

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Marie Nováková

Komprehenzivní rehabilitace dětí v mateřské škole při zdravotnickém  
zařízení

Olomouc 2013

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Jonášková CSc.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 10. června 2013

.....

Podpis

Ráda bych poděkovala PaedDr. Vlastě Jonáškové, CSc., za to, že přijala vedení mé bakalářské práce a poskytla odborné rady i připomínky. Dále děkuji všem přátelům a především pracovníkům i dětem z Mateřské školy při Dětském stacionáři Mošnerova 1 v Olomouci za aktivní povzbuzování a psychickou podporu při zpracovávání práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	9
<b>1 PŘEDŠKOLNÍ VĚK</b> .....	9
1.1 Vývoj motoriky v období raného a předškolního věku.....	10
1.2 Dítě předškolního věku se zdravotním znevýhodněním v zařízení.....	11
1.2.1 Problematika dětské mozkové obrny .....	12
<b>2 KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE</b> .....	13
2.1 Počátky a postupné rozvíjení komprehenzivního pojetí rehabilitace.....	14
2.2 Členění .....	15
<b>3 REHABILITACE Z HLEDISKA LÉČEBNÉHO</b> .....	16
3.1 Systém zařízení léčebné rehabilitace a její tým .....	16
3.2 Prostředky léčebné rehabilitace.....	17
3.2.1 Fyzikální terapie a terapie prostřednictvím přírodních zdrojů.....	18
3.2.2 Léčebná tělesná výchova .....	20
3.2.2.1 Metody léčebné tělesné výchovy.....	20
3.2.2.2 Využití léčebné tělesné výchovy ve školní praxi s dětmi.....	22
3.2.3 Radikální a konzervativní léčba.....	23
3.2.4 Dietetická léčba a úprava životosprávy dětí.....	24
3.2.5 Ergoterapie.....	25
3.3 Zooterapie v uceleném pojetí .....	26
3.3.1 Terapie prostřednictvím koně .....	27
3.3.2 Canisterapie .....	28
3.4 Expresivní a další terapie využitelné u dětí v ucelené rehabilitaci .....	30

3.4.1	Arteterapie.....	30
3.4.2	Muzikoterapie.....	30
3.4.3	Psychoterapie.....	31
<b>4</b>	<b>PRACOVNÍ, SOCIÁLNÍ A RODINNÁ REHABILITACE.....</b>	<b>32</b>
4.1	Pracovní rehabilitace a její prostředky .....	32
4.2	Sociální rehabilitace, její metody a legislativa.....	33
4.3	Rodinná rehabilitace .....	35
4.3.1	Rodina dítěte s postižením a její okolí .....	35
<b>5</b>	<b>PSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE .....</b>	<b>36</b>
5.1	Hodnota motoriky a tělesné zdatnosti u dětí z psychologického hlediska.....	36
<b>6</b>	<b>PEDAGOGICKÁ REHABILITACE .....</b>	<b>39</b>
6.1	Zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí s postižením a legislativa.....	40
6.2	Komplexní péče při výchově a vzdělávání .....	40
6.3	Program určený pro výchovu a vzdělávání.....	42
6.3.1	Obsah Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání ....	43
6.4	Zásady uplatňované při výchově a vzdělávání.....	44
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>ŠETŘENÍ KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE V MATEŘSKÉ ŠKOLE PŘI DĚTSKÉM STACIONÁŘI.....</b>	<b>45</b>
7.1	Cíl .....	45
7.2	Doba, metody a postup šetření .....	45
7.3	Charakteristika místa.....	47
7.4	Charakteristika vzorku .....	49
7.5	Výsledky .....	50
7.5.1	Případové studie .....	50
7.5.1.1	První případová studie – chlapec X .....	50
7.5.1.2	Druhá případová studie – chlapec Y.....	60

7.5.1.3 Třetí případová studie – dívka Z.....	67
7.5.2 Pedagogické pozorování, analýza produktů činnosti ve výchovně- vzdělávacím procesu .....	75
<b>ZÁVĚR</b> .....	81
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	82
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	87
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	87
<b>ANOTACE</b>	

## ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala téma Komprehenzivní rehabilitace dětí v mateřské škole při zdravotnickém zařízení.

Komprehenzivní (ucelená) rehabilitace je charakterizována skutečností, že její složky na sebe vzájemně navazují, čímž tedy dochází k jejich propojení. Odborníci pracující s dětmi, ale i dospělými klienty se zdravotním znevýhodněním v této oblasti musí vědět, který člen týmu je za určitou složku ucelené rehabilitace zodpovědný a s jakým dalším odborníkem či laikem budou při řešení konkrétních úkolů spolupracovat.

Cílem práce bylo zaměřit se na komplexní využití metod i prostředků ucelené rehabilitace z pohledu speciálního předškolního pedagoga. Motivací pro výběr této tematiky bylo současné i předchozí studium a pedagogická praxe u dětí handicapovaných i intaktních. Přestože se v teoretické části převážně zabývám léčebnou složkou, praktická část je zase dorovnána zmapováním pedagogické péče. Je známo, že odbornost pracovníků ve speciálním zařízení je nezbytná. Pouze vzájemnou spoluprací můžeme docílit úspěšné ucelené rehabilitace. V zařízeních poskytujících péči dětem s tělesným a kombinovaným postižením jde často o spolupráci speciálně pedagogické a léčebné intervence zaštiťující pracovníky více resortů. Děti přílišně rozdíl resortismu nevnímají. Pro mnohé z nich jsou všechny pracovnice obvykle „tetami“.

Touto prací bych chtěla rovněž dospět k mnohdy potvrzovanému faktu, že komprehenzivnost pracovního týmu a využití prostředků všech složek rehabilitace je relevantní v jakémkoli zařízení, které zaměstnává lidi tzv. „pomáhajících“ profesí. Dle mého názoru je třeba nejen výraznou spoluprací, ale také utvářením pozitivních vztahů mezi pedagogickými, psychologickými a dalšími pracovníky usilovat o to, abychom byly uceleným týmem a vytvářeli pro předškolní děti dostatečně podnětné prostředí. Úkolem mé bakalářské práce bude též poukázání na pestrou využitelnost komplexní péče v praxi.

Tématem komprehenzivní rehabilitace se zabývám v celé práci. V kapitole první, části teoretické, se věnuji předškolnímu věku, jenž je dle Říčana (in Helus, 2004) obdobím od narození po jeho šestý rok života. Zde také krátce zmiňuji problematiku zdravotního znevýhodnění u dětí předškolního věku. Druhá kapitola je věnována ucelenosti péče – v podkapitolách charakterizují pojetí rehabilitace a zaznamenávám členění dle různých autorů.

V teoretické části v kapitole třetí se zaměřuji obzvláště na léčebnou rehabilitaci, která mě zaujala při práci s dětmi s kombinovaným a zvláště tělesným postižením (DMO). Velmi

obdivuji práci fyzioterapeutek, které využívají při cvičení s předškolními dětmi různé metody.

Výborné je, že se mohu v zaměstnání aktivně zúčastnit canisterapie, hippoterapie, hydroterapie a speleoterapie, kterým v bakalářské práci opět věnuji pozornost.

Zařadila jsem také podkapitolu, která se zabývá expresivními terapeutickými technikami (konkrétně arteterapie, muzikoterapie), jež můžeme též částečně řadit k léčebné složce rehabilitace. Techniky je možné využít nejen u dětí se zdravotním znevýhodněním, ale i u intaktních.

V kapitole čtvrté se zaměřuji na pracovní, sociální a rodinnou rehabilitaci a jejich specifickou. Pracovní rehabilitace je u dětí spíše pojímána jako terapie prostřednictvím hry.

Dvě závěrečné kapitoly teoretické části práce, věnuji psychologické a pedagogické rehabilitaci. Poslední jmenovanou rehabilitaci rozebírám podrobněji. Jedná se o úsek obsáhlejší a plynule na toto téma navazují v praktické části. V podkapitole se zaměřuji na výchovu a vzdělávání dětí, popisují metody reedukace, edukace, ale i stimulace a mnohé další. Dále charakterizují systém vzdělávání předškolních dětí s postižením a zaměřuji se i na zásady důležité v této složce komprehenzivní rehabilitace.

V praktické části se věnuji především pedagogické rehabilitaci, jejíž metody uvádím do praxe a následně je rozebírám (např. plánování a analýza výchovně-vzdělávací činnosti skupinovou a individuální formou). V metodologické části uvádím zpracované kazuistiky, které jsou pojaty z hlediska ucelenosti péče o dítě. Pomocí hodnocení dvou čtvrtletí srovnávám pokroky v oblastech i jejich dílčích částech, sleduji plnění cílů IVP. Následně zpracovávám závěry oblastí a podoblastí, z nichž vyhodnocuji patřičná opatření.

Také se zaměřuji na metody pozorování a analýzy činnosti dětí. Praktickou část zakončuji závěry a shrnutím této metody. Podrobnosti detailního pozorování a rozboru činností uvádím v přílohách. Závěr bakalářské práce zaujímají textové, obrázkové a fotografické přílohy.

Dodržování komprehenzivnosti při rehabilitační péči u dětí je velmi důležitým aspektem. Pro rodinu s dítětem se zdravotním znevýhodněním je nezbytné, aby měla možnost využívat této ucelené intervence – možnost přístupu k aplikaci vhodných metod i prostředků při využívání rehabilitačních složek.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Dle Kočího (in Kábele a kol., 1992) se předškolní věk, trvající od tří do šesti let, vyznačuje rychlým duševním rozvojem dítěte a je to vůbec nejdůležitější věkové období. Zahálková (2002, s. 26) cituje: „*Předškolní věk, trvající od začátku 4. roku do začátku školní docházky, je charakterizován pokračujícím osamostatňováním se dítěte a zdokonalováním získaných zkušeností.*“ Dále uvádí, že se jedná o období nejprudšího rozvoje inteligence a poměru k intelektuálním hodnotám. Předškolák je velice zvědavý, rychle si rozvíjí základy psychomotorických i sociálních dovedností a začíná si také uvědomovat svou osobnost. Chyby v přístupu k dítěti mohou vést u aktivnějších jedinců k negativismu a u pasivnějších k úzkostlivosti, či až infantilnímu jednání (Zahálková, 2002).

Helus (2004) upozorňuje na několik specifíků v oblasti myšlení předškoláka. Dítě se opírá o pseudopojmy, je egocentrické, resp. antropomorfní, například hračkám přikládá lidské vlastnosti, dále se neopírá důsledně o trvalost předmětu v prostoru a čase. Myšlení dítěte je magické. O tom, co se bude dít, rozhodují jeho přání.

Také dochází k proměnám v sociálním životě. Mimo rodinu nabývá výrazně na významu kamarádství s vrstevníky. Předškolák se rozvíjí v psychické i psychosociální úrovni a začíná zaujímat elementární mravní postoje. Helus (2004) udává, že tyto oblasti jsou ovlivněny expanzivní iniciativností.

Zaměříme se krátce na některé oblasti kognitivních procesů dětí předškolního věku. Rozumová oblast je rozvíjena prakticky během celého pobytu dítěte v předškolním zařízení. Dítě se učí jednat s vrstevníky i personálem. Intelektovou oblast by měly rozvíjet doma také rodiče – například výlety s dětmi, navštěvováním kulturně-spoločenských akcí atp. Pozornost je u předškoláků velmi nestálá. Problémy jim činí věnovat svou pozornost delší dobu jedné věci. Vzhledem ke kolísavosti soustředění je třeba oblast trénovat. Jak již zmiňuji, myšlení je ovlivněno tzv. „zvláštnostmi“ dětské psychiky, jež jsou fyziologické. Pamětní představy se rozvíjí získáváním zkušeností nejen při edukaci, ale například i při pohybových hrách. Rozvoj komunikace je v tomto období ve fázi relativně prudkého rozvoje, dítě se seznamuje s novými slovy v kolektivu vrstevníků, začíná užívat i delší věty, učí se básničky, říkadla či písničky.

Velkou pozornost také klademe na smyslové vnímání. Děti, které nemají některý smysl dostatečně rozvinutý, podporujeme rozvojem takového vnímání, které může hrát kvalitní zástupnou roli. U předškoláků je dobré rozvíjet například sluchové vnímání nejrůznějšími

nahrávkami na CD. Dále je také dobré uplatnit v této oblasti Orffovy nástroje. K podpoře taktilního vnímání můžeme používat hračky pro rozvoj jemné motoriky a manipulace, hmatové knížky a pexesa, dřevěné vkládačky, pěnové míčky i některé pomůcky pro LTV. V oblasti zrakového vnímání je dobré děti stimulovat pestrými demonstračními obrázky. Výborné jsou také 3D předměty. Nesmíme zapomenout také na chuť a čich. Zde lze uplatnit zábavné hry – například poznávání ovoce dle chuti nebo rozlišování vůně koření.

## **1.1 Vývoj motoriky v období raného a předškolního věku**

Je potřebné alespoň krátce zmínit kineziologický vývoj zdravého jedince, resp. uspořádat fakta o tom, kdy je dítě schopné zvládnout určité pohybové výkony. Kineziologií je nazýván obor zabývající se pohybem. Základními pojmy tohoto vědního oboru jsou například motorická jednotka, svalový tonus, svalová síla a kontrakce, dále pohyb fázický a tonický, pohybový stereotyp (Roubalová in Chaloupka, 2001). Znalost vývojové kineziologie je významným přínosem pro rehabilitaci pohybových poruch v pediatrii, rovněž má své nezastupitelné místo i v rehabilitaci dospělých.

Vývoj motoriky prochází čtyřmi stádii. Dle Roubalové (2001) můžeme rozlišovat stádium holokinetické, monokinetické, dromokinetické a kratikinetické. Holokinetické období je období po narození, kdy dítě nekoordinovaně pohybuje všemi končetinami. Následuje stádium monokinetické, začínající druhým postnatálním měsícem a trvající do konce 5. postnatálního měsíce. Kojenec už pohybuje samostatně i jednou končetinou. Ve stádiu dromokinetickém již mají pohyby správný směr (dítě sahá po předmětech). V 7. a 8. měsíci dochází k výraznému rozvoji pohybů, kolem 9. měsíce dítě leze po čtyřech a zpravidla jednorozměrný jedinec dělá první nejisté krůčky v prostoru. Poslední – stádium kratikinetické začíná po dokončení prvního roku a trvá po celý život. Dítě mezi 2. a 3. rokem zvládá chůzi do schodů, poté i ze schodů. Nejprve s přidržováním, později, kolem čtyř let bez opory. Postupem času zvládá i těžší pohyby jako je stoj na jedné noze, či poskoky. Souběžně se rozvíjí jemná motorika a koordinace pohybů. Říčan (in Helus 2004, s. 201) uvádí, že růst obratnosti umožňuje předškolákovi, aby se naučil samostatně oblékat, obsloužit (např. i na toaletě) a také pomáhat doma při jednoduchých pracích. Je třeba u těchto dětí pěstovat smysl pro povinnosti a podporovat jeho sebevědomí. Jedinec se od narození, přes období předškolního a školního věku, až do doby adolescence stále motoricky rozvíjí. Roubalová (in Chaloupka, 2001) udává, že vývoj je ukončen kolem 25. roku věku.

## 1.2 Dítě předškolního věku se zdravotním znevýhodněním v zařízení

V této práci se zaměřujeme především na klientelu předškolních dětí. Je nezbytné zmínit se také o problematice zdravotního znevýhodnění u dětí. V podkapitole se zaměřujeme na postižení, se kterými se v dětských rehabilitačních stacionářích i v jiných zařízeních pro děti zdravotně znevýhodněné – tělesným či kombinovaným postižením – můžeme setkat. Hojnou klientelou jsou děti znevýhodněné vícečetnými vadami. Tímto okruhem problémů se zabývá např. Ludíková a kol. (2005) – v publikaci popisují kombinované vady z pohledu všech oborů speciální pedagogiky.

Dětské stacionáře jsou obvykle zařízení určená dětem s tělesným, ale i kombinovaným či jiným znevýhodněním (DMO, ADHD, Downův syndrom, narušením komunikační schopnosti, epilepsie, mentální či smyslové postižení). Konkrétně můžeme jmenovat například DMO, ať již s narušením komunikační schopnosti či v kombinaci s tělesnou deformací, způsobenou v důsledku této neprogresivní poruchy hybnosti. V zařízeních tohoto typu nalezneme i děti postižené více tělesnými vadami. V tomto případě můžeme hovořit o kombinovaných vadách v somatopedické oblasti, na jejichž problematiku se zaměřuje například Bendová (2005).

Dále mateřské školy speciální, dětské stacionáře a případně další preprimární subjekty mohou navštěvovat děti s různým stupněm mentální retardace a často přidruženým dalším kombinovaným postižením. V zařízeních, majících v kompetenci ucelenou péči, je možné setkat se se znevýhodněními vzniklými v důsledku zdravotního oslabení, onemocnění, či souběžnou existencí tělesného postižení se zdravotním oslabením. Také děti handicapované nejrůznějšími vrozenými vadami různých orgánů a postižené rozličnými syndromy jsou čteně zastoupenou klientelou stacionářů. Mezi známějšími jmenujme vrozené vady srdce, skeletu, deformace a chromozomální abnormality, k nimž můžeme řadit dosti obvyklý Downův syndrom. Jedná se o nejčastější autosomální trisomii a rovněž nejčastější genetickou příčinu způsobující relativně těžké mentální postižení. Údaje z roku 1999 dle Lissauera a Claydena uvádějí, že výskyt narozených dětí s tímto syndromem byl v poměru 1 ku 650. Údaje z roku 2013 zaznamenávají, že se onemocnění vyskytuje u jednoho narozeného dítěte ze 700–800 ([http://cs.wikipedia.org/wiki/Down%C5%AFv\\_syndrom](http://cs.wikipedia.org/wiki/Down%C5%AFv_syndrom)).

Z velkého spektra pro laika méně známých vad a chorob jmenujme například Hirschprungovu chorobu, Cushingův syndrom, Williams-Beurenův syndrom či Westův syndrom. Cushingův syndrom, jenž je charakteristický zvýšenou tvorbou kortizolu, se

vyskytuje zpravidla u dětí trpících obezitou. Lissauer a Clayden (1999) uvádějí, že děti s Cushingovým syndromem jsou zpravidla malé a mají poruchy růstu. Typické pro syndrom je zvýšení krevního tlaku, osteoporóza, deprese. Výrazné procento zastávají i děti s narušenou komunikační schopností v důsledku jiného postižení či specifickou poruchou řeči.

Z důvodu širokého spektra znevýhodnění je důležité při komprehenzivní péči o děti uplatňovat v zařízeních maximální individuální přístup a spolupráci všech odborníků.

### **1.2.1 Problematika dětské mozkové obrny**

V teoretické části se v mnoha kapitolách zmiňujeme o dětské mozkové obrně, jelikož absence ucelené péče o tyto děti je prakticky nemožná. Problematikou tohoto postižení v rámci komprehenzivní rehabilitace se zabývá Bendová (2006). Dle přednášky Živného autorka uvádí (s. 7): „*Dětská mozková obrna (DMO, Infantilní Cerebrální Paréza, ICP; Cerebral Palsy, CP) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která zpravidla v průběhu života neprogreduje.*“ Bendová (2006, s. 7 a 8) uvádí formu spastickou, athetoidní (dyskinetickou), ataktickou a smíšenou.

Opatřilová (2003, s. 12) uvádí, že patologicko-anatomický obraz DMO je různý. Odpovídá působení rozmanitých patogenních činitelů na CNS různém vývojovém stupni. Z klinického hlediska rozděluje Kapounek (1988 in Opatřilová, 2003, s. 12) DMO na formy spastické, nespastické a lehkou mozkovou dysfunkci. Lesný (1980, in Opatřilová, 2003, s. 12) taktéž řadí k dětské mozkové obrně lehkou mozkovou dysfunkci (LMD). Opatřilová (2003) uvádí, že Kábele (1986) nesouhlasí s tímto názorem a LMD neřadí k DMO, dříve také označované – dle Lesného – perinatální encefalopatie. Opatřilová (2003) k formám spastickým řadí diparetickou, paukospastickou, hemiparetickou, a kvadraparetickou. Ty se projevují poruchou aktivní volní hybnosti, stereotypními pohyby a také svalovou hypertonií. Naopak u forem nespastických je typickým znakem absence svalového napětí. Opatřilová (2003) uvádí hypotonickou, dyskinetickou a mozečkovou DMO jakožto formy nespastické.

Je třeba sledovat individuální vývoj jedince. Při výchově a vzdělávání dětí, ale také při další péči (například léčebné, sociální) je důležité brát v potaz i to, čím vším může být jedinec ovlivněn. Rozvoj jedince v oblastech i zdravotní stav může zkomplikovat situace v rodině, zapojení dítěte do edukačního či rehabilitačního programu a mnohdy jiné druhy intervence.

## 2 KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE

Komprehenzivní (ucelená) rehabilitace již není chápána jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči zdravotnickou a také sociálně právní a pedagogickou (Jankovský, 2006). Autor dále uvádí (s. 19), že na zásadní význam nově pojaté rehabilitace poukazuje J. Pfeiffer (in sborník *Dítě se zdravotním postižením*, MŠMT 1999, s. 7), který cituje: „*Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy jsoucí i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky a státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních.*“

Jesenský (in Jankovský, 2006) užívá pro pojem ucelená rehabilitace převzatý odborný výraz komprehenzivní. Cílem této ucelené či dnes často v praxi užívaným termínem komplexní péče, je pokud možno co nejúplnější začlenění jedinců se zdravotním postižením do aktivního a především kvalitního života (Jankovský, 2006).

Neubauerová (2011) dle Votavy (2003) uvádí, že pojem ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. Zdůrazňuje, že termín *comprehensive* není vhodné zaměňovat za český výraz *komplexní*. V této souvislosti pokládá adjektivum *komplexní* jakožto výraz užívaný například v sousloví *komplexní lázeňská péče*. Dále poukazuje na to, že jeho anglická obdoba znamená spíše složitý či komplikovaný.

Shrnutím předchozích výroků autorů, lze podotknout, že všichni se v rámci komprehenzivní rehabilitace snaží o co největší zapojení jedince do svého okolí. Ačkoli můžeme z předchozího odstavce potvrdit, že Neubauerová (2011) a Votava (2003) uvádějí jako vhodnější výraz pro rehabilitaci termín *komprehenzivní*, mnoha lidem je v praxi bližší výraz *komplexní rehabilitace*, případně *koordinovaná* či *celková*.

Je zapotřebí rehabilitaci dlouhodobou odlišit od rehabilitace krátkodobé či přechodné. Ta má za cíl spíše návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění. Rehabilitace se ovšem netýká pouze lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních stereotypů. V našich podmínkách se také zabývá jedinci, kteří se s postižením již narodili, případně s ním žijí od útlého věku. Z teoretického hlediska by

v tomto případě lépe vyhovoval termín habilitace, z latinského „habilitas“, což znamená schopnost, případně „habilis“, tedy schopný, resp. způsobilý (Latinsko český slovník, 1970, s. 203 in Jankovský, 2006). Jankovský (2006, s. 20) dále zdůrazňuje, že tohoto výrazu se ovšem užívá ve zcela jiných souvislostech a ve vztahu ke zdravotnímu postižení je jeho výskyt neobvyklý. Předpona re- znamená znovu či opět.

## **2.1 Počátky a postupné rozvíjení komprehenzivního pojetí rehabilitace**

Zikl (2011) uvádí, že pojem rehabilitace je dnes ve speciálně-pedagogické literatuře běžně užíván, ovšem jedná se o výraz ne vždy jednoznačně chápaný. Samo slovo rehabilitace má své kořeny v USA a je poměrně zajímavé, že se termín začal používat v průběhu první světové války v souvislosti s nutností péče o většinu vojáků vracejících se s těžkými zraněními. Jonášková (in Renotírová, 2005) uvádí, že novolatinský výraz rehabilitace byl poprvé písemně uveden v 15. století v generální kapitule cisterciáckého řádu a jeho smysl spočíval ve znovuzaražení do plné výkonnosti ve společnosti.

Nyní se podívejme, jakým způsobem definovala ucelenou rehabilitaci Světová zdravotnická organizace v roce 1969: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti“*. V roce 1981 došlo k následujícímu rozšíření definice rehabilitace: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého“* (Jankovský, 2006, s. 20). Ačkoli ve speciální pedagogice se termín ucelená rehabilitace více objevuje až po roce 1989, již Sovák (in Zikl, 2011) řadí o devět let dříve do rehabilitace i složku psychologickou, tělesná cvičení, výchovu k práci i ke vzdělávání a řadu terapeutických aktivit. Konečně z roku 1994 pochází definice charakterizující rehabilitaci jako *„Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.“* Přijmeme-li za své toto pojetí, pak jistě nemůžeme zužovat rehabilitaci pouze na fyzioterapii, resp. na léčebný tělocvik, nebo myoskeletální medicínu, viz J. Pfeiffer a O. Švestková (2005, in Jankovský, 2006, s. 20). Ministerstvo práce a sociálních věcí cituje, že ucelená rehabilitace je dle WHO (2006): *„soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou“* (<http://www.mpsv.cz/cs/11618>).

## 2.2 Členění

Neubauerová (2011) uvádí, že o ucelené rehabilitaci se dle definice Votavy (2003, s. 14) mluví tehdy, jestliže důsledky postižení nebo nemoci nemohou být řešeny pouze zdravotnickými prostředky a stav je dlouhodobý či trvalý, tedy postižení či nemoc nelze léčbou zcela odstranit. Dle výše jmenovaných autorů se rehabilitace tedy skládá z několika (nejméně dvou) složek. Pokládá se za důležité vzájemné provázání – koordinace těchto složek.

Z hlediska délky trvání odborné intervence lze rehabilitaci dělit na přechodnou a permanentní (blíže k této problematice je uvedeno v předchozí kapitole).

V práci se zaměřujeme na dělení rehabilitace dle jednotlivých složek. Vycházíme z Kábeleho členění na složky základní, zahrnující léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci. Také se v závěrečné práci zmiňujeme o psychologické rehabilitaci, kterou autor řadí společně s právní, technickou a ekonomickou k složkám podpůrným. Jesenský se podobně jako Kábele zaměřuje na léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou rehabilitaci. S podrobnějším členěním se můžeme setkat u Novosada. Dělí rehabilitaci na složku zdravotní, psychologickou, sociální, pedagogickou, pracovní, volnočasovou a rodinnou (Renotiérová, Bendová, 2005). Poslední jmenované v práci rovněž věnujeme pozornost.

Využití členění dle složek lze považovat za relativně přehledné. Dle možnosti uplatnění metod, prostředků, případně i zásad rehabilitačních složek u vybrané klientely se poté lze více zaměřit na tu či onu. V případě této práce se nejvíce zaměřujeme na charakteristiku léčebné a pedagogické složky.

### 3 REHABILITACE Z HLEDISKA LÉČEBNÉHO

Léčebná rehabilitace, jako významná složka rehabilitace ucelené, je podle J. Jesenského (1995 in Jankovský 2006) zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch, jednak na eliminaci následků zdravotního postižení a funkčních poruch a dále se také zaměřuje na zmírnění následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze). Jesenský (1995) uvádí rozdělení léčebné rehabilitace podle J. Pfeiffera a Votavy (2003) na vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu, a horizontální, jež je dlouhodobá a řeší problematiku poškození majících závažný a chronický charakter.

Důsledkem toho, že se léčebná rehabilitace prolíná s vlastním léčením, je, že mezi nimi nemůžeme stanovit přesné hranice. Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je především doménou zdravotnictví. Na straně druhé však v rámci léčebné rehabilitace nacházíme celou řadu aktivit, které mají zjevně interdisciplinární charakter a jsou využitelné téměř pro celou klientelu. Proto nás tedy nepřekvapuje, že se v rámci léčebné rehabilitace můžeme setkat také s prvky psychoterapie (psychorehabilitace), expresivních terapií (arteterapie, muzikoterapie,...) či zooterapie, které je možné mnohotvárně a efektivně využívat rovněž při komplexní péči o děti s postižením (Jankovský, 2006).

#### 3.1 Systém zařízení léčebné rehabilitace a její tým

Do rehabilitačního týmu můžeme zařadit fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociální pracovnice či klinického psychologa. Vedoucím celého tohoto týmu odborníků je rehabilitační lékař. Ten má kromě atestace v některém ze základních klinických oborů také nadstavbovou atestaci v oboru fyziatrie, léčebné rehabilitace a balneologie. Součástí týmu jsou také protetičtí odborníci a zdravotní sestry, a to dle typu zařízení a druhu pacientů. Důležitým členem je i speciální pedagog nebo pracovník v sociálních službách. Pro zajímavost lze uvést, že pedagogové trávící s dětmi či žáky v zařízení poměrně dlouhou dobu by měli být schopni realizovat celodenní handling. Jedná se o celodenní aplikaci prvků různých rehabilitačních technik realizovaných během celého dne a zaměřených na stimulaci/facilitaci hybnosti, inhibici patologických pohybových vzorů a podporu vývoje běžných motorických projevů. V praxi se tedy jedná například o hru, učení, hygienu atp. (Zikl, 2011).

Nyní se stručně zaměříme na strukturu státních zdravotnických zařízení. Dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví České republiky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických



*zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi*, se péče ve zdravotnických institucích dělí na ambulantní (zde patří primární, sekundární a domácí péče) a nemocniční ústavní péči, kam řadíme nemocnice a odborné léčebné ústavy.

Nemocnice můžeme členit na fakultní, soukromé, oblastní, krajské, okresní, atd. Mají ambulantní a lůžkovou část a systém diferencované péče. Zde patří různé typy péče o klienty: emergentní, intenzivní, intermediální, standardní a následná. Ambulantní a lůžková část rehabilitačních oddělení má velký význam pro léčebnou rehabilitaci a provádí se zde subakutní rehabilitace. Při rehabilitačním oddělení může být zřízen rehabilitační stacionář, poskytující celodenní rehabilitaci. Častým zařízením, jež poskytuje komplexní péči dětem se zdravotním postižením, je dětský denní rehabilitační stacionář. Rehabilitační kliniky jsou zřizovány při fakultních nemocnicích a jsou specializované na rehabilitační medicínu. Zajišťují ambulantní péči, lůžková oddělení i rehabilitaci na ostatních odděleních nemocnice (Kantor, Jurkovičová, 2011).

Odborné léčebné ústavy se dle zaměření dělí např. na lázeňské léčebny, sanatoria (pro osoby nemocné a zdravotně oslabené), ozdravovny, kojenecké ústavy, rehabilitační ústavy (pro ortopedické a neurologické pacienty), psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných (pro osoby nemocné) nebo léčebny respiračních onemocnění. Pod odborné léčebné ústavy také spadají rehabilitační centra. Vznikají od počátku 90. let a jejich cílem je zajištění návaznosti léčebné rehabilitace na ostatní složky ucelené rehabilitace (Kantor, Jurkovičová, 2011).

## **3.2 Prostředky léčebné rehabilitace**

Jelikož se jako léčebný prostředek v rehabilitačním lékařství tradičně používaly fyzikální energie a přírodní léčebné prostředky, často se název oboru také označoval jako léčba fyzikálními energiemi, tedy fyziatrie či fyzikální medicína. Do léčebné rehabilitace lze ovšem zařadit nejen fyzikální léčbu, ale také balneologii, léčebnou tělesnou výchovu a další následující postupy a procedury. Neubauerová (2011) řadí mezi prostředky léčebné rehabilitace balneoterapii, canisterapii, dietoterapii, ergoterapii, fyziatrii a léčebné využívání fyzikální terapie (termoterapii, fototerapii, elektroterapii a hydroterapii). Dále také pokládá za důležité expresivní terapie, (arteterapii, muzikoterapii), hypoterapii, léčebnou tělesnou výchovu s rehabilitačními metodami a neuropsychologickou terapii.

### 3.2.1 Fyzikální terapie a terapie prostřednictvím přírodních zdrojů

Je to léčba využívající fyzikálních podnětů, které vyvolávají v organismu žádoucí změny. Tato terapie může být prováděna například prostřednictvím různých druhů masáží – klinická, reflexní, ale také např. podvodní (Jankovský, 2006). Masáže mají účinek celkový i lokální. Při masážích je nutné vykonávat pět základních úkonů: tření, roztírání, hnětení, tepání a chvění (Bartko, Drobný, 1991 in Jankovský 2006). Při výchovně vzdělávací činnosti můžeme využívat například masáže prstů gumovými ježky a malými masážními míčky či relaxační dotykové a masážní techniky. Dle Votavy (2003) jsou masáže subjektivně příjemné a působí tedy i na psychiku.

Zajímavou metodou fyzikální terapie je elektroléčba (nízkofrekvenčními, středně frekvenčními a vysokofrekvenčními proudy, tedy diatermie), i když v této souvislosti lze podle Jankovského (2006) podotknout, že při léčbě dětí není její užívání (zejména u jedinců s DMO) příliš časté.

Dalšími metodami je léčba ultrazvukem, léčba světlem neboli fototerapie, (helioterapie, infračervené a ultrafialové záření) a magnetoterapie (Jankovský, 2006). Magnetoterapie je nejstarší formou fyzikální léčby a je vhodná jako kombinace se všemi klasickými postupy medicíny, balneologickými procedurami, relaxačním cvičením, akupunkturou, laseroterapií aj.

Fototerapii dle dr. Ettlera (2005) provádíme obezřetně s ohledem na věk dítěte (čím mladší tím opatrněji). Pod 4 roky věku neozařujeme, protože dětská kůže je příliš citlivá a u menších dětí není dozralá pigmentační odpověď. V sanatoriích Klimkovice se využívá při světelné terapii pomocí intenzivního nebo pulsujícího světla vysoce moderního přístroje třetí generace názvu Medolight. Také je možné uplatnit biolampu (<http://www.sanatoria-klimkovice.cz/www/cz/procedury-pro-deti-2/>).

Specifickou kapitolou fyzikální terapie je laserové záření (např. stimulace akupunkturálních bodů v rámci léčby DMO). Jakobová (2011) udává, že je třeba používat ochranné brýle.

Dalšími terapiemi, které využívají fyzikálních prostředků a přírodních energií je pak léčba teplem (termoterapie) a zejména vodoléčba, např. rehabilitační bazén (hydrokinezioterapie), perličková lázeň, vířivá lázeň atp. (Jankovský, 2006). Sanatoria Klimkovice nabízí pro klienty široké spektrum koupelí. Například koupel perličkovou nebo vířivou s následným suchým zábalem, koupel jodobromovou, magnéziovou, mléčnou, rašelinovou, či dokonce koupel

s čokoládovou koupelovou solí nebo čokoládovým koupelovým olejem (<http://www.sanatoria-klimkovice.cz/www/cz/procedury-pro-deti-2/>). Hydroterapie působí blahodárně i u dětí s DMO (dle <http://www.tccp.com.au/docs/documents/Fact%20sheet-%20Hydrotherapy.pdf>). Článek dále uvádí, že tlak vody snižuje působení gravitace a také napomáhá zlepšit špatné posturální vzorce. Voda poskytuje šanci na zlepšení správných posturálních pohybů a umožňuje dětem s DMO vykonávat více svobody než je tomu na zemi.

Důležité je zmínit také léčbu přírodními léčivými prostředky - balneoterapii (léčivou vodou a plyny, peloidy /rašelina, slatina, bahno/ a podnebím, tj. klimatoterapii). Dle Votavy (2003) balneoterapie zahrnuje na prvním místě hydroterapii působící analgeticky relaxačně a ovlivňující psychiku i vnitřní orgány. Vodoléčba současně s klimatoterapií, pitnou léčbou a terénní kúrou je tradičním prostředkem využívaným v lázních. Lázeňská léčba spolu se změnou přemístění dítěte příznivě ovlivňuje jeho aktuální zdravotní stav a psychiku. Pobyt v lázních zaručuje účinnou prevenci dalších možných zdravotních potíží a onemocnění. Do dětských lázní jsou přijímány děti od 3 let s doprovodem rodičů, od 5 let je možný pobyt dítěte bez doprovodu. Délka léčby je v rozmezí od 4 do 6 týdnů. Každé dítě má léčbu indikovanou podle indikačního seznamu (Jakobová, 2011). V lázeňských léčebnách se mimo zdravotnického personálu dětem věnují speciální pedagogové a ve volném čase také vychovatelky. Děti tak mají dostatek pohybu i zábavy.

V případě speleoterapie se jedná se o léčebnou metodu, kterou je možné v dnešním pojetí chápat dvěma významy (<http://www.detskaspeleoterapie.cz/speleoterapie.htm>). V prvním případě jde o interdisciplinární vědní obor, který se vyvinul na hranici mezi přírodními a lékařskými vědami. V druhém případě se touto terapií rozumí soubor léčebných a doplňkových metod, stanovených na základě poznatků teoretické speleoterapie. Metoda využívá specifických vlastností přírodního prostředí krasových jeskyní i některých umělých podzemních prostor (důlních děl). Tímto přispívá k léčbě různých onemocnění nebo k omezení či odstranění poruch funkcí některých systémů organismu. Speleoterapie může být prováděna také prostřednictvím pobytu v solné jeskyni, indikuje se v rámci prevence dýchacích a chřipkových onemocnění. Rovněž podporuje imunitu dětí a je vhodná i pro děti s chronickým dýchacím onemocněním.

### 3.2.2 Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova (LTV), někdy označovaná také jako kinezioterapie či fyzioterapie, se zabývá pohybovým ústrojím. Dle Votavy (2003) se LTV zaměřuje nejen na terapii poruch funkce pohybového systému, ale také na diagnostiku a prevenci. Dále autor udává, že s klienty pracuje fyzioterapeut, používá speciální metody, posuzuje a ovlivňuje poruchy pohybu. Fyzioterapeut je tedy nezastupitelným členem rehabilitačního týmu i v dětských rehabilitačních zařízeních.

LTV je velmi efektivní zejména u dětí s DMO a představuje patrně nejúčinnější metodu léčebné rehabilitace těchto dětí. V praxi se využívá facilitace, kdy reflexy vyvolávají nebo podporují stah ochrnutých svalů. Dále se užívá inhibice, kdy jde o útlum svalů, které jsou ve zvýšeném napětí. V této souvislosti máme na mysli především velmi účinnou Vojtovu metodu reflexní lokomoce, využívanou u dětí a dospělých nejen s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dalších onemocnění a postižení. Jak udává ve své publikaci Jankovský (2006, s. 22) „*Správnou a systematickou aplikací modelů reflexního otáčení a reflexního plazení lze tyto modely „uložit“ v CNS a potlačit tak patologicky změněnou hybnost.*“

#### 3.2.2.1 Metody léčebné tělesné výchovy

Cílem Vojtovy metody je tedy vývoj napřimování po dosažení bipedální lokomoce dítěte. Podle Vojty určitý podnět dokáže vyvolat řadu reakcí, které jsou základem pro vývoj napřimování (Jakobová, 2011). Východiskem cvičení jsou testy sedmi specifických polohových reakcí. Jestliže jsou všechny patologické nebo se přidružuje narušení svalového napětí, je třeba počítat s ohrožením psychomotorického vývoje (Renotierová, 2002). Vojtova terapie se pohybuje jen v oblasti fyzioterapie. Je pro raný vývoj ohroženého nebo postiženého jedince velmi důležitá, protože bez rozvoje hybnosti by nemohlo docházet k rozvoji komunikačních schopností dítěte (Jakobová, 2011). Oproti Bobath konceptu a Petöho terapie není přenášena do logopedické či ergoterapeutické práce. Obvykle se cvičí 5-15 minut čtyřikrát denně (Renotierová, 2002).

Pozoruhodný je též Bobath koncept, uplatňující holistický přístup. Tato metodika manželů Bobathových klade důraz na charakteristické prvky. Patří mezi ně technika držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, „tapping“ a klíčové body. V zásadě se jedná o inhibici patologických reflexů a o vybudování základních pohybových vzorů v motorice dítěte

(J.Pfeiffer, 1996, s. 127 in Jankovský, 2006). Bobathova metodika je přizpůsobena potřebám dítěte a rodiny a aplikována k rozvoji funkční dovednosti. Je využitelná i při nácvičce řeči dětí s DMO, dále například při nácvičce jemné motoriky, psaní, při ergoterapii a vyžaduje úzkou spolupráci s rodiči dítěte (Renotierová 2002).

J.Pfeiffer dle Jankovského (2006, s. 22) věnuje značnou pozornost v rámci léčebné rehabilitace dětí s poruchou centrálního motoneuronu také komplexní metodice prof. Tardieu (1996). Metodika se podle Jakobové (2011) zaměřuje na intelektovou stránku dětí.

Při léčbě DMO jsou využívány ještě další metodiky, např. Pöteho metodika konduktivní pohybové pedagogiky (výchovy). Klade důraz na všechny aktivity a činnosti související s režimem dne. Do léčebného procesu bývají často zapojováni i rodiče. Využívají se běžné pomůcky, například stoly, lavičky, židle, kroužky, hůlky atp. Učení pohybem je výhodné, protože vzbuzuje u dětí aktivní přístup a je zaměřeno na rozvoj volných vlastností (Renotierová 2002).

Kabatova metoda je rovněž využívána při léčbě dětské mozkové obrny a vychází z facilitace na končetinách a trupu. Tato metodika je známá jako „proprioceptive neuromuscular facilitation“ (Jankovský, 2006).

Dále se v LTV dle Votavy (2003) můžeme setkat s posturální terapií na bázi vývojové kineziologie podle J. Čákové. Jako terapie pro následky poliomyelitidy byla vypracována metoda sestry Kenny. Uvádí, že z metodiky Brunkowové používáme vědomou aktivaci jednotlivých částí, postupuje se při ní od zvýšení svalového tonu až po motorický projev.

Jakobová (2011) ve své publikaci uvádí, že facilitační terapie je neuromotorická vývojová terapie určená pro děti s projevy hypotonie. Tkáň uvolňujeme na základě změn tlaku, tahu, vibrací a korekce postavení ramen, hlavy a krku. Bukofaciální reedukace se dle autorky zaměřuje na zmírnění salivace u dětí. Míčková facilitace je komplexní masážní metoda, která facilituje nádech a inhibuje výdech. Uvolňuje spasmus, prohlubuje dech, relaxuje a protahuje hrudní, břišní a krční svaly, svaly pánve, páteře a pletence ramenního. Způsob léčby dle Phelpse využívá dlahovací techniky k uvolnění spasticity, a to na základě masáže antagonistických svalů.

Dle Jankovského (2006) je možné synergetickou reflexní terapii, jako již mnoho dalších zmíněných, využívat k léčbě i prevenci následků DMO. Lze ji uplatnit rovněž u dětí a dospělých s neurologickými a ortopedickými poruchami.

Existuje další spousta metod využívaných v LTV. Avšak Jankovský (2006) udává, že v našich podmínkách zůstává i nadále Vojtova metoda reflexní lokomoce základní terapeutickou metodou při komplexní péči o děti s DMO.

### **3.2.2.2 Využití léčebné tělesné výchovy ve školní praxi s dětmi**

Při studiu publikace Zikla (2011) nás mohly zaujmout i další postupy léčebné rehabilitace, které nám mohly přijít napoprvé neznámé, ale v běžné praxi je vlastně využíváme neustále. Mnohé z nich lze také často uplatnit v rámci pedagogické rehabilitace (př. při reedukaci, edukaci,...) ve speciálním zařízení pro děti předškolního věku v průběhu celodenní komplexní péče. Zikl ve své monografii uvádí taktilní a vibrační stimulaci, které chápou hmat jako vnímání prostřednictvím kůže.

Dotekům i vibracím je věnována značná pozornost v konceptu bazální stimulace. Zajímavým postupem, který je realizován prostřednictvím polohování, houpání, manipulací, pasivním i aktivním cvičením, je vestibulární a proprioreceptivní stimulace.

Rovněž kondiční cvičení lze považovat za nezbytnou aktivitu, kterou je možné u dětí zdravotně znevýhodněných využívat. Votava (2003) udává, že zmíněné cvičení je součástí prevence a zdravého životního stylu. Balanční cvičení se jinak také nazývá cvičení rovnováhy, případně posturální cvičení. Mezi tato cvičení lze zařadit cvičení s využitím míčů. Může jít o gymbally, míče na sezení pezzibally, overbally, či pěnové míčky, které nalezneme snad v každém školském zařízení. Nevyužívá se pouze míčů, ale i dalších speciálních a běžných pomůcek (např. úseče, houpačky, houpací desky, pružinové desky, balanční nafukovací disky (čočky), stabilizační plošiny, plastové kameny, točny, šlapadla a další). Z běžných pomůcek jsou to pak matrace, trampolíny, lavičky, kladiny, lano atp. Posturálním cvičením rozumíme nácvik a stabilizaci jednotlivých poloh.

Pasivní cvičení a polohování dle (Zikla, 2011) využíváme především u dětí s těžkým tělesným postižením, u nichž je aktivní pohyb velmi omezený. Účelem pasivního cvičení je udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti, prevence kontraktur, protáhnutí zkrácených svalů, podpora oběhových funkcí a předcházení otokům a také zachování „obrazu“ pohybu v mozku nebo podpora jeho vytváření.

V případě polohování jde dle Zikla (2011) o aktivity realizované prostřednictvím změn polohy těla nebo jeho částí u osob s poruchami hybnosti. Cíli polohování jsou například podpora léčebné rehabilitace, prevence zdravotních komplikací, podpora vnímání a stimulace, aktivizace či podpora edukace. Využívá se polohy na zádech, na břiše, na boku, v sedě, v kleče, vstoje. Polohování se využívá i v konceptu bazální stimulace, ale můžeme využívat i mikropolohování, kdy měníme pouze polohy některých částí těla. Může jít o změnu polohy horních končetin (např. rozvinutí prstů, vložení míčku do dlaně apod.) Je nezbytné zmínit, že polohování je také často využíváno v rámci canisterapie, kdy je dítě polohováno za použití jednoho nebo více psů (viz kapitola 2.3.2).

Vynucené používání je také jedním z postupů využitelných v rámci léčebné rehabilitace dětí. V případě respiračních (dýchacích) cvičení považujeme za důležité zmínit, že se využívají nejen k léčbě, ale jsou také součástí logopedické terapie, řečové výchovy nebo tělesné a hudební výchovy. Relaxační aktivity můžeme dle Defektologického slovníku (2000) definovat jako uvolnění svalového či duševního napětí. Jedná se o aktivitu spíše pasivní, realizovanou nejlépe vleže (in Zikl, 2011). Chaloupka (2001) uvádí, že relaxace může být celková, ovšem v LTV se využívá daleko častěji místní relaxace určitých svalových skupin.

Pokuta (in Ješina, Truksová, 2012) se zaměřuje na kondiční cvičení v ADL u tetraplegiků. Pojmem tetraplegie rozumíme ochrnutí všech končetin a trupu. U jedinců s tímto postižením je předpokladem kvality života maximální možná soběstačnost. Té můžeme docílit aktivitami uplatňujícími se v průběhu dne. ADL („activities of daily living“) – tedy běžné denní činnosti, jsou zařaditelné snad do všech složek komplexní rehabilitace. Dělíme je na personální (zahrnující stravování, mytí, čištění zubů, přesuny, oblékání) a instrumentální (u dospělých jde zejména o psaní, manipulaci s penězi, nakupování, apod.). Pro zvládnutí ADL je potřebné přizpůsobit prostředí. Lze je aplikovat i v dětských rehabilitačních stacionářích.

### **3.2.3 Radikální a konzervativní léčba**

Při radikální (operativní) léčbě, často zastoupenou oblastí chirurgie, která zahrnuje široké spektrum lékařských zákroků, se obvykle názorově rozcházejí neurolog, ortoped i pediatr, jak uvádí J. Pfeiffer (1996, in Jankovský, 2006). Radikální léčba může být prováděna například při vrozeném postižení – rozštěpu páteře. Vítková (in Pipeková, 2006) udává, že se brzy provádí neurochirurgická operace. Při operativním léčení vrozených vad končetin (například

vývojových vad kyčelního kloubu) můžeme postupovat různými metodami – jmenujme jednorázové prodloužení či prodlužování s využitím zevních fixátorů. Prodlužujeme nejčastěji stehenní kost a kosti bérce. Mnohdy je nutné užívat endoprotetické náhrady velkých kloubů. U mladších jedinců aplikujeme zpravidla necementované náhrady (Chaloupka a kol., 2001).

Konzervativní léčba, nazývána také farmakoterapie, je u dětí s DMO podle Šlapala (in Jankovský, 2006) doplňková či symptomatická. U spastických forem DMO bývá někdy s úspěchem aplikován v určitých intervalech botulotoxin A. Léčba mimo jiné usnadňuje normální růst svalu a urychluje posturální ontogenezi dítěte (Jankovský, 2006). Vítková (2006) udává, že farmakoterapie se hojně využívá při léčbě jedinců s epilepsií. Dále uvádí (s. 80), že terapie antiepileptiky je zcela individuální, navazuje na nezbytné diagnostické postupy a diferenciatně diagnostickou rozvahu. Votava (2003, s. 57) upozorňuje na důsledné zvážení této terapie.

### **3.2.4 Dietetická léčba a úprava životosprávy dětí**

V případě dietetické léčby máme na mysli úpravu stravovacích návyků a složení stravy. Uplatnění nachází nejen u obézních dětí, ale také u dětí s různými specifickými nemocemi, jako je například dnes velice častá alergie či diabetes mellitus. V takovém případě je třeba se ve stravě vyhnout určitým látkám či vyvážit poměry jednotlivých složek stravy.

Také úprava dětské životosprávy je velice důležitá. V současné době jde o oblast léčby onemocnění pohybového ústrojí ve smyslu „civilizačních nemocí“. Tato problematika hraje výraznou roli v rámci léčebných prostředků rehabilitace, zejména při funkčních poruchách pohybového ústrojí. Svou úlohu zde zaujímá také manipulační léčba (myskeletální medicína). Tou se zabývá např. Lewit a Kolář (in Jankovský, 2006). V poslední době se při funkčních poruchách pohybového ústrojí stále častěji uplatňuje mobilizace, která je nedílnou součástí manipulační léčby (manuální terapie).

Velký význam má také rehabilitační inženýrství. Technické, resp. kompenzační pomůcky, využitelné samozřejmě nejen u dětských klientů, mohou být určeny pro lokomoci (např. vozíky, kárky, chodítka, ortézy, skluzné desky pro přesun aj.), pro manipulaci (podavače, upravené přístroje, dlaňové pásky,...) i další činnosti. Jedinci se často bez pomůcek neobejdou.

Lze shrnout, že mnohdy se různé typy léčby kombinují. Odborníci by měli spolupracovat.



### 3.2.5 Ergoterapie

Ergoterapii můžeme chápat jako léčbu smysluplnou činností, jež představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Nelze ji tedy sjednocovat s pojmem pracovní rehabilitace, což je další složka rehabilitace ucelené. V tomto případě máme na mysli tedy ergoterapii – léčbu prací. U malých dětí lze obdobně říci, že se jedná o léčbu pomocí hravých aktivit.

Metodu ergoterapie indikuje lékař, neboť jde o velmi efektivní léčebnou činnost, určenou osobám s nejrůznějšími formami zdravotního postižení. Dále je bezpochybně důležitou osobou ergoterapeut, na něhož navazuje práce speciálního pedagoga, který by měl mít vypracován individuální léčebný program s ohledem na zdravotní stav a stupeň postižení dítěte. Jak udává Jankovský (2006), významnými propagátory jsou u nás J. Votava (1982, 1983) a Pfeiffer (1990).

Zakladatelem ergoterapie byl francouzský psychiatr Pinnel, který v psychiatrických ústavech zřizoval ergoterapeutické dílny. Významným podnětem pro rozvoj ergoterapie byly i epidemie polyomyelitidy. Ergoterapeuté se podíleli na léčbě následků dětské obrny s cílem použít jednotlivých činností k posilování oslabených svalů. Šlo o začátky cílené ergoterapie.

U nás zaváděl ergoterapii Vincenc Priessnitz v lázních Jeseníky. Další významnou osobností, zabývající se jedinci s tělesným postižením a rovněž ergoterapií, byl rentgenolog Prof. Mudr. Rudolf Jedlička. 1. dubna 1913 byl v Praze otevřen Jedličkův ústav a prvním ředitelem zde byl František Bakule. Koncepti komprehenzivní rehabilitace Jedlička zavedl ve svém ústavu, velký důraz kladl právě na ergoterapii (Renotierová, 2007).

Jakobová (2011) ale například i Křížová a Kubínková (1997) rozlišují čtyři hlavní oblasti ergoterapie, které spolu úzce souvisí:

- kondiční – jejím úkolem je navodit celkovou psychickou rovnováhu nemocného, příkladem může být práce s keramickou hlínou, výtvarné techniky, společenské hry aj.
- cílená na postiženou oblast – jde o motivaci k pohybu, který je přesně zaměřený, cílený a dávkovaný, zlepšuje se tak svalová síla koordinace i rozsah pohybu
- zaměřená na pracovní činnost – nachází uplatnění zejména u jedinců, kteří vlivem onemocnění musí změnit povolání, dále u rekonvalescentů, kteří potřebují pozvolnou zátěž k povolání, které mají vykonávat; hlavním úkolem je zde ergodiagnostika
- zaměřená na výchovu k soběstačnosti – užívá se u lidí, kterým nemoc či úraz omezí nezávislost v běžných činnostech (srov. Křížová, Kubínková, 1997; Jakobová, 2011).

Hintnausová (in Jakobová, 2011) rozlišuje ergoterapii na léčbu prací psychologickou (léčba zaměstnáním) a orgánovou (léčba hrou).

Nyní se podívejme jaká specifika má dětská ergoterapie. Křížová a Kubínková (1997, s. 72) citují: „*V pediatrii nachází ergoterapie velké uplatnění díky přirozenému sklonu dětí k aktivitě a hravosti.*“. Základní metodou je tedy přirozeně hra. Dětské hraní, a činnost obecně, mají samozřejmě svá vývojová stádia, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro děti s postižením. Problematikou rozdělení hry z hlediska ontogeneze se zabývá např. J. Kuric (1986). Uvádí, že hry lze z hlediska vývojové vyspělosti rozčlenit např. na hry funkční, manipulační, napodobovací, úlohové, receptivní a konstruktivní. Jestliže však má být dětská ergoterapie efektivní, pak je zajisté velmi žádoucí individuální přístup (Jankovský, 2006, Kubínková, Křížová, 1997).

Dětská ergoterapie má celou řadu cílů. Pomocí hry se děti učí maximální soběstačnosti a samostatnosti, nacvičují si sebeobsluhu, jemnou i hrubou motoriku, grafomotoriku a vizuomotoriku. Také si ujasňují vlastní tělesné schéma, procvičují poznávací schopnosti, zlepšují komunikaci, koncentraci či paměť. Významnou úlohu hrají v celém procesu rodiče dítěte s postižením, které je nezbytné pro tuto metodu jednak získat, ale také dobře připravit. V sanatoriích Klimkovice byla zřízena nová místnost pro ergoterapii. Děti si zde prostřednictvím hry mohou zlepšit zejména nejen hybnost horních končetin, motoriku, ale i koordinaci v prostoru, vnímání či výkonnost mozkových funkcí. Pro větší děti je ve speciální ergoterapeutické místnosti zabudován i X-BOX kinect, na kterém lze formou hry trénovat šikovnost a pohyblivost. Zakomponování těchto moderních technologií do terapie je při práci s dětmi velmi vítáno (<http://www.sanatoria-klimkovice.cz/www/cz/procedury-pro-deti-2/>).

Z motivačního hlediska Křížová a Kubínková (1997) rozlišují ergoterapeutické podněty do několika kategorií. Za nejcennější považují hmoty podněcující tvořivost i fantazii. Jde např. o plastelínu, hlínu a písek. Na druhém místě uvádějí stavebnice, vystřihovánky a omalovánky, jež označují za „polohotové“ prvky. Závěr tvoří prvky hotové – autíčka, panenky apod.

### **3.3 Zooterapie v uceleném pojetí**

Tento druh terapie, jenž bývá často řazen k metodám léčebným, používá zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s jedincem. Vzájemný kontakt dětí se zvířaty dokáže vyvolat pozitivní, emocionální a sociální terapeutické efekty, které často mohou přispět k zlepšení

zdravotního stavu. Zvíře děti mimo jiné motivuje k nácviku mluvení – musí na ně volat, dávat mu povely, k nácviku jemné motoriky – zvláště u dětí s DMO (krmení, hlazení zvířat). Dále rozvíjí fantazijní představy, poskytuje vděčné téma k rozhovorům i náměty k modelování, kreslení a malování. Přínosem je i pocit uvolnění a pohody (Dudková, in Müller 2005).

### **3.3.1 Terapie prostřednictvím koně**

Tento druh terapie, jinak také nazýván hipoterapie, využívá k léčebným účelům koně. Jedná se o komplexní rehabilitační metodu, vycházející z neurofyziologických základů, která je často je řazena mezi proprioceptivní neuromuskulární facilitační metody. Využívá působení prvků nespecifických, tj. vliv tepla zvířete, taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce, labyrintové reflexy aj. a specifických prvků, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku. Rytmický trojrozměrný pohyb na koni pomáhá procvičit celé tělo jako funkční celek. Například u dětí s tělesným postižením dochází k tomu, že svaly mající tendenci k ochabnutí se posilují a naopak svaly náchylné ke ztuhnutí se uvolňují. Děti mohou poznávat, že každý kůň je jiný a že komunikace s ním funguje jen tehdy, dokáže-li se mu přizpůsobit. Od koní dostávají přímou zpětnou vazbu. Tu pochopí buď intuitivně, nebo s pomocí ostatních. U této rehabilitace dochází k propojení oblasti medicínské, psychologické, pedagogické a sportovní (Dudková in Müller, 2005). Jakobová (2011) uvádí, že se tato terapie provádí na holém koňském hřbetě a poukazuje na důležitost použití ochranné helmy. Mnoho autorů, např. Dudková (in Müller, 2005) dělí hipoterapii na tři základní okruhy: hiporehabilitace, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných a rekreační ježdění.

U hiporehabilitace je dle Dudkové (in Müller, 2005) nejdůležitějším aspektem fyzioterapie. Může najít uplatnění u pacientů s poruchami držení těla, rovnováhy, koordinace a hybnosti jako jsou například děti s DMO. Terapeutem musí být školený odborník (hipolog), jenž by měl mít k ruce 2-3 pomocníky. Rovněž je zapotřebí volba vhodného typu koně.

Léčebným pedagogicko-psychologickým ježděním máme dle výše citované autorky na mysli především využití psychoterapie a socioterapie prostřednictvím koně. Děti či dospělí klienti jsou v péči speciálních pedagogů. Je důležité, aby se pracovník zabýval příslušnou problematikou klienta i ve spolupráci s hipologem. Metodika činností je tomto okruhu léčby velice pestrá. Koně si mohou děti hladit, s pomocí ošetřovat a sedlat, cvičit na něm, hrát hry, soutěžit, jezdit v terénu nebo jen pozorovat (Dudková in Müller, 2005).

Sport handicapovaných i rekreační ježdění napomáhá především integraci jedince do společnosti (Dudková in Müller, 2005).

Nerandžič (2006) ve své publikaci cituje, že DMO je hlavní indikací pro hipoterapii. Jako předpoklad pro využití terapie prostřednictvím koně u těchto dětí uvádí schopnost dítěte aktivně samostatně anebo jen s minimální oporou sedět. Kontraindikací může být např. větší spasmus přitahovačů stehen a větší vrozená subluxace kyčelních kloubů.

### 3.3.2 Canisterapie

Další velice uznávanou terapeutickou metodou je léčba prostřednictvím kontaktu se psem – canisterapie. Název vznikl složením latinského slova canis (pes) a slova terapie (léčba). (Vrbová in Müller, 2005).

Canisterapie může být řízena formou individuální (více preferována u imobilních klientů- např. u dětí s kombinovaným postižením, kde jde o fyzický kontakt dítěte a psa- polohování, taktilní stimulace) či skupinovou formou, preferovanou spíše u klientů mobilních (Vrbová in Müller, 2005).

Koncem 20. století vzrostly požadavky na profesionalitu terapeutů a začalo se rozlišovat, zda jde o terapii za „pouhé“ účasti zvířete, v případě canisterapie tedy psa (mezinárodně používaný pojem animal-assisted activities – AAA), nebo jde o terapii pomocí psa (animal assisted therapy – AAT). Zkratkou AAE rozumíme vzdělávání za pomoci zvířat (Vrbová in Müller, 2005).

Klienti canisterapie, ke kterým řadíme také děti s tělesným postižením, mohou být psem stimulovány k pohybu (házení aportu, do dálky, do výšky), dále si rozvíjí hrubou i jemnou motoriku (např. schovají psovi odměnu do krabičky, kterou si následně otevře a sám vyhledá, či se učí zapínat obojek a vodítko). Procvičují si také hmatové vnímání (osahají si části těla psa). Seznamují se s tím, jaké má pes potřeby (zde bychom mohly jmenovat česání, kartáčování, venčení, krmení,...). Canisterapie je tedy i významným prostředkem edukace, kdy je možné zdokonalovat a rozvíjet kognitivní vnímání dětí. Předškoláci se mohou učit rozlišovat rozdíly plemen, velikost, barvy či rozvíjet matematické představy (například počítání nohou, uší, a dalších částí těla psa).

Dobré je také provádět canisterapeutické aktivity venku. Je důležité dbát na zásady. Venku se dají využívat další aktivity. Uplatnění zde nachází převážně skupinová canisterapie. Oblíbené jsou například agility. Děti při nich podobně jako je tomu u aportování nejprve pozorují a poté sami zkoušejí navádět psa podle pravidel a povelů. Lze využívat také nejrůznějších soutěží, u dětí s postižením je třeba promyslet náročnost disciplíny. Další zajímavou aktivitou může být hledání drobných předmětů ve psí srsti (Cimlová a kol., elektronický článek in Kontakt, 2008). Cílem je přímý kontakt dítěte se psem, resp. se srstí. Velice přínosné jsou také vzdělávací aktivity prostřednictvím psa ve skupině, při nichž, mimo výše zmíněné poznávání barev či plemen, mohou děti rozvíjet komunikaci (vyprávění pohádek, nácvik básniček, či písniček o psech). Dále mohou vybarvovat, malovat či dokonce modelovat psa. Pro plnění úkolů lze s úspěchem využít atlasy plemen psů, kalendáře, obrázky či časopisy se psí tematikou. U všech věkových kategorií je zajisté populární tzv. „granulování“, při němž děti obvykle leží na zemi a na části těla jsou jim položeny kousky granulek. Na povel pes granule na těle dětí vyhledává. Děti, kterým není tento přímý kontakt příjemný, se nemusí zúčastnit. Pro většinu je tato aktivita ovšem „akčním oživením“ lekce.

V canisterapii je také často využíváno polohování. Pozitivní účinek aktivity je umocněn prohříváním (tělesnou teplotou psa), působením tepu a dýchání psa, stykem dítěte se srstí a zejména kontaktem se zvířetem samotným. Vždy se musí dbát na obecné zásady polohování, také respektovat případný strach některých dětí, zdravotní problémy (alergie) a využívat psů k těmto účelům řádně vycvičených (Zikl, 2011). Je důležité polohování provádět v klidné, větratelné místnosti na měkké podložce položené na zemi za tlumeného osvětlení. Je vhodné tuto stimulaci doplnit například poslechem relaxační hudby. Vlastní polohovací jednotka trvá okolo 15 – 20 minut. Je přínosnější klienta vysvléci a zajistit tak lepší přejímání tepla a kontakt mezi srstí psa a kůží dítěte. Během polohování je lépe vystřídat alespoň dvě polohy, které jsou nejvhodnější z hlediska diagnózy dítěte a s ohledem na aktuální zdravotní stav dítěte. Je také možné polohování doplnit nejrůznějšími polohovacími pomůckami a facilitačními metodami – například míčkováním (Pinkrová a kol., 2008).

Vrbová (in Müller, 2005) uvádí, že pes může usnadnit nácvik a fixaci správných pohybových vzorců, ale i napomáhat k odbourávání patologie. U dětí s kombinovaným postižením dochází při canisterapeutické stimulaci k navození líbivých pocitů a je pro ně neocenitelným zážitkem, když si psa mohou pohladit a dotýkat se ho. Děti, které nejsou zcela schopny verbálně komunikovat, vyjadřují radost úsměvy, výskáním a pohyby celého těla.

Canisterapie by měla být vždy přizpůsobena diagnóze dítěte a jeho individuálním potřebám (Jakobová, 2011).

Dalšími terapiemi, využívajícími zvířete jako prostředku působení na klienty jsou například felinoterapie, využívající koček, delfinoterapie, farming terapie a mnohé další. Mahelka (in Velemínský a kol., 2007) uvádí, že podpůrné a rehabilitační působení malých savců, především zakrslého králíka a morčete se poměrně rychle rozšiřuje.

### **3.4 Expresivní a další terapie využitelné u dětí v ucelené rehabilitaci**

Další druhy terapií, které uvádím, mohou být z části zařazeny také do léčebné rehabilitace, jedná se především o expresivní terapie. Svá specifika má i dětská psychoterapie, na kterou můžeme dle Jankovského (2006) nahlížet dvojitým způsobem.

#### **3.4.1 Arteterapie**

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků. Při práci s klienty můžeme využít kresbu, malbu a práci s jinými, například přírodními materiály. U dětí znevýhodněných DMO je vhodná například práce s keramickou hlínou, která uvolňuje spasticitu a děti si při tvoření procvičují jemnou motoriku. Je možné také využít kámen, dřevo, kov, případně plasty. Tato metoda má významný psychologický efekt. Vedle prospěchu rehabilitačního má výtvarná činnost význam diagnostický. Například u dětí s DMO umožňuje prožitek vlastního úspěchu, což je velmi cenné při utváření jeho osobnosti.

Valenta a kol. (2008) uvádějí následující metody arteterapie: volný výtvarný projev, tematický výtvarný projev, skupinové výtvarné činnosti, řízený výtvarný projev nebo výtvarný projev při hudbě, který dělí na muzikomalbu a asociativní výtvarný projev.

#### **3.4.2 Muzikoterapie**

Podobný význam i efekt jako arteterapie má i muzikoterapie, tedy léčba pomocí hudby, resp. pomocí aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Pracuje s verbálními a neverbálními prostředky, využívá hudby, rytmu, nejrůznějších zvuků a tónů a pracuje i se zpěvem (s písní).

Jankovský (2006) uvádí, že hudba může mít relaxační účinky i stimulační efekt (zpěv a dechové aktivity mají vliv na tělesné a psychické procesy).

Muzikoterapie také snižuje projevy nervozity, zmírňuje neurózy, ovlivňuje dýchání, krevní tlak, posiluje imunitní systém, zlepšuje vnímání, motivuje či harmonizuje osobnost. Ve speciální mateřské škole je součástí muzikoterapie např. aktivní hra na nástroje Orffova instrumentaria, hra na tělo s vyjádřením svých postojů, pocitů, práce s hlasem, receptivní a regulativní muzikoterapie s využitím reprodukované hudby. Pomocí posledně jmenované dochází k emočnímu vyladění a regulaci tělesného a psychického napětí (Jakobová, 2011).

Jak udává Valenta a kol. (2008) důležitou součástí je rovněž hifi věž a dostatečné množství CD s rozmanitou hudbou. Dále uvádí, že oblečení dětí by mělo být pohodlné. Za důležité autoři také považují umění terapeuta dobře improvizovat a přizpůsobit lekci aktuální situaci tak, aby se děti cítily dobře.

### **3.4.3 Psychoterapie**

Psychoterapie je léčba za pomoci psychologických prostředků. Můžeme ji buď vnímat jako léčebný prostředek rehabilitace (J. Jesenský, 1995 in Jankovský 2006), jedná se tak o psychorehabilitaci. Psychoterapii též vnímáme jako svébytnou aplikovanou psychologickou disciplínu, která v sobě může zahrnovat nejrůznější tvůrčí činnosti, u dětské psychoterapie to mohou být hudební a výtvarné aktivity. Psychoterapie není jen záležitostí dítěte s postižením, ale dotýká se také jeho rodičů a celé rodiny (G. W. Lauth, 1986 in Jankovský, 2006).

Vítková (in Pipeková 2006, s. 338) uvádí: *„Lze konstatovat, že ve všech terapiích, také v psychoterapii, je vždy třeba vycházet z tělesných, emocionálních a kognitivních integračních procesů, které propojují, slučují a diferencují už získané zkušenosti s aktuálními zážitky.“*

Lze shrnout, že léčebná rehabilitace představuje skutečně pestré využití nejrůznějších metod a nástrojů. Záleží především na odbornících rehabilitačního týmu, resp. na tom, jaké prostředky uplatní a jaké zásady zvolí k nejhodnější intervenci o zdravotně znevýhodněné děti v zařízeních. Rovněž v této složce je důležité věnovat pozornost individuálnímu rozvoji a rodinnému zázemí jedince.

## 4 PRACOVNÍ, SOCIÁLNÍ A RODINNÁ REHABILITACE

V práci se věnujeme problematice komprehenzivní rehabilitace u předškolních dětí, je tedy nezbytné poukázat i na důležitost složek společenských – sociální a rodinné. Abychom dodrželi výchozí členění dle Kábeleho, zmiňujeme se také o rehabilitaci pracovní, jež je dětem předkládána především prostřednictvím herních aktivit.

### 4.1 Pracovní rehabilitace a její prostředky

Pojmem pracovní rehabilitace nemáme na mysli pouze pracovní přípravu (tj. získávání vědomostí, dovedností a návyků, čili kvalifikaci), ale mnohem širší proces. Tento proces v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti (na trhu práce). Předpokladem je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost nebo jsou dokonce práce neschopni. Práce patří mezi základní potřeby člověka, pokud tuto potřebu aktivity člověk nemá naplněnou, dochází k frustraci či stresu. Z toho usoudíme, že pracovní integrace je pro každého velmi naléhavá. Pracovní rehabilitace se snaží stresovým stavům předcházet. Jednou z takových možností může být účelná rekvalifikace (Jankovský, 2006).

Výše citovaný autor dále uvádí, že vytváření míst pro osoby se zdravotním postižením není jednoduchou záležitostí. Na zprostředkování zaměstnání se podílejí úřady práce ve spolupráci s pracovní-rehabilitačními středisky. V současné době dochází k vytváření tzv. chráněných pracovních míst. Problematiku chráněných dílen i míst řeší zákon 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Tento zákon se například dále zmiňuje o podporovaném zaměstnávání. Votava (2003) poukazuje na důležitost hranice mezi denním stacionářem a chráněnou dílnou.

Mezi nástroje pracovní rehabilitace můžeme zařadit profesní poradenství, což je, jak uvádí Jurkovičová, Kantor (2011), diagnostika možností, schopností a předpokladů jedince a poradenská činnost zaměřená na výběr vhodného studijního oboru a následně volbu povolání. Tyto služby poskytují nejčastěji výchovní poradci na školách, pedagogicko-psychologické poradny, resp. u žáků a studentů se zdravotním postižením jsou to speciálně pedagogická centra. Plošně provádějí diagnostiku také úřady práce. Součástí pracovního poradenství je poradenská činnost, zaměřená na volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Poradenskou činnost nabízejí informační poradenská střediska při úřadech práce,



případně v rámci sociální rehabilitace poskytují neziskové organizace služby podporovaného zaměstnávání (APZ). Dalšími nástroji pracovní rehabilitace jsou různé formy přípravy na zaměstnání (jednou z nich je například tranzitní program). Mezi nástroje spadá rovněž legislativní pomoc při vytváření vhodných pracovních míst a podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (Kantor, Jurkovičová, 2011).

Další významnou oblastí je využívání volného času, pěstování, rozvíjení zájmové činnosti atp. V této souvislosti dle Jankovského (2006) hovoříme spíše o sféře psychosociální rehabilitace. Renotiérová, Bendová (2005) věnují pozornost v komprehenzivní rehabilitaci právě složce volnočasové, zahrnující u dětí s postižením zájmové, sportovní a kulturní aktivity.

Zaměříme se nyní blíže na využití pracovní rehabilitace u dětí. U malých klientů lze pracovní zaměření této složky vhodně substituovat zaměřením herním, tak jako tomu bylo podobně u ergoterapie. Hru opět chápeme jako prostředek seberealizace znevýhodněných dětí, který příznivě ovlivňuje vytváření sociálních návyků a podporuje rozvoj specifických znalostí. Jedná se o dovednosti a schopnosti v oblasti komunikace, motoriky, samoobsluhy, nezávislosti a osobní hygieny dítěte (Renotiérová, Bendová, 2005).

## **4.2 Sociální rehabilitace, její metody a legislativa**

U člověka intaktního i u člověka s postižením dochází k procesu humanizace, socializace a personalizace. Záleží tedy na postavení člověka ve společnosti a na roli, kterou zaujímá, dále také na tom, jak jej společnost přijímá (Jankovský, 2006). Z toho lze usoudit, že má-li být tento vztah vyvážený, je tedy úkolem sociální rehabilitace maximální možnost integrace jedince s postižením do společnosti. Votava (2003, s. 70) uvádí: „*Sociální rehabilitace se týká všech osob zdravotně postižených, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří, a je tedy významnou složkou ucelené rehabilitace*“. V rámci této rehabilitace jde i o to, aby byl člověk schopen přijmout své postižení, nemoc či znevýhodnění. Také u dětí s poruchou mobility nebo jiným kombinovaným postižením je cílem sociální rehabilitace vytvoření předpokladů pro samostatnost, integraci, nezávislost a pracovní uplatnění (Jankovský, 2006; Renotiérová, Bendová, 2005). Kábele (1992) uvádí, že k zajištění úkolů sociální rehabilitace (tj. např. zajištění společenského života, zájmové činnosti, atp.) je nezbytné působení čtyř odborných složek rehabilitační péče – psychologické, technické, právní a ekonomické.

Funkčnost sociální oblasti u zdravotně znevýhodněných dětí předškolního věku je založena na symbióze vnějších a vnitřních podmínek. V zájmu maximální socializace na dítě i jeho nejbližší sociální okolí působíme přímo i nepřímo. Úkolem dítěte je přijetí a vyrovnání se s faktem i s nepříjemnými pocity doprovázejícími postižení. Nemělo by docházet k frustracím a deprivacím dítěte, jelikož tyto zkušenosti by mohly negativně ovlivnit jeho osobnost. Význam sociální složky narůstá především v zařízeních sociálního zabezpečení (zařízení a ústavy sociální péče), školství (školy a školská zařízení) a kultury. Dále ji uplatňujeme při volnočasových aktivitách, v rodině a v poslední době je sociální rehabilitaci stále více věnována pozornost v nestátních neziskových organizacích a v občanských sdruženích zdravotně postižených (Renotírová, Bendová 2005; Jankovský, 2006).

Co se týče metod sociální rehabilitace, uplatňujeme dle Jankovského (2006) reedukaci (tj. rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností) a kompenzaci, která znamená náhradu postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí. Zahrnuje i nácvik používání speciálních prostředků a technik jako jsou počítačová technika, alternativní a augmentativní komunikace, či výcviky používání protetických a kompenzačních pomůcek. Metoda akceptace představuje komplex postupů zaměřených na přestavbu hodnotových struktur, rozvoj osobnosti a přijetí života s postižením (Jankovský, 2006).

Sociální oblastí se zabývá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který pojednává o podmínkách nároku na příspěvek na péči, dále o jeho výši, výplatě a dalších povinnostech ohledně příspěvku. Část třetí tohoto zákona se zabývá sociálními službami, které se člení na sociální poradenství, dělí se dále na základní a odborné, na služby sociální péče a prevence.

Do služeb sociální péče, kterých mohou využívat rodiny s dětmi, řadíme mimo jiné například osobní asistenci, týdenní či denní stacionáře nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením. K službám sociální prevence poskytujícím pomoc rodinám dítěte s postižením je důležité zmínit především ranou péči případně i další služby (např. sociálně aktivizační služby). Definice rané péče dle výše zmíněného zákona zní: *Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

## 4.3 Rodinná rehabilitace

Někteří autoři uvádí v rámci komprehenzivní rehabilitace také složku rodinné rehabilitace. Dle Renotiérová a Bendové (2005) představuje rodina pro předškolní dítě základní sociální jednotku. Rodinné prostředí je zásobárnou primárních zkušeností a předpokladem harmonického rozvoje osobnosti. Rodinná rehabilitace se nezaměřuje pouze na postižení dítěte, ale i na další členy jeho rodiny. Dle autorek se v oblasti této složky usiluje o celkovou podporu a případně i nápravu rodinných vztahů, které mohou být daným postižením narušeny.

### 4.3.1 Rodina dítěte s postižením a její okolí

Pojmem vyrovnávání se s postižením nemáme na mysli jen to, jak se dítě samo dokáže sžít s handicapem, ale také, to jak se jeho rodina s touto situací vypořádá a jak je rodiči přijímán. Kvalita života jedinců s postižením je velmi závislá také na jejich spokojenosti a rodinném životě. Stabilita rodiny, tedy fungování všech jejích systémů a subsystémů, je považována za relevantní test zralosti osobností obou partnerů. Dle Vítkové (2006) je důležité životní situaci rodiny s postiženým dítětem nejprve analyzovat. Dále uvádí, že nezbytná je realizace kooperace jak na úrovni jednotlivých rodin, tak na úrovni společenské.

Pro rodiny, v nichž se, narodilo dítě se zdravotním postižením, není zvládnutí zátěže a přijetí této skutečnosti snadné. Reakce rodiny v takové situaci prochází několika fázemi (Slowík, 2007). Očekávání rodičů není naplněno, dostavuje se šok, zhrouť se naděje. Slowík (2007) upozorňuje, že by měla být zprostředkována raná péče. Další etapou po iniciálním šoku je popření. Tyto dvě fáze se uvádí jako jedinečné. Dále dle mnoha autorů (např. Pipeková, 2006) následuje hněv, smlouvání a může se objevovat i agresivní chování rodičů, jež vyústí až do deprese. Na tato stadia, která se mnohdy opakují a vrací, navazuje pozvolna fáze vyrovnání se, kdy dochází k postupnému snižování úzkosti a napětí. Až posléze následuje stadium akceptace, v němž by se rodiče teoreticky měli vyrovnat s tím, že mají dítě s postižením, a hledat dostupná řešení do budoucna. V praxi je fáze vyrovnání velice individuální a mnoho rodin k tomuto nedospěje, proto je vhodnější využívat pojmu „zdánlivá“ akceptace. Můžeme konstatovat, že při všech těchto etapách se do popředí nedostávají pouze psychologické aspekty, ale také filozofické otázky (Jankovský, 2006). Vítková (2006, s. 136) cituje, že každá rodina má právo na podporu a pomoc, a to jak materiální, tak poradenskou.

## 5 PSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE

Tato rehabilitace usiluje za pomoci svých prostředků o zvládnutí psychických krizí, které jsou u dítěte předškolního věku spojeny zejména změnami zdravotního stavu. Těmito krizovými situacemi máme na mysli například u dětí s tělesným postižením přijetí poruchy hybnosti, sebehodnocení dítěte, tvorbu nové životní orientace, ale také přijetí diagnózy dítěte jeho rodiči a s tím související dopady chování rodičů na osobnost. Jak uvádím výše, působení na člověka pomocí psychologických prostředků se věnuje psychoterapie. Psychorehabilitace dle Renotierové a Bendové (2005) zahrnuje nejen individuální a skupinovou psychoterapii, ale také psychoterapii aplikovanou v podobě muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, kinezioterapie a hipoterapie. Renotierová (2002) uvádí, že významný prostředek k získání informací o předpokládaném průběhu chování zdravotně postižených v průběhu realizace komplexní rehabilitace jsou metody psychodiagnostické.

Matějček (2001) uvádí, že je v rámci rehabilitačního programu nezbytné vytvořit podmínky pro úspěšnou rehabilitaci v pacientovi samotném. Důraz klade na pět zásad, které by se měly při psychologické rehabilitaci nejen dětských klientů dodržovat. V první řadě bychom měli pacienta dobře znát, jedinec má být na rehabilitaci připraven. Zásadní je rovněž získat důvěru pacienta a jeho odhodlání ke spolupráci. Je také důležité aktivitu a spolupráci dítěte udržet. Na psychologické aspekty upozorňuje také Kábele (1992), pokládá je za významné v celé rehabilitační péči. Též zdůrazňuje získání důvěry postiženého jedince k léčebným i výchovně-vzdělávacím přístupům a opatřením v zařízeních, do kterých dochází (srov. Matějček, 2001; Kábele, 1992).

### 5.1 Hodnota motoriky a tělesné zdatnosti u dětí z psychologického hlediska

Jak uvádí Matějček (2001), dítě se rychle zdokonaluje v ovládání hraček a předmětů denní potřeby, což předpokládá zdokonalení jemné pohybové koordinace a vyhranění dominantní ruky. Autor dále cituje (2001, s. 115): „*Vývoj motoriky postupuje v souvislosti s vyspíváním nervového systému a s praktickým cvičením pohybového aparátu v běžných denních činnostech. V předškolním věku dochází k rozvíjení a zjemňování nabytých dovedností.*“ U předškolních dětí převládají konstruktivní a úlohové hry. Tyto aktivity významně přispívají

k vytváření základních sociálních postojů dětí k druhým dětem a přirozeně vedou jedince k cvičení hybnosti.

Psycholog Matějček (2001) podotýká, že v oblasti sociálních vztahů se uvolňuje úzká závislost na rodině, a na scénu vstupuje dětská skupina, v níž se nyní objevuje nová hodnota – uplatnit se v této skupině vrstevníků. Dítě chce být skupinou přijímáno, uznáváno a také kladně hodnoceno. Objektivní hodnota motoriky si tedy udržuje vysokou úroveň a uplatňuje se i její hodnota subjektivní. Předškolák je stále citlivý na deprivaci, dle Matějčka (2001, s. 116) hrozí nebezpečí poruch a opoždování rozumového či povahového vývoje dětí, jejichž pohyblivost je vážně omezena již z období předchozího. Současně jsou takovým nebezpečím ohroženy i děti, u nichž k vážnému omezení pohyblivosti došlo až v tomto věku, a to vinou úrazu či nemoci. Při podpoře dětí s tělesným postižením musí být dle Vítkové (2006, s. 67) základem práce soustředění na děti samotné, spíše než na vlastní postižení. Tyto děti mají stejné sociální, citové i edukativní potřeby jako jejich intaktní vrstevníci.

Jestliže náhle získaný tělesný defekt znemožní uspokojení potřeby nebo toto uspokojování ztíží, dítě je frustrováno. Právě u dětí s tělesným postižením bývá příležitostí ke stavům frustrace mnohem více. U těchto dětí se již v předškolním věku objevují pocity méněcennosti, včetně vhodných ale i nevhodných forem kompenzace. Dítě si je schopné své omezení již uvědomit. Motorická vyspělost a celková zdatnost vstupují do jeho vlastní soustavy hodnot. Vítková (2006) upozorňuje, že znalosti o postižení dítěte a jeho současném zdravotním stavu jsou pro pedagoga i celý rehabilitační tým velmi důležité.

Motivace k rehabilitaci zůstává tak jako v předchozím vývojovém období stále převážně vnější. Předškoláka lze motivovat metodou „lákavých situací“. Ačkoli je pozornost a vytrvalost vůle dítěte nízká, na druhou stranu je jeho osobnost přístupná do jisté míry i rozumovým výkladům. Tím máme na mysli, že může již z části chápat smysl rehabilitační péče, které je vystavováno v průběhu celého dne a rovněž porozumět nutnosti své spolupráce v léčbě, při cvičení, stimulaci, kompenzaci, edukaci atd. s pracovníky komplexního týmu. Výklad související s jeho fyzickým či jiným omezením musí být přizpůsoben jeho chápavosti.

Získání a udržení spolupráce dítěte v rehabilitačním či jakémkoli jiném léčebném programu, ale také například i při edukaci může probíhat prostřednictvím odměn. Máme na mysli spíše soustavu sociálních odměn, může jít o pochvaly, ocenění nebo povzbudivé poznámky.

Rehabilitační cvičení s fyzioterapeutem či vzdělávání prostřednictvím zábavných skupinových i individuálních činností se speciálním pedagogem má přinášet dítěti nové

zajímavé poznatky, na které se bude vždy znovu těšit. Zdárně aplikované činnosti a cvičení přináší dítěti i pocit uspokojení z vlastních výkonů. Pedagog či i někdo jiný tím může podchytit přirozenou tendenci dítěte uspokojivé zážitky si zopakovat a za tím účelem stupňovat i svou snahu.

V předškolním věku se mnohé děti mohou péče zdravotníků obávat. Například pro děti, které cvičí reflexní terapii podle Vojty, bývá tento několikrát denně se opakující zákrok nepříjemným zážitkem, protože při něm prožívají bolestivé pocity. Děti si tedy nejen ke cvičení, ale i k fyzioterapeutům mohou vytvořit určitý odstup. Proto je zapotřebí silné motivace dítěte a také použití zajímavých podnětů (př. oblíbené hračky). Často podněty dovedou pozornost dětí upoutat natolik, že některý, třeba i bolestný zákrok sotva postřehnou a nijak „bolestivě“ na něj reagují. Zde je velice důležitá právě již několikrát zmíněná komplexní spolupráce pracovníků. Speciální pedagogové často vědí, s čím si dané dítě rádo hraje, proto upozorní fyzioterapeuta jakých podnětů (např. hraček) je dobré při léčebné rehabilitaci použít. Případně speciální pedagog (či rodič) dítě na rehabilitaci doprovodí.

Předškolák však již lépe rozumí situaci při léčebném zákroku nebo při rehabilitačním cvičení. Nechápe ovšem tak dobře, aby si mohlo učinit představu o průběhu a závěru děje – tedy o jeho neškodnosti. Dle Matějčka (2001) je důležitou zásadou zacházet s dítětem tohoto věku se samozřejmou jistotou, přitom však opatrně a takticky předcházet bolestivým a jiným nepříjemným pocitům. Stejně tak je podle psychologa žádoucí, aby nebylo v průběhu rehabilitace dítě zatěžováno do vyčerpání či únavy. Dítě se má tedy při komplexní péči cítit dobře.

## 6 PEDAGOGICKÁ REHABILITACE

Kábele (1992) uvádí, že cílenou rehabilitací a také rozvíjením kognitivních schopností, psychických i charakterových vlastností se dítě stále více integruje do své společnosti a učí se tak zvládat svůj handicap.

Neubauerová a kol. (2011) uvádí, že pedagogická rehabilitace je u dětí a mládeže velice důležitá. Jedná se tedy o zásadní složku ucelené rehabilitace při pedagogickém působení v procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením a v podmínkách školství. Neubauerová (2011, s. 11) cituje: „*Základním cílem pedagogické rehabilitace je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání jedinců s postižením, jejich samostatnosti a rozvoje specifických dovedností.*“

Vítková (2006, s. 149) uvádí: „*Obsahem systému předškolního vzdělávání dětí s tělesným postižením jsou činnosti, které odpovídají věkovým, vývojovým a individuálním, psychickým a zdravotním možnostem dítěte.*“ Dále udává, že výchovná práce by měla podporovat co možná největší samostatnost dětí s postižením v ADL (běžných denních aktivitách), tedy v sebeobsluze, osobní hygieně či stolování. Rovněž by práce komplexního, resp. převážně pedagogického týmu, měla přispívat k rozvoji hrubé a jemné motoriky, rozumovým a dorozumívacím schopnostem tak, aby děti byly co nejlépe připraveny na začátek povinné školní docházky a rovněž pro celý svůj další život (Vítková 2006, s. 149).

Na Slovensku se ujal pojem léčebná pedagogika. Zabývá se jí například Horňáková (2007). Udává, že léčebná pedagogika vychází z humanistické a existencionální filozofie a je postavena na zkušenostech reformních pedagogik. Dále udává, že tato léčebná pedagogika je pedagogika, nic jiného a vychází z praxe a je na praxi rovněž orientována. Na Slovensku se jako samostatný obor léčebná pedagogika začala rozvíjet výrazněji až po zařazení vysokoškolské přípravy léčebných pedagogů na Filozofické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě v roce 1967. Jak uvádí Horňáková (2007), obor se zabývá výchovou a vzděláváním, diagnostikou a terapií jedinců, jejichž situace je natolik ztížená nepříznivými okolnostmi (vývojovými, sociálními, zdravotními, apod.), že nemohou vést přiměřený způsob života a uplatnit se adekvátně ve svých schopnostech.

## 6.1 Zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí s postižením a legislativa

Děti předškolního věku s tělesným, případně s kombinovaným postižením mohou být vzdělávány v mateřských školách při zdravotnických zařízeních, které jsou určené pro děti dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené, dále pak v mateřských školách pro tělesně postižené. Edukace dětí je také rozvíjena v dětských denních, případně lůžkových stacionářích, kde je zajišťována obvykle zdravotnickými pracovníky. Je třeba poznamenat, že tato zařízení jsou zpravidla zřizována více resorty, kde se právě uplatňuje komprehenzivnost terapie léčebné s pedagogickou. Na jedné straně pracují s dětmi dětské zdravotní sestry, převážně formou spontánní hry, a zároveň jsou předškoláci vzděláváni cílenými aktivitami, zajišťovanými speciálními pedagogy. Děti s kombinovaným postižením se obvykle vzdělávají v mateřské škole speciální.

Vzděláváním dětí se zdravotním postižením se zabývá zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*, dále vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* a také vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Speciální vzdělávání dětí se zdravotním postižením je zajišťováno – dle zmíněné vyhlášky č. 73/2005 Sb. formou individuální nebo skupinové integrace, vzděláváním ve speciální škole či kombinací předchozích forem. Vyhláška se také zbývá individuálním vzdělávacím plánem, který je součástí dokumentace žáka, dále asistentem pedagoga, organizací speciálního vzdělávání ad.

## 6.2 Komplexní péče při výchově a vzdělávání

Týmová práce v rámci komprehenzivní rehabilitace v edukaci předškolních dětí s poruchou hybnosti nebo jiným kombinovaným postižením vyžaduje neustálou týmovou spolupráci všech zainteresovaných odborníků. To znamená nejen zdravotních sester, fyzioterapeutů a speciálních pedagogů, jak uvádím výše, ale také pediatrů, ergoterapeutů, psychologů, logopedů, sociálních pracovníků a rodičů. Pro doplnění můžeme poznamenat, že jsme zde vyjmenovaly profese, zastupující všechny složky rehabilitace. Ne vždy se ale v praxi zadaří, aby byli v zařízení zastoupeni úplně všichni odborníci. Například v zařízeních zřizovaných



pouze MŠMT lze zaměstnávat speciální pedagogy a asistenty. Velkou pomocí je také práce dobrovolníků v zařízeních, která může být vykonávána studenty středních a vysokých škol, zaměřených na pedagogické, ale i další odvětví. Pomocníky jsou i neziskové organizace.

Komplexní přístup je aplikován na základě individuálního edukačního programu, na jehož tvorbě by se měli podílet všichni odborníci zasahující do péče o dítě. Východiskem k tvorbě individuálního plánu speciálního pedagoga je také osobní a rodinná anamnéza dítěte a další důležité informace z psychologického, lékařského či kineziologického vyšetření dítěte. Nezbytností je průběžné individuální hodnocení, vstupní a výstupní diagnostika předškolního dítěte. Na základě toho speciální pedagog netvoří pouze individuální plán na daný rok či půlrok, ale sepisuje také hodnotící zprávy, které jsou důležitým podkladem pro následné vzdělávání dítěte v povinné školní docházce. Veškeré zprávy o dítěti jsou tedy klíčové pro vstup do různých typů škol pro děti se zdravotním postižením.

Ve velké míře je efektivnost ucelené rehabilitace předškolních dětí s postižením ovlivněna jejich motivací, s níž je úzce spjata také kvalita kompenzačních mechanismů, které mohou při výchově a vzdělávání uplatňovat. S jejich pomocí se například děti s těžším pohybovým postižením učí a snaží vyrovnat sníženou výkonnost funkce či orgánu, který v důsledku pohybového znevýhodnění vykazuje určitý deficit (Renotiérová, Bendová, 2005).

Pedagogická složka komplexní rehabilitace se u dětí zaměřuje na aplikaci speciálně pedagogických metod do výchovy a celého předškolního vzdělávání. Stejně jako sociální rehabilitace se pedagogická složka zabývá rovněž reedukací, kompenzací, dále pak edukací a stimulací (v případě metody stimulace máme na mysli podněcování nerozvinuté nebo opožděné funkce – například u dětí s mnohočetným postižením je vhodné využít nejrůznějších ošetřovatelských konceptů a stimulovat dítě například pomocí prvků bazální stimulace či polohování).

Pro pedagogy v zařízeních MŠ speciálních, dětských stacionářů atp. jsou neopomenutelné metody speciálně pedagogické diagnostiky. Představují nezastupitelnou součást pedagogické dokumentace při zpracovávání IVP a jiných plánů (př. týdenního vzdělávacího plánu). Konkrétně mohou využívat při práci s dětmi například pedagogické pozorování spontánní, ale i plánované hry či jiné činnosti dětí, dále pak analýzu produktu činnosti atp.

V praxi s dětmi je možné dále aplikovat například akusticko-opticko-motorickou metodu „Dobrého startu“, která může být využita i v terapii dětí s mírným i těžším poškozením

motoriky a rovněž i u dětí s emočními problémy. Složku zrakovou rozvíjíme rozlišováním grafických vzorů, pohyb je podpořen prováděním gest ke grafickým znakům v rytmu písničky, kterou je zastoupena akustická složka.

Jak jsme již zmínily, zdravotně postižené děti mohou využívat služeb rané péče, kterou zaštiťuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba klade důraz na aktivizaci dětí.

Tělesně znevýhodnění předškoláci mohou navštěvovat také mimo mateřské školy speciální, mateřské školy pro tělesně postižené či MŠ při zdravotnickém zařízení speciálně pedagogická centra. Jsou zřizována při těchto školách a plní funkci diagnostickou, depistážní, poradenskou a psychologicko-terapeutickou. Tyto funkce zajišťují většinou speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci. Úkolem odborného týmu je především provést speciálně pedagogickou diagnostiku dítěte a navrhnout opatření k cílené podpoře.

### **6.3 Program určený pro výchovu a vzdělávání dětí**

Ve výše zmíněných mateřských školách se děti vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, na základě něhož tým speciálních pedagogů vypracuje školní vzdělávací program upravený podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí. Základ pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole vždy tedy tvoří RVP PV. Rámcové cíle i záměry jsou pro všechny děti shodné. Je třeba dodržovat podmínky.

Je velice důležité vycházet nejen z potřeb těchto dětí, ale i z jejich individuálních možností. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách či třídách s programem upraveným podle potřeb těchto dětí dle RVP PV snáze splňuje základní povinné podmínky a mnohdy vyhovuje lépe než prostředí běžných mateřských škol. Podle RVP PV jsou podmínky vzdělávání tělesně postižených dětí plně vyhovující, jestliže je zajištěno osvojení specifických dovedností v rozsahu individuálních možností, je zabezpečena možnost pohybu dítěte pomocí dostupných prostředků či lidských zdrojů a jsou vytvářeny podmínky pro náhradní výchovné aktivity dítěte možné v rámci jeho postižení. Dále je také třeba využívat kompenzačních pomůcek a snížit počet dětí ve třídě. U dětí s vícečetnými postiženími je důležité zajistit osvojení specifických dovedností, klidné a podnětné vzdělávací prostředí, přítomnost asistenta, snížit počet dětí, zajistit pomůcky a další potřebné podmínky.

RVP PV dále říká, že vzdělávání integrovaných dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných mateřských školách znamená přiblížení se normálnímu prostředí a také oslabení izolace dítěte či jeho případného vylučování ze společnosti vrstevníků. Záleží tedy převážně pouze na individuálním případě daného dítěte a jeho rodině. Mnohdy může předškolní přípravu ovlivnit SRP, SPC, dětský psycholog, speciální pedagog, pediatr či fyzioterapeut.

### **6.3.1 Obsah Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání**

Lze uvést, že Rámcový vzdělávací program předškolního vzdělávání tvoří kategorie na úrovni obecné – jedná se o rámcové cíle (tj. záměry předškolního vzdělávání) a klíčové kompetence (kompetence k učení, řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, činnostní a občanské), dále dílčí cíle (záměry v úrovni oblastní, které přísluší jednotlivým oblastem) a dílčí výstupy (tj. poznatky, dovednosti, postoje, hodnoty, odpovídající cílům).

Vzdělávací obsah je uspořádán do oblastí, kterých je celkem pět – biologická, psychologická, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální. Oblasti jsou nazývány: dítě a jeho tělo, dítě a jeho psychika, dítě a ten druhý, dítě a společnost a dítě a svět. Oblasti zahrnují kategorie, které se vzájemně propojují. Jedná se o dílčí cíle, vzdělávací nabídku a očekávané výstupy. Dílčími cíli máme na mysli to, co by měl pedagog v průběhu předškolního vzdělávání sledovat a co by měl u dítěte podporovat. Vzdělávací nabídka vyjadřuje prostředek vzdělávání, je to vlastně soubor praktických i intelektových činností, popř. příležitostí. Očekávané výstupy by měly být formulovány tak, aby měly charakter způsobilostí (kompetencí). Jsou to soubory dítětem prakticky využitelné, přičemž jejich dosažení není pro dítě povinné. Vzdělávací obsah ve Školním vzdělávacím programu je zpracován do integrovaných bloků, jedná se tedy o uspořádanou vzdělávací nabídku. Bloky jsou zaměřeny na aktuální problémy, situace a mohou mít různý rozsah (RVP PV, 2004).

Speciální pedagogové tedy na základě RVP PV zpracovávají vlastní školní vzdělávací program. V ŠVP by měly být obsaženy identifikační údaje, charakteristika vzdělávacího programu, podmínky a organizace vzdělávání (včetně režimu dne a akcí školy) a vzdělávací obsah. Závěr ŠVP by měl vždy tvořit evaluační systém. Do programu mají možnost nahlédnout rodiče a spolupracovat s pedagogy při stanovování některých částí (např. podílet se na akcích pořádaných zařízením či na jejich přípravách).

## 6.4 Zásady uplatňované při výchově a vzdělávání

Podmínky výchovy pohybově postižených dětí předškolního věku můžeme dle Renotírové, Bendové (2005) členit na vnitřní a vnější. K vnitřním řadí somatické a psychické zvláštnosti, psychický stav pohybově znevýhodněných dětí, úroveň mentálních schopností a dorozumívací schopnosti. Vnějšími podmínkami mají autorky na mysli materiální podmínky při výchově, režim dne, pohybový režim a společenské prostředí.

Je třeba také zmínit zásady pohybové výchovy při rozvíjení hybnosti a řeči, které uvádí Kábele (1992), pro děti s DMO. Jedná se o zásadu vývojovosti, reflexnosti, rytmizace hybnosti a řeči, komplexnosti, kolektivnosti a zásadu přiměřeného a individuálního přístupu.

Při dodržování zásad ve výchovně-vzdělávací činnosti přistupujeme vždy s maximálním možným individuálním přístupem. Nyní se zaměříme na metodické vedení skupinové aktivity. Nejprve je třeba zpracovat třídní vzdělávací program. Není sice povinným dokumentem, ale dopomáhá k tomu, aby se pedagog snadněji orientoval. Může být stanoven na týden i delší časové období. Měl by být dokladem plánovité práce a jeho tvorba závisí na třídním učiteli/učitelích. Poté dochází ke stanovení dílčích cílů a k přípravě pestré a tematicky vhodné vzdělávací nabídky ke konkrétnímu tématu. Pedagog by si měl také promyslet, jaké výsledky od dětí může očekávat a jakou formou motivace může výsledků lépe dosáhnout.

Plánovaná činnost již není tak striktní, jako tomu bylo v minulém tisíciletí, kdy se pedagog držel při stanovování činnosti výchovných složek. Třídní program může být operativně dotvářen a upravován. Je důležité veškerý obsah prolínat a vhodně děti k činnostem motivovat. Pedagogové mají za úkol pracovat s materiály v takové podobě, která jim nejvíce vyhovuje. V současné době je věnována pozornost tzv. učení „prožitkem“, kdy jsou děti do nejrůznějších činností aktivně zapojeny. Samy se snaží objevovat, prozkoumávat, zapojit co nejvíce smyslů, aby si odnesly co nejvíce praktických zkušeností, znalostí, zážitků a pozitivního naladění. V tom bezpochyby spočívá promyšlená motivace pedagoga – umění zaujmout a aktivně zapojit i ty děti, kterým handicap často omezují jejich možnost samostatně a akčně se na něčem podílet. Na závěr této kapitoly bychom mohly konstatovat, že při uplatňování zásad a vhodného plánování výchovně-vzdělávacích činností jsou na patřičném místě zkušenosti pedagoga i jeho pedagogický talent.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 ŠETŘENÍ KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE V MATEŘSKÉ ŠKOLE PŘI DĚTSKÉM STACIONÁŘI

### 7.1 Cíl

Praktická část závěrečné práce byla zaměřena na studium dokumentace dětí z hlediska ucelenosti rehabilitace v zařízení mateřské školy při dětském stacionáři a na následné šetření. Zabývala jsem se studiem psychologických, lékařských a speciálně pedagogických vyšetření dětí a na jejich základě jsem vypracovala kazuistiky. Hlavním cílem bylo zhodnotit pokroky dětí v různých oblastech i dílčích částech oblastí vývoje (podoblastech) za určitý časový interval. Vycházela jsem z cílů IVP, které jsem aktualizovala. Při hodnocení podoblastí za oba časové úseky jsem dospěla k závěrům – výsledkům – a stanovila opatření. Dalším úkolem bylo analyzovat činnosti vybraných dětí a zaznamenávat metodou pozorování chování dětí při vlastních aktivitách (spontánní hra) a činnostech ucelené péče (např. canisterapie).

Lze říci, že cílem praktické části bylo dojít za pomoci metodologického postupu – šetření – ke srovnání pokroků za dva časové úseky, dospět k náležitému opatření, potvrdit či vyloučit hypotézu. K celkovému zpracování případových studií mi byly mimo vlastních artefaktů nápomocny zprávy z vyšetření fyzioterapeuta, dětské psycholožky a lékařských odborníků.

### 7.2 Doba, metody a postup šetření

Celkové zpracování této praktické části lze datovat od října 2012 do března 2013. Jedná se tedy o období šesti měsíců s drobnými pauzami.

Jako výzkumné metody speciálně-pedagogické diagnostiky jsem si zvolila metody kvalitativního i kvantitativního speciálně-pedagogického výzkumu. Mimo podrobného hodnocení dvou časových období jsem se zaměřila na pozorování a analýzu činnosti dětí.

#### **Resumé postupu při šetření pokroků za dvě čtvrtletí**

Při šetření jsem postupovala nejprve pozorováním spontánních činností dětí a studiem jejich diagnóz. Následně jsem prostudovala dokumentaci dětí (vyšetření psychologa atp.) a IVP

psané předchozí učitelkou v září 2012. Za pomoci sběru dat veškerých faktických informací byly zpracovány osobní, rodinné a lékařské anamnézy případových studií (10/2012 – 1/2013).

Na základě vypracovaného individuálního plánu jsem hodnotila rozvoj (pokroky) a naplňování cílů ve vybraných pozorovaných oblastech za 1. čtvrtletí (období od pol. září 2012 do konce prosince 2012). Hodnocení za 1. čtvrtletí (pol. září – prosinec 2012) jsem také srovnávala s hodnocením za poslední čtvrtletí loňského školního roku (duben – červen 2012). Poté jsem IVP dle individuální potřeby dítěte aktualizovala. Totéž pozorování a následné hodnocení a posuzování stejných oblastí jsem provedla i ve 2. čtvrtletí (leden – březen 2013). Zde jsou oblasti posuzovány ve vztahu k předchozímu čtvrtletí a plnění nově aktualizovaných cílů IVP. Hodnocení oblastí se v praktické části nachází třikrát (tři probandi). Kvalitativní metodou bylo hodnoceno v úrovni: zhoršení/stav beze změny/zlepšení (viz I. příloha – „Záznamový arch pro průběžné individuální hodnocení“), k němuž dospívám neustálým sledováním oblastí.

Současně jsem vyhodnocovala dle – výpočtu aritmetického průměru – také pokroky v naplňování dílčích oblastí (tj. podoblastech) rozvoje dítěte. Při stanovení hypotézy jsem vyšla z úvahy, že dostatečným úspěchem je zlepšení v jednotlivých zprůměrovaných oblastech o 1,5 bodu mezi dvěma čtvrtletími. Hypotetický předpoklad pak tedy zní, že se potvrdí postup individuálního rozvoje dítěte v každé zprůměrované oblasti alespoň o 1,5 bodu od období prvního čtvrtletí do období druhého čtvrtletí. Dále jsem se zaměřila na výzkumné problémy: ve kterých podoblastech nastal největší pokrok a příp. největší pokles, zda se některá podoblast výrazně bodově odchýlila od jiné – vycházela jsem z hodnotící škály (viz I. příloha – zvládá samostatně, je nutná menší/větší pomoc, nezvládá). Nejprve jsem postupovala obodováním podoblastí za 1. čtvrtletí, v případě potřeby jsem o tyto zjištěné pokroky IVP aktualizovala. Za druhé čtvrtletí jsem opět vyhodnocovala dílčí části oblastí. Též provedeno u třech probandů.

Na základě srovnání tako dosažených výsledků ze sledovaných oblastí i podoblastí za 1. a 2. čtvrtletí byla stanovena náležitá opatření.

Pozn: Při hodnocení výsledků za dvě čtvrtletí mi posloužila metoda výpočtu aritmetického průměru, kterou jsem si nastudovala v knize Metodologie pedagogického výstupu (Chráška, 2007). Pomocí této metody mi bylo umožněno lépe srovnat individuální pokroky dětí v podoblastech, jež zaznamenávám v grafech a tabulkách a vyvodit tak příslušné závěry a opatření (viz textová příloha I., 4).

## **Resumé postupu při analýze činností**

V průběhu druhého čtvrtletí jsem za pomoci metod speciálně pedagogické diagnostiky analyzovala vlastní plánovanou týdenní výchovně-vzdělávací činnost dětí. Velice mi byla nápomocna metoda dlouhodobého pozorování spontánní aktivity a průběžného registrování. Vše jsem se snažila učinit komplexním způsobem, spolupracovala jsem se zdravotníky při studiu dokumentace dětí i při šetření. Konzultovala jsem stav jednoho probanda s fyzioterapeutkou a společně jsme prodiskutovaly metody LTV u něj aplikované. Také jsem pozorovala a zaznamenávala adaptaci dětí na mnohé terapie konané v zařízení i mimo něj (např. canisterapie, hydroterapie, hipoterapie či speleoterapie) a aplikaci dalších složek péče.

Analýza plánované činnosti byla vykonána 4. – 8. února 2013 dle vlastního týdenního výchovně vzdělávacího plánu činností, který tvoří součást třídního vzdělávacího programu.

## **7.3 Charakteristika místa**

Mateřská škola při dětském stacionáři je zařízením, ve kterém pracovníci zdravotnických i pedagogických odvětví vzájemně spolupracují při péči o děti zdravotně postižené. Zařízení se nachází v klidné dostupné lokalitě nedaleko fakultní nemocnice na ulici Mošnerova 1. Při vhodném počasí lze využívat školní zahradu, rovněž je možné do blízkého okolí chodit na vycházky. V následující charakteristice se věnuji kompetencím dvou resortů.

### ***Zařízení v pojetí léčebném i pedagogickém***

Zařízení je určeno nejen dětem s tělesným, ale i s kombinovaným či jiným znevýhodněním (DMO, Downův syndrom, ADHD, epilepsie, narušení komunikační schopnosti, mentální či smyslové postižení). O děti je zde pečováno komplexním týmem pracovníků dvou resortů, a to formou denního pobytu. Jde o resort zdravotnický – v tomto případě o děti pečují zdravotní sestry a fyzioterapeutky dětského stacionáře. Dále jde o resort školský, resp. pedagogický, v rámci něhož provádí s dětmi výchovně-vzdělávací činnost speciální pedagogové mateřské školy při dětském stacionáři, jenž je odloučeným pracovištěm ŽŠ a MŠ při Fakultní nemocnici Olomouc.

Subjekt je určen maximálně pro 25 dětí. V současné době je počet míst plně obsazen. Děti jsou rozdělené do tří oddělení. Jak uvádím výše, dětem je poskytována komplexní péče, která

spočívá ve spolupráci speciálních pedagogů, rehabilitačních a zdravotnických pracovníků (dětské sestry a fyzioterapeutky), psychologa a pediatra. Zařízení spolupracuje se SPC pro děti s kombinovaným postižením Mohelnice, SPC pro děti se sluchovým postižením, SRP TamTam, SRP pro děti se zrakovým postižením a kombinovanými vadami.

Edukace je podpořena sníženým počtem dětí na 7-10 ve třídě, asistencí zdravotních sester a asistentů pedagoga. Je zde prováděna každodenní logopedická a individuální péče, zaměřená na eliminaci a reedukaci snížených schopností handicapovaných dětí. Na doporučení lékaře je dětem denně poskytována rehabilitace Vojtovou reflexní lokomocí, PNF, hydroterapií, prvky Bobath konceptu, cvičení proti vadnému držení těla, cvičení na míčích a jiných labilních plochách, nácvik bipedální lokomoce atd.

Děti pravidelně již několikátým rokem navštěvují solnou jeskyni na Jánského ulici, kde si hrají či relaxují při poslechu klidné hudby. Dále se účastní hipoterapie (dle zájmu rodičů) v Horce nad Moravou. Každý pátek přichází paní Jitka Šiklingová s fenami Corou nebo Mey. Hodinová canisterapie má vždy pestrý a zábavný program. Povelování pejsků, házení aportu, zpívání, česání psa, smyslové hry, polohování imobilních dětí i závod v prolézání tunelem patří k nejoblíbenějším aktivitám. Canisterapie je částečně hrazena o. s. Rubikon a částečně rodiči. Dále se děti účastní plavání v bazénu rehabilitačního centra Elpis a každý měsíc je pro děti připraveno divadelní představení v Divadle hudby Olomouc. Jedenkrát za půl roku se koná muzikoterapie s využitím netradičních nástrojů, motivovaná zajímavým příběhem. Během celého roku je připraveno mnoho akcí, podrobný rozpis je uveden v příloze I.

Snahou všech je vytváření nejlepších podmínek pro rozvoj každého dítěte v rámci jeho individuálních potřeb. Cílem je dosažení maximální samostatnosti v sebeobsluze a podpora elementárních poznatků dětské problematiky, které usnadní dětem vstup do školy a dalšího života. Těchto cílů lze dosáhnout jen dokonalou týmovou spoluprací zaměstnanců, navozením klidné a příjemné atmosféry, trpělivým přístupem jak k dětem, tak i k jejich rodičům.

### ***Resort pedagogický – Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici***

Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici Olomouc poskytuje předškolní výchovu a základní vzdělání pro 121 žáků. O poskytnutí potřebných znalostí a vědomostí se stará tým profesionálních speciálních pedagogů a vychovatelů. Odloučeným pracovištěm ZŠ a MŠ při fakultní nemocnici je právě Mateřská škola při Dětském stacionáři na Mošnerově ulici.



V zařízení MŠ při DS s dětmi pracují čtyři speciální pedagogové, přičemž jeden z nich je vedoucím pedagogem. Pro každou třídu je určen jeden třídní pedagog. Ten s dětmi vykonává ranní pohybovou aktivitu, skupinovou aktivitu a individuální činnost. Zařízení pravidelně navštěvují také odborníci SPC Mohelnice (dětská psycholožka).

Školní vzdělávací program, dle kterého se děti vzdělávají, nese název „Místo, kde žiji a kde to mám rád“. Třídní program si pedagogové zpracovávají na období jednoho týdne, témata a cíle jim stanovuje ŠVP. Snaží se využít nejrůznějších metod a také zapojit handicapované děti do prožitkového učení. Vše je prováděno spíše formou hry a aktivit, které prolínají veškeré oblasti obsahu (dítě a jeho tělo, dítě a jeho psychika, dítě a ten druhý atp.). Každý den jsou prováděny výchovně-vzdělávací činnosti za asistence zdravotní sestry a asistenta. V rámci týdne o děti pečuje vedoucí speciální pedagog, který se zaměřuje na logopedickou intervenci. V I. příloze 1 a 2 uvádím popis denního režimu a harmonogram akcí a zpracování pedagogické dokumentace. V II. příloze jsou obrázky výchovně-vzdělávacích pomůcek. Dále v III. příloze jsou uvedeny fotografie ze skupinové a individuální činnosti a terapií.

### ***Resort zdravotnický – „Sdružená zařízení péče o dítě“***

Z hlediska zdravotnického je o děti v dětském stacionáři pečováno pracovníky spadajícími pod „Sdružená zařízení péče o dítě“. Dalšími zařízeními SZPD jsou Kojenecký ústav a Dětský domov v Olomouci. Pracují zde zdravotní sestry, fyzioterapeutky, psycholožka (více – I. příloha 3). Od 1. 5. 2013 bude zařízení přejmenováno na Dětské centrum Ostrůvek.

O děti v zařízení DS pečují čtyři zdravotní sestry rozdělené do tří oddělení (dle kapacity dětí v oddělení) a dvě fyzioterapeutky. Zdravotnický tým vede vrchní sestra, několikrát týdně přichází v poledních hodinách pediatrička. Spolupracují rovněž s psycholožkou SZPD.

## **7.4 Charakteristika vzorku**

Děti, které jsem si pro šetření vybrala a rovněž se zaměřila na analýzu jejich činností a soustavné pozorování jsou ze třídy „Mravenečků“. Pro tyto děti jsem od února 2013 třídní učitelkou. Konkrétně v následujících oddílech u tří probandů – chlapec X a Y a dívka Z zpracovávám komplexní případové studie. Zaměřuji se tedy téměř na všechny složky ucelené péče. Závěry jsou opatření, získaná zhodnocením pokroků probandů za dvě čtvrtletí,

ke kterým jsem dospěla kvantitativním i kvalitativním postupem. Metoda pedagogického pozorování a analýza produktů činnosti dětí je uplatněna v posledním oddíle praktické části.

Naše vztahy se postupně upevňují a každým dnem se blíže poznáváme. Ve třídě, kterou tři vybraní probandi navštěvují, je celkem šest chlapců a jedna dívka. Dále jeden chlapec dochází z dětského domova. V kazuistikách zpracovaných na základě prostudované dokumentace, přímého sledování a šetření přibližují děti s netradičními diagnózami. Jedná se o chlapce X s diagnózou kompenzované epilepsie, těžkou mentální retardací a svalovou hypotonií. Dalším probandem je sedmiletý hoch Y s diagnostikovaným Williams-Beuren syndromem, dále opožděným psychomotorickým vývojem, vrozenou vadou ledvin a středně těžkou mentální retardací. Mou třetí adeptkou je šestiletá dívka s diagnózou – Mc Cune albright syndromem, Cushingovým syndromem, osteroporosou, opožděným mentálním vývojem a dyslalií. Třidu navštěvuje hoch s kvadruparetickou DMO, který má časté absence z důvodu indikace lázeňské léčby. O intervenci s tímto dítětem se krátce zmiňuji při popisu analýzy činností a pozorování v I. příloze. Tuto doplňující metodu pozorování jsem zvolila, protože v teorii (převážně v charakteristice léčebné rehabilitace) se na postižení DMO často odkazují.

S těmito neobvyklými kombinovanými vadami jsem se dosud nikde nesetkala, proto mě tyto respondenti velice zaujali a vybrala jsem si je ke sledování a šetření. Na základě umožnění studia jejich osobní dokumentace (psychologické vyšetření, lékařské vyšetření, kineziologické vyšetření, speciálně pedagogické diagnostiky,...) jsem se o handicapech dětí dozvěděla více a získala zkušenosti, jak s nimi správně pracovat. Také mi studium dokumentace umožnilo snáze prakticky proniknout do ucelenosti rehabilitační péče o tyto děti v zařízení. Prakticky jsem se seznámila s možnostmi uplatnění fyzioterapeutické péče u jednoho z probandů.

## **7.5 Výsledky**

### **7.5.1 Případové studie**

#### **7.5.1.1 První případová studie – chlapec X**

**Rodinná a osobní anamnéza:** z důvodu ochrany osobních údajů neuváděno.

**Lékařská anamnéza:** V 15. měsíci oboustranná bronchopneumonie, sepse, plicní ventilace.

Byl umístěn 2 měsíce na ARU – v umělém spánku, provedena tracheostomie. V jednom roce zaznamenána epilepsie, zahledění, antiepileptická léčba doposud zůstává. Diagnóza: kompenzovaná epilepsie, fatická porucha, psychomotorická středně těžká retardace na podkladě mikrolece 9q34.3, atrofie čelních laloků, syndrom Klefestra.

**Psychologické vyšetření:** Vyšetření z 12/2012 – Psycholožka využila metod pozorování, rozhovor, anamnestické údaje (OA), spec. pedagog. dokumentaci, B-L, BSID-II- celková administrace u hochy není možná, respektive plní pouze vybrané subtesty. Podle psychologického vyšetření se somaticky jedná o chlapce zvláštního vzhledu, na svůj chronologický věk (nyní 6 let) menšího vzrůstu. Pootevřívá ústa a má jizvu po tracheostomii. Zaujetí testovým materiálem hodnotí psycholožka jako výběrové.

Z testového vyšetření psychologa:

- Hrubá motorika: chůze je samostatná o širší bázi, je stabilní, ale toporná, po schodech jde s držením za jednu ruku, střídá nohy.
- Senzomotorika: tužku uchopuje hrabivě za střed do pravé horní končetiny, jemné čmárání bez ukotvení, shazuje komín, zvoní zvonečkem, uchopuje lžičku a tluče s ní do hrníčku, naznačuje pití z prázdného hrníčku, uchopí korálek.
- Vývoj řeči a myšlení: slovní zásoba do 5 slov – užívá zvuky, kterými na sebe upoutá pozornost, zdvojuje slabiky a stále je opakuje, neverbální komunikace – snaží se více znakovat (osvojené znaky jablko, pes – řekne i „haf, haf“, stejně,...), oční kontakt navazuje velice krátce, napodobuje, exprese 12měs., porozumění 15 -18měs.
- Sociální chování: upřednostňuje individuální kontakt s dospělými, rád se fyzicky dotýká ostatních, do hry s vrstevníky se nezapojí, hra individuální, často odpočívá na polštáři.
- Sebeobsluha: jí chleba na kousíčky, pije z hrníčku – chytne si jej sám, zasune částečně po jídle židličku, nosí celodenně pleny – pravidelně vysazovaný, vyžaduje kompletní asistenci dospělého.

Doporučení psycholožky – stimulovat chlapce ve všech složkách se zaměřením na rozvoj myšlení, pokračovat v osamostatnění v režimových činnostech, výchovnou stimulaci. Z důvodu vývojového opožďení je doporučen odklad školní docházky.

**Fyzioterapeutické vyšetření:** Vyšetření z 2/2013 – Stále rehabilituje po hypotonii. V plánu individuální LTV fyzioterapeutka určila léčebný postup v této podobě: propriorecepce plosek, terapie plochonoží, tonizace hypotonického svalstva, nácvik správného stereotypu

vzpřimování a chůze, nácvik v terénu a po schodech, trénink posturální stability (cvičení na míčích, válcích, bosu, čochce,...), dále nácvik jemné motoriky. Blíže k těmto metodám LTV se věnuji v teoretické části.

**Opatření:** Cíl léčebné rehabilitace je zaměřen na posílení svalového korzetu, aktivaci mezilopatkového svalstva se zapojením celého ramenního pletence, posturální korekce, zlepšení stability a korekce, zlepšení stability a koordinace pohybů, fixování správných pohybových stereotypů, zlepšení jemné motoriky, snaha o dosažení větší samostatnosti. Jedenkrát týdně je chlapci indikována vířivá vana.

Hoch bude využívat v oblasti léčebné rehabilitace nejrůznější kompenzační pomůcky: rehabilitační čočky, nejrůznější masážní míčky (míček „ježek“, pěnový,...), dále rotanu, phisio-roll, masážní válečky, či rehabilitační polokouli (viz příloha II., obr. 1 – 7).

**Vlastní pozorování při LTV:** Chlapec měl tendenci stále na sebe upozorňovat, také se na mě otáčel a hlasitě komunikoval svým žargonem. Na pokyn s fyzioterapeutkou spolupracoval. Využila motivace maňáskem a neustálou příjemnou komunikaci a interakci s hochem. Fyzioterapeutka doporučila pomůcky, které uvádím v níže zaznamenaných cílech edukace v IVP (pro rozvoj jemné motoriky „Hra na hlazení“, masáže dlaní pomocí gumových ježků a válečků atp.). Zaměříme se dle rad fyzioterapeutky také na ADL a manipulační cvičení.

### **Oblast speciálně-pedagogické edukace – cíle individuálního plánu pro škol. rok 2012/2013**

Doplněná aktualizace individuálního plánu pro druhé čtvrtletí, resp. pro leden – březen 2013 (adekvátní doplnění proběhlo dle závěrů z průběžného individuálního hodnocení za 1. čtvrtletí).

Oblast motorického vývoje:

Hrubá motorika

- Procvičování chůze do schodů a ze schodů se střídáním nohou,
- každodenní účast při ranním cvičení, stále nacvičovat chůzi se změnou směru, základní pohybové funkce (= chůze, běh, skok, lezení) s vyhýbáním, převaly, dřepy, předklony, klek,
- stále procvičovat manipulaci s míčem- odhazování, chytání obouruč, kutálení, kopání. Podporovat samostatný pohyb na dětském odrážedle.
- Sezónně solná jeskyně, plavání pro posílení imunitního systému, hipoterapie a pravidelná canisterapie.

## Jemná motorika

- Hoch je méně vyhraněný pravák. K manipulaci spontánně užívá pravou HK, občas ale ruce střídá. K rozvoji jemné motoriky přispějí tyto činnosti: zařazovat manipulaci s drobnými předměty, jejich uchopování a přemisťování, navázat na schopnost pinzetového úchopu. K rozvoji manipulace bude užívána i „panna pro rozvoj jemné motoriky“ (viz příloha II., obr. 12), na které se hoch bude pomocí hmatu seznamovat s různým materiálem (příp. pokusit se o rozepnutí suchého zipu,...).
- Stále se pokoušet o nácvik navlékání dřevěných kuliček na hrot.
- K podpoře pohyblivosti a posílení drobného svalstva ruky zařadit práci s pískovničkou – hrabání prstíky v písku (viz příloha II., obr. 13), svírání ručky v pěst, prstovými barvami otisky rukou, mazání barvy po ploše papíru. K těmto činnostem lze využít i pomůcku Aquadoodle (viz příloha II., obr. 8). Dále automatizovat a zpřesňovat špetkový úchop prací s dřevěným ježkem, zasouvacími válečky- opět velmi limitováno absencí zrakové kontroly.
- Nadále zařazovat hry s ručkami a prstíky spolu s básničkami, pro podporu imitace pohybů, využívat i při nácviku znaků do řeči.
- V oblasti grafomotoriky používat nejrůznější kompenzační pomůcky – např. voskovou pastelku do dlaňového úchopu (viz příloha II., obr. 10), či vertikální hmatku pro úchop tužky (viz příloha II., obr. 11).

Hrubou motoriku rozvíjet pomocí ADL a LTV s fyzioterapeutkou, uplatnění pomůcek pro léčebnou rehabilitaci (viz příloha II., obr. 1 – 7).

## Oblast rozumového vývoje

- Veškeré pokyny související s ADL (např. podej, zvedni, polož, odnes) je třeba denně automatizovat a procvičovat při sebeobslužných a hrových činnostech. Tímto upevňovat pamětní představy – např. zanést hračku na správné místo, najít ve třídě kočárek atp.
- Nadále motivovat zájem chlapce o hračky – manipulace s mluvícím hracím hrcem (viz příloha II., obr. 14), pyramidou, plyšovými zvířátky, které sám vyhledává, jízda s kočárkem, kolébání miminka..., rozvíjet poznání známých předmětů denní potřeby, jak skutečných, tak na obrázcích. Dále se pokusit o poznání dětí a dospělých ve třídě podle pohlaví za pomoci fotografií – př. ukaž na fotografii paní učitelku, ukaž kamaráda (chlapec/hoičku) atp.

- Procvičovat znalost částí těla, znalost domácích zvířat. Nadále rozvíjet zásobu dětských říkadel s pohybem, na které hezky reaguje.

- Pokusit se o předmětové třídění- kostky x auta.

#### Zrakové vnímání

- Zraková stimulace sledováním barevných ploch (šachovnice, černo-bílá spirála, lesklé barevné fólie, barevná světla), počítačový program pro podporu zrakové stimulace. Motivace zrakové kontroly zvukovým signálem.
- Identifikovat detail na větší ploše.

#### Sluchové vnímání

- Pokračovat ve hrách se zvukovými hračkami, hudebními nástroji- rolničky, bubínek, dětské klávesy, čímž povedeme k nácvičku akce/reakce (při vyvinutí vlastního úsilí dojde ke zvukové reakci),
- zrakem fixovat zdroj silného zvuku, vyhledat zdroj zvuku, otáčet se za zvukem.

#### Hmatové vnímání

- Nabízet chlapci hmatové destičky s různými povrchy – „Hra na hlazení“ (viz příloha II., obr. 9), vkládačky zvířátek s typickým povrchem - imitací srsti zvířátek, manipulaci s přírodninami, tvarové vkládačky dřevěné (viz příloha II., obr. 15 a/ – e/).
- Rozvíjet hmat pomocí látkových míčků naplněných rýží, měkký hrající míč, pěnové, molitanové míčky, se špuntíky (ježek); masáže dlaní – míčky, gumovými ježky; prvky míčkové facilitace (viz příloha II., obr. 2, 3), pomůcky pro LTV (viz příloha II., obr. 5, 6).

#### Komunikace

Pozn. z min. škol. roku: Jelikož přestává reagovat na obrázkovou komunikaci, o fotografie jeví zájem minimálně a mnohdy je špatně identifikuje, je potřebné rozvíjet spíše znakování. Ve slovníku má zafixovány znaky – cvičit, pracovat, učit se, papat, povídat, hrát si, spát, čistit zuby, jablíčko, kočka, ptáček, automatizujeme znak hotovo, hrát si, čůrat, zpívat, máma, táta, babička. Jejich provedení je sice neobratné, ale v náznacích je rozumět chlapcovu „žargonu“. Tyto znaky ovládá veškerý personál zařízení, je schopen s chlapcem komunikovat, vyhovět jeho přáním. S přibývajícím novými dovednostmi a znalostmi vytěsňuje starší.

- Důležité je automatizovat a fixovat stávající znaky, přirozeně v komunikaci vkládat další, nejlépe pracovat se schopností nápodobu.

## Sociální chování

Zapojením do veškerých činností a her u chlapce podporovat zájem o okolní dění, pokusit se eliminovat nečinné sezení vedle dětí či dospělých, což bývá jeho častá spontánní aktivita (pozn.: V posledním pololetí ale stále chodí za dospělými a upozorňuje na sebe, je třeba tedy neustále udělovat úkoly, zapojovat do her, seznamovat s užitím hraček).

- Stále utvářet „hranice“ respektu autority dospělého, utváření hodnotového systému.

## Sebeobsluha

- Chlapeček potřebuje asistenci při všech sebeobslužných činnostech.
- Samostatně jíst na kousky nakrájený chleba, ukusovat z banánu či na měsíčky nakrájeného ovoce. Sám pije z hrníčku, pomalu jej odkládá na tácek. Začneme automatizovat jezení lžící, učit vkládat lžící s nabraným soustem do úst. Opět je nutná soustavná motivace, kontrola a asistence a samostatné stravování dále rozvíjet.
- Procvičovat odsouvání se od stolu, zasouvání židle a odnášení tácku ze stolu.
- S dopomocí se učit čistit zoubky, uložit kelímek a vyhodit špinavý bryndák na místo tomu určené. Pravidelným vysazováním se pokoušet o snížení potřeby regulace toalety plenami.
- Nacvičovat stahování a natahování tepláků, dále svlékání a oblékání trika, zouvání přezůvek a zapínání napolo zapnutého zipu.

Shrnutí IVP a doporučení adekvátního opatření pro zlepšení:

Edukace v letošním školním roce (2012/2013) bude zaměřena především na podporu a automatizaci sebeobslužných činností- jezení, oblékání a svlékání tepláků a trika, zouvání,... Komunikaci se pokusit udržet alespoň na stávající úrovni, jelikož se chlapec snaží na sebe strhnout pozornost hlasitým projevem a pohyby ručiček. Je zjevné, že tímto způsobem komunikuje rád, proto je adekvátním řešením nadále využívat znaku do řeči s rytmizací a vyvozením počátečních slabik slov.

## ***Srovnání a hodnocení vybraných oblastí první případové studie***

Pomocí kvalitativních záznamů z průběžného individuálního hodnocení, zpracovaných na základě vlastního pozorování – za čtvrtletí pol. září – prosinec 2012 a leden – březen 2013 a rovněž i všech dalších vyšetření (fyzioterapeutického, psychologického,...), jsem se snažila

posoudit rozvoj v oblastech oproti loňskému roku. V případě hodnocení za 2. čtvrtletí zaznamenat změny oproti 1. čtvrtletí a dospět k adekvátnímu opatření. Sledovala a posuzovala jsem také plnění uvedených cílů IVP. Náročnost požadavků a úkolů vycházela z cílů IVP probanda X. Kritéria hodnocení: zlepšení/beze změny/zhoršení.

Pozn: V zařízení se záznamy z průběžného individuálního hodnocení vedou třikrát za školní rok, od července do poloviny září se nezaznamenává. Z toho logicky vyplývá, že se tedy nejedná se o „klasické“ školní čtvrtletí (stejně i u probandů Y a Z). V září je prováděna u všech probandů individuální diagnostika, poté je sepsán IVP.

### **Analýza a závěry – chlapec X**

#### **Oblasti posuzování za 1. čtvrtletí (ve vztahu k loňskému školnímu roku a k plnění IVP pro 1. čtvrtletí)**

- Hrubá motorika – oproti loňskému roku hezky napodobuje cviky, rychle chodí za ruku, provede dřep a předklon → došlo tedy ke zlepšení, *schody – za ruku, přisouvá DK, solná jeskyně – dobrá reakce na prostředí.*
- V jemné motorice přetrvává beze změny, braní předmětů špetkou a štipkou (př. korálky), beze změny probíhá i manipulace s hračkami – občasně kontroluje zrakem.
- Úroveň pozornosti a vnímání – občas reaguje zrakem na slyšená slova → zlepšení; chybí záměrná pozornost, aktivity ve skupině se účastní pasivně, dle výběru a individuálního rozpoložení, *stimulován pozorováním barevných ploch a silných zvuků – reakce dobrá, zrak kontrola upoutána pestrými barvami, na hlasitý zvuk provede také hlasitou reakci.*
- Kresba – nelze hodnotit.
- Grafomotorika – dochází ke zlepšení → kyvadlová a kruhová čmáranice s horizontální hmatkou, s básničkami, občas zraková kontrola (velice krátce).
- Sociální chování – ve vztahu k dětem a dospělým chlapec vzdoruje, došlo ke zhoršení – pasivně polehává v relaxačních vacích, nevnímá okolí. Beze změny zůstává neustálé vyhledávání dospělých, opakuje série zafixovaných znaků.
- Sebeobslužné činnosti – oproti loňskému roku došlo ke zlepšení – zasouvá židli, odsouvá se od stolu, je nutné mu pomoci, několikrát ukázat a zdůraznit, s dopomocí



uklízí nádobí. *Pokračuje v jezení chleba na kousky, pití z hrníčku. Chlapec jí ruku v ruce lžící. Projeví radost, když se vyčůrá do nočníku.*

\*Pozn.: zlepšení/zhoršení/stav beze změny je ve srovnání s průběžným individuálním hodnocením posledního čtvrtletí školního roku 2011/2012. Posouzení, zda zvládá cíle stanovené IVP pro 1. čtvrtletí 2012/2013 (na základě diagnostiky provedené v září 2013), je u oblastí *uvedeno kurzívou*.

## **Oblasti posuzování za 2. čtvrtletí (ve vztahu k předchozímu čtvrtletí)**

Náročnost požadavků a úkolů pro chlapce vycházela z aktualizovaného IVP.

- Hrubá motorika – hoch stále hezky napodobuje cviky, je schopen rychlé chůze za ruku, provede dřep a předklon, s pomocí i úklon → oproti předchozímu čtvrtletí nenastala v této oblasti výrazná změna.
- V jemné motorice přetrvává beze změny braní předmětů špetkou a štipkou (př. korálky), rozvíjí se uchopování stále menších předmětů → mírné zlepšení.
- Úroveň pozornosti a vnímání – zraková kontrola se oproti minulému čtvrtletí příliš nerozvíjí (občasně nereaguje na předmět pohybující se mu před očima), stálá absence záměrné pozornosti, někdy pozornost krátce upoutána zajímavým předmětem; došlo ovšem ke zlepšení na zvukový signál → dále se rozvíjí reakce znakem (znak do relativně hlasitého projevu) nebo citoslovci na slovo učitele, které zná, zlepšení v oblasti hmatového vnímání – rád osahává hračky → celkově se relativně zlepšil.
- Kresba – nelze hodnotit.
- Grafomotorika – beze změny → kyvadlová a kruhová čmáranice s použitím horizontální hmatky a voskové pastelky do dlaňového úchopu – tyto činnosti vykoná pouze s dopomocí pedagoga (ruka v ruce), nejlépe reaguje na grafomotorické cvičení s básničkami; beze změny je občasná velice krátká zraková kontrola.
- Sociální chování – ve vztahu k dětem a dospělým chlapec stále vzdoruje, ale převážně pasivně (není aktivní ve skupinové činnosti), dochází ke zlepšení → chce být středem pozornosti, upozorňuje na sebe např. tím, co mu zakážeme (strká si prsty do nosu, má

radost z toho, když jej sledujeme a upozorňujeme i zákazem). Beze změny zůstává pasivní polehávání v relaxačních vacích, okolí kolem sebe spíše jen pozoruje. Dále bez změny zůstává neustálé vyhledávání dospělých, opakuje série zafixovaných znaků a jiných projevů (mlaskání, 2-slabičná jednoduchá slova – baba, teta,...). V posledním měsíci stále znakuje u jídla → zlepšení – vyjadřuje se velmi hlasitými slabikami, dožaduje se individuální edukace neustálým znakováním jeho žargonem („učit se“).

- Sebeobslužné činnosti – oproti prvnímu čtvrtletí tohoto roku nedochází k významné změně – zasouvá židli, odsouvá se od stolu, je nutné mu pomoci, několikrát ukázat a jednoduše vysvětlit, co po něm chceme, s dopomocí uklízí tácek po svačině. Beze změny pokračuje jezení chleba na kousky, pití z hrníčku. Na začátku tohoto čtvrtletí chlapec měl v docházce do zařízení absence. Došlo k poklesu v některých osvojených sebeobslužných činnostech, po pomoci komplexního týmu zapojením do běžně zvládaných aktivit se rozvoj opět zlepšil. Projeví radost, když se vyčůrá do nočníku.

### ***Srovnání a vyhodnocení závěrů první případové studie***

#### **Srovnání a vyhodnocení podoblastí rozvoje ve výše uvedených oblastech průběžného hodnocení za 1. a 2. čtvrtletí školního roku 2012/2013**

- Kritéria hodnocení, hodnotící škála a bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech – viz I. textová příloha 4 A.
- **Vyhodnocení**

Hodnoty v grafu (viz I. textová příloha 4 A – tabulky a grafy 1 A – 6 A) byly vytvořeny z aritmetického průměru obodovaných podoblastí. Získané aritmetické průměry za dvě čtvrtletí byly graficky porovnány → výsledné grafy tedy udávají pokroky v oblastech. Podoblasti byly hodnoceny číselnou škálou (viz hodnotící škála). Výsledný hypotetický předpoklad zní: Nepotvrdilo se, že by se proband X rozvinul za čtvrtletí ve všech zprůměrovaných oblastech o 1,5 bodu. Rozdíl v pokroku v oblastech za čtvrtletí byl variabilní. Dospěla jsem k závěru, že chlapec se nejvíce rozvinul v oblasti pozornost a vnímání – o 1 bod ve všech dílčích částech této oblasti (tabulka a graf 3 A) a sociálního chování – vztah k vrstevníkům, dospělým, aktuální situaci (tabulka a graf 5 A). Více než o 1 bod se v podobl. za čtvrtletí nezlepšil. Stagnoval převážně v oblasti hrubé motoriky –

chůze, poskoky (tabulka a graf 1 A) i jemné motoriky – úchopy (tabulka a graf 2A) a některých dalších podoblastech. Kresba rozvinuta nebyla. V podoblastech grafomotoriky došlo k pokroku v upevňování vertikálních čar pomocí hmatky (tabulka a graf 4 A). Linie konal v posledním čtvrtletí s pomocí „ruka v ruce“ (velice krátkou dobu i sám). K výraznému zhoršení nedošlo. Je ale podstatné zmínit, že pokroky jsou velmi nepatrné a chlapec má stavy, kdy se zdá, že se v podoblastech i pohoršil. Z komplexního hlediska jsou pro mě jakožto učitelku pokroky chlapce znatelné, protože stavy akcelerace rozvoje chlapce mohu pozorovat již delší dobu. Výrazné bodové odchýlení v žádné oblasti není.

- **Opatření – konečné doporučení**

V dalším období se s hochem zaměříme převážně na oblast grafomotoriky, kde k rozvoji příliš nedošlo a také se pokusíme alespoň o mírné rozvíjení v oblasti kresby. Nadále budeme ovšem podporovat a stimulovat rozvoj ve všech oblastech, například hrubou motoriku, kde chlapec stagnoval na fixovaných činnostech. Jemnou motoriku bude třeba zdokonalovat pomocí manipulace s drobnými předměty. Budeme se soustředit na podoblasti – úchopy, zručnost, cílení → manipulováním věcí – ukládání hraček na správné místo ve spojení s chůzí v celém prostoru třídy, dále uchopováním kostek a rozvíjením hmatového vnímání hrou „Na hlazení“ i dalšími novými pomůckami – dotekové kostky, dotekové disky, hmatové kostky (od firmy Benjamin). Zmíněnou oblast grafomotoriky budeme nadále rozvíjet. Nezaměříme se jen na podoblast linie čar za pomoci hmatky, které jsou prozatím vertikální a krátké. Také za pomoci ruka v ruce budeme cíleně rozvíjet směr horizontální. Pro podoblast tečkování doporučuji provádět tyto úkony prstem namočeným do barvy. Není nutno držet psací náčiní, stačí procvičit směry orientací v prostoru – kutálení míčku horizontálně po stole (od sebe k učitelce), kutálení vertikálně – z pravé ruky do levé. K rozvoji motoriky, vizuomotoriky i grafomotoriky je důležitým opatřením využívat také pomůcek pro LTV – masážní válečky a míčky. Důležité je rovněž soustředit se na faciální stimulaci hypotonického svalstva obličeje (pomocí pěnového míčku masírovat tvářičky). V oblasti, kde došlo ke zlepšení – tedy oblast sociálních vztahů – budu podporovat možnostmi interakce chlapce s vrstevníky při spontánní činnosti (hře). Nejprve umožněním pozorování kamarádů, poté stimulovat chlapce k co největšímu zapojení do hry s vrstevníky bez pomoci učitele. Budu se snažit chlapce odnaučit neustálé vyhledávání dospělých osob komentáři: „Běž za kamarádkou Aničkou; běž si hrát s chlapci, s autíčky“ atp.). To znamená trošku jej „odhánět“ od personálu a vést k vrstevníkům. Důvodem je to, že pak si chlapec oblíbí například praktikantky a nechá se jimi doslova „obsluhovat“, resp. vývojově stagnuje. Při nezasáhnutí uvedeným opatřením by

mohlo dojít k regresi v podoblastech nejen sociálních. Opatření pro rozvoj v sebeobslužných činnostech je velice důležitým opatřením, v rámci rozvoje ADL. Bude probíhat jako doposud během celého dne (zasouvání židle, vysazování, hygiena rukou, nácvik stravování lžící, atp.). Budu tedy naplňovat cíle stanovené v uvedeném individuálním plánu chlapce a doplňovat – opět aktualizovat – o tyto zmíněné. Tabulky a grafy viz textová příloha I. 4 A.

### **7.5.1.2 Druhá případová studie – chlapec Y**

#### **Rodinná anamnéza**

- Narozen: říjen 2005. Od září 2011 navštěvuje Mateřskou školu při Dětském stacionáři.
- Matka v domácnosti, otec zaměstnán, rodiče jsou staršího věku. Sourozenci: starší bratr, narozený 2000.

**Osobní anamnéza:** Dítě z II. gravidity, těhotenství probíhalo normálně, porod SC, nekříšen, por. hmot. 3100 g.

**Lékařská anamnéza:** Chlapec vyšetřován ve FN Olomouc, sledován pro ren arcuatus, hypofunkční pravou ledvinu. Nyní je bez potíží, IMC neměl, močí proudem. Přes den se nepomocuje. Je po operaci umbil. hernie a obou ingvin. hernií. Diagnóza: opoždění psychomotorického vývoje, hypofunkční pravá ledvina, znaky typické pro Williams-Beurenův syndrom, mikroduplikační syndrom.

**Psychologické vyšetření:** Z 3/2011 – Hradilová – neskládá do vět, nespojuje. Udržuje hygienu pod dozorem, bez plen, SON-R – nespolupracuje, nehodnocen, BSID-II – do 22 měsíce, MVI pod 50 bodů – tzn. středně těžká mentální retardace. Dle potvrzené diagnózy psychologka stanovila jeho dosavadní rozumové schopnosti za nemožné vyhodnocení testy IQ, dle vývojových škál odpovídá aktuální úroveň výkonu 24 měsíců.

K vyšetření z 11/2012 byly psychologkou použity metody pozorování, dotazníku, rozhovoru, dále využito anamnestických údajů, dokumentace dítěte, T-M, SON-R, BSID-II.

Ze somatického hlediska se jedná o chlapce na svůj chronologický věk běžného vzrůstu, s většími ústy, kariezním chrupem a faciální stigmatizací. Je neklidný v projevu (při individuální činnosti je zaznamenán častý třes dolních končetin, silné mrkání a grimasy, objevují se červené skvrny na obličeji a na krku). Při psychologickém vyšetření plnil testové úkoly výběrově, nebylo možné vyhodnotit, nezvládl ani první položku v testu SON-R.

Z testového vyšetření psycholožky:

- Hrubá motorika: chůze je samostatná, nestabilní dřep, nekoordinovaný běh, do schodů i ze schodů nohy střídá, ale je nejistý, chvíli stojí na pravé noze.
- Jemná motorika a koordinace: na plochu staví komín ze 7 kostek, přiřazuje k vláčku, do tvarové destičky vkládá všechny formičky i po otočení, jemná motorika s nepřesným cílením, doprovázena slabou zrakovou kontrolou, korálky po prvním neúspěchu odmítá navlékat. Grafomotorika: tužku drží v pravé ruce, držení v pěsti, čmárá po papíře; s pomocí náznak špetkového držení, pokud není kontrolován, chytá tužku opět pěstí.
- Vývoj řeči: oční kontakt navazuje, hovoří v jednoduchých větách – spojuje do tří slov s velmi špatnou srozumitelností. Na obrázkové předloze označí 5 obrázků, definuje, resp. ukáže části těla.
- Sociální chování: otevřený v projevu k ostatním, má rád společnou hru, ale spíše převládá individuální hra. Potřebuje delší adaptační čas, nemá rád změny. Směje se při akčních spontánních hrách, projevuje se výrazněji oproti prvnímu roku v zařízení. Aktivně reaguje na úsměv, říká, kdo ráno přichází do mateřské školy (pozoruje přes okno).
- Sebeobsluha: sám se nají (kvůli chybění předního chrupu je mu jídlo předkládáno na malé kousky), pije z hrníčku, režim toalety ukončený – občasné pomočení; nácvik oblékání.

Psycholožka doporučila při individuálním kontaktu práci s materiálem k rozvoji řeči a logického myšlení.

Chlapec v zařízení DS nerehabilituje. Navštěvuje solnou jeskyni, účastní se spolu s ostatními dětmi canisterapie a plavání.

### **Oblast speciálně-pedagogické edukace – cíle individuálního plán pro škol. rok 2012/2013**

Doplněná aktualizace individuálního plánu pro druhé čtvrtletí, resp. pro leden – březen 2013 (adekvátní doplnění proběhlo dle závěrů z průběžného individuálního hodnocení za 1. čtvrtletí).

Oblast motorického vývoje:

Hrubá motorika

- Při ranních pohybových chvilkách se rád zapojí, opět je ale nutné upozorňovat na změny, pomáhat ve zpřesňování cviků. Chlapec má velmi zkrácené svaly na DKK. Cílem v oblasti je tedy zaměřit se na zvyšování rozsahu všech pohybů, procvičit překročení

nízké překážky, pruhu papíru, poskoky snožmo, couvání, lezení a plazení, procvičovat chůzi do schodů a ze schodů se střídáním nohou.

- Procvičovat manipulaci s míčem – kutálení, kopání, odhod jednoruč, házení a chytání obouruč. Případně domluva s fyzioterapeutem – doporučení pomůcek LTV + aplikace.
- V průběhu zimních měsíců – opět zařazen cyklus návštěv solné jeskyně pro posílení imunitního systému, prevence respiračních onemocnění, hipoterapie, canisterapie a bazén jako součást edukačního programu MŠ při DS.

#### Jemná motorika

- Práce s papírem, plastelínou a přírodními materiály (mačkání, trhání, skládání, lepení, uštipování...), navlékání korálků na tkanici, provlékání tkaničky dřevěnými obrázky, terapeutické hračky (s kuličkovou, pískovou výplní, masážní ježci, pískovnička...).
- Celkovou pohyblivost prstů stále zdokonalovat hrami s prstíky spojenými s říkadly (např. vysouvání prstů z pěsti, zrcadlové opakování pohybu, aktivace pohybu dítěte vlastním protipohybem...),
- procvičit špetkový a klíčový úchop v běžných činnostech, nácvik nehtového úchopu drobných korálků, přírodnin,
- stále procvičovat střihání s terapeutickými nůžkami s dvojitým úchopem, přestřihávat pruh papíru, popř. odstřihávat část z velkého kusu papíru.

#### Grafomotorika

- Z provedené diagnostiky (září 2012) se jeví jako méně vyhraněný pravák.
- Stále uvolňovat ramenní a loketní kloub (kreslení ve stoje na tabuli či velký formát papíru, kreslení či malování ve stoje u stolku na vodorovné ploše, širokou štetkou v pěstním úchopu, pastelem,...) zájem a zrakovou kontrolu nad prováděným grafickým úkonem podpoříme zvukovým signálem zvonečku, využijeme pomůcek Aquadoodle, pískovnička, Šimonovy pracovní listy, Barevné kamínky, prvků metody Dobrého startu. Zatím je nutné všechny grafické činnosti provádět ruku v ruce, spontánně pouze kruhovitě nebo kyvadlově čmárá bez zrakové kontroly.
- Nacvičovat vhodný úchop psacího náčiní z pěsti do špetky, z níž přejdeme s pomocí molitanového míčku v pěsti do tužkového úchopu.

#### Rozumový vývoj

Je potřebné nadále pokoušet o co největší motivaci k aktivitám ve skupinových činnostech.

- Prohlubovat elementární poznatky o okolním světě v návaznosti na aktuální témata ŠVP, které rozvedeme adekvátně ke schopnostem chlapce v individuálních aktivitách (části těla, dopravní prostředky, rostliny, ovoce a zelenina, zvířata a mláďata, předměty denní potřeby, povedeme k orientaci mezi kamarády ve třídě).
- V oblasti matematických představ procvičovat odlišení kvalit hodně x málo, jeden x více, velký X malý, navázat na snahu mechanického počítání, zafixovat řadu 1, 2, 3. Procvičit schopnost identifikovat kruh, čtverec, příp. trojúhelník.
- Podporovat prostorovou orientaci ve třídě ve směrech (na, pod, vedle, nahoře, dole).
- Pokusíme se pravidelnými rituály během týdne seznamovat chlapce s názvy dnů v týdnu, pomocí nejrůznějších demonstračních jednoduchých obrázků se seznamovat se čtyřmi ročními obdobími.

#### Zrakové vnímání

- Zrakovou diferenciaci nadále cvičit tříděním předmětů – auta X kostky..., tříděním dle barvy, dle tvaru, tvořením shodných dvojic, vkládáním tvarů do výřezů.
- Zrakovou analýzu a syntézu a zrakovou paměť procvičovat skládacími obrázky ze dvou částí, pokusíme se o pochopení skládačky ze 4 dílků, Kimovými hrami.
- Nacvičovat poznání barev žlutá, červená, zelená a jejich pojmenování.

#### Sluchové vnímání

- V oblasti sluchového vnímání procvičovat schopnosti určení směru a zdroje zvuku (pojmenování hudebních nástrojů, zvířat,...), pomocí Orffových nástrojů, hrou na tělo v básních, písniích nacvičovat rytmizaci jednoslabičných a dvojslabičných slov.

#### Hmatové vnímání

- Do individuálních činností zahrnout manipulaci s drobnými přírodninami, předměty různých materiálů. Je možné využívat prvků míčkové facilitace, masáže dlaní.

#### Komunikace

Neustálým podněcováním zajímavou činností rozvíjet chlapce ve verbální komunikaci. Rozvíjet nesrozumitelnou řeč za pomoci jednoduchých slov a krátkých vět.

## Sociální chování

Pozn.: V době začátku školního roku pasivně seděl, spontánně nejevil zájem o hru, pozoroval hry ostatních dětí, zapojil se pouze do divokých honiček a řádění s dětmi. Mechanicky kýval nohama, rukama, často míval zavřené oči, děj kolem nevnímal. Bylo třeba chlapce naučit, jak si hrát s kamarády. Více se zapojuje, především do spontánních aktivnějších činností, směje se, dovádí převážně s chlapci – podporovat v aktivních činnostech, eliminovat „odpočívání“ na relaxačních vacích. Také nabízet úlohové a manipulační hry s kostkami, legem.

- Provokovat spontánní verbální komunikaci zařazováním rytmických básniček, písniček, pohádek a prací s knihami a hračkami.

## Sebeobsluha

- Při hygieně dále rozvíjet samostatnost, po vykonání potřeby natáhnout kalhoty, spláchnout, je stále potřeba dohlížet na umytí rukou a osušení, také na čištění zoubků.
- Procvičovat samostatné oblékání, poznání vlastního oblečení. Budeme cvičit zapínání a rozepínání zipu a knoflíků.
- Pokračovat v jezení lžící, kousky chleba vkládat samostatně do úst, začít s ukusováním ze čtvrtek chleba. Při sníženém počtu dětí budeme nacvičovat jezení příborem.

Shrnutí IVP a doporučení adekvátního opatření pro zlepšení:

Letošní školní rok je posledním před nástupem do základní školy. Zaměříme se spolu s rodiči na vhodný výběr navazujícího vzdělávacího zařízení a na podporu samostatnosti v sebeobsluze. Pokusíme se o prodloužení doby záměrné pozornosti a soustředěné činnosti a o rozvoj verbální komunikace.

## ***Srovnání a hodnocení vybraných oblastí druhé případové studie***

Pomocí kvalitativních záznamů z průběžného individuálního hodnocení, zpracovaných na základě vlastního pozorování – za čtvrtletí pol. září – prosinec 2012 a leden – březen 2013 a rovněž i všech dalších vyšetření (psychologického,...), jsem se snažila posoudit rozvoj v oblastech oproti loňskému roku. V případě hodnocení za 2. čtvrtletí zaznamenat změny oproti 1. čtvrtletí a dospět k adekvátnímu opatření. Sledovala a posuzovala jsem také plnění uvedených cílů IVP probanda Y. Kritéria hodnocení: zlepšení/beze změny/zhoršení. Náročnost požadavků vycházela z aktualizovaných cílů IVP. (\*pozn. – viz proband X).



### **Oblasti posuzování za 1. čtvrtletí (ve vztahu k loňskému školnímu roku a k plnění IVP pro 1. čtvrtletí)**

- Hrubá motorika – v této oblasti došlo k menšímu zhoršení, to se projevuje mimovolnými pohyby, třesením rukama, kroucením hlavou, častými grimasy. Beze změny → nepřekročí nízkou překážku, obkročmo ji přejde.
- V jemné motorice → beze změny – tužku drží v prstech (špetkové), *míček v dlani*.
- Pozornost a vnímání – je zjevné zlepšení → částečně schopen plnit zadané zjednodušené úkoly, bez změny zůstává pasivnost při činnostech ve skupině, mimovolné pohyby a grimasy, *oblíbená práce s knihou, ale krátkodobé zaujetí*.
- Kresba – beze změny přetrvává kyvadlová čmáranice, mimovolné pohyby.
- Grafomotorika – došlo ke zlepšení → provede vodorovné a svislé čáry podle předkreslených, *cvičení při stoji – uvolnění kloubů HK – při stoji se tolik netřesou DK*.
- Sociální chování – rovněž se situace zlepšila → začíná řídit s dětmi, pokouší se o vtípky. Je stále milý, přátelský a velice sugestibilní.
- Sebeobslužné činnosti – *stále jí chleba samostatně na kostky*, ale pokus kousat čtvrtky, sám jí lžicí, při hygieně je potřebný dohled.

### **Oblasti posuzování za 2. čtvrtletí (ve vztahu k předchozímu čtvrtletí)**

- Hrubá motorika – oproti prvnímu čtvrtletí se stav chlapce v této oblasti opět dostává do klidové fáze, mimovolné pohyby jsou mírnější → došlo ke zlepšení. Při aktivitě, kdy je potřeba soustavného soustředění, dochází ke zvýšení napětí. Tato zátěž se projevuje třesením rukama, kroucením hlavou, častými grimasy, napínáním, případně i krátkodobými stavy kdy dojde k absolutní nemožnosti vnímat jakýkoli podnět. Beze změny → nepřekročí nízkou překážku, obkročmo ji přejde.
- V jemné motorice → beze změny – tužku, drží špetkovým držením, nepřesné cílení.
- Pozornost a vnímání – menší změny → občasně je schopen plnit zadané, zjednodušené, obvykle manipulativní úkoly, dochází ke zlepšení při činnostech ve skupině – je schopen krátkodobě vnímat výklad, zapojí se při říkánkách s pohybem, při těchto činnostech dochází k redukci mimovolných pohybů a grimas.

- Kresba → téměř beze změny, přetrvává kyvadlová čmáranice pastelkou či tužkou, mimovolné pohyby, lepší orientace na ploše.
- Grafomotorika – menší zlepšení → provede vodorovné čáry a svislé čáry s dopomocí, vše pouze podle předkreslených, stále upevnění správného držení tužky ve špetce.
- Sociální chování – menší zlepšení → rád s dětmi, ale nesnaží se o upoutání pozornosti učitele či vrstevníka. Je přátelský, přivítá a loučí se stálými opakováním „ahoj“. Při canisterapii chce se psem navázat úzký kontakt, již se vůbec nebojí. Přizpůsobí se.
- Sebeobslužné činnosti – zlepšení → pokouší se kousat čtvrtky chleba + beze změny → sám jí lžící, při hygieně je potřebný dohled, ale stává se relativně samostatným.

### ***Srovnání a vyhodnocení závěrů druhé případové studie***

#### **Srovnání a vyhodnocení podoblastí rozvoje ve výše uvedených oblastech průběžného hodnocení za 1. a 2. čtvrtletí školního roku 2012/2013**

- Kritéria hodnocení, hodnotící škála a bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech – viz I. textová příloha 4 B.
- **Vyhodnocení**

Hodnoty v grafu byly vytvořeny z aritmetického průměru obodovaných podoblastí. Získané aritmetické průměry za dvě čtvrtletí byly graficky porovnány → výsledné grafy tedy udávají pokroky v oblastech. Podoblasti byly hodnoceny číselnou škálou (viz hodnotící škála). Výsledný hypotetický předpoklad zní: Rovněž u tohoto probanda se nepotvrdilo, že by za čtvrtletí nastal rozvoj ve všech zprůměrovaných oblastech o 1,5 bodu. Rozdíl pokroku v oblastech za čtvrtletí byl dosti různorodý. Dospěla jsem k závěru, že chlapec se poměrně rozvinul v oblasti pozornosti a vnímání – aktivita, paměť, délka pozornosti, rychlost (tabulka a graf 3 B) – zde nastal největší pokrok. Například i podoblasti – reakce na aktuální situaci a aktivita, se rozvinuly. V oblasti hrubé motoriky (tabulka a graf 1 B) je posun rovněž znatelný (např. podoblast poskoky). Nevelký rozvoj jsem sledovala převážně v podoblastech jemné motoriky – zručnost, cílení (tabulka a graf 2 B) a některých podoblastech sebeobslužných činností – oblékání, mytí (tabulka a graf 7 B). Důležité je, že tyto podoblasti jsou ale oproti jiným již na vysoké úrovni (stagnují spíše proto, že se do budoucna

pravděpodobně dále výrazně rozvíjet nebudou). Rovněž i u tohoto chlapce k větší regresi nedošlo. Pokroky jsou mírné. Problémem je krátkodobé udržení pozornosti u započaté činnosti. To má pak negativní důsledek v zaostávání v téměř všech hodnocených podoblastech, jelikož záměrná pozornost je při většině činností zapotřebí. S chlapcem je ale i přes zmíněná negativa dobrá spolupráce. Je to velmi snaživý a milý hoch, také spolupráce s rodiči je výborná.

- **Opatření – konečné doporučení**

V následujícím období se zaměříme převážně na oblast poznávacích procesů, ve kterých došlo ke zdatnému pokroku. Budeme upřednostňovat činnosti, které chlapce baví, a tím cvičit záměrnou pozornost. Dále se zaměříme samozřejmě na všechny další podoblasti. Skutečně s velkým důrazem se budeme specializovat na grafomotoriku a sociální chování z důvodu blízkého se nástupu do základní školy. Opatření pro rozvoj v sebeobslužných činnostech bude probíhat převážně zvládnutím samostatné hygieny, tak jako doposud. Ovšem plánujeme orientovat se také na samostatné oblékání a další ADL, jelikož budou v rámci povinné školní docházky na denním pořádku. Doporučila bych zařadit i pomůcky pro LTV a nadále indikovat terapie, bude-li možné. Úkolem je naplňovat cíle stanovené v uvedeném IVP a aktualizovat o činnosti vycházející z opatření. (Tabulky a grafy viz textová příloha I. 4 B).

### **7.5.1.3 Třetí případová studie – dívka Z**

#### **Rodinná anamnéza**

- Narodena: září 2006. Od září 2011 navštěvuje Mateřskou školu při Dětském stacionáři.
- Matka na MD, otec zaměstnán. Sourozenci: starší a mladší bratr.

**Osobní anamnéza:** Ve 3 měsících projevy Cushingova syndromu, adrenalelektomie, 2009 hyperfunkce štítné žlázy. Pacientka s klinickou i genetickou diagnózou Mc Cune Albrightova syndromu má od narození specifické kožní projevy – skvrny café au lait, lateralizované pravostranně (nejvíce zasažena PDK). Je Endokrinologicky a gynekologicky pravidelně vyšetřována ve FN Motole.

**Lékařská anamnéza:** Diagnóza: Mc Cune Albrightův syndrom, periferní předčasná puberta, Hypertyreóza, Cushingův syndrom, Polyostotická fibrózní dysplazie, Polyglandulární

hyperfunkce; Abnormální výsledky funkčního vyšetření štítné žlázy; Trpaslictví nezařaditelné jinam. Dívčin aktuální psychomotorický vývoj je nerovnoměrný, mentální vývoj v pásmu podprůměru.

**Psychologické vyšetření:** Z posledního čtvrtletí 2011/2012 – psychologka použila testové metody – pozorování, rozhovor, anamnestické údaje, speciálně pedagogickou a lékařskou dokumentaci dívky. O testový materiál projevila zájem, udržela pozornost a spontánně hovořila o své rodině.

Ze somatického hlediska se jedná o subtilní křehkou dívku s výrazným vzestupem růstové rychlosti a výrazně zhoršeným hmotnostně výškovým poměrem – váha ve věku 6 let dívky je 16,8 kg (ze zprávy z lékařského vyšetření 2013). Občasně si stěžuje na bolesti končetin.

Z testového vyšetření psychologky:

- Hrubá motorika: střídá nohy při chůzi na schodech, běží, skáče, vývojově odpovídá normě věku, bez nápadností.
- Senzomotorická koordinace: navléká korálky v časovém limitu, staví most z kostek, neposkládá skládanky z papíru, nepřesně cílí, grafomotorika: úchop s nedokonalým držetím tužky, zdařilá nápodoba čtverce.
- Vývoj řeči: V testu T-M skóruje do úrovně věku 4,6 let, patlavost, občas komolí tvary slov, hovoří v jednoduchých souvětích a s menší slovní zásobou, jednoduchý popis děje, orientace v barvovém spektru, početní představy a obecné rozumové schopnosti v pásmu podprůměru.
- Sociální chování: regulace toalety ukončena, samostatná v režimových činnostech. V kolektivu dětí je spokojená, preferuje menší kolektiv dětí.

Dle psychologky potřebuje klidnou atmosféru, pracuje v pomalejším tempu. U děvčete doporučeno rozvíjet jemnou a hrubou motoriku, ukotvení správného úchopu, dále aktivitu klást podněcující otázky, řešení úloh pozorováním obrázků, logickým uvažováním a hledáním souvislostí, konfrontací s dosavadními poznatky a popisem.

Dívka nerehabilituje, s ostatními se účastní canisterapie, hippoterapie, plavání či terapie v solné jeskyně.

## **Oblast speciálně-pedagogické edukace – cíle individuálního plán pro škol. rok 2012/2013**

Doplněná aktualizace individuálního plánu pro druhé čtvrtletí, resp. pro leden – březen 2013 (adekvátní doplnění proběhlo dle závěrů z průběžného individuálního hodnocení za 1. čtvrtletí).

Oblast motorického vývoje:

### Hrubá motorika

- Její úroveň odpovídá věku, z výše uvedené diagnózy je třeba holčičku zohledňovat při subjektivních pocitech bolesti končetin, vyhýbat se doskokům z výšky. V ranních pohybových aktivitách využívat overbally, švihadla, drátěnky, padák, pomůcky LTV.
- Procvičovat manipulaci s míčem (hod na cíl jednoruč, chytání míče, kutálení, kopání). Do cvičení zařadit i rovnovážné cviky ke zpevnění hluboko uloženého svalstva a podporu vhodného držení těla, relaxaci a dechová cvičení.
- Pravidelná canisterapie, plavání, sezónně solná jeskyně pro posílení imunitního systému, hipoterapie jako součást celoročního programu MŠ při DS.

### Jemná motorika

- Zvládá všechny druhy prstových úchopů, je motoricky zdatná, nadále procvičovat izolovaný pohyb prstíků s básničkami, pohyblivost zápěstí, posilování drobného svalstva ruky prací s plastelínou, trháním a mačkáním papíru, využijeme drobné korálky, šroubovadla, motorické panenky (zipy, tkaničky, knoflíky, druky).
- Pro rozvoj hmatového citu zařadit Kimovy hry, hmatové karty a destičky s různými druhy povrchů.
- Automatizovat a procvičovat správný úchop nůžek, přestřižení pruhu papíru a odstřižení z většího kusu papíru.

### Grafomotorika

Pozn.: z další diagnostiky se jeví jako vyhraněný pravák. Občas ale využívá obě ruce k malování – pokud pravidelně střídá 2 barvy u opakujícího se vzorku.

- Tužku drží ve dvou prstech, pomocí papírové kuličky v pěsti stále fixovat tužkový úchop a procvičovat správné postavení ruky a pevnost úchopu v grafomotorických cvičeních pro uvolnění jak velkých kloubů, tak zápěstí.

- Na menším formátu procvičovat nápodobu geometrických tvarů, tiskacích písmen jejího jména. Využijeme pískovničky, Aquadoodle.
- Nadále podporovat spontánní kresbu, pokusit se o podporu a motivaci ke kresbě jiných témat, než je lidská postava, při kterých bývá bezradná, činnost někdy vzdává, nevěří si.

### Rozumový vývoj

Pozn.: je zapotřebí rozvíjet pokrok v logickém úsudku a zkušenostech. Nadále je třeba prohlubovat elementární znalosti v oblastech běžné dětské problematiky. Podporovat komunikační schopnosti, zaměříme se na gramatickou správnost řeči, užívání časů, zařadíme vyprávění dle obrázků – známé dětské pohádky.

- V oblasti matematických představ procvičovat mechanickou řadu do 15, identifikaci čísel do 6, příp. i 7, rozlišením množství při odlišné velikosti prvků, procvičit znalost geometrických tvarů kruh, čtverec, trojúhelník, fixovat obdélník.
- Pozornost věnovat orientaci v čase (dny v týdnu, částí dne, 4 roční období) a prostoru (na, za, pod, před, nahoře x dole, vedle, vpravo x vlevo- umístění předmětu, na vlastním těle),
- K rozvoji poznání použít nejen didaktické pomůcky a dětské knihy, ale i počítačové programy Méd'a, 22her, Veselá Beruška, spojené se cvičením vizuomotorické koordinace.

### Zrakové vnímání

- Procvičovat znalost základních a doplňkových barev, pokusit se o odlišování odstínů.
- Zrakovou analýzu a syntézu procvičovat skládacími obrázky geometrických tvarů, vkládáním detailů do obrázků, vizuální paměť jmenováním 6 prvků bez zrakové kontroly.
- Zrakovou diferenciaci zdokonalovat tříděním podle dvou kritérií barvy a tvaru, rozlišováním figury a pozadí, vkládáním detailů do výřezů, prostorové vidění na dvojrozměrném zobrazení.

### Sluchové vnímání

- zaměřit se na analýzu směru a zdroje zvuku, identifikaci 1. hlásky ve slově, odlišení podobně znějících slabik, syntézu slyšených hlásek ve dvojslabičných slovech,
- rozlišovat známé dětské písně podle melodie
- rytmizace tří i více slabičných slov, cvičení sluchové paměti přesným opakováním slyšených rytmizačních celků.

### Hmatové vnímání

- Kimmovy hry, hmatové kartičky, masážní gumoví „ježci“ či prvky míčkové facilitace.

### Komunikace

Děvče podporovat v samostatném verbálním projevu, zařazovat často individuální logopedickou péči a dbát na správný mluvní projev dívky v průběhu celého dne.

### Sociální chování

Nadále podporovat zvyšující se zájem o hru s ostatními dětmi. Dívka ve své třídě nemá přiměřeného spoluhráče, proto se pokusíme zprostředkovat kontakt při spontánních činnostech s děvčátkem přiměřeného věku a dovedností. Zaměříme se i na konstruktivní hry – stavbu z kostek, magnetické skládky a stolní hry s pravidly.

- Došlo také k ustálení emočního ladění, ustoupil pláč, jímž reagovala i na lehce zátěžovou situaci. Velmi důležité je podporovat její sebevědomí, jistotu při plnění činností, úkolů zadávaných v individuálních činnostech.
- Zaměřit se na budování povědomí o vztahu dospělý x dítě, vykání dospělým, pozdrav atp.

### Sebeobsluha

- Je samostatná ve všech sebeobslužných činnostech. Nadále budeme procvičovat užívání příboru při jídle.
- Budeme nacvičovat zavazování uzlu.

Shrnutí a doporučení adekvátního opatření pro zlepšení:

V nadcházejícím školním roce dívka nastoupí do základní školy. Proto se zaměříme především na rozvoj logického úsudku, cvičení krátkodobé mechanické paměti, schopnost poznat a pojmenovat číslice do 6, ukotvení správného tužkového úchopu.

### ***Srovnání a hodnocení vybraných oblastí třetí případové studie***

Pomocí kvalitativních záznamů z průběžného individuálního hodnocení, zpracovaných na základě vlastního pozorování – za čtvrtletí pol. září – prosinec 2012 a leden – březen 2013 a rovněž i všech dalších vyšetření (fyzioterapeutického, psychologického,...), jsem se snažila

posoudit rozvoj v oblastech oproti loňskému roku. V případě hodnocení za 2. čtvrtletí zaznamenat změny oproti 1. čtvrtletí a dospět k adekvátnímu opatření. Sledovala a posuzovala jsem také plnění uvedených cílů IVP. Náročnost požadavků a úkolů pro respondentku vycházela z cílů IVP. Kritéria hodnocení: zlepšení/beze změny/zhoršení.

### **Oblasti posuzování za 1. čtvrtletí (ve vztahu k loňskému školnímu roku a k plnění IVP za 1. čtvrtletí)**

- Hrubá motorika je u děvčete oproti loňskému hodnocení beze změny.
- V jemné motorice → rovněž bez výrazné změny oproti min. roku, pracuje s drobnými předměty (navlékání), stříhá sama, *probíhá nacvičování vázání uzlů*.
- Úroveň pozornosti a vnímání → nastalo zlepšení, je aktivní ve skupině, nebojí se odpovídat, je pozornější, v individuální činnosti si není příliš jistá, ale dokáže se spontánně rozhovořit. *Rozlišení 1. hlásky, poslech zvukového CD, dostatečná hlasitost*.
- Kresba → téměř beze změny, hezká barevná kresba s detaily (prsty, oblečení,...), trupohlavonožec. *Procvičení prstů pomocí pískovničky, prstových cvičení*.
- Grafomotorika – snaží se o nápodobu písmen, tvarů → došlo ke zlepšení, zvládá grafomotorická cvičení, *dbát stále na správné držení tužky, ruce nestřídá, pravák*.
- Úroveň sociálního chování → Zlepšila se i po stránce sociální, věnuje se více konstruktivní hře, úlohové hře, občasně docházelo ke zhoršení (apatie, ztráta zájmu, pasivní a chmurné nálady, nebo podhodnocování se – např. před či po vyšetření), ale tyto krátkodobé reakce vždy navráceny do optimálního stavu → nutnost děvče motivovat a povzbuzovat, beze změny → budování povědomí o vztahu dospělý x dítě.
- Sebeobsužné činnosti → beze změny, zdokonaluje se, *plní je samostatně*.

### **Oblasti posuzování za 2. čtvrtletí (ve vztahu k předchozímu čtvrtletí)**

- Hrubá motorika – je oproti prvnímu čtvrtletí více obratná při pohybové aktivitě, ráda se i spontánně proběhne, hopsá po třídě; oblíbila si hudebně-pohybové činnosti a tanečky → došlo tedy ke zlepšení
- V jemné motorice → změny ve smyslu mírného zlepšení, třídí drobné předměty do skupin, navléká, držení tužky je již méně křečovitě (napomohly trojhranné pomůcky).



Stále nacvičuje vázání uzlů, zapínání (zip, druky, knoflíky,...) zvládá bez pomoci

- Úroveň pozornosti a vnímání – nedošlo k výrazné změně → je aktivní ve skupině, nebojí se odpovídat, je pozornější, zlepšení nastalo např. při komunikaci v individuální činnosti – sama se dokáže spontánně rozhovořit (někdy odbíhá od tématu, co považuje za podstatné, to sdělí).
- Kresba → došlo ke zlepšení (oproti prvnímu čtvrtletí), kreslí už nejen postavy, rozšířila si obzory – kreslí více detaily, dokreslí jednoduše i okolí, postava má již krk, části na obličej, prsty; ráda užívá i větší spektrum barev, miluje vymalovávky.
- Grafomotorika – bez výrazné změny → stále se snaží se o nápodobu písmen, zvládá grafomotorická cvičení. Větší zručnost při úchopu psacího náčiní.
- Úroveň sociálního chování → v této oblasti došlo k mírnému zlepšení, dívka se dále rozvíjí v konstruktivní i úlohové hře, začíná se projevovat zájem o námětové hry s vrstevníky stejného pohlaví v ranních hrách. Některé dny se jeví jako beze změny od období počátku školního roku – občasně přetrvávají pochmurné nálady, občas truchlí, vzpomíná na předchozí učitelku → potřeba neustálé aktivizace zajímavými podněty (veselá hudba, umožnit dostatek času pro spontánní hru s oblíbenými kamarády).
- Sebeobsužné činnosti → zdokonaluje se, veškeré činnosti plní samostatně.

### ***Srovnání a vyhodnocení závěrů třetí případové studie***

#### **Srovnání a vyhodnocení podoblastí rozvoje ve výše uvedených oblastech průběžného hodnocení za 1. a 2. čtvrtletí školního roku 2012/2013**

- Kritéria hodnocení, hodnotící škála a bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech – viz I. textová příloha 4 C.
- **Vyhodnocení**

Hodnoty v grafu byly vytvořeny z aritmetického průměru obodovaných podoblastí. Získané aritmetické průměry za dvě čtvrtletí byly graficky porovnány → výsledné grafy tedy udávají pokroky v oblastech. Podoblasti byly hodnoceny číselnou škálou (viz hodnotící škála). Výsledný hypotetický předpoklad zní: U probandky Z se nepotvrdilo, že rozvoj za dvě

čtvrtletí ve všech zprůměrovaných oblastech pokročil o 1,5 bodu. Rozdíl pokroku v oblastech za sledované období byl většinou znatelný. Pomocí této metody jsem dospěla závěru, že dívka udělala největší pokroky v kresbě (viz tabulka a graf 4 C) – ve všech podoblastech – kresba postavy, orientace na ploše (pokrok o 2 body) nápodoba, barevnost (pokrok o 1 bod). V hrubé motorice – běh, poskoky, obratnost (tabulka a graf 1 C) – především v podoblasti obratnosti je posun znatelný (o 2 body). Také je dívka zručnější než v předchozím čtvrtletí (pokrok o 1 bod). Je zajímavé, že v podoblastech aktivita a pamětní představy dívka spíše stagnovala, v podoblastech délka pozornosti a rychlost nastalo mírné zlepšení (tabulka a graf 3 C). V oblasti sociálního chování (tabulka a graf 6 C) – převážně podoblast vztahů k dětem měla dívka dle cílů stanovených v IVP možnost navázat kontakty se stejně starými vrstevníky ženského pohlaví. Této příležitosti využila a ve vztazích k dětem se také dále znatelně rozvíjí. Sebeobslužné činnosti – mytí, oblékání, stolování, toaleta (tabulka a graf 7 C) plní bez naprostých obtíží, s výjimkou stravování je při nich dostatečně rychlá.

- **Opatření – konečné doporučení**

Dívka má dispozice k tomu, aby se stala následující školní rok úspěšnou žákyní prvního ročníku běžné základní školy. Je nutné ji stále aktivizovat a podněcovat k oblíbeným činnostem. Při aktivitách, které nemá v největší oblibě a cítí se při nich nejistá (což je především samostatný mluvní projev), doporučuji následujícímu třídnímu pedagogovi přistupovat k děvčeti velice citlivě s maximálním individuálním přístupem. Děvče se rádo projeví, bude-li mít možnost cítit se ve školním prostředí bezpečně a spokojeně, jako je tomu v zařízení, které navštěvuje. Doporučuji pomoci dívence zapojit se do dětského kolektivu hlavně ze začátku školního roku (např. najít vhodnou skupinu vrstevníku, pokud možno ženského pohlaví, jelikož i přes naši snahu má nyní v zařízení omezené možnosti k tomuto kontaktu). Dalším opatřením, kromě zmíněných cílů IVP, bude zaměřit se více na rozvoj poznávacích procesů, jelikož v hodnocení těchto podoblastí dívka mírně stagnovala (převážně pamětní představy a další kognitivní funkce. Vše je třeba soustředit co nejefektivněji, aby byla na vstup do povinné školní docházky připravena. Důležité je podporovat dívku v oblasti grafomotoriky a kresby, tyto činnosti ji velice baví. Problém nastává v méně podnětném rodinném prostředí, kdy je pozornost rodičů více soustředěna na mladšího sourozence. Opatření pro tuto situaci vidím v častých rozhovorech pedagoga s dívkou na libovolné téma (viz I. textová příloha), v podpoře jakéhokoli spontánního projevu (kresba, mluvené slovo, zpěv, tanec,...). Je důležité vyzdvihnout oblasti, v nichž dívka vyniká a maximálně podporovat oblasti další všemi pracovníky našeho komplexního týmu. Rovněž je zapotřebí

kvalitní motivace z prostředí rodiny děvčete. Doporučuji zařadit v dalším vzdělávání některé z nynějších terapií. IVP bude aktualizován o další cíle, vycházející z tohoto opatření. Tabulky a grafy – viz textová příloha I. 4 C.

### ***Shrnutí výsledků oblastí u všech probandů***

Z hodnot srovnaných v grafech lze vyhodnotit závěr, že rozvoj v pozorovaných oblastech a podoblastech za určitou dobu u žádného dítěte nepoklesl. Někteří probandi v oblastech stagnovaly, ale ve většině oblastí nastal mírný pokrok. U žádného probanda se hypotetický předpoklad nepotvrdil.

### **7.5.2 Pedagogické pozorování, analýza produktů činnosti ve výchovně-vzdělávacím procesu**

V této kapitole se zaměřuji na metodu speciálně pedagogické diagnostiky – analýzu činností dětí (hry), pozorování a rozbor vlastních naplánovaných výchovně-vzdělávacích aktivit pro děti. Při výchovně-vzdělávací činnosti se opírám především o metody pedagogické rehabilitace, jimiž jsou edukace, reedukace, stimulace a mnohé další.

Veškeré podrobné poznámky získané těmito metodami u tří probandů jsou uvedeny v textových přílohách. Dále v přílohách uvádím i popis průběhu terapií. Zde v podkapitole uvádím závěry – výsledky metody pozorování a rozborů činností tří totožných dětí. Při zpracovávání výsledků vycházím z vlastního týdenního plánu výchovně-vzdělávací činnosti.

### ***Týdenní plán výchovně-vzdělávací činnosti***

Týdenní plán výchovně vzdělávacích činností 4.2. – 8.2. 2013

Téma měsíce: Zima je, zima je, každý se raduje; Podtéma: Co děláme celý den a rok

Třída: Mravenečci, Vedoucí učitelka: Marie Nováková

*Dílčí vzdělávací cíle:*

- Při pohybových hrách koordinovat pohyb celého těla, podporovat pohyblivost prstů
- Řadit činnosti v průběhu dne podle časové posloupnosti (ráno, poledne, odpoledne, večer), vytvářet povědomí o časové posloupnosti v průběhu dne i roku, charakterizovat roční období slovy i příkládáním typických demonstračních obrázků

- Při hudebních činnostech se učit do zpěvu rytmizovat (na tělo i nástroje), učit se novým písním, zkoordinovat zpěv ve skupině
- Naslouchat kamarádům při činnostech, pochopit, že každý je důležitý, udržovat pozitivní kamarádské vztahy ve skupině, rozvíjet kladný vztah k okolnímu prostředí
- Vyslechnout výklad nejen učitele (pohádka), ale udržet pozornost i při výkladu jiných osob (beseda se strážníkem městské policie, studenty SZŠ)

**Pondělí: Ranní cvičení:** Pozdrav básničkou-svolání do kruhu. Rušná č.: Pohybová improvizace za doprovodu klavíru, zdravotní cviky motivované na činnosti vykonávané během dne; pohybová hra: „Štronzo“, „Najdi kamaráda“, uklidnění a relaxace na koberci s poslechem klidné hudby.

**Skupinové aktivity:** Seznámení s tématem „ROK“ – názvy roč. období (práce s demonstračními obrázky), Seznámení s písní (poslech) na CD (Hrajeme si u Maminky)-„12 měsíců“ + práce s obrázky – časová orientace na úrovni 4 ročních dob (příp. měsíců); opakování písně „Jaro-léto-podzim-zima“; četba pohádky: „O dvanácti měsíčkách“ (rozebrání příběhu, shrnutí).

**Individuální činnosti:** Zraková diferenciacie a poznání - Nalepení správných obrázků k roč. obd.; početní představy, procvičení oromotoriky.

**Úterý: Ranní cvičení**

**Solná jeskyně – speleoterapie** (vybraná skupina dětí navštíví solnou jeskyni na Jánského ulici), ostatní děti ve spojeném oddělení pod dohledem jednoho speciálního pedagoga, zdravotních sester a asistentky pedagoga (námetové hry: „Na prodavače“, „Na rodinu“, atp., případně dramatizace známých pohádek s pomůckami, čepičkami a maskami, nácvik komunikace, hry na procvičování jednoduchých počtů).

**Individuální činnosti:** prostorová orientace, zraková paměť, rozvoj slovní zásoby, rytmizace.

**Středa: Ranní cvičení**

**Skupinové aktivity:** Beseda se strážníky městské policie Olomouc (seznámení se se základy bezpečného pohybu v silničním provozu, jak se chovat při styku s neznámými lidmi, jak se chránit před nebezpečím- injekční stříkačky, loupeže, krádeže, přepadení apod.)

**Individuální činnosti:** Individuální logopedická péče, cvičení na rozvoj jemné motoriky, rozvoj sluchového vnímání, analytického a syntetického vnímání – zrak, rozvoj hmatového vnímání.

**Čtvrtek: Ranní cvičení, bazén – hydroterapie v rehabilitačním centru Elpis**

**Skupinové aktivity:** Seznámení s tématem „DEN“ – názvy dnů, má 3 části (ráno, poledne a večer). Pohádka Tři bratři. Opakování částí dne za použití obrázků, posloupnost dne (dle demonstračních obrázků – vstávání,....oběd ve školce, vyzvednutí ze školky,...až po večerní hygienu a usínání), rozlišení – posloupnost dne doma X posloupnost v MŠ. Nácvik básničky na dané téma (Ráno vstává kohoutek, autor neznámý), případně nácvik písně: *Před usnutím*, (rozezpívání na známé písně „Jaro léto-podzim-zima“);

**Beseda péče o chrup se studenty SZŠ Olomouc** (jak postupovat při čištění, motivované příběhem)

<p><b>Individuální činnosti:</b> Didaktické hry pro rozvoj hmatového vnímání, jazyková cvičení</p> <p><b>Hipoterapie – vybraná skupina čtyř dětí se účastní pravidelné hiporehabilitace v Horce nad Moravou za účasti hipologa, dvou fyzioterapeutek a jedné speciální pedagožky</b></p>
<p><b><u>Pátek:</u> Canisterapie – děti rozdělené na dvě skupiny se účastní pravidelné canisterapie s fenou Cory a paní Šiklingovou – výběr činností dle volby terapeutky</b></p> <p><b>Skupinové aktivity:</b> V případě příznivého počasí – vycházka do okolí; shrnutí tématu: režim dne, roč. období; Kdo s námi bydlí doma? Kde trávíme den? – seznamování s místnostmi a jejich předměty – přiřazování obrázků (předměty z pokojů a jejich správné zařazení do místností) – „Co kam patří?“ Pracovní činnost: tvoříme si pokojíček, nebo jiný pokoj, dolepení obrázků – koláž.</p> <p><b>Individuální činnosti:</b> Sebeobslužné činnosti, manipulace s předměty, vizuomotorika, grafomotorika, verbální komunikace a rozhovory, procvičování znaku do řeči a jiné alternativní komunikace</p> <p><b>Odpolední činnost:</b> Individuální rozvíjení schopností; práce s výukovými programy na počítači, volná hra dětí, činnosti pro rozvoj motoriky, kreativity a emočního citění</p>

V průběhu dne chodí některé děti s fyzioterapeutkami cvičit do rehabilitační místnosti, do místnosti s vířivou vanou či na pravidelnou individuální logopedickou péči. V poledne po obědě jsou vybrané děti dle potřeby vyšetřovány pediatrem. Děti si následně činnost dodělají s pedagogem v čase vymezeném pro individuální činnost.

Každé dítě má pro individuální činnosti zaveden sešit, do kterého jsou úkoly plněny, v případě komunikační knihu. Do sešitu i záznamového archu pedagoga je proveden zápis z aktuálních individuálních aktivit. Záznam slouží jako informace pro rodiče o rozvoji jejich dítěte. Zároveň poskytuje rady jak postupovat při domácí edukaci. Tato fakta slouží pedagogovi například jako pomocné informace k speciálně-pedagogické diagnostice, k registraci průběžného (čtvrtletního) individuálního hodnocení, k aktualizaci individuálních plánů, či závěrečným, hodnotícím a výstupním zprávám. Informovat ohledně těchto aktivit se může i dětská psycholožka, pediatrička, zdravotní sestry nebo fyzioterapeutky.

### ***Pozorování, analýza činností u sledovaných probandů***

#### **Chlapec X**

- doba průběžného pozorování: v průběhu dvou čtvrtletí (pozorování spontánní hry i řízených aktivit)
- analýza plánované výchovně vzdělávací činnosti chlapce: v průběhu jednoho týdne

- shrnutí závěru (výsledek) z metod speciálně-pedagogické diagnostiky (pozorování, analýza): V chování se chlapec projevoval téměř beze změny v průběhu obou čtvrtletí. Při přílišném pozorování učitelem na sebe stále více upozorňoval (znakování, nejružnější zvuky, citoslovce, atp.). Plánované výchovně-vzdělávací týdenní činnosti nebylo možné dle cílů adekvátně plnit, zvládal je v rámci svých možností s převážnou pomocí spec. pedagoga, asistenta či zdravotníka (vzhledem k diagnóze nebylo možné rozlišit abstraktní pojmy (den/týden/roční období) ani za pomoci obrázků). Zapojoval se převážně pasivně (pasivní sezení při zpěvu, hra na nástroj pouze s vedením asistenta). Individuální činnosti zvládal dle aktuálního rozpoložení. Nejvíce spolupracoval při manipulativních a komunikativních aktivitách konaných individuálně (komunikace pouze na úrovni, kterou zvládá – malá slovní zásoba pomocí znakování do řeči pedagoga). Při rytmických písničkách se projevoval výskáním, tleskáním, zvýšenou motorickou aktivitou, projevoval radost. Problémy činila zraková kontrola při pokusech o grafomotorické cviky. Samovolné navazování kontaktu s dospělým jsem vyzorovala každý den, kontakty s vrstevníky minimální, spontánní hra se nevyskytla. Při besedách zaujímal pasivní postoj, ale s pomocí neodmítal spolupracovat. Při canisterapii byl spíše aktivní (hod míčkem na pokyn, hlazení, česání psa s vedením ruky). Léčebná tělesná výchova s fyzioterapeutkou byla vykonána dvakrát v pozorovaném týdnu, jedenkrát dle plánu byla chlapci indikována vířivá vana. Na cvičení chodil vždy rád, aktivně se s fyzioterapeutkou do metod léčebné rehabilitace zapojoval, vybral si s čím (na čem) chce cvičit. Po ukončení ukazoval znakem každému dospělému, že byl „cvičit“ a čekal na odezvu personálu (pochvala za snahu, je „pašák“). Účastnil se průběžně plavání. Při speleoterapii pasivně pozoroval hru kamarádů.

## **Chlapec Y**

- doba průběžného pozorování: v průběhu dvou čtvrtletí (pozorování spontánní hry, i řízených aktivit, indikovaných terapií)
- analýza plánované výchovně vzdělávací činnosti chlapce: v průběhu jednoho týdne
- shrnutí závěru (výsledek) z metod speciálně-pedagogické diagnostiky (pozorování, analýza): chlapec byl zřídka záměrně soustředěný, na hlučné prostředí reagoval zakrýváním uší. Po dobu obou čtvrtletí se relativně aktivizoval. Vyhledává častěji přítomnost vrstevníků při spontánní hře, projevuje více radosti a je více temperamentní. V individuální činnosti byl po dobu dlouhodobého pozorování (cca říjen – březen 2013) snaživý, pozornost ale výrazně klesala při náročných úkolech a při delším soustředění na

jednu aktivitu. Potřebné bylo aktivity častěji střídat. Průběžný záznam individuálních činností probanda za období dvou čtvrtletí (říjen – prosinec 2012 a leden – březen 2013) je uveden v příloze III. – fotografie 9 – 16). Týdenní plánované činnosti zvládal s obtížemi kvůli větší složitosti tématu (abstraktních pojmů – den, rok, režim dne). Tyto pojmy probírané při skupinové aktivitě mu byly co nejvíce zpřístupněny demonstračními obrázky. Chlapec pozorně avšak krátkodobě prohlížel obrazový materiál, ukazoval, našel i drobný detail, jenž byl určen k vyhledání. Zraková diferenciacce se dařila. Pojmenování, či pochopení souvislostí s potížemi. Při zpěvu chvílemi rytmizoval do stehů a na nástroj spontánně, ovšem bez sluchové kontroly („mimo rytmus“). Soustředěnost při individuální činnosti – v rámci aktuálního rozpoložení, po pěti minutách opadal zrakový kontakt. Zraková kontrola často přerušena tiky, grimasy, tremorem, mnutím rukou, objevujícím se převážně po deseti minutách individuální práce. Při IČ se vyhledávání detailů na obrázku relativně dařilo (bylo nutné dát k vyhledání pouze konkrétní předmět, který chlapec znal). Prostřednictvím neznámých předmětů na obrázku probíhalo seznamování – procvičení poznání pro chlapce méně známých konkrétních pojmů). Nevládal pojmenovat ani ukázat časovou posloupnost, dny ani roční období. Obvykle reagoval pouze na konkrétní pojem, při abstraktnější aktivitě opadal zájem, činnost byla ihned nahrazena jinou. Na veškeré terapie reagoval pozitivně, při besedách byl relativně pozorný. Velice se spřátelil s fenou docházející na canisterapii, stále navazoval přímý kontakt hlazením a mazlením.

## **Dívka Z**

- doba průběžného pozorování (pozorování spontánní hry i řízených aktivit): v průběhu dvou čtvrtletí
- analýza výchovně-vzdělávací činnosti dívky: v průběhu jednoho týdne
- shrnutí závěru (výsledek) z metod speciálně-pedagogické diagnostiky (pozorování, analýza): Při průběžném pozorování nálada dívky kolísala. Po delší absenci v zařízení se objevovaly stavy, které bylo možné charakterizovat smutkem, nesoustředěností, někdy i roztěkaností. Komunikace vážla, spontánní projev se vyskytl zřídka a odpovědi na otázku byly spíše jednoslovné. Toto období střídaly ale také veselé nálady, způsobené radostí uskutečněnou ve vlastní rodině a také prostřednictvím zábavných témat. V pozorovaném týdnu při výchovně-vzdělávacím programu dívka projevovala své emoce zpočátku často se zarmoucenou náladou. Při aktivizaci oblíbenou činností byla radostnější, zapojila se vždy. Z uvedených činností v plánu skupinových aktivit dívka

vynikala ze všech zkoumaných jedinců nadprůměrně (nesmíme zapomenout, že nelze jedince srovnávat, protože se jedná o individuální diagnostické metody). Obzvláště při společném rozhovoru, dále při skupinovém zpěvu, hře na hudební nástroje, nácviku nových básní a písní se dívka velice aktivně zapojila. Orientovala se v čas. posloupnosti (dny v týdnu, roční období, větší problémy dělalo řazení měsíců v posloupnosti). Při individuální činnosti byla dívka zaujata obrázky, zraková diferenciací probíhala s maximálním soustředěním, rovněž sestavování číslic do číselné řady netvořilo potíže. Beseda s policisty a beseda o péči o chrup ji zaujaly, aktivně spolupracovala s odborníky v oblasti i se studenty SZŠ. Při canisterapii projevovala radost, citlivé emoce. Činností se psem se neobávala, prováděla dle přesných pokynů canisterapeutky a byla aktivní. V popisovaném týdnu se zúčastnila také hydroterapie spolu s dalšími dětmi. Při speleoterapii si aktivně hrála. Uvedené cíle v týdenním plánu se dařilo naplňovat bez obtíží.

### ***Shrnutí výsledků analýzy činností a pozorování u všech probandů***

Z analýzy činností dětí lze usoudit, že cíle stanovené v týdenním výchovně-vzdělávacím plánu se u všech probandů ne vždy dařilo adekvátně plnit. Ačkoli děti byly vhodně motivovány, důvodem nesplnění některých cílů byla problematika jejich zdravotního znevýhodnění. Za použití metod pedagogické, léčebné i další rehabilitace (reedukace, stimulace, kompenzace, metody LTV a mnohých dalších) byl podpořen rozvoj jedinců v rámci komprehenzivní péče.

Při pedagogickém pozorování, které rozebírám v příloze I., jsem zaznamenala rozvoj dětí v rámci komplexní intervence. Tímto podrobným sledováním probandů jsem si také ověřila aplikaci metod využitých při šetření – tedy posuzování a hodnocení oblastí i podoblastí vývoje.



## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou komprehenzivní rehabilitace u dětí se zdravotním znevýhodněním v předškolním věku.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na důležitost rehabilitace ve všech jejích složkách. Dále teoreticky nastínit a také prakticky ověřit, že spolupráce komplexního rehabilitačního týmu je pro děti s tělesným, kombinovaným i jiným zdravotním postižením nezbytná.

Teoretickou část jsem rozdělila do šesti kapitol. V první kapitole jsem se zabývala charakteristikou období předškolního dítěte, vývojem motoriky dítěte a problematikou zdravotního znevýhodnění dětí. Druhá kapitola pohlížela na pojetí ucelené rehabilitace. Cílem kapitoly třetí až šesté části bylo zmapovat všechny složky péče o tyto děti a poukázat na jejich důležitost. V této části práce jsem se zaměřila převážně na léčebnou a pedagogickou rehabilitaci. Nejvíce jsem využila publikace od Jankovského (2006), Jakobové (2011), Votavy (2003) či Renotierové (2002).

Další velice obsáhlou část zaujímal rehabilitace z komplexního hlediska zkoumaná v praxi. Tato část mé bakalářské práce byla realizována přímo v Mateřské škole při Dětském stacionáři, kde jsem zaměstnána. Jsou zde umístěny převážně děti s kombinovanými vadami. Dovolila jsem si věnovat nejvíce stránek praktické části právě pedagogické rehabilitaci, protože ta je mi, jakožto pedagogovi, nejbližší.

V praktické části jsem použila metody pozorování a analýzu skupinové i individuální výchovně-vzdělávací činnosti. Z poskytnutých materiálů jsem zpracovala případové studie tří probandů, zaměřené na ucelenost péče. Při speciálně-pedagogickém šetření jsem pomocí hodnocení oblastí a podoblastí srovnávala individuální pokroky dětí za dvě čtvrtletí. Dospěla jsem k náležitým výsledkům – vyhodnotila ze závěrů patřičná opatření. Potvrdila jsem si také vzájemnou důležitost složek rehabilitace a jejich prolínání při péči o děti.

Snažila jsem se ze všech sil spojovat mé předchozí zkušenosti, jak ze středoškolské či vysokoškolské praxe, tak z dvouleté praxe v práci s intaktními dětmi. Samozřejmě i nyní s radostí přijímám zkušenosti speciálních pedagogů – tedy kolegyň ze zaměstnání.

Chtěla bych se s vámi podělit o můj vděk, který patří všem paním učitelkám i dalším pracovníkům v mateřské škole při dětském stacionáři a samozřejmě i všem dětem!

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDOVIÁ, P. *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou: sborník příspěvků z cyklu seminářů „Aspekty komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi“* 1. vyd. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1561-5

CLAYDEN, G., LISSAUER, T. *Illustrated textbook of paediatrics* [Ilustrovaná učebnice pediatrie]. 3. vyd. London: MOSBY, 1997. 330 s. ISBN 07234-1657-5

HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-888-0

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. 2. přeprac. vyd. Bratislava: Občianské združenie Sociálna práca, 2007. 175 s. ISBN 978-80-8918-528-3

CHALPOUPKA, R. a kol. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5

JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011. 102 s. ISBN 978-80-7368-945-2

JURKOVIČOVÁ, P., KANTOR, J. *Rehabilitace osob s omezením hybnosti*. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2011. (Studijní opora)

KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5

KUBÍNKOVÁ, D., KRÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd. Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1

- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H a H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie, aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8
- NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 1. vyd. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Gaudeamus, 2011. 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9
- OPATRÍLOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Katedra speciální pedagogiky, 2003. 52 s. ISBN 80-210-3242-1
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6
- RENOTIÉROVÁ, M. *Některé významné osobnosti oboru somatopedie v českých zemích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2007. 132 s. ISBN 978-80-244-1861-2
- RENOTIÉROVÁ, M., BENDOVÁ, P., *Somatopedie pro učitelství předškolního věku I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2005. 49 s. ISBN 80-244-1018-4
- SOUČKOVÁ, H. *Sdružená zařízení péče o dítě v Olomouci: historie a současnost*. Vydáno v Olomouci: Sdružená zařízení pro péči o dítě, 2006. 79 s. ISBN 80-239-7271-5
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3

VALENTA, M. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5

VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6

ZAHÁLKOVÁ, M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2002. 91 s. ISBN 80-210-2327-9

ZIKL, P. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

Canisterapie. *Animoterapie.cz Informační server Anitera o.p.s.: Komplexní služby v oblasti terapií za pomoci zvířat* [online]. ©2009 [cit. 2013-03-02].

Dostupné na World Wide Web: <<http://www.animoterapie.cz/canisterapie.htm>>

Dětský stacionář. *Sdružená zařízení péče o dítě* [online]. © 2009 [cit. 2013-01-08]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.szpd.cz/detsky-stacionar/>>

Downův syndrom. In Wikipedie: otevřená encyklopedie [online]. © 2013 [cit. 2013-04-22].

Dostupné na World Wide Web: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Down%C5%AFv\\_syndrom](http://cs.wikipedia.org/wiki/Down%C5%AFv_syndrom)>

ETTLER, K. Fototerapie u dětí. In: *Lipovské Dermatovenerologické fórum – XX. Ročník Lázně Dolní Lipová, Výběr z referátů ročníku 2005* [online]. © 2012 [cit. 2012-02-06].

Dostupné na World Wide Web: <<http://lipden.lazne.cz/abs2005.php>>

Hydrotherapy. *The centre for cerebral palsy* [online]. Publikováno © 2013 [cit. 2013-04-20].

Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.tccp.com.au/docs/documents/Fact%20sheet-%20Hydrotherapy.pdf>>

Léčebná rehabilitace – ergoterapie. *DEMOSTHENES – Centrum komplexní péče* [online]. © 2005 [cit. 2013-03-27]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://www.demosthenes.cz/cz\\_start.php?txt=ergoterapie](http://www.demosthenes.cz/cz_start.php?txt=ergoterapie)>

Léčebné pobyty pro děti. *Svaz léčebných lázní České republiky* [online]. © 2009 [cit. 2013-02-11]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/lecebne-pobyty-pro-deti>>

Metoda manželů Bobathových. *In Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-06]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Metoda\\_man%C5%BEel%C5%AF\\_Bobathov%C3%B4ch](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Metoda_man%C5%BEel%C5%AF_Bobathov%C3%B4ch)>

Osud koordinované rehabilitace. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. © 2011 [cit. 2013-29-05]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/11618>>

O nás. *Mateřská škola při dětském stacionáři* [online]. © 2013 [cit. 2012-12-21]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.msosnerova.estranky.cz/clanky/o-nas.html>>

Procedury pro děti. *Sanatoria Klimkovice*. [online]. © 2011 [cit. 2013-04-19]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.sanatoria-klimkovice.cz/www/cz/procedury-pro-deti-2/>>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. *Výzkumný ústav pedagogický v Praze. 2004* [online]. © 2004 [cit. 2013-02-14]. Dostupné na World Wide Web: <[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PV-2004.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf)>

Rehabilitace hybných poruch Vojtovou metodou: Výuka a terapie. *RL – CORPUS*. [online]. © 2012 [cit. 2013-02-21]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.rl-corpus.cz/metoda-vojty-vyvojova-kineziologie.html>>

Speleoterapie – informace o léčebné metodě. *Dětská ozdravovna se speleoterapií Mladeč – Vojtěchov* [online]. © 2007 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.detskaspheleoterapie.cz/speleoterapie.htm>>

Zákon o soc. službách – aktuální definice rané péče. *Společnost pro ranou péči* [online]. © 2009 [cit. 2013-03-06]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee/aktualni-definice-rane-pee.html>>

Základní škola v Olomouci, školka, výuka dětí. *ŽŠ A MŠ při Fakultní nemocnici Olomouc* [online]. © 2007 – 2013 [cit. 2013-04-08]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://zs-fnol.sluzby.cz/>>

## ODBORNÉ ČASOPISY

CIMLOVÁ, L., KALINOVÁ, V., STANÍKOVÁ, A., SVOBODOVÁ, T., Aktivity využívané při skupinové canisterapii s dětmi. In *KONTAKT 2008: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. X: 1-122/2008* [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta; Výcvikové canisterapeutické sdružení HAFÍK. Publikováno 25. 2. 2008 [cit. 2013-02-27] Dostupné ve formátu pdf na World Wide Web:

<<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506172855353532.pdf>>

JEŠINA, O., TRUKSOVÁ, M. Integrace – Jiná cesta VII – Sborník příspěvků ze semináře zaměřeného na význam aplikovaných pohybových aktivit v komplexní rehabilitaci: *Význam kondičního cvičení v ADL tetraplegika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, 2012. [online]. Publikováno 7. – 8. 6. 2012 [cit. 2012-04-23], s. 9 – 10.

Dostupné na World Wide Web:

<[http://www.apa.upol.cz/web/index.php/dali-informace-cols3/materialy-ke-staeni/cat\\_view/93-seminae-integrace-jina-cesta](http://www.apa.upol.cz/web/index.php/dali-informace-cols3/materialy-ke-staeni/cat_view/93-seminae-integrace-jina-cesta)>

PINKROVÁ, I. Využití canisterapie při rehabilitaci dětí s DMO. In *KONTAKT 2008: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. X: 1-122/2008* [online]. Dětský stacionář Světluška, České Budějovice, 2008. Publikováno 25. 2. 2008 [cit. 2013-02-27]

Dostupné ve formátu pdf na World Wide Web:

<<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506210624846495.pdf>>

Dokumentace dětí – IVP; Kineziologické vyšetření; Lékařská vyšetření; Psychologická vyšetření; Průběžná individuální hodnocení; Evidenční listy dětí; Sešit individuálních činností

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DMO – dětská mozková obrna

LTV – léčebná tělesná výchova

ADL – „activities of daily living“

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

ŠVP – Školní vzdělávací program

MŠ – mateřská škola

DS – dětský stacionář

SZPD – Sdružená zařízení péče o dítě

SRP – středisko rané péče

SPC – speciálně-pedagogické centrum

IVP – individuální vzdělávací plán

IČ – individuální činnost

## SEZNAM PŘÍLOH

**I. Textové přílohy – přílohy 1 – 5**

**II. Obrázkové přílohy – obrázky 1 – 15**

**III. Fotodokumentace – fotografie 1 - 16**

## **I. Textové přílohy**

Příloha 1 .....Popis denního režimu v Mateřské škole při Dětském stacionáři

Příloha 2.....Harmonogram zpracování pedagogické dokumentace a akce pořádané zařízením

Příloha 3.....Další zařízení „Sdružených zařízení péče o dítě“

Příloha 4.....Kritéria hodnocení, hodnotící škála analýzy sledovaných oblastí a jejich dílčích částí (podoblastí), záznamový arch pro průběžné individuální hodnocení

Příloha 4 A.....Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech prvního probanda

Příloha 4 B.....Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech druhého probanda

Příloha 4 C.....Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech třetího probanda

Příloha 5.....Podrobný popis pozorování a rozbor plánovaných výchovně-vzdělávacích činností týdne



## Textová příloha 1

### Popis denního režimu v Mateřské škole při Dětském stacionáři

Rodiče mohou své děti přivádět do mateřské školy od 6:15 do 8.00 hodin. Ranní scházení probíhá ve třídě „Mravenečků“, kde se provádí i ranní cvičení. Jsou samozřejmě tolerovány i pozdější příchody, ale rodiče by je vždy měli dopředu ohlásit. Podle RVP PV je rodičům umožněno své dítě přivést do mateřské školy kdykoli v průběhu dne. Od osmé hodiny ranní probíhá pohybová aktivita (ranní cvičení). Děti si rozvíjejí své pohybové dovednosti dle individuálních možností. V sezónním období navštěvuje dopoledne vybraná skupina dětí solnou jeskyni. Ve čtvrtek chodí menší skupinka na plavání – hydroterapii do rehabilitačního centra Elpis, které je se stacionářem propojeno koridorem. Dětské sestry a fyzioterapeutky s dětmi provádí rehabilitaci ve vodě. V pátek ráno probíhá hodinová canisterapie.

Od 8:45 jsou děti rozděleny do vlastních tříd, děti imobilní jsou doprovázeny zdravotními sestrami, je možné a mnohdy nezbytné využít i osobní výtah. V prvním poschodí jsou dvě třídy – „Broučci“ a „Berušky“, v přízemí „Mravenečci“. Od 9.00 do 9.30 je časový prostor vyhrazený svačince. Stravu chystají zdravotní sestry, školnice a pomocnice.

V 9:30 následuje skupinové zaměstnání (aktivita) – viz ukázka týdenního plánu. Každodenně probíhá práce se skupinou dětí. Pedagogové cíle plánují podle třídního vzdělávacího plánu, stanoveným ŠVP „Místo, kde žiji a kde to mám rád“. Jedná se o vzdělávací nabídku v podobě integrovaných bloků (tematických celků), zahrnujících prvky všech vzdělávacích oblastí RVP PV. Při skupinovém zaměstnání je vždy zapotřebí respektovat co nejdůsledněji individuální a osobnostní potřeby dětí. Využívají se nejrůznější metodiky. V zařízení jsou k dispozici například tyto publikace: Barevné kamínky, Šimonovy pracovní listy, Kafomet a mnohé další. Pedagogové používají při výchovně-vzdělávacím plánování také Diagnostiku dítěte předškolního věku (Bednářová a Šmardová, 2007). Obsah ŠVP, jež je v zaměstnání rozebírán, je rozdělen do deseti tematických celků. Každý obsahuje čtyři podtémata, která jsou zaměřena na aktuální tradice, svátky a situace v daném měsíci.

Od 10:00 probíhá individuální práce s dětmi a volná hra dětí. Zdravotní sestry a asistentka pedagoga s dětmi vykonávají volnou hru (nabídka hraček, osobní péče o děti). Speciální pedagog si denně vždy ke stolečku vezme jedno dítě a s ním provádí individuální činnost. Například individuální logopedická péče, individuální činnosti podporující rozvoj jemné a hrubé motoriky. Rozvoj při činnostech v oblasti hrubé motoriky nemusí být pouze

v kompetenci speciálního pedagoga, ale často jde o spolupráci dítěte s fyzioterapeutkou – individuální pohybová cvičení, nácvik samostatného pohybu, orientace v prostoru. Dále jde o nácvik činností podporujících rozvoj jemné motoriky. Tato práce je spíše v kompetenci speciálního pedagoga. S dětmi se pedagog například zaměřuje na manipulativní činnosti a jednoduché úkony s drobnými předměty, nástroji, materiálem, osvojování si praktických dovedností přiměřeným věku a schopnostem. Pozornost se věnuje též grafomotorickým cvičením – jedná se o nácvik správného držení tužky, jednoduchá relaxačně-grafomotorická cvičení, nácvik psaní tužkou či jinými psacími pomůckami. K nezbytným činnostem patří smyslová či jazyková výchova. Může jít například o nejrůznější reedukační a kompenzační cvičení. Po verbální stránce se jedná o rozvoj slovní zásoby a vyjadřovací schopnosti, rozvoj fonemického sluchu, rytmizace slov,... Pro děti je k dispozici také edukační program na počítači (22 her, Méd'a, Veselá Beruška). Tyto výukové programy jsou přiměřené věku dětí, děti se učí manipulaci s klávesnicí a myší, procvičí si vizuomotorickou koordinaci a orientaci na obrazovce. Pro předškoláčky je práce na počítači lákavá (např. chtějí slyšet kladnou odpověď z reproduktoru, vidět radující se berušku za správně přiřazený obrázek, číslici,...). Monitor je přizpůsoben obzvláště pro imobilnější děti. Vysoká pozornost je věnována také rozvoji AAK, znaku do řeči, metodě Dobrého startu, či nejrůznějším logopedickým metodám.

Děti si v rámci volné hry i při individuální práci, respektive během celého dne mohou nacvičovat sebeobslužné činnosti. Důraz je kladen také na stimulace, většina dětí chodí s fyzioterapeutkami rehabilitovat metodami LTV. V průběhu těchto činností je zařazena druhá – ovocná svačinka a zajištěn pitný režim.

Od 11:30 do 12:30 hodin je oběd dětí. Imobilním dětem pomáhají zdravotní sestry, asistentky pedagoga, případně speciální pedagog. Po obědě a hygieně následuje vydávání dětí, konzultace s rodiči, ukládání dětí k odpočinku. Jedná se o časové rozmezí od 11:30 do 12:30. Odpolední odpočinek trvá od 12.30 do 14:00, dohled dětí je zajištěn zdravotními sestrami. Ve čtvrtky odpoledne (13.00 – 14:30) vybraná skupina dětí absolvuje hipoterapii.

Po odpolední svačince vede speciální pedagog odpolední zaměstnání – od 14:30 do 15:00, poté probíhá volná hra dětí a odchody dětí domů. Pedagog při práci s dětmi často využívá výukové programy na počítači, dále dává dětem k dispozici pestrou vzdělávací nabídku – konstruktivní stavebnice, grafomotorická, vizuomotorická nebo psychomotorická cvičení. Hraje s dětmi relaxační, pohybové či stolní hry. Rodiče mohou děti vyzvedávat v odpoledních hodinách od 14:30 do 16:00. Od 15:00 do 16:00 na děti dohlíží jedna zdravotní sestra.

## **Textová příloha 2**

### **Harmonogram zpracování pedagogické dokumentace**

Září – přijímání nových dětí, adaptace dětí na prostředí

Říjen – na základě speciálně pedagogické diagnostiky se píše individuální plány

Prosinec – speciální pedagog vykonává průběžné hodnocení za předchozí 3 měsíce (od pol. září do konce prosince – viz příloha- hodnotící tabulka...), probíhá konzultace s rodiči (odklady školní docházky dětí, zařazení dětí do různých typů základních škol). Důležitá je spolupráce s rodinou, rozhovory rodičů i pedagogů s psycholožkou, případně s pedagogickými pracovníky základní školy, do které dítě po prázdninách nastoupí. Ucelenost rehabilitace je tedy bezpodmínečným aspektem intervence.

Leden – ve stanoveném termínu probíhá zápis do škol, odklady školní docházky

Březen – speciální pedagogové provádí průběžné hodnocení

Červen – speciální pedagogové provádí průběžné hodnocení, píše se propouštěcí zprávy

Červenec – probíhá celkové hodnocení (evaluace) školního roku

### **Akce pořádané zařízením**

Akce jsou zajišťovány spoluprací pracovníků obou resortů, případně jsou v režii jiných subjektů a organizací, některé pořádá i SZPD. Rodiče mají možnost se do mnohých zapojit. Akce jsou každoročně s menšími obměnami. Každý měsíc je představení v Divadle hudby.

Září – vítání nových dětí

Říjen – Podzimní „jablíčkování“ a dílničky pro dospělé, Halloween

Prosinec – Vánoční besídka pro rodiče s tvořivými dílničkami

Únor – beseda s městským policistou – prevence sebeochrany; Karneval pro děti

Březen – hudební představení v kině Metropol

Duben – dětské velikonoční dílničky, Čarodějnický den

Květen – besídka ke dni matek s tvořivými dílničkami

Červen – oslava Mezinárodního Dne Děti v hracím koutku s kavárnou; opékání s rodiči na zahradě – slavnostní zakončení školního roku doprovázené soutěžemi

## **Textová příloha 3**

### **Další zařízení „Sdružených zařízení péče o dítě“**

Kojenecký ústav poskytuje komplexní péči dětem od prvních dnů po narození do 18 měsíců věku. O děti je pečováno formou tzv. rodinného typu, to znamená, že dětská sestra pečuje o čtyři až pět dětí různého věku. Zařízení nabízí zázemí a pomoc matkám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Jsou přijímány i matky k zácviku v rehabilitaci dětí s tělesným postižením či zácviku v péči o novorozence. Součástí Kojeneckého ústavu je ambulance praktického lékaře pro děti a dorost, ambulance fyzioterapeutická a psychologická. Zajímavostí například je, že k doplňkové formě terapie je určena relaxační místnost s vodním lůžkem. Kapacita kojeneckého ústavu je 55 lůžek a 5 lůžek pro matky nebo náhradní rodiče.

Dětský domov poskytuje péči dětem od 18 měsíců do 5 let, většinou z důvodů sociálních a zdravotně-sociálních, kdy rodiče nemají podmínky, neumějí anebo se nechtějí o dítě starat. U těchto dětí péče spočívá hlavně ve výchovně-pedagogické práci ošetřovatelského personálu. Součástí výchovného procesu je také návštěva mateřské školy a logopedická péče. Každým rokem dvě až tři vybrané děti z dětského domova navštěvují na část dne dětský stacionář. Jsou to obvykle děti vyžadující zdravotnickou péči fyzioterapeuta. Pro děti z dětského domova jsou díky sponzorům připravovány v průběhu celého roku ozdravné pobyty, kulturní a sportovní akce, pravidelně se účastní hippoterapie. Kapacita tohoto zařízení je 20 lůžek.

### **Pohled na péči o děti v zařízení stacionáře z hlediska léčebné rehabilitace**

Dle MUDr. Vladimíry Hamalové bylo v roce 2005 v zařízení téměř padesát procent dětí postiženo různou formou DMO. Dnes bychom procento těchto dětí zde stanovili menší, naopak zařízení navštěvuje v aktuálním roce více dětí s kombinovaným postižením. Jedná se většinou o kombinaci postižení v oblasti mentální, motorické a smyslové. Odborníci – fyzioterapeuti, kteří mimo stálé klienty navštěvující toto zařízení přijímají i ambulanty, v zařízení stanovují diagnózu dětské mozkové obrny až po jednom roce věku. Je obtížné v prvních měsících života, event. až do třetího trimenonu přesně určit jednotlivé syndromy (spasticita, ataxie, atetosa). Centrální koordinační porucha (CKP) se stanovuje zpravidla po komplexním vyšetření hodnotící škály dle Vojty. Pravidelná intenzivní rehabilitace umožní zlepšení funkce a mobility, dále se rehabilitací předchází komplikacím jako jsou kontraktury

či dekubity, mírní se bolesti a event. bolestivé spasmy. Dochází k zlepšování kvality života nemocného i osob, které poskytují nemocnému péči.

Ve stacionáři se používají vhodné kombinace rehabilitačních metodik. V první řadě je třeba malého klienta kinesiologicky vyšetřit a na základě tohoto je nezbytné stanovit individuální rehabilitační plán a cíl rehabilitace. Na základě plánu vypracovávají fyzioterapeuti písemné vyšetření, zaměřené na celkový vývoj dítěte (nejen motorický, ale obsahující i oblasti komunikace, sociální chování atd).

Kromě Vojty a Bobatha, kterých se ve stacionáři využívá při rehabilitaci převážně dětí s DMO, je dále využíváno i prvků z Kabatovy metodiky, laseroterapie, myofasciální techniky, cvičení na balančních míčích, stabilizačních plošinách, balančních nafukovacích discích (čočky) či cvičení na válcích k tréninku posturální stability. V rehabilitační místnosti lze využít i biolampu, parafín,... K dispozici je také hydromasážní vířivá vana, je umístěna společně s dalšími kompenzačními pomůckami (vertikalizační stojan, polohovací lůžko,...) v samostatné místnosti, která je využívána na hydroterapii. U části pacientů, u nichž nedochází ke zlepšení stavu při pravidelné rehabilitaci, kdy spasticita nedovoluje dostat se do vyššího pohybového stadia nebo tam, kde je nutné zabránit sublucacím, desaxacím či luxacím kloubů, je nutný operativní ortopedický zákrok.

Fyzioterapeuti v zařízení cvičí rovněž s dětmi, které mají ne zcela vážné tělesné postižení, za využití zajímavých metod léčebné tělesné výchovy. Mimo výše zmíněných prostředků léčebné rehabilitace se uplatňují rovněž cvičení k stabilizaci jednotlivých poloh (posturální cvičení). Využívá se k tomuto speciálních i běžných pomůcek (viz výše). Uplatnění nachází i vestibulární a proprioreceptivní stimulace, tonizace hypotonických svalů, správné techniky vzpřimování, nácvik bipedální lokomoce či se zlepšuje koordinace pohybů a hrubá i jemná motorika. S dětmi, které nemají tělesné postižení, fyzioterapeuti přímo nepracují.

Ve zdravotní péči je ve všech zařízeních SZPD využíváno nejnovějších poznatků z oblasti medicíny prostřednictvím pravidelného proškolení zdravotnických pracovníků na výchovně vzdělávacích akcích, a to jak doma, tak i v zahraničí (semináře, kurzy,...) a rovněž i studiem odborné literatury (Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci: historie a současnost, 2006).

## **Textová příloha 4**

### **Kritéria hodnocení, hodnotící škála analýzy sledovaných oblastí a jejich dílčích částí (podoblastí)**

#### **Kritéria hodnocení:**

- Vyjádřeno hodnotící škálou

#### **Hodnotící škála:**

- k oblastem hrubé a jemné motoriky, kresby, grafomotoriky a sebeobslužných činností:
  - 10 – 7 bodů – činnosti zvládá samostatně
  - 7 – 5 bodů – je nutná menší pomoc
  - 5 – 3 bodů – je nutná větší pomoc
  - 3 – 0 bodů – zvládne pouze s pomocí
- k oblastem poznávacích procesů a sociálního chování:
  - 10 – 7 bodů – samostatný/á, aktivní
  - 7 – 5 bodů – k činnostem je nutné více podnítit
  - 5 – 3 bodů – reaguje pouze při aktivizaci dospělým
  - 3 – 0 bodů – reakce a aktivita téměř žádná či žádná

## Záznamový arch pro průběžné individuální hodnocení

### PRUBĚŽNÉ INDIVIDUÁLNÍ HODNOCENÍ

Jméno dítěte:

Období :

září - prosinec

leden - březen

duben - červen

Školní rok :

Učitel/třída

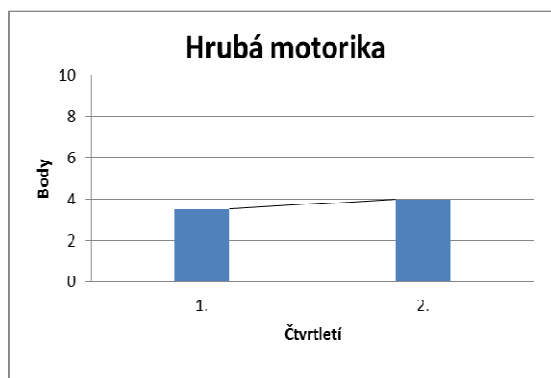
oblasti	příklady	zlepšení	zhoršení	beze změny
hrubá motorika ( pokroky)	chůze běh poskoky obratnost			
jemná motorika	úchopy cílení velikost předmětů			
úroveň pozornosti a vnímání	aktivita paměť délka poz. rychlost			
pokroky v kresbě	postava nápodoba barvy orien.na p.			
pokroky v grafomotor.	tečky linie čar spojování písmena			
úroveň sociál.chování	k dětem k dospěl.			
sebeobl. činnosti	stolování toaleta oblékání mytí			

## Textová příloha 4 A

**Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech prvního probanda**

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Hrubá motorika	chůze	8	8
	běh	2	3
	poskoky	0	0
	obratnost	4	5

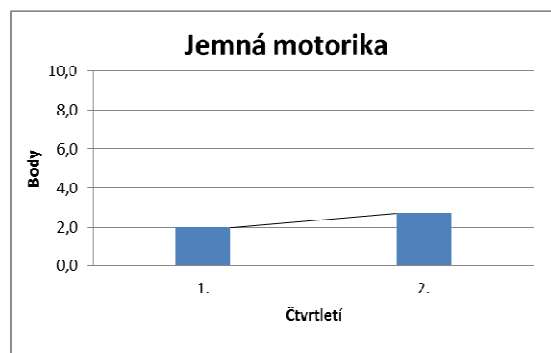
tabulka 1 A



graf 1 A

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Jemná motorika	úchopy	3	3
	cílení	1	2
	zručnost	2	3

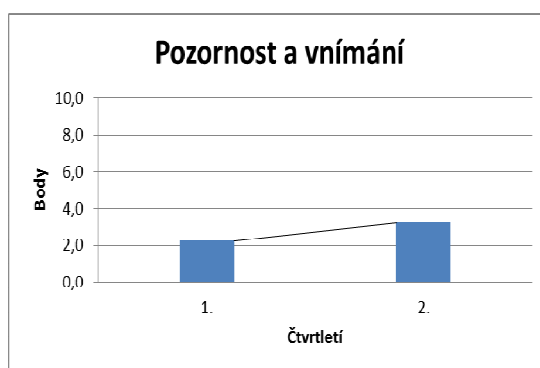
tabulka 2 A



graf 2 A

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň pozornosti a vnímání	aktivita	3	4
	Paměť	2	3
	délka poz.	2	3
	rychlost	2	3

Tabulka 3 A



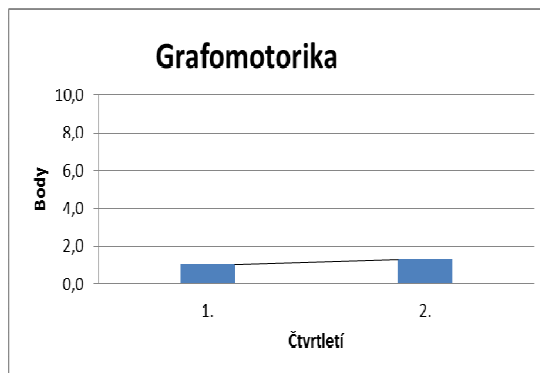
graf 3 A



Oblast kresby u chlapce nelze hodnotit, jelikož se v ní ještě nezačal rozvíjet.

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Pokroky v grafomot.	tečky	3	3
	linie čar	1	2
	spojování	0	0
	písmena	0	0

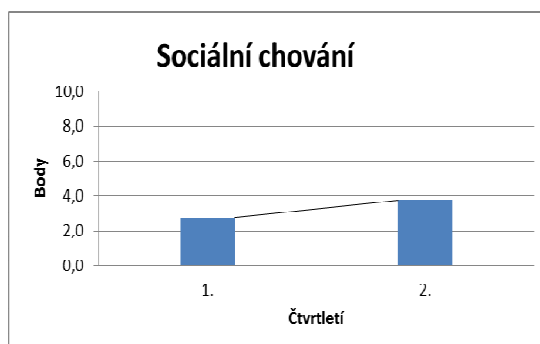
tabulka 4 A



graf 4 A

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň sociálního chování	k dětem	2	3
	k dospělým	5	6
	k věcem	3	3
	k akt. situaci	1	3

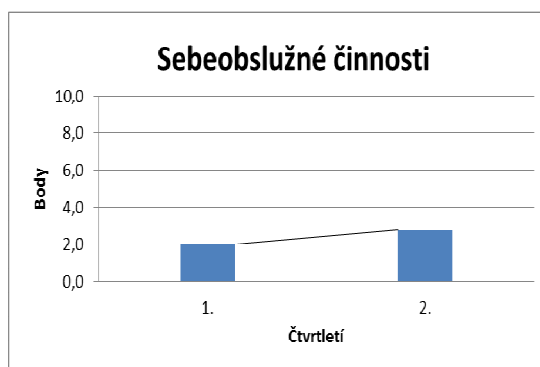
tabulka 5 A



graf 5 A

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Sebeobsl. činnosti	stolování	3	4
	toaleta	2	3
	oblékání	1	2
	mytí	2	2

tabulka 6 A



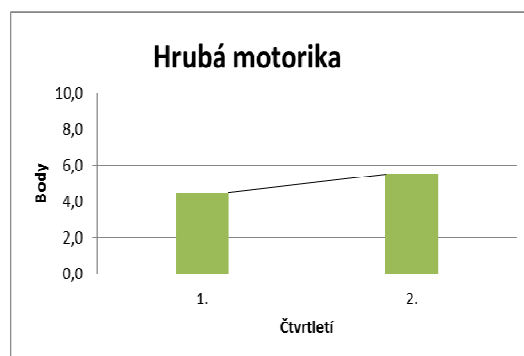
graf 6 A

## Textová příloha 4 B

**Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech druhého probanda**

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Hrubá motorika	chůze	8	9
	běh	4	5
	poskoky	2	4
	obratnost	4	5

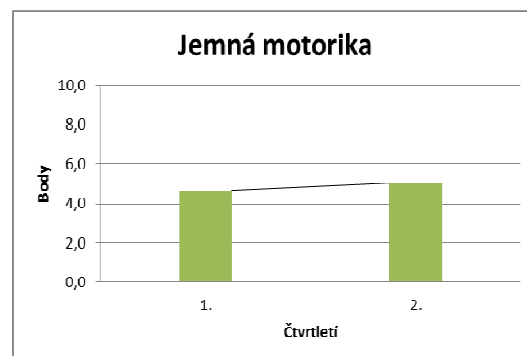
Tabulka 1 B



graf 1 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Jemná motorika	úchopy	5	6
	cílení	4	4
	zručnost	5	5

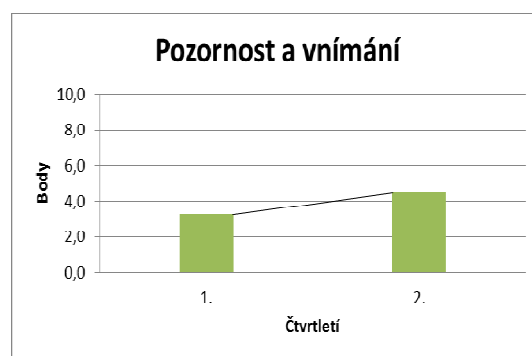
tabulka 2 B



graf 2 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň pozornosti a vnímání	aktivita	4	6
	paměť	3	4
	délka poz.	3	4
	rychlost	3	4

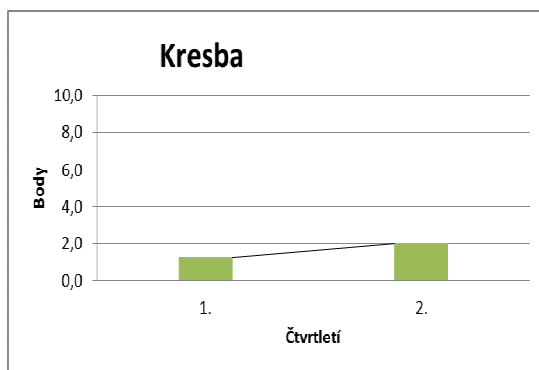
tabulka 3 B



graf 3 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Pokroky v kresbě	postava	0	0
	nápodoba	1	2
	barvy	1	2
	orientace na ploše	3	4

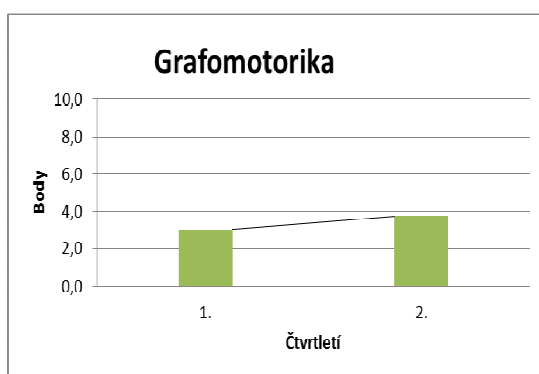
tabulka 4 B



graf 4 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Pokroky v grafomot.	tečky	5	6
	linie čar	4	5
	spojování	3	4
	písmena	0	0

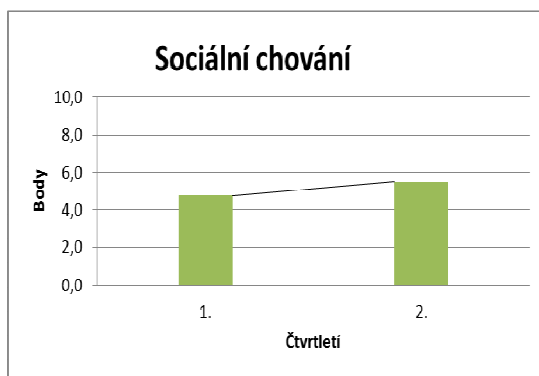
tabulka 5 B



graf 5 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň sociálního chování	k dětem	6	6
	k dospělým	4	5
	k věcem	5	6
	k akt. situaci	4	5

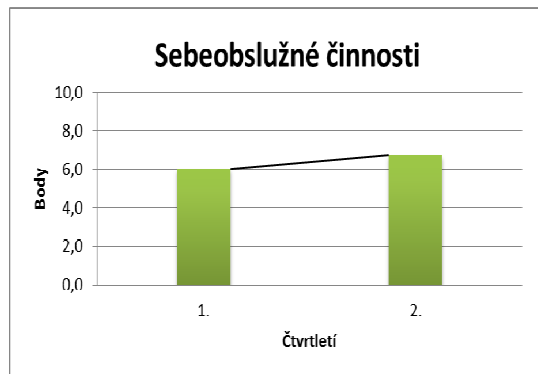
tabulka 6 B



graf 6 B

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Sebeobsl. činnosti	stolování	6	7
	toaleta	6	8
	oblékání	6	6
	mytí	6	6

tabulka 7 B



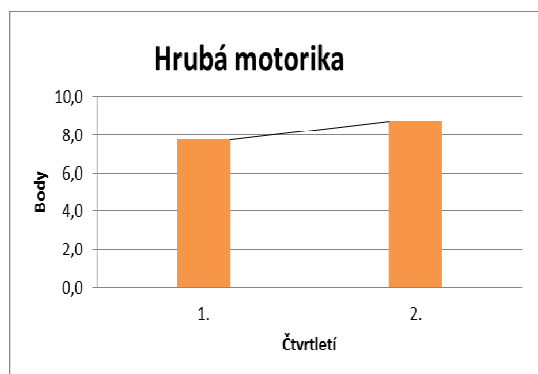
graf 7 B

### Textová příloha 4 C

**Bodové hodnocení dílčích částí (podoblastí) zaznamenané v tabulkách a grafech třetího probanda**

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Hrubá motorika	chůze	10	10
	běh	8	9
	poskoky	7	8
	obratnost	6	8

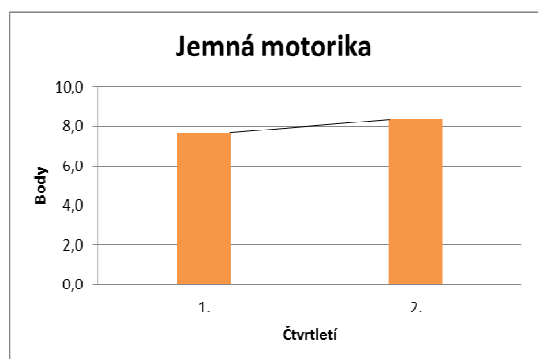
Tabulka 1 C



graf 1 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Jemná motorika	úchopy	8	9
	cílení	8	8
	zručnost	7	8

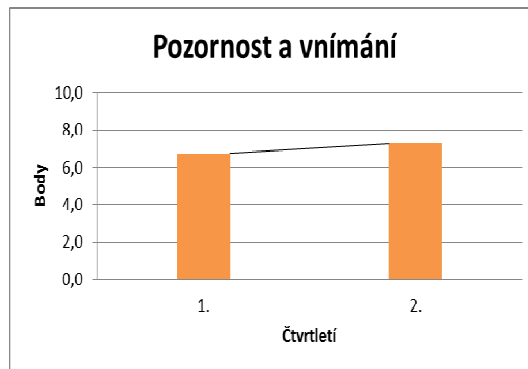
tabulka 2 C



graf 2 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň pozornosti a vnímání	aktivita	7	7
	paměť	7	7
	délka poz.	7	8
	rychlost	6	7

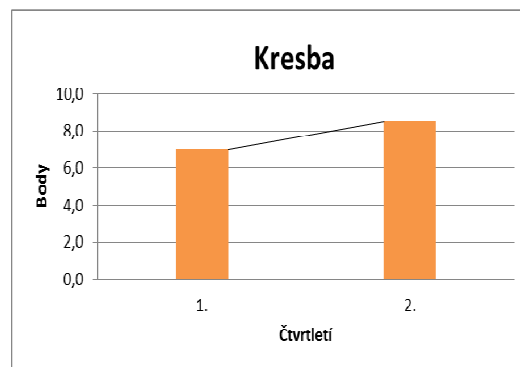
tabulka 3 C



graf 3 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Pokroky v kresbě	postava	7	9
	nápodoba	7	8
	barvy	7	8
	orient. na ploše	7	9

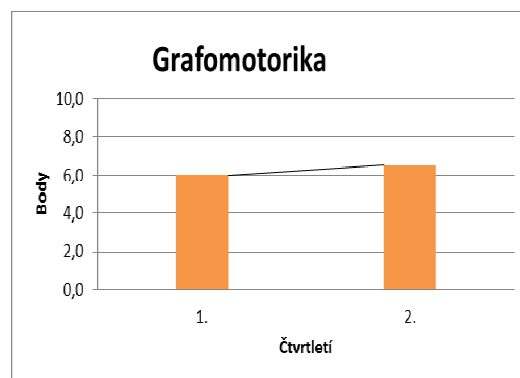
tabulka 4 C



graf 4 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Pokroky v grafomot.	tečky	8	8
	linie čar	8	8
	spojování	7	8
	písmena	1	2

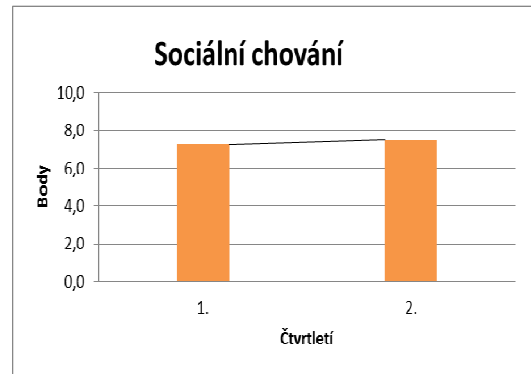
tabulka 5 C



graf 5 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Úroveň sociálního chování	k dětem	7	8
	k dospělým	7	7
	k věcem	8	8
	k akt. situaci	7	7

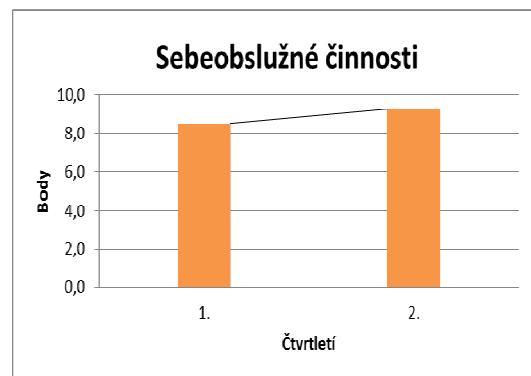
tabulka 6 C



graf 6 C

Oblast	Podoblasti	Body	
		1. čtvrtletí	2. čtvrtletí
Sebeobsl. činnosti	stolování	8	9
	toaleta	8	9
	oblékání	9	10
	mytí	9	9

tabulka 7 C



graf 7 C

## Textová příloha 5

### *Podrobný popis pozorování a rozbor plánovaných výchovně-vzdělávacích činností týdne*

**Použitá metoda: pozorování a analýza produktu činností**

**Rozbor a popis pohybové aktivity (ranního cvičení)**

**Pondělní ranní cvičení:** Děti byly po ránu aktivní, všechny se zapojily do pohybových činností, dětem imobilním pomáhaly zdravotní sestry. Rušná část s doprovodem klavíru byla pro děti změnou, adekvátně na ni reagovaly, většina dětí potlačila stud a nebála se projevit ve cvičení prostných. Sledované děti – chlapec Y – problémy s rychlejší reakcí na signál, problémy s obratností při rychlejším běhu, chlapec X – s dopomocí spec. pedagoga, zvládal

i pomalý běh, nezvládal poskoky, lezení s dopomocí, celkově pomalý; dívka Z – bez obtíží. Zdravotní cviky – nejprve prováděné ve stoje; začátek od hlavy až po procvičení klenby nohy. Děti jsou zvyklé napodobovat pohyby učitelky, imobilním dopomáhaly zdravotní sestry.

Následovaly zdravotní cviky v sedu, ty jsou pro děti snazší. Cviky jsou vždy řádně motivované, děti jsou seznamovány s jednoduchým názvoslovím (stoj rozkročný, předklon, předpažit atp.). Sledované děti – chlapec Y – problémy dosáhnout dlaněmi na ramena, dřep s dopomocí, těžší pohyby s horními i dolními končetinami byly prováděny méně obratně (př. kroužení zápěstím). Chlapec X – sám zdravotní cviky nezvládal, dopomáhala sestra, provedl předklon a dřep s mírnou dopomocí, cvičení s horními a dolními končetinami provedl pouze „ruku v ruce“ se sestrou. Dívka Z – cviky prováděla bez obtíží, byla aktivní a pohotová.

Pohybová hra: vysvětlení pravidel hry „Štronzo“ – reakce na signál – vypnutí hudby na CD. Pravidla většina dětí pochopila, u chlapce X i Y nutná pomoc, dívka Z bez potíží zvládala.

### **Rozbor a popis skupinových aktivit**

**Skupinová aktivita:** Děti byly seznámeny s tématem „Co děláme celý den a rok“. Ze sledovaných dětí (viz výše) se nejvíce zapojila dívka Z. Společně s dětmi jsme za týden zvládli převahu plánovaných činností. Každý den byl program přizpůsoben individuálním potřebám a zájmům, vycházel z naplňování všech oblastí RVP PV. Téma a podtéma bylo stanoveno dle třídního vzdělávacího plánu, resp. ŠVP MŠ. Cíle byly voleny přiměřeně, společně se nám dařilo některé cíle naplňovat. Při činnostech nechyběl individuální přístup. Všem dětem dělala menší či větší problémy posloupnost dne, názvy ročního období i dnů (názvy měsíců jsem dětem předvedla demonstrací obrázků a písní, dále jsme se již tomuto okruhu nevěnovaly, pro děti byla tato tematika po mém uvážení příliš obtížná).

Chlapec Y byl schopný ukázat pouze pro něj známé předměty na obrázku (holčička, chlapec, některé zvířata). Nechápal posloupnost dne, komunikoval ve velmi jednoduchých větách – odpovídal ano, nebo „jo“, často opakoval mnou vyřčená jednoduchá slova z konce otázky (př. Co dělá pes? – zopakoval slovo „pes“. Na otázku neodpovídal, byl schopen pouze psa ukázat, zrakový kontakt či pozorování obrázku bylo krátké – několik sekund).

Chlapec X nebyl schopen chápat souvislosti, verbálně nekomunikoval, neukázal na obrázku, téměř vždy chyběla u chlapce zraková kontrola, nezaměřil se na ukazovaný předmět. Díval se „do neznáma“, byl schopný fixované znaky stále opakovat. Při činnostech tento týden jsem se s chlapcem zaměřila převážně na znakování známých slov, znak do řeči byl využit

i u písničky „Měla babka“ (chlapec znakoval jablko, bába, stejně). Snažila jsem se rozvíjet zrakovou kontrolu pestrými velkými obrázky, aby jej dostatečně upoutaly.

Dívka Z – verbálně komunikovala při činnostech relativně dostatečně, občasně se projevilo nonverbální chování (tiskla si ruce k sobě, často krčila rameny). Ve sledovaném týdnu jsem u dívky pozorovala převahu malého sebevědomí, které bylo zjevné při skupinové i individuální činnosti. Stále se snažím podporovat a podněcovat děvče k jakémukoli projevu. Usiluji neustálým povzbuzováním o to, aby se přede mnou a také ostatními ve skupinové činnosti nestyděla a naopak se snažila pomáhat i ostatním imobilním dětem, aby si byla vědoma, že není méněcenná. U dívky se v průběhu dlouhodobého pozorování občasně projevíly při spontánním rozhovoru pocity bezcennosti, vyjadřované větami typu: „Nerozumím tomu, proč jsem se tak musela narodit.“, „Já nikdy nebudu moct bruslit.“ atp. Pro mě je to velmi obtížná situace, dívku se snažím povzbuzovat při individuální i skupinové činnosti. Dávám jí nejrůznější, i těžší, úkoly, aby si uvědomila, že je skutečně schopna zvládnout i to, o čem je přesvědčena, že je pro ni obtížné. Děvčátko je nutné chválit a nepovolit připouštět si pocity strachu, obav, méněcennosti. Je třeba navodit u holčičky chuť učit se všemu novému a potřebnému. V pozorovaném týdnu dívka posloupnost dne pochopila, procvičovaly jsme si přiřkládání symbolů čtyř ročních dob k charakteristickým kartičkám rovněž při individuálních činnostech. Aktivně vybírala obrázky, odpovídala na mé otázky, i když krátkými a nejistými větami. Při písničkách se aktivně zpěvem zapojila (chlapii pouze rytmizovaly za pomoci sester a asistentky pedagoga).

Ve středu nás čekala beseda se strážníkem městské policie. Děti byly na tuto akci předem připraveny. Mnozí besedu již zažily v minulých letech, proto se na ni těšily (jako prevence se každý rok opakuje, policisté ale pro děti vždy připraví pestrý program, obohacený množstvím obrázků, modelů a také dárečků pro děti). Všechny děti se sešly ve třídě Mravenečků. Policista dětem prezentoval situační obrázky – děti říkaly, co je dobře či špatně, dále rozebírali pravidla přecházení vozovky, chůze po chodníku a bezpečnosti jízdy na kole. Pomocí demonstračních obrázků – dopravních značek byly děti obeznámeny také s pravidly silničního provozu. Dále byla zařazena prevence ochrany proti škodlivým vlivům – ať již ochrana před nebezpečnými lidmi, zvířaty, či co dělat při nalezení injekční stříkačky a mnoho dalších informací. Pan policista se snažil svůj výklad přizpůsobit všem dětem, do činností zapojil i děti imobilní i děti se střední a těžkou mentální retardací. Po celou besedu všechny děti udržely v rámci možností pozornost, a proto byly po ukončení odměněny a od učitelek velice pochváleny. Chlapec X se například zapojil tak, že podával obrázek, uplatnil své



dovednosti znaku do řeči, policista mu také nasadil strážnickou čepici. Chlapec Y předváděl chodce. Pro děti jsou tyto besedy velmi vhodné, jsou vděčny za to, že mají změnu činností a většina se ráda aktivně zapojí. S radostí se účastnil celý personál. Lze říci, že tato beseda byla pro děti seznámením se společenským děním, byla tedy uplatněna sociální rehabilitace.

Čtvrteční ráno se konala pravidelná hydroterapie. Dopoledne ovšem neproběhlo jako obvykle – v tento den přišly za dětmi studentky oboru asistent zubního technika Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Emanuela Pöttinga Olomouc. Studentky zábavnou formou dětem prezentovaly správné čištění chrupu. Nejprve je zlákaly pohádkou, potom děti hravě poznávaly obrázky. Nechyběla odborná názorná ukázka správné péče o zuby pomocí studijních modelů, která byla pro děti nejvíce atraktivní. Každé dítě se pochlubilo svým kartáčkem a za odměnu děti dostaly omalovánky a pexesa.

Páteční canisterapie probíhala jako obvykle v pátek od 8. hodiny, děti byly rozděleny na dvě skupiny. Dnes přišla paní Jitka Šiklingová, která v zařízení koná canisterapii již několikátým rokem, za doprovodu fenky Cory. Lekce začala jako obvykle rozhovorem dětí a paní canisterapeutky. Dále následovala „akční část“, děti chodily postupně jedno po druhém za pejskem a házely aport - měkký míček, či tenisový míček, následovně létající talíř. Nejdříve házely do dálky a poté i do výšky. Procvičily se v hodů míčkem horem, dále v hodů pískací hračkou. Také se fenku snažily „ošidit“ (např. kutálení míčku, tam kam to pes nečeká). Aby si fenka i děti po fyzickém výkonu odpočinuly, canisterapeutka zvolila klidnější hmatovou hru. Děti vytahovaly z pytlíku nejrůznější předměty a snažily se uhodnout, co to je a na co se to používá (např. guma, víčko od nápoje, otvírák na konzervy atp.). Některé děti byly hrou velice zaujaty, jiné naopak preferovaly činnosti pouze s Corou. Pokračovalo se poznáváním částí těla na feně. Děti ukazovaly části těla na sobě a následně na pejskovi. Cílem byl přímý kontakt se srstí feny, jež pomáhá uvolnit spasmy, ale prostřednictvím doteku se děti zdokonalují rovněž ve hmatovém vnímání. Dále ukazovaly barvy na těle feny, srovnávaly své části těla a části těla pejska (např. počítaly nohy, uši,...). Na závěr se konala tradičně prováděná a dětmi oblíbená „ojídačka“ – tedy granulování. Děti si lehy na koberec a na různé části těla jim byly položeny kousky granulí. Mezitím byla canisterapeutka s fenkou za dveřmi, poté děti zavolaly a nastala situace, kdy Cora hledala kousky granulek na těle dětí. Dětem se tato část canisterapie obvykle líbí, někdo si nechá dát pamlssek na holé břicho, někdo i na čelo, děti jsou tak v bezprostředním kontaktu s pejskem. Najdou se ale i děti, které se přímého kontaktu se psem obávají (děti docházející z dětského domova si udržují větší odstup od zvířete).

## **Rozbor a popis celotýdenních individuálních činností sledovaných dětí dle uvedeného plánu výchovně vzdělávacích činností**

Přikládání stejných obrázků na sebe dělalo problém chlapci Y (viz příloha III., fotografie 12). Dívka Z zvládla přikládání samostatně, poznala roční období a přiřadila k nadřazeným obrázkům podřazené (př. symbolika jara na jedné kartičce – k tomu květina atp.).

S hochem X jsme se zaměřili pouze na manipulaci. V rámci individuální činnosti proběhla hmatová diferenciací – hmatové cvičení s pomůckou názvu Hra na hlazení (viz příloha II., obr. 9). Tento didaktický materiál pomáhá dětem poznat a následně i vyjádřit jejich pocity. Procvičuje smysly, vyjadřovací schopnosti, paměť i přemýšlení. Děti se vzájemně hladí různými povrchy, snaží se je poznat a poté se zavázanýma očima najít na své liště. Základní myšlenku lze různě obměňovat a vytvářet tak stále nové druhy zábavy. Hoch X nebyl schopen najít dva stejné povrchy a to ani se zrakovou kontrolou. Použila jsem tuto pomůcku k rozvíjení hmatového vnímání a k navození zrakové kontroly a zaměření pozornosti na rozmanitý povrch. Byl zaujatý převážně neobvyklým povrchem některých dílků (plst', umělá vlna, „hřebíčky“). Ačkoli chlapec málokdy navázal zrakový kontakt, když jsem jeho ruku položila na dílek, který jej v ruce šimral nebo cítil hrubější povrch, mohla jsem pozorovat změnu mimiky chlapcova obličeje při vnímání různých částí hmatem. Dále následovala manipulace – ruku v ruce jsme se pokoušeli umístit části „Hry na hlazení“ z lišty na podložku a z podložky zpět do lišty. S uchopováním neměl chlapec problémy, ale některé části jsme museli vkládat opakovaně. Jednalo se o drobný materiál a chlapec zpravidla nedokáže přesně cílit – tedy odhadnout přesnou lokaci uložení předmětu na podložku.

Dále chlapec X vkládal geometrické tvary do otvorů „mluvící hračky“ (mluvící hrací hrnec – viz příloha II., obr. č. 14). Bylo nutné vždy hračku otočit a nasměrovat jeho ruku s tvarem přímo k otvoru, až poté dokázal dílek „vtlačit“ do otvoru. Nebyl schopný si složitější tvary správně natočit. Někdy bylo zapotřebí tvar umístit do dlaně takovým směrem, aby jej již nemusel sám správně natáčet, protože pokud se mu vkládání do otvorů nedařilo, měl tendenci k ukončení činností. S výraznou pomocí tvary dokázal vtlačit do otvoru hračky (je schopen i špetkového úchopu, ale preferuje dlaňový, nyní se to projevilo při vkládání všech dílků). S chlapcem často používám hračky podobného typu. Ať již vkládačky plastové, dřevěné (příloha II, obr. 15 a – e), nejrůznějších geometrických tvarů či duté navlékací kroužky. Jedná se zpravidla o hračky didaktického typu, podněcující téměř všechny smysly a také komunikaci (například „Hrací mluvící hrnec“ při správném vložení tvaru zpívá).

Na závěr individuální činnosti jsme s chlapcem X znakovaly do písničky „Měla babka“, kterou již několik měsíců fixujeme. Je schopen znakem do řeči ukázat některá fixovaná slova z písničky. Ukáže slova – babka, jablko, stejně. Kromě osvojených znaků občasně používá svou komunikační knihu, kde má zařazeny jednoduché obrázky (obrázky se systému VOKS a také z Dětského autistického obrázkového slovníku). Jedná se o obrázky věcí, předmětů, ojedinele i činností, které zná a které má dosud fixované. Zásobník se snažím rozvíjet v rámci chlapcových možností. Má zde i fotografie (nazvané: „papá“, „hraje si“, „učí se“, „dělá aa“ atp.). Také tu má fotografie spolužáků a pracovníků. Zkusili jsme si ukázat na fotografiích, kdo dnes ve školce je. Bylo nutné hodně pomáhat, zvládl ukázat sám správně pouze pohlaví (dívka X chlapec – např. „Ukaž, kde je na obrázku holčička“).

Další den v týdnu jsme se věnovali v individuální činnosti grafomotorickým cvičením – hoch X je ve fázi výtvarného projevu čmárání, ale i to je pro něj problém. Grafomotoriku vykonává obvykle tužkou s vertikální hmatkou do dlaňového úchopu (viz příloha II., obr. 11). Dlaňové držení zvládá technikou „ruka v ruce“, někdy i sám, ale často tužku samovolně upustí. Čmárat byl nyní samostatně schopný několik sekund. Čáry jsem zaznamenala obvykle krátké, s pomocí měl ruku spíše povolenou, nechal se rád vést. Snažila jsem se jej co nejvíce upoutat tak, aby byla kresba samostatná (třukáním na papír, mírně jsem mu předklonila hlavu, aby sledoval svou ruku), bylo to velice obtížné. Jak již jsme zmínila, často se díval do „neznáma“, zraková kontrola při sledování grafomotorického cvičení byla velice slabá. Společně s pomůckou (vosková pastelka do dlaňového úchopu) jsme ruku v ruce kreslily kruhy. U činnosti jsem s hochem komunikovala, např. jsem říkala básničku „Maluje sluníčko, červené jablíčko“ (kruh červenou barvou). Zraková kontrola bývá u chlapce X dle jeho aktuálního soustředění, v tento sledovaný den byla zraková kontrola téměř nulová. Poté, jelikož pozornost delší dobu neudržel, jsme chodili po třídě a manipulovali s různými věcmi a hračkami (vezení kočárku, otevírání zásuvky, skříňky, vkládání a odebírání věcí do poličky a zpět, atp.). Na závěr bych jako důležitou poznámku zmínila, že chlapce je důležité vést k samostatnosti v průběhu celého dne. Neustále se jej snažím vést k sebeobsluze – sundávání kalhot na WC, hygiena, umývání a utírání rukou, zasouvání židličky, odsouvání od stolu, samostatnost při stravování (jezení lžící, pití z hrníčku,...). Dále je pak důležité navozovat spoustu dalších činností, které jsem již zmiňovala při pohybové aktivitě (reakce na signál, pokusy o poskoky, svižnější chůze,...). Jak jsem vypožorovala z dnešní analýzy produktů aktivit s chlapcem – je neustále zapotřebí opakovat a fixovat činnosti dětské ergoterapie a ADL a postupně přidávat další, v rámci možností a individuálního rozvoje chlapce.

S chlapcem Y jsem se zaměřila na několik variant individuálních činností. Přikládání stejných obrázků na sebe dělalo chlapci problém. Při činnostech v oblasti zrakové diferenciaci je zapotřebí pozornosti dítěte a právě s udržení soustředění na prioritní oblast při vzdělávání je pro chlapce Y velice obtížné. Chlapec má o učení při individuálních činnostech velký zájem, ovšem jeho diagnóza mu mnohdy brání v tom, aby se adekvátně rozvíjel dál. Proto se snažíme po malých kouscích a rozmanitými činnostmi společně najít zajímavou činnost. Velice rád listoval knihami a u této činnosti byl velice komunikativní. Při otáčení ale dosti spěchal, bylo dobré najít obrázek, který jej zaujal, př. s dopravou → ptala jsem se, kde co na obrázku je (hoch samozřejmě ukazoval nebo ojedinele nesrozumitelně odpovídal). Vyhledával zvířátka, další předměty na kartičkách, (roč. období, dle konkrétních vzorových obrázků, které jsem mu ukazovala s komentářem, nevěděl-li, ukazoval neurčitě).

Tento týden jsme se tedy zaměřili na pochopení souvislostí – přikládání obrázků s ročním obdobím. Nadřazené + podřazené obrázky přikládal k sobě – př. symbol zimy = sněhulák a k němu přiřadit kartičku s dalšími podřazenými obrázky zimy (vločka,...). Činnost se dařila pouze s výraznou pomocí. Dále jsme uplatnili komunikaci s ukazováním – básnička „Sněhulák“. Básničku jsem říkala, chlapec ukazoval na obrázku – procvičil si zrakovou diferenciaci (např. ukazoval sněhulákův nos, koště, knoflíky). Byl schopný po mně opakovat jednoduchá slova básničky, těžší slova byla zkomolená, nejčastěji opakoval slova z konce rýmu. Při básničce si procvičil také grafomotoriku – obtažení největší koule sněhuláka; vykreslil části obrázku, které jsem řekla (nos, koště,...) – viz příloha III., fotografie 13.

Další dny si básničku opakoval, ukazoval nejen na obrázku, ale zkusili jsme si rovněž ukazování do básničky pomocí improvizovaného pohybu (velká koule, mrkev jako nos,...). Také jsme se soustředili na to, co jej baví – prohlíželi jsme si knihu „Velká kniha předškoláka“ a v ní témata související s popisovaným týdnem – ukázka co děti dělají ve všech čtyřech ročních dobách, posloupnosti dne – opět jsem jmenovala obrázky a chlapec ukazoval. Neustále jsem s ním komunikovala (podívej, ukaž, a kde je ještě, „Co dělá...“ - ovšem pouze v případě jednoslovné odpovědi, kterou je chlapec schopný realizovat). Chválila a povzbuzovala jsem za každou správně provedenou činnost. Při nesprávné jsem vyžadovala po chlapci opravu, avšak pomohla jsem mu tak, aby nebyl smutný (hoch je občas lítostivý, pochopí, že když něco udělá špatně, může se na něj druhá osoba trošku hněvat, proto je nutné k chlapci přistupovat vlídným, přívětivým přístupem). Při prohlížení byl komunikativní, u obrázků, které jej zaujaly, se vyjadřoval samostatným verbálním projevem. Projevila se typická nesrozumitelná řeč – tzv. „mluvení pro sebe“ bez zrakového kontaktu s druhou

osobou. Při řízenějším rozhovoru se tato chlapcova řeč obvykle nevyskytla, komunikace byla omezena jednoslovně věty typu „jo“ či opakování jednoduchých slov z věty dotazujícího nebo věty znějící v podobě dotazu – „Jo?“. Při individuální činnosti chlapec pouze opakoval slova z věty, která se mu zalíbila a byla jednoduchá (př. mnou dotazované otázky: „Byl jsi o víkendu doma?“; výpověď chlapce zněla: „Doma, jo?“ či – „Doma, no.“).

S dívkou Z, jak již zmiňuji výše, jsme procvičovaly posloupnost dne – vysvětlovaly si mimo pojmů ráno, poledne, večer i pojmy „dopoledne“ a „odpoledne“. Zaměřily jsme se především na komunikaci. Uplatnila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru. Dívka byla relativně komunikativní, často ovšem povídala o tom, co nesouviselo s tématem, nechala jsem ji komunikovat spontánně, občasně jsem kladla doplňující otázky, spíše přímé, srozumitelné. Zopakovaly jsme si téma „povolání“ z minulého týdne. Dále jsme se zaměřily na grafomotoriku – šikmé rovné čáry (lyžaři jedou na lanovce). Děvčátko nejprve postupovalo nejistě, upozorňovala jsem ji na správné držení tužky.

### **Další použitá metoda**

Jelikož s dívkou, jakožto s jediným ze tří probandů, je možné vést rozhovor, používám často u ní právě této metody. Cílem je dovědět se prostřednictvím metody spontánního rozhovoru informace ze života dívky. Nestrukturovaný i polostrukturovaný rozhovor jsem si několikrát zaznamenávala písemným záznamem v přesném znění tak, jak dívka odpovídala na otázky jejím dětským projevem. Důležité je zmínit, že se během rozhovoru mnohdy projevovala i silně neverbálně. Krčení rameny, rozhazování rukama, objevily se často i grimasy u odpovědí, kterými si nebyla jistá či u otázek, na které hned nedokázala odpovědět. V tomto týdnu jsem zaznamenala, že její odpovědi byly stručné, občasně se netýkaly tématu, o kterém jsme v daném okamžiku hovořily. Rozhovor na různé téma s děvčetem vedu často, obvykle při každé individuální činnosti. Dívka bývá sdílná podle aktuální nálady a citového rozpoložení. Je zajímavé, že když nastane delší absence dívenky v zařízení a poté je veden rozhovor, dochází k omezené sdílnosti a objevuje se více nonverbálních projevů, odmlčení a stavy nesoustředěnosti.

### **Doplňkové metody:**

#### **Rozhovor dívkou Z**

Učitelka (dále „U“): Co jsi dělala o víkendu?

- Přijel tatínek, hrál si se mnou.

U: Jakou hračku máš nejraději?

- Hraju si s panenkou, barbínou.

U: Máš i kočárek a jiné panenky?

- Mám panenky, miminka, kočárek je nahoře v domě.

U: Řekla jsi někdy mamince, aby ti kočárek někdy půjčila/přinesla?

- Jo, ale mamka neměla čas. Říkala, že teď nemá čas.

U: Byli jste s rodinou někde na výletě? Jela bys ráda na nějaký výlet?

- Née, šli jsme ven, pak jsem šla za malým dědou. Tak třeba na ten Kopeček, tam jsme měli jet bobovat, ale maminka neměla čas (krčení rameny). No, tak co. Říkala, že nemá čas a s tatínkem jsme tam kdysi byli bobovat.
- No, tak třeba na Kopeček. Nebo s dědou. V pátek přijede tatínek, jupí.

U: Komentář ke kresbě dívky:

- Trošku se mi to ale nepovedlo, je to nějaká maminka s miminkem, nevím jaká.

### **Pozorování chování chlapce s kvadruparetickou dětskou mozkovou obrnou:**

Z důvodu intenzivní léčebné rehabilitace v lázních měl chlapec v docházce za dvě sledovaná čtvrtletí (školního roku 2012/2013) časté absence.

Při aktivitách byl spíše pasivní, pozoroval děti při hře. Vleže na zádech si hrál s umělohmotnými pestrými hračkami. Edukace byla podpořena množstvím zvuků a jejich rozeznáváním. Na tabulce pomocí obrázků z komunikační knihy určoval počet do 4, barvy, předměty, zvířata, části těla, činnosti. Vyjadřoval se AAK – ukázání hrabavým pohybem ruky a očními pohyby. S fyzioterapeutkou cvičil rád – Vojtovou metodou každý den po dobu 10 – 15 minut. Na canisterapii i hipoterapii reagoval pozitivně. Při kontaktu se zvířetem se usmíval. Hlasově se projevoval broukáním, vyslovením nekoordinovaného „ano“. Verbální komunikace je u hochy znemožněna dysartrií, hypersalivací. Pro podporu této symptomatické poruchy řeči je dobré uplatňovat techniky facilitační stimulace. Nedokázal kvůli mimovolním pohybům končetin manipulovat s předměty. Sunul se pouze v lehu na zádech. Při speleoterapii zaujímal pasivní polohu relaxace na lehátku. Hydroterapie byla vykonána za účasti fyzioterapeutky, která se zaměřovala na ideální handling ve vodě. Během rehabilitační péče, probíhající v rámci celého dne, je důležité hochu aktivizovat a vhodně motivovat.

## **II. Obrázková příloha**

Obr. 1 – Rehabilitační čočka

Obr. 2 – Masážní míček akupresurní

Obr. 3 – Míček na míčkování

Obr. 4 – Rotana akupresurní

Obr. 5 – Senso igel L - ježek polokoule

Obr. 6 – Masážní válečky

Obr. 7 – Physio-roll

Obr. 8 – Aquadoodle

Obr. 9 – Hra na hlazení

Obr. 10 – Vosková pastelka do dlaňového úchopu – Colorball

Obr. 11 – Vertikální hmatka pro úchop tužky

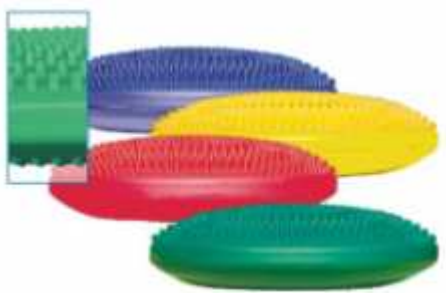
Obr. 12 – Panna pro rozvoj jemné motoriky

Obr. 13 – Pískovnička

Obr. 14 – Mluvicí hrací hrnec (Fisher Price)

Obr. 15 (a – e) – Dřevěné vkládačky

Zdroje obrázků jsou uvedeny pod příslušnými obrázky. Obrázky, které nemají uvedený zdroj, jsou z vlastních zdrojů.



Obr. 1



Obr. 2

Obr. 1 – Rehabilitační čočka (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/kliny-a-cocky-na-sezeni/cocka-rehabilitacnimodra.html>)

Obr. 2 – Masážní míček akupresurní (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/akupresurni-pomucky/jezek-stredni-zluty.html>)



Obr. 3



Obr. 4

Obr. 3 – Pěnový míček na míčkování (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/micky-na-mickovani/micek-na-mickovani-5-cm.html>)

Obr. 4 – Rotana (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/cviceni-rovnovahy/rotana-akupresurni-707-30-cm.html>)



Obr. 5



Obr. 6

Obr. 5 – Senso igel L - ježek polokoule (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/akupresurni-pomucky/senso-igel-l-jezek-polokoule.html>)

Obr. 6 – Masážní válečky (<http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/rehabilitace/akupresurni-pomucky/valecky-twin-roll-masazni-16x65-cmpar.html>)





Obr. 7 – Physio-roll (<http://www.gymnic.com/en/physiotherapy/physio-roll-plus/>)



Obr. 9 – Hra na hlazení

(<http://www.benjamin.cz/cs/2169/e-shop/didakticky-material/rozvoj-smyslu-procvicovani-pameti/hra-na-hlazení-2-listy/index.htm>)



Obr. 8 – Aquadoodle



Obr. 10 – Vosková pastelka do dlaňového úchopu



Obr. 11 – Vertikální hmatka pro úchop tužky



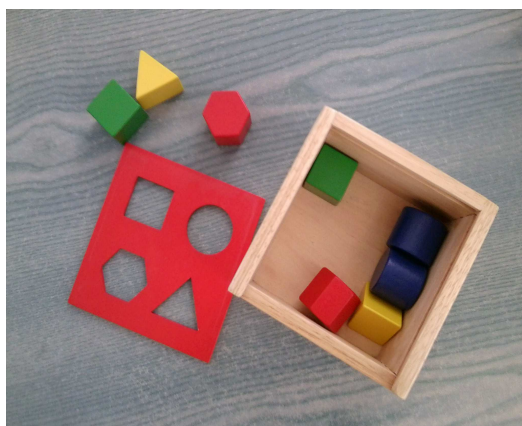
Obr. 12 – Panna pro rozvoj jemné motoriky



Obr. 13 – Pískovnička



Obr. 14 – Mluvicí hrací hrnec Fisher Price



Obr. 15 a)



Obr. 15 b)



Obr. 15 c)



Obr.15 d)



Obr. 15 e)

Obr. 15 a) – e) – Dřevěné vkládačky

### **III. Fotodokumentace – Canisterapie, hipoterapie, léčebná tělesná výchova, pedagogická rehabilitace, muzikoterapie, individuální činnost**

Fotografie 1 – Canisterapie – aktivita „vkládání granulí do krabičky“

Fotografie 2 – Canisterapie – aktivita „granulování“

Fotografie 3 – Canisterapie – aktivita „Házení aportem – létajícím talířem“

Fotografie 4 – Léčebná tělesná výchova

Fotografie 5 – Hipoterapie – hiporehabilitace

Fotografie 6 – Hipoterapie – hiporehabilitace

Fotografie 7 – Pedagogická rehabilitace – akce se strážníky městské policie Olomouc

Fotografie 8 – Muzikoterapie

Fotografie 9 – 16 – Výchovně-vzdělávací činnosti – ukázky individuálních činností v sešitu probanda Y za období říjen – březen 2013

\*Z důvodu ochrany osobních údajů jsou zdroje fotografií neuvedeny a fotografie jsou anonymizovány



Fotografie 1



Fotografie 2



Fotografie 3



Fotografie 4



Fotografie 5



Fotografie 6



Fotografie 7



Fotografie 8

11.10.

- J.M. - motoučka' spiala
- TOČET. PŘEDSTAVY - odlišit 1 kódu X kódu
- GRAFOMOTORIKA - správná' s kódu

12.10.

- ZRAK. DIFERENCIACE - poznání' podobnosti' tvaru k tvaru' ploše
- identifikace' sled'

Dů: Zroni, domaly' ježkoví' bodlinky.



KLIKATA' JE OESTIČKA, NA LOUPE I V LESE,  
PO NÍ JEŽEK BODLINKA TEŽKÝ NAKLAD NESE.

Fotografie 9

6.11.

VÝROBA TRÁVNÍČEK

7.11.

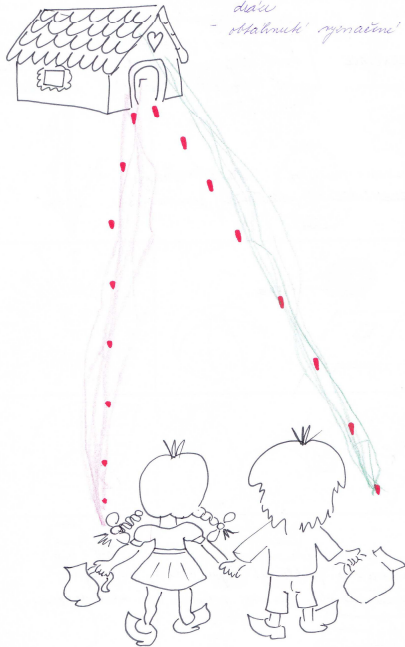
- POZNÁNÍ + KOMUNIKACE + ZRAK. ANALÝZA - ukazuje detaily pro kvačku, komvolygu, rpléni' dly, pýmona' na' vly
- GEOMETRICKÉ TVARY + BARVY - složité poodrovaný' kva, rylu a 2 mčovní' poodrovaný' kva



Fotografie 10

7.4.

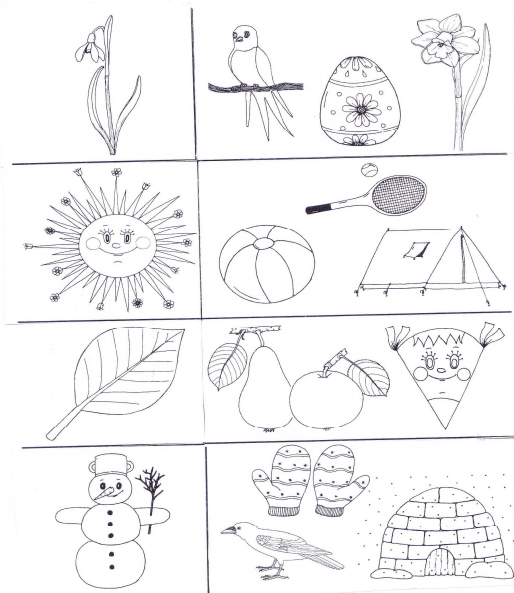
- GRAFOMOTORIKA + VÍZUOMOTORIKA - všim' podylu paku po ryvnatém' dnu
- odlišit' ryvnatém' dnu



Fotografie 11

4.2.

- POZNÁNÍ A KOMUNIKACE - pvač s obřady
- ZRAKOVÁ DIFERENCIACE - klasovat na obrázku dle slovního pedy
- SOUVISLOSTI - pvačovní' matice obřadu (moci obřadu), pvačovní', ryládal na obřadu



Fotografie 12





## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Marie Nováková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	PaedDr. Vlasta Jonášková CSc.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Komprehenzivní rehabilitace dětí v mateřské škole při zdravotnickém zařízení
<b>Název v angličtině:</b>	Comprehensive rehabilitation of children in kindergarten at health care facilities
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tato bakalářská práce pojednává o komprehenzivní rehabilitaci dětí v mateřské škole při zdravotnickém zařízení. Práce dospívá k závěru, že komplexnost rehabilitačního týmu je nezbytným aspektem péče.</p> <p>Část první – teoretická se věnuje jednotlivým složkám komplexní rehabilitace a jejich využitím převážně u dětských klientů se zdravotním postižením. Druhá – praktická část umožňuje pohled do zařízení, ve kterém byla ucelenost složek rehabilitace zkoumána. Tato část se zaměřuje na pedagogickou rehabilitaci zaznamenanou v kazuistikách u tří probandů. Jsou použity metody hodnocení, vlastního pozorování a analýzy produktů činnosti.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	<i>Komprehenzivní rehabilitace, kombinované postižení, tělesné postižení, předškolní věk, léčebná rehabilitace, pedagogická rehabilitace</i>
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This bachelor's thesis discusses the comprehensive rehabilitation of children in kindergarten at a health care centre. The work concludes that the complexity of the rehabilitation team is an essential aspect of care.</p> <p>The first theoretical part is dedicated to the comprehensive rehabilitation and its use mostly on pediatric clients with disabilities. The second practical part provides insight into the system in which the integrity of the components of rehabilitation was investigated. The part focuses mainly on educational rehabilitation recorded in case reports of three probands. The methods of evaluation, self- observation and analysis of products of activities are used.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<i>Of comprehensive (complete) rehabilitation, combined disability, physical disability, preschool age, medical rehabilitation, pedagogical rehabilitation</i>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>I. Textová příloha</li><li>II. Obrázková příloha</li><li>III. Fotodokumentace</li></ol>
<b>Rozsah práce:</b>	121
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština