

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**KATEŘINA BERNATÍKOVÁ**

III. ročník –kombinované studium

Obor: speciální pedagogika předškolního věku

**KONCEPCE UCELENÉ REHABILITACE V KONTEXTU**

**INTERVENCE O DĚTI S PORUCHOU MOBILITY**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Olomouc 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu, kterou jsem použila.

V Olomouci dne 25.6.2010

.....

*podpis autora*

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce.

## **Obsah**

<b>Úvod</b> .....	5
<b>I Teoretická část</b> .....	7
<b>1 Dítě s poruchou mobility</b> .....	7
1.1 Klasifikace pohybových vad.....	7
1.1.1 Tělesná postižení vrozená.....	7
1.1.2 Tělesná postižení získaná.....	9
1.1.3 Vliv tělesného postižení na psychiku jedince.....	13
<b>2 Dětská mozková obrna</b> .....	16
2.1 Charakteristika DMO.....	16
2.2 Etiologie DMO.....	16
2.3 Formy DMO.....	17
2.4 Přidružená postižení DMO.....	19
<b>3 Ucelená rehabilitace dětí s diagnózou DMO</b> .....	21
3.1 Definiční vymezení pojmu ucelená rehabilitace.....	21
3.2 Charakteristika jednotlivých složek ucelené rehabilitace.....	22
3.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace.....	22
3.2.2 Pedagogické prostředky rehabilitace.....	25
3.2.3 Pracovní prostředky rehabilitace.....	31
3.2.4 Sociální prostředky rehabilitace.....	32
3.2.5 Doplnující prostředky rehabilitace.....	34
3.3 Týmová spolupráce v rámci ucelené rehabilitace.....	35
<b>II Praktická část</b> .....	37
<b>4 Vymezení cílů praktické části BP</b> .....	37
<b>5 Metodologie PČ BP</b> .....	38
<b>6 Charakteristika místa VŠ a výzkumného vzorku</b> .....	41
<b>7 Charakteristika průběhu výzkumného šetření</b> .....	43
<b>8 Realizace ucelené rehabilitace integrovaného dítěte s DMO</b> .....	44
<b>9 Realizace ucelené rehabilitace v prostředí MŠ speciální</b> .....	50
<b>10 Zhodnocení naplnění cílů PČ BP a výsledek komparace</b> .....	56
<b>Závěr</b> .....	60
<b>Seznam zkratk</b>	
<b>Použitá literatura</b>	
<b>Anotace</b>	

## Úvod

Přirozený vývoj ekonomické vyspělosti státu, technické pokroky, nové objevy v různých oborech, nové formy společenského styku, nové organizace práce, všechny tyto nemalé změny se denně promítají do života společnosti i jednotlivce. Jsou bezesporu přínosem pro společnost, stejně tak ale mají i své negativní důsledky.

Vzhledem k pokrokům v intenzivní neonatologické péči je možné zachraňovat předčasně narozené děti, které by dříve nepřežily, proto zvolna roste počet dětí nezralých, u kterých se mohou projevit mj. různé formy dětské mozkové obrny (dále pouze DMO).

Téma ucelené rehabilitace, jakožto komplexního přístupu v péči o děti s DMO, jsem si vybrala pro aktuálnost problému na poli speciální pedagogiky a pro jednoznačný přínos tohoto systému, který bude v této práci prezentován.

Úkolem bakalářské práce (dále pouze BP) je poukázat na problémy, které se vyskytují v systému péče o děti s poruchou mobility, zejména děti s DMO, které ohrožují komplexnost a provázanost poskytovaných služeb.

Cílem teoretické části BP je předložit obecné poznatky z příslušných oblastí souvisejících se systémem ucelené rehabilitace dětí s poruchou mobility.

Úvod teoretické části BP bude věnován charakteristice jednotlivých poruch hybnosti z hlediska doby vzniku, bude popsán vliv tělesného postižení na psychiku jedince. V další samostatné kapitole popisujeme nejčastější kombinované postižení u dětí - dětskou mozkovou obrnu, její formy, příčiny, přidružená postižení. Druhá část bude zaměřena na systém ucelené rehabilitace a její význam pro jedince se zdravotním postižením, zejména pro děti s DMO. Dále budou vymezeny jednotlivé prostředky ucelené rehabilitace.

Cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat, popsat a zhodnotit jednotlivé oblasti ucelené rehabilitace a to v kontextu intervence o děti s diagnózou DMO, realizované jednak v integrovaném prostředí, ale i v prostředí MŠ speciální. Středem zájmu budou děti předškolního věku s DMO a jejich rodiče, kteří jsou hlavními koordinátory komplexní péče svého dítěte s DMO. Právě na jejich rozhodnutí a volbě závisí, jaká péče v rámci komplexní rehabilitace, bude jejich dětem s DMO věnována.

Naší snahou je zjistit rozsah a kvalitu péče poskytované nejen dětem s DMO, ale jejich celé rodině (rodiče, sourozenci). Budou analyzovány možnosti ucelené rehabilitace, ve smyslu dostupnosti nabízených služeb, jak u rodin, kde je dítě s DMO integrováno v běžném vzdělávacím systému, tak u dítěte s DMO zařazeného do speciálního školského zařízení.

Praktická část bude zaměřená na popis komplexní péče o integrované dítě s DMO. Budou popsány podmínky pro úspěšnou integraci dítěte s DMO v MŠ Těrlicko, bude předložena jeho kazuistka, včetně individuálního vzdělávacího programu. Poslední kapitola praktické části se bude zabývat možnostmi ucelené rehabilitace v mateřské škole speciální ve Frýdku-Místku, bude představen individuálně vzdělávací program vybraného dítěte s DMO, jakožto součást kazuistiky. Taktéž na základě řízených rozhovorů budou prezentovány zkušenosti a názory rodičů na poskytovanou péči jejich dětem s DMO v rámci ucelené rehabilitace.

Ke zpracování bakalářské práce bude využita metoda analýzy odborné literatury, analýzy zdravotní a pedagogické dokumentace, pozorování, rozhovoru, konzultace s pedagogickými pracovníky, zákonnými zástupci, odborníky a v neposlední řadě s dětmi uvedených v kazuistikách.

# **I Teoretická část**

## **1 Dítě s poruchou mobility**

Postižení hybnosti u dítěte zasahuje jednotlivé složky jeho osobnosti, ovlivňuje jeho poznávací procesy, emocionální oblast, sociální chování a adaptabilitu během jednotlivých vývojových stádií.

### **1.1 Klasifikace pohybových vad**

Tělesné postižení znamená omezení motorických dispozic jedince. Může se jednat o poruchy nervového systému s následkem poruchy hybnosti, dále poruchy nosného a pohybového aparátu. Tyto poruchy se pak negativně promítají do celkového vývoje osobnosti dítěte - psychomotorického vývoje, psychické a sociální oblasti. (Jankovský, 2006)

Již od raného dětství se děti s tělesným postižením setkávají s problémy plynoucích z vlastního postižení, jež se projevují zejména při sebeobsluze, hře, později při pracovních činnostech, vzdělávání. V důsledku nedostatku pohybu jsou výrazně omezeny jejich poznávací schopnosti, proto je třeba dítěti s poruchou mobility co nejdříve umožnit samostatný pohyb s využitím kompenzačních pomůcek a zajistit dostatečně podnětné prostředí.

Předpokladem pro práci s dětmi s poruchou mobility, které jsou více či méně závislé na dopomoci ze svého okolí, je dobrá orientace pedagogů, vychovatelů v problematice jednotlivých tělesných postižení tak, aby byli schopni objektivně posoudit možnosti a potřeby dítěte během výchovně vzdělávacího procesu. (Renotiérová, 2002)

Tělesná postižení dělíme nejčastěji z hlediska doby vzniku postižení, tedy vrozená a získaná (po úraze, nemoci).

#### **1.1.1 Tělesná postižení vrozená**

Mezi vrozené pohybové vady řadíme ty, které vznikly poruchou vývoje zárodku v raných stádiích těhotenství v důsledku exogenních a endogenních vlivů působících v době prenatální (infekční onemocnění matky - toxoplazmóza, rubeola, toxický vliv chemikálií, léků, návykových látek, úrazy, psychická traumata), perinatální (komplikované porody – asfyxie,

hypoxie, poranění hlavy při porodu, CMP) a postnatální (virové, bakteriální onemocnění, Rh inkompatibilita, novorozenecká žloutenka, aj.) (Renotíerová 2002)

Jedná se o vrozené vady lebky a páteře, vrozené vady končetin a růstové odchylky, podrobná charakteristika jednotlivých vad a postižení uvedena níže.

#### *A/ Vrozené vady lebky a páteře*

*Poruchy tvaru lebky* jsou zpravidla způsobené předčasným srůstem lebečních švů (tzv. kraniostenóza). Vzniká v důsledku vývojové poruchy nejasné etiologie, nebo při mikrocefalii a po drenáži hydrocefalu. Dochází k deformaci lebky, zmenšení nitrolebečního prostoru, tím se zvýší tlak uvnitř lebky a navenek se projeví disproporcí. Patogeneze není jednoznačná, vedle genetických faktorů, se podílí na vzniku kraniostenózy i záněty v době nitroděložního vývoje a endokrinní poruchy. Dle výsledného tvaru zdeformované lebky je dělíme na typy: brachycefalie, scafocefalie, trigonocefalie, turicefalie, plagiocefalie. Kraniostenóza je řešena chirurgicky co nejdříve, aby nedošlo k poškození mozku.

*Poruchy velikosti lebky* jejich příčinou bývají vrozená onemocnění centrálního nervového systému. Patří sem *makrocefalus* (nadměrná velikost hlavy) vzniká poruchou cirkulace mozkomíšního moku, poruchou tvorby likvorových prostor, v důsledku nádoru mozku, mimomozkové léze, např. nahromaděním tekutiny (krve) mezi obaly mozku a mozkem samotným, také v důsledku metabolického onemocnění. *Hydrocefalus* vodnatelnost mozku, vzniká nepoměrem mezi produkcí a vstřebáváním mozkomíšního moku. Vnitřní hydrocefalus vzniká při zvětšení mozkových komor, vnější vzniká nahromaděním moku mezi mozkovými pleny a mozkem. *Mikrocefalus* (výrazně malá hlava) primárně vzniká na podkladě genetických odchylek, sekundárně pak v důsledku těžkého poškození mozku vlivem zánětu, intoxikace, endokrinními nebo metabolickými nemocemi. Všechny poruchy velikosti lebky se projevují různým stupněm psychomotorické retardace. Léčba je především chirurgická.

Mezi další poruchy lebky a páteře řadíme anencefalus, kde není vyvinutý koncový mozek a kosti mozkovny (neslučitelné se životem), *rozštěp lebky* je provázen výhřezem mozku, mozkových plen (neslučitelné se životem), v nejlehčích případech jde o kostěný defekt krytý kůží. (Renotíerová, 2002)



*Rozštěp rtu, čelist, patra* tzv. orofaciální rozštěpy dutiny ústní a tváří, obličej. „Jedná se o orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru.“ (Klenková, 2006, s. 139) Rozštěpy vyžadují včasnou chirurgickou úpravu.

*Rozštěp páteře* (spina bifida) vzniká nedostatečným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní oblasti, může být překrytý neporušenou kůží nebo je navenek zjevný. Způsobuje nervové poruchy, například částečnou až úplnou obrnu končetin a svěračů vyměšování. (Edelsberger, 1984)

#### *B/ Vrozené vady končetin a růstové odchylky*

K vrozeným vadám končetin řadíme *dysmélii*, což je porucha vývoje končetin plodu zahrnuje *amélii* vrozené chybění celé končetiny, *fokomélii* končetiny vyrůstají přímo z trupu, dále celkové zmenšení končetiny *micromelus*. *Syndaktylie* jedná se o spojení, srůsty prstů horních a dolních končetin a *polydaktylie* představuje nadměrný počet prstů na končetinách. Dále jen jmenovitě *vrozená noha kosá, hákovitá, luxace, subluxe kyčelního kloubu*. (Opatřilová, 2006)

Růstové odchylky jsou *achondroplázie* porucha růstu a tvaru kostí vznikajících z chrupavky, výsledkem je trpasličí vzrůst. *Akromegalie* vzniká v důsledku zvýšené činnosti hypofýzy (nadprodukce růstového hormonu) typické je zvětšení okrajových částí těla. *Akromikrie* – abnormálně krátké končetiny. *Gigantismus* se projevuje obrovským vzrůstem při zvýšené činnosti hypofýzy před ukončením růstu do výšky. *Hemihypertrofie* – nestejná velikost obou polovin těla a *nanismus* tzv. trpasličí vzrůst, zapříčiněn nedostatečnou produkcí růstového hormonu. (Renotierová, 2002)

#### **1.1.2 Tělesná postižení získaná**

Tělesná postižení získaná vznikají nesprávným držením těla, po úrazech nebo zánětlivých onemocněních.

#### *A/ Získané deformace*

Vedle deformit vrozených se vyskytují deformity získané jsou charakteristické nesprávným tvarem některé částí těla. Mohou nastat jako následek nesprávného držení těla, zde řadíme některé druhy skolióz a kyfóz, které vznikly návykově. „Vadné držení těla se

vyznačuje buďto změnami v zakřivení páteře nebo labilním nebo nestabilním držením těla.“ (Vítková, 1998, s.32) Pravé deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí.

Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní) patří sem zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (kulatá záda), plochá záda a bederní lordóza. Častěji se vyskytují deformace v rovině frontální (čelní) tzv. skoliózy, typické je boční vychýlení od středové roviny. Dělíme je podle místa vzniku na krční, hrudní, bederní a také podle typu C vybočení vlevo, D vybočení vpravo a S složená skolióza.

Mezi získané deformity patří také plochá noha, projevující se poklesem až vymizením nožní klenby v podélném nebo příčném směru. Dále vnitřní nebo vnější bočitosť kolen je spojena se špatným postavením zejména hlezenních kloubů.

Příčiny vadného držení těla mohou být vnitřní, tedy fyziologické (růstové, dědičné vlivy, výživa, konstituční) a vnější způsobené prostředím (nedostatek pohybu, nesprávné pohybové návyky, nadváha, předčasné posazování kojence, apod.) Správné držení těla je velmi důležité ze zdravotního hlediska, jelikož zajišťuje optimální podmínky pro správné rozložení orgánů a jejich správné fungování. Důležitá je prevence a dobře nastavená rehabilitace prováděná fyzioterapeutem pod vedením rehabilitačního lékaře nebo ortopedem. (Vítková, 1998)

#### *B/ Získaná tělesná postižení po úraze*

Nejzávažnějšími úrazy, zejména dětí a mládeže, ale i dospělých s ohrožením života jsou poranění hlavy při cyklistice, jízdě na kolečkových bruslích nebo na skateboardech. Prudce narůstá počet dětí těžce zraněných při dopravních nehodách, kdy jsou děti jednak přímými účastníky, například při jízdě na kole nebo jako chodci, ale také jako pasivní účastníci tzn. jako spolujezdci v osobních automobilech. V posledních letech jsou časté také závažné úrazy po pádu z koně. Varující je taktéž obecný růst počtu poranění dětí, jejichž příčinou je především nepozornost rodičů. Sem patří náhodné otravy, poleptání trávicího traktu po požití různých chemikálií a popáleniny např. zásahem elektrického proudu.

#### *Onemocnění mozku a míchy vlivem úrazu*

*Otřes mozku (komoce)* vzniká působením tupého nárazu na lebku, může být různé intenzity od lehkého bezvědomí trvající několik minut, přes středně těžké (bezvědomí 1 hod) a těžký (bezvědomí trvá déle než hodinu). (Renotierová, 2002)

*Hmoždění mozku nebo jeho části (kontuze)* vzniká vlivem silného zevního násilí např. úraz při dopravní nehodě, zůstávají trvalé následky v podobě hybných poruch – spastické

hemiparézy, nebo spastická paraparéza, dále okohybné poruchy – dyplopie, také se mohou vyskytnout fatické či symbolické poruchy, duševní poruchy či poúrazová epilepsie.

U zlomenin obratlů je následkem zpravidla poškození míchy, nejčastěji v oblasti krční páteře nebo přechodu hrudní a bederní páteře. Příznaky poškození míchy odpovídají stupni a místu úrazu, projevující se v oblasti vegetativní, motorické, poruchou citlivosti, mikce a defekace. Jelikož mícha nemá schopnost regenerace, řada těchto poranění jsou nereparabilní.

#### *Úrazové poškození periferních nervů*

Úraz je nejčastější příčinou poškození nervů mimo metabolických, toxických příčin a zánětlivých onemocnění.

*Neuropraxis* jde o funkční blokádu (porušené vedení nervem), vzniká pohmožděním nervu, projevuje se dočasným ochrnutím příslušného svalstva, po krátké době dojde k obnovení činnosti.

*Axonotmesis* těžší stupeň, dochází k přerušení celistvosti axonů (střední osově části nervu), důsledkem je denervace (ztráta spojení svalů s nervem), vzniká slabá obrna a porucha citlivosti v zasažené oblasti.

*Neurotmesis* je nejtěžší stupeň poranění periferního nervu, dojde k úplnému přerušení nervu, je nutné chirurgicky nerv opět scelit, aby mohlo dojít k regeneraci.

Obrna pažní pleteně (paresis plexus brachialis) vzniká důsledkem přímého poškození nervové pleteně tlakem či tahem při komplikovaném porodu. Nervová pleteň je tvořena míšními kořeny a inervuje veškeré svalstvo horní končetiny. Projevuje se ochrnutím svalů dle typu v oblasti pažní, lopatkové, ramenní, zasahuje svaly předloktí, loketní, drobné ruční svaly. Nejtěžší formou je celá bezvládná končetina s nemožností pohybu prstů, ruky i předloktí, částečná hybnost jen v oblasti ramene. (Renotiérová, 2002)

#### *Amputace*

Amputace představuje umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny, zpravidla na základě úrazu, případně její příčinou může být zhoubný nádor, cévní onemocnění nebo sepse. Co nejdříve po amputaci je nutná úzká spolupráce s protetickým oddělením a plastickou chirurgií pro zahájení optimálního řešení vzniklé situace. (Jankovský, 2006)

## *C/ Získaná tělesná postižení po nemoci*

Tělesná postižení získaná během života, mohou být taktéž zapříčiněna nemocí.

„Nemocí se rozumí porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu.“ (Jonášková in Valenta, 2003, s. 20) Řadíme zde revmatická onemocnění, dětskou infekční obrnu, Perthesovu chorobu, myopatii a další.

### *Revmatická onemocnění*

Mezi revmatická onemocnění dětského věku patří akutní revmatismus, jehož příčinou je streptokoková infekce, dostavuje se mezi 5. – 15. rokem života. Postihuje klouby, centrální nervovou soustavu (dále jen CNS) a především srdce. Další nemocí revmatického původu může být chorea minor, postihuje CNS, vyskytuje se u dětí mezi 8. – 10. rokem. Velký kloubní revmatismus způsobuje taktéž poruchy hybnosti, kloubní ztuhlost. Děti mají znaky celkové utlumenosti (pomalé reakce).

### *Dětská infekční obrna*

Jedná se o infekční onemocnění, které se vyskytovalo především u dětí předškolního věku, zanechávalo těžké a trvalé následky. Dětská obrna probíhala ve dvou fázích, nejdříve nastal stav připomínající chřipku, po odeznění se objevilo horečnaté onemocnění spojené s podrážděním mozkových blan. Výsledkem infekční obrny bylo poškození motorických buněk v mozku, které vedlo k degeneraci svalů, ztrátě pohyblivosti a ochrnutí různých částí těla. Díky očkování se u nás již nevyskytuje. (Vítková in Pipeková, 2006)

### *Perthesova nemoc*

Postihuje hlavici stehenní kosti. Příčinou je poškození cév zásobující kloubní hlavici, následnou nekrózou se snižuje odolnost kloubu proti zátěži a dochází k jeho deformaci. Takto znehodnocený kloub předčasně degeneruje. (Edelsberger, 1984) Tato choroba se nejčastěji diagnostikuje převážně u chlapců mezi 3 až 10 lety věku.

### *Myopatie*

Jedná se o onemocnění svalstva, projevující se snížením svalového tonusu, ubýváním svalových vláken, rychlou unavitelností a sníženou výkonností. Toto onemocnění je chronicko – progresivní, vzniká převážně na základě dědičných poruch. (Votava, 2003)

Předmětem zájmu somatopedie jsou rovněž děti nemocné a zdravotně oslabené. S ohledem na obsah teoretické části a zejména pak praktické části této bakalářské práce nebude zmíněnému tématu věnována pozornost. V teoretické části bude přiblížena zejména DMO vzhledem k zaměření praktické části bakalářské práce.

### **1.1.3 Vliv tělesného postižení na psychiku dítěte**

Tělesné postižení ovlivňuje psychiku nejen samotného dítěte, ale také silně zasáhne jeho rodinu a nejbližší okolí. Právě reakce rodičů a jejich přístup k dítěti s postižením hybnosti významně ovlivňuje jeho psychický stav. Za aktivní podpory svých blízkých se dítě mnohem snáze vyrovnává se svým handicapem.

Vliv zdravotního postižení na psychiku dítěte lze definovat s ohledem na věk, ve kterém k postižení dojde.

1. Postižení vrozené nebo získané ve velmi raném věku.
2. Postižení získané během života.

Ad 1) dle autora Jankovského rodiče dítěte s postižením, jakožto koordinátoři ucelené rehabilitační péče mají klíčovou roli. Očekávání narození dítěte je spojeno s velkými nadějemi, dítě má být dokonalým naplněním vztahu a tužeb rodičů, kteří samozřejmě očekávají narození zdravého potomka. Se zprávou o postižení jejich dítěte se jim zhroutlí svět – veškeré ideály, naděje a sny se rozplynou. Rodiče zprvu vnímají své dítě s postižením jako neřešitelný problém. Postižené dítě se odlišuje od ostatních a nebude tak moci naplnit jejich očekávání. Toto období nazýváme období „copingu“ (vyrovnávání se s realitou). Jednotlivé fáze procesu vyrovnávání se s postižením, ať už u dítěte nebo vlastního dělíme na počáteční iniciální šok, který je silnou, většinou iracionální emoční reakcí na zprávu o postižení. Šok je spojen s pocitem deziluze, hlubokého zklamání, obrovské ztráty.

Další etapou je popření reality, kdy rodiče odmítají přijmout, akceptovat skutečnost. Následně toto stadium může vyústit v agresi (zlobu, vztek), dochází k sebeobviňování (autoagrese), obviňování druhých (partnera, lékařů, zdravotnického personálu), samozřejmě předmětem agrese může být samo dítě.

Následně zpravidla přichází deprese, stavy úzkosti, pociny viny, lítosti, vlastního selhání. Období deprese je velmi zásadní moment, kdy je třeba odborné psychologické pomoci,

aby zabránila naprostému vyčerpání a apatii rodičů. Je nutné citlivě probrat jejich životní situaci, zvážit možnosti, nastínit cestu jak dál, kterým směrem se mají vydat, přehodnotit životní priority. Takový přístup je nesmírně náročný na profesionalitu odborníka poskytujícího psychologickou péči, na jeho takt, empatii, vyžaduje dostatek času a nesmí postrádat lidský rozměr.

Osobnost psychoterapeuta je ohrožena tzv. syndromem vyhoření, jelikož pomáhá řešit svým klientům velmi vážnou životní situaci a logicky tato činnost je značně vyčerpávající. Je proto nezbytné, aby dodržoval pravidla duševní hygieny, věnoval se aktivitám vedoucím k načerpání nových sil a udržoval se v pozitivním naladění.

Na fázi deprese navazuje stadium akceptace reality. Rodiče přijmou dítě s postižením za své, dívají se na problém postižení jako na výzvu k překonávání překážek. Přehodnotí své životní cíle, hledají nové cesty, možnosti, jak vychovávat své dítě, stávají se aktivními. Do této fáze se však nemusejí dostat všichni, některým se nepodaří vyrovnat se s realitou postižení, nepřekonají svůj smutek, pocit nespravedlnosti, rozladění. Dítě vyrůstající v takovém prostředí, je trvale frustrováno z nedostatku lásky, pozornosti, podnětů k rozvoji jeho osobnosti. Rovněž se rodiče mohou rozhodnout umístit své dítě do ústavní péče. Je třeba nalézt kladné argumenty pro toto řešení situace, v opačném případě se dítě může stát předmětem agresivního chování ze strany svých rodičů. Často se také stává, že situaci neunes jeden z partnerů (zpravidla otec) a rodina se rozpadá, což je další forma útěku od problému. Fáze akceptace reality je výchozím bodem pro zahájení ucelené rehabilitace. (Jankovský, 2006)

Ad 2) Důsledky zdravotního postižení vzniklého během života (v dětství, mládí, dospělosti) vlivem úrazu, nemoci a reakce na ně je velmi individuální a závislá na typu a stupni postižení, na míře informací ohledně zdravotního stavu poskytnutých jedinci, na včasném zahájení efektivní léčby a na péči ve všech složkách. Reakce na získané postižení i přes individuální rozdíly odpovídají výše popsaným fázím. (Votava, 2004).

Počáteční období (novorozenecké, kojenecké) z hlediska ontogeneze psychologického vývoje dítěte, jsou pro vyrovnávání s handicapem bezproblémová. Jsou však velmi důležitá pro vytváření mezilidských vztahů, zejména emoční vazba na matku a na nejbližší osoby. Pokud se tyto vztahy dostatečně intenzivně nevyvíjí, hrozí dítěti citová deprivace, taktéž se může objevit deprivace senzorická či pohybová. Podobně je tomu i v období batolete, kde si dítě uvědomuje své rodinné zázemí, projevuje svou autonomii a je určitým způsobem limitováno svým handicapem.

V předškolním období dítě vnímá svou jinakost ve vztahu k vrstevníkům, snaží se porozumět okolnímu světu, vlastnímu tělesnému schématu, myšlení je výrazně ovlivněno fantazií. Dítě si utváří prosociální postoje v kolektivu mateřské školy.

U těžkých kombinovaných postižení, kdy nelze dítě do kolektivu zařadit je dítě ochuzeno o zkušenost s vrstevníky. Z tohoto faktu vyplývají i jeho kognitivní a sociální potřeby.

Mladší školní věk spojený se školní docházkou, kde je kladen důraz zejména na uspokojivý výkon dítěte s postižením ve škole i mimo ni, především ve vztahu ke spolužákům. Důležitá je správná motivace, podpora žáka, pozitivní zpětná vazba učitelů, rodičů, spolužáků. Toto období nazýváme též období realizmu, typická je také potřeba identifikace, dítě si vybírá svůj vzor (sociální roli), do kterého se stylizuje.

Období puberty, je provázeno rozpory, vnitřními konflikty, pocity nejistoty, méněcennosti v důsledku nadcházející dospělosti a sociální a psychické nezralosti dítěte. Problémy spojené s pubertou mohou vyústit v tzv. pubescentní krizi. Dítě řeší zejména svůj tělesný vzhled, proto odchylky od normy (nedokonalosti) vedou ke vzniku psychotraumat a reálně ohrožují jeho další vývoj. Dalším úskalím u dětí s postižením je nemožnost odpoutat se od rodičů, vzhledem ke zdravotnímu stavu.

## **2 Dětská mozková obrna**

Dětská mozková obrna patří mezi závažná centrální onemocnění, je pro ni typické hybné postižení, tělesná neobratnost, především v oblasti jemné motoriky, nerovnoměrný vývoj, nedokonalé vnímání, představivost a další. (Vítková in Pipeková, 2006) Jedná se o onemocnění neprogresivní, ale nikoli neměnné.

### **2.1 Charakteristika dětské mozkové obrny**

„Dětskou mozkovou obrnu (dále pouze DMO) lze podle Lesného definovat jako raně vzniklé poškození mozku, k němuž došlo před porodem, za porodu nebo krátce po něm a jež je charakteristické zejména poruchou vývoje hybnosti.“ (Lesný in Ludíková, 2005, s. 83)

Časová hranice, kdy vzniká DMO, je uváděna řadou autorů od 6 měsíců do 3 let. Autor uvádí jako hranici 1 rok, jelikož následky postižení nezralé centrální soustavy, především hybné, se výrazně liší od následků stejných postižení u zralejších a zralých mozků. (Lesný, 1985)

### **2.2 Etiologie dětské mozkové obrny**

Etiologické činitele, které jsou příčinou DMO a chronické mozkové dysfunkce dělíme do tří skupin na prenatální, perinatální a postnatální.

Mezi prenatální činitele řadíme zejména infekce matky v první části těhotenství, teratogenní vlivy, oběhové poruchy. Za rizikovou můžeme označit také rodinnou zátěž, vyskytující se degenerativní onemocnění nebo centrální poruchy v rodině. Celá řada těchto faktorů může přispívat k nedonošenosti jedince různého stupně, což je vedoucí a klasický etiologický činitel DMO.

Faktory perinatální (porodní) patří mezi nejzávažnější faktory tzn. abnormální, překotný, protahovaný porod, kdy hrozí krvácení do mozku, hypoxii či asfyxii novorozence. Dle anamnestických studií je mozková hypoxie nejdůležitějším etiologickým momentem porodního poškození mozku.

Postnatální činitelé jsou infekce CNS meningitida, encefalitida, plicní a střevní infekce, úrazy hlavy, vrozené vady metabolismu a další.



Je všeobecně uznáváno, že příčinou DMO bývá spolupůsobení více činitelů, čili multifaktoriální podmínění. Mezi vedoucí etiologické činitele řadíme nedonošenost a asfyxii. (Lesný, 1985)

„V souvislosti s postižením mozku plodu a novorozence se uvažuje o celé řadě rizikových faktorů, kdy může dojít ke vzniku cerebrálního poškození.“ (Kraus, 2005, s. 55)

### **2.3 Formy dětské mozkové obrny**

Mezi formy DMO patří formy spastické a nespastické, které budou charakterizovány níže.

#### **Formy spastické**

Zde řadíme formy hemiparetické, diparetické a kvadruparetické. Typické pro tyto formy je zvýšený svalový tonus (napětí). Jedná se o hypertonické formy DMO.

##### *Hemiparetická forma DMO*

Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu. Centrální hemiparézu charakterizují jednostranná paréza a spasticita. Lze ji jen vzácně diagnostikovat u novorozence, je rozpoznatelná až mezi 4.-5. měsícem, kdy jsou evidentní jednostranné pokusy o úchop. Paže je v abdukci a vnitřní rotaci, předloktí v semiflexi a pronaci, zápěstí ve flexi, prsty v extenzi s abdukčním držením palce (ohnuty dolů, palec bývá přitažen k dlani). Dolní končetina je rotována dovnitř a noha je v plantární flexi. Při chůzi jedinec napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku. (Jakobová, 2007)

##### *Diparetická forma DMO*

V současnosti tvoří nejčastější formu DMO. Setkáváme se s ní u dětí předčasně narozených, s nízkou porodní váhou. Vyznačuje se výrazným svalovým napětím na dolních končetinách. Postižení dolních končetin je u této formy výraznější, postižení horních končetin je také, ale většinou jen v mírné formě. Typické je neúplné napřímení trupu, předsunutí ramen, flexe loktů a ručních kloubů. U dolních končetin je mírná flexe v kýčlích a kolenou, vnitřní rotace špiček, stoj na špičkách. Chůze je nůžkovitá, dochází k tření kolen o sebe, překračující, což představuje chůzi po špičkách s ohnutými koleny. V nejtěžších případech je chůze nemožná. (ibid)

### *Ataktická diparéza*

Tvoří 5-7% případů DMO. Příčiny jsou především prenatální, ale i perinatální asfyxie nebo nižší porodní hmotnost. Nejprve se projevuje výrazná hypotonie, která postupně přechází ve elasticitu. Stoj a chůze není možná bez pomoci, ataxie může rušit jemnou motoriku. Forma je mozečková, řeč a intelekt je u 2/3 normální. (Kraus, 2005)

### *Monoparetická forma*

Čili postižení jedné končetiny, je méně častá a přiřazujeme ji k diparetickým formám.

### *Kvadruparetická forma*

Jedná se o nejtěžší formu DMO. Charakteristická je spasticita zejména horních končetin s postižením bulvárního svalstva. Méně běžné je větší postižení dolních končetin než horních končetin či stejné postižení všech čtyř končetin. Často se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Objevují se také poruchy oromotorických funkcí a epilepsie. (ibid)

## **Nespastické formy**

Mezi nespastické formy patří dyskinetická a hypotonická forma.

### *Dyskinetická forma*

Je typická vůlí neovladatelnými pohyby. „Základní poruchou dystonicko-dyskinetické je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu.“ (Kraus, 2005, s.81)

Jsou rozlišovány dva typy hyperkinetická a dystonická forma. Hyperkinetický typ je provázen nápadně neúčelnými, mimovolními pohyby. Pohyby mohou být různé atetotické (pomalé, vlnité, hadovité), choreatické (malé prudké trhavé). Tyto abnormální pohyby jsou vyvolány snahou o volní pohyb nebo úsilím udržet posturu. U dystonické podskupiny hybnou poruchu představují náhlé abnormální změny svalového tonu. Méně častá je kombinace dystonicko-hyperkinetické formy.

### *Hypotonická forma*

Vyazuje snížení svalového tonusu (svalová hypotonie), výraznější je na dolních končetinách. Objevuje se v kojeneckém věku, později se mění na formu spastickou nebo dyskinetickou.

### *Cerebrální forma DMO – ataktická*

Je rozpoznatelná mezi 1. a 2. rokem, vyznačuje se mimo jiné hypotonií, ataxií trupu s poruchou koordinace, poruchou artikulace. (Kraus, 2005) Tato vzácná forma postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Pacienti s tímto onemocněním mají špatnou motorickou koordinaci, jejich chůze je značně nestabilní a o široké bázi (pokládají chodidla daleko od sebe), jedná se o tzv. opileckou chůzi. Tito lidé mají problémy také s přesnými a rychlými pohyby, které využíváme například při psaní. Mohou trpět i tzv. intenčním tremorem, což je třes, který se objevuje při činnosti řízené vůlí.

## **2.4 Přidružená postižení dětské mozkové obrny**

DMO bývá kombinovaná nejčastěji s mentálním postižením, poruchami duševního vývoje, s epilepsií, poruchami řeči, chování. Mohou se vyskytnout také smyslová postižení různého stupně. (Vítková in Pipeková, 2006)

DMO je často spojena s dalším postižením:

*A/ Mentální postižení* cca u 2/3 dětí (v 1/3 je to lehká mentální retardace a 1/3 středně těžká a těžká mentální retardace). Nejčastější výskyt je u DMO spastické kvadruparetické formy.

*B/ Epilepsie* se vyskytuje téměř u poloviny dětí s DMO, projevují se generalizované tonicko-klonické či parciální epileptické záchvaty.

*C/ Hydrocefalus* způsobuje měštnání mozkomíšního moku a zvyšování nitrolebního tlaku. Vzniká při poruše tvorby a cirkulace mozkomíšního moku. Vede k abnormálnímu růstu lebky, nepříznivě ovlivňuje funkce motorické oblasti mozku a zhoršuje tak celkový klinický obraz DMO.

*D/ Růstové problémy* jsou pravděpodobně způsobeny porušením centra mozku, které kontrolují růst a vývoj organismu. Projevy v nízké hmotnosti, zaostávání tělesného růstu, opožděný rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Nejčastěji se vyskytují opět u spastické kvadruparetické formy DMO.

*E/ Poruchy zraku* mají různý charakter, například výpadky zorného pole, poruchy binokulárního vidění a další.

*F/ Poruchy sluchu* se vyskytují zejména u diskinetických forem DMO, příčinou je poškození sluchových drah nebo sluchového centra v mozku.

*G/ Poruchy řeči* zejména dysartie (porucha motorické realizace řeči), zahrnuje postižení všech řečových komponent artikulace, fonace, respirace, prozodie.

*H/ Abnormální pocity a poruchy citlivosti* se objevují u některých nemocných s DMO. Jsou charakterizovány poruchou citlivosti, při kterých je porušeno například vnímání doteku nebo bolesti. Může být také porušeno vnímání jednotlivých částí vlastního těla nebo schopnost rozeznávat předměty pouhým hmatem. (Bendová in Ludíková, 2005)

Optimalizace přístupu k jedincům s DMO předpokládá poskytování komplexní péče vysoké kvality, která vede ke zkvalitnění jejich života a zajištění maximálně možného stupně socializace do intaktní společnosti.

### 3 Ucelená rehabilitace dětí s diagnózou DMO

#### 3.1 Definiční vymezení pojmu ucelená rehabilitace

Rehabilitace je novolatinským pojmem, který překládáme z latinského „habilis“ čili schopný a předpony „re“ znamenající znovu, doslovně hovoříme o rehabilitaci, jako o „znovuuschopnění“ jedince s tělesným postižením.

S pojmem ucelené rehabilitace se setkáváme od 80. let 20 století, do té doby byla rehabilitace chápána ryze v medicínské dimenzi. V současné době se rehabilitace stává oblastí, do které vstupují sociální, pedagogické, psychologické, ekonomické, politické i technické faktory. Ucelenou rehabilitaci členíme dle zaměření při plnění úkolů, dle jednotlivých institucí a prostředků na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální.

Rehabilitaci pokládáme za celostní jev širokospektrálního charakteru, používáme tudíž přívlastku komplexní = ucelená, komprehensivní, globální, integrální. (Renotierová, 2002) V moderním pojetí lze rehabilitaci chápat jako ucelenou, komprehensivní, kdy se jedná o plynulé, koordinované úsilí s cílem dosáhnout optimální socializace či resocializace dítěte s DMO za využití všech dostupných prostředků, metod, forem. Úspěšná komprehensivní rehabilitace dětí s tělesným postižením předpokládá interdisciplinární spolupráci medicínských, psychologických, pedagogických a technických odborníků a rodičů. (Vítková, 1998)

„Pojem komplexní rehabilitace je důležitým somatopedickým termínem vyjadřujícím ucelený přístup k osobám s tělesným postižením.“ (Valenta, 2008, s.14)

V koncepčním smyslu je dnes již všeobecně uznáváno, že předmětem rehabilitace je celý člověk a jeho vztahy k prostředí. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se tělesným postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu. (Jankovský, 2006)

Je nutné rozlišovat rehabilitaci také z hlediska délky trvání odborné intervence a to na rehabilitaci přechodnou (jednorázovou, krátkodobou) a rehabilitaci permanentní (trvalou, dlouhodobou).

*Rehabilitace přechodná* navazuje plynule na léčbu jedince se zdravotním postižením, vede k posílení či obnově jeho úplného zdraví a normální kvality života.

*Rehabilitace dlouhodobá* se týká jedinců s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením závažnějších stupňů, bývá spojena s trvalým narušením kvality života. Je řešena primárně léčením, dále především prostředky pedagogické, sociální a pracovní rehabilitace.

### **3.2 Charakteristika jednotlivých složek ucelené rehabilitace**

V systému péče o děti s poruchou mobility plní rozhodující úlohu právě ucelená rehabilitace, která propojuje prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní. Předpokladem úspěchu je vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu odborníků, kteří navzájem kooperují.

Jednotlivé prostředky ucelené rehabilitace budou níže charakterizovány:

#### **3.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace**

Léčebné prostředky jsou nedílnou a významnou součástí ucelené rehabilitace. Dle J. Pfeiffera a J. Votavy dělíme léčebnou rehabilitaci na vertikální, která vede k obnově původního stavu organismu, a horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození závažného a chronického charakteru. Jedná se především o široký zdravotnický obor, kde se uplatňuje i řada aktivit interdisciplinárního charakteru např. psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, atp. (Janovský 2006)

„Léčebná rehabilitace vychází z léčení a usiluje hlavně o odstraňování defektu organismu a poruch jeho funkcí.“ (Jesenský, 1995, s. 28)

Mezi prostředky léčebné rehabilitace patří:

**A/Fyzikální terapie**, ta je součástí zdravotnického povolání a pomáhá lidem s DMO rozvíjet, udržovat a obnovovat pohyb a funkční využití různých částí těla.

„Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového aparátu.“ (Votava, 2004, s. 30) Fyzioterapeuti cíleně pozitivně ovlivňují prostřednictvím pohybu a fyzioterapeutických prostředků motorické funkce člověka včetně funkcí psychických, zabývají se ústrojím hybného aparátu, používají speciální metody k diagnostice i léčbě, posuzují a napravují poruchu hybnosti. Fyzioterapií působíme tam, kde je motorika a funkce organismu narušena v důsledku nemoci, úrazu, vrozenou vadou

či procesem stárnutí. Mezi fyzikální terapie náleží elektroléčba, magnetoterapie, léčba světlem, teplem, laserem, balneoterapie, masáže, apod.

**B/ Léčebná tělesná výchova** je hlavní metodou fyzioterapie, zabývá se pohybovým ústrojím a základem je tělesné cvičení. Usiluje o vyladění svalového tonusu a celkové zlepšení kondice, o zlepšení svalové síly a svalové koordinace jedince. Zahrnuje relaxační cvičení s prvky jógy, cíleně sestavené cvičební systémy dle druhu i stupně poškození svalové funkce s využitím řady pomůcek. (J. Jesenský, 1995)

Mezi nejčastější užívané formy léčebné terapie DMO u dětí patří:

#### *Bobathova terapie*

Souhrnná koncepce (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie) manželů Bobathových, která je využívána k léčbě dětí s DMO. Jedná se o techniku facilitace vzpřimovačích a rovnovážných reakcí, jejím cílem je ovlivnění patologického tonusu a úpravu patologických pohybových vzorů. Tato metodika usiluje o zlepšení celkové pohybové koordinace a vytvoření normálního svalového tonusu.

#### *Petőho terapie*

Rehabilitační technika maďarského lékaře Pető je zaměřena na rozvoj praktických pohybových dovedností u dětí s DMO, především na rozvoj volných vlastností těchto dětí, které denně využívají v průběhu pohybových činností. Cílem metody je získání samostatné pohybové schopnosti. Základem je slovní motivace, předpokládá tedy normální intelektový potenciál dítěte k pochopení významu a prospěšnosti.

#### *Vojtova terapie*

Vojtova metoda je hojně využívána u všech tělesných postižení dětí i dospělých (DMO, dysplazie kýčlí, spina bifida, těžké skoliózy, apod.) Základem této metody je, že určitý přesný podnět vyvolá řadu reakcí, které vedou k vývoji napřimování. Cílem Vojtovy terapie je dosažení pohybového vzoru působícího proti nedostatkům v držení a koordinaci.

(Renotierová, 2002)

**C/ Ergoterapie** je chápána jako léčba smysluplnou činností, je jedním z prostředků léčebné rehabilitace. Využívá specifické diagnostické a léčebné postupy, metody, činnosti při léčbě

osob všech věkových kategorií s různým typem postižení, kteří jsou buď dočasně nebo trvale psychicky, fyzicky, smyslově nebo mentálně postižení.

„Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života.“ (Votava, 2004, s. 37)

V ergoterapii rozlišujeme čtyři oblasti a to kondiční terapii usilující o psychickou rovnováhu klienta, dále ergoterapii zaměřenou na postiženou oblast, kde vykonávaná práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné a cíleně dávkované. Dále ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění klienta. Čtvrtá ergoterapeutická oblast je zaměřena na výchovu k soběstačnosti tzv. denní aktivity (activities of daily living).

Dětská ergoterapie má své specifické rysy. Dětská hra a činnost obecně mají samozřejmě svá vývojová stadia, na která je nutné brát zřetel při sestavování terapeutického plánu dítěte s postižením. Z hlediska efektivity dětské ergoterapie je nezbytný vysoce individuální přístup a zainteresovanost rodičů, kteří mají v celém procesu nezastupitelnou úlohu. (Jankovský, 2006)

**D/ Terapeuticko formativní postupy** se velmi dobře osvědčily v rámci léčebné rehabilitace.

U dětí s DMO působí terapie většinou ve třech směrech, jako prostředek:

- k reedukaci motoriky a získání tělesné zkušenosti,
- ke kompenzaci následků postižení na psychické úrovni a rozvíjení kompetencí,
- ke zlepšení sociální interakce.

Frekventovanou terapií v rámci péče o děti s DMO patří zejména animoterapie, která je označována jako terapie prostřednictvím živých zvířat. (Valenta, 2008)

**Hipoterapie** využívá k léčebným účelům koně, je komplexní rehabilitační metodou, má blahodárný vliv na tělesné, duševní a sociální zdraví člověka. (Dudková in Müller, 2007)  
„Využívá působení prvků nespecifických (vliv tepla zvířete, taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce, labyrintové reflexy aj.) a specifických prvků, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je vlastně jedinečný a ničím nenahraditelný.“ (Jankovský, 2006, s. 24)

Rovněž se používá termín hiporehabilitace a dělíme ji na 3 složky: hipoterapie, léčebně pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. (Jankovský, 2006)

**Canisterapie** (podobně jako u ostatních animoterapií) se jedná o léčbu pomocí kontaktu se zvířetem – psem. Pes napomáhá k vytvoření vzájemného kontaktu mezi klientem



a terapeutem, k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci klienta. Dokáže přispět k potlačení nežádoucích a negativistických projevů klienta. Probíhá v různých formách jako je mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. (Vrbová in Müller, 2007)

Mezi další specifické terapie řadíme arteterapii, která je nejvíce používanou expresivní terapií, využívá lidské exprese (výrazu) při výtvarné činnosti k přirozenému odhalení skrytých psychických stavů, pocitů, nálad. Kresba je významným komunikačním prostředkem a také prostředkem k vyjádření znalostí o sobě (vnímání vlastního já, jak člověk prožívá vztahy ke svému okolí apod.). Kresba se používá také k diagnostice, zejména u dětí, kde máme možnost odhalit případné nesrovnalosti s normálním vývojem. V arteterapii využíváme těchto metod: volný výtvarný projev, tématický výtvarný projev, výtvarný projev při hudbě, skupinové výtvarné činnosti a řízený výtvarný projev. (Müller, 2007)

Muzikoterapie využívá blahodárného vlivu hudby na člověka, působí intenzivně a bezprostředně na jeho psychiku. Mezi základní prvky hudebního umění řadíme melodii, rytmus, harmonii, dynamiku, tempo, zvukovou barvu, apod. (Müller, 2007) Hudba má nejenom relaxační účinky, ale také výrazný stimulační efekt. Může být prostředkem komunikace (exprese) a současně prostředkem vyjádření vnitřních pocitů. (Jankovský, 2006) Mezi další specifické terapie patří dramaterapie, taneční terapie, poetoterapie.

### **3.2.2 Pedagogické prostředky rehabilitace**

Pedagogická rehabilitace svým obsahem odpovídá pedagogickému působení, výchově a vzdělávání jedinců se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. Pedagogická rehabilitace je určena dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, které nemohou dosáhnout potřebné úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Tvoří jednu ze složek ucelené rehabilitace a její realizace předpokládá úzkou provázanost s dalšími oblastmi ucelené rehabilitace. (Votava, 2003)

„Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb a možností a společenské situace) co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti.“ (Votava, 2003, s. 123)

Pedagogická rehabilitace dětí předškolního věku s tělesným postižením může být realizována v mateřských školách pro tělesně postižené, v mateřských školách při nemocnici,

léčebně či dětské ozdravovně, případně v mateřské škole speciální, v dětském rehabilitačním stacionáři a také v mateřské škole běžného typu.

Edukace žáků s poruchou hybnosti mladšího a staršího školního věku probíhá na základních školách pro tělesně postižené, na základních školách při nemocnici, léčebně či dětské ozdravovně, na základních školách speciálních, praktických a na základních školách běžného typu.

Mimoškolní aktivity a využití volného času dětí a mládeže s motorickým postižením je v kompetenci speciálně pedagogických institucí, dobrovolných organizací a v neposlední řadě v rámci rodiny. Náplň volného času by měl dítě dále formovat a vychovávat, podporovat ho v samostatnosti, rozvíjet jeho osobnost, vytvářet společenské vazby. (Votava, 2003)

Dalšími institucemi, kde probíhá pedagogická rehabilitace jsou speciálně pedagogická centra, pedagogicko psychologické poradny, střediska rané péče. Pedagogická rehabilitace je zajištěna týmem odborníků v sestavě speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník. Raná péče je realizována s cílem zajistit kvalitní ucelenou rehabilitaci dětem raného věku s tělesným postižením prostřednictvím speciálně pedagogických center (resort školství) a prostřednictvím středisek rané péče, zřizovaných nestátními organizacemi jako jsou občanská sdružení, apod. (resort práce a sociálních věcí).

Institucionální výchova má svá specifika, kde probíhající pedagogická rehabilitace dětí a mládeže s tělesným postižením postrádá působení vlastní rodiny a instituce např. domov pro zdravotně postižené supluje její roli.

Současným trendem moderní společnosti je podpora integrace žáků se speciálními potřebami, která je realizována na základě individuálního vzdělávacího programu. Tento program zahrnuje všechny podstatné skutečnosti, nezbytné pro úspěšné vzdělávání. Předpokladem pedagogické rehabilitace formou individuální integrace je nutná úzká spolupráce se speciálně pedagogickým centrem daného zaměření dle typu postižení žáka. (Votava, 2003)

Rozlišujeme působení pedagogické rehabilitace u jedinců se získaným postižením, kde je úsilí zacíleno na návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti až do doby opětovného nalezení vlastní identity. Jiná situace je u jedinců s vrozeným postižením, kdy zdravotní postižení způsobuje vývojové odchylky, které představují možné zaostávání dílčích nebo celkových schopností za intaktní populací, nemusí se však jednat o celkovou abnormalitu osobnosti. (Jesenský, 1995)

„V obou případech, jak u poruch získaných, tak u postižení od narození, znamená pedagogická rehabilitace záměrné působení pedagogicko psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tedy v duchu úsilí o obnovení normálu.“ (Jankovský, 2006, s. 31)

Důležitou zásadou pedagogické rehabilitace je včasnost jejího zahájení, co nejdříve od momentu zjištění její potřeby. Včasné zahájení promyšlené pedagogické intervence v rámci ucelené rehabilitace se zcela jistě pozitivně promítne v životní perspektivě dítěte s tělesným postižením.

Nedílnou a významnou součástí pedagogických prostředků je psychoterapie, jejíž cílem je obnovení integrity osobnosti člověka. Vychází z psychologie a spočívá zejména v intervenci realizované s pomocí různých psychologických prostředků.

„Uplatnění psychoterapie jako léčebného přístupu obecně i jako konkrétních léčebných postupů vychází z úlohy duševních dějů a dispozic v lidském zdraví a nemoci.“ (Langmeier, 2000, s. 15) Dětská psychoterapie úzce souvisí s výchovou dětí, pomáhá doplnit a posílit pozitivní působení vychovatelů. Psychoterapeut pracující s dětmi využívá prostředků dětské hry, různorodé činnosti, neverbální komunikaci, stimulace, cílené činnosti, tvůrčí prostředky.

Dětská psychoterapie, přestože uplatňuje postupy z psychoterapie dospělých se v mnohém odlišuje. Psychoterapie se uplatňuje jako účelné a účinné využití jednotlivých duševních vlivů k prospěšnému rozvoji chybějících předpokladů, k překonávání životních selhání a k léčbě zdravotních poruch. Může být individuální, skupinová, rodinná zahrnuje i specifické formy jako jsou např. muzikoterapie, arteterapie, aj. (Langmeier, 2000)

### **Podmínky vzdělávání dětí a mládeže s poruchou mobility**

System vzdělávání dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami je otevřený, umožňuje výběr organizační formy vzdělávání a zajišťuje speciálně pedagogickou péči.

### **Vnitřní podmínky výchovy a vzdělávání dětí s poruchou mobility**

Jsou dány somatickými a psychickými zvláštnostmi tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených, jejich rozumovými a dorozumívacími schopnostmi. U jednotlivců jsou značně rozdílné.

Tělesný vývoj, duševní vývoj a zdravotní stav dětí a mládeže s postižením hybnosti určuje rozsah a intenzitu výchovně vzdělávací činnosti učitele i pracovní činnosti žáka. Zjišťování vnitřních podmínek výchovy se realizuje na počátku a v průběhu výchovného

působení na jedince s motorickým postižením, na základě informací od příslušných odborníků (lékaře, klinického psychologa, pedagoga) a rodičů. Rozhodující jsou následující činitelé:

*A/ Druh a stupeň tělesného postižení, nemoci, zdravotního oslabení*

Dle lékařské zprávy rozlišujeme tři stupně poruch hybnosti: lehká, střední, těžká. Podle celkové pohyblivosti hodnotíme - jedinci mobilní (dokáží se samostatně pohybovat), - jedinci částečně mobilní (pohybují se pouze s dopomocí druhé osoby nebo využívají k pohybu ortopedických pomůcek – berle, lezítka, chodítka, apod.), - jedinci imobilní nedokáží se pohybovat ani s dopomocí či s využitím ortopedických pomůcek. Určitá část mobilních i imobilních osob zvládá jízdu na invalidním vozíku.

Důležitá je také lokalizace poruchy, určuje která část těla je postižena např. dolní, horní končetiny, celé tělo, trup, oblast hlavy, atd. Logicky nejsložitější situace vznikne při poruše hybnosti celého těla. Porucha motoriky dolních končetin se projevuje v lokomoci, porucha hybnosti horních končetin činí manipulační problémy a je významná z hlediska didaktického. Dalším důležitým faktorem, je zda porucha hybnosti má progresivní charakter (zhoršování symptomů) nebo se zlepšuje (regrese) a zda je či není reparabilní (nahraditelná). Na procesu výchovy a vzdělávání se mohou nepříznivě odrážet průvodní symptomy tělesných postižení, nemocí a zdravotních oslabení. (Renotiérová, 2002)

*B/ Čas vzniku zdravotního oslabení nebo tělesného postižení*

Určuje a významně ovlivňuje proces výchovy a vzdělávání dětí a mládeže s postižením hybnosti, rozdílný je přístup k jedinci s vrozeným pohybovým postižením, který se postupně adaptuje na svůj stav. V případě získaného postižení hybnosti nastávají adaptační potíže vyžadující různé typy převýchovy, přičemž základním východiskem je dosažená úroveň vývoje – jaké dítě získalo zkušenosti, dovednosti, znalosti ještě jako zdravé. Obecně platí, čím je dítě mladší, tím snáze se vyrovnává se svým postižením. Velmi důležité je aktivní zapojení jedince s tělesným postižením do rehabilitačního procesu, jako základní předpoklad úspěšné rehabilitace. (Valenta, 2008)

### *C/ Délka trvání poruch hybnosti, nemoci nebo zdravotního oslabení*

Hledisko doby trvání tělesného postižení, nemoci je dalším podstatným činitelem ve výchově a vzdělávání, který zlepšuje vnitřní podmínky pro výchovu. S úspěchy léčby se vytvářejí lepší podmínky pro výchovu a vzdělávání dítěte. (Kábele, 1993)

### *D/ Psychický stav*

Psychický stav dětí s tělesným postižením, nemocných, zdravotně oslabených je výrazně ovlivňován následky postižení, nemoci, úrazu, hospitalizací, léčebných procedur, odloučení od rodiny, apod. Následky tělesného postižení mohou vyvolat reaktivní psychické změny, které rovněž mohou souviset i s negativní zkušeností v sociálních kontaktech a dlouhodobou frustrací. Takové změny v psychice dítěte s postižením značně omezují a komplikují výchovně vzdělávací proces. Vedle reaktivních psychickým změn může být diagnostikována psychiatrická diagnóza.

### *E/ Úroveň mentálních schopností*

Mezi dětmi s postižením hybnosti najdeme jedince s normální mentální úrovní, nadprůměrně nadané, ale i s mentální úrovní na hranici průměru a podprůměru nebo mentálně postižené. K opoždění v mentálním vývoji dochází v souvislosti s omezením hybnosti a sociálních kontaktů. Všem dětem je nezbytně nutné zajistit dostatečně podnětné prostředí, tak aby byl zajištěn optimální rozvoj jejich mentálních dispozic. Rovněž se můžeme setkat u jedinců s postižením hybnosti, jejichž mentální úroveň je v normě, s postižením jednotlivých psychických funkcí, zejména poruchy vnímání, paměti, pozornosti, chování aj. U těchto dětí je nutný individuální přístup ve výchovně vzdělávacím procesu respektující jejich schopnosti a možnosti. (Renotierová, 2002)

### *F/ Dorozumívací schopnosti*

Schopnost dorozumívat se mluvenou a psanou řečí u dětí s tělesným postižením, především u DMO, může být snížena v důsledku poruchy motoriky mluvidel, úbytkem mentálních schopností, sensorickými poruchami. Často se také setkáváme se sekundárním opožděním ve vývoji vlivem sociální izolace. Důsledkem omezeného nebo opožděného vývoje řeči je narušení sociálních vztahů i poruchy celkového vývoje osobnosti. (Kábele, 1993)

## **Vnější podmínky výchovy a vzdělávání dětí s poruchou mobility**

Vnější podmínky výchovy a vzdělávání dětí s motorickým postižením jsou dány materiálními podmínkami, společenským prostředím, režimem dne, pohybovým režimem a personálním zajištěním.

### *A/ Materiální podmínky*

Materiální vybavení představuje základní podmínky pro co nejefektivnější výchovně vzdělávací i léčebnou péči. Zahrnují materiální vybavení budov, bezbariérovost, vhodné přírodní prostředí pro situování budovy a okolní exteriéry.

### *B/ Společenské prostředí*

Společenské klima vytváří celá společnost svým vztahem k jedincům s tělesným postižením, svými postoji a názory k problematice zdravotního postižení. Odráží se v právních, politických, etických normách a zákonech.

### *C/ Režim dne*

Znamená uspořádání stálých denních činností dle časového harmonogramu, je významným činitelem při plnění výchovně vzdělávacích cílů v institucích pro tělesně postižené, zdravotně oslabené a nemocné jedince. Harmonogram výchovných a léčebných činností je připravován ve spolupráci vedoucího nebo ošetřujícího lékaře, ředitele školy a vedoucího vychovatele, musí být naplánováno vyvážené střídání činností a je potřebné režim dne přizpůsobovat dle aktuálního zdravotního stavu. (Renotierová, 2002)

„Léčebný a výchovný režim mají tvořit dohromady jednotný, ucelený a koordinovaný systém, ve kterém svěřenci absolvují léčebnou péči, školní vzdělání i mimoškolní výchovu a zájmovou činnost v harmonickém, časově koordinovaném sledu, bez rušivých kompetenčních zásahů a kolizí.“ (Kábele, 1993, s. 42)

### *D/ Pohybový režim*

Pozornost je třeba věnovat také pohybovému režimu zahrnujícího pohybové aktivity, které jsou zařazovány tak, aby přispívaly k rozvoji hybnosti, ale také jsou omezovány druhy pohybu, které by mohly zdravotní stav jedince zhoršit.

## *E/ Personální zajištění*

Jedna z nejdůležitějších podmínek pro úspěšnou léčebnou a výchovně vzdělávací péči je zajištění kvalitního profesionálního týmu pracovníků s příslušnou kvalifikací a osobními předpoklady. (Renotírová, 2002)

### **3.2.3 Pracovní prostředky rehabilitace**

Pracovní příprava znamená především získávání potřebných dovedností, znalostí a návyků nezbytných pro výkon povolání – pracovní kvalifikaci. Pracovní rehabilitace je kontinuální péče poskytovaná jedincům se změněnou pracovní schopností za účelem jejich návratu do dosavadního zaměstnání či nalezení nového vhodného pracovního místa. Pracovní rehabilitace tedy usiluje o obnovu pracovního potenciálu a proces přípravy na produktivní výkon povolání. (Jesenský, 1995)

„Pracovní činnost představuje postupy různých intelektuálních a manuálních aktivit, jejichž výsledkem jsou vytvořené společenské nebo i individuálně významné hodnoty.“ (Jesenský, 1995, s.115)

Zdravotní postižení může ohrozit fyzickou i psychickou výkonnost jedince. Pracovní rehabilitace pozvolna navazuje na léčebnou rehabilitaci, přičemž spojovacím článkem mezi léčebnou a pracovní rehabilitací je ergoterapie. Mezi výchovou a pracovní rehabilitací je úzký vztah, příkladem je výchovný proces přípravy mládeže tělesně a zdravotně postižené na jejich budoucí pracovní začlenění v rámci školní docházky. U dospělých se jedná zejména o rekvalifikaci pro nové pracovní uplatnění, která je zajišťována resortem zdravotnictví a sociálních věcí. Proces přípravy na povolání je procesem výchovným, během kterého jsou systematicky rozvíjeny individuální pracovní schopnosti jedinců se zdravotním postižením. (Renotírová, 2002)

Jednotlivé nástroje pracovní rehabilitace zahrnují poradenskou činnost při volbě povolání, přípravu pro pracovní uplatnění, umísťování do zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.

V oblasti pracovní rehabilitace zaujímá významnou úlohu tzv. ergodiagnostika, jejím předmětem je posouzení následků onemocnění či úrazu, současně schopností, předpokladů klienta pro jeho eventuální zaměstnání, respektive začlenění člověka s postižením do společnosti. Zařazování osob se zdravotním postižením na vhodnou pracovní pozici se děje na základě výsledků výše uvedené ergodiagnostiky (předpracovního hodnocení), které

zpracovává kompletní rehabilitační tým odborníků, na něj pak navazuje předpracovní rehabilitace. Ergodiagnostika zahrnuje standartní rehabilitační postupy, specifické testy, modelové činnosti.

Formy zaměstnávání osob se zdravotním postižením (dále pouze OZP) v našem státě představují chráněné dílny, podporované zaměstnávání OZP, přímé zaměstnávání jedinců s postižením a postižená osoba jako podnikatel na otevřeném trhu práce. (Votava, 2003)

U dětí je pracovní rehabilitace nahrazena hrou. Dítě získává první pracovní návyky a dovednosti prostřednictvím hry. Hra je hlavní činností dítěte, má význam pro jeho seberozvíjející učení, ve hře se dítě efektivně učí a získává cenné zkušenosti. Vychází z přirozené potřeby a zájmů dítěte, bez možnosti věnovat se hře hrozí u dítěte silná frustrace. Hra je pro dítě naplněním a potvrzením lidské existence. (Havlíková, 1995)

### **3.2.4 Sociální prostředky rehabilitace**

Sociální rehabilitace je celoživotním procesem a má permanentní charakter, vzhledem k měnícímu se životnímu procesu i procesu rozvoje osobnosti postiženého vlivem exogenních a endogenních faktorů. Řeší problematiku jednak celé skupiny lidí se zdravotním postižením, ale rovněž specifické problémy dle druhu a stupně postižení. Zahrnuje metodu sociální reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce) a akceptace (přijetí postižení).

„Sociální rehabilitace je proces učení žít s vadou (defektem), proces překonávání neschopností (znovuuschopňování) v individuálně (osobně) i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem sociální rehabilitace je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace.“ (Jesenský, 1995, s. 39)

Sociální rehabilitace (dále pouze SR) je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, dále formou pobytových služeb v sociálně rehabilitačních centrech.

Probíhá ve zdravotnických a sociálních zařízeních, v domovech pro děti s tělesným postižením a jejich rodiny, dále ve speciálních školách a školských zařízeních, v rámci neziskových nestátních organizací, při práci a volnočasových aktivitách, v rodinách. (Jankovský, 2006) Mezi nejznámější neziskové organizace poskytující komplexní péči dětem s DMO a jejich rodinám patří např. Dětské centrum Arpida, Sdružení pro kompletní péči při DMO, Neurocentrum, aj.



Cíle a úkoly sociálních prostředků rehabilitace jsou rozpracovány v programech (Jesenský, 1995, s. 81), které zohledňují druh a stupeň postižení a mají být součástí skupinových i individuálních plánů rehabilitace a osnov. Význam SR je humanitární, ekonomický a sociální.

Dle Jesenského (1995) dělíme cíle SR na všeobecné cíle zdravotně postižených, diferenciované cíle jednotlivých skupin zdravotně postižených a dílčí dle hlavních problémů jednotlivých skupin zdravotně postižených a dle potřeb rozličných seskupení uvnitř těchto skupin (věk, pohlaví, aj.).

Definice uvedená v připravovaném zákoně o ucelené rehabilitaci uvádí: „Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba zdravotně postižená dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.“ (Votava, 2003, s. 70)

Sociální integrací rozumíme snahu o přijetí všech osob zdravotně postižených do společnosti. Jelikož základní společenskou jednotkou je rodina, důležitým cílem SR je orientace na rodinné zázemí a vztahy jedince s postižením. Rovněž důležitou oblastí integrace osob s DMO je vytváření podmínek pro navazování partnerských vztahů a zakládání rodiny.

Předpokladem pro úspěšnou integraci jedinců s DMO je v neposlední řadě výchova široké veřejnosti k chápání potřeb a ocenění snahy o integraci této skupiny. Samostatnost a soběstačnost spočívá ve schopnosti jedince s DMO rozhodovat samostatně o svém životě, dosahovat stanovených cílů, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. Proto důležitou součástí sociální rehabilitace je poradenství (sociální, psychologické, právní), dále možnost služby osobní asistence při kombinované těžké formě DMO.

Mezi cíle sociální rehabilitace lze zahrnout:

- zajištění ekonomických jistot pro zdravotně postižené,
- předpoklady pro bydlení v samostatných bytech,
- rozvoj zájmové činnosti,
- možnost sdružování a získávání informací,
- předpoklady pro rozvoj osobnosti.

Sociální rehabilitaci zajišťují sociální pracovníci, kteří provádějí poradenství pro klienty a jejich rodiny. Dále posudkoví lékaři, kteří na základě zhodnocení (posouzení) zdravotního stavu rozhodují o přidělení výhod, vyjádřených legitimací TP, ZTP, ZTP-P, pečovatelka zajišťuje u jedinců s DMO podporu při úkonech soběstačnosti.

V rámci sociální rehabilitace je možnost využití služeb osobního asistenta. Osobní asistent podporuje klienta s těžkou formou DMO v jeho samostatnosti. Dětská osobní asistence patří snad mezi nejnáročnější typy osobních asistencí vůbec. Jejím nezbytným předpokladem je úzká spolupráce s rodinou. Osobní asistence může být podle zaměření seburčující nebo řízená. Seburčující osobní asistence je velmi progresivní způsob péče, přičemž i osoby s velmi těžkou formou DMO se mohou samostatně rozhodovat o základních potřebách svého života, jako je studium či práce, kde a s kým bydlet, jak trávit volný čas. V případě dětí s DMO rozhodují rodiče ve prospěch zájmu svého dítěte. Díky osobní asistenci nemusí být tyto lidé umístováni v sociálních zařízeních. (Votava, 2005) Sociální rehabilitace se rovněž prolíná do pedagogické složky ucelené rehabilitace.

### **3.2.5 Podpůrné prostředky rehabilitace**

Mimo čtyři základní složky zahrnuje komplexní rehabilitace následující odborné složky, bez kterých by nebylo možné naplnit poslání ucelené rehabilitační péče:

**Technické služby** se uplatňují ve všech základních složkách ucelené rehabilitace. Jednak v léčebné rehabilitaci především ve vývoji a výrobě ortopedických, ortoptických, ortodontických a akustických protéz a pomůcek, ve výchovně vzdělávací rehabilitaci ve vývoji a výrobě speciálních pomůcek a zařízení pro školní i mimoškolní činnost, v pracovní rehabilitaci ve výrobě protéz, speciálních nástrojů určených pro práci a celkovou úpravou pracovišť, v sociální rehabilitaci pak odstraňováním architektonických bariér, překážek a technických zábran znemožňující nebo ztěžující pohyb osobám s postižením v běžném společenském prostředí, dále používání veřejných dopravních prostředků, ale i zajištění přístupnosti do všech kulturních a sportovních zařízení. (Kábele, 1993)

**Právníkové služby** jsou zaměřeny primárně na přípravu a realizaci právních norem týkajících se života jedinců s poruchou mobility a jejich rodin. Slouží k zajištění lidských a společenských práv, péče společnosti o osoby s tělesným postižením, taktéž k jejich ochraně proti zneužití. Mezi základní zákony na práva a ochranu osob s postižením v našem státě patří:

- Ústava,
- zákon o zdraví lidu,
- zákon o soustavě základních a středních škol,

- zákon o mateřských školách,
- zákon o sociálním zabezpečení.

**Ekonomické služby** přispívají k ekonomické soběstačnosti a nezávislosti jedinců s poruchou mobility a jejich rodin, tak aby si mohli udržet optimální životní standart. Zahrnují například organizaci pracovního zařazení osob se změněnou pracovní schopností, finanční poradenství, poradenství ve věci sociální podpory a další.

V rámci ekonomické péče by měly být zaváděny nové vhodné pracovní obory či rozšiřování jejich nabídky v závislosti na potřebách vyvíjející se společnosti. Význam pracovního začlenění osob s tělesným postižením spočívá jak v ekonomickém hledisku, tak i v psychorehabilitačním a existenčním ohledu.

(Renotierová, 2002)

### **3. 3 Týmová spolupráce v rámci ucelené rehabilitace**

Rozhodující význam v rámci péče o osoby s motorickým postižením má ucelený systém rehabilitace, aby byl tento systém plně funkční, je nezbytným předpokladem vytvoření spolupracujícího multidisciplinárního týmu odborníků, zejména lékařů, sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologů, logopedů, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a v neposlední řadě by měli být aktivními členy tohoto týmu rodiče dítěte s DMO.

(Renotierová, 2005)

Komplexnost, návaznost a koordinovanost jsou základní atributy efektivního fungování rehabilitace. Poskytování rehabilitační péče musí odpovídat konkrétním podmínkám a potřebám dítěte s postižením hybnosti, což předpokládá nutnost adresnosti v celém systému ucelené rehabilitace.

Poskytování komplexní rehabilitační péče je důležité nejen pro samotného jedince se ZP, ale také výhodou pro celou společnost, neboť smysluplné a efektivní využití všech dostupných prostředků rehabilitační péče a nácvikem potřebných dovedností se stává osoba ZP samostatnější a méně závislou na pomoci ostatních, ve většině případů je schopna začlenit se odpovídajícím způsobem do pracovního procesu, což přispívá k její ekonomické nezávislosti a upevnění její občanské suverenity.

Dle Novosada koordinace jednotlivých složek rehabilitace je činnost spočívající v poskytování specializovaného poradenství osobám se ZP, taktéž poskytovatelům služeb

a intervencí v rámci ucelené rehabilitace, ve vymezení cílů, ve vytváření podmínek pro vzájemnou provázanost a návaznost jednotlivých složek rehabilitace a dále ve sledování, vyhodnocování účinnosti poskytnuté rehabilitační péče.

„Bez koordinované týmové poradenské činnosti nelze zabezpečit provázanost, posloupnost, variabilitu a oborovou vícečetnost jednotlivých oblastí rehabilitace a docílit tak její ucelenosti.“ (Novosad, 2000)

## **II Praktická část**

### **4 Vymezení cílů praktické části BP**

*Cíl praktické části bakalářské práce*

Hlavním cílem je zmapovat možnosti ucelené rehabilitace u vybraných dětí s DMO.

*Dílčí cíle praktické části bakalářské práce*

C1: Popsat podmínky ucelené rehabilitace v běžné MŠ u dítěte s DMO.

C2. Charakterizovat proces ucelené rehabilitace ve speciální MŠ u dítěte s DMO.

C3: Provést komparaci realizace ucelené rehabilitace u dětí s DMO v běžné MŠ a speciální MŠ.

## 5 Metodologie praktické části bakalářské práce

Pro realizaci výzkumného šetření praktické části bakalářské práce bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s pedagogickými pracovníky a s rodiči dětí, metoda přímého pozorování výchovně – vzdělávací práce a dalších činností souvisejících s fungováním ucelené rehabilitace, dále analýza dostupné zdravotnické a pedagogické dokumentace. Uvedené metody, mimo jiné, patří mezi základní postupy k měření a získávání dat v pedagogických výzkumech. Spadají do skupiny klinických prostředků.

### *A/ Pozorování*

Pedagogické pozorování je nejstarší a velmi rozšířenou metodou získávání dat. Můžeme ho definovat jako záměrné sledování na základě smyslově vnímatelných jevů, především chování jedinců, průběh dějů, aj.

Existují rozličné přístupy ke klasifikaci pozorování:

- krátkodobé x dlouhodobé,
- přímé x nepřímé,
- introspektivní x extrospektivní,
- standardizované x volné,
- participované x nezaujaté,
- terénní x laboratorní,
- molekulární (zaměřeno na detaily) x molární (komplexní).

Pro kvalitní pedagogické pozorování jsou kladeny tyto požadavky:

- specifikace objektu pozorování,
- zaměřenost pozorování na cíl,
- organizovanost pozorování,
- přesný záznam pozorování.

Současně je vyžadováno, aby pozorování bylo dostatečně validní a reliabilní. Taktéž musí být zajištěna objektivita pedagogického pozorování v maximální možné míře. Objektivita pozorování je ohrožena subjektivním zkreslením pozorovaného. Je třeba s tímto počítat a uvědomit si vliv jednotlivých faktorů např. haló efekt, předsudky, logická chyba,

stereotypizace a analogie, tradice, figura a pozadí, aktuální psychický stav, tendence k průměru, kontrast, shovívavost pozorovatele. (Chráska, 2007)

Pro získání informací byla použita metoda přímého pozorování výchovně vzdělávací práce a dalších činností souvisejících s komplexní rehabilitací ve vybraných zařízeních.

#### *B/ Anamnéza*

Anamnéza je v současnosti využívaná diagnostická metoda v psychologii, pedagogice, speciální pedagogice. Tato metoda je založena na získávání dat od klienta, jeho rodičů a dalších odborníků prostřednictvím rozhovoru. Údaje se vztahují k problémům klienta, pomáhají řešit dané problémy a jsou striktně důvěrné. Anamnéza je zaměřena na klienta, jeho nukleární i širší rodinu. Struktura anamnézy zahrnuje současný stav klienta, jeho osobní a rodovou anamnézu, příp. sociální anamnézu a prognózu.

Rozdělení anamnézy dle typů:

- rodová (zjišťujeme výskyt podobného problému u jiných členů rodiny, posuzujeme dědičné faktory)
- perinatální (kritické období vzhledem ke vzniku rozličných potíží)
- zdravotní (mapujeme prodělané onemocnění a infekce, taktéž současné zdravotní problémy)
- výchovná a vývojová (zjišťujeme dosavadní vývoj osobnosti klienta, dosaženou úroveň vědomostí, dovedností, návyků, apod.)
- rodinná (zaměřujeme se na vztahy v rodině, rodinné prostředí, její kulturní a ekonomickou úroveň) (Valenta, 2007)

Jako další metodu ke shromáždění a utřídění informací, autorka zvolila anamnézu (osobní, rodinnou, sociální). Anamnéza vybraných dětí s DMO byla vypracována na základě analýzy dostupné zdravotnické a pedagogické dokumentace a dat získaných od rodičů, pedagogů prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

#### *C/ Rozhovor*

Mezi další metody sběru dat v pedagogickém výzkumu patří rozhovor neboli interview. „Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.“ (Chráska, 2007, s. 182)

Mezi nesporné výhody této metody oproti ostatním, je navázání osobního kontaktu s respondentem, který poskytuje možnost hlouběji proniknout do jeho postojů a motivů. Na schopnosti výzkumníka navázat otevřený vztah k respondentovi, je závislá úspěšnost interview. Výzkumník má možnost sledovat reakce respondenta na dotazy a dle nich usměrňuje další průběh rozhovoru. Rozlišujeme několik typů interview dle způsobu jeho řízení výzkumníkem: strukturované, polostrukturované a nestrukturované.

Realizace interview má svá pravidla, např. interview má být vedeno v přirozeném prostředí, za dostatečného časového prostoru a bez svědků, kterých se interview přímo netýká. Mělo by se postupovat od obecných otázek, které směřují k cílené problematice. Je zapotřebí pamatovat na působení psychologických faktorů, které mohou zkreslit výsledek rozhovoru. Dále je důležité umět vytvořit vhodné podmínky pro navázání kontaktu s respondentem a získání jeho zájmu ke spolupráci. Přístup výzkumníka má být taktní a nevtíravý. Na výsledky interview má vliv celková osobnost tazatele. (Chráska, 2007)

Stěžejní metodou pro výzkumné šetření byl polostrukturovaný rozhovor s rodiči, s pedagogy a dalšími odborníky, týkající se edukace a rehabilitace dětí s DMO. Při osobním jednání s respondenty mě překvapila jejich ochota a vstřícnost k rozhovoru.

#### *D/ Případová studie (kasuistika)*

Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem, spočívající v seskupení a přehledném uspořádání faktů dle daného schématu, které jsou nám o případu známa. Tyto informace jsou následně analyzovány. Metoda umožňuje zachytit některé souvislosti, které nejsou na první pohled zřejmé a umožňuje nám tak lépe pochopit celý případ. (Opatřilová, 2006)

Při zpracovávání kasuistiky vycházíme z dostupných materiálů jako jsou lékařské, psychologické, sociální diagnózy, expertízy, posudky, pedagogické deníky, vysvědčení, doporučení jednotlivců i institucí a podobně.

Dle Edelsbergera je kasuistika klasickou metodou popisu a rozebrání jednotlivého případu, zpravidla obsahuje rodinou a osobní anamnézu, diagnózu s prognózou, příslušná léčebná či nápravná opatření, jejich průběh a výsledky. Považuje se za metodu s funkcí nalézající, ilustrační i dokumentační. (Edelsberger, 1984)

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány kasuistiky vybraných dětí s DMO, které zahrnují jejich rodinou, osobní, sociální anamnézu, diagnózu, doporučení nápravných opatření, individuální vzdělávací program, prognózu a další informace ohledně komplexní péče o tyto děti.



## 6 Charakteristika místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Výzkumná část bakalářské práce je realizována na dvou mateřských školách v Moravskoslezském kraji.

*A/ Mateřská Škola Těrlicko* je mateřskou školou běžného typu a je samostatným právním subjektem, zřizovatelem je místní obecní úřad. Kapacita je 60 dětí, rozdělených do 3 tříd. V těchto třídách jsou heterogenní skupiny dětí. Ve třídě, kde je individuálně integrované dítě je snížený počet dětí do počtu 18 a jsou zde také přiřazeny děti, které vyžadují zvláštní zdravotní opatření.

Škola leží v centru obce Těrlicko, kde je velmi dobrá dopravní dostupnost z okolí. Budova školy je jednopodlažní, pavilónového typu (jedna třída je umístěna v přízemí, dvě třídy v 1. patře). Mateřská škola má vlastní rozlehlou zahradu s adekvátním členěním a zařízením pro děti předškolního věku. Materiální vybavení školy maximálně vyhovuje předepsaným hygienickým a bezpečnostním normám. Škola se postupně rekonstruuje a inovuje se její vybavení.

Koncepce školy vychází z filozofie osobnostně orientované výchovy, uplatňuje prvky Kurikula podpory zdraví v mateřské škole s propojením na rámcový vzdělávací program. Stanovený flexibilní režim dne plně respektuje specifika dětí předškolního věku, jejich potřeby a zájmy. Děti se učí přirozeně na základě prožitkového a kooperativního učení. Řízené a spontánní činnosti dětí jsou ve vyváženém poměru. V řízených činnostech se preferuje skupinová a individuální práce, rovněž se zařazuje frontální výuka.

Do výchovně – vzdělávacího procesu jsou zapojeni i rodiče a zákonní zástupci dětí, aktivně se účastní akcí a projektů organizovaných školou. Mateřská škola rovněž spolupracuje s dalšími partnery jako je základní škola, SPC, PPP, dětský lékař, logoped, svaz žen, a dalšími. Všichni zaměstnanci školy mají odpovídající kvalifikaci, kterou si průběžně doplňují a prohlubují. Pedagogové uplatňují své letité zkušenosti z praxe v oblasti předškolního vzdělávání, ředitelka školy taktéž z oblasti speciální pedagogiky.

*B/ MŠ speciální „Naděje“ Frýdek-Místek*

Nyní bude přiblížena speciální mateřská škola pro děti s více vadami Naděje.

Mateřská škola je součástí Základní školy a mateřské školy Naděje ve Frýdku-Místku. Zřizovatelem školy je statutární město Frýdek-Místek. MŠ je umístěna ve frýdecké části

města. Škola je rozdělena ve dvou budovách, a to v hlavní budově školy na ulici Škarabelově 562 a v prostorách K Hájku 2972. Vzhledem k zaměření výchovně vzdělávacího procesu, navštěvují MŠ děti z města Frýdku- Místku i obcí v blízkém okolí.

Mateřská škola zajišťuje celodenní péči o děti předškolního věku ve 2 třídách MŠ běžného typu s možností individuální integrace dětí a 2 třídách pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Dlouhodobě se zaměřuje na výchovu a vzdělání dětí s tělesným, kombinovaným postižením, autismem, senzorickými poruchami a narušenou komunikační schopností. Zařazeny jsou i děti zdravotně oslabené, opožděné, problematicky adaptabilní, které vyžadují zvýšenou péči. Děti mohou být vzdělávány formou skupinové integrace.

Školní vzdělávací program „Barevný svět“ vychází z programu Kurikula podpory zdraví v MŠ a je založen na principu respektování přirozených potřeb jednotlivce v celku společnosti, světa, na rozvoji komunikace a spolupráce. ŠVP je zacílený na vytvoření optimálních podmínek pro vzdělávání dětí zdravých a handicapovaných s důrazem na maximální míru integrace. Všechny děti mají na základě pedagogické diagnostiky a doporučení příslušného školského poradenského zařízení, vypracován individuální vzdělávací plán. Pedagogové pracují formou individuálních a skupinových činností, využívají metod prožitkového a kooperativního učení. Mezi používané speciálně pedagogické metody patří bukofaciální reedukace, bazální stimulace, polohování, míčkování, zraková stimulace, senzomotorická a psychomotorická stimulace, orofaciální stimulace, ergoterapie, TEACCH, program, práce na PC, canisterapie. Využívá se rovněž prostředků augmentativní a alternativní komunikace – VOKS, piktogramy, Makaton, systém Bliss a další. Volba vhodného komunikačního systému pro dítě s TP či jiným postižením je podmíněna zejména diagnostickými závěry z oblasti komunikačních kompetencí, ale i dalšími faktory.

Třídy jsou kvalitně vybaveny speciálními hračkami, didaktickými a kompenzačními pomůckami. Škola průběžně inovuje své vybavení nejnovějšími reedukačními, kompenzačními a didaktickými pomůckami.

Škola spolupracuje s pedagogicko psychologickou poradnou ve Frýdku-Místku, speciálním pedagogickým centrem (dále jen SPC) pro mentálně postižené Ostrava, SPC pro tělesně postižené Frýdek-Místek a SPC pro děti s autismem Ostrava. Logopedickou intervenci zajišťuje v zařízení klinický logoped, jakožto externí zaměstnanec školy. Léčebná tělesná výchova individuální či skupinová je na škole realizována pod dohledem dětského neurologa a provádějí 2 fyzioterapeutky s odbornou kvalifikací. Po ortopedické stránce jsou děti sledovány ortopedem, který doporučuje příslušné protetické pomůcky. V rámci komplexní péče škola spolupracuje s oddělením technické protetiky v Ostravě.

## **7 Charakteristika průběhu výzkumného šetření**

### **Časový harmonogram výzkumného šetření**

Samotný výzkum probíhal v MŠ Těrlicko a ve speciální MŠ Naděje Frýdek-Místek, kde autorka absolvovala speciálně pedagogickou praxi, měla tak možnost seznámit se s prostředím, dětmi, zaměstnanci, rodiči. Účastnila se běžných denních činností dětí (edukace, rehabilitace, spontánní a zájmové aktivity, aj.), poznala systém poskytované péče svěřeným dětem v rámci uvedených zařízení.

Březen, duben 2009: souvislá speciálně pedagogická praxe, seznámení se s prostředím zařízení.

Září – listopad 2009: průběžné návštěvy spojené s pozorováním, rozhovory se zaměstnanci, rodiči, příprava výzkumného šetření.

Únor – květen 2010: realizace šetření.

## 8 Realizace ucelené rehabilitace integrovaného dítěte s DMO

Níže uvedená kasuistika byla zpracována na základě zpráv z odborných vyšetření a záznamů z dlouhodobého pozorování.

### PŘÍPADOVÁ STUDIE č.1

Jméno: Veronika

Pohlaví: dívka

Věk: 6 let

Škola: individuální integrace do běžné třídy MŠ Těrlicko

Diagnóza: DMO kvadraparéza – quadraparesis spastica, korigovaná oční vada (strabismus)

#### *Rodinná anamnéza:*

Úplná rodina, otec zaměstnán jako pedagog na ZŠ, matka pečuje o Veroniku, 1 zdravý starší bratr, navštěvuje ZŠ. Rodina bydlí v Těrlicku. Rodiče o dítě příkladně pečují, matka se Verunce intenzivně věnuje. S postižením své dcery jsou vyrovnáni.

#### *Osobní anamnéza:*

Veronika se narodila předčasně ve 30. týdnu těhotenství, které probíhalo bez potíží. Porodní váha dívky 1490g, 14 dní byla v inkubátoru, dalších 14 dní hospitalizována na dětském oddělení, matka za ní denně docházela. Při propuštění domů byla váha Verunky 2100 g.

V 6 měsících navštívila matka s Verunkou neurologickou ambulanci na doporučení pediatra, vzhledem k omezenému psychomotorickému vývoji. Matce bylo sděleno, že neurologický nález je nepříznivý, byla odeslána do rehabilitačního zařízení, kde začali cvičit Vojtovu metodu, postupně se stav Verunky mírně zlepšil. Ve 12 měsících byla stanovena konečná diagnóza DMO kvadraparetické formy.

#### *Zdravotní péče:*

Rodičům bylo doporučeno zahájit rehabilitaci Veroniky v rehabilitačním centru v Českém Těšíně, pod vedením neurologa a rehabilitačního lékaře, tam několikrát ročně absolvovali 10 –ti denní pobyt. Rehabilitace zahrnovala magnetoterapii, elektroléčbu, Vojtovu metodu reflexní lokomoce, metodu manželů Bobathových, masáže, vodoléčbu, animoterapii,

logopedickou péči. Jelikož bylo žádoucí rehabilitovat denně, rodiče začali s Veronikou docházet do rehabilitačního stacionáře v Havířově. Tam dojížděli cca 1 rok. Jelikož Verončin rozvoj byl pomalý, prostředí stacionáře na ni působilo negativně, nelíbilo se jí tam, zvolili rodiče jiné zařízení pro rehabilitaci své dcery.

Veronika podstoupila některé chirurgické zákroky např. prolongaci Achillových šlach, aplikaci botulotoxinu a korekci zkrácených extraokulárních svalů při strabismu.

#### *Edukace:*

Dítě bylo vyšetřeno v ambulanci klinické psychologie a psychoterapie, kde byl potvrzen nerovnoměrný psychomotorický vývoj s poškozením psychomotorického aparátu ve vazbě na základní onemocnění, verbální inteligence stanovena v pásmu širší mentální normy, behaviorální oblast bez nápadností.

Speciálně-pedagogické centrum (dále jen SPC) navštěvuje rodina od 5 let věku dítěte, kde jsou rodiče vedeni, jak mají s dcerou pracovat. Dle zprávy z vyšetření SPC - jednotlivé složky intelektu jsou nerovnoměrně rozloženy (verbální, kvantitativní myšlení - průměr, abstraktně - vizuální - defektní, zraková analýza a syntéza postižené základní diagnózou, komunikace bez větších potíží, omezená srozumitelnost, artikulační neobratnost v důsledku špatného dýchání, pozornost krátkodobá, paměť v normě, vyhraněná pravostranná lateralita, grafomotorika ovlivněná základní diagnózou.

Dítě bylo na žádost rodičů individuálně integrováno do třídy mateřské školy běžného typu. Zařízení navštěvuje pravidelně v dopoledních hodinách. Ve třídě je snížený počet dětí, o které pečují třídní učitelka a ředitelka MŠ.

Výchovně- vzdělávací proces je realizován na základě individuálně vzdělávacího programu, jenž je závazným dokumentem, v němž je stanoven postup při vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu mateřské školy, ze speciálně pedagogického a psychologického vyšetření školského poradenského zařízení, z lékařských zpráv, z pedagogické diagnostiky učitele a vyjádření rodičů. IVP je součástí dokumentace žáka a stanovuje údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování speciálně pedagogické péče, součástí je i seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek. Za tvorbu IVP zodpovídá ředitelka MŠ, sestavuje ho zpravidla třídní učitelka za spolupráce pracovníků SPC a rodičů dítěte.

Obsah poskytovaného vzdělávání byl vypracován s ohledem na doporučení SPC:

- uvolňování ruky, grafomotorické cvičení, upevňovat správné držení tužky, příprava na vstup do ZŠ,
- logopedická péče, zejména náprava dýchání, rozšiřování slovní zásoby (pojmenování dějů, věcí...) ve spolupráci s logopedem Mgr. Vaškovou,
- zkvalitňovat početní a množstevní představu, matematické pojmy,
- podporovat a rozvíjet zrakovou, sluchovou percepci,
- procvičovat vizuomotorickou koordinaci,
- procvičovat pozornost, paměť,
- návaznost na práci v rodině a naopak.

## PROGRAM INDIVIDUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVY

### *A/ Smyslové vnímání*

#### Zrakové vnímání:

- udržet oční kontakt s předmětem
- orientovat se v prostoru
- přecházet z jednoho předmětu na druhý
- pozorovat pohybující se předmět
- třídit na základě stejného, podobného znaku.

#### Sluchové vnímání:

- identifikovat zdroj zvuku
- rozlišovat zvuky
- napodobit zvuky, reagovat na ně doprovodným pohybem
- zvládat jednoduché hudebně pohybové hry.

#### Hmatové vnímání:

- rozlišovat struktury povrchů předmětů (drsňý, hladký, tvrdý, měkký)
- poznávat tvary a velikosti předmětů hmatem.

### *B/ Motorika*

#### Jemná motorika:

- práce s papírem (vytrhávání, mačkání, skládání, lepení)
- modelovat (hlína, plastelína, těsto)

- stavět z kostek, stavebnice různého druhu, puzzle, korálky.

#### Hrubá motorika:

- chůze s dopomocí dospělého, postupně prodlužování trasy
- chůze se zvedáním kolen, došlapovat na celé chodidlo
- procvičovat všechny svalové skupiny
- válet sudy, plazit se
- hry s míčem
- cvičit na overballu
- vzpor dřepmo
- cviky pro rozvoj celkové pohybové koordinace
- nácvik vzpřímeného sedu ve správné pozici
- procvičovat stabilitu a rovnováhu v různých pozicích
- posilovat fyzickou kondici
- orientovat se v prostoru
- pravolevá orientace.

#### Grafomotorika:

- správný úchop tužky
- prstová cvičení
- cviky k uvolnění ruky
- rozvíjet vizuomotorickou kordinaci.

#### *C/ Pozornost*

- prodlužovat dobu řízené činnosti
- zvyšovat soustředěnost a vytrvalost při práci
- snažit se dokončit započatou činnost, dosáhnout stanoveného cíle.

#### *D/ Myšlení*

- rozvíjet poznávací schopnosti, myšlenkové operace
- uplatňovat představivost a fantazii
- orientace v prostoru a čase
- rozvíjet matematické představy, zkvalitňovat početní a množstevní představu.

#### *E/ Jazyk a řeč*

- logoped dochází pravidelně do MŠ
- úzká spolupráce pedagogů a rodičů s logopedem
- dechová cvičení a gymnastika mluvidel
- rozšiřovat slovní zásobu, porozumění řeči
- podporovat spontánní mluvní projev dítěte.

#### *F/ Sebeobsluha a hygiena*

- nácvik běžných činností (oblékání , svlékání, obouvání, ukládání věcí)
- zvládnout správné hygienické dovednosti
- zlepšovat čistotu a samostatnost při stolování.

#### *G/ Sociální kontakt*

- podporovat vytváření a udržování sociálních kontaktů, vztahů
- zapojovat se v maximální míře do společných her, činností dětí
- naučit se komunikovat, spolupracovat ve skupině
- zařadit hry pro rozvoj interaktivních dovedností.

### VÝVOJ DÍTĚTE BĚHEM PŘEDŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

MŠ plní funkci formativní (výchovnou), edukativní (vzdělávací), reedukační, diagnostickou, kompenzační, rehabilitační a v neposlední řadě respitní (odlehčovací) služba rodině dítěte. U dětí s DMO je vlivem postižení hybnosti omezen přísun podnětů z okolí, chybí dostatek osobních zkušeností, které pomáhají rozvoji poznávacích procesů, dovedností a návyků. Z těchto důvodů je docházka do MŠ pro dítě s DMO velice přínosná, jak po stránce edukační, tak ze sociálního hlediska.

Adaptace na MŠ proběhla bez větších problémů, Verunka úspěšně navázala kontakty s učitelkou, vrstevníky. Adaptaci zpočátku usnadnila přítomnost matky ve třídě.

Verunka se aktivně zapojuje do společných činností a her dětí. Velmi dobře spolupracuje s ostatními dětmi, které jí nadšeně a ochotně pomáhají. Postupně za pomoci matky se Verunka účastnila tělovýchovných aktivit, posléze s dopomocí třídní učitelky. Určité činnosti provádí Verunka v rehabilitačním křesle (kreslení, pracovní listy, grafomotorická cvičení), ostatní např. při hře se pohybuje po zemi na koberci, sama si řekne, kdy a kam chce přemístit a v jaké pozici se cítí pohodlně. Zpočátku byla velmi nejistá, domáhala se kontroly nad svou



činností. Důležitá při výchovné práci je stálá motivace, povzbuzování, při delší činnosti nastupuje výrazná únava, klesá koncentrace, je proto nutné dávat dítěce prostor na relaxaci, odpočinek. Veronika je samostatná při stolování, u hygieny byla zpočátku nutná dopomoc.

Verunka se v mateřské škole velmi příznivě rozvíjí dle cílů stanovených v IVP. V kolektivu dětí je velmi spokojená a šťastná. Přípravuje se na zahájení školní docházky, která bude realizována v režimu speciálního vzdělávání formou individuální integrace.

#### *Sociální péče:*

Rodině byl přiznán příspěvek na koupi a provoz motorového vozidla, dále na úpravu bytu (bezbariérovost), pořízení rehabilitační židle Tobi, rehabilitačního kočárku Maveric, mechanického vozíku Meyera.

Rodiče se bohužel setkali s problémy ze strany sociálního úřadu i ze strany některých lékařů, kteří jim potřebné pomůcky nechtěli předepsat s ohledem na rozpočet. Až po jednání se zdravotní pojišťovnou, byli úspěšní. Rodiče nebyli dostatečně informováni o možnostech a nárocích, které mohou uplatnit. Veškeré informace sháněli svépomocí (internet, společná setkání rodičů dětí s DMO).

Spolupráce s rodiči je výborná, jsou velmi starostliví, zodpovědní, komunikativní.

#### *Prognóza:*

Vzhledem k dosavadnímu vývoji dítěte, péči rodičů, pedagogů a dalších zúčastněných je prognóza velmi dobrá.

## 9 Realizace ucelené rehabilitace v prostředí MŠ speciální

Předkládaný případ je sepsán na podkladě zpráv z odborných vyšetření současného stavu a pozorování chlapce.

### PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Pohlaví: chlapec Vojta

Věk: 6 let

Škola: speciální MŠ Naděje Frýdek-Místek

Diagnóza: DMO – spastická diparéza s akcentací LDK, strabismus konvergentní, středně těžká MR, porucha pozornosti

#### *Rodinná anamnéza:*

Úplná rodina, otec zaměstnán jako soustružník, matka pečuje o Vojtu, 1 mladší bratr Jakub. Rodina bydlí v bytě na Čeladné, cca 20 km od Frýdku- Místku, odkud denně Vojtíška dovážejí do speciální MŠ. Rodiče se o dítě vzorně starají.

#### *Osobní anamnéza:*

Vojtěch je z 1. gravidity, porod ve 34.týdnu těhotenství pro předčasné odlučování placenty, umístěn v inkubátoru na JIP, napojen na umělou plicní ventilaci, po týdnu již bez kyslíku. Diagnóza DMO stanovena v 8 měsících, zahájena rehabilitace v nemocnici ve Frýdku-Místku.

#### *Zdravotnická péče:*

Dítě je v péči neurologa, ortopeda, očního lékaře, kardiologa. Probíhá pravidelná rehabilitace zejména dle metody manželů Bobathových, také polohování, balanční cvičení na velkém míči, apod. Chlapec samostatně leze s pravidelným střídáním, sedí u stolečku na židli s postranní opěrou a klínem, zvládá vzpřímený klek, stoj a chůzi u opory, chůzi v prostoru a do schodů za ruce, zvládá jízdu na tříkolce.

Vojta 2x absolvoval lázeňský pobyt ve Velkých Losinách se zaměřením na upevnění správných pohybových stereotypů, zlepšení chůze, psychomotoriky a cvičení zad.

Léčebná rehabilitace v současné době probíhá s fyzioterapeutem ve speciální MŠ pod dohledem neurologa. Spasticita eliminována aplikací botulotoxinu, provedena prolongace adduktorů, hamstringů, dekomprese kyčlí. Strabismus korigován brýlemi.

#### *Edukace:*

Byl vyšetřen v ambulanci klinické psychologie a SPC, na základě vyšetření byl vypracován IVP. Ze závěru psychologického vyšetření vyplývá nestabilní intelektová výkonnost aktuálně v pásmu střední mentální retardace, výkon je negativně ovlivněn poruchou pozornosti, objevují se prvky negativismu.

Vyšetření v SPC v 6 letech se zaměřením na zjištění aktuálních vědomostí, dovedností v oblasti smyslové a rozumové výchovy z důvodu posouzení školní zralosti. Dítě je klidné, tiché, dobře navazuje kontakt. Krátce se koncentruje, pozornost je nestabilní, velice rychle se dostaví únava. Projevuje radost z úspěchu, důležitá je motivace, stálá podpora dítěte.

Zrakové vnímání – Vojta třídí 2 prvky dle obsahu, velikosti, při určování geometrických tvarů chybuje, po upozornění se dokáže opravit. Barvy nepojmenuje ani nevybere, mimo červenou.

Sluchové vnímání – nedaří se mu rozložit slova na slabiky, určit první hlásku. Umí zopakovat jednoduché slovo rozdělené na slabiky.

Vizuomotorika – napodobí jednoduchý pohyb rukou, vkládá obrázky do obrysů, u přiřazování stínů chybuje. Složí puzzle ze dvou částí. Tužku drží pravou rukou, úchop chybný 3 prsty, zvládne částečně napodobit vodorovnou čáru a klubičko, svislou nedokáže. Kresba ve stádiu čmárání.

Prostorová a pravolevá orientace – prostorové vztahy určuje s chybami, zvládá - nad, pod, rozliší pravou a levou ruku. Ze 3 obrázků si pamatuje 2, mimo pořadí.

Řeč – dysláická, pasivní i aktivní slovní zásoba obsahově chudá. Logopedická péče probíhá pravidelně v MŠ.

Rozumová oblast – zná své jméno, jméno bratra, bydliště, věk ukáže na prstech s dopomocí. Dokáže určit a pojmenovat některé druhy ovoce a zeleniny, orientuje se v dopravních prostředcích (auto, kolo), pozná některá zvířata, napodobí jejich hlas. Nedaří se mu určit

nesrovnalosti na popletených obrázcích, má problémy v analýze a syntéze. Kvantitativní vztahy zvládá malý-velký, hodně-málo. Počty na prstech do 2, určí 1-2 tečky na kostce. Zvládne zazpívat jednoduchou písničku s dopomocí.

Navržen odklad školní docházky a následná podpůrná opatření. Podmínky a míra nápravných opatření pro režim speciálního vzdělávání jsou stanoveny v IVP.

Doporučení náplně podpůrných opatření v režimu speciálního vzdělávání:

- zajistit bezbariérový přístup do budovy školy a třídy,
- edukace v oblastech jemné motoriky, grafomotoriky (návčik správného úchopu),
- rozvoj sluchového a zrakového vnímání a diferenciacce,
- akceptovat pomalejší osobnostní tempo,
- fixovat pracovní postupy,
- logopedická péče zaměřená na rozvoj oromotoriky, rozšiřovat slovní zásobu,
- pohybové aktivity regulovat dle lékařského návrhu,
- nadále aktivně spolupracovat s rodinou.

## PROGRAM INDIVIDUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ A VÝCHOVY

IVP byl vypracován na základě psychologického vyšetření, závěru vyšetření SPC, speciálně pedagogické diagnostiky a pozorování učitelek první měsíc po nástupu do MŠ.

### *A / Smyslové vnímání*

#### Zrakové vnímání:

- navázat a udržet oční kontakt
- pozorovat pohybující se předmět
- posilovat zrakovou paměť
- rozvíjet koordinaci oko – ruka.

#### Sluchové vnímání:

- rozvíjet sluchovou diferenciaci
- identifikovat zdroj zvuku, reagovat na sluchový podnět, napodobit zvuk, rozlišovat zvuky
- posilovat sluchovou paměť.

#### Hmatové vnímání:

- práce s plastelínou, těstem, pískem
- rozlišovat hmatové vjemy
- rozvíjet citlivost hmatu.

### *B/ Motorika*

#### Jemná motorika:

- vymodelovat kuličku, váleček
- mačkání, vytrhávání, skládání, stříhání papíru
- zasouvání stejných tvarů různých velikostí do sebe
- vkládání kuliček do otvorů, práce s mozaikou
- odšroubovat víčko
- trénovat zapínání, odepínání knoflíků, zipů, druků.

#### Hrubá motorika:

- senzomotorické cvičení na velkém míči

- zlepšování rovnováhy při chůzi u opory
- upevňovat správné pohybové stereotypy při vstávání, dbát na nakročení.

#### Grafomotorika:

- uvolňovat horní končetinu, kreslit na velkou plochu papíru nebo do písku, pohyb musí vycházet z ramenního kloubu
- učit se vybarvit ohraničený tvar
- učit se napodobit vertikální a horizontální čáru.

#### *C/ Pozornost*

- učit se dokončit činnost bez dohledu dospělého
- posilovat koncentraci.

#### *D/ Myšlení*

- řadit shodné obrázky k sobě, správně je natočit
- procvičovat číselnou řadu do 5
- poskládat jednoduché puzzle
- rozlišovat pojmy, vztahy mezi předměty (velký-malý, více-méně)
- seřazovat předměty dle barev
- vybrat předmět požadované barvy.

#### *E/ Řeč*

- dechová, fonační a artikulační cvičení
- posilovat porozumění řeči
- rozvíjet slovní zásobu
- podporovat spontánní projev dítěte
- rozvíjet vyjadřování ve větách
- systematické logopedické vedení
- učit se srozumitelně formulovat otázky.

#### *F/ Sebeobsluha a hygiena*

- zdokonalovat používání lžice, vést k samostatnosti a k čistotě
- nácvik oblékání, svlékání, ukládání věcí
- posilovat samostatnost při hygieně, zlepšovat umývání rukou, úst, utírání.

### *G /Sociální kontakt*

- zapojovat se do her s ostatními dětmi
- napodobovat při hře dospělé
- bez pobídky dodržovat společenská pravidla
- pokračovat ve spolupráci s rodiči.

## VÝVOJ DÍTĚTE BĚHEM PŘEDŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Vojta zahájil docházku do speciální MŠ Naděje ve 4 letech, adaptace proběhla bez komplikací. Při nástupu do MŠ Vojta pouze lezl, v současnosti chodí s chodítkem. Pro překonání delších vzdáleností je přepravován ve speciálním kočárku. Zpočátku plně závislý na druhé osobě, nosil pleny.

Chlapec je tichý, klidný, společenský, usměvavý. Udržuje kontakt s učitelkou, rád klade otázky, zapojuje se do společných her s dětmi. V nových situacích nejistý, občas reaguje pláčem. Mezi oblíbené činnosti patří kreslení, skládání puzzle, stavění z kostek, zajímají ho auta. Samostatně používá lžici, vidličku, kousne do chleba, pije z hrnečku. Oblékání, svlékání mu činí problémy, je nutná dopomoc, při hygieně taktéž.

### *Sociální péče:*

Rodině byl přiznán příspěvek na koupi a provoz motorového vozidla, na koupi rehabilitačního kočárku a chodítka. Vojta je držitelem průkazu ZTP/P, dítěti byl rovněž přiznán příspěvek na péči II stupně – potřebnou péči zajišťuje matka. Základní informace týkající se sociální podpory rodina získala prostřednictvím pedagogů z MŠ.

### *Prognóza:*

Vojta bude v příštím školním roce integrován do běžné třídy MŠ v rámci stávajícího zařízení. Bude mu přidělen asistent pedagoga, který bude mít v péči ještě další integrované dítě se zdravotním postižením. Vzhledem k MR ve středním pásmu, se u Vojty předpokládá postup na ZŠ praktickou.

## **10 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce a výsledek komparace**

C1: Na základě výzkumného šetření zaměřeného na komplexní péči o integrované dítě s DMO provedeného v MŠ Těrlicko autorka dospěla k níže uvedeným závěrům:

Podmínky pro realizaci ucelené rehabilitace v běžné MŠ nejsou zcela vyhovující. Integrace dítěte s DMO naráží na specifické problémy týkající se bezbariérovosti, sebeobsluhy., dopravy, atp. Nicméně pozitivní vliv integrace pro dítě s DMO v kolektivu intaktních dětí kompenzuje tyto nedostatky, pokud škola splňuje alespoň ty nejzákladnější z nich. Integrace dětí s poruchou hybnosti je základním předpokladem pro vyrovnávání příležitostí s intaktní populací.

Dítě s DMO se v mateřské škole vedle intaktních dětí velmi efektivně rozvíjí, roste jeho sebedůvěra ve své vlastní schopnosti, důvěra v okolí, buduje si pozitivní vztah ke společnosti, k životu. Naproti tomu intaktní děti, které se denně setkávají se spolužákem s postižením hybnosti, získávají nové sociální zkušenosti, postoje a jsou schopnější obstat v náročnějších životních situacích. Učí se vzájemnému respektu, toleranci, podpoře, empatii. Integrace má význam nejen pro dítě s DMO, ale pro celou jeho rodinu, je přínosem pro ostatní děti i dospělé, jedná se o společenský posun k humanitě.

Integrace dítěte s poruchou mobility klade vysoké požadavky a nároky na vedení a přípravu personálu. Pro všechny pedagogy znamená integrace hodně práce, neustálé doplňování odborných znalostí a informací, intenzivní spolupráce s dalšími odborníky podílejícími se na komplexní péči o dítě s DMO. Odměnou je jim každý malý úspěch integrovaného dítěte a spokojenost rodičů.

Vedení MŠ Těrlicko, alespoň částečně dle finančních možností upravilo a přizpůsobilo prostory třídy tak, aby zde mohlo být vzděláváno dítě s DMO. Bohužel však chybí např. vhodně upravené hygienické prostory, nábytek a zařízení přizpůsobené dětem s poruchou hybnosti. Pedagogové se potýkají s nedostatkem speciálních didaktických, kompenzačních pomůcek a hraček, musejí tedy hledat alternativní řešení a způsoby práce.

Vzhledem k omezeným možnostem a nevyhovujícímu zázemí není možné realizovat léčebnou rehabilitaci v prostorách MŠ. Rodiče několikrát týdně dovážejí své dítě s DMO do nedalekého rehabilitačního stacionáře, kde s dítětem rehabilitují odborní fyzioterapeuté.



Logopedická intervence je zajištěna pro všechny děti s narušenou komunikační schopností v MŠ, do které pravidelně dochází klinický logoped.

Pedagogická rehabilitace je realizována v rámci běžných aktivit a činností vycházejících z dílčích cílů třídního vzdělávacího programu a individuálně vzdělávacího programu pro dané dítě s DMO. Mezi tyto činnosti, kterých se účastní integrované dítě společně s intaktními vrstevníky patří herní aktivity spontánní i řízené, tělovýchovné a hudební chvílky, arteterapie, biblioterapie, canisterapie, a jiné. Vzdělávání je maximálně přizpůsobováno vývojovým fyziologickým, kognitivním, emocionálním a sociálním potřebám dětí. V případě integrovaného dítěte s DMO, je nutné vzdělávání přizpůsobit potřebám vyplývajících z jeho zdravotního stavu. Jelikož ve třídě pracují pouze 2 učitelky bez asistenta pedagoga, jsou podmínky pro individuální práci s dětmi ztížené i přesto, že počet dětí ve třídě je snížený. Dalším negativem je fakt, že učitelům pracujícím s integrovaným dítětem chybí speciálně pedagogické vzdělání. O to důležitější je těsná spolupráce s odborníky ze školského poradenského zařízení, kteří v rámci možností, vedou učitele při jejich práci a zajišťují nad nimi supervizi.

Sociálně právní poradenství je poskytováno rodičům dítěte s DMO od sociálního pracovníka příslušného SPC.

Jednou z výhod integrace je možnost vzdělávání dítěte s DMO v místě bydliště, kde se setkává s dětmi z okolí, jak v MŠ, tak i při mimoškolních či obecních akcích. Buduje si vzájemné vztahy s vrstevníky, učí se sociálním dovednostem. Nachází si kamarády, se kterými v budoucnu nastoupí do základní školy.

## C2: Při analýze podmínek pro realizaci ucelené rehabilitace v speciální MŠ Naděje Frýdek Místek byly vyhodnoceny následující závěry:

Léčebná rehabilitace ve speciální MŠ probíhá dle doporučení dětského neurologa a ortopeda. Několikrát týdně s dětmi individuálně nebo skupinově rehabilitují zkušené fyzioterapeutky. Nejčastěji používanou metodou je Vojtova metoda reflexní lokomoce, dále Bobathova metoda, synergetická reflexní terapie a jiné techniky.

Denně jsou zařazovány řízené pohybové aktivity, děti mají dostatek příležitostí k různorodému spontánnímu pohybu.

Škola úzce spolupracuje s ambulancí dětského neurologa a ortopeda. Je zajištěna kooperace s pracovištěm protetiky v Ostravě za účelem zajištění vhodných kompenzačních pomůcek pro dítě s DMO. Rodičům je zprostředkován kontakt s řadou firem, nabízející

příslušné didaktické, reedukační a kompenzační pomůcky, zároveň mají možnost poradit se o vhodnosti využití pro jejich dítě (speciální židle, rehabilitační vozíky, kočárky, ale i pomůcky pro polohování, krmení, aj.) včetně zaškolení k používání a servisních služeb.

V současné době je nabídka stimulačních metod a terapií velmi široká, odborníci se snaží pomoci rodičům vybrat a zavést ty nejvhodnější dle individuálních potřeb jejich dítě s DMO a také dle možností rodiny.

Výchovně-vzdělávací péče, tedy realizace pedagogické rehabilitace probíhá v uvedeném zařízení na velmi vysoké úrovni. Prostředí MŠ je motivující, podnětné, což přispívá optimálnímu rozvoji osobnosti dítěte s DMO. Děti se cítí ve třídě spokojeně, jistě a bezpečně. Veškeré úsilí pedagogů směřuje k uspokojení potřeb jednotlivých dětí, při respektování jejich individuálního psychomotorického tempa.

Třídy MŠ jsou vybaveny s ohledem na speciální vzdělávací potřeby dětí, organizace prostředí umožňuje dětem volný přístup k hračkám a pomůckám. Jsou k dispozici potřebné speciální hračky, didaktické, rehabilitační a kompenzační pomůcky.

Režim dne je flexibilní a je přizpůsobován aktuálním potřebám dětí. Jednotlivé formy činností - řízené, skupinové a individuální jsou ve vyváženém poměru s odpočinkem a relaxací. Ve třídě pracují dvě učitelky s příslušnou speciálně-pedagogickou odborností společně s asistentem, je tedy dostatek času a prostoru na skupinovou a individuální práci s dětmi. Učitelky mají dobré znalosti o zdravotním stavu dětí, dbají doporučení lékařů, psychologů a dalších odborníků ze kterých vycházejí při plánování činností.

Škola nabízí sociálně právní poradenství, které má významnou a nezastupitelnou úlohu. Rodičům je zprostředkována spolupráce s řadou občanských sdružení, jež organizují osobní asistenci dětem, dále se sociálním odborem Magistrátu ve Frýdku.Místku, školským poradenským zařízením, kde je členem týmu sociální pracovník, poskytující rady a informace rodičům dětí s DMO a jiným zdravotním postižením.

Spolupráce s rodinou je klíčovým prvkem ucelené rehabilitace dětí s DMO. Rodiče mají možnost denně konzultovat stav a pokroky jejich dítěte, realizaci individuálně vzdělávacího programu. Pedagogové také intenzivně spolupracují s rodiči při nácviu nových rehabilitačních metod a postupů.

Děti s DMO se pravidelně setkávají se zdravými dětmi z běžné třídy MŠ, ZŠ na různých společenských a kulturních akcích, také během vzájemných návštěv ve třídách. Tato společná zkušenost je bezesporu velmi přínosná pro obě strany.

Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že speciální mateřská škola Naděje splňuje podmínky pro realizaci ucelené rehabilitace dětí s DMO. Přístup všech zaměstnanců školy ke svěřeným dětem je velmi lidský, empatický a bezesporu profesionální.

C3: Výsledek komparace realizace ucelené rehabilitace u dětí s DMO v běžné MŠ a speciální MŠ:

Dle zjištěných poznatků speciální mateřská škola Naděje ve Frýdku-Místku má vhodnější podmínky pro realizaci komplexní rehabilitace dětí s DMO.

MŠ běžného typu, ve které je integrováno dítě s DMO má omezené možnosti pro poskytování komplexní rehabilitace.

## Závěr

Téma bakalářské práce je zaměřeno na systém ucelené rehabilitace v kontextu intervence o dítě s DMO v podmínkách běžné MŠ a speciální MŠ.

V teoretické části je pozornost věnována problematice života dětí s poruchou mobility, samostatná kapitola pojednává o DMO, dále je uvedena klasifikace pohybových vad a v poslední kapitole jsou přiblíženy jednotlivé složky ucelené rehabilitace.

V praktické části jsou popsány podmínky a realizace ucelené rehabilitace, zahrnující komplexní péči o děti s DMO ve vybraných zařízeních moravskoslezského kraje, přičemž v jednom případě se jedná o zařízení běžného typu a v druhém případě o speciální zařízení určeno dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.

Cílem BP byla snaha shrnout a popsat teoretická východiska systému komprehensivní rehabilitace a reálné podmínky a možnosti pro fungování tohoto systému.

Na základě provedeného šetření, které probíhalo u integrovaného dítěte s DMO v MŠ Těrlicko a u dítěte s DMO zařazeného do speciální MŠ Naděje Frýdek-Místek, lze konstatovat, že komplexní péče o děti s DMO v rámci systému ucelené rehabilitace je dobře nastavená a funkční, i přes některé nedostatky a problémy. Mezi tyto aktuální problémy patří nedostatečná ucelenost a provázanost jednotlivých složek komprehensivní rehabilitace, zejména tam, kde se liší jejich poskytovatelé. Péče o děti s DMO by měla mít komplexní charakter, proto je nezbytností vyvážit zdravotní a výchovně vzdělávací péči a to s ohledem na individuální specifika osobnosti dítěte. Týmová spolupráce je tedy nepostradatelnou součástí systému ucelené rehabilitace.

Předpokladem pro úspěšné fungování komplexní rehabilitace je nutná návaznost a prolínání jednotlivých složek a především vzájemná spolupráce všech participujících. K dosažení lépe dostupného, účelného a vzájemně provázaného systému ucelené rehabilitace je potřeba jeho zakotvení do právního řádu České republiky.

Dle provedené analýzy jsou nejdůležitějšími členy týmu rodiče, pečující o dítě s postižením hybnosti. Přístup rodičů k jejich dítěti s DMO, pak zcela zásadně usnadňuje nebo komplikuje působení výchovy a péče ve školském, zdravotnickém zařízení i jinde. Rodina patří tedy k předním činitelům ovlivňujícím efektivnost celého procesu ucelené rehabilitace poskytovaného jejich dítěti s DMO.

Spokojenost rodičů a víra ve smysl společného úsilí je pro všechny odměnou.

## **Seznam užitých zkratk**

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

DMO – dětská mozková obrna

IVP – individuální vzdělávací program

MR – mentální retardace

OZP – osoba (osoby) se zdravotním postižením

PPP – pedagogicko psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

SR – sociální rehabilitace

TP – tělesné postižení

## Seznam použité literatury

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 2. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 480 s. ISBN 14-398-84

HAVLÍNOVÁ, M. a kol. *Zdravá mateřská škola*. 1. vyd. Praha : Portál, 1995. 141 s. ISBN 80-7178-048-0

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava : OU, 2007. 101 s. ISBN 978-80-7368-488-4

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha : TRITON, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1

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

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1

LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1985. 236 s. ISBN 08-088-85

LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2005. 133 s. ISBN 80-244-1154-7

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno : PdF MU, 2006. 290 s. ISBN 80-210-3977-9

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno : Paido, 2006. 395 s. ISBN 80-7315-120-0

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : UP, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9

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

RENOTIÉROVÁ, M., BENDO VÁ, P. *Somatopedie pro učitelství předškolního věku I*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2005. 47 s. ISBN 80-244-1018-4

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha : Parta 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc : UP, 2008. 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7

VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1998. 140 s.  
ISBN 80-210-1953-0

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum,  
2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Kateřina Bernatíková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Koncepce ucelené rehabilitace v kontextu intervence o děti s poruchou mobility
<b>Název v angličtině:</b>	Comprehensive rehabilitation for children with impaired mobility
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na systém ucelené rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou v prostředí běžné MŠ a speciální MŠ. Cílem je analyzovat systém ucelené rehabilitace, popsat její přínos v komplexní péči o děti předškolního věku s DMO a provést komparaci podmínek realizace ucelené rehabilitace v uvedených typech zařízení.
<b>Klíčová slova:</b>	dětská mozková obrna, tělesné postižení, ucelená rehabilitace
<b>Anotace v angličtině:</b>	Baccaluareate thesis focuses on comprehensive rehabilitation of preschool age children with cerebral palsy who are either fully included or attend preschools with special curriculum. The aim of the thesis is to analyze the comprehensive rehabilitation, describe its benefits in overall care of preschool children with cerebral palsy, and examine an integration of such rehabilitation into preschool-age facilities.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	cerebral palsy, comprehensive rehabilitation, physical disability,
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	60
<b>Jazyk práce:</b>	český