



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Metody koordinované rehabilitace u jedinců s tělesným postižením

Vypracovala: Vendula Váchová

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce *Metody koordinované rehabilitace u jedinců s tělesným postižením* se zaměřuje na děti školního věku.

Práce je členěna do dvou částí. Teoretická část se zaměřuje na systém koordinované rehabilitace, její vývoj a význam. V jednotlivých podkapitolách jsou definovány jednotlivé prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní se zřetelem na jejich propojenost a vzájemnou návaznost. V podkapitole o léčebných prostředcích rehabilitace jsou blíže specifikovány terapeutické metody. Podkapitola o sociálních prostředcích rehabilitace je zaměřena na sociální služby. Druhá kapitola pojednává o tělesném postižení, jeho etiologii a klasifikaci. Blíže specifikovanými druhy tělesného postižení jsou dětská mozková obrna a neuromuskulární onemocnění. Poslední kapitola teoretické části se věnuje metodám koordinované rehabilitace, které se mohou využívat u dětí s tělesným postižením.

Výzkum proběhl v centru Kaňka, celým názvem Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s. v Táboře. Cílem praktické části bylo zmapovat metody, které centrum v rámci systému koordinované rehabilitace svým klientům, zejména dětem s tělesným postižením, poskytuje a na kazuistikách vybraných dětí poukázat, zda tento systém v zařízení funguje. Součástí praktické části je podkapitola, která je věnovaná charakteristice a bližšímu seznámení se s centrem Kaňka.

Pro naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. Údaje byly zjišťovány především obsahovou analýzou dat, jako doplňková metoda sloužily polostrukturované rozhovory s rodiči. Na základě obsahové analýzy dokumentů byly vytvořeny tři kazuistiky dětí s tělesným postižením, které zachycují rodinnou a osobní anamnézu, informace z lékařských zpráv, psychologických vyšetření a individuálních plánů. Pozornost byla také soustředěna na jednotlivé prostředky koordinované rehabilitace, které v rámci centra Kaňka děti využívají.

Na základě výzkumu měly být zodpovězeny tyto otázky: Mají děti s tělesným postižením v centru Kaňka možnost využívat komplexní péči v duchu koordinované

rehabilitace? Jaké metody a služby jsou v centru nabízeny? A odpovídá nabídka představám rodičů pečujících o děti s tělesným postižením?

Výzkum ukázal, že především díky týmové spolupráci funguje centrum Kaňka na bázi uceleného (koordinovaného) systému rehabilitace. Z kazuistik je patrná dobrá návaznost prostředků léčebných, pedagogických a sociálních. Pracovní prostředky nejsou klíčové, jelikož byla pozornost soustředěna na děti školního věku. Na druhé straně však centrum Kaňka poskytuje ergoterapii, která zejména u dětí s tělesným postižením představuje nácvik běžných denních činností a rozvoj soběstačnosti, což úzce souvisí s pracovními prostředky.

Zařízení propojuje odborné terapie se sociálními službami a povinnou školní docházkou. Poskytovány jsou fyzioterapie, logopedie, canisterapie, muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie. U dětí s tělesným postižením jde především o nácvik běžných denních činností, rozvoj jemné a hrubé motoriky, celkovou duševní pohodu a pozitivní ladění. V rámci sociálních prostředků jsou využívány služby osobní asistence, denní stacionář a raná péče. Děti se vzdělávají v základní škole a základní škole speciální. Kaňka poskytuje také mateřskou školu speciální. V neposlední řadě centrum nabízí volnočasové aktivity.

Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka, o.p.s. je jedním z mála zařízení v Jihočeském kraji, které poskytuje ucelenou péči v duchu koordinované rehabilitace, a to nejen dětem s tělesným postižením.

Klíčová slova: koordinovaná rehabilitace, prostředky rehabilitace, odborné terapie, sociální služby, povinná školní docházka, multidisciplinární přístup, centrum Kaňka, dítě s tělesným postižením

Abstract

This bachelor thesis called Methods of coordinated rehabilitation provided to individuals with physical disabilities focuses on school-age children.

The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the system of coordinated rehabilitation, its development and meaning. Means of rehabilitation namely remedies, educational, social and working resources with regard to their interconnection and mutual continuity are closely defined in particular subcategories. Therapeutic methods are closely specified in the subcategory regarding rehabilitation remedies. The subcategory concerning social rehabilitation resources concentrates on social services. Second chapter pinpoints physical disability, its etymology and classification. Specific types of physical disability are cerebral palsy and neuromuscular disease. The last chapter of theoretical part is devoted to methods of coordinated rehabilitation that can be used for children with physical disabilities.

The research took place in Primary school and nursery school and provider of social services, Kaňka social purpose society in Tábor. The aim of the practical part was to find out the methods that this centre under the system of coordinated rehabilitation provides to its clients. Another aim was to point out whether this system works on case reports of chosen children in such facilities.

Qualitative research has been chosen to fulfil the aim of this thesis. The data has been obtained primarily by the content analysis of the data. Semi structured interview with parents served as an additional method. On the basis of the content analysis of the documents three case reports of children with physical disabilities have been created. Informed consent has been acquired from the children's parents. Case reports reflect personal and family history, information in medical reports, psychological examinations and individual plans. Furthermore, attention is paid to particular means of coordinated rehabilitation that are used by the children in Kaňka centre.

On the basis of the research these questions needed to be answered: Do the children with physical disabilities have the possibility to receive complex care in the spirit of coordinated rehabilitation? What methods and services are offered in this centre? And

does the offer live up to the parents, who take care of the children with physical disabilities, expectations?

The research showed that notably thanks to teamwork Kaňka centre works on the basis of comprehensive (coordinated) system of rehabilitation. It is apparent from case reports that continuity of remedies, educational and social resources is good. Working resources are not crucial for this work because attention was paid on school-age children. On the other hand, Kaňka centre provides occupational therapy especially for children with physical disabilities. Occupational therapy represents a practise of daily activities and development of self-sufficiency, which closely relates to working resources of coordinated rehabilitation.

Facility interconnects specialist therapies with social services and compulsory school attendance. Children are provided these therapies: physiotherapy, speech therapy, canine therapy, music therapy, art therapy and occupational therapy. As far as the children with physical disabilities are concerned they practise ordinary daily activities, develop fine and gross motor skills, improve mental health and overall wellbeing and promote a positive attitude. In terms of social resources these services are used: personal assistance, day care centre and early care. Children are educated in primary school and special school for primary education. Kaňka also provides special care nursery. Children are also offered leisure activities.

Primary school and nursery school and provider of social services, Kaňka social purpose society is one of few centres in southern Bohemia region that provides complex care in the spirit of coordinated rehabilitation that is not only for children with physical disabilities.

Keywords: coordinated rehabilitation, means of rehabilitation, specialist therapies, social services, compulsory school attendance, multidisciplinary approach, Kaňka centre, a child with physical disability

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2015

.....

Vendula Váchová

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastimile Urbanové za cenné rady a trpělivost při vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji pracovníkům zařízení Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s. za vstřícnost a čas, který mi věnovali. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodičům za ochotu při poskytnutí rozhovoru.

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav koordinované rehabilitace	13
1.1 Ucelený (koordinovaný) systém rehabilitace	13
1.1.1 Holistické pojetí člověka	16
1.1.2 Multidisciplinární tým	16
1.2 Léčebné prostředky rehabilitace	17
1.2.1 Terapeutické metody	17
1.3 Pedagogické prostředky rehabilitace	19
1.4 Sociální prostředky rehabilitace	23
1.4.1 Sociální služby	24
1.5 Pracovní prostředky rehabilitace	25
2 Tělesné postižení	27
2.1 Vymezení zdravotního a tělesného postižení	27
2.2 Dítě s tělesným postižením	27
2.3 Etiologie tělesného postižení	28
2.4 Klasifikace tělesného postižení	29
2.5 Dětská mozková obrna	30
2.6 Neuromuskulární onemocnění	32
3 Metody koordinované rehabilitace dětí s tělesným postižením	34
3.1 Fyzikální terapie	34
3.1.1 Hydrokinezioterapie	34
3.2 Léčebná tělesná výchova	35
3.3 Ergoterapie	36
3.4 Animoterapie	37
3.4.1 Hiporehabilitace	37
3.4.2 Canisterapie	38

4	Cíl práce a výzkumné otázky	39
4.1	Cíl práce	39
4.2	Výzkumné otázky	39
5	Metodika	40
5.1	Metody výzkumu	40
5.1.1	Obsahová analýza dat	40
5.1.2	Polostrukturovaný rozhovor	41
5.2	Charakteristika výzkumného souboru	41
5.3	Charakteristika výzkumného terénu	42
5.3.1	Centrum Kaňka.....	42
5.3.2	Historie centra Kaňka o.p.s.	43
5.3.3	Klienti a pracovníci centra Kaňka	44
5.3.4	Prostorové a materiální zázemí	44
6	Výsledky	45
6.1	Kazuistika č. 1.....	45
6.2	Kazuistika č. 2.....	47
6.3	Kazuistika č. 3.....	49
6.4	Realizace koordinované péče v centru Kaňka	51
6.4.1	Sociální prostředky rehabilitace v centru Kaňka.....	51
6.4.2	Léčebné a terapeutické prostředky v centru Kaňka.....	53
6.4.3	Vzdělávání a pedagogické prostředky rehabilitace v centru Kaňka..	53
6.4.4	Volnočasové aktivity v centru Kaňka.....	54
6.5	Výsledky polostrukturovaných rozhovorů a jejich interpretace	55
7	Diskuze	57
8	Závěr	63
9	Seznam informačních zdrojů	65
10	Přílohy	69

Seznam použitých zkratek

- DMO dětská mozková obrna
- IVP individuální vzdělávací plán
- SPC speciálně pedagogické centrum
- LTV léčebná tělesná výchova
- CNS centrální nervová soustava
- ŠVP ZV školní vzdělávací plán pro základní vzdělávání
- ADL běžné denní činnosti
- ZŠ základní škola
- MŠ mateřská škola
- VP zkrat ventrikuloperitoneální zkrat
- T tazatel
- R respondent

Úvod

V posledních letech nabývá koordinovaná rehabilitace na svém významu a důležitosti. V současné době už se nejedná o ryze zdravotnickou záležitost, ale jde především o koordinované využití prostředků léčebných, pedagogických, sociálních a pracovních. Důvodem výběru této problematiky bylo na tuto skutečnost poukázat.

Aby byla koordinovaná rehabilitace efektivní, měl by být její nástup u lidí se zdravotním postižením včasný. Děti s tělesným postižením mají vlivem omezení hybnosti snížený přísun podnětů ze svého okolí. Pokud je okolí z jakéhokoliv důvodu málo podnětné, může dojít k deprivaci. Včasné použití nejrůznějších metod a prostředků koordinované rehabilitace představuje dostatečný přísun podnětů a zkušeností ze svého vlastního těla i z okolí a nabízí možnosti pro vývoj osobnosti po stránce tělesné, psychické, sociální i spirituální.

Cílem výzkumné části práce je poukázat na funkčnost a možnosti koordinované rehabilitace u dětí s tělesným postižením školního věku v zařízení, které svou činnost propojuje v oblastech výchovy a vzdělávání, sociálních služeb, terapeutických metod a volnočasových aktivit. Tímto zařízením je centrum Kaňka v Táboře, celým názvem Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, o.p.s.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola pojednává o koordinované rehabilitaci, o jejím vývoji a významu jednotlivých prostředků. Druhá kapitola se zaměřuje na děti s tělesným postižením, na etiologii a klasifikaci tělesného postižení. Ve třetí kapitole jsou popsány některé metody koordinované rehabilitace využívané u dětí s tělesným postižením. Při zpracovávání jsem vycházela ze studia a analýzy odborné literatury. V praktické části, pro kterou bylo zvoleno kvalitativní šetření, byla užitá metoda obsahová analýza dat, na základě které jsou vytvořené kazuistiky tří dětí s tělesným postižením, jako doplňková metoda sloužily polostrukturované rozhovory s rodiči. Zároveň byly zmapovány služby a jednotlivé prostředky koordinované rehabilitace v centru Kaňka. K tomu přispěla obsahová analýza dat ze Standardů kvality služeb, výročních zpráv a webových stránek, popřípadě dotazování odborníků.

Koordinovaná rehabilitace je plynulý a provázaný proces, jehož cílem je zařadit dítě se zdravotním postižením do aktivního společenského života a rozvíjet jeho osobnost. Dítěti s tělesným postižením například pomáhá vyrovnat se s postižením, rozvíjí soběstačnost, podněcuje dítě ke správnému zacházení s kompenzačními pomůckami a vede ke zlepšení komunikace s dítětem. Tento dlouhodobý proces však nevyžaduje úsilí jen ze strany dítěte, ale i rodičů a odborného týmu. Tuto myšlenku vystihl Anton Pavlovič Čechov ve svém citátu:

„Dokonce i nemoc se stane snesitelnější, víš-li, že jsou nablízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost“.

1 Současný stav koordinované rehabilitace

1.1 Ucelený (koordinovaný) systém rehabilitace

Ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu „comprehensive rehabilitation“. Tento výraz užíval ve své počestěné podobě (komprehenzivní rehabilitace) Ján Jesenský. Podle slovníku se doslovně slovo komprehenzivní překládá jako úplný, celkový či ucelený. Dnes je upřednostňován název ucelená rehabilitace, ale nejaktuálnější je pojem koordinovaná rehabilitace. Jak přídavné jméno „koordinovaná“ nebo „ucelená“ naznačuje, tento proces by neměl být pouze v kompetenci zdravotníka nebo zdravotníků. Aby byla rehabilitace co nejefektivnější, měl by se na ní podílet celý tým odborníků zahrnující různé pomáhající profese tak, aby se rehabilitace dotýkala všech složek lidské existence.

Jesenský (1995) rozděluje ucelenou rehabilitaci na 4 složky: léčebná, pedagogická, sociální a pracovní. S podrobnějším členěním se setkáváme u Novosada (2000), který složky rozdělil následovně: zdravotní, sociální, psychologickou, pedagogickou, rodinnou, pracovní a volnočasovou. Současnému pojetí však toto členění neodpovídá. Pfeiffer i Jankovský zdůrazňují, že rehabilitace je v zásadě jedna, rozdělují se jen jednotlivé prostředky rehabilitace (prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní). Ve skutečnosti by mělo jít o navzájem propojený systém.

Rehabilitace je pojmem novolatinským, který by se doslova dal přeložit jako znovuoschopnění. Vychází ze dvou latinských slov: habilis - schopný a předpony re znamenající znovu. Velmi specifická situace je u dětí. U řady z nich je postižení vrozené, a proto je získání dříve nabytých schopností a návrat k původnímu stavu nemožný. V takovém případě by se dalo spíše hovořit o habilitaci, avšak tento pojem se zatím u nás příliš neujal (Jankovský, 2006). V tomto případě je úkolem rehabilitace, aby se pokusila tyto schopnosti teprve vytvořit. Votava (2003) zmiňuje, že cílem rehabilitace u dětí je podporovat jejich přirozený vývoj a přiblížit ho i u dítěte se

zdravotním postižením vývoji jeho zdravých vrstevníků, případně dosáhnout zcela fyziologického vývoje.

Pojem se začal používat armádou ve Spojených státech amerických v době první světové války, kdy bylo nutné pomoci mladým mužům, kteří ve válce utrpěli vážná zranění. Rehabilitace podporovala jejich integraci do důstojného a aktivního způsobu života. U nás se první náznaky rehabilitace začaly objevovat za první světové války díky Rudolfu Jedličkovi, který organizoval program pro zraněné vojáky v ústavu určeném pro pohybově postižené děti. Samotný pojem rehabilitace se však u nás objevil až po druhé světové válce jako import z USA. V Československé republice v té době nebylo mnoho válečných invalidů, avšak začala se objevovat dětská obrna, kterou se dařilo velmi dobře zvládat. (Pfeiffer in Trojan, 2005).

Dle Jesenského (1995) představuje rehabilitace *„procesy znovuzískování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.“* Podle definice OSN je ucelená rehabilitace *„proces, při kterém má koordinované a kombinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotními obtížemi pozvednout se na co nejvyšší možnou funkční rovinu a plně se zařadit do společnosti“*. Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definuje rehabilitaci jako *„včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“* (Votava, 2003). V roce 1981 došlo k rozšíření této definice: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého“*. Definice z roku 2006 zní: *„Rehabilitace je soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání.“* Z těchto definic vyplývá, že rehabilitace již není výhradně zdravotnickou aktivitou, jak je u nás dodnes vnímáno většinou laickou veřejností. V moderním chápání prochází koordinovaná rehabilitace velkým vývojem. V dnešní době by měla být chápána jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen péči

zdravotnickou, ale i pedagogicko-psychologickou, sociálně právní a pracovní (Jankovský, 2006).

Významným cílem je návrat k původnímu stavu zdraví. Ale ani pojem zdraví není chápán jednotně. Nemělo by se jednat pouze o nepřítomnost nemoci. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne jenom jako absenci nemoci nebo vady. Často se doplňuje i oblast spirituální, tedy duchovní. Dalšími velmi významnými cíli je dosažení optimální kvality života, vyrovnávání příležitostí osob zdravotně postižených a jejich začlenění do společnosti (Votava, 2003).

Zásadami rehabilitace jsou včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, multidisciplinární posouzení, individuální přístup a součinnost. Poskytování koordinované rehabilitace je úsilím směřujícím k zamezení či omezení vzniku zdravotního postižení a minimalizace jeho negativních důsledků. Negativním důsledkem může být vyloučení ze společnosti, chudost mezilidských vztahů, snížené vzdělávací a pracovní možnosti, omezení možnosti cestování, bydlení, komunikace. Působení koordinované rehabilitace má meziřesortní charakter, to znamená, že nezasahuje pouze jednu oblast, ale promítá se v oblasti sociální, pedagogické i zdravotní (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

V České republice dosud není rehabilitace zakotvena v žádném zákoně. V minulém desetiletí byla opakovaně iniciována zasedání odborníků, kteří měli za cíl přípravu zákona o koordinované rehabilitaci. K přijetí zákona však nikdy nedošlo. Česká republika je stále považována za zemi, ve které je tato problematika řešena jen okrajově. U nás je upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti a sociální rehabilitace v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Uzákonění koordinované rehabilitace by mohlo omezit negativní dopady resortismu a podpořit větší provázanost a koordinaci jednotlivých prostředků rehabilitace (Bruthansová a Jeřábková, 2012).

1.1.1 Holistické pojetí člověka

Abychom mohli do systému koordinované rehabilitace hlouběji pohlédnout, je důležité zaměřit se na problematiku holistického pojetí osobnosti.

Člověk není pouhý tvor. Jedná se především o jedinečnou lidskou bytost. Každý z nás je jiný, každý představuje jinou osobnost. Jsme tvořeni z několika vrstev, přesto utváříme celistvou jednotu. Člověk je definován jako jednota bio-psycho-socio-spirituální. Pak hovoříme o holistickém, tedy celostním pojetí člověka. Již Platón se zmiňoval o třech částech duše. Myslel tím duši pudovou, vyznačující se uměřeností, duše volní, pro kterou je typická statečnost a duše rozumová, která je moudrá. A právě problematika celistvosti a jednoty člověka nám pomáhá lépe pochopit důležitost ucelené a koordinované rehabilitace. Na člověka by se nemělo pohlížet z hlediska jeho onemocnění či postižení, ale jako na aktivního tvora, který je společností ovlivňován a sám společnost utváří.

To souvisí s vytvořením fungujícího multidisciplinárního týmu, v němž spolupracují odborníci z různých oborů (Jankovský, 2006).

1.1.2 Multidisciplinární tým

Votava (2003) se zmiňuje o rehabilitačním týmu, ve kterém pracují odborníci spolupracující na společných cílech. Zařazuje sem lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, klinického psychologa, sociální pracovníci, logopeda a speciálního pedagoga.

Důraz je kladen nejen na odbornost a profesionalitu každého z nich, ale také na osobnostní dispozice pro výkon pomáhajících profesí. Jankovský (2006) se zabývá důležitostí rodičů v multidisciplinárním týmu a doplňuje ho ještě o asistenta pedagoga a osobního asistenta. Ti se také stávají částí tzv. „kruhové“ péče. Centrem dění je zde dítě se zdravotním postižením, kolem něhož se kooperuje několik rovnocenných odborníků včetně rodičů. Mezi všemi účastníky musí fungovat spolupráce a nepostradatelná vzájemná komunikace.

1.2 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace zajišťuje nikoliv jeden odborný lékař, ale tým skládající se z několika odborníků. Rozumíme jimi užití léčebných metod při znovunabývání a utváření nerozvinutých nebo ztracených funkcí, jinými slovy léčebné prostředky rehabilitace zajišťují zlepšení funkčního stavu a odstraňují nebo zmírňují dopady postižení či nemoci (Votava, 2003). Podobně podstatu léčebné rehabilitace vyjádřil Jesenský (1995). Podle něj je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a také na eliminaci následků zdravotního postižení, které se dotýkají všech složek osobnosti, to znamená složky fyzické, psychické, sociální i spirituální.

Podle Votavy (2003) se léčebné prostředky rehabilitace dělí na vertikální a horizontální. Důležité je představit si graf, na němž křivka představuje trvalý stav zdraví, pokles úrovně zobrazuje nemoc, úraz či postižení. Vertikální rehabilitace usiluje o obnovení původnímu stavu zdraví. Křivka se tak dostává do původní podoby. Horizontální rehabilitace se uskutečňuje při trvalém postižení. Na grafu zůstává rozdíl mezi původním a současným stavem.

1.2.1 Terapeutické metody

Ani pojem terapie není společností vnímán jednoznačně, nejedná se pouze o léčebné postupy. Terapií může být v podstatě každý odborný postup, který na jedince s postižením působí prvky léčebnými (nápravnými) i pedagogickými. Terapie se snaží dosáhnout cílů výchovných, vzdělávacích, zároveň i léčebných. Důležitým bodem pro terapii a vůbec pro celý systém koordinované rehabilitace je kvalitní a hlavně včasná diagnostika, tedy co nejpřesnější poznání problému, individuální a partnerský přístup ke klientovi.

Klasifikace terapií jsou různé. Müller (2014) rozdělil terapie podle použitých prostředků do těchto základních skupin:

- Terapie hrou

- Činnostní a pracovní terapie
- Psychomotorické terapie
- Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)
- Expresivní terapie, do které je zahrnována především arteterapii a muzikoterapii
- Další specializované fyzioterapeutické či edukační přístupy jako například bazální stimulace, orofaciální stimulace.

Terapeutické metody se dělí na nespecifické a specifické. Nespecifické metody zahrnují kondiční cvičení, jejichž cílem je aktivace organismu, zlepšení koordinace, ale i psychiky apod. Specifické metody tvoří většinou uzavřené systémy často pojmenované po autorech. V mnoha případech se uplatňuje reflexní ovlivnění pohybu při ochrnutí svalů. Tyto metody označujeme jako facilitační. Facilitace představuje podporu a usnadnění pohybu. Zároveň je prováděna i inhibice, tedy útlum hypertonických (spastických) svalů (Votava, 2003).

Jankovský (2006) léčebné metody rehabilitace rozděluje takto:

- Fyziatrie - fyzikální terapie

Jedná se o lékařský obor, který využívá účinků fyzikálních podnětů ve zdravotnictví. Mohou to být podněty chemické, tepelné, elektrické, světelné atd. Zařazují se například různé druhy masáží, magnetoterapie nebo balneoterapie.

- Fyzioterapie

Fyzioterapie se zabývá pohybovým ústrojím. Její hlavní metodou je léčebná tělesná výchova, která představuje asi neúčinnější metodu léčebné rehabilitace zejména u dětí s DMO. Za zmínku stojí Vojtova metoda reflexní lokomoce, metodika manželů Bobathových, Kabatova technika nebo synergická reflexní terapie.

- Ergoterapie neboli terapie smysluplnou činností.
- Animoterapie (zejména hipoterapie a canisterapie) představující léčebné působení zvířete na člověka.
- Expresivní specifické terapie zahrnující například arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie.

Další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace jsou léčba pomocí chirurgických zákroků a farmakoterapie.

1.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Pedagogické prostředky jsou určeny jedincům se zdravotním postižením, které znesnadňuje cestu k odpovídajícímu stupni vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem je nejvyšší možná úroveň vzdělání, podpora samostatnosti a aktivní účasti v běžných aktivitách společenského života. Za tento prostředek koordinované rehabilitace jsou zodpovědní především speciální pedagogové (Votava, 2003).

Metody jsou využívány vzhledem k typu a stupni postižení. Pedagogické prostředky rehabilitace mohou působit ve smyslu reedukace, to znamená rozvíjení a působení na zdánlivě ztracené či poškozené funkce. Dalšími metodami a pojmy, se kterými se můžeme setkat, jsou například edukace, stimulace či kompenzace. Své uplatnění má i speciálně pedagogická podpora. Zejména u dětí s dětskou mozkovou obrnou je to logopedická péče. Využit lze metodiku alternativní a augmentativní komunikace, a to hlavně u dětí s těžkou dysartrií, která je často přidružená k dětské mozkové obrně. Významné je také rozvíjení smysluplného využívání volného času a prohlubování zájmových činností, to se ale spíše týká oblasti psychosociálních prostředků rehabilitace. V posledních letech je hojně využíván pedagogicko-psychologický, ošetřovatelský koncept bazální stimulace (Jankovský, 2006).

V souvislosti s konceptem bazální stimulace je zřejmý mezioborový přesah. Nedá se jednoznačně zařadit do pedagogických prostředků, protože své místo má i v oblasti léčebných prostředků rehabilitace. Zde je patrné, že všechny prostředky koordinované rehabilitace jsou navzájem úzce provázané a jednotlivé metody se prolínají celým systémem. O překrývání prostředků rehabilitace se zmiňuje i Jankovský (2006). Mezi možné léčebné prostředky rehabilitace zařazuje specifické terapie. Vedle léčebných prostředků souvisí i s prostředky pedagogicko-psychologickými, pracovními i

sociálními a blízko mají k oblasti umění. Stejně tak raná péče neboli včasná intervence, která je na pomezí prostředků sociálních a pedagogických. Podobně jako ergoterapie, která může být vnímána prostředkem léčebným, ale i sociálním či pracovním.

Vzděláváním dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (speciálními vzdělávacími potřebami) se zabývá zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, která byla novelizována vyhláškou č. 147/2011 Sb. Poměrně blízko má k tomuto tématu vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která byla taktéž novelizována vyhláškou č. 116/2011 Sb.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v platném znění určuje formy vzdělávání dětí se zdravotním postižením. Rozděluje je na formy individuální integrace, skupinové integrace, vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola) či kombinaci těchto forem. Tento zákon také definuje podpůrná opatření, která mohou být žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami poskytnuta. Podpůrnými opatřeními dle zákona rozumíme: speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga a snížení počtu žáků ve třídě či studijní skupině.

Největší podporou pro učitele a rodiče dětí zdravotně postižených jsou speciálně pedagogická centra pro žáky se zdravotním postižením. Jistou nevýhodou těchto školských poradenských zařízení je jejich špatná dostupnost. Ve většině případů existuje pouze jedno takové zařízení na celý kraj (Zíkl, 2011). Vyhláška č. 72/2005 Sb. uvádí standardní činnosti a povinnosti speciálně pedagogického centra. Centrum nabízí pomoc při vytváření komplexní speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky, při integrování žáka, ale i při vzdělávání žáka ve speciální škole. Podporuje realizaci terapeutických činností a ucelené rehabilitace celkově, dále zjišťuje speciální vzdělávací

potřeby žáků, nabízí profesní poradenství a metodickou pomoc zákonným zástupcům i učitelům.

Ve výčtu standardních činností pro pracovníky speciálně pedagogického centra podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. je včasná intervence, tedy raná péče. V podstatě se jedná o synonyma, pouze s tím rozdílem, že pojem raná péče se užívá v sociálním systému a včasná intervence ve školském. Raná péče je podle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů shrnuta jako terénní či ambulantní služba, respektive systém služeb poskytovaný dítěti se zdravotním postižením a jeho rodičům, popřípadě dítěti, které je ohroženo po stránce biologické, psychické či sociální, nejpozději do 7 let věku. Svým klientům zprostředkovává kontakt se společenským životem, poskytuje aktivizační činnosti a terapie. Terénní forma služby je založena na návštěvách pracovníků v domácím prostředí dítěte, to znamená v přirozeném prostředí, kde se dítě cítí bezpečně.

Vítková (2006) zmiňuje důležitost rané stimulace. Dětský mozek je totiž v daleko větší míře schopen regenerace a kompenzace vzniklých poškození. Mluvíme o plasticitě dětského mozku. Při promeškání prvních let života a neposkytnutí dostatečné péče je často obtížné situaci změnit k lepšímu. Ludíková (2006) mluví o útlém věku, od narození do tří let, jako o období velmi rychlého vývoje.

Školský zákon v §18 zmiňuje možnost vypracovat žákovi se zdravotním postižením individuální vzdělávací plán, který zohledňuje jeho speciální vzdělávací potřeby. Povoluje ho ředitel školy na základě žádosti zákonného zástupce dítěte s písemným doporučením poradenského zařízení. Podrobněji individuální vzdělávací plán a jeho obsah vymezuje vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Individuální vzdělávací plán je zaváděn v případě potřeby pro individuálně či skupinově integrovaného žáka, pro žáka s hlubokým mentálním postižením či žáka speciální školy. Tento závazný pracovní materiál, který je zároveň součástí dokumentace žáka, musí vycházet ze školního vzdělávacího plánu, závěrů vyšetření školského poradenského zařízení, popřípadě lékaře a vyjádření zákonného zástupce. IVP se nejčastěji vypracovává před nástupem povinné školní docházky, nejpozději však měsíc po nástupu

do školy. Za jeho zpracování nese největší odpovědnost ředitel školy. Školské poradenské zařízení má povinnost dvakrát ročně vyhodnocovat plnění postupů a opatření, která jsou plánem stanovena.

IVP obsahuje údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování péče, cíl vzdělávání, časové a obsahové rozvržení učiva, úpravu zkoušek, vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka, seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek a učebnic, jméno odpovědného pracovníka školského poradenského zařízení, dále návrh na snížení počtu žáků ve třídě, navýšení finančních prostředků a závěry vyšetření.

Hájková a Strnadová ve své publikaci (2010) popisují individuální vzdělávací plán jako detailní plán vytvořený týmem odborných pracovníků pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, kterému se dostává speciálně pedagogické podpory během vyučování.

Jedním z opatření, které školský zákon umožňuje, je zřízení funkce asistenta pedagoga. Vyhláška č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů určuje pole působnosti asistenta pedagoga. Ten by měl být ve třídě nápomocen učiteli při výchově a vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami a při komunikaci se žáky, ale i zákonnými zástupci žáků. Dále má pomáhat žákovi při výuce a při přípravě na výuku. Podporuje jeho adaptaci na školu a školní prostředí, žákům s těžším zdravotním postižením napomáhá při sebeobslužných činnostech a pohybu během vyučování. Pomoc poskytuje také na akcích pořádaných školou mimo prostředí školy.

Je potřeba odlišovat funkci asistenta pedagoga od funkce osobního asistenta, mezi nimiž dochází k úzkému propojení jednotlivých prostředků koordinované rehabilitace. Osobní asistence je služba sociální péče, která je obsažena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (§ 8, odst. 7) stanovuje, že osobní asistent není zaměstnancem školy a ve třídě může působit se souhlasem ředitele školy a zákonného zástupce žáka se zdravotním postižením.

1.4 Sociální prostředky rehabilitace

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění je sociální rehabilitace *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“* (§ 70)

Sociální prostředky rehabilitace usilují o to, aby jedinec s postižením nebyl zcela závislým na společnosti, aby své postižení přijal, naučil se s ním žít a v maximální míře se integroval do společnosti. Využívají se tři metody: metoda reedukace, kompenzace a akceptace (Jankovský, 2006). Sociální prostředky rehabilitace představují souhrn činností a služeb, jejichž výsledkem je co nejvyšší možná míra samostatnosti a soběstačnosti. Ta je nepostradatelná pro následnou péči, kterou představují zejména pedagogické a pracovní prostředky rehabilitace (Neubauerová, 2012).

Člověk je společností utvářen a sám společnost utváří a ovlivňuje. To platí i u osob se zdravotním postižením. Primární jednotkou společnosti je rodina. Proto je významným cílem sociálních prostředků rehabilitace podpora rodiny s dítětem se zdravotním postižením. Na tuto problematiku se zaměřuje program rané (včasné) péče (intervence). Také osobní asistence je prostředkem rehabilitace, která pomáhá především osobám s těžkým postižením dosáhnout dostatečné soběstačnosti. Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění je osobní asistence zařazena mezi služby sociální péče a definována jako terénní služba, která je určena osobám se sníženou soběstačností, jejichž stav vyžaduje pomoc druhé fyzické osoby. Osobní asistent pomáhá například při zvládnutí běžných denních činností, osobní hygieně, sebeobslužných činnostech, přípravě a zajištění stravy. Člověku se zdravotním postižením zprostředkovává kontakt se společností.

V roce 1993 schválilo valné shromáždění OSN mezinárodní dokument Standartní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Vyrovnávání příležitostí znamená kompenzaci nevýhod, které ze zdravotního postižení vyplývají.

V tomto smyslu se jedná o finanční částky, které kompenzují omezené možnosti vydělávat peníze. Potřebná je podpora bydlení, cestování, vzdělávání či komunikace (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

1.4.1 Sociální služby

Sociální službou rozumíme podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách soubor činností vedoucích k sociální integraci a prevenci sociálního vyloučení. Dále tento zákon rozděluje sociální služby na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, denní a týdenní stacionáře),
- služby sociální prevence (raná péče, tlumočnické služby, telefonická krizová pomoc, azylové domy, domy na půli cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, atd.).

Sociální prostředky rehabilitace jsou poskytovány formou terénních, ambulantních i pobytových služeb. Zákon zařazuje sociální rehabilitaci mezi služby sociální prevence. Milichovský (2010) uvádí poskytování sociálních služeb v těchto formách:

- poskytování prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek včetně souvisejících služeb,
- služby osobní asistence,
- služby dopravní,
- služby domácí péče,
- služby chráněného a bezbariérového bydlení,

- respitní péče,
- ústavy a domovy sociální péče.

1.5 Pracovní prostředky rehabilitace

Práce je nezastupitelnou součástí života každého člověka. Je primární činností pro člověka v dospělém věku. Přináší materiální prospěch a zároveň uspokojuje potřebu seberealizace, participace a užitečnosti ve společnosti. Pro jedince se zdravotním postižením je však složité, aby si pracovní místo našel, získal a udržel sám. Problémem může být nepřípravenost samotných jedinců zdravotně postižených (nedostatečná schopnost komunikace, sociální úroveň), zároveň i nepřípravenost okolí (například zaměstnavatelů).

Podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v platném znění je osobám se zdravotním postižením věnována na trhu práce zvýšená ochrana. Jednou z možností je zřízení chráněných pracovních míst a chráněných dílen. Chráněné dílny byly na základě novelizace zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti nahrazeny institutem „chráněné pracovní místo“. Neznamená to však, že by dílny přestaly fungovat, pouze se změnil systém financování. Zřizovateli nejsou poskytovány finance na vytvoření chráněné dílny, ale jen příspěvek na každé vytvořené chráněné pracovní místo.

Zaměstnavatel, který projeví zájem o zaměstnávání osob zdravotně postižených, získá zvýhodnění, například v podobě daňových úlev. Podle kvótového systému je stanoveno, že zaměstnavatel musí vytvořit určitý počet pracovních míst pro osoby zdravotně postižené. Existují i alternativy v podobě odebírání výrobků od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 procent osob zdravotně postižených nebo alternativa v podobě odvodů do státního rozpočtu (Jankovský in Pfeiffer a kol., 2014).

Zákon definuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost, která usiluje o získání a udržení zaměstnání u osob se zdravotním postižením. Jedná se o soubor činností, které vedou k vyrovnání příležitostí na trhu práce a k plné integraci jedince se zdravotním postižením.

Pracovní prostředky a metody rehabilitace mohou mít mnoho podob. Od ergoterapeutického zaměření aktivit v sociálních službách (denní stacionáře, týdenní stacionáře, domov pro osoby se zdravotním postižením), přes rekvalifikaci či plnohodnotné zaměstnání člověka s postižením. Cílem je nácvik samostatnosti a soběstačnosti nebo obnovení pracovního potenciálu u osob se změněnou pracovní schopností. Prostředkem k dosažení tohoto cíle může být rekvalifikace. Ta je vhodná pro dospělé osoby, které již kvalifikaci získaly, ale v důsledku nemoci či postižení se nemohou dále této práci věnovat. Svou důležitost má i podporované zaměstnávání, což je uplatnění lidí se zdravotním postižením na běžných pracovištích za odpovídajících platových podmínek. Významná je také příprava na zaměstnání. Tranzitní program umožňuje studentům speciálních škol lepší vstup do dalšího života, a to v oblasti zaměstnání, bydlení, volného času a podobně. Podporované zaměstnávání a tranzitní program jsou služby na pomezí sociálních služeb a profesní přípravy. Podobně je to u sociálně terapeutických dílen. Tato ambulantní sociální služba vymezená zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je poskytována osobám se zdravotním postižením, které z důvodu nízké úrovně soběstačnosti nemohou být umístěné na otevřeném trhu ani na chráněném trhu (Šesták in Pfeiffer a kol., 2014).

2 Tělesné postižení

2.1 Vymezení zdravotního a tělesného postižení

Často se stává, že pojmy zdravotní postižení a tělesné postižení splývají a jsou chápány jako synonyma. Tato domněnka společnosti však není správná. Tělesné postižení by mělo být vnímáno jako jednou z forem zdravotního postižení. To uvádí zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění.

Dle Slowíka (2007) je zdravotní postižení dlouhodobé nebo trvalé omezení možnosti věnovat se běžným aktivitám každodenního života. Zdravotní postižení můžeme klasifikovat v několika rovinách:

- podle doby vzniku na vrozené (kongenitální) a získané,
- podle charakteru na orgánové a funkční,
- podle stupně závažnosti, hloubky na zdravotní postižení lehkého, středně těžkého a těžkého stupně,
- podle druhu na pohybové, zrakové, sluchové, řečové, mentální, poruchy chování, parciální a vícečetná postižení (Fischer, Škoda, 2008).

2.2 Dítě s tělesným postižením

Tělesným postižením rozumíme vady nosného a pohybového aparátu. Často se může jednat o postižení na neurologickém základě, jestliže se projevuje porušenou hybností. Tělesné postižení se vyznačuje nápadnými odchylkami, které mají dopad na tělesné a pohybové schopnosti jedince. To však není jediná oblast, která je poruchou hybnosti postižena či ovlivněna. Zdůrazňují to Renotiérová a Ludíková (2006). Tělesné postižení popisují jako přetrvávající či trvalé poruchy hybnosti, které podstatně působí na poznávací, emocionální a sociální výkony.

Tělesné postižení má nesporné důsledky na život jedince a postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Zejména v dětském věku výrazně ovlivňuje vývoj tělesný, smyslový a rozumový. Vágnerová (2004) vidí největší omezení v sociální sféře. Dochází k redukci zkušeností, v tomto případě se jedná hlavně o omezené zkušenosti se sociálními situacemi.

Výchovou, vzděláváním a celkovým rozvojem jedinců s tělesným postižením se zabývá vědní obor somatopedie.

2.3 Etiologie tělesného postižení

Z odborných zdrojů od autorů jako například Vítkové, Renotiérové a Ludíkové či Slowíka je možné vyvodit základní charakteristický znak tělesného postižení, kterým je omezení hybnosti. Omezení může být podle Vítkové (2006) primární (způsobeno přímým postižením pohybového aparátu) nebo sekundární (vzniklé v důsledku jiného onemocnění, které se pohybového aparátu přímo nedotýká).

Tělesné postižení dle doby vzniku dělíme na vrozené a získané. Příčiny vrozeného tělesného postižení jsou různorodé. Mohou být prenatální, perinatální či raně postnatální. Setkáváme se také s tělesným postižením na dědičném základě. Mezi prenatální příčiny můžeme zařadit infekční nemoci matky prodělané během těhotenství, virová onemocnění (toxoplazmóza, zarděnky), toxické vlivy chemických látek. Během porodu mohou nastat komplikace, které vážně ohrožují život dítěte. Může se jednat o předčasný porod, komplikovaný a protrahovaný porod spojený s nedostatečným zásobením plodu kyslíkem, předčasné odloučení placenty nebo poruchy pupeční šňůry. Do raně postnatálního období zahrnujeme především infekce, úrazy a další poškození spojená zejména s centrální nervovou soustavou v raných stádiích vývoje dítěte. Jedná se o poškození nezralého mozku (Vítková in Pipeková, 2006). Získané tělesné postižení vzniká jako následek nemoci či úrazu.

2.4 Klasifikace tělesného postižení

Renotiérová a Ludíková (2006) uvádí rozdělení tělesného postižení podle doby vzniku na vrozené a získané. Do vrozených tělesných postižení zahrnují:

- Vrozené vady lebky, například kraniostenóza, kterou rozumíme předčasný srůst švů lebečních, na jehož základě vznikají různé deformity lebky.
- Poruchy velikosti lebky, např. mikrocefalus - nápadně malá hlava dítěte či makrocefalus - obvod hlavičky u dítěte je větší. Jako příklad uvádí Jankovský (2006) hydrocefalus, který je způsoben nadměrným hromaděním likvoru. Obvykle tak dochází k útlaku mozkové tkáně.
- Rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra a páteře.
- Vrozené vady končetin a růstové odchylky, tzv. dysmélie, které zahrnují například amélie - končetina chybí úplně či fokomélie - chybí část končetiny.
- Centrální a periferní obrny - člověk s obrnou není schopen volního pohybu. Centrální nervová soustava zahrnuje mozek a míchu a periferní nervová soustava obvodové nervové dráhy. Pokud je některá část narušena, vzniká obrna. Ta může mít charakter částečného ochrnutí (paréza) či úplného ochrnutí (plégie). Postižena je motorika, ale i sensorika. Narušen může být i tonus. V takovém případě rozlišujeme hypertonii, při které je svalové napětí zvýšené a hypotonii, pro kterou je typické naopak snížení svalového tonu. Podle postižené části těla rozlišujeme obrnu na monoparézu (postižení jedné končetiny), paraparézu (postižení zejména dolních končetin), hemiparézu (postižení jedné poloviny těla), kvadruparézu (postižení všech čtyř končetin), (Vítková, 2006). Jankovský (2006) se zabývá také mimovolními pohyby, neboli hyperkinézemi, které mohou doprovázet poruchy svalového napětí a nelze je ovlivnit vůlí. Jedná-li se o rychlé a trhavé pohyby, máme na mysli choreu. Naopak, pokud jsou pohyby pomalé a kroutivé, jedná se o atetózu.
- Dětská mozková obrna

Mezi získaná postižení Renotiérová a Ludíková (2006) zařazují:

- Deformace - neobvyklý tvar některé části těla (deformace páteře). Patří sem například skolióza. Z pohledu školy není na dítě s tímto onemocněním pohlíženo jako na žáka se zdravotním postižením.
- Tělesná postižení po úraze - úrazová onemocnění mozku a míchy, zlomeniny obratlů spojené s poškozením míchy, úrazové poškození periferních nervů, amputace.
- Tělesná postižení po nemoci - revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Pethersova nemoc, myopatie.

2.5 Dětská mozková obrna

Z literatury i praxe vyplívá, že nejčastější příčinou tělesného postižení je dětská mozková obrna, která se rovněž zařazuje mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivní a nedá se zcela vyléčit. Proměnlivá je jen ve svých projevech. Primárně se projevuje poruchou hybnosti. S DMO se pojí ale i další obtíže. Nejčastější je mentální postižení, poruchy řeči (typická dysartrie), zraku či sluchu, dále epilepsie či inkontinence. Péči o děti s DMO je důležité začít již během porodu nebo bezprostředně po něm (Kraus a kol., 2005).

Přesnějším označením pro dětskou mozkovou obrnu se jeví encefalopatie, protože ne všechny její projevy jsou příznačné pro obrnu. Vojta používal názvu infantilní cerebrální paréza, avšak ani tento pojem se neujal tolik jako označení dětská mozková obrna (Jankovský, 2006).

Etiopatogeneze je různorodá a rozděluje se do několika základních rovin. Nejčastěji se DMO definuje jako neurovývojový syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Prevalence DMO je velmi variabilní, zejména kvůli geografickým variacím, ale pohybuje se v rozsahu 1,5 – 3 na tisíc živě narozených dětí. Předčasný porod je asi nejvýznamnějším faktorem pro vznik DMO. Vyšší riziko vzniku ohrožuje novorozence s nízkou porodní váhou a porodem před 32. týdnem (Kraus a kol., 2005).

Jankovský (2006) rozděluje etiologii do tří základních rovin: prenatální inzulty (poškození vzniklá během těhotenství, například nitroděložní infekce), perinatální inzulty (komplikace a poškození během porodu, například protražovaný porod, v jehož důsledku může vzniknout například nitrolební krvácení), postnatální inzulty (například závažné poranění lebky a mozku v kojeneckém období).

Základní klasifikace rozděluje DMO na dvě základní formy, a to na formy spastické, které tvoří až sedmdesát procent všech případů a formy nespastické.

Spastické formy DMO jsou typické svalovou hypertonií a stereotypními pohyby. Vznikají poškozením centrálních motorických neuronů. Patří sem forma diparetická, která je nejčastější a projevuje se ve větší míře postižením obou dolních končetin. Postižení může být symetrické nebo asymetrické. V druhém případě hovoříme o diparéze s levou či pravou orientací. Chůze bývá většinou možná, ale většinou je nutná opora. Typické je nůžkovité křížení dolních končetin (Fischer, Škoda, 2008).

Forma hemiparetická je typická postižením jedné poloviny těla. Často bývá ve větší míře postižena horní končetina, která je v lokti ohnutá. Jankovský (2006) tento jev nazývá flečným držením ruky, které připomíná složené ptačí křídlo. Postižené končetiny jsou celkově menší, slabší a kratší.

U kvadruparetické formy jsou postiženy zároveň všechny čtyři končetiny. Jedná se o nejzávažnější formu DMO. Velmi často je doprovázena epilepsií a těžkou mentální retardací, prognóza je tedy nejméně příznivá (Fischer, Škoda, 2008; Jankovský, 2006; Renotiérová a Ludíková, 2006).

Mezi nespastické formy, typické snížením či chyběním svalového napětí, se zařazuje forma dyskinetická a hypotonická. Dyskinetická, dříve extrapyramidová forma je méně častá. Má příčinu v poškození bazálních ganglií, která se podílejí na řízení pohybu člověka. To vede k mimovolným, abnormálním a nepotlačitelným pohybům, které vznikají náhle a spontánně. Pohyby mohou být pomalé, kroutivé nebo naopak prudké. Postiženy nemusí být jen nohy či ruce, ale i tvář. Typické je žmoulání úst, grimasy, mlaskání a porucha řeči (dysartrie). Nejčastější příčinou je uváděn rozdílný Rh-faktor matky a plodu, který vede k poporodní žloutence dítěte (Fischer, Škoda, 2008). Kraus (2005) tuto formu dále rozděluje na podskupiny hyperkinetickou, která je

nápadná neúčelnými pohyby a dystonickou s charakteristickými náhlými změnami svalového tonu. Můžeme se setkat i se smíšením těchto dvou podskupin.

Hypotonická forma je typická výrazným snížením svalového napětí. Někdy bývá nazývána jako forma ataktická nebo cerebelární, neboť poškozen je mozeček (cerebellum), kde je centrum rovnováhy a koordinace pohybů. Jedinec je typický třesem, vrávoráním, pohybovou pasivitou a u dětí zvýšeným rozsahem pohybu v kloubech. Téměř vždy se u hypotonické formy projevuje těžká mentální retardace (Renotierová, Ludíková, 2006).

2.6 Neuromuskulární onemocnění

V této kapitole se zmíníme také o nervosvalových onemocněních, která jsou velmi častou příčinou tělesného postižení u dětí. Jedná se o poruchu periferního nervového systému. Začátek této motorické jednotky tvoří motoneuron v předních rožích míšních, následuje axon a přes nervosvalovou ploténku se pojí s buňkou kosterního svalu. V těchto místech může dojít k lézi vrozené nebo získané (například ischemie či úraz), (Šišková, 2012).

Možnými projevy neuromuskulárního onemocnění jsou hypotonie, atrofie a změna konzistence svalů, svalová slabost, bolestivost svalů, odchylka v normálním pohybovém vývoji a porucha chůze (typická kachní chůze), (Jankovský, 2006). Šišková (2012) dělí nervosvalová onemocnění do čtyř skupin:

- postižení motoneuronů předních rohů míšních (spinální muskulární atrofie),
- postižení periferních nervů (choroba Charcot-Marie-Tooth),
- postižení nervosvalové ploténky (myastenia gravis),
- nemoci kosterního svalstva (svalová dystrofie- Duchennova a Beckerova svalová dystrofie).

Spinální svalová atrofie je hereditární postižení, dělicí se podle doby vzniku, průběhu a tedy i závažnosti do čtyř skupin. Intelekt nebývá postižen. Akutní infantilní forma, tedy typ I., je pojmenována podle svých autorů na Werdnig-Hoffmannovu

nemoc. Typický začátek onemocnění je do šesti měsíců věku dítěte a projevuje se hypotonií a zástavou motorického vývoje. Prognóza tohoto onemocnění je velmi nepříznivá a dítě často umírá na dechovou nedostatečnost. Typ II., definován jako pozdně infantilní forma, se projevuje až po šestém měsíci. Dítě s tímto typem sedí i bez opory, ale většinou nechodí. Typ III. je juvenilní formou, která se projevuje po osmnáctém měsíci věku. Dítě časem ztrácí již nabytou schopnost chůze a nastává nutnost užívání invalidního vozíku. U adultní formy onemocnění, tedy typu IV., se obtíže začnou objevovat zpravidla až po třicátém pátém roce věku. Progrese bývá obvykle velmi pomalá.

Duchennova svalová dystrofie je nejčastějším a nejzávažnějším hereditárním svalovým onemocněním, které se váže pouze na mužské pohlaví. Projevovat se začíná kolem druhého až třetího roku života houpavou, tzv. kachní chůzí, častými pády, úbytkem svalů a šplháním ze dřepu, tzv. myopatickým šplhem. Kolem desátého roku života dítě ztrácí schopnost chůze. Prognóza je nepříznivá (Jankovský, 2006 a Šišková, 2012).

Pro léčbu nervosvalových onemocnění je důležitý komplexní přístup a symptomatická léčba. Ta by měla mít multidisciplinární charakter. Důležité je zajištění mobility a prevence deformit: rehabilitace, fyzioterapie, balneoterapie, léčba ortopedická a protetická, využití kompenzačních pomůcek. Dále je to péče o respirační ústrojí, gastrointestinální funkce a výživu, kardiologická péče a v neposlední řadě pomoc sociální i psychologická. Jiná situace je u zánětlivých či autoimunitních onemocnění. Nutná je léčba antibiotiky. Samozřejmě důležitou roli hraje i fyzioterapie (Šišková, 2012).

3 Metody koordinované rehabilitace dětí s tělesným postižením

V úvodu této kapitoly je potřeba zmínit se o včasné a kvalitní diagnostice, která předchází volbě a aplikaci metod podpory a celému rehabilitačnímu procesu. Speciálně pedagogická diagnostika určuje směr a průběh podpory, zjišťuje potřeby konkrétního člověka se zdravotním postižením. I v diagnostice se stále více klade důraz na individuální a hlavně komplexní přístup, kdy spolupracují nejen odborníci z různých oborů, ale i rodina, přátelé či škola.

3.1 Fyzikální terapie

3.1.1 Hydrokinezioterapie

U dětí tělesně postižených, zejména dětskou mozkovou obrnou, můžeme využít efektivních účinků hydrokinezioterapie, neboli cvičení v rehabilitačním bazénu. Je jednou z forem vodoléčby řadící se mezi fyzikální terapie. Vodoléčba obecně je definována jako terapie za působení vody na lidský organismus. Kinezioterapie, jinak řečeno léčba pohybem, je hlavní léčebnou metodou užívanou ve fyzioterapii. Cílem je správné a potřebné provedení pohybu. Tento terapeutický prostředek je indikovaný a prováděný zdravotníkem, na rozdíl od léčebné tělesné výchovy, která může být prováděna například pedagogem. Při kinezioterapii využíváme tří účinků: chemického (účinek minerálních látek obsažených ve vodním prostředí), mechanického (týká se například vířivých koupelí) a termického (působení teploty na lidský organismus). Pobyt v relaxačním bazénu přináší celkový pocit uvolnění a relaxace, slouží ke vhodné stimulaci motorického vývoje a podporuje vzpřimování (Zeman in Pfeiffer a kol., 2014).

3.2 Léčebná tělesná výchova

3.2.1 Vojtova metoda reflexní lokomoce a další metody

Václav Vojta byl českým lékařem se specializací na dětskou neurologii. Jeho metoda reflexní lokomoce je využívána především k léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou. Zastává myšlenku, že určitý podnět vyvolá řadu reakcí, které jsou důležité pro vývoj vzpřimování (Orth, 2009). Základem je snaha vyvolat reflexní pohyby a pohybové vzory, které jsou u dítěte omezeny nebo zcela chybí, jako reakci na stimulaci určitých bodů na těle, tzv. spoušťových zón. Děje se tak bez vůle a spolupráce klienta, proto je často uváděna jako metoda reflexní lokomoce. Aktivuje se centrální nervová soustava a dochází k obnovení vrozených pohybových komplexů.

Základními pohybovými vzory jsou reflexní plazení v poloze na břicho a reflexní otáčení v poloze na zádech a boku. Neznamená to, že by se dítě učilo plazit a otáčet se, ale dochází k probouzení pohybových vzorů jako „stavebních kamenů“. Vojtův princip tak umožňuje člověku s postižením prožít hybné zkušenosti, které nebyl dosud schopen poznat. Vojtovu metodu lze využít u dětí v podstatě od narození. Úspěšná je i u lidí dospělého věku. Uvádí se ovšem, že čím dříve je zahájena, tím většího úspěchu dosahuje (Zounková in Kraus a kol., 2005).

Vojtova metoda je jednou z metod LTV. Není ovšem jedinou efektivní metodou. Za povšimnutí jistě stojí metodika manželů Bobathových založená na správném provedení pohybu u osob s poruchou CNS, nejčastěji u dětí s DMO. Bobathova metoda usiluje o vytvoření pohybového vzoru a útlum a potlačení patologických reflexů. Další významnou metodou je Pöteho metodika, jejímž cílem je co možná nejvyšší míra soběstačnosti dítěte. Poměrně novou metodikou je terapie bazálními programy a podprogramy podle Jarmily Čákové. Jankovský (2006) tuto metodiku uvádí jako posturální terapii na bázi vývojové kineziologie. Čáková vychází z myšlenky Vojty, tedy z předpokladu existence vrozených základních pohybových programů, které se během vývoje utvářejí.

3.3 Ergoterapie

Ergoterapie prostupuje všemi prostředky rehabilitace. Doslovný překlad, který vychází ze dvou řeckých slov ergon – práce a therapia – léčba, není zcela přesný. Nejedná se o pouhou léčbu prací, jako tomu bylo v jejich začátcích. Pokud chceme co nejpřesněji vystihnout ergoterapii dnes, měli bychom mluvit o léčbě smysluplnou činností (Svěčená, Švestková in Pfeiffer a kol., 2014).

Ergoterapeut u lidí s tělesným postižením podporuje soběstačnost a pracovní schopnosti, což vede k plnohodnotnému způsobu života a začlenění do společnosti (Jankovský, 2006).

Jankovský (2006) také zdůrazňuje specifika dětské ergoterapie, kterou lze definovat jako léčbu pomocí hravých aktivit. U dítěte s dětskou mozkovou obrnou je situace velmi obtížná, neboť nemá vytvořené zkušenosti z minulosti. Dětská ergoterapie směřuje ke zlepšování jemné i hrubé motoriky, pohybové koordinace nebo komunikace.

Ergoterapie neslouží jen ke zlepšení fyzických funkcí, zaměřuje se též na psychickou pohodu a na kvalitu života a zapojení jedince do společnosti. Rozděluje se na čtyři základní oblasti. První oblastí je ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti, ve smyslu nácviku běžných denních činností (ADL – activities of daily living). Každé onemocnění či postižení prováděné činnosti výrazně ovlivňuje. Máme na mysli aktivity, které člověk provádí za účelem zajištění péče o sebe sama. Dalšími oblastmi jsou ergoterapie cílená na postiženou oblast, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění a kondiční ergoterapie, která celkově zlepšuje kondici člověka s postižením, snaží se smysluplně vyplnit jeho volný čas a podpořit jeho psychické zdraví (Müller a kol., 2014).

Velmi důležitou roli v ergoterapii hraje prostředí, které může činnosti jednak usnadňovat či podporovat, jednak může ale působit různé bariéry a bloky. Proto je také úkolem ergoterapeuta zhodnotit prostředí a jeho vliv na provádění činnosti, popřípadě prostředí modifikovat pro správné fungování jedince (Jelínková, 2009).

3.4 Animoterapie

Jedná se o terapii s účastí zvířete. Odborná literatura popisuje zooterapii jako pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka (Nerandžič, 2006, Hollý a Hornáček, 2005, Müller a kol, 2014). Velemínský (2007) zdůrazňuje, že díky terapii pomocí zvířete může dojít k výraznému zlepšení motoriky, paměti, komunikace nebo může dojít ke zmírnění stresu. V podstatě je využíváno jakékoliv společenské zvíře, ale nejčastěji jsou pro účely této terapie využíváni psi a koně. Význam animoterapie v poslední době značně narůstá. Interakcí člověka a zvířete se zabývá stále více odborníků.

3.4.1 Hiporehabilitace

Hiporehabilitace propojuje oblast medicínskou, pedagogickou, psychologickou a sportovní. I přesto, že je hiporehabilitace komplexní, rozdělujeme ji na tři základní složky: hipoterapie, pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní ježdění handicapovaných, dnes spíše užívaný název parajezdectví. Hipoterapie se jako termín využívá nejčastěji a podle Müllera (2014) jde o sekci hiporehabilitace a fyzioterapeutickou metodu zaměřenou na terapii pohybových poruch.

Základní myšlenkou je přenos pohybu koňského hřbetu na člověka. Snahou je soulad pohybu koně a člověka. Pro člověka tělesně postiženého představuje pohybový soulad jakési impulzy k vytvoření motorického vzoru. Zajímavá informace je, že kůň má přibližně o 1°C vyšší teplotu než člověk. Na člověka tedy pozitivně působí vliv tepla, což ovlivňuje svalovou činnost a elasticitu.

Hiporehabilitace je založená na týmovém přístupu. Tým tvoří lékař, který ji indikuje. Může to být například neurolog či ortoped. Ideální je, pokud tento lékař zná účinky jízdy a sám je jezdcem. Dalšího člena týmu představuje ergoterapeut nebo fyzioterapeut. Ten sleduje především pohyb jedince na koni a snaží se ho modifikovat tak, aby byl co nejúčinnější. Důležitou součástí týmu je také psycholog a speciální

pedagog. Nepostradatelný je cvičitel, vodič koně a pomocník při hiporehabilitaci (Nerandžič, 2006).

3.4.2 Canisterapie

Canisterapie je léčba prostřednictvím kontaktu se psem. Velký vliv má především z hlediska psychologického, proto byl jejím velkým zastáncem dětský psycholog Zdeněk Matějček.

Pes dítě motivuje a stimuluje k pohybu, což přináší rozvoj jemné i hrubé motoriky. V rámci canisterapie se uplatňuje metoda polohování či taktilní a somatické stimulace. U dětí s tělesným postižením zlepšuje canisterapie nejen pohybové schopnosti, ale i citové zrání, psychickou pohodu a komunikační dovednosti (Müller, 2014; Jankovský, 2006).

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat metody, prostředky a služby, které centrum Kaňka v Táboře v rámci koordinovaného systému rehabilitace poskytuje svým uživatelům (dětem s tělesným postižením) a na kazuistikách vybraných klientů poukázat, zda koordinovaná péče v tomto zařízení funguje.

4.2 Výzkumné otázky

1. Mají děti s tělesným postižením v centru Kaňka možnost využívat komplexní péči v duchu koordinované rehabilitace?
2. Jaké metody a služby jsou dětem s tělesným postižením v tomto centru nabízeny?
3. Odpovídá nabídka představám rodičů pečujících o děti s tělesným postižením?

5 Metodika

5.1 Metody výzkumu

Pro bakalářskou práci byl k dosažení cíle zvolen kvalitativní výzkum. U kvalitativního výzkumu jde především o popis a interpretaci sociálního či lidského problému. Snaží se podat celostní, holistický obraz o studovaném jevu. Hlavním cílem je porozumění a objasnění sociální reality. Za kvalitativní výzkum bývá považován v podstatě jakýkoliv výzkum, který k dosažení cíle nevyužívá žádné statistické metody (Švaříček, Šedřová a kol, 2007).

Výzkum je založen na obsahové analýze dat, na jejímž základě jsou vytvořené tři případové studie. K sestavení těchto kazuistik také přispěly polostrukturované rozhovory s rodiči, na základě kterých bylo dále analyzováno, zda nabídka služeb v zařízení odpovídá představám rodičů dětí s tělesným postižením. Výzkum mapuje zařízení, které svým klientům poskytuje komplexní péči. K získání údajů posloužila obsahová analýza dat ze standardů kvality služeb, výročních zpráv a webových stránek zařízení. Ke zjištění dalších potřebných, popřípadě doplňujících informací, které nebyly patrné z výše uvedených zdrojů, bylo použito dotazování pracovníků centra.

5.1.1 Obsahová analýza dat

Miovský (2006) udává, že se jedná o široké spektrum postupů, které slouží k jasnění a rozboru jakéhokoliv psaného dokumentu. Cílem je rozkrytí jeho významu. Švaříček (2007) uvádí, že pomocí analýzy dat objasňujeme významové vztahy a tvoříme logické celky. Výzkumník však netvoří nové materiály, nýbrž pracuje s již existujícími daty.

Zdrojem obsahové analýzy byly individuální plány dětí, které využívají služby centra Kaňka, a to individuální vzdělávací plány a individuální plány sociálních služeb. Na základě analýzy těchto dokumentů byly vytvořeny kazuistiky. Dále byly detailně

nastudovány Standardy kvality služeb, výroční zprávy a webové stránky zařízení. Zjišťováno tak bylo, jaké služby jsou v centru Kaňka poskytovány a v jaké míře zde funguje systém koordinované rehabilitace.

5.1.2 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je nejčastější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor. Ten můžeme definovat jako nestandardizované dotazování účastníka výzkumu pomocí otevřených otázek.

Za hlavní dva typy hloubkového rozhovoru je považován nestrukturovaný neboli narativní rozhovor a polostrukturovaný rozhovor. Ten se zakládá na předem připravených otázkách, jejich pořadí však může být pozměněno. Respondent má prostor pro vlastní vyjádření. V průběhu rozhovoru mohou být některé otázky vynechány, jiné naopak přidány. Tazatel otázky rozvíjí podle potřeb v průběhu rozhovoru. Lze tak lépe objasnit výzkumnou realitu. (Švaříček, 2007).

Rozhovory byly vedeny s rodiči dětí s tělesným postižením, jejichž kazuistiky jsou v této práci vytvořeny.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Předmětem zájmu bakalářské práce byly děti s tělesným postižením využívající služby centra Kaňka. Analýza dokumentů byla zaměřena na seznámení se s prostředím, chodem školy a sociálních služeb v rámci odborné praxe v období od 9. března 2015 do 28. března 2015. Výzkum byl podpořen účastí na odborných terapiích a vyučování.

Prvním uživatelem, jemuž byla věnována pozornost, je chlapec s těžkým motorickým postižením Duchennova svalová dystrofie. Jako další byla do výzkumu zařazena dvojčata s dětskou mozkovou obrnou. Vybrané děti se staly předlohou pro zpracování kazuistik, které sloužily jako ukazatel realizace koordinované rehabilitace v centru Kaňka. Jména dětí byla pozměněna.

Polostrukturovaný rozhovor byl veden s rodiči těchto dětí. Samotnému rozhovoru předcházela otázka, zda se rodiče setkali s pojmem koordinované rehabilitace, popřípadě ucelené rehabilitace, a co si pod tímto pojmem představují. Otázku lze chápat jako předvýzkum práce. Rozhovory probíhaly na půdě centra Kaňka v soukromí. Respondentky, se kterými byly rozhovory vedeny, souhlasily se zpracováním údajů pro účely bakalářské práce. Rovněž byly informovány o tom, že rozhovor je anonymní. Sloužil pouze jako doplňková metoda pro podpoření výsledků výzkumu.

5.3 Charakteristika výzkumného terénu

5.3.1 Centrum Kaňka

Centrum Kaňka, celým názvem Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, o.p.s. je nestátní nezisková organizace poskytující služby v oblasti vzdělávání, sociálních služeb a volnočasových aktivit pro děti, mládež a dospělé osoby. Kaňka své služby poskytuje již od roku 2002.

Zajišťuje předškolní a základní vzdělávání dětí se zdravotním postižením a sociální služby denní stacionář, osobní asistenci a ranou péči. Dále poskytuje program sedmi terapií, které spolu se sociálními službami a povinnou školní docházkou tvoří jedinečný model koordinované rehabilitace, který svým uživatelům přináší kvalitní péči. Jedná se o ergoterapii, fyzioterapii, canisterapii, logopedii, augmentativní a alternativní komunikaci, arteterapii a muzikoterapii. Centrum využívá prostředků sociálních, pedagogických i léčebných. Všechny služby probíhají pod jednou střechou během vyučování dětí. Jsou propojené a navzájem na sebe navazují. Neopomenutelný je významný přínos pro rodinu. Vzniká tak časový prostor pro běžné rodinné aktivity namísto odpoledního obcházení konzultací a odborných terapií. To vede k výraznému snížení psychické i fyzické zátěže a k upevnování rodinných vazeb, a tím především k pozitivnímu dopadu na děti s postižením. Za třináct let existence Kaňky dosáhl počet uživatelů téměř celých devadesáti.

5.3.2 Historie centra Kaňka o.p.s.

Centrum Kaňka jako Občanské sdružení volnočasových a terapeutických aktivit, Kaňka o.s., bylo zaregistrována u Ministerstva vnitra České republiky 25. července 2002. Od počátku vzniku bylo hlavním cílem integrace dětí s postižením a dětí zdravých od nejtělejšího věku. Nejedná se tedy jen o přínos pro děti se zdravotním postižením, ale také o výchovu k toleranci a ohleduplnosti dětí zdravých.

Činnost využívalo čtyřicet dětí, z toho devět dětí s postižením. Celoročně probíhaly integrované kroužky, individuální terapie, večery pro rodiče a různé kulturní a společenské akce. Využívalo bylo prvků výchovně vzdělávací metody Marie Montessori, což přetrvává dodnes.

V roce 2003 proběhl první sportovně rehabilitační pobyt. V roce 2004 byly stávající aktivity rozšířeny o denní stacionář. Dále se součástí stává respitní (odlehčovací) péče a raná péče. V roce 2008 vznikla Základní škola Kaňka o.s. Tak děti, které plnily povinnou školní docházku formou individuálního vzdělávání v denním stacionáři, pokračovaly školní docházku v centru Kaňka a nemusely měnit prostředí, dojíždět nebo zůstat na internátě. V roce 2009 byla u Krajského úřadu Jihočeského kraje registrována nová sociální služba osobní asistence. Zároveň byla zrušena služba respitní péče.

V roce 2011 došlo k přeregistrování Kaňky o.s. z občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost, to znamená právní formu, která splňuje podmínky pro poskytování sociální služby. V tomtéž roce byla rozšířena činnost o předškolní vzdělávání vznikem Mateřské školy speciální. V roce 2013 zaniklo původní občanské sdružení volnočasových a terapeutických aktivit, Kaňka o.s. Rok 2013 je významný také díky ergoterapeutce centra, která jako první z Jihočeského kraje získala certifikát České asociace dětských Bobath ergoterapeutů.

5.3.3 Klienti a pracovníci centra Kaňka

Služby jsou určeny dětem, mládeži a dospělým osobám se zdravotní postižením a jejich rodinám z Tábora a jeho okolí. Jedná se zejména o klienty s tělesným, smyslovým postižením či postižením více vadami, děti s poruchou autistického spektra.

Odborný tým tvoří učitelé, vychovatelky ve školní družině, asistenti pedagoga, pedagogičtí pracovníci, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a terapeuti, kteří spolu navzájem spolupracují a komunikují. Pracovníci centra Kaňka konají pravidelné porady. Spolupráce se týká i rodičů a zákonných zástupců dětí zdravotně postižených. K této spolupráci velmi přispívají komunikační sešity, do kterých učitelé zapisují vzkazy pro rodiče či termíny třídních schůzek. Sešit je rovněž určen i rodičům, mohou do něj zapisovat různé vzkazy či připomínky.

5.3.4 Prostorové a materiální zázemí

Jedná se o areál bývalé mateřské školy. V jeho prostorách se nachází čtyři pavilony A, B, C a H, vzájemně propojené spojovacími chodbami. Pavilony A, B a C jsou jednopatrové panelové budovy stejných parametrů z hlediska rozlohy i uspořádání. Přízemí i patro je vždy tvořeno jako samostatná školková třída - herna, sociální zařízení, šatna, kabinety a kuchyňka. Bezbariérový přístup zajišťuje nájezdová rampa přes přízemí čtvrtého pavilonu. Zde se nachází pracovny terapií, jídelna a administrativní zázemí. Pro službu denní stacionář jsou určeny prostory v prvním patře pavilonu C a pracovny pavilonu H. Přízemí pavilonu C slouží jako prostor pro mateřskou školu. Vybavení odpovídá potřebám dětí se zdravotním postižením (relaxační a polohovací polštáře, polohovací postel, dětská sedací souprava, žíněnky, speciální didaktické pomůcky, ale i běžné hračky a přizpůsobený nábytek). V 1. patře pavilonu C najdeme pracovnu rehabilitace (rehabilitační stůl, různé typy RHB míčů a dalších pomůcek, speciální molitanové míčky, pomůcky pro jemnou motoriku, polohovací pomůcky) a pracovnu ergoterapie.

6 Výsledky

6.1 Kazuistika č. 1

Jakub

Narozen: 29. 8. 2001

Diagnóza: Duchennova svalová dystrofie, epilepsie

Další údaje: průkaz ZTP/P, stupeň závislosti IV.

Dosavadní péče: neurologie, kardiologie

Rodinná anamnéza:

Matka narozena 1972, vyučena. Otec narozen 1974, úplné střední odborné vzdělání s maturitou. Žádní sourozenci.

Osobní anamnéza:

Jakubova diagnóza je Duchennova svalová dystrofie. V roce 2007 navštěvoval mateřskou školu v centru Kaňka. V té době samostatná, avšak velmi nejistá chůze o širší bázi. Od roku 2009 po opakovaném odkladu dochází do základní školy speciální při centru Kaňka. Před nástupem navštěvoval ročník podobný přípravnému, aby se dobře adaptoval na školní prostředí. Byla mu věnována stálá speciálně pedagogická a individuální péče.

V roce 2009 z důvodu zahájení školní docházky v centru proběhlo kontrolní vyšetření speciálně pedagogickým centrem. Z psychologického vyšetření je patrné zhoršení, progresse motorických schopností oproti roku 2007, kdy byl ještě schopen samostatné chůze. V roce 2009 již mobilní pouze s mechanickým vozíkem.

Z lékařských zpráv:

Pro hydrocefalus byl Jakobovi zaveden VP zkrat. V roce 2007 provedena biopsie svalu jehlovou metodou.

Z psychologického vyšetření 2009:

Chlapec se závažným progredujícím motorickým postižením, úroveň mentálních dispozic celkově v pásmu širšího průměru. Výkony nevyvážené v neprospěch verbální části. Ve školním kolektivu dobře začleněn a plně adaptován. Kuba je milý a sdílný

chlapec pracující a spolupracující se zájmem a ochotně. Velmi motivační je pro něj úspěch a pochvala.

Individuální péče, která je mu v centru věnována, je v jeho výkonech patrná. Je všeobecně informovaný a i přes odklad zvládá některé elementární školní znalosti. Obtížněji se koncentruje. Od roku 2007 se výrazně zlepšil řečový projev a grafomotorika po technické i obsahové stránce.

Na základě celkového posouzení doporučeno individuální vedení žáka za podpory asistenta pedagoga, do konce povinné školní docházky.

Individuální vzdělávací plán:

Ve školním roce navštěvuje šestou třídu. Výuka je realizována podle školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – „Škola pro děti obyčejné i neobyčejné“. Předměty, jejichž výuka je u Kuby realizována podle individuálního vzdělávacího plánu, jsou český jazyk, matematika a tělesná výchova. Ostatní předměty zcela podle ŠVP ZV. Tempo je nutné přizpůsobit zvýšené unavitelnosti.

Organizace výuky: Žák je ve třídě o šesti dětech. Vyučování v této skupině probíhá se žáky ze sedmého a osmého ročníku. Přítomen asistent pedagoga. Známkován do žákovské knížky.

Z hodnocení učitele: Kuba je šikovný chlapec, který je velmi oblíben v kolektivu. Někdy je složitější motivovat ho k činnostem, které ho příliš nebaví. Dovede aplikovat učivo z minulého ročníku dle ŠVP. V českém jazyce určuje mluvnické kategorie u podstatných jmen, rozpozná slovní druhy. Byl seznámen s pravidly psaní velkých písmen. V matematice z paměti i písemně sčítá trojčlenná čísla. Dokáže řešit slovní úlohy dle ŠVP většinou samostatně, někdy s menší dopomocí. Tělesná výchova je realizována alternativně při fyzioterapii a ergoterapii se zaměřením na protahovací a rehabilitační cvičení, relaxaci a bazální stimulaci.

Koordinovaná péče v rámci centra Kaňka:

Pedagogické prostředky u Kuby, především individuální vzdělávací plán a pedagogickou asistenci, zajišťuje škola ve spolupráci s rodiči a speciálně pedagogickým centrem. Terapie, kterých se účastní, jsou propojeny zejména prostředky pedagogickými a léčebnými. Kuba dochází v době vyučování na fyzioterapii,

ergoterapii, muzikoterapii a arteterapii. Pokud je příležitost, účastní se v centru Kaňka také canisterapie. Využívá taktéž důležité sociální prostředky koordinované rehabilitace v rámci centra Kaňka, a to v podobě sociální služby osobní asistence. Nutná asistence je zejména při přesunech.

6.2 Kazuistika č. 2

Eliška

Narozena: 14. 9. 2001

Diagnóza: dětská mozková obrna, spastická diparéza, centrální hypertonický syndrom, strabismus, lehká mentální retardace, mitrální insuficience

Další údaje: průkaz ZTP/P, stupeň závislosti IV.

Dosavadní péče: neurologie, rehabilitace, kardiologie, ortopedie

Rodinná anamnéza:

Matka samoživitelka narozena 1973, dobrý zdravotní stav, vyučena SOU. Otec, narozen 1967, dobrý zdravotní stav, vyučen SOU, s rodinou nežije. S péčí o děti každodenně pomáhá babička – matčina matka. Sourozenci: bratr Matouš, Eliščino dvojče.

Osobní anamnéza:

Dvojčata narozena z prvního těhotenství, které bylo ukončeno ve třicátém druhém týdnu na základě preeklampsie matky (vysoký tlak). Těhotenství bylo rizikové. Porod proběhl císařským řezem. Hmotnost Elišky 1820 g a délka 43 cm. Po porodu byla po dobu čtyř týdnů umístěna v inkubátoru. Ve třetím měsíci operována pupeční kýla.

V březnu 2008 vyšetřena na kardiologii pro šelest. Stanovena diagnóza mitrální insuficience, prolaps obou cípů mitrální chlopně. Několikrát proběhla aplikace botulotoxinu. Poté výrazné zlepšení stavu. Poslední aplikace 2010.

Od pobytu v Dětské léčebně Vesna se dostane na čtyři, pokus o lezení. Doma s maminkou denně cvičí reflexní lokomoci. Pohybuje se pomocí mechanického vozíku,

o francouzských holích zvládne několik kroků. To bylo však zakázáno kardiologem z důvodu mitrální insuficience.

Eliška je v péči centra Kaňka od roku 2006. Od roku 2009 po odkladu povinné školní docházky navštěvuje ZŠ praktickou při centru Kaňka. Zde je jí věnována speciálně pedagogická péče za podpory asistenta pedagoga. Z vyjádření Speciálně pedagogického centra Arpida byla doporučena asistence pedagoga v průběhu vyučování do konce povinné školní docházky.

Z psychologických vyšetření:

Eliška je citlivá ke změnám prostředí a pozitivně reaguje na pochvalu. Charakteristická je zvýšená unavitelnost mentální zátěží, úroveň mentálních dispozic v rámci pásma lehké mentální retardace. Dobře a spontánně navazuje sociální kontakt. Eliška ochotně spolupracuje, je milá, komunikativní a přátelská.

Rozvíjí se sociální porozumění a základní vědomosti. Úroveň vizuomotorické koordinace je snižena, grafomotorika subnormní, tempo pomalejší. Při početních operacích využívá prsty. Optimální se jeví podpora cestou využívání názoru. Čte po slovech pomalým tempem, dvojí čtení. Obsah částečně reprodukuje s nápovědnými otázkami. Je zřejmý posun od slabikování ke čtení slov.

Ze závěru a doporučení se vývoj posouvá ve prospěch verbální oblasti směrem k horní hranici pásma lehkého mentálního postižení. Vyspělejší pracovní charakteristika. Osobnostně je zvýšeně senzitivní, sociálně vstřícná.

Z hlediska individuálního vedení je nutné respektovat zvýšenou unavitelnost a pomalejší tempo. Přínosné pro kvalitu soustředění jsou změny úkolů či zjednodušení formy. Úkoly se doporučují krátit, strukturovat, barevně zvýraznit. Důležité je nezadávat časově limitované úkoly, využívat názorný materiál, opakovat základy učiva.

Individuální vzdělávací plán:

Eliška se podle IVP vzdělává v těchto předmětech: český jazyk, anglický jazyk, matematika a tělesná výchova. Je žákyní šesté třídy. Vzdělávána je podle školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením – „Škola pro děti obyčejné i neobyčejné“. Hodnocení je kombinované (slovní hodnocení v předmětech, jejichž výuka probíhá dle IVP).

Organizace výuky: Dívka je ve studijní skupině o šesti dětech. Vyučování v této skupině probíhá spolu s žáky páté, sedmé, deváté a desáté třídy. Asistent pedagoga je přítomen na všechny hodiny.

Z hodnocení učitele: Pravidelně dochází na rehabilitační cvičení v rámci centra Kaňka, ráda se zapojuje do jednoduchých cvičení ve třídě – s hudbou, s míčky, ráda pobývá na koberci (lezení, převalování). V českém jazyce umí vyjmenovaná slova po L, M, Z a s pomocí dokáže odůvodnit i/y. Eliška čte pomalu, ale velmi se snaží číst správně. V matematice umí vyjmenovat početní řadu do tisíce, s dopomocí umí čísla porovnat. V geometrii se seznámila s rýsováním a měřením úsečky a přímky.

Koordinovaná rehabilitace v rámci centra Kaňka:

Pedagogické prostředky, v případě Elišky zejména využití podpory asistenta pedagoga a plnění individuálního vzdělávacího plánu, zajišťuje škola. Léčebné prostředky koordinované rehabilitace využívá v době vyučování v rámci centra Kaňka. Dochází na pět terapií. Jedná se o individuální ergoterapii jednou týdně po dobu 30 minut. Rovněž dochází na arteterapii, která probíhá skupinově po dobu jedné hodiny, dále individuální fyzioterapii a skupinovou muzikoterapii. Účastní se také canisterapie, která je současně době realizována pouze nárazově. Sociální prostředky zajišťuje centrum Kaňka, hovoříme o osobní asistenci.

6.3 Kazuistika č. 3

Matouš, Eliščino dvojče

Narozen: 14. 9. 2001

Diagnóza: dětská mozková obrna, levostranná spastická hemiparéza, atopické astma bronchiálie

Další údaje: průkaz ZTP/P, stupeň závislosti IV.

Dosavadní péče: neurologie, alergologie, ortopedie

Rodinná anamnéza: viz kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Předčasně narozen, v inkubátoru asi tři týdny. Psychomotorický vývoj opožděn, plazení od dvou a půl let. Od roku 2004 sledován na alergologii na základě opakovaných bronchitid. V roce 2006 proběhla ortopedická operace. Používá mechanický vozík, na krátké vzdálenosti schopen chůze o francouzských holích. Doma s maminkou cvičí jednou denně reflexní lokomoci.

V péči centra od roku 2006, kde mu byla věnována speciální logopedická a rehabilitační péče. V rámci terapií v současné době dochází každé úterý na individuální ergoterapii. Stejně jako jeho sestra Eliška se každoročně účastní lázeňského pobytu v Jánských Lázních. Zde v rámci koordinované rehabilitace dochází na individuální fyzioterapii, která je zaměřena především na stabilizaci lopatek a pánve, balanční cvičení na válci, nátkroky. Cvičí reflexní lokomoci dle Vojty.

Při psychologickém vyšetření v souvislosti s posouzením školní zralosti v říjnu 2007 mu byl doporučen odklad školní docházky o jeden rok. Povinnou školní docházku zahájil v běžné základní škole v Táboře. Je individuálně integrován. Centrum Kaňka se při zabezpečení podmínek pro integraci snaží být nápomocno. V květnu 2010 byla domluvena návštěva školy pracovníkem speciálně pedagogického centra ohledně pedagogické a osobní asistence. Individuální integrace chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami byla shledána jako úspěšná. Chlapec je bezproblémově začleněn. V oblasti zvládání školních požadavků se neobjevily žádné potíže, je respektováno jeho pracovní tempo. Jako podpůrná opatření využívá žák pedagogickou asistenci po celou dobu vyučování. Je vzděláván podle ŠVP ZV příslušné školy.

IVP má vypracovaný pro vyučovací předmět český jazyk a tělesná výchova. Integrovaný je ve třídě, ve které působí dvě asistentky pedagoga, obě na částečný pracovní úvazek. Tyto asistentky zabezpečují zároveň osobní asistenci v průběhu vyučování. SPC v souvislosti s dobrým fungováním těchto dvou podpůrných služeb doporučilo spojení pedagogické a osobní asistence.

Klientem centra Kaňka je však i nadále. Dochází na ergoterapii. U Matouše jde především o rozvoj jemné a hrubé motoriky (malý rozsah v ramenním kloubu u obou horních končetin) a nácvik ADL, tedy aktivit denního života.

Psychologická vyšetření:

Jedná se o pozitivně emočně naladěného chlapce, v kontaktu spontánní a milý, snaživý, bez řečových vad. Nerovnoměrný vývoj mentálních dispozic v rámci širší normy. Dobrá je úroveň všeobecné informovanosti a sociálního porozumění.

Postaví se s oporou, používá mechanický vozík i dětské berle. Dominantní je pravá horní končetina, ale snaží se zapojovat obě ruce.

6.4 Realizace koordinované péče v centru Kaňka

V rámci této podkapitoly jsou shrnuty jednotlivé prostředky koordinované rehabilitace realizované v rámci centra Kaňka. Tuto část výzkumu podpořila sekundární analýza dat z výročních zpráv, standardů kvality sociálních služeb a webových stránek, popřípadě doplňující dotazování odborníků.

6.4.1 Sociální prostředky rehabilitace v centru Kaňka

Centrum Kaňka zajišťuje v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následující sociální služby. Jedná se o ranou péči, denní stacionář a osobní asistenci.

Sociální služba denní stacionář je určena osobám se zdravotním postižením od dvou do šedesáti čtyř let, pokud jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a jejichž zdravotní stav a specifické potřeby vylučují možnost integrace ve školách běžného typu. Pobyt v denním stacionáři je zaměřen na včasnou intervenci a zajišťuje individuální přístup, rodinné prostředí, pravidelnou sociálně terapeutickou činnost, náročnou obslužnou péči a zachování přirozeného sociálního prostředí v místě bydliště. Využívaná je metoda skupinové práce. Ta klientům přináší především snadnější navázání kontaktu a spolupráce s vrstevníky, motivaci a sociální začlenění. Náplní denních činností je opakování trivia, nácvik nakupování, kulturní a společenské akce apod. Dále péče zahrnuje fakultativní služby. Jedná se o individuální i skupinové

terapie. Pracovníci sociálních služeb v přímé péči využívají koncept bazální stimulace, koncept manželů Bobathových, prvky synergické reflexní terapie či prvky pedagogiky Marie Montessori. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách denní stacionář zajišťuje například pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. U dospělých klientů jde v přední řadě o zlepšování praktických a sebeobslužných dovedností a zvládnání běžných pracovních úkonů. Zařízení pravidelně pořádá schůzky s rodiči. Je prováděna depistáž aktuálních požadavků, návrhů nebo připomínek k průběhu sociální služby.

Sociální služba osobní asistence je určena klientům od sedmi do dvaceti šesti let se zdravotním postižením z Tábora a okolí. Tuto službu využívají žáci, kteří se vzdělávají při centru Kaňka, pokud jejich zdravotní stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Tuto službu mohou využívat žáci, kteří dochází do základní školy Helsinská v Táboře. Nabízena je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o svou osobu – oblékání, svlékání, obouvání, nácvik přesunu z vozíku a na vozík, na lůžko či toaletu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, zejména podpora při příjmu stravy a tekutin dle specifických potřeb, zajišťovány jsou speciální kompenzační pomůcky (například zvýšený okraj na talíř, speciální ergonomické přístroje či protiskluzové podložky). Dále poskytuje podporu v oblasti výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, to znamená podporu a pomoc při výuce, při činnostech školní družiny a dalších aktivitách. Významný je také nácvik motorických, psychických a sociálních aktivit a zprostředkování kontaktu s přirozeným společenským prostředím – doprovod na různé akce.

Raná péče je sociální služba, která je určena dětem s mentálním, tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením od narození do sedmi let věku. Služba je poskytována ambulantně i terénně. Je zaměřena na včasnou intervenci a na zlepšení života dítěte i celé rodiny a nabízí ovlivnění zdravotního stavu a vývoje dítěte v co nejnižším věku, dále poskytuje sociálně právní poradenství, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, popřípadě zprostředkování konzultací s dalšími odborníky a institucemi. Služba probíhá bez úhrady nákladů.

6.4.2 Léčebné a terapeutické prostředky v centru Kaňka

V rámci léčebných prostředků jsou poskytovány odborné terapie jako fakultativní placené služby v rámci sociální služby denní stacionář. Terapie jsou vedeny odborným personálem a jedná se o arteterapii, muzikoterapii, ergoterapii, canisterapii, logopedii, alternativní a augmentativní komunikaci a fyzioterapii. Právě nabídka těchto terapeutických programů, které centrum Kaňka uceleně poskytuje jako jediné zařízení v Táboře, je jedním z nejvýznamnějších důvodů, proč jsou služby centra Kaňka hojně vyhledávány.

Terapie probíhají formou individuální nebo skupinovou. Individuální terapie trvá třicet minut, skupinová čtyřicet pět minut. Délka může být individuálně uzpůsobena aktivitou dítěte. Jednotlivé terapeutické aktivity mají určenou svou místnost, která je vybavena speciálními pomůckami podle druhu terapie. Samozřejmostí je vedení dokumentace a stanovení terapeutického plánu.

6.4.3 Vzdělávání a pedagogické prostředky rehabilitace v centru Kaňka

Centrum Kaňka zajišťuje služby v oblasti výchovy, předškolního a základního vzdělávání žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Žáci se vzdělávají dle ŠVP pro předškolní vzdělávání a školní družinu, pro základní vzdělávání a základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením. Dále podle ŠVP pro obor základní škola speciální pro žáky se středně těžkým mentálním postižením a pro žáky s těžkým mentálním postižením.

Každé dítě se speciálními vzdělávacími potřebami má vytvořen svůj vlastní individuální vzdělávací plán, který obsahuje cíle vzdělávání. Vždy na konci roku je plnění a dosažení těchto cílů zhodnoceno. Ve třídě je pedagog a asistent pedagoga. Žáci školy využívají služby osobní asistence. Osobní asistent žákovi zajišťuje pomoc při sebeobslužných činnostech.

Důraz je kladen především na výchovu a vzdělávání k praktickému a samostatnému životu. Škola se zaměřuje na rozvoj klíčových kompetencí: k učení, k řešení problémů,

pracovní, komunikativní, sociální a personální, občanské. Zejména názorným a prožitkovým učením či formou hry dochází k naplnění těchto kompetencí.

Mateřská škola má maximální kapacitu čtrnáct dětí. Pracují zde dvě pedagogické pracovnice a dva asistenti pedagoga. Přijímány jsou děti s tělesným, smyslovým, mentálním, kombinovaným postižením a děti s poruchou autistického spektra. Záměrem je stimulovat dítě v oblasti psychomotorického vývoje, zajistit speciálně pedagogickou péči, která se zaměřuje na rozvíjení oslabených funkcí. MŠ plní od roku 2012 Školní vzdělávací program pro předškolní vzdělávání s názvem „Pomoz mi, abych to dokázal sám“.

Školní poradenské pracoviště poskytuje konzultační a poradenské služby žákům, zákonným zástupcům žáků a pedagogům centra Kaňka o.p.s. Působení poradenského týmu, který tvoří ředitelka školy jako výchovný poradce, školní preventista patologických jevů, koordinátor environmentální výchovy a koordinátor informační a komunikační technologie přímo na škole přináší mnoho výhod. Pomoc je poskytována ihned, přímo na místě a poradenský tým zná detailně prostředí i atmosféru školy. Významným cílem je včasná informovanost rodičů o dalším vzdělávání žáků po ukončení základní školy. S rodiči jsou uskutečňovány pravidelné schůzky. Školní poradenské pracoviště dále iniciuje aktivity vedoucí k vylepšení klimatu školy a posílení pozitivních vztahů a poskytuje primární prevenci.

Důležitým bodem pro koordinovanou péči je, že centrum Kaňka úzce spolupracuje se speciálně pedagogickými centry, odbornými lékaři a dalšími institucemi v České republice.

6.4.4 Volnočasové aktivity v centru Kaňka

Další důležitou činností, kterou Kaňka nabízí, a která také úzce souvisí s pedagogickými prostředky, je poskytování volnočasových aktivit dětem a mládeži se zdravotním postižením i dětem zdravým, a to s rodiči i bez nich. Nejširší nabídku tvoří integrované kroužky pro děti od jednoho roku do šesti let. Nabídka kroužků je rozmanitá. Tvoří ji kroužek hudebně pohybové výchovy, výtvarně pracovní výchovy,

praktických dovedností (kroužek pro dospívající mládež se zdravotním postižením), keramika, základy hry na flétnu nebo klávesy formou hry, základy hry na kytaru, logopedická prevence a Školička – poprvé bez rodičů pro děti od dvou let. Školička představuje kroužek pro děti od dvou do tří let, které se zde připravují na pobyt v mateřské škole. Každý rok se koná týdenní letní a zimní sportovně rehabilitační pobyt vždy tematicky zaměřený. Zajímavé a příhodné jak pro děti, tak i pro rodiče je to, že se pobytu mohou účastnit i rodiče, pro které je také připraven program. Odpočinou si a naberou nové síly.

6.5 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů a jejich interpretace

Rozhovor proběhl s matkami dětí, jejichž kazuistiky byly zpracovány. Po příchodu byly vždy požádány tazatelkou, zda může být rozhovor nahráván a zároveň byly ujistěny, že je anonymní. Jednalo se o rozhovor polostrukturovaný, jehož cílem bylo vytěžit co nejvíce informací o centru Kaňka, o spokojenosti rodičů s poskytovanou péčí a službami, popřípadě, v čem vidí rodiče mezery nebo co v péči postrádají. Před samotným rozhovorem byly matky seznámeny s tématem a cílem bakalářské práce. Rozhovory jsou zaznamenány v původním znění.

Rozhovorům předcházela předvýzkum, jehož hlavní otázka spočívala v tom, zda rodiče znají pojem koordinovaná rehabilitace, popřípadě ucelená rehabilitace. V tomto ohledu se ukázaly nedostatky. To potvrzují odpovědi obou respondentek. T: *„Nejprve bych se vás chtěla zeptat, zda znáte pojem koordinovaná rehabilitace či ucelená rehabilitace?“* R1: *„Ne, to neznám, nikdy jsem se s tím nesetkala.“* R2: *„Myslím, že asi nepůjde jenom o léčebný tělocvik, ale blíž o tom nic nevím.“*

Pro realizaci rozhovoru proto bylo nutné respondentky s touto problematikou krátce seznámit.

Další otázky již směřovaly k jádru rozhovoru, tedy ke zjištění spokojenosti rodičů s péčí, kterou Kaňka poskytuje. T: *„Když se vrátíme na úplný začátek, proč jste si*

vybrali právě Kaňku?“ R1: „V té době tady žádné podobné zařízení neexistovalo.“ R2: „Protože jsme chtěli odbornou péči a jiná možnost tenkrát nebyla.“

Na otázku, která se zaměřovala na to, v čem Kaňka rodičům nejvíce pomáhá, popřípadě co pro ně znamená, odpovídaly respondentky takto: R1: „Kaňka funguje jakoby na způsob rodinné školy, je tu takové stmelení, a to je pro nás důležité.“

R2: „Ulehčuje nám to situaci, nemusíme jezdit na rehabilitaci jinam. Terapie jsou poskytovány tady ve škole. Všichni se tady známe, je tu dobrý kolektiv.“

Obě respondentky ve svých výpovědích uvedly, že by si pro své děti přály častější canisterapii v centru. Na otázku: „Jak byste péči vylepšila, kdybyste měla neomezené finanční prostředky? Existuje něco, co postrádáte?“ byla od respondentky 1 získána tato odpověď: „Určitě rozsáhlejší rehabilitační péči. Více terapií, třeba častější canisterapii. My jsme teda dřív pejska měli, ale teď ho z časových důvodů mít nemůžeme a děti by to vyžadovaly. Takže by bylo fajn, kdyby aspoň tady v Kaňce tu možnost měly častěji.“ Respondentka 2 zase odpověděla takto: „Asi ne, jenom teď dlouho nebyla canisterapie.“

Další otázka se zaměřovala na hodnocení spolupráce mezi Kaňkou a rodiči. Odpovědi zněly takto: R1: „Záleží jak v čem, někdy je to na mínusovém bodě, Eliška je rodinný typ, a když něco nefunguje, tak to špatně snáší. Stačí nová osoba a komunikace se zasekne. Eliška je zvyklá na někoho, a když přijde někdo jiný, tak je v tom problém. Řešili jsme to a teď už jsou Eliška s paní učitelkou kamarádky.“ Druhá respondentka odpověděla na otázku, zda spolupráce mezi rodiči a odborníky funguje kladně.

Poslední otázka zněla takto: „Podílela jste se na tvorbě IVP nebo spolupracují rodiče na vzniku tohoto plánu?“ R1: „Na tvorbě přímo ne, od toho jsou tu odborníci, ale jezdili jsme do SPC v Českých Budějovicích. Když něco potřebuju, tak hned volám tam.“ R2: „To necháváme spíše na Kaňce, ale kdybychom měli nějaké otázky nebo přání, tak se můžeme určitě ozvat.“

7 Diskuze

Výzkumná část byla provedena na základě obsahové analýzy dat. Pomocí tří kazuistik vybraných dětí, které využívají služby centra Kaňka, měly být objasněny skutečnosti o tom, zda je dětem v tomto zařízení věnována péče v duchu koordinované rehabilitace. Dále bylo zjišťováno, jaké metody a služby jsou v rámci centra Kaňka poskytovány. Protože pro koordinovanou rehabilitaci je klíčový tým odborníků, jehož nedílnou součástí jsou i rodiče dětí se zdravotním postižením, byl výzkum doplněn polostrukturovanými rozhovory s rodiči. Rozhovory se zaměřovaly na výzkumnou otázku, zda péče, kterou centrum Kaňka poskytuje, splňuje požadavky a odpovídá představám rodičů.

Podle autorů zabývajících se touto problematikou vyžaduje koordinovaná podpora spolupráci multidisciplinárního týmu. Například Zikl (2011) uvádí, že i rehabilitace léčebná je v rukou nejen zdravotnických pracovníků, ale i pedagogů či pracovníků v sociálních službách. Bez týmové spolupráce, vzájemné komunikace a odpovědnosti každého člena týmu může koordinovaný systém rehabilitace snadno selhat. V Kaňce tvoří tým odborní terapeuti včetně fyzioterapeuta a ergoterapeuta, dále pedagogové a speciální pedagogové, asistenti pedagoga, sociální pracovník a další pracovníci v sociálních službách. Tým výborně funguje podle schématu kruhové podpory, který naznačil Jankovský (2006). Uprostřed se nachází dítě a kolem něj vzájemně kooperují odborníci, včetně rodičů. Známkou spolupráce s rodiči je mimo jiné tzv. komunikační sešit sloužící k oboustranné komunikaci rodičů s učiteli či terapeuty, do kterého se píše vzkazy jakéhokoliv charakteru. Dalšími indikátory toho, že rodiče jsou součástí týmu, jsou třídní schůzky, individuální porady rodičů s pracovníky centra týkající se například vycházejících žáků nebo porady ohledně individuálních plánů dětí, to znamená individuálního vzdělávacího plánu, individuálního plánu rehabilitace nebo individuálního plánu sociálních služeb. Kontakt rodičů dětí a pracovníků centra však probíhá denně při příchodu a odchodu ze zařízení.

Ze zjištěných informací vyplývá, že individuální plány sociálních služeb sestavuje klíčový pracovník společně se zákonným zástupcem dítěte. Z údajů získaných z rozhovorů s rodiči vyplývá, že rodiče jsou v tomto ohledu pasivnější, spíše realizaci individuálních plánů přenechávají na odbornících a plně jim důvěřují. Jak bylo v úvodu bakalářské práce uvedeno, úsilí dítěte a odborníků k tomu, aby rehabilitace byla účinná, nestačí. Důležité je také aktivní zapojení rodičů do celého procesu.

Členy realizačního týmu, kteří se na individuálním plánu sociálních služeb dále podílejí, jsou také vedoucí pracovník a sociální pracovník, kteří provádí kontrolu individuálních plánů. Sociální pracovník dále zprostředkovává první kontakt s klienty a metodicky pomáhá klíčovému pracovníkovi. S tímto plánem jsou seznámeni všichni pracovníci přímé péče, kteří s dítětem přijdou do styku a můžou tak pomoci dosahovat cílů stanovených plánem.

Při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vypracovávány individuální vzdělávací plány. Blíže se IVP věnuje vyhláška č. 73/2005 Sb. v platném znění. Na tvorbě plánu se podílí učitel spolu se speciálně pedagogickým centrem a samozřejmě i rodičem, který má právo k plánu vyjádřit své návrhy či připomínky. Okolnosti tvorby IVP korespondují s informacemi obsaženými ve vyhlášce č. 73/2005. Odpovědnost za zpracování tohoto plánu má ředitelka školy a hodnocení plnění individuálního vzdělávacího plánu se provádí SPC dvakrát ročně. Součástí IVP, který je připravován a hodnocen pro každého žáka základní školy Kaňka, je individuální plán pro klienty sociální služby osobní asistence.

Zíkl (2011) zmiňuje, že pokud dítě využívá prvky léčebné rehabilitace, je vhodné do IVP zařadit plán zdravotní péče / léčebné rehabilitace. V Kaňce tento individuální rehabilitační plán sestavují odborníci podle lékařské dokumentace.

Ukazatelem týmovosti pracovníků centra je také dokument Příklady porušování práv a jejich popis, který si centrum vytvořilo, aby se tak vyhnulo možným neshodám. Dokument také obsahuje pravidla pro řešení a odstranění vzniklé problémové situace. Ukázka dokumentu je uvedena v příloze č. 2.

Už Jesenský (1995) považoval léčebné prostředky za klíčové. Tuto myšlenku potvrzují jednotlivé kazuistiky, protože všechny děti využívají léčebné terapie. Ze

studované odborné literatury vyplývá, že pro koordinovanou rehabilitaci je ústřední návaznost jednotlivých prostředků léčebných, pedagogických, sociálních a pracovních. Dle definice WHO se rehabilitace, aby byla ucelená, musí skládat ze složek (prostředků), které musí být navzájem koordinovány – propojeny (Votava, 2003). Z kazuistik je zřejmé, že perfektně návaznost jednotlivých prostředků funguje i v centru Kaňka. Zejména u kazuistiky č. 1 a 2 dochází k prolínání léčebných, pedagogických a sociálních prostředků. V kazuistice č. 3 jde o chlapce, který je individuálně integrován v běžné škole. Do Kaňky dochází na ergoterapii. Jednou z hlavních vizí před vznikem centra bylo propojení odborných terapií se sociálními službami a povinnou školní docházkou. Pedagogické prostředky zabezpečuje škola, sociální prostředky jsou poskytovány v rámci sociálních služeb centra, v rámci kterých jsou poskytovány také léčebné prostředky, v podobě terapeutických aktivit. Všechny služby probíhají pod jednou střechou, tudíž na sebe bez problémů navazují a jsou propojené.

Může se zdát, že pracovní prostředky rehabilitace, vzhledem k zaměření práce na děti školního věku, nejsou pro tento výzkum klíčové. Avšak pro děti, zejména děti s tělesným postižením je důležitý nácvik soběstačnosti, zejména pak běžných denních aktivit. Dnes je pro tyto aktivity hojně využívána zkratka ADL (Activities of Daily Living). Zprvu se dají chápat pracovní prostředky rehabilitace v centru Kaňka jako nedostačující či zcela chybějící, po hlubší analýze však toto tvrzení není zcela správné. Podle Svěčené a Švestkové in Pfeiffer (2014) ergoterapie prostupuje všemi prostředky a fázemi koordinované rehabilitace. Ergoterapeut individuálně vybírá v rámci terapie smysluplnou činnost tak, aby byl klient schopen provádět běžné denní, pracovní, zájmové a volnočasové aktivity. Jankovský (2014) zdůrazňuje, že ergoterapie je léčba smysluplnou činností, zaměstnáváním a nelze její význam zužovat pouze na pracovní prostředek rehabilitace. Zároveň zmiňuje, že ergoterapie rozvíjí různé dovednosti, a to i pracovní, tak, aby bylo možné začlenit člověka s tělesným postižením do plnohodnotného života. Z toho vyplývá, že ergoterapie není výhradně léčebným prostředkem. Úzce souvisí i s pracovními prostředky. U dětí by ergoterapie měla mít charakter hry či činností, které jsou vzhledem k jejich věku a zdravotnímu postižení poutavé a motivující.

Jak bylo v kapitole o metodách koordinované rehabilitaci zmíněno, ergoterapie se dělí na kondiční ergoterapii zaměřenou na psychickou rovnováhu, ergoterapii cílenou na postiženou oblast, ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění a ergoterapii zaměřenou na nácvik běžných denních činností (ADL), tedy výchovu k soběstačnosti. V Kaňce se ergoterapeutka zaměřuje především na nácvik složek ADL. Složka personální představuje péči o svou osobu (oblékání, použití toalety nebo přesuny) a složka instrumentální (například rozvíjení schopnosti zacházet s penězi, obsluhovat počítač či mobilní telefon). Pomocí smysluplných aktivit je podporována duševní pohoda dětí. Ergoterapeutka využívá prvky bazální stimulace, díky nimž dochází k rozvoji vnímání tělesného schématu a pomocí orofaciální stimulace dochází k ovlivnění slinotoku a podpoře příjmu potravy – uvolnění svalů polykacích a žvýkacích. Dále se ergoterapie zaměřuje na rozvoj kognitivních funkcí a u dětí s tělesným postižením, především u dětí s DMO, na rozvoj jemné i hrubé motoriky – úchopy, uvolňovací cviky, lokomoci a přesuny. Výběr činností je individuální s ohledem na zájmy a dovednosti dítěte. Činnosti mají herní charakter. Ergoterapie probíhá buď individuálně po dobu třiceti minut, nebo skupinově – většinou dvě děti po dobu čtyřiceti pěti minut.

Prvky konceptu bazální stimulace, zejména polohování, Bobath koncept či prvky pedagogiky Marie Montessori jsou metody, které prostupují veškerou péčí v centru Kaňka. Jak Zíkl (2011) zmiňuje, jedná se například o nutnost polohování imobilních dětí, o rozvíjení motorického vývoje a facilitaci vykonávání motorických dovedností. Učitel nebo pracovník v sociálních službách tráví s dítětem mnoho času, proto by měl být schopen během dne realizovat různé rehabilitační techniky, tzv. handling.

Fyzioterapie probíhá individuální formou, většinou po dobu třiceti až šedesáti minut podle individuálních zvláštností dětí. Rehabilitační místnost, která je pro terapii určena, je vybavena pomůckami jako je polohovatelné lůžko, motomed, válce, rehabilitační míče, měkké míčky a fazole pro měkké facilitační techniky, overbally či chodítka. Využívány jsou principy reflexní lokomoce podporující vertikalizaci.

Pfeiffer (2005) vidí pro nejtělejší věk vhodnou Vojtovu metodu reflexní lokomoce, ale v pozdějším věku, kdy dítě více spolupracuje, považuje za vhodnější metodiku manželů Bobathových. Z toho plyne, že zaměřit se striktně na jednu metodu není tak

účinné. A proto je velmi cennou skutečností, že centrum Kaňka se v rámci fyzioterapie nezaměřuje pouze na Vojtovu metodu, ale hojně využívá také Bobath koncept či prvky synergické reflexní terapie.

Canisterapie je zajišťována externími pracovníky, ale probíhá v zařízení. Po rozhovorech s rodiči a z výpovědí pracovníků centra Kaňka vyplynulo, že situace ohledně canisterapie je aktuálně složitá. Všichni si uvědomují přínos této terapie a zejména rodiče by ji uvítali v pravidelnějších a častějších intervalech.

V rámci expresivních specifických terapií jsou centrem Kaňka poskytovány arteterapie a muzikoterapie. Mezi terapie je možné zařadit i dramatický kroužek, který je dětem nabízen v rámci odpoledního pobytu v družině jednou týdně. Nejedná se přímo o dramaterapii, ale pouze o kroužek, který dětem přináší smysluplné využití volného času, zábavu a uvolnění a zároveň děti učí, jak přiměřeně reagovat v různých sociálních situacích. Dramatický kroužek probíhá ve školních třídách a v družině. Valenta (2011) potvrzuje přínos dramaterapie, která podle něj přináší především symptomatickou úlevu, zmírňuje důsledky poruchy a sociální problémy.

Poměrně častou diagnózou v centru Kaňka je dětská mozková obrna. V mnoha případech se k tomuto postižení přidružují poruchy řeči, zejména dysartrie. Proto je v centru Kaňka dětem věnována speciálně pedagogická podpora v podobě logopedické péče. Podle Jankovského (2006) by tuto péči měla zajišťovat speciálně pedagogická centra nebo by měla být poskytována v rámci zařízení, kde se jí věnují kliničtí logopedi. V Kaňce působí dvě logopedky, interní pracovnice zařízení. U nemluvicích klientů využívají metodiku AAK – augmentativní a alternativní komunikace. Augmentativní komunikace podporuje a rozvíjí zanechané komunikační schopnosti, alternativní komunikace funguje jako náhrada mluvené řeči. Jedna terapie trvá třicet minut a probíhá v logopedické pracovně. Doménou místnosti je velké zrcadlo naproti stolu tak, aby na sebe logopedka i klient dobře viděli. Dalšími pomůckami, se kterými se při logopedii pracuje, jsou pracovní listy, IPady a různé PC programy. U dětí využívají cvičení orofaciální, fonační a artikulační. Dále děti pracují s Komunikačními slovníky, se systémem Makaton a znakovou řečí.

Pracovníci centra rodičům navrhuji terapie, které jsou pro jejich děti vhodné. Rodiče na základě doporučení návrhy schvalují nebo odmítají. Jedná se o fakultativní placené služby, takže jejich uplatnění u dětí je závislé především na tom, zda jsou rodiče schopni terapii zaplatit.

Z polostrukturovaného rozhovoru s rodiči je zřejmé splnění očekávání a spokojenost se službami a péčí, která je dětem poskytována. Také byly zjištěny informace o komunikaci mezi odborníky a rodiči, která v centru funguje, ale spíše ze strany odborníka k rodičům. Ti odborníkům plně důvěřují. V souvislosti s tím je spatřován určitý nedostatek v jejich podílení se na tvorbě individuálních plánů.

Péči, která je dětem poskytována, vnímají rodiče jako dostačující. Respondentky kladně hodnotily stmelení, kolektiv a rodinné prostředí, které v Kaňce vládne. Dále si pochvalovaly skutečnost, že nemusí nikam složitě dojíždět, ale péče je dětem věnována uceleně na jednom místě. Menší deficit byl zaznamenán pouze v nepravidelné canisterapii. Nápravu by jistě představovalo lepší organizační zajištění.

Před rozhovorem byl proveden předvýzkum. Otázkou bylo, zda se rodiče setkali s pojmem koordinovaná rehabilitace, popřípadě ucelená rehabilitace. Zjištěno bylo nedostatečné povědomí rodičů o uceleném systému rehabilitace. Potvrdila se tak domněnka, že širokou veřejností je stále rehabilitace vnímána jako především zdravotnická záležitost. Nápravou by mohla být jakási osvěta rodičů pracovníky centra Kaňka o péči, která je jejich dětem v rámci koordinované rehabilitace poskytována a snaha více rodiče vtáhnout do procesu komplexní péče, do jejího plánování, průběhu i hodnocení.

8 Závěr

V dnešní době existuje mnoho terapeutických metod, ale ne vždy jsou úspěšně využívány v rámci systému koordinované rehabilitace. ZŠ a MŠ a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka, o.p.s. je jedním ze zařízení, kde tato péče efektivně funguje. U dětí s tělesným postižením se snaží především o nácvik běžných denních činností, rozvoj soběstačnosti, rozvoj jemné a hrubé motoriky, kognitivních funkcí, duševní pohody a rovnováhy.

Nejen dětem, ale i rodičům se snaží zajistit co nejoptimálnější kvalitu jejich života. Jak už bylo řečeno, od samého počátku bylo vizí centra propojení odborných terapií se sociálními službami a povinnou školní docházkou. Díky nadšení pro tuto práci, odbornosti a týmovosti pracovníků centra byla vize naplněna. Tato skutečnost je významným mezníkem, proč je centrum Kaňka tak hojně vyhledáváno rodiči dětí se zdravotním postižením.

Bakalářská práce pojednává o prostředcích a metodách koordinované rehabilitace, která v poslední době zaznamenává velké pokroky a nabývá na významu. Již se nejedná pouze o rehabilitaci léčebnou, jak je stále ještě laickou veřejností vnímáno. Kromě využití léčebných prostředků se jedná o koordinované a plynulé využití prostředků pedagogických, sociálních a pracovních. Cílem práce bylo zmapovat, jaké metody centrum Kaňka v Táboře v rámci koordinované rehabilitace poskytuje. Na kazuistikách vybraných dětí s tělesným postižením bylo snahou poukázat na funkčnost a návaznost jednotlivých prostředků v tomto zařízení.

Původní cíl, kterým bylo porovnání nynějšího stavu jedince s tělesným postižením se stavem před zahájením koordinované rehabilitace, musel být pro účely bakalářské práce pozměněn. Zmapováním problematiky koordinované rehabilitace byla objasněna myšlenka, že v dnešní době je dětem poskytována péče již od raného dětství. Původně stanovený cíl by tedy vzhledem k zaměření práce na děti školního věku nemohl být splněn.

Práce je určena nejen odborníkům zabývajících se touto problematikou, nýbrž široké veřejnosti a rodičům dětí s tělesným a kombinovaným postižením využívajících služby centra Kaňka.

9 Seznam informačních zdrojů

BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2012, 76, 5 s. ISBN 9788074161025. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf.

CENTRUM KAŇKA. *Historie*. [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.kanka.info/historie/>.

CENTRUM KAŇKA. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.kanka.info/socialni-sluzby/>.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 8073870142.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 217 s. ISBN 978-80-247-3070-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, 293 s. ISBN 80-7225-190-2.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

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

JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006, 159 s. ISBN 80-00-01809-8.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. upr. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.

NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2000, 58 s. ISBN 80-7083-383-1.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp, 2009, 216 s. ISBN 978-80-7232-378-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠIŠKOVÁ, Dana. Nervosvalová onemocnění v dětském věku. *Pediatric pro praxi*. Solen, s.r.o., 2012, roč. 13, č. 6, s. 365 – 368. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/02.pdf>.

TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 237 s. ISBN 80-247-1296-2.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

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

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

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

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

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

ČESKO. Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v platném znění.

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění.

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v platném znění.

ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v platném znění.

10 Přílohy

Příloha č. 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 2 – Příklady porušování práv klientů a jejich popis

Příloha č. 1

T: *„Nejprve bych se vás chtěla zeptat, zda znáte pojem koordinovaná rehabilitace či ucelená rehabilitace?“*

R1: *„Ne, neznám, nikdy jsem se s tím nesetkala.“*

R2: *„Myslím, že nepůjde jen o léčebný tělocvik, ale blíže o tom nic nevím.“*

T: *„Když se vrátíme na úplný začátek, proč jste si vybrali právě Kaňku?“*

R1: *„V té době tady žádné podobné zařízení neexistovalo.“*

R2: *„Protože jsme chtěli odbornou péči a jiná možnost tenkrát nebyla.“*

T: *„Co pro vás Kaňka znamená? V čem vám nejvíce pomáhá?“*

R1: *„Kaňka funguje jakoby na způsob rodinné školy, je tu takové stmelení, a to je pro nás důležité.“*

R2: *„Ulehčuje nám to situaci, nemusíme jezdit na rehabilitaci jinam. Terapie jsou poskytovány tady ve škole. Všichni se tady známe, je tu dobrý kolektiv.“*

T: *„Jak byste péči vylepšila, kdybyste měla neomezené finanční prostředky? Existuje něco, co postrádáte?“*

R1: *„Určitě rozsáhlejší rehabilitační péči. Více terapií, třeba častější canisterapii. My jsme tedy dříve pejska měli, ale teď ho z časových důvodů mít nemůžeme a děti by to vyžadovaly. Takže by bylo fajn, kdyby aspoň tady v Kaňce tu možnost měly častěji.“*

R2: *„Asi ne, jenom teď nebyla dlouho canisterapie.“*

T: *„Jak byste ohodnotila spolupráci Kaňky jako odborníků s vámi jako rodiči?? Funguje tady spolupráce a vzájemná komunikace?“*

R1: *„Záleží jak v čem, někdy je to na minusovém bodě, Adélka je rodinný typ, a když něco nefunguje, tak to špatně snáší. „Stačí nová osoba a komunikace se zasekne. Adélka je zvyklá na někoho, a když přijde někdo jiný, tak je v tom problém. Řešili jsme to a teď už jsou Adélka s paní učitelkou kamarádky.“*

R2: „*Funguje.*“

T: „*Podílela jste se na tvorbě IVP nebo spolupracují rodiče na vzniku tohoto plánu?*“

R1: „*Na tvorbě přímo ne, od toho jsou tu odborníci, ale jezdili jsme do SPC v ČB. Když něco potřebuju, tak hned volám tam.*“

R2: „*To necháváme spíše na Kaňce, ale kdybychom měli nějaké otázky nebo přání, tak se můžeme určitě ozvat.*“

Příloha č. 2

ke standardu č. 2

Příklady porušování práv klientů a jejich popis

Popis možné situace	Zjevné i skryté projevy takového jednání	Nepřípustné = N Střet zájmů = S	Konkrétní pravidla pro odstranění (zmírnění) tohoto problému
Nedostatečné soukromí při převlékání nebo při osobní hygieně	Převlékání klientů za přítomnosti osob, které u toho být nemusí	N	V těchto případech je třeba vždy zajistit soukromí, dbát na zamezení přístupu nepovolaných osob (zavřít dveře, použít zástěnu, jinou místnost atd.)
Neumožnění samostatného pohybu mimo areál organizace	Klienti nesmí samostatně opustit areál organizace	S	Umožnit klientům samostatné vycházky po splnění administrativních předpokladů, tj. osobní způsobilost (schopnost), u nezletilých klientů navíc souhlas zákonného zástupce a ověření potřebných schopností klienta. K naplnění práva hledat cesty s pomocí individuálního plánování.
Omezování možnosti využívání stávajícího prostředí a vybavení ze strany zaměstnance	Nedostatečné zapojení klientů do aktivit, nevyužívání daných možností	S	Dostatečné zaškolení zaměstnanců v přístupech ke klientům, metodický dohled a kontrola ze strany vedoucích pracovníků. Umožňovat samostatné využívání technických prostředků a vybavení klientům dle jejich schopností.
Není vytvořena atmosféra a příjemné prostředí	Konfliktní jednání klientů a špatné interpersonální vztahy	S	Profesionální přístup všech zaměstnanců, respektování funkční hierarchie při rozhodovacích procesech, pozitivní přístup k práci ze strany zaměstnanců, pozitivní motivace vedoucími pracovníky.
Odmítání polohování	Klient odmítá polohování	S	Polohování je důležitá součást rehabilitace klientů směřující k zachování či zlepšování jejich zdravotního stavu. V IP klienta je popsáno za jakých podmínek polohovat, popř. jakým způsobem. Pracovníci vedou klienta k přijetí důvodů pro polohování.