



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

**Srovnání jednotlivých terapií používaných v Mateřské škole při centru
ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a v Základní škole a Mateřské
škole pro tělesně postižené v Liberci, Lužická ulice.**

Vypracovala: Veronika Macháčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

České Budějovice 2018

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na využití terapií u dětí v předškolním věku. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení pojmu tělesného postižení a jeho druhy. Dále vymezuje pojmy jako je předškolní věk, systém ucelené rehabilitace a terapie. Praktickou část jsem realizovala v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a v Mateřské škole pro tělesně postižené v Liberci. Praktická část je věnována dětem s tělesným postižením v předškolním věku. Součástí byla i realizace výzkumu pomocí kvalitativních metod jako je rozhovor a pozorování. V závěru mé práce chci poukázat na to, že pro děti s tělesným postižením jsou terapie důležité a efektivní.

Klíčová slova: tělesné postižení, předškolní věk, ucelený systém rehabilitace, terapie

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the use of therapies in pre-school children. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is focused on the definition of disability and its types. It further defines concepts such as pre-school age, a system of comprehensive rehabilitation and therapy. Practical part I realized in kondergarten at the center ARPIDA, o.p.s. in České Budějovice and in Kindergarten for the disabled in Liberec. The practical part is devoted to children with physical disabilities in pre-school age. It also involved the realization of research using qualitative methods such as interviewing and observation. At the end of my work, I want to point out that therapy for children with physical disabilities is important and effective.

Keywords: physical disability, preschool age, comprehensive rehabilitation system, therapy

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji závěrečnou 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 závěrečné práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou JČU) 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 své kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 4. 2018

Veronika Macháčková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. Dále bych chtěla poděkovat ředitelkám, učitelkám a terapeutům v mateřských školách a rodičům zúčastněných dětí za ochotu a vřelý přístup k prováděnému výzkumu.

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	7
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Zdravotní postižení.....	9
1.1 Pojem tělesné postižení	9
1.2 Klasifikace tělesných postižení	10
1.3 Typy tělesného postižení.....	11
1.3.1 DMO (dětská mozková obrna).....	11
1.4 Neuromuskulární a svalová onemocnění	14
1.5 Somatická, ortopedická a jiná postižení.....	16
2 Zdravotní postižení v předškolním období	17
3 Ucelený systém rehabilitace.....	18
3.1 Prostředky ucelené rehabilitace.....	18
3.2 Členění terapií	19
3.3 Vymezení pojmů terapie, terapeut, terapeutický přístup	20
4 Terapie využívané u dětí s tělesným postižením.....	20
4.1 Fyzioterapie.....	20
4.2 Fyzikální terapie.....	20
4.2.1 Hydroterapie.....	20
4.3 Léčebná tělesná výchova (LTV)	21
4.4 Ergoterapie	22
4.5 Animoterapie.....	23
4.5.1 Hiporehabilitace	23
4.5.2 Canisterapie.....	24
4.6 Logopedie.....	25
4.7 Muzikoterapie	25

PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
5 Cíl práce a výzkumné otázky	27
5.1 Cíl práce	27
5.2 Výzkumné otázky.....	27
6 Metody výzkumu	27
7 Charakteristika zkoumaného souboru	27
8 Případové studie	28
8.1 Případové studie z MŠ při centru ARPIDA, o.p.s	28
8.1.1 Případová studie č. 1	28
8.1.2 Případová studie č. 2	33
8.2 Případové studie z MŠ pro tělesně postižené, Liberec.....	38
8.2.1 Případová studie č. 3	38
8.2.2 Případová studie č. 4	42
9 Vyhodnocení získaných dat	46
10 Diskuze.....	49
11 Závěr	51
ZDROJE.....	53
Přílohy	55
Příloha 1	55
Příloha 2	57

Seznam použitých zkratk

CNS – Centrální nervová soustava

DMO – Dětská mozková obrna

IQ – Inteligenční kvocient

LTV – Léčebná tělesná výchova

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MR – Mentální retardace

MŠ – Mateřská škola

TP – Tělesné postižení

USR – Ucelený systém rehabilitace

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám terapiemi, které se využívají u dětí s tělesným postižením v předškolním věku. Při výběru tématu bakalářské práce mi pomohla praxe v různých speciálních mateřských školách. Zde jsem měla možnost pozorovat práci učitelek a terapeutů s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami. Nejvíce mě zaujala práce u dětí s tělesným postižením. Zaujala mě možnost sledovat vliv různých terapií u dětí v předškolním věku, kdy včasným zahájením terapií, lze předejít dalším obtížím v následujícím vývoji dítěte. Důvodem volby tohoto tématu je i to, že bych ráda v budoucnu pracovala jako učitelka ve speciální mateřské škole.

Touto bakalářskou prací bych ráda zjistila, jaké jsou využívány terapie u dětí s tělesným postižením, zdali jsou efektivní a do jaké míry.

V teoretické části mé práce se zaměřím na zdravotní, především tělesné postižení. Vymezím pojmy, klasifikaci a typy tělesného postižení. Dále vymezím pojem předškolní věk, systém ucelené rehabilitace a terapie jako je fyzikální terapie, LTV, animoterapie, ergoterapie, logopedie a muzikoterapie.

V praktické části se budu věnovat tomu, jaké jednotlivé terapie používají u dětí s tělesným postižením v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a v Základní škole a Mateřské škole pro tělesně postižené v Liberci, Lužická ulice. Hlavním cílem je zjistit, jak působí jednotlivé terapie a jaký mají vliv při péči o děti s tělesným postižením v předškolním věku. K tomuto cíli bych měla dojít za pomoci pozorování, rozhovoru a nahlédnutím do zdravotní a školní dokumentace.

Tato práce by mohla posloužit rodičům, kteří mají dítě s tělesným postižením nebo příbuzným rodinám, kteří se potýkají s touto problematikou či studentům, kteří se o tuto problematiku zajímají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdravotní postižení

Školský zákon č. 561/2004 sb. §16 odstavec 2 ve znění pozdějších předpisů uvádí, že za zdravotní postižení je považováno postižení tělesné, mentální, zrakové či sluchové, ale i vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení a chování.

Dle MKF lze Disability (postižení) chápat jako *snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.* (MKF, s. 9, 2001)

1.1 Pojem tělesné postižení

Vítková (in Pipeková 2006, s 168) uvádí, že *„osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu, jejichž společným znakem je omezení pohybu, a tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti“.*

Tělesně postižení jedinci jsou ti, u kterých tělesné postižení spočívá ve vadě nosného a hybného ústrojí takového rozsahu, že dochází k poruše hybnosti způsobené tělesnou vadou. Za tělesně postižené jsou považováni i ti jedinci, kteří trpí degenerativními, metabolickými, endokrinními ale i dalšími poruchami jako např. srdeční vady, revmatické potíže či nemoci dýchacího systému. (Kocourová a kol., 2002)

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

Za tělesné postižení se považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením ne kognitivní, emocionální a sociální výkony. (Vítková in Valenta a kol., 2014, s. 107)

Tělesné postižení postihuje především pohybový aparát, dochází k poruše anatomické struktury či funkce pohybového aparátu. Mohou to být kostní a svalové poruchy (deformity, amputace, svalové dystrofie), ale i funkční poruchy související

s postižením periferní i centrální nervové soustavy. (Kašpar, Kašparová in Květňová-Švecová 2004, s. 19)

1.2 Klasifikace tělesných postižení

Tělesné postižení můžeme rozdělit podle doby vzniku nebo podle etiologie.

Podle doby vzniku

➤ Vrozená tělesná postižení

Mezi nejčastější vrozená tělesná postižení patří například vrozené vady lebky; rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře; nevyvinutí končetin nebo jejich částí, dětská mozková obrna. (Slowík, 2016)

Renotierová uvádí, že vrozené vady vznikají již v prvních týdnech těhotenství. Na vzniku se mohou podílet působící vlivy v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. (Renotierová, 2002)

Štainigl (in Kocurová a kol. 2002, s. 108) uvádí, že z psychologického hlediska se musí jedinec trvale přizpůsobit náročné životní situaci, jelikož jeho vývoj probíhá za ztížených podmínek.

➤ Získaná tělesná postižení

K získaným tělesným postižením řadíme například deformity páteře; úrazy zlomeniny, amputace nebo následky onemocnění – revmatismus, myopatie apod. (Slowík, 2016)

Štainigl (in Kocurová a kol. 2002, s. 108) uvádí, že získané tělesné postižení vyžaduje změnu životní situace a důležitým úkolem je vyrovnání se s touto situací.

Podle etiologie

- *Tělesné odchylky a oslabení – vady páteře, luxace kloubů*
- *Tělesné vývojové vady – vady lebky, rozštěpy, vady končetin*
- *Úrazy – v důsledku poranění páteře*

- *Následky nemoci – encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské boreliózy, nádorová onemocnění a další*
- *Dětská mozková obrna*
- *Dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení – alergie, astma, ekzemická onemocnění, oslabení imunity, epilepsie apod. (Slowík 2016, s. 101)*

1.3 Typy tělesného postižení

1.3.1 DMO (dětská mozková obrna)

Dětská mozková obrna spadá mezi nejčastější somatické postižení a zahrnuje širokou škálu poruch odlišné etiopatogeneze. (Jankovský, 2006) DMO je trvalé a neprogresivní postižení hybnosti, nikoliv neměnné. Na základě poškození mozku postihuje motorický systém. (Kraus a kol., 2005)

Základní formy DMO:

a) Spastické formy DMO

- Diparetická forma
- Hemiparetická forma
- Kvadriparetická forma

b) Nespastické formy DMO

- Hypotonická forma
- Dyskineticko-dystonická (extrapyramidová) forma
- Cerebelární forma

c) Smíšené formy DMO

(Jankovský, 2006, s. 41-42)

Spastické formy DMO

Diparetická forma

Tato forma se vyznačuje postižením dolních končetin různého stupně (Jankovský, 2006). Nejvíce bývají zasaženy abduktory stehna, flexory nohy a bérce, což se projevuje nůžkovitou chůzí, kdy jedinec chodí po špičkách s pokrčenými koleny (Pipeková, 2006). U této formy DMO se převážně vyskytuje strabismus a problémy se zrakovým vnímáním. V nízké míře se může vyskytnout epilepsie či snížení intelektových funkcí. (Vítková in Valenta a kol., 2014)

Hemiparetická forma

Tato forma se se projevuje postižením hybnosti na levé či pravé polovině těla, přičemž bývá podstatněji zasažena horní končetina (Kocurová, 2002). Pro horní končetinu je typické flekční držení ruky, což nám může připomínat složené ptačí křídlo (Jankovský, 2006). Pro dolní končetinu bývá typická napjatost, která jedinci umožňuje chodit po špičkách. (Pipeková, 2006)

Kvadruparetická forma

Jedná se o poškození všech čtyř končetin. U jednotlivých končetin může jít o různý stupeň postižení. U této formy převažuje větší poškození dolních končetin nebo převažuje poškození jedné strany nad druhou. (Jankovský, 2006)

Nespastické formy DMO

Hypotonická forma

Pro tuto formu DMO je charakteristické oslabení svalového tonu trupu i končetin, a to centrálního původu. Z hlediska diagnostiky je nezbytné dbát na pozornost poruch intelektu a epileptických záchvatů, jelikož slouží jako rozlišující znamení hypotonické formy DMO od hypotonie periferního typu (např. v důsledku nervosvalových onemocnění). (Jankovský, 2006)

Dyskineticko-dystonická forma

Základní poruchou dystonicko-dyskinetické formy je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu. Přetrvávají primitivní pohybové vzory, jako jsou asymetrické tonické šjínní reflexy

a mnohdy je přítomný i podíl spastické složky. (Kraus, 2005, s. 81) Často se také u této formy DMO vyskytuje opistotonické držení hlavy (s obloukovitým prohnutím vzad). (Jankovský, 2006)

Cerebelární forma

Pro tuto formu DMO je charakteristická neprogresivní cerebelární ataxie. (Kraus a kol., 2005)

Směšené formy DMO

Častou kombinací smíšené formy DMO je ataxie, dystonie a spasticita. V současné době se smíšená forma vyskytuje častěji v pokroku neonatologické péči. (Kraus a kol., 2005)

Přidružená onemocnění k DMO

➤ Mentální retardace

MR je trvalým stavem, který se vyznačuje snížením intelektových schopností. Vývoj jedince je opožděn, což se projevuje ve vzdělávání a v socializaci. Dle revize č. 10 v Mezinárodní klasifikaci nemocí se člení na lehkou mentální retardaci (IQ 50-69), na středně těžkou mentální retardaci (IQ 35-49), těžkou mentální retardaci (IQ 20-34) a na hlubokou mentální retardaci (IQ pod 20). (Jankovský, 2006)

Ve spojitosti k dětské mozkové obrně S. Kotagal (1996) uvádí poměr stupňů mentální retardace. Přibližně 1/3 dětí s DMO má střední až těžkou mentální retardaci, 1/3 dětí má lehkou mentální retardaci a 1/3 dětí odpovídá variační šíři normálu.

➤ Epilepsie

Epilepsie je neurologická porucha, která je doprovázena záchvaty, které jsou způsobeny náhlými výboji nervových buněk a tím způsobují poruchy v činnosti mozku. (Kocurová, 2002)

Epilepsie je závažné onemocnění a často může být překážkou při zapojení jedince s postižením do aktivního života, především když dochází k opakovaným epileptickým záchvatům (paroxysmům). U dětí převažují záchvaty myoklonické (záškuby různé intenzity a lokalizace) a také se u školních dětí často objevuje zahledění. Záchvaty lze

rozdělit na parciální (petit mal), generalizované (grand mal), ty zasahují obě hemisféry současně a na tzv. status epilepticus, což je závažný stav, při kterém dochází k protražovanému záchvatu, či k sériím záchvatů, kdy se jedinec neprobírá k úplnému vědomí. (Jankovský, 2006)

➤ Smyslové poruchy

Mezi nejčastější smyslové poruchy u DMO patří **poruchy zraku**, mezi které spadá např. amblyopie (tupožrakost), strabismus (šilhavost) a nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očí).

Poruchy sluchu mohou mít u dětí s DMO negativní dopad na socializaci, jelikož nedoslýchavostí může docházet k deformaci řeči, což se projevuje především ve výchovně vzdělávací činnosti.

Se sluchovým postižením jsou úzce spjaty **poruchy řeči**. Častou poruchou expresivní složky řeči je dyslálie (špatná artikulace hlásek). Další závažnou poruchou je anartrie (neschopnost artikulovat hlásky) a dysartrie (artikulace je nesrozumitelná). Také sem řadíme poruchy centrálního původu jako je vývojová dysfázie (zamezený vývoj řeči) nebo afázie (přerušovaný vývoj řeči). (Jankovský, 2006)

1.4 Neuromuskulární a svalová onemocnění

➤ Spinální muskulární atrofie (SMA)

Jedná se o progresivní a dědičné onemocnění, při kterém dochází k postižení předních rohů míšních.

➤ Artrogrypóza (arthrogryposis multiplex congenita)

Pro toto neuromuskulární onemocnění, které vzniká v rámci myopatií, lézí předních rohů míšních či motorických kořenů jsou typické mnohočetné kloubní deformity, které jsou zjevné už po narození. Projevuje se to na kyčelním, kolenním, loketním a zápěstním kloubu. (Jankovský, 2006)

➤ Poliomyelitida (dětská obrna)

Jedná se o infekční onemocnění, které postihuje motorické buňky na předních kořenech míšních a způsobuje ochrnutí svalů na končetinách. Prevencí proti tomuto onemocnění je Sabinova vakcína. (Pipeková, 2006)

➤ Progresivní svalová dystrofie

Je to onemocnění, při kterém dochází k úbytku svalových vláken, která jsou nahrazována tukovou či vazivovou tkání (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014). Tato nemoc se projevuje kolébavou chůzí a prohnutím trupu vpřed. Většinou se začíná projevovat v dětství, v dospělosti je výskyt vzácný. (Renotierová in Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Typy svalové dystrofie

❖ Duchennova svalová dystrofie

Toto onemocnění je dědičné a převážně postihuje pouze mužské pohlaví. V různé míře a posoupnosti dochází ve všech svalech k úbytku svalstva (Jankovský, 2006). Příčinou tohoto onemocnění je typ genové mutace. Většinou se první příznak projevuje tím, že děti začnou později chodit, dalším projevem v předškolním období jsou časté pády u dětí a poté dojde ke kolébavé chůzi. Problémem také může být, že tito jedinci mají zkrácené Achillovy šlachy, což způsobuje chůzi po špičkách a také mohou mít problémy při chůzi do schodů. (Fischer, Škoda, 2008)

❖ Charcotova – Marieova Tooth choroba

Dědičné onemocnění, které se projevuje postupným zánikem osových vláken a myelinových pochev periferních nervů.

➤ Metabolické myopatie

Lze sem zařadit tzv. glykogenózu, v těle chybí glukóza, která se neuvolňuje ze svalového glykogenu. (Jankovský, 2006)

1.5 Somatická, ortopedická a jiná postižení

Deformity lebky

- ❖ Mikrocefalie – dochází k předčasnému srůstu lebečních švů, což se vyznačuje malým obvodem hlavičky dítěte.
- ❖ Makrocefalie – vzniká v důsledku obstrukce. Tím se hromadí mozkomíšní mok v mozkových komorách a zvětšením tlaku se zvětšuje růst hlavičky.

Dalším souvisejícím onemocněním je metabolická megalencefalie, která vzniká v důsledku poruch metabolismu a dochází při ní ke zvyšování nitrolebního tlaku. Velmi závažným onemocněním CNS je také tuberózní skleróza, což je genetické onemocnění mozku. Projevuje se mentální retardací, epilepsií, ale také se mohou projevit kožní či nervové příznaky a může zasáhnout ledviny či srdce.

Dále se můžeme setkat s tumory CNS, které rozlišujeme na benigní a maligní, ale také na operabilní či inoperabilní. K poranění mozku může dojít i otřesem (komoce), zhmožděním (kontuze), ale i stlačením (komprese). (Jankovský, 2006)

Vrozený rozštěp páteře

- ❖ Spina bifida occulta – rozštěp páteře, při kterém zůstává otevřený páteřní kanálek, ale mícha a míšní pleny se uzavírají.
- ❖ Meningokéla – je to závažnější forma, při které dochází k vyhrěznutí míšních obalů z páteře přes neuzavřené obratle. V bederní části se vytváří vak s mozkomíšním mokem, který lze odstranit. U většiny pacientů lze tuto formu řešit chirurgickým zákrokem.
- ❖ Meningomyelokéla – je to nejzávažnější forma, kdy dochází k vyhrěznutí části míchy, tak i míšních obratlů z páteřního kanálku. Následkem této formy spiny bifidy je postižení převážně dolních končetin a ovládní svěračů močového měchýře a střeva (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014). U mnoha případů se také u meningomyelokély vyskytuje hydrocefalus, který se projevuje hromaděním mozkomíšního moku v mozkových komorách a tlačí na okolní tkáň. (Fischer, Škoda, 2008)

Dalším souvisejícím onemocněním může být lordóza, kyfóza či skolióza. Dále Scheuermannova nemoc, která se projevuje bolestí zad a změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách. Onemocnění, pro které je charakteristická zvýšená lomivost kostí se nazývá osteogenesis imperfecta. (Jankovský, 2006)

Malformace končetin

Souhrnným názvem vrozených vad končetin je dysmelie. Dle stupně postižení rozeznáváme formy dysmelie:

- ❖ amelie – vrozená vada, kdy jedinci chybí celá končetina
- ❖ peromelie – vrozená vady, kdy jedinci chybí část paže – předloktí či ruka
- ❖ mikromelie – celkové zmenšení končetiny
- ❖ fokomelie – malformované končetiny nasedají přímo na ramena (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

2 Zdravotní postižení v předškolním období

Předškolní období dítěte je věkově vymezeno od tří do šesti až sedmi let. Tato fáze není ukončena pouze fyzickým věkem dítěte, ale především končí nástupem dítěte do školy.

Vágnerová uvádí, že *předškolní věk je charakteristický stabilizací vlastní pozice ve světě, diferenciací vztahu ke světu. V jeho poznání dítěti pomáhá představivost, je to fáze fantazijního zpracování informací, intuitivního uvažování, které ještě není regulováno logikou* (Vágnerová, 2005 s. 173). Toto období bývá také označováno jako období iniciativy, kdy dítě touží něco vytvořit či samo zvládnout. Svě představy uzpůsobuje vlastním možnostem a potřebám. V tomto věku přetrvává i egocentrismus, který ovlivňuje uvažování i komunikaci. (Vágnerová, 2005)

Pro toto období je také typický rozvoj v oblasti socializace a poznávacích procesů. Tím, že jsou děti omezeny tělesným postižením, mohou strádat z nedostatku smyslových podnětů. U dětí, které mají za přidružené onemocnění snížení intelektových funkcí, se vyskytuje porucha pozornosti, zvyšuje se unavitelnost a snižuje aktivační úroveň. (Vítková in Valenta a kol., 2014)

Předškolní vzdělávání je realizováno podle zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání ve znění pozdějších předpisů.

Dále je předškolní vzdělávání podrobně obsaženo ve Vyhlášce č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělání, v platném znění. Vyhláška se týká podmínek provozu, organizaci, počtu dětí, stravování, bezpečnosti aj. Pokud je to možno, měly by být děti vzdělávány v běžném prostředí a třídách. Děti by měly být v příjemném prostředí školy, přijaty ostatními dětmi, jejich rodiči i učiteli. Důležitou roli hraje i spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami či speciálně-pedagogickými centry a měla by být dětem poskytována kvalitní podpora, která může spočívat např. v pomůckách nebo v asistentu pedagoga. (Slowík, 2007)

3 Ucelený systém rehabilitace

Ucelený systém rehabilitace efektivně propojuje léčebné, pedagogické, sociální a pracovní prostředky. Proto je důležité vytvořit multidisciplinární tým, ve kterém má každý odborník své místo. Je nezbytné, aby fungovala spolupráce nejen v rámci tohoto týmu, ale i s rodiči. (Jankovský in Pfeiffer a kol. 2014)

3.1 Prostředky ucelené rehabilitace

➤ Léčebné prostředky rehabilitace

Prostředky léčebné rehabilitace jsou zaměřeny na odstranění postižení a funkčních poruch, ale i na zmírnění následků. Mezi tyto prostředky spadá: fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova (LTV), ergoterapie, animoterapie, a další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie)

➤ Pedagogické prostředky rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je nejdůležitější v období dětství a dospívání a nutno ji chápat jako pedagogický jev, jelikož je výchova soustavný celoživotní proces. Pedagogická rehabilitace je chápána ve smyslu reedukace, kdy na jedince působí pedagogicko-psychologické prostředky a tím se usiluje o obnovení normálního stavu. Do pedagogických prostředků spadá raná péče (včasná intervence), školní edukace i profesní vzdělání. (Jankovský, 2006)

➤ Sociální prostředky rehabilitace

Sociální rehabilitace spočívá především v tom, aby jedinci se zdravotním postižením byli samostatní a soběstační, aby dokázali rozhodovat o vlastním životě a dosahovali svých cílů. Také usiluje o co nejvyšší stupeň sociální integrace, kterou lze chápat jako snahu o to, aby osoby se zdravotním postižením byly přijímány společností. Součástí sociální rehabilitace je zajistit ekonomické a materiální podmínky. Především se jedná o invalidní důchod, ale také příspěvky na úpravu domu či koupi auta. (Votava a kol., 2005)

➤ Pracovní prostředky rehabilitace

Jedná se o profesní přípravu, ale i soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, aby se mohli uplatnit a začlenit na trhu práce. Tito jedinci mohou dle zákona 435/2004 Sb. o zaměstnanosti využívat služeb, jako jsou např. rekvalifikace nebo podporované zaměstnávání. (Jankovský, 2006)

3.2 Členění terapií

Terapeutické prostředky ve speciální pedagogice, ve kterých je dbán velký důraz na psychoterapii, lze rozdělit do pěti základních skupin.

Terapie hrou – je možné charakterizovat jako využití prostředků hry, které by mělo pomoci jedincům, především dětem změnit jejich prožívání a chování společensky správným směrem. Ve vývoji jedince, je na hru kladen velký důraz, jelikož má terapeutický, diagnostický a výchovný charakter.

Činnostní a pracovní terapie – terapie, při které jedinci zachází s různým materiálem či předměty. Hlavním cílem této terapie je nacvičovat činnosti z běžného a praktického života.

Psychomotorická terapie – tato terapie se vyznačuje především tím, že se využívají pohybové prostředky a techniky jako např. pantomima, tanec, pohybové hry, jóga.

Expresivní terapie neboli arteterapie – zde se využívají prvky umění. Umění dramatické, literární, výtvarné a hudební.

Terapie se zvířetem neboli animoterapie – se vyznačuje tím, že terapeutickým prostředkem je zvíře. (Müller in Renotírová, Ludvíková a kol. 2005)

3.3 Vymezení pojmů terapie, terapeut, terapeutický přístup

Terapie – je řecko-latinského původu, jež odkazuje na léčení, ošetřování, ale také pomáhání či starání se nebo cvičení.

Terapeut – za terapeuta se považuje osoba, která má odpovídající vzdělání, osobnostní předpoklady a především i vzdělání formou výcviku. Využívá nejrůznější techniky, metody, prostředky a formy práce.

Terapeutický přístup – lze chápat jako odborný a cílený způsob jednání člověka s člověkem, který směřuje k odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží, či příčin. (Müller, 2005)

4 Terapie využívané u dětí s tělesným postižením

4.1 Fyzioterapie

Fyzioterapie *„je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických.“* (Zeman in Pfeiffer a kol. 2014, str. 131)

4.2 Fyzikální terapie

Jedná se o terapie, při kterých dochází k využívání vnější energie na lidský organismus. Základní charakteristikou všech typů fyzikální terapie je *„ovlivnění aferentního nervového systému. Fyzikální podněty zvyšují nebo modifikují aferentní tok informací do centrální nervové soustavy. Pomocí ovlivnění aferentního systému ve fázi vznikání funkční poruchy lze dosáhnout zaktivizování autoreparačních mechanismů organismu.“* Zeman (in Pfeiffer a kol. 2014, str. 139). Mezi fyzikální terapie lze zařadit mechanoterapii (různé druhy masáží), fototerapii, elektroterapii, termoterapii, balneoterapii, hydroterapii a další.

4.2.1 Hydroterapie

„Hydroterapie, je metodická aplikace vody s různou teplotou a v různých skupenstvích k dietetickým, profylaktickým a terapeutickým účelům“ (Rovenský, 2006, str. 89).

Při hydroterapii neboli vodoléčbě se využívají tři účinky vody. Účinek chemický, který obsahuje minerální látky, další účinek se týká teploty, proto je nazýván termický a poslední účinek je mechanický, při kterém se využívá hydrostatického vztlaku na ponořeného jedince, kdy vztlak může nadlehčovat končetinu pacienta. Vodoléčbu lze také rozdělit dle procedur. Mezi procedury malé vodoléčby lze řadit omývání, zábaly, obklady či polevy. Mezi procedury velké vodoléčby lze řadit celkovou koupel, vířivou lázeň, perličkovou koupel, střídavou nožní koupel, ale také sirnou, jodovou či uhličitou koupel nebo saunu. (Zeman in Pfeiffer, 2014)

4.3 Léčebná tělesná výchova (LTV)

Léčebnou rehabilitace je nutné začít co nejdříve. Tato metoda se zaměřuje na obnovení zdravotního stavu za krátkou dobu. Léčebná terapie využívá nejčastěji následující metody.

Vojtova metoda reflexní lokomoce – tato metoda se nejvíce využívá u dětí s DMO. Metoda spočívá v tom, že určitý podnět, vyvolá reakci, a ta se stane základem pro napřimování. Používá se sedm polohovacích reakcí. Cílem této metody je dosáhnout pohybového vzoru. Pohybový vzor působí proti nedostatku v koordinaci a držení těla. (Renotiérová in Renotiérová a Ludíková a kol., 2006).

Jankovský uvádí, že Vojtova metoda reflexní lokomoce, je metoda, jejímž základem jsou dva pohybové prvky, a to reflexní plazení a reflexní otáčení. Tím se aktivuje centrální nervová soustava a v ní lze pak potlačit patologicky změněnou hybnost. (Jankovský, 2006)

Metodika manželů Bobathových – tato metoda se vyznačuje tím, že při ní dochází k uvolňování „*svalového napětí pomocí polohových a pohybových reflexů, uvedením celého těla nebo její částí (hlavy, trupu či končetin) do tzv. reflexně-inhibičních poloh.*“ (Renotiérová in Renotiérová, Ludíková a kol. 2006, str. 233)

Petöho metodika – tato metoda dbá na rozvoj pohybových dovedností a volných vlastností u dětí s tělesným postižením. Jsou k tomu využívány pomůcky, které se běžně využívají v průběhu dne (např. židle, stoličky...). Renotiérová (in Renotiérová, Ludíková a kol. 2006)

Kabatova metodika – vyznačuje se tím, že pohyb je prováděn v úhlopříčných rovinách proti maximálnímu odporu.

Další metodou, která se využívá u dětí s tělesným postižením je **metodika profesora Tardieu**, která využívá pedagogicko-psychologického přístupu, kompenzační pomůcky a faktorové hodnocení. Dále se můžeme setkat s metodami jako je **Proprioceptivní neuromuskulární facilitace** (PNF) nebo terapie dle **J. Čáповé**, která se vyznačuje vývojovou kineziologií. (Jankovský, 2006)

4.4 Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. (Dočkal in Müller a kol. 2005)

Smyslem ergoterapie je zachovat či navrátit schopnosti smysluplnými činnostmi, jelikož zachování schopností je pro jedince nezbytně důležité. (Svěcená, Švestková in Pfeiffer a kol. 2014)

Za důležité cíle ergoterapie lze považovat aktivní začlenění jedinců do společnosti, komunikaci s lidmi kolem sebe, podporovat aktivní a pozitivní přístup ke kvalitě života. (Dočkal in Müller a kol. 2005)

Ergoterapie se zaměřuje na několik oblastí: **soběstačnost** – zde se s klientem nacvičují běžné aktivity, které potřebuje k běžnému životu, a jsou pro klienta zásadní. Patří sem oblékání, prvky osobní hygieny, ale také nakupování a domácí práce. **Evaluace bytu a bezbariérovost** je další oblastí. Tato oblast spočívá především v tom, že ergoterapeut pomáhá klientovi v tom, jak vhodně upravit byt či dům, aby byl klient co nejvíce soběstačný. Doporučuje také kompenzační pomůcky a hodnotí i exteriér okolí bytu či domu. Další oblastí je **motorika a funkce horních končetin**. Terapeut se zaměřuje na to, aby byla udržena funkční úroveň horních končetin. Velmi blízko je tato oblast propojena s oblastí soběstačnosti. Oblast, která je zaměřena na **kognitivní funkce**, má vliv na činnosti režimu dne. Hlavním znakem je bezpečnost klienta. Další oblastí, která sem spadá, je **ergodiagnostika**. Tato oblast spočívá v tom, že terapeut hodnotí potenciál klienta pomocí rozhovoru. Poslední oblastí je **program dne a volnočasové aktivity**. Aby nedocházelo u klienta ke snížení kvality života, měla by se rozvíjet jeho osobnost.

Ergoterapeut by mu uměl mít pomoci najít ty aktivity, které by ho naplňovaly a bavily. (Svěcená, Švestková in Pfeiffer a kol. 2014)

Součástí ergoterapie je i dětská ergoterapie, která je založena především na přirozené hře dětí. Děti si pohybové stereotypy teprve vytváří, a proto se nejedná o znovuoobnovení ztracených funkcí. Také je nutné brát na ohled vývojové hledisko dítěte a velmi důležitý je individuální přístup a spolupráce s rodiči. (Jankovský, 2006)

4.5 Animoterapie

Animoterapie se vyznačuje jako terapie prostřednictvím zvířat. Mezi nejčastěji používaná zvířata při terapiích jsou psi, kočky, koně, ale i různí hlodavci (myši, morčata, králíci, křečci apod.) nebo k pozorování mohou složit želvy, rybičky či hadi. (Dudková in Müller a kol. 2005)

4.5.1 Hiporehabilitace

Hiporehabilitace je rehabilitace, která využívá působení koně. Je to propojení medicínské, pedagogicko-psychologické a sportovní oblasti. Hiporehabilitace má tři základní okruhy: hipoterapie, léčebně pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění osob se zdravotním postižením neboli parajezdectví.

Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní terapie, která využívá k léčebným účelům působení koně. Tato metoda vychází z neurofyziologických základů a využívá působení různých prvků jako je vliv tepla koně, krok koně, hmatové podněty, podpůrné a obranné reakce. Hipoterapii doporučuje a posuzuje odborný lékař, kterým je zpravidla neurolog či rehabilitační lékař. Hipoterapeut tuto terapii vede a může k sobě mít pomocníka, který zajišťuje bezpečnost klienta. Za koně zodpovídá hipolog. (Jankovský in Pfeiffer a kol., 2014)

Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění

Tato terapie hlavně spočívá v psychoterapii a socioterapii a především se využívá u jedinců s mentální retardací, poruchami chování či duševní poruchou. Terapie spočívá v tom, že klient má za úkol od terapeuta plnit samostatně různé úkoly, které probíhají ve stáji, jízdárně či v sedle koně. Klient může koně pozorovat, hladit, sedlat, cvičit, hrát hry či jezdit.

Sportovní a rekreační ježdění osob se zdravotním postižením

Tento okruh hipoterapie se zaměřuje na integraci jedinců do společnosti, což může i některým jedincům umožňovat soutěžení se zdravými jedinci. (Dudková in Müller, 2005)

4.5.2 Canisterapie

Pojem canisterapie vznikl z latinského pojmu canis (pes) a pojmu terapie (léčba). Je to terapie, která využívá pozitivního vlivu psa na zdraví jedince. K tomu, aby byl mezi klientem a terapeutem příjemný a vzájemný kontakt, napomáhá právě pes. Terapie mohou být prováděny jak individuálně, tak skupinově.

U jedinců s tělesným postižením pomáhá canisterapie k aktivizaci, tělesnému rozvoji, ale také k rychlejšímu a brzkému uzdravení či zlepšení zdravotního stavu. U DMO spastické formy dochází pomocí této terapie k uvolňování spasmů. U hypotonické formy dochází k posílení svalového napětí. U jedinců s epilepsií může terapie včas varovat před blížícími se záchvaty. Také u jedinců dochází ke zvyšování sebevědomí, vede jedince k samostatnosti a nezávislosti.

Psovodem je většinou majitel psa, který nese odpovědnost za zdravotní stav psa. Psovod musí psa znát, starat se o něj a zúčastňovat se a absolvovat zkoušky z canisterapie, které se ověřují každé dva roky. Také by měl umět předvídat nečekané situace a umět na ně vhodně reagovat. Pes musí poslouchat svého pána díky povelům, jelikož psovod zodpovídá za veškerou bezpečnost, která se týká chování psa především vůči klientům.

Fáze canisterapie

Jako první by měla být úvodní část, kdy dochází ke vzájemnému seznámení a přivítání (podání tlapky). Dále by měla posloužit k navození pocitu bezpečí, jistoty a důvěry. Klient by měl být při příchodu psa ve stejné výšce. Pes by měl být klidný a neměl by na klienty štěkat. Další částí je relaxační neboli prožitková část. V této fázi jde o citový prožitek klienta. Klientovi je důležité nechat dostatek času a nechat ho vše prožít. Dochází k uvolnění celého těla i spasticity. Třetí fází je aktivní část, při které se vyžaduje aktivita klienta dle jeho individuálních možností. Spadají sem činnosti, které jsou zaměřeny na rozvoj hrubé i jemné motoriky, na rozvoj orientace i komunikace. Poslední fází je závěrečná část, při které dochází k uklidnění, pochvale a zhodnocení. (Vrbová in Müller a kol. 2005)

4.6 Logopedie

Logopedickou terapii je možno charakterizovat jako „*Aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické stimulaci záměrného učení*“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 39)

Metody logopedické terapie lze rozdělit na

- stimulující – metodu lze uplatnit při stimulaci nerozvinutého či opožděného vývoje řeči
- korigující – metoda koriguje vadný řečový projev
- redukující – metoda, která redukuje ztracené či dezintegrované řečové funkce

Lze také využít dostupné metody z oblasti všeobecné, ale i speciální pedagogiky. Mohou se využívat formy individuální nebo skupinové terapie. Je vhodné dodržovat principy jako např.: názornost, relaxace, týmový a holistický přístup, krátkodobé, ale časté cvičení a snaha o normální vývoj řeči. Důležitou roli zde hraje i podpory rodiny a okolí. (Škodová, Jedlička, 2007)

Logopedická péče je nezbytnou součástí komplexní rehabilitace. Je zde velice důležitá spolupráce s ostatními odborníky. U dětí s dětskou mozkovou obrnou je vývoj řeči ovlivněn již od počátku. Logopedická péče by měla probíhat především individuálně za přítomnosti alespoň jednoho rodiče. (Šáchová in Kraus a kol., 2005)

4.7 Muzikoterapie

„*Muzikoterapie je použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál, anebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009, str. 27).

Valenta rozlišuje muzikoterapii na oblast „*hudby v terapii*“, která se využívá především v psychoterapii a na oblast „*hudby jako terapie*“, která se využívá ve speciální

pedagogice. Muzikoterapie je používána převážně u jedinců se zdravotními a edukačními problémy ve všech věkových kategoriích. Tato terapie má dvě formy, které mohou tvořit i celek. První forma je receptivní, což spočívá ve vnímání a prožívání poslechu hudby a druhá forma se nazývá aktivní. Ta spočívá v aktivní hudební tvorbě, jako je zpěv či hra na tělo nebo hudební nástroj. (Valenta, 2014)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl práce a výzkumné otázky

5.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce v praktické části bylo zjistit, jak působí jednotlivé terapie a jaký mají vliv při péči o děti s tělesným postižením v předškolním věku.

5.2 Výzkumné otázky

Cíle bylo dosahováno za pomoci výzkumných otázek:

1. *Jaké terapie se využívají v obou mateřských školách zařazených do výzkumu?*
2. *Jak efektivní jsou používané terapie?*
3. *Jak se děti těchto mateřských škol chovají před, při a po terapii?*

6 Metody výzkumu

Praktická část mé bakalářské práce byla prováděna kvalitativním výzkumným šetřením. Data byla sesbírána prostřednictvím pozorování, které jsem realizovala v mateřských školách a také pomocí rozhovoru s učitelkami mateřských škol, terapeuty v rámci zařízení a s rodiči zúčastněných dětí. Během návštěv do mateřských škol, jsem měla možnost nahlédnout a prostudovat si zdravotní a školní dokumentaci dětí. Rozhovory byly zaznamenávány na mobilní telefon. Rozhovory s učitelkami a terapeuty byly prováděny v soukromí, a to buď v prázdné třídě či pracovně terapeuta v mateřské škole. Rozhovor s rodiči probíhal také v mateřské škole v prázdné třídě. Z důvodu zachování anonymity, jsou jména dětí pozměněna. (viz příloha BP č. 2)

7 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumným souborem pro moji bakalářskou práci jsou děti s tělesným postižením v předškolním věku, které navštěvují speciální mateřskou školu. Soubor pro moji práci tvoří 2 děti z Mateřské školy při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a 2 děti z Mateřské školy pro tělesně postižené v Liberci.

Mateřská škola při centru ARPIDA, o.p.s. zajišťuje předškolní vzdělávání dětem především s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením zpravidla od tří let

věku dítěte. Mateřskou školu tvoří tři třídy, a v každé třídě s dětmi pracují dvě učitelky. Dětem v této mateřské škole je poskytována komplexní koordinovaná péče v duchu uceleného systému rehabilitace.

Mateřská škola pro tělesně postižené Liberec je především určena pro děti s tělesným postižením i kombinovanými vadami. Mateřská škola je tvořena čtyřmi třídami a v každé třídě buď pracují 2 učitelky, nebo učitelka spolu s asistentkou pedagoga. V budově mateřské školy se nachází tělocvična s kuličkovým bazénem, místnost pro muzikoterapii, rehabilitační místnost, pracovna k logopedii a k využití individuální práce a snoezelen.

Výzkum probíhal v časovém intervalu (mimo letní prázdniny) od března minulého roku do poloviny února tohoto roku. V rámci tohoto výzkumu jsem měla možnost být s dětmi ve třídě jednou týdně. Také jsem se účastnila terapií, kde jsem měla možnost vidět práci terapeutů s tělesně postiženým jedincem. Ke konci výzkumného šetření jsem provedla rozhovory s rodiči dětí, učitelkami a terapeuty. Otázky rozhovorů jsou přiloženy v příloze č. 1.

8 Případové studie

Případová studie je také jedna z metod kvalitativního výzkumu. V jednotlivých případových studiích budou charakterizovány děti, které spadají do výzkumného souboru. Z důvodu zachování anonymity jsou pozměněna jména dětí, viz příloha č. 2.

8.1 Případové studie z MŠ při centru ARPIDA, o.p.s

8.1.1 Případová studie č. 1

Jméno dítěte: Eliška

Věk dítěte: 5,5 let

Diagnóza: DMO – Spastická diplegická forma

Osobní a rodinná anamnéza: Eliška žije v úplné rodině v Českých Budějovicích. Zdravotní stav obou rodičů je dobrý. Eliška byla narozena předčasně ve 26. týdnu, váha 990g. Následný rozvoj bronchopulmonální dysplázie (novorozenecká forma chronického postižení plic) a ikterus (žloutenka) z nezralosti. Po porodu obraz centrální hypotonie přecházející do hypertonie. Diagnóza byla stanovena cca v 8. měsíci věku holčičky. Intelektové schopnosti dívky jsou průměrné. Dívka je zvědavá a bystrá. Ve třídě

je dívka samostatná, dokáže se sama najíst, na toaletu doleze po čtyřech. Jinak je vožena v kočárku. Do mateřské školy nastoupila dívka ve 3,5 letech na základě rozhodnutí zákonných zástupců a posouzení speciálně pedagogického centra.

Rozhovor s maminkou

1. Jaké terapie navštěvuje vaše dítě?

Dcera cvičí dle Vojtovy metody a Bobath konceptu a ostatních technik. Hipoterapie - v Arpidě i mimo ni, logopedie - mimo Arpidu, 1 x ročně lázeňský pobyt v lázních Klimkovic, vodoléčba - perličkové koupele, bazén. Jízda na motomedu, vertikalizační stojan - doma, akupresura, ergoterapie.

2. Kolik let a jak často se vaše dítě věnuje jednotlivým terapiím? Považujete to za dostatečné?

Dcera rehabilituje prakticky od narození dle Vojtovy metody - nejprve 4x denně cca od 2 let, poté 3 x denně Vojtova metoda + Bobath koncept + vertikalizační stojan 60 minut denně, 1x týdně hipoterapie a plavání. Od 3,5 roku (kdy začala chodit do školky) 3x denně cvičení - začali jsme zařazovat více z Bobath konceptu, i když ve Vojtově metodě pokračujeme stále, 2x týdně hipoterapie, 1 x týdně plavání, 1x týdně perličková koupel, 1x týdně 20 min. motomed, ergoterapie - dle kapacit Arpidy cca 1x za 2 týdny.

Považuji to za dostatečně. Ještě je sice trochu prostoru pro další aktivity, ale jako každé dítě si i dcera chce i hrát.

3. Kterou terapii považujete podle Vás za nejvýznamnější?

V počátcích to byla určitě Vojtova metoda cca do 2 let, protože u malých dětí jiným způsobem těžko dosáhneme provedení požadovaného pohybu. Potom už jsme začali považovat za přínosnější cvičení, které je vědomé, ne pouze na reflexním základě, protože dcera už byla schopna reagovat na podněty (podání hračky atd.)

4. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Mentálně dělá dcera velké pokroky, je zvědavá, dokáže si zapamatovat i dlouhé texty, říkanky, písničky, dokáže správně přečíst všechna písmena dokonce i čtyřciferné číslo. Motoricky jde pokrok poměrně pomalu, ale pokroky jsou zřejmé stále, největší posun byl

po intenzivním lázeňské pobytu v minulém roce, kdy se koncem října sama postavila (u překážky ne v prostoru).

5. Ovlivnily některé terapie chování vašeho dítěte?

Z počátku - jako miminko se dcerka cvičení bála (Vojtovy metody) a hodně plakala. Později - už myslím, že ne a pokud ano, tak určitě pozitivně, protože jsme si během cvičení zpívali, povídali říkanky, učili se nové věci (písmenka, barvy, tvary). Určitě získala i pocit určité jistoty a pocitu, že každý den má svůj řád.

6. Zúčastnili jste se některých terapií? A jakých?

Ano, všech.

Většinou je žádoucí, aby si člověk, který se dítěti věnuje některé metody (cviky, techniky) osvoji a mohl v terapii pokračovat i při domácí péči.

7. Navštěvovalo Vaše dítě i nějaké terapie před tím, než začalo navštěvovat MŠ nebo navštěvuje terapie i mimo MŠ?

Ano. Navštěvujeme ještě rehabilitační centrum v Borovanech, kam jezdíme 2 x měsíčně cvičit. 1x týdně navštěvujeme hipoterapii v obci Dynín, kterou provozuje Občanské sdružení Krapet.

8. Jak celkově hodnotíte terapie?

Určitě jako přínosné.

9. Jste rádi, že Vše dítě navštěvuje tuto MŠ?

Ano, jsem ráda především za rehabilitaci v rámci MŠ i Arpidy jako takové a za celkově pestrý program MŠ (výlety, divadelní představení, výstavy).

10. Spolupracujete společně s učitelkami a terapeuty?

Ano snažím se, je to v dceřině zájmu, aby se co nejvíce zlepšila a měla šanci na lepší kvalitu života.

Rozhovor s paní učitelkou

1. Pozorujete nějaké změny na dětech před terapií a po terapií?

Nevidím žádnou zásadní změnu, Eliška se na terapii těší.

2. Kterou terapii považujete za nejvýznamnější?

Myslím si, že jsou důležité všechny.

3. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Ano, vnímám pokroky, co se týče mentální úrovně. Eliška je hodně zvědavá, hodně se vyptává a je přemýšlivá. Co chce, tak to dokáže říct. Dobře reaguje a vhodně odpovídá na položené otázky. Také vidím zlepšení v tom, že se již snaží více o oporu na nohou, více se dokáže vzepřít. Co se týče jemné motoriky, tak je na dobré úrovni. Také vnímám pokroky v jídlu, dříve moc nejedla.

4. Ovlivňují terapie režim dne dětí?

Zásadně ne. Děti vědí, na které terapie chodí a akceptují to.

5. Spolupracujete společně s rodiči a terapeuty?

Ano, s maminkou Elišky je dobrá spolupráce, o svoji dceru jeví velký zájem.

Rozhovor s terapeuty

1. Co považujete za cíl (na co se zaměřujete) u Vaší terapie?

Fyzioterapie – hlavním cílem je, aby došlo ke zlepšení stability a celkové stabilizaci osového orgánu, celého těla. Také aby zvládla sama obejít lehátko, zatím je to s asistencí. Dále zkvalitňovat a docílit nových pohybových dovedností.

Muzikoterapie – snažím se podporovat psychomotorický rozvoj dětí.

Ergoterapie – u Elišky se zaměřuji především na to, aby byla soběstačná v oblékání a ve všem, co se týká režimu dne.

2. V čem vidíte u dítěte pokroky?

Fyzioterapie – zlepšení vidím ve stabilizaci a ve vstávání, dokáže chvíli stát u pevné překážky. Zlepšení vidím především v kvalitě. Další zlepšení vidím po pobytu v lázních, kdy dojde ke zpevnění posturálních svalů, zmenšení spasticity a zlepšení sociálních vztahů.

Muzikoterapie – pokroky vidím v tom, že se již dokáže přizpůsobit a činnosti dělá s nadšením.

Ergoterapie - pokroky vidím v motorice – dokáže zapnout knoflíky, jíst příborem, při oblékání sedí na válci.

3. V čem vidíte nedostatky či problém?

Fyzioterapie – nejvýznamnějším problémem jsou hyperkynézy až choreatické náhlé pohyby a hypotonie trupu

Muzikoterapie – Elišce trvalo delší dobu, než se dokázala přizpůsobit, neudrží dlouho pozornost, občas zůstane u myšlenky, která byla dříve.

Ergoterapie – žádné nedostatky jsem neshledala, naopak ve všem vidím malé pokroky.

4. Spolupracuje s Vámi dítě, soustředí se?

Fyzioterapie – spolupracuje dle nálady, když chce, tak ano, jinak si chce hrát.

Muzikoterapie – Po chvíli pozornost upadá, je nutné časté střídání činností. Reaguje nápodobou.

Ergoterapie - většinou je roztěkaná a zajímá se o věci okolo, ale když děláme věci, které ji baví, tak u toho vydrží v klidu.

5. Jak dlouho se věnujete danému dítěti? (Kolik let, kolikrát týdně?) Je to dostatečné? Změnili byste to?

Fyzioterapie – Eliška cvičí odmala, nyní se jí věnuji 3x týdně 30 minut. Za dostačující to nepovažuji. Cvičila bych několikrát denně, alespoň 2x.

Muzikoterapie – terapie probíhá skupinově 1x týdně a u dětí v předškolním věku to považuji za dostatečné.

Ergoterapie - Elišce se věnuji od té doby, co nastoupila do MŠ (ve 3,5 letech) a 1x týdně.

6. Spolupracujete společně s učitelkami a rodiči?

Fyzioterapie – ano spolupracuji, maminka má velký zájem o to, jak cvičit se svojí dcerkou doma.

Muzikoterapie – ano, spolupracuji s učitelkami i rodiči. Učitelky se účastní skupinových muzikoterapií.

Ergoterapie - ano, spolupracuji s maminkou. Terapie se občas zúčastní.

8.1.2 Případová studie č. 2

Jméno dítěte: Tomáš

Věk dítěte: 5 let

Diagnóza: Klippel-Feilův syndrom

Osobní a rodinná anamnéza: Tomáš žije v úplné rodině. Jeho oba rodiče jsou zdraví. Společně žijí v Českých Budějovicích. Porod proběhl v termínu (pupečník okolo krčku). Krátký krk, malá brada. Plagiocefalie (zploštění hlavičky), centrální hypertonický syndrom. Chlapcova mentální úroveň odpovídá průměru. V sebeobsluze je plně samostatný. Vše zvládá bez problému, pouze ze zdravotních důvodů nemůže být příliš přetěžován. Do mateřské školy při centru ARPIDA byl přijat ve třech letech na základě rozhodnutí speciálně pedagogického centra. Vyšetření v SPC bylo realizováno na základě především toho důvodu, že rodiče se setkali s negativním stanoviskem v běžné mateřské škole kvůli chlapcovu syndromu.

Rozhovor s maminkou

1. Jaké terapie navštěvuje vaše dítě?

Syn navštěvuje v rámci MŠ – hlavně fyzioterapii, muzikoterapii, plavání, logopedii, hipoterapii, občas za nimi chodí pejsci v rámci canisterapie.

2. Kolik let a jak často se vaše dítě věnuje jednotlivým terapiím? Považujete to za dostatečné?

Fyzioterapie v Arpidě – téměř pět let, nyní frekvence 2 x týdně (od tří let zařazení do MŠ), předtím zpočátku 2 x týdně až 1x měsíčně dle doporučení neurologa a fyzioterapeuta, hlavně cvičení doma.

Muzikoterapie, plavání, logopedie – od nástupu do MŠ, téměř dva roky, frekvence 1 x za týden nebo 14dní.

Hipoterapie – dva roky, nepravidelně v rámci MŠ, v loňském roce navíc 1 x týdně odpoledne s rodiči. Bohužel z časových důvodů už toto není možné, je nutná přítomnost rodiče a oba jsme zaměstnaní a pracovní doba nám neumožňuje se účastnit.

Terapie, které syn navštěvuje, považuji za dostatečné, v Arpidě má veškerou možnou péči a pozornost. Hlavně fyzioterapie jsou pro něj důležité a je to velká pomoc pro rodiče, že veškeré terapie jsou v rámci MŠ. Hipoterapie by bylo dobré zachovat ve vyšší míře, ale není možné, abychom se jí účastnili jako rodiče, přestože chápeme proč je doprovod nutný.

3. Kterou terapii považujete podle Vás za nejvýznamnější? A proč?

Nejvýznamnější je pro syna fyzioterapie. Jeho vrozená vývojová vada skeletu a struktur se může těžko zlepšit, ale má tendenci se zhoršovat. Bez cvičení by se mohl více a více hrbít, zkracovaly by se mu svaly. Syn je od narození silně hypertonický, křečovitý a je velmi důležité, aby cvičil s odborníkem, tj. se svou fyzioterapeutkou, které důvěřuje. Využívám konzultací s fyzioterapeutkou, abychom i doma cvičili správně.

Také hipoterapie napomáhala k uvolnění svalů a zvětšení rozsahu otevření kyčlí, bohužel hipoterapii má syn už jen nepravidelně v rámci MŠ.

4. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

V den, kdy cvičí s fyzioterapeutkou je syn uvolněnější, má větší rozsah pohybu rukou. Důležité je cvičit i doma, nejlépe každý den alespoň protahovací cviky, jinak nemá cvičení žádný dlouhodobější efekt. Vzhledem k jeho vadě ani sebevětší intenzita cvičení nepovede k úplnému zlepšení.

Vnímám velké pokroky zejména v oblasti řeči, syna má v péči logopedka přímo v Arpidě, syna si vyzvedává v MŠ.

5. Ovlivnily některé terapie chování vašeho dítěte?

Nemám pocit, že by terapie nějak ovlivňovaly chování syna.

6. Zúčastnili jste se některých terapií? A jakých?

Od začátku jsem se pokaždé účastnila fyzioterapie, od nástupu do MŠ už se účastním pouze výjimečně, abych konzultovala cvičení s fyzioterapeutkou. Zúčastňovala jsem se lekcí hipoterapie. Jedenkrát jsem navštívila hodinu logopedie mimo jiné hlavně proto, abych věděla, jaké cvičení máme dělat doma.

7. Navštěvovalo Vaše dítě i nějaké terapie před tím, než začalo navštěvovat MŠ nebo navštěvuje terapie i mimo MŠ?

V loňském roce hipoterapii.

8. Jak celkově hodnotíte terapie?

Terapie jsou pro syna přínosem.

9. Jste rádi, že Vše dítě navštěvuje tuto MŠ?

Jsem ráda, že syn může navštěvovat MŠ. Do běžné MŠ ho nechtěli zařadit z důvodu jeho syndromu, přestože je mentálně v pořádku a zvládá sebeobsluhu, pouze má menší fyzická omezení. MŠ v Arpidě dala synovi možnost předškolního vzdělávání, veškerý personál školky je vstřícný, profesionální a velkou výhodou je, že syn může navštěvovat všechny terapie v rámci MŠ. Syn je ve školce spokojený a to je nejdůležitější.

10. Spolupracujete společně s učitelkami a terapeuty?

Samozřejmě spolupracuji s učitelkami i terapeuty, abych se dozvěděla, jak se syn ve školce chová, jak vystupuje v kolektivu, co zvládá, na jaké terapie chodí a dále jak máme cvičit doma.

Rozhovor s paní učitelkou

1. Pozorujete nějaké změny na dětech před terapií a po terapií?

Změnu v chování pozoruji pouze tehdy, pokud za sebe zaskakují terapeuti. Tomáše to znejistí, ale nakonec se terapie zúčastní.

2. Kterou terapii považujete za nejvýznamnější?

Myslím si, že mu převážně prospívá kolektiv dětí. To, že navštěvuje terapie je pro něj ale také přínosné.

3. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

U Tomáška vidím pokrok především v socializaci a komunikaci. Dříve si hrál sám, nyní si hraje s dětmi. Více vyhledává v kolektivu dětí bez mentální retardace.

4. Ovlivňují terapie režim dne?

Nijak zásadně ne. S dětmi se zúčastňujeme skupinové muzikoterapie a bazénu.

5. Spolupracujete společně s rodiči a terapeuty?

Ano s Tomášovými rodiči je dobrá spolupráce.

Rozhovory s některými terapeuty

1. Co považujete za cíl (na co se zaměřujete) u Vaší terapie?

Fyzioterapie – zachovat pohyblivost v kloubech a udržovat rozsah v kloubech. Dalším cílem je napřímení hrudní páteře a pohyb v ramenou. Zaměřuji se na cviky na dýchání, aby se zlepšila celková pohyblivost. Důležité je také protahování a uvolnění.

Muzikoterapie – zaměřuji se na podporu psychomotorického rozvoje.

Logopedie – zaměřujeme se na procvičování motoriky mluvidel, upevňujeme hlásky a slabiky a zaměřujeme se především na písmenko R a Ř.

2. V čem vidíte u dítěte pokroky?

Fyzioterapie - pokroky vidím v napřimování hrudní páteře.

Muzikoterapie – mnohem více se zapojuje, činnosti ho baví, je zaujatý.

Logopedie – Umí dobře stavět věty a má velkou slovní zásobu.

3. V čem vidíte problém či nedostatky?

Fyzioterapie – žádný velký problém nepozoruji.

Muzikoterapie – Jako jediný nedostatek mohu vnímat, to, že pokud není dostatečně zaujatý, sleduje dění okolo sebe.

Logopedie – má problémy s dechem, nadechuje se mezi slovy. Problém dělá i písmenko R s Ř.

4. Spolupracuje s Vámi dítě, soustředí se?

Fyzioterapie – Tomáš spolupracuje, ale když nemá náladu, tak ho to nebaví.

Muzikoterapie – reagoval ihned, bez ostychu.

Logopedie – spolupracuje a dobře staví věty.

5. Jak dlouho se věnujete danému dítěti? (Kolik let, kolikrát týdně?) Je to dostatečné? Změnili byste to?

Fyzioterapie – cvičíme na neurofyziologickém podkladě Vojtovu metodu a Bobath koncept a na motomedu. Cvičíme 2x-3x týdně, chtělo by cvičit častěji.

Muzikoterapie – tato terapie probíhá skupinovou formou 1x za týden, a u dětí v MŠ to považují za dostatečné.

Logopedie – Tomovi se věnuji 1x týdně, za dostatečné to nepovažuji.

6. Spolupracujete společně s učitelkami a rodiči?

Fyzioterapie – ano spolupracuji především s rodiči.

Muzikoterapie – Ano s učitelkami, muzikoterapie se také účastní.

Logopedie – Ano spolupracuji s rodiči.

8.2 Případové studie z MŠ pro tělesně postižené, Liberec

8.2.1 Případová studie č. 3

Jméno dítěte: Pavel

Věk dítěte: 4,5 let

Diagnóza: DMO – spastická diparetická forma

Osobní a rodinná anamnéza: Pavel žije v úplné rodině společně s jeho starší sestrou. Jeho matka má astma bronchiale. Otec je zdravý. Pavel se narodil předčasně ve 30. týdnu, vážil 1350 g. Došlo k předčasnému odtoku plodové vody. Následně opožděný psychomotorický vývoj. Diagnóza stanovena v 10. měsíci. Intelektové schopnosti jsou podprůměrné. Chlapec potřebuje dopomoc při svlékání a oblékání na toaletě. Jinak je vcelku také samostatný. Po třídě leze po čtyřech, jinak je vozen na kočárku. Chlapec byl do mateřské školy přijat ve 3 letech na základě žádosti a rozhodnutí speciálně pedagogického centra.

Rozhovor s maminkou

1. Jaké terapie navštěvuje vaše dítě?

Syn v rámci školky cvičí podle Vojtovy metody a Bobath konceptu. Jezdí na motomedu a je stavěn do vertikalizačního stojanu. Také chodí na muzikoterapii, logopedii, canisterapii a do perličkové koupele.

2. Kolik let a jak často se vaše dítě věnuje jednotlivým terapiím? Považujete to za dostatečné?

Se synem cvičíme zhruba od 10. měsíce, co mu byla diagnostikovaná DMO. Začínal s Vojtovou metodou, postupně se k tomu přidávaly i jiné techniky. Ostatní terapie má syn od tří let, v té době nastoupil do MŠ. Za dostatečné to považuji, se synem cvičím i doma.

3. Kterou terapii považujete podle Vás za nejvýznamnější?

Vojtovu metodu.

4. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Pokroky vnímám hlavně v chování. Z počátku byl syn hodně plačtivý a na mě fixovaný. Hodně mu pomohl kolektiv ve školce a paní učitelky. Pokroky vnímám i v sebeobsluze. Sám se dokáže najíst.

5. Ovlivnily některé terapie chování vašeho dítěte?

Jak už jsem říkala, syn byl hodně plačtivý a z počátku terapie jen probřečel. Postupem času se vše zlepšovalo a nyní mám pocit, že syn chodí do školky rád.

6. Zúčastnili jste se některých terapií? A jakých?

Ano, všech, na které syn chodí.

7. Navštěvovalo Vaše dítě i nějaké terapie před tím, než začalo navštěvovat MŠ nebo navštěvuje terapie i mimo MŠ?

Ano, než syn nastoupil do školky, tak jsme navštěvovaly Centrum léčebné rehabilitace. Mimo školku momentálně nikam nechodíme. Snažíme se cvičit doma.

8. Jak celkově hodnotíte terapie?

Pozitivně.

9. Jste rádi, že Vaše dítě navštěvuje tuto MŠ?

Ano, jsem ráda, protože můj syn tam je spokojený.

10. Spolupracujete společně s učitelkami a terapeuty?

Ano, snažím se chodit hlavně na cvičení, abych věděla, jak se synem doma pracovat.

Rozhovor s paní učitelkou

1. Pozorujete nějaké změny na dětech před terapií a po terapii?

Z dlouhodobého hlediska vidím obrovskou změnu. Z počátku Pavel vůbec nechtěl spolupracovat. Byl hodně plačtivý a odmítal všechny aktivity. Poslední rok se Pavlík na terapii vždy těší a to především na pejska (canisterapii).

2. Kterou terapii považujete za nejvýznamnější?

Je důležité, aby bylo propojeno několik terapií a všichni k tomu přistupovali zodpovědně, pak teprve může být něco přínosné.

3. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Ano, pokroky vidím hlavně v chování a v komunikaci.

4. Ovlivňují terapie režim dne dětí?

Terapie probíhají v průběhu dne, a nijak zásadně to režim nenabourává.

5. Spolupracujete společně s rodiči a terapeuty?

Ano, spolupracujeme jak s rodiči, tak s terapeuty.

Rozhovory s terapeuty

1. Co považujete za cíl (na co se zaměřujete) u Vaší terapie?

Fyzioterapie – zaměřuji se na to, aby při lezení zapojoval všechny 4 končetiny a postupem času stoj bez opory.

Logopedie – hlavně se zaměřuji na procvičování motoriky mluvidel a jazyka, aby Pavlík správně artikuloval.

Muzikoterapie – nejprve chci, aby se děti uvolnily, aby hudbu dokázaly vnímat, také se zaměřuji na rozvoj receptivních schopností a komunikačních dovedností.

Canisterapie – snažím se děti motivovat prostřednictvím psa. Důležité je, aby se děti pejska nebáli.

2. V čem vidíte u dítěte pokroky?

Fyzioterapie – velký pokrok je v tom, že chce již cvičit a začíná se stavět u opory.

Logopedie – zvyšuje se mu slovní zásoba a chce spolupracovat.

Muzikoterapie – v tom, že se nyní zapojuje do aktivit, více sleduje děti a opakuje po nich, co má dělat.

Canisterapie – Pavlík dříve postával v koutě a z dálky se na nás díval, co děláme s ostatními dětmi. Nyní pejska pohladí a dá mu i ze své dlaně piškot.

3. V čem vidíte problém či nedostatky?

Fyzioterapie – tady se nedá mluvit o nedostatcích. Chlapec se snaží a rodiče ho podporují.

Logopedie – ve výslovnosti.

Muzikoterapie – Pavlík se zapojuje, takže o žádném velkém problému nevím.

Canisterapie – žádné v současné době nevidím.

4. Spolupracuje s Vámi dítě, soustředí se?

Fyzioterapie – ano již spolupracuje, dříve vůbec.

Logopedie – dříve nespolupracoval téměř vůbec, za poslední rok se hodně zlepšil a snaží se.

Muzikoterapie – spolupracuje, soustředit se dokáže malou chvíli.

Canisterapie – ano, nyní spolupracuje. Je více aktivní a komunikuje.

5. Jak dlouho se věnujete danému dítěti? (Kolik let, kolikrát týdně?) Je to dostatečné? Změnili byste to?

Fyzioterapie – rehabilituje od 3 let, dříve rehabilitoval jinde. V současnosti rehabilitujeme 3x týdně. Za dostatečné to nepovažuji. Chtělo by to několikrát denně.

Muzikoterapie - jednou týdně, muzikoterapie probíhá skupinově. Myslím, že se chlapci věnují od 3 let. A ano, přijde mi to jako dostatečné.

Logopedie – Pavlíkovi se věnují od doby co je ve školce. Individuálně se mu věnují 1x – 2x týdně a jelikož se Pavlík zlepšuje, tak mi to přijde dostatečné.

Canisterapie – od doby co je chlapec ve školce.

6. Spolupracujete společně s učitelkami a rodiči?

Fyzioterapie – ano, rodiče mají o syna velký zájem.

Logopedie – ano, je důležitá spolupráce s rodiči, aby věděly, čemu konkrétně jsme se daný den věnovaly a oni to poté mohly procvičovat doma.

Muzikoterapie – ano, maminka se byla párkrát na chvilku podívat.

Canisterapie – ano s učitelkami, ty se skupinových terapií účastní.

8.2.2 Případová studie č. 4

Jméno dítěte: Lukáš

Věk dítěte: 5,5 let

Diagnóza: DMO – spastická diparetická forma

Osobní a rodinná anamnéza: Lukáš žije s matkou a jeho prarodiči v Liberci. Otec se synem stýká o víkendech. Oba rodiče jsou zdraví. Průběh těhotenství i porod byl v pořádku, ale chlapec se narodil předčasně v 7. měsíci těhotenství. Byl v inkubátoru, kde po nějaké době přestal dýchat. Chlapce zaintubovali a dali ventilátor. Druhý den vše v pořádku a tak byl chlapec po měsíci propuštěn domu. Diagnóza byla zjištěna v 6. měsíci. Chlapcovi intelektové schopnosti jsou průměrné. V sebeobslužných činnostech je samostatný. Řekne si na záchod, sám pije a jí. Dokáže se sám obléknout. Po třídě se ohybuje po čtyřech, jinak je převážen na kočárku. Má rád hudbu a rád poslouchá různé zvuky. Do mateřské školy nastoupil ve 3 letech, na základě žádosti rodičů a rozhodnutí speciálně pedagogického centra.

Rozhovor s maminkou

1. Jaké terapie navštěvuje vaše dítě?

Syn rehabilituje podle Bobath konceptu. Je vertikalizována do stojanu. Jednou ročně jezdí do lázní, po kterých se vždy zlepší. Dále chodí na logopedii, muzikoterapii, canisterapii a na vodoléčbu – perličková koupel.

2. Kolik let a jak často se vaše dítě věnuje jednotlivým terapiím? Považujete to za dostatečné?

Syn rehabilituje od 6. měsíce. Jako malinký rehabilitoval 3x denně Vojtovu metodu. V současnosti rehabilituje ve školce cca 3x týdně, a 1-2x denně cvičíme doma. Ve stojanu je denně cca 30 minut. Canisterapii má 2x v měsíci. Muzikoterapii a perličkovou koupel 1x týdně. 2x do měsíce chodím v odpoledních hodinách se synem na hipoterapii.

3. Kterou terapii považujete podle Vás za nejvýznamnější?

Především rehabilitaci.

4. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Pokroky vidím v motorice. Také si myslím, že synovi prospívají děti kolem něj. Rád si s dětmi hraje a více komunikuje a zpívá si.

5. Ovlivnily některé terapie chování vašeho dítěte?

Ne.

6. Zúčastnili jste se některých terapií? A jakých?

Ano, rehabilitace a canisterapie.

7. Navštěvovalo Vaše dítě i nějaké terapie před tím, než začalo navštěvovat MŠ nebo navštěvuje terapie i mimo MŠ?

Ano 2x měsíčně chodíme na hipoterapii.

8. Jak celkově hodnotíte terapie?

Kladně, jsem ráda, že má syn terapie v rámci školky.

9. Jste rádi, že Vaše dítě navštěvuje tuto MŠ?

Ano, syn je tu spokojený a má tu kamarády.

10. Spolupracujete společně s učitelkami a terapeuty?

Ano s učitelkami komunikuji často.

Rozhovor s paní učitelkou

1. Pozorujete nějaké změny na dětech před terapií a po terapií?

Lukáš se na terapie těší, z počátku se bál chodit na rehabilitace, ale to po chvíli odeznělo.

2. Kterou terapii považujete za nejvýznamnější?

Myslím, že důležité je propojení a spolupráce všech odborníků.

3. Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Lukáš je aktivní a rád se podílí ve všech činnostech. Nyní ho velice zajímají knihy s říkankami a písničkami. Má zájem o to, abychom mu říkaly, co je to za písmena. Dlouho vydrží u poslechu pohádek.

4. Ovlivňují terapie režim dne dětí?

Sice terapie probíhají během režimu dne, ale nijak ho neovlivňují.

5. Spolupracujete společně s rodiči a terapeuty?

Ano především s maminkou.

Rozhovory s terapeuty

1. Co považujete za cíl (na co se zaměřujete) u Vaší terapie?

Fyzioterapie – zaměřuji se na uvolnění spasmů, a aby se u chlapce zlepšila celková stabilita.

Logopedie – zaměřuje se na správnou výslovnost všech hlásek, konkrétně se nyní zaměřujeme na sykavky.

Muzikoterapie – nejprve se snažím, aby se děti uvolnily, aby hudbu dokázaly vnímat, dále se zaměřuji na rozvoj receptivních schopností a komunikačních dovedností.

Canisterapie – snažím se děti motivovat prostřednictvím psa. Důležité je, aby se děti pejska nebáli.

2. V čem vidíte u dítěte pokroky?

Fyzioterapie – v celkové stabilitě, dokáže se postavit u překážky a udělat s oporou pár krůčků.

Logopedie – výslovnost se zlepšuje, je dobré, že ho baví říkanky a písničky, tím si myslím, že se to zlepšuje.

Muzikoterapie – má zájem o nové podněty, říkanky a písničky.

Canisterapie – od začátku se chlapec pejska nebál, spolupracoval.

3. V čem vidíte problém či nedostatky?

Fyzioterapie – u Lukáše jsou vidět pokroky.

Logopedie – v nesprávné výslovnosti sykavek.

Muzikoterapie - hudbu má rád, takže žádné nedostatky nevidím.

Canisterapie – žádné neshledávám.

4. Spolupracuje s Vámi dítě, soustředí se?

Fyzioterapie – ano, spolupracuje, občas se stane, že nemá dobrý den, ale často to nebývá.

Logopedie – když ho baví dané cvičení, tak ano.

Muzikoterapie – ano, Lukáš má velmi rád hudbu. Baví ho zpívat a hrát na Orffovy hudební nástroje.

Canisterapie – ano, se psem problém nemá, rád si ho pohladí.

5. Jak dlouho se věnujete danému dítěti? (Kolik let, kolikrát týdně?) Je to dostatečné? Změnili byste to?

Fyzioterapie – s Lukášem cvičíme od 3 let cca 3x týdně, maminka doma s Lukášem cvičí, ale za dostatečné bych považovala, kdyby se s Lukášem cvičilo i 4x denně.

Logopedie – Lukášovi se věnuji 1x týdně, od té doby, co je ve školce.

Muzikoterapie – jednou týdně skupinově od 3 let, Lukáše hudba zajímá, proto to konkrétně u něho za dostatečné nepovažuji.

Canisterapie – od 3 let, canisterapie probíhá skupinově 2x do měsíce. Považuji to za dostatečné.

6. Spolupracujete společně s učitelkami a rodiči?

Fyzioterapie – ano, maminka se podílí na spolupráci.

Logopedie – ano, rodiče spolupracují. Učitelky mají s dětmi ve třídě také jazykové chvílky.

Muzikoterapie – ano.

Canisterapie – ano, terapie je skupinová, tudíž jsou přítomny paní učitelky.

9 Vyhodnocení získaných dat

Výzkumný soubor je tvořen 2 dětmi, které navštěvují mateřskou školu při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a 2 dětmi navštěvující mateřskou školu pro tělesně postižené v Liberci. Dále byli do výzkumu zahrnuti rodiče, učitelky a terapeuti těchto dětí.

Cílem bylo zjistit, jak působí jednotlivé terapie a jaký mají vliv při péči o děti s tělesným postižením v předškolním věku.

Všichni dotazovaní rodiče se shodli na tom, že terapie, které jejich děti navštěvují, jsou pro ně velice přínosné. Především jsou rádi za to, že mají terapie v rámci mateřských škol. Neshledali se zatím s ničím negativním. Dvě rodiny navíc mimo mateřskou školu jezdí se svými dětmi na hipoterapii a jednou ročně do lázní. Rodiče se dále shodli na tom, že pro jejich dítě je nejdůležitější fyzioterapie a spolupráce jak s učitelkami, tak s terapeuty, aby věděli, jak se jejich dítě chová v mateřské škole a jak mají s dětmi doma cvičit. Co se týká chování, tak dvě rodiny nepocítují to, že by chování jejich dítě bylo nějak ovlivněno. Naopak dvě rodiny to vnímají pozitivně. Hlavně se to týká toho, že dříve děti na terapii plakaly, nyní se na terapii těší.

Již zmíněný hlavní cíl byl zodpovězen především hlavně díky rozhovorům s rodiči, ale cíli bylo dosahováno i za pomoci výzkumných otázek:

1. Jaké terapie se využívají v obou mateřských školách zařazených do výzkumu?

V mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. využívají u dětí s tělesným postižením zejména fyzioterapii, zejména cvičí Vojtovu metodu reflexní lokomoce a Bobath koncept. Dále využívají ergoterapie, při které se zaměřují hlavně na sebeobsluhu dětí. Muzikoterapii, při které je dbáno na celkový rozvoj psychomotorického vývoje dítěte, logopedii, hipoterapie, a bazén v rámci tělesné výchovy jako otužování.

V mateřské škole pro tělesně postižené Liberec, využívají u dětí s tělesným postižením také hlavně fyzioterapii. I zde především pracují dle Vojtovy metody a Bobath konceptu. Také hodně využívají relaxační techniky např. míčková facilitace. Dále využívají hydroterapii, zejména perličkovou lázeň. Canisterapii, logopedii a muzikoterapii – u dětí s tělesným postižením využívají hlavně aktivizační formu, kdy využívají hudební nástroje. U dětí s kombinovaným postižením využívají terapii formou hudební relaxace. Ergoterapii především v rámci výtvarného tvoření či pracovních činností.

2. Jak efektivní jsou používané terapie?

Jak jsem již zmiňovala, tak všechny rodiny považují terapie za přínosné a efektivní. Fyzioterapeuti vnímají především to, aby byla terapie dostatečně účinná, tak je nutné cvičit často a pravidelně. V rámci mateřských škol je to nedostatečné, ale rodiny dětí zahrnutých do výzkumu s dětmi cvičí i doma, jelikož chtějí pro své děti to nejlepší. Fyzioterapeuti vnímají zlepšení u dětí s DMO především v celkové stabilitě. U chlapce s Klippel-feil syndromem je nutné především to, aby byla zachována pohyblivost v kloubech, proto jsou důležité cviky na protažení a uvolnění. Další efektivní terapií je ergoterapie, která pomáhá dětem při zvládnutí sebeobsluhy – děti se již dokáží samy obléknout a svléknout, najíst, napít. Ve třídách v mateřských školách se tři děti z mého výzkumného šetření pohybují po čtyřech. Chlapec s Klippel-feil syndromem je plně samostatný. Tím, že dělají cviky rukami, tak se u dětí zlepšuje jemná motorika. Pokroky v jemné motorice jsou vidět u Pavla, který má plynulejší pohyby kreslicím náčiním a již příliš netlačí na náčiní. Canisterapii využívají pravidelně v mateřské škole v Liberci, která je účinná především ve výzkumu u jednoho chlapce. Chlapec byl zpočátku plačtivý, všechno odmítal a pejska se bál. Postupem času, jak u ostatních dětí viděl, že se do všeho zapojují a pes je hodný, tak se z pozorovatele stal veselý chlapec, který se těšil na další setkání s pejskem. Od té doby se mnohem více začal zúčastňovat všech aktivit a začal být

mnohem více komunikativní a kamarádský. Muzikoterapie má na děti také pozitivní vliv. V mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích děti především pracují se stále novými podněty k danému tématu. Terapeutka se snaží, aby děti předměty poznávaly všemi smysly. Snaží se především o názorné ukázky, vše ukazuje na obrázku. V mateřské škole pro tělesně postižené Liberec se hodně zaměřují na hudební nástroje a písničky, aby docházelo hlavně k rozvoji komunikačních dovedností. Všechny pozorované děti mají hudbu rády, avšak nejvíce Lukáš. Děti to berou jako zábavu, rády poznávají nové věci, učí se nové říkanky, básničky, písničky a používají hudební nástroje. Hodně také děti baví využití rukou, kdy mohou tleskat či pleskat do rytmu. Hudba dětem přináší radost a nové poznatky. Logopedie je pro děti také přínosem. Obohacuje se jim slovní zásoba, učí se správně artikulovat a tvořit věty.

3. *Jak se děti těchto mateřských škol chovají před, při a po terapii?*

Co se týká chování dětí před, při a po terapii jsem získala vlastním pozorováním a rozhovory s učitelkami a terapeuty. Před terapiemi jsem nevypozorovala žádnou negativní změnu v chování dětí, ba naopak. Děti se na terapii těší. Např. již ráno při příchodu do MŠ děti říkají: „*dneska bude muzikoška*“, nebo „*dneska přijde pejsek*“. Z rozhovoru jsem zjistila, že dříve měl Pavel problémy se všemi terapiemi a plakal, což se následně zlepšilo. Chování při terapii je dané určitým dnem a terapií. Vypozorovala jsem také, že u všech dětí je nutné časté střídání činností. Pokud nejsou děti dostatečně zabaveny, nebo je daná aktivita nebaví, začnou sledovat dění kolem sebe. Nejvíce se to týká fyzioterapie, když děti nemají dobrou náladu nebo jim daný cvik nejde, tak odvádějí pozornost jinam. Např. Elišce nešel cvik, který od ní vyžadovala terapeutka, tak začala vypravovat vtipy, sledovat předměty na stole a sdělovala nám, co jí připomínají. Ale když se jí něco podaří, tak je šťastná. Při cvičení chce být samostatná např., když se má zvednout ze země do stoje. Když sama vycítí, že to nejde, dokáže si říct o pomoc. Po terapiích se děti cítí uvolněnější. Vypozorovala jsem, že když jdou děti na terapii s nadšením a např. na muzikoterapii se naučí nové písničky, pracují s různým materiálem či používají jiné hudební nástroje, tak jsou děti šťastné a radostné. Naopak když jdou na cvičení, které je unavilo nebo jim příliš ten den nešlo, jsou poté více unaveni. Záleží však na konkrétním dni, jak se dítě v daný den cítí.

10 Diskuze

Ucelený systém rehabilitace efektivně propojuje léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky. Důležitost hraje i vytvoření multidisciplinárního týmu. Aby tento tým byl úspěšný, musí být založený na odbornosti a profesionalitě. Tým odborníků dobře funguje podle kruhové podpory. Koncept kruhové podpory (kulatý stůl) nám zobrazuje rovnoprávné pozice mezi zúčastněnými jedince a vše je především řešeno ve prospěch dítěte. Tato podpora spočívá ve vzájemné spolupráci a komunikaci (Jankovský in Pfeiffer, 2014). Z rozhovoru vyplývá, že všechny rodiče jsou spokojeni s tím, jakou mateřskou školu právě navštěvuje jejich dítě. V obou mateřských školách se nesetkali s negativními zkušenostmi. Jsou spokojeni s tím, že jejich dětem je poskytována odborná péče. Funguje zde výborná spolupráce s rodiči, učitelkami, ale i terapeuty. Rodiče se terapií zúčastňují a komunikují s učitelkami. Není tam pouze kontakt rodičů a pracovníků mateřských škol pouze při příchodu a odchodu z mateřských škol. Rodiče mají zájem o to, aby se jejich dítě mělo dobře, a proto se snaží vše řešit ve prospěch svého dítěte.

Součástí uceleného systému rehabilitace o děti s tělesným postižením jsou velmi významné léčebné prostředky rehabilitace. Především efektivní, u dětí s dětskou mozkovou obrnou, je léčebná tělesná výchova. (Jankovský in Pfeiffer, 2014). Do léčebné tělesné výchovy spadá Vojtova metoda reflexní lokomoce, která je dle (Pfeiffer, 2005) vhodná pro děti od nejútlejšího věku a v pozdějším věku dítěte, kdy dítě dokáže více spolupracovat, pokládá za přínosnější metodiku manželů Bobathových. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že fyzioterapeuti v mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s., a v mateřské škole pro tělesně postižené v Liberci se zaměřují nejen na Vojtovu metodu reflexní lokomoce, ale také na metodiku manželů Bobathových.

V mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. je zejména u dětí s tělesným postižením využívána fyzioterapie, ergoterapie, muzikoterapie, logopedie a hipoterapie. V mateřské škole pro tělesně postižené v Liberci je využívána fyzioterapie, muzikoterapie, logopedie a canisterapie.

V ergoterapie je důležité aktivní začlenění jedinců do společnosti (Dočkal in Müller a kol. 2005). Autorky (Svěcená, Švestková in Pfeiffer a kol. 2014) uvádí, že ergoterapie má několik oblastí, kterým se terapeuti věnují u svých klientů. Zaměřují se na soběstačnost, evaluaci bytu a bezbariérovost, motoriku a funkci horních končetin, kognitivní funkce, ergodiagnostiku a program dne a volnočasové aktivity. Z rozhovoru s terapeutkou

v mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. vyplývá, že u dětí v předškolním věku, zejména u případové studie č. 1 se zaměřuje především na soběstačnost. Z vlastního pozorování jsem mohla zjistit, že vše probíhá formou hry.

U dětí s tělesným postižením je také využívána muzikoterapie. V této terapii se používá hudba či hudební prvky jako je zvuk, rytmus, melodie). Kdy cílem je rozvíjet komunikaci, sebevyjádření, pohyblivost. Dále autoři uvádí, že muzikoterapie může mít hudební, pohybové, výtvarné či dramatické rysy. (Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). V obou mateřských školách je tato terapie využívána. V mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích terapeutka s dětmi pracuje na všech rysech zmiňovanými autory. V mateřské škole pro tělesně postižené Liberec se hodně zaměřují na hudební oblast, aby docházelo k rozvoji komunikačních dovedností.

Z rozhovorů s rodiči vyplývá spokojenost s péčí, která je jejich dětem poskytována. Zejména v tom, že je dětem péče věnována v rámci mateřských škol a nemusejí navštěvovat příliš terapií během odpoledne, což by rodiče z pracovních důvodů příliš nezvládali. Terapeutům i učitelkám důvěřují a všichni spolu navzájem spolupracují. Péče, která je dětem poskytována v rámci mateřských škol, vnímají rodiče za dostačující. Terapeuti už to tak jednoznačně nevidí. Např. zejména fyzioterapeuti to za dostačující nepovažují.

11 Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak působí jednotlivé terapie a jaký mají vliv při péči o děti s tělesným postižením v předškolním věku. Především jsem se zaměřila na názory rodičů, pedagogů, ale také terapeutů. K tomu, abych dokázala zodpovědět na hlavní cíl, jsem použila výzkumné otázky. 1. Jaké terapie se využívají v obou mateřských školách zařazených do výzkumu? 2. Jak efektivní jsou používané terapie? 3. Jak se děti těchto mateřských škol chovají před, při a po terapii? Odpovědi na tyto otázky jsem získala v průběhu pozorování, ale také z rozhovorů.

Obě dvě zařízení, ve kterých probíhal výzkum, pro moji bakalářskou práci jsem pravidelně navštěvovala. Spolupráce s oběma zařízeními byla velice příjemná. Díky pravidelným návštěvám jsem se dozvěděla podstatné věci a spousty věcí jsem také vypožorovala. V konkrétních případových studiích je vidět pozitivní posun. Terapie jsou efektivním nástrojem. Pomáhají dětem k pozitivní změně v chování, komunikaci, v začlenění do společnosti, ve stabilitě, ale také ve zlepšení v hrubé i jemné motorice.

Jedinci s tělesným postižením se mohou realizovat v činnostech a aktivitách, které je baví. Terapeuti pomáhají u jedinců vzbuzovat zájem, což může vést ke zlepšení kvality jejich života. Vždy je nutné brát v potaz individualitu každého jedince. Každý je jiný a léčba musí být individuálně přizpůsobena danému jedinci. Především je důležitý čas. Čím dříve se začne, tím pro jedince lépe.

Důležitou roli u dětí hraje především rodina, která by se měla jednotlivých terapií zúčastňovat a následně je poté i aplikovat v domácí péči, což také velice pomáhá jedinci k tomu, aby žil plnohodnotný život.

U jedinců s tělesným postižením je velice důležité propojení několika terapeutických postupů, aby docházelo ke zlepšování vývoje jedince ve všech směrech. Zkvalitní to jedincům život a umožní jim více možností. Děti jsou na terapie zvyklé a vnímají to jako součást jejich režimu dne v mateřské škole. Jak je již v rozhovorech zmíněno, pokud jsou děti dostatečně zaujaté a mají dobrou náladu, tak s terapeuty spolupracují. Celkově všechny terapie hodnotím jako přínosné. Každé dítě je jiné a musí se k němu přistupovat individuálně. Pro tyto děti je právě důležité to, že s terapiemi začaly již v brzkém věku a nyní je na ně více času, než v budoucnu, kdy děti budou navštěvovat základní školu. V rámci mateřských škol mají děti dostatek příležitostí na různé druhy terapií a právě

navštěvují ty, které jsou pro ně přínosem. Děti, které jsem zařadila do své výzkumné práce, mají rodiče, které se dětem naplno věnují a snaží se jim dát vše potřebné a spolupracují s odborníky a pedagogy.

ZDROJE

Literatura

1. FISCHER, Slavomil a kol. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. 1. Vydání. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
2. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. Vydání. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-738-7014-0.
3. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. 2. Vydání. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
4. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
5. KOCUROVÁ, Marie. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. 1. Vydání. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. 209 s. ISBN 80-7082-844-7.
6. KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
7. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, ed. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
8. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
9. PFEIFFER, Jan a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. Vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
10. PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.
11. RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. 4. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 8024414759.
12. ROVENSKÝ, Jozef. *Revmatologický výkladový slovník*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 275 s. ISBN 80-247-1614-3.

13. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
14. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
15. ŠKODOVÁ E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. Vydání. Praha: Portál, 2007. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
16. VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2014. 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
18. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
19. WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF*. Praha: Grada, 2001. 280 s. ISBN:978-80-247-1587-2.

Zákony a vyhlášky

1. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
2. Vyhláška č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání v platném znění.

Internetové zdroje

1. Předškolní vzdělávání [online]: ARPIDA, o.p.s., [cit. 25. února 2018]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/skoly/predskolni-vzdelavani>
2. Předškolní vzdělávání [online]: MŠ pro TP Liberec, [cit. 25. února 2018]. Dostupné z: <https://www.zsprotp-liberec.cz/mataska-skola/zakladni-informace>

Přílohy

Příloha 1

1. Rozhovor s maminkou

Jaké terapie navštěvuje vaše dítě?

Kolik let a jak často se vaše dítě věnuje jednotlivým terapiím? Považujete to za dostatečné?

Kterou terapii považujete podle Vás za nejvýznamnější?

Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Ovlivnily některé terapie chování vašeho dítěte?

Zúčastnili jste se některých terapií? A jakých?

Navštěvovalo Vaše dítě i nějaké terapie před tím, než začalo navštěvovat MŠ nebo navštěvuje terapie i mimo MŠ?

Jak celkově hodnotíte terapie?

Jste rádi, že Vše dítě navštěvuje tuto MŠ?

Spolupracujete společně s učitelkami a terapeuty?

2. Rozhovor s paní učitelkou

Pozorujete nějaké změny na dětech před terapií a po terapii?

Kterou terapii považujete za nejvýznamnější?

Vnímáte nějaké pokroky? V čem ano? V čem ne?

Ovlivňují vás terapie v průběhu režimu dne?

Spolupracujete společně s rodiči a terapeuty?

3. Rozhovory s terapeuty

Co považujete za cíl (na co se zaměřujete) u Vaší terapie?

V čem vidíte u dítěte pokroky?

V čem vidíte problém či nedostatky?

Spolupracuje s Vámi dítě, soustředí se?

Jak dlouho se věnujete danému dítěti? (Kolik let, kolikrát týdně?) Je to dostatečné?

Změnili byste to?

Spolupracujete společně s učitelkami a rodiči?

Příloha 2

Souhlas se zpracováním údajů

Souhlasím s tím, aby studentka Pedagogické fakulty Veronika Macháčková použila ke zpracování do své bakalářské práce osobní údaje o mém dítěti. Jméno z důvodu zachování anonymity bude změněno.

Poskytnuté informace budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce na téma Srovnání jednotlivých terapií používaných v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s. v Českých Budějovicích a v Základní škole a Mateřské škole pro tělesně postižené v Liberci, Lužická ulice.

VDne.....

Podpis