

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 – 2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Veronika Jeřábková

Tělesné postižení ve škole

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2013 - 2015

BACHELOR THESIS

Veronika Jeřábková

Physical disability in school

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským

dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Veronika Jeřábková

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala za vedení bakalářské práce a odbornou pomoc při jejím zpracování panu Mgr. Milanu Fleischmannovi, všem, kteří byli ochotni se podělit o své zážitky a zkušenosti s danou tématikou.

Anotace

Tato bakalářská práce se především zabývá osobami s tělesným postižením ve školním prostředí. Jejím cílem je přiblížit život těchto jedinců a poukázat na všechny činitele, kteří ho ovlivňují. Dále se práce věnuje také rehabilitačním metodám, které přispívají k zlepšení stavu. Část práce se také věnuje vadnému držení těla u dětí. Hlavní část je zaměřena na integraci tělesně postižených dětí do běžné třídy a procesu vzdělávání. Jsou zde uvedeny také příklady z praxe v rámci vzdělávacího procesu u tělesně postižených dětí.

Klíčové pojmy

Cévní mozková příhoda, Dětská mozková obrna, edukace, individualita, integrace, inkluze, tělesné postižení, prevence, rehabilitace, rehabilitační metody, škola

Annotation

This thesis mainly deal with people with physical disabilities in school. The aim of this thesis is to show the life of these individuals and point on all the factors that influence it. Further work also focuses on rehabilitation techniques which keep healthy of person. Part of the thesis also deal with poor posture of children. Main part is focused on an integration of disabled children into regular classes and process of education. There are case reports based on practise situations in education proces of kids with physical disability.

Key words

Cerebral palsy, disability, education, inclusion, individuality, integration, physical, prevention, rehabilitation, rehabilitation methods, school, Stroke,

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	9
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	10
1.1 Speciální pedagogika, Somatopedie, Tělesné postižení	10
1.2 Vývoj přístupu k tělesně postiženým.....	13
1.3 Klasifikace tělesných vad.....	15
2 Dětská mozková obrna	18
2.1 Dělení Dětské mozkové obrny	18
2.2 Příčiny a prevence vzniku Dětské mozkové obrny.....	21
2.2.1 Prevence Dětské mozkové obrny.....	21
3 Cévní mozková příhoda.....	23
3.1 Dělení Cévní mozkové příhody	24
3.2 Příčiny a prevence vzniku Cévní mozkové příhody.....	24
3.2.1 Prevence.....	25
3.2.2 Příznaky Cévní mozkové příhody.....	25
3.2.3 Následky Cévní mozkové příhody	26
4 DĚTI S VADNÝM DRŽENÍM TĚLA.....	29
4.1 Vadné držení těla.....	30
4.1.1 Následky a prevence vadného držení těla	30
4.2 Dělení vadného držení těla.....	32
5 VYUŽITÍ MODERNÍCH REHABILITAČNÍCH METOD	32
5.1 Vývoj rehabilitace.....	33
5.2 Moderní rehabilitační metody.....	34
5.3 Rehabilitační a kompenzační pomůcky.....	38
5.3.1 Moderní rehabilitační metody a jejich využití u pacientů po Cévní mozkové příhodě.....	40
6 DÍTĚ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V BĚŽNÉ TŘÍDĚ	42
6.1. Integrace	42

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V BĚŽNÉ TŘÍD (Cévní mozková příhoda, Dětská mozková obrna).....	47
7.1 Vzdělávání žáků s DMO v praxi.....	48
7.2 Vzdělávání žáků po CMP v praxi	50
8 ZÁVĚR	53
9 POUŽITÁ ČESKÁ LITERATURA.....	54
10 POUŽITÉ INTERNETOVÉ ZDROJE.....	56
11 SEZNAM POUŽITÝCH ZÁKONŮ A VYHLÁŠEK.....	58
PŘÍLOHA A – PŘÍKLADY OTÁZEK.....	I

ÚVOD

Zvolit si téma Bakalářské práce nebylo tak těžké. Výběr tohoto tématu byl zvolen na základě několika zásadních podnětů. Jedním z nich byla pracovní zkušenost asistentky pedagoga na ZŠ po dobu tří let, kde je potřeba pomoci převážně u tělesně postižené slečny s Dětskou mozkovou obrnou, která v současné době navštěvuje 8. ročník běžné třídy. Přejít na druhý stupeň mezi běžné žáky byl pro ni velkým krokem, který ne úplně zvládala. Právě z tohoto důvodu se zde společně s učiteli a paní metodičkou vyvíjí snaha o její začlenění do třídního kolektivu. Začátky integrace v tomto případě nebyly lehké, ale postupem času došlo k velkému pokroku v rámci edukace i sociálních vztahů. Bakalářská práce se tedy mimo jiné bude věnovat tomuto případu, na kterém lze ukázat, jak tento proces probíhá v praxi. Dalším důvodem výběru tohoto tématu byla také vlastní zkušenost, tentokrát s Cévní mozkovou příhodou, která se přihodila v době studia 3. ročníku střední školy a která velmi ovlivnila budoucí postoj, priority a vývoj. Obě tyto zkušenosti poskytnou člověku nový pohled na život. Práce by prostřednictvím těchto příběhů měla poskytovat pohled na život a vzdělávání osob s tělesným postižením. Ukázat, jaké překážky musí tyto lidé překonávat a možná i pomoci někomu, kdo má podobný problém a neví, jak se s ním vyrovnat. Kromě tohoto se práce týká také aktuálnímu a zajímavému tématu integrace. Práce se dále věnuje dětem s vadným držení těla a v závislosti na toto i hlavní téma zde bude věnována část i moderním rehabilitačním metodám. Vybrané téma práce může být pro někoho citlivé, dá se na něj nahlížet z různých úhlů pohledu. Stejně tak jsou různé i názory veřejnosti. Úspěšnost procesu edukace ovšem nezávisí na názoru společnosti, ale na motivaci, vůli a spolupráci, všech, kteří se na procesu podílejí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů

V této části se práce věnuje vymezení základních pojmů pro lepší orientaci v oblasti tématu. Jedná se především o pojmy: speciální pedagogika, somatopedie, tělesné postižení.

1.1 Speciální pedagogika je celkem mladá vědní disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním znevýhodněných jedinců. První náznaky speciální pedagogiky a její základy jsou obsaženy v knize „Pedagogická patologie“ z roku 1890, kterou napsal Ludwig Adolf Strümpel (Monatová, 1998). Termín speciální pedagogika u nás poprvé použil Bohumír Popelář v roce 1957, který se později začal prosazovat v řadě zemí. Tato vědní disciplína měla v minulosti i další pojmenování, než vznikl tento finální název. Mezi další tudíž patří pojmy jako: léčebná pedagogika, pedopatologie, defektologie nebo nápravná pedagogika. (Průcha, 2001) *„Jako teoretická disciplína začala být uznávána speciální pedagogika koncem 19. a začátkem 20. století. Komplexnější chápání vztahu mezi obecnou a speciální pedagogikou se začalo prosazovat teprve v průběhu 20. století.“* (Slomek, 2006, str. 2) Podle Marie Renotierové v knize „Základy speciální pedagogiky“ je nejčastěji tato definice chápána jako *„vědní disciplína, která se zabývá zákonitostmi rozvoje, výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění zdravotně a sociálně postižených (tj. znevýhodněných) jedinců od narození až do období senia.“* (Renotierová, 2005, str.16)

Cílem speciální pedagogiky je tedy vzdělávat, vychovávat postižené jedince a integrovat je do společnosti. Tato vědní disciplína je rozdělena na několik pedií, což jsou vlastně jednotlivé podobory, které se konkrétněji věnují postižením. Kromě Somatopedie, patří do speciální pedagogiky také tyto pedie: Logopedie (pedagogika osob s narušenou komunikační schopností), Surdopedie (pedagogika sluchově postižených), Tyflopédie, Oftalmopedie (pedagogika zrakově postižených), Psychopedie (pedagogika mentálně postižených), Etopedie (pedagogika mravně narušených jedinců, osob

s poruchami chování), Speciální pedagogika s osob s vícenásobným nebo kombinovaným postižením, Speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky. Speciální pedagogika je také vědou mezioborovou. Prolínají se v ní i další obory, se kterými tato věda úzce spolupracuje. Jedním z oborů je obecná pedagogika, která tvoří základy pro pedagogiku speciální, psychologie, která má podobnou historii jako speciální pedagogika a je její nezbytnou součástí, stejně jako medicína, filozofie, sociologie, ale také právo, které se postupem času v rámci této vědy dostává stále více do popředí. (Slowík, 2007)

Somatopedie

V České republice se Somatopedii nejdříve říkalo „Defektologie ortopedická.“ Teprve až v roce 1956 byl zaveden pojem „Somatopedie“ *„Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou, vzděláním a socializací mládeže tělesně postižené, nemocné a zdravotně oslabené.* Takto charakterizují somatopedii pánové František Kábele a Jiří Kracík v knize Základy Somatopedie a dále pokračují *„Výchovu, vzdělávání a socializaci této mládeže je třeba chápat jako složku komplexní, rehabilitační péče, se zřetelem k tělesnému nebo zdravotnímu postižení a k jejich přípravě na povolání i k pracovnímu a společenskému zařazení.“* (Kábele, Kracík, 1985, str. 4)

Tělesné postižení

Jako tělesné postižení se bere jakákoliv odchylka od normy, při kterých jsou omezeny pohybové schopnosti člověka. Tyto odchylky ovšem déle omezují nejen pohyb člověka jako takový, ale zasahují i do dalších oblastí, jako je například oblast sociální, ekonomická...

Charakteristika podle Ludvíkové a Renotiérové

„Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození

nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností.“
(Renotiérová, Ludvíková, 2003, str. 204)

Další autor F. Kábele sice nepopisuje doslova, co je tělesné postižení, ale uvádí tato slova přímo ve spojení s jedincem a tím tedy definuje tělesně postiženého jedince těmito slovy *„Jako kategorie osob vyžadující zvláštní péči jsou děti, mladiství a dospělí, jejichž defekt spočívá ve vadě nebo porušení nosného a hybného ústrojí takového rozsahu, že dochází k poruchám hybnosti.“* (Kábele, 1992, str. 242) Kromě tělesně postižených jedinců pak dále uvádí i nemocné jedince nebo zdravotně oslabené jedince.

Vítková charakterizuje tělesné postižení jako *„takové postižení, jehož průvodním znakem je prvotní nebo druhotné omezení hybnosti, tudíž sem lze zařadit nejen jedince s přímým postižením pohybového aparátu nebo centrální a periferní nervové soustavy, ale i jedince, jejichž pohyb je omezený v důsledku jejich nemoci nebo zdravotního oslabení nepřímou.“* (Vítková, 2006, str. 13)

Je zřejmé, že jakýkoliv typ postižení sebou přináší pro danou osobu spousty omezení. Tělesné postižení rozhodně ovlivňuje nejen kvalitu života postižené osoby, ale také fyzický, psychický, smyslový a téměř vždy bohužel i sociální vývoj osoby, obzvláště hovoříme-li zde o dítěti. Dítě potřebuje již od svého narození spousty podnětů, díky kterým poznává okolní svět. Stejně jako u vad smyslových, i u tělesných postižení nedochází právě kvůli určitému omezení k rozvoji dítěte a to hlavně v případech, kdy se dítě již s nějakou tělesnou vadou narodilo. Dítě si tedy často nemůže vyzkoušet věci, které by mu pomohly k dalšímu vývoji nebo ke zkušenosti, ať je dobrá či špatná. Je to samozřejmě ovlivněno i rozsahem a závažností postižení.

Nedostatek podnětů, který je způsoben postižením, má dopad také na komunikační schopnosti jedince, které ve většině případech nejsou na takové úrovni, jako u zdravých dětí ve stejném věku. I přes to, že s dítětem bude matka i okolí aktivně komunikovat, schopnosti v řečové oblasti nikdy nebudou po kvalitní stránce na úrovni zdravého dítěte, a je nutné se s tím vyrovnat. U postižení, které nebyly způsobeny úrazem (jsou tedy vrozené, mají příčinu

v různých zánětech atp.) se k tělesnému postižení přidružuje i mentální retardace ve všech stupních, stejně tak se k tělesnému postižení přidružují i specifické vývojové poruchy školních dovedností, které zhoršují, či komplikují proces edukace.

1.2 Vývoj přístupu k tělesně postiženým

Na těchto dvou stránkách jsou znázorněny důležité okamžiky, které ovlivnily přístup k tělesně postiženým lidem a také zobrazují velký posun ve společnosti v rámci tématu. Lidé s tělesným postižením mají v dnešní době stejná či obdobná práva jako my. Nebylo tomu tak ovšem vždy. Lidská společnost musela projít několika stádii, než se dopracovala do současné podoby a začala tělesně postižené osoby respektovat. Tyto přístupy byly ovlivněny několika faktory do kterých spadá vyspělost společnosti, její smýšlení nebo hodnoty. Stadium, ve kterém byly tělesně postižené osoby likvidovány se nazývá *represivní*.

Represivní stadium

V dřívějších dobách jako byl Starověk neměl jedinec s postižením šanci na přežití. Krátce narozené, postižené dítě bylo někde odhozeno, ponecháno nebo dokonce i usmrceno. Důvodem tohoto jednání byla pravděpodobně potřeba zachování rodu. Vzhledem k tomu, že bylo v této době obvyklé často kočovat a přesouvat se tak na velké vzdálenosti a co nejrychleji, nebylo zde místo pro tělesně postižené, kteří nebyli ostatním nijak prospěšní, ba naopak by ostatní pouze zdržovali a tím je i ohrožovali. Cílem tehdejší společnosti bylo vychovat z dětí silné bojovníky, či matky budoucích bojovníků, což bylo v případě tělesně postižených v této době nemožné.

S mírným vývojem společnosti se přišlo na to, že by se tito jedinci mohli využít k práci a žili tedy jako otroci. I přesto, že jim byl ušetřen život, bylo s těmito lidmi velmi hrubě a potupně zacházeno. Tělesně postižení lidé byli využíváni k nejtvrdějším pracím, při kterých byli ponižováni.

Charitativní stadium

V rámci přístupu k tělesně postiženým, to bylo období velmi rozporuplné, hlavně po stránce náboženské. Na jednu stranu totiž náboženství propagovalo mír a lásku ke všem bez výjimky, ale na druhou stranu byly postižené osoby považovány za syny a dcery ďábla, proto se na ně lidé dívali buď skrz prsty, stejně jako na jejich rodinu, nebo se jich báli. Vzhledem k tomuto názoru byl od společnosti segregován nejen jedinec s postižením, ale také celá jeho rodina, jelikož fakt, že se jim narodilo postižené dítě byl v té době brán jako trest za jejich hříchy. U některých primitivnějších národů si i v současné době lze všimnout určité separace těchto lidí od zbytku kmene, či společnosti. V tomto období byly ale také založeny první nemocnice, tzv. špitály, které poskytovali primární pomoc postiženým osobám po zdravotní stránce. Také kláštery se zapojili do pomoci lidem s postižením, stejně tak, jako jejich rodinám. Z těchto důvodů je možno brát charitativní stadium jako zlomový bod pro handicapované osoby. V tomto stadiu jsou také zároveň položeny základy, pro stadium následující.

Humanitní stadium

Od 17. století začal nejznámější český myslitel, filozof a pedagog Jan Amos Komenský prosazovat myšlenku, že je potřeba poskytnout vzdělání všem jedincům. Jeho kniha *Pampédie* obsahuje základní myšlenky o speciálním přístupu k postiženým osobám. Postupem času byly tedy založeny první ústavy, které se věnovaly edukaci jedinců se somatickým postižením a to nejen ve Francii, ale také u nás. Díky založení Karlovy Univerzity roku 1348 a vzniku lékařské fakulty se u nás začala rozvíjet medicína a nové léčebné metody. Pod vlivem Komenského se začalo vyvíjet i školství a to právě i pro děti s postižením nejdříve smyslovým a poté i tělesným. Ze začátku se ovšem jednalo o děti především z bohatších rodin. Společnost se začala o tyto osoby více zajímat a pomáhat jim, také se ujal nový názor, že i lidé s postižením mohou být společnosti prospěšní, pokud jim bude poskytnuto, co potřebují, tedy patřičná péče a vzdělání.

Stadium rehabilitační a preventivní

V průběhu 20. století došlo v rámci školství k rozmachu speciálních škol, které jsou určené pro děti s různými typy postižení. Zejména se jednalo o školy se zaměřením na tělesné postižení. Dále se zvětšil důraz na kvalifikaci vyučujících a jejich odborné a hlavně praktické zkušenosti s danou problematikou. Významnou událostí v této oblasti bylo také založení Jedličkova ústavu. Velkou novinkou v oblasti školství a znakem moderní doby se stala integrace. V současné době se v našem školství rozvíjí snaha o inkusivní přístup k postiženým lidem, což je vlastně přirozené začleňování postižených osob do společnosti s tím, že bude mít stejná práva, ale také povinnosti jako ostatní zdravé děti. Dále se také současně setkáváme stále častěji s pojmem prevence, což je předcházení vzniku, rozšíření, prohloubení, či zhoršení stavu, situace. Pojem prevence je spojován nejen v rámci speciální pedagogiky, ale vyskytuje se například i v rámci kriminality a také v medicíně. Dělí se na prevenci primární, jejíž cílem je především zabránit vzniku nějakého problému, sekundární, která má již vzniklý problém vyřešit, či potlačit a zároveň zabránit rozšíření do dalších oblastí a terciální má zabránit prohloubení problému a zároveň také zajišťuje různá opatření, aby mohlo dojít k nápravě.

1.3 Klasifikace tělesných vad

Po nastudování odborné literatury bylo zjištěno, že se odborníci nejčastěji shodují na dělení podle doby nebo místa vzniku postižení. Zde jsou uvedeny tyto dva způsoby dělení.

Klasifikace tělesných vad dle doby vzniku

Tělesná postižení mohou vznikat za několika situací. Podle doby vzniku zde rozlišujeme:

Vrozená postižení

Získaná postižení po úraze

Získaná postižení nemoci

Vrozená postižení mohou vznikat v prvních týdnech těhotenství, nebo v průběhu porodu, či těsně po něm. Dochází zde k poškození zárodku vlivem nepříznivých faktorů jako jsou například: onemocnění matky v počátku těhotenství, toxoplazmóza (parazitární onemocnění), stres v průběhu těhotenství, špatná životospráva, vážné úrazy, či psychická traumata matky. Vrozené vady mají také často děti nedonošené, či přenošené – (optimální délka gravidity je 38 - 42 týdnů). K možným poraněním, které mají za následek vrozenou vadu může ovšem dojít i při samotném porodu (v perinatálním období), i přes to, že těhotenství proběhlo doposud bez komplikací. Tyto situace nastávají například při porodu za pomoci kleští. Do vrozených vad se také počítají úrazy dítěte, které se mu staly do 1. roku života.

Vrozené vady lebky a páteře

Poruchy tvaru lebky

Poruchy velikosti lebky

Další

- Rozštěpy rtu, čelisti, patra, páteře, lebky,

Vrozené vady končetin a růstové odchylky

Centrální a periferní obrny

- Mozkové pohybové postižení

- Dětská mozková obrna

Získaná postižení

- vznikají následkem nějakého těžkého úrazu. Tento typ postižení dělíme dále na:

Získané deformace – Tyto deformace nejčastěji vznikají špatným držením těla

Tělesná postižení po úraze – Tělesnými postiženími po úraze se označují ty úrazy, jejichž následky byly vyvolány například těžkými dopravními nehodami,

při kterých došlo k úrazu hlavy (otřesy mozku), vážným zlomeninám, poškození nervů v mozku.

Tělesná postižení po nemoci – je skupina nejzávažnějších onemocnění do které patří několik druhů revmatismu.

Revmatismus = bolestivé onemocnění, které postihuje především pohybový aparát, způsobuje záněty kloubů, svalů, kostí a vaziv, někdy také páteře ([http://www.pujcovna-biolamp.cz/files/ke-stazeni\[9\].pdf](http://www.pujcovna-biolamp.cz/files/ke-stazeni[9].pdf))

Zánětlivá revmatická onemocnění: K nim patří artritida (zánět kloubů), polyartritida (současný zánět několika kloubů), dále dna a revmatická horečka. Degenerativní revmatická onemocnění: různé druhy artrózy. Svalový revmatismus: Tento druh revmatismu postihuje svaly, vazivo, šlachy, nervové tkáně a podkožní tukové vazivo. <http://zdravi.doktorka.cz/druhy-revmatismu/>

Klasifikace tělesných vad dle místa postižení

Vzhledem k tomu, že je tato skupina postižení velmi obsáhlá, je zde uvedeno další dělení vrozených vad dle Renotiérové, která dělí tyto tři skupiny ještě do dalších podskupin.

- Obrny centrální a periferní – Souvislost s CNS a obvodovým nervstvem. Rozlišujeme zde parézy, což je označováno jako částečná porucha hybnosti, kdy je aktivní pohyb zachován alespoň částečně a plegie, tedy kompletní porucha hybnosti (totální ochrnutí)
- Deformace - „*Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla*“ (Kubát in Vítková, 1998, str. 32)
- Malformace – „*Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad.* (VVV) (Vítková, 1998, str. 33)
- Amputace - Poslední řešení při vážných úrazech končetin, infekcích, cévní onemocnění nebo nádory. Jedná se o oddělení poškozené končetiny od zbytku těla

2 Dětská mozková obrna

výše, u těchto typů nemocí, do kterých spadá i DMO, se často vyskytují i další problémy, které v mnoha případech výrazně zhorší stav dotyčné osoby a tím i další možnosti vývoje v různých oblastech života, tedy i edukační proces. DMO můžeme rozlišovat podle typu, místa a stupně postižení. Závažná nemoc, která zároveň patří zároveň bohužel i mezi ty časté a to nejen u lidí staršího věku. U těchto nemocí je postižený nejen pohybový aparát, ale přidružují se k tomu i další problémy v jiných oblastech, které s tímto onemocněním nemusí na první pohled ani zdaleka souviset. DMO zasahuje do oblastí života jako je sociální – otázka integrace, inkluze, komunikace, mezilidských vztahů, vztahů v rodině, kdy jeden z rodičů, či blízkých členů rodiny nepřiměřeně reaguje na aktuální situaci, která nastala (rozvod, odchod jednoho z rodičů, závislosti, sourozenecká žárlivost...) dále také zasahuje do oblasti ekonomické – rehabilitační či jiné pomůcky, léky, doprava, úprava bytu (bezbariérový přístup).

Zakladatel české neurologie I. Lesný charakterizuje DMO „jako raně vzniklé poškození mozku vzniklé před porodem, za porodu nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách vývoje hybnosti.“ (Vítková, 1998, str. 24) Zároveň také v roce 1952 zavádí pojem „perinatální encefalopatie“ o 7 let později pak i současný název tedy *Dětská mozková obrna*. DMO je vrozená vada, která vznikla v prenatálním, perinatálním, či postnatálním obdobím z různých důvodů. Její vznik je tedy ovlivněn několika faktory, a proto také může mít vliv na spousty funkcí.

„DMO se definuje jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku.“ (Tichý, 1998 in Vítková, 2006, str. 41) Jak již bylo uvedeno

2.1 Dělení Dětské mozkové obrny

Podle Tichého se DMO dělí na několik forem. Tou nejčastější (až 61%) je forma spastická.

Spasticita se vyznačuje zvýšeným svalového tonu (svalové křeče), který znemožňuje přesné volní pohyby a znesnadňuje motoriku. Svalový tonus je

vlastně napětí svalů, to znamená, že jakmile dojde k jeho zvýšení nemůžeme svaly zcela natáhnout a daná končetina je jakoby v křeči. Zvýšený svalový tonus se také odborně nazývá „hypertonus.“ V rámci této formy hovoříme buďto o lehčích obrnách (parézách) a nebo těžkých obrnách (plegiích). Toto dělení závisí na míře spasticity.

Spastickou formu DMO je obtížné poznat až do 14 měsíce věku dítěte, do té doby nedochází k odlišnému vývoji jako u dětí zdravých. Dle Vítkové lze u této formy provést diagnózu až v 6ti letech a dále také tvrdí, že u této formy není přidružena mentální retardace.

Z hlediska místa postižení rozlišujeme spastické formy:

diparetické - zasaženy jsou obě horní, či obě dolní končetiny. U této formy je zaznamenáno více případů, kdy byly postiženy dolní končetiny a horní byly naprosto pořádku. Dle Vítkové (1999) se jedná o nejčastější typ DMO, která se vyskytuje především u předčasně narozených novorozenců s nízkou porodní váhou. Vzhledem k postižení dolních končetin, které jsou vtočeny směrem k sobě, je postižený velmi nestabilní a je tedy vhodný chirurgický zákrok, po kterém bude u pacienta možná samostatná chůze.

hemiparetické – u této formy je zasažena především hlava a horní končetina. Dělí se na levostrannou či pravostrannou. Postižený, který má tento typ DMO často našlapuje na špičku zasažené nohy a tím je i velice nestabilní, většinou má také ve většině času nahnutý trup na tuto stranu a horní končetina přitom nekoordinovaně „plandá.“ Pokud nedochází k pravidelnému a správnému cvičení může dojít k zhoršení hemiparézy. Vítková (1999) uvádí, že dítě si rychle fixuje nesprávné držení těla a, takže se může stát, že pokud k tomu není vedeno nebude postiženou končetinu aktivně používat k činnostem. (Vítková, 1999). Dále také uvádí, že k této formě DMO se často přidružují epileptické záchvaty. Dle Valenty jsou za epileptické záchvaty považovány *chronické mozkové onemocnění různé etiologie charakterizované opakujícími se záchvaty, podmíněnými nadměrným výbojem mozkových neuronů.* (Valenta a kol., 2003, str. 301)

kvadraparetické u kvadraparetické formy došlo k levostranné i pravostranné hemiparéze. To znamená, že je zasažena celá levá i pravá část těla, tedy jsou zasaženy všechny čtyři končetiny.

Vzhledem k tomu, že je zde zasažen mozek v obou hemisférách, dochází zde v podstatě k poškození většiny, či všech smyslů i řeči. Dále se k této formě přidružuje i mentální retardace, či epileptické záchvaty, které lze rozpoznat již od kojeneckého věku, pokud se jedná o těžkou formu, stejně tak jako i tato forma DMO. V případě středně těžké formy se postižení rozpozná od 3 měsíců věku, kdy dítě není schopné zvednout hlavu v poloze na břiše. (Vítková, 1999)

Další méně rozsáhlou formou (dle Tichého 21%), která patří do nespastických forem DMO je forma *dyskineticko-dysotonická*.

„Tato forma se vyznačuje výraznou poruchou v oblasti schopnosti cíleného zajištění polohy těla – je spojena s výrazným kolísáním svalového napětí, které bývá někdy zvýšené, jindy snižené. Při této formě se také mohou vyskytovat mimovolní pohyby, které významně narušují celou hybnost.“ (<http://www.dmo.cz/index.php/home/formy-dmo/#dyskyneticka-dmo>)
Příčinou vzniku této formy je poškození gangliových buněk (ganglie = shluk nervových buněk, uzlina.) <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/ganglie>.
Typické pro tuto formu je také přidružené mentální postižení. (Vítková, 1998).

Ataktická forma, neboli ataxie se také řadí mezi formy DMO. Jedná se ovšem o formu vzácnou, při které je opět narušena koordinace pohybů, tedy jemné i hrubé motoriky a jejich dávkování. Jednou z nejznámějších ataxií je Friedrichova, která se kromě zhoršení koordinace, projevuje také zhoršením zraku, či sluhu. (<http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/friedrichova-ataxie-priznaky-projevy-symptomy>)

U některých pacientů není zcela zřejmé, do jaké formy DMO jejich postižení spadá, jelikož mohou mít projevy či příznaky více forem onemocnění najednou. Takovéto formě DMO říkáme *forma smíšená*.

Jak již také vyplývá z předchozích informací k DMO se často přidružují i další problémy ať to jsou poruchy školních dovedností,

epileptické záchvaty, smyslová postižení, či mentální retardace v každé její formě. V tomto případě hovoříme v rámci DMO jako kombinovaném postižení.

2.2 Příčiny a prevence vzniku Dětské mozkové obrny

DMO může vzniknout z několika příčin, které se odvíjejí od doby vzniku ve kterém k postižení došlo. Jedná se o již zmiňované prenatální (předporodní), perinatální (porodní) a postnatální (poporodní) období, která jsou zároveň ovlivněna různými faktory.

Prenatální období – v tomto období, kdy je dítě ještě nenarozené může DMO vzniknout infekčním nakažením plodu prostřednictvím matky. Takovýmto nejběžnějším onemocněním je toxoplazmóza. Nejvýznamnější příčinou vzniku je ovšem nedonošenost plodu, tedy narození dítěte před 38. týdnem těhotenství. Mezi další závažné příčiny patří rizikové chování matky v těhotenství (drogová, alkoholová závislost, kouření), těžké úrazy v průběhu těhotenství, rentgenové paprsky nebo například užívání medikamentů. Velkým nebezpečím pro plod je také silné krvácení matky. Plod je těmito faktory ovlivněn po celou dobu tohoto období., za nejrizikovější se ovšem považuje první trimestr, jelikož zde dochází k největšímu vývoji plodu.

Perinatální období - v současné době je již medicína na vysoké úrovni a je nám poskytnuta péče od kvalifikovaných odborníků. I tak ovšem mohou nastat komplikace během porodu jako je protahovaný porod, klešťový porod, při kterém může dojít k porušení lebky nebo novorozenecká žloutenka..

Postnatální období - ohroženi jsou všichni novorozenci a kojenci, kteří prodělali nějaké závažné, zánětlivé onemocnění do 12 měsíců, především se jedná o záněty mozku. Tyto situace již ovšem nejsou tak četné, jako v předchozích obdobích.

2.2.1 Prevence Dětské mozkové obrny

Vzhledem k četnosti výskytu poruch jako je DMO, by se měl na prevenci dávat větší důraz. Prevence hlavně u budoucích matek je důležitá již od

samého začátku. Pro předcházení jejího vzniku by se měla matka v *období prenatalním* vyvarovat všech rizikových faktorů, které by mohly nějakým způsobem uškodit správnému vývoji plodu. Dbát na zdravý životní styl tzn. Vyvarovat se stresu a škodlivému prostředí, správně a výživně se stravovat, často relaxovat a z těhotenství se těšit. Další rizikový faktor, jako je například novorozenecká žloutenka se dá léčit, stejně tak, se dá předcházet dalšímu možnému činiteli zarděnkám, a to očkováním dívek, ještě předtím, než otěhotní. Dále se také může zapojit do předporodních kurzů pro těhotné matky, kde lze získat spousty užitečných informací o průběhu těhotenství, či porodu samotném. Na těchto kurzech se také provádí různá cvičení, které se zaměřují například na správné dýchání, uvolňování svalů atp. V průběhu *perinatálního období*, tedy samotného porodu je již ve větší míře stav dítěte v rukou doktorů. Je zde tedy nutná pečlivost, právě při ošetření a otestování novorozence prostřednictvím tzv. Apgar skóre. Zjednodušeně se jedná o bodové ohodnocení stavu novorozence, při kterém se ošetřující lékař zaměřuje na 5 projevů. Jsou jimi : srdeční akce, svalový tonus, barva kůže, podráždění a dýchání. Tyto projevy se kontrolují v 5-10 minutě a pak také v 10-20 minutě po narození. Maximální počet bodů je 10, přičemž čím více bodů dítě dostalo, tím lepší je jeho zdravotní stav. Prevence je nezbytná dokonce i po porodu. Hlavně kojeneckém období, kdy je hlava kojence ještě stále o dost měkčí a tím i zranitelnější by matka a okolí měli předcházet úrazům hlavy, které mohou vést k poranění mozku. Těmto úrazům můžeme předejít nejen správným zacházením, ale také používáním ochranných potřeb při jízdě v autě, jako jsou autosedačky, ale i v domácnosti. Dále také je důležité vyvarovat se styku dítěte s toxickými látkami, či infekce

3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

CMP - tato nebezpečná příhoda, která má v některých případech tragické následky, se stává stále častějším problémem současné společnosti. Šokující také zároveň je fakt, že se stále častěji vyskytuje i u mladých lidí. Hned po srdečních nemocech se CMP stává 2. nejčastějším důvodem úmrtí a to především v Evropě a USA. (Kalvach, 2010)

Tato nemoc ovšem není ve společnosti žádnou novinkou. První zmínky o ochrnutí tohoto typu byli již před 2,5 tisíci lety. Staří Egypťané a Řekové, již v této době dokázali vnímat mozek jako hlavní centrum myšlení a dokonce i rozdělit hemisféry na pravou a levou. V závislosti na tomto rozdělení hemisfér vnímali i souvislost s hybností těla člověka. Co se Evropy týče, smýšlení v oblasti cévní mozkové příhody, či obecně nad možnými poruchami v mozku, se objevilo až v období renesance. (Kalina, 2008)

Mrtvice, iktus, mozková příhoda, mozkový infarkt nebo progresivní paralýza. To vše je výraz pro cévní mozkovou příhodu nebo-li CMP. Dochází při ní k cévní neprůchodnosti, která je vyvolaná krevní sraženinou (trombus) nebo vmetkem (embolie) a to vede k přerušení přívodu krve (kyslíku a živin) do mozku. Tím dochází k porušení funkcí mozkových buněk .

„Mrtvice, je zdravotní stav, který pokud není ihned rozpoznán a léčen, může způsobit trvalé neurologické postižení jako je ochrnutí, ztráta citlivosti končetin, ztráta řeči, případně i smrt.“ CMP by tedy měla být léčena co nejdříve, aby došlo k minimálním následkům. V takovýchto situacích je nezbytné co nejdříve pacientovi podat léky na ředění krve a to maximálně do 4,5 hodin po kolapsu.

http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/co_je_cevni_mozkova_prihoda.html

Podle WHO (světové zdravotnické organizace) má CMP rychle se rozvíjející ložiskové, někdy i celkové příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin.

3.1 Dělení CMP

Ač se to může zdát jako samozřejmost, je podle mě i tak dobré upozornit na důležitost diagnostiky a rozlišení typů CMP. Určit správnou diagnózu a tedy i rozdíl mezi hemoragickou a ischemickou CMP může být i v současné době, která je plná spolehlivých metod, občas složité. Dle Kaliny (2008) dochází ve 20-40 % případů k nesprávné diagnostice cévních onemocnění mozku, což následně vede k mylné diagnóze a tím i dalšímu ošetření, či prevenci a budoucímu vývoji stavu pacienta. Zásadní význam, při řešení těchto situací má anamnéza, což je velmi podrobný souhrn informací o stavu pacienta dříve, než se stal nemocným, v tomto případě se jedná o stav před cévní mozkovou příhodou. Důležitost anamnézy tkví ve faktu, že i zdánlivě nepodstatné informace a detaily, mohou napomoci k vyřešení dané situace.

Cévní mozkovou příhodu lze tedy dělit na: ischemickou, které se také někdy říká „malá“ a hemoragickou tedy „těžkou“

Ischemická CMP – jsou nejběžnějším typem CMP, v populaci se vyskytují v 80%. Vzniká ucpáním cévy v mozku krevní sraženinou.

Hemoragická CMP – u tohoto typu také dochází k přerušení průtoku krve do mozku, rozdíl je ovšem v tom, že céva praskne a nastane tak krvácení do mozku, což má za následek smrt.

I u této nemoci dále můžeme typ postižení dělit, dle počtu zasažených končetin na hemiparézu, kvadruparézu, diparézu.

3.2 Příčiny a prevence vzniku CMP

V dnešní uspěchané době plné stresu se objevuje stále více rizikových faktorů pro vznik CMP. Patří mezi ně například špatný životní styl, tedy špatné stravování tučnými a nezdravými jídly, málo spánku, již zmíněný stres, užívání návykových látek (alkohol, cigarety..). I přesto, že až na některé

výjimky není CMP dědičným onemocněním, měli by si dát pozor lidé, kteří mají v rodině kardiovaskulární onemocnění (nemoci srdce a cév). Na pozoru by měli být i osoby s diabetes, vysokým krevním tlakem, cholesterolem. Jako zajímavost uvádím, že u této nemoci záleží nejen na dispozicích, ale také na pohlaví. Větší dispozice, pro tuto nemoc mají totiž muži a to „v poměru – muži: ženy = 1,5: 1.“ <http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

3.2.1 Prevence CMP

Prevence je samozřejmě nezbytná u každého. Její úkoly a cíle záleží na tom, o jakou prevenci se jedná. Dělí se na primární – cílem primární prevence je v první řadě to, aby se danému problému předešlo. Pomocí informací a dodržováním určitých zásad zdravého životního stylu by se měli eliminovat rizikové faktory, které by mohli ohrozit zdraví jedince. Tomuto onemocnění a mnoha dalším lze tedy do jisté míry předejít v případě, že budou dodržovány pravidelné preventivní prohlídky u lékaře (obzvláště ve starším věku), dodržování pitného režimu, úprava jídelníčku, která nebude obsahovat přebytečné tuky, nebude podceňována bolest hlavy a další a osoba bude žít aktivním životem. Dalším stupněm prevence je prevence sekundární, jejíž cílem v tomto konkrétním případě je zabránění opakovaného vzniku mrtvice a jejího rozsahu. Nutná je tedy okamžitá léčba medikamenty, úprava životního stylu a značná snaha ze strany osoby i ošetřujících k zlepšení stavu pacienta.

3.2.2 Příznaky CMP

Prevenci můžeme realizovat na základě informací, které o dané nemoci víme, z tohoto důvodu uvádím několik prvotních příznaků CMP. Dalším důvodem je také občasné zaměňování příhody s jinými nemocemi, či stavy, které mohou nastat. Pokud se ovšem u někoho prokáže CMP a bude včas podchycena, může to zachránit nejen lidský život.

Na základě předchozího odstavce o prevenci CMP, bych zde ráda navázala na její příznaky, které mohou být často zaměňovány. Dále je také nutné upozornit na fakt, že není dobré některé věci podceňovat.

„Cévní mozková příhoda může mít spoustu projevů, které jsou většinou neurologického původu, ale v 5% se vyskytuje jako asymptomatická (bez příznaků). Vždy závisí na dané oblasti mozku, která je poškozená.“

<http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

- V počátcích se může vyskytovat silná bolest hlavy a únava.
- Osoba také vypadá jako by byla „mimo sebe“ = zmatená, dezorientovaná.
- Pokud požádáte osobu, aby předpažila ruce, bude jí minimálně jedna ruka klesat, nebo nebude schopna předpažit.
- V případě postižení jedné poloviny těla (tedy hemiparéze), není osoba schopna stabilně stát.
- Často dochází k dezorientaci v čase, prostoru i dalších údajích
- Svěšený koutek ústa nebo celá tvář, která je velmi povolena. S tím souvisí i další bod
- Nesrozumitelná, vrávoravá řeč, - špatná artikulace
- Rozmazané vidění, často se také vyskytuje, že jedna zornice u oka je více rozšířená, než druhá
- Celkové oslabení smyslů
- Omezená hybnost těla, dle typu CMP
- Jedná-li se o těžší typ CMP může dojít ke ztrátě vědomí a následnému úmrtí.

3.2.3 Následky

Život po CMP je velmi obtížný a to nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho okolí a to po všech stránkách. Mrtvice má totiž své určité následky a to i v případě, že byla zahájena okamžitá léčba. V první řadě je nutné si uvědomit, že byl zasažen mozek, což je společně se srdcem nejdůležitější orgán v těle, který řídí veškerou naši činnost. Následky po CMP se ovšem odvíjejí od mnoha faktorů, jako je například věk pacienta, dosavadní zdravotní stav, hloubka postižení, genetika, rodinné zázemí, psychika, píše, vytrvalost.

Pokud pacient mozkovou mrtvicí přežije je po neurčitou dobu odkázán na lůžko a péči odborníků (neurologů, ergoterapeutů..) na Jednotce intenzivní péče (JIPu). Rozsah postižení může být samozřejmě u každého individuální. Co je ovšem pro všechny pacienty po mrtvici společné je nekonečné množství vyšetření, jako je CT (počítačová tomografie – umožňuje prohlídku vnitřních orgánů), MNR (magnetická resonance). Nezbytné je také vyšetření psychologa, popřípadě psychiatra, poté co bude pacient jítí vědomí. Jedním z následků je totiž také výskyt depresí, či psychických poruch, které mohou vést až k sebevražedným myšlenkám. V tomto případě je tedy nutný velmi opatrný přístup, při oznamování diagnózy, jejích následků a dalších postupů. Stejně jako před příhodou, bude i po ní pacient velmi unavený a oslabený. Takový obrovský zásah do těla zasáhne celý organismus.

Pokud přejdeme ke konkrétním následkům a době kdy je již pacient propuštěn do domácí péče, vyskytují se zde problémy v závislosti na hloubce a rozsahu jeho postižení u *kvadruparézy* se jedná především o:

- hrubá i jemná motorika na velmi nízké úrovni, pacienti jsou v tomto případě odkázáni na vozík
- končetiny bývají v křeči, zkroucené směrem k tělu.
- vzhledem k poškození obou hemisfér a tím i poškození řečové oblasti , není pacient schopen správné artikulace, vyskytuje se komolení slov a jejich nesprávné používání v kontextu. Časté jsou také situace, kdy si pacient slova ani nevybaví

Hemiparéza a diparéza

- celková koordinace pohybů velmi špatná.
- nestabilní chůze, podlomování v kolenou, nutnost kompenzačních pomůcek (berle, vozík), ruce - cíp
- nesrozumitelná řeč (zaviněná skleslým koutkem úst), nevybavování si slov
- špatná paměť, nesoustředěnost, nechápání
- poruchy spánku

- poruchy zraku (zorné pole) a oslabení smyslů
- zhoršení kvality vlasů, nehtů, zubů, pleti..
- u žen – úplné vynechání, či nepravidelnost menstruačního cyklu
- nechutenství a celkový, radikální úbytek váhy
- přecitlivělost ,vznětlivost až agresivní výbuchy měnící se v pláč
- v souvislosti s předchozím bodem jsou možné i sociální problémy s lidmi, nejen kvůli špatné komunikaci, ale také zmíněnému chování, či pocitům méněcennosti
- zároveň se také zhorší ekonomické podmínky rodiny (nebo jiných osob starajících se o postiženého) – náklady na léčbu + psychický stav těchto osob
- sebelítost, deprese

4 Děti s vadným držením těla

Další tematikou, která se často vyskytuje ve školách mezi dětmi, ale i celkově je vadné držení těla.

Tato problematika je z pohledu mladých lidí (především u dětí) velmi podceňována. Špatné sezení v lavicích, při práci, jídle a dalších aktivitách je dnes naprosto běžné. Informovanost o bolestivých následcích, tohoto nesprávného zacházení s vlastním tělem, je přitom velmi nízká. Dnes již v podstatě nenajdeme žádné dítě, jehož pohybový systém by byl zcela, tak jak má. Je to opět způsobeno několika faktory, do kterých patří v první řadě i životní styl. Pokud nemá dítě dostatek aktivit, činností, které by prospívaly nejen jeho kondici, ale také celkovému rozvoji a většinu dne tráví v jedné nepřírodní a nepohodlné poloze za špatných podmínek, dochází tím k oslabení kloubní i svalové skupiny, které jsou kvůli stereotypním pohybům neustále namáhány. Otázkou ovšem je - Co vlastně se považuje za správné držení těla?

Dodržováním správného držení těla je důležité nejen pro naše zdraví, ale naše tělo je také určitým nástrojem pro neverbální komunikaci s druhými lidmi. To, zda-li jsou ruce překřížené v pase a noha přes nohu ovšem momentálně není to podstatné. Jde zde spíše o to, jestli tento neverbální projev není škodlivý pro lidské zdraví.

To, zda správně zacházíme se svým tělem se nejvíce projeví na chodidlech, která nesou po celý den celý zbytek těla. Často na nich vznikají otlaky a další nerovnosti. V posledních letech se v lékařství objevil nový alternativní styl léčby některých obtíží právě prostřednictvím chodidel. Akupresura nohou je nový psychosomatický styl léčby, kdy se tedy vzájemně ovlivňuje a propojuje psychika člověka s jeho tělem. Princip akupresury spočívá v masírování akupresurních bodů na chodidle, které jsou propojeny s určitými orgány v lidském těle.

Správnou chůzí se ovšem docílí tak, že budeme našlapovat na malíček palec a patu. Vytvoříme tak pomyslný trojúhelník na chodidle a docílíme tak balance, která je pro zdravou a správnou chůzi nezbytná. Další na co je nutné

dávat si pozor je postoj těla. Pro dosažení správného a stabilního postoje je důležité, aby chodidla i kotníky byly rozloženy na šířku pánve a hmotnost těla se tak rozložila do obou končetin rovnoměrně. Tím se docílí stabilizace a zároveň se zabrání oslabení svalů na jedné z končetin. Kolena by měla být ve zpevněné pozici, neprohnutá. Ramena lopatky jsou roztažené do strany, ramena mírně dozadu. Tím pádem se docílí rovných zad, která by v opačném případě byla zakulacená, což je špatně. Krk vytažený a brada naopak mírně zasunutá. (inspirace - <http://www.aktin.cz/clanek/1951-naucte-se-spravne-drzeni-tela>)

4.1 Vadné držení těla

„Pojem vadné držení těla zahrnuje civilizační, funkční poruchu pohybového aparátu, která se vyskytuje u dětí a mladistvých. Je charakterizováno chabým, trupovým svalstvem se svalovými dysbalancemi, oslabením svalového systému a poměrně výraznou vazivovou uvolněností (laxicitou) <http://www.fyzioterapie-cz.com/vadne-drzeni-tela>

Mezi další faktory, které ovlivňují zdraví dnešních dětí je aktuální téma obezity, která je stále více častá i v ČR. Tato problematika společně s vrozenými vadami, chorobami, či závažnými úrazy patří mezi vnitřní faktory, ovlivňující držení těla. Mezi vnější faktory pak řadíme nesprávnou, chůzi, nesprávné přenášení věcí, nevhodné polohy při odpočinku, či špatné pracovní prostředí. (<http://www.szu.cz/tema/prevence/vadne-drzeni-tela-u-deti>)

4.2 Následky a prevence vadného držení těla

Nesprávné držení těla, které vzniklo v dětství sebou nese problémy i do budoucna – dospělosti, kdy je pohybový aparát ochablý. Platí zde pravidlo, že čím je osoba starší, tím větší problémy v rámci pohybu u ní mohou nastat. V některých případech neléčené špatné držení těla vede až k imobilitě, kdy je osoba odkázána na vozík. Tyto problémy jsou ovšem viditelné i na první pohled. Dochází zde ke změně tvaru těla. Typickým příkladem je například *skolióza páteře*, což je chorobné zakřivení do stran popřípadě ve frontální

rovině. Prvopočátky tohoto onemocnění jsou nenápadné, ovšem pokud nedojde včas k nápravě, formou speciálních cviků, dochází k již zmíněné nápadné deformaci, která sebou nese další negativní následky ohrožující vývoj dítěte. Skolióza páteře ovšem není jediným problémem, který trápí současnou mladou generaci. Mezi další problémy, které ovlivňují držení těla jsou např: *ploché nohy, předsun hlavy...*

Pro předcházení podobných problémů a zabránění tak negativním následkům do budoucna je nutná prevence.

V rámci školy začíná prevence doslova v lavicích. Správná výška židlí v poměru k lavicím je pro vývoj dětského těla velmi podstatná. „*Základem je správná židle. Dítě by na ní mělo sedět tak, aby se nohy dotýkaly země. Dolní končetiny by přitom měly být rozkročeny na šířku pánve, držení trupu, hlavy a páteře by se mělo co nejvíce přiblížit vertikále.*“ <http://rodina-deti.doktorka.cz/3-tipy-na-spravne-drzeni-tela-u-skolaku/>.

Důležité také je, aby děti dodržovaly určitá pravidla správného sezení, nenosily těžké předměty, a také aby chodily ve správné obuvi odpovídající hygienickým podmínkám.

Mezi další prevenci dále patří i informovanost o daném problému. Důraz na slušné a především správné sezení by se ovšem neměl dávat pouze ve školách, kde na děti dohlíží pedagogičtí pracovníci, ale také doma, zvláště pokud dítě tráví hodně času u počítače. Ke správnému vývoji lze přispět i dodržováním zásad zdravého životního stylu, s čímž souvisí i prevence obezity, jejíž výskyt se u dětí za poslední léta zvyšuje.

Všem těmto faktorům ohrožujícím zdraví se dá předejít také cviky, které jsou doprovázeny správným dýcháním. Tyto cviky lze používat i v případě, že se již projevíly prvotní příznaky

5 Moderní rehabilitační metody

Moderní rehabilitační metody (zkráceně MRM), jsou metody, které vznikly převážně ve 20. století a jejich účinky jsou natolik kvalitní, že se staly oblíbenými mezi lidmi, kteří je začali využívat k zlepšení jejich zdravotního stavu. Všechny tyto metody spadají do léčebné rehabilitace, která je i základem těchto metod.

Rehabilitace dle definice oboru WHO (mezinárodní zdravotnická organizace) „*Rehabilitace je soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím (nemocí, úrazem, vrozenou vadou). Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání.*“ (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, Žlutý kopec 7, 656 53, Brno)

Definice dle OSN (organizace spojených národů) „*Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením (s disabilitou), aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení*“ (<http://www.mkf-cz.cz/node/2>)

Rehabilitace ve vztahu k postiženým dle Pfeiffera: „*Rehabilitace směřuje nejen k výcviku zdravotně postižených a handicapovaných osob, aby se přizpůsobily svému okolí, ale současně se uplatňuje v jejich bezprostředním okolí a společnosti jako celku, aby se jejich sociální integrace usnadnila.*“ (PFEIFFER, a kol., 1989, str.7-8)

Rehabilitace je využívání různých léčebných, sociálních, výchovných a pracovních metod, které slouží k největšímu možnému zlepšení aktuálního stavu osoby.

V rámci tématu rehabilitace se často setkáváme s pojmem „komplexní“ (ucelená rehabilitace). Tento pojem vyjadřuje rehabilitaci jako širokospektrální tzn., že se věnuje celému tělu.

5.1 Vývoj rehabilitace

To, že voda je neodmyslitelně důležitá pro lidský život věděli lidé již od počátků. Postupem času s objevováním více a více vodních pramenů začali lidé využívat vodu nejen k pití a umývání, ale zjistili také její léčitelskou sílu.

V roce 460 př.n.l. popsal známý lékař starověku a “otec medicíny” Hipokratés pojmy “masírování a vodoléčba.” Lidé tedy začali vodu využívat jako vodní lázeň. První, kdo objevil kouzlo blahodárných účinků vody na lidské tělo byl však Vincenz Priessnitz, který si po úraze začal sám dělat vodní obvazy a zjistil tak účinnost vody. Dnes je proto považován za zakladatele vodoléčby. *“Priessnitzovy léčebné lázně jsou nejstarší vodoléčebné lázně na světě. Za svou existenci a proslulost vděčí geniálnímu rodákovi Vincenzi Priessnitzovi (1799 – 1851). Ten v roce 1822 založil na Gräfenbergu nejprve skromný vodoléčebný ústav a položil tak základ nové léčebné metodě – vodoléčbě. Vincenz Priessnitz dokázal ve své době nemožné, přesvědčil o své pravdě cisařsko komisi, získal v roce 1837 povolení k provozování vodoléčebného ústavu a zavedl novou formu léčení ve zcela jiném vztahu k nemocnému. Vyvedl jej z ponurého prostředí do přírody, přiměl k pravidelnému dennímu režimu, ukázal mu sílu vody, a vzduchu, vyloučil škodlivé vlivy, oprostil ho od všedních starostí a dal mu novou naději a radost ze života. Vincenz Priessnitz léčil člověka v souladu se zákony přírody a navracel mu ztracené zdraví“* <http://www.priessnitz.cz/o-nas/>

Další, kdo považoval vodu, jako nejlepší zdroj léčby byl německý kněz a léčitel Sebastian Kneipp. Jeho tzv. Kneippova metody jsou známé i v dnešní době. Přesto, že vytvořil několik variant (stříky, kartáčování..), jeho nejznámější a nejjednodušší metodou je chůze v ledové vodě.

Rehabilitace se nevyskytuje pouze v lékařství, její vliv pocítujeme i v jiných oblastech. Podle nich pak vzniká dělení, které zároveň uvádí pánové Kábele a Jesenský.

- rehabilitace lékařská – soubor opatření směřující k maximálnímu zlepšení zdravotního stavu

- rehabilitace pedagogická – souhrn činností, které vedou k podpoře edukace dítěte s postižením a jeho rozvoji
- rehabilitace sociální – process osamostatňování a socializování osoby se zdravotním postižením, či po vážném úraze
- rehabilitace pracovní – jedná se o nácvyk pracovních návyků k získání či udržení práce u osob se zdravotním postižením

5.2 Moderní rehabilitační metody

V České republice je nejznámější a také nejoblíbenější lázeňskou metodou lázeňství.

“Lázeňství má na území dnešního Česka mnohasetletou tradici. První záznamy o využití léčebných pramenů datujeme do 15. století, kdy byly na několika místech objeveny vyvěrající minerální prameny. Právě kolem nich v průběhu staletí vznikala lázeňská města. Ta se často rozkládají v malebných krajinných oblastech, jsou přitažlivá svým urbanistickým pojetím a specifickou lázeňskou architekturou. K zásadnímu rozvoji lázní však dochází především od 18. do 20. století, kdy jsou lázeňská místa navštěvována nejen z důvodů léčebných, ale i pro široké možnosti kulturního a společenského vyžití. Stavěly se velké lázeňské domy a kolonády, docházelo k zastřešování vřidel.“
<http://www.jedemedolazni.cz/cs/dovolena-v-laznich/pohled-do-historie.html>

Účelem lázní je Lázně rehabilitace po různých operacích a zákrocích. Jsou využívány i pro nejrůznější druhy onemocnění, přes kožní onemocnění, nemoci trávicího nebo pohybového ústrojí, až po poruchy látkové výměny (cukrovka, nadváha, obezita..) Lázeňství je využíváno nejen z těchto důvodů, ale také pomáhají pro relaxaci duše i těla, z tohoto důvodu jsou situovány na místa s příjemným, klidným a přírodním okolím.

Mezi známá lázeňská města patří například: Františkovy lázně, Mariánské lázně, Jáchymov, Janské lázně, Karlovy Vary, Lázně Kynžvart....

Fyzioterapie je terapeutický postup, který se zaměřuje především na pohybový systém s cílem zabránit patologickým jevům.
http://www.srfm.cz/koncepcie_MZ.htm

Vzhledem k tomu, že bude nutná spolupráce mezi fyzioterapeutem a pacientem je dobré navázat hned od začátku kladné vztahy. Obtížnost cviků se bude zvyšovat s nastávajícím zdravotním stavem. Celkový proces trvá půl hodiny až hodinu. Během něj se vystřídá několik různých setů cviků. Fyzioterapie může probíhat buď v místnosti vybavené nejrůznějšími rehabilitačními pomůckami, nebo mimo místnost, trénuje-li se například chůze. Na fyzioterapii se pacient naučí, jak správně vstávat z postele, židle, či země tak, aby neztratil rovnováhu, trénoval končetiny a nenamáhal záda, klouby. Kromě Vojtovy metody, či metody manželů Bobathových se při fyzioterapii využívají také různé plochy, které pomáhají nejen udržet rovnováhu, ale také stimulují chodidla. Postupem času fyzioterapeut volí také poučky jako jsou například bedínky, které demonstrují chody a na kterých si pacient taktéž trénuje stabilitu a zároveň zpěvňuje kotníky. K fyzioterapii také patří správné držení těla. Váha těla by měla být rozložena do obou končetin rovnoměrně. (viz. str. 30)

Bobathova metoda - terapeutický přístup, vytvořený Bertou Bobathovou a jejím manželem Karlem Bobathem, orientovaný na řešení problematiky (zejm. každodenních činností) pacientů s poruchami funkce pohybu a posturální kontroly způsobené poruchou CNS. Terapie se děje interakcí mezi terapeutem a pacientem, integrací rozmanitých systémů (neurofyziologických, biomechanických, psychologických, prostředí) ve vztahu k řízení motoriky obecně. Předpokládá se zachovalý funkční potenciál mozku. (plasticita) Cílem je dosažení maximální kvality a nejvyšší možné úrovně funkce v limitu individuálního postižení. (MUDr. Silvie Šidáková) Tato metoda je nejvhodnější pro pacienty po CMP, DMO. Tato metoda má další své techniky jakými jsou například *Handling*, který využívají hlavně rodiče v domácnosti v běžných činnostech a aktivitách jako je například správné oblékání, krmení a manipulace s dítětem. Další technikou je technika *senzomotorické stimulace*. Tato technika využívá nejrůznější pomůcky jako jsou overbally, plochy, lavičky atd. Jejím cílem je posunutí vývoje dítěte dopředu.

Další známou metodou je *Vojtova* – autorem této metody je Prof. MUDr. Václav Vojta. Jeho metoda obsahuje soubor cviků, dle kterých lze poznat stupeň motorického vývoje již u dětí velmi nízkého věku. Cvičení je založeno na správném stisknutí konkrétních bodů a zón na těle dítěte, tak že dojde k samovolnému aktivnímu pohybu. Pro účinnou nápravu je nutné začínat s touto metodou již v novorozeneckém věku. Jedná-li se o dospělého člověka je cvičení upraveno tak, aby se odstranily chybné pohyby, které siroba osvojila a způsobila si tak zdravotní obtíže. (inspirace - [http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/fyzioterapie/reflexni-lokomoce-podle-prof.-vojty-\(vojtova-metoda\)\)](http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/fyzioterapie/reflexni-lokomoce-podle-prof.-vojty-(vojtova-metoda))))

Ergoterapie - „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.*“ (Česká asociace ergoterapeutů 2008, <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>)
Ergoterapie je v podstatě takové učení a cvičení prací. Využívá předměty a činnosti běžné domácnosti, díky nimž je pacient schopný samoobsluhy a zároveň tak procvičuje konkrétní části těla. Ergoterapie je také senzomotorické cvičení, při kterých se využívá hlavně hmat a zrak, jelikož pacient potřebuje vidět, jak daný úkon probíhá a jak se vlastně dělá, aby ho později mohl vykonat sám. Postup při ergoterapii například horní levé končetiny je následovný : Nejdříve probíhá, většinou v sedě, zahřátí a stimulování končetiny pomocí masáže, či rehabilitačního míčku „ježka.“ Cviky a tudíž i protahování svalů může být někdy bolestivé, v tom případě je nutné cvičení přerušit a sval opět promasírovat, aby se uvolnil. Bolest je znakem toho, že svaly uvnitř končetiny jsou zatížené a je potřeba je protáhnout. Je-li končetina dostatečně uvolněná a pacient připraven, lze přejít k cvikům. Dále ergoterapeut potřebuje zjistit, co vše pacient dokáže.

Prvním krokem z pravidla bývá končetinu narovnat, jelikož svaly nutí mít končetinu ve stavu, kdy je ohnutá v lokti, přitisknutá k tělu a zápěstí je

stočené směrem ven, poté ergoterapeut zjišťuje, zda-li pacient udrží končetinu ve vzduchu bez jeho opory.

Poté se začíná od největší části končetiny, v tomto případě ramene. Pacient za pomoci ergoterapeuta se v počátku snaží danou končetinu nadzvednout popř. předpažit. Tento úkon je pro zdravého člověka na prsto běžný a snadný, u pacienta po CMP ovšem dochází k určitým komplikacím, kterou způsobuje spasticita končetiny, kdy je končetina v „křeči,“ je tedy sevřená směrem k tělu a je těžké jí uvolnit, povolit, aby se s ní mohlo manipulovat. Dalším problémem při manipulaci s horní končetinou je „tahání“ končetiny přes rameno. Ergoterapeut například chce, aby pacient končetinu vzpažil, nebo předpažil. Při tomto úkonu ovšem nezapojuje správnou skupinu svalů a nahrazuje (a tím i ulehčuje) to skupinou jinou. V takovém případě je nutné tento špatný návyk pacienta odnaučit, aby nedošlo k jeho zafixování a následnému špatnému používání.

Právě z těchto důvodů je důležité začínat již zmíněnou masáží a stimulaci, pro povolení svalů. Dalším krokem je několika násobné opakování cviku, například upažení, které probíhá za asistence ergoterapeuta pomalým tempem, který pacienta vede a ukazuje mu daný pohyb. Po několika návštěvách, či dnech ergoterapie se terapeut společně pacientem dostávají ke cvikům- kruhům. Začíná se opět od největších kloubů, přes loketní, až zápěstní a to všemi směry. Platí zde, že jemná motorika se procvičuje mnohem hůře, než hrubá. Po všech těchto a dalších cvicích jako je upažování a pokrčování celé ruky, či jen lokte je na řadě zápěstí. Kruhové pohyby jsou ze začátku velmi trhané, proto se většinou začíná pouze obloučky, které přejdou v kruhy postupem cvičení. Obtížným cvikem je také přetáčení dlaní nahoru a dolů, přičemž pohyb dolů není nijak obtížný, jelikož pacientovi hodně pomáhá gravitace nekoordinované pohyby, které jsou pro CMP typické. Nejtěžší částí jsou ale ovšem prsty a jejich roztahování a zatahování o pěsti nebo „počítání“ prstů. Nejrychleji z prstů začíná fungovat palec a ukazováček, ale není to pravidlem. Při těchto cvicích je důležitá koncentrace, správné dýchání a trpělivost. Pacientovi také často pomáhá, pokud v si v průběhu cvičení sedí na

zdravé ruce, jelikož pacient má tendence si druhou rukou pomáhat a to nejen z vlastní vůle.

Je-li pacient schopen provést všechny tyto úkony s čím dál menší dopomocí, pokouší se dělat následovně vše sám. Hlavní podstatou ergoterapie je používání různých domácích prací a zájmových činností k procvičení končetiny. Proto po té, co do jisté míry zvládne základní pohyby přichází na řadu například navyšování kostek, přenášení předmětů, prostrkování korálek na provázek, výrobky z různých materiálů, ale také například vybarvování omalováněk, či obkreslování písmen abecedy nebo jiných útvarů. V posledních případech nezáleží na tom, že pacient má postihnutou levou končetinu a je pravák, jelikož zde se procvičuje především koncentrace a přesnost. Zároveň si pacient může levou končetinou dopomáhat k přidržování papíru, či při výběru psací potřeby.

V průběhu cvičení také velmi pomáhá příjemná, klidná atmosféra a vstřícný, trpělivý ergoterapeut, který bude po celou dobu s pacientem komunikovat a to nejen v rámci popisování cviku. U pacienta je důležité, aby měl na cvičení klid a nebyl nikým a ničím rozptylován. Stres, strach, úlek, či nervozita totiž způsobují někdy velmi pevné sevření svalů na končetině.

5.3 Rehabilitační a kompenzační pomůcky

Vyhláška 73/2005 z 9. února 2005 uvádí:

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.

Rehabilitační a kompenzační pomůcky jsou nedílnou součástí osob s tělesným postižením. Platí to jak u dětí ve školách, tak i v běžném životě.

Rozdíl mezi rehabilitačními a kompenzačními pomůckami je velký. Jedná-li se pouze o zlepšení stavu osoby a tato vidina je do budoucna reálná

vzhledem k jejímu stavu, hovoříme o rehabilitačních pomůčkách, které slouží osobě pouze na dobu určitou. Pokud je ovšem stav pacienta nenávratný (je například ochrnutý), potřebuje ke svému životu nějakou “kompenzaci” jeho nohou, aby byl v životě co nejméně omezený svým handicapem. Jako kompenzační pomůcku lze uvést například invalidní vozík. Mezi pomůcky rehabilitační patří například stimulační tělesa, kterým se lajcky říká “ježek.” Jedná se v podstatě o středně velký gumový míček s bodlinkami. Tímto míčkem se obvykle přejíždí pacientovi po zasažené končetině. Důvodem je zjištění citlivosti končetiny, stimulace nervů a “zahřátí,” tedy předpřipravení končetiny na následující cviky. Lze samozřejmě používat i míček měkký bez bodlinek k procvičování stisků, či uklidnění (tzv. antistresový míček). Mezi další rehabilitační pomůcky dale patří například berle, jejichž využití zde není nutné uvádět. Užitečnou pomůckou, která se využívá nejen u tělesně postižených osob, ale také u sportovců jsou tejpky. Jedná se o úzké různě barevné proužky, které fixují dané místo, či končetinu a zároveň pomáhají od bolesti svalů a kloubů. Při jejich aplikaci je nutné dodržovat přesné pokyny. V rámci rehabilitačních pomůcek, které pomáhají zlepšení stavu je široká škála od všech různých druhů a velikostí míčků, přes fixační pásy až po různé vychytávky, které mohou usnadnit domácí činnosti. Takovými pomůckami jsou například protiskluzové podložky pod vanu, či sprchový kout, nebo dokonce i talíře. Žádnou novinkou nejsou ani madla v koupelnách, či toaletách nebo dokonce sedačka na vanu pro snadnější vstávání. Pro osoby s nefunkční končetinou jsou velmi užitečné poučky, které jim usnadní proces oblékání. Patří mezi ně například oblékač ponožek nebo třeba zapínač knoflíků. Existují také pomůcky do kuchyně, jako jsou speciální drtiče, prkénka, držáky...

Zvláště v případech DMO, CMP a vadného držení těla má rehabilitace velmi významnou úlohu. Pokud je rehabilitace včasná, intenzivní a pravidelná může díky ní nastat zlepšení stavu pacienta. Dochází-li dítě na rehabilitaci, lze vidět příznivý vliv i v rámci edukačního procesu.

5.3.1 Rehabilitace a rehabilitační metody po CMP

Díky zmíněným rehabilitačním metodám a pomůckám může dojít i u takto závažných onemocnění k zlepšení situace. Navrácení do původního stavu je ovšem ovlivněno několika faktory. Jedná se především o hloubku, rozsah postižení, věk pacienta, ale také záleží na intenzitě a správnosti rehabilitace. V takovýchto případech je také nutná a velmi zásadní snaha pacienta a jeho spolupráce s odborníky. Je důležitý vzájemný respekt ze strany pacienta vůči pokynům ergoterapeutů a ošetřujících, ale také se musí brát v úvahu častá únava pacienta. Je proto nutné nastavit si určité přiměřené tempo, aby rehabilitace přinášela výsledky.

CMP způsobí velký zásah do organismu. Začít s rehabilitací je potřeba co nejdříve. Je dobré dodržovat pokyny fyzioterapeuta hned od začátku a vyvarovat se tak některým negativním návykům. Konkrétním případem může být CMP s levostranou či pravostanou hemiparézou, kdy má pacient často nutkání “nahrazovat” postiženou končetinu končetinou zdravou. Tím pádem dochází u postižené končetiny k zakrnění, jelikož její aktivita je minimální.

Prvním a zásadním krokem, po několika dnech na lůžku, je posadit se. Tento naprosto běžný úkon se zdá být pro zdravé osoby naprostou banalitou. Pro osobu po CMP je to ovšem velký krok. Vzhledem k možnému vysokému tlaku v hlavě nebo možným mdlobám je tento úkon nutné provádět pouze s asistencí nejlépe samotného fyzioterapeuta.

Rozhodne-li se pacient pro další krok – tedy vstát z postele a začít pomalu “chodit,” bude potřebovat oporu fyzioterapeuta a to doslovnou. Předtím, než se oba uchýlí k realizaci je nutné vytyčit si krátkodobé cíle, tzn. První den - postavit se na nohy, druhý den – udělat pár kroků, třetí den – dojít k blízkému bodu atd. Poté, co bude pacient schopen ujít nějakou trasu určitým tempem, může začít kombinovat styly chůze (bude-li toho schopen). Aby nebyla chůze jednostraná, může pacient začít překonávat malé překážky, chodit do boku, slalomem atd. Až bude těchto úkonů schopen, může přejít k samostatné chůzi bez asistence fyzioterapeuta, či jiných osob, pouze za pomoci berlí/ berle. Úkoly, které předtím vykonával s fyzioterapeutem teď dělá od

začátku sám. Vzhledem k počáteční nejistotě a k stále nízké stabilitě je zde nutnost dohledu. V prvních dnech probíhají rehabilitační cvičení většinou 2x denně. U každého pacienta to ovšem může být individuální. Cviky však lze provádět i samostatně na lůžku, dle pokynů fyzioterapeuta. Cviky se provádějí od největších částí končetin, tedy stehna, přes kolena, kotníky až dolů k prstům. Před cvičením je důležité končetinu promasírovat a zahřát rehabilitační pomůckou př. Ježkem. Nejlepšími cviky, pro rozhýbání končetiny jsou kruživé pohyby oběma směry, od největších částí k nejmenším, dále také pokrčování a natahování končetiny, nejdříve po povrchu matrace, na které leží. Pacient si dělá mezi jednotlivými cviky pauzy, dle vlastní potřeby. Důležité při těchto cvicích je dodržování jejich správnosti a také správné dýchání.

Zanedbávat se nesmí ani horní končetina, která je důležitá pro každodenní činnosti a samostatnost obecně. Pacient má často nutkání "kompenzovat" a nahrazovat postiženou končetinu, končetinou zdravou, proto je nutné co nejdříve "aktivovat" postiženou končetinu pomocí rehabilitačních cviků a pomůcek. Při cvičení s horní končetinou se začíná, stejně jako u dolní končetiny, u cvičení celkového, tedy od ramene, přes loket, zápěstí až po konečky prstů (jemná motorika).

U osob s CMP většinou dochází k problémům z paměti. Pohyby, najednou si nepamatují, jak vlastně s končetinou manipulovali, jak ten pohyb vykonávali a z toho důvodu je nutné, aby se při rehabilitacích a cvičeních soustředili na svou končetinu a vnímali pohyby, se kterými jim ze začátku pomáhá fyzioterapeut, či ergoterapeut.

Takto přibližně vypadají první dny pacienta po CMP v nemocnici. Poté, co se jeho stav zdá být dle odborníků optimální, je pacient propuštěn do domácího léčení, nebo je přesunut na specializované rehabilitační oddělení, či do lázní.

Na rehabilitaci může pacient docházet i. Tato forma se ale doporučuje až po absolvování klasické rehabilitace – lůžkové, jelikož ambulantní rehabilitace je časově omezena a dochází tak u ní procvičování pouze jedné oblasti a to té, která je nejvíce zasažena

6 Dítě s tělesným postižením v běžné škole

V návaznosti na kapitolu “Vývoj přístupu k tělesně postiženým“ je zřejmé, že počátky tohoto procesu nebyly lehké. Vzdělávání jako takové bylo pro osobu s tělesným postižením umožněno až na popud J.A Komenského, který byl zastáncem rovnoprávnosti ve vzdělávání. Před touto velkou událostí byla osobám s tělesným postižením poskytována pouze péče v tehdejších špitálech a kláštorech, kde zaměstnanci poskytovali primární péči v závislosti na potřebě a typu postižení.

Počátky speciálního školství u nás započaly s prvními ústavami, které se specializovaly na danou problematiku. Mezi první tyto ústavy patří ústav pro hluchoněmé, který byl vybudován roku 1876. *„Historie vzdělávací péče o sluchově postižené je u nás spojena s ústavami a školami v Brně, Českých Budějovicích a Plzni (konec 19. a počátek 20. století), pro které byla typickým rysem úzká specializace na neslyšící a těžce nedoslýchavé osoby. Naopak současné inkluzivně orientované školství upřednostňuje vzdělávání takto postižených dětí, žáků a studentů v běžných školách.“* (Slowík, 2007). Mezi další významné roky, které ovlivnily vzdělávání osob s postižením jsou :

1807 Založen Hradčanský ústav pro nevidomé, Alois Klár
1871 Ernestinum pro slabomyslné – u zrodu stál K.S. Amberling
1883 Praha vychovatelna

1913 Jedličkův Ústav 1. ústav pro tělesně postižené(komplexní rehabilitace)
(Slowík, 2007)

6.1 Integrace

Vzdělávání v České republice legislativně uzákoňuje zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání, na který navazuje vyhláška č. 72 z roku 20095 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a dále take vyhláška č. 73 z téhož roku o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

a student mimořádně nadanými. Do skupiny žáků se speciálně vzdělávacími potřebami spadají: žáci se zdravotním postižením (tělesné, smyslové, mentální, autismus, dítě s více vadami, s poruchami učení nebo chování), žáci se zdravotním znevýhodněním (žáci dlouhodobě nemocní, zdravotně oslabení..), žáci sociálně znevýhodnění (nízké sociální postavení rodiny ve společnosti, nízké příjmy financí, dítě z rodiny s patologickými jevy..), žáci nadaní a mimořádně nadaní. (Pipeková, 2010)

Postupem času a vývojem doby vznikla myšlenka integrace, kterou Jesenský charakterizuje jako sjednocení postojů, hodnot, které ovlivňuje vztahy ve skupině i u jednotlivců. Potřeba integrace vzniká, dojde-li ke kontaktu dvou odlišných jevů, či postojů. Integrace napomáhá překonávat řešit rozpory, které se mohou projevit ve formě stresu a konfliktů. (Jesenský, 1996)

Ve Velkém slovníku naučném (1999) je integrace popsána jako:

Plnohodnotné soužití zdravých a handicapovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života. Jednoduše řečeno se jedná o situaci, kdy je znevýhodněné dítě (smyslově, mentálně, tělesně) zařazeno mezi kolektiv běžných žáků. Integrace není jen sama o sobě, má také své stupně, které probíhají v rámci přizpůsobování se. Poprvé nimi přišel J.F Bürli v roce 1997. Jedná se o pojmy:

- *Asimilace* - postižený se vypořádává se způsoby chování většiny a snaží se je přejímat že je převezme tak dalece, jak bude moci.
- *Akomodace* - uznává práva postižených, vyvíjí se tlak na většinu v rámci přizpůsobení se
- *Adaptace* – oboustranné přizpůsobování, cílem je vzájemné přiblížení postiženého a skupiny nepostižených

Integrace postiženého dítěte je velkým krokem. Pokud se rodiče, či zákonní zástupci pro něj rozhodnou, je důležité ho nejdříve projednat s odborníky (PPP – pedagogicko psychologické poradny), kde na základě důkladné diagnostiky (= speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá zjištěním, posuzováním i hodnocením vnitřních a vnějších podmínek, během které získáváme i výsledky výchovně-vzdělávacího procesu. Na základě těchto

zjištění jsou navrženy pedagogické postupy. (Chráska, 1998). Výsledkem diagnostiky je diagnóza, na základě které se vyjadřují doporučení k dalším krokům. Z těchto důvodů je právě diagnóza pro další vzdělávání dítěte velmi podstatná, obzvláště jedná-li se o dítě postižené. Pro to, aby se v PPP dopracovali k správnému cíli je zapotřebí velké množství informací a materiálů o žákovi, ale také o jeho budoucí škole, na kterou by měl být integrován. Podstatnou informací je dostupnost školy, tedy zdali je škola v místě bydliště handicapovaného žáka a pokud nikoliv, tak jakými dopravními prostředky a jak rychle je možné dostat se z domova do školy. Dále záleží na vybavenosti školy s ohledem handicapu dítěte (bezbariérový přístup, využití kompenzačních, či jiných pomůcek v hodinách, osobní asistent, či pomoc asistenta pedagoga), ale také záleží na odbornosti pedagogického sboru a prestiži školy. PPP spolupracují s rodiči a školou v podstatě po celou dobu povinné školní docházky dítěte a i po dobu dalšího studia. Jedním z hlavních důvodů této spolupráce je úprava podmínek pro vzdělávání dítěte. PPP ve spolupráci s rodiči a speciálním pedagogem vytvářejí IVP = individuální vzdělávací plán = IVP se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy (Vyhláška č. 73/2005 Sb). PPP mohou rodičům, či učitelům poskytnout odbornou pomoci v případě, že by v rámci procesu integrace docházelo k nepříjemným událostem.

Integrace dítěte s tělesným postižením rozhodně ovlivní dosavadní klima třídy. Fakt, že do stálého třídního kolektivu přijde někdo nový, není v dnešní době nic neobvyklého a proces začlenění může proběhnout bez jakýchkoliv komplikací. Přijde-li ovšem do stálého kolektivu žák, který je na první pohled odlišný, může to mezi žáky vyvolat ne vždy pozitivní ohlasy. Důvodem těchto komplikací bývá nízká informovanost a nepřipravenost žáků na tuto novou zkušenost. V závislosti na této zásadní chybě může dojít k opačnému procesu integrace, tedy segregaci nového, tělesně postiženého žáka od zbytku skupiny. Segregace - vyčleňování, spadá dle (Koláře, 2001) do první

fáze šikany, tedy Ostrakismu. Jedinec je nejslabší, nejvíce zranitelný a tzv. „poslední na chvostě.“

Možná právě i z těchto důvodů se vědci snažili najít způsob, kdy by byl proces začlenění postižené osoby přirozenější. V současné době se tak stále více setkáváme s pojmem inkluze, který je definován jako: Vytvoření takového prostředí ve třídě, které vítá a oceňuje odlišnosti. (Houška, 2007)

Ten samý autor také dále vysvětluje jaký je hlavní rozdíl mezi inkluzí a integrací – zatímco integrace pomůže jednoduše postiženému jedinci se začlenit na základě přizpůsobení se pravidlům třídy, inkluze vytváří pro daného jedince takové prostředí a vytváří takové podmínky, které mu umožní pracovat společně se zbytkem skupiny a zároveň se při tom bude rozvíjet.

I problémům jako je hrozící počáteční šikana se dá poměrně snadno předejít. Jak již bylo řečeno jde z velké části také o informovanost žáků. Této zodpovědnosti se může zhostit třídní učitel, ředitel školy nebo samotný odborník, tedy speciální pedagog za přítomnosti předešlých dvou osob a to nejlépe ještě před tím, než se žáci s postiženým dítětem poprvé setkají. Je samozřejmě důležitá vhodná volba slov přiměřená věku třídy a sdělování pouze takových informací, které jsou pro úspěch procesu nutné. Je zde také možnost požádat některé spolehlivé žáky o pomoc, jelikož první den pro nového žáka v kolektivu může být pro žáka stresující zážitek. Dobrým krokem, který usnadní další práci je také správná volba místa. Integrované dítě by rozhodně nemělo sedět v poslední lavici v koutě, ba naopak jsou pro něj vhodnou volbou lavice více vepředu, obklopen ostatními spolužáky a nejlépe s nějakým spolusedícím.

6.2 Asistent pedagoga

I přes veškerou prevenci je i tak ze začátku sledovat situaci ve třídě alespoň z povzdálí, což je úkol třídního učitele, který tak může popřípadě rychle zabránit nepříznivým patologickým jevům. Přehled by měl mít učitel nejen na chování kolektivu vůči novému žákovi, ale také celkové chování prospěch žáka. Velkou pomocí v takovýchto případech může být i asistent

pedagoga, který tak bude nejen sledovat vývoj žáka po edukační stránce a další faktory ve třídě, ale také může být nápomocný při práci v hodinách.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů

- 1) Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.

Asistent pedagoga může například dle pokynů vyučujícího během klasické výuky, opakovat s jedincem, či skupinou to učivo, které pro něj/ně ještě není zcela jasné. Dále také může připravovat pro tuto skupinu dětí se speciálními potřebami nějaké materiály, navrhnout způsob hodnocení, vymýšlet různé pomůcky, které by zjednodušily proces edukace u těchto žáků atd..

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Vzdělávání dětí s tělesným postižením v běžné třídě v praxi

Cévní mozková příhoda, Dětská mozková obrna

Největší český učitel, filozof a myslitel Jan Amos Komenský měl v rámci vzdělávání jasnou vidinu. Nejen, že se zasloužil o rovnoprávné vzdělávání pro všechny, ale chtěl také, aby vzdělávání bylo pro děti hrou. Ne pro všechny je ovšem proces vzdělávání hrou. V současné době se ve školních lavicích běžných tříd stále častěji objevují děti s nejrůznějšími poruchami školních dovedností až po různé typy postižení. Důvodem je již zmíněný novodobý proces integrace s hlavní myšlenkou zařadit tyto děti mezi děti zdravé a ve studiu úspěšné. Děti s tělesným postižením, ale i děti s jinými typy musí ve velké míře vynaložit velkou snahu a pílí jsou –li integrováni do běžných tříd.

V této části se Bakalářská práce věnuje tělesně postiženým dětem v běžné třídě. Kvůli vycházení z pracovních a tedy i praktických zkušeností je práce zařazena do praktické části. Na následujících několik stránkách je práce zaměřena především na vzdělávání dětí s Dětskou mozkovou obrnou a po Cévní mozkové příhodě. Jak již bylo psáno v úvodu, slečna, u které je využívána pomoc asistenta pedagoga je nutná již z toho důvodu, že se k její nemoci přidružují specifické poruchy školních dovedností - tedy různé dysfunkce, které jí ztěžují povinnou školní docházku nejen v rámci vzdělávání, ale také sociálních vztahů. Jako další bod je v práci uvedena vlastní zkušenost s cévní mozkovou příhodou během studia 3. ročníku střední školy. Tyto osobní zkušenosti jsou využity k popisu procesu vzdělávání a zároveň se zde nabízí porovnávání těchto dvou situací.

7.1 Vzdělávání žáků s DMO v praxi

Jana se narodila roku 1999 v Plzni ve 25. týdnu rizikového těhotenství. (830g a 33cm). Diagnóza dítěte je DMO levostranná hemiparéza. Ta se u Jany projevuje špatnou hrubou motorikou a neustálým našlapováním na špičku levé nohy. Stejně jako u většiny dětí s DMO se i u Jany projeví specifické poruchy školních dovedností. V současné době navštěvuje jednou ročně PPP. Jana chce svůj zdravotní stav zlepšit a proto pravidelně dochází na rehabilitace a také aktivně plave v Kontaktu Bb (nezisková organizace Kontakt bez bariér).

Dyslexie – porucha postihuje základní znaky čtenářského výkonu a to rychlost, správnost, techniku čtení a porozumění čtenému textu.

Dysgrafie – porucha psaní, která postihuje grafickou stránku písemného projevu, tedy čitelnost a úpravu.

Dysortografie - postihuje pravopis ve dvou oblastech. Projevuje se zvýšeným výskytem specifických dysortografických chyb.

Dyskalkulie – porucha matematických schopností, která se projevuje v manipulaci s čísly, číselných operacích, matematických představách a geometrii. (Zelinková, 2003)

V dětství musela podstoupit několik závažných operací. Ve 4 letech začala navštěvovat mateřskou školu a o dva roky později začala navštěvovat 0.ročník. Od 1. třídy až po současnost Janě s edukačním procesem pomáhá asistent pedagoga, zároveň jí byl vytvořen IVP. V současné době Jana dochází do 8. ročníku. Začátky na 2. stupni pro ni nebyly lehké. Děti Janu pro její handicap nepřijímaly a její výkony v rámci učení byly slabé. V 6. třídě jsem se s Janou setkala poprvé, když jsem po dobu měsíce zastupovala tehdejší paní asistentku. Od 7. třídy pracuji jako asistentka v její třídě já. Po několika běžných rozhovorech s některými dětmi se mi podařilo zjistit hlavní problém a následně ho i vyřešit, takže současný stav v rámci sociálních vztahů je v normě. Jana sedí při všech vyučovacích hodinách v předních lavicích, při skupinových pracích se zapojuje.

Co se týče učení jako takového, má Jana díky IVP jisté úlevy. *Český jazyk* – zápisy z literatury za pomoci asistenta pedagoga, zbytek samostatná. Slohové práce – nutno poradit jak začít, dále je schopná sama. Mluvnice – procvičování v hodině - samostatně, v případě, že nechápe zadání, či látku vysvětluje asistentka, diktáty formou doplňovačky, text zredukován, delší čas na kontrolu.

Matematika, fyzika, chemie, informatika – Možnost používání pomůcek jako jsou tabulky učebnicích, či ručně vytvořené asistentkou. Nutná pomoc při procvičování, zvláště při počítání. Geometrie – náčrty asistentka pedagoga, Jana pouze postup konstrukce. Pomalá orientace na klávesnici u počítače a v programech.

Zeměpis - V současné době lepší prospěch, dokáže se naučit některé údaje z paměti (memorování), orientace na mapách – slabší, využívá jako pomůcku plastovou lupu.

Přírodopis, dějepis, výchova ke zdraví – opět pomoc asistentky při zápisech, občas i při práci s učebnicí (špatná orientace), dějepis – zkoušení spíše ústně.

Anglický a ruský jazyk – v AJ je schopna se namemorovat slovíčka, ale časy a to jak se tvoří jí dělá problémy a často u tvoření vět hádá. Testy jsou redukovány, slovíčka předepisuje asistentka, nebo se volí ústní zkoušení. RJ – speciální materiály pro procvičování azbuky, dostatek času. I přes komplikace s písmem jí předmět baví. Hodnocení převážně formou ústního zkoušení.

Výtvarná, hudební a tělesná výchova – z tělesné výchovy je nežadost matky uvolněna. Hudební výchova probíhá bez problémů a bez nutné přítomnosti asistentky u výtvarné výchovy platí to samé. I přes to je ale velmi snaživá.

Aktivita v hodinách se u Jany postupem času zvětšila, odvíjí se to také i od předmětu a jeho vztahu k němu. S potěšením, ale mohu dle Janiných slov říci, že ji v současné době škola baví více.

7.2 Vzdělávání žáků po Cévní mozkové příhodě v praxi

Jak jsem již psala na začátku ráda bych zde uvedla pro porovnání i mou verzi a zkušenost s tělesným postižením. V tomto případě se jedná o CMP. V té době mi bylo krátce 18 let, když mě nečekaně skolila CMP. V té době jsem navštěvovala 3. ročník střední školy, takže obsah učiva se čím dál tím více zaměřoval na maturitu. Stejně jako Jana i já měla levostrannou hemiparézu. Má absence ve škole byla poměrně velká, příhoda se mi stala v půlce listopadu a já se do školy vrátila až někdy v únoru. Jakmile jsem byla jen trochu schopná, požádala jsem spolužáky, jestli by mi nemohli poslat materiály z předmětů, abych se mohla v nemocnici nebo doma učit. Naštěstí byli velmi ochotní. Nechtěla jsem si připustit myšlenku, že bych to snad nezvládla a musela opakovat ročník. Taková možnost tu samozřejmě byla, ale já jí razantně odmítala. Pravdou je, že v nemocnici jsem se toho kvůli neustálé únavě a rehabilitacím moc nenaučila. Jakmile jsem se ovšem dostala do domácího léčení, můj boj začal.

Přivítání ve škole bylo velmi vřelé a přátelské ze všech stran. I po celou tu dobu mé nepřítomnosti mě spolužáci zahrnovali pozdravy, povzbudivými zprávami a návštěvami. Z důvodů únavy a také na doporučení lékaře, jsem z počátku navštěvovala školu jen na 4 vyučovací hodiny. Dalším důvodem byly také mé časté prohlídky u specialistů, či ambulantní rehabilitace, konkrétně ergoterapie. Do školy jsem chodila o berlí a ruku měla v cípu. Vzhledem k tomu, že škola má 4 patra a není bezbariérově zařízená, pomáhali mi spolužáci i v tomto ohledu (jištění při chůzi do schodů, nošení školní tašky). Kromě spolužáků patří mé díky také řediteli školy, který mě uvolnil z tělesné výchovy a také vyučujícím, kteří mi dali na doučení předchozích látek dostatek času. Zkoušení probíhalo ústně. Bylo mi při něm, vzhledem k mému stavu dovoleno sedět v první lavici a já tak mohla bez nervozity převyprávět naučenou látku. Jediný předmět, ze kterého jsem měla paradoxně mírné obavy, byla výtvarná výchova. V rámci tohoto předmětu jsem měla v podstatě „štěstí v neštěstí.“ Jen několik týdnů před CMP jsem se rozhodla přestoupit v rámci specializací z hudební výchovy na výchovu výtvarnou. Kdyby se tak nestalo,

neumím si představit, jak bych mohla odmaturovat z praktické části specializace hudební výchova, tedy z hry na hudební nástroj. I přesto, že jsem přestup stihla, musela jsem i ve specializaci výtvarná výchova dohánět dost probrané látky i za minulé roky, abych skupinu výtvarníků dohnala. I přes všechny obavy jsem se k maturitě, v rámci praktické části tohoto předmětu, nechala inspirovat právě CMP a jak na mě působila po psychické stránce. Pro zajímavost uvádím, že jedním z děl byl barevný trychtýř, vyrobený z malých papírových puntíků, který zobrazoval můj vývoj od temné barvy, až po ty světlé, veselé. Proces vyrábění tohoto díla byl pro mě v podstatě něco jako ergoterapie. Má snaha byla oceněna a z výtvarné výchovy jsem úspěšně odmaturovala..

7.3. Vlastní šetření - rozhovor

Rozhovor je metodou diagnostiky, díky které můžeme získat potřebné informace o osobě nebo přímo od osoby, kterou diagnostikujeme. V tomto případě se jedná o polostrukturovaný rozhovor mezi asistentkou pedagoga (já) a tělesně postiženým dítětem (Jana). Současně s rozhovorem jsem také realizovala další diagnostickou metodu a to metodu přímého a záměrného pozorování. Cílem rozhovoru bylo Pro realizaci tohoto rozhovoru byla vybrána místnost školního psychologa, která je pro děti příjemným prostředím. Cílem tohoto rozhovoru bylo zjistit míru její samostatnosti, sociální vztahy, plány do budoucna v rámci vzdělávání.

Klientka byla předem informována o významu rozhovoru a bylo také zdůrazněno, že bude použit pro tyto účely do Bakalářské práce. V průběhu rozhovoru bylo nutné několikrát zopakovat otázku, či otázky doplňovat.

Rozhovor

AS = asistentka pedagoga, J = Jana

1. AS: *Do jaké míry si myslíš, že jsi v současné době samostatná? Co vše zvládneš sama?*

J: Nevím. Zvládnou...ustlat sama postel...přemýšlím..zvládnou ještě nosit ták (myšleno při stravování ve školní jídelně), ponožky si umím nandat sama...teď už..

AS: *Umíš se celkově sama obléct?*

J: Hmm, osprchovat se (smích), dojít se psem, sama nakoupit, k tátovi..

AS: *A co česání vlasů?*

J: to vůbec, to musí mamka.

2. AS: *Co nezvládáš dělat sama?*

J: Česání, mytí hlavy... to je strašný problém pro mě.

AS: *A co zipy a tkaničky? Jak si poradiš?*

J: Zubama, hodně používám zuby.

AS: *No a boty?*

J: Ty musí mamka, tkaničky nezvládám vůbec.

3. AS: *Co kamarádi? Kolik máš kamarádů?*

J: Hodně, hodně.. jakoby v Kontaktu a okolí.

AS: *A máš pořád ty samé kamarády nebo i jiné?*

J: Teď už jiné..

AS: *A proč už se nebavíš s těmi starými, s těmi dřívějšími?*

J: Kvůli tomu hendikepu, protože se báli, že to ode mě chytí, i když jsem jim to vysvětlovala. Nevím.. nechtěli to pochopit.

AS: *Jak trávíš s kamarádkami volný čas?*

J: Tak různě, jdem třeba do mekáče, na procházku..

4. AS: *Jaký předmět ve škole tě nejvíce baví?*

J: *Mě co baví, mě co baví.. asi chemie.*

AS: *A proč zrovna chemii?*

J: Máme na to dobrou učitelku, umí to vysvětlit.

AS: *Jaký předmět naopak nemáš ráda?*

J: Informatiku!

5. AS: *Jaké povolání bys ráda dělala do budoucna?*

J: V Bb kontaktu nebo asistentku.

8 ZÁVĚR

Na závěr je důležité k Jany konkrétnímu případu doplnit pár podstatných informací. Janin edukační proces byl od počátku ztížený vztahy s ostatními spolužáky. V nižších ročnících se dala situace přirovnat k počáteční fázi šikany. Spolužáci Janu segregovali, urážlivá gesta a posměšky byly na denním pořádku a to i od žáků, od kterých b to nikdo nečekal. Janu toto jednání samozřejmě mrzelo, odráželo se to na jejích školních výsledcích. Škola jí nebavila a nechodila tam ráda. Po nástupu do práce a projevení zájmu o situaci a vyřešení těchto problémů, šlo vyvodit hned několik závěrů. Jedním z těchto závěrů byla nulová informovanost o daném postižení u Janiných vrstevníků. U některých žáků byly tyto reakce také způsobeny nižším sociálním cítěním, či mentální vyzrálostí. Tato situace byla ovšem neprodleně a aktivně řešena a v současné době vše probíhá v pořádku, což je způsobeno i vyšším věkem spolužáků a úpravou některých Janiných návyků.

Porovná- lise tento případ s druhou zkušeností, jsou zde již na první pohled vidět velké rozdíly. Jedním z nich je právě mentální vyzrálost spolužáků. Zatímco v prvním případě hovoříme o žácích 6. třídy ZŠ, v případě druhém se jedná o 3. ročník střední odborné školy s pedagogickým zaměřením, tudíž i sociální cítění je tu podstatně větší, než například u jiných středních škol technického typu. Opět je zde nutné zdůraznit informovanost spolužáků o daném postižení, kdy v druhém případě byl zájem a také možnosti o to se informovat podstatně vyšší. Co se týče negativních faktorů, ovlivňující edukační proces byly ve druhém případě nulové, ba naopak se v tomto případě jednalo o faktory podpůrné.

I přes všechny nelehké situace, kterými si tělesně postižené osoby procházejí, žijeme v době, kdy má každý právo na vzdělání. Z praktické zkušenosti lze říci, že ve finále může být vzdělávání tělesně postiženého dítěte prospěšné pro obě strany. Tělesně postižené dítě má viditelnou motivaci zlepšovat se, zatímco zbytek třídy se učí toleranci a pomoci slabším v nouzi.

9 SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY

1. HOUŠKA, T., *Inkluzivní škola*, Osmileté gymnázium Buďanka o.p.s., Praha: Česká pedagogická komora. 2007
2. CHRÁSKA, M. 1988, *Metody pedagogické diagnostiky*. Olomouc: UP Olomouc. 1988
3. JESENSKÝ, J., *Příspěvek k rozvoji teorie integrace zdravotně postižených, Speciální pedagogika*. 1996
4. KÁBELE, František a kol. , *Somatopedie*, Praha: Univerzita Karlova, 1992. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
5. KÁBELE a KRACÍK, , *Základy Somatopedie*, Praha: Univerzita Karlova Praha, 1985, ISBN 17-104-85.
6. KALINA, M., *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, ISBN 9788073871079.
7. KALVACH, P., a kol., *Mozková ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-2765-3.
8. KOLÁŘ,, M., *Bolest šikanování*, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-513-x
9. MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV Žlutý kopec 7, 656 53 Brno.
10. MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-60-5.
11. PFEIFFER, J. a kol., *Rehabilitace: léčebné pracovní a sociální aspekty* Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1.1989.
12. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepr. a rozšíř. vyd. Brno: Paido, 2010, ISBN 978-80-7315-198-0.
13. PRŮCHA, J. a kol. *Pedagogický slovník*, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-579-2.
14. RENOTIÉROVÁ, M., *Základy speciální pedagogiky* 1. Olomouc: Univerzity Palackého, 2005, ISBN 80-244-1083-4.
15. RENOTIÉROVÁ LUDVÍKOVÁ a kol., *Speciální pedagogika*, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, ISBN 80-244-0646-2.

16. SLOMEK, Z. *Základy speciální pedagogiky*, Studijní text pro kombinovanou formu studia, ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, 2006.
17. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
18. TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-750-
19. VALENTA, M. (ed.) *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
20. VELKÝ SLOVNÍK NAUČNÝ, 1999
21. VÍTKOVÁ, M. 1998. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova Univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
22. VÍTKOVÁ, Marie. 1999. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80- 85931-69-6.
23. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
24. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*, Praha, Portál, 2003, ISBN 978-80-7367-514-1.
25. MUDr. ŠIDÁKOVÁ, S. *Rehabilitační techniky nejčastěji používané v terapii funkčních poruch pohybového aparátu* Ordinance rehabilitace a lymfologie, Trutnov Státní léčebné lázně, Janské Lázně.

10 POUŽITÉ INTERNETOVÉ ZDROJE

ET NETERA. a.s. [cit. 20.1.2015]

http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/co_je_cevni_mozkova_prihoda.html

Pears Health Cyber [cit.20.1.2015]

(<http://www.dmo.cz/index.php/home/formy-dmo/#dyskyneticka-dmo>)

Scs.abz.cz [cit.22.1.2015]

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/ganglie>.

Eva Mlčochová 2012-2014 [cit. 15.12.2014]

(<http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/friedrichova-ataxie-priznaky-projevy-symptomy>)

2015 Vitalon.cz, [cit.16.12.2014]

<http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

Léčebná rehabilitace dětí a dospělých, Easy web, CS technologie s.r.o

<http://www.fyzioterapie-cz.com/vadne-drzeni-tela>

Michala Lustigová, 2003-2005, Web-stránky Státního zdravotního ústavu autora Kolektiv pracovníků SZÚ [cit.16.12.2014]

<http://www.szu.cz/tema/prevence/vadne-drzeni-tela-u-deti>

Vitamins Cosmetic s.r.o 1999 – 2014, 2013 [cit.20.12.2014]

<http://rodina-deti.doktorka.cz/3-tipy-na-spravne-drzeni-tela-u-skolaku/>

Preissnitzovi léčebné lázně 2015, [cit. 2.1.2015]

<http://www.priessnitz.cz/o-nas/>

Sdružení lázeňských míst 2015, [cit.2.1.2015]

<http://www.jedemedolazni.cz/cs/dovolena-v-laznich/pohled-do-historie.html>

Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP, [cit.5.1.2015]

http://www.srfm.cz/koncepce_MZ.htm

Esplace s.r.o 2012 [cit.5.2.2015]

[http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/fyzioterapie/reflexni-lokomoce-podle-prof.-vojty-\(vojtova-metoda\)\)](http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/fyzioterapie/reflexni-lokomoce-podle-prof.-vojty-(vojtova-metoda)))

Seltime.s.r.o 2010 [cit.20.12.2014]

<http://www.aktin.cz/clanek/1951-naucte-se-spravne-drzeni-tela>

MKF [cit. 16.12.2014]

<http://www.mkf-cz.cz/node/2>

Česká asociace ergoterapeutů, Michal rod, 2008 [cit.

<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZÁKONŮ A VYHLÁŠEK

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška 73/2005 z 9. února 2005

Zákon č. 561/ 2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání, na který navazuje vyhláška č. 72 z roku 20095 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a dále take vyhláška č. 73z téhož roku o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a student mimořádně nadanými.

Vyhláška č. 73/2005 Sb

PŘÍLOHA A – UKÁZKY OTÁZEK

- 1. Do jaké míry si myslíš, že jsi v současné době samostatná? Co vše zvládneš sama?*
- 2. Umiš se celkově sama obléct?*
- 3. Co nezvládáš dělat sama?*
- 4. A co zipy a tkaničky? Jak si poradíš?*
- 5. A boty?*
- 6. Co kamarádi? Kolik máš kamarádů?*
- 7. A máš pořád ty samé kamarády nebo i jiné?*
- 8. A proč už se nebavíš s těmi starými, s těmi dřívějšími?*
- 9. Jak trávíš s kamarádkami volný čas?*
- 10. Jaký předmět ve škole tě nejvíce baví?*
- 11. Jaký předmět naopak nemáš ráda?*
- 12. Jaké povolání bys ráda dělala do budoucna?*

BIBLIOGRAGFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Veronika Jeřábková

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Tělesné postižení ve škole

Rok: 2015

Počet stran bez příloh: 59

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet internetových zdrojů: 15

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann