po listopadu roku 1989, kdy odstartovaly obrovské změny v celé společnosti a spolu s tím i změny v oblasti sociální péče. Rozvoj této oblasti byl tak rychlý a nepředvídatelný, že často zákony a různá opatření vznikaly až dávno po založení určité instituce nebo organizace. Pro osoby s mentální retardací se naskytla řada možností realizace, vznikly nové školy a systém vzdělávání s cílem integrace takto postižených lidí do společnosti. Také byly zřizovány různé nadace, církevní spolky a charity, které se zabývali péčí o lidi v sociální nouzi, některé speciálně zaměřené na péči o mentálně handicapované. Pojem mentální retardace a lidé s tímto postižením se tak pomalu dostával do povědomí nás všech, kteří jsme je byli zvyklí doposud brát jako něco jiného, zvláštního, nezdravého a hlavně nenormálního. Tento proces však bude trvat a nelze ho nijak uspišit. Čtyřicetileté působení komunismu na naše myšlení má bohužel hluboké kořeny. „Zřejmě bude ještě nějaký čas trvat, než převažující část společnosti pochopí, že je běžné, nejen u nás, ale po celém světě, že určitá část populace bývá odlišná od společenského průměru, ať už mimořádným nadáním nebo různými formami postižení.“⁴

Postupně se sjednotila i legislativa, která se u nás řídí Listinou základních práv a svobod. Mnoho organizací jejím sítem neprošlo zůstaly ty nejsilnější a nejefektivnější. Systém sociální péče prošel v letošním roce revolucí v podobě nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. „O zákon o sociálních službách se usilovalo od počátku 90. let, byl opakovaně navrhován, měněn a opět stahován. Po celou tu dobu zákon chyběl jak uživatelům tak poskytovatelům sociálních služeb.

³ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 18

⁴ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000, str. 12

V březnu roku 2006 byl konečně schválen a přináší zlomové podmínky pro čerpání i poskytování sociálních služeb.“⁵

Naše společnost poskytuje mnoho služeb a způsobů pomoci, které jsou založeny na zdravotní, terapeutické a výchovně - vzdělávací a péči. Cílem je zapojit osoby s mentální retardací do společnosti, naučit je fungování v běžném životě a zařazením do pracovního procesu dodávat pocit důležitosti a významu pro okolní svět.

3. MENTÁLNÍ RETARDACE

3.1 Definice mentální retardace

„Za mentálně retardované se považují takoví jedinci (děti, mládež a dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“⁶

Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, jedná-li se o poškození ke kterému došlo na základě dědičném či vrozeném, mluvíme o **oligofrenii**. Jestliže došlo k poškození v průběhu života jedince, jedná se o **demenci**.

Považují za důležité zdůraznit, že za mentálně retardované osoby nejsou považovány ty, u nichž došlo k zaostávání rozumových schopností z jiného důvodu, než je poškození mozku. Tento stav zdánlivé mentální retardace je označován jako **pseudooligofrenii**. „Vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení, tj. v důsledku zanedbanosti. Mohli bychom je definovat jako sociální poškození vývoje rozumových schopností. Takto získaný stav je možné zlepšit, pokud by se dítě dostalo do podnětějšího prostředí“⁷

Dalším ze znaků mentální retardace je **trvalost** porušení poznávací činnosti. Někdy se může stát, že při určitém infekčním onemocnění nebo např. otřesu mozku či hladovění, dojde k přechodnému poškození psychické činnosti nebo ke zpomalení

⁵ www.nrzp.cz

⁶ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000, str. 24

⁷ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 147

duševního vývoje. „Mentální retardace není nemoc, jedná se o trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“⁸

Z názorů uváděných v minulosti lze vyčíst, že omezené rozumové schopnosti, které si člověk přinese na svět, se už nedají změnit. Dnes už ovšem víme a různé výzkumy nám to mohou potvrdit, že tyto závěry byly značně ukvapené a podceňující. Vhodnými a přiměřenými metodami a pedagogickými přístupy lze dosáhnout výrazného zlepšení. Dnešní psychologie mentální retardace staví na stále se rozvíjejícím poznání specifických zvláštností psychiky, které sice do jisté míry omezují jejich kognitivní procesy, ale zcela jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, velmi podobným životu nepostižených jedinců.

„Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a svaleními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet.“⁹

3.2 Příčiny vzniku

Zjištění, že rodiče mají dítě s mentální retardací, je bezesporu velikou zátěží a to nejen fyzickou, ale i psychickou. Sebeobviňování je jedním z mnoha stádií, kterými si rodiče musí projít. „Když jsem se dozvěděla, jakou má Christopher diagnózu, sesypala jsem se. Připadala jsem si naprosto neschopná a hlavně nepřipravená na to, co přijde. Ptala jsem se sama sebe, jestli za to náhodou nemůžu, měla jsem pocit, že je to trest za všechny ty velké plány, které jsem si pro něj připravila.“¹⁰

Otázky typu : Proč zrovna my? Co se stalo, co jsme udělali špatně? jsou zcela normální. Často však žádný viník neexistuje, pokud se ovšem nejedná o špatný životní styl matky, drogy a alkohol, nebo i zanedbání ze strany lékaře. Ve většině případů jsou příčiny v něčem jiném, než v selhání samotného člověka. „ Vědomí neschopnosti zplodit normálního potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a pocitům

⁸ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 13

⁹ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000, str. 27

¹⁰ NEWMAN, S.: *Hry a činnost pro vývoj dítěte s postižením*. Portál, Praha 2004, str. 15

méněcennosti. Reakce rodičů na takové trauma je mimo jiné ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí.¹¹

Příčiny vzniku mentálního postižení mohou být faktory endogenní (jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec) a faktory exogenní. „Jedná se o vlivy, které mohou způsobit mentální retardaci od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.“¹²

Velice důležité pro rodinu jedince s mentální retardací je nehledat usilovně příčiny onemocnění tam, kde si klasická medicína nevěděla rady. Pokus hledání viny a viníků tam, kde žádná vina neexistuje, může vést ke zkáze rodiny, k jejímu rozvratu a v neposlední řadě může trpět i samo postižené dítě.

3.3 Klasifikace mentální retardace

Pro lepší představu, jaký vliv má úroveň postižení na psychický i fyzický stav uvádím podrobnější definice jednotlivých skupin. Myslím, že toto členění ulehčí vytvoření obrazu o tom, jaké možnosti pohybu jsou pro postižené jednotlivce vhodné a možné.

Podle Mezinárodní zdravotnické organizace WHO byla v Ženevě roku 1992 ustanovena klasifikace nemocí, podle které se mentální retardace dělí. Vágnerová je ve své knize popisuje takto:

- **Lehká mentální retardace** (dříve debilita), IQ 69-50, dg. F 70¹³

Osoby s tímto postižením dovedou i v dospělosti uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně. Jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti.

¹¹ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 103

¹² VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 147

¹³ kódová čísla dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

- **Středně těžká mentální retardace** (dříve imbecilita), IQ 49-35, dg.F 71

U tohoto stupně mentální retardace je viditelné výrazné opožďení v celkovém vývoji, v oblasti fyzické a tělesné stránky jsou již patrné degenerativní změny, nervová soustava zůstává na nižším stupni. Učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoliv je potřeba četného opakování.

- **Těžká mentální retardace** (dříve idiocie prostá), IQ 34-20, dg. F 72

Tento stav je už velice náročný a těžký nejen pro jedince takto postižené, ale i pro celé jejich nejbližší okolí. Lidé s těžkou mentální retardací uvažují na úrovni batolete, Jsou schopni zvládnout úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů.

- **Hluboká mentální retardace** (idiocie hluboká), IQ 19 a méně, dg. F 73

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí a takto postižení lidé jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí.¹⁴

Švarcová toto členění ještě upřesňuje o další dvě kategorie:

- **Jiná mentální retardace**, dg. F 78

Jinou mentální retardací lze diagnostikovat jen tehdy, kdy je nesnadné klasifikovat normální mentální retardaci podle obvyklých metod kvůli přidružené senzorické nebo somatické poruše (nevidomí, hluchoněmí, těžké poruchy chování, autisté, těžce tělesně postižení).

- **Nespecifikovaná**, dg. F 79

U diagnostikování mentální retardace někdy nejsou dostatečné informace, proto nemůže být pacient zařazen do jednoho ze stupňů.¹⁵

¹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str.301-302

¹⁵ ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000, str. 30

3.4 Diagnostika mentální retardace

Hodnoty IQ jsou charakteristické určitou kolísavostí, proto při opakovaných měřeních lze často získat rozdílné výsledky. Záleží na momentální psychické dispozici testované osoby, na časovém odstupu, na kvalitě testu a na jeho vhodnosti pro jedince s mentální retardací. „Testování dětí s mentální retardací je velmi ošidné a jeho výsledky by měly podléhat pravidelným prověrkám, aby získané nálepky neomezovaly děti v dalším rozvoji.“¹⁶ Není proto vhodné spoléhat jen na testování, při diagnostice je důležité použít souboru zkoušek, podrobné zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření. Přesná rodinná anamnéza a životní podmínky, emoční a deprivace činitelé, ty se také mohou projevit a pomoci při diagnostikování.

3.5 Četnost mentálně postižených v populaci

Ze všech druhů různých postižení by se dalo říci, že mentální retardace je nejpočetnější, a to nejen u nás, ale v celosvětovém měřítku. Další důkaz je také to, že výskyt tohoto postižení neustále stoupá. „Tento stav se může vysvětlovat dvěma způsoby. Jednak je to lepší evidence mentálně retardovaných, a potom zlepšení celkové pediatrické léčby, díky které se snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. Přesný počet osob s mentální retardací v naší populaci však není znám, podle odhadů se jedná asi o 3 % občanů.“¹⁷

4. SYSTÉM PÉČE A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

System výchovy a vzdělávání prošel složitým vývojem, zejména pak po roce 1989. Dnes můžeme říci, že osoby s mentální retardací mají možnost vzdělávání na úrovni, kterou umožňuje jejich stupeň a hloubka mentální retardace. Musíme však

¹⁶ NEWMAN, S.: *Hry a činnost pro vývoj dítěte s postižením*. Portál, Praha 2004, str. 110

¹⁷ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 17

chápat, že se jedná o celoživotní proces. Rozvoj kognitivních funkcí u osob s mentální retardací je zpomalen, proto je u nich výraznější potřeba jejich permanentního rozvíjení, opakování již naučeného a prohlubování znalostí a dovedností. „Mentálně postižení potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak účinné, ale jeho výsledky jsou pro jejich život velice užitečné, zejména pokud jde o vedení k soběstačnosti apod.“¹⁸

„Zásady výchovy spočívají již v rodině. Tam jsou počátky vztahu k vědění, poznávání a získávání dovedností a návyků, jejím přístupem je pak ovlivněn další osud jedince s mentální retardací. Důležitá je trpělivost a také rada odborných pracovníků, kteří v případě, kdy si rodič už neví rady, ochotni pomoci, poradit a popř. odkázat na jiné instituce.“¹⁹ Jsou to například pracovníci speciálně-pedagogických center, které se zabývá mimo poradenské činnosti i prevencí, diagnostikou, profesní orientací a řadou dalších činností potřebných při péči a práci s osobami s mentální retardací.

4.1 Mimoškolní péče o mentálně retardované

- **Chráněné bydlení** - cílem chráněného bydlení je umožnit lidem s mentálním handicapem život v přirozeném prostředí mimo velké ústavy. Vychází se ze zkušenosti, že i poměrně těžce postižený člověk může žít v běžném prostředí, má-li k tomu vytvořeny základní podmínky. Důležité je, aby každý měl možnost rozvíjet své schopnosti a dosáhnout co největší samostatnosti. Veškeré potřebné služby jsou poskytovány asistenty, kteří jsou stálými zaměstnanci domácnosti.²⁰
- **Osobní asistence** – tyto služby jsou vymezené a řízené uživatelem, jedná se ale spíše o péči jedinců s fyzickým postižením, kteří vyžadují pomoc při hlavních denních aktivitách, např. hygieně. Úskalí osobní asistence u osob s mentálním postižením často spočívá v neschopnosti klienta formulovat své názory. Důležitá je asistentova empatie a schopnost najít hranici mezi přáním a potřebou.²¹

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 303

¹⁹ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 35

²⁰ www.portus.cz

²¹ www.pohoda-help.cz

- **Chráněné dílny** – cílem zaměstnávání lidí s mentálním postižením, kteří nejsou schopni sami pracovat v běžném pracovním prostředí. Účast na práci je pro lidi s postižením často základní podmínkou pro dosažení vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti. Smysluplná práce umožňuje navíc zlepšování mnoha dílčích schopností a dovedností a tím přispívá i k celkovému rozvíjení vlastní osobnosti.²²
- **Odlehčovací služby** – poskytování péče členům rodiny, kteří se starají o postiženého v domácím prostředí. Jedná se o úlevovou terénní službu, která pomáhá rodině, která se stará o dítě či mladého dospělého s těžkým zdravotním postižením. Podporuje pečující rodinu a umožňuje jí běžnou seberealizaci nebo odpočinek. Asistent nezasahuje do chodu rodiny. Doba poskytování služby a její náplň je vždy individuálně dohodnuta dle potřeb rodiny.²³
- **Ústavy sociální péče** – jsou určeny pro dlouhodobější pobyt, kde je podle zákona ustanovena péče v oblasti bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu klienta i přiměřené pracovní uplatnění. „Svěřenci ústavů jsou vychováváni, případně i vzděláváni ve výchovných skupinách. Výchovné skupiny jsou vytvářeny podle rozumových schopností svěřenců. Odpolední programy bývají volnější, konají se pokud možno venku, např. nenáročná práce, tělesná výchova a sport...“²⁴
- **Centra denních služeb a denní stacionáře** – poskytují ambulantní služby těm, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tento typ zařízení nabízí denní péči osobám s těžkým zdravotním postižením a je kompromisem mezi rodinnou a ústavní péčí. Zároveň zde pracují kvalifikovaní zdravotníci, psychologové, speciální pedagogové či dobrovolníci, kteří zajišťují vysoký standard poskytovaných služeb.

Podle mého názoru lze z předchozího rozdělení mimoškolní péče usoudit, který typ služby má nejširší možnosti podporovat rozvoj pohybu. Není v silách

²² www.portus.cz

²³ www.prorodiny.cz

²⁴ MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Slon, Praha 1999, str. 70

ústavních zařízení věnovat se a respektovat potřeby jednotlivých klientů a tak se pohybové aktivity mohou rozvíjet v rámci skupin, kde lze jen těžko realizovat schopnosti jednotlivců. Oproti tomu lze říci, že chráněné bydlení a osobní asistence pak zejména má největší šanci rozvíjet dovednosti jedinců a stále respektovat úroveň jejich postižení

4. 2 Socializace osob s mentální retardací

„Socializace mentálně postižených je velice opožděna. Déle přetrvává vazba na matku a na rodinu, jedinec s mentální retardací často nemá kompetence k osamostatnění.“²⁵ Nemá potřebu emancipace. Mnohé projevy chování jsou považovány za problémové, i když se často nebere v úvahu, jaký má vlastně daná reakce pro tyto lidi význam. Jejich chování je určitým způsobem komunikace.

Komunikace mentálně postižených a zdravých jedinců je charakteristická menší dávkou empatie, je schematičtější a většinou trvá kratší dobu. Často totiž tato situace pramení z neznalosti a nedostatku respektu k možnostem mentálně retardovaného.

Vágnerová popisuje proces socializace následovně:

Mentálně postižené děti jsou v sociální oblasti závislé na aktivitě dospělých. Preferují stereotyp, kontakt se známými lidmi, od kterých mohou čekat určité chování. Postižené děti mohou pozorovat okolí, různé situace a sociální interakce, ale těžko chápou jejich podstatné znaky a smysl tohoto chování. Učení nápodobou je tedy méně efektivní.

Dospívání je ovlivňuje daleko více biologicky než psychosociálně. Určitý problém tohoto období může představovat sexuální potřeba, někdy více touha po blízkém člověku. Situaci sexuálních potřeb řeší většinou autostimulací. Pokud si s tímto problémem, týkajícím se sexuality, nevědí sami rady, proto se často stávají oběťmi sexuálního zneužívání.

V období dospívání někdy dochází také ke zvýšení agresivity. Bývá důsledkem stresujícího působení prostředí, různé zákazy, omezení, odmítání a zavrhování, které tito jedinci neumí ovládat. Jindy se jedná o biologické faktory.

²⁵ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 156

Sociálně maladaptivní chování a nezvládnutí vlastní fyzické síly a nedostatečné chápání důsledků agresivního chování.²⁶

Pracovní uplatnění osob s mentální retardací je možné, pokud se jedná o práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, udržení pozornosti, nevyžaduje rychlé reakce a rychlé změny pracovních operací. Přes všechny obtíže je adekvátní práce pro mentálně retardované užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává náplň jejich životu.

5. NOVÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V PRÁCI S MENTÁLNĚ RETARDOVANÝMI

V současné době se kromě klasických druhů léčby využívá řady nových přístupů a metod, které se svým provedením a formou těší velké oblíbenosti nejen u mentálně postižených. Všechny tyto techniky jsou založeny na určité spolupráci se zvířetem, s vlastním tělem, pohybem a s ním spojenými vyvolanými emocemi. Specificky zaměřenými terapiemi je canisterapie (práce se psi) a hippoterapie (práce s koňmi). Mezi umělecké metody patří např. dramaterapii, muzikoterapii, choreo a bodyterapii. Poslední dvě zmíněné techniky jsou poměrně nové a ne příliš známé a užívané, proto je literatura pro získání více informací a podrobností téměř nedostupná.

5.1 Dramaterapie

„Dle British Association for Dramatherapists (1979) zní definice dramaterapie takto: Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální a nonverbální složku komunikace.“²⁷

²⁶ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004, str. 157-159

²⁷ VALENTA, M.: *Dramaterapie*. Portál, Praha 2001, str. 15

Podle slovenské dramaterapie se definuje tento obor jako umělecká a léčebně-výchovná metoda, která se aplikuje v rámci individuální i skupinové práce. Evokuje prožívání emocí, získávání vnitřní motivace, vede k integraci.

Valenta považuje tyto cíle dramaterapie za velmi variabilní. Při různém druhu klientů a jejich onemocnění se vždy klade důraz na specifické zvláštnosti. K hlavním cílům patří redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integraci osobnosti, vytváření pocitu zodpovědnosti, úpravu reálné aspirace a rozvíjení sebedůvěry²⁸

5.2 Arteterapie

„Arteterapie s mentálně postiženými je rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace – od lehčích forem přes střední až po těžké formy – pásma. Hlavním cílem arteterapie je kompenzace intelektových deficitů této populace, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevu v souvislostech.“²⁹

Při pohledu na arteterapii jako na kresbu zprostředkovávající poznání dítěte je nutné si uvědomit, že kresba mentálně postiženého, které například dosáhlo úrovně šestiletého dítěte, se kresbě zdravého šestiletého jedince nepodobá. Primitivní grafický projev pak přetrvává až do dospělosti. „Jejich výtvarné projevy mají charakteristické znaky dětských obrázků: primitivní vzhled, zjednodušené rysy, sklopení.“³⁰

Pro mentálně postižené jsou vhodné tělesně orientované techniky. Takto zprostředkovaný prožitek může nahradit či doplnit racionální cestu poznání, která je mnohdy nemožná nebo zbytečně složitá.

Umělecké aktivity, které rozvíjejí tvořivost, budují v jedincích s mentální retardací schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života. Při podpoře budování sebevědomí a sebehodnocení se pak osvědčilo modelování z hlíny.

²⁸ Srov. VALENTA, M.: *Dramaterapie*. Portál, Praha 2001, str. 18-19

²⁹ ŠICKOVÁ-FABRICI.: *Základy arteterapie*. Portál, Praha 2002, str. 81

³⁰ DAVIDO, R.: *Kresba jako nástroj poznání dítěte. Dětská kresba z pohledu psychologie*. Portál, Praha 2001, str. 119

5.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie nachází projekci v prožitku a imaginaci při slyšené hudbě, zvuku či rytmu. Muzikoterapie je velmi účinná metoda při léčbě psychosomatických potíží, například pocitu úzkosti, depresi, poruch spánku, komunikačních problémech. Ve formě pohybové terapie je schopna zlepšit tělesnou kondici, přispět k zvýšení sebevědomí. Ve formě zvukoterapie a imaginací s hudbou podporuje pozitivní myšlení, mění pohled na svět.

Muzikoterapeutické postupy přinášejí mentálně postiženým uvolnění, relaxaci a hluboké emocionální prožitky. Pomáhají rozvíjet motorické schopnosti a prohlubovat koncentraci.

Cílem muzikoterapie je usnadnit klientovi vyjádření jeho pocitů umožňujících změnu v prožívání a chování pacienta. Pravidelné naslouchání hudby by mělo klientovi z podvědomí pomalu, ale jistě vyplavovat směs nedefinovatelných emocí, které by pak měly být s pomocí terapeuta vytrženy, pochopeny a upraveny tak, aby klient pocítil úlevu a především aby porozuměl sám sobě. Nejlepším způsobem ventilace emocí je jejich reprodukce. V ideálním případě by po naslouchání hudby měla následovat taková aktivita, při níž by klient vyjadřoval co nejspontánněji své pocity (aktivní provozování hudby, tanec, zpěv, výtvarná činnost).³¹

5.4 Taneční a pohybová terapie

U taneční a pohybové terapie chápeme tanec jako pohyb, kterého se neklade důraz na jeho estetickou stránku, ale vysvětluje se z hlediska psychologického, sociologického a historického.

„Ústředním principem taneční terapie a pohybové terapie je silné a velice výrazné spojení emocí a pohybu. Při vývoji dítěte nesmí dojít k ochuzení některé jeho vlastní fáze. Proto dobrý terapeut musí všechna tato stádia znát a orientovat se v nich.“³²

³¹ www.muzikoterapie.cz

³² PANYEOVÁ, H.: *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál, Praha 1999, str.18

„Pohyb ovlivňuje vnitřní obraz těla a vede od změny v tomto obraze, ke změně psychického postoje.“³³ Při taneční a pohybové terapii tak mohou nevědomě navozené pohybové reakce vést k asociacím ranějších událostí a k jejich novému prožití. Klienti se mohou do procesu hluboce ponořit, protože probíhá v neverbální rovině. Využití tance v léčbě je stále na počátku, ale výzkumy prokázaly, že pro určité skupiny klientů má svůj specifický význam

Body a choreoterapie, úzce souvisí s taneční a pohybovou terapií, někteří autoři dokonce tuto techniku práce s tělem uvádí jako s ní totožnou. Terapie je založena na poznávání a uvědomění si vlastního těla, chápání a cítění jednotlivých jeho částí v prostoru, vyrovnávání se s nedostatky.

5.5 Hipoterapie

Tato forma léčebného ježdění se u nás provozuje cca 20 let. V posledních pěti letech se tato metoda stále zdokonaluje.

„Jedná se o speciální formu fyzioterapie prostřednictvím koně, kde se pomocí senzomotorických impulsů ze hřbetu koně cíleně působí na klienty. Hipoterapie je čistě individuální forma terapie.“³⁴ Kromě imitace mechanismu chůze spočívá funkce hipoterapie také ve stimulaci senzomotoriky, teplotě a hebkosti koňské srsti. Klient při vlastní terapii leží nebo sedí na vedeném koni, je korigován vyškoleným fyzioterapeutem a koně vede zkušený hipolog. Pro jedince s mentální retardací je důležitá hipoterapie z hlediska vůle, emocí, překonávání překážek, neméně opomenutelný je také relaxační účinek.

5.6 Canisterapie

Touto terapií se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu. Existují dvě možnosti, jak kontakt zprostředkovat. Umožňují-li to podmínky, mají zařízení své stálé terapeutické psy,

³³ www.dobromysl.cz

³⁴ MAHLER, Z.: *Člověk a kůň*. Nakladatelství Dona 1995, str. 56

kteří bydlí na místě a péče o ně je svěřena konkrétním pracovníkům. V opačném případě odborní terapeuté vodí psy na návštěvy ke klientům.

Působení na fyzické zdraví člověka je u canisterapie druhotné (na rozdíl od hypoterapie) a zahrnuje spíše složku motivace k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky. Canisterapie se uplatňuje zejména jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda při řešení situací, kde jiné metody nelze použít. Například při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími klienty.

„Canisterapie přispívá k rozvoji hrubé a jemné motoriky, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, rozvoj orientace v prostoru, nácvik koncentrace, podporuje sociální citění.“³⁵ Nesporný je pozitivní vliv na pohyb a hru klienta.

6. POHYBOVÉ AKTIVITY OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

6.1 Úvod do problematiky

„Pohyb znamená život.“³⁶ Tato informace tvoří základ nejen pro pohybový a celkově tělesný rozvoj, ale také při obohacování psychické a sociální oblasti. Mezi pohybem a rozumovým vývojem jedince je velice těsný vztah, a to již od samotného narození dítěte. Psychický a motorický (pohybový) vývoj od sebe nelze v žádném případě oddělit. „Všech pohybů se zúčastňují různé části těla, důležité je také zrakové vnímání, zraková a pohybová představa daného pohybu. Při motorické představě pohybu dojde v určitých pohybových centrech mozkové kůry ke vzruchům, které vyvolávají téměř nepatrné pohyby v příslušné svalové skupině.“³⁷

„Na činnostech spojených s pohybem se podílejí také citové a volní procesy. Člověk si k určité aktivitě vytváří vztah, ať už je to činnost pracovní, zábavní, sportovní, hra atd., kterou se zabývá při jejím zvolení, průběhu i ukončení.

³⁵ www.pomocnetlapky.cz

³⁶ PANYEOVÁ, H.: *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál, Praha 1999, str. 8

³⁷ PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003, str. 10

Zároveň vynakládá volní úsilí, které je odlišné v době osvojování pohybu a v době, kdy už úkol ovládá.³⁸ Není to jednoduché ani pro zdravého člověka, hlavně pokud se jedná o složité motorické dovednosti např. v hodinách tělesné výchovy, při hře na hudební nástroj, při pracovní činnosti v oblasti jemné motoriky.

Pohybová aktivita osob s mentální retardací je v jejich životě podle mého názoru naprosto nepostradatelná. Je velice důležité začít s pohybem už od dětství, po stanovení diagnózy a u některých zřejmých diagnóz, např. Downův syndrom, ihned po narození. „Motorický vývoj je u osob s mentální retardací v menší či větší míře opožděn, proto se pomocí různých metod a cvičení snažíme tento rozdíl ve vývoji vyrovnat nebo alespoň zmírnit.“³⁹ V kojeneckém a batolecím věku nám k tomu slouží především dvě metody.

a) Vojtova metoda, která využívá automatické vrozené vzory pohybu vpřed, které jsou uloženy v centrální nervové soustavě a jsou výbavné jen z určité polohy těla a pod danou stimulací pomocí spoušťových bodů. Pohybové vzory Vojtovy metody jsou dva, a to reflexní plazení a reflexní otáčení. Ve standardních výchozích pozicích se aplikují na přesně definované tělesné zóny – na trupu a na končetinách manuální stimuly. Tím má dojít k vyvolání změny držení nebo pohybu, což je odvozeno od výše uvedených základních vzorů – plazení a otáčení.⁴⁰ Obrovským kladem této metody je aktivní cvičení bez spolupráce dítěte.

Pavlů ve své knize zdůrazňuje, že v žádném případě nelze oddělit psychický a pohybový vývoj. Jeden je závislý na druhém. Psychomotorický vývoj je geneticky určený. Máme vrozené tzv. automatické pohybové programy, které slouží jako předloha pro pohybový vývoj. Právě díky těmto předlohám pro pohybovou aktivitu máme možnost pohybový vývoj do určité míry ovlivnit. Nikdy neovlivníme kvantitu, ale máme možnost ovlivnit kvalitu pohybu, tzn. umožnit co nejekonomičtější, harmonický pohyb. Během prvního roku života zvládne dítě v oblasti pohybové vývoje největší skok. Tento systém je v tomto období nejvíce labilní, a proto ho

³⁸ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 94

³⁹ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 96

⁴⁰ Srov VOJTA, V.: *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*, str. 18

můžeme nejvíce ovlivnit. Umožníme-li kvalitní pohyb, fixuje se tento do podvědomí a je ve své kvalitě poté podvědomě využíván.⁴¹

b) Koncept manželů Bobathových je založen na hledání reflexních inhibičních metod. Je to technika držení a zacházení s dítětem, kdy se cvičení i relaxační fáze podporující uvolnění svalového napětí striktně drží ontogenetického vývoje, tzn. nikdy nechceme po dítěti víc, než co je adekvátní pro jeho vývojový stupeň⁴²

„Nové trendy v Bobath-konceptu se týkají zejména:

- významu sociální integrace a sociální kompetence a autonomie dítěte,
- pramenům motivace pro aktivitu a učení v individuálním případě,
- týmové spolupráci.

Z toho také vyplývá, že dítě je nyní považováno více za sebeurčující osobnost a je brán zřetel na to, že vývoj centrálního nervového systému probíhá v interakci s okolním prostředím.⁴³ Lidské motorické chování se zakládá na neustálé interakci mezi člověkem, jeho cílenou aktivitou a okolím. „Člověk je souborem mnoha podsystémů, které jsou interaktivní a vzájemně na sobě závislé. Tyto systémy jsou plastické a adaptivní ve smyslu vnitřních i vnějších změn. Okolím člověka rozumíme jeho nejbližší i vzdálenou rodinu, společnost i prostředí ve kterém se pohybuje a žije. Ve snaze dosáhnout funkčních motorických dovedností se člověk zaměřuje spíše na určitý cíl než na specifickou komponentu daného pohybu.“ Učení a adaptace motorických dovedností zahrnuje proces spojený s praxí a zkušeností. Nabývání nových dovedností stejně jako jejich pozbývání se odehrává po celý život člověka.⁴⁴

Dále se pak formou cvičení, protahování, her a dalších cviků snažíme o zlepšení koordinace, rovnováhy, posilujeme svalový korzet a podporujeme správné držení těla. Velice důležitý je individuální přístup ke každému klientovi, uvědomovat si jeho stupeň mentální retardace, náladu a momentální zdravotní stav

Přestože jsou tyto techniky spojovány s raným dětským věkem, měla jsem možnost během své roční soustavné rehabilitace tyto metody zkusit i v dospělosti doslova na vlastní kůži. Obzvláště pak Vojtova metoda přinášela po intenzivním cvičení znatelné pokroky, které aktivovaly i u paraplegie pohybové řetězce, které

⁴¹ Srov. PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003, str. 71

⁴² www.fyreos.cz

⁴³ PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003, str. 59

⁴⁴ www.dictor.net

jsem sama kvůli ochrnutí nemohla nikdy provést. Přestože Vojtova metoda není podmíněna vlastní aktivitou pacienta, je velice namáhavá a po hodině cvičení jsem pozorovala, jak mé vlastní tělo odmítá kvůli únavě i přes intenzivní manuální stimuly fungovat.

6. 2 Pohybové začátky

Jak už jsem se zmínila, velice důležité je začít se cvičením co nejdříve, ihned po prvních známkách opoždění nefyziologického původu. Velkou roli zde hraje aktivita rodičů, jejich vlastní přístup k tomu, že mají postižené dítě a snaha o to, aby se tento stav co nejvíce vyvíjel k lepšímu nebo se alespoň nezhoršoval. Spolupráce rodičů a zdravotníků tvoří nemalou část úspěchu. „Jistota a odvaha ke cvičení se získává tím, že dítě je po celou dobu cvičení v úzkém kontaktu s osobou, na kterou je citově vázáno. Pozornost dospělého je mu věnována cele, dítě v něm má velkou oporu, nebojí se za jeho pomoci provádět i náročnější cviky.“⁴⁵ Na rehabilitačních odděleních nebo v ambulantní péči by měli fyzioterapeuté věnovat maximální péči nejen dětem, ale i rodičům. Podrobnou instruktáží potřebných cviků, které by měli rodiče s dětmi cvičit pravidelně několikrát denně, vysvětlením všech úskalí v pohybu jejich dítěte vzhledem k postižení a citlivým přístupem.

Rodičovská péče v této oblasti nesmí vymizet, ani když alespoň částečnou péči převezme speciální mateřská škola, pomocné školy nebo stacionáře. V těchto institucích, by pak měl být pohyb, tělesná výchova, rytmická výchova a rozvíjení jemné i hrubé motoriky začleněny do denního režimu. „Hlavně v předškolním věku mají děti s mentální retardací problém s pochopením cviku, definicí pohybu, koordinací a spojováním jednotlivých cviků v celky. Toto všechno je zatíženo situací, kdy u těchto dětí není ještě dostatečně vyvinuto smyslové vnímání a o pohyb se nezajímají.“⁴⁶

V tomto duchu a podobném stylu založeném na shodných rysech jedinců s mentální retardací přizpůsobeném věkovým odlišnostem, pak pokračuje i pohybová stránka výchovně-vzdělávacího procesu v ostatních institucích. Na zvláštních

⁴⁵ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 99

⁴⁶ PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003, str. 11

i pomocných školách a v ústavech sociální péče se speciální pedagogové snaží o celkové, plánovité, cílevědomé a záměrné ovlivňování osobnosti jedince s mentální retardací tak, aby došlo co možná k nejvyššímu stupni socializace, realizace v osobním i pracovním životě. Většinou se zařazují kromě klasické rozvíčky i cviky s nářadím a náčiním. „Při cvičení na stanovištích, kdy jsou využívány různé druhy nářadí a náčiní, vedeme děti k překonávání nejrůznějších překážek a odstraňování strachu z nich. Přirozenou hravou formou vychováváme a zdokonalujeme základní pohybové dovednosti, celkovou obratnost a pohybovou koordinaci.“⁴⁷

Také hudebně pohybová výchova, která má jedince s mentální retardací naučit poslouchat hudbu, poznat rytmus písně a s ním sladit i jednoduchý pohyb. Tento druh pohybu přiměřeně naladí fyzicky i psychicky jedince k další aktivitě, procvičuje a stimuluje smyslové vnímání. Je důležité také zařadit zdravotní cviky se zaměřením na již zmíněné správné držení těla, správné dýchání a individuální zvláštnosti, tzn. správná poloha končetin, hlavy, protažení apod. Zdravotní cviky se také zaměřují na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku. Aby se zvýšila zábavnost a efektivnost cviků do krajních poloh, využívají se k tomu drobná náčiní nebo pomůcky. Mají i tu funkci, že se jedinci s mentální retardací seznamují s různými materiály, jejich vlastnostmi – vahou, tvrdostí, velikostí, povrchem, barvou, tvarem.

Ke cvičení se také využívají gymnastické balony nebo-li fyziobally, které jsou vynikajícím prostředkem k procvičování senzomotoriky, protahování a posilování jednotlivých částí těla. „Využití míčů dalece překročilo hranice fyzioterapie. Míče patří v současné době k běžným pomůckám i v oblasti sportu, ale své použití nacházejí i jak v dětských zařízeních tak i v zařízeních pro starší osoby, a to jak s cílem preventivním tak i terapeutickým.“⁴⁸

Ke klasickému druhu pohybu sloužícímu spíše k preventivním a udržovacím cvičením by stály za zmínku také některé druhy léčebné terapie spojené s tělem, cvičením, pohybem vůbec. Práce s tělem je velice důležitá a je jednou z forem učení u osob s těžšími stupni mentální retardace. Pomáhá jim uvědomit si jednotlivé jeho části, vnímat je, ovlivňovat je.

⁴⁷ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 110

⁴⁸ PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003, str. 227

Asi nejpřístupnější odvětví v pohybu a ve sportu pro rodiče s dětmi s mentální retardací a pro tyto jedince vůbec, je turistika. „Procházky, delší výlety i túry přiměřené zdravotnímu stavu, provázejí takto handicapované lidi prakticky po celý život.“⁴⁹ Turistika je vhodná v každém ročním období, v zimě lze obohatit o sáňkování, stavění sněhuláků a různých sněhových chýší, což na jedince působí nejen fyzicky, ale pomáhá to rozvíjet jejich tvořivost a fantazii.

6.3 Emoce a jejich vliv na vývoj osoby s mentální retardací

Jak je již zřejmé z předchozího textu a v podstatě z vlastního názvu mé práce, chtěla bych se zabývat pohybem, vztahu pohybu a jedinců s mentální retardací, vliv pohybu na jejich emoce a postavení sportovních aktivit z hlediska jejich volného času. S pohybem a aktivitou vůbec úzce souvisí i emocionální vývoj, protože výrazně ovlivňuje chování a prožívání.

Ve většině případů jsou jedinci s mentální retardací emocionálně nevyzrálí, chovají se jako děti. Důležité je umět navázat kontakt a brát v úvahu určitou mentální vyspělost, protože jedině tak jsou schopni adekvátně reagovat. Někdy mohou na cizí prostředí reagovat třesem a vegetativními poruchami. Jsou závislí na systému pochval, odměn a trestů, pokud se vychovateli nebo jiné osobě podaří získat důvěru klienta s mentální retardací, plní úkoly pro něj, ne pro sebe. „Mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány.“⁵⁰

Švarcová ve své knize přikládá emocím v životě osob s mentální retardací velký význam, dalo by se říci, že až mimořádný. Patří k nejvýznamnějším činitelům jejich vývoje, prožívají-li pozitivní emoce, zvyšuje to kvalitu jejich života a životní jistoty. Ty prožitky, které u nich převládají, utvářejí rysy jejich povahy. Veselost, radostnost, přívětivost apod., nebo naopak při převládání negativních prožitků se mohou stát podrážděnými, lhostejnými, zlostnými až agresivními.⁵¹

⁴⁹ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 115

⁵⁰ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profesie*. Portál, Praha 2004, str. 308

⁵¹ Srov. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000, str. 42

7. HISTORIE A SOUČASNOST SPORTU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Přestože je sport lidí s mentálním postižením nepříliš starou záležitostí, lze již v dávné minulosti, v dobách starých Číňanů, rozeznat účelové užívání pohybových aktivit pro léčbu či rehabilitaci.

Průkopníky skutečného odborného využívání pohybových aktivit byli lékaři, kteří přispívali k uznání tělesných cvičení jako prostředku ke zlepšování zdravotního stavu postižených. „Vývoj v 19. a v 1. polovině 20. století je charakterizován jako postup od léčebně orientovaných pohybových aktivit a důraz je kladen na celkový rozvoj jedince.“⁵²

V současnosti se vedle školní tělovýchovy mohou mentálně postižení realizovat ve sportovním tělovýchovném procesu ve sportovních organizacích a oddílech, účastnit se soutěží.

Kvapilík, Černá uvádí obecné principy, které by měly být dodržovány na všech úrovních organizovaného pohybu:

- **Zásada názornosti** – mentálně postiženému jedinci musíme věci a jevy předkládat prostřednictvím co možná největšího počtu analyzátorů (např. zapojení hmatu a čichu nebo zraku dohromady) tak, aby mohly vznikat mnohočetné spoje mezi vnímanými jevy a později představami
- **Zásada přiměřenosti** – rozumí se takový výběr didaktických metod a organizačních forem, které odpovídají věku a stupni postižení jedince.
- **Zásada soustavnosti** – návyk k soustavnosti je třeba u mentálně postiženého dlouho cvičit aby nedocházelo k zmatenému poznávání.
- **Zásada trvalosti** – dovednosti a návyky je nutno neustále procvičovat, vracet se k nim a využívat je v obměněných podmínkách a situacích
- **Zásada uvědomělosti a aktivity** – aktivitu mentálně postižených lze navodit jejich osobní zainteresovaností v osvojování daných dovedností. Také neustálá kontrola pozornosti má aktivizující hodnotu.⁵³

⁵² www.csmmps.cz

⁵³ KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990, str. 91-110

7.1 České hnutí speciálních olympiád (dále jen ČHSO)

Speciální olympiádu pro sportovce s mentálním postižením mnoho lidí nevědomky ztotožňuje s paralympiádou a přestože mají stejný slovní základ, jejich principy a cíle jsou si vzdálené.

Hnutí speciálních olympiád používá slovo olympiáda ve svém názvu zcela právoplatně. Je uznáno Mezinárodním olympijským výborem a je tudíž oprávněno používat termín "Olympiáda".

Úvod těchto olympiád se od ostatních nikterak neliší. Vše je zahájeno zapálením olympijského ohně, slibem sportovců, rozhodčích a zahajovacím ceremoniálem, kde jsou představeny jednotlivé účastnické státy pomocí praporů, na kterých je uveden název země, odkud výprava dorazila. Úmyslně jsem zdůraznila pouze názvy zemí, jelikož v rámci sjednocení světa, ve kterém by neměly existovat hranice, nemají konkrétní státní vlajky velkou důležitost. Kulturního programu se pak účastní známé osobnosti a sportovci pořadající země.

„Pravidla, které stanovila v polovině 60. let v USA paní Eunice Kennedyová-Shriverová, sestra prezidenta J. F. Kennedyho, vnesla do klasického soutěžení ducha ryziho sportování, kdy mnozí sportovci překonávají sami sebe. Každé kategorie se účastní 8 soutěžících a všech osm také stojí na stupni vítězů. První tři získají regulérní medaili ti ostatní pak stužky.“⁵⁴ Možné námitky o nedostatečné motivaci vyvrací celkové filosofie speciálních olympiád. Ta spočívá vedle sportovní hodnoty i v emotivních prožitcích sportovců i jejich blízkých a pro uznání mentálně postižených širokou veřejností.

Česká republika, tehdejší Československá federativní republika, mohla oficiálně vyslat své zástupce až v roce 1991 na osmou letní světovou speciální olympiádu v Minneapolis, Minnesota a to díky paní Olze Kurzové, jejímu manželovi a paní Středové, kteří v únoru 1990 založili ČHSO. Co této aktivitě předcházelo mi vyprávěla sama paní Kurzová, technická ředitelka ČHSO.

„U nás původní sportovní hry ústavů, provozované za totality, probíhaly za nepřítomnosti publika a tudíž i bez rodičů. Odměňování byli pouze první tři nejlepší a tak se často stávalo, že jeden z nejzdatnější účastník si odnesl medaile hned

⁵⁴ propagační materiály ČHSO

z několika sportů a ostatní byli bez šance. V roce 1986 navštívila ústav Vlašská, kde jsem tehdy pracovala, výprava z Belgie. Na oplátku jsme byli pozváni i my do Belgie a dva roky trvalo, než jsme mohli cestu uskutečnit. Tam jsem v realitě viděla, že sportování lidí s mentálním postižením může mít úplně jinou atmosféru a rozhodla jsem se, že se tuto myšlenku pokusím realizovat i v tehdejší Československu. V následujících letech komunistické ministerstvo nedovolilo jakoukoliv účast našich sportovců na světových hrách a tak bylo velkým úspěchem vyslání naší výpravy na mezinárodní olympiádu do Polska. Devět účastníků s doprovodem sice jelo na vlastní náklady a bez dressů, ale toto všechno vykompenzovala pochvala z úst samotné paní Kennedyové. Po listopadové revoluci v roce 1989 už nic nebránilo založení Českého hnutí speciálních olympiád a přijetí podmínek činnosti sportovních klubů v rámci ČHSO.⁵⁵

Na svých internetových stránkách uvádí ČHSO podmínky pro registraci klubu.

- 1) Sportovní klub je nezávislý, bez ohledu na to, kde je organizován
- 2) Minimálně počet mentálně postižených sportovců nutný pro vznik klubu je 5. Jejich IQ nesmí být vyšší než 80.
- 3) Počet sportovců v tréninkové jednotce závisí na druhu sportu, maximálně však 10 sportovců s mentálním postižením na 1 trenéra
- 4) Sportovní činnost v klubu se provádí pravidelně, nejméně 1x týdně
- 5) Všichni členové klubu, sportovci i trenéři, musí být pojištěni
- 6) Zástupci sportovního klubu se aktivně podílejí na činnosti ČHSO.⁵⁶

Tak jako klasická olympiáda se dělí i speciální olympiáda na letní a zimní.

Mezi 19 letních sportů patří atletika, plavání, gymnastika, badminton, košíková, volejbal, kopaná, házená, kuželky, bocce, vzpírání, jezdectví, bruslení na kolečkových bruslích, cyklistika, jachting, softball, tenis, stolní tenis, golf. Zimní sporty zahrnují sjezdové lyžování, běžecké lyžování, krasobruslení, rychlobruslení a halový hokej.

Každá země pak provozuje takové sporty, které umožňují její klimatické podmínky a ke kterým má kvalifikované trenéry.

⁵⁵ rozhovor s paní Olgou Kurzovou

⁵⁶ www.specialolympics.cz

Speciální olympiády představují vyvrcholení speciálně olympijských programů a mohou být pořádány na různých úrovních – regionální, národní, mezinárodní, evropské a světové.

Účasti na světové speciální olympiádě předchází účast na národních hrách. Na národní hry má možnost pořádající stát pozvat až dalších pět států. Stále platí pravidlo, že hry musí splňovat všechna kritéria (ceremoniál, pravidelný trénink, registrace sportovců).

I přesto, že jsou aktivity ČHSO podporovány granty ministerstev, je organizace her závislá na sponzorských darech a pomoci dobrovolníků. Z počátku Česká republika tyto hry pořádala každoročně, poté jedenkrát za dva roky a v současnosti jednou za čtyři roky (poslední hry proběhly ve Zlíně v roce 2006). Česká reprezentace je na světových hrách podporována grantem sportovní reprezentace ČR.

Hnutí speciálních olympiád dělí sporty do třech základních skupin:

- individuální
- kolektivní
- sjednocené sporty.

Právě sjednocené sporty umožňují sportovcům s těžkým stupněm mentálního postižení šanci zažít pocit vítězství, ocenění a uznání.

Patří sem například skok z místa, rozjezd vozíku na jeden záťah nebo slalom mezi kuželkami. Soutěží se v osmiboji a všichni sportovci dostávají stužky stejné hodnoty “Partneři“ bez postižení by měli společně s postiženým sportovcem pravidelně trénovat.

Sportovci, kteří jsou zařazeni do přizpůsobených sportů nemohou být současně vedeni v jiném druhu sportu, což ovšem neznamená, že s rozvojem svých schopností se časem nemohou zařadit do běžného sportování.

Tak jako všude, i na speciálních olympiádách se objevily snahy o podvod. Trenéři udávali nižší výkony svých svěřenců, kteří tímto byli zařazeni do nižší kategorie a měli zajištěno vítězství. Kvalifikační závody jsou opatřeny, které by mělo zajistit spravedlivé zařazení. ČHSO v současnosti registruje 3 987 členů, z toho 3 600 sportovců, 730 trenérů, 251 ostatních a 147 klubů.

Je paradoxem, že i když se olympiád účastní známé osobnosti (za Českou republiku to byli například paní Olga Havlová, paní Livia Klausová a čestným

předsedou je Vlastimil Harapes), “obyčejní“ lidé o jejich existenci zpravidla ani nevědí. Svůj podíl na této skutečnosti mají i media a jejich neochota se na popularizaci podílet. „Zájem významných a veřejně známých osobností včetně nejvyšších státních představitelů je nejen velkým emotivním zážitkem pro všechny sportovce, ale je i velkým výrazem uznání, kterého se jim dostává za jejich úsilí překonat sebe sama.“⁵⁷

„Cílem speciálních olympiád je umožnit co největšímu počtu lidí s mentálním postižením pravidelně sportovat a účastnit se sportovních soutěží bez ohledu na absolutní výkonnost.“⁵⁸

Speciální olympiády nepřináší dobrý pocit jen soutěžícím, ale mají také svou důležitost pro rodiče, kteří vidí úspěch svého dítěte. Je to pro ně pocit hrdosti a zadostiučinění a impuls do dalšího života.

Celou filosofii těchto olympiád charakterizuje více než cokoliv jiného slib sportovců: Kéž vyhraji. I když se mi to nepodaří, ať jsem statečný ve svém úsilí.

7.2 Český svaz mentálně postižených sportovců (dále jen ČSMPS)

Český svaz mentálně postižených sportovců je vedle Hnutí Speciálních olympiád druhou organizací, zabývající se sportovními aktivitami osob s mentálním postižením v České republice.

U zrodu tohoto svazu stál dr. Josef Kvapilík, který v roce 1992, na základě kontaktů se světovým sportovním hnutím mentálně postižených, přistoupil na filosofii Mezinárodní sportovní federace osob s mentálními postiženími zaregistroval ČSMPS jakožto občanské sdružení. Od svého vzniku je svaz členem Unie zdravotně postižených sportovců a Českého paralympijského výboru. Svaz nabízí takový strategický rozvoj sportu lidí s mentálním postižením, který zpřístupňuje sport všem zájemcům, a to na různých úrovních - od soutěží v rámci ústavu, školy či klubu, přes městské či regionální soutěže k soutěžím mistrovství České republiky. Vrcholem je účast v reprezentaci ČR na mezinárodních soutěžích.

⁵⁷ bulletin ČHSO 2000

⁵⁸ www.specialolympics.cz

„Již v roce 1992 se naši sportovci zúčastnili 1. paralympiády mentálně postižených v Madridu, do té doby pro nás nejrozsáhlejší akce. Od téhož roku se činnost ČSMPS postupně rozvíjí, roste členská základna, ustálil se systém soutěží, rozvíjí se mezinárodní spolupráce. Je potěšující, že počet účastníků regionálních i republikových soutěží není složen jen z registrovaných členů svazu, nýbrž všechny úrovně soutěží jsou otevřeny i pro (prozatím) neregistrované sportovce. Koncem roku 2001 měl svaz 2780 členů ve 24 sportovních klubech, z nichž mnohé byly složeny z několika oddílů. Zájem o činnost ve svazu neustále vzrůstá, ale nárůst členské základny se vedení ČSMPS snaží regulovat s důrazem na co největší kvalitu členské základny a organizace oddílů.“⁵⁹

Mezinárodní sportovní federace pro osoby s postižením intelektu - International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability (dále INAS-FID), jejíž členem ČSMPS je, byla založena v roce 1986 a je charakterizována jako mezinárodní sportovní federace, reprezentující zájmy osob s intelektovým postižením v oblasti sportovních aktivit. V současné době sdružuje tato organizace 86 národních asociací a podmínkou k registraci sportovců je mentální postižení potvrzené testy, které provádějí experti (psychologové, speciální pedagogové) země, kterou sportovec reprezentuje.

INAS-FID má pevně stanovené podmínky, které po sportovcích požaduje. Způsobilost ve sportu musí být založena na následujících kritériích:

- IQ jedince funguje na úrovni IQ 70-75 nebo méně.

Významně demonstruje limitaci ve dvou nebo více oblastech schopností adaptace (oblasti denní aktivity sportovců, kteří vyžadují podporu – např.: výchova, vzdělání, sociální dovednosti, zaměstnání, denní život). Sportovec musí splňovat alespoň 2 z uvedených podmínek).

- Věk při diagnostikování vady jedince 18 nebo méně roků.

Při stanovování IQ a způsobilosti vůbec se vychází z mezinárodní klasifikace nemocí podle WHO z roku 1992.⁶⁰

Systém soutěží Českého svazu mentálně postižených sportovců zahrnuje nabídku soutěží od oddílových, přes klubové, regionální až po soutěže v rámci České republiky a soutěže mezinárodní. Sportovci s mentální retardací startovali poprvé na paralympijských hrách neoficiálně v letech 1992 (letní paralympiáda) a 1994 (zimní

⁵⁹ www.csmps.cz

⁶⁰ www.csmps.cz

paralympiáda v Lillehammeru). První oficiální účast je spojena s letní paralympiádou v Atlantě 1996, kde soutěžili atleti a plavci, a zimní paralympiádou v Naganu 1998, kde se představili běžci na lyžích.

„INAS-FID je přesvědčen, že jedinci s intelektovým postižením mají právo zúčastnit se sportovních soutěží dle vlastního výběru, na úrovni schopností, kterými disponují. To se může uskutečňovat v „pásmových“ soutěžích jako jsou Special Olympics International (SOI) nebo v otevřené soutěži, která je vlastní INAS-FID. „Pásmová“ soutěž je soutěží mezi sportovci s přibližně stejnou úrovní výkonnosti. Proto se můžou konat např. 4 soutěže v běhu na 100 m pro 4 různé úrovně výkonnosti. To znamená, že v tomto případě budou 4 držitelé zlatých medailí v disciplíně 100 m. Otevřená soutěž je soutěž stejná jako pro nehandicapované olympioniky. Volba otevřené soutěže v rámci INAS-FID soutěží je založena na zásadě normalizace.“⁶¹ Soutěží se výlučně v jedné (elitní) kategorii mentálně postižených. Není tedy zohledněn stupeň postižení ani výkonnost. Je zřejmé, že díky poměrnému zastoupení mentálně postižených v populaci je obtížné dosáhnout výkonností na světovou špičku.

Z předcházejícího textu vyplývá filosofie ČSMPS. Oproti Speciálním olympiádě musí sportovci na vyšší úrovni splňovat limity, díky kterým se dostanou do elitního reprezentativního výběru. Myslím, že i když je pojetí soutěžení těchto dvou organizací rozdílné, stojí na stejných základech. Prioritou je pro ně sport lidí s mentálním postižením, sport v původním slova smyslu, který umožňuje získat nové kamarády, smysluplně trávit čas či zvýšit sebevědomí. ČSMPS a ČHSO jsou organizace, které v případě spolupráce jsou schopny v rámci ČR nabídnout dostatečně širokou škálu sportů pro všechny mentálně postižené.

⁶¹ propagační materiály ČSMPS

8. EMPIRICKÁ ČÁST

8.1 Chráněné bydlení Slapy

Podle občanského sdružení Portus Praha vychází chráněné bydlení z myšlenky, že potřeby člověka s mentálním postižením lze nejlépe naplnit v jeho přirozeném prostředí, v rodině, v místě, kde vyrůstal a má zde své zázemí. Chráněné bydlení umožňuje člověku s postižením zůstat v běžném prostředí a v tomto prostředí jsou mu i poskytovány nutné sociální služby. V řadě případů využívá stejných služeb, jako běžní občané. Tento způsob posiluje přirozené sociální vazby (například s rodiči, sousedy, přáteli), vytváří se přirozená síť podpory (sousedská výpomoc, pomoc v rámci širší rodiny apod.). Obyvatelé chráněného bydlení jsou vedeni a motivováni k maximální samostatnosti, více rozhodují o věcech, které se jich týkají, je respektována jejich dospělá role. V praxi vypadá chráněné bydlení tak, že obyvatelé bydlí v malých skupinkách buď v bytech nebo rodinných domcích, pokud možno nedaleko svého původního bydliště. Byty ani domky nesmí být vyčleněny z běžné zástavby. Asistence a pomoc je poskytována dle individuální potřeby. V případě podporovaného bydlení bydlí obyvatel ve vlastním bytě, kam dle dohody dochází asistent. Chráněné a podporované bydlení je v principu určeno lidem se všemi stupni mentálního postižení, tedy i lidem s postižením těžkým. Nežádá se mylná představa, že život v chráněném bytě nebo domácnosti zvládnou jen lidé s lehčí formou postižení. Zkušenosti ze západních států však ukazují, že tento typ sociální služby je schopen reagovat i na potřeby lidí s těžkým stupněm postižení. V praxi pak vždy záleží na konkrétních okolnostech a situaci jak potencionálního klienta, tak i konkrétního zařízení.⁶²

Myslím, že je pohyb by neměl být spojován se sportem a proto považuji za důležité zmínit vznik pracovního centra Slapy. Jeho úkolem je zaměstnávání lidí

⁶² www.portus.cz

s mentálním postižením, kteří nejsou schopni sami pracovat v běžném pracovním prostředí. Účast na práci je pro lidi s postižením často základní podmínkou pro dosažení vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti. Smysluplná práce umožňuje navíc zlepšování mnoha dílčích schopností a dovedností a tím přispívá i k celkovému rozvíjení vlastní osobnosti. Pracovní centrum nabízí v současnosti dva pracovní programy. Kromě toho zajišťuje podporu při přechodu klientů na otevřený trh práce. Všichni klienti pracovního centra mají uzavřenu pracovní smlouvu a jsou za svou práci honorováni.

Vzhledem k tomu, že jsem na Slapech pracovala od roku 2004 jako dobrovolník a v současnosti jsem zde zaměstnána jako sociální pracovníce, rozhodla jsem se, že anketu provedu právě mezi klienty této domácnosti.

8.2 Cíle ankety

Cílem mé ankety je proniknout do běžného života osob s mentální retardací, zjistit, jak velkou roli v jejich životě a jestli vůbec, hraje sport a pohybové aktivity. Zda má pohyb nějaký vliv na fyzický a psychický vývoj těchto jedinců, na jejich léčbu a udržování určitého stupně psychomotorického vývoje.

8.3 Anketní otázky

1. Mají mentálně retardovaní dostatek příležitostí k pohybu?
2. Vyhledávají osoby s mentální retardací organizované pohybové aktivity?
3. Má určitý stupeň mentální retardace vliv na vztah k pohybu mentálně retardovaných jedinců?
4. Jaké možnosti ve sportu a pohybu vůbec mají osoby s různým stupněm mentální retardace?
5. Jakou roli hraje sport, pohyb v trávení volného času mentálně retardovaných?

6. Co sport, pohyb a tanec přináší osobám s mentální retardací?

8.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří klienti a asistenti z chráněného bydlení Slapy, výběr byl záměrný, do jisté míry omezen, jelikož někteří rodiče klientů si výslovně nepřejí zveřejňovat veškeré informace týkající se diagnózy, současného stavu nebo rodinné situaci svých dětí. Díky zaměření chráněného bydlení byli respondenty klienti s lehkým, středním a těžkým mentálním postižením.

8.5 Výzkumné metody

- strukturovaný rozhovor s klienty a asistenty

Anketní otázky byly sestaveny na základě teoretických částí bakalářské práce a osobní zkušenosti s lidmi s mentálním postižením. Strukturovaný rozhovor tvoří šest jasných a jednoduchých otázek (viz. kapitola 8.3 – Anketní otázky). Dotazy byly klientům reprodukovány, neboť nebylo možné, aby jedinci vzhledem k mentálnímu postižení anketu vyplňovali sami. U klientů s těžším mentální retardací bylo potřeba anketní otázky vysvětlit a objasnit podrobněji. Vlastní rozhovory probíhaly ve volném čase klientů a byly zcela dobrovolné.

- dlouhodobé zúčastněné pozorování

Díky již zmiňované dobrovolnické činnosti a současnému trvalému zaměstnání mne klienti berou jako součást celé domácnosti a v mé přítomnosti se chovají zcela přirozeně. Zúčastněné a zejména pak dlouhodobé pozorování mi pomohlo při volbě a v následné vhodné interpretaci anketních otázek tak, aby vše bylo srozumitelné.

8.6 Rozhovory s asistenty

Při rozhovoru s asistenty v chráněném bydlení jsem se setkala s pozitivním přístupem a ochotou odpovídat na jakékoliv otázky. Zaměřila jsem se hlavně na otázky týkající se nedostatků v pohybové terapii klientů a na vlastní názory a poznatky z této oblasti.

Tým asistentů tvoří 10 zaměstnanců, přičemž se dbá na rovnocenné zastoupení jak mužů tak žen. Mužský faktor je v asistentské činnosti velice důležitý, a osvědčil se nejen při práci s agresivnějšími klienty.

Analýzou jednotlivých rozhovorů jsem zjistila, že se asistenti shodují v řadě otázek. Stejný názor mají na nedostatečné prostory zařízení na vyvíjení pohybové a sportovní činnosti. Při plném obsazení zařízení nelze adekvátně provádět sportovní aktivity, klienti nemají dostatek místa k provedení správného pohybu, míčové hry na kvalitním povrchu jsou zcela vyloučeny. Určitou možnost však poskytuje nedaleký sportovní areál Měřín, ve kterém najdeme plavecký bazén, volejbalové hřiště nebo bowling. Jedná se bohužel o vojenské zařízení a prozatím využíváme možnost středečního plavání. Při nepříznivém počasí jsou však klienti odkázáni pouze na prostory zařízení.

Asistenti se společně shodli na individuálních zvláštlostech jedinců, na vztazích a celkové atmosféře v rodině. Rodiny klientů jsou vesměs pasivní k jakémukoliv druhu sportu a pohybu, s výjimkou občasných procházek a prací na zahradě. Zde je však nutné upozornit na tyto problémy nejen ve vztahu k mentálně retardovaným jedincům, ale k naší společnosti obecně.

Závěr, který jsem učinila po rozhovorech s asistenty, bych prezentovala takto. Jsou si vědomi toho, jak je pohyb v životě osob s mentální retardací důležitý. Ze zdravotního hlediska, i z hlediska duševního, emočního a citového. Ne vždy je však možné, prostory a podmínky nedovolují, aby pohybové aktivity byly zařazeny do režimu dne. Vycházky po okolí jsou pak jedinou možností, jak včlenit pohyb do života klientů s mentální retardací.

8.7 Rozhovory s klienty

Nejprve jsem si s klienty popovídala o sportu, pohybu a aktivitě člověka vůbec. Dalo by se říci, že jsem v určité formě provedla jakýsi předvýzkum formou skupinového rozhovoru, pomocí kterého jsem následně volila otázky do rozhovoru strukturovaného individuálního. Moje výhoda v této situaci byla, že se s klienty znám více než dva roky a také jsme zde trávila souvislé praxe v rámci mého vysokoškolského studia. Proto mě klienti znají a rozhovor byl velice upřímný a uvolněný. Přátelská atmosféra se vtipnými poznámkami mi pomohla naladit klienty na sportovní notu, řešila jsem s nimi různé druhy sportu, pohyb a jeho vliv na zdraví, co je a co není správné pro jejich tělo i duši, čemu a kde se věnují ve svém volném čase. Odpovědi byli velice živé a spontánní, někteří klienti mě překvapili svými vědomostmi v této oblasti. Ostatní klienti se však zapojovali méně, u nich je důležitý individuální přístup a rozhovor jako přesnější materiál pro výzkum.

V zásadě však mohu říci, že již pouhá debata o sportovních a pohybových aktivitách, probudila v klientech zdravé nadšení a nejrůznější plány, které se chystají uskutečnit v letních měsících. Jednalo se hlavně o jízdu na kole a plavání, dále pak o procházky.

Bylo pro mě důležité potvrdit si informaci o tom, na jaké úrovni mají být formulovány otázky do individuálního rozhovoru, osoby s mentální retardací vyžadují přístup odpovídající jejich stupni vývoje rozumových funkcí. Příliš těžké otázky by je mohly odradit a vystrašit, jednoduché otázky v nich vzbuzují pocit prospěšnosti a úspěšnosti.

Při rozhovorech s klienty jsem z metodologického hlediska použila strukturovaný rozhovor. Připravila jsem si několik otázek, které mi měly umožnit vhléd do cítění klientů, jaký mají osobní vztah k pohybu a sportu, jak tráví volný čas po příchodu z práce. Jelikož v chráněném bydlení pracuji, klienti mě dobře znají a nebyl tudíž problém navázat příjemný a přátelský rozhovor, kde jsem bez jakýchkoli výhrad mohla použít i technickou pomůcku diktafon, která mi velice usnadnila práci. Některé otázky klienti rozvedli do podrobností z domácího prostředí a příběhů, které

se jim staly při určitém druhu pohybu, proto jsem pak mohla po následném poslechu nahrávky, vybrat to, co se mi pro mojí anketu zdálo podstatné a důležité.

Na první otázku, zda se jim ve chráněném bydlení líbí, odpověděli všichni shodně, že ano. Jen jeden uvedl, že je to různé, den ode dne jiné. Podle mého názoru je závislý na vztazích a jednání v zařízení, na činnostech, které se mu nezdají adekvátní k jeho druhu postižení. Svojí roli hrál i fakt zda mají klienti vlastní rodinu, kterou navštěvují, nebo jestli jsou odkázáni pouze na pobyt v zařízení a rodina o ně nejeví zájem. Tato skupina klientů pak neměla možnost srovnání.

Ve druhé otázce, která činnost se jim v rámci denního režimu a programu chráněného bydlení nejvíce líbí, se již odpovědi různily, závisle na tom, jakou činnost vykonávají. Obecně převládala odpověď, že po práci rádi odpočívají u televize. Pouze dva klienti využívají svůj volný čas ke sportu – jízda na kole, popřípadě na rotopedu a fotbal či stolní tenis.

Další otázka zněla, jestli by klienti chtěli chodit s kamarády nebo sourozenci a rodiči někam sportovat. Odpovědi byly téměř shodné, nemají potřebu se někde pohybově realizovat. Pouze dva klienti by chtěli chodit do kroužku stolního tenisu, ale v jejich okolí žádný takový kroužek není. Jestli pracují rádi na zahradě odpověděli všichni kladně, ale jen pomocné práce, hrabání a podávání nářadí, samostatná práce je nebaví.

Ve volném čase převažuje hlavně sledování televize, poslouchání rádia, domácí práce. Většina klientů nenavštěvuje žádný kroužek ani jinou volnočasovou organizaci nebo akce. Pouze jeden z klientů se účastní pravidelných tréninků okolních fotbalových klubů, které ho vzaly mezi sebe a rád si kdykoliv zahraje stolní tenis. U tohoto klienta hraje významnou roli předešlý dlouhodobý pobyt v ÚSP Horní Maxov. Právě tento ústav je v registru Českého hnutí speciálních olympiád a díky pravidelným tréninkům v tomto zařízení má tento klient velice pozitivní vztah ke sportu a pohybu vůbec.

V pohybové oblasti, což bylo téma šesté otázky, se klienti věnují jízdě na kole a po zakoupení rotopedu se zájem o tento sport velice zvýšil. Dále pak mají rádi procházky. Ostatní se ve volném čase věnují spíše

pasivní činnosti a tělovýchovných aktivit se zúčastňují jen v rámci programu chráněného bydlení.

Na otázky jestli je cvičení baví a co při tom cítí pro klienty nebylo lehké odpovědět. Většinou nechápou pojem „vlastnost“ a „pocit“, místo odpovědi se usmívali a shodli se na tom, že jim „to dělá dobře“, rádi soutěží a jsou spokojení.

Proč je důležité hýbat se? Tak to byla závěrečná otázka celého rozhovoru. Někteří z klientů spojují pohyb s tloušťkou a v tom vidí hlavní význam. Ostatní nevěděli, jak na tuto otázku odpovědět. Z předchozích zkušeností a rozhovorů s klienty však vím, že si jsou vědomi, že pohyb je pro ně dobrý, ale otázka „proč?“ pro ně byla složitá, proto jsem ji doplnila uzavřenou otázkou : „Cítíš se při cvičení dobře?“. Odpověď byla téměř ve všech případech kladná.

8.8 Pozorování

Častými problémy jedinců s mentální retardací bývají právě problémy v oblasti vlastního sebepojetí, sebevědomí, sebejistoty, empatie a vztahu k ostatním, následně tedy ve vytváření vztahů, sociálních kontaktů, a schopnosti komunikace. Pohyb, pohybové aktivity a hry pak mohou tyto vlastnosti nenásilně formovat. Právě i hry např. na jména, seznamování, spolupráci ve dvojicích, modelují různé sociální situace a osoby s mentální retardací tak mohou získat zkušenosti ze všech oblastí života.

Podle Piageta a Eriksona je pohyb jako takový uváděn jako zdroj poznání, komunikace a vřazování jedince do společnosti. Záměrem pohybu je podporovat duševní pohodu, psychologickou zdatnost a odolnost, rozvoj intelektu, řeči a jazyka, poznávacích procesů a jejich funkcí, jeho citů a vůle, jeho sebepojetí a sebevyjádření.⁶³ „Mentálně retardované děti a jedinci si hrají méně spontánně, převládá u nich netečnost k okolním

⁶³ Srov. PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B.: *Psychologie dítěte*. Portál, Praha 1997

podnětům a pohrávání s předměty. Hry se také někdy stereotypně opakují, často chybí nápady a fantazie.“⁶⁴

⁶⁴ NEWMAN, S.: *Hry a činnost pro vývoj dítěte s postižením*. Portál, Praha 2004, str. 110

9. ZÁVĚR

V úvodních kapitolách jsem se snažila o přiblížení problematiky mentální retardace z historického i současného hlediska. Zároveň jsem chtěla zdůraznit změnu postoje naší společnosti k takto postiženým jedincům. Došlo nejen ke změnám legislativním či institucionálním, ale hlavně ke změnám v myšlení lidí a mentálně postižení jsou rovnocennými a respektovanými členy naší společnosti.

Definici, příčinám a klasifikaci mentální retardace je věnována třetí kapitola. Přes všechny tyto teoretické pohledy je nutné si uvědomit, že každý takto postižený jedinec stále zůstává svébytnou osobností, kterou lze rozvíjet a podporovat. Největší zátěž bezesporu zůstává na rodině. Pro její zdravý vývoj je nutné oprostít se od pocitů viny a výčitek svědomí, které působí destruktivně. V minulých osmnácti letech byla vytvořena taková sociální síť, která umožňuje kvalitní vzdělávání, péči i podporu mentálně postižených i jejich rodin.

Dynamicky se vyvíjející záležitosti, jakou je problematika mentálního postižení přináší i alternativní terapeutické přístupy, které zprostředkovávají klientovi kontakt se svým tělem, nebo zvířetem. Osobně si myslím, že tyto nové metody, které lze využít i u těžce postižených, se budou v budoucnosti rozvíjet. Skrývají v sobě nové způsoby komunikace, poznávání a pohybu.

Z další části této práce vyplývá, že pohyb je v životě osob s mentální retardací velice důležitý. Nehraje roli hloubka postižení, ale individuální zvláštnosti a možnosti jedince, jeho povahové vlastnosti a chuť hýbat se. Neméně důležitá je také emocionální stránka problému, kdy čistě jen pohyb a s ním spojené aktivity a soutěže, působí na jedince s mentální retardací nejen preventivně, ale také terapeuticky. Z preventivního hlediska můžeme o sportu a pohybu vůbec hovořit jako o opatření proti obezitě, udržení určitého stádia motorického vývoje a celkového zdravotního stavu jedince. Soutěžení, hry a tanec pak působí kladně na emotivní složku osobnosti a lidé s mentální retardací tak mohou radostně a se zápalem prožívat okamžiky, kdy mohou měřit svoje síly s ostatními, kdy při zvuku hudby dokáží rozpohybovat svoje tělo nebo vymýšlet „taktiku“ na protihráče při kolektivních hrách. V České republice existují dvě velké organizace, které se věnují rozvoji pohybu a sportu. Mentálně postižení sportovci se účastní mezinárodních

soutěží, čímž dokazují, že pohyb má v jejich životě své pevné místo. Přináší jim ale i smutek z prohry. Stejně tak, jak je to i v běžném životě.

Empirická část potvrdila mé zkušenosti vyplývající z častého kontaktu s klienty chráněného bydlení Slapy. Všichni do tohoto zařízení přišli z jiných ústavů, někteří stále udržují aktivní kontakty se svojí rodinou, jiní nikoliv. Společným jmenovatelem všech je lenost a neochota slevit ze svého pohodlí. Lze jen těžko soudit, má-li na této skutečnosti podíl ústavní výchova, působení rodiny nebo samotné postižení. I pro velmi postižené existují alternativní možnosti pohybu, ale je nutné je aplikovat co nejdříve, aby se s nimi jedinec mohl sžít. Tuto skutečnost jsem pozorovala i v kontaktech se svými kamarády vozíčkáři. Kdo z nás se aktivně věnoval sportu, našel si i po úraze alternativní způsob, kterým v těchto aktivitách pokračoval. Kdo ovšem tuto zálibu před úrazem neměl, nevyhledával ji ani na invalidním vozíku.

Jakýkoliv pravidelný trénink, či organizovanou soutěž berou jako nutné zlo a dá velkou práci je k čemukoliv přesvědčit. Až na dva nejšikovnější klienty, kteří sami a dobrovolně sportují, zůstává zbytek obyvatel pouze u plánování, co všechno by mohli dělat proto, aby se cítili lépe. Má-li být ovšem uchován původní význam sportu, kterým je radost z pohybu, nelze nikoho nedobrovolně nutit a tak nezbývá než lidi s mentálním postižením tolerovat a stále podporovat jakoukoliv tendenci a snahu svůj život změnit.

10. Resumé

In the atmosphere of totalitarian practise and intolerance in Czechoslovakia, mentally handicapped people were strictly separated from ordinary life. After the Velvet Revolution in 1989, the situation has changed and nowadays their position in our society has been fixed. Many organizations, foundations or institutions were established and thanks to the new law, social net and services supposed to keep high standards. In Czech republic, there is a educational system for people with mental disabilities but still, their abilities a personality are respected.

The use of physical activities, dance, music therapy or any other alternative ways in the threatment of persons with the mental retardation is useful. This has got positive effect not only on the physical condition but also the emotional aspect has been proved.

Sports involving mentally handicapped person had, at least, a twenty year tradition in the former Czechoslovakia. These sport games were directed to the best performance of a few people and were the actions of institutes and did not include people from families of the handicapped.

In our country, there are two main organizations which encourages state bodies, social and other organizations and individuals to support sporting activities and the integration of mentally handicapped people. These organizations secure methodical, organizational and financial support of these activities. Both of them, Czech Special Olympics and Czech Sports Federation for Person with Intellectual Disability, are members of the internetional organization-for example International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability or Special Olympics International.

Přehled použité literatury

1. ČERNÁ, M.: *Kapitoly z psychopedie*, Karolinum, Praha 1995. ISBN 80-7066-899-7
2. DAVIDO, R.: *Kresba jako nástroj poznání dítěte. Dětská kresba z pohledu psychologie*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-449-4
3. EISOVÁ, A.: *Kapitoly z dějin psychopedie*. SPN Praha, Praha 1983
4. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990. ISBN 80-201-0019-9
5. MAHLER, Z.: *Člověk a kůň*. Nakladatelství Dona 1995, str. 56
6. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Slon, Praha 1999. ISBN 80-85850-76-1
7. NEWMAN, S.: *Hry a činnost pro vývoj dítěte s postižením*. Portál, Praha 2004. ISBN 80-7178-872-4
8. PANYEOVÁ, H.: *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál, Praha 1999. ISBN 80-7178-213-0
9. PAVLŮ, D.: *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno 2003. ISBN 80-7204-312-9.
10. PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B.: *Psychologie dítěte*. Portál, Praha 1997. ISBN
11. POLÁŠKOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M.: *Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s postiženými dětmi*. Masarykova univerzita, Brno, 1994
12. ŠICKOVÁ-FABRICI.: *Základy arteterapie*. Portál, Praha 2002. ISBN 80-7178-616-0
13. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-506-7
14. VALENTA, M.: *Dramaterapie*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-586-5
15. VÁGNEROVÁ, M.: *Patopsychologie dítěte*. SPN Praha 1988

16. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha 2004. ISBN 80-7178-802-3
17. VOJTA, V.: *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Grada Publishing, Praha 1995. ISBN 80-7169-004-9

Ostatní zdroje

18. *Bobathova metoda* [cit. 2007-02-20].
Dostupné z URL:< <http://www.fyreos.cz-koncept.htm>>.
19. *Česká Bobath asociace* [cit. 2007-05-2].
Dostupné z URL:< http://dictor.net/bobath/article_show.php?article_id=5&category=4>.
20. bulletin ČHSO 2000
21. *Centrum pro rodinu a péči, o. s.* [cit. 2007-0-07]
Dostupné z URL:< <http://www.prorodiny.cz/cz/programy/34.htm>>.
22. *České hnutí speciálních olympiád* [cit. 2007-04-16].
Dostupné z URL:<<http://www.specialolympics.cz/cz/cojsouso.htm>>.
23. *Český svaz mentálně postižených sportovců*. . [cit. 2007-03-10].
Dostupné z URL:
<<http://www.handicapsports.cz/index%20zdravklasimental.htm>>.
24. *Canisterapie – léčebný kontakt psa a člověka*. [cit. 2007-02-20].
Dostupné z URL:<<http://www.pomocnetlapky.cz/canisterapie/index.html>>.
25. *Chráněné bydlení Slapy nad Vltavou*. [cit. 2007-01-01].
Dostupné z URL:<<http://www.portus.cz/www/basic.php?section=section3>>.

- 26.** *Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže.* [cit. 2007-04-20].
Dostupné z URL:< <http://www.msmt.cz/zakony.htm>>.
- 27.** *Muzikoterapie* [cit. 2007-03-10].
Dostupné z URL:< <http://www.muzikoterapie.cz/uvodnik.htm>>.
- 28.** *Národní rada zdravotně postižených.* [cit. 2007-10-01].
Dostupné z URL:< <http://www.nrzp.cz/zakon-o-socialnich-sluzbach/>>.
- 29.** *Pohod, občanské sdružení* [cit. 2007-04-07].
Dostupné z URL
URL:< <http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=51&lang=cs>>.
- 30.** Propagační materiály ČHSO
- 31.** Propagační materiály ČSMPS
- 32.** *Taneční terapie.* [cit. 2007-19-03].
Dostupné z URL: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php>>.
- 33.** Ústní sdělení: Olga Kurzová

Příloha 1.: Definice pojmů

Pro lepší orientaci při čtení bakalářské práce jsem v této příloze definovala pojmy, které jsem během psaní používala a které je dobré přesněji vymezit.

- **Hendikep** – nepříznivá sociální situace člověka, vyplývající z poruchy nebo omezené schopnosti. Neschopnost naplnit očekávání, která jsou v dané době a kultuře spojována s normalitou
- **Fyziologický vývoj** – normální, přirozený vývoj, týkající se zdravého organismu
- **Integrace** – snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění
- **Normalizace** – ideál života pro lidi s hendikepem – právo na kvalitu života, která se v největší míře blíží životu bez hendikepu
- **Terapie** – léčba, léčebný program, jehož cílem je zmírnění či odstranění nežádoucího stavu jednotlivce
- **Rehabilitační péče** – léčebná metoda směřující k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí; návratná nebo udržovací péče
- **Senzomotorický vývoj** – pohotovost a dovednost ve všech kombinacích vnímání a jednání
- **Spoušťové body** – Vojtově metoda; vymezená místa na končetinách a trupu, jejichž podrážděním tlakem a případně tahem v určité definované poloze dítě reflexně provede fyziologický pohyb
- **Reflexní inhibiční metody** – metodika manželů Bobathových; různé polohové situace, jimiž lze dosáhnout relaxace

- **Pásmová soutěž** – sportovci jednotlivých soutěžních skupin jsou na stejné výkonnostní úrovni. Jde o rozdělení podle hloubky postižení, kde má každý šanci na vítězství. Proti námitkou je nedostatečná motivace k lepším výkonům
- **Otevřená soutěž** – sportovci musí splnit limity a pouze ti nejlepší mohou být nominováni do vyšších soutěží jako např. paralympiáda. Méně zdatní sportovci tudíž nemají šanci se vrcholových akcí zúčastnit

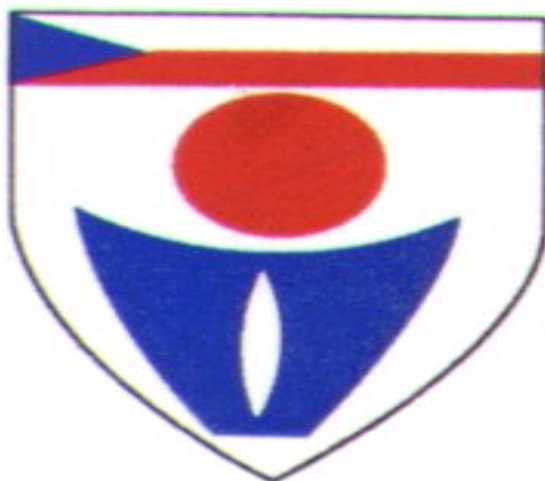
Příloha2.: Loga organizací

České hnutí speciálních olympiád:



Speciální olympiáda
Česká republika

Český svaz mentálně postižených sportovců:



PORTUS PRAHA, občanské sdružení – zřizovatel chráněného bydlení Slapy:

