



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Možnosti terapií u dětí s DMO  
aplikovaných ve speciální mateřské škole v  
Kraji Vysočina a v Jihočeském kraji

Vypracovala: Veronika Hánová  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2019

.....

Veronika Hánová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala zejména doc. PhDr. Jiří Jankovskému, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za trpělivost, cenné rady i metodickou pomoc.

Také bych chtěla vyjádřit vřelé poděkování zúčastněným mateřským školám, dětem ve školách a jejich rodinám za ochotu, věnovaný čas a spolupráci. Také děkuji všem terapeutům, kteří se podíleli na mém výzkumu.

V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého vysokoškolského studia.

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi dostupných terapií pro děti s dětskou mozkovou obrnou ve vybraných speciálních mateřských školách, které pracují po vzoru koordinované rehabilitace. Cílem je zjistit, jaké terapie jsou danou speciální mateřskou školou nabízené a jak fungují. V teoretické části se zabývám definováním jedince s postižením, zejména pak jedince s dětskou mozkovou obrnou a dále systémem koordinované rehabilitace. V Praktické části jsou popsána zařízení, tedy Mateřská škola při centru ARPIDA, o.p.s. a Mateřská škola a SPC Jihlava, p.o., výzkumný soubor a využívané terapie.

Při výzkumu jsem využila metodu pozorování a polostrukturovaný rozhovor s rodiči vybraných dětí, terapeuty a pedagogy ze speciálních mateřských škol.

Výsledky práce nastiňují možnosti terapií využívaných dětmi s DMO a fungování těchto terapií v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. a v Mateřské škole a SPC Jihlava, p.o..

## **Klíčová slova**

Zdravotní postižení, dětská mozková obrna, koordinovaná rehabilitace, speciální mateřská škola, terapie, dítě.

## **Abstrakt**

This bachelor thesis deals with options of available therapy for childrens with cerebral palsy in chosen special kindergartens, where the working style is based on coordinated rehabilitation. The goal is to find out which therapies are offered by the special kindergartens and how these therapies work. In the theoretical part, I am focused on definition of a disabled person, especially person with cerebral palsy and also on the system of coordinated rehabiitation. In the practical part I describe institutions such as Kindergarten in ARPIDA center and Kindergarten and SPC Jihlava, and also research complex and therapies which are in use.

During the research I used method of observation and semistructured interview with chosen children's parents, therapists a pedagogues from special kindergarten.

Results of my thesis delineate options of therapies which are used for children with cerebral palsy and the way these therapies might how it work in Kindrgarten in ARPIDA center and Kindergarten and SPC Jihlava.

## **Keywords**

Disability, cerebral palsy, coordinated rehabilitation, special kindergarten, therapy, child.

## Obsah

1. Úvod.....	8
2. Teoretická východiska .....	9
2.1 Dítě se zdravotním postižením.....	9
2.1.1 Zdravotní postižení.....	9
2.1.2 Klasifikace zdravotního postižení .....	10
2.2 Dětská mozková obrna.....	11
2.2.1 Výskyt a příčiny DMO.....	11
2.2.2 Formy DMO .....	12
2.2.3 Poruchy sdružené s DMO .....	13
2.2.4 Terapie dětí s DMO .....	13
2.3 Rodina a dítě se zdravotním postižením .....	14
2.3.1 Možné reakce rodiny na narození dítěte se zdravotním postižením .....	14
2.3.2 Možnosti podpory rodiny dítěte se zdravotním postižením.....	15
2.4 Koordinovaná rehabilitace .....	17
2.4.1 Léčebné prostředky rehabilitace .....	18
2.4.2 Pedagogické prostředky rehabilitace.....	26
2.4.3 Sociální prostředky rehabilitace .....	27
2.4.4 Pracovní prostředky rehabilitace.....	30
3. Praktická část práce .....	32
3.1 Cíl práce .....	32
3.2 Metodika .....	32
3.2.1 Pozorování.....	32
3.2.2 Rozhovor .....	33
3.3 Výzkumný terén: Mateřská škola a Speciálně pedagogické centrum Jihlava, příspěvková organizace.....	33
3.3.1 Popis výzkumného terénu.....	34
3.3.2 Výzkumný soubor.....	35
3.3.3 Metody používané v MŠ a SPC Jihlava, Demlova 28.....	36
3.3.3.1 Fyzioterapie.....	36
3.3.3.2 Logopedie.....	38

3.4 Výzkumný terén: Centrum ARPIDA, z.ú. ....	38
3.4.1 Popis výzkumného terénu.....	40
3.4.2 Výzkumný soubor.....	40
3.4.3 Metody používané v MŠ v centru ARPIDA.....	44
3.4.3.1 Fyzioterapie.....	45
3.4.3.2 Ergoterapie .....	47
3.4.3.3 Logopedie.....	49
3.4.3.4 Animoterapie .....	50
3.4.3.5 Další terapie .....	50
4. Analýza získaných dat a diskuse.....	51
5. Závěr .....	53
6. Seznam použité literatur a pramenů.....	56
7. Seznam příloh .....	61
8. Seznam zkratk .....	65

## 1. Úvod

„*Otázka je produktem zvědavosti, problém odráží nesnáze vědění*“ (Heschel, 2017, str. 12). Měla jsem spoustu otázek ohledně dětí s tělesným a kombinovaným postižením. To byl také důvod, proč jsem se začala o tuto problematiku zajímat.

Když jsem přišla na praxi do Mateřské školy při centru ARPIDA, o. p. s., poprvé jsem se setkala s dětmi s tělesným a kombinovaným postižením. Nevěděla jsem o jejich postižení téměř nic a nechtěla jsem paní učitelky zahlcovat mými otázkami. Začala jsem se o děti více zajímat sama. Při hraní si s nimi jsem si všímala obtíží, které mají, jakým způsobem se pohybují, jak se vyjadřují, všímala jsem si i toho, v čem jsou úspěšní a co je baví. V odborné literatuře a na internetu jsem se dozvíдалa více o jejich postiženích i diagnózách. Avšak zjistila jsem, že problematika tělesného postižení je tak rozsáhlá, že literatura a internet k pochopení nestačí. Proto jsem se ve svém studiu zaměřila na předmět somatopedie a psychopedie, kde jsem měla možnost dozvědět se více.

V MŠ při centru ARPIDA, o. p. s., jsem se setkávala s dětmi především s diagnózou dětská mozková obrna (dále jen DMO). Děti neustále chodily na nějaká cvičení a různé terapie. Zajímalo mě, kam jdou, proč tam jdou, co tam dělají? To byl důvod pokusit se o vlastní výzkum zabývající se dětmi s DMO a používanými terapiemi. Výzkum, který mi pomůže nalézt odpovědi na mé otázky.

Vybrala jsem si dvě zařízení, kde jsem výzkum realizovala. Jedno je v místě mého bydliště a druhé je ve městě, kde studuji. Již od počátku bylo zřejmé, že jsou zařízení odlišná, ale v čem se opravdu liší, jsem zjistila, až během výzkumu. Není mým cílem tato zařízení srovnávat. Cílem je obsáhnout možnosti terapií, která jsou v zařízení dostupná pro děti s DMO a poznat práci pedagogů a terapeutů, kteří s těmito dětmi pracují.



## 2. Teoretická východiska

### 2.1 Dítě se zdravotním postižením

V první řadě je důležité vymezit, co je to postižení a koho označujeme jako dítě nebo jedince se zdravotním postižením. Je důležité, abychom vnímali na prvním místě dítě a pak teprve to, zda je zdravé nebo má nějaké postižení. Proto mluvíme o dítěti se zdravotním postižením, nikoliv naopak. Stejně tak se snažíme postižení vnímat jako dimenzi, která dává jedinci s postižením zcela nový rozměr života. Nestačí jej vnímat pouze jako kategorii v rámci MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů desáté revize), ale pokusit se jej vnímat komplexněji, ve smyslu MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), viz kap. 2.1.2 (Jankovský, 2014).

#### 2.1.1 Zdravotní postižení

Pojem postižení se dlouho vyvíjel a ani dnes nemůžeme říci, že by byl jednotně pojat. V různých definicích najdeme různé vymezení. Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém dokumentu World report on disability, 2011, str. 4 uvádí: „*Zdravotní postižení (disabilities) je zastřešující termín pro omezení (impairment), omezení činnosti a omezení účasti (participation restrictions)...*“. Pojmy disability, impairment a restringovaná participace se začínají používat i u nás. Proto je důležité jim rozumět a správně je používat. Disability můžeme mimo zdravotní postižení chápat jako omezení, poškození nebo snížení některých fyzických, psychických či sociálních funkcí. Tím pádem jedinec nemůže vykonávat činnosti obvyklým způsobem. Impairment chápeme jako poruchu funkcí a struktur týkající se fyziologie a anatomie. Restringovaná participace, neboli omezení účasti, pak užíváme v případě, že se jedinec nemůže plně zapojit do života v běžných životních situacích. Z definice tedy vidíme, že WHO sleduje funkční schopnosti jedince s postižením, které v určitých oblastech mohou být sníženy. Ještě dnes se můžeme setkat s výrazem handicap (znevýhodnění). V současnosti se ale příliš nepoužívá (jedním z důvodů je pejorativní, resp. nekorektní, vnímání tohoto pojmu). Nezmiňuje ho ani WHO (Jankovský, 2014). Velmi zajímavé je prohlášení vydané Sdružením tělesně postižených proti segregaci: „*Z našeho pohledu je to právě společnost, která vytváří postižení u lidí s tělesnou vadou. Postižení je něco, co*

je na nás uvaleno navíc k tělesné vadě tím, jak jsme zbytečně izolováni a vyčleňováni z plné participace ve společnosti.“ (Pančocha, 2013, str. 64). Jinou definici nalezneme v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: „Pro účely tohoto zákona se rozumí zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ (Sociální zabezpečení, 2017, str. 121). Kromě výčtu druhů postižení se definice zaměřuje na obtíže, které má jedinec se zdravotním postižením ve vztahu ke svému okolí. To je typické pro definice týkající se sociální oblasti.

### **2.1.2 Klasifikace zdravotního postižení**

Zdravotní postižení můžeme třídit a klasifikovat podle několik hledisek a kritérií. To je důležité zejména pro speciálně pedagogickou praxi. Nejpoužívanějšími dokumenty zabývající se klasifikací jsou Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů desáté revize (MKN-10) v originále *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (Pfeiffer, 2014, str. 26) a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (MKF), v originále *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (Pfeiffer, 2014, str. 15).

MKN-10 má nyní připravenou novou verzi (MKN-11), která vyšla 18. června 2018. Stále je však v účinnosti starší verze a až po zasedání Výkonné rady a Světovém zdravotním shromáždění v roce 2019 a po případném schválení, bude závazná pro členské státy WHO, předpokládá se, že by tak mělo být od ledna 2022 (WHO). MKN-10 je výhradně zaměřena na onemocnění, poruchu, zdravotní problém jejich diagnostiku a související terapii. Tedy kóduje nepříznivý stav jedince (Pančocha, 2013). Jak uvádí Pfeiffer (2014), MKF se soustředí především na jedince a situace či okolnosti, které se vztahují k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. To je důležité pro komplexní hodnocení člověka a pro spolupráci mezi odborníky.

Zdravotní postižení můžeme třídit do několika hledisek. Podle doby vzniku zdravotního postižení ho dělíme na postižení vzniklé v období prenatálním (před porodem), perinatálním (období kolem porodu) a postnatálním (období po porodu). Podle druhu dělíme na postižení tělesné, mentální, zrakové, sluchové, kombinované postižení, dále narušená komunikační schopnost, poruchy chování a parciální poruchy. Dalším

hlediskem je stupeň postižení, ten dělíme na lehký, střední a těžký stupeň postižení. (Fischer, 2014).

## **2.2 Dětská mozková obrna**

Termín „dětská mozková obrna“ je u nás nejpoužívanější označení pro neprogresivní neurovývojové onemocnění, které se projevuje poruchou hybnosti a postižením postury (držení těla) v raném vývoji jedince. „Dětská“ znamená období vzniku nemoci, „mozková“ znamená, že porucha je na úrovni centrální nervové soustavy (CNS) a „obrna“ neboli ochrnutí nám říká, že se objevuje problém s volným pohybem těla (Jakobová, 2011). Tento termín však není jediný, který se používá. Jak uvádí Jankovský (2014) můžeme se setkat s latinským označením „infantilní cerebrální paréza“ (ICP), což v překladu znamená dětská mozková obrna, dále s termínem encefalopatie, resp. dětská encefalopatie, který se ovšem musí dále upřesnit, neboť samotný pojem encefalopatie znamená poškození mozku. Přesnější označení je pak „stacionární encefalopatie“, kdy stacionární vyjadřuje, že poškození mozku je stálé, trvalé.

### **2.2.1 Výskyt a příčiny DMO**

Výskyt DMO u nás je přibližně 1,5 – 5 na 1000 živě narozených dětí (Jankovský, 2014). Vyšší riziko vzniku DMO je u dětí předčasně narozených (podle výzkumu belgické skupiny Himpense, jsou nejvíce ohrožené děti narozené mezi 22. – 27. týdnem těhotenství) a u dětí s nižší porodní hmotností (pod 2 500g). Čím nižší je porodní hmotnost, tím je dítě více ohrožené. Dnes jsou lékaři schopni zachránit děti s velmi nízkou (1 000g – 1 500g) i extrémně nízkou (pod 1 000g) porodní hmotností. U těchto dětí je riziko vzniku DMO velmi vysoké (Zoban, 2011).

Etiologii dětské mozkové obrny lze stanovit na období prenatální (od početí do porodu), období perinatální (kolem porodu). Kučera (2013) uvádí obvyklou dobu 8 – 13 hodin. Dále na období postnatální (po porodu). Podle Jankovského (2014) může být prenatální příčinou infekční a metabolické onemocnění matky nebo působení fyzikálních a toxických škodlivin na matku a plod. Nesmíme zapomenout na již výše zmíněný předčasný porod nebo naopak přenášení plodu (narození po 42. týdnu těhotenství) (Jakobová, 2011). Kraus a kol. (2005) navíc uvádí jako možnou příčinu mnohočetná

těhotenství, nutriční deficit či hypertenzi v těhotenství – preeklampsii (vyšší krevní tlak a množství bílkovin v moči po 20. týdnu těhotenství) (Měchurová, 2003). Perinatální příčinou může být omezený přívod kyslíku (hypoxie) nebo úplně zamezený přívod kyslíku (asfyxie), nitrolební krvácení, metabolická či bilirubinová encefalopatie, bakteriální meningoencefalitida (Jankovský, 2014), protahované a abnormální porody a porod překotný (Jakobová, 2011). *Postnatální příčinou jsou nejčastěji infekce CNS a dýchacích cest nebo trávicího ústrojí, poranění hlavy a mozku a působení abnormálních metabolitů* (Šlapal, 1996, str. 26).

### 2.2.2 Formy DMO

Základní členění dětské mozkové obrny lze rozdělit na formu spastickou a nespastickou (Jankovský, 2014). Spastická forma je charakteristická tím, že je při ní zvýšený svalový tonus (napětí). Spadá do ní forma diparetická, hemiparetická, kvadruparetická. Ve stručnosti můžeme konstatovat, že **diparetická forma** je ze všech nejčastější. Objevuje se zejména u dětí nedonošených a u dětí s nízkou porodní hmotností (Jakobová, 2011). Ve většině případů bývají postiženy dolní končetiny, výjimečně pak končetiny horní. Jankovský (2014) k tomu uvádí, že v době poškození mozku nejsou dolní končetiny (na rozdíl od horních končetin) ještě vývojově zralé. Stejný autor uvádí ještě spastickou diparézu, což je syndrom, který vzniká do doby, než dítě začne chodit.

**Hemiparetická forma** postihuje pravou nebo levou polovinu těla. Zpravidla je více postižena horní končetina. Nejčastěji je způsobena prenatálními faktory, Kraus a kol. (2005) uvádí, že je to až u 75% případů. Bývá důsledkem krvácení do mozku (Fischer, 2014).

Při **kvadruparetické formě** jsou postiženy všechny končetiny, každá ale může být poškozena v různém rozsahu (Jankovský, 2014).

K **nespastickým formám DMO** řadíme formu hypotonickou, při které je snížený svalový tonus v oblasti končetin i trupu (Jankovský, 2014). Většinou jde o poškození mozečku (Fischer a kol., 2005). Někdy k této formě bývá přiřazena forma cerebelární (mozečková), také označována jako ataktická (Jankovský, 2014). K nespastickým formám dále řadíme formu extrapyramidovou (dnes spíše označovanou jako

dystonicko-dyskinetická) (Jankovský, 2014), občas je nazývána jako dyskinetická (Jakobová, 2011), popřípadě atetoidní. Je spojena s pohyby, které nelze ovládat vůlí. Mohou mít různou podobu, např. trhavé pohyby, kroutivé, rychlé pohyby končetin, atp. (Jakobová, 2011). Kotagal (2005) uvádí i formy smíšené, kdy se můžou kombinovat různé formy, např. spasticita s ataxií.

### 2.2.3 Poruchy sdružené s DMO

S DMO se pojí celá řada dalších poruch a onemocnění. Objevují se v různém rozsahu a stupni a kombinaci. Často se vyskytující sdruženou poruchou je **mentální retardace**. Jankovský (2014) uvádí, že přibližně třetina dětí s DMO má lehkou mentální retardaci, další třetina středně těžkou až těžkou mentální retardaci a poslední třetina je bez zjevně snížených intelektových schopností. Další přidruženou poruchou je **epilepsie**. Kotagal (2005) uvádí četnost výskytu od 15 – 55%. Avšak při současném výskytu DMO a mentální retardace, se epilepsie objevuje až v 71%. Dále se s dětskou mozkovou obrnou pojí **smyslové poruchy**, ať už zrakové nebo sluchové, poruchy řeči, kdy se nejčastěji objevuje dysartrie (problémy s artikulací). Objevují se též **poruchy somatického růstu**, těmi jsou ohroženy zejména děti s těžšími formami DMO a dále se setkáváme s **ortopedickými komplikacemi** (např. zkrácení Achillových šlach, deformace kloubů, páteře atd.). Někdy se vyskytují i **emoční poruchy**, které se objevují hlavně v období dospívání (Jankovský, 2014).

### 2.2.4 Terapie dětí s DMO

Terapie dětí s DMO je dlouhodobý a komplexní proces. Musí být sestavena přímo pro konkrétního jedince, přizpůsobena jeho individuálním potřebám. Důležitý je tým odborníků. Dnes je terapie vnímána jako práce multidisciplinárního týmu, ve kterém je důležitá spolupráce rodičů, pracovníků v sociálních službách, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, pracovníků ve zdravotnictví, speciálních pedagogů, psychologů a dalších terapeutů. Tento model můžeme označit jako tzv. kruhovou podporu. Všichni odborníci jsou v rovnoprávné pozici, jako kdyby seděli u kulatého stolu. Jejich práce je směřována především ve prospěch dítěte s postižením (Jankovský, 2014). Jak si můžeme všimnout, dnes už tedy není terapie chápána pouze jako práce zdravotníků, ale je to komplexní proces, při kterém je potřeba spolupráce více odborníků tak, aby dítě

mohlo být rozvíjeno ve všech oblastech své osobnosti. Podrobněji se tomuto tématu věnuji v kapitole 2.4 Koordinovaná rehabilitace.

Základním předpokladem kvalitní terapie v duchu uceleného systému rehabilitace (koordinované rehabilitace) je kvalitní a zejména včasná diagnostika. Čím dříve je postižení diagnostikováno, tím dříve se může zahájit systematická péče o dítě, rehabilitace, spolupráce s ranou péčí apod. To je určující pro následný vývoj dítěte s postižením (včasnou péčí můžeme do jisté míry zmírnit následky tohoto postižení). *DMO vzniká u 8 až 10 % dětí narozených před termínem* (Kraus, 2005, str. 110). Proto Kraus (2005) také uvádí, že raná diagnostika je velmi obtížná. Může se stát, že se příznaky neprojeví hned, je to tzv. perioda útlumu, proto může být věk diagnózy DMO v rozmezí několika měsíců až do dvou let věku dítěte.

### **2.3 Rodina a dítě se zdravotním postižením**

Narození dítěte je pro rodinu velkou událostí. Můžeme říci, že i zlomovou, jakýsi přelom v dosavadním životě. Zvláště, pokud jde o narození prvního dítěte (Matějček, 2005). Proto se nemůžeme divit, že právě do dítěte, které se má narodit, vkládají rodiče očekávání, svá přání, představují si, jak bude vypadat a jaký bude mít charakter, záliby apod. Pokud se dítě narodí s postižením, nastává velký problém a rodiče obvykle v dané chvíli nevidí žádné řešení. Jejich očekávání se nenaplnila. Rodiče mohou být ze situace zmatení a nejistí. Každý má jinou schopnost vyrovnat se s těžkou a nečekanou životní situací. V této situaci je užíván termín „coping“, tedy proces přijetí dítěte rodinou (Jankovský, 2014).

#### **2.3.1 Možné reakce rodiny na narození dítěte se zdravotním postižením**

Reakce rodiny na narození dítěte se zdravotním postižením mohou být různé. Lze však definovat určité fáze, kterými rodiče postupně procházejí. E. Kübler-Rossová tyto fáze popsala.

Jako první fázi uvádí počáteční nebo **iniciální šok**. Je to velmi silná emoční reakce, rodiče nechápou situaci, jednájí iracionálně, jsou zmatení. Nechápu, proč právě jim se narodilo dítě s postižením. Rodiče mohou tuto fázi prožívat různě a někdy reagují nepřiměřeně. Jankovský (2014), s odvoláním na Haškovcovou (2002), uvádí před fází

šoku ještě fázi nulitní, kdy si sice uvědomuje možnost narození dítěte s postižením, nicméně u sebe si tuto eventualitu nepřipouští. Další etapou je **popření**, resp. popření sdělené diagnózy, kdy rodiče nevěří (nebo nechtějí věřit) tomu, co říkají odborníci, nedokážou přijmout tuto eventualitu. Často se ptají lékařů a odborníků stále dokola s nadějí, že uslyší jinou, pro ně příznivější diagnózu. Poté následuje fáze **agrese**. Rodiče hledají „viníka“, někoho, kdo může za to, že se jejich dítě narodilo s postižením. Mohou obviňovat sebe, svého partnera, často to bývá i zdravotnický personál (zejména lékař, který diagnózu sděloval) nebo to může být i samo dítě s postižením. Rodič si vylévá svou zlost a zlobu na někom jiném. Je to přirozený obranný mechanismus člověka. Tato agrese (zloba) často přechází do další fáze, kdy rodič prožívá **depresi a úzkost**. Rodič se cítí být bezradný, pociťuje hluboký smutek. Může mít pocit, že jako rodič selhal, že udělal v těhotenství nebo před ním něco špatně a dítě s postižením pak vnímá jako trest. Ve chvíli, kdy se rodiče cítí tak bezradně, že nedokáží ani plakat, je potřeba jim poskytnout intenzivní pomoc a podporu. Najít odpovědi na otázky „*co je opravdu (objektivně) ztraceno a co nikoli?*“ (Jankovský, 2014, str. 87) může rodičům pomoci s vyrovnáváním se s touto situací. Vidět, že problém není jen černobílý. Najít nějaké světlé místo a na tom začít stavět. Jankovský (2014) má za svou mnohaletou praxi zkušenost, že pláč je zlomový okamžik, kdy jsou rodiče schopni naslouchat a otevřou se pomoci odborníka. Další fáze je **smlouvání s osudem**. Rodiče potřebují vyslechnout, sdílet své pocity, prožitky, strasti. V tomto směru je důležitý lidský přístup odborníků, přijímat rodiče bez předsudků, trpělivě a empaticky naslouchat, být tu pro rodiče. Někdy se rodiče obracejí k ezoterickým postojům, obracejí se k Bohu a přiklánějí se k různým náboženstvím. Po této fázi by ideálně měla nastat fáze **rovnováhy**, vyrovnání se. Rodiče přijmou situaci, akceptují své dítě s postižením. Souvisí s tím i změna hodnot, reorganizace dosavadního života, a to jistě není snadná cesta (Jankovský, 2014).

Je důležité říci, že ne každý rodič dosáhne poslední fáze. Nemusí tomu být hned na poprvé. Může se stát, že některé fáze se budou několikrát opakovat, například se u rodiče střídají fáze agrese, deprese a úzkosti. Mohou se několikrát za sebou vystřídat, než jedinec pokročí do další a pak do poslední fáze. Nikdy ale není jisté ani zaručené, že jedinec poslední fáze (vyrovnání se se situací a přijetí dítěte s postižením) dosáhne.

### 2.3.2 Možnosti podpory rodiny dítěte se zdravotním postižením

V dnešní době máme k dispozici poměrně rozsáhlou síť služeb, které podporují a pomáhají rodinám s dítětem se zdravotním postižením. Mohou to být jednak služby sociální, ale také služby poskytované v oblasti zdravotnictví, školství a tzv. neformální služby. V této práci se zaměřuji především na děti předškolní, proto zde zmíním služby, které jsou stěžejní pro podporu rodiny dítěte se zdravotním postižením do 6 let věku dítěte.

Nepostradatelnou sociální službou v tomto období je **raná péče**. Měla by být dostupná rodinám hned po zjištění postižení dítěte. To znamená, že může být poskytnuta ještě před samotným narozením dítěte. U nás jsou specializovaná pracoviště podle typu postižení a péče je poskytována zpravidla do 6 - 7 let věku, může být však poskytována i déle. Raná péče je terénní i ambulantní služba, která poskytuje podporu celé rodině a dítěti se zdravotním postižením. Další důležitou službou je **sociální poradenství**, které rodině zprostředkovává informace, např. o využití dalších odborných služeb, o možných terapiích pro dítě, různých pomůckách a informace o možnostech využití finanční podpory. Další službou, která může rodině pomoci, je **osobní asistence**. Tato terénní služba může být poskytována jak v domácím prostředí, tak v prostředí mateřské školy. Služba zahrnuje pomoc při péči o vlastní osobu (např. hygienu, stravování, aktivizaci apod.), tedy pomáhá jedinci při činnostech, které nemůže vykonávat sám. **Respitní péče či odlehčovací služba** je vhodná ve chvílích, kdy pečující osoba/y (rodiče) potřebuje nabrat nové síly a odpočinout si na nezbytně dlouhou dobu (Dvořáková, 2012). Tato možnost je na místě zejména, pokud se o dítě s postižením stará jen jeden rodič, případně jedna pečující osoba. Další možností, kde rodiny mohou hledat pomoc, jsou **nestátní neziskové organizace**, resp. občanská sdružení, nadace, obecně prospěšné společnosti a zapsané ústavy (Novosad, 2009).

V oblasti školství jsou to mateřské školy, a to jak běžného typu, tak **školy speciální**. Velmi důležitou a nedílnou součástí jsou **školská poradenská zařízení**, tedy speciálně pedagogická centra, poskytující tzv. včasnou intervenci a pedagogicko-psychologické porady.



Co se týče podpory v oblasti neformálních služeb, mají i ty svou nezastupitelnou roli. Můžou do nich patřit různé **podpůrné rodičovské skupiny**, které mají velký význam v tom, že rodiče poznávají ostatní rodiny s podobným problémem, sdílejí s ostatními strasti, problémy, mohou nalézt inspiraci u druhých a lépe se vyrovnat se situací a stejně tak oni sami mohou někoho jiného podpořit. Dále jsou to **mateřská a rodičovská centra**, nebo nabízené hlídání dětí apod. (Bačáková, 2013).

## 2.4 Koordinovaná rehabilitace

Již Jesenský (1995) se zmiňuje o rehabilitaci jako o společenském jevu, který člověku pomáhá znovuobnovit jeho ztracené, poškozené nebo vůbec nevyvinuté schopnosti. V první polovině minulého století byla rehabilitace chápána téměř stejně jako léčení. Postupně se však od tohoto pojetí ustupovalo, až Světová zdravotnická organizace zdůraznila důležitost celospolečenského přístupu, tedy nejen zdravotnické péče. Světová zdravotnická organizace (WHO) ve zprávě Guidelines on Health-Related Rehabilitation, 2014, str. 3 definovala rehabilitaci jako: „...soubor opatření, která pomáhají jednotlivcům, kteří mají nebo mohou mít zdravotní postižení, dosahovat a udržovat optimální fungování v interakci s jejich prostředím“. Z definice vyplývá, že nejde jen o obnovení ztracených funkcí, ale může i zpomalovat postupně ztrácející se funkce nebo udržovat aktuální stav a funkce. Může mít také funkci preventivní či kompenzační (WHO, 2014). *Úroveň celého komplexu rehabilitace je pak měřítkem kulturní vyspělosti celé společnosti* (Jesenský, 1995, str. 25).

Chápání rehabilitace se v současné době nezužuje pouze na fyzioterapii, tedy na zdravotní péči, jak tomu bylo v minulosti, ale snažíme se jí chápat celistvě, komplexně, se všemi jejími prostředky. Jsou to prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní (Jankovský, 2014). K fungování a propojení všech těchto prostředků, tedy k interdisciplinární činnosti, je nezbytný funkční multidisciplinární tým, ve kterém je důležitý každý z odborníků podílející se na koordinované rehabilitaci. V takovém dobře fungujícím multidisciplinárním týmu mají své nezastupitelné místo samozřejmě i rodiče. Rodiče, pracovníci v sociálních službách, zejména sociální pracovníci a osobní asistenti, psychologové, speciální pedagogové spolu s asistenty pedagoga, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, odborní lékaři a další pracovníci ve zdravotnictví tvoří, jak

uvádí Jankovský (2014), tzv. „kruhovou podporu“. Všichni tito odborníci by měli jednat tak, aby výsledek jejich práce byl ku prospěchu dítěti a rozvíjel ho v největší možné míře. Proto je důležité na dítě nahlížet jako na jedince, na bytost, která je jedinečná a originální a má svá specifika, která bychom měli akceptovat. Nahlížet na něho holistickým způsobem se všemi dimenzemi jeho bytí. Jedná se o dimenzi biologickou (týkající se somatické stránky, pudů, těla, což S. Freud označil jako tzv. „ID“), dimenzi psychosociální (do které zařazujeme prožívání člověka, duši, podle S. Freuda „EGO“) a spirituální dimenzi (vědomí, duch, resp. reflexe člověka, dle S. Freuda „SUPEREGO“) (Jankovský, 2018). Nebylo by správné upřednostňovat jen některou z dimenzí, všechny jsou součástí člověka a pro jeho plnohodnotný život jsou nezbytné. Propojení mezi psychikou a tělem dokazují také psychosomatická onemocnění. *Psychosomatika zkoumá souvztažnost mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí* (Klímová a Fialová, 2015, str. 21). Podobný náhled na celistvost (integritu) člověka najdeme v pyramidě lidských potřeb od amerického psychologa A. H. Maslowa. Ve spodním patře jsou základní potřeby lidského organismu, které musí být uspokojeny pro vznik dalších, vyšších potřeb v pyramidě. Dalším příkladem by mohla být například Úmluva o právech dítěte z roku 1989, článek 27, odstavec 1.: *„Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo každého dítěte na životní úroveň nezbytnou pro jeho tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální rozvoj.“* (Adamus, 2000, str. 307). O významu svědčí také Deklarace práv dítěte, zásada 2: *„Dítě požívá zvláštní ochrany. Zákon a ostatní opatření nechť mu poskytují příležitost i prostředky k tomu, aby se mohlo rozvíjet fyzicky, duševně, morálně, duchovně a sociálně zdravým způsobem a v podmínkách svobody a důstojnosti. Nejvyšším měřítkem zákonodárné činnosti v této oblasti je zájem dítěte.“* (Chutná, 1994, str. 157). Existuje mnoho dalších příkladů, nicméně pro účely mé práce jsou tyto dostačující k nastínění důležitosti postoje a přístupu k člověku.

#### **2.4.1 Léčebné prostředky rehabilitace**

Léčebná složka rehabilitace je velmi důležitou a nedílnou součástí koordinované rehabilitace. Jesenský (1995) uvádí, že se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch a na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně sociální dimenze) (Jankovský, 2014). Pfeiffer (2014) uvádí, že rehabilitaci můžeme dělit na rehabilitaci

vertikální a na rehabilitaci horizontální. Cílem vertikální rehabilitace je odstranit vzniklé poruchy funkcí a struktur jedince a navrátit jej tak ke kvalitě života před poruchou. Horizontální rehabilitace je spíše přizpůsobování a vytvoření nové kvality života ve chvíli, kdy není možné navrácení jedince do původní kondice či zdravotního stavu. Nesmíme zapomenout, že součástí léčebné rehabilitace je i diagnostika. Je velmi důležitá, protože díky ní může odborník stanovit, které z prostředků rehabilitace bude jedinec využívat a které pro něj budou nejvíce přínosné.

Dále se budu věnovat zejména těm léčebným metodám, které jsou nejvíce využívány u dětí s DMO a se kterými jsem se setkávala při výzkumu ve speciálních mateřských školách. Jankovský (2014) terapeutické postupy rozděluje do šesti oblastí. Fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii, další specifické terapie a další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace. Kraus a kol. (2005) uvádí například i farmakoterapii, ortopedickou terapii, léčbu botulotoxinem či selektivní zadní rhizotomii.

### ***Fyzikální terapie***

Metody fyzikální terapie jsou spíše doplňkem léčebné tělesné výchovy, než aby byly hlavními metodami (Brauner, 2005). Patří do nich například **magnetoterapie** (metoda ovlivňuje svalový tonus, cyklus bdění a spánku, náladu a psychomotoriku dítěte), **laseroterapie** neboli fototerapie biolaserem (využívá se zejména při snižování spasticity) (Brauner, 2005). Využívaná je i tzv. laseropunktura, kdy paprsky stimulují akupunkturální body (Jankovský, 2014). Dle Jankovského (2014) se využívá i **termoterapie** (léčba teplem, která se může využívat jako příprava jedince před rehabilitací nebo další terapií, protože pomáhá aktivovat pohybový systém a působí na prokrvení a svalový tonus), různé **masáže** (klasické či reflexní, masáže celého těla nebo jeho částí, mohou se využít i k aktivaci pohybového systému, k prokrvení a zahřátí svalů před intenzivním cvičením či rehabilitací), využívány jsou i **vodoléčebné procedury**. Při této léčbě působíme na organismus vodou a využíváme její účinky. Je to například teplota vody, obsah minerálních látek ve vodě nebo mechanický účinek při vířivé koupeli a podvodní masáže (Zeman, 2013). Tato léčba příznivě ovlivňuje prokrvení organismu, vitální kapacitu plic, působí na lymfatický systém. Využívají se cvičení v bazénu

(hydrokinezioterapie) a vířivé a perličkové koupele, které stimulují kožní receptory, prokrvení těla nebo jeho částí (končetinová lázeň) a působí jako jemná masáž. Voda mívá kolem 36-38 °C (Brauner, 2005). **Balneoterapie** je také jedna z vodoléčebných procedur, od předchozích se liší tím, že využívá přírodních léčivých prvků a zdrojů. Dále se využívá léčba ultrazvukem, léčba teplem (tzv. termoterapie) a elektroléčba (využívá různé vysoké proudové frekvence, u dětí s DMO je využívaná poměrně málo) (Jankovský, 2014).

### ***Léčebná tělesná výchova (LTV)***

Jednou z nejúčinnějších a nejdůležitějších prostředků léčebné rehabilitace využívaných u dětí s DMO je právě léčebná tělesná výchova. Je to hlavní metoda fyzioterapie. Jedná se o tělesné cvičení, a to jak skupinové, tak zejména individuální. Mimo léčebné gymnastické prvky využívá také reflexní motoriku, která je obzvláště důležitá a využívaná při práci s dětmi s DMO. Reflexní motorika využívá tzv. facilitaci (podpora a aktivace svalového stahu) a inhibici (neboli útlum svalů se zvýšeným napětím). Těchto prvků využívá Vojtova metoda reflexní lokomoce (Jankovský, 2014).

### ***Vojtova metoda reflexní lokomoce***

Základními prvky této metody je reflexní plazení a reflexní otáčení. Otáčení, na rozdíl od plazení, je součástí normálního vývoje a je předpokladem pro lezení (Zounková, 2005). Plazení je důležité pro *přípravu základních souhybů trupu a kořenových částí končetin* (Pfeiffer, str. 142, 2001). Dnes se pro komplexní pojetí používá více pojmu reflexní lokomoce (reflex můžeme definovat jako bezděčná reakce na určitý podnět a lokomoci jako pohyb vpřed). Předpoklady pro lokomoci jsou zakódované v genetice (Orth, 2009). Vojta a Peters (2010) mimo jiné zmiňují několik účinků reflexní lokomoce. Reflexní lokomoce například normalizuje novorozenecké reflexy, které u dětí s DMO často přetrvávají a stávají se tak patologickými, příznivě zlepšuje činnost dýchání a vitální kapacitu plic, dochází i ke zlepšení řeči, k rozvinutí ruky, stereognozii (poznání předmětu ohmatáním), ovlivňuje i hladké svalstvo a vyrovnává disproporcionální růst končetin. Cvičení předchází důkladné vyšetření, podle kterého se volí cvičební postup. Tato metoda by měla být prováděna i několikrát denně, a proto je

důležitá spolupráce rodiny, zejména matky. Terapeut musí rodiče samozřejmě důkladně seznámit s daným konceptem i jednotlivým cvičením (Zouňková, 2005).

### ***Bobath koncept (BK)***

Autory tohoto konceptu jsou manželé Bobathovi. Pfeiffer (2005) vysvětluje, že princip této metody je postavený na snaze utlumit patologické reflexy a do jisté míry tak rozvinout normální motoriku. Dodává, že oproti Vojtově metodě se více předpokládá spolupráce dítěte. Koncept využívá jednotlivých technik handlingu (manipulace), facilitaci a inhibici k navození správných pohybových vzorů, využívá i propioceptivní techniky a taktilní stimulace, např. nesení váhy v různých polohách (weightbearing), placing (adaptace svalů na změnu), holding (zastavení pohybu a vydržení v různém stupni) a tapping (poklepávání na různé části těla s cílem zvýšit svalový tonus). Tento koncept není jen metoda rehabilitace, ale měl by se využívat při každodenních činnostech, je to tedy i jakási filosofie. Potvrzuje to i holistický přístup, který manželé Bobathovi zdůrazňují, stejně jako upozorňují na důležitost spolupráce s rodiči a týmový přístup. Cílem konceptu je tedy navození a zprostředkování správného pohybu u jedince, jeho aktivní vnímání, získání pozitivní senzomotorické zkušenosti a následně využívání tohoto pohybu samovolně (Chmelová, 2005).

### ***Metodika profesora Tardieu***

Prof. Tardieu ve své metodice využívá tzv. faktorové hodnocení. Při něm je velmi pečlivě, dopodrobna sledováno a hodnoceno 26 faktorů. Jde o komplex faktorů, které v různé míře ovlivňují jedince s postižením. Podle výsledků hodnocení je stanoven krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační program, který čerpá ze všech prostředků koordinované rehabilitace, nejen léčebných prostředků (Brauner, 2005). Profesor Tardieu věnoval velkou pozornost intelektu dítěte. Byl to pro něho důležitý faktor pro stanovení programu (Pfeiffer, 2001).

Další využívanou metodou je **terapie Petöho**, neboli konduktivní metodika pohybové pedagogiky. Petö byl maďarský lékař a pedagog. Cílem jeho terapie je co největší rozvoj samostatnosti, neboť se domníval, že porucha procesu adaptace a učení má vliv

na pohybové problémy. Při terapii se používá nábytek, jakožto věci denní potřeby. Využívá i rytmizaci, skupinu a učební plány (Škopková, 2013).

Při terapii dětí s DMO se využívá i **Kabatova metoda**, neboli **Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF)**. Propriocepce, tedy schopnost CNS zaznamenávat změny ve svalech vzniklé pohybem, může pomocí inhibice a facilitace ovlivnit některé neurony a tím zlepšit patologický stav. Nejdůležitějšími technikami v tomto konceptu jsou tedy techniky posilovací a relaxační (Holubářová, 2012). Při metodice se využívá cíleného pohybu, diagonálních a rotačních pohybů, protahování svalu, kladení odporu tlakem na sval, a to vždy v rámci celé svalové skupiny (Šmídová, 2013). Dále se můžeme setkat s **terapeutickým konceptem dle J. Čákové**, která využívá principů vývojové kineziologie. Terapie ovlivňuje hluboké stabilizační svaly, stabilizaci kloubů, dýchací mechaniku, vyrovnává svalový tonus atp. (Jankovský, 2014). Využívá se i **synergická reflexní terapie**. Tato terapie, vyvinutá dr. Pfaffernotem, využívá kombinaci více technik a též kombinaci některých metod v rámci jedné terapie. Výsledkem je synergický efekt, tedy skutečnost, že výsledek není jen pouhé „sečtení“ použitých technik, ale měl by být kvalitativně lepší (Jankovský, 2014).

Samozřejmě se v praxi používají i další metody jako např. cvičení na míči, akupunktura, plavání, a lázeňská léčba, kterou by podle Braunera (2005) mělo dítě s DMO absolvovat alespoň jedenkrát ročně. Jankovský (2014) dodává, že u nás základní terapeutickou metodou zůstává Vojtova reflexní terapie.

### ***Ergoterapie***

Ergoterapie je složenina řeckých slov *ergon* = práce a *therapia* = léčení (Křivošíková, 2011). Můžeme proto říci, že je to terapie prací, zaměstnáváním či smysluplnou činností. Nelze ji zaměňovat s pojmem pracovní rehabilitace (Jankovský, 2014). To je jeden z prostředků koordinované rehabilitace a budu se jí věnovat v další kapitole.

Ergoterapie je neopomenutelnou součástí systému koordinované rehabilitace, resp. léčebných prostředků rehabilitace. Vztahuje se ke všem činnostem, které člověka provázejí. Pomocí ergoterapie jedinec s postižením může lépe zvládat činnosti, které se pojí k životu, ať už je to práce, zábava, hra či jsou to všední činnosti. To vše může dávat

jeho životu smysl, začlenit ho do širší společnosti, pomáhá mu nalézt svou identitu a přispět k celkovému pocitu pohody (Křivošíková, 2011).

Ergoterapie má čtyři základní oblasti: *Ergoterapie cílená na postiženou oblast*, *Ergoterapie zaměřená na výchovu soběstačnosti*, *Oblast pracovní rehabilitace*, *Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice* (Dočkal, 2005, str. 258). Provádí ji ergoterapeut na základě doporučení odborného lékaře. Každému jedinci je vypracován individuální program. Důležité je, aby terapeut provedl kvalitní ergodiagnostiku (Jankovský, 2014), která má svá specifika pro každou oblast a věk jedince. Specifickou oblastí, co se týče věku jedince, je dětská ergoterapie. Musí akceptovat vývojové zvláštnosti jedince a i fakt, že hlavní činností v tomto věku je hra. Dítě si teprve osvojuje pohyby a návyky, proto se jedná spíše o habilitaci než o rehabilitaci (Dočkal, 2005). Proto jsou činnosti zaměřené například i na manipulaci s předměty, úchopy, koordinaci pohybů, vizuomotorickou koordinaci, jemnou a hrubou motoriku, na komunikaci, ale i hygienu, oblékání, stravování, přesuny z vozíku a na vozík, popřípadě na židli, atp. Cílem je dosáhnout co největšího rozvoje v oblasti samostatnosti. Ergoterapie se zabývá i jedincem ve vztahu k prostředí. Přizpůsobuje domácí prostředí, životní prostředí, technické pomůcky, odstraňuje architektonické bariéry atd. Ergoterapie je dlouhodobý, někdy i celoživotní proces, při kterém je potřeba spolupráce rodiny a terapeutického týmu (Jankovský, 2014).

### ***Animoterapie***

Animoterapie je terapie za pomoci zvířat. Využíváme specifickou jednotlivých zvířat a jejich léčebných účinků. Podle Müllera (2014) se cíle a prostředky animoterapie mohou prolínat několika obory, např. psychologíí, psychoterapií, fyzioterapií i pedagogikou. Animoterapii můžeme rozdělit na **AAA** (Animal-Assisted Activities – tedy aktivity, které probíhají za pomoci zvířat), **AAT** (Animal-Assisted Therapy – terapie se zvířaty), **AAE** (Animal-Assisted Education – edukace/vzdělávání za pomoci zvířat) a **AACR** (Animal-Assisted Crisis Response – tedy krizová intervence se zvířaty). Také můžeme animoterapii rozdělit podle toho, jaká zvířata používáme. Nejčastěji se u nás využívají psi (canisterapie), koně (hipoterapie), kočky (felinoterapie), ale může to být také pták,

např. papoušek (ornitoterapie) (Jankovský, 2014), delfín (delphinoterapie) či opice (monkeyterapie) atd.

Terapie se zvířaty patří do skupiny tzv. prožitkových terapií. Zvíře vyvolává v člověku různé emoční reakce. Aby terapie byla vhodná, jsou žádoucí pozitivní emoce. Animoterapie také ovlivňuje stres, únavu, rozvíjí jemnou motoriku např. při hlazení zvířete, komunikaci (jednak klient dává povely zvířeti a také při sdělování prožitků a pocitů terapeutovi či jiným lidem), trpělivost i sebeovládání (Dudková, 2005).

### ***Hiporehabilitace***

Hiporehabilitace je obecný pojem, kterým označujeme rehabilitaci za pomoci koně. Můžeme ji rozdělit do tří skupin: *Hipoterapie, Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění a Sport handicapovaných a rekreační ježdění* (Jankovský, 2014, str. 58). Je to komplexní metoda, protože využívá prvků fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie. V hipoterapii se nejvíce využívá prvků fyzioterapie. Jízda na koni podporuje správné držení těla, koordinaci, rovnováhu a specifický pohyb koně také pomáhá uvolňovat spasticitu. Je nutné, aby byl pro terapii vybrán vhodný kůň. Měl by mít např. pravidelný krok, být klidný a projít výcvikem, který provádí hipolog (Dudková, 2005). Hipoterapii indikuje odborný lékař, zpravidla neurolog. Terapii by měl provádět hipoterapeut, tedy speciálně vyškolený fyzioterapeut, spolu s dalšími minimálně dvěma asistenty, např. vodičem koně a asistentem, který dává pozor, aby klient nespádl z koně (Jankovský, 2014).

### ***Další specifické terapie***

O specifických terapiích hovoříme proto, že je zahrnujeme jak do léčebných prostředků rehabilitace, tak do dalších odborných disciplín, jako je pedagogika, psychologie a také umělecká oblast. Můžeme je tedy zařadit do všech prostředků koordinované rehabilitace (Jankovský, 2014). Je to například arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie, ale také dramaterapie, poetoterapie, teatroterapie, taneční terapie atd. U dětí s DMO je nejčastěji využívána arteterapie a muzikoterapie, u starších dětí i psychoterapie.



### *Arteterapie*

Arteterapii můžeme chápat v širším slova smyslu jako léčbu uměním, tedy hudbou, poezií, prózou, divadlem, tancem či výtvarným uměním. V užším slova smyslu ji chápeme jako léčbu výtvarným uměním. Valenta (2014) dodává, že arteterapie obsahuje nejen prostředky výtvarného umění, ale také zasahuje do výchovných prostředků a do psychoterapie. Přesné hranice mezi těmito disciplínami nejsou vymezeny a prostředky i cíle se mohou překrývat. Terapie může být aktivní (jedinec aktivně maluje, kreslí, modeluje apod.) nebo receptivní (jedinec vnímá dílo). Arteterapii můžeme rozdělit na individuální a skupinovou (Potměšilová, 2014). Využívá se různého materiálu a činností s nimi. Nejčastěji je to kresba, malba a práce s keramickou hlinou, také je to práce se dřevem, kovem, plasty, různými přírodninami atd. Pro děti s DMO je vhodná především práce s keramickou hlinou, protože napomáhá k uvolnění spasticity a rozvoji jemné motoriky. Při terapii se také procvičuje koordinace ruky a oka, grafomotorika, vizuální percepce atd. (Jankovský, 2014). Arteterapie má psychologické efekty (prostřednictvím terapie dochází k sebevyjádření) a také může být součástí diagnostiky či prognózy (Potměšilová, 2014).

### *Muzikoterapie*

Muzikoterapii chápeme jako léčbu hudbou či hudebními prostředky. Využívá zpěvu, rytmu, různých zvuků a tónů. Řadíme ji mezi expresivní terapie, ale využívá i receptivních prvků. Má stimulační i relaxační účinky (Jankovský, 2014). Obvykle se zařazuje jako doplňková či podpůrná terapie. Provádí se formou individuální, skupinovou nebo kombinací obou forem. V cílech a efektech se hodně podobá arteterapii v užším slova smyslu. Můžeme tedy říci, že působí na rozvoj vnímání a pozornosti, rozvoj jemné a hrubé motoriky, vizuomotorické koordinace, působí na emoce, chování, rozvíjí kreativitu, komunikaci atd. může mít i cíl diagnostický (Mastnak, 2014).

### *Další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace*

V rámci léčebných prostředků je specifickou kapitolou **farmakoterapie**. Může být doplňková a symptomatická. V dnešní době je rozšířenou léčbou u spastických forem

DMO léčba Botulotoxinem – A (neboli BTX) (Jankovský, 2014). Kaňovský a Kraus (2005) uvádějí, že BTX po aplikaci zmírňuje kontrakce spastického svalu, a to umožňuje zlepšení v oblasti motorických schopností a vývoje motoriky, samozřejmě současně s intenzivní rehabilitační péčí. Svým působením na svalová vřeténka (intrafauzální vlákna svalu) také pozitivně ovlivňuje přenos nervových vzruchů na úrovni aferentních drah (dráha vedoucí ze svalu do CNS) a odpovědi CNS. Také umožňuje spastickým svalům téměř normální nebo normální růst. Léčba se dělí do čtyř oblastí, a to do oblasti indikace, aplikace, rehabilitace po dobu působení BTX a kontrola efektu BTX. Muchová doporučuje léčbu od dvou let věku (Šmídová, 2013). Aplikace se provádí v různých intervalech, někdy jsou to měsíce, někdy roky (Jankovský, 2014). Jinou kapitolou je **léčba chirurgickými zákroky**. Často se užívá ve chvíli, kdy se jedinec dále nezlepšuje rehabilitací a spasticita mu brání v dosažení vyššího stupně pohybového rozvoje. Jak uvádí Schejbalová (2005), nejvyšším cílem je vertikalizace, stoj a chůze dítěte, také sebeobsluha a samostatnost. Nejvíce výkonů se tedy provádí na dolních končetinách. Je to například prolongace Achillových šlach, úprava flexorů kyčle a adduktorů stehna. Tyto výkony jsou realizovány po konzultaci ortopeda s dětským neurologem a rehabilitačním lékařem (Jankovský, 2014). Stejný autor uvádí, že skoliózy se výjimečně řeší operativně, většinou se však využívá fixace v korzetu. Specifickou metodou je selektivní zadní rhizotomie, což je neurochirurgická léčba. Může usnadnit pohybovou aktivitu jedince, opět ve spojení s intenzivním rehabilitačním cvičením (Tichý, 2005). Dále se využívají **kompensační pomůcky**, které pomáhají jedinci v lepší lokomoci (vozíky, stojany, ortézy atd.) i manipulaci (jde většinou a speciálně upravené pomůcky, např. příbory, psací náčiní atp.) (Jankovský, 2014).

#### **2.4.2 Pedagogické prostředky rehabilitace**

Pedagogické prostředky stejně tak jako sociální prostředky rehabilitace je potřeba chápat jako celoživotní proces. Mohlo by se zdát, že se pedagogické prostředky pojí jen na dětský věk a dospívání. Jsou v tomto období nejdůležitější, to ano, ale vzdělání je otevřený systém, a tudíž je to proces celoživotní. V koordinované rehabilitaci mají nejen nezastupitelný význam, ale také široký záběr. Prolínají se všemi prostředky koordinované rehabilitace a to znamená, že je potřeba zajistit týmovou spolupráci (Jankovský, 2014).

Prostředkem pedagogické rehabilitace je reedukace, která je zaměřená na obnovení normálního stavu, a to jak u postižení získaného, tak u postižení vrozeného. Důležitou součástí pedagogického procesu jsou speciálně pedagogické prostředky výchovy a vzdělávání, využívající speciální metody, pomůcky, postupy a prostředky podle typu a stupně postižení. Speciální pedagogika se dělí do jednotlivých pedií, které se zabývají výchovou a vzděláváním jedinců podle typu jejich postižení. Je to somatopedie (pro osoby s tělesným postižením), psychopedie (zabývá se osobami s mentálním postižením), etopedie (pro osoby s poruchami chování), oftalmopedie nebo také tyflopédie (zabývající se osobami se zrakovým postižením), surdopedie (pro osoby se sluchovým postižením) a logopedie (pro osoby s řečovými poruchami). Pakliže dochází ke kombinaci vad, pak mluvíme o postižení více vadami nebo vícečetném či kombinovaném postižení (Jankovský, 2014).

Úkolem a cílem pedagogických prostředků rehabilitace je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání, samostatnosti, rozvoji osobnosti a tím přispět k socializaci a integraci jedince s postižením do společnosti (Jakobová, 2011). Ludíková (2011) zdůrazňuje, že někteří jedinci potřebují vytvořit vhodné podmínky pro vzdělávání. Jsou to žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Do této skupiny patří jak žáci se zdravotním postižením, tak žáci se sociálním znevýhodněním a žáci nadaní. Základním legislativním dokumentem, vztahujícím se k tomuto tématu, je v ČR tzv. **Školský zákon** tedy Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích ve znění pozdějších předpisů. Zásadní jsou i jeho prováděcí vyhlášky, zejména pak Vyhláška č. 270/2017 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných a Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů (zmínku o poradenské pomoci školského poradenského zařízení najdeme i ve Školském zákoně, konkrétně v § 16a). Významnou roli při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami mají školská poradenská zařízení (speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny). Ty se mimo jiné podílí na sestavení individuálního vzdělávacího plánu (IVP) pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, který je sestaven na základě posudku odborného

lékaře a zpráv z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření. Některým žákům mohou být přiznána tzv. podpůrná opatření (přehled podpůrných opatření nalezneme v příloze č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.).

Pedagogické prostředky rehabilitace jsou součástí například i rané péče a profesní přípravy (Jankovský, 2014). V zásadách a cílech se shodují. Jde tedy o všeobecný rozvoj osobnosti s přihlédnutím k individuálním potřebám jedince a měly by obsahovat principy vzájemné úcty, solidarity, důstojnosti a respektu (Ludíková, 2011).

### **2.4.3 Sociální prostředky rehabilitace**

Člověk je společenská bytost. Během života prochází procesem humanizace, socializace, personalizace a individuace (Jankovský, 2014). Socializace je celoživotní proces, během kterého si jedinec osvojuje a přijímá společenské normy, životní styl, hodnoty, včleňuje (integruje) se do prostředí, ve kterém se narodil. V tomto procesu jedinec získává určitý sociální status, pozici a přijímá různé sociální role, kterými se může realizovat v sociálním prostředí. Avšak někdy může zdravotní postižení znemožňovat přijetí určité sociální role (Schneiberg, 2005). Cílem sociálních prostředků tedy je, aby se jedinec s postižením mohl v maximální možné míře integrovat do společnosti a byl schopen přijmout své postižení (Jakobová, 2011). To je předpoklad pro optimální kvalitu jeho života a získání životní spokojenosti (Jankovský, 2014). Samozřejmě že žít plnohodnotný život znamená být aktivní složkou systému, nejen být jeho pasivním článkem (Ludíková, 2015). Záleží také na rodinném životě, spokojenosti v manželství a stabilitě rodiny. Narození dítěte s postižením představuje velkou zátěž pro rodinu a přijetí této situace jako úkolu je jistě nesnadné. Narozené dítě nenaplnilo očekávání rodičů, jejich představy, a proto procházejí různými fázemi vyrovnání se se situací (Jankovský, 2014). Problematikou narození dítěte s postižením jsem se věnovala v předchozích kapitolách, proto ji zde nebudu hlouběji rozebírat.

Sociální prostředky rehabilitace používají metodu reedukace, kompenzace a akceptace. Vhodně zvolené metody by se pak měly objevit v individuálním nebo skupinovém rehabilitačním plánu. Součástí prostředků je i vytváření materiálních a ekonomických podmínek, které jsou také důležité pro samostatný život osob se zdravotním postižením.

Měla by je zajišťovat státní legislativa. Jsou to například dávky sociálního zabezpečení, výhody pro zdravotně postižené a příspěvky pro zdravotně postižené.

Do **dávek sociálního zabezpečení** patří např. přiznání částečného nebo plného **invalidního důchodu** (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, prováděcí Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity ve znění pozdějších předpisů), **dávky státní sociální podpory** (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů), **dávky podpory v hmotné nouzi** (Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, a prováděcí Vyhláška č. 389/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a **životní minimum** (Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu).

**Výhody pro zdravotně postižené** upravuje Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tento zákon rozlišuje dva druhy dávek, a to **příspěvek na mobilitu** (příspěvek je ve výši 550 Kč za měsíc) a **příspěvek na zvláštní pomůcku** (seznam druhů a typů pomůcek, na který se vztahuje příspěvek, najdeme v prováděcí Vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením). Výhodou jsou zejména **průkazy pro osoby se zdravotním postižením**, o kterých mluví zákon v § 34 - § 36 a také prováděcí vyhláška. Je to průkaz TP, ZTP a ZTP/P. Průkaz umožňuje jeho držiteli řadu výhod, například v oblasti dopravy, poplatků atp.

Mezi **příspěvky** zahrneme již výše zmíněný **příspěvek na mobilitu** poskytovaný osobě, která se pravidelně dopravuje nebo je dopravována, a **příspěvek na zvláštní pomůcku**. Je poskytována v případě pořízení např. motorového vozidla, schodolezu, zdvihacích a šikmých zvedacích plošin, vodícího psa, na úpravu bytu, pomůcek pro zlepšení sebeobsluhy, pracovního uplatnění či komunikace. Výše příspěvku se může lišit. Nesmíme zapomenout na **příspěvek na péči** (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí Vyhláška 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti (lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost) a osobu do 18 let věku a nad 18 let věku. Výše příspěvku je podrobně popsána v § 11 a odvíjí se od posouzení stupně závislosti a věku jedince.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů je jedním ze stěžejních zákonů. Ve III. části tohoto zákona nalezneme sociální služby, které zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**. Sociální služby se poskytují formou pobytovou, ambulantní nebo terénní (Jankovský, 2014).

#### **2.4.4 Pracovní prostředky rehabilitace**

O pracovních prostředcích rehabilitace mluvíme proto, že i osoby se zdravotním postižením je potřeba zařazovat do pracovního procesu. Už jen z toho důvodu, že práce je jednou z hlavních potřeb člověka. Jedinec se v ní realizuje, také získá určitý sociální status, osvojí si novou roli a v neposlední řadě získá do jisté míry i finanční nezávislost. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením najdeme v Zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů, konkrétně ve třetí části.

Jedinec se zdravotním postižením má tzv. změněnou pracovní schopnost. Naším cílem je u jedince obnovit pracovní potenciál tak, aby se mohl začlenit do pracovněprávního procesu a mohl se v něm realizovat. Requalifikace a pracovní rehabilitace může být dobrou cestou k dosažení takového cíle. Musí dobře fungovat a být dobře organizovaná. U nás se využívají dva přístupy pro vytvoření pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. Jedním je **zvýhodňování zaměstnavatelů** (např. daňovými úlevami), kteří vytvoří takové pracovní místo. Druhým je **naplnění stanovených kvót**, podle kterých musí zaměstnavatel vytvořit místo pro osobu se změněnou pracovní schopností a zaplnit ho.

Jedinec se zdravotním postižením může být zaměstnán i na **chráněném pracovním místě**, což jsou místa speciálně upravená a vytvořená pro osoby se zdravotním postižením. Zřizovateli je poskytován příspěvek na každé vytvořené pracovní místo, příspěvek na úhradu provozních nákladů souvisejících s tímto pracovním místem a také příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. **Chráněný trh práce** vzniká v případě, že zaměstnavatel zaměstnává více jak 50% osob se zdravotním postižením. Další možností je **podporované zaměstnávání**. Osoby se změněnou pracovní schopností jsou zaměstnávány na otevřeném trhu práce a dostávají podporu např. prostřednictvím osobní asistence, která zacvičuje osobu přímo na pracovišti. Taková podpora trvá nejdéle po dobu 2 let.

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více jak 25 osob, mají povinnost zaměstnat 4% zaměstnanců se zdravotním postižením. Zaměstnavatelé mají i možnost alternativního plnění a to odebráním výrobků či zadáváním zakázek osobám se zdravotním postižením, či odvodem do státního rozpočtu. I když má zaměstnavatel několik možností, jak zaměstnat osobu se zdravotním postižením, zdá se, že pro některé je snazší odvádět do státního rozpočtu (Jankovský, 2014). To poukazuje na to, že je potřeba pracovat i se zaměstnavateli, a nejen s osobou se zdravotním postižením. Je potřeba u obou vytvořit motivaci a vyzdvihnout výhody, které má zaměstnávání pro osoby se zdravotním postižením (Jankovský, 2014).

### **3. Praktická část práce**

#### **3.1 Cíl práce**

Cílem bakalářské práce je poznat možnosti terapií, které mají k dispozici především děti s diagnózou DMO v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s v Jihočeském kraji a v Mateřské škole a SPC Jihlava, p.o. v Kraji Vysočina, přičemž nemám v úmyslu tato dvě zařízení navzájem porovnávat, resp. je hodnotit.

Tím, že jsem měla možnost navštěvovat s vybranými dětmi jednotlivé terapie, jsem se seznámila s odbornou prací terapeutů, kteří je realizovali. Využila jsem k tomu nejen vlastní pozorování a rozhovory, ale další důležité informace o sledovaných dětech jsem získala také studiem jejich odborné dokumentace.

#### **3.2 Metodika**

K vypracování práce jsem využila metodu pozorování (nestrukturované a participační) a metodu rozhovoru (nestrukturovaného a polostrukturovaného). Tyto dvě metody jsem doplnila o analýzu dat, týkající se dítěte a jeho rodiny.

##### **3.2.1 Pozorování**

Ve speciálních mateřských školách jsem využila jak nestrukturované pozorování, tak participační pozorování. Nestrukturované pozorování znamená, že je spontánní či nepřipravené. Nicméně já jsem vstupovala do výzkumného terénu jaksí nastavena na toto prostředí, protože jsem si ho konkrétně vybrala, a systematicky a pravdivě jsem si zaznamenávala a získávala z něho data. Tento typ pozorování jsem využila zejména při terapiích.

V Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. jsem byla každý den souvisle tři týdny a dva roky při průběžných praxích, zaměstnanci i některé děti už mě znali a já se plně zapojovala do aktivit, můžu tedy mluvit o částečně aktivní až aktivní participaci. Mateřskou školu a SPC v Jihlavě jsem tak dobře neznala, nicméně i zde jsem výzkum prováděla více než dva týdny a po několika dnech jsem se zapojovala do aktivit a sžila se s prostředím, tudíž také mohu mluvit o částečně aktivní participaci (Gavora, 2010).



Během pozorování jsem si snažila písemně zaznamenávat různé informace. Při některých činnostech nebo terapiích to ale nebylo možné či vhodné, proto jsem je zaznamenávala až po skončení aktivit nebo po odchodu ze zařízení.

### **3.2.2 Rozhovor**

Ve své práci jsem využila rozhovory dvojího typu. Nestrukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory s terapeuty a rodiči byly polostrukturované. Měla jsem tedy připraveno několik základních otázek (viz přílohy), na které jsem získala odpověď například při přesunech, kdy jsme si s terapeutem přirozeně povídali, nebo po terapii v jeho volném čase. S rodiči jsem obvykle hovořila, když přišli do mateřské školy, ale ještě si dítě nevyzvedli. Rozhovory s rodiči probíhaly převážně odpoledne, kdy je v MŠ méně dětí a je zde klidnější prostředí. Rodiče byli velmi vstřícní, a protože jsem využila polostrukturovaný typ, rozhovor se vyvíjel přirozeně a dozvěděla jsem se i mnoho dalších, velmi zajímavých a užitečných informací. S pedagogy v MŠ jsem využila nestrukturovaný rozhovor. Protože jsem s učiteli trávila spoustu času, postupně se naše rozhovory stávaly přátelskými a nebylo potřeba si vyhrazovat speciální čas pro získání potřebných informací. Vše jsem se mohla dozvědět právě během rozhovorů, které vyplývaly ze situace.

Informace z rozhovorů jsem písemně zaznamenávala až po jeho skončení. Psaní poznámek přímo při rozhovoru by mohlo působit rušivě.

### **3.3 Výzkumný terén: Mateřská škola a Speciálně pedagogické centrum Jihlava, příspěvková organizace**

Mateřská škola a Speciálně pedagogické centrum v Jihlavě, příspěvková organizace je zařízení, která má tři pracoviště. Dvě z nich jsou mateřské školy běžného typu (MŠ Demlova 34a, zvaná Mašinka a MŠ Na Stoupách 3, zvaná Pohádka) a třetí je speciální mateřská škola (MŠ Demlova 28). Mateřská škola a Speciálně pedagogické centrum Jihlava, příspěvková organizace, Demlova 28 vznikla v roce 1991. Dnes je to zařízení, ve kterém je 8 tříd pro děti předškolního věku vyžadující různé speciální potřeby a jedna třída běžného typu. Se všemi třídami úzce spolupracuje SPC, které je přímo v budově a pečuje o děti se zrakovým, sluchovým, tělesným, mentálním či

kombinovaným postižením a také o děti s poruchou autistického spektra. Zařízení dále zajišťuje poradenské služby, depistáž, komplexní diagnostiku, speciálně pedagogickou a psychologickou péči a sociálně právní poradenství. Dětem díky vybavení poskytuje speciální stimulaci, nácvik specifických dovedností a využití kompenzačních pomůcek. Dále poskytuje metodickou podporu, supervizní činnosti, rodičům nabízí odborné vedení a konzultace, stejně tak vede SPC konzultace s pedagogy. Nechybí ani dokumentace všech činností.

V zařízení můžeme najít pracovnu pro terapeuty, psychology a speciální pedagogy, ergopracovnu s prolézačkou Chacha box (bezpečný a zasíťovaný herní prostor se skluzavkou a míčky), malou tělocvičnu s trampolínou zabudovanou v podlaze, která se dá zakrýt, rehabilitační bazén s míčky a posilovacími stroji a snoezelen (místnost pro multisenzorickou stimulaci). Kolem zařízení jsou různá hřiště pro děti (dopravní, sportovní, s pískovištěm atd.) a před zařízením je parkoviště. V zařízení nechybí ani bezbariérový vstup (J4W Admin, 2018).

### **3.3.1 Popis výzkumného terénu**

Svůj výzkum jsem realizovala v jedné ze tříd Mateřské školy a SPC Jihlava, Demlova 28, ve třídě Žabičky. Tato třída má společnou umývárnu, toaletu a šatnu s vedlejší třídou Berušky. Proto je najdeme pod společným názvem Žabičky a Berušky. Ve třídě Žabiček je jedna vedoucí učitelka a dva asistenti pedagoga. Ve třídě je maximálně 9 dětí. Do třídy jsou většinou zařazené děti s těžkým a kombinovaným postižením, děti s tělesným postižením a děti s poruchou autistického spektra. Také zde mohou být a jsou zařazené děti bez postižení.

Ve třídě je pevný režim dne po celý týden. Děti přichází v doprovodu zákonných zástupců od 6 hodin. Do 8:15 trvají spontánní činnosti či individuální práce s dětmi a také v tuto dobu odchází děti s terapeuty na určené terapie. Poté následuje svačina, řízená činnost, pobyt venku, oběd, se kterým se pojí i hygiena, dále odpočinek či spánek, odpolední svačina a volná hra. Je vidět, že děti, které nejsou ve školce prvním rokem, jsou na režim zvyklé, chápou a vyžadují dodržování tohoto režimu. Na změnu jsou upozorňovány dostatečně dopředu a mohou se tak na změnu připravit a počítat s ní.

Některé dny, obvykle při nepříznivém počasí, využívá třída například tělocvičnu s trampolínou, ergopracovnu s prolézačkou či snoezelen.

### 3.3.2 Výzkumný soubor

Čtyřletý chlapec, ve výzkumném souboru jej označuji jako **Martin**, se narodil po termínu porodu, ale těhotenství, porod i poporodní adaptace byly dobré. V šestém měsíci byl poslán na neurologické vyšetření. Později mu byla diagnostikována dětská mozková obrna – spastická pravostranná hemiparéza. V rámci léčby mu byl aplikován Botulotoxin. Martin nepochází z České republiky a česky téměř nerozumí. Chlapec mluví jen velmi málo. V MŠ je prvním rokem. Rád se zapojuje do ranního rituálu, reaguje na oslovení, pozná podle fotografie své vrstevníky, ale nezná jejich jména. Při spontánních činnostech si hraje většinou o samotě. Svě místo ve skupině a ve třídě si vydobývá fyzickým kontaktem. S matkou nebylo snadné vést rozhovor kvůli jazykové bariéře, ale mohla jsem se dozvědět, že mají své odborné lékaře v nemocnici, ale jinou terapii nenavštěvují. Každým rokem se synem jezdí na měsíční pobyt do Janských lázní, což je uvedeno i v jeho dokumentaci. Tam probíhají různé terapie. Matka mi sdělila, že s chlapcem každý den cvičí. Cílem fyzioterapie v MŠ je celkové zpevnění a napřímení celého těla, zlepšení rovnováhy a nácvik jistější a koordinovanější chůze. Chlapec chodí bez opory, je samostatný, v sebeobsluze potřebuje dopomoc, hlavně při oblékání a toaletě. Martin si dokáže říci, když potřebuje na záchod. Sám se nají lžící i příborem. Lateralita podle zpráv zatím není vyhraněná. Terapeutky a pedagogové v MŠ mají přeložený seznam slov od matky, které Martin používá. Když chlapec vidí reakci na jeho řeč, mnohem více se otvírá spolupráci. Samozřejmě je snaha naučit chlapce i česká slova a to nejen aby jim rozuměl (pasivní slovní zásoba), ale aby je i aktivně používal (aktivní slovní zásoba).

Dívka, které je šest let, a kterou označuji jménem **Lucie**. Její diagnóza je dětská mozková obrna - spastická triparéza. Narodila se předčasně s extrémně nízkou porodní hmotností a porod i poporodní stav byl komplikovaný. Lucie byla na ortopedických operacích a dvakrát na aplikaci Botulotoxinu. Po této léčbě (a samozřejmě intenzivním cvičením) je schopná samostatné chůze. Ve zprávách můžeme najít, že intelekt odpovídá vývojové úrovni. Lucie se snaží být ve všem samostatná, zejména při

sebeobsluze. Když potřebuje pomoc, řekne si o ní sama. Lucie je velmi komunikativní, má velkou pasivní i aktivní slovní zásobu, a protože v řeči nemá žádný problém, který by neodpovídal věku, logopedii nenavštěvuje. Na fyzioterapii chodí v mateřské škole, do soukromé ambulance jedenkrát týdně a podle výpovědi matky cvičí 1 – 2x denně. Nyní se terapie zaměřuje hlavně na protahování a zpevňování těla. Každým rokem jezdí s matkou do Dětské léčebny pohybových poruch v Boskovicích, kde je dívce vytvořen komplexní léčebný individuální program.

### **3.3.3 Metody používané v MŠ a SPC Jihlava, Demlova 28**

V rámci koordinované rehabilitace je v MŠ zajištěna péče logopeda a fyzioterapeuta. Logoped i terapeut pracují s jedinci individuálně. Také, díky SPC, můžeme vidět práci psychologů a speciálních pedagogů.

Mohla jsem vidět práci obou terapeutů, kterou v dalších kapitolách přiblížím. Nicméně být na fyzioterapii s dítětem s DMO bylo poměrně komplikované. Tím, že fyzioterapie probíhá jen v pondělí, a právě tyto děti byli jedno pondělí nemocné, byly možnosti pozorování o něco zúženější.

Do terapií jsem nezasahovala, vždy jsem práci zpozrdálí pozorovala a dělala si stručné zápisky. Po terapii si obvykle terapeut našel chvíli čas a podrobně mi vysvětlil, jak pracoval a co využíval.

#### **3.3.3.1 Fyzioterapie**

Fyzioterapie v MŠ Demlova je jednou z hlavních terapií koordinované rehabilitace. Má svůj velmi specifický průběh a organizaci.

Terapeutka se věnuje fyzioterapii již přes deset let. Do mateřské školy jezdí každé pondělí a v ostatní pracovní dny ordinuje ve své soukromé ambulanci. Pro terapii má v mateřské škole vyhrazené místnosti. Ve stejných prostorách probíhá i logopedie, ovšem v jiné pracovní dny. Dvě velké, dříve oddělené, ale dnes průchozí, dostatečně velké a vybavené místnosti s technickou místností slouží jako zázemí. Najdeme zde Vojtův stůl, koberec, zrcadlo, skříň s hračkami a pomůckami pro terapii a pracovní stůl

na jedné straně, o kus dál je masážní vana a potřebné vybavení k jejímu používání i se stropním závěsným systémem. Ten je možné přesouvat přes obě místnosti.

Na fyzioterapii chodí děti, které mají doporučení od odborného lékaře. Rodiče od něj musí přinést zprávu, kterou si terapeutka před zahájením terapie prostuduje. Tyto děti jsou zařazeny do jedné ze tříd pro děti se speciálními potřebami. Každé ráno si terapeutka zjistí, které děti jsou ve školce, aby si mohla rozvrhnout práci. Poté si chodí pro jednotlivce do tříd a po skončení terapie je opět osobně dovede zpátky. Jak jsem již zmínila výše, terapie probíhá každé pondělí, a je potřeba vystřídat všechny děti.

Když jsme přišli do terapeutické místnosti, většinou se terapeutka dítěte zeptala, jestli si chce půjčit nějakou hračku, která se mu líbí. Tu pak terapeutka použila jako motivaci. Viděla jsem terapie probíhající na koberci před zrcadlem a při rozhovoru jsem se dozvěděla, že Vojtův stůl je využíván zejména při vyšetřování. Terapeutka se nejprve zeptala dítěte, jak se cítí a zda ho něco nebolí. Pakliže bylo vše v pořádku, přešla na připravené cvičení. U každého začala nejprve protažením a aktivizací těla. Při cvičení se zaměřovala se jak na hrubou motoriku, například navození správných pohybů spojených s každodenními činnostmi, uvědomování si vlastního těla při stožení, chůzi, lezení, sezení na zemi a zvedání se ze země, tak na jemnou motoriku – úchopy, manipulaci s předměty, sbírání a přendávání věcí z jedné ruky do druhé atp. Často zařazovala takové činnosti, při kterých tyto oblasti propojovala a procvičovala je souběžně. Terapeutka kladla důraz i na samostatnost při svlékání a oblékání. Mohla bych tedy říci, že se při některých činnostech prolínají prvky ergoterapie. Terapeutka přizpůsobuje terapii každému jedinci tak, aby pro něho byla co nejpřínosnější. Přímo nevyužívá jednotlivé koncepce, ale různé prvky fyzioterapie přizpůsobuje konkrétnímu jedinci. Fyzioterapie trvá přibližně 30 minut.

Terapeutka komunikovala s pedagogy, rodiči, logopedkou a zaměstnanci SPC. S pedagogy komunikovala zpravidla osobně. Projednávala s nimi, co je třeba u dětí sledovat, popřípadě jak dětem dopomáhat a jaké využít pomůcky při práci s dítětem. Když si pro dítě přišel rodič, terapeutka s ním mluvila o tom, co na terapii dělala a procvičovala a co by bylo potřeba procvičovat každý den doma, doporučila pomůcky ke cvičení a navrhla možnost schůzky. Terapeutka nabízela možnost návštěvy rodiče

s dítětem při pondělní terapii v mateřské škole nebo návštěvě v její ambulanci a prokonzultování cvičení.

Komunikace neprobíhala jen s učiteli a rodiči, ale i s logopedkou. Konzultovali zejména obtíže s dýcháním, na které se lze zaměřit jak při fyzioterapii, tak při logopedii. Komunikují spolu převážně telefonicky.

### **3.3.3.2 Logopedie**

Logopedie probíhá v MŠ dvakrát až třikrát do týdne. Logopedka do MŠ dochází a pracuje ve stejné místnosti jako fyzioterapeut. Zde má uložené potřebné dokumenty a záznamy o dítěti, má zde i jeho složku, kam zaznamenává činnosti, pokroky i nezdary dítěte z každé terapie. Také zde má úložný prostor pro pomůcky.

Logopedka je milá a energická a u dětí je velmi oblíbená. Motivuje děti hned ve třídě. Po cestě do terapeutické místnosti si s dětmi povídá a tím navozuje příjemnou atmosféru. Logopedka při terapii využívá logopedické zrcadlo, pestré a jednoduché obrázky, plyšové hračky i různé figurky. Motivací jsou pro dítě obrázky, které dostává za splnění celého úkolu. Tento obrázek si připevní na proužek se suchým zipem. Na konci dítě dostává razítko, které si samo vybere. U Martina se logopedka soustředí i na prolomení jazykové bariéry. Chlapec obvykle mluví ukrajinsky, logopedka po něm slovo zopakuje a přidá český název. Martin chápe, že má slovo zopakovat, snaží se, ale příliš mu to nejde a po chvíli ztrácí trpělivost. Logopedka ho dále motivuje, ale Martin reaguje až na změnu úkolu.

Komunikace s rodiči a pedagogy probíhá osobně, s fyzioterapeutkou komunikuje telefonicky.

## **3.4 Výzkumný terén: Centrum ARPIDA, z. ú.**

Centrum ARPIDA (dále Arpida) bylo založeno mezi lety 1990 – 1993. Název vznikl spojením počátečních písmen slov **A**kce, **R**ehabilitace, **P**omoc, **I**ntegrace, **D**obrovolnost, **A**gape (znamená solidaritu, sounáležitost, ve smyslu křesťanské pojetí lásky). Arpida je nestátní nezisková organizace, která vykonává činnosti jako obecně

prospěšná společnost (od r. 2014, kdy došlo ke změnám v Občanském zákoníku, nese název zkratku z. ú., tedy „zapsaný ústav“).

Služby jsou poskytované v duchu koordinované rehabilitace. V praxi to znamená, že je kladen důraz na profesionální přístup a mezioborové vztahy, a že do služeb jsou začleněni i rodiče dětí s postižením, kteří jsou bráni jako součást týmu odborníků. Činnosti centra ARPIDA vycházejí z principů křesťanské etiky, solidarity a vzájemné úcty.

Centrum ARPIDA nabízí celou řadu služeb, které pomáhají lidem se zdravotním postižením v rozvoji samostatnosti a v integraci do jejich přirozeného sociálního a rodinného prostředí. Služby zahrnují preventivní, poradenské, detekční, diagnostické, rehabilitační, terapeutické, respitní, výchovně vzdělávací, zájmové a metodické služby, které jsou poskytované prostřednictvím středisek sociálních služeb, nestátního zdravotnického zařízení a škol a školských zařízení. Každá ze služeb je přizpůsobena klientovi podle jeho individuálních potřeb.

Střediska sociálních služeb nabízejí osobní asistenci, ranou péči, sociální rehabilitaci, odlehčovací služby, dále je možné využít služby denního stacionáře či sociálně terapeutických dílen. Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA (NZZ) zajišťuje zejména léčebné prostředky koordinované rehabilitace (léčebný tělocvik, ergoterapii, animoterapii, klinickou logopedii atp.) a zajišťuje i rehabilitační pobyty dítěte s rodičem. Tým speciálně vyškolených odborníků a zdravotníků spolupracuje s odborníky Speciálně pedagogického centra při centru ARPIDA. Arpida také zajišťuje výchovu a vzdělávání dětem, žákům a studentům s tělesným a kombinovaným postižením v Materské škole při centru ARPIDA, o.p.s., v Základní škole pro tělesně postižené, Základní škole praktické pro tělesně postižené (dobíhající program), Základní škole speciální, ve Třídách přípravného stupně základní školy speciální, také v Praktické škole jednoleté a Praktické škole dvouleté. Samozřejmě nechybí ani Školní družina, Školní jídelna a Speciálně pedagogické centrum (ARPIDA, 2019).

Aby všechny činnosti mohly v centru fungovat, musí na to být vybavená. Proto zde najdeme plně vybavené místnosti pro LTV, fyzioterapii, ergoterapii, muzikoterapii, arteterapii, hydroterapii a další. Najdeme zde rehabilitační bazén a tělocvičnu se všemi

potřebnými náležitostmi, společenskou místnost s krbem, vyhrazené prostory pro rodiny na rehabilitačních pobytech a samozřejmě třídy. Nechybí zde ani kanceláře a pracovny. Pro hipoterapii je vyhrazena část zahrady, kde je stáj s koňmi. V zahradě jsou i dětská hřiště pro MŠ, ale i pro ostatní děti a sportovní hřiště s mantinely a sítěmi. Samozřejmostí je parkoviště a bezbariérové vstupy po celém centru.

### **3.4.1 Popis výzkumného terénu**

Během výzkumu jsem většinu času byla v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. Mateřská škola je určena primárně pro děti s tělesným a kombinovaným postižením. V MŠ jsou tři třídy. Třída Berušky, Včeličky a Motýlci. Ve třídách je různý počet dětí s různými diagnózami, v žádné třídě však není více než deset dětí. Ve třídách jsou dvě paní učitelky a v jedné třídě i asistentka pedagoga. Děti jsou do tříd rozdělovány nejen podle věku, ale i podle jejich schopností a mentální úrovně. To znamená, že děti, které mají lehkou mentální retardaci a jsou relativně samostatné, budou pravděpodobně v jedné třídě a děti, které mají těžkou či hlubokou mentální retardaci a vyžadují pomoc druhých, budou v jiné třídě. Myslím, že je to výhodné z hlediska organizace, volby činností, zejména pak řízených činností.

Režim v této speciální školce není stejný jako ve školce běžného typu. Během ranních her (někdy i později) si pro děti chodí různí terapeuti a odvádí si je na terapie, které má dítě stanovené v individuálním plánu. Tyto plány má každý pedagog k dispozici a má tak přehled o tom, kde právě dítě je a jak tam bude dlouho. Na svačinu jsou všechny děti ve třídě. Po svačině následuje buď řízená činnost, která vychází z týdenního tematického plánu, ale ve třídách se náplň činností liší (je přizpůsoben věku, možnostem a schopnostem dětí), nebo se odchází na skupinové terapie. Pravidelně se chodí na muzikoterapii a do bazénu. Všechny změny jsou konzultovány jak s terapeutem, tak s rodiči i pedagogy.

### **3.4.2 Výzkumný soubor**

Během výzkumu jsem postupně prošla všemi třídami. V každé třídě jsem si vybrala jedno dítě s diagnózou DMO. Všechny děti a jejich diagnózy se od sebe liší. Z toho vylívá, že děti mají doporučené různé terapie s různými terapeuti. I když nebylo možné



projít všemi terapiemi, které centrum ARPIDA nabízí, prošla jsem těmi hlavními, které jsou pro děti základní a stěžejní.

Šestiletý chlapec, kterého označuji jako **Jiří**, se narodil předčasně a vznikly u něho poporodní komplikace. Od té doby je v péči neurologa, který mu diagnostikoval spastickou kvadraparesu (s převahou na dolních končetinách). Jiřímu byla také zjištěna epilepsie (Westův syndrom), oční vady (porucha visu a strabismus), lehká nedoslýchavost, vývojová dysfázie a podle pedagogických záznamů těžké mentální postižení. Co se týče hrubé motoriky, tak Jiří leze, dokáže se přemístit, kam potřebuje, dokáže se postavit u madla či nábytku, zvládá chůzi v chodítku a nyní trénuje chůzi za jednu ruku. Cílem rehabilitační péče je u Jirky celkové zlepšení motoriky (napřímení a jistý stoj, jisté obcházení, zlepšení samostatnosti, soběstačnosti a koordinace a chůze s kompenzačními pomůckami). Proto má doporučenou individuální LTV v centru ARPIDA třikrát týdně. Cvičí zejména Vojtovu metodu, Bobath koncept, také protahování, využívá motomed (rehabilitační pohybový přístroj), nacvičuje chůzi s chodítkem, doporučená je i vodoléčba, hipoterapie a lázně Klimkovice. Do těchto lázní jezdí s matkou pravidelně již několik let (2x ročně). Poměrně velký problém je u Jirky negace ke cvičení, proto často nespolupracuje a práce s chlapcem je pro terapeuta náročná. Jiřík podstoupil ortopedickou operaci (fasciomyotonii). Operace proběhla v pořádku a Jiří se velmi zlepšil ve stoji – postaví se na obě chodidla, zlepšil se i v lokomoci, snaží se sám napřimovat. Ergoterapii má chlapec doporučenou individuálně a jedenkrát za týden. Chlapec uchopuje předměty oběma rukama, ale vše vkládá do úst. Orientuje se hlavně sluchem a hmatem, zrak používá minimálně (nejvíce ho zaujmou zvukové hračky). Potřebuje asistenci při sebeobsluze i výchovných činnostech. Komunikuje jednoslovně, pokouší se říkat jednoduché věty. Slabikuje slova jako je například „táta, teta, děda“ dokáže říci slovo „maminka“, odpovídá jedním slovem „jo, ne“. Jirka neudrží tělesnou čistotu, nosí pleny a musí se často přebalovat. Učí se zvykat chodit na toaletu a i přes to, že chápe smysl chození na toaletu, nedokáže potřebu poznat předem. Jeho sociabilita a emocionalita se od nástupu do MŠ hodně zlepšila. Při nástupu byl podle pedagogických záznamů emočně nevyrovnaný, vztekal se, neustále se dožadoval pozornosti křikem. Nyní po příchodu projevuje radost, navazuje kontakty s učitelkami, má rád společnost dětí i dospělých, je emočně vyrovnaný, umí se hlasitě

smát a rozumí humorným situacím. Chlapec má odklad školní docházky. Z rozhovoru s matkou jsem zjistila, že Jiřík využívá terapie v centru ARPIDA, a není proto třeba navštěvovat jiné terapeuty. S komunikací s týmem odborníků je matka velmi spokojená.

Šestiletý chlapec, označovaný ve výzkumném souboru jako **Pavel**, se narodil v termínu a těhotenství i porod byly bez komplikací. Kolem 8. měsíce se však začal ve vývoji opožďovat, objevila se hypotonie a v jednom roce věku se zvládl jen přetočit. Závěrem neurologické zprávy je paleocerebelární syndrom, neocerebelární syndrom a ataktická forma DMO. Přidruženou poruchou jsou oční vady (kongenitální (vrozený) nystagmus, strabismus), dysartrie v řeči. Absolvoval operaci katarakty (šedého zákalu) na obou očích a později i další oční operaci, která ale byla s komplikacemi (opakované infekty). Chlapec nosí brýle. Pavel leze po čtyřech, vstává u opory (lehátko, nábytek, madlo,...), obchází a chodí s chodítkem. Dalším rehabilitačním cílem u Pavla bude zlepšení celkové stability (zlepšení svalové síly), přechod od něčeho k něčemu, chůze podél stěny a chůze s trojbodovými berličkami. Cílů by se mohlo dosáhnout pomocí doporučené individuální LTV (Vojtovy metody, Bobath konceptu, PNF, cvičením na míči, válci, využitím motomedu a chodícího pásu), kterou by měl ideálně cvičit 3x týdně v centru ARPIDA a k tomu doma cvičit každý den. Dále je doporučená ergoterapie, kde cílem je celkové zlepšení motoriky (doporučená je jedenkrát týdně po 30 minutách), dle možností by bylo dobré zintenzivnění logopedické péče a zařazení i jiných forem rehabilitace (hipoterapie, balneoterapie). Také má doporučenou lykrovou ortézu a dvakrát ročně rehabilitační pobyt v Klimkovicích. U Pavla je největší problém nestabilita, titubace (vrávorání), hypotonie a necílené pohyby. Pavel také podstoupil psychologické vyšetření, kde je poukázáno na Pavlův nerovnoměrný vývoj. Také je zde uvedeno, že Pavel je snaživý a pěkně spolupracuje. Dokáže se soustředit, ale jeho tempo je pomalé. Je pozitivně laděný a sociálně vstřícný. Tyto informace jsou shodné s pedagogickými záznamy. V těchto záznamech jsem se také mohla o Pavlovi dozvědět, že po nástupu do MŠ byl plačtivý, tichý, málo komunikoval a nechodil každý den. Nyní už chodí čtyři dny v týdnu, dva dny v MŠ po obědě spí, a odpoledne chodí na kroužky (Arteterapii a Muzikohrátky). Dobře zvládá rozloučení s matkou a je rád mezi dětmi, ale těžko zvládá změny během dne. Dokáže si říci, když potřebuje na toaletu, ale na spaní stále nosí pleny. Lateralita je u něj zatím nevyhraněna, ale preferuje levou horní

končetinu. Pavel nemluví ve větách. Říká jednotlivá slova a obvykle jen na výzvu někoho jiného. Podle záznamů více komunikuje, když přijde maminka a je rozmluvený, když přijede z lázní. Pavel má odklad školní docházky. Matka s Pavlem nenavštěvuje žádné jiné terapie, podle ní má v centru ARPIDA zajištěný dostatek cvičení. Avšak kvůli tomu, že rodina bydlí daleko od Českých Budějovic, na hiporehabilitaci chodí poblíž svého bydliště. Matce vyhovuje i způsob komunikace a spolupráce s pracovníky Arpidy.

**Eliška**, tímto jménem označuji sedmiletou holčičku, se narodila předčasně a vznikly u ní poporodní komplikace. Později jí byla neurologem diagnostikována diparetická dyskinetická forma DMO. Přidruženým postižením je oční vada (strabismus). Psychika Elišky je podle neurologa výborná, dívka je komunikativní, ale má projevy hyperaktivity. Eliška trénuje chůzi s chodítkem s oporou o předloktí, nyní zvládne jít několik metrů. Během dne je zvyklá být na mechanickém vozíku. Je na něm aktivní, samostatně ho ovládá a postupně se zlepšuje její soběstačnost. Jinak Eliška leze a u opory se zvedne do stoje. Chvilku vydrží stát, ale sama si je velmi nejistá. Cílem rehabilitační péče a terapií u dívky je napřímení, zvýšení svalové síly na horních končetinách, v oblasti trupu a lopatek. Proto má doporučenou individuální LTV (Vojtovu metodu, Bobath koncept, nácvik lokomoce a mobility, cvičení stability, protahování, cvičení s pomůckami a nácvik pohybů s kompenzačními pomůckami, jako je např. trojbodová či čtyřbodová berlička, také využívá vodoléčbu, motomed, chodící pás či lykrové ortézy), která by měla ideálně probíhat třikrát v centru ARPIDA a každý den doma. Hlavním problémem je u Elišky nestabilita, nejistota, strach a obavy z pádu. Nezvládne zacílit pohyb. Doporučenou má i ergoterapii, kde je cílem zlepšení motoriky prostřednictvím individuální základní ergoterapie a nácviků všedních denních činností – ADL. To by mělo Elišce pomoci ve zlepšování se v oblasti sebeobsluhy a samostatnosti, takže oblékání, svlékání a hygieně (přesun z vozíku na WC a naopak). Doporučené jsou také rehabilitační pobyty v Sanatoriu Klimkovice a terapie TeraSuit, které již absolvovala. Eliška si ráda hraje v kolektivu a komunikuje s ostatními. I přes to, že se umí v kolektivu prosadit, je emočně labilní, vystresují ji neobvyklé situace. V takových chvílích potřebuje povzbuzovat, povzbuzuje i sama sebe. Eliška je pravák. Ráda kreslí, psací potřeby drží špetkovým úchopem, dobře umí zacházet se štětcem a barvami. Zvládne si říci, když potřebuje na toaletu. Při řízených činnostech dokáže pozornost

udržet delší dobu, problém jí nedělají ani pohádky a delší příběhy, které pak dokáže převyprávět. Pamatuje si básničky, písničky, dokáže i logicky uvažovat. I komunikace je na velmi dobré úrovni, má dobrou výslovnost a bohatou slovní zásobu. V záznamech můžeme najít, že vyjadřování, paměť i pozornost odpovídají věku dítěte. Eliška by měla příštím školním rokem nastoupit do první třídy do základní školy běžného typu. Z rozhovoru s matkou Elišky jsem zjistila, že Eliška plně využívá všechny terapie, které jsou jí k dispozici. K tomu ještě dojíždí na hiporehabilitaci a fyzioterapii do jiných zařízení. Podle matky je komunikace a spolupráce s pracovníky centra ARPIDA výborná a plně dostačující.

### **3.4.3 Metody používané v MŠ v centru ARPIDA**

Jak jsem již zmínila výše, centrum ARPIDA, konkrétně Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA (NZZ) nabízí velké množství terapií, kterými zajišťují léčebné prostředky koordinované rehabilitace. Těmi je individuální a skupinový léčebný tělocvik, ergoterapie, hydroterapie čili vodoléčba, animoterapie, termoterapie, magnetoterapie, akupresura, také klinická logopedie a psychologická péče. Zajišťují také rehabilitační pobyty dítěte s rodičem. Výše zmíněným léčebným prostředkům jsem se podrobněji věnovala v teoretické části v kapitole 2.4.2 Léčebné prostředky rehabilitace, ze které následně budu vycházet.

Snažila jsem se projít co nejvíce terapiemi, ale i přes to se mi nepodařilo být na všech. Důvody jsou různé. Některé terapie neprobíhaly v době, kdy jsem na výzkumu pracovala, na některé terapie nebylo možné jít buďto z organizačních důvodů, nebo si to nepřál terapeut. Také se stalo, že to nebylo vhodné kvůli momentálnímu emočnímu rozpoložení dítěte.

Do terapií jsem žádným způsobem nevstupovala, vždy jsem se řídila pokyny terapeuta. Pozorovala jsem jeho práci s dítětem, kterou buď popisoval přímo při činnosti, nebo ji vysvětlil po skončení terapie a při rozhovoru. Vcelku se dá říci, že všichni terapeuti byli velice ochotní, vstřícní a otevření.

Je zajímavé, že terapie začínají již ve chvíli, kdy si terapeut vyzvedává dítě v MŠ. Terapeut využívá příležitostí jako je zvedání se ze země, lezení, nalézání na vozík, jízda

na vozíku nebo chůze s dopomocí, posléze i svlékání a oblékání. Proto se může stát, že se některé z terapií mohou prolínat (například fyzioterapie a ergoterapie).

### **3.4.3.1 Fyzioterapie**

Fyzioterapie je jednou ze základních složek léčebných prostředků rehabilitace. V centru ARPIDA se jí proto věnuje hned několik odborníků. Neviděla jsem práci všech, ale měla jsem možnost poznat práci čtyř terapeutů, z nichž každý pracuje poněkud odlišným způsobem. Všichni pracují podle individuálního plánu dítěte. Přizpůsobují terapii každému jedinci tak, aby pro něj byla co nejpřínosnější. Často při terapiích používají různě motivace a i ta je pro každé dítě jiná. Všichni terapeuti, které jsem mohla pozorovat, měli velmi profesionální přístup, byli velice důslední a přes to k dětem přistupovali lidsky a laskavě.

Každý terapeut má svou vybavenou místnost, kde s dítětem cvičí. Terapeut tak má své věci, které při terapii potřebuje, u sebe. Ve všech místnostech nalezneme Vojtův stůl, u kterého se dá nastavit různá výška. Na stěně za stolem a vedle stolu je velké zrcadlo. V pracovních nechybí žebřiny a pomůcky využívané v terapii. Jsou to například různě velké válce a cvičební míče, balanční podložky, masážní válce a míčky, různé kvádry a kostky na sezení, také nechybí dětské francouzské berle, madla, plyšové a jiné hračky.

Eliška chodí na fyzioterapii třikrát týdně. Z toho dvakrát chodí cvičit s fyzioterapeutkou M. a jednou s K. S Eliškou jsem byla na cvičení s K. Jak mi terapeutka sdělila, nejčastěji pracuje podle Bobath konceptu, který kombinuje s ostatními koncepty a metodami. V zásadě pracuje podle toho, co je v dané chvíli potřeba procvičit, protáhnout, uvolnit atp. Terapii začíná protažením dolních končetin jejich aktivací (takto obvykle začínají i ostatní terapeuti). Eliška byla velmi neposedná a K. využila plyšové hračky jako motivaci ke spolupráci. Cílem terapií je chůze, největší problém je s dyskinezi dolních končetin. Terapeutka využila při cvičení masážní míče (ježky), žebřiny, Vojtův stůl a velký válec, na kterém Eliška seděla s oporou o ruce a nacvičovala rovnováhu a vstávání ze sedu. Během terapie ale Eliška potřebovala na toaletu. Terapeutka tedy musela cvičení přerušit, ale využila této příležitosti a s Eliškou po cestě z toalety pracovala na nácvičku správné chůze, při tom zvedaly ze země různé předměty.

Ke konci terapie bylo na Elišce, aby se oblékla, pokusila se sama nalézt na vozík a vrátit se do třídy.

Zmínila jsem fyzioterapeutku M. K této terapeutce chodí Eliška, Pavel i Jiřík a to pro to, že její doménou je Vojtova metoda. Zpočátku se terapeutka zaměřuje na aktivaci a protažení různých částí těla. Poté se věnuje aktivačním polohám vycházejících z terapie podle Vojty. M. také cvičila s Pavlem podle terapie TeraSuit. Terapeutka mi vysvětlila, že TeraSuit je obleček na celé tělo, jehož části jsou propojeny množstvím elastických a různě dlouhých gumiček. U Pavla využila vestu a kalhoty, protože cílem bylo zpevnění trupu a pánve. Protože úchyty na gumičky jsou po celém oblečku, terapeutka může použít libovolné množství gumiček, které natahuje žádoucím směrem. Vždy souměrně na levé a pravé straně. Když si je jistá, že obleček je upravený podle účelu, který má splňovat, začíná s Pavlem cvičit. Společně pracovali na jisté chůzi podle stěny, zvedání se s nakročením a ze sedu s přitažením se k žebřinám, také Pavel trénoval používání trojbodové berle. Takové cvičení probíhalo dva týdny, každý den hodinu až hodinu a půl a každý pátek Pavel chodil na vodoléčbu.

Jiřík chodí cvičit ke dvěma fyzioterapeutkám. K M. chodí cvičit dvakrát týdně a k P. jedenkrát týdně. P. nejčastěji využívá metodu PNF (neboli Kabatovu metodu), také terapeutický koncept dle J. Čáповé a v neposlední řadě i Vojtovu metodu. Zpočátku začala protažením a aktivací, při které využila míčky a ježky. Chlapec začal být po chvíli neklidný, křičel, terapeutku škrábal i štípal. P. se chovala velmi profesionálně, také lidsky a laskavě. Po každé poloze Jiříka pochovala, aby se zklidnil a mohli pokračovat dál. Terapeutka mi vysvětlovala, že u Jirky musí často přizpůsobovat terapii podle jeho nálady, podle toho, zda má dost síly a energie. Někdy zaměří terapii jen na chůzi, kterou procvičují na chodbách a Jiříka to velmi baví.

Protože jeden týden byla fyzioterapeutka M. nemocná, musela ji zastoupit J. Ale stalo se, že k ní šel cvičit Jiřík, se kterým nikdy předtím necvičila. Na základní informace o jeho zdravotním stavu a o tom, co zvládne, se zeptala učitelka v MŠ. Terapie začala tím, že pozorovala Jirku při chůzi (s dopomocí), při chůzi kolem Vojtova stolu, také se dívala, jak leze, jak se zvedá do stoje s oporou o stůl, jak na něj vyleze a jakým způsobem se natahuje pro předměty. Po celou dobu byly motivací jeho klíče, které si

nosí každý den do mateřské školy. Pak začala terapeutka protahovat končetiny a pracovat podle Vojtovy metody. Po chvíli se ale Jiří začal vztekat. J. začala zpívat dětské písničky (Jiřík má velmi rád zpívání, obvykle se při něm zklidní a poslouchá). Jirka se zklidnil a terapeutka docvičila bez problémů.

Nedílnou součástí koordinované rehabilitace je komunikace. Terapeuti komunikují osobně s pedagogy v MŠ. Nejčastěji se zajímají o emočním rozpoložení dítěte. Pedagogové upozorňují na únavu, špatnou náladu nebo naopak na spoustu energie dítěte. Terapeuti také komunikují s rodiči a to buď osobně, nebo telefonicky. Rodiče minimálně jednou měsíčně chodí s dítětem na terapie, pokud je to potřeba, tak i častěji. Důvodem je naučit se nové cvičení, či pozorování pokroků dítěte, když cvičí s terapeutem. Jak jsem zjistila, tato komunikace plně vyhovuje jak rodičům, tak terapeutům i pedagogům. Také jsem zmínila, že jedno dítě chodí cvičit ke dvěma různým terapeutům. Bylo mi vysvětleno, že to má své výhody například v konzultaci o volbě rehabilitačních cílů, technik při cvičení či volbě kompenzačních pomůcek. Jeden z terapeutů však je vedoucí terapeut.

Terapeutky, jejichž práci jsem mohla vidět, mají praxi delší, než sedm let. Snad proto je vidět, že si dokáží poradit v jakékoliv situaci, jsou laskavé a přitom striktní v tom, co mají s dětmi odcvičit.

### **3.4.3.2 Ergoterapie**

Další nedílnou součástí léčebné rehabilitace je ergoterapie. I ta má své zastoupení v centru ARPIDA. Věnuje se jí terapeutka speciálně vyškolená ergoterapeutka. Tato terapeutka pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu dítěte, ve kterém je podrobně popsáno, jakým oblastem se má při terapii věnovat a jak často a dlouho má s jedincem cvičit. Všechny děti, které jsem si vybrala, mají stejnou ergoterapeutku, protože je v tuhle chvíli v centru ARPIDA jediná. Přesto s každým jedincem pracuje podle jeho specifických potřeb.

Terapeutka má svou speciálně vybavenou místnost, kde s dětmi pracuje. Na stěně je velké zrcadlo, před kterým je malý pracovní stůl a židle pro děti. Uprostřed místnosti je velký pracovní stůl se židlemi. Také jsou v místnosti skříně, ve kterých jsou různé

pomůcky potřebné při terapii. Terapeutka má v místnosti i svůj pracovní stůl a potřebné dokumenty. Také zde najdeme velké i malé válce, míče, kostky atp.

Podobně jako u fyzioterapie, i ergoterapie začíná ve chvíli, kdy si terapeutka vyzvedává dítě v MŠ. To znamená, že po dítěti vyžaduje správné nalézání na vozík, připnutí se, odbrždění vozíku, samostatná jízda k výtahu, obsluha výtahu a jízda do ergoterapeutické místnosti. Terapeutka samozřejmě dítě neustále motivuje, navádí a navazuje s ním kontakt. Snaží se každému jedinci dávat pravou míru dopomoci, kterou určuje podle znalosti dítěte. Po skončení činnosti v terapeutické místnosti, jede s dětmi stejným způsobem zpět do třídy.

Nejprve jsem šla na ergoterapii s Jiříkem. Jirka se velmi těšil, terapeutku poznal hned po příchodu do třídy. Terapie začala, jak jsem již výše zmínila, hned ve třídě. Jirka má tendence vše dělat jen pravou rukou, ale terapeutka kladla důraz na používání obou rukou a jejich střídání. Jirku motivovala jeho oblíbenými klíči. Na vozíku se pohybuje velmi neobratně, a protože se orientuje hlavně sluchem, nedokáže jet rovně a naráží do stěn. I přes to dokázal dojet až k výtahu, se kterým vyjel do prvního patra. Pak mu terapeutka dala klíče a pomohla mu dojet do ergoterapeutické místnosti. Bylo vidět, že to tam Jiřík dobře zná. Terapeutka ho tedy vybídla, ať si vybere, s čím chce pracovat. Vybral si hrací hodiny s otvory, do kterých patřily různé předměty. Hodiny si vzali ke stolu u zrcadla, kde pracoval podle pokynů. Terapeutka cílila na používání a střídání obou rukou při třídění tvarů a také na to, aby se na práci Jirka díval, aby používal zrak. To se ale příliš nedařilo a Jiřík zlostí tvary rozházel. Terapeutka neváhala, nechala Jirku vylézt z vozíku a za jejího přidržování Jirka musel posbírat všechny tvary, vrátit je do hodin a hodiny uklidit. Při sbírání kladla důraz na správné postavení nohou a těla (zvedání se z kleku, na správně provedený dřep, na chůzi po celých chodidlech). Můžeme tedy vidět, že se tedy prolíná několik terapií dohromady, v tomto případě ergoterapie a fyzioterapie.

Úplně jinak vypadala Pavlova ergoterapie. Jedním z cílů u Pavla, jak mi terapeutka sdělila, je nácvik používání vidličky a nože. Pavel byl u velkého pracovního stolu. Terapeutka vyndala modelínu, kterou Pavel i terapeutka hnětením propracovávali, poté váleli a tvořili dlouhé hady. Ty měl za úkol Pavel nožem rozkrájet a vidličkou kousky



napichovat a uklízet do kelímku. Pavel byl do činnosti zabraný, velmi ho to bavilo. Nůž i vidlička měly speciálně upravené rukojeti (byly širší a měly vpředu prohnuté místo na ukazovák). Pavlovi se s nimi pracovalo mnohem lépe než s obyčejnými přístroji. Terapeutka proto doporučila pořízení těchto přístrojů rodičům a také zařídila, aby s nimi mohl Pavel jíst obědy v mateřské škole.

Eliška na ergoterapii procvičuje hlavně sebeobsluhu, konkrétně oblékání a svlékání. Proto často chodí na terapii před pobytem venku. Terapeutka s sebou vezme Eliščino oblečení a náplní terapie je nácvik samostatnosti při oblékání. Při oblékání Eliška sedí na kostce a terapeutka za ní. Hlídá, aby nespadla. Pro Elišku je těžké udržet rovnováhu a koordinovat pohyby, přesto se zdálo, že největší problém je udržet pozornost a věnovat se jen téhle činnosti. Nestále se zaměstnávala něčím jiným, spoustu toho napovídala a tím se oblékání prodlužovalo. Terapeutka ji musela často připomínat, že se právě teď musí obléknout.

Ergoterapeutka pracuje v centru ARPIDA více, než 7 let. S dětmi obvykle cvičí jedenkrát týdně a terapie trvá přibližně 45 minut. Terapeutka komunikuje osobně s pedagogy v MŠ a ostatními terapeuty, s rodiči komunikuje osobně i telefonicky. Rodiče podle potřeby navštěvují terapii. Terapeutka také rodičům doporučuje některé speciální či kompenzační pomůcky, pakliže by dítěti umožnili sebejistější a samostatnější sebeobsluhu, manipulaci, atd.

### **3.4.3.3 Logopedie**

Logopedické péči se v centru ARPIDA věnují hned dvě logopedky, z nichž jedna je klinickou logopedkou a v centru ARPIDA pracuje několik let. Druhá logopedka, zde pracuje necelý rok (dříve pracovala jako školní logopedka) a právě se připravuje na atestaci z klinické logopedie. Na logopedii chodí děti na základě doporučení odborného lékaře, a to 2x týdně po dobu 30 – 45 minut. Při logopedii jsou využívány nejrůznější obrázky, symboly, také deskové a stolní hry, názorné figurky (například lidí a zvířat), zvukové hračky a samozřejmě je využíváno logopedické zrcadlo. Motivací je dítěti pásek s usměvavými panáčky, které si za každý splněný úkol může dítě na pásek přilepit. Na konci terapie mohou děti dostat obrázek nebo razítko. Každé dítě má založenou svou složku se vstupním vyšetřením, které provádí logoped v Arpidě, ke kterému později dítě

dochází na terapie. Dále je ve složce diagnóza dítěte, jeho obtíže, cíle logopedické péče a vypracované nebo rozpracované pracovní listy a úkoly. Logopedky spolu komunikují osobně a jejich konzultace s rodiči probíhají také osobně, ovšem po telefonickém domluvení návštěvy.

#### **3.4.3.4 Animoterapie**

Již v předchozích kapitolách jsem zmínila, že děti využívají v centru ARPIDA hipoterapii. Děti mají možnost využívat všechny tři složky hiporehabilitace (hipoterapii, pedagogicko-psychologické ježdění i sportovní ježdění postižených), avšak v rámci výzkumu jsem se nejvíce zajímala o hipoterapii. Centrum má k dispozici tři koně. Jsou ustájeny za hlavní budovou, mají tam veškeré potřebné vybavení a dostatek prostoru pro terapii. Kone na terapii připravuje hipolog, při realizaci terapie je přítomný hipoterapeut a další asistenti. Děti využívají terapii, pakliže mají doporučení od odborného lékaře. Přesto ne všechny tyto děti na terapii chodí, kapacita je omezená. Maminka Pavla uvedla, že hipoterapii v centru ARPIDA nevyužívají také proto, že Pavel jezdí dvakrát do roka do lázní a spoustu času by chyběl. Protože má možnost chodit na terapii poblíž bydliště, uvolnil tak místo někomu dalšímu, kdo tuto možnost nemá. Prostory pro hipoterapii nejsou kryté, proto probíhá jen v teplejších měsících, přes zimu ne. Bohužel jsem výzkum realizovala právě v měsících, kdy hipoterapii neprobíhala, přímou činnost jsem tedy neviděla.

Centrum ARPIDA také nabízí canisterapii. Tu ovšem nikdo z dětí z MŠ nevyužívá. Z výpovědí rodičů jsem se dozvěděla, že Pavlovi ani Elišce terapie nevyhovovala (setkali se s ní v lázních) a proto ji nevyhledávají. Rodina Jiříka má psy doma a podle matky není potřeba vyhledávat takovou terapii, když ji svým způsobem může využívat v domácím prostředí.

#### **3.4.3.5 Další terapie**

Další často využívanou terapií je **Muzikoterapie**. Probíhá individuálně i skupinově. Dva dny v týdnu chodí děti z MŠ na terapii ve skupinách, které jsou rozděleny tak, aby se na terapii vystřídal všechny děti. Při terapii děti sedí do půlkruhu. Na začátku a na konci je vždy stejný rituál. Děti ho dobře znají, spolupracují, mají z něho radost a ví, co

po něm bude následovat. Součástí vítacího rituálu je hra na speciální nástroje (kovový nástroj Sandrum), pohled do očí, kontakt dítěte a terapeutky a jmenovité přivítání s dotykem. Následují činnosti přizpůsobené věku skupiny, jejich schopnostem a dovednostem, a které tematicky navazují na týdenní plány v MŠ. Při terapii jsou využívány nejrůznější nástroje, např. deštné hole, bubínky, chrastítka, dřevěné i kovové nástroje atd., didaktické pomůcky (doprovodné obrázky k písním, zvukové nahrávky), terapeutka často využívá i světelné pomůcky a plyšové hračky, zejména při názorném představení zvířat. Skupinová terapie trvá od 20 – 45 minut. Při individuální terapii je využíváno rezonanční terapeutické lůžko, na kterém jedinec relaxuje a vnímá harmonické rezonanční vibrace, které jsou přes velkou desku přenášeny do celého těla. Terapeutická místnost je přizpůsobena terapii tak, aby navozovala relaxaci a uvolnění. Místnost je zatemněná, na stěnách jsou promítány abstraktní obrazce, můžeme slyšet různé přírodní zvuky (deštné hole, vodu, zpěv ptáků), dalo by se říci, že jde o multisenzorickou místnost. Tato terapie může trvat až 60 minut. Může při ní být přítomný rodič, záleží na domluvě terapeutky s rodičem.

**Arteterapii** v centru ARPIDA využívají spíše děti školního věku. Děti z MŠ ji využívají jen v rámci odpoledního kroužku.

#### **4. Analýza získaných dat a diskuse**

Všechny děti, které jsou součástí mého výzkumného souboru (vzorku), mají rozdílné diagnózy. Odlišnosti lze najít v oblasti tělesného, mentálního i smyslového vývoje. Každé z těchto dětí potřebuje individuální přístup přizpůsobený nejen jeho specifickým potřebám, ale také jejich chování, emočnímu rozpoložení, temperamentu, jazyku, schopnostem a dovednostem. Například s Martinem, jehož mateřský jazyk je jiný než český, bude potřeba komunikovat jinak než s ostatními. Velmi důležitá bude domluva mezi rodiči, pedagogy a terapeuty, jaký způsob komunikace zvolí, aby byl jednotný a pro dítě srozumitelný. Z dokumentace i rozhovorů jsem měla možnost poznat, že matka chlapce s týmem odborníků spolupracuje, tudíž soudím, že se společně domluví na jednotném řešení. Individuální přístup, ve vztahu k emočnímu rozpoložení, je zapotřebí v rámci fyzioterapie také u Jiříka. Terapeutka přizpůsobuje terapii tak, aby Jiří byl schopný spolupracovat, aby ho terapie bavila. Jak dále vysvětluje, výsledek terapie, při

keré dítě spolupracuje, je mnohem efektivnější než při terapii, kde dítě i terapeut jdou zatvrzele proti sobě.

Na základě svého pozorování i rozhovorů jsem dospěla k názoru, že každý ze sledovaných terapeutů má jak k dětem, tak k terapii, kterou realizuje, poněkud odlišný přístup. Přesto jsem se v Centru ARPIDA, z. ú. i v MŠ a SPC Jihlava, p. o. setkávala s profesionálním přístupem. Zároveň byl zřetelný lidský, laskavý a důsledný přístup. Bylo to patrné jak v rámci jejich odborné činnosti, tak při komunikaci s rodiči sledovaných dětí a s pedagogy jejich dětí. Obě zařízení mají své speciálně pedagogické centrum, kde nechybí psycholog, speciální pedagog ani sociální pracovník. Tak mohou zařízení poskytovat kvalitní koordinovanou rehabilitaci.

Centrum ARPIDA, z. ú. má velmi propracovaný systém péče. Můžeme to vidět na množství terapeutů, kteří mají různá zaměření, na odbornosti pedagogů a speciálních pedagogů, přítomnosti odborných lékařů i na činnostech vycházejících ze SPC. O důležitosti výběru pracovníků mluví například Jankovský (2014) v Koordinované rehabilitaci. Uvádí, že důraz je kladen nejen na odbornost, ale i na osobní dispozice. Důležitou roli hraje zapojení rodičů do celého procesu. V centru ARPIDA zapojení rodin do tzv. kruhové podpory funguje výborně. Vyplývá to nejen z rozhovorů s rodiči, terapeuty i pedagogy (všichni jsou velmi spokojeni se vzájemnou komunikací a spoluprací), ale dokazuje to i vznik klubu rodičů, který pořádá přednášky pro rodiče či kulturní a společenské akce (Jankovský, 2014). Centrum ARPIDA nabízí téměř vyčerpávající možnosti rozvoje pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením. Veškeré činnosti jsou vykonávány ve prospěch dítěte. Není obvyklé, aby v jednom zařízení bylo tak propracované množství všech prostředků koordinované rehabilitace. Při rozhovorech s rodiči byla vyjádřena spokojenost s tímto centrem. Rodiče mají i více času, který mohou strávit s dítětem, protože většina léčebných prostředků rehabilitace je realizována během pobytu v MŠ a odpoledne může rodina trávit čas společně. To vše tvoří fungující systém koordinované rehabilitace. Dle Jankovského (2014, str. 114) se toto zařízení, díky své práci, stalo „modelovým zařízením“, které je srovnatelné s obdobnými zařízeními z jiných vyspělých zemí.

Mateřská škola a SPC Jihlava, p. o. mají zajištěné činnosti vycházející ze SPC, které často komunikuje nejen s rodiči, ale i se speciálními pedagogy, pedagogy v MŠ a asistenty pedagoga a terapeuty. Tento přístup potvrzuje i výzkum Novákové z roku 2018, kde je zmínka o přítomnosti rodičů na terapiích i školních aktivitách. Dále zmiňuje porady s pracovníky SPC a komunikaci s pedagogy. Rodiče předávají odborné zprávy a doporučení od jednotlivých lékařů svých dětí jejich terapeutům, pakliže je to potřeba. MŠ a SPC Jihlava nabízí množství služeb, které rodiče a děti s postižením mohou využívat. I v tomto zařízení je tedy poskytována péče v duchu koordinované rehabilitace. Avšak je zde prostor pro další rozvoj tohoto zařízení a následnou nabídku dalších terapií léčebných prostředků rehabilitace. Současné fungování však poskytuje rodičům dětí s postižením oporu a z jejich výpovědí je spokojenost se zařízením zřetelná.

V odborných zařízeních, která jsem měla možnost poznat, je koordinovaná podpora v duchu USR nejen realizována, ale dále se rozvíjí a je propracovanější. Stále více odborných pracovníků vnímá tento přístup jako přirozenou součást své odborné práce. Ovšem není to samozřejmost a může se stát, že v některých zařízeních nemusí vše fungovat tak, jak bychom ideálně potřebovali a chtěli. Proto bych svou práci ráda poukázala na výjimečnost Centra ARPIDA, z. ú. a Mateřské školy a SPC Jihlava, p. o., protože jsou ukázkou toho, jak by systém koordinované rehabilitace mohl být v každodenní praxi realizován. Za tím vším samozřejmě stojí velké úsilí všech členů týmu, kteří jsou součástí koordinované rehabilitace.

## 5. Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti terapie a odborné podpory věnované dětem s DMO ve sledovaných speciálních mateřských školách, a to konkrétně v Mateřské škole při centru ARPIDA, o. p. s. a v Mateřské škole a SPC Jihlava, p. o. Prostřednictvím vybraných dětí s diagnózou DMO jsem měla možnost seznámit se s léčbou a odbornou podporou (péčí) věnovanou těmto dětem. Díky studiu jejich odborné dokumentace jsem mohla zjistit, na základě čeho mají příslušnou odbornou terapii indikovanou i jak často je realizována. Pozorováním a rozhovory s terapeuty jsem získala podrobnější informace o jednotlivých terapeutických postupech.

V Centru ARPIDA, z. ú. je u dětí s DMO nejvíce využívána fyzioterapie, v rámci níž je nejčastěji realizována LTV, a to Vojtova metoda reflexní lokomoce a Metodika manželů Bobathových. Jsou využívány i další techniky fyzioterapie a také vodoléčebné procedury. Všem dětem byla také poskytována základní ergoterapie a logopedická péče. Dále byly realizovány specifické formy terapie, jako jsou hipoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Centrum ARPIDA je opravdu mimořádné zařízení. I přes to, že každý z pracovníků má jiný přístup ke své práci, k dětem i klientům a má jiné zaměření, dohromady všichni tvoří pevný a soudržný tým. Svou odbornou práci dělají s opravdovým zájmem a nasazením. Odměnou za to je jim dětská radost a pokroky (i když mnohdy jen nepatrné) dětí, které mají ve své odborné péči. Jsem vděčná za příležitost poznat toto zařízení. Být v centru ARPIDA, je jako být v jiném, daleko barvitějším, světě. Lidé zde mají jiný pohled na život a jiný hodnotový systém, než ti, se kterými jsem se do této doby setkávala. Jejich přístupy mi byly inspirací.

V Mateřské škole a SPC Jihlava, p. o., je nejvíce využívána fyzioterapie a logopedie. Ve fyzioterapii šlo hlavně o aktivizaci a protažení různých částí těla, v některých prvcích a dílčích cvičení se prolínala s ergoterapií. Logopedie byla zaměřená na specifické problémy sledovaných dětí a jejich odstranění. Toto zařízení je zcela odlišné od centra ARPIDA. Bylo zajímavé vidět speciální třídy, kde jsou děti bez postižení i děti s postižením. Nejsem si však jistá, zda to všem dětem zcela vyhovovalo. Také zde byla velká soudržnost a vzájemná podpora zejména pedagogů ze dvou speciálních tříd společně se SPC. S terapeuty a ostatními pedagogy ochotně spolupracovali, avšak

nebyla zde cítit tak pevná vazba a pospolitost. Snad to bylo tím, že terapeuti v zařízení nebývali dost často. Tato MŠ se více ve svých činnostech a organizaci podobala MŠ běžného typu.

Myslím, že by bylo zajímavé podobným způsobem popsat další zařízení, která jsou u nás dostupná pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, a tím vytvořit jakýsi přehled. V závislosti na tom se pak zamýšlet, zda poskytovaná pomoc a péče je v této oblasti dostačující.

Byla bych ráda, kdyby tato práce nastínila představu o fungování odborných zařízení, v nichž jsem svůj výzkum realizovala. Rodičům dětí s postižením může pomoci v hledání optimálního zařízení pro jejich dítě a veřejnosti (včetně odborné) může posloužit jako praktický příklad koordinované rehabilitace poskytované dětem s DMO.

## 6. Seznam použité literatur a pramenů

### Tištěné dokumenty

ADAMUS, Vladimír. *Mezinárodní dokumenty o lidských právech: anglicky a česky*. Praha: Linde, 2000. ISBN 80-7201-221-5.

BRAUNER, Radek, 2005. Komplementární metody léčebné rehabilitace. s. 219 – 229. In KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HOLUBÁŘOVÁ, Jiřina a Dagmar PAVLŮ. *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1294-2.

CHMELOVÁ, Irina, 2005. Bobath koncept a DMO. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

CHUTNÁ, Monika a Dalibor JÍLEK. *Lidská práva v mezinárodních dokumentech*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. Edice učebnic Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. ISBN 80-210-1005-3.

JAKOBOVÁ, Anna, 2011. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 104 s. ISBN 978-80-7368-945-2.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, Jan et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. 49-114 s. ISBN 978-80-7394-461-2.



JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

KAŇOVSKÝ, Petr, Kraus, J., 2005. Léčba spasticity způsobené dětskou mozkovou obrnou botulotoxinem. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?*. Praha: Progressiveconsulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4869-5.

MASTNAK, Wolfgang, Kantor, J., 2014, Muzikoterapie. In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. Praha: Grada, 2005. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-0870-6.

MÜLLER, Oldřich, 2014. Zooterapie. In: VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

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

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.

PANČOCHA, Karel. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6344-0.

PFEIFFER, Jan, 2014. *Léčebná rehabilitace dětí s poruchou centrálního motoneuronu*. In: TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-2470-031-x.

PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.

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

SCHEJBALOVÁ, Alena, 2005. *Ortopedická terapie dětské mozkové obrny*. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

ŠMÍDOVÁ, Renata. *Rehabilitace dítěte s dětskou mozkovou obrnou v předoperačním a pooperačním období*. Praha, 2013. Magisterská práce. Karlova univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Pavel Strnad, CSc.

TICHÝ, Michal, J. Kraus, I. Zounková, 2005. *Selektivní zadní rhizotomie*. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2.

VALENTA, Milan, 2014. *Vybrané terapeutické strategie ve speciální pedagogice: Expresivní terapie*. In: VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VOJTA, Václav a Annegret PETERS. *Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2710-3.

ZEMAN, Marek. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013. ISBN 978-80-7394-403-2.

ZOUNKOVÁ, Irena, 2005. Vojtova metoda reflexní lokomoce. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

### **Kvalifikační práce:**

NOVÁKOVÁ, Pavla. *Porovnání terapií užívaných u dětí s mentálním a kombinovaným postižením v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. České Budějovice a v Mateřské škole a SPC Jihlava, Demlova 28*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

ŠKPKOVÁ, Eva. *Fyzioterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou od 15ti do 30ti let*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Mgr. Kamila Karásková.

### **Zákony:**

*Sociální pojištění: pojistné na sociální zabezpečení, nemocenské pojištění, důchodové pojištění, organizace a provádění sociálního zabezpečení*. Redakční uzávěrka 8. 1. 2018. Ostrava: Sagit, 2007. ÚZ. ISBN 978-80-7488-279-1.

*Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum*. Redakční uzávěrka 9. 10. 2017. Ostrava: Sagit, 1993. ÚZ. ISBN 978-80-7488-252-4.

### **Elektronické zdroje:**

ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú. *CENTRUM ARPIDA* [online]. České Budějovice [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://www.arpida.cz/o-nas>

BAČÁKOVÁ, Markéta. Systém služeb pro děti a mladé lidi s postižením a jejich rodiny. In: *Národní centrum podpory transformace sociálních služeb* [online]. Praha, 2013, [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/system-sluzeb.pdf>

J4W ADMIN. Obecné informace. In: *Mateřská škola a SPC Jihlava, p. o.* [online]. 28. 8. 2018 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <http://demlova.msdemlova.cz/ms-demlova-obecne-informace/>

MĚCHUROVÁ, Alena. Hypertenze v graviditě. *Moderní babičtví* [online]. 2003(2), 1-7 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=156>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines)* [online]. Geneva, 2014, [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: [https://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation\\_guidelines\\_concept.pdf](https://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on disability* [online]. Geneva, Switzerland: WorldHealthOrganization2011, 1-350, [cit. 2019-03-26]. ISBN 9789241564182. Dostupné z: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

ZOBAN, Petr. Dětská mozková obrna z pohledu neonatologa. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, 6. 6. 2011, 12(4), 1-5 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/03.pdf>

## 7. Seznam příloh

### Příloha č. 1

#### Informovaný souhlas pro rodiče zúčastněných dětí

Vážení rodiče,

jsem studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity, studuji obor Speciální pedagogika pro předškolní věk – učitelství pro mateřské školy a píší bakalářskou práci s názvem Možnosti terapií u dětí s DMO aplikovaných ve speciální mateřské škole v Kraji Vysočina a v Jihočeském kraji. K vypracování své práce potřebuji získat poznatky o průběhu terapií a cvičení, které mají děti možnost navštěvovat. S Vaším dítětem bych chodila na předepsané terapie a pozorovala jejich průběh. Do jejich realizace bych v žádném případě nevstupovala, jen ho z ústraní pozorovala a případně si udělala několik poznámek. Výzkum k bakalářské práci je anonymní, takže jméno vašeho dítěte nikde zveřejňovat nebudu. V případě zájmu Vám mohu poskytnout poznatky z terapií, pokud bude terapeut/ka souhlasit. S jakýmkoli dotazem se na mě neváhejte obrátit.

#### **Kontakt:**

Veronika Hánová

Božejov 177

39461 Božejov

Mobilní telefon: 720127446

E-mail: hanovaverca@gmail.com

Souhlasím, aby můj syn/moje dcera ....., narozen/a ..... byl/byla pozorována při terapiích a cvičeních v mateřské škole pro účely vypracování bakalářské práce na PF JCU.

Souhlasím s nahlížením do celkové dokumentace mého syna/mé dcery ..... pro účely vypracování bakalářské práce na PF JCU.

V ....., dne .....

Podpis zákonného zástupce: .....

## Příloha č. 2

### **Informovaný souhlas pro terapeuta**

Jsem studentka Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity, studuji obor Speciální pedagogika pro předškolní věk – učitelství pro mateřské školy a píším bakalářskou práci s názvem Možnosti terapií u dětí s DMO aplikovaných ve speciální mateřské škole v Kraji Vysočina a v Jihočeském kraji. K vypracování své práce potřebuji získat poznatky o průběhu terapií a cvičení, které mají děti možnost navštěvovat. S dětmi bych chodila na předepsané terapie a pozorovala jejich průběh. Do jejich realizace bych v žádném případě nevstupovala, jen ho z ústraní pozorovala a udělala si několik poznámek. Po terapii bych se Vás případně doptala na potřebné informace, samozřejmě podle Vašich časových možností. Výzkum k bakalářské práci je anonymní, takže jména nikde zveřejňovat nebudu. S jakýmkoli dotazem se na mě neváhejte obrátit.

#### **Kontakt:**

Veronika Hánová

Božejov 177

39461 Božejov

Mobilní telefon: 720127446

E-mail: hanovaverca@gmail.com

Souhlasím, aby poznatky z terapie byly v případě zájmu poskytnuty zákonným zástupcům dětí a řediteli MŠ: ANO - NE

Souhlasím, aby Veronika Hánová použila poznatky z mých hodin terapie v mateřské škole pro účely vypracování bakalářské práce na PF JCU.

V ....., dne .....

Podpis terapeuta: .....

### **Příloha č. 3**

#### **Základní otázky při terapii:**

- Jak často s dítětem cvičí?
- Kolikaletou praxi má terapeut?
- Jakým způsobem a jak často terapeut spolupracuje a komunikuje s rodiči?
- Jakým způsobem komunikuje s ostatními členy terapeutického týmu a se zdravotníky?
- Jaké jsou nejčastější využívané pomůcky při terapii?

#### **Další otázky pro jednotlivé terapie:**

##### ***Fyzioterapie***

- Jaké jsou nejčastější koncepty využívané terapeutem?

##### ***Ergoterapie***

- Na co se terapeut nejvíce zaměřuje? Čím obvykle začíná, když dítě přijde poprvé?
- Jak terapeut komunikuje s paní učitelkou z MŠ? (Např. když je potřeba úprava prostředí, pomůcky při sebeobsluze apod.)

##### ***Muzikoterapie***

- Jak jsou jednotlivé terapie sestavené? (téma, skupinová x individuální)
- Jaké prostředky a nástroje jsou nejčastěji terapeutkou využívány?

## **Příloha č. 4**

### **Rozhovor s rodiči - základní otázky**

- Jsou terapie nabízené školkou dostačující pro rozvíjení Vašeho dítěte nebo je nutné vyhledávat a navštěvovat další zařízení a odborníky?
- Jste v kontaktu s terapeuty z MŠ? Jakým způsobem probíhá předávání informací o dítěti?
- Jste do terapií aktivně zapojováni?



## **8. Seznam zkratek**

DMO – dětská mozková obrna

ICP – infantilní cerebrální paréza

IVP – individuální vzdělávací plán

SPC – speciálně pedagogické centrum

MŠ – mateřská škola

USR – ucelený systém koordinace

PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace (Kabatova metoda)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů desáté revize

MKN – 11 - Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jedenácté revize

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

o. p. s. – obecně prospěšná společnost

p. o. – příspěvková organizace

ZTP – zdravotně těžce postižený

ZTP/P – zdravotně těžce postižený s průvodcem

ICD – International Classification of Diseases and Related Health Problems

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

CNS – centrální nervový systém

BTX – Botulotoxin – A

NZZ – nestátní zdravotnické zařízení

LTV – léčebná tělesná výchova

