



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Denní činnosti v péči o děti s tělesným postižením v raném
a předškolním věku**

Bakalářská práce

Jméno: Kristýna Vejvodová

Obor: B7506 - Speciální pedagogika

Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Akademický rok: 2017/2018

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Kristýna Vejvodová

Studium: P14K0324

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Denní činnosti v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku**

Název bakalářské práce AJ: Daily activities in childcare for physically disabled children in early and pre-school age

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na popis denních činností realizovaných při péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku. Popisuje nácvik sebeobsluhy a rozvoj hrubé a jemné motoriky u dětí s opožděným psychomotorickým vývojem. V teoretické části bude popsán ontogenetický vývoj dítěte v raném a předškolním věku se zaměřením na psychomotoriku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Budou představeny prostředky podpory rozvoje jemné motoriky a rozvoje soběstačnosti při aktivitách denního života. Práce definuje metodu bazální stimulace a představí využití multismyslové relaxační místnosti snoezelen. V praktické části bude pomocí kvalitativního výzkumného šetření popsán průběh denních činností vykonávaných v Dětském denním rehabilitačním stacionáři v Hradci Králové za účelem podpory rozvoje dětí a bude zhodnocen přínos bazální stimulace.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0. FILATOVÁ, Renáta a Kateřina JANKŮ. Snoezelen. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Kleinwächter, c2010, 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7. VYSKOTOVÁ, Jana a Kateřina MACHÁČKOVÁ. Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 176 s. ISBN 978-80-247-4698-2. NEWMAN, Sarah. Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 167 s. ISBN 8071788724.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Miroslavě Javorské Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích.

Dále bych chtěla poděkovat Dětskému dennímu rehabilitačnímu stacionáři a zejména Bc. Věře Hofmanové a Bc. Barboře Palečkové, které mně poskytly cenné informace k danému tématu, za jejich ochotu a věnovaný čas. Poděkovat chci i rodičům zkoumaných dětí.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu při studiu.

ANOTACE

VEJVODOVÁ, Kristýna. *Denní činnosti v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018, 86. stran. Bakalářská práce.

Bakalářská práce pojednává o denních činnostech v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje pět kapitol. První kapitola vymezuje pojmy zdraví a nemoc a definuje základní terminologii bakalářské práce. Druhá kapitola se věnuje situaci, kdy se rodině narodí postižené dítě a ta se vyrovnává s novou životní zkušeností. Třetí kapitola pojednává o psychomotorickém vývoji dítěte raného a předškolního věku, nejdříve u zdravého dítěte, pak popisuje specifika vývoje dítěte s tělesným postižením a věnuje se dětské mozkové obrně jako nejčastější příčině vrozeného tělesného postižení. Čtvrtá kapitola představuje systém podpory a péče o děti s tělesným postižením. Poslední, pátá, kapitola teoretické části se věnuje jednotlivým metodám a terapiím péče o děti s tělesným postižením.

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum. Cílem praktické části je představit dětský denní rehabilitační stacionář, podrobně pak multismyslovou místnost Snoezelen. V této části práce zaznamenat, zda a jaké aktivity vyvolávají u dětí ve Snoezelenu příjemné pocity a které u nich naopak působí negativní reakce. Použité metody: pozorování, rozhovor, analýza dokumentů.

Klíčová slova: dítě, tělesné postižení, dětská mozková obrna, terapie, raná péče, Snoezelen

ANNOTATION

VEJVODOVÁ, Kristýna. *Daily activities in care for children with disabilities in early and preschool age*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018, 86. pages. Bachelor thesis.

The bachelor thesis focuses on daily activities connected with care for children with disabilities in early and preschool age. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part consists of five chapters. The first chapter defines the concepts of health and illness as well as the basic terminology of the thesis. The second chapter deals with the situation where a disabled child is born and the family must cope with new life experience. The third chapter discusses the psychomotoric development of children in early and preschool age, describing a healthy child first and later describing the specifics of development of children with disabilities. It is dedicated to children with cerebral palsy as that is the most frequent cause of congenital disability. The fourth chapter introduces the support and care system for children with disabilities. Fifth and the last chapter of theoretical part is devoted to the individual therapies and methods of care for children with disabilities.

The practical part is a qualitative research. The purpose of the practical part of this thesis is to introduce the care facility for daily rehabilitation of children, especially the multi-sensory room Snoezelen. This part of the thesis shows what kind of activities evoke pleasant feelings for children in the Snoezelen room and what kind of activities evoke unpleasant responses. Used methods: observation, interview, document analysis.

Keywords: child, disability, cerebral palsy, therapy, early age care, Snoezelen

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ZDRAVÍ A NEMOC	12
2 RODINA A DÍTĚ S POSTIŽENÍM	17
2.1 Čekáme zdravé dítě, ale	17
2.2 Proces vyrovnávání se s novou životní situací	17
2.3 Životní zkušenost jako cesta vpřed.....	19
2.4 Vztahy mezi sourozenci a vrstevníky	20
2.5 Jak na reakce okolí	20
3 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE RANÉHO A PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	21
3.1 Zdravé dítě a jeho vývoj ve věku 0-3 let	21
3.2 Specifika vývoje dítěte s tělesným postižením v raném věku	23
3.3 Dětská mozková obrna	24
3.4 Zdravé dítě a jeho vývoj ve věku 3-6 let	27
3.5 Specifika vývoje dítěte s tělesným postižením v předškolním věku	28
4 SYSTÉM PODPORY A PÉČE O DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RANÉM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	29
4.1 Raná péče (včasná intervence).....	29
4.2 Kdo jsou klienti rané péče	30
4.3 Předškolní vzdělávání.....	31
4.4 Sociální služby.....	31
4.5 Školská poradenská zařízení.....	32
5 METODY A TERAPIE V PÉČI O DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	33
5.1 Rehabilitace	33
5.1.1 Léčebné prostředky rehabilitace.....	34
5.2 Bobath koncept	35

5.2.1	Podstata terapie	35
5.2.2	Práce Bobath terapeuta	36
5.3	Metoda Vojtovy reflexní lokomoce.....	37
5.3.1	Podstata terapie	37
5.3.2	Metoda v prvním roce života dítěte.....	38
5.4	Ergoterapie.....	38
5.4.1	Podpora jedinců s vrozeným postižením.....	39
5.4.2	Pracovní techniky a činnosti v ergoterapii	40
5.5	Hrubá motorika.....	40
5.5.1	Chronologický vývoj hrubé motoriky	41
5.6	Jemná motorika.....	42
5.6.1	Chronologický vývoj jemné motoriky	42
5.6.2	Rozvoj a podpora ruky u dítěte s postižením	43
5.7	Bazální stimulace.....	44
5.7.1	Podstata terapie	44
5.7.2	Stimulace vnímání.....	45
5.7.3	Podpora hybnosti.....	45
5.7.4	Podpora komunikace	46
5.7.5	Využití bazální stimulace	46
5.8	Polohování.....	46
5.8.1	Základní polohy.....	47
5.9	Snoezelen.....	48
5.9.1	Historie Snoezelenu.....	48
5.9.2	Podstata terapie	48
5.9.3	Multismyslová místnost	49
5.10	Další používané terapeutické postupy	49
5.10.1	Canisterapie	49

5.10.2	Hipoterapie	51
	PRAKTICKÁ ČÁST	53
6	METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	53
7	CÍL ŠETŘENÍ.....	55
8	REALIZACE ŠETŘENÍ.....	55
8.1	Dětský denní rehabilitační stacionář.....	56
8.2	Denní činnosti pro rozvoj dětí s tělesným postižením.....	61
8.3	Snuezelen.....	64
8.4	Rozhovor s ergoterapeutkou	66
8.5	Pozorování Martina	69
8.6	Pozorování Jana	71
8.7	Pozorování Jarušky.....	73
8.8	Pozorování Lea	76
8.9	Vyhodnocení cílů.....	80
9	DISKUSE.....	80
	ZÁVĚR.....	82
	POUŽITÁ LITERATURA.....	83
	ČLÁNKY	85
	INTERNETOVÉ ZDROJE	85
	SEZNAM PŘÍLOH:	86

ÚVOD

Děti jsou radostí každé společnosti. Když jsou zdravé a nic jim nechybí, těšíme se z nich a sledujeme s radostí a zájmem, jak rostou a vyvíjejí se. Získávají nové životní zkušenosti a netrvá to dlouho a stávají se plnohodnotnými členy společnosti.

Bohužel ne všechny děti ale mají to štěstí, aby na svět přišly zdravé. Když se rodičům narodí dítě s postižením, výrazně to změní život nejen rodině, ale v řadě případů se to projeví i na postoji okolí. Naštěstí nezůstává rodina s postiženým dítětem na problémy sama, protože v České republice funguje systém rané péče, která je potřebným rodinám nápomocna při řešení jakýchkoliv problémů.

Systému rané péče a v návaznosti na ni i denním činností v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku se bude věnovat i moje bakalářská práce. Toto téma mě velmi zajímá a tak mě ovlivnilo při výběru tématu bakalářské práce. Cílem práce je představit systém péče, která se v České republice věnuje dětem s tělesným postižením v raném a předškolním věku.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje pět kapitol. První kapitola vymezuje pojmy zdraví a nemoc a vysvětluje základní terminologii bakalářské práce. Druhá kapitola se věnuje situaci, kdy se rodině narodí postižené dítě a ta se vyrovnává s novou životní zkušeností. Ve třetí kapitole se hovoří o psychomotorickém vývoji dítěte raného a předškolního věku, nejdříve u zdravého dítěte, pak přibližují specifika vývoje dítěte s tělesným postižením a věnují se dětské mozkové obrně jako nejčastější příčině vrozeného tělesného postižení. Čtvrtá kapitola bakalářské práce představuje systém podpory a péče o děti s tělesným postižením. Závěrečná, pátá, kapitola teoretické části se věnuje jednotlivým metodám a terapiím péče o děti v raném a předškolním věku.

Cílem praktické části bakalářské práce je představit Dětský denní rehabilitační stacionář v Hradci Králové a podrobně pak multimyslovou místnost Snoezelen, která významně pomáhá v péči o tělesně postižené děti raného a předškolního věku. V praktické části využívám metodu pozorování, rozhovor a analýzu dokumentů.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce je členěna na pět kapitol. První kapitola se věnuje definicím zdraví a nemoci a přináší výklad základní terminologie a vybraných aktivit v péči o pacienty s tělesným postižením. Druhá kapitola pojednává o situaci, kdy se rodině narodí postižené dítě a ta se vyrovnává s novou životní zkušeností. Třetí kapitola hovoří o psychomotorickém vývoji dítěte raného a předškolního věku, nejdříve u zdravého dítěte, pak o specifické vývoje dítěte s tělesným postižením a věnuje se také dětské mozkové obrně jako nejčastější příčině vrozeného tělesného postižení. Čtvrtá kapitola teoretické části představuje systém podpory a péče o děti s tělesným postižením. Závěrečná, pátá, kapitola se věnuje jednotlivým metodám a terapiím péče o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku.

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Kapitola se věnuje definicím zdraví a nemoci a vysvětluje základní terminologii a vybrané aktivity, které pomáhají v péči o pacienty s tělesným postižením.

Zdraví je obecně považováno za jednu z nejdůležitějších lidských hodnot. Je definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, při kterém základní fyziologické hodnoty významně nepřekračují normu, člověk neprodělavá nemoc a jeho organismus není jinak oslaben. Nemoc naopak přináší člověku problémy, zejména pokud jde o onemocnění závažného nebo dokonce trvalého charakteru. Nemocný pak ve své dané situaci nežije plnohodnotný život, musí brát zřetel na svá omezení.

ZDRAVÍ

Lidské, tedy osobní zdraví, je obecně definováno jako soulad biopsychosociálních faktorů a rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka. Michalík v definici pokračuje: „*Současně se předpokládá, že zdravý organismus je schopen vyrovnávat se s měnícími vlivy vnějšího prostředí, včetně pracovních a mezilidských vztahů. Zdraví tedy představuje určitý, v daném vývojovém stadiu a referenčním rámci očekávaný, resp. žádoucí stav ucelenosti a integrity lidského bytí. Právě větší či menší porucha tohoto stavu a zmíněného souladu i následné omezení sebeurčení a přístupu k životním příležitostem je tím, co transformuje zdravotní (resp. funkční) poruchu či postižení člověka v jeho znevýhodnění – handicap a hrozící sociální vyloučení.* (Michalík, 2011, s. 183-184)

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace WHO stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či slabosti. Světová zdravotnická organizace vymezuje zdraví jako ideální stav, neumožňuje však objektivní měření zdraví.

Od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Cílem činnosti organizace je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny.

„Těšit se nejvyššímu možnému stupni zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomického nebo sociálního postavení. Zdraví všech lidí je základem k dosažení míru a bezpečnosti a závisí na dokonalé spolupráci jednotlivců a států. Úspěchy kteréhokoliv státu v rozvoji péče o zdraví jsou cenné pro všechny, naopak zaostávání zdravotní péče v některých státech je společným nebezpečím. Základní důležitost má zejména zajištění zdravého vývoje dětí, harmonický život a životní prostředí jsou pro jejich zdravý vývoj nezbytné. Vlády jsou odpovědné za zdraví obyvatel svých států, s touto odpovědností se mohou vyrovnat pouze uplatněním adekvátních zdravotních a sociálních opatření.“ (Kavka, 1989, s. 17)

NEMOC

Je stav organismu, kdy různé příčiny vyvolají onemocnění organismu, buď krátkodobého, nebo dlouhodobého charakteru. Člověk se cítí oslabený, nemá na nic náladu, trápí ho různé zdravotní neduhy. Na řadu nemocí má prakticky hned po ruce vhodný lék, některé nemoci či onemocnění jsou však mnohem závažnější a dotyčnému člověku podstatně znepříjemňují život.

Michalík uvádí tuto definici: *„Chronické, obvykle nikdy zcela vyléčitelné onemocnění, resp. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je takové poškození nebo oslabení fyziologických funkcí lidského organismu, které vyžaduje stanovenou životosprávu a životní styl i dodržování určitých léčebných opatření. Významně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých, omezuje výkonnost člověka nebo jeho odolnost vůči zátěži, námaze a vede k nechtěnému utlumení fyzických aktivit a následně (sekundárně) může vést k omezení pohybu, popř. až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu člověka.“ (Michalík, 2011, s. 186)*

Nemoc také může stejně jako tělesné postižení a zdravotní oslabení způsobit omezení hybnosti. Omezení hybnosti se člení na primární a sekundární. „*Při primárním omezení se jedná o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, např. amputací, deformací, vývojevými vadami. Ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní pohybové ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních, apod., které omezují pohyb nemocného.*“ (Kroupová, 2016, s. 170 - 171)

Opatřilová přichází s touto definicí: „*Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty, které se projevují nedostatečnou pohybovou kompetencí a deformovaným zevnějškem. Vrozené postižení, respektive v raném věku získané, ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale subjektivně není tak traumatizující.*“

„*Naopak postižení získané představuje vyšší trauma, protože postižený jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a novou situaci považuje jednoznačně za horší. Významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života tělesně postiženého je rozsah a stupeň pohybového omezení, kdy rozhodujícím faktorem se stává úroveň soběstačnosti. Tato je dána schopností lokomoce a schopností samostatné sebeobsluhy.*“ (Opatřilová, 2008, s. 11)

Haškovcová ve své knize uvádí, že zdraví má vysokou společenskou i individuální hodnotu. Tu si lidé uvědomují především tehdy, když je stav zdraví aktuálně nebo potencionálně ohrožen. Zatímco mladí lidé a lidé středního věku prožívají příchod nemoci jako náhlou, nespravedlivou nepřízeň osudu, skutečně staří lidé ji akceptují jako nepřekvapující zlo a z životních zkušeností vědí, že se časem přihlásí ke slovu další obtíže a přidruží se i jiné nemoci.

„*Staří nemocní lidé zpravidla trpí polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou. Jednotlivé nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují. Výrazný a častý je také přechod stávající nemoci do chronicity. Ze somatických, tedy tělesných obtíží, považují lékaři za nejčastější: insomii (poruchy spánku, nespavost), inkontinenci (únik moči, pomočování) a imobilitu (sníženou nebo ztracenou pohyblivost). Celkovým důsledkem dekompenzace zdravotního stavu je především ztráta soběstačnosti, která znemožňuje samostatný a nezávislý život seniora v domácím prostředí.*“ (Haškovcová, 2010, s. 251)

Terminologie základních pojmů v péči o osoby s tělesným postižením:

Terapie – léčba tělesných i duševních poruch, kterou lze podle terapeutických prostředků a postupů rozdělit na terapii radikální (chirurgie), farmakoterapii, fyzioterapii a psychoterapii. (Valenta, 2015)

Motorika – jedna ze základních funkcí živého organismu. Aktivita motorického systému se projevuje svalovou činností, která u člověka zajišťuje vzpřímenou polohu a umožňuje všechny pohyby nutné ke změně místa i k vykonávání různých činností. Motoriku dělíme nejčastěji na hrubou (celková pohyblivost a koordinace), jemnou (obratnost prstů), grafomotoriku (kresba, psaní), motoriku mluvidel a motoriku očních pohybů. (Valenta, 2015)

Motorikou nazýváme souhrn všech pohybů lidského těla, celkovou pohybovou schopnost (hybnost) organismu. Základní dělení je na hrubou (pohyby celého těla), jemnou (pohyby prstů) a oromotoriku (motorika mluvidel). Mezi složky motoriky řadíme pohyby spontánní (z vlastního podnětu), reflexní (vázané na určitý podnět), záměrné (volní, za určitým účelem) a expresivní (projev určitého psychického stavu). (Kroupová, 2016)

Tělesné postižení – je to postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození. Tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost jedince. (Valenta, 2015)

Tělesným postižením se rozumí vada pohybového a nosného ústrojí (tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí (jestliže se projevují porušenou hybností) včetně vrozených i získaných deformit tvaru těla a končetin. (Kroupová, 2016)

Bazální stimulace – terapeutická strategie používaná při edukaci jedinců s těžkým postižením, jde o nabídku takových podnětů, které si jedinec s těžkým postižením není schopen sám obstarat. (Valenta, 2015)

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a poté s ním navázat komunikaci. (Kroupová, 2016)

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v bazální rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. (Friedlová, 2007)

Snoezelen – multismyslová místnost pro relaxační, interakčně-komunikační, edukativní i terapeutické aktivity osob se zdravotním postižením. (Valenta, 2015)

Snoezelen je místnost nebo komplex místností s kontrolovaným prostředím pro jednotlivé smysly, ovlivňující primární smysly (zrak, sluch, hmat, chuť a čich) s použitím světelných efektů, dotykových ploch, meditační hudby, různých chutí a vůní. Metodu Snoezelen lze označit jako terapii, která slouží k podpoře vnímání, relaxace, rozvíjí představivost, navazuje a upevňuje sociální vztahy a komunikaci. (Kroupová, 2016)

Aktivity v péči o osoby s tělesným postižením:

Fyzioterapie – terapie se zabývá léčbou pohybového systému, který byl poškozen po úraze, nemoci či nadměrnou zátěží. Cílem fyzioterapie je úprava normálu, nácvik samostatnosti a integrace do sociálního života. (Kroupová, 2016)

Ergoterapie – definuje se jako léčba prací vycházející z psychoterapie. Jedná o aplikaci manipulací s materiálním okolím (s předměty, surovinami, materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. (Kroupová, 2016)

Canisterapie – terapie za účasti zvířete, kde je využíváno pozitivních účinků psa. Cílem terapie je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu. Canisterapie je důležitá pro rozvoj neverbální komunikace, zlepšuje možnosti empatie, odbourává strach, agresivitu, rozvíjí jemnou i hrubou motoriku, koordinaci pohybu. (Kroupová, 2016)

Hipoterapie – definuje se jako metoda pohybové léčby využívající hybné fyziologické impulzy při jízdě na koni ke koordinaci motoriky pacienta spolu s dalšími psychologickými dopady, které vznikají při komunikaci pacienta s trenérem a pacienta s koněm. Hipoterapie je vhodnou součástí rehabilitace osob s poruchami motoriky a nervosvalového aparátu. (Kroupová, 2016)

2 RODINA A DÍTĚ S POSTIŽENÍM

Kapitola se věnuje situaci, kdy se rodina dozvídá, že na svět přijde postižené dítě. Rodinu to staví do úplně jiné situace, než kdyby mezi své nejbližší přivítala dítě naprosto zdravé. Pojednává nejen o prvních nesnadných krocích rodiny s postiženým dítětem, ale věnuje se i tomu, jak na takovou situaci pohlíží okolí.

2.1 Čekáme zdravé dítě, ale ...

Za normálních okolností je narození dítěte očekáváno zpravidla s velkými nadějemi. Samozřejmě, je očekáváno dítě zdravé, jako symbol čistoty, dokonalosti a nezkaženosti. Rodiče očekávají dítě, které bude naplněním jejich vztahu a tužeb. Svému dítěti plánují skvělou budoucnost, zcela přirozeně do něj promítají mnohé úspěchy, a to dokonce i v těch oblastech, kde oni sami v průběhu svého života selhali.

Pokud se jim ovšem narodí dítě s postižením, nejčastějšími diagnózami bývají dětská mozková obrna (DMO), poruchy sdružené s DMO – epilepsie a smyslové poruchy, postižení centrální nervové soustavy, neuromuskulární a svalová onemocnění, objevuje se hned na samém počátku při jeho narození obrovský problém, který se zdá být neřešitelným. Tento problém spočívá ve vyrovnání se skutečností, že je dítě postiženo, že vybočuje z variační šíře normálu, a že nemůže naplnit ta očekávání, která do jeho narození všichni s takovými nadějemi vkládali. (Jankovský, 2006)

Opatřilová uvádí: *„Pokud se jedná o postižení, které je patrné již po porodu, je nutno informovat rodinu ještě v období, kdy je matka s dítětem v porodnici. Jestliže se jedná o postižení, jehož existence a závažnost se projeví později, nikoli bezprostředně po narození, jako tomu je např. u dětské mozkové obrny, je nutno informovat oba rodiče současně, a to hned při potvrzení diagnózy.“* (Opatřilová, 2006, s. 61)

2.2 Proces vyrovnávání se s novou životní situací

Nelehký proces vyrovnávání se s postižením má charakteristický průběh. V zásadě se jedná celkem o 6 stádií, počínaje iniciálním (počátečním) šokem, přes popření, smlouvání, agresi (zlost), depresi (pocity viny), až po rovnováhu a přijetí postižení svého dítěte jako výzvy a úkolu. (Jankovský, 2006)

Počáteční (iniciální) šok je vlastně silnou emoční reakcí rodičů na sdělení, že se jim narodilo dítě s postižením. Rodiče se ocitnou tváří v tvář naprosto neočekávané realitě, prožívají deziluzi a hluboké zklamání. Se šokem je spojen pocit strašlivé ztráty, ztráty

dokonalého dítěte, na které se tolik těšili, ztráty všech nadějí a snů s ním spojených. Další etapou bývá *popření* této skutečnosti. Rodiče vše vnímají jako omyl – „to nemůže být pravda“, „jistě se vše vysvětlí“, „musí existovat něco, lék, co přinese v celé situaci zásadní obrát“. Jde prostě o taktiku, která má za cíl „nepřipustit si to“. Formou popření bývá též vytěsnění reality ve smyslu „nikdo nám nic neřekl“, „lékaři nás neinformovali“ nebo tzv. kompenzace, kdy se zoufalí rodiče přiklání buď k esoterickým přístupům, případně zaujímají náboženské postoje. Tato forma *smlouvání* je vystřídána stadiem *agrese*. V našem případě jsou příhodnějšími pojmy zlost nebo zloba.

Jankovský dále uvádí: „Často je *agrese* namířena proti lékaři, který nepříznivou diagnózu stanovil. Dále bývá *přiznačné*, že je tato zloba též namířena právě proti lidem z nejbližšího okolí (*partner*), a pokud se jedná o zdravotnický personál, tak proti těm, kteří jsou nejobětavější a nejvnímavější.“ (Jankovský, 2006, s. 61)

Agrese často vyústí do stadia *deprese* a úzkosti. Rodiče zpravidla zasáhne hluboký smutek, který se mísí s pocity viny a naprostého selhání. Výjimkou není ani sebeobviňování – „já jsem to určitě nějak zavínil“, „určitě jsem něco udělal špatně“, případně „vinna je antikoncepce“, atp. Vznikají tak situace, kdy si rodiče myslí, že narození dítěte s postižením je jim uloženo jako trest, např. za nejrůznější prohřešky v jejich životě. Pocity selhání mohou vyústit ve stud za své dítě a v tendence žít kdesi v ústraní, čímž se ovšem dostává rodina do nežádoucí sociální izolace.

Na stadium *deprese* navazuje fáze *vyrovnávání se (rovnováhy)*, kdy dochází k postupnému snižování *deprese*, úzkosti a napětí, až posléze následuje stadium *akceptace*, kdy se rodiče vyrovnají s tím, že mají dítě s postižením, přijmou jej takové, jaké je, a hledají dostupná řešení do budoucnosti. Při těchto aktivitách vyhledávají kontakty s jinými rodiči, kteří jsou ve stejné situaci, snaží se jim pomoci a začínou se tak otevírat vůči světu. (Jankovský, 2006)

Opatřilová ve své knize uvádí toto: „Vzhledem k tomu, že se dítě se zdravotním znevýhodněním vyvíjí jiným tempem, pomaleji, není jeho vývoj v souladu s chronologickým věkem. Naopak vývojové projevy odpovídají mladšímu dítěti, a proto nemůže toto dítě dostatečně uspokojovat rodičovské potřeby.“ Z hlediska citového vztahu rodičů k dítěti se může jednat o nadměrně negativně laděné nebo naopak přehnaně pozitivní výchovné postoje. Tato výchovná jednostrannost může být projevem obranného mechanismu na zátěžovou situaci, kterou je pro rodiče postižení jejich dítěte.“ (Opatřilová, 2006, s. 65)

2.3 Životní zkušenost jako cesta vpřed

Sarah Newman, autorka publikace „Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením“ popisuje zkušenost z vlastního života.

„Když jsem se dozvěděla, jakou má Christopher diagnózu, sesypala jsem se. Připadala jsem si naprosto neschopná a hlavně nepřipravená na to, co přijde. Ptala jsem se sama sebe, jestli za to náhodou nemůžu, měla jsem pocit, že je to trest za všechny ty velké plány, které jsem si pro něj připravila – „až půjde na vysokou“, „až začne bydlet sám“ a tak podobně. Neměla jsem nejmenší představu o tom, co má pro něj budoucnost připraveno.

Sžíral mě smutek, připadala jsem si sama – navzdory tomu, že jsem měla po boku úžasného manžela a na dosah podporu celé rodiny. Bála jsem se, že to nezvládnou, a v neposlední řadě mě ničila nejistota, co bude dál. Na druhou stranu jsem měla toho malého darebu, kterého jsem měla ráda a který na mě byl závislý úplně ve všem. Svým pocitům jsem se nemohla plně poddávat, protože jsem se o něj musela dennodenně starat.

A možná právě to mě zachránilo. Starala jsem se o syna, měla jsem ho ráda přesně takového, jaký byl, a naučila jsem se plánovat ze dne na den.“ (Newman, 2004, s. 15)

Období konfrontace rodičů se skutečností postižení vlastního dítěte bývá označováno jako fáze krize rodičovské identity. Znamená reakci rodičů na skutečnost, že dítě je jiné, bude se i jinak vyvíjet. *„Na utváření výchovných postojů k dítěti má vliv vlastní prožitá zkušenost se svými rodiči v dětství, vztah k nim i dalším vychovatelům, úroveň inteligence a dosažené vzdělání, hierarchie osobních hodnot, dosavadní citový a sociální vývoj včetně konfliktů, úzkosti a napětí, které provázejí vztah vychovatele k dítěti.“ (Opatřilová, 2006, s. 65)*

Dítě nevyrůstá v izolaci, ale vždy je součástí nějakého vztahu, obvykle s matkou, otcem, sourozenci. Při posuzování potřeb dítěte musejí být brány v úvahu i potřeby rodičů. Dítě, o něž neúnavně pečuje matka ignorující své vlastní potřeby, nežije ve zdravém vztahu. Naopak matka, která hodně získává jak od svého dítěte, tak i od času, který má jen sama pro sebe, je bezpochyby šťastnější a sebevědomější a ve výsledku dává dítěti víc, než kdyby veškerý čas a energii věnovala jen jemu. (Newman, 2004)

„Dítě se speciální péčí vyžaduje ve velké míře pozornost, lásku a trpělivost, což může být vyčerpávající a občas může vést k destrukci duševna, zvláště pak v případě, kdy je dítě schopné dosahovat pouze omezeného pokroku. Avšak s pomocí odborných konzultací mohou

rodiče takovému dítěti pomoci obsáhnout celou jeho kapacit – čili vysoce užitečnou zkušenost pro rodiče i dítě.“ (Stoppard, 1992, s. 158)

2.4 Vztahy mezi sourozenci a vrstevníky

Pokud dítě není jedináčkem, představují pro něj sourozenci stabilní součást jeho života v rodině. Dítě s postižením tak může znamenat zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence. Oni, ale i zdravý sourozenec si postupně osvojuje určité strategie zvládání tohoto ne zcela rovnovážného sourozeneckého vztahu. Zpravidla zdravý bratr nebo sestra přijímají dominantně ochrannou roli, jejíž součástí je nutnost podpory a ochrany postiženého sourozence.

„Vrstevnický vztah je symetrický, čímž se výrazně liší od vztahu dítěte k dospělým osobám. V oblasti tohoto vztahu mohou být děti se zdravotním postižením znevýhodněny, protože obvykle nestačí v mnoha oblastech svým kamarádům a nemohou s nimi soupeřit.“ (Opatřilová, 2006, s. 68)

To může být příčinou menší úspěšnosti znevýhodněného dítěte při navazování kamarádských vztahů. Dítě se zdravotním znevýhodněním bývá v nevýhodě, zvláště je-li spíše izolováno v domácím prostředí bez dostatečné možnosti sociální komunikace s vrstevníky. Prožitek úspěšnosti je pro dítě velmi důležitý, protože je součástí jeho osobní identity a ovlivňuje jeho prožívání a chování. (Opatřilová, 2006)

„Dítě s tělesnou vadou bude potřebovat zvláštní péči po celou dobu svého dospívání. Nejvíce potřebuje, aby se k němu chovaly přirozeně ostatní děti, a zejména jeho rodiče. Dokonce i dítě s vážným defektem může vyrůst šťastné a společenské, a mělo by mít možnost od útlého věku získávat zkušenosti se vzájemným působením na sebe spolu s ostatními dětmi.“ (Stoppard, 1992, s. 172)

2.5 Jak na reakce okolí

Hlavní povinností je péče o dítě, nikoli výchova nevychovaných lidí. Cílem je pomoci dítěti vytvořit si vlastní metody zvládání do budoucna. *„Pokud se někdo nemůže srovnat s vaším dítětem, je to jeho problém, nikoli váš. Učiní-li někdo hrubou poznámku, můžete říct například: „ Mrzí mě, že vám chování Moniky připadá nevhodné, ale má dětskou mozkovou obrnu (autismus, nemocné srdce).“ A pak odejděte.“* (Newman, 2004, s. 24). Nemá smysl chodit s dětmi tam, kde to nezvládnou. S dětmi se některé činnosti stávají obtížné, ne-li nemožné. Činnosti nerealizovatelné za přítomnosti dětí absolvujte sami, pro dítě si sežeňte

hlídání. Nesuďte postoje ostatních vůči vám a vašemu dítěti podle prvního dojmu. (Newman, 2004)

Dítě s postižením hybnosti nemůže získávat informace z prostředí běžným způsobem jako zdravé děti jeho věku, proto bude jeho představa o světě jiná. Nedostatek zkušeností negativně ovlivňuje možnosti učení dítěte a jeho adaptaci v sociálním prostředí. „*Rozvoj osobnosti závisí na přijetí dítěte s postižením jeho sociálním prostředím, hlavně vlastní rodinou, na způsobu výchovy, na možnosti a příležitosti ke vzájemným kontaktům s jinými lidmi (důležitý je pravidelný kontakt s vrstevníky).*“ (Opatřilová, 2006, s. 60) Vývoj socializace závisí na chování sociálního prostředí k dítěti, na možnostech, které mu okolí poskytne k rozvoji jeho sociálních dovedností. (Opatřilová, 2006)

Newman přidává další svůj poznatek: „*V citově vypjatých situacích obvykle spěcháme jen za hodně dobrými kamarády, nikoli za lidmi, se kterými se vidáme pouze příležitostně, protože tušíme, že by stejně nevěděli, co říct, takže by nejspíš mlčeli. A tím by vám vůbec nepomohli, protože rodiče v dané situaci potřebují o svém smutku mluvit. Nebudete-li o svém dítěti mluvit, vaši známí budou mlčky předpokládat, že o něm mluvit nechcete, a tak raději mlčí. Dobří přátelé bývají velkým zdrojem síly a podpory, proto na ně nezapomínejte.*“ (Newman, 2004, s. 23)

3 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE RANÉHO A PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Kapitola pojednává o psychomotorickém vývoji dítěte raného a předškolního věku, nejprve u zdravého dítěte a pak přibližuje specifika vývoje dítěte s tělesným postižením. Část kapitoly se věnuje i dětské mozkové obrně, která je nejčastější příčinou vrozeného tělesného postižení.

3.1 Zdravé dítě a jeho vývoj ve věku 0-3 let

0 – 1. měsíc: novorozenec

1 – 12. měsíc: kojeneček

1 – 3 roky: batole

Novorozenecké období trvá asi měsíc. Je to doba adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje podmínkám nového prostředí. Reaguje na základě reflexů a vrozených způsobů chování, které mu usnadňují přežití. „*Novorozenec je vybaven důležitými reflexy (sací,*

dýchací, uchopovací, polykací). Reflex sací mu například dává schopnost ihned se živit mateřským mlékem. Nervová soustava novorozence je však celkově velmi nevyzrálá.“ (Novotný, 2008, s. 188)

Novorozenec mívá délku přibližně 50 cm při hmotnosti 3 až 3,5 kilogramů. Hlava zaujímá asi čtvrtinu délky těla. Novorozenec je velmi citlivý a vyžaduje mnoho péče. Potřebuje vidět a cítit kolem sebe blízké lidi, potřebuje dostatek potravy, tepla a spánku. (Novotný, 2008)

Kojenecký věk trvá od jednoho měsíce do jednoho roku. Na počátku života jsou významné biologické potřeby. Pro dítě jsou důležité podněty, které souvisí s jídlem, teplem a celkovou tělesnou pohodou. Vágnerová dále uvádí: „ *Orální aktivita, tj. sání a později kousání, sice primárně souvisí s jídlem, ale může mít mnohem širší význam. Ústa jsou v kojeneckém věku důležitá i pro kontakt s okolím. Dítě jimi poznává, a jestliže chce nějaký objekt dobře prozkoumat, tak si jej cpe do pusy.*“ (Vágnerová, 2008, s. 20)

Pokud jde o motorický vývoj, ve věku devíti měsíců už dítě pevně a vzpřímeně sedí, nepadá, začíná lézt po kolenou s pomocí rukou, dokáže se postavit. Ve dvanácti měsících už dítě volně stojí, sedí na malé židličce, leze po schodech nahoru, často už také v této době začíná chodit, někdy ještě s oporou. (Vágnerová, 2000)

Systematicky se rozvíjí pohyby trupu, těla, končetin a hlavy. Aktivní pohybové činnosti podněcují tělesný vývoj a vedou k lepším návykům v oblasti spánku a jídla. Dítě s nedostatečně rozvinutými pohybovými dovednostmi má sklony stranit se lidí, což může způsobit společenské problémy. Neupevní-li si dítě koordinované pohybové návyky v oblasti hrubé motoriky v rané fázi svého vývoje, v pozdějších letech pro ně bude zvládnutí těchto dovedností obtížnější. (Vágnerová, 2000)

Období od začátku druhého do konce třetího roku života je obdobím batolete, v němž dochází k intenzivnímu motorickému a neuropsychickému vývoji. Dochází k rozvoji smyslového vnímání a řeči. Batole přestává nosit pleny. „ *Koncem třetího roku se obvykle prořezávají poslední z dvaceti zubů mléčného chrupu. Dítě se v tomto věku učí základním hygienickým a společenským návykům a osamostatňuje se v řadě životních funkcí (příjem potravy, udržování čistoty, stále dokonalejší řeč, chůze a pohyby.*“ (Novotný, 2008, s. 189)

V batolecím věku už dítě zvládne řadu motorických činností – stojí bez opory, samostatně chodí, vstane ze sedu na podlaze, hodí míčem nebo kopne do velkého míče,

s přidržováním „stoupá“ po schodech. Ve dvou letech už umí skákat sounož a seskočí z posledního schodu. Ve třetím roce je ještě, více samostatnější, leze po nábytku, překonává překážky, bez přidržování kopne vestoje silně do míče, s přidržováním chodí po schodech nahoru a dolů. Ve třech letech už dítě umí i při chůzi dolů střídat nohy, poskakuje snožmo na místě, vydrží stát jednu sekundu na jedné noze bez přidržování, jezdí na tříkolce. (Vágnerová, 2000)

„V průběhu batolecího věku narůstá schopnost reagovat emočně diferencovaně, objevují se pocity hrdosti, zahanbení a studu, typická je separační úzkost, rozvíjí se schopnost empatie. Socializace batolete probíhá v rámci rodiny, pod vlivem rodičů a sourozenců. Batole se postupně osamostatňuje a odpoutává z vazby na matku. Vztah s otcem separaci dítěte usnadňuje, citová vazba k oběma rodičům poskytuje větší citovou jistotu. Sourozenci slouží jako alternativní zdroj sociální zkušenosti.“ (Vágnerová, 2008, s. 57)

Dítě se v batolecím věku od 1 do 3 let stává samostatnějším, aktivním subjektem, vědomým si své vlastní existence a svých možností. Rozvoj motoriky zahrnuje všechny svalové skupiny, především kosterní svalstvo a svěrače. Z psychologického hlediska jsou významné dva druhy pohybu: retence – udržení něčeho, setrvání někde a eliminace - tendence pustit, zahodit, opustit to, co už nechce nebo kde už nechce být. Vývojovým mezníkem v batolecím věku je schopnost ovládat vyměšování. Postupné pronikání do širšího prostoru umožňuje rozvoj samostatné lokomoce. Dítě s chutí dojde tak daleko, jak potřebuje a jak je pro ně zajímavé. Motorický vývoj umožňuje samostatnější uspokojování potřeby stimulace. Dítě potřebuje podněty, které by je nenudily stereotypií a zároveň byly lákavé a nevyvolávaly strach svou nejasností. (Vágnerová, 2005)

3.2 Specifika vývoje dítěte s tělesným postižením v raném věku

Pokud je z důvodů pohybového postižení narušen přirozený rozvoj hrubé a jemné motoriky a senzomotorické koordinace, začíná se dítě opožďovat ve svém celkovém vývoji. Omezení hybnosti se může projevit i v oblasti mluvidel, což negativně ovlivňuje socializační složku vývoje dítěte. Dítě s postiženou mimikou a hybností horních končetin reaguje na matku méně a jiným způsobem než dítě zdravé. Z jeho projevů může nabýt matka dojmu, že se o ni dítě nezajímá, a to vede k útlumu stimulace z její strany.

Podle Opatřilové: *„Pohybový handicap udržuje dítě v závislosti na jeho prostředí, na péči dospělé osoby a nevytváří se u něj potřeba osamostatnění, protože dítě není na odpovídající úrovni, která by to umožňovala. Pohybové omezení se projeví i v oblasti*

stimulace, která je i nadále uspokojována dospělou pečující osobou.“ (Opatřilová, 2006, s. 31)

Pohybové omezení často způsobuje, že je dítě vnímáno svým okolím jako mentálně znevýhodněné, i když, pokud se nejedná o kombinované postižení, mohou se jeho řečové dovednosti a symbolické myšlení rozvíjet. Batole s pohybovým postižením zůstává závislé na svém okolí, protože není schopno samostatné lokomoce a je omezena i jeho funkce horních končetin, což má negativní vliv na rozvoj sebeobslužných činností. Dítě je nápadné svým zevnějškem, protože zdravé děti v tomto vývojovém období již samy chodí i běhají, zatímco dítě s pohybovým handicapem se stále projevuje po motorické stránce jako kojeneček. (Opatřilová, 2006)

3.3 Dětská mozková obrna

Jednou z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení je bezesporu dětská mozková obrna (DMO). Jde o poruchu s velmi pestrá etiologií i širokou škálou projevů. Přibližně ve dvou třetinách případů se u pacientů s DMO vyskytuje také mentální handicap různého stupně, nezřídka i další onemocnění a komplikace (epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie apod.) (Slowik, 2007)

„Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokongitivními, sensorickými a senzitivními lézemi.“ (Kraus, 2005, s. 21) Nejvýraznější změny jsou na muskulo-skeletálním systému. Spasticita omezuje normální hybnost, nedovoluje spontánně sval protahovat, výsledkem je vynucené držení, porucha růstu svalu a vznik kontraktur, deformit kloubů a kostí. (Kraus, 2005)

Pojem dětská mozková obrna (DMO) u nás zavedl v roce 1959 zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný, který je definuje jako „raně vzniklé postižení mozku (před porodem, při porodu nebo krátce po něm), projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti“. Velmi často ale také zasahuje do více oblastí vývoje – kombinuje se s mentálním postižením, smyslovými vadami a v neposlední řadě ovlivňuje rozvoj komunikačních dovedností. (Opatřilová, 2010)

„Základním průvodním jevem u všech typů DMO je narušení hybnosti a tonu, které se projevuje různým stupněm a rozsahem. Hybnost dítěte ztrácí svůj charakter. Leží buď ochable

s minimálními pohyby končetin s hlavou stočenou většinou k jedné straně, jindy naopak je hybnost až nadměrná, reakce na zevní podněty jsou nápadně prudké.“ (Opatřilová, 2006, s. 105)

Klasifikace DMO

Při klasifikaci DMO se vychází nejčastěji z klinického obrazu. Podle typu hybného postižení se rozlišují formy DMO.

Základní členění je na formy **SPASTICKÉ a NESPASTICKÉ**. Spastické formy DMO charakterizuje po porodu a v prvních měsících vývoje zvýšený svalový tonus. Svaly postižené končetiny jsou zvýšeně napjaté a kladou odpor pasivnímu ohýbání. Nespastické formy DMO jsou charakteristické absencí svalového napětí. (Opatřilová, 2010)

SPASTICKÉ DMO

Sem náleží forma **DIPARETICKÁ** (případně paraparetická) s různým stupněm postižení zejména dolních končetin. V menší míře může dojít i k poškození horních končetin. Spastická diparéza je zvláště charakteristickým syndromem, poněvadž může vznikat jen v dětství, a to do doby, než dítě začíná chodit. Nejvíce obtíží si přináší dítě z perinatálního období a hodně dětí s diparetickou formou DMO se narodilo předčasně. Jedná se tedy o nezralost nervového systému. (Jankovský, 2006)

Další spastickou formou je **HEMIPARETICKÁ** forma. Je druhou nejčastější formou tohoto neurologického postižení. Projevuje se jako ochrnutí jedné poloviny těla, horní končetina bývá zpravidla více postižena. Při každém vzrušení se zvyšuje svalové napětí a v případě hemiparézy to znamená neúměrné zvyšování svalového napětí na paretické straně, což znesnadňuje nebo znemožňuje vykonávat rychlé pohyby. U hemiparetické formy je častá epilepsie, která dále nepříznivě ovlivňuje rozvoj pacienta. (Opatřilová, 2010)

KVADRUPARETICKÁ forma je nejtěžší formou DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří kolem 5 % případů a znamená závažný problém, neboť pacienti jsou zcela závislí na pomoci, péče o ně je pracná, jsou obtíže s jejich výživou. Pro kvadruparetickou formu je typické poškození všech čtyř končetin, přičemž může jít u jednotlivých končetin o různý stupeň jejich postižení. Kvadruparetická forma DMO je v zásadě odvozena od formy diparetické, přičemž dominuje

bud' větší poškození dolních končetin, anebo převažuje poškození jedné strany nad druhou, eventuálně oboustranná hemiparéza, při poškození obou mozkových hemisfér. (Kraus, 2005)

„Pro formu kvadruparetickou je typické poškození všech čtyř končetin, přičemž může jít u jednotlivých končetin o různý stupeň jejich postižení. Kvadruparetická forma DMO je v zásadě odvozena z formy diparetické, přičemž dominuje bud' větší poškození dolních končetin, anebo převažuje poškození jedné strany nad druhou, eventuálně oboustranná hemiparéza, při poškození obou mozkových hemisfér.“ (Jankovský, 2006, s. 42)

NESPASTICKÉ DMO

HYPOTONICKÁ forma DMO je vývojová, mění se v důsledku zrání mozku. Z klinického hlediska je v tomto případě dominantní oslabení svalového tonu trupu i končetin. Chůze je velmi nejistá, vrávoravá, dělají se nestejně kroky s úchyly do stran. Kolem třetího roku se může měnit ve formu spastickou nebo dyskinetickou. (Opatřilová, 2010)

DYSKINETICKÁ (extrapyramidová) forma tvoří kolem 10 % případů DMO. V prvních měsících života není patrné zvýšení svalového tonu ani abnormální pohyby, objeví se až mezi 5. – 10. měsícem věku. Progrese nálezu ukončí svůj rozvoj až po druhém roce věku. Nejčastěji se tato forma vyvíjí z hypotonického syndromu. První projevy se podobají obrazu dystonického stádia u diparetické formy DMO a postihují především trup a dolní končetiny. Vyskytují se četné projevy novorozenecké dystonie: úlekové reakce, později se připojí mimovolní pohyby končetin. Nedostatečná kontrola tonu trupu brání rozvoji stoje a chůze. (Kraus, 2005)

Poruchy sdružené s DMO

„S ohledem na sociální důsledky je patrně nejzávažnější sdruženou (přidruženou) poruchou u dětí s DMO mentální retardace. Mentální retardace není tak „chorobou“, jako spíše trvalým stavem, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností, které je vrozené, resp. vzniká v průběhu vývoje jedince, a je obvykle doprovázeno poruchami adaptace, tedy nižší schopností orientovat se v daném prostředí. Vývoj je opožděný a trvale zaostává, což je provázeno omezenými možnostmi vzdělávání a sociální přizpůsobivosti, s čímž pak samozřejmě souvisejí problémy při socializaci takto postiženého dítěte.“ (Jankovský, 2006, s. 43) Velmi závažnou přidruženou poruchou je epilepsie, která provází DMO poměrně často a někdy může být hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Často se setkáváme také se smyslovými poruchami. Velké množství pacientů s DMO

má zrakové obtíže, negativní důsledky na socializaci mohou mít také poruchy sluchu. Se sluchovým postižením úzce souvisí poruchy řeči. (Jankovský, 2006)

Opatřilová v knize uvádí: „*Poruchy řeči se vyskytují u více než poloviny dětí s diagnózou DMO. Jsou různého stupně, a to od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost artikulace. DMO postihuje svalstvo jednotlivých mluvních orgánů a i jednotlivé složky řečového projevu jako dýchání, fonace, artikulace, síla, rytmus, melodie, plynulost a srozumitelnost řeči.*“ (Opatřilová, 2006, s. 105)

Péče o děti s DMO

Jde o chronické a komplexní neurologické postižení vyžadující multidisciplinární péči. K minimu základní péče patří tyto obory: pediatrie, rehabilitace, neurologie, ortopedie, pracovní terapie, logopedie, psychologie, sociální péče a pedagogika. Péče o děti s DMO začíná během porodu nebo časně po něm. S věkem se pak mění i způsob péče, například předškolní děti navštěvují stacionáře, ve školním věku děti chodí do speciálních tříd nebo jsou integrované do tříd základních škol. Děti s DMO potřebují odpovídající předškolní přípravu, zhodnocení jejich schopností k výuce a sestavení plánu a programu výuky. (Kraus, 2005)

Psychomotorický vývoj dítěte v předškolním věku

3.4 Zdravé dítě a jeho vývoj ve věku 3-6 let

O období mezi ukončeným 3. a 6. rokem života člověka mluvíme jako o předškolním věku. „*V něm se formují některé důležité vzorce chování, dále se rozvíjí centrální nervový systém a vegetativní funkce a mění se tělesné proporce. Pro děti tohoto věku a jejich tělesný i duševní rozvoj mají nezastupitelný význam různé pohybové aktivity a hry. Na konci období předškolního věku se prořezávají první trvalé zuby, dochází k dalšímu rozvoji pohybových dovedností, učení a paměti. Projevují se i první rysy nadání.*“ (Novotný, 2008, s. 189)

Hra a vyprávění jsou v předškolním věku způsobem vyjádření vlastní interpretace reality a postoje ke světu, eventuálně i k sobě samému. Pomalu se rozvíjí pojem času. Dítě měří čas prostřednictvím určitých událostí a opakujících se jevů. Jazyk je chápán a používán na úrovni, která odpovídá stupni rozvoje poznávacích procesů. Děti se učí mluvit prostřednictvím nápodoby verbálního projevu dospělých lidí, s nimiž žijí a komunikují.

Nápodobou se děti učí i gramatická pravidla. Mladší předškoláci v nich dělají chyby, které svědčí pro relativně pomalý rozvoj jazykového citu. Rozvoj poznávacích procesů

ovlivňuje i sebepojetí. Dítě o sobě uvažuje, uvědomuje si svoji jedinečnost a odlišnost od ostatních lidí. Součástí identity předškolního dítěte jsou i všechny sociální role, které má. V této době nabývají na významu především ty, jež přesahují rámec rodiny a signalizují jeho pozici v jiném sociálním prostředí, např. role žáka mateřské školy nebo role v dětské skupině. (Vágnerová, 2000)

„Myšlení předškolního dítěte je charakteristické ulpíváním na nápadných detailech a zjevných znacích. Dítě interpretuje realitu tak, aby pro ně byla srozumitelná a přijatelná. V emoční oblasti je důležitý rozvoj emoční inteligence, porozumění vlastním emocím i citovým projevům jiných lidí. Vázanost na rodinu a na dospělé se postupně uvolňuje, předškolní věk lze charakterizovat jako období přípravy na život ve společnosti. Významným sociálním mezníkem je zařazení do mateřské školy. Děti navazují kontakty s vrstevníky, dítě se s nimi učí soupeřit i spolupracovat.“ (Vágnerová, 2008, s. 78)

3.5 Specifika vývoje dítěte s tělesným postižením v předškolním věku

V předškolním věku dochází ke stabilizaci stacionárních pohybových vad. Zvyšuje se význam verbální stimulace pro dítě, jeho vývoj inteligence může odpovídat normě, ale opoždění zpravidla pozorujeme v sociální oblasti, což je dáno nedostatkem příležitostí k rozvoji sociálních zkušeností. Proto je vhodné zařadit dítě do předškolního typu zařízení. Mimo jiné to přispívá i k odpoutávání z přetrvávající vazby na matku. Důležitým měřítkem potencionální úrovně rozumových schopností je rozvoj verbální komunikace. Pro správný rozvoj řeči je podstatné, zda dítě netrpí narušením hybností mluvidel např. v důsledku DMO, protože za normálních okolností jsou řeč a verbální komunikace zdrojem získávání poznatků a informací i předpokladem sociálního kontaktu. (Opařilová, 2006)

Docházka do mateřské školy pro tělesně postižené, eventuálně do denního stacionáře, představuje důležitou a nezastupitelnou etapu v rámci komplexní péče, resp. uceleného systému rehabilitace dítěte se zdravotním postižením. Pokud se v rámci této docházky podaří dobře koordinovat propojení péče edukační a sociální s péčí terapeutickou a zdravotní, přináší to žádoucí efekt. S touto tematikou souvisí velmi těsně problematika školní zralosti. *„Ve stručnosti lze konstatovat, že se jedná o diagnostický proces, ve kterém je posuzována zralost v oblasti somatické, rozumové, sociální, pracovní a též emocionální. Komplexní a kompetentní posouzení reálných možností dítěte před nástupem plnění povinné školní docházky je totiž důležitým prvním krokem v procesu školské edukace, jejíž úspěch významně ovlivní budoucí kvalitu života každého dítěte s postižením.“* (Jankovský, 2006, s. 81)

4 SYSTÉM PODPORY A PÉČE O DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RANÉM A PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Kapitola pojednává o možnostech péče o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku. Popisuje systém podpory a péče, definuje jeho jednotlivé stupně a podrobně se věnuje jejich činnosti.

Organizace služeb

Základní elementy můžeme shrnout následovně: Široké spektrum služeb, ty se snaží být přístupné, decentralizované, jsou organizované různými autoritami a požadují dobrou koordinaci. Rozmanitost je výhodou pro dítě a jeho rodinu, snižuje riziko rozptýlení služeb a rozpaky rodičů. Nejběžnější jsou služby poskytované v oblasti sociální a v oblasti zdravotnictví. Do popředí se více dostává vzdělávání. (Opatřilová, 2006)

4.1 Raná péče (včasná intervence)

Raná péče je podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. terénní službou, popřípadě doplněnou ambulantní formou služby, poskytovanou dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. (www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108)

„Raná péče je služba zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Valenta, 2015)

Služby rané péče jsou v Čechách poskytovány od roku 1990, kdy první středisko rané péče vzniklo v Praze. Střediska rané péče jsou nejčastěji zřizována neziskovými organizacemi a jejich služby jsou pro klienty poskytovány zdarma. Tým rané péče tvoří rodiče dítěte, poradci rané péče – sociální pracovník, speciální pedagog, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped, aj. Služba se odehrává buď přímo formou návštěv odborného pracovníka v dané rodině nebo v instituci rané péče či v rámci rehabilitačních pobytů. Služby středisek rané péče, které působí „pod hlavičkou“ Společnosti pro ranou péči, mají převážně terénní charakter – poradce, který s rodinou spolupracuje, konzultuje její potřeby v domácím prostředí. To je pro klienta výhodné, protože jde o jeho důvěrně známé prostředí. Dítě tak

v domácím přirozeném prostředí působí uvolněně, je s ním lepší spolupráce, protože je obklopeno známými věcmi. (<http://ranapece.cz>)

Vyhláška č. 505/2006 Ministerstva práce a sociálních věcí, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, stanovuje služby, které raná péče poskytuje:

Základní činnosti při poskytování rané péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti: 1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním, 2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám, 3. podpora a posilování rodičovských kompetencí, 4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny, 5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury, 6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte, 7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, 2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,

c) sociálně terapeutické činnosti: 1. psychosociální podpora formou naslouchání, 2. podpora výměny zkušeností, 3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: 1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů, 2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.

4.2 Kdo jsou klienti rané péče

Kdo může tedy využívat služby rané intervence? „*Jsou to rodiny, které v souvislosti s nepříznivým vývojem dítěte hledají další informace, pomoc a podporu, rodiče, kteří mají pochybnosti ohledně vývoje svého dítěte, rodiny s podezřením na konkrétní postižení nebo s již diagnostikovaným postižením (např. DMO, Downův syndrom, vrozené vývojové vady) a*

to od narození až po zařazení do některé formy školního vzdělávání, nejdéle však do šesti let.“ (Opatřilová, 2006, s. 120). Dále pak rodiny, u kterých je v důsledku komplikovaného těhotenství nebo porodu reálné nebezpečí vzniku postižení (např. velmi nízká porodní hmotnost, předčasná narození, komplikované porody, vícečetná gravidita, apod.)

Koncepce rané intervence zahrnuje dva úzce spjaté aspekty, a to věk dítěte a opatření. Opatření mohou být zahájena při narození dítěte nebo v prvních letech jeho života, vždy však před tím, než zahájí školní docházku. (Opatřilová, 2006)

4.3 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání se maximálně přizpůsobuje vývojovým, fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí této věkové skupiny. Tato vývojová specifika musí být při vzdělávání respektována v plné míře. *„Vzdělávání by mělo být důsledně vázáno na individuální potřeby a možnosti jednotlivých dětí včetně vzdělávacích potřeb specifických. Každému dítěti je tedy třeba poskytovat pomoc a podporu v míře, kterou individuálně potřebuje, a v kvalitě, která mu vyhovuje. Proto je nutné, aby vzdělávací působení pedagoga vycházelo z pedagogické analýzy – z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, ze znalosti jeho aktuálního vývojového stavu i konkrétní životní a sociální situace.* (Opatřilová, 2010, s. 29)

Česká republika je zemí s typicky smíšeným systémem vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením. Michalík vidí situaci takto: *„Vedle rozvinutého a historicky utvářeného systému tzv. speciálního školství se postupně rozvíjel a rozvíjí model vzdělávání dítěte se zdravotním postižením jako účastníka hlavního vzdělávacího proudu, začleněného do některé ze škol vzdělávací soustavy (mateřské, základní, střední).* (Michalík, 2011, s. 77)

4.4 Sociální služby

Název Sociální služby zahrnuje všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života. Sociální služby jsou v České republice definovány v zákoně o sociálních službách (zákon č. 108/2006), v širším pojetí však tyto služby spadají do resortu státní správy. (Matoušek, 2008)

Denní stacionář

Jde o službu sociální péče, vychází ze Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Poskytuje osobám se zdravotním postižením, s chronickým duševním postižením a seniorům

se sníženou soběstačností ambulantní služby – pomoc při sebeobsluze, výchovně-vzdělávací aktivity, sociálně-terapeutické aktivity. (Valenta, 2015)

Týdenní stacionář

Jde o službu sociální péče, vychází ze Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Poskytuje osobám se zdravotním postižením, s chronickým duševním postižením a seniorům se sníženou soběstačností pobytové služby – pomoc při sebeobsluze, poskytnutí ubytování a stravy, výchovně-vzdělávací aktivity, sociálně-terapeutické aktivity. (Valenta, 2015)

4.5 Školská poradenská zařízení

Speciálně pedagogické centrum

Je to školské poradenské zařízení poskytující poradenské a diagnostické činnosti zejména dětem, žákům a studentům se zdravotním postižením a případně se zdravotním znevýhodněním. Pracovníci speciálně pedagogického centra (SPC) poskytují služby v rámci centra ambulantně nebo ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách nebo v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením. SPC zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků, připravuje posudky pro účely uzpůsobení maturitní zkoušky u žáků se zdravotním postižením. (Valenta, 2015)

„Poradenství je záměrná, cílevědomá pomoc klientům, rodinám a všem, kdo s nimi pracují, stojí na diagnostice, získávání údajů a informací o klientovi. Jedná se o činnost týmovou (psychologickou, pedagogickou, sociologickou, sociální, neurologickou, právní ad.) Hranice mezi poradenstvím a psychoterapií se dnes překrývají, zvláště pak ve speciálním školství.“ (Opatřilová, 2006, s. 126) Na nejnižší úrovni se poradenská práce týká třídního učitele, na úrovni školy výchovného poradce, popř. speciálního pedagoga nebo školního psychologa (pokud ho škola má) a na úrovni školských poradenských zařízení to jsou pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče. (Opatřilová, 2006)

5 METODY A TERAPIE V PÉČI O DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Kapitola popisuje metody a terapie, které se používají v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku. Jednotlivé druhy terapií musí přitom respektovat osobní tempo dotyčného dítěte a jeho současný zdravotní stav. Samozřejmě musí být tyto metody a činnosti podávány tak, aby byly pro dítě příjemné a dokázaly ho zaujmout.

5.1 Rehabilitace

Rehabilitace jsou komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit. V České republice se pojem používá spíše v užším, zdravotnickém, na tělo orientovaném pojetí. V jiných zemích má význam širší – rehabilitace zahrnuje všechny druhy pomáhajících postupů včetně poskytování sociálních služeb (Matoušek, 2008)

Vymezení pojmu

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci v roce 1969 následujícím způsobem: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti“. V roce 1981 pak došlo k následujícímu rozšíření definice rehabilitace: „Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého“. Konečně z roku 1994 pochází definice charakterizující rehabilitaci jako: „proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“. (Jankovský, 2006)

„Cílem rehabilitace je zamezení vzniku zdravotního postižení, popřípadě jeho minimalizace. V případě vzniklých následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění. Výsledek rehabilitace je závislý na harmonickém vyvážení zdravotnického i výchovného aspektu.“ (Jakobová, 2007, s. 24)

5.1.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Fyzikální terapie

Metodami fyzikální terapie jsou např. různé druhy masáže (klasická, reflexní, podvodní), elektroléčba. Její užívání není ale v dětské fyzioterapii (zejména u dětí s DMO) příliš časté. Dalšími metodami je léčba ultrazvukem, magnetoterapie a léčba světlem (infračervené a ultrafialové záření). Specifickou kapitolou je laserové záření, např. stimulace akupunkturálních bodů v rámci léčby DMO. Dále pak léčba teplem (termoterapie) a zejména vodoléčba, např. rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň. Opomenout nelze ani léčbu přírodními léčivými prostředky, pak hovoříme o balneoterapii. (Jankovský, 2006)

Fyzioterapie

Léčebná tělesná výchova (LTV) je hlavní metodou fyzioterapie a základem práce fyzioterapeuta. Zabývá se léčbou pohybového aparátu. Můžeme ji rozdělit podle lékařských oborů, kde se používají specifické metodiky – na:

- LTV v traumatologii a chirurgii (cvičení zaměřená na jednotlivé končetiny nebo klouby, resp. na stavy po frakturách a luxacích, cvičení před a po operacích hrudníku, břicha, páteře, mozku)
- LTV v ortopedii (při vadném držení těla, skolióze, vady hrudníku, končetin, stavy po ortopedických operacích)
- LTV v neurologii (obrnny končetin, centrální parézy, roztroušená skleróza)
- LTV v pediatrii (zejména respirační fyzioterapie)

Ze skupiny zdravotních postižení patří do cílových skupin děti s tělesným postižením/ postižením hybnosti, což je zejména dětská mozková obrna, skolióza, různé druhy myopatií (onemocnění postihující kosterní svalstvo). „*Fyzioterapie může pomoci i řadě dětí s hlubším mentálním postižením, neboť u nich dochází k opoždění vývoje motoriky a často také k abnormalitám ve vývoji, kdy využití vhodných postupů může vývoj urychlit, odstranit případné patologické pohybové vzorce nebo jejich vzniku předejít.*“ (Zikl, 2014, s. 51)

Dílčí fyzioterapeutické aktivity jsou využívány i v logopedii, například při zlepšování hybnosti řečového ústrojí, poruchách polykání, úpravě hypersalivace (zvýšený slinotok) nebo poruchách funkce měkkého patra. Další skupinou může být i část dětí s ADHD, kdy jsou při terapii využívány i prostředky fyzioterapie, jako jsou rovnovážná cvičení, cvičení koordináční, apod.

Fyzioterapeuti pracují zejména ve zdravotnických zařízeních. Řada dětí s tělesným postižením využívá také pobytů ve specializovaných ústavech, např. Hamzova léčebna v Luži-Košumberku, ústavy v Klimkovicích, Janských Lázních. Mimo zdravotnictví mohou fyzioterapeuti pracovat i ve školství, nejčastěji ve speciálních základních školách a některých speciálně pedagogických centrech. (Zíkl, 2014)

„V případě fyzioterapie se jedná o pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně stimulujícími prostředky – například masírováním, tlaky, hlazením, držením části těla, změnami polohy těla, tělesným cvičením, atd.“ (Müller, 2014, s. 38)

5.2 Bobath koncept

Zakladateli konceptu jsou Berta a Karel Bobathovi – autoři originálních terapeutických postupů při léčbě následků neurologických onemocnění. Po kratším působení ve veřejných nemocnicích si otevřeli soukromou kliniku a založili proslulé Bobath centrum. V něm léčili pacienty s mozkovou obrnou a ostatními neurologickými onemocněními. Léčba probíhala podle tzv. Bobath konceptu, jehož podstatou je neurovývojová terapie. (Valenta, 2015)

V Bobath centru založeném v roce 1951 v Londýně se tito němečtí manželé-lékaři židovského původu z počátku věnovali dospělým pacientům po cévní mozkové příhodě a postupně se více zaměřili na děti s dětskou mozkovou obrnou. (Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů o. s., dále jen ČADBT o. s.)

Vymezení pojmu

Ve světě častěji označován jako NDT – NeuroDevelopmental Treatment, v češtině Neurovývojová terapie, popř. NDT/Bobath. Jedná se o rehabilitační postup určený pacientům s poškozením centrální nervové soustavy různého věku i etiologie. V rámci tohoto konceptu jsou vypracovány strategie pro děti od nejtělejšího věku, děti starší i pro dospělé pacienty. NDT/Bobath koncept nabízí perspektivní, interdisciplinární, problémy řešící přístup k hodnocení, léčbě a vedení jakéhokoliv jedince s omezenou schopností plně participovat na denním životě z důvodu poškození motorických funkcí, poškození sensorických, percepčních a kognitivních funkcí vyplývajících z poruchy CNS. (ČADBT o. s.)

5.2.1 Podstata terapie

Jedná se o 24hodinový koncept, který zahrnuje nejen cvičení, ale všechny aktivity denního života jako jsou např. oblékání, svlékání, přijímání jídla a pití, hru, udržování

hygieny atd. Jeho úkolem je zlepšení kvality života dítěte a jeho rodiny. Důležité je aktivní zapojení dítěte do běžného života tzv. participace. Nesnaží se dítě mechanicky naučit jeden úkon, ale hledá způsoby, jak díky specifickému handlingu (péče o dítě, kdy se dítěte dotýkáme) provádění jednotlivých činností dítěti usnadnit či umožnit.

Podstatou konceptu je pozorování, řešení problémů a analýza schopností dítěte, obtíží, osobnostních charakteristik, kognitivních schopností a omezení v prostředí ovlivňujících chování a participaci dítěte. (ČADBT o. s.)

„Specifickým rysem Bobath konceptu je individuální vyšetření pacienta v rámci konkrétní funkce, individuální plánování a aplikace terapie. Velký důraz je kladen na výcvik rodičů a osob pečujících o pacienta. Nezbytným předpokladem je týmový přístup při řešení všech problémů pacienta.“ (Kraus, 2005, s. 207)

Cílem konceptu Bobathových je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, integrace klienta do běžných denních aktivit a dosažení jeho samostatnosti. (Friedlová, 2007)

5.2.2 Práce Bobath terapeuta

Bobath terapeut má k dispozici sadu specifických facilitačních, stimulačních a inhibičních technik, které při své terapii používá. Jsou to však pouze nástroje k dosažení vytčeného cíle. V Bobath konceptu neexistují metodické řady, sestavy cviků či cvičební jednotky. Terapeut neustále hodnotí, co dítě limituje a jak to on může v rámci terapie ovlivnit. Přičemž slovy Berty Bobath: „Terapie je handling a handling je terapií“. Cíle terapie jsou stanoveny společně s dítětem (je-li to možné) a jeho rodinou. Jedná se o konkrétní činnosti, které si dítě a jeho rodina přeje dosáhnout. Úkolem terapeuta je pomoci rodině a dítěti stanovit cíle, které jsou specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické a časově ohraničené.(ČADBT o. s.)

Kraus uvádí, že: *„Základním předpokladem úspěšné terapie je důkladná analýza. Terapeut začíná vyšetřovat svého pacienta nejdříve pouhým pozorováním (observací) jeho funkčních aktivit. Sleduje všechny funkční aktivity, které je dítě schopno samo provést a neustále má na mysli, jaká je kvalita těchto aktivit. Vyšetřuje rovněž aktivity, které je schopno provést s určitou dopomocí a nezapomíná ani na aktivity, které dítě není schopno provést vůbec. Terapeut neustále má na mysli způsob, jakým je konkrétní funkce prováděna (JAK?) a*

klade si zároveň otázku, proč (PROČ?) některé aktivity není pacient schopen provést vůbec.“
(Kraus, 2005, s. 211)

V rámci handlingu a denního managementu se snažíme dát dítěti co nejkvalitnější senzomotorickou zkušenost, ze které se pak dítě učí nové dovednosti anebo snadněji provádí stávající dovednosti. Je nezbytné, aby do terapie bylo zahrnuto mnoho odborníků z různých lékařských oborů. Základem Bobath týmu jsou rodiče, fyzioterapeut, ergoterapeut a logoped. Přestože má každý z nich specializované znalosti, tak jejich pochopení problému dítěte by mělo být jednotné, stejně jako přístup k jejich řešení. V mnohém by se jejich role měly překrývat – každý z nich je schopen ovlivnit vývoj dítěte. Právě tak je možné dosáhnout plného potenciálu dítěte. (ČADBT o. s.)

5.3 Metoda Vojtovy reflexní lokomoce

Její zakladatelem je český lékař – neurolog Václav Vojta. Vstoupil do odborného povědomí jako autor metody reflexní lokomoce (pohybu), pojmenované po něm Vojtova metoda, která se používá k terapii dětí s mozkovou obrnou. Podle MUDr. Vojty je hlavním předpokladem pro zdárný vývoj motoriky postižených dětí včasná diagnostika a terapie. Vojtův diagnostický postup se skládá z neurokineziologického vyšetření, polohových reakcí a vyšetření reflexů ještě v novorozeneckém období. V případě odhalené poruchy je možné zahájit terapii ještě v době, kdy nelze pozorovat zjevné poruchy motoriky. (Valenta, 2015)

Metoda Vojtovy reflexní lokomoce vznikala u nás v 50. – 60. letech minulého století zásluhou profesora Václava Vojty. Vychází z poznatků vývojové kineziologie. Vojtův lokomoční přístup říká, že všechny svaly pohybové soustavy jsou s lokomocí nějak svázány, že všechny lokomoci buď slouží, nebo lokomočním stádiem prošly. *„Reflexní lokomoce je metoda s podrobně vypracovaným diagnostickým systémem: pozorováním a vyhodnocením spontánní motoriky (posturální aktivity) se určí míra shody pohybové vyspělosti pacienta se správným postupem motorického vývoje (v případě opoždění se určí tzv. retardační kvocient) tak, že je zařazen do příslušného lokomočního stadia.“* (Müller, 2014, s. 433) Využívá dále vyšetření neurologického. Na základě těchto vyšetření je rozhodnuto, zda motorika dítěte nevykazuje žádnou patologii, nebo zda jsou přítomny projevy centrální koordinační poruchy. V případě ohrožení správného vývoje je zahájena léčba. (Müller, 2014)

5.3.1 Podstata terapie

Terapie spočívá v reflexní stimulaci v zájmu optimalizace svalové souhry. Používají se dva globální pohybové komplexy – reflexní plazení (výchozí poloha na břicho) a reflexní

otáčení (z polohy na zádech, případně boku), jejichž součástí jsou prvky normální motoriky. Dítě je nastaveno do optimální výchozí polohy a aplikací stimulace dochází ke kontrolované aktivaci v jednom z uvedených pohybových vzorů. Opakovaná aktivace kvalitní svalové souhry v intencích normální motoriky skýtá systému možnost, aby je zařadil do své pohybové výbavy. Dominantní zaměření je na poruchy centrální nervové soustavy, ale úprava pohybových vzorů je efektivní i u poruch držení těla a skolióz, bolestivých syndromů páteře. (Müller, 2014)

Zikl v knize uvádí toto: „*Podstatné pro úspešnou realizaci Vojtovy metódy je její včasné zahájenie a presné a pravidelné provádzenie cvičení. Cvičí sa každý deň niekoľkokrát a cvičí obvykle rodiče, ale v niektorých prípadoch i asistenti, avšak všetci ktož cvičí, musí byť zaškolení odborníkom pre konkrétne dieťa. Realizácia terapie je pomerne náročná, mnohdy navyše deti reagujú pláčom a odmietaním a tak není cvičenie náročné len fyzicky a časovo, ale také psychicky a to zejména pro matky dětí, na kterých často celá realizace leží.*“ (Zikl, 2014, s. 62)

5.3.2 Metoda v prvním roce života dítěte

Již v průběhu prvního roku života mohou být, podle Vojty, diagnostikovány na základě pozorování motorického vývoje jedince poruchy v neuromuskulární oblasti. Podstatou této metody je tudíž působení na centrální nervovou soustavu skrze provokovaných svalových cvičení a poloh a aktivace reflexů celého těla. Cíleným vyvoláním reflexního plazení a otáčení pomocí dráždění jednotlivých nebo kombinovaných zón se patologické reakce převádějí na fyziologické vzpřimovací mechanismy a rovnovážné reakce se v centrální nervové soustavě dostávají z blokády. Vojta vychází z těchto základních předpokladů: mezi první projevy dítěte patří reflexy, které jsou důležitým diagnostickým ukazatelem pro vývojový věk dítěte a mají v diagnostice největší hodnotu. (Janků, 2010)

5.4 Ergoterapie

Je chápána jako prostředek léčebné rehabilitace, na mysli máme ergoterapii jako léčbu prací. U malých dětí lze říci, že jde o léčbu pomocí hravých aktivit. Dětská ergoterapie má svá specifika. Dítě, zejména dítě s DMO, nemá žádné zkušenosti z minulosti, své pohybové stereotypy si teprve vytváří. Základní metodou je přirozeně hra. Dětská hra a činnost obecně mají svá vývojová stadia, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě s postižením.

Velmi žádoucí je individuální přístup. Dětská ergoterapie sleduje celou řadu cílů, např. soustavné rozvíjení, respektive zlepšování hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace, vizuomotorické koordinace, zlepšení komunikace. V obecné rovině usiluje ergoterapie o dosažení maximální samostatnosti (soběstačnosti) dítěte. Významnou úlohu hrají rodiče, které je nezbytné pro tuto metodu jednak získat, ale také dobře připravit. (Jankovský, 2006)

„Ergoterapeut pracuje s osobami každého věku, s různým druhem zdravotního postižení nebo s osobami, které jsou sociálně znevýhodněné. Nejčastěji se ergoterapie indikuje z důvodu problémů v soběstačnosti. Snahou ergoterapeuta je pomoci těmto osobám udržet si, zvýšit či navrátit soběstačnost v aktivitách, které jsou pro ně důležité.“ (Müller, 2014, s. 441)

Ergoterapie hraje nezastupitelnou úlohu v podpoře osob s hybným postižením. Pro stanovení podpory je třeba vycházet z rozvoje hybnosti a rozlišit, zda se jedná o postižení dětského nebo dospělého věku a zda jde o postižení vrozené nebo získané. (Opatřilová, 2008)

„V pediatrii nachází ergoterapie velké uplatnění díky přirozenému sklonu dětí k aktivitě, k hravosti. Pokud je malý pacient delší dobu hospitalizován, potřebuje aktivaci k prevenci deprivace. Pod delší době nečinnosti se totiž stává apatickým a jeho duševní vývoj se zpomaluje. Pro dětskou ergoterapii je důležitá znalost vývoje dětské psychiky a dále podstaty onemocnění, zvláště pokud omezuje psychický rozvoj nebo přímo zasahuje inteligenci dítěte.“ (Kubínková, Křížová, 1997, s. 72)

5.4.1 Podpora jedinců s vrozeným postižením

„U dětí nemůžeme hovořit o práci, činnosti jako takové, je třeba si o to více uvědomit význam hry, hodnocení školních výsledků a každodenních aktivit, na jejichž základě lze zhodnotit současnou úroveň dovedností a rozvoje dítěte. Právě možnost využití přirozené aktivity dětského věku, hry, je využívána i v ergoterapii. Hra znamená pro děti motivaci, aktivizaci a tím je i nedílnou podmínkou jejich rozvoje.“ (Opatřilová, 2008, s. 124)

Hlavní cíle ergoterapie v rámci rehabilitace dětí jsou tyto:

- dosažení maximální samostatnosti
- rozvoj jemné a hrubé motoriky
- rozvoj koordinace, senzomotoriky, citlivosti, komunikace
- zlepšení vytrvalosti a schopnosti snášet zátěž
- zabránění následků nemoci a jejich pokračování

- zabránění psychické deprivace

Jak dále uvádí Opatřilová „*dítě s vrozeným hybným postižením se řadě aktivit učí, je třeba brát v úvahu aktuální schopnosti dítěte, úroveň hybnosti a rozvoje hrubé a jemné motoriky. U dětí s DMO je narušena hybnost a spolu s ní i ostatní funkce. Rozvoj hybnosti, kognitivních a sociálních funkcí vede i k celkovému rozvoji dítěte. Jednotlivé složky však nelze od sebe oddělovat, zejména pak v rámci ucelené rehabilitace. Dosažení maximálního rozvoje hybnosti usnadní budoucí život a rozvoj samostatnosti a soběstačnosti postiženého dítěte.*“ (Opatřilová, 2008, s. 125)

5.4.2 Pracovní techniky a činnosti v ergoterapii

U dětí jsou tyto aktivity zaměřeny zejména na výtvarné činnosti a aktivity spojené s hrou. Hra není jen přirozeným projevem dítěte, ale znamená i prostředek rozvoje a poznávání okolního světa. Hra se tak může stát i odpovídajícím léčebným a podpůrným prostředkem, protože na dítě působí stimulačně. Hra nebo hračka by měla být zvolená tak, aby dítě zaujala, úkol musí být stanoven lehce nad schopnostmi dítěte ovšem tak, aby bylo dítě schopno stanovený úkol splnit. (Opatřilová, 2008)

Hry pro děti v ergoterapii mohou být *funkční* (procvičování spontánních pohybů těla), *manipulační* (manipulace s hračkami a předměty a poznávání jejich vlastností), *napodobovací* (napodobování mimiky, pohybů a zvuků), *konstrukční* (skládání prvků, stavebnice, modelování), *pohybové* (hry s nářadím a náčiním, rytmizace), *didaktické* (rozvoj poznávacích procesů).

Pokud jde o výtvarné techniky, je zřejmé, že kresba je prvním grafickým projevem dítětem a má význam při jeho rozvoji. Na základě výtvarných technik získává dítě povědomí o materiálech, dochází k získávání zkušeností, rozvoji myšlení, představivosti a citlivosti. Základem kresby je čára. Hrou pro postižené dítě může být i výtvarná technika práce s papírem. Ta vyžaduje přesnost, rozvíjí kombinační schopnosti, tvořivost a fantazii. Využívají se při tom různé druhy papíru, postupy skládání, vystřihování, koláže. Do výtvarných technik při ergoterapii patří i modelování s hlinou nebo plastelínou a práce s přírodními materiály. (Opatřilová, 2008)

5.5 Hrubá motorika

„*Hrubá motorika je zajišťována velkými svalovými skupinami. Je to souhrn pohybových aktivit dítěte, které vedou k postupnému ovládnutí a držení těla, koordinaci*

horních a dolních končetin, rytmizaci pohybů. Práce velkých svalových skupin umožňuje lokomoci (chůze, skákání, plavání) a nelokomoční pohyby (sezení, tahání, strkání).“ (Opatřilová, 2010, s. 45)

Vývoj hrubé motoriky závisí na genetických podmínkách, dále na pohybové výchově a stimulaci a na duševním vývoji. Kojenecké období je charakterizováno prudkým tempem tělesného vývoje, zpočátku se jedná o pohyby neuvědomělé (reflexní), které se postupně mění v uvědomělé, cílené a koordinované. Období batolecího věku je charakteristické prvním osamotněním a rozvojem lokomoce. V další období není vývoj motoriky tak prudký a nápadný, jedná se o zdokonalování motorických pohybů dítěte. (Opatřilová, 2010)

5.5.1 Chronologický vývoj hrubé motoriky

Novorozené děti jsou plně závislé na rodičích. Bez nich by nepřežily. Mají však ve výbavě několik reflexů, přičemž některé z nich skutečně potřebují pro přežití a jiné jsou spíš pozůstatkem z dob našich dávných předků.

Jedná se o reflexy:

- sací a polykací
- pátrací (dítě hledá bradavku)
- uchopovací (dítě pevně sevře prsty kolem předmětu, který mu vložíme do ruky)
- chodící (postavíme-li novorozeně s podporou na tvrdou podložku, udělá několik krůčků)
- úlekový (objímací – když se dítě lekne, rozhodí paže do stran a roztáhne prsty, poté vrátí paže zpět a sevře ruce do pěstiček)

Novorozenci nedokážou svaly těla takřka vůbec ovládat, proto je třeba držet je pevně a bezpečně. V průběhu prvních měsíců až let mozek pracuje na schopnosti ovládat svaly, a tím i pohyby celého těla. Tělesný vývoj se řídí dvěma základními zákony. (Newman, 2004)

„1. Vývoj postupuje shora dolů, což znamená, že dítě se nejdříve učí ovládat svaly krku, pak zad, boků a nakonec nohou. I proto jako první roce hlava, která je vzhledem k tělu neúměrně velká.

2. Vývoj postupuje zevnitř ven, což s sebou přináší skutečnost, že nohy a ruce jsou oproti tělu malé. Děti se nejdříve učí držet se na loktech, pak na rukou, poté přicházejí na řadu kolena a nakonec se postaví.“ (Newman, 2004, s. 89)

5.6 Jemná motorika

„Jemná motorika je řízena aktivitou drobných svalů, jedná se o postupné zdokonalování jemných pohybů rukou, uchopování a manipulace s drobnými předměty.“ (Opatřilová, 2010, s. 33)

Zahrnuje:

- *grafomotoriku*, která označuje pohybovou aktivitu při grafických činnostech
 - *logomotoriku*, což je pohybová aktivita mluvních orgánů při artikulované řeči
 - *mimiku*, nebo-li motoriku mimickou, pohybovou aktivitu obličeje
 - *oromotoriku*, pohyby dutiny ústní
 - *vizuomotoriku*, která se týká pohybové aktivity se zpětnou zrakovou vazbou
- (Opatřilová, 2008)

Jemná motorika je definována jako schopnost obratně kontrolovaně manipulovat malými předměty v malém prostoru. *„Zahrnuje všechny pohybové aktivity prováděné drobnými svalovými skupinami, zejména rukou, ale i úst či nohou, vyžadující přesnost při plnění motorického úkolu. Je typická pro kreativní aktivity člověka. Příroda utvořila v průběhu fytoogeneze živočišný druh, který dokáže pomocí svých rukou a úst vytvářet neobyčejně krásné, složité a užitečné předměty, sloužící a usnadňující mu život na této planetě.“* (Vyskotová, Macháčková, 2013, s. 10)

5.6.1 Chronologický vývoj jemné motoriky

Novorozenci mají kvůli úchopovému reflexu ruce pevně sevřené v pěst. Úchopový reflex po několika týdnech mizí a děti se pak vlastně musejí znovu naučit svírat dlaň. Uchopování je poměrně složitý úkon, vyžaduje cílené ovládnutí svalů paže a ruky, otočení hlavy k danému předmětu a jeho soustředěné sledování očima. Dávají si ruce před obličej a pozorují je. Učí se tak základy koordinace rukou a očí.

Když se začínají učit uchopovat předměty, nejdříve používají celou ruku (dlaňový úchop), pak si předměty přendávají z ruky do ruky, posléze s předměty v rukou začnou tlouct o sebe. Nejdříve sahají pro předměty ze strany, až získají cvik, začnou je uchopovat shora. (Nevman, 2004)

„Následuje fáze pouštění předmětů z ruky. Nejdřív prostě povolí prsty a předmět vypadne. Zpočátku pouštějí předmět po dotyku daného předmětu s nějakým pevným povrchem, například deskou stolu, podlahou nebo dlaní dospělého. Později začnou předměty

pouštět do volného prostoru. Následuje házení a strkání předmětů do nádobek, po určité době nácviku se dokážou strefit i do malých otvorů. A jakmile se naučí předměty pouštět, mohou začít s házením. Nejdříve prostě hází, jak to jde, pak si začínou vybírat směr a na hod vynakládají sílu.“ (Newman, 2004, s. 93)

5.6.2 Rozvoj a podpora ruky u dítěte s postižením

Formování pohybů rukou začíná jednoduchými hrami a známými pohyby jako „paci,paci, pacičky“, „pá, pá“, poklepání na stůl jedním prstem. Zvláště u dětí s DMO je učení se rozličným pohybům rukou pozvolné. Ve volném tempu se přidává každý nový pohyb, dítěti je třeba ukázat jeho provádění. Při nesprávném provádění pohyb opravujeme. Důležitý je trpělivý přístup, povzbuzování při neúspěchu, pochvala za sebemenší úspěch. Je nezbytné naučit děti zkoordinovat základní pohyby v ramenní, loketní a zápěstní soustavě.

Opatřilová přidává zkušenosti s dětmi s DMO: *„Zvláště u dětí s DMO se nejhůře daří izolovat jemnou motoriku prstů. Dokonce i u dětí s diuretickou formou DMO, kdy je motorika rukou většinou zachována, se při tvoření pohybových návyků projevuje ztuhlost v držení těla a nepotlačitelné pohyby tváře, jazyka a rtů. V rozvoji motoriky ruky u těchto dětí často ohlašuje opožděný vývoj.“* (Opatřilová, 2008, s. 91) Pokud jsou těžkosti v pohybech rukou vyvolány zvýšeným svalovým napětím v ohýbacích skupinách svalu ruky, provádí se imitované pohyby „setřepat vodu z ruky, máchat prádlo“. (Opatřilová, 2008)

Nácviku jemné motoriky pomáhají i tyto postupy:

- nácvik navlékání předmětu – nejdříve na pevný návlek, později na volnou tyčinku, dále na pevný drátek a nakonec navlékání korálek na šňůrku s pevným hrotem od největšího po nejmenší
- zapínání a odepínání knoflíků – trénink nejdříve na panence nebo druhé osobě. Až pak na sobě – vždy od spodu s možností zrakové kontroly (správné spojení knoflíku s příslušnou dírkou)
- zavazování – nejdříve na provlékadlech provlékání různými otvory, pak nácvik zavazování mašlí na panence a pak na sobě
- cílené pohyby – na manipulační desce – zasouvání, vysouvání, otáčení klíčem, zhasínání, rozsvěcování

Při nácviku pohybů, na nichž se podílí jemná motorika, je klíčová pozice dítěte. Nebude-li správně posazené, postavené nebo položené, nebude moci řadu věcí provádět.

Pokud má však dítě takové tělesné postižení, že mu žádoucí poloha nevyhovuje a není pro něj realizovatelná, je třeba se poradit o dalších možnostech s lékařem. (Newman, 2004)

5.7 Bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v rehabilitačním centru ve Spolkové republice Německo s dětmi, jež se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. I tyto děti podle Fröhliche vnímají své tělo a uvědomují si jeho hranice. S těmito dětmi je možné navázat komunikaci prostřednictvím doteku.

5.7.1 Podstata terapie

„Andreas Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi. Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy.“ (Friedlová, 2007, s. 13)

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy vnímáme sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně doplňují.

„Bazální stimulace se snaží zprostředkovat člověku podněty skrze stimulaci jeho smyslových orgánů a podnítit tak vznik nových dendritických spojení mezi neurony v CNS. Tato metoda zaujala v posledních letech velmi významnou pozici v oblasti edukace a podpory žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami.“ (Janků, 2010, s. 116)

Mgr. Karolína Friedlová, která je první certifikovanou lektorkou konceptu bazální stimulace v České republice, uvádí, že *„základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat*

mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů.“ (Friedlová, 2007, s. 19)

5.7.2 Stimulace vnímání

Vnímání somatické, nebo-li vnímání těla se u člověka vyvíjí již na konci druhého měsíce nitroděložního vývoje po početí. V této době je schopen lidský zárodek reagovat zřetelně na dotyk jemným vláskem na svém těle. Vývoj pohybu a vnímání spolu velmi úzce souvisí. Velmi časně spolu s vývojem kůže, svaloviny a schopnosti pohybu se vyvíjí vnímání vibrací. Jako podnět (stimulus) je chápána každá změna zevního nebo vnitřního prostředí organismu, která působí na neuron.

„Působení podnětu se nazývá stimulace (dráždění). Podnět je energie, která vyvolává vzruch. Vzruch je fyziologický děj, v podstatě stejný ve všech nervových vláknech. Podstatou vzruchu je fyzikálně chemická změna přenášena nervovým vláknem. Nervový systém je vlastně kybernetický systém, který přenáší a zpracovává řadu různých informací. Každá informace musí být nejprve přeměněna na nervový vzruch. Podstatnou složkou činnosti nervového systému je přenos vzruchů z jedné nervové buňky na druhou.“ (Friedlová, 2007, s. 22)

Každý přenos informací musí mít svou vstupní část – receptor, což je buňka, skupina buněk nebo orgán, jejichž funkcí je zaznamenat stav a změny v organismu nebo zevním prostředí a informovat o nich vyšší centra. Receptory podněty (stimuly) a informace nejen přejímají, ale také je dále zpracovávají. (Friedlová, 2007)

Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Dítě, které se narodí postižené, je o to více odkázáno na své okolí, aby mu umožnilo získat podněty, které jsou pro jeho vývoj důležité. (Friedlová, 2007)

5.7.3 Podpora hybnosti

„Omezení pohybu zásadně snižuje množství podnětů a méně vjemů má za následek podnětovou a sensorickou deprivaci, sekundární poškození intelektu na základě této deprivace, nedostatečný vznik nových dendritických spojení, narušení vývoje mozku, apod. Prostřednictvím bazální stimulace se snažíme motivovat dítě/klienta k pohybu, pohyb stimulovat, usnadnit nebo provést alespoň pasivně.“ (Zikl, 2014, s. 118)

5.7.4 Podpora komunikace

Komunikace je předpokladem sociální interakce, je důležitá pro získávání informací pro plánování péče a uspokojování potřeb dítěte, pro osvojování nových dovedností, pro navázání vztahu a motivaci. Komunikace s dítětem je nedílnou součástí každé aktivity, využívají se všechny komunikační kanály verbální i neverbální a to podle možností a stavu konkrétního dítěte. Pozornost je tedy věnována nejen gestům, mimice nebo očnímu kontaktu, ale vzhledem ke zdravotnímu postižení i méně výrazným komunikačním aktivitám jeho jsou drobné pohyby (mrknutí očí, pohyby úst), změny svalového napětí, změny dýchání, obranné reakce. (Zikl, 2014)

Friedlová uvádí, že „komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou dávku schopností zaznamenávat reakce pacienta, neboť ty mohou být někdy zcela nepatrné. Schopnost vůbec je zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná.“ (Friedlová, 2007, s. 34)

5.7.5 Využití bazální stimulace

Bazální stimulace je využívána ve zdravotnictví, ošetrovatelství, školství i sociálních službách. Může se aplikovat u všech klientů, kteří mají poruchu hybnosti (lidé s těžkým tělesným postižením vrozeným nebo získaným, lidé hospitalizovaní na lůžku), u dětí s těžkým mentálním postižením nebo u osob s deficitem v oblasti vnímání nebo komunikace. Bazální stimulace se využívá i u osob s mentálním nebo smyslovým postižením, u dětí předčasně narozených a umístěných v inkubátorech, lidí v kómatu a řadě dalších stavů, které omezují přísun některých podnětů. (Zikl, 2014)

5.8 Polohování

Polohování lze definovat jako aktivity realizované u osob s poruchami hybnosti prostřednictvím změn polohy těla nebo jeho částí, jejichž cíli jsou:

- prevence zdravotních komplikací
- podpora léčebné rehabilitace
- podpora vnímání a stimulace
- usnadnění vykonávání běžných činností
- aktivizace
- podpora edukace
- zvyšování komfortu jedince s postižením

5.8.1 Základní polohy

Při polohování se vychází ze správného stoje, uváděny jsou polohy v sedu, největší důležitost ale mají polohy na lůžku.

Jsou to tři základní polohy:

- a) vleže na zádech
- b) vleže na boku
- c) vleže na břiše

Každá z nich má řadu obměn a úprav, zejména různé polohy dolních i horních končetin. Doporučuje se využívání pomůcek, např. polohovacích klínů či antidekubitních matrací. Polohování by mělo probíhat po celých 24 hodin, v jedné poloze by neměl postižený zůstat déle než dvě hodiny. Tato doba není dána striktně, často se doporučují i intervaly kratší, zejména u dětí a u lidí ohrožených proleženinami (dekubity). Intervaly se mohou prodlužovat hlavně v noci, kdy se používají vhodné polohovací pomůcky, např. právě antidekubitní matrace. Vždy se však musí při péči o postiženého vycházet z jeho momentálního zdravotního stavu a osobních potřeb. (Zikl, 2014)

„Specifické polohy využíváme také při transportu a přenášení dětí. I tady vycházíme z možností klienta, jeho zdravotního stavu a respektujeme jeho přání. Známé a v praxi využívané je například přenášení dětí se spastickou formou DMO v klubičku. U těchto dětí bychom se také měli vyvarovat přenášení v podpažním visu nebo záklonům hlavy, což jsou časté chyby zvyšující spasticitu dítěte.“ (Zikl, 2014, s. 108)

Polohování se úspěšně využívá i v canisterapii. Této terapii se účastní pouze jeden klient a je založena na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa. Probíhá pod dohledem canisterapeuta a s jeho pomocí. *„Polohování může probíhat na boku, vleže, ale nejpoužívanější je polohování na zádech, kdy má klient pod koleno jednoho psa, druhého psa po pravé straně a třetího po levé straně. Velice pozitivní při této formě terapie je, že pes přenáší svoji energii a teplo na klienta a tím ho uvádí do pozitivního psychického a fyzického stavu.“ (Müller, 2014, s. 479)*

5.9 Snoezelen

Výraz „Snoezelen“ pochází ze spojení dvou holandských slov „snuffelen“ a „doezelen“, která můžeme do češtiny přeložit jako cítit (ve smyslu čichových vjemů) a dřímat nebo odpočívat (relaxovat). Pojem byl vytvořený nizozemskými odborníky Ad Verheulem a Janem Hulseggem, kteří se v rámci své civilní služby účastnili aktivit s mentálně retardovanými obyvateli Centra de Hartenberg's Herren Loo u města Ede ve střední části Nizozemí. Protože nemáme v českém jazyce pro tento výraz odpovídající ekvivalent, užívá se označení „Snoezelen“ nebo je možné používat výraz „Snoezelen koncept“. (Filatová, Janků, 2010)

5.9.1 Historie Snoezelenu

„Samotný koncept Snoezelen vznikl na podkladě teorie dvou amerických psychologů Clelanda a Clarka v roce 1966, kteří založili místnost „Sensory cafeteria“ (v překladu „Smyslová samoobsluha“) a publikovali výzkum provedený v této místnosti. Jeho cílem byla podpora a rozvoj komunikačních schopností člověka a změny chování díky vybraným smyslovým podnětům. Tento výzkum byl proveden u osob s vývojovými vadami, hyperaktivitou, mentální retardací a autismem. Takto postiženým jedincům byly poskytovány ve vhodně přizpůsobených místnostech zrakové, sluchové, kinestetické, hmatové a další podněty, které by měly být prvním vývojovým krokem k rozvoji osobnosti.“ (Filatová, Janků, 2010, s. 16)

5.9.2 Podstata terapie

Z výzkumu amerických psychologů Clarka a Clelanda vycházeli právě nizozemští odborníci Ad Verheul a Jan Hulsegg, kteří v podmínkách ústavu rozvíjeli senzoricou činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro osoby s těžším mentálním a kombinovaným postižením. Začali tím, že postavili tzv. „senzorický stan“, kde byly připraveny pomůcky pro rozvoj smyslových (zejména zrakových, sluchových a čichových) podnětů. Snaha o rozvoj jedinců s těžším a kombinovaným postižením byla velmi kladně přijata rodiči těchto osob. (Vitásková, 2010)

Během vývoje konceptu Snoezelen bylo provedeno mnoho změn. Prvořadým cílem zůstává snaha o rozvoj jedinců s postižením různými stimulacemi, např. zrakovými, sluchovými a hmatovými podněty. Koncept Snoezelen je stále považován za aktivitu volného času, ale postupem času byla zpracován jako podpůrná edukační metoda, poté také jako terapeutická metoda s vlastními pravidly a řádem. (Filatová, Janků, 2010)

V místnosti Snoezelen jsou stimulovány jednotlivé lidské smysly, které vedou u dětí a jedinců s postižením k lepšímu chápání reality. Dítě má v místnosti Snoezelen maximální volnost a možnost samostatného pohybu a jednání. (Lukeš, 2003)

5.9.3 Multismyslová místnost

Jak už bylo uvedeno, Snoezelen plní funkci podpory edukace a terapie osob s postižením. Jedná se o místnost předurčenou k poskytnutí pozitivně naladěného prostředí. Tomu odpovídá také její vybavení, které má být: jednoduché pro použití a údržbu, přístupné uživatelům i doprovodu, bezpečné a pohodlné, dostatečně variabilní a zásobené možnostmi podnětů. (Müller, 2014)

„Pomůcky a technické prostředky ve Snoezelenu mají velmi rozmanitý charakter. Nejčastěji je zabudováno vodní lůžko, dále se využívají relaxační vaky, zavěšená síť, trampolína, pružinové desky, polštářky, deky, masážní koberečky, hmatové desky, nádoby s přírodninami, misky s jídlem, plyšové hračky, flakónky různých vůní ad. K technickému vybavení patří různé zvukové aparatury, mikrofony, sluchátka a světelné efekty, které jsou tvořeny různými projektory (olejový, bodový), UV světlo, lampy, vodní válce apod.“ (Opatřilová, 2010, s. 118)

Více o konceptu Snoezelen a vlastní multismyslové místnosti přinese praktická část mé bakalářské práce, která se bude věnovat multismyslové místnosti Snoezelen v Dětském denním rehabilitačním stacionáři v Hradci Králové.

5.10 Další používané terapeutické postupy

V péči o děti se zdravotním postižením se využívají i další terapeutické metody a postupy. Výjimečné postavení má terapie s účastí zvířete – zooterapie, z ní nejčastěji využívanými terapeutickými postupy jsou canisterapie a hipoterapie.

5.10.1 Canisterapie

Důležitost přátelství dítěte se zvířetem pro podporu citového a rozumového vývoje dítěte je nesporná. Vztah dítěte ke zvířeti napomáhá rozvoji sebevědomí, pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a schopnosti zapojit se do společnosti. Nejoblíbenějším zvířetem je právě pes, který je i častou postavičkou kreslených filmů, hlavním hrdinou dětských knih a námětem mnohých ilustrací. (Galajdová, 1999)

„Název canisterapie se vžil jako označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice

WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Jinak lze canisterapii definovat jako Animal Assisted Activities a Animal Assisted Therapy prováděné s jedním konkrétním živočišným druhem.“ (Galajdová, 1999, s. 24)

Metody canisterapie

AAA (Animal Assisted Activities) poskytují příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový nebo terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta, odehrávají se v různých terapeutických prostředích a jsou vedeny speciálně vyškoleným profesionálním odborníkem nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vybraných zvířat. (Galajdová, 1999)

AAA (Aktivity za pomoci zvířat) lze rozdělit na následující formy:

- pasivní – klient se o psa nemusí starat, jde o nejjednodušší formu pozitivní přítomnosti psa
- interaktivní – rezidentní – pes je neustále v zařízení, klienti o psa pečují nebo typ interaktivní – návštěvní – pes dochází na terapii pravidelně v danou dobu (Vitásková, 2010)

AAT (Animal Assisted Therapy) je cílená intervence, při které je zvíře nedílnou součástí terapeutického procesu. Je poskytována a vedena zdravotnickým profesionálem se speciálními odbornými znalostmi.

„Tato metoda se využívá nejčastěji u dětí, které mají problémové chování, trpí poruchami pozornosti, mají zdravotní potíže, jsou opožděny ve vývoji nebo nekomunikují, nemají rády doteky a jsou uzavřené. K typickým aktivitám využívaným při této metodě patří: hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, polohování, hlazení a péče o psa, cílené zlepšení komunikace, paměti a kognitivních funkcí, orientace a řeči.“ (Müller, 2014, s. 479)

Hlavní rozdíl mezi oběma metodami je, že zatímco výsledky AAA lze vyjádřit pouze v pojmech radosti, spokojenosti a štěstí, výsledky AAT jsou objektivně pozorovatelné a měřitelné. Cílem AAT může být posílení žádoucího chování nebo utlumení nežádoucího chování. Například léčení fobií nebo nácvik nových dovedností, jako mluvení a chůze. (Galajdová, 1999)

„Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let. V rámci canisterapie jde o pozitivní působení přítomnosti psa na zdraví člověka,

přičemž klademe důraz na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních, působení na lidské zdraví je zde druhotné. Canisterapie se uplatňuje především jako podpůrná terapie při řešení situací, kdy mohou jiné metody selhávat nebo se nedají použít.“ (Vitásková, 2010, s. 109)

Uplatnění canisterapie

Canisterapie jako podpůrná psychoterapeutická metoda se uplatňuje například při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími pacienty a při práci s:

- emocionálně poškozenými a citově deprivovanými dětmi
- autistickými dětmi
- mentálně postiženými
- smyslově postiženými
- u některých psychiatrických diagnóz (úzkost, deprese, fobie)
- v logopedické a rehabilitační praxi jako motivační prvek
- jako socioterapie a psychoterapie tělesně postižených či jinak handicapovaných
- při výskytu apatie a naučené bezmocnosti – postoje „já nemohu“ u chronicky nemocných a zdravotně postižených
- u nemocných dětí – dlouhodobě – onkologicky, úrazy, ale i krátkodobě – strach z operace nebo vyšetření, špatná adaptace na pobyt v nemocnici (Galajdová, 1999)

5.10.2 Hipoterapie

Hipoterapie patří k významné prožitkové terapii, kdy se blahodárné působení koně využívá v rozvoji tělesné, duševní i sociální složky zdraví. Více než u canisterapie jde také o léčebnou rehabilitaci – takzvanou hiporehabilitaci. (Vitásková, 2010)

Hipoterapie je rehabilitační metoda, která je nejrozšířenější složkou hiporehabilitace. Zaměřuje se na terapii pohybových poruch, je to metoda fyzioterapie využívající přirozený pohyb koně v kroku jako stimul a rehabilitační prvek. Provádějí ji terapeuti se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem – fyzioterapeut, ergoterapeut. (Müller, 2014)

Podstata terapie

„Základním východiskem pro hipoterapii je využití trojrozměrného pohybu hřbetu koně, který se při chůzi krokem pohybuje nahoru a dolů, doprava a doleva, dopředu a dozadu. Každý kůň má tyto pohyby jinak intenzivní. Pro terapii se tak vytváří jedinečná balanční

plocha s pohybem, který žádný rehabilitační přístroj nedokáže napodobit. Tyto pohyby koňského hřbetu se přenáší přes pánev na trup člověka a vyvolávají pohybový vzor pánve a trupu jako při lidské chůzi.

Posadíme-li na koňský hřbet člověka, je nucen se tomuto pohybu podřídít a přizpůsobit, přijmout jeho tempo, rozsah, směr a jeho změny, v opačném případě se totiž na koni stěží udrží.“ (Müller, 2014, s. 462)

Uplatnění terapie

Hipoterapie je jako odvětví hiporehabilitace považována za nejúčinnější. Je určena pro děti i dospělé. Dříve bylo doporučováno, že se hipoterapie mohou účastnit děti starší čtyř let. Odborníci však na základě poznatků došli k názoru, že čím dříve bude terapie zahájena, tím pro vývoj dítěte lépe. Proto se doporučuje načasování této terapie co nejdříve. Uvádí se, že je možné začít už od ukončeného šestého týdne věku dítěte.

„Hipoterapie může fungovat i jako podpůrná metoda. Podpůrná proto, že není zařazována samostatně. S dítětem se cvičí i jiným způsobem, nejčastěji reflexní terapií podle profesora V. Vojty. S touto metodou je kombinace hipoterapie podle zkušeností a praxe velmi účinná.“ (Müller, 2014, s. 463)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem se metodou pozorování zaměřila nejdříve na představení činnosti Dětského denního rehabilitačního stacionáře (DDRS) a hlavně pak jeho multismyslové místnosti Snoezelen. Na podporu získaných dat pomocí pozorování dětí byl využit také rozhovor s rodiči dětí a s ergoterapeutkou DDRS. Praktická část seznamuje s pozorováním a působením Snoezelenu na děti různého předškolního věku s rozdílnými typy zdravotního postižení.

6 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI

V praktické části bakalářské práce využiji kvalitativní výzkum a metodu pozorování, rozhovory a analýzy dokumentů (materiálů o dětském denním rehabilitačním stacionáři, lékařských záznamů dětí). Metodou pozorování představím Dětský denní rehabilitační stacionář a jeho hlavní aktivity v péči o děti s tělesným postižením, větší část práce pak budu věnovat multismyslové místnosti Snoezelen. Nejprve představím koncepci (podstatu), vybavení, cíle, organizaci, strukturu a zásady práce ve Snoezelenu. Dále se zaměřím na pozorování dětí při terapiích ve Snoezelenu a jejich reakce, jak budou pobyt ve Snoezelenu přijímat. Věnovat se budu i metodě bazální stimulace realizované v této multismyslové místnosti. Budu se snažit zaznamenat, zda a jaké aktivity vyvolávají u dětí ve Snoezelenu příjemné pocity a které u nich naopak působí negativní reakce a nespokojenost. K získání dalších dat využiji rozhovor s odbornými pracovníky stacionáře.

Stanovení cíle a příprava šetření

Kvalitativní výzkum

Dle cílů, způsobu realizace výzkumu a vztahu výzkumníka a zkoumaných osob se výzkum dále může orientovat dvěma směry. Mezi dvě základní orientace výzkumu patří kvalitativní a kvantitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní (nečíselné) podobě. Jde o popis, který je výstižný, plastický a podrobný. Výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situace, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může rozumět a může je popsat.“ (Gavora, 2000, s. 31)

Dlouhodobost a intenzivnost se řadí mezi hlavní znaky tohoto výzkumu. Úkolem pozorovatele je zaznamenávat skoro vše, co se odehrává v daném prostředí. Na rozdíl od výzkumu kvantitativního se vždy jedná o záměrný výběr. (Gavora, 2000)

Pozorování

Pozorování je výzkumná metoda, pomocí které záměrně, cílevědomě, systematicky a plánovitě sledujeme nějakou činnost.

U kvalitativního výzkumu se používá nestrukturované pozorování. „*U nestrukturovaného pozorování se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy, škály nebo jiné přesné nástroje. Určeny jsou jen konkrétní události, jevy a osoby, které se mají pozorovat. Tento způsob pozorování je velmi pružný a umožňuje přistupovat k realitě novým, nerutinným způsobem. Pomocí takového pozorování se obyčejně odhalují nové, nepředpokládané anebo skryté jevy a souvislosti.*“ (Gavora, 2000, s. 149)

Rozhovor

Rozhovor je považován za výzkumnou metodu, která se snaží především proniknout do motivů a postojů respondentů, přičemž máme možnost sledovat vnější reakce respondenta a díky tomu pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek. Umožňuje zachytit nejen fakta, ale také hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. U rozhovoru můžeme sledovat také vnější reakce respondenta a díky tomu pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek. Rozhovor se volí v případě, že hledáme bezprostřední, osobní nebo důvěrné odpovědi. Používají se otázky otevřené, uzavřené nebo polozavřené.

Úvodní část rozhovoru je zaměřena na motivování, zaujetí respondenta a raport, což znamená navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry. Nutností je také vysvětlit záměr rozhovoru. (Gavora, 2000)

Postup výzkumu ve Snoezelenu

Snoezelen v Dětském denním rehabilitačním stacionáři je terapeutickou metodou a jako taková metoda musí obsahovat cíl – předem naplánovaný, systematický a jasný. Stanovení cíle vždy vychází z možnosti dítěte a terapeuta. V mém případě to tedy bude návštěva konkrétního dítěte ve Snoezelenu a např. bazální stimulace. Osoby (Objekty) na metodu pozorování budu mít v daném případě dva – dítě a samozřejmě ergoterapeutku, která konkrétní terapii bude provádět. Během svých návštěv ve Snoezelenu budu pozorovat reakce dětí, jak se v místnosti chovají, co jim pobyt zde přináší. Mohou to být pocity spokojenosti, uvolnění, ale objevit se může i negativní reakce na pobyt ve Snoezelenu. To všechno by mělo pozorování zachytit. Následovat musí zpětná vazba a zjištění efektivity terapie. Pozorování

využiji i při sledování práce ergoterapeutky. Využít chci i metodu rozhovoru a ten bych ráda vedla s ergoterapeutkou, případně s rodiči, pokud by byla taková možnost.

Samozřejmě musím mít vždy odsouhlaseno, že konkrétní člověk – pracovník DDRS nebo rodič – souhlasí s poskytováním informací a nemá námitek proti jejich zveřejnění. Stejně to musí být i u pořizování fotografií, pokud by se na nich objevily děti. I tady je třeba souhlas rodičů.

Přílohou praktické části bude i fotografická dokumentace pomůcek, které se používají při terapiích v dětském denním rehabilitačním stacionáři.

7 CÍL ŠETŘENÍ

Cílem praktické části bakalářské práce je pomocí pozorování, rozhovoru a analýzy dat ze zdravotních záznamů dětí představit náplň práce Dětského denního rehabilitačního stacionáře a v multismyslové místnosti Snoezelen zjistit, jaké terapeutické postupy se využívají, u jakých dětí se aplikují a jak na ně děti reagují. Z poznatků ze Snoezelenu také vyhodnotit přínos bazální stimulace.

Cíl 1: Představit zdravotnické zařízení – Dětský denní rehabilitační stacionář v Hradci Králové – a přiblížit provoz tohoto zařízení, které pomáhá dětem s tělesným postižením v raném a předškolním věku

Cíl 2: Seznámit s konkrétními denními činnostmi, kterými pracovníci DDRS podporují rozvoj dětí s tělesným postižením

Cíl 3: Představit multismyslovou místnost Snoezelen v DDRS a jejím prostřednictvím realizaci konceptu bazální stimulace. Zachytit její působení na děti s tělesným postižením

8 REALIZACE ŠETŘENÍ

Pomocí pozorování a analýzy dokumentů, které jsem získala v DDRS k nahlédnutí, jsem si zaznamenala nejpodstatnější informace o činnosti stacionáře. Zmiňuji tedy to, že jde o významné zdravotnické zařízení, které si právě letos bude připomínat 30 let od svého založení. Představuji služby, které DDRS poskytuje, a svými očima zachycuji jeden pracovní den v tomto zařízení. Pak jsem pokračovala ve výzkumu a pozorování dětí jsem prováděla v multismyslové místnosti Snoezelen, která je chloubou tohoto zdravotnického zařízení. U každého dítěte jsem si určila cíl svého zájmu a toho jsme se pak snažily s ergoterapeutkou dosáhnout nebo alespoň se mu přiblížit. Další informace mi pak přinesl rozhovor

s ergoterapeutkou Barborou, která s dětmi pracuje každý den buď ve Snoezelenu nebo v ergoterapeutické cvičebně, a dva kratší rozhovory s rodiči dvou dětí, jednoho chlapce a jedné dívky.

8.1 Dětský denní rehabilitační stacionář

Dětský denní rehabilitační stacionář (v textu pro něj používám zkratku DDRS) sídlí v Gagarinově ulici 639 na Slezském Předměstí v Hradci Králové. Byl založen v roce 1988 jako součást dětského oddělení polikliniky II., v letošním kalendářním roce tedy oslaví toto zařízení už 30. výročí svého vzniku. Připomínat si ho zaměstnanci a pacienti chtějí Dnem otevřených dveří, tak jako všechna kulatá a půlkulatá výročí. Ve svém začátku působil stacionář pod Okresním ústavem národního zdraví Hradec Králové, od roku 1997 funguje jako nestátní zdravotnické zařízení – příspěvková organizace Magistrátu města Hradce Králové. Je jediným zařízením svého druhu v Královéhradeckém kraji, do stacionáře dojíždějí děti např. až z Jaroměře, Náchoda, Broumova, nezřídka i z jiných částí Východočeského kraje.

Dětský stacionář působí v budově bývalých jeslí, která byla pro činnost rehabilitačního zařízení na konci 80. let upravena. Interiér i exteriér dvoupatrové budovy se pak ještě několikrát měnil, poslední větší rekonstrukce přinesla nový vzhled cvičeben, pro imobilní dětské pacienty byl přistaven výtah a především stacionář získal svou největší chloubu – už výše zmíněnou multismyslovou místnost SNOEZELEN.

DDRS je také školícím pracovištěm pro studenty řady středních a vysokých škol celé České republiky, kteří tu vykonávají své odborné praxe a stáže.

DDRS zajišťuje péči o děti od narození do 18-ti let:

- 0 – 6 let formou denního pobytu nebo ambulantně
- 6 – 18 let formou ambulantní návštěvy

Služby, které stacionář nabízí:

- Poradna pro rizikové novorozence
- Poradna pro děti s opožděným psychomotorickým vývojem
- Poradna pro dětský autismus
- Poradna pro děti s opožděným vývojem řeči
- Poradna pro děti s vrozenými vývojovými vadami pohybového aparátu

- Péče fyzioterapeutická
- Péče ergoterapeutická
- Péče psychologická
- Péče logopedická
- Péče speciálně pedagogická
- Sociální poradenství
- Senzomotorická stimulace ve Snoezelenu

Na denní pobyt jsou děti rozděleny dle věku na dvě oddělení: oddělení malých dětí 0 – 2 roky, oddělení velkých dětí 2 – 6 let, děti mohou výjimečně zůstat až do sedmi let, kapacita je na každém oddělení maximálně 18 dětí. Ze stacionáře pak odcházejí děti buď do školy, nebo do dalších speciálních zařízení – Daneta, Prointepo. Do zařízení, tedy na denní pobyt, se děti „dostávají“ buď na doporučení dětského lékaře, nebo díky svým ambulantním návštěvám, které odhalí zdravotní komplikace a dítě tak zůstává v péči stacionáře.

V pondělí a ve středu dopoledne funguje **RIZIKOVÁ PORADNA** – tam přicházejí rodiče s dětmi na ambulantní návštěvu buď na doporučení dětského lékaře nebo ze svého vlastního rozhodnutí, pokud se jim něco ve vývoji dítěte nelíbí. Jde zejména o děti z rizikových těhotenství nebo s opožděným psychomotorickým vývojem. Poradna slouží k včasnému zachytu dětí s centrální koordinační poruchou a k okamžitému zařazení na rehabilitaci už od 6 týdnů života. Dítě se pak tedy buď přijímá na denní pobyt, nebo pokud rodiče nechtějí nebo je už dítě větší, docházejí s ním pak ambulantně na fyzioterapii. Jak jsem se dozvěděla, velmi často sem přicházejí zejména maminky s tím, že jim někdo toto zařízení z vlastní zkušenosti poradil, že tu byl s péčí a zájmem o dítě spokojen. Jak mi během mých návštěv pak zaměstnanci potvrdili, je toto vždy milé povzbuzení do další práce.

Odborný tým stacionáře tvoří dětská lékařka (pediatr), dětské sestry – na malém a velkém oddělení, sociální pracovnice, speciální pedagog, ergoterapeut, 4 fyzioterapeutky, logoped, psycholog, lékař FBLR (fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace – ordinuje tu dva dny v týdnu), jednou měsíčně dochází dětský neurolog.

S čím pomáhá FYZIOTERAPIE?

- Poruchy hybného aparátu a centrální koordinace
- Neurologické diagnózy: dětská mozková obrna, periferní parézy, obrna lícního nervu

- Ortopedické diagnózy: skoliózy, vadné držení těla, poúrazové stavy, vady kyčelních kloubů, bolesti zad
- Fyzioterapie u hyperaktivních dětí
- Poradenská služba a doporučení vhodných kompenzačních pomůcek

Významné pokroky děti dosahují v místnosti SNOEZELEN (v další části práce se Snoezelenu budu věnovat podstatně více). Jde o multismyslovou relaxační místnost. Její předností je variabilita, vybavení se dá přizpůsobit různým věkovým skupinám (miminka, předškolní děti, školní děti). Tvoří ji měkké vodní lůžko, bublinkové vodní sloupce, hvězdné nebe, různá optická vlákna na hraní, projektory s tematickými kotoučky. Celé prostředí vhodně doplňuje relaxační hudba.

Co přináší pobyt ve SNOEZELENU?

- Bazální smyslovou stimulaci
- Motorickou stimulaci
- Senzorickou stimulaci – hmatovou, zrakovou, sluchovou
- Respektování osobního tempa dítěte
- Polohování dítěte
- Relaxaci na vodním lůžku – zklidnění, uspokojení

Při Dětském denním rehabilitačním stacionáři působí spolek HEŘMÁNEK DĚTEM:

- Sdružuje rodiče, děti a zaměstnance DDRS
- Vytváří psychické a sociální zázemí potřebné pro zajištění vývoje zdravotně postiženého dítěte
- Pořádá pro děti různé akce, kdy se jim snaží zpříjemnit jejich ztížený každodenní život. Přípravuje pro ně muzikoterapii, canisterapii – aktivizaci se psy, návštěvu Zdravotních klaunů, karnevaly, pobyty na horách, divadelní představení, výlety za zvířátky nebo např. na loď do Poděbrad Spolek Heřmánek dětem by nemohl fungovat bez finančních příspěvků svých sponzorů. Jak jsem se dozvěděla od předsedkyně spolku, někdy přispívají sami rodiče, ale častěji se musí Heřmánek spolehnout na pomoc zvenku, řadu let už je sponzorem MASOEKO Letohrad, organizace Dobrotety, firma TEXLA, nově od letošního roku Contract Medical International spol. s. r. o, finančně dále pomáhá výtěžky z plesů Vyšší odborná

škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, z adventních trhů pak obec Lochenice.

Tolik faktické konkrétní údaje o zařízení, tak jak jsem je načerpala z povídání se zaměstnanci a z brožurek, které ve stacionáři vydávají ke svým výročím. A jak vypadá jeden pracovní den v dětském denním rehabilitačním stacionáři – v zařízení, které dětem navrácí zdraví a radost z pohybu? Můžeme jít na prohlídku...

Jak to chodí ve stacionáři ...

Pracovní den tu pro většinu zaměstnanců začíná v sedm hodin. Ještě dříve jsou však v práci dvě kuchařky, které každý den na sedmou hodinu ranní připravují pro pobytové děti snídani a posléze pak i jídlo na celý den. Děti se na ambulantní pobyt začínají scházet po sedmé hodině, každé oddělení – malé i velké – má samostatnou třídu a tedy i šatnu a v ní vkusné skříňky na oblečení a další nezbytnosti – jednorázové plenky, krémy, vlhké hygienické ubrousky. V šatně si rodiče děti převlékají, jak jsem se od dětských sester na oddělení dozvěděla, v úplných začátcích stacionáře se všechny děti převlékaly do jednotného oblečení, dnes často dávají maminky dětem jejich oblečení z domova. Ve skříňkách pak mají děti i náhradní oblečení, kdyby se stala nějaká nehoda a samozřejmě na jaře a v létě i oblečení na pobyt venku.

Pro děti zajišťuje personál celodenní stravování, začíná se snídání, tu mají děti, které „nestíhají“ nebo nemohou doma z jakýchkoliv důvodů snídat, pak je v 9.30 hodin dopolední svačina, po 11. hodině čeká na děti oběd a kolem 14. hodiny odpolední svačina. Významným plusem je pro stacionář fakt, že má vlastní kuchyň, o tu se starají dvě kuchařky. Nemusí tedy stravu odnikud dovážet, jako se to v některých zařízeních děje. Jídelníčky tu tvoří vedoucí kuchařka spolu s vedoucí provozu (hospodárka zařízení), schvaluje je ředitelka stacionáře MUDr. Miloslava Zídková. Místní kuchyň zajišťuje i obědy pro zaměstnance, ti mají pro tuto příležitost k dispozici menší jídelnu. Určitě i pro ně je to přínos, protože tak mají zajištěno teplé jídlo.

Mladší děti jsou většinou krmeny, u větších předškolních dětí se sestry snaží o to, aby se naučily jíst samy, pokud však potřebují, jsou jim nápomocny. Samozřejmě se tu dává důraz i na pitný režim dětí, jak jsem ale mohla zaznamenat, někdy je s tím potíž, řada dětí nechce vůbec pít nebo pije jen málo. Bohužel děti jsou také často vybíravé, někdy nechtějí určitý druh zeleniny, myslím, že ho třeba vůbec neznají. Z ovoce jim nejvíce chutnají jablka a

banány. Dětem, které mají problém se zpracováním jídla, a těch tu je zejména na malém oddělení více, se strava mixuje. Pokud jde o oběd, má dotyčné dítě mixované hlavní jídlo s polévkou, když má mít svačinu, v tom případě se mu mixuje ovoce, které mají ostatní děti. Pokud mají děti zcela speciálně upravený jídelníček, i toto se tu daří vyřešit. Některé děti odcházejí po obědě domů, zejména ty, jejichž maminky jsou na mateřské dovolené. Hodně jich ale zůstává i na odpolední pobyt, jsou to většinou ratolesti pracujících rodičů. Ty jdou po obědě spát a pak na ně čeká poslední „stacionářské“ jídlo dne – odpolední svačina.

Stravné dětí je jedinou finanční položkou, kterou tu rodiče platí. Jiné poplatky se nehradí, pobyt dětí hradí jednotlivé zdravotní pojišťovny, protože, jak už jsem uvedla, pobytové děti tu jsou na doporučení svých pediatrů nebo jiných odborných lékařů.

Ještě musím uvést, že děti tu dospěle oslovují jako tety. Ráno se všichni na oddělení přivítají a už začíná vlastní den. Během dopoledne probíhá na obou odděleních zaměstnání dětí, menší děti si nejčastěji prohlíží obrázkové knížky, leporela, hrají si s ozvučenými hračkami, případně malují s dopomocí tet své první obrázky. To děti na velkém oddělení mají dopolední program pestřejší, cvičí, zpívají, malují, skládají puzzle. Některé děti, a to jsem se na vlastní oči přesvědčila, jsou ve skládání puzzle tak dokonalé, že řadu obrázků skládají skoro po paměti a tetám dá dost práce, aby pro ně našly puzzle, které jen tak jednoduše nesloží.

Každý den dopoledne děti chodí na cvičení k fyzioterapeutkám, každá z nich má ve své péči několik dětí z malého a několik z velkého oddělení. Každé dítě má jiné cvičení, sestavené na základě jeho zdravotní diagnózy, se kterou do stacionáře přišlo. Když jsem sledovala cvičení dvouapůlletého Dominika u fyzioterapeutky Gabriely, moc se mi líbila pestrost cvičení, fyzioterapeutka střídala různé cviky, tak aby se cvičení Dominikovi líbilo. Hodně se při cvičeních u všech dětí využívá forma hry – prosím, podej mi, přines si. Děti si tak hrají a současně rehabilitují, což je pro ně ideální kombinace. Přitom jak říkala fyzioterapeutka, ještě na podzim Domča u cvičení zlobil, vztekal se a často odcházel s brekem. „*Byl to kolikrát boj kdo s koho, ale postupem času se Domča zklidnil a teď už chodí na cvičení rád,*“ podotkla fyzioterapeutka Gabriela. Děti, které jsou větší, motivuje ke cvičení i odměna v podobě bonbonku, když jsou šikovné a hezky cvičební jednotku odcvičí, dostávají za odměnu pamlsek – malého gumového medvídka.

Cvičení jednoho dítěte trvá kolem patnácti až dvaceti minut a fyzioterapeutka ho vykazuje na zdravotní pojišťovnu konkrétního dítěte. Stejně tak se postupuje i u dalších

odborných výkonů. Děti, které jsou tu na pobyt, se během dne věnují také ergoterapii, ergoterapeutka Barbora si je bere na cvičení buď do Snoezelenu (tomu se budu věnovat podrobně) nebo do své učebny, kde si např. procvičují ruce, učí se sebeobsluze např. zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, malují si v barevném písku. Starší děti také během dne docházejí na cvičení řeči k logopedce.

Při pěkném počasí chodí děti na zahradu, ta prošla v minulých letech také rekonstrukcí, starší herní prvky byly nahrazeny novými.

Odpolední hodiny ve stacionáři patří ambulantním pacientům, kteří přicházejí se svými problémy za fyzioterapeutkami, ergoterapeutkou, případně na schůzku k sociální pracovníci, speciálnímu pedagogovi či psycholožce. Pobytové děti mezitím „dospávají“ své sny, provádějí hygienu, konzumují odpolední svačinu a pomalu se chystají do náruče svých maminek. Pracovní den ve stacionáři končí v 15.30 hodin, kdy se zavírají dveře i za těmi posledními dětmi, ať pobytovými nebo ambulantními.

8.2 Denní činnosti pro rozvoj dětí s tělesným postižením

Nejvýznamnějšími a nejdůležitějšími činnostmi v péči o rozvoj dětí s tělesným postižením v dětském denním rehabilitačním stacionáři jsou FYZIOTERAPIE a ERGOTERAPIE. V zařízení se dětem věnují čtyři fyzioterapeutky a jedna ergoterapeutka. Fyzioterapeutky mají děti, které docházejí na denní pobyt, rozděleny a jednotlivě se jim každý den dopoledne věnují. Odpolední hodiny svého pracovního času mají vyčleněny pro ambulantní pacienty, kteří do zařízení docházejí na základě doporučení jiných odborných lékařů, výstupů z rizikové poradny DDRS nebo na doporučení lékaře FBLR (fyzioterapie, balneoterapie a léčebné rehabilitace), který ve stacionáři působí dva dny v týdnu. Stejný klíč je i u dětí, pokud jde o ergoterapii. Ergoterapeutka si pobytové i ambulantní děti bere na terapie, a to buď do multismyslové místnosti Snoezelen nebo do své ergoterapeutické místnosti v 1. patře zařízení. Všechny terapeutické výkony jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Fyzioterapie:

Každá fyzioterapeutka má svoji cvičebnu. V ní také probíhají jednotlivá cvičení dětí. Jak jsem se mohla přesvědčit, místnosti jsou vkusně a účelně zařízeny. Jedna z fyzioterapeutek k tomu dodala: „*Místnost musí být zařízena tak, aby dítě sice zaujala, ale zbytečně nerozptylovala jeho pozornost třeba větším množstvím cvičebních pomůcek,*

případně hraček. Děti se totiž dokážou lehce rozptýlit od cvičení a my jako fyzioterapeutky s tím pak už moc nenaděláme.“

Cvičení mají děti „napsáno“ přímo na míru, jeho základ je ve zdravotní diagnóze každého z nich. Hlavní metodou fyzioterapie uplatňovanou v zařízení je léčebná tělesná výchova (LTV). Zabývá se pohybovým ústrojím a představuje nejefektivnější metodu léčebné rehabilitace u všech zdravotních diagnóz včetně dětí s diagnózou dětské mozkové obrny. Základní formou léčebné tělesné výchovy jsou tělesná cvičení, která napomáhají k:

- Vyladění svalového tonusu
- Zlepšení svalové síly
- Zlepšení svalové koordinace

Cvičení se zaměřuje hlavně na reflexní metodiku. Při ní fyzioterapeutky pracují s reflexy, které vyvolávají stah svalů nebo stah svalů podporují. Odborným termínem je to facilitace. Opakem je inhibice, inhibiční polohování, kdy dochází k útlumu svalů a ony vykazují zvýšené napětí – tonus.

Velmi důležitou součástí LTV jsou vhodné kompenzační pomůcky, pokud jsou u pacientů vyžadovány. Důležitá je proto spolupráce s protetickými službami, jedná se zejména o korekci patologie u skolióz, poúrazových stavů na končetinách, pomůcky u dětí s DMO, ortopedickou obuv a pomůcky, které jsou zhotoveny přímo na míru pro děti s postižením.

Fyzioterapeutky mi také shodně potvrdily, že velmi účinné jsou u dětí s tělesným postižením, ty ve stacionáře nevyjímaje, masáže. Masáže mají příznivý lokální i celkový účinek. Zlepšuje se při ní krevní oběh, masáž reflexně ovlivňuje funkci mozkové kůry, má významný psychologický účinek a brání vzniku fibrózních změn ve svalech. Vždy je třeba vykonávat pět základních úkonů: tření, roztírání, hnětení, tepání a chvění.

Jak jsem se mohla přesvědčit, terapie dětí většinou baví a často se na ni i těší. Terapeutky při ní využívají pestrobarevné cvičební pomůcky, např. balanční čočky a disky, masážní míče různých velikostí, akupresní kamínkové podložky. Cvičení musí být samozřejmě především účelné, ale fyzioterapeutky ho musí dítěti „podat“ formou hry, přidat do něj zábavné prvky, tak aby dítě zaujalo. Hodně pomáhají při cvičení dětské písničky, kdy se dvojice fyzioterapeut – dítě zpěvem doplňuje.

Skutečností, kterou jsem si ve stacionáři během návštěv ověřila je fakt, že fyzioterapie se prolíná do ergoterapie a naopak. Konkrétním příkladem je handling. Tento výraz znamená jakékoliv zacházení s miminko. A právě odborné pracovnice – fyzioterapeutky i ergoterapeutka - učí maminky, jak vše kolem miminka zvládnout. Handling je o zvedání, nošení, chování v náruči, pokládání, uklidňování při pláči, přetáčení, polohy k sociálním kontaktům, odpočinkové polohy, přebalování, polohy k mytí zadečku, sprchování. Tyto doteky a podněty by měly respektovat psychomotorický vývoj miminka a jeho potřeby. Malý kojeneček potřebuje cítit své prostředí, potřebuje cítit, že se pohybuje a že je jeho hmotnost podepřená nebo uložena. Dotek je to nejcennější, co lze miminko dát.

Fyzioterapeutky i ergoterapeutka postupují při nácvičování handlingu pomalu a trpělivě, maminkám je potřeba všechny základní kroky péče o miminko řádně vysvětlit. Vše se nepodaří zvládnout hned při první návštěvě, a tak si maminky mohou při dalších návštěvách nejen zopakovat, co se v zacházení s miminkem už naučily, ale dostat odpověď na své další dotazy ohledně handlingu.

Ergoterapie:

Ergoterapeutka pracuje ve stacionáři na dvou pracovištích, ve své ergoterapeutické cvičebně a v multismyslové místnosti Snoezelen. Děti, které jsou v zařízení na pobyt, jež je hrazen z prostředků zdravotních pojišťoven, chodí cvičit do obou prostor tak říkajíc „na střídačku“. Děti, které mají ergoterapii předepsanou na základě doporučení odborných lékařů nebo výstupu z dětské rizikové poradny, do zařízení docházejí podle svého objednání. A opět mohou mít naordinovány terapie buď ve Snoezelenu, většinou u malých dětí, nebo přímo ve cvičebně v 1. patře, většinou u starších dětí. Snoezelenu se budu věnovat v další části podrobně, proto se zaměřím spíše na ergoterapeutickou cvičebnu a aktivity s ní spojené.

Ergoterapie v pediatrii využívá toho, že hra je přirozeným projevem dítěte. Každé vývojové období má své charakteristické hry, které zdokonalují vnímání sebe i okolí, rozvíjejí sensorické, pohybové i psychické schopnosti dítěte. Hra je vlastně učení, získáváním zkušeností a současně i léčebným prostředkem v rehabilitaci dětí.

Ergoterapeutka se ve své cvičebně věnuje hlavně rozvoji poznávacích schopností, rozvoji hmatového vnímání, logického myšlení a paměti, v neposlední řadě pak prostorové a směrové orientaci. Významným přínosem pro rozvoj dětí je i pracovní a výtvarná výchova. Pokud jde o pracovní výchovu, velmi důležité jsou zejména tyto činnosti - nácvič

sebeobsluhy, hygienických návyků a stolování. Výtvarná výchova, která patří k té více oblíbené činnosti, využívá různých druhů materiálu. Nejoblíbenějším materiálem je samozřejmě papír, ať už se z něj vyrábí cokoliv, dále to jsou plastelíny, prstové barvy nebo barevný písek.

Z motivačního hlediska lze, jak mi řekla ergoterapeutka, ergoterapeutické podněty rozlišit do několika kategorií. Nejcennější jsou samotné hmoty nebo materiál, které podněcují tvořivost a fantazii, tedy už zmiňovaný papír, plastelína, písek, drát, dřevo. Pomyslné druhé místo mají tzv. polohotové prvky jako stavebnice, omalovány, vystřihovány, puzzle. Až na konci jsou už hotové hračky jako panenky, autíčka. Těch v terapeutické cvičebně moc nenajdete, protože jak říká ergoterapeutka: „ *U nich nemusí děti vyvíjet žádnou větší aktivitu. Jen si s autíčkem nebo panenkou pohrát. To je sice zabaví, ale k rozvoji jejich schopností to nevede. Větším přínosem pro ně je třeba i mačkání papíru do malé kuličky a házení na určený cíl. Tím si dítě nejen procvičuje prsty a prostorovou orientaci, ale učí se pracovat s celým svým tělem.*“

8.3 Snoezelen

Multismyslová místnost Snoezelen je zdejší chloubou, byla prvním takovýmto „zařízením“ ve Východočeském kraji. Postupem času se právě Snoezelen ve zdejším stacionáři stal „předlohou“ k vybudování těchto místností v řadě dalších zdravotnických a sociálních zařízeních.

Stalo se tak v roce 2003, kdy děti z hradeckého stacionáře mohly poprvé využít tuto krásnou relaxační místnost. Než se tak ale stalo, museli se o vše potřebné pro její zrod postarat jak stavebníci a architekti, tak i odborníci kolem světelné techniky a jejího vybavení. Finančně celý projekt podpořil magistrát města Hradce Králové, DDRS a také občanské sdružení Heřmánky dětem, které při stacionáři působí.

Odborníci z pražského Ateliéru designu a architektury a z hradeckého Artlite Studia mají na svědomí veškerý vnitřní prostor Snoezelenu. Věděli přitom, že cesta k tomu nebude jednoduchá. Koncept Snoezelen je metoda uvolnění, respektující potřeby, volbu a rytmus dětí s kombinovanými vadami. Na základě tohoto principu Nizozemci Jan Hulsegge a Ad Verheul vyvinuli v 70. letech 20. století metodu „snoezelen“. Název je složen ze dvou holandských slov: snuffelen – cítit nebo větrít a doezelen – odpočívat nebo podřimovat. Metoda Snoezelen vychází z předpokladu, že lidské smysly jsou snadno ovlivnitelné v ovzduší pohody. Zdravý člověk je bez větších problémů schopen sám najít místa, kde se cítí příjemně. Postiženým

lidem, a dětem zvláště, je nutné takové místo vytvořit. Pak je možné významně oslovit jejich smysly a poskytnout jim prostor pro jejich spontánnost.

Konceptem návrhu tvaru speciálního pracoviště bylo vyvolat pocit počátku života v lůně matky, to znamenalo použít symbol tvaru vajíčka a s ním spojené dojmy, jež budou umocněny příjemnou teplotou a ostatními působícími podněty. A to se také při realizaci Snoezelenu ve stacionáři stalo. Pro možnost řízené změny nálad a optických vjemů se celý prostor opatřil bílým povrchem. Pohybové světelné efekty vytvářejí efektové projektory. Nejdůležitější část Snoezelenu – vyhřívané vodní lůžko – je zakomponované do podlahy tak, aby přístup k němu byl bezbariérový a současně umožnil v jeho úrovni a okolí umístit léčebné vybavení. Důležitou součástí je vhodně řešená klimatizace, zabezpečující teplotní pohodu prostředí. Reproduktoři zvukové aparatury, ze kterých zní relaxační nebo stimulující hudba, jsou nainstalovány přímo nad vodním lůžkem. Zvuk je přenášen nejen do prostoru, ale pomocí vibrací i do samotného lůžka. Pokud jde o osvětlení, terapeut si může vytvořit a uložit do paměti určité kombinace barev s využitím vlastního ovládacího panelu. Následná změna barev a řízení osvětlení probíhá plynule bez rušivých jasných záblesků. Jak mi během návštěv sdělila ergoterapeutka Barbora, „ *protože u dětí s kombinovanými vadami je nutné se vyvarovat jakýchkoliv prudkých změn, které by mohly vyvolat nepříznivé reakce, bylo pro ovládní barevného spektra použito cíleně řízené stmívání. To si dítě samo ovládá panelem s přepínači označenými barvami zářivek.*“

Ke stimulaci malých pacientů se dále využívají dva prosvětlené vodní sloupce s bublinkovým efektem a uvnitř pohybuujícími se malými plastovými rybkami. Ve Snoezelenu jsou také svazky světlovodných vláken, napájených světlem z projektoru. Nahoře na stropě je zavěšena rotující tzv. disco koule. Je tu také efektový projektor, který promítá tzv. gobo světelné efekty přes rotující zrcátko po stěnách místnosti. Dráha obrázku, který putuje po stěnách, je přitom volena tak, aby krátce přešla přes rotující disco kouli. Tím se ve Snoezelenu vytvoří příjemný efekt nebe plného hvězd. Barvu nebe pak může dítě, samozřejmě za dohledu ergoterapeutky, měnit pomocí ovládní panelu.

Terapie mají kladný účinek na mnoho pacientů, cítí se klidně a uvolněně. Mohou zkoumat okolní prostředí podle svých možností tak, jak chtějí, aniž by byly pod tlakem, že musí uspět. Ovládají typ a množství optických, akustických a dotykových stimulů sami. Podobně i děti trpící spastickou paralýzou reagují na terapii úspěšně, když si hrají s „plazma koulemi“ citlivými na dotyk, umístěnými vedle vodního lůžka. Křeče se snižují a končetiny

mohou povolit, uvolnit se. Hyperaktivní děti jsou výrazně klidnější a rychle se učí koncentrovat na akustické a vizuální stimuly. Je možné pozorovat prokazatelné zlepšení stavu a jejich větší spokojenost.

Je třeba zdůraznit, že ve Snoezelenu jde pouze o relaxaci, nikoliv o cílené zapojení intelektu. Snoezelen je nedílnou součástí komplexní rehabilitační péče ve stacionáři, nikoliv kouzelnou místností, v níž se dějí zázraky na počkání. I ty se nakonec stávají, ale jsou za nimi hodiny, dny, měsíce a často i roky trpělivé a vytrvalé práce celého terapeutického týmu v dětském denním rehabilitačním stacionáři. Ale ani to by bez důsledného zapojení rodičů dětí nestačilo.

8.4 Rozhovor s ergoterapeutkou

S ergoterapeutkou Barborou, která má ve stacionáři Snoezelen na svých bedrech a je mou průvodkyní při praktické části bakalářské práce, jsem vedla rozhovor, abych získala další informace a zachytila její poznatky o terapiích realizovaných v této místnosti. Rozhovor se konal po jedné z mých dopoledních návštěv stacionáře, kdy už měla ergoterapeutka dopolední část denního programu za sebou. Rozhovor jsme vedly přímo ve Snoezelenu a probíhal na základě předem stanovených otázek. Atmosféra při něm byla příjemná a uvolněná. Rozhovor jsem si se souhlasem tazatelky nahrála do svého mobilu a pak zachytila doslovně do uvedené písemné podoby.

Jak moc si ceníte toho, že má dětský stacionář tuto multismyslovou místnost?

„Cením si toho moc. Jde totiž opravdu o výjimečné zařízení, které je moc důležité při péči o děti zdravotně postižené. Nejsem ve stacionáři celou dobu, co tu Snoezelen je, ale za sebe mohu říci, že mám tuto místnost ve své práci moc ráda a stále mě obohacuje.“

Jak Vy osobně jste se poprvé cítila ve Snoezelenu?

„Já jsem se samozřejmě předtím informovala v knihách (úsměv), a moje první opravdová návštěva ve Snoezelenu pochopitelně byla plná pocitů a dojmů. Bylo to zkrátka úplně něco nového, neokoukaného. I když jsem tedy byla „informovaná“ dopředu, zažila jsem něco do té doby neznámého.“

Kromě pobytových dětí ze stacionáře chodí do Snoezelenu i další dětské pacienti, tzv. ambulantní. Kdo indikuje jejich pobyt v multismyslové místnosti a kdo ho hraří?

„Ambulantně přicházejí děti na doporučení z naší rizikové poradny nebo na doporučení lékaře FBLR (fyziatrie, balneoterapie a léčebné rehabilitace), který k nám do stacionáře dochází dva dny v týdnu. Terapie ve Snoezelenu je tak jako u pobytových dětí hrazena zdravotními pojišťovkami. Pokud jde o věk, ve Snoezelenu můžu pracovat s dítětem už od jednoho měsíce věku, tyto děti chodí ambulantně a u pobytu bývají tedy i rodiče. Ti se tak naučí i péči o své malé děťátko, tzv. handling. Tento výraz znamená nácvik správného zacházení s miminkem. Maminky, často chodí ale i oba rodiče, učím zvedání, nošení miminka, chování v náruči, pokládání, uklidnění při pláči, přetáčení a další činnosti, které jsou potřebné při správné péči o miminko. Toto se samozřejmě nenaučí hned při první návštěvě, takže pak chodí opakovaně. Dalšími ambulantními pacienty jsou pak děti starší.

Terapie ve Snoezelenu je tak jako u pobytových dětí hrazena zdravotními pojišťovkami. Pokud jde o četnost návštěv je u pobytových dětí 2-3 x za týden, u ambulantů většinou za týden, maximálně za 14 dní.“

Je návštěva a pobyt ve Snoezelenu vhodná pro každé dítě?

„Nelze to říci jednoduše, vše se musí vyzkoušet. Někdo reaguje hned radostně, některé dítě jde do Snoezelenu nejistě. Vše se musí, tak říkajíc, odzkoušet. Hned první nezdár ale nemusí znamenat, že pobyt bude zbytečný. Hlavně všechno musí probíhat v klidu. Prvořadý musí být zájem dítěte. V zásadě ale myslím, že pobyt ve Snoezelenu je vhodný pro každého. Někdy to ale opravdu je krůček po krůčku.“

Co vlastně pozitivního může pobyt přinést a jaký je koncept práce ve Snoezelenu?

„Měl by přinést uvolnění, potěšení z příjemné atmosféry, zklidnění pacienta, které by mělo přinést pozorování a vnímání podnětů ve Snoezelenu. Pacient by měl vnímat jen sebe a své prožitky. Děje se tak i díky konceptu bazální stimulace, který ve Snoezelenu realizujeme. Tento koncept podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání, pohyb a komunikaci. Každý člověk vnímá pomocí smyslů a jejich prostřednictvím člověk bere sebe sama a okolní svět. Bazální stimulace je vhodná pro všechny dětské pacienty, vždy je třeba stimulaci přizpůsobit konkrétnímu dítěti. Koncept bazální stimulace tvoří základní prvky stimulace a nastavbové prvky stimulace. Mám-li hovořit o těch základních, patří sem somatická stimulace, což je stimulace vjemů z povrchu těla a z vnitřního prostředí lidského

organismu, dále vestibulární stimulace, tedy stimulace rovnovážného ústrojí a podpora prostorové orientace a vnímání pohybu a třetím základním prvkem bazální stimulace je vibrační stimulace, která zprostředkovává vnímání těla jako celku. Nástavbovými prvky stimulace jsou pak optická (zrakové vjemy), auditivní (sluchové vjemy), orální (vjemy z oblasti dutiny ústní, podpora příjmu potravy), olfaktorická (čichové vjemy) a taktilně-haptická stimulace (hmatové vjemy).“

Hodně důležitá je při pobytu ve Snoezelenu hudba. Z jaké nabídky vybíráte?

„Hudební doprovod by měl být příjemný, proto se volí uklidňující hudba. Poslouchat lze relaxační nebo meditační hudbu, zvuky přírody nebo zpěv ptáků. Možností je samozřejmě více. Vždy se snažím, aby se hudební podkres hodil k terapiím.“

Co Vy musíte mít při pobytu dítěte na paměti, na co se musíte soustředit?

„Pobyt by měl přinést především pozitivní dojmy, ale ne vždy tomu tak je. Pokud už k nějaké negativní reakci dojde, musím situaci co nejrychleji a v klidu vyřešit. Co pro mě ale vždy musí být na prvním místě, to je respektování osobního tempa každého dítěte.“

Pak už jsem si Snoezelen mohla vyzkoušet sama. Těšila jsem se. Ergoterapeutka Barbora mi k pobytu v místnosti pustila příjemnou relaxační hudbu. Já se položila na vodní lůžko a začala jsem vnímat úžasný klid, uvolnění. Jen já a nic jiného, voda ve vodním lůžku se pomalu přelévala a já už téměř zavírala oči. Nebylo by těžké nechat se příjemnou hudbou a uklidňujícím pohybem vody přivést k spánku.

Analýza pozorování

Dohodly jsme se s ergoterapeutkou na několika návštěvách, během nichž s ní budu přítomna u pobytů dětí ve Snoezelenu. Budu si všímat aktivity a chování dětí a zachycovat vše podstatné. Půjde o pobytové děti. Měla jsem představu, že vybrané pobytové děti „shlédnu“ ve Snoezelenu čtyřikrát, jak se však později ukázalo, představu se podařilo úplně uskutečnit jen u tří dětí. Jedno z pobytových dětí „stihlo“ onemocnět.

V rámci zachování soukromých údajů jsem u dětí změnila křestní jména a příjmení vůbec neuvádím. Ergoterapeutka mě upozornila, že ke všem informacím musím mít souhlas rodičů. Tak jsem také učinila. Formulář žádostí o souhlas rodičů je uveden v příloze.

8.5 Pozorování Martina

Martin – 2,5 let, diagnóza: opožděný psychomotorický vývoj

Martin je sympatický kluk, chodí od 18. měsíce, s dětmi na oddělení vychází v klidu, občas se ale s někým z dětí „pře“ o určitou hračku. V této pozici je pak vzteklý a nekomunikuje. Pokud jde o stravu, jí sám, používá lžičku. V sebeobsluze toho ještě moc nezvládá, čistotu moc neudrží, vzhledem ke svému opožděnému psychomotorickému vývoji nosí na noc ještě pleny. Vyhraněnou hračku nemá, rád si hraje hlavně s autíčky. Krátkou dobu dochází na logopedii.

Když jsem hovořila s jeho maminkou, bylo na ní vidět, že je ráda, že se Martinovi ve stacionáři líbí. Na dotaz ke Snoezelenu mi sdělila následující: „*Jsem šťastna, že je tam Martin spokojený a podle ergoterapeutky tam dělá pokroky. Byla jsem jednou přímo při jeho terapii a musím říci, že se mi tam také líbilo.*“

Cíle pozorování:

- Bazální stimulace
 - Celkové zklidnění a relaxace
 - Muzikoterapie
1. **Návštěva** – Martin byl dnes dobře naladěný, na oddělení byl spokojený, s dětmi si hrál. Když jsme mu s ergoterapeutkou řekly, že půjde do Snoezelenu, bylo vidět, že má radost. Před Snoezelenem si Martin sundal ortopedické sandálky. Ergoterapeutka ho pak na bavlněné podložce svlékla do spodního prádla a při hudbě začala provádět bazální stimulaci. Rukavicí a krémem mu promasírovala celé tělo, Martínek se krásně zklidnil. Pak se oblékl, většinu oblečení si dokáže navléknout sám, co mu nešlo, s tím jsem mu pomohla. Všimla jsem si, že se přede mnou začal předvádět, což ostatně potvrdila i ergoterapeutka. Byl najednou méně soustředěný, nevydržel u jedné činnosti, začal překlápávat světelný panel, tu si prohlížel rybičky ve vodním válci. Ergoterapeutka mu na zklidnění dala tubu, do které měl vkládat různé věci korálky, plastová víčka. To ho zaujalo a na činnost se soustředil. Hrou si nenásilně procvičil jemnou motoriku. Za odměnu si pak mohl pustit a pozorovat hvězdné nebe.
 2. **Návštěva** – Ta proběhla asi po deseti dnech. Když jsme si pro Martina přišly na malé oddělení, upozorňovala nás jedna z tet, že dnes s ním šijí všichni čerti, což se také potvrdilo už cestou do Snoezelenu. Nechtěl vůbec jít za ruku, cestou se vytrhoval Báře z ruky. Před Snoezelenem jsme ho musely zklidňovat, jinak by mu pobyt tam

vůbec nic nepřinesl. Martin se pak uklidnil a všechno ve Snoezelenu se mu líbilo. Tentokrát se s Bárou věnovali hlavně muzikoterapii, poslouchali CD se zvuky ptáků. Hmatovou stimulaci pak Martínek procvičil na hmatovém panelu, kdy rukou přejížděl různé povrchy. Martin byl zklidněný a tak ho ergoterapeutka za práci pochválila.

3. **Návštěva** – Když jsem se s Martinem tentokrát setkala, bylo vidět, že si mě už pamatuje. Usmíval se a do Snoezelenu se vyloženě těšil. Sám se zul a lehl si na vodní lůžko. Ergoterapeutka mu dnes jen masírovala ruce, přitom mu povídala říkánku. Bylo evidentní, že je v pohodě, spokojeně se pohupoval na vodní posteli. Přepínal si světelný panel a byl opravdu spokojený. Hned mi ukazoval vodní válec s plastovými rybkami, měl radost, že mi mohl něco ukázat. Pak mu ergoterapeutka dávala hádat jednoduché obrázky zvířat. Některá zvířata poznal, některá ne. Když zvířátko poznal, sám si zatleskal. Po pár minutách začal být nesoustředěný, nevydržel ani ležet na vodním lůžku a tak jsme ze Snoezelenu odešli.
4. **Návštěva** – Na oddělení jsme si pro Martina přišly ve chvíli, kdy si prohlížel obrázkovou knížku. Dal nám najevo, že se mu s námi moc nechce. Pomohlo ale to, že mu ergoterapeutka řekla, že dnes bude pracovat se světelnými vlákny s korálky. To je činnost, která ho baví. Světelná vlákna mají na sobě korálky a při dotyku se tak stimuluje hmat. Je vidět, že se Martínkovi tato činnost líbí. Vlákna se mu v ruce jako by rozutekly do prostoru, což provázal radostným křikem. Dalším úspěšným podnětem dnes byla i světelná koule. Martin na vodním lůžku v poloze na zádech klidně pozoroval obrázky, které se mění a pohybují. Po několika minutách se už ale začal ošívát, a tak ergoterapeutka cvičení ukončila. Nezapomněla však Martinka pochválit, protože se dnes opravdu snažil a byl šikovný.

Závěr a vyhodnocení cílů:

Hmatovou stimulaci jsme u Martínka procvičovaly pomocí hmatového panelu, který má různé druhy povrchů. (obrázek viz Příloha) Martin si po nich přejížděl prsty, což se mu evidentně líbilo. Spokojený byl i při „práci“ se světelnými vlákny s korálky. Nenásilně si tak opět procvičil hmat, protože se snažil světýlka na konci vláken chytout do ručky. Pokud jde o bazální stimulaci, i ta přinesla pozitivní výsledky. Pomohla tomu i hudba, Martínek byl při masírování těla v klidu, bylo vidět, že je spokojený. Stejně tak se mu líbilo, když si prohlížel obrázky zvířat. U těch, které poznal, si spokojeně zatleskal. My s ergoterapeutkou jsme ho také pochválily. Pokud jde o jeho chování ve Snoezelenu, z velké části mu pobyt přináší zklidnění. Pokud však odchází z oddělení dětí na terapii do Snoezelenu rozdivočelý, chvíli

trvá, než se zklidní. V takovém případě volí ergoterapeutka na poslech relaxační hudbu a nechá Martinka uklidnit na vodním lůžku.

8.6 Pozorování Jana

Jan – 4 roky, diagnózy: centrální hypotonický syndrom, familiární makrokranie (zevní hydrocefalus)

Jan je kluk vyšší postavy a trochu robustnějšího vzrůstu s výraznějšími rysy v obličeji. Dochází na denní pobyt na velké oddělení. Jeho chování je díky diagnózám jiné než u dalších dětí, proto nelze dopředu předvídat, jak se bude chovat. Často je hodně výbušný, podrážděný, křičí nebo začne bez důvodu brečet. Jindy je naopak mírný a klidově v pohodě. S dětmi si moc nehraje, většinou pracuje sám. Je to ale milý chlapec, na svůj věk a vzhledem ke své diagnóze má slušnou slovní zásobu, kterou však často používá v úplně jiných situacích, než pro kterou jsou daná slova určena.

Cíle pozorování:

- Zklidnění a relaxace
 - Bazální stimulace
 - Podpora řečového projevu
1. **Návštěva** – Ergoterapeutka mě před tím, než si vyzvedneme Jana na velkém oddělení, seznamuje s jeho diagnózami a upozorňuje mě na jeho složitější chování. Jak se bude chovat, to nelze nikdy dopředu předvídat. Dnes je roztěkaný, celou cestu do Snoezelenu se na něco vyptává. Ergoterapeutka mu trpělivě odpovídá, on se zklidňuje. Před místností si sám zuje ortopedické sandálky a jde dovnitř. Ergoterapeutka mu vysvětluje, co budou dnes dělat. Jan si svléká oblečení a ergoterapeutka mu provádí bazální stimulaci celého těla nejprve masážní žínkou a pak i „pichlavým“ míčkem. Jeho gumové výstupky krásně stimulují pokožku. Po obléknutí, se kterým jsme mu musely pomoci, se Jan přesouvá na vodní lůžko. Dnes je podle ergoterapeutky Bány v dobré náladě, terapie probíhá v klidu. Zkouší ho ze znalostí barev, ty pozná, nejen ty základní, ale i další jako fialovou, růžovou, šedou. V knize mu ukazuje obrázky a on hned pozná, že patří k říkance Polámal se mraveneček. Sám nám ji pak také celou přeříká. Dnešní návštěva Snoezelenu byla pro Jana přínosná.
 2. **Návštěva** – Z oddělení si Jana odvádíme krátce po dopolední svačině. Jde s ergoterapeutkou za ruku, vypráví nám, co dnes měli dobrého. Cestou je klidný, občas

vykřikuje. Před Snoezelenem se zouvá ze sandálků. Vstoupí dovnitř, je tu puštěna relaxační hudba a on hned hlásí „Hraje Evropa 2“ a ergoterapeutka říká, že to není Evropa 2, tak Jan vykřikuje, že „Rádio Blaník“. Bára mu vysvětluje, že to je hudba, kterou bude poslouchat, když teď bude na vodním lůžku pozorovat hvězdné nebe. Jan se skutečně zklidňuje. Ergoterapeutka mi k tomu sděluje, že takto se Jan projevuje docela často, zná hodně pojmů, ale ještě nerozezná, kdy je má uplatnit a říci. Takže je pak používá na nesprávném místě a rozčiluje se, když to není správně a někdo ho za chybu opraví. Na závěr dostává za úkol do dřevěné desky vsadit příslušné tvary obrazců. Tvary umí i správně pojmenovat. Daří se mu a tak si sám z radosti zatleská. My se připojujeme.

3. **Návštěva** – Dnes nás tety na velkém oddělení upozorňují na to, že Jan může být při pobytu ve Snoezelenu nesoustředěný, protože už od rána od maminky ví, že dnes přijdou na návštěvu do stacionáře Zdravotní klauni. To je Jan vždy neklidný, chvíli se těší, chvíli se bojí nových podnětů a zvuků. Ergoterapeutka mu cestou do Snoezelenu vypravuje, co dnes budou dělat. Jan se zdá zklidněný. Na vodním lůžku si „udělá“ své oblíbené Spadla lžička do kafička, krátce se pohoupe a pak ho ergoterapeutka posadí na osušku a nechá ho svléknout do spodního prádla. Svlékne se sám s malou dopomocí. Bazální stimulace ale dnes neprobíhá lehce, při masírování těla krémem je Jan roztěkaný, nedokáže ležet v klidu, stále se musí hýbat. Navíc u činnosti stále mluví, což také není dobře, protože se úplně neuvolní. Aby ho ergoterapeutka zaměstnala, ptá se ho při masírování dlaní na názvy prstů. Jan je umí vyjmenovat, ale nedokáže názvy správně přiřadit. Bezpečně pozná jen palec. Po bazální stimulaci usuzuje ergoterapeutka, že to bude pro dnešek Janovi stačit. Jeho soustředěnost na práci už je mizivá. Odvádíme ho na oddělení, kde už děti vyhlížejí návštěvu Zdravotních klaunů a společně s tetami na oddělení tipují, která dvojice „klauníků“ dnes mezi ně přijde.
4. **Návštěva** – Ergoterapeutka si dnes do Snoezelenu bere knihu říkanek a obrázky zvířat. Jan bude nejdříve chvíli relaxovat za zvuku relaxační hudby na vodním lůžku, ztišené jen jako kulisa na úplné minimum, a pak si bude procvičovat řeč. Z lůžka sleduje pohyb plastových rybiček ve vodním válci, pak k nim jde blíže a jakoby je chytá do dlaní. Stimuluje současně zrak i hmat. Když už ho rybky nebaví, začne zvyšovat hlas a zlobit se. Ergoterapeutka mu podává hru, která ho vždy baví. Jde o dřevěnou hračku – prkénko s nožem, zeleninou a ovocem. Zelenina s ovocem jsou rozpůleny na dvě části a suchým zipem se dávají k sobě. Plody si děti na prkénku dřevěným nožem rozkrojí a

pak je zase spojují. Janovi se tento úkol hodně líbil a všechny plody měl spojené během chvilky. Ergoterapeutka po této činnosti bere do ruky knihu s říkankami, posadí si Jana vedle sebe a společně si prohlížejí knihu a říkají básničky. Jan jich zná dost, některé jen částečně. Jeho nejoblíbenější je Polámal se mraveneček a Skákal pes přes oves. Když něco ale řekne špatně a ergoterapeutka ho opraví, že to tak v básničce není, začne se rozčilovat. Podobné to je dnes i při prohlížení obrázků zvířat. Domácí zvířata pozná všechna, další, která by mohl znát třeba ze zoologické zahrady, mu dělají potíže a několikrát se v názvu splete. Ale ergoterapeutka dnešní návštěvu uzavírá s tím, že vzhledem ke zdravotnímu postižení Jana jsou určitě vidět pokroky v jeho rozvoji. Pobyt ve Snoezelenu mu tedy určitě pomáhá.

Závěr a vyhodnocení cílů:

Zklidnění a relaxaci prováděla ergoterapeutka pobyt na vodním lůžku a poslechem relaxační hudby. Ta je při pobytu Jana stažena na úplné minimum, vyšší tóny ho dokážou zneklidnit. Přitom podle jeho průpovědek musí mít doma často rádio puštěné, protože zná názvy různých rozhlasových stanic. Bazální stimulace u Jana také probíhala úspěšně, občas se ale muselo krotit jeho chování, kdy byl nesoustředěný a roztěkaný a zbytečně mluvil o všem možném a nemohl se tedy soustředit jen na sebe. Pokud jde o třetí cíl, o podporu řečového projevu, i ten se ve Snoezelenu podařilo splnit. Jan zná hodně básniček a říkánek, některá si uměle sám upravuje a pak nemá rád, když mu dospělý chybu opravuje. Správně pojmenuje domácí zvířata, pokud jde o další zvířata, některá nezná. Ale to je vzhledem k jeho věku logické. Pokud jde o rozvoj řeči, Jan je snaživý, slovní zásobu má poměrně bohatou. Někdy však slova používá v nepříslušných situacích. Závěrem lze říci, že jde o snaživého chlapce, kterému pobyt ve Snoezelenu významně prospívá.

8.7 Pozorování Jarušky

Jaruška – 3,5 let, diagnóza: dětský autismus

Jaruška je milá holčička, hubenější postavy. Mezi dětmi na oddělení moc nezapadla, díky své diagnóze – dětský autismus – je spíše samotářka. U žádné činnosti dlouho nevydrží. Situaci ji usnadňuje kniha VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém, který se Jaruška učí od loňského roku. Jsou to desky, ve kterých má obrázky činností, které ji během dne čekají. Přesně tedy ví, co je v danou chvíli plánované – např. svačina, pak mytí rukou, návštěva Snoezelenu. Její život tak má díky VOKSu řád, dříve, když s ním ještě nepracovala, byly situace na domluvu složitější.

Cíle pozorování:

- Relaxace a zklidnění
 - Komunikace s VOKS
 - Bazální stimulace
1. **Návštěva** – Když jsme pro Jarušku šly na velké oddělení, vyzvedla si tam ergoterapeutka nejen malou slečnu, ale i obrázkovou knížku VOKS. VOKS znamená výměnný obrázkový komunikační systém, který u autistů pomáhá s komunikací. Obrázky Jarušce pomáhají, z desek si je vyndává podle své potřeby. První obrázek, který jí ergoterapeutka ukazuje ještě na oddělení, je obrázek Snoezelenu. Jaruška tak ví, co jí teď čeká. Je od začátku v pohodě, na mě působí sebejistě a v klidu. Když to říkám Báře, ta mě hned upozorní, že tomu tak vždy nebývalo. Dokud neznala a neměla svou knížku VOKS a nemohla tedy vyjádřit, co chce, vztekala se ve Snoezelenu a hodně křičela. Ted' Jaruška neprotestuje ani tehdy, když si obrázkovou knížku půjčuji já. Na vodním lůžku si poté hází s malými balonky a pak chytá rybičky a vkládá je do destiček. Při každé návštěvě trénují s ergoterapeutkou i VOKS – co chce ..., jakou barvu..., co vidí..., vše podle obrázkových kartiček. Ergoterapeutka Jarušku za dnešní výkon pochválí a tak ji spokojenou odvádíme zpět na velké oddělení k ostatním dětem.
 2. **Návštěva** – Dnes se Jarušce s námi do Snoezelenu moc nechce, tety na oddělení říkají, že je mrzutá. Přesto s námi jde, nezapomene nás posunky upozornit, abychom nezapomněly z okenního parapetu (tady má její knížka své místo) vzít připravenou knížku VOKS. K Snoezelenu sice dojdeme, ale to je všechno. Ergoterapeutka sahá Jarušce na čelo, zdá se jí, že má teplotu. To nakonec potvrdí i změření teploměrem. Jarušku odvádíme na oddělení a jedna z tet volá rodičům, aby si dcerku vyzvedli.
 3. **Návštěva** – Ta se uskutečnila po 14 dnech od druhé návštěvy. Jaruška už je zdravá, tak se těším, jak to dnes bude probíhat. Na oddělení vyzvedneme Jarušku i s knížkou VOKS. Jde v klidu s ergoterapeutkou za ruku, dokonce se usmívá. Sama se zuje a jde dovnitř. Jarušku pokládá Bára na vodní lůžko a pouští jí relaxační hudbu. Na světelném panelu jí začne měnit barvy, na změnu barev osvětlení reaguje dobře. Zdá se, že jí to dokonce líbí. Usmívá se. Prohlížíme si pak obrázky VOKSu, ale Jaruška začíná být roztěkaná a už se jí ve Snoezelenu nechce nic dělat. Ukázala nám v knížce větu „Já chci bonbon“, ergoterapeutka jí vysvětlila, že jí ho dá jako odměnu. Za přislíbenou odměnu Jaruška s ergoterapeutkou spolupracovala, ale jen krátkou chvíli.

Pak už ergoterapeutka dala Jarušce slíbený bonbon a pobyt ve Snoezelenu pro dnešek ukončila. Jarušku jsme odvedly na oddělení, kde už na ni čekala dopolední svačina.

4. **Návštěva** – Jarušku přivádíme do Snoezelenu v dobré náladě. Ergoterapeutka jí v knížce VOKS ukazuje obrázky, co tam dnes budou společně dělat. Ukazuje jí obrázek masážní rukavice (žínky) a pak vodního válce s rybičkami. Poté pustí „cédéčko“ se zvuky přírody. Hned dodává, že hlasitost hudby pouští u Jarušky jen minimální, protože hlasitá hudba Jarušce vadí. Ergoterapeutka jí dnes bude masírovat jen horní část těla, proto jí na bavlněné podložce svléká jen mikinu a tričko. Masírování masážní žínkou s jemným dětským krémem se malé slečně líbí. Jaruška se po krátké masáži sama oblékne a dostane od ergoterapeutky pochvalu. Pak ještě chvíli leží na vodním lůžku a pozoruje hvězdné nebe. Vodní válce s plastovými rybkami, které jsou vedle vodního lůžka, jsou dalším objektem zájmu Jarušky při této návštěvě. Rybky si plují vodou a ona je jakoby po straně ručkou chytá. To se jí líbí, ale po chvíli si bere knížku VOKS a ukazuje větu „Já chci bonbon“. Ergoterapeutka Bára usuzuje, že za dnešní výkon si Jaruška gumového mevídka zaslouží. Dnešní návštěvu Snoezelenu vyhodnocujeme jako zdařilou, Jaruška splnila vše, co pro ni bylo na dnešek v terapii naplánováno.

Maminka Jarušky mi poskytla také krátký rozhovor. Ptala jsem se jí na to, zda byla někdy přítomna Jaruščině pobytu ve Snoezelenu a zda vidí na své dceři změny k lepšímu nejen díky pobytu v DDRS, ale i díky místnosti Snoezelen. Řekla mi toto: „*S péčí ve stacionáři jsem moc spokojená, i když za začátku se sem Jarušce moc nechtělo. To se ale změnilo. Je vidět i pokrok ve fyzioterapii. Pokud jde o Snoezelen, ještě jsem v této místnosti s Jaruškou nebyla, ale určitě budu mít zájem. Podle ergoterapeutky ale pobyt ve Snoezelenu Jarušce prospívá. To jsem samozřejmě ráda.*“

Závěr a vyhodnocení cílů:

Komunikace s Jaruškou je díky knížce VOKS jednodušší, ergoterapeutka jí vždy ukáže obrázek toho, co budou spolu ve Snoezelenu dělat. K bazální stimulaci používají obrázek masážní rukavice. Tuto činnost má tato holčička moc ráda, hezky se při ní uvolní a je zklidněná. Oblíbená je také relaxace na vodním lůžku, při které Jaruška nejčastěji a nejraději poslouchá relaxační hudbu a zvuky přírody. Hlasitost hudby dává ergoterapeutka Bára jen minimální, protože vyšší tóny Jarušce vadí. Jako zdařilou činnost pro relaxaci hodnotíme pozorování vodních válců s plastovými rybkami. Plovoucí rybky se snaží Jaruška po straně

válce uchytit, hrou si tak cvičí hmatovou i zrakovou stimulaci. Díky VOKSu se ergoterapeutka dozví, kdy už Jarušku pobyt ve Snoezelenu přestává bavit, to v knížce VOKS ukazuje větu „Já chci bonbón“. Ergoterapeutka k tomu dodává, že je pak už zbytečné ve Snoezelenu pobývat, Jarušce by to už nic nepřineslo. Odměna – gumový medvídek – je pro ni v tu chvíli zasloužená.

8.8 Pozorování Lea

Leo – 3,5 roku, diagnózy: motorická retardace, hypotonický syndrom, vrozená plochá noha

Leo je šikovný usměvavý chlapec. Do stacionáře přišel zhruba před rokem. Nejprve byl na malém oddělení, později přešel na velké oddělení a hned si tam našel kamarády. Zapojuje se do všech činností, které tety na oddělení připravují. Nejraději si však jako další chlapci z oddělení staví silnici a autodráhu a jezdí s autíčky a vláčky. Je samostatný, čistotu udržuje úměrně svému věku. Jí sám, stravuje se lžící. Tou také ze svého talíře vyndává zeleninu, tu nemá moc rád.

Cíle pozorování:

- Relaxace a zklidnění
 - Poznávání svého těla
 - Bazální stimulace
1. **Návštěva** – Pro Lea si přicházíme na velké oddělení v době, kdy jsou děti právě po svačině. Leo je tedy spokojený, nemá rád, když musí nějakou činnost přerušit. Před snoezelenem se chlapec ochotně zouvá a jde si lehnout na vodní lůžko. Je vidět, že se sem těšil. Ergoterapeutka ho jakoby pohupuje na zdánlivé „vodní hladině“. A k tomu mu pouští zvuky přírody. Teo je spokojený, nechává si provést bazální stimulaci horní části těla. Ergoterapeutka mě seznamuje s jeho zdravotní diagnózou. Začal chodit velmi pozdě, až od 27. měsíců věku, proto je u Lea cílena rehabilitace především na strečink adduktorů a rotátorů kyčelních kloubů. Lékař FBLR ho pravidelně sleduje a na základě jeho vyšetření mu na protetice zhotovili ortéz dle Nancy Hylton a vložky do obuvi s pevným držením paty. Fyzioterapeutka si Lea bere každý den na svou tělocvičnu, ze cvičení má prý chlapec rád třeba trénování výponů na špičky. Leo začíná být netrpělivý z našeho povídání a říká si o pozornost. Dostává na hraní válečky, jeho úkolem je zastrkat je podle velikosti do sebe. Tato činnost se mu líbí a daří se mu a tak ho čeká odměna v podobě gumového medvídku.

2. **Návštěva** – Ergoterapeutka má na dnešek pro Lea připraveno poznávání vlastního těla. To spočívá v tom, že se na ploše vedle vodního lůžka svlékne do trenek a lehne si na velký papír a ergoterapeutka obkreslí jeho tělo. Leo je srandista, říká, že má pupík na zádech a záda na bříše. Ergoterapeutka ho zklidňuje a dává mu do ruky tužku, aby si domaloval prsty na rukou a nohách a pak si dokreslil svůj obličej i s vlasy. Úkol ho baví, dnes to bude hlavní činnost ve Snoezelenu. Podle obrázku se zdá, že zná základní části svého těla, se všemi částmi těla se trefil na správné místo. Když jsme mu výtvar pochválily, byl rád a zase přidal svůj komentář, že pupík roste na zádech. Ze Snoezelenu jsme ho na oddělení odváděly po dvaceti minutách
3. **Návštěva** – Pro Lea si jdeme na oddělení v době, kdy tam končí své vystoupení Zdravotní klauni. Ti ke zdejším dětem přicházejí jednou měsíčně a na obou odděleních představují svá klaunská vystoupení. Je to vždy velká legrace, všichni malí i dospělí jsou moc spokojeni. S Leem jsme tedy dokoukaly vystoupení klaunů a pak jsme šly do Snoezelenu. Leo si v pohodě před místností sundal ortopedické sandále a šel dovnitř. Ergoterapeutka ho poprosila, aby se svlékl, že dnes budou masírovat celé tělo. Pochválila ho, že to zvládl rychle, chlapec se dokáže svléknout celý sám, co mu někdy nejde sundat, s tím se mu pomůže, ale to bývá málokdy. Pak si ergoterapeutka bere ručník a na něm začíná provádět bazální stimulaci. Masíruje balónkem celé tělo, Leo je zklidněný. Protože byl chlapec u této činnosti hodný, říká mu Bára, že za odměnu ho promasíruje větším „pichlavým“ balónkem. Trochu se divím, že ho gumové ostny nebolí, ale dostává se mi odpovědi, že tento balónek mají děti k masírování možná nejraději. Po bazální stimulaci se Leo obléká, to mu jde podstatně hůře. Největším problémem se zdá obléknutí ponožek. Dnešek hodnotí ergoterapeutka kladně a s tímto závěrem vedeme Lea za ostatními dětmi.
4. **Návštěva** – Ve Snoezelenu Lea dnes čeká především relaxace. Sám si za dohledu ergoterapeutky rozsvítil světýlka. Pak následoval pobyt na vodním lůžku, pozorování hvězdného nebe a práce s hmatovým panelem. Ten je výborný na procvičení stimulace hmatu. Různé povrchy nutí více či méně zapojovat plosky prstů. Leovi jde úkol moc dobře a tak se pak může přesunout k vodnímu válci s plastovými rybičkami, kde při sledování pohybu barevných rybiček procvičuje hlavně zrakovou stimulaci. Chytání rybek ho pokaždé hodně baví, jak říká ergoterapeutka, on si na všech činnostech ve Snoezelenu najde něco dobrého, v tomto směru je to pohodář a pro ergoterapeutku tak radostná práce.

Závěr a vyhodnocení cílů:

Leo patří k živějším a zvědavým dětem, což potvrdila každá návštěva ve snoezelenu. Někdy jeho živost přerostla potřebnou míru, a tak ho ergoterapeutka musela zklidnit. Pak už vše probíhalo v klidu. Hodně spokojený byl při poznávání vlastního těla, kdy si domalovával části těla na svůj papírový obraz. Většinu částí lidského těla pozná a ví, kam patří, ale chvílemi byl při této činnosti nesoustředěný a přidával k tomu své poznámky. Přínosem pro jeho zklidnění byla i bazální stimulace, stejně tak jako pobyt na vodním lůžku a poslech CD disku se zvuky přírody. Úspěšně také průběžně procvičoval hmatovou a zrakovou stimulaci. Celkově lze říci, že mu pobyt ve Snoezelenu pomáhá v jeho rozvoji.

Vyhodnocení pozorování

Jak jsem mohla vypořádat se ze všech návštěv zkoumaných dětí ve Snoezelenu, reakce každého dítěte na pobyt ve Snoezelenu jsou opravdu jedinečné. Nelze je nijak paušalizovat. To, co se jednomu dítěti líbí, druhé nemusí zaujmout. Nezpůsobovala jsem ale negativní přístup k místnosti Snoezelen u žádného dítěte, na které se zaměřil můj výzkum. Pokud jde o jednotlivé děti – účastníky mého výzkumu, u nich byly zachycené reakce často odlišné během různých návštěv. To, co jednou vyvolá radost, může u toho samého dítěte podruhé vyvolat třeba vztek a zlobu. Pak je na čase, aby ergoterapeutka dítě zklidnila, protože v opačném případě nepřináší terapie ve Snoezelenu žádný efekt a přínos.

Při pobytu ve Snoezelenu tak nesmí být žádná činnost, která by byla nepříjemná či neoblíbená. Ergoterapeutka, která už ve stacionáři pracuje čtvrtým rokem, tak musí při své práci přihlížet k osobním schopnostem klientů a absolutně respektovat jejich osobní tempo. Základem její práce je empatie, tedy vcítění se a porozumění emocím druhého. Jak ona sama říká, *“nemůžeme mít ve Snoezelenu něco, co se klientovi nelíbí. Když se něco takového objeví, v případě dětí třeba příliš ozvučená hračka, musím ji hned schovat a hledat něco jinak vhodného.”*

Pokud jde o koncept Bazální stimulace ve Snoezelenu, u všech pozorovaných dětí jsem mohla zachytit jeho realizaci. Děti se učily vnímat své tělo, pracovat se svými vjemy a svou prostorovou orientací. Pokud jde o základní prvky stimulace – somatickou, vestibulární a vibrační – a jejich realizaci, využívala je ergoterapeutka u pozorovaných dětí různě. Ze somatické stimulace, která zprostředkovává vnímání vlastního těla, to byly nejčastěji masáže a polohování s ohraničením těla polohovacími pomůckami, např. ve stacionáři oblíbeným

polohovacím hadem. Vestibulární stimulaci, tedy podporu vnímání rovnováhy, orientace a vnímání pohybu a polohy těla, realizovala ergoterapeutka pomocí vodního lůžka, které svými houpavými pohyby větším dětem připomíná, jak s oblibou říkají, moře na dovolené. Při vestibulární stimulaci si děti uvědomí, že se s jejich tělem něco děje, že mění polohu ze strany na stranu. Třetí základní prvek bazální stimulace, vibrační stimulace, prováděla ergoterapeutka většinou pomocí vibrujících hraček. V budoucnu by chtěla využít i hudebních nástrojů, vydávajících vibrace.

Pokud jde o vlastní terapie, všechny zkoumané děti jsem pozorovala s patřičným zájmem. Ergoterapeutka má můj obdiv, jak dokáže děti zabavit. Jak sama ale říká, někdy to není nejjednodušší. Hodně oblíbená u všech dětí byla relaxace na vodním lůžku, kdy se krásně uvolňují a zklidňují. U bazální stimulace to musí někdy být ze strany ergoterapeutky o trpělivosti, protože třeba Jan byl hodně roztěkaný a nesoustředěný. Podněty ke zrakové a hmatové stimulaci mě také zaujaly, ať už to byl hmatový panel s různými povrchy, vodní válce s plastovými rybkami či optická světelná vlákna s barevnými korálky. Dětem se líbila i projekce hvězdného nebe a doplňkové činnosti, které pro ně ergoterapeutka ve Snoezelenu připravila. Kladně hodnotit mohu i výběr hudby, která pobyt při návštěva zkoumaných dětí doprovázela. Každé dítě je osobnost, což dokládá i výběr hudebních tónů, některému z dětí se líbily zvuky přírody, jiné raději „pracovalo“ ve Snoezelenu u tiché relaxační hudby.

Zkoumané děti se většinou do Snoezelenu těšily, rozdílné ale byly ty chvíle, které předcházely vlastnímu pobytu v místnosti. Hodně se na dětech projevovalo, v jaké náladě odcházely z oddělení, zda jsme se nevytrhávaly z nějaké jejich oblíbené činnosti. Pokud tomu tak bylo, nechtěly s námi jít. Ale nikdy nebyl tak zásadní problém, aby se terapie ve Snoezelenu neuskutečnila. Pouze jednou se tak stalo a to v případě Jarušky, která během dne onemocněla a rodiče si po telefonátu pro ni přišli.

Mohu-li tedy hodnotit návštěvy zkoumaných dětí v multismyslové místnosti, z drtivé většiny byly přínosné. Nebyly založeny jen na jedné činnosti, ale ergoterapeutka se hrou, o kterou jde především, věnovala více oblastem osobního rozvoje.

Kladně hodnotí místnost Snoezelen i rodiče, se kterými jsem hovořila. Vidí v ní zajímavý prostor k rozvoji osobnosti svých dětí, a pokud budou mít možnost, rádi se přijdou do Snoezelenu na terapii své ratolesti podívat.

8.9 Vyhodnocení cílů

Podrobně jsem představila Dětský denní rehabilitační stacionář v Hradci Králové a přiblížila provoz tohoto zařízení, které pomáhá dětem s tělesným postižením v raném a předškolním věku

Zdravotnické zařízení, které pomáhá zdravotně znevýhodněným dětem nejen z krajského města, ale i z řady dalších míst východních Čech, jsem představila po stránce odborných služeb, jež nabízí. Druhý pohled na toto zařízení jsem zachytila jako jeden jeho všední den.

Byly popsány konkrétní denní činnosti, kterými pracovníci DDRS podporují rozvoj dětí s tělesným postižením

Nejdůležitějšími denními činnostmi, kterým se odborní pracovníci stacionáře věnují, jsou fyzioterapie a ergoterapie. Svůj pracovní den tu mají čtyři fyzioterapeutky a jedna ergoterapeutka rozdělen pro děti, které jsou v zařízení na denní pobyt, těm věnují čas dopoledne, a pro děti tzv. ambulanty, pro ty jsou tu v odpoledních hodinách. Tyto děti docházejí do zařízení na doporučení odborných lékařů a i jim se odborní pracovníci stacionáře věnují s maximální péčí.

Představila jsem multismyslovou místnost Snoezelen v DDRS a jejím prostřednictvím realizaci konceptu bazální stimulace. Zachytila jsem její působení na děti s tělesným postižením

Multismyslová místnost Snoezelen je chloubou dětského stacionáře. Pomáhá v terapiích u dětí s tělesným postižením zejména díky realizaci konceptu Bazální stimulace. Tento koncept podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání, pohyb a komunikaci. Působení jednotlivých prvků stimulace se ukázalo pro děti přínosné a určitě je vhodnou součástí komplexní péče o děti s tělesným postižením

9 DISKUSE

Během pozorování zkoumaných dětí při pobytu ve Snoezelenu jsem se utvrdila v tom, že každý člověk je osobnost a jako k takové se k ní musí přistupovat. Zkoumané děti vstupovaly do místnosti v klidu, pokud tomu tak nebylo, ergoterapeutka „problém“ vyřešila. Ergoterapeutka při své práci musí respektovat osobní zájmy a především osobní tempo klienta. Základem její práce musí být empatie, tedy vcítění se a porozumění emocí druhého

člověka. Musí působit klidně a jistotu tak přenášet na toho, komu se věnuje. V případě dětí musí být obzvlášť citlivá, protože jakákoliv nespokojenost může vyvolat negativní reakci. Během výzkumu jsem se ale ve Snoezelenu s vysloveně negativní reakcí nesetkala. Jen někdy vadí, pokud je hudba puštěna moc hlasitě nebo není vybrán ten typ muziky, na které je to určité dítě zvyklé. Návštěvy dětí v místnosti přinášely většinou radost a zklidnění. Nejvšeleji děti reagovaly na zrakové podněty, které očima zachytily hned při vstupu do místnosti. Radost a úsměv jim přinesla zejména světelná vlákna s barevnými korálky na konci a vodní válce s plastovými rybkami. Hodně se jim líbil i pobyt na vodním lůžku, na kterém se mohly pohupovat a krásně relaxovat. Při rozhovoru s ergoterapeutkou jsem se přesvědčila, že ji práce s dětmi v multismyslové místnosti Snoezelen baví a obohacuje ji. Jak mi řekla na závěr, vždy moc ráda vidí, když se vývoj dítěte se zdravotním postižením posouvá směrem dopředu a dítě získává nové dovednosti a zážitky. Terapie ve Snoezelenu jsou k tomu dobrou příležitostí.

ZÁVĚR

Moje práce byla zaměřena na představení dětského denního rehabilitačního stacionáře a na zkoumání reakcí a chování dětí s různým typem zdravotního postižení v multismyslové místnosti Snoezelen.

Cílem práce bylo představit činnost Dětského denního rehabilitačního stacionáře (DDRS) v Hradci Králové, který letos oslaví 30. výročí svého založení, a ve výzkumu se zaměřit na chování dětí a jejich kladné, případně negativní reakce při pobytu a terapiích ve Snoezelenu.

Věhlas DDRS daleko přesahuje hranice krajského města, za jeho službami dojíždějí mladí pacienti z různých míst Královéhradeckého kraje. Jeho multismyslová místnost Snoezelen je neméně úspěšná v péči o děti se zdravotním postižením. Ve většině případů, samozřejmě při dlouhodobé kvalitní spolupráci všech odborných složek, přinášejí terapie ve Snoezelenu zlepšení zdravotního stavu. Především ale vyvolávají úsměv a radost na tvářích dětí, a to není zrovna málo. A pokud se náhodou něco při pobytu ve Snoezelenu nelíbí, ví si ergoterapeutka rady.

Určitě je tedy třeba si uvědomit, že Snoezelen je nedílnou součástí komplexní rehabilitační péče ve stacionáři, nikoliv kouzelnou místností, v níž se dějí zázraky na počkání. I ty se nakonec stávají, ale jsou za nimi hodiny, měsíce a roky trpělivé a vytrvalé práce celého terapeutického týmu. Ale ani to by bez důsledného zapojení rodičů nestačilo.

POUŽITÁ LITERATURA

FILATOVÁ, Renáta a Kateřina JANKŮ. *Snoezelen*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Kleinwächter, c2010, 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše aneb - canisterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-789-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

KAVKA, Stanislav. *Světová zdravotnická organizace*. Praha: Avicenum, 1989.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ. *Ergoterapie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NEWMAN, Sarah. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 167 s. ISBN 8071788724.

NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. *Biologie člověka*. 4., rozšířené a upravené vydání. Praha: nakladatelství Fortuna, 2010. ISBN 978-80-7373-007-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, ed. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

STOPPARD, Miriam. *Otestujte své dítě, aneb, Jak objevit a rozvíjet schopnosti svého dítěte*. Martin: Neografie, 1992. ISBN 80-85186-49-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika - vychovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.

VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

VYSKOTOVÁ, Jana a Kateřina MACHÁČKOVÁ. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 176 s. ISBN 978-80-247-4698-2.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

ČLÁNKY

KOTKOVÁ, Jana. Snoezelen v Dětském denním rehabilitačním stacionáři. *Světlo*. 2008, roč. 11, č. 4, s. 2-3. ISSN 1212-0812.

LUKEŠ, Petr a Josef NEDUCHAL. Hravé světlo pomáhá léčit hendikepované děti. *Světlo*. 2007, roč. 10, č. 2, s. 52-53. ISSN 1212-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Dětský denní rehabilitační stacionář Hradec Králové [online]. [cit. 2018-01-10]

Dostupný z WWW: <http://ddrshk.cz/>

Raná péče [online]. [cit. 2018-01-04]

Dostupný z WWW: <http://www.ranapece.cz/>

Zákony pro lidi [online]. [cit. 2018-01-08]

Dostupný z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha A: Magnetoterapie a Fyzioterapie

Příloha B: Canisterapie

Příloha C: Hmatový panel a světelná vlákna

Příloha D: Místnost Snoezelen

Příloha E: Polohovací had a polohovací klín

Příloha F: Terapie ve Snoezelenu

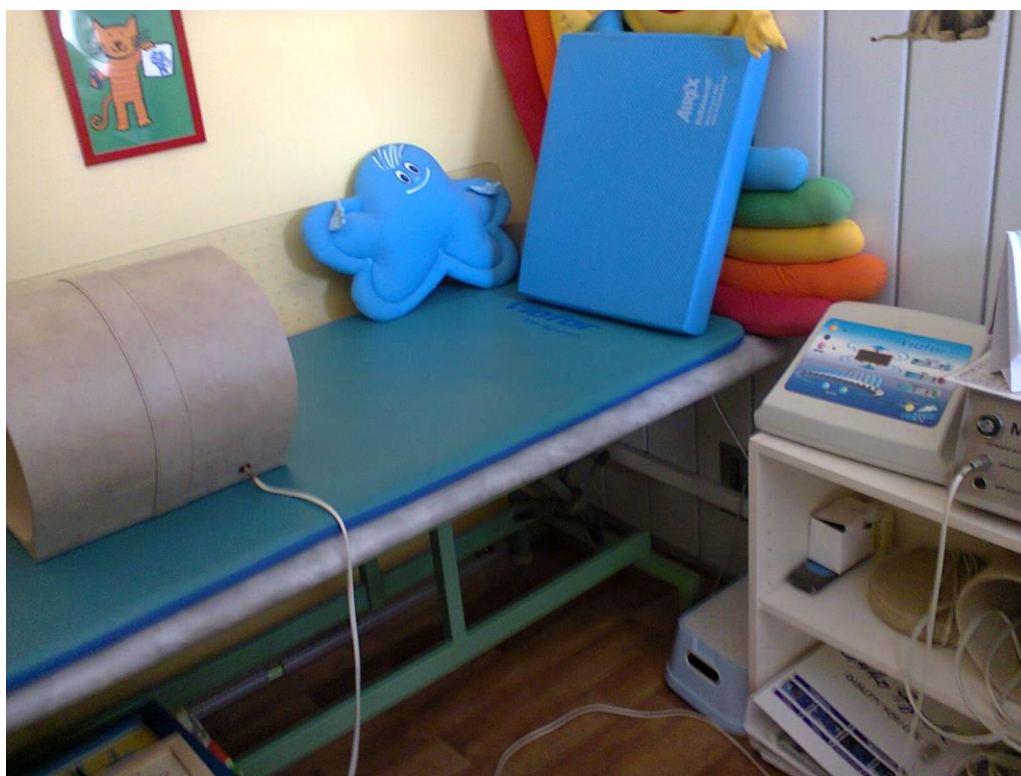
Příloha G: Knížka VOKS

Příloha H: Rehabilitační pomůcky a projekce v místnosti

Příloha CH: Polohovací klíny

Příloha I: Vzor informovaného souhlasu pro rodiče zkoumaných dětí

Příloha A: Magnetoterapie



Příloha A: Fyzioterapie



Příloha B: Canisterapie



Příloha C: Hmatový panel



Příloha C: Světelná vlákna



Příloha D: Místnost Snoezelen



Příloha D: Místnost Snoezelen



Příloha E: Polohovací had



Příloha E: Polohovací klín



Příloha F: Terapie ve Snoezelenu



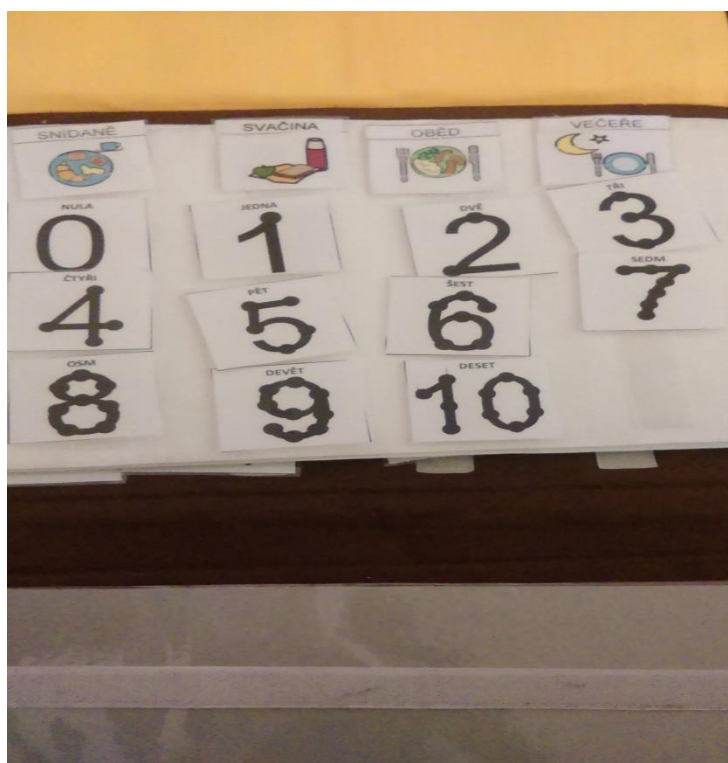
Příloha F: Terapie ve Snoezelenu



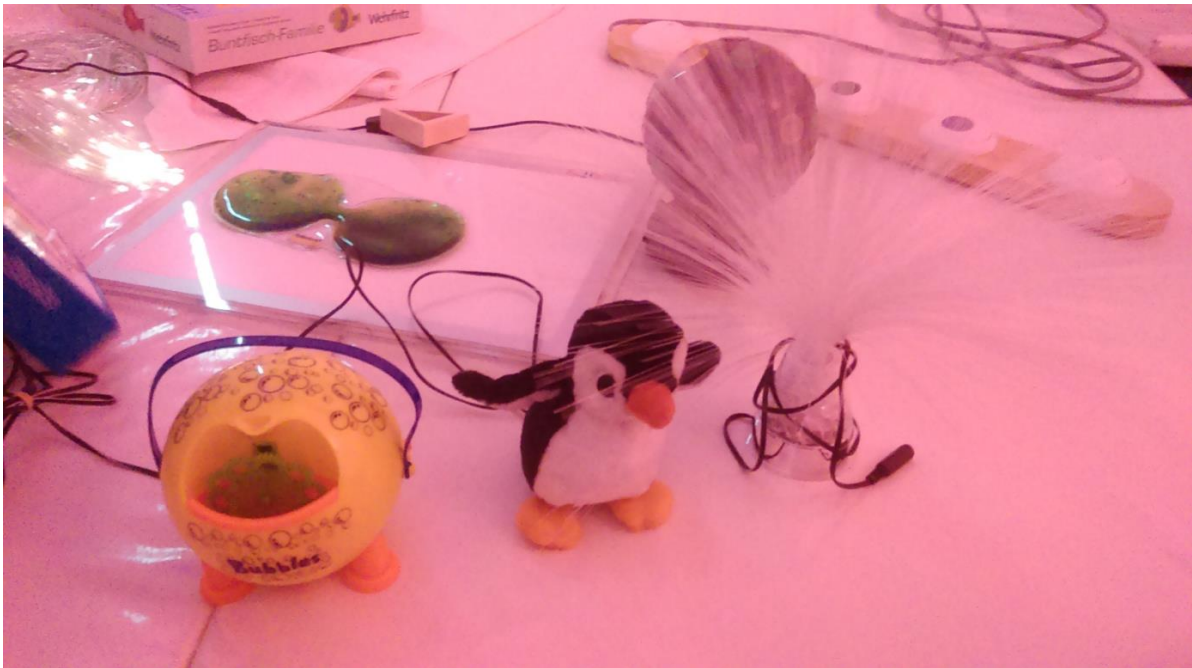
Příloha G: Knížka VOKS



Příloha G: Knížka VOKS



Příloha H: Rehabilitační pomůcky



Příloha H: Projekce v místnosti



Příloha CH: Polohovací klíny



Příloha CH: Polohovací klíny



Příloha I: Vzor informovaného souhlasu pro rodiče zkoumaných dětí

Nemám námitek proti použití údajů a fotografií mého syna/dcery

k bakalářské práci „Denní činnosti v péči o děti s tělesným postižením v raném a předškolním věku“. Autorka práce, Kristýna Vejvodová, získané údaje využije pouze pro praktickou část své bakalářské práce.

Kristýna Vejvodová

Podpis rodičů

V Hradci Králové dne