

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Terapeutické techniky a jejich využití u dětí s tělesným
postižením ve školním věku**

bakalářská práce

Autor práce: Marie Kolářová
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

Datum odevzdání práce: 16. srpna 2013

Abstrakt

Téma bakalářské práce se zabývá terapeutickými technikami a jejich využitím u dětí s tělesným postižením ve školním věku.

V teoretické části práce jsou definovány pojmy terapie, terapeut a systém ucelené rehabilitace, zahrnující kromě pracovních, sociálních a pedagogických především léčebné prostředky, mezi které se mimo jiné řadí i terapie, jakými jsou ergoterapie, animoterapie, arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie. Těmto terapiím je věnována podstatná část práce, která se věnuje zejména charakteristice jednotlivých terapeutických technik používaných v rámci specifických terapií. Dále se práce zabývá popisem vývojových fází dítěte ve školním věku, dělíciho se na mladší školní věk a starší školní věk. V závěru teoretické části práce se zmiňují o tělesném postižení, jeho etiologii, druzích a k němu přidružených onemocnění.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké terapeutické techniky jsou využívány v rámci specifických terapií v centru Arpida v Českých Budějovicích. Pro naplnění cíle byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka, jejíž podstatou bylo zjistit, jaké terapeutické techniky používají terapeuti v rámci terapií u dětí s tělesným postižením.

Pro zjištění výsledků byl v praktické části bakalářské práce použit Kvalitativní výzkum. Údaje byly zjišťovány za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, tvořeného 14 ti otevřenými otázkami, rozdělenými do 4 základních okruhů, jakými jsou techniky terapie, časová dotace, zkušenosti, pomůcky a zázemí. Otázky do rozhovoru byly sestavovány na základě prostudované literatury a vlastních zkušeností nabytých při praxi v tomto zařízení.

Výběr terapeutů probíhal na základě toho, jaké terapie spadající pod léčebné prostředky systému ucelené rehabilitace, v zařízení provozují. Konkrétně byli tedy k účelům této práce osloveni terapeuti, provádějící v centru Arpida ergoterapii, canisterapii, hipoterapii, arteterapii, muzikoterapii a dramaterapii.

Uskutečněný výzkum ukázal, že terapeuti v centru Arpida poskytují v rámci ergoterapie, především tři základní techniky, jakými jsou ADL – nácvik běžných denních dovedností, dále ergoterapii ruky, zaměřenou zejména na procvičení jemné a

hrubé motoriky dětí s tělesným postižením a v neposlední řadě hry ergoterapii, kterých je hned několik a provádějí se za účelem rozvoje kognitivních funkcí dítěte, představivosti, kreativity a také již zmiňovaného procvičení jemné a hrubé motoriky.

Další zkoumanou terapií byla animoterapie, která je v tomto zařízení prováděna pouze formou canisterapie, tedy terapie za pomoci psa a hipoterapie, kde je hlavním léčebným prostředkem kůň. Z výzkumu vyplynulo, že v rámci canisterapie používají terapeuti především techniky AAA neboli aktivity za asistence psa, dále AAT čili terapie za asistence psa, sem spadá zejména polohování klientů s tělesným postižením a konečně AAE mající za úkol prevenci před úrazy způsobené psem. Co se týče hipoterapie, tak zde jsou nejčastěji využívány metody pedagogicko – psychologického ježdění a hipoterapie, při kterých, jak výzkum ukázal, jsou využívány zejména polohy jako úplný leh, opření o předloktí, opření o dlaně a poloha sed, kdy je dítě vzpřímené ve směru jízdy.

Třetí zkoumanou terapií byla arteterapie, ze které vyplynuly tyto nejčastěji používané techniky, jakými je kresba, malba, využití kombinovaných technik, jako například práce s voskem či akrylovými barvami, dále pak grafické techniky a práce s keramikou. Z výzkumu je dále patrné, že arteterapie podporuje u dětí rozvoj motoriky pomocí kresby, dále učí děti estetické výchově a rozvíjí u nich výtvarné citění. Mimo to vede děti k zodpovědnosti, samostatnosti a sebekritice.

Dále byl výzkum zaměřen na muzikoterapii, která zahrnuje hned několik technik. Z výzkumu vyplynulo, že u dětí s tělesným postižením ve školním věku jsou terapeutkou aplikovány techniky jako hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hudba a výtvarné techniky, hudební drama, improvizace a hry se zpěvem. Úkolem těchto technik je cílené procvičení pozornosti, paměti a myšlení dětí, dále vyjádření jejich aktuálních pocitů a v neposlední řadě procvičení motoriky.

Další a poslední zkoumanou terapií byla dramaterapie. Zde jak výzkum ukázal, se nejedná o dramaterapii jako takovou, ale o Dramatický kroužek, v rámci něhož probíhají činnosti, které mohou z krátkodobého hlediska přinášet klientům uvolnění či sebereflexi a z dlouhodobého hlediska jisté pozitivní výsledky v jejich osobnostním rozvoji.

Centrum Arpida v Českých Budějovicích je jedním z mála zařízení v jihočeském kraji, poskytující nejen dětem s tělesným postižením komplexní péči v rámci systému ucelené rehabilitace, která je velice důležitá pro jejich rozvoj.

Abstract

The topic of this bachelor thesis are therapeutical techniques and the way they are used in helping school-age children with disabilities.

The theoretical part of this thesis defines the terms "therapy", "therapist" and „comprehensive rehabilitation system“. Comprehensive rehabilitation system comprises not only occupational, social and pedagogical resources, but primarily also therapeutic resources that include (but are not limited to) therapies (e.g. ergotherapy, animal-assisted therapy, music therapy or drama therapy). Therapies are the prevailing topic of the major part of this thesis, which mainly deals with features of individual therapeutic techniques used in specific therapies. My thesis also describes development stages of school-age children, which are divided into "lower" and "higher" school age. In final conclusion of the theoretical part, I also briefly refer to physical disabilities (etiology, types of disabilities and associated illnesses).

The goal of the practical part of my bachelor thesis is to research the type of therapeutic techniques that are currently being used for specific therapies in Arpida therapeutic centre in the town of České Budějovice. To achieve this goal I have set one primary research question: to research the types of therapeutic techniques used by therapists for treating children with physical disabilities.

Quantitative research was chosen as a method of acquiring results in the theoretical part of my bachelor thesis. Data was acquired by the means of a semi-structured interview that was composed of 14 open questions and divided into 4 primary topics (therapeutic techniques, experience, time frame, tools and therapy environment). Perused literature and my own hands-on experience from said therapeutic centre were used as a guide for the composition of interview questions.

The choice of therapists was based on the particular kind of therapy that falls into the category of comprehensive rehabilitation system therapeutic resources and is currently being practised in this centre. More precisely, I have asked to cooperate those therapists from Arpida centre that practise ergotherapy, canistherapy, hippotherapy, art therapy, music therapy and drama therapy.

My research have demonstrated that in the field of ergotherapy the therapists from Arpida centre primarily practise three basic techniques: activities of daily living – ADL, hand ergotherapy, that is focusing mainly on developing fine and gross motor skills of children with physical disabilities, and (last but not least) therapeutic games. There are several of them being used and their aim is to develop cognitive skills of the child, his or her imagination and creativity and also to develop the above-mentioned fine and gross motor skills.

Another from analysed therapies was animal-assisted therapy. In this centre, it was practised only in the form of canistherapy (therapy aided by dogs) and hippotherapy, in which the main therapeutic resource is a horse. My research has demonstrated that, in the field of canistherapy, therapists mainly practice Animal Assisted Activities (AAA) aided by a dog, Animal Assisted Therapies (AAT, again, aided by a dog) – which mainly include working with clients with physical disabilities – and Animal Assisted Education (with the goal of preventing dog inflicted injuries). In the field of hippotherapy, my research showed that the most frequently used techniques are horse-riding for pedagogical-psychological purposes and hippotherapy, during which the most frequently used client positioning is lying on back, leaning on forearms, leaning on palms and sitting position (when the child is in an upright position facing the direction of the ride).

The third analysed therapy was art therapy. The most frequently used techniques were drawing, painting, mixed-media techniques (e.g. wax working or working with acrylic paints) as well as other graphics techniques or ceramics work). My research clearly revealed that art therapy develops children's motor skills through drawing, teaches them aesthetics and fosters their artistic sense. Moreover, it also guides them to be more responsible, independent and self-critical.

At the same time, my research was focused on another area - music therapy. This therapy comprises several techniques. For school-age kids with physical disabilities, my research showed that therapists practice techniques such as rhythm games, games with objects and tools, music and artistic techniques, music theatre games, improvisation and games with singing. The aim of these techniques is to target

kids awareness, memory and thinking training as well as help them to express their then current emotions. Last but not least, it also helps them develop their motor skills.

The next analysed therapy (and a last one) is drama therapy. In this area my research demonstrated that it is not all about drama therapy itself; the most important factor was a drama class providing activities that bring to its clients relaxation and self-awareness (in the short term) and have a positive influence for their personal development (in the long term).

Arpida therapeutic centre in České Budějovice constitutes one of a few of this kind of institutions that provide complex care services as a part of a comprehensive rehabilitation system for children with physical disabilities (but not only for them). This rehabilitation thus has a great importance for their further development.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala všem pracovníkům centra Arpida, kteří mi v průběhu zpracování této práce poskytli rozhovor. Dále bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Vlastimile Urbanové za trpělivý přístup a cenné rady. Velký dík patří také mé rodině, blízkým a přátelům, jež mi byli po dobu studia oporou.

Obsah

Seznam použitých zkratek.....	12
ÚVOD.....	13
1.Současný stav.....	14
1.1 Systém ucelené rehabilitace.....	14
1.1.1 Prostředky ucelené rehabilitace.....	14
1.1.2 Členění terapií.....	15
1.1.3 Terapie.....	15
1.1.3.1 Terapeut.....	15
1.2 Ergoterapie.....	16
1.2.1 Definice ergoterapie.....	16
1.2.2 Historie.....	16
1.2.3 Ergoterapie cílená na postiženou oblast.....	16
1.2.4 Techniky používané v ergoterapii.....	17
1.2.4.2 Návčik všedních denních činností ADL (aktivity of daily living).....	17
1.2.4.3 Ergoterapie ruky.....	18
1.2.4.4 Hry v ergoterapii.....	19
1.2.5 Cíl ergoterapie.....	20
1.3 Animoterapie.....	20
1.3.1 Canisterapie.....	21
1.3.1.1 Historie canisterapie.....	21
1.3.1.2 Techniky canisterapie.....	21
1.3.1.2.1 AAA aktivity za asistence zvířat.....	21
1.3.1.2.2 AAT terapie za asistence zvířat.....	22
1.3.1.2.3 AAE canisterapie ve školních třídách.....	22
1.3.2 Hipoterapie.....	23
1.3.2.1 Historie hipoterapie.....	23
1.3.2.2 Indikace a principy hipoterapie.....	24
1.3.2.3 Oblasti hipoterapie.....	24
1.3.2.4 Příprava koně a klienta pro hiporehabilitaci.....	25
1.4 Arteterapie a artefietika.....	26
1.4.1 Definice.....	26
1.4.2 Historie arteterapie.....	26
1.4.3 Výtvarné materiály a techniky arteterapie.....	26
1.4.3.1 Základní techniky využívané v arteterapii.....	27
1.4.4 Cíl arteterapie.....	28
1.5 Muzikoterapie.....	28
1.5.1 Definice muzikoterapie.....	28
1.5.2 Historie muzikoterapie.....	29
1.5.3 Formy muzikoterapie a koncept hudby.....	29
1.5.4 Techniky muzikoterapie.....	30

1.5.5 Cíl muzikoterapie.....	31
1.6 Dramaterapie.....	31
1.6.1 Definice dramaterapie.....	31
1.6.2 Dramaterapeutické činnosti a techniky využívané u dětí s TP	31
1.6.3 Cíle dramaterapie	32
1.7 Školní věk	32
1.7.1 Definice školního věku	32
1.7.2 Mladší školní věk.....	33
1.7.3 Starší školní věk, dospívání	33
1.7.4 Specifika školního věku u dětí s TP.....	34
1.8 Tělesné postižení.....	35
1.8.1 Pojem tělesné postižení.....	35
1.8.2 Klasifikace tělesných postižení.....	35
1.8.3 Etiologie tělesného postižení	36
1.8.3.1 Vrozená tělesná postižení	36
1.8.3.1.1 Dětská mozková obrna.....	37
1.8.3.2 Získaná tělesná postižení	38
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	41
2.1 Cíl práce.....	41
2.1.1 Hlavní výzkumná otázka	41
3 Metodika	42
3.1 Metodika výzkumu	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	42
4 Výsledky	44
5 Diskuze.....	53
6 Závěr	58
7 Zdroje	59
8 Klíčová slova.....	63
9 Přílohy.....	64

Seznam použitých zkratk

- AAA - Animal Assisted Activities (aktivity za asistence zvířat)
- AAE – Animal Assisted Education (canisterapie ve školních třídách)
- AAT - Animal Assisted Therapy (terapie za asistence zvířat)
- ADL – Activity of daily living (nácvik všedních denních činností)
- DMO – Dětská mozková obrna
- IQ – Inteligenční kvocient
- MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
- MR – Mentální retardace
- TP – Tělesné postižení
- USR – Ucelený systém rehabilitace

Úvod

Téma této práce jsem si vybrala na základě mého zájmu o terapie a techniky s nimi spojené. První terapií, se kterou jsem se setkala ještě při praxi na střední škole, byla canisterapie prováděná sdružením Hafík v domově důchodců, která mne velice zaujala. Od té doby jsem se začala zajímat nejen o terapie prováděné za pomoci zvířat, ale i o terapie ostatní. S praxí, vykonávanou v rámci vysokoškolského studia se můj zájem o některé terapie ještě více prohluboval, a proto jsem při výběru bakalářské práce zvolila, právě téma Terapeutické techniky a jejich využití u dětí s tělesným postižením ve školním věku.

Pro děti s tělesným postižením jsou terapeutické techniky používané v rámci jednotlivých terapií nezbytnou součástí každodenního života.

Techniky, terapeuty cílené na postiženou oblast pomáhají dětem například ve vyrovnání se s postižením, v překonání pocitu méněcennosti, vyzývají je k seberealizaci, podporují u nich rozvoj jemné a hrubé motoriky za pomoci nácviku úchopů a kresby, prolézání, podlézání, skákání na trampolíně, držení a hraní na nástroje. Dále podněcují děti k zodpovědnosti, správnému zacházení s pomůckami, vedou je k estetickému, výtvarnému a hudebnímu cítění, k vytrvalosti, prožitku z tvorby, ale i sebekritice. V neposlední řadě při nich dochází k uvolnění a relaxaci.

Cílem terapií je samostatnost dítěte vedoucí ke zlepšení soběstačnosti nebo jejího úplného dosažení.

Nelze však říci, že na zlepšení nebo udržení zdravotního stavu se podílejí pouze léčebné prostředky, do kterých mimo jiné spadají i terapie, protože terapie stejně jako ostatní neméně důležité sociální, pedagogické a pracovní prostředky jsou součástí systému ucelené rehabilitace, která vede ke komplexní péči o člověka s postižením a snaží se tak o udržení či zlepšení popř. zvýšení kvality jeho života.

Jedná se o dlouhodobý proces, který vyžaduje nemalé úsilí, nejen ze strany dětí, ale i rodičů a terapeutů.

1 Současný stav

1.1 Systém ucelené rehabilitace

Pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu comprehensive rehabilitation. (Votava a kol., 2005, s. 14) V současné době je pojem ucelený systém rehabilitace chápán jako interdisciplinární obor, zahrnující péči zdravotnickou sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005) Systém ucelené péče, lze také chápat jako krátkodobou nebo dlouhodobou rehabilitaci. (Jankovský, 2006) Rehabilitace je v tomto případě proces, který osobám s postižením pomáhá rozvinout, či posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005)

1.1.1 Prostředky ucelené rehabilitace

Systém ucelené rehabilitace pracuje se čtyřmi základními prostředky rehabilitace (Jankovský, 2006; Votava a kol., 2005)

1. Léčebné prostředky rehabilitace

- fyzikální terapie
- léčebná tělesná výchova
- **ergoterapie**
- **animoterapie (hipoterapie, canisterapie)**
- **další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie)**

2. Sociální prostředky rehabilitace

3. Pedagogické prostředky rehabilitace

4. Pracovní prostředky rehabilitace

1.1.2 Členění terapií

V psychoterapii je kladen velký důraz na použité terapeutické prostředky. Podle použitých terapeutických prostředků se dá psychoterapie rozdělit do pěti základních skupin, kterými jsou (Müller, 2005)

- **činnostní, pracovní terapie neboli ergoterapie**
- psychomotorická terapie
- **terapie hrou**
- **terapie se zvířetem neboli animoterapie**, do které spadá **canisterapie** a **hipoterapie**
- **expresivní (umělecké) terapie** jakými jsou **arteterapie**, zahrnující **artefiletiku**, dále potom **muzikoterapie** a **dramaterapie**

1.1.3 Terapie

Terapie je součástí léčebně pedagogické intervence, uplatňující terapeutické postupy, cvičení a programy, při nichž dochází ke zlepšení narušených funkcí a zprostředkování potřebných zkušeností a zážitků. Terapie dává též prostor pro formování, dozrávání a pozitivní změnu osobnosti člověka. (Vymětal, 2003)

1.1.3.1 Terapeut

Je odborník, vystupující ve vztahu ke klientovi, především jako člověk, nikoli jako vychovatel či autorita. Spolu s klientem prožívá úsek jeho života, ve kterém se snaží o zlepšení stavu a situace, ve které se klient momentálně nachází. (Kratochvíl, 2002)

1.2 Ergoterapie

1.2.1 Definice ergoterapie

Dle České asociace ergoterapeutů je ergoterapie profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využití schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku a s různým typem postižení. (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, s. 13, in Jelínková, Křivošíková, Šajtarová 2009)

1.2.2 Historie

Ergoterapie jako profese vznikla v roce 1917 v USA, založením Národním společností pro podporu ergoterapie. Dodnes fungující jako Americká ergoterapeutická asociace. Do Čech se ergoterapie dostala v roce 1913 a to díky prof. Rudolfu Jedličkovi v Jedličkově ústavu pro tělesně postižené v Praze. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009). Nutno také podotknout, že u nás v 50. letech 20. století vznikl obor univerzální rehabilitační pracovník, nemající v cizině obdoby, jehož následkem byl ovšem negativní dopad na vývoj ergoterapie v Čechách. (Votava et al. 2005). Zlom přináší rok 1994 a založení České asociace ergoterapeutů, vedoucí k osamostatnění a lepšímu postavení profese, i následného uplatnění ergoterapeutů na trhu práce. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009)

1.2.3 Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Součástí léčby u ortopedických, traumatických, či neurologických onemocnění dětí je ergoterapie. Ergoterapie je hojně využívána zejména u dětí postižených od narození nebo v důsledku chorob, které dlouhodobě, či trvale omezují dítě ve srovnatelném vývoji s vrstevníky, tudíž jej opoždují v tělesném, intelektuálním nebo

smyslovém vývoji. (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007).

Ergoterapie cílená na postiženou oblast vyžaduje od ergoterapeuta podrobnější znalost pohybového aparátu a zaměřuje se dle požadovaného účinku na zvětšení svalové síly a koordinace, na zvětšení rozsahu pohybu, na cvičení v určité poloze sedu, či stojí a na cílený trénink kognitivních funkcí. (Votava et al. 2005). Při ergoterapii, nejprve dochází k pozvolnému, zatěžování organismu při dávkovaných činnostech, které se postupně prodlužují. Tím nedochází k nadměrné zátěži oslabených svalů, ale k pozvolnému rozcvičování málo pohyblivých kloubů. Aby nedošlo k přetížení, jsou jednotlivé činnosti prováděny rytmicky, ve větších pohybových celcích až k jemným pracím a dochází ke střídání aktivních činností s odpočinkem.

Vždy je potřeba pracovat s klienty individuálně, používat vhodné materiály a vyhovující kompenzační pomůcky. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009)

1.2.4 Techniky používané v ergoterapii

Základní techniky používané v ergoterapii u dětí s tělesným postižením jsou

1.2.4.1 Nácvik všedních denních činností ADL (aktivity of daily living)

Klienti s tělesným postižením nejčastěji nacvičují v rámci ADL tyto úkony:

- práce s nohama, v případě postižení horních končetin (koordinace, úchopy, malování, psaní, za pomoci modelíny, poté tužky)
- držení nástroje, či psací potřeby v ústech, při postižení horních končetin
- procvičování jemné a hrubé motoriky u spastických klientů (pomocí míčků, kostek, figurek se suchým zipem apod.)
- nácvik chůze s berlemi nebo jízdy na invalidním vozíku
- u para a kvadruplegiků nácvik vyprazdňování močového měchýře (Kubínová, Křížová, 1997)

Dále dochází k posuzování péče o vlastní osobu: *příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo*

sprchování. (Votava, a kol., 2005, s. 38) Chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 149 - 152) A v neposlední řadě k posuzování soběstačnosti: komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 149 - 152)

1.2.4.2 Ergoterapie ruky

Ruka, je nezbytnou součástí lidského těla. Proto je v případě jejího poškození, či ztráty potřeba provádět různé cviky, ke zlepšení nebo udržení její funkce. (Dylevský, 2006)

- Druhy úchopů a jejich nácvik

Úchopů je celá řada, základním úchopem, je, ale úchop volní, který se dále větví na úchopy přímé a zprostředkované. Do přímých patří primární – jemný úchop – pinzetový, špetka a laterální úchop a hrubý úchop – diskový, dlaňový, háčkový a válcový úchop. Do přímých úchopů patří též sekundární a terciální úchopy. (Merkunová, A., Orel, M., 2008)

K nácviku některých úchopů slouží různé druhy molitanových a stimulačních míčků, Pomůcky na nácvik vlastního úchopu např. strhávání suchých zipů, sluníčko s kolíčky, ježek s korálky, dřevěné kolíky v desce apod. Dále speciální nůžky – pákové, s dvojitým úchopem a s pružinou. (Uzlová, 2010)

- Grafomotorika

Proto, aby se zlepšil úchop a držení jednotlivých pomůcek, jsou potřeba různé druhy nástavců k nácviku správného držení tužky, různé druhy kreslicích prostředků – trojhranné pastelky, voskovky, gelové pastelky, prstové barvy, kreslicí ježek, bločky (waldorfské) a v neposlední řadě grafomotorické dřevěné desky.

Po zvládnutí těchto úkonů se přechází k vlastní práci - kreslení, malování a grafické techniky, práce s papírem, modelování, ruční práce, práce s textilem, práce s přírodními

materiály a lidové výtvarné techniky, nácvik psaní. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009)

- Hrubá motorika

K procvičování hrubé motoriky jsou potřeba např. labilní plochy k nácviku rovnováhy, molitanové válce, prolézací tunel, taktilní desky. V případě, že zařízení disponuje tělocvičnou, používají terapeuti k procvičení hrubé motoriky jejího vybavení – trampolína, koš apod. (Uzlová, 2010)

1.2.4.3 Hry v ergoterapii

Hra jako taková je činnost, při níž dochází k uspokojení potřeb a zároveň k vnitřní motivaci dítěte. (Vodáková, 2007) Hry lze rozdělit do několika kategorií.

- Hry manipulační

Slouží k manipulaci s různými předměty – kostky, míčky, čmárání tužkou apod. Vyvrcholením této hry je samotná manipulace s těmito předměty.

- Hry konstruktivní

Tyto hry se odvíjejí od her manipulačních. Největší význam mají v době od jednoho roku dítěte až do období školní docházky. Pro konstruktivní hry je charakteristické vystřihování, modelování, sestavování stavebnic apod., s tím, že cíl je splněn až na koci samotné činnosti (hry) – postavení domečku ze stavebnice, hradu z písku, vystřižení zajíčka z papíru. (Valenta, a kol., 2001)

- Hry destruktivní

Tyto hry rozvíjejí a posilují přemýšlení dětí, protože při těchto hrách děti rozebírají např.: stavebnice nebo hračky (skládací kostky)

- Funkční hry

Pro tyto hry je charakteristické zapojování zejména senzomotorických funkcí, jako např.: pohybů těla a uchopování předmětů.

- Napodobovací hry

Základem těchto her je napodobování činností a gest lidí – napodobování mimiky, pohybů (jezení lžící) i zvuků a zvířat – štěkání psa, mňoukání kočky. Okolo třetího roku

života tyto samostatné prvky hry přecházejí v souvislou činnost – komplexní péče o panenku například.

- Didaktické hry a úlohové hry

Vycházejí z napodobovacích her a rozvíjejí poznávací procesy a vědomosti dětí, které nejčastěji „jako“ přejímají role dospělých, takže si hrají na maminku, tatínka, doktora, obchod, většinou ve skupině, nikoli jednotlivě. (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek, 2007)

- Pohybové hry

Slouží k rozvoji motorických schopností dětí - hry s náradím a pohybových a fyzických dovedností – tance.

- Receptivní hry

Tyto hry mají největší význam do čtyř let věku dítěte. Základem těchto her je přijímání a zpracování podnětů z okolí a rozvíjení tak duševních vlastností a schopností dítěte. Příklady receptivních her - prohlížení obrázků, poslech a sledování pohádek. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009)

1.2.5 Cíl ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie je dosažení maximální možné samostatnosti klienta, jeho způsobilosti k jednání a udržení nebo pokud možno zvýšení kvality jeho života. (Vodáková, Dytrtová, Cettlová, Beránek 2007, s. 20) Ergoterapie též napomáhá k začlenění nebo znovu začlenění do společnosti a to nejen lidem s tělesným postižením. (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009)

1.3 Animoterapie

Je terapie, prováděna prostřednictvím živých zvířat, kteří dělají klientům a lidem všeobecně společnost. Při terapii se lidé se zvířaty mazlí a radují, povídají si s nimi a hrají. Kontakt se zvířetem je pro klienty i příležitostí k pohybu. Mimo to si mezi sebou

projevují i oddanost. Nelze říci, že s nějakým zvířetem není možné provádět animoterapii. Ale v zásadě se nejčastěji provádí terapie se psy neboli canisterapie a s koňmi nazývaná hipoterapie. (Votava, et al. 2005).

1.3.1 Canisterapie

Neboli léčba pomocí psa, při níž dochází k působení psa na člověka a tím k ovlivňování jeho životních pocitů. V zásadě jde o vazbu mezi člověkem a psem, která je ku prospěchu oběma. (Galajdová, L., Galajdová, Z., 2011)

1.3.1.1 Historie canisterapie

Soužití člověka a psa probíhalo pozvolna v průběhu mnoha let, až do současnosti kdy lze říci, že zcela zdomácněl. K léčebným účelům se psy začali používat již v 8. století a to ve Franské říši. (Nedražič, 2006) V Čechách se na začátku 90. let začala canisterapie využívat pouze sporadicky, autorem tohoto názvu se v roce 1993 stala J. Lacinová. (Eisertová, Švestková, 2011) Postupem času, ale začala vznikat občanská zájmová sdružení. V roce 2003 došlo k vytvoření České canisterapeutické asociace fungující dodnes. (Nerandžič, 2006)

1.3.1.2 Techniky canisterapie

Obecně lze říci, že canisterapie používá dvě základní techniky a to animal assisted activities – AAA (aktivity za asistence zvířat) a animal assisted therapy – AAT (terapie za asistence zvířat). Jako doplňovací technika canisterapie se používá – animal assisted education - AAE (canisterapie ve školní třídě). (Pipeková, Vítková, 2001)

1.3.1.2.1 AAA aktivity za asistence zvířat

Zahrnují motivační, výchovnou, rekreační či léčebnou příležitost ke zlepšení kvality života nejen dětem s tělesným postižením, ale třeba i seniorům.

Aktivitou je už samotné setkání a pozdravení se, za kterým následuje sled aktivit připravených pro danou skupinu (u dětí s tělesným postižením se nejčastěji provádí aktivity typu piškotování, házení míčku pejskovi, česání jeho srsti, hledání sponek v srsti pejska a v případě, že to stupeň tělesného postižení dovoluje, tak i podlézání pejska a různé druhy slalomů). Ne vždy se na připravené aktivity dostane a hodina poté probíhá spontánně a neomezeně. Záleží na situaci a náladě dětí. (Svobodová, a kol., 2009)

Tyto aktivity slouží k procvičení jemné a hrubé motoriky dětí a ke zlepšení koordinace pohybu dětí a je prováděna buď profesionály, poloprofesionály nebo dobrovolníky. *Dočasná změna rozvržení sil mezi personálem a klienty, možnost vidět se navzájem v jiné situaci. Zvýšení osobního komfortu klientů. Povzbuzení klientů v soustředění se na pozitivní aktivitu a pomoc klientům zaměřit pozornost na vnější svět.* (Galajová, L., Galajová, Z., 2011, s. 97)

1.3.1.2.2 AAT terapie za asistence zvířat

V tomto případě se stává pes součástí léčebného procesu, musí odpovídat specifickým kritériím a terapie se tak stává cílenou intervencí. AAT je prováděna profesionály a odborně vyškolenými pracovníky, celý tento proces je zaznamenáván a vyhodnocován. Díky AAT dochází ke zlepšení fyzických schopností – jemné motoriky, stání, chůze, rovnováhy a ovládání invalidního vozíku; kognitivních funkcí – udržení pozornosti, zlepšení dlouhodobé a krátkodobé paměti, rozvoje komunikačních schopností a zvýšení sebevědomí. AAT má i výchovné, motivační a emocionální využití. U těžších forem tělesného postižení je AAT využívána k polohování. (Nedražič, 2006)

1.3.1.2.3 AAE canisterapie ve školních třídách

Na základě studií zkoumajících vliv přítomnosti zvířete v našem případě psa ve školních třídách je možno rozdělit AAE do šesti výchovných cílů, jakými jsou:

Podpora vývoje empatie a pečujícího postoje vůči zvířatům, zlepšování fyzických schopností a motorických dovedností, procvičování komunikačních dovedností a čtení, prožívání klidu a emoční pohody, vyrovnání se se ztrátou a smutkem a zlepšování mentálního výkonu a motivace k učení. (Galajová, L., Galajová, Z., 2011, s. 143)

Canisterapie prováděná ve školních třídách za účelem výchovy a vzdělávání, slouží zejména k prevenci před úrazy způsobené psem či jiným zvířetem. Jsou při ní prakticky ukazovány situace, které mohou nastat při kontaktu člověka s pejskem a také teoreticky popisovány a vysvětlovány určité zásady ve vztahu mezi psem a člověkem. (Pipeková, Vítková, 2001)

1.3.2 Hipoterapie

Název je složen z řeckých slov hippos = kůň a therapie = léčba. Jedná se tedy o speciální formu léčebné rehabilitace, resp. terapie založené na přímém kontaktu člověka s živým koněm. Tato metoda indikována, zejména u diagnostikovaných ortopedických vad jakými jsou například vrozené malformace končetin, anomálie páteře a hrudníku, stavy po zlomeninách končetin a amputace. Dále u neurologických onemocnění jako roztroušená mozkomíšni skleróza, svalové atrofie a dystrofie a DMO. (Pipeková, Vítková, 2001).

1.3.2.1 Historie hipoterapie

Soužití člověka a koně je známo již od pradávna. První koně si člověk přizpůsobil ke své potřebě v mladší době kamenné. (Nerandžič, 2006) Německý profesor Samuel Theodor Quellmalz popsal v první polovině 18. století, pohyb jezdce jako trojrozměrný neboli frontální, sagitální a horizontální, to se dochovalo dodnes. (Pipeková, Vítková, 2001). Léčebné využití koní, má dlouholetou tradici i u nás, v České republice. Prvním plemenem využívaným k systematickému terapeutickému ježdění byli huculové na Zmrzlíku u Prahy. Propagátorem této metody byl RNDr. Otakar Leiský. Leiský se spolu svými kolegy zasadil též o Českou hiporehabilitační společnost v roce 1991. (Nerandžič, 2006)

1.3.2.2 Indikace a principy hipoterapie

Hipoterapie jako léčebná metoda, bývá nejčastěji indikována u vrozených malformací končetin, anomálií páteře a hrudníku, u stavů po zlomeninách a amputacích, dále u svalové atrofie a dystrofie. (Pipeková, Vítková, 2001)

Princip hipoterapie tkví ve sloučení prvků fyzioterapie a psychoterapie a jejich vzájemném působení na klienta. Základem fyzioterapeutického přístupu je působení koňského hřbetu, který při pohybu koně vytváří trojrozměrný pohyb, viz historie.

Naopak princip psychoterapeutický je založen na vnímání a pocitech klienta. (Nedražič, 2006; Torrová, 2006)

Výsledkem hipoterapie je zlepšení koordinace pohybů, rovnováhy a zpevněný svalový korzet trupu. Objevují se facilitační prvky ve formě taktilních podnětů vznikajících třením o srst koně, hlazením a dotýkáním se sedlového materiálu. (Votava et al., 2005, str. 162.) Působí vliv tepla, který kladně ovlivňuje spasticitu a svalovou činnost vůbec. Dále dochází k obraným reakcím proti pádu, tudíž ke spouštění a vzpřimování rovnovážných reflexů.

Hipoterapie dodává klientovi pocit sebejistoty, sebevědomí a uspokojení, že za pomoci koně dokáže něco, co by jinak nedokázal. Příkladem jsou vozíčkáři, kteří když sedí na hřbetu koně, tak jsou schopni chodit. Vůbec samotná jízda na koni, je věc, kterou mnoho lidí neovládá. Při hipoterapii, kromě jiného, působí na klienty velice pozitivně přírodní prostředí, které samo o sobě navozuje příjemnou a pozitivní atmosféru. (Votava et al. 2005)

1.3.2.3 Oblasti hipoterapie

Hipoterapii, lze podle německého modelu rozdělit do tří oblastí a to oblast lékařství – hipoterapie (hiporehabilitace) – viz.: principy hipoterapie. Oblast pedagogiky – pedagogicko psychologické ježdění - vychází ze základních předpokladů, že jízda na koni, je výborným prostředkem nejen pro rehabilitaci tělesných onemocnění nebo defektů, ale ovlivňuje u dětí a mladistvých fyziologický a psychický vývoj, formuje rozvoj osobnosti a pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický

vliv. (Pipeková, Vítková, 2001, s. 134) Kolébkou této techniky je Francie. V současnosti je tato technika hojně využívána i ve světě. Třetí a poslední oblastí je oblast sportu – sport pro handicapované – jedním z mála sportů, které mohou lidé s tělesným postižením provozovat je jízda na koni. Společně s koněm a speciálními pomůckami si jedinec zlepšuje svou fyzickou kondici a prostřednictvím tohoto sportu se řadí mezi své vrstevníky. (Svobodová, a kol., 2009)

1.3.2.4 Příprava koně a klienta pro hiporehabilitaci

Mezi nejdůležitější vlastnosti terapeutického koně patří schopnost být veden, dále kráčet vedle člověka a v neposlední řadě člověka plně respektovat.

Výcvik koně, vede k upevňování vlastností, které jsou potřebné k hipoterapii a může trvat až jeden rok.

Dle Oskara Hermanna má mít příprava koně pro hiporehabilitaci tři fáze, při čemž první fází je základní výcvik koně, zahrnující práci a nácvik dovedností. Druhou fází je jízda v terénu, která má za cíl uklidnit nervy a lekavost koně, aby neshodil ze svého hřbetu jezdce, později klienta. Třetí a zároveň poslední fází je nácvik klidného čekání a stoje u rampy, dokud se klient řádně neusadí na hřbet koně. (Nerandžič, 2006).

Klient by měl mít nejprve v povědomí teoretické znalosti o koních a prostředí, ve kterém se nacházejí. Až poté se přechází k přímému kontaktu s koněm. Příprava dále zahrnuje přípravné cviky, nácviky rovnováhy a také správného dýchání. Teprve po zvládnutí těchto úkonů, může klient přistoupit k samotnému nasednutí na koně pomocí rampy. Nyní uvede terapeut klienta do polohy odpovídající stupni vyzrálosti jeho posturálních reflexů a následně zajistí stabilitu klienta. (Pipeková, Vítková, 2001).

1.4 Arteterapie a artefiletika

1.4.1 Definice

Arteterapie jako taková je definována v širším a užším smyslu slova. *Arteterapie v širším smyslu slova znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. (Šicková- Fabrici, 2002, str. 30)*

Artefiletika vychází z vizuální kultury (výtvarné umění, vizuální a estetické stránky hmotné kultury přírody) a spadá do reflektivního, tvořivého a zážitkového pojetí vzdělávání a výchovy.

Cílem artefiletiky je rozšířit kulturní znalosti, rozvíjet sociální kompetence a působit preventivně v oblasti psychosociálního selhávání jedince. (Slavíková, 2007)

1.4.2 Historie arteterapie

Arterapie je poměrně mladá vědní disciplína. Výraz art therapy použila poprvé ve svých pracích Margaret Naumburgová a to ve třicátých letech 20. století v USA. Tento termín se v Evropě začal používat až od roku 1940. (Jebavá, 1997) Na Slovensku byla arteterapie součástí studia léčebné pedagogiky na Pedagogické fakultě University Komenského od roku 1967, po normalizaci na 20 let přerušeno.

V Čechách vznikl první Ateliér arteterapie a to v roce 1990 při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích nesoucí název Rožnovská arteterapie. (Šicková-Fabrici, 2002).

1.4.3 Výtvarné materiály a techniky arteterapie

Mezi základní materiální výbavu patří barvy, štětce, houbičky, olejové pastelky, křídly, palety na míchání barev, uhly, papíry a čtvrtky, lepicí pásky a kelímky na vodu.

K modelování je potřeba modelovací nebo keramická hlína, samovytvřující hmota, plastelína, dřevěné podložky (desky), nástroje na modelování (plastové nožičky,

dřevěné špátle apod.). V případě, že nemáme k dispozici modelovací, či keramickou hlínu, můžeme použít modelovací těsto.

Staré časopisy, plakáty a noviny, dále bavlnky, nitě, provázky, kousky látek, větvičky, listí, kamínky, lepidlo, nůžky a další, slouží ke zpracování koláže.

Mezi doplňkový materiál, lze zařadit např. akrylové barvy, pastelky, tužky, olejové a akvarelové barvy. (Slavíková, 2007)

1.4.3.1 Základní techniky využívané v arteterapii

- Malování – v této technice jsou využívány především temperové, práškové a vodové barvy, do kterých se namáčejí různě velké štětce. **Základními barvami jsou červená, modrá a žlutá.** Tyto barvy se poté v případě potřeby **doplňují o barvu oranžovou, zelenou a fialovou.** Z těchto barev poté lze míchat různé odstíny a nanášet je na papír – malovat. (Šicková-Fabrici, 2002)
- Tisk – pomůcky vhodné pro tuto techniku jsou různé přírodniny – tráva, listí, ale i části lidského těla, jakými jsou např.: ruce, prsty, chodidla, dále čtvrtky, kartony, lepenka a houbičky. Při tisku se využívají dvě techniky - 1) Monotyp – u této techniky je nejlepší používat málo savé materiály (desky ze dřeva, plastu nebo sololitu), na které se přiloží papír, jehož celý povrch se pomaluje hustou barvou a poté se do něho kreslí prstem nebo tupým předmětem. Na tento papír přiložíme čistý papír, poté sejmeme a vytvoří se nám otisk. 2) Negativní a pozitivní tisk – ze čtvrtky například, vystříhneme obrazce, které následně pomalované tiskáme na jinou čtvrtku. Tuto techniku, lze propojit s malbou. (Campellová, 1998)
- Tužky a pastely – nejčastěji se používají olejové, voskové a křídové pastely, se kterými se kreslí buďto koncem nebo celou plochou.
- Koláž – kompozice vzniká seskupováním a nalepováním různých materiálů od přírodních po umělé, které jsou různě vystřihovány a lepeny vedle sebe i přes sebe. (Jebavá, 1997)

- Modelování – pomůcky viz.: výše. Základním pravidlem pro práci s hlínou je práce na dřevěné desce nebo otáčecím sochařském stojanu. Dále je nutné mít namočené ruce vodou, protože suchá hlína je tvrdá a nepoddajná. V případě nedokončené práce je nutno obalit výtvar mokrým hadrem a igelitem. Touto technikou, lze vytvořit prostorovou plastiku buď, přidáváním menších kousků hlíny na hroudu hlíny nebo modelováním celého objemu hlíny. Či vytvořit reliéf (masku nebo kachli) na rovném podkladu. (Campbellová, 1998)

1.4.4 Cíl arteterapie

Nejobecnějšími cíli arteterapie jsou cíle individuální, k nimž se řadí uvolnění, sebezpožívání a sebevnímání, vizuální a verbální uspořádání zážitků, poznání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, růst motivace a osobní svobody, možnost svobodně experimentovat při hledání výrazu pocitů, emocí, či konfliktů. Mezi další individuální cíle, které si arteterapie klade, patří rozvoj fantazie, celkový rozvoj osobnosti a nadhled nad věcmi. (Liebmann, 2005)

1.5 Muzikoterapie

1.5.1 Definice muzikoterapie

Muzikoterapie je jednou z terapií v rámci léčebných prostředků uceleného systému rehabilitace u dětí s tělesným postižením. Jde o terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií, které pracují s výrazovými uměleckými prostředky a mohou mít hudební, dramatické, výtvarné nebo pohybové rysy. (Kantor, Lipský, Weber, a kol., 2009) Jedná se o cílevědomý proces, během kterého muzikoterapeut pomáhá klientovi zlepšit udržet, popřípadě obnovit duševní pohodu, za využití hudebních prožitků. (Moreno, 2005)

1.5.2 Historie muzikoterapie

To, že hudba a rytmus působí léčivě, věděli lidé již od nepaměti. Terapii hudbou využívaly v podstatě všechny starověké civilizace. Nejvíce si však této terapie cenily, Egypťané, Asyřané, Babyloňané, Izraelci, Řekové a Římané. (Šimanovský, 2007) V 17. a 18. století vzniká první profese v tomto oboru – iatrohudebníci, která ovšem ve století 19. zaznamenává značný úpadek. V současnosti se rozšiřuje obecné povědomí populace o muzikoterapii a její úroveň stále stoupá. (Votava et al, 2005)

1.5.3 Formy muzikoterapie a koncept hudby

Muzikoterapie, může probíhat ve třech formách. První forma je hromadná, využívaná zejména na společenských vystoupeních. (Zeleviová, 2007) Druhá forma je individuální, která spočívá v samostatné práci klienta s terapeutem, zde terapie odpovídá individuální dynamice jednotlivce. (Votava, a kol., 2005) Třetí, skupinová forma, probíhá v rámci skupinové hry a uplatňuje se při ní zejména vtažení do hudebního děje, mající za následek vzájemnou interakci klientů ve skupině. (Zeleviová, 2007)

Lekce muzikoterapie začíná kratší rozcívací částí – pozdrav, dvě až tři krátké hry, dále plynule přechází k uvolnění a koncentraci, na kterou navazuje hlavní činnost, po jejímž skončení přichází čas na reflexy – sdělování zážitků a dojmů. (Šimanovský, 2007)

Muzikoterapie, se na základě způsobu práce s hudbou, dělí na receptivní muzikoterapii, zahrnující především reprodukovanou hudbu a různá zvuková média, která jsou klienty nejčastěji vnímána poslechem a při nichž se uplatňuje zejména představivost, imaginace, tanec a pohyb. A na muzikoterapii aktivní, která se zaměřuje na kreativní složku osobnosti – práci se zvukem, který klient za pomoci například nástroje vyprodukuje sám – improvizuje. (Zeleviová, 2007)

1.5.4 Techniky muzikoterapie

V rámci muzikoterapie je využívána celá řada technik. (Torrová, 2007) Při nichž je, ale důležité to, s jakým cílem se provádějí, ať už u jednotlivce, či skupiny. (Zelevová, 2007) U dětí s tělesným postižením jsou nejčastěji využívány tyto techniky:

- Improvizace pohybem na hudbu – *hudební modelování umožňuje klientům prostřednictvím improvizace provádět nové způsoby chování a interakce.* (Moreno, 2005, s. 75) Jedná se o přechod z hudebního zrcadlení, do hudebního modelování, vycházející z behaviorální terapie. Tzn.: že klient improvizovaným pohybem na hudbu vyjadřuje své aktuální pocity. (Zelevová, 2007)
- Hudebně dramatické techniky – při této technice jsou často využívány techniky hudebního zrcadlení a hudebního modelování spočívající v reflektování toho, co klient právě dělá. Zrcadlení umožňuje velmi rychle navázat terapeutovi kontakt s klientem a tím pádem podpořit jeho vlastní aktivitu. (Moreno, 2005)
- Hry s rytmem, hry s předměty a nástroji - jsou využívány u dětí s tělesným postižením zejména k procvičení jemné a hrubé motoriky a to např.: při hrách v kruhu, či bubnování, tleskání, dupání, tancování, ale také k procvičení dechové kapacity. Nejčastěji využívanými nástroji jsou nástroje Orffovi – namátko tamburínky, triangel, zvonkohra, bubínky a xylofon. A elementární nástroje jakými jsou kytara, loutna, chrota, klavír apod. (Kantor, 2009)
- Hry se zpěvem – jsou pohybové hry obohaceny o zpěv či říkanky, sloužící k dechovému cvičení, k procvičení hrubé a jemné motoriky, vnímání a myšlení. Hry jako Čáp ztratil čepičku apod. (Moreno, 2005)
- Poslech, fantazie, relaxace, hudba a výtvarné techniky – při poslechu může znít hudba buďto instrumentální nebo vokální. Čím je píseň konkrétnější, tím více přitahuje pozornost klienta. Při poslechu by měl muzikoterapeut brát v úvahu především délku koncentrace klienta, žánr a cíl, za kterým je hudba pouštěna. Při poslechu písně, lze cíleně procvičit pozornost, paměť a myšlení klientů. V případě, že to stupeň tělesného postižení dovoluje, je při poslechu určitého

typu písňe např.: o zvířátkách možnost i výtvarného zpracování klientem, v podobě namalování toho, o čem byla píseň. (Kantor, 2009)

1.5.5 Cíl muzikoterapie

U dětí s tělesným postižením patří mezi hlavní cíle muzikoterapie zvýšit pocit sebehodnoty, zlepšit motorickou a sociální koncentraci a aktivizovat kompenzační tendence, zejména u funkčních poruch. A konečně také poskytuje možnost pro vytváření vlastních strategií při řešení úloh, podporuje samostatné rozhodování a přijímání zodpovědnosti za sebe i okolí. (Zeileiová, 2007)

1.6 Dramaterapie

1.6.1 Definice dramaterapie

Dramaterapie je *umělecká a léčebně výchovná metoda aplikovatelná v rámci individuální a skupinové práce. Jde o umělecké využívání dramatu a divadelních procesů, za účelem dosažení terapeutických cílů, kterými jsou symptomatická úleva, emociální a fyzická integrace a osobnostní růst.* (Majzlanová in Pipeková, Vítková, 2001, s. 100) Pojem dramaterapie je znám již přes třicet let. Průkopnicí a zakladatelkou je Sue Jenningsová, původním povoláním tanečnice a herečka. (Hickson, 2000)

1.6.2 Dramaterapeutické činnosti a techniky využívané u dětí s TP

Dramaterapeutické činnosti lze rozdělit do tří okruhů. Do prvního okruhu se řadí **hry a cvičení** - hry s pohybem, smyslové hry, rytmické hry a cvičení – s pohyblivějšími částmi těla hlava, trup, tanec s vozíkem, popř. dramatické hry. Při těchto činnostech je důležité propojení hudby a pohybu. Tyto hry slouží především k uvolnění a zároveň k rozvoji vnímání a soustředění klientů. Druhý okruh zahrnuje **dramatizační metody a techniky zaměřené na rozvoj kognitivních, emocionálních, kreativních a estetických funkcí**, v neposlední řadě také na rozvoj určitých dramatických dovedností.

Třetí a poslední okruh je zaměřený na **získávání sociálních zkušeností** v oblasti sociální interakce, chování, komunikace, upevňování vlastních názorů a postojů. (Valenta, 2001)

V dramaterapii se využívá celá řada terapeutických technik, u dětí s tělesným postižením se nejčastěji využívají **techniky tělesné aktivizace**, do kterých patří například přetlačování zády, míč mezi zády, dialog zad, tělesný kontakt – siamská dvojčata, apod. Další hojně využívanou technikou je **technika exprese a komunikace** zahrnující například kontakt očí, loutky, situační dialog, použití gest, vzbouzení emocí a sdělování novinek. (Valenta, 2007)

Při dramaterapeutických činnostech a technikách vystupuje dramaterapeut nejčastěji jako spoluhráč, usměrňovatel a rádce. (Pipeková, Vítková, 2001)

1.6.3 Cíle dramaterapie

Cílem dramaterapeutických přístupů je snaha o co největší rozvoj všech oblastí a stránek osobnosti dětí s TP. Dále pak snaha poskytnut dětem s TP vhodné prostředí a podmínky k uplatnění jejich zájmů a schopností a v neposlední řadě prostřednictvím dramatických aktivit umožňuje dětem získat zážitky a zkušenosti z různých oblastí života dále dokáže zprostředkovat pocit úspěchu a seberealizace, emocionální uvolnění a motivaci k získávání dalších a nových zkušeností. (Majzalová in Pipeková, Vítková, 2001; Valenta, 2007)

1.7 Školní věk

1.7.1 Definice školního věku

Školním věkem se rozumí období od 6 let do 14. až 15. let věku dítěte, neboli od nástupu do školy až po ukončení základní školní docházky. Období nástupu do školy je považováno za velký sociální mezník. Toto období a vůbec celý vývoj dítěte je poměrně

dramatický a dynamický děj, nesoucí sebou spousty změn, radostí i strastí. Vzhledem k tomu, že období školního věku je nejdelší ze všech vývojových fází jedince, dělí se na dvě části a to na mladší školní věk a starší školní věk. Někdy se též uvádí střední školní věk. (Matějček, Pokorná, 1998)

1.7.2 Mladší školní věk

Mladší školní věk začíná nástupem dítěte do školy ve věku 6-7 let a trvá do 11-12 let dítěte. Jelikož v tomto období nedochází k tak výrazným změnám ve vývoji dítěte, jako v předchozích obdobích, je též toto období nazýváno obdobím latence.

Tělesný růst je v tomto období poměrně plynulý. Dítě je obratné, vytrvalé a silné, to vede k zájmu o různé sportovní aktivity a kroužky. Dítě získává určitou motivaci a s výkony roste oblíbenost a obdiv. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

V tomto období dospěje dítě do věku tzv. střízlivého realismu, při *kterém je školák plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit svět a věci kolem „doopravdy“*. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 118) K tomu mu slouží cílený akt pozorování, který jde ruku v ruce s rychlým rozvojem řeči a ovlivňuje tak chování, prožívání a činnosti dítěte.

V tomto období dochází též k ustálení krátkodobé a dlouhodobé paměti, která je využívána zejména při učení, které se v tomto období stává plánovité. Dítě poprvé okusí „učit se“. (Vágnerová, 2005) Během školní docházky se začínají ustalovat sociální normy morálního chování a s příchodem logického myšlení je dítě schopno pochopit určité jevy a hodnotové cíle. I když už dítě chodí do školy, tak v jeho vývoji hraje stále velkou roli hra, která už se v tomto období hodně přibližuje skutečnosti.

V druhé polovině mladšího školního věku se výrazně upevňuje mužská a ženská sexuální role. (Valenta, 2001)

1.7.3 Starší školní věk, dospívání

Období staršího školního věku, někdy též nazýváno obdobím dospívání, se začíná v 10 ti letech a končí v 19 ti letech věku dítěte. Mezi 10. až 15. rokem dochází

k velkému vývojovému skoku, založeném na mnohých fyziologických procesech, probíhajících v organismu dítěte. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Urychluje se růst hmotnosti a výšky, dále psychický vývoj, vývoj sexuální a v neposlední řadě se začíná formovat i postava ženská a mužská. Děvčata obecně dospívají dříve a to už od 8. do 18. roku, kdežto chlapci až od 10. do 19. roku. (Pokorná, Matějček 1998) S přibývajícím věkem dochází k ukončení růstu, začíná mohutnět svalstvo a kostra, zvyšuje se tělesná síla a vůbec se zlepšuje fyzická kondice, hbitost, koordinovaný pohyb a rovnováha jedince. Rozvíjí se pohlavní zralost. (Valenta et al., 2001)

V průběhu dospívání dochází ke značným emočním výkyvům, tudíž změnám nálad. Toto období je provázeno aktivním procesem nazývaným hledání identity, kdy adolescent začíná poznávat sám sebe a snaží se i sám sebou být. Kromě toho má také snahu přiblížit se svému ideálu. (Vágnerová, 2005) Charakteristickým rysem pro toto období je rozpor mezi mladší a starší generací, dále rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí, rozpor mezi rolí a statusem a konečně rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti. V některých situacích jedinci reagují impulzivně, nepředvídatelně a mnohdy neadekvátně. Postupem času začne jedinec vyspívat, jeho chování se uklidní, začne si budovat své vlastní hodnoty, postoje a názory, které ovlivní jeho rozhodnutí při výběru budoucího povolání. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

1.7.4 Specifika školního věku u dětí s TP

Nástup do školy představuje nejen pro postižené děti velkou zátěž. Rodiče by měli doma připravit dítěti vhodné a motivující prostředí. V některých případech se stává, že rodiče nejsou smířeni s tím, že jejich dítě je jiné resp. postižené popř. mající nějakou vadu a tak si to kompenzují tím, že na dítě kladou velké mnohdy až nesplnitelné nároky a cíle. Někteří si dokonce nepřipouští, závažnost některých postižení a snaží se o to, aby jejich děti byly integrovány i v případě, kde se to nedoporučuje, či to dokonce ani není možné. Zde je důležitá role učitele a to nejen v běžných, ale i ve speciálních školách, který by měl v případě integrace třídu připravit na to, že přijde do ní žák (spolužák) s postižením. (Šmidová, 1998) Dále by měl učitel hodnotit výkon i chování dítěte a tím mu dát najevo smysl dobře, či špatně vykonané

práce. Tyto aspekty totiž ovlivňují sebehodnocení dítěte, dodávají mu sebedůvěru a jistotu. Dítě je v sebehodnocení ovlivněno názory rodičů, učitelů a dětí. V případě, že se dítě nachází v nepodnětném prostředí a je spíše podceňováno může u něho dojít k pocitu méněcennosti, nejistoty, úzkosti a obavám z dalšího selhání vedoucí někdy až k frustraci, či následné deprivaci dítěte. (Vágnerová, Hajd-Mousová, 1997)

V období dospívání dochází právě k uvědomění si vlastní odlišnosti postižených dětí od zdravých. Velkou roli v sebehodnocení a sociální akceptaci hraje viditelný defekt zevnějšku, který neblaze působí na jejich psychiku a může vést k uzavřenosti, stranění se dítěte a již zmiňované frustraci, či deprivaci. (Slowík, 2007).

1.8 Tělesné postižení

1.8.1 Pojem tělesné postižení

Pojem tělesné postižení je velmi široký. Z hlediska speciální pedagogiky, jej však lze rámcově definovat a specifikovat.

Tělesným, tedy somatickým postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka, v našem případě dítěte. Jedná se především o poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít též o poruchy pohybového a nosného (muskuloskeletálního) aparátu. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005, s. 54)

1.8.2 Klasifikace tělesných postižení

Charakteristickou a tradiční oblastí zájmu somatopedie je problematika života rozvoje osob s poruchami hybnosti, které mohou být primární (následek přímého poškození pohybového ústrojí) nebo sekundární (pohyb je omezen v důsledku jiné nemoci, či poruchy). (Renotiérová, 2003)

- **Pohybové postižení můžeme rozdělit podle pohyblivosti jedince na**

- Lehké – jedinec má schopnost samostatného pohybu
- Středně těžké – umožňuje jedinci pohyb s pomocí ortopedických pomůcek
- Těžké – jedinec není schopen vykonat samostatný pohyb (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005)
- **Nebo můžeme tělesné postižení členit z hlediska hybnosti a to na postižení:**
 - Dolních končetin – důležité pro možnost samostatného pohybu, jedinec není závislý na jiných lidech, má možnost získávat zkušenosti a poznatky a disponuje dobrou prostorovou orientací.
 - Horních končetin – důležité pro sebeobsluhu, kteroukoli pracovní činnost, jedinec může udržovat aktivní styk s okolím a mimo to může vyjadřovat své emoce vůči druhým lidem.
 - Mluvidel a mimiky – toto je důležité pro rozvoj a užívání verbální i neverbální komunikace a vyjadřování emocí. Dále má význam pro uplatnění člověka s pohybovým postižením ve společnosti, na trhu práce a akceptací druhými lidmi.
 - Kombinace předchozích druhů. (Buřvalová, Reitmayerová, 2007)
- Dále se tělesná postižení nejčastěji člení na vrozená, získaná po úraze a získaná po nemoci.

1.8.3 Etiologie tělesného postižení

Tělesné postižení se dělí podle doby vzniku na vrozené tělesné postižení a získané tělesné postižení. U vrozeného tělesného postižení se mohou objevit i další přidružená onemocnění, jakými jsou např.: DMO, či epilepsie. (Ludíková, 2005)

1.8.3.1 Vrozená tělesná postižení

Vrozené tělesné vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatální, perinatální a ranně postnatální. Jsou to například infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, dále parazitální onemocnění

způsobující toxoplazmózu aj., úrazy a psychická traumata, toxické vlivy chemikálií, či léků užívaných v době těhotenství bez doporučení lékaře. Vrozené vady mohou zapříčinit i komplikované porody s kříšením dítěte, protahované nebo překotné porody, klešťové porody či příliš malé nebo velké nedonošené plody. Na nesprávný vývoj dítěte také neblaze působí úrazy s důsledky pro vývoj CNS, většinou do jednoho roku věku dítěte. (Renotiárová, 2002)

- Mezi nejčastější vrozená onemocnění patří
 - **Vrozené vady lebky a páteře** (Brachycefalie, Skafocefalie, Triginocefalie, Makrocefalie, Mikrocefalie, Turicefalie, Plagiocefalie). (Novosad, 2002)
 - **Vrozené vady končetin a růstové odchylky** (Dysmélie, což je porucha zárodečného vývoje končetin, projevující se tvarovou vývojovou odchylkou končetin. Dysmélie zahrnuje amelii neboli vrozené chybění končetiny nebo její úplné nevyvinutí. Dále fokomélii, při které chybí paže a předloktí, tudíž končetiny vyrůstají přímo z trupu. Tyto končetiny jsou nevyvinuté resp. zakrnělé. A v neposlední řadě mikromelii, projevující se neúměrně krátkými a drobnými končetinami vůči tělu). (Ludíková, 2005)
 - **Dětská mozková obrna**

1.8.3.1.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna je především porucha hybnosti i vývoje hybnosti na základě poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo po porodu – tato doba je od narození do 1 roku věku dítěte. (Kraus, Šandera, in Votava a kol., 2005; Machová, 1994) V některých případech až do pěti let věku dítěte a to následkem zánětu mozkových blan, sepse nebo dehydratace. (Velemínský, Tomšíková, Kukla, Kolářová, 2009). I přes to jsou příčiny DMO ve 20 – 30% případů nejasná. (Kotagal, in Votava a kol., 2005).

Termíny spojené s DMO jsou paréza neboli částečné ochrnutí a plegie úplné ochrnutí. Podle lokalizace rozlišujeme monoparézu, paraparézu, diparézu, hemiparézu a kvadruparézu. Diparéza, hemiparéza a kvadruparéza se řadí mezi spastické formy DMO a dyskinetická a hypotonická forma patří k nespastickým formám DMO. K DMO se většinou přidružují i jiná onemocnění jako např. mentální retardace. (Jankovský, 2006) Podle MKN se MR dělí na lehkou (IQ 50-69), středně těžkou (IQ 35-49), těžkou (IQ 20-34) a hlubokou (IQ pod 20). (Votava, 2005) Závažné mentální postižení provází zejména kvadruparetickou a hypotonickou formu DMO. Dalším přidruženým onemocněním DMO je epilepsie, projevující se záchvaty Grand mal a Pettitmal. Dalšími přidruženými onemocněními DMO jsou poruchy sluchu, zraku a řeči, dále růstové problémy a hydrocefalus. (Ludíková, 2005)

1.8.3.2 Získaná tělesná postižení

Mezi příčiny získaných tělesných postižení řadíme deformace, různé typy úrazů a řadu nemocí. Příčiny deformací jsou buď vnitřní neboli fyziologické, do nichž řadíme růstové, konstituční a dědičné vlivy, výživu a nerovnoměrný růst dítěte. A vnější, způsobené prostředím, ve kterém se dítě nachází, a které na dítě působí. Tím, je např. předčasné posazování kojence, nedostatek pohybu, dlouhotrvající sedavá poloha a dnes stále se rozrůstající obezita. (Vítková, 1999). Charakteristickým rysem vrozených deformací bývá nesprávný tvar některé části těla. Ve většině případů je příčinou nesprávné držení těla, které se postupem času může stát návykové a fixované. Nejčastěji bývají diagnostikovány ortopedické vady páteře u dětí školního věku. Ortopedické vady se dělí na tři stupně. Pro první stupeň je charakteristické vadné držení těla, které je schopno dát dítě po upozornění do správné polohy vlastní silou. Ve druhém stupni jdou ortopedické vady vyrovnat pouze s dopomocí a ve třetím stupni už vyžadují chirurgické zákroky nebo léčebně rehabilitační zásahy, mající dlouhodobý charakter. (Renotiérová, 2002).

- Právě důsledkem nesprávného držení těla vznikají některé druhy
 - skolióza, kyfóza, lordóza (Novosad, 2002)

- Těžší postižení představují amputace, které se dále dělí na amputace dolních končetin a horních končetin. Amputace dolních končetin se vyskytují častěji a její příčiny u mladých lidí jsou zejména úrazy, v menší míře, poté nádorová onemocnění. V dnešní době už mají lidé s amputací možnost aktivního života, díky nejrůznějším druhům protetických pomůcek, které nejen náš, ale i světový trh nabízí. Amputace horních končetin nejsou tak časté, dají se také nahradit protetiky, ale bohužel žádná protéza nedokáže nahradit sensitivní funkci ruky neboli dotykové vnímání. (Votava, 2005).
- Závažnou a rozsáhlou problematikou jsou neuromuskulární a svalová onemocnění. Mezi klinické příznaky těchto onemocnění řadíme periferní parézu neboli slabost, hypotonii, atrofii svalové hmoty, bolesti svalů, změnu konzistence svalu, poruchy cití, poruchy chůze (kachní chůze), funkční postižení, aj. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Mezi nejčastější neuromuskulární a svalová onemocnění se řadí:
 - Svalová hypertrofie a myopatie, znamená poškození, či úbytek (atrofii), příčně pruhovaného svalstva. Toto vzniká buď při nečinnosti nebo naopak přetížení, či poranění. Pokud nedojde k poškození svalových i nervových vláken, lze dosáhnout nápravy a regenerace.
 - Progresivní svalová dystrofie, projevující se degenerací svalových vláken příčně pruhovaného svalstva, které jsou následně nahrazovány neplnohodnotnou vazivovou nebo tukovou tkání.
 - Duchennova svalová dystrofie, je dědičné onemocnění postihující pouze mužské pohlaví. Projevuje se častými pády a tzv. Kachní chůzí okolo druhého až třetího roku života. Dochází při ní k postupnému úbytku svalstva ve všech svalech.
 - Charcotova – Marieova – Toothova choroba, projevuje se zánikem osových vláken a myelinových pochev u periferních nervů.
 - Metabolické myopatie, do nichž se řadí např. glykogenózy a enzymopatie. (Jankovský, 2006; Novosad, 2002).

Společným znakem všech těchto jedinců je omezená mobilita nebo imobilita, což je stav, při němž se člověk vůbec nemůže nebo nesmí pohybovat. Jedná se tedy o primární poškození hybnosti, jejíž příčinou je přímé poškození motorického a kinestetického analyzátoru ať části centrální - centrální neuron, motorické oblasti v mozku, či periferní – periferní neuron, obvodové nervové dráhy nebo výkonného pohybového ústrojí – svalů, šlach, kostí a kloubů. Tento stav má nepříznivý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka, zejména v dětském věku. (Renotiérová, 2003)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké terapeutické techniky jsou využívány v zařízeních pro tělesně postižené děti v Jihočeském kraji.

Vzhledem ke komplikacím vzniklým v průběhu zpracování výzkumu se cíl zúžil pouze na jedno zařízení tedy na terapeutické techniky používané u dětí s tělesným postižením při terapiích v centru Arpida v Českých Budějovicích.

2.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Na základě tohoto cíle jsem stanovila jednu hlavní výzkumnou otázku:
HVO – Jaké terapeutické techniky používáte v rámci Vaší terapie u dětí s tělesným postižením?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum. Výzkum byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru se šesti terapeuty z centra Arpida v Českých Budějovicích. Konkrétně byli k účelům této práce osloveni terapeuti, pracující s dětmi s tělesným postižením. Příložené rozhovory nejsou publikovány v originálním znění.

Polostrukturované rozhovory se skládají ze 14 - ti otevřených otázek, rozdělených do čtyř základních okruhů, jakými jsou techniky terapie; pomůcky, zázemí, časová dotace a zkušenosti. Otázky do rozhovoru byly sestavovány na základě prostudované literatury a vlastních zkušeností nabytých při praxi v tomto zařízení.

Výběr terapeutů probíhal na základě vybraných terapií spadajících pod léčebné prostředky systému ucelené rehabilitace, jakými jsou canisterapie, ergoterapie a herní terapie, muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie a hipoterapie.

Polostrukturované rozhovory uskutečněné v centru Arpida s jednotlivými terapeuty jsem následně zpracovala za pomoci schémat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum měl probíhat v zařízeních jihočeského kraje, starajících se o děti s tělesným postižením ve školním věku. Celkem byly osloveny 3 zařízení v jihočeském kraji poskytující dětem s tělesným postižením ucelený systém rehabilitace, přičemž, ale 2 z nich odmítly spolupráci. Na základě této skutečnosti bylo tedy výzkumné šetření prováděno pouze v zařízení Arpida v Českých Budějovicích. Zařízení Arpida je rehabilitační centrum pro osoby se zdravotním postižením. Klienti toho centra jsou děti, mladiství a mladí dospělí lidé s tělesným a kombinovaným postižením.

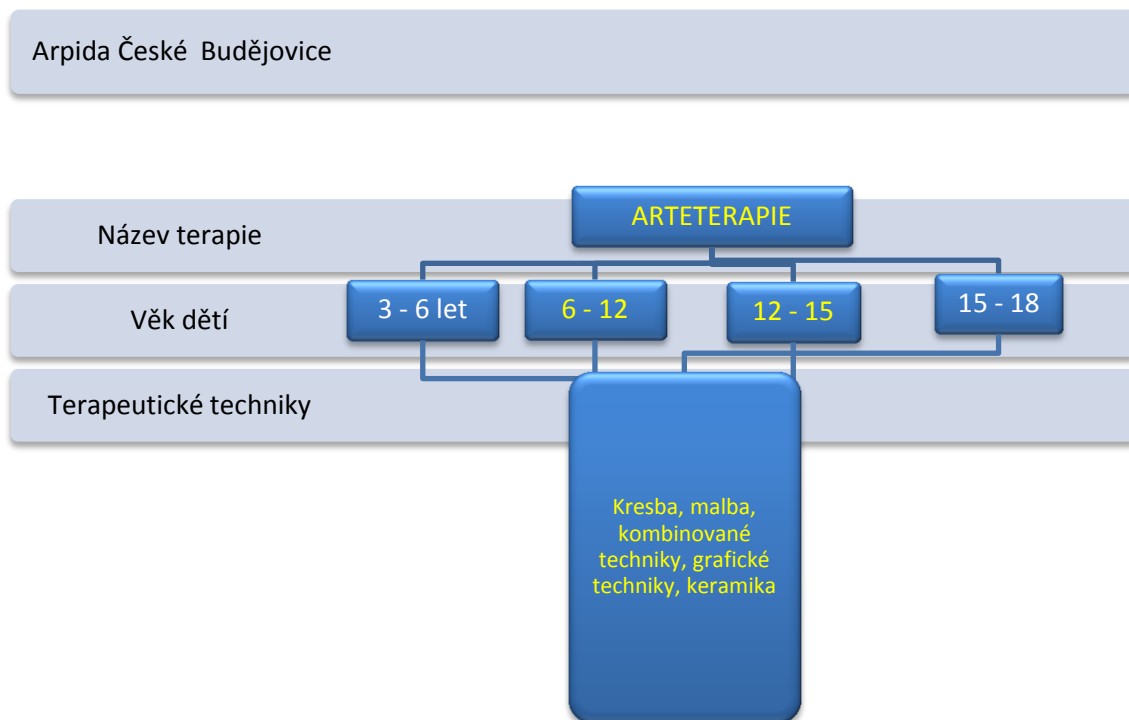
Výzkum probíhal v časovém intervalu od května tohoto roku až do poloviny července tohoto roku.

V první části, která probíhala od května do června, jsem měla možnost účastnit se vybraných hodin terapie, na kterých mi byly ukázány a předvedeny jednotlivé terapeutické techniky používané u dětí s tělesným postižením v rámci jednotlivých specifických terapií. Zároveň jsem měla možnost vidět i pomůcky, které jsou u jednotlivých technik využívány.

V druhé části výzkumného šetření, která probíhala v první polovině července, jsem s terapeuty provedla rozhovory, kterých bylo celkem šest. Tyto rozhovory jsou přiloženy v příloze a nejsou uvedeny v originálním znění.

4 Výsledky

Schéma č. 1 - Terapeutické techniky používané v rámci arteterapie v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let



Zdroj: vlastní výzkum.

Ze schématu vztahujícího se k první otázce rozhovoru plyne, že centrum Arpida v Českých Budějovicích poskytuje v rámci arteterapie dětem ve věku od 3 do 18 – ti let totožné terapeutické techniky, jakými jsou kresba, malba, kombinované techniky – vosk, apod. dále grafické techniky a keramiku.

Pro účel této práce jsou nejdůležitějšími údaji ty, které jsou označeny žlutě a vztahují se k technikám používaným při arteterapii u dětí školního věku, jakými jsou kresba, malba, kombinované techniky jako např.: vosk apod., dále grafické techniky a práce s keramikou.

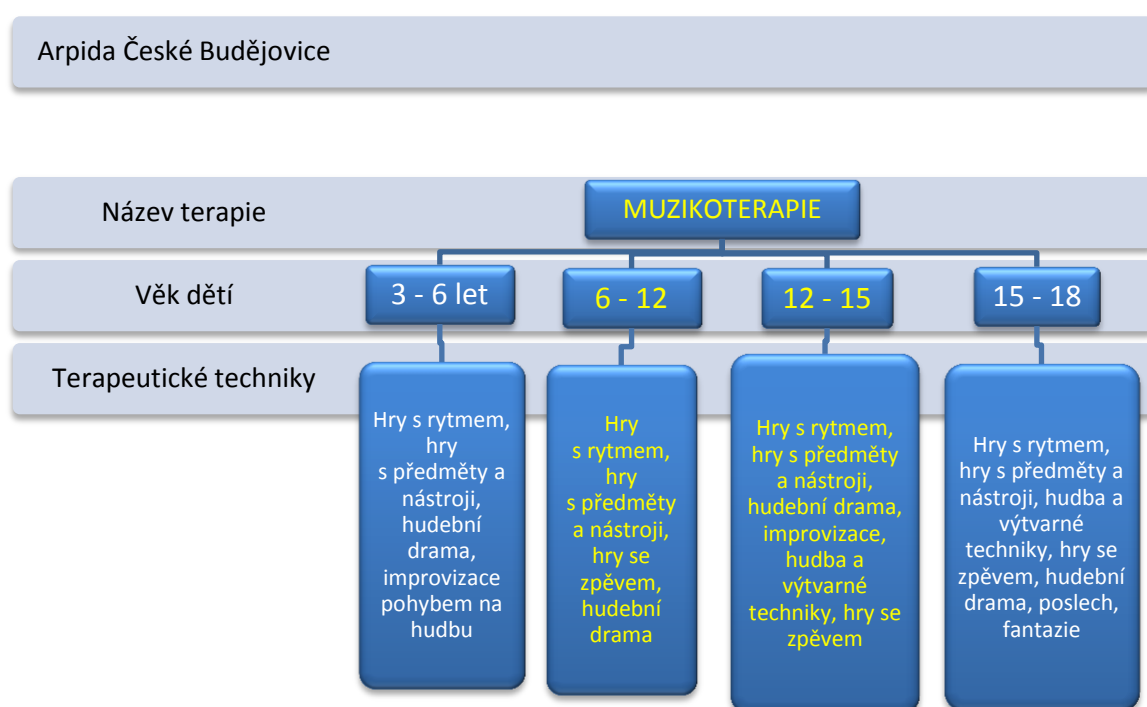
Z rozhovoru s paní arteterapeutkou z centra Arpida (viz.: příloha č. 1) dále vyplývá, že techniky jsou prováděny se skupinou maximálně 6 dětí, přičemž každé dítě si pracuje individuálně na společném tématu přibližně 4 hodiny pod dohledem jednoho arteterapeuta.

Pro vykonávání těchto technik jsou nezbytné pomůcky jako papír ořez, vodové barvy, štětce, akvarelové barvy, olejové barvy, brka, dřívka, pastelky, šamotová hlína, špejle, vosk, pero a redispero. Děti dle slov dotazované nejraději pracují s těmito pomůckami tužky, vodové barvy a štětce, pastelky, olejovky a akvarelové barvy. Když si mohou vybrat techniku, tak mají nejraději kresbu.

Arteterapie probíhá každý týden v místnosti zvané Ateliér, která se nachází v komplexu zařízení Arpida. Dotazovaná má k dispozici veškeré pomůcky, které potřebuje, v případě, že nějaká chybí, vyrobí si ji sama nebo za pomoci dětí.

Z rozhovoru také plyne, že v případě možnosti si dotazovaná vyměňuje zkušenosti s kolegy nejen z Čech, ale i ze zahraničí, jak ale sama vzápětí dodává, nejraději čerpá z vlastních zkušeností nabytých dlouholetou praxí.

Schéma č. 2 - Terapeutické techniky používané v rámci muzikoterapie v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let



Zdroj: vlastní výzkum.

Toto schéma vypovídá o tom, jaké muzikoterapeutické techniky jsou používány u dětí s tělesným postižením v rámci muzikoterapie. Pro náš výzkum jsou důležité žlutě zvýrazněné položky schématu.

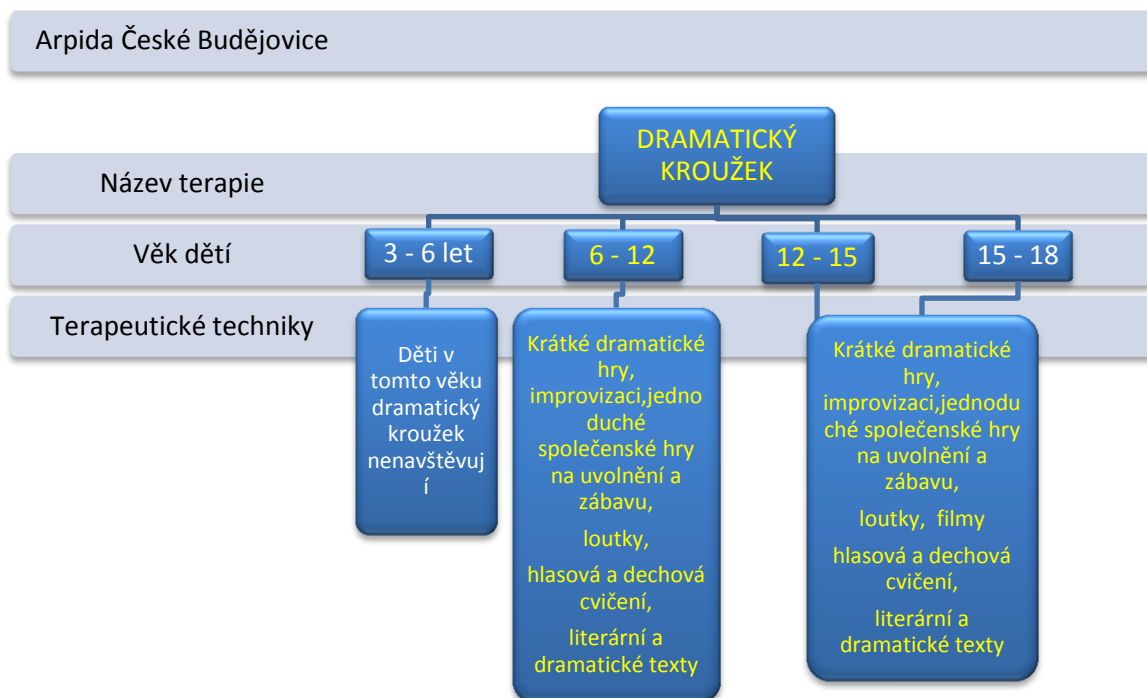
Dále je z rozhovoru (viz.: příloha č. 2.) patrné, že muzikoterapie probíhá jak skupinově, tak i individuálně, důležité je za jakým účelem a cílem se muzikoterapie provádí.

Počet dětí při muzikoterapii je omezen na maximálně 9 dětí, přičemž délka muzikoterapie je 45 minut a probíhá pravidelně 2x týdně. Ve většině případů přímo ve třídách či v místnosti (v pracovně) muzikoterapeuta. U dětí s těžší formou tělesného postižení je nutná přítomnost zhruba 5 ti dospělých osob a muzikoterapeuta, to proto, aby se mohly věnovat dětem a v případě potřeby jim pomoci například držet nástroj, nebo kteroukoli jinou pomůcku a hrát na něho.

Nejčastěji využívanými pomůckami v muzikoterapie v centru Arpida v ČB jsou z nástrojů - Chrota, klavír, Oceandrum, dešťové hole, bubínky, triangel, kuliťuk a další. Z předmětů poté kamínky, kuličky, voda, deštník, obrázky související s textem zpívané písně a aktuálním dějem, dešťové kapky, rybník, moře, oceán, cvrček, čmelák, včelky, kytičky, vlčí mák, sluníčko, mraky, dále pak umělé třešně, košík, nejrůznější hračky a další.

Mezi nejoblíbenější techniky muzikoterapie u dětí s tělesným postižením ve školním věku v centru Arpida z pohledu muzikoterapeutky patří hry s předměty a nástroji, dále pak hudebně dramatické hry a hry se zpěvem. V neposlední řadě mají děti též rády hry s rytmem.

Schéma č. 3 - Terapeutické techniky používané v rámci dramatického kroužku v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let.)



Zdroj: vlastní výzkum.

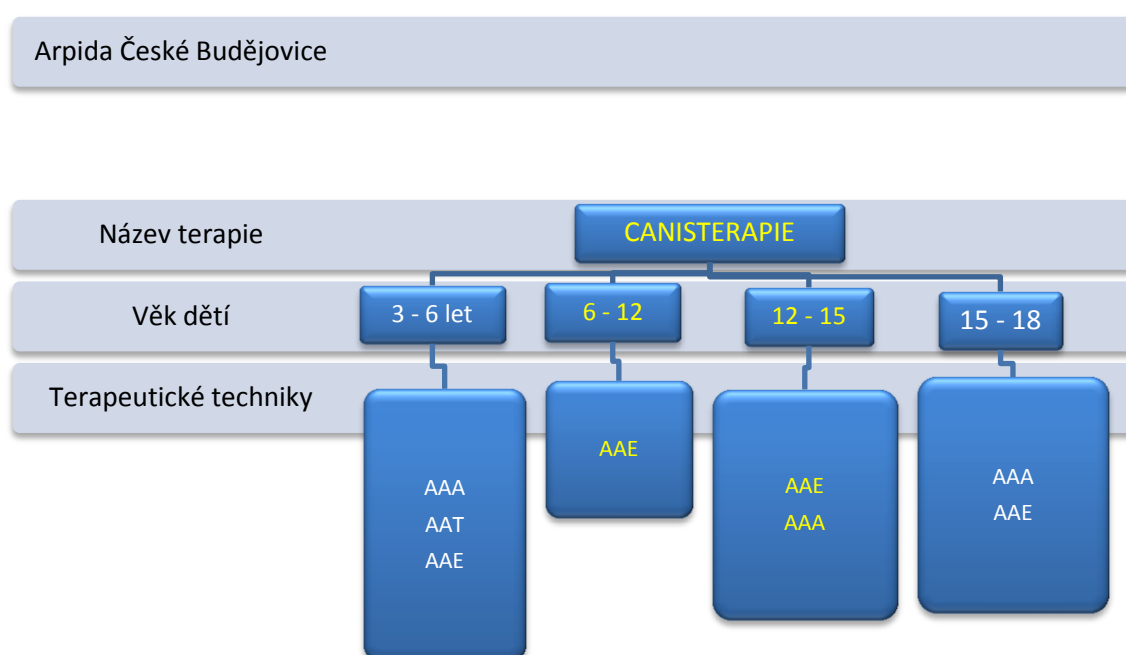
Toto schéma vypovídá o technikách používaných v rámci dramatického kroužku v centru Arpida v ČB žlutě označené ty techniky vztahující se ke školnímu věku.

Z rozhovoru (viz.: příloha č. 3) je patrné, že se nejedná o dramaterapii ani dramatickou výchovu, ale pouze o Dramatický kroužek, v rámci něhož probíhají činnosti, které mohou z krátkodobého hlediska přinášet klientům uvolnění či sebereflexi a z dlouhodobého hlediska jisté pozitivní výsledky v jejich osobnostním rozvoji. Nejedná se tedy o plánovanou a řízenou činnost zaměřenou na rozvoj dovedností orientovat se v různých sociálních situacích a přiměřeně na ně reagovat.

Dramatický kroužek navštěvuje 6 až 8 dětí společně s jednou až třemi dospělými osobami, jednou týdně. Tento kroužek probíhá ve školních třídách či prostorách, které slouží v Arpidě i k jiným účelům.

Nejčastěji využívanými pomůckami jsou a dle pohledu terapeuta jsou dětmi nejvíce oblíbené hodiny, při kterých se natáčí krátké i delší filmy. Velký úspěch sklídl tento kroužek letos na Mental Power Prague Film Festival, kde získal 1. místo za film Kolečko. Další oblíbenou činností dětí v rámci kroužku jsou krátké dramatické hry s prvky improvizace, na které si v případě potřeby i samy vyrábějí nebo přinášejí pomůcky a rekvizity.

Schéma č. 4 - terapeutické techniky používané v rámci canisterapie v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let.



Zdroj: vlastní výzkum.

Pro výzkum jsou z tohoto schématu nejdůležitějšími údaji, ty které jsou zbarveny červeně, a ze kterých vyplývá, jaké techniky se používají v rámci canisterapie u dětí s TP ve školním věku.

Z rozhovoru (viz.: příloha č. 4) lze vyvodit, že skupinové terapie se v průměru účastní 10 dětí.

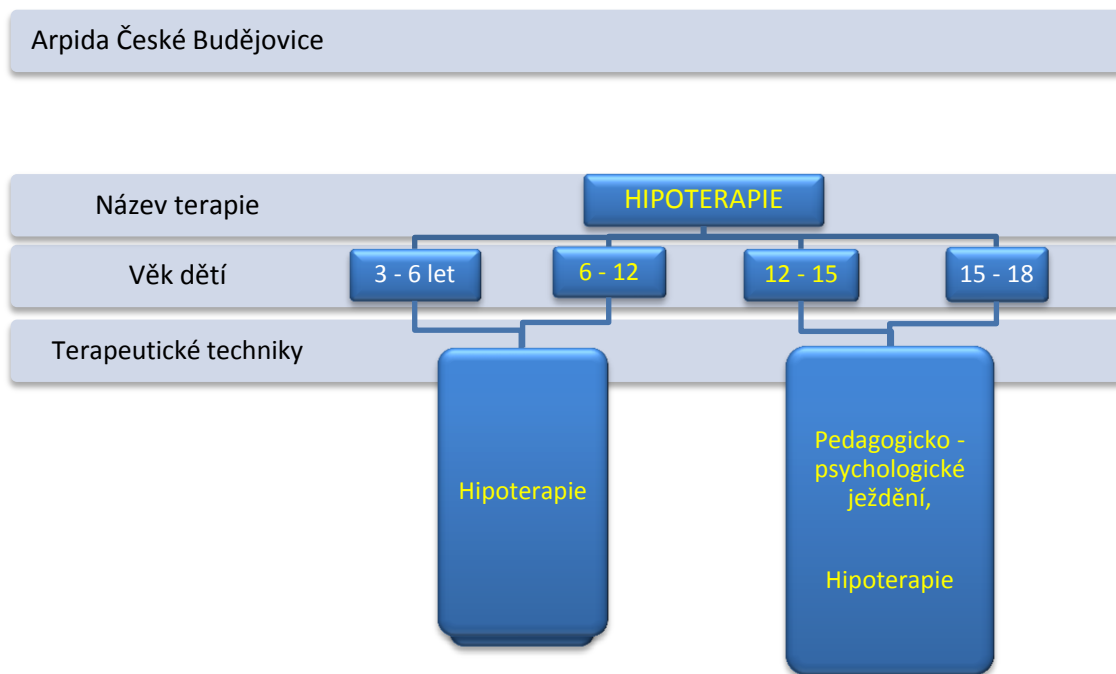
Individuální terapie probíhá samostatně s jednotlivcem. Minimálně se canisterapie účastní dva dospělý, přičemž minimálně jeden je canisterapeut. Maximální počet dospělých není přesně stanoven, ale většinou se pohybuje okolo deseti dospělých.

Canisterapie v Arpidě probíhá většinou v tělocvičně v těchto časových blocích: AAT – polohování probíhá 1/14 dní a to půl hodiny, AAA – probíhá nepravidelně, dle objednání. Délka trvání 1 a půl hodiny, AAE – probíhá v zařízení a slouží zejména k prevenci úrazů, její délka je cca 1 hodina.

Z pohledu canisterapeutky mají děti nejvíce oblíbené AAA – tunely, kdy z vlastních těl vytvoří jaký si tunel, kterým pejsek probíhá. Dále pak podlézání pejsků dětmi, aportování, kdy děti pejskovi hází míček a on jim nosí. V neposlední řadě také piškotování – piškoty se rozmístí různě na těla dětí a pejsek je musí najít a když je najde tak je za odměnu sní. Dále je dětmi oblíbená technika AAT – polohování a na třetím místě AAE – technika edukace a učení.

Z rozhovoru lze také vyčíst, pomůcky používané při canisterapii v Arpidě u dětí s TP v ve školním věku, jakými jsou obojek a vodítko pro pejska, mističky – na počítání, hračky, pamlsky, kartičky s barvami, se zvířaty. Při polohování pak polohovací matrace, či deka.

Schéma č. 5 - Schéma terapeutické techniky používané v rámci hipoterapie v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let.



Zdroj: vlastní výzkum.

Z rozhovoru (viz.: příloha č. 5) plyne, že se hipoterapie v centru Arpida se provádí vždy individuálně, za přítomnosti 3 dospělých osob, z nichž jeden je vždy hipolog a dva dělají záchranu.

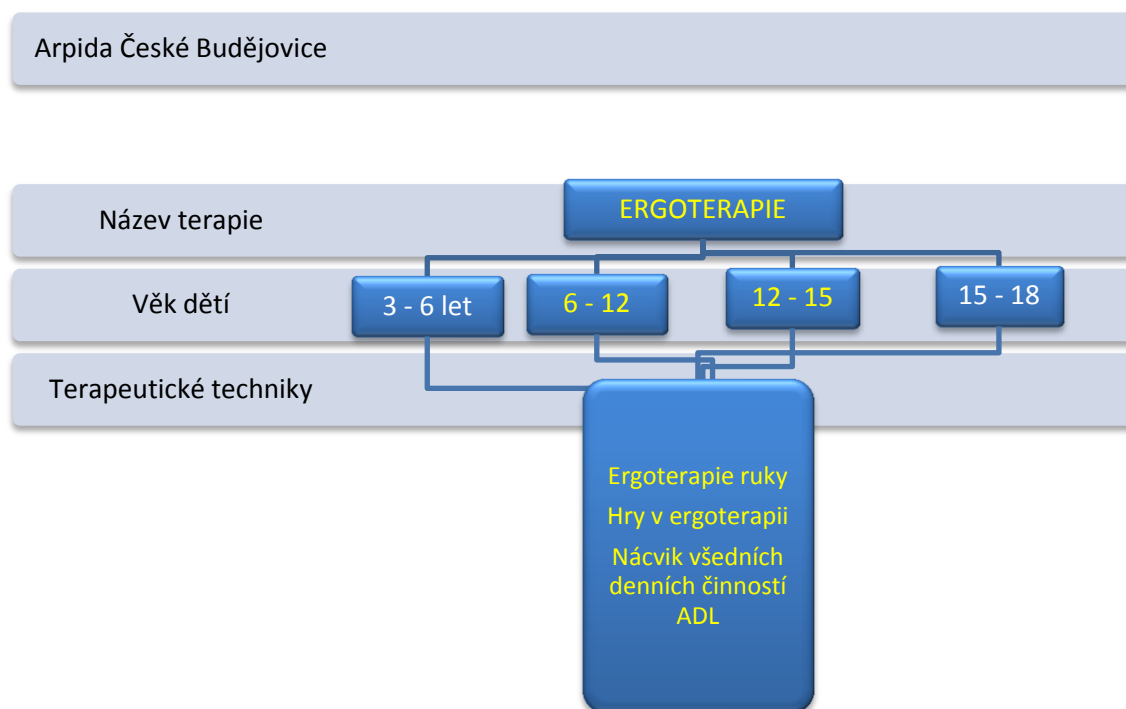
Terapie probíhá každý den 2 hodiny. A střídají se při ní 2 koníci, každý jednu hodinu. A klienti se střídají po 15 minutách. Hiporehabilitace v Arpidě probíhá od pondělí do čtvrtka, buď v uzavřených prostorách pískové jízdárny sloužící k pedagogicko-psychologickému ježdění, nebo venku chodí se po přímých lesních cestách, či hrázích rybníka a to při hipoterapii.

Vzhledem k tomu, že hipoterapie probíhá v opačném sedu než je zvykem (dítě má hlavičku u ocasu dítěte), chtějí děti nejraději jezdit popředu, dále je baví polohy blížící se přirozenému pohybu. A poloha, ve které se uvolní, kdy si lehnou na koně a odpočívají (opět v obrácené poloze – hlava u ocasu koně)

Nezbytnými pomůckami jsou deka, madla – pokud jede dítě popředu, tak se za ně drží. Pokud se jede pozadu, tak deka; podložka pod dolní čelist, bradu a předloktí (aby nebyla srst v přímém kontaktu s kůží kvůli hygieně); třmeny u madel – cíleně indikované rehabilitace Achillovy šlachy a helma.

U pedagogicko – psychologického ježdění se používají např. ještě koše na tyči, do kterého se hází míč, to je pro ty straší. A pro menší jsou různě umístěné obrázky, kam mají jet např. vpravo k Rákosníčkovi.

Schéma č. 6 - Schéma - terapeutické techniky používané v rámci ergoterapie v centru Arpida u dětí s tělesným postižením ve věku 3 – 18 let



Zdroj: vlastní výzkum.

V rozhovoru (viz.: příloha č. 6) je řečeno, že ergoterapie v Arpidě probíhá individuálně v pracovních ergoterapeutů, v Arpidě jsou tři, ale také dle potřeby mohou

využívat jak tělocvičnu – pro nácvik HM a i cvičný bezbariérový byt, jehož součástí je vybavená a upravená kuchyně, koupelna a záchod.

U klientů Arpidy je terapie realizována 1 – 2 x týdně s časovou dotací půl hodiny. U rehabilitačních pobytů je ergoterapie indikována denně tzn. 10 x za 14 dní opět s časovou dotací půl hodiny.

Většinou všechny činnosti a aktivity jsou klienty přijímány kladně, nejméně oblíbenými jsou nácviky ADL – svlékání, oblékání, zapínání zipu, knoflíků, vázání tkaniček. Oproti tomu i – ADL – např. vaření a příprava pokrmů je celkem oblíbená, nicméně trénink domácích prací je opět méně oblíbeným.

Nejčastěji používanými hrami v rámci her v ergoterapii jsou dle rozhovoru hry funkční, manipulační, napodobovací, úlohové a tématické hry, na konstruktivní hry, pohybové a rytmičko - hudební hry, receptivní a sensorické hry, didaktické hry, hry společenské a destruktivní hry.

5 Diskuze

Ucelený systém rehabilitace hraje v péči o děti s tělesným postižením velkou roli, protože efektivně spojuje prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní. Předpokladem pro úspěch je vytvoření multidisciplinárního týmu složeného z odborníků, majících v týmu své specifické postavení, odpovědnost a snahu o naplňování interdisciplinárních vztahů. Mimo odborníků jsou součástí uceleného systému i rodiče dětí s postižením, kteří jsou aktivními členy tohoto týmu. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005) Všichni dotazovaní terapeuti z centra Arpida se shodli na tom, že nelze provádět pouze jednu terapii, která by vedla ke zlepšení zdravotního stavu dítěte. Je proto dle jejich slov nutné pracovat jako tým, sestavovat společně individuální plány dětem s tělesným postižením a propojovat tak jimi poskytované terapie a aplikované techniky, tak aby díky komplexní ucelené péči systému rehabilitace došlo k propojení všech složek vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu dětí s tělesným postižením. Vzhledem k tomu, že nezbytnou součástí USA jsou i rodiče, jak již bylo řečeno, připravují pro ně terapeuti v případě, že to lze např.: jednoduché plánky cvičení, které je doma třeba s dětmi procvičit.

V rámci uceleného systému rehabilitace jsou v centru Arpida poskytovány a prováděny tyto terapie – Ergoterapie, Arteterapie, Muzikoterapie, Dramatický kroužek a Animoterapie konkrétně Canisterapie a Hipoterapie.

Ergoterapie se dělí do čtyř oblastí a to do kondiční ergoterapie, dále ergoterapie cílené na postiženou oblast, poté na ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění a v neposlední řadě na ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti. (Jankovský, 2006) Z rozhovoru s paní ergoterapeutkou je patrné, že u dětí s TP ve školním věku je praktikována zejména kondiční ergoterapie napomáhající zlepšení psychického stavu dítěte, dále ergoterapie začleněna na cílenou oblast, do které spadá například ergoterapie ruky a konečně ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti neboli nácvik všedních denních dovedností ADL. Nedílnou technikou ergoterapie jsou i hry v ergoterapii, které Vodáková, Dyrťová, Cettlová, Beránek (2007) dělí na hry funkční, manipulační, napodobovací, úlohové a tématické hry, na konstruktivní hry dále

pohybové a rytmicko - hudební hry, receptivní a sensorické hry, didaktické hry a hry společenské. Dotazované ergoterapeutky používají vyjma těchto her ještě hry destruktivní vedoucí k rozvoji myšlení. Nejčastější pomůckou (hračkou) destruktivních her je stavebnice. Hlavním cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a pokud možno zlepšení zdravotního stavu vedoucí ke zvýšení kvality života (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009) O naplnění tohoto cíle se v maximální možné míře snaží i dotazované ergoterapeutky.

Pomocí arteterapie mají děti s tělesným postižením možnost změnit názor nejen na sociální postavení, ale i na jeho výtvarné vyjadřování. K tomu jim pomáhá výtvarný projev. (Pipeková, Vítková, 2001) S tímto tvrzením souhlasí i dotazovaná paní arteterapeutka, která v poslední době využívá při práci s dětmi spíše Artefiletiku, která, ale vychází z arteterapie. Dle jejího názoru mají děti možnost popustit uzdu své fantazie a svých přání, které mohou zvěčnit ve svých obrazech a malbách.

Jebavá (1997) uvádí, že velice důležitou roli hrají v této terapii barvy, jejichž použití, lze přiřadit například ke čtvero ročním obdobím. S jarem se vše probouzí a září, proto v obrázcích převažují barvy žlutě, které jsou v létě obohaceny o kontrast červené a zelené barvy. Naopak na podzim dochází k návratu k zemitým k hnědým zeleným dokonce i fialovým odstínům, přecházejících v zimě ve studené tóny modré až modrofialové barvy. S významem, použitím, ale i ošemetností barev souhlasí i dotazovaná paní arteterapeutka, která, jak v rozhovoru zmínila, nerada s dětmi pracuje s černou barvou, které je sice moc hezká a tajemná, ale zvolit hustotu a míru je ne vždy jednoduché a ne vždy přidá obrázku na „šmrncu“. Ovšem neznamená to, že by s černou barvou v průběhu hodin nepracovaly. Mimo barev používají také uhly, plastelínu, papírky, čtvrtky, lepicí pásy, přírodniny apod. Dle slov dotazované záleží na druhu zvolené činnosti a také na stupni postižení, některé pomůcky si děti vyrábějí samy, jiné jsou již zakoupené a některé si dokonce sama dotazovaná vyrábí. Jak uvádí Šicková – Fabrici (2002) a Campbellová (1998) při skupinové tvorbě, lze využít řadu nenákladných výtvarných prostředků, které budou vyhovovat potřebám skupiny a zároveň budou podněcovat jejich tvořivý potenciál. Dotazovaná v rozhovoru uvádí, že

nejčastějšími technikami v rámci hodin jsou kresba, malba, kombinované techniky zahrnující mimo jiné i vosk, grafické techniky a keramika. Campbellová (1998) uvádí totožné techniky.

Cílem artefiletiky je rozšířit kulturní znalosti, rozvíjet sociální kompetence a působit preventivně v oblasti psychosociálního selhávání jedince. (Slavíková, 2007) Dle dotazované umožňuje dětem Artefiletika, prožitek z tvorby, který vyvrcholí např. vernisáží v Arpidě, Andělskou aukcí, účastí na mezinárodních, či celosvětových soutěžích apod. Jak ale vzápětí dodává, ve většině případů talent samotný nestačí, ale systematickou prací a vytrvalostí jedinců, lze dosáhnouti nemalých úspěchů.

Muzikoterapie je jednou z terapií v rámci léčebných prostředků uceleného systému rehabilitace u dětí s tělesným postižením. Jde o terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií, které pracují s výrazovými uměleckými prostředky a mohou mít hudební, dramatické, výtvarné nebo pohybové rysy. (Kantor, Lipský, Weber, a kol., 2009) Dle dotazované se u dětí s tělesným postižením v rámci použití výše zmiňovaných prostředků snaží primárně o procvičení jemné a hrubé motoriky a také koordinace těla dětí. Tuto myšlenku doplňuje ještě o názor, že v muzikoterapii, je jednou z nejdůležitějších věcí cíl a cílevědomé působení, za kterým se daná technika ať už s jednotlivcem, či skupinou provádí. Tento názor propaguje i Moreno (2005), který uvádí, že se jedná o cílevědomý proces, během kterého muzikoterapeut pomáhá klientovi zlepšit udržet, popřípadě obnovit duševní pohodu, za využití hudebních prožitků. Na tuto myšlenku navazuje i Šimanovský (2007), který již uvádí konkrétní techniky, jakými lze této pohody docílit. Těmi technikami jsou hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, improvizace pohybem na hudbu, hry se zpěvem, hudba a výtvarné techniky, hudebně dramatické formy a v neposlední řadě poslech, fantazie a relaxace. Dotazovaná paní muzikoterapeutka deklaruje, že u dětí s tělesným postižením ve školním věku využívá těchto technik - hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hudební drama, improvizace, hudba a výtvarné techniky, hry se zpěvem, poslech, fantazii a relaxaci. Tím pádem se ztotožňuje s Šimanovským. (Valenta, 2005) popisuje dvě formy muzikoterapie a to individuální a skupinovou. Dotazovaná se přiklání nebo spíše

nejčastěji v zařízení provádí formu skupinovou. (Šimanovský, 2007) píše, že nejoblíbenější technikou v rámci skupinové muzikoterapie u dětí se specifickými potřebami jsou hry s rytmem. Z pohledu paní muzikoterapeutky jsou dětmi s tělesným postižením nejvíce oblíbenými technikami hry s předměty a nástroji především chrota, oceandrum, bubínky, kuličky, a tamburínky, dřívka, xylofony. Dále pak hudebně dramatické hry a hry se zpěvem. V neposlední řadě mají děti též rády hry s rytmem.

Co se týče dramaterapie, tak Valenta (2007) uvádí mimo jiné tyto techniky citová exprese, skupinová interakce, tělesná aktivace, exprese a komunikace, skupinová percepce a skupinová tvořivost. Vzhledem k tomu, že se v centru Arpida provozuje pouze dramatický kroužek, tak se názory terapeuta trochu liší, ale je to pochopitelné, proto terapeut v rozhovoru uvádí, že používá pouze tyto techniky krátké dramatické hry s prvky improvizace se zadaným tématem a pravidly, improvizaci, jednoduché společenské hry na uvolnění a zábavu, práce s loutkami, dále dechová a hlasová cvičení, s dětmi staršího školního věku ještě natáčejí krátké filmy. Poněkud jiné definování dramaterapeutických technik uvádí Hickson (2000) a sice tělo v akci, hlas v akci, smysly v akci, hry v akci, obrazy v akci a scénky v akci. S těmito technikami se dotazovaný ztotožňuje více než s technikami uváděnými Valentou (2007).

Další terapií používanou v rámci USR v zařízení Arpida je Animoterapie. Nejčastěji prováděnou terapií Animoterapie je canisterapie a hipoterapie. Mimo ty se ještě u některých klientů aplikuje i felinoterapie a ornitoterapie a další (Svobodová a kol., 2009) Z rozhovoru s animoterapeuty z centra Arpida vyplývá, že s dětmi s tělesným postižením provádějí canisterapii a hipoterapii.

(Galajová, Z., Galajová, L., 2011) definuje canisterapie jako terapii, jejímž základem, je léčebné působení psa na člověka, přičemž nezáleží na rase, ale na povaze psa, který musí projít a úspěšně splnit relativně náročnou zkoušku. To potvrzuje i dotazovaná paní canisterapeutka, která tuto terapii provádí s labradorkou a borderkolíí. Také v rozhovoru zdůrazňuje, náročnost zkoušky, která je ovšem na místě, protože nesmí v žádném případě a za žádné situace pejska na nikoho zaútočit. O vhodnosti plemen debatují například i (Svobodová, 2009) a (Nerandžič, 2006), kteří dokonce uvádějí, že canisterapii lze provádět i s jorkšírem. Já jsem měla dokonce možnost účastnit se

canisterapie s Tibetskou dogou. Všichni tito psi pomáhají zlepšovat komunikaci, zdokonalovat jemnou a hrubou motoriku a všeobecně aktivovat tělesně postižené dítě. (Nerandžič, 2006). K tomu, aby těchto cílů dosáhla, používá dotazovaná canisterapeutka tyto techniky - AAA, AAT a AAE, samozřejmě vše v závislosti na typu a stupni tělesného postižení. Přičemž pro procvičení jemné a hrubé motoriky používá techniky AAA, u dětí s těžkým tělesným postižením, trpící silnou spasticitou aplikuje převážně AAT, pro uvolnění a relaxaci, v případě, že to lze i AAA a konečně u dětí staršího školního věku v rámci prevence úrazů psem i AAE. Tyto techniky ve svých dílech uvádějí všichni autoři píšící o canisterapii.

Hipoterapie je hojně využívanou terapií v rámci animoterapie. Léčebně při ní působí zejména trojrozměrný pohyb koňského hřbetu, na kterém dítě sedí. (Votava a kol., 2005) Jak v rozhovoru uvádí pan hipolog z centra Arpida, děti na koni sedí v opačné poloze, tzn.: že mají hlavu u ocasu koně, to proto, aby děti lépe udržely stabilitu na koni. U dětí s tělesným postižením se nejčastěji využívají dvě techniky, jakými jsou hipoterapie a pedagogicko – psychologické ježdění. (Svobodová, 2009) Jak vyplývá z rozhovoru, aplikují tyto dvě techniky i v centru Arpida. Hipoterapii provádí především ve venkovních prostorách, zejména na lesních cestách a hrázích rybníka, které jsou nedaleko centra Arpida. (Nerandžič, 2006) uvádí, že by se při hipoterapii mělo využívat rovných přímých cest. Jak je dále z rozhovoru s hipologem patrné, používají v Arpidě i druhou techniku a to pedagogicko-psychologické ježdění, které probíhá buďto v pískových jízdárnách či na přilehlé louce. (Pipeková, Vítková, 2001) uvádí, že kolébkou pedagogicko – psychologického ježdění je Francie. Jak plyne z rozhovoru, účastnil se dotazovaný společně s kolegy výměnného pobytu hipoterapeutů ve francouzské Bretani, kde sbíral nové zkušenosti.

Všechny prováděné techniky v rámci jednotlivých terapií, jsou odvozeny od aktuální nálady dětí a jednotlivá témata jsou vybírána na základě aktuálního dění kolem.

6 Závěr

Z výše uvedených kapitol je patrné, jaké terapeutické techniky jsou využívány u dětí s tělesným postižením ve školním věku v rámci specifických terapií v zařízení Arpida a jaké pomůcky jsou k nim potřeba.

Důležitou roli zde hraje systém ucelené rehabilitace, který umožňuje komplexní péči o tyto děti. Jednou ze součástí uceleného systému rehabilitace jsou léčebné prostředky zahrnující již zmiňované terapie, prováděné za pomoci terapeutických technik, cílených na postiženou oblast.

V současnosti je v praxi využíváno mnoho terapeutických technik, které blahodárně působí na zdravotní stav klientů. Bohužel jen zlomek z nich je prováděn v rámci systému ucelené rehabilitace. Na základě toho by mohla tato práce sloužit jako informativní a inspirativní materiál nejen pro odborníky, ale i širokou veřejnost.

Jedním z takovýchto zařízení je právě Arpida v Českých Budějovicích, pracující právě na bázi systému této péče, ve které poskytuje dětem s tělesným postižením terapeutické techniky, které slouží především k rozvoji jemné a hrubé motoriky, k nácviku běžných denních činností, dále přispívají k rozvoji kognitivních funkcí a kreativity, vedou děti k samostatnosti, estetickému, hudebnímu a dramatickému cítění. V neposlední řadě slouží k seberealizaci, ale i k sebekritice dětí.

Tyto techniky jsou prováděny vždy za určitým cílem a to v rámci canisterapie, hipoterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie. Důležitým prvkem je propojení všech zúčastněných stran od terapeutů přes děti až po rodiče. Jedině tak, lze dosáhnout účinku a úspěchu v léčbě.

Vzhledem k tomu, že v dnešní době není moc zařízení, které by dětem s tělesným postižením poskytovaly služby v rámci uceleného systému rehabilitace, je práce nejen terapeutů, ale celého kolektivu v zařízení Arpida v Českých Budějovicích o to cennější.

7 Zdroje

1. BUŘVALOVÁ, Denisa, REITMAYEROVÁ, Eva.: Tělesně postižený. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4 s. 24
2. CAMPBELLOVÁ, Jean.: Techniky arteterapie. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-428-1 s. 199
3. DYLEVSKÝ, Ivan.: Základy anatomie. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-886-7 s. 271
4. EISERTO VÁ, Jaroslava., ŠVESTKOVÁ, Renata.: Pobytové a volnočasové aktivity se zaměřením na problematiku canisterapie. České Budějovice: ZSF JCU, 2011 ISBN 987-80-7394-294-6 s. 104
5. GALAJOVÁ, Lenka., GALAJOVÁ, Zdenka.: Canisterapie. Praha: Portál:2011. ISBN 978-80-7367-879-1 s. 167
6. HICKSON, Andy.: Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-387-0 s. 167
7. JANKOVSKÝ, Jiří.: Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5 s. 173
8. JAKOVSKÝ, Jiří., PFEIFFER, Jan., ŠVESTKOVÁ, Olga.: Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. ČB: JU ZSF, 2005. ISBN 80-7040-826-X s. 103
9. JEBAVÁ, Jana.: Úvod do arteterapie. Praha: UK, 1997. ISBN 80-7184-394-6 s. 95
10. JELÍNKOVÁ, Jana., KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária., ŠAJTAROVÁ, Ludmila.: Ergoterapie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7 s. 270
11. KANTOR, Jiří.: Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9 s. 295
12. KRATOCHVÍL, Stanislav.: Základy psychoterapie, 4. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8 s. 403

13. LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ.: Vývojová psychologie. Vyd. 2. Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9 s. 368
14. LIEBMANN, Marian.: Skupinová arteterapie. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3 s. 279
15. LUDÍKOVÁ, Libuše.: Kombinované vady. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1154-7 s. 140
16. MACHOVÁ, Jitka.: Biologie člověka pro speciální pedagogy. 2. Vydání. Praha: Karolinum, 1994. 263 s ISBN 80-7066-980-2 s. 263
17. MATĚJČEK, Zdeněk., POKORNÁ, Marie.: Radosti a strasti; předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk. Jinočany: H+H, 1998. ISBN 80-86022-21-8 s. 205
18. MERKUNOVÁ, Alena., OREL, Miroslav.: Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. Praha: Grada, 2008 ISBN 978-80-427-1521-6 s. 302
19. MORENO, J., Joseph.: Rozehrát svou vnitřní hudbu. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-980-1 s. 127
20. NEDRAŽIČ, Zoran.: Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8 s. 159
21. NOVOSAD, Libor.: Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - somatopedie - studijní texty pro distanční a kombinované studium. Liberec: TU, 2002. ISBN 80-7083-563-X s. 79
22. PIPEKOVÁ, Jarmila kol.: Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6 s. 234
23. PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie.: Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7 s. 165
24. RENOTIÉROVÁ, Marie.: Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0873-2 s. 290
25. RENOTIÉROVÁ, Marie.: Somatopedické minimum. Olomouc: UP, 2002. ISBN 80-244-0532-6 s. 87

26. SLAVÍKOVÁ, Vladimíra.: a kol.: Tvořím, tvoříš, tvoříme. Praha: PF UK 2007. ISBN 978-80-7290-341-2 s. 28
27. SLOWÍK, Josef.: Speciální pedagogika.: Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3 s. 161
28. SVOBODOVÁ, Ilona. A kol.: Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti. Praha: ČZU, 2009. ISBN 978-80-213-1912-7 s. 107
29. ŠICKOVÁ- FABRICI, Jaroslava.: Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0 s. 167
30. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk.: Hry s hudbou a techniky muzikoterapie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-3390 s. 246
31. ŠMIDOVÁ, Mária.: Prístup k deťom s telesným postihnutím. Trnava: SAP, 1998. ISBN 80-88908-19-1 s. 98
32. TORROVÁ, Kateřina.: Poruchy autistického spektra, Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-091-7 s.
33. UZLOVÁ, Iva.: Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. Praktický průvodce pro osobní a pedagogické pracovníky. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0 s. 135
34. VÁGNEROVÁ, Marie.: Vývojová psychologie I., dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8 s. 467
35. VÁGNEROVÁ, Marie., HAJD-MOUSSOVÁ, Z.: Psychologie handicapu, část 4, Školní věk a dospívání postiženého dítěte. Liberec: TU, 1997. ISBN 80-7083-212-8 s.
36. VALENTA, Milan.: Dramaterapie. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4 s. 252
37. VALENTA, Milan.: Dramaterapie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5 s. 150
38. VALENTA, Milan., a kol.: Herní specialista. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0345-5 s. 168

39. VELEMÍNSKÝ, Miloš., TOMŠÍKOVÁ, Zdeňka., KUKLA, Lubomír.
KOLÁŘOVÁ, Jaroslava.: Vybrané kapitoly z pediatrie. 6. vydání. ČB: JU ZSF,
2009 ISBN 978-80-7394-182-6 s. 176
40. VÍTKOVÁ, Marie.: Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-
85931-69-9 s. 144
41. VODÁKOVÁ, Jitka., DYTRTOVÁ, Radmila., CETTLOVÁ, Martina.,
BERÁNEK, Vladislav.: Speciální pracovní výchova a ergoterapie. Praha: UK,
2007 ISBN 978-80-7290-322-1 s. 94
42. VOTAVA, Jiří a kol.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.
Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5 s. 207
43. VYMĚTAL, Jan.: Úvod do psychoterapie. 2. aktualizované vydání. Praha:
Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3 s. 287
44. ZELEIOVÁ, Jaroslava.: Muzikoterapie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-
7367-237-9 s. 254

8 Klíčová slova

System ucelené rehabilitace,

Terapeutické techniky,

Školní věk,

Tělesné postižení.

9 Přílohy

Příloha č. 1

Rozhovor č. 1 s paní arteterapeutkou z centra Arpida v Českých Budějovicích.

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci arteterapie u dětí s TP v předškolním věku 3-6 let

Kresba, studie tužkou, perokresba (používání pera a redispera), špejle, dřívka,

Malba - akvarelové barvy, olejové barvy

Kombinované techniky- vosk, vosková rezerva, pastelky, akrylové barvy.

Keramika – šamotová hlína, modelování, vypalování, glazování

Grafické techniky – papír – ořez, tisk z papíru, frotáže, monotypy

dětí s TP v ml. školním věku 6-12 let

Kresba - studie tužkou, perokresba (používání pera a redispera), špejle, dřívka,

Malba - akvarelové barvy, olejové barvy

Kombinované techniky- vosk, vosková rezerva, pastelky, akrylové barvy.

Keramika – šamotová hlína, modelování, vypalování, glazování

Grafické techniky – papír – ořez, tisk z papíru, frotáže, monotypy

dětí s TP ve starším školním věku 12-15 let

Kresba - studie tužkou, perokresba (používání pera a redispera), špejle, dřívka,

Malba - akvarelové barvy, olejové barvy

Kombinované techniky- vosk, vosková rezerva, pastelky, akrylové barvy.

Keramika – šamotová hlína, modelování, vypalování, glazování

Grafické techniky – papír – ořez, tisk z papíru, frotáže, monotypy

dětí s TP v období adolescence 15-18 let

Kresba, studie tužkou, perokresba (používání pera a redispera), špejle, dřívka,

Malba - akvarelové barvy, olejové barvy

Kombinované techniky- vosk, vosková rezerva, pastelky, akrylové barvy.

Keramika – šamotová hlína, modelování, vypalování, glazování

Grafické techniky – papír – ořez, tisk z papíru, frotáže, monotypy

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Arteterapie probíhá tak, že na každou hodinu je připraveno 1 téma, které děti zpracovávají individuálně, dle zadání, dle svých pocitů, pomůcek apod. Hodiny arteterapie se účastní 6 dětí, ale každé z nich na svém obrázku pracuje individuálně.

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

Skupinové terapie se účastní 6 dětí.

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

Na hodině arteterapie je přítomna 1 dospělá osoba.

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Dětmi je nejoblíbenější kresba.

Pomůcky, které ke kresbě nejraději používají, jsou: tužky, vodové barvy a štětce, pastelky, olejovky a akvarelové barvy

POMŮCKY A ZÁZEMÍ

6. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

Papír ořez, vodové barvy, štětce, akvarelové barvy, olejové barvy, brka, dřívka, pastelky, šamotová hlína, špejle, vosk, pero, redispero.

7. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Ano jsou. V našem případě je někdy méně, lépe než více, protože

8. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Ano, ale není jich mnoho, pouze brka, dřívka a papír ořez

9. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

Ano mám k dispozici ateliér, který není moc prostorný, ale je dostačující.

10. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

Ano, prostory jsou dostačující, ale lepší, například, aby se sem mohl vejít i stojan apod.

ČASOVÝ INTERVAL

11. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

Arteterapie probíhá vždy jednou týdně a to 4 hodiny.

ZKUŠENOSTI

12. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

V případě možnosti ano.

13. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

V případě možnosti ano, ale spíše upřednostňuji své zkušenosti.

14. Doplněk o artefiletice

Artefiletika, umožňuje prožitek z tvorby, který vyvrcholí např. vernisáží v Arpidě, Andělskou aukcí, účastí na mezinárodních, či celosvětových soutěžích apod.

Ve většině případů talent samotný nestačí, ale systematickou prací a vytrvalostí jedinců, lze dosáhnou nemalých úspěchů.

Účelem artefiletiky je podpora rozvoje motoriky – kresba, estetická výchova, výtvarné citění, zodpovědnost za přípravu pomůcek, správné zacházení s pomůckami, udržování čistoty na pracovní ploše a následné uklizení pracovní plochy po skončení výuky. Samostatnost vedoucí ke zlepšení soběstačnosti nebo jejího úplného dosažení vytrvalost, prožitek z tvorby, sebekritika.

Příloha č. 2

Rozhovor č. 2 s paní muzikoterapeutkou z centra Arpida v Českých Budějovicích.

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci muzikoterapie u dětí s TP v předškolním věku 3-6 let

Hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hudební drama, improvizace pohybem na hudbu.

dětí s TP v ml. školním věku 6-12 let

Hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hry se zpěvem, hudební drama.

dětí s TP ve starším školním věku 12-15 let

Hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hudební drama, improvizace, hudba a výtvarné techniky, hry se zpěvem.

dětí s TP v období adolescence 15-18 let

Hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hudba a výtvarné techniky, hry se zpěvem, hudební drama, poslech, fantazie.

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Záleží na cíli muzikoterapie, ale všechny probíhají individuálně i skupinově.

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

2- 9 dětí, přičemž 9 je maximum.

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

Podle velikosti tříd a počtu přihlášených dětí na muzikoterapeutický kroužek. U muzikoterapie prováděné u dětí s těžším postižením zhruba 5 dospělých osob na skupinu.

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Z mého pohledu jsou u dětí s tělesným postižením nejvíce oblíbené hry s předměty a nástroji, dále pak hudebně dramatické hry a hry se zpěvem. V neposlední řadě mají děti též rády hry s rytmem.

POMŮCKY, ZÁZEMÍ

6. Jaké pomůcky jsou vhodné pro tuto terapii?

Jakékoli, především záleží na cíli muzikoterapie, od něho se poté odvíjí techniky muzikoterapie v hodině a také použité pomůcky.

7. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

Se všemi dostupnými. Opět záleží na cíli a použitých technikách. Ale často se používají například tyto pomůcky – z nástrojů je to Chrota, klavír, Oceandrum, dešťové hole, bubínky, triangl, kuliťuk a další. Z předmětů poté kamínky, kuličky, voda, deštník, obrázky související s textem zpívané písně a aktuálním dějem, dešťové kapky, rybník, moře, oceán, cvrček, čmelák, včelky, kytičky, vlčí mák, sluníčko, mraky, dále pak umělé třešně, košík, nejrůznější hračky a teď nově i plyšového mědu, který tancuje a zpívá. Samozřejmě využíváme i spousty jiných nástrojů a pomůcek, protože využít lze téměř cokoli.

8. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Ano, jsou dostačující.

9. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Ano, vyrábím si zhruba polovinu pomůcek, které při muzikoterapii používám, některé dokonce i s dětmi, podle jejich možností (motýlky apod.)

10. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

Mám k dispozici svůj kabinet – pracovnu, v dopoledních hodinách poté jednotlivé třídy. K převozu pomůcek a nástrojů do jednotlivých tříd používám vozík.

11. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

Prostory jsou nedostačující, ale vzhledem k prostorové kapacitě centra to jinak nejde.

ČASOVÁ DOTACE

12. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

Hodina muzikoterapie probíhající dopoledne v jednotlivých třídách trvá 45 minut a probíhá 1x – 2x týdně.

Ve stacionáři probíhá muzikoterapie individuální a to vždy 1x za týden a skupinová muzikoterapie 3x za týden.

Pravidelně 1x týdně také probíhá v centru hudební kroužek Zpěváčci, ve kterém děti trénují zpěv.

ZKUŠENOSTI

13. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

Ano, vyměňuji, nejčastěji s terapeuty z 1. Rehabilitační kliniky v Praze a také s kolegy na konferencích konaných pravidelně v různých městech.

14. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

V případě, že ano u jakých?

Ano čerpám, například Jana Weber, či Jaroslava Zeliová.

Příloha č. 3

Rozhovor č. 3 s panem dramaterapeutem z centra Arpida v Českých Budějovicích

(Zde se nejedná o dramaterapii ani dramatickou výchovu, ale pouze o Dramatický kroužek, v rámci něhož probíhají činnosti, které mohou z krátkodobého hlediska přinášet klientům uvolnění či sebereflexi a z dlouhodobého hlediska jisté pozitivní výsledky v jejich osobnostním rozvoji. Nejedná se tedy o plánovanou a řízenou činnost zaměřenou na rozvoj dovedností orientovat se v různých sociálních situacích a přiměřeně na ně reagovat.)

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci dramatického kroužku u dětí s tělesným postižením v předškolním věku 3-6 let

děti v tomto věku kroužek nenavštěvují

děti s TP v ml. školním věku 6-12 let

krátké dramatické hry s prvky improvizace se zadaným tématem a pravidly, kterých se vedoucí kroužku může účastnit

improvizaci

jednoduché společenské hry na uvolnění a zábavu

loutky

hlasová a dechová cvičení

literární a dramatické texty

děti s TP ve starším školním věku 12-15 let, děti s TP v období adolescence 15-18 let

Vše předešlé, ale zejména točíme filmy. S tím jsme před 10 - ti lety začínali v ml. Školním věku. Důraz je kladen na příběh (daný scénář, který je připraven dětem „na tělo“), který s dětmi předem probíráme. Zatím jsme natočili 6 filmů (každý v rozsahu cca 30 min – můžeme vám je zapůjčit, pokud se vám to ve vaší práci a při vašem studiu bude hodit). Každý film měl svou premiéru, poslední dva dokonce v městském kině za účasti veřejnosti. I to slouží jako určitý výsledek, kdy je posilováno sebevědomí dětí, protože jsou v „dobrém slova smyslu“ středem pozornosti.

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Filmy se točí skupinově i individuálně. Ostatní techniky provádíme skupinově.

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

6 až 8

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

1 až 3

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Natáčení filmů (10), trvalý výsledek a zajímavá, nepříliš častá činnost.

krátké dramatické hry s prvky improvizace (6), možnost vybočit z pravidel běžného života

POMŮCKY, ZÁZEMÍ

6. Jaké pomůcky jsou vhodné pro tuto terapii?

Technické zařízení vhodné pro natáčení a zpracování filmu.

Jednoduché předměty, které mohou představovat více objektů (listy papíru, míč, židle) pro krátké hry s improvizací.

Loutky, kostýmy.

7. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

S výše zmíněnými.

8. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Pro naše účely ano.

9. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Někdy ano.

10. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

Ne, kroužek probíhá ve školních třídách či prostorách, které slouží v našem zařízení i k jiným účelům.

11. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

Ne.

ČASOVÁ DOTACE

12. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

1 hodina týdně.

ZKUŠENOSTI

13. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

Ano, v oblasti filmové tvorby. Setkáváme se na amatérském festivalu Mental Power Prague Film Festival.

14. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

Ne.

Příloha č. 4

Rozhovor č. 4 s paní canisterapeutkou z centra Arpida v Českých Budějovicích

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci canisterapie u dětí s TP v předškolním věku 3-6 let

AAA - cokoli na rozvoj jemné motoriky, česání, hledání sponek v srsti

AAT – polohování tělesně postižených – kontakt psa s dítětem, při kterém dochází k uvolnění spasmů a celkovému zklidnění dítěte.

AAA - aktivity přiměřeně postižení – podlézání, přelézání, slalom, házení

dětí s TP v ml. školním věku 6-12 let

AAE - kolem 6. Rokuděti začínají při canisterapii počítat kolik má pejsek nohou, uší, očí. Dále pojmenovávají části těla – hlava, trup, nohy, ocas. U hlavy se ještě konkrétně zaměřují na čenich, uši, mordu. Děti také popisují barvu srsti pejska a barvu očí pejska.

dětí s TP ve starším školním věku 12-15 let

AAA – AAE - ve vyšším věku už děti pejskovi nandávají a sundávají obojek, poté si pejska připnou na vodítko a vodí ho po tělocvičně. Pomocí pejska se děti učí sociálním dovednostem jako zodpovědnost a péče o psa. Prevence úrazů způsobené psem – ukazování si, jak se k pejskovi správně chovat, aby nás nekousl apod.

dětí s TP v období adolescence 15-18 let

AAA – AAE - ve vyšším věku už děti pejskovi nandávají a sundávají obojek, poté si pejska připnou na vodítko a vodí ho po tělocvičně. Pomocí pejska se děti učí sociálním dovednostem jako zodpovědnost a péče o psa. Prevence úrazů způsobené psem – ukazování si, jak se k pejskovi správně chovat, aby nás nekousl apod.

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Individuálně – AAT – polohování, AAE – edukace, učení

Skupinově – AAA – přelézání, podlézání, házení, hlazení, česání, hledání předmětů, piškotování.

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

Skupinové terapie se v průměru účastní 10 dětí.

Individuální terapie probíhá samostatně s jednotlivcem.

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

Minimálně se canisterapie účastní dva dospělý, přičemž minimálně jeden je canisterapeut.

Maximální počet dospělých není přesně stanoven, ale většinou se pohybuje okolo deseti dospělých.

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Z mého pohledu mají děti nejvíce oblíbené AAA – tunely, kdy z vlastních těl vytvoří jaký si tunel, kterým pejsek probíhá. Dále pak podlézání pejsků dětmi, aportování, kdy děti pejskovi hází míček a on jim nosí. V neposlední řadě také piškotování – piškoty se rozmístí různě na těla dětí a pejsek je musí najít a když je najde tak je za odměnu sní.

Na druhém místě AAT – polohování

Na třetím místě AAE – edukace a učení

POMŮCKY, ZÁZEMÍ

6. Jaké pomůcky jsou vhodné pro tuto terapii?

Obojek, vodítko, mističky – na počítání, hračky, pamlsky.

Při polohování pak polohovací matrace, či deka.

7. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

Obojek, vodítko, mističky – na počítání, hračky, pamlsky.

Při polohování pak polohovací matrace, či deka.

8. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Ano, jsou dostačující.

9. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Občas si něco samy vyrobíme zejména na AAE např. kartičky s barvami, zvířátky, apod.

10. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

V Arpidě máme ke canisterapii vyčleněnou tělocvičnu, popř. docházíme do polohárny nacházející se ve stacionáři. Nejdůležitější je, aby byl v místnostech klid a co nejméně rušivých podnětů.

11. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

V Arpidě je to dostačující.

ČASOVÁ DOTACE

12. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

AAT – polohování probíhá 1/14 dní a to půl hodiny

AAA – probíhá nepravidelně, dle objednáni. Délka trvání 1 a půl hodiny.

AAE – dochází se do zařízení, slouží zejména k prevenci úrazů. Délka cca 1 hodina.

ZKUŠENOSTI

13. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

Ano, v rámci sdružení HAFÍK.

14. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

Já osobně ne, ale sdružení HAFÍK ano.

V případě, že ano u jakých?

Se zařízeními stejného nebo podobného typu.

Příloha č. 5

Rozhovor č. 5 s panem hipoterapeutem z centra Arpida v Českých Budějovicích.

TECHNIKY TERAPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci hipoterapie u dětí s TP v předškolním věku 3-6 let

Hipoterapie- vodění po přímkách rovných, přímých cestách

dětí s TP v ml. školním věku 6-12 let

Hipoterapie

dětí s TP ve starším školním věku 12-15 let

Pedagogicko - psychologické ježdění, hipoterapie

dětí s TP v období adolescence 15-18 let

Pedagogicko – psychologické ježdění, hipoterapie

polohy – úplný leh, opření o předloktí, opření o dlaně, poloha sed vzpřímený ve směru jízdy

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Všechny individuálně

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

Pouze u pedagogického ježdění jsou max. 3 klienti, kteří se střídají

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

1 vede – hipolog, 2 hipoterapeuti, záchrana – rodič

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Chtějí jezdit popředu, dále je baví polohy blížící se přirozenému pohybu. A poloha, ve které se uvolní, kdy si lehnou na koně a odpočívají (v obrácené poloze – hlava u ocasu koně)

POMŮCKY, ZÁZEMÍ

6. Jaké pomůcky jsou vhodné pro tuto terapii?

Nezbytné pomůcky – deka, madla – pokud jede dítě popředu, tak se za ně drží

7. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

Pokud se jede pozadu, tak deka; podložka pod dolní čelist, bradu a předloktí (aby nebyla srst v přímém kontaktu s kůží kvůli hygieně); třmeny u madel – cíleně indikované rehabilitace Achillovy šlachy; helma

U pedagogicko – psychologického ježdění se používají např. ještě koše na tyči, do kterého se hází míč, to je pro ty straší. A pro menší jsou různě umístěné obrázky, kam mají jet např. vpravo k Rákosníčkovi.

8. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Ano, bez nich se neobejdu.

9. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Nemusím

10. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

Jízdárna – písková, sloužící k pedagogicko-psychologickému ježdění. Je to uzavřený areál.

K hipoterapii lesních přímých cest a cest po hrázích rybníka (chodí se po dlouhých přímkách tam a zpátky)

11. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

Dostačující nejsou, není krytá jízdárna – v zimě a při dešti

ČASOVÁ DOTACE

12. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

Tato terapie probíhá každý den 2 hodiny. A střídají se při ní 2 koníci, každý jednu hodinu. A klienti se střídají po 15 minutách. Hiporehabilitace probíhá od pondělí do čtvrtka.

ZKUŠENOSTI

13. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

Ano, účastním se konferencí ČHS a stáží na jiných pracovištích v rámci školení.

14. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

V případě, že ano u jakých?

Ano, dříve jsem jezdil ob rok na výměnný pobyt do francouzské Bretaně.

Příloha č. 6

Rozhovor č. 6 s paními ergoterapeutkami z centra Arpida v Českých Budějovicích.

TECHNIKY TERPIE

1. Jaké terapeutické techniky používáte v rámci ergoterapie a herní terapie u dětí s TP v předškolním věku 3-6 let

Ergoterapie ruky

Hry v ergoterapii

Nácvik všedních denních činností ADL

dětí s TP v ml. školním věku 6-12 let

Ergoterapie ruky

Hry v ergoterapii

Nácvik všedních denních činností ADL

dětí s TP ve starším školním věku 12-15 let

Ergoterapie ruky

Hry v ergoterapii

Nácvik všedních denních činností ADL

dětí s TP v období adolescence 15-18 let

Ergoterapie ruky

Hry v ergoterapii

Nácvik všedních denních činností ADL

Dodatek - Terapeutické techniky používané v ergoterapii

Nácvik všedních denních činností ADL

Držení nástroje, či psací potřeby v ústech, při postižení horních končetin (máme pouze jednoho klienta, který používá ústa při nácviku psaní a malování).

Procvičování jemné a hrubé motoriky u spastických klientů (pomocí míčků, kostek, figurek se suchým zipem apod.).

Nácvik chůze s berlemi – neprovádíme, většinou fyzioterapeut, nácvik jízdy na invalidním vozíku ano.

Ergoterapie ruky

Kreslení, malování a grafické techniky; práce s papírem; modelování; ruční práce; práce s textílem; práce s přírodními materiály a lidové výtvarné techniky, nácvik psaní.

Hry v ergoterapii

Hry manipulační (kostky), hry konstruktivní (vystřihování, modelování, sestavování), hry destruktivní (rozebírání), hry úlohové (hry „na něco“ – např. na obchod, poštu), funkční hry (bez hračky, pohyby těla), napodobovací hry (napodobování mimiky, pohybů i zvuků, pohybové hry (hry s nářadím, tance), receptivní hry (dítě přijímá určité podněty, zpracovává je a rozvíjí své duševní schopnosti a vlastnosti), didaktické hry (rozvíjejí poznávací procesy a vědomosti)

2. Které z těchto technik se provádějí individuálně, a které skupinově?

Terapie jsou u nás většinou individuální, vzhledem k nemožnosti vykazování skupinové terapie. Občas se domluvíme a všechny ergoterapeutky si vezmou jednoho klienta a máme tzv. skupinovou, nicméně je pořád pro pojišťovnu vedená jako individuální.

3. Kolik klientů se účastní skupinové terapie?

Viz výše – maximálně tři (jelikož jsme pouze tři ergoterapeutky)

4. Jaký je počet dospělých osob při skupinové terapii?

Viz výše.

5. Které z Vámi využívaných technik jsou z vašeho pohledu dětmi oblíbené a proč?

Většinou všechny činnosti a aktivity jsou přijímány kladně, nejméně oblíbenými jsou nácviky ADL – svlékání, oblékání, zapínání zipu, knoflíků, vázání tkaniček. Oproti tomu i – ADL – např. vaření a příprava pokrmů je celkem oblíbená, nicméně trénink domácích prací je opět méně oblíbeným.

POMŮCKY, ZÁZEMÍ

6. Jaké pomůcky jsou vhodné pro tuto terapii?

7. S jakými pomůckami provádíte tuto terapii?

kompenzační pomůcky pro sebesycení a přípravě pokrmů, speciální přístroje, talíře, hrnečky upravené pro nácvik pití, protiskluzové desky, nádoby - talíře se zvýšeným okrajem, dvojitým dnem, pro samotné vaření – upravená prkénka, nože, otvíráky konzerv, láhvi – protiskluzové, držáky na pánvičku atd.

kompenzační pomůcky k nácviку přesunů – skluzné desky
kompenzační pomůcky pro oblékání – navlékač ponožek, zapínač knoflíků, podavače, makety pro nácvik zapínání knoflíků, zipu, přezek, vázání tkaniček atd.
kompenzační pomůcky pro osobní hygienu
různé druhy nástavců k nácviку správného držení tužky
různé druhy kreslicích prostředků – trojhranné pastelky, voskovky, gelové pastelky, prstové barvy, kreslicí ježek, bločky (waldorfské)
grafomotorické dřevěné desky
různé druhy molitanových a stimulačních míčků
námi vyrobené pomůcky na nácvik vlastního úchopu např. strhávání suchých zipů, sluníčko s kolíčky, ježek s korálky, dřevěné kolíky v desce ...atd.
speciální nůžky – pákové, s dvojitým úchopem, s pružinou
labilní plochy k nácviку rovnováhy, molitanové válce, trampolína, prolézací tunel, taktilní desky, užíváme i vybavení tělocvičny
různé druhy polohovacích pomůcek – polštáře, válce, housenky, sedací vaky a pytle

8. Jsou podle Vás pomůcky, které máte k dispozici dostačující?

Zčásti ano, nicméně bychom rádi měli větší možnost výběru, což je ovšem otázka finančních prostředků.

9. Musíte si některé pomůcky pro sám/a vyrábět?

Ano, dle vlastních představ a potřeb.

10. Máte k dispozici nějaké speciální prostory, a jak vypadají?

Ne. Máme pouze vlastní pracovny, pro naše potřeby můžeme využívat jak tělocvičnu – pro nácvik HM a i cvičný bezbariérový byt, jehož součástí je vybavená a upravená kuchyně, koupelna a záchod.

11. Jsou podle Vás tyto prostory dostačující?

Ne.

Dle našich představ by se nám hodila ještě jedna místnost, velikosti tělocvičny, k procvičování hrubé motoriky a jedna místnost na procvičování ADL, samostatného bydlení.

ČASOVÁ DOTACE

12. V jakém časovém intervalu probíhá tato terapie? (hodiny/týden)

U klientů Arpidy je terapie realizována 1 – 2 x týdně s časovou dotací půl hodiny.

U rehabilitačních pobytů je ergoterapie indikována denně tzn. 10 x za 14 dní opět s časovou dotací půl hodiny.

ZKUŠENOSTI

13. Vyměňujete si zkušenosti s jinými terapeuty pracujícími v zařízeních podobného typu?

Snažíme se navštěvovat různé kurzy a semináře, kde se s kolegy setkáváme a řešíme podobné situace.

14. Čerpáte zkušenosti od terapeutů pracujících s podobným typem klientů v zahraničí?

Ne.

