

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Možnosti péče o děti s hlubokým mentálním
postižením a možnosti jejich vzdělávání v denním
stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Bakalářská práce

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

Autor: Ing. Václav Bárta

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2009

Abstract

This bachelor work is focused on possibilities of a care for children with the profound mental retardation and possibilities of their education in the daily social welfare institution at ARPIDA Centre in České Budějovice. The aim was to chart and evaluate practicable ways of the care, upbringing and education of these children and to judge their effectiveness and meaningfulness.

I chose a qualitative method of the research, whereas I used a technique of the standardized interview with parents of the daily welfare institution clients, a technique of the observation of the clients during the care, upbringing and education in the daily welfare institution and a technique of the analysis of clients' documentation.

The education of the children with the profound mental retardation is carried out under § 42 of Education Act No. 561/2004 of Collection of Laws, which provides that the form of the education should correspond to psychical and physical possibilities of the children. A prerequisite of the effective education of children with the profound mental retardation is a quality diagnosis, specifically provided educational objectives and methods within an individual educational plan and last but not least also skilled workers who take an individual and responsible approach to the clients.

An important element in the care for children with the profound mental retardation is a multidisciplinary comprehensive system of rehabilitation using medical, social, pedagogical and working means. It is especially aimed at a mitigation of disability effects, but also at an integration of the disabled person in the society. Clients' parents very appreciate the fact that their children get a versatile care within the above mentioned multidisciplinary comprehensive rehabilitation system in ARPIDA Centre.

Clients of the daily welfare institution form a heterogeneous group in which each of them has its specific needs and requirements for the care as well as prerequisites to the education. An optimal care and education thus requires above

all an individual approach. In this context the clients' parents positively evaluate an existence of carefully prepared individual educational plans which help to a development of residual skills of the children with the profound mental retardation.

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na možnosti péče o děti s hlubokým mentálním postižením a možnosti jejich vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s. v Českých Budějovicích. Cílem bylo zmapovat a zhodnotit možné způsoby péče, výchovy a vzdělávání těchto dětí a posoudit jejich efektivnost a smysluplnost. Zvolil jsem kvalitativní metodu výzkumu, přičemž jsem využil techniku standardizovaného rozhovoru s rodiči klientů denního stacionáře, techniku pozorování klientů při péči, výchově a vzdělávání v denním stacionáři a techniku analýzy dat dokumentace klientů.

Vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením probíhá podle paragrafu 42 školského zákona 561/2004 Sb., který stanovuje, že forma vzdělávání by měla odpovídat psychickým a fyzickým možnostem těchto dětí. Předpokladem efektivního vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením je kvalitní diagnostika, specificky stanovené výchovně vzdělávací cíle a metody v rámci individuálního vzdělávacího plánu a v neposlední řadě též kvalifikovaní pracovníci, kteří zaujmají individuální a zodpovědný přístup ke klientům.

Významným prvkem v péči o děti s hlubokým mentálním postižením je multidisciplinární ucelený systém rehabilitace, který využívá léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky. Je zaměřen zejména na zmírnění následků zdravotního postižení, ale též na integraci postižené osoby do společnosti. Rodiče klientů velmi oceňují, že se jejich dětem v centru ARPIDA, o. s. dostává všestranné péče v rámci výše zmíněného multidisciplinárního uceleného systému rehabilitace.

Klienti denního stacionáře tvoří různorodou skupinu, z níž každý má své specifické potřeby a požadavky na péči, stejně jako předpoklady ke vzdělávání. Optimální péče a vzdělávání tedy vyžaduje především individuální přístup. V této souvislosti rodiče klientů kladně hodnotí existenci pečlivě vypracovaných individuálních vzdělávacích plánů, které napomáhají rozvoji zbytkových dovedností dětí s hlubokým mentálním postižením.

Poznatky této bakalářské práce by mohly sloužit jako zpětná vazba a studijní materiál pro pracovníky denního stacionáře a rodiče klientů. Mohly by též přispět ke zlepšení kvality sociální služby denní stacionář.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Možnosti péče o děti s hlubokým mentálním postižením a možnosti jejich vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s. vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl velmi poděkovat vedoucímu bakalářské práce doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za jeho cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnoval. Také bych rád poděkoval všem rodičům klientů denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své rodině, která mi byla velkou oporou.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Kombinované postižení	4
1.1.1 Mentální postižení.....	5
1.1.1.1 Těžké mentální postižení	7
1.1.1.2 Hluboké mentální postižení	8
1.1.1.3 Jiné mentální postižení.....	9
1.1.1.4 Downův syndrom.....	9
1.1.2 Tělesné postižení.....	10
1.1.2.1 Dětská mozková obrna.....	10
1.1.2.2 Smyslové postižení	12
1.1.2.3 Epilepsie.....	15
1.1.3 Autismus	17
1.1.4 Hyperkinetická porucha chování	18
1.2 Možnosti péče o děti s hlubokým mentálním postižením v denním stacionáři a možnosti jejich vzdělávání.....	19
1.2.1 Právo na vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením ..	19
1.2.1.1 Školský zákon 561/2004 Sb.	19
1.2.1.2 Zákon 108/2006 Sb.....	19
1.2.2 Smysluplnost a efektivita péče a vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením v denních stacionářích	20
1.2.2.1 Osobnostní dispozice a předpoklady pro výkon profese osobního asistenta a sociálního pracovníka.....	20
1.2.2.2 Význam kvalitní diagnostiky.....	20
1.2.2.3 Individuální výchovně vzdělávací přístup.....	22
1.2.2.4 Materiální vybavení.....	25
1.2.2.5 Denní řád jako speciální výchovně vzdělávací program.....	26

1.2.2.6	Společná výchovně vzdělávací činnost.....	26
1.2.2.7	Výchovně vzdělávací cíle a metody	26
1.2.2.8	Individuální vzdělávací plán.....	27
1.2.3	Multidisciplinární ucelený systém rehabilitace	28
1.2.3.1	Léčebné prostředky rehabilitace	28
1.2.3.2	Sociální prostředky rehabilitace.....	31
1.2.3.3	Pedagogické prostředky rehabilitace	32
1.2.3.4	Pracovní prostředky rehabilitace.....	32
2	Cíl práce.....	34
3	Metodika.....	35
3.1	Použité metody a techniky sběru dat	35
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	35
4	Výsledky.....	36
4.1	Standardizovaný rozhovor s rodiči klientů	36
4.2	Pozorování klientů v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.....	52
4.3	Typové příklady	55
5	Diskuze.....	65
6	Závěr.....	69
7	Klíčová slova.....	71
8	Seznam použité literatury	72

Úvod

V bakalářské práci se zabývám možnostmi péče o děti s hlubokým mentálním postižením a možnostmi jejich vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s. v Českých Budějovicích. Jelikož v tomto zařízení pracuji, je mi tato problematika obzvláště blízká. Chtěl bych se pokusit zdůraznit důležitost komplexní péče o děti s hlubokým mentálním postižením a poukázat na význam jejich výchovy a vzdělávání. Jelikož tyto děti nemohou být vzdělávány standardním způsobem v běžných školských zařízeních, je třeba je vzdělávat podle individuálních výchovně vzdělávacích plánů s využitím specifických metod v závislosti na druhu a závažnosti postižení dítěte.

V teoretické části nejprve představím jednotlivé druhy postižení, která se vyskytují u klientů denního stacionáře. Poté se zaměřím na předpoklady a možnosti péče, která zahrnuje především multidisciplinární systém ucelené rehabilitace. Budu se též věnovat různým aspektům a formám vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.

Praktická část práce je výsledkem zpracování kvalitativního výzkumu, který zjišťoval, jaké je povědomí rodičů o sociální službě denní stacionář, o způsobu vzdělávání jejich dětí a o poskytované péči. Byla též mapována spokojenost rodičů s činností denního stacionáře a jejich názory na smysluplnost vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.

V bakalářské práci se pokusím zhodnotit své dosavadní poznatky a zkušenosti, získané v denním stacionáři a spoluprací s rodiči klientů, které by mohly sloužit jako studijní materiál pro rodiče klientů a pracovníky denního stacionáře. Mohly by též přispět ke zlepšení kvality sociální služby denní stacionář.

1 Současný stav

1.1 Kombinované postižení

Při kombinovaném neboli vícečetném postižení je současně narušeno několik funkcí. Příčinou bývá dětská mozková obrna spolu s dalšími onemocněními. Způsob léčby, rehabilitace, potřebná péče a vzdělávání jedince s vícečetným postižením závisí na konkrétní kombinaci postižení i na tom, které z těchto postižení jej nejvíce znevýhodňuje. Vzdělávání dítěte s kombinovaným postižením obvykle probíhá podle výchovně vzdělávacího programu, který by měl odpovídat druhu a stupni postižení dítěte i jeho reálným možnostem. Toto vzdělávání bývá limitováno především mentálními dispozicemi jedince. (4)

V odborné literatuře lze nalézt další termíny pro kombinované postižení jako například těžké mentální postižení, extrémně retardovaný psychomotorický vývoj, závažné narušení vnímání a podobně. (25) V praxi se ukázalo, že užívané termíny se postupem času mění. Na příklad Vítková proto používá ve svých publikacích neutrální název těžké postižení. Tento stav definuje jako „komplexní narušení vztahů a poškození dimenzí osobnosti s vývojovou úrovní půl až jeden rok dle posuzované oblasti“. (23)

V jiné knize tato autorka uvádí, že těžké postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech prožitkových sférách, výrazových možnostech a schopnostech. Přiřazení těžkého postižení k některému z klasického postižení (tělesné, mentální, smyslové) není možné z důvodu ignorování charakteru komplexnosti postižení a celistvosti individua. Vítková chápe těžké postižení jako seskupení škodlivých vlivů, které má zpravidla více příčin. (24)

Dále autorka konstatuje, že u osob s těžkým postižením se životně důležité funkce neustále ocitají v krizi. Dochází k trvalému ohrožení jejich života, vitality i celkového vývoje. Jedná se především o ohrožení dýchacích cest a infekce. Dochází k postupným tělesným změnám, vnitřní orgány se přemísťují, jejich

činnost je omezena, a tak dochází k vývoji chronických onemocnění. Těžká postižení mozku bývají doprovázena záchvatovými onemocněními, která představují trvalé ohrožení života. Život s těžkým postižením je úzce spojen s nejistotou, vzrušením, bolestí a medicínskou intervencí. (24)

Pro děti s těžkým kombinovaným postižením je určen denní stacionář centra ARPIDA, o. s. Naprostá většina jich je imobilních, inkontinentních a bez schopnosti verbální komunikace. (4)

1.1.1 Mentální postižení

Osoby s mentálním postižením mají od časného dětství snížené rozumové schopnosti. Příčiny jsou různé, z části známé (Downův syndrom, mikrocefalie), z části neznámé. Jindy je mentální retardace součástí jiného postižení mozku, nejčastěji DMO. Mentální retardace se dělí do čtyř pásem: lehké, středně těžké, těžké a hluboké. (26) Mentální postižení způsobuje poškození neuropsychického vývoje. Přináší s sebou mnoho zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti. Jsou narušeny poznávací procesy, emocionální a volní sféra, stejně jako adaptabilita a chování jedince. (16)

Vágnerová představuje mentální retardaci takto: „Nejčastěji je mentální retardace definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektuálního vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se změnou či omezením dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti. Hlavní znaky jsou:

- nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvoje myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky
- postižení je vrozené
- postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení, horní hranice dosažitelného rozvoje takto postiženého člověka je dána závažností a příčinou defektu i individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.“ (22)

Ačkoliv pochází ze staršího pramene, dodnes je velice známa také definice od M. Dolejšího: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie, s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném naplňování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštlostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince, po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštlostech vývoje osobnosti.“ (2)

Snad nejpoužívanější v praxi speciální pedagogiky je klasifikace podle stupně mentálního postižení, kde hlavním hlediskem pro zařazení je stanovení inteligenčního kvocientu (IQ). Rozlišujeme mentální retardaci lehkou, střední, těžkou, hlubokou, jinou, nespécifikovanou. Na základě tohoto rozdělení se žáci zařazují do výchovných systémů. Inteligenční kvocient lze stanovit podle standardizovaných testů inteligence, škálami určujícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí, na všeobecných funkcích intelektu apod. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se postupem času mohou měnit; hodnoty IQ lze zvýšit cvičením a ucelenou rehabilitací. (17)

U dětí s mentálním postižením bývají poměrně značné individuální rozdíly, které se projevují charakteristickým chováním. Základní podmínkou dobrého psychického vývoje je učení. Děti s mentální retardací však mají díky svému postižení oslabenou potřebu poznávat okolní svět a omezené možnosti k jeho objevování. Mají též problémy s rozvíjením sociálních vztahů. Nižší kontakt s okolím vede k oslabení jejich životních zkušeností. Rozvoj vnímání je brzděn nejen nedostatkem podnětů z okolí, ale též narušením poznávacích schopností, omezenou mírou abstrakce a zobecňování. Tyto děti nedokážou soustavně myslet, rychle se unaví. Řídící úloha myšlení je slabá. Nepromýšlí své činy a nepředvídají jejich důsledky. Chybí jim kritičnost jednání vlastního i druhých, logika a nevidí žádnou posloupnost v dějích.

Tempo osvojování si nových poznatků je pomalé, jejich uchování v paměti nestálé a vybavování nepřesné. Působí na ně spíše vnější znaky předmětů než vnitřní souvislosti. Adaptační schopnosti dětí s mentálním postižením jsou slabé. Zpravidla bývají emočně nevyspělé. Jejich city úzce souvisí s potřebou je uspokojovat. Emoce bývají nedostatečně diferencovány a neadekvátní podnětům z vnějšího světa. Podobají se malým dětem, jejichž rozsah prožitků je omezený. Buď jsou s něčím spokojeny a radují se nebo se jim něco nelíbí, zlobí se či pláčou.

Děti s mentální retardací se vyznačují egocentrickými emocemi. Nejvíce se jim líbí to, co je jim příjemné (osoby, události...) Jsou citlivější a náchylnější k emoční deprivaci. Proto potřebují ke svému rozvoji láskyplné celkově příznivé prostředí s dostatkem podnětů. Zpravidla bývají velmi emocionální. Přestože jsou vývojově na nižší úrovni, dovedou mít rádi své blízké, vnímají jejich radosti i trápení. Pokud s nimi jedná jejich okolí vlídně a laskavě, bývají oddaní a přátelští. (20) Vzhledem k zaměření mé práce se budu blíže zabývat těžkým a hlubokým mentálním postižením, jelikož klienti denního stacionáře mají hluboké mentální postižení, které v některých případech hraničí s těžkým mentálním postižením.

1.1.1.1 Těžké mentální postižení

Intelligenční kvocient se pohybuje v pásmu 20 – 34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let. (15) Většina jedinců s těžkým mentálním postižením má výrazné poruchy motoriky a jiné vady, které se přidružily a způsobily poškození vývoje centrálního nervového systému. Možnosti a způsoby výchovy a vzdělávání těchto osob jsou omezené, ale včasná pravidelná a kvalifikovaná výchovně vzdělávací péče v rámci uceleného systému rehabilitace může výrazně ovlivnit rozvoj jejich motoriky, komunikace, myšlení, samostatnost a celkové zlepšení kvality jejich života. (20) Těžká mentální retardace je stav, který vyžaduje trvalou podporu. Jedná se o osoby schopné využívat systematickou návykovou průpravu. Dlouhodobým nácvikem může jedinec získat základní hygienické návyky a osvojit si další prvky sebeobsluhy. Tyto osoby mají značné omezení v oblasti psychických procesů, v koncentraci pozornosti a v komunikaci. Řeč je omezena často na jednotlivá slova, někdy vůbec nevyvinuta. Bývá

porušena i afektivní sféra. Tito jedinci bývají impulsivní a náladoví. Poznávají blízké osoby. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou limitovány. Většinou jsou celoživotně závislí na péči jiných osob. (16)

1.1.1.2 Hluboké mentální postižení

Osoby s hlubokým mentálním postižením těžce porozumívají požadavkům a mají malou schopnost jim vyhovět. Většina osob této kategorie je omezena v pohybu, některé jsou imobilní, bývají inkontinentní a verbálně nekomunikují, v lepším případě se u nich vyskytuje zbytková neverbální komunikace.

Jeich schopnost uspokojit své základní potřeby je nízká nebo žádná. Proto vyžadují stálý dohled a pomoc. Inteligenční kvocient takto postižených osob je těžko měřitelný. Obvyklá hodnota IQ bývá menší než 20. Řeč není vyvinutá, u takových osob můžeme hovořit o částečně neverbální komunikaci. Požadavky musí být jednoduché.

Při dobrém vedení a dohledu se mohou podílet na sebeobslužných úkonech. Mohou dosáhnout základních zrakově orientačních prostorových i dalších dovedností. Mívají těžké neurologické a tělesné nedostatky, postihující hybnost, epilepsii, poškození zrakového a sluchového vnímání, různé vývojové poruchy a typický autismus apod. (20)

Děti s hlubokým mentálním postižením obvykle nejsou schopny verbálně projevit své potřeby, umí na nižší úrovni vyjádřit city. Vydávají neartikulované zvuky, u některých z modulací podle momentálního citového rozpoložení. (6)

Osoby s hlubokou mentální retardací:

- mají výrazně omezený neuropsychický vývoj
- mají velmi častá somatická postižení s neurologickými příznaky, tělesné a smyslové kombinované vady
- mají výrazné omezení pohybu, s poruchami motoriky, většina z nich je imobilní
- jsou těžce postižení ve všech funkcích psychiky, komunikují na nejvyšší částečně neverbálně nebo vůbec ne

- mají těžké postižení afektivní sféry, citu a vůle, potřebují stálý dohled
- ve vzdělávání pomocí ucelené rehabilitace a individuální péče lze dosáhnout jednoduchých dovedností a návyků (20)

Stav osob s hlubokou mentální retardací se vyznačuje nesamostatností s potřebou pomoci při pohybu, hygieně a komunikaci. Téměř u každého případu jsou přidružená postižení neurologická, tělesná, autistické rysy a jiné. (16)

1.1.1.3 Jiné mentální postižení

Tento termín se používá pouze tehdy, když stanovení intelektuální úrovně pomocí klasických metod je zvláště nesnadné nebo nemožné z důvodu přidruženého poškození (nevidomí, neslyšící; jedinci se ztíženou komunikací, s těžkými poruchami chování, autismem a těžce postižené osoby).

1.1.1.4 Downův syndrom

Downův syndrom patří mezi nejrozšířenější druhy mentální retardace. Literatura udává, že tato vrozená vývojová vada postihuje 10% lidí s mentálním postižením. Vyznačuje se trizomií 21. chromozomu – každá buňka má místo 46 chromozomů ve 23 párech 47 chromozomů ve 22 párech a jednu trojici. Všichni lidé s Downovým syndromem mají charakteristický vzhled. Vyznačují se menší ploší hlavou a menšími ústy s větším jazykem, který někdy vyplazují. Typický je též menší vzrůst, kratší končetiny a nižší svalové napětí. 40% z nich má vrozenou vadu srdce a až u 70% se projevuje vada zraku, přičemž převažuje krátkozrakost nad dalekozrakostí. Více než 60% lidí s Downovým syndromem má vadu sluchu. (20) Existuje zde zvýšené riziko epilepsie, leukemie, Alzheimerovy choroby, spánkové apnoe, kožních onemocnění a psychických poruch. Vývoj motoriky u lidí s Downovým syndromem bývá opožděn v průměru asi o tři měsíce. Mentální retardace osob s Downovým syndromem se pohybuje od lehké až po hlubokou (5% lehká, 20% středně těžká, 45% těžká 30% hluboká). Downův syndrom se zhruba u 7% lidí vyskytuje společně s autismem. (21) Stanovení správné duální diagnózy je důležité kvůli volbě efektivních způsobů péče a výchovného vedení.

1.1.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení doprovází prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. Jedná se o přímé postižení pohybového aparátu, centrální a periferní nervové soustavy. U některých jedinců je pohyb omezen v důsledku nemoci nebo oslabení. Tělesná postižení jsou různorodá, ale mají jedno společné: je postižena celá osobnost - jedná se zpravidla o dlouhodobý nebo trvalý stav.

Existuje silná vazba mezi pohybem a vnímáním. Omezené pohybové schopnosti vedou ke změně v oblasti vnímání. Dítě si osvojuje kognitivní struktury pronikáním do prostředí, v němž žije. Učí se při pohybu a získané zkušenosti slouží jako východisko pro další učení. Zdravé dítě si vyleze na židli, uchopí předmět a pozoruje jej zblízka. Dítě s těžkým postižením tuto schopnost nemá, a tak má oproti zdravým dětem méně možností k získávání vlastních zkušeností z prostředí kolem sebe. Jeho blízcí by mu měli pomoci okolní prostředí co nejvíce přibližovat, aby se mohlo optimálně rozvíjet. (23)

1.1.2.1 Dětská mozková obrna

Jedná se o cerebrální pohybovou poruchu, která může nabývat tři výrazových forem – spasticita, atetóza, ataxie. Nežádka se vyskytují smíšené formy. Mezi nejvýraznější charakteristické znaky dětské mozkové obrny patří abnormální svalové napětí projevující se mimo jiné zvýšenou reflexní pohotovostí a narušená koordinace pohybu.

Charakteristické znaky dětské mozkové obrny:

- omezená schopnost pohybu
- strnulé držení těla
- stereotypní pohybové vzory
- narušená rovnováha
- obtíže v motorice
- ortopedické vady (23)

Dítě s těžkým postižením může mít poruchy nervového systému, které mají za následek špatnou hybnost. Může se jednat také o různé poruchy

pohybového a nosného aparátu. Tyto skutečnosti mohou negativně ovlivnit rozvoj osobnosti, psychomotorický vývoj, psychickou a sociální sféru atp. Podle úrovně motoriky, která souvisí se svalovým tonusem, poznáme, zda se jedná o hypotonii - snížení svalového tonusu - postižení periferního motoneuronu, příp. mozečku – nebo hypertonii, spasticitu, zvýšení svalového tonusu při lézi centrálního motoneuronu. (4)

Obrna je neschopnost uskutečnit volní pohyb. Dělí se na parézu (částečná) a plegii (úplná). Dále ji rozlišujeme na centrální (spastická), postižena je centrální nervová soustava, zasaženy jsou i periferní nervy. Obrna dále může být smíšená, psychogenní (např. funkční, hysterická a další).

Podle postižení částí těla rozlišujeme:

- monoparézu – jedná se o postižení jedné končetiny
- paraparézu – zpravidla postižení dolních končetin a to obvykle v důsledku poškození míchy
- hemiparézu – postižení poloviny těla svisle i s obličejem
- diparézu – u dětí s DMO se projevuje spasticitou dolních končetin
- kvadruparézu – postižení všech čtyř končetin

U centrální léze hemisfér se obrna projevuje díky kontralaterálnímu křížení nervových drah na opačné straně, u léze mozečkových hemisfér dochází k poškození stejnostranných končetin. U mimovolních pohybů se také u těžkého postižení setkáváme s poruchami svalového napětí – vznikají neúčelně a nelze je potlačit vůlí. Jsou rozmanité od jednotlivých záškubů po zřetelné pohyby celé poloviny těla. Nazývají se hyperkineze (hyperkineticko-hypotonické syndromy). Jsou různého původu, charakteru, četnosti i klinického významu. Označujeme je jako dystonie (grimasy, tiky, tumory a myoklonie), chorea, když jsou rychlé a trhavé, a oteázy, pokud jsou pomalé a vlnité. (4)

DMO může mít příčiny:

- prenatální - infekce v prvních měsících těhotenství, nedostatečné okysličení plodu ke konci těhotenství

- perinatální – komplikované porody, nedonošenost, přenošenost, asfyxie
- postnatální – infekce, které mají za následek postižení nezralého mozku

V prvním roce se DMO klinicky utváří a neurologie je diagnostikována jako centrální koordinační porucha nebo centrální tonusová porucha. (25)

Mezi nespastické DMO patří hypotonická obrna, která nastává v důsledku oslabení svalového tonu, trupu a končetin. Zde se často vyskytují poruchy intelektu a epileptické záchvaty. Tím se odlišuje od hypotonie periferního typu, vzniklé např. v důsledku nervosvalového onemocnění. Další formou je extrapyramidová (dyskinetická) DMO, projevující se diskineziemi, grimasami, hadovitými hyperkenezemi hlavy, trupu a končetin. (14)

K DMO jsou přidružené poruchy u dětí s mentální retardací, která je spíše trvalým stavem snížených intelektových schopností, dále epilepsie s opakovanými záchvaty, smyslové obtíže – poruchy zraku a sluchu, řeči, poruchy somatického růstu, ortopedické komplikace (krácení šlach, deformace kloubů, skoliózy) a v neposlední řadě i emoční poruchy spojené s psychologickou péčí. (4)

1.1.2.2 Smyslové postižení

U dětí s hlubokým mentálním postižením a kombinovanými vadami se často vyskytuje smyslové postižení, které je způsobeno ohrožením či snížením funkcí receptorů smyslových orgánů. Postižení smyslů se nezdá se přidruží například k DMO, kterou doprovází zrakové poruchy. (4) Za nejzávažnější smyslové postižení považujeme poruchu dvou hlavních smyslů důležitých pro kontakt s okolním světem, zraku a sluchu nebo jejich kombinaci. Vyskytuje se však i porucha hmatu a dalších smyslů.

Zrakové postižení

Ztráta zraku je obecně považována za jednu z nejtěžších. Poruch zraku je celá řada, některé jsou ve starším věku i fyziologické. Za zdravotní postižení lze pokládat poruchy, které se dělí podle výsledků očního vyšetření na osoby

slabozraké, se zbytky zraku, nevidomé. Někteří zrakově postižení mají navíc další postižení, např. mentální nebo tělesné. Při rehabilitaci zrakově postižených se používá kompenzace zraku dalšími smysly, sluchem a hmatem. Pokud je zachován zbytek zraku, důležitá část zrakové informace se upravuje do vnímatelné formy. O tuto rehabilitaci a integraci usilují speciální pedagogové – tyflopediti, kteří působí ve speciálních školách, střediscích rané péče, centrech pro rehabilitaci apod. Na tomto programu se aktivně podílí Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. (26)

Příznaky zrakové vady:

- podle vzhledu očí – lze většinou poznat oko:
 - Zdravé – jasné, rovnoměrně postavené, plynulý rovnoměrný pohyb
 - Vadné – slzejší, zakalené, víčka pokleslá, krvavá, třes, nezvyklé pohyby. Při čtení pohybuje spíše hlavou, špatná vzdálenost očí a sledovaného předmětu, závratě, bolesti hlavy, narušená rovnováha - naráží do předmětů. Natáčení očí či zavírání jednoho oka. (15)

Děti se zrakovými obtížemi trpí nejčastěji tupozrakostí (amblyopií), výpadkem zorného pole (hemianopií), šilhavostí (strabismem), refrakčními poruchami a rychlými mimovolnými pohyby očí (nystagmus). Strabismus je způsoben vadou binokulárního vidění. Jedná se o poruchu rovnovážného postavení očí, oči nehledí rovnoběžně, ale jedno se odchyluje z důvodu stáčení oka, které má sníženou zrakovou ostrost. Lze jej korigovat očními pomůckami nebo chirurgickým zákrokem. Neupraví-li se tento stav včas, zrak může postupně slábnout. Z hlediska výuky a výchovy je závažná též ztráta ostrosti. Ve speciální pedagogice tento stav nazýváme slabozrakost, ztráta zraku, příp. nevidomost. Při edukaci pak musí být aplikovány speciální metody např. čtení a psaní zvětšeného černotisku, Braillovo písmo apod. (4) Při tupozrakosti je podstatně snížena zraková ostrost jednoho oka. Nejsou zde organické změny oka, nedá se tedy korigovat brýlemi. Jedná se o útlum, vyřazení vjemu tupozrakého oka ve

zrakovém centru mozku. Tupozrakost a šilhavost způsobují špatné vnímání prostoru, prostorových vztahů a zhoršení koordinace oko – ruka. (15) Poruchy binokulárního vidění se dají odstranit, případně zmírnit zejména v raném a předškolním věku za účasti kvalitní lékařské péče prostřednictvím speciálně pedagogické reedukace. Mezi základní terapeutické postupy patří krytí zdravého oka okluzorem, kompenzační oční pomůcky, chirurgický zásah, medikamentózní léčba a další. (11)

Zrakové postižení má dopad na psychický vývoj zrakově postižené osoby v oblasti kognitivní, motorické a sociální. Z nedostatku zrakových podnětů může vzniknout senzorická deprivace dítěte a jeho vývoj je ovlivněn v závislosti na charakteru, závažnosti a době vzniku zrakové vady. Pokud je doba vzniku vady pozdější, získaný defekt působí jako trauma. Dítě si uvědomuje ztrátu určitých kompetencí a trvalost vady a subjektivně to pro něj znamená větší zátěž než vrozený handicap. (22)

Existují střediska rané péče, která provázejí rodiny s dítětem se zrakovým (od 0 do 4 let) a kombinovaným postižením (od 0 do 6 let). Tyto děti se mohou účastnit nácviku specifických dovedností – rozvoj zrakových funkcí, sluchového vnímání, hmatu, čichu a chuti, řeči, estetického vnímání, orientace a samostatného pohybu, sebeobsluhy. (23)

Sluchové postižení

U dětí s DMO a kombinovaným postižením se může vyskytnout také porucha sluchu. Osoby s poruchou sluchu mají situaci poněkud odlišnou od zrakově postižených. Nemají větší problémy v prostorové orientaci a běžných činnostech. Dělí se na neslyšící, se zbytky sluchu a nedoslýchavé. Podstatný rozdíl je mezi lidmi, kteří jsou neslyšící od narození a těmi, kteří z nějakého důvodu ohluchli v průběhu života. Tito postižení se vyrovnávají se specifickými problémy, zejména v oblasti komunikace. Jejich největší obtíží je porozumění mluvené řeči. Dochází u nich k deformaci řeči a někdy také k poruše vyšších percepčních funkcí. Proto je třeba zjistit, jestli porucha tvorby a porozumění řeči

není způsobena nedoslýchavostí. Se sluchovým postižením úzce souvisí nejen poruchy řeči centrálního původu (vývojová dysfázie alálie), ale též znemožněný vývoj řeči (anartrie) nebo přerušovaný vývoj řeči (afázie). Může se jednat o neschopnost artikulovat nebo o zcela nesrozumitelnou artikulaci. (10) U nedoslýchavých osob lze použít sluchadla. Hluší lidé využívají při komunikaci znakovou řeč, jednoduchá gesta a písmo. Jen část ze sluchově postižených se naučí porozumět běžné řeči odezíráním. Při jednání na úřadech zpravidla potřebují asistenční službu, při níž asistent překládá znakovou řeč. Služby asistenta může zprostředkovat například Svaz sluchově postižených. (26)

Období rozvoje řeči je v životě dítěte velmi důležité, jelikož se zde formují jeho základní vlastnosti, uvědomování si vlastního bytí. Učí se samostatnosti, podřizování se, práci a jiným dovednostem. Pro postižené děti je důležité mít rozpracovaný plán rané péče. Zásadní je kvalita smyslových a tělesných vjemů, které stimulují procesy učení. (20)

1.1.2.3 Epilepsie

Epilepsie je závažnou přidruženou poruchou DMO. Provází ji velice často - epileptické záchvaty různých typů postihují až 50% dětí s DMO. Bývá překážkou při zapojování se do aktivního života. (7) O nemoci lze hovořit, pokud dochází k opakovaným epileptickým záchvatům (paroxysmu).

Při záchvatu dochází k výboji určité části korových neuronů a z vytvořeného epileptického hlediska ovlivňovaného záchvatovitou pohotovostí mozku za účasti několika klinických příznaků. Jedná se o poruchy vědomí, (kvantitativní i kvalitativní), příznaky motorické (křeče, ztráta svalového napětí, automatismy), příznaky somatosenzorické (parestézie, zvonění v uších, světelné záblesky a další), příznaky vegetativní (změněná reakce zornic, změna barvy kůže, zvracení, pocení, bolesti hlavy atp.) a příznaky psychické (různé subjektivní prožitky spojené se změněným stavem vědomí).

U dětí jsou epileptické záchvaty závislé na stupni zralosti mozku, a proto se projevují v různém věku různým způsobem. Časté jsou záchvaty myoklonické (různě silné záškuby na různých místech). Ve školním věku se záchvaty projevují

absencemi (zahleděními). Záchvatů následuje často několik po sobě. Jedná se pak o tzv. sérii.

Základní klasifikace dělí epileptické záchvaty na parciální (mají původ v ohraničené části mozku – ložiskové), a generalizované (jsou zasaženy obě hemisféry současně synchronní epileptickou aktivitou). Generalizované záchvaty se dříve označovaly „grand mal“ (velké zlo) – velký záchvat se ztrátou vědomí a tónickou i klonickou fází na rozdíl od „petit mal“ (malé zlo) – malý záchvat, např. krátkodobá absence, záškuby, zahledění, kmitání očima do stran apod.

Závažnou situaci představuje tzv. status epilepticus, silný záchvat nebo jejich série, při nichž se pacient neprobírá k plnému vědomí déle než 30 minut a je třeba přivolat lékaře. Epileptické záchvaty se většinou daří úspěšně kompenzovat díky současné komplexní lékařské péči. Je však nutné eliminovat též sociální důsledky tohoto onemocnění. (4) V období mezi záchvaty se epilepsie může projevit náladovostí (rozmrzelost, deprese), poruchami chování (agresivita) a emotivity (explozivita, emoční labilita), změnami v úrovni schopností až demencí, nezájmem o dění v okolí a sociální kontakt. (1)

Diagnostika se provádí u každého pacienta, který prodělal epileptický záchvat. Vypracovává se podrobný anamnestický rozvoj obtíží, interní a neurologické vyšetření a elektroencefalitické EEG spolu se zobrazovacím vyšetřením, které je lepší variantou než magnetická rezonance mozku. V případě, že se jednalo o záchvat, jsou doporučena režimová opatření - dobrá životospráva, pravidelný rytmus spánku a bdění, omezení výraznějších fyzických aktivit, které by mohly vyvolat záchvat z důvodu hyperventilace, vyvarování se kontaktu s ostrými světly, např. na diskotékách (provokace fotostimulací, nevystavovat se nadměrnému hluku apod.).

Po prvním záchvatu zpravidla antiepileptikum nepodáváme, jen výjimečně při protahovaném, lateralizovaném záchvatu, nádoru či malformaci mozku nebo na přání pacienta, který má obavy z opakování záchvatu. Vždy se volí monoterapie (léčba jedním lékem). Při nedostatečném efektu se lék změní. Pokud se účinek znovu nedostaví, volí se kombinace dvou až tří různých antiepileptik.

U více než 60% pacientů je možné v případě ústupu potíží medikamentózní léčbu ukončit. Antiepileptika se vysazují 2 – 3 roky po posledním epileptickém záchvatu. Při léčbě je důležité, aby pacient přijal určitá omezení a spolupracoval. (12) Asi 10 až 20% pacientů se antiepileptiky nepodaří kompenzovat; jsou farmakorezistentní. V takových případech se za určitých podmínek indikuje epileptochirurgická léčba.

Asi jedna třetina záchvatů, které vypadají jako epileptické, je jiného původu. Mezi tzv. neepileptické záchvaty patří například arytmie, migréna, synkopy, afektivně reflexní a respirační záchvaty, noční děsy či hysterické záchvaty.

1.1.3 Autismus

Odbornice na problematiku autismu R. Nesnídalová ve své knize „Extrémní osamělost“ napsala: „Na autistech si můžeme uvědomit, co je to vnitřní neschopnost vrůst do trvalých a vědomých lidských vztahů. Jejich vnitřní svět je podivný, nelidský, osamělý, prázdný... Jsou jiní než ostatní, ne proto, že by se jim nedostávalo péče a lásky, ale proto, že ji nedovedou přijmout, využít, zpracovat a vytvořit v sobě stejné lidské hodnoty.“ (13)

Autismus je v klasifikaci nemocí zařazován mezi pervazivní vývojové poruchy s postižením v oblasti sociálních vztahů, komunikace a chování. Charakteristické jsou tyto příznaky:

- neschopnost vzájemné společenské interakce
- neschopnost komunikace
- omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit

Autismus je onemocnění poměrně vzácné, postihuje jedno až pět dětí z 10 000 narozených. Není druhem mentální retardace, nemá sociální původ, ale je organické povahy. Proto je v poslední době kladen větší důraz na výchovu a vzdělávání autistů. Děti s autismem:

- nepřijímají informace z okolí nebo velmi omezeně s nesmírnými komplikacemi
- učení se základním dovednostem je obtížné s notnou dávkou vytrvalosti

- brání se každé změně
- je nutné nalézt takovou strategii – kompromis mezi výchovným záměrem a zvláštnostmi a schopnostmi každého jedince s autismem
- mají individuální specifika a v současné době je spíše podporováno vzdělávání v samostatných třídách (20)

Děti s autismem jsou spíše samotáři. Snaha přizpůsobit je režimu dne a začlenit je do kolektivu v nich často vyvolává problémové chování (extrémní pasivita, afektivní chování – bezdůvodné křičení, válení se po zemi, agrese k lidem v okolí, kousání, škrábání atp.). Toto chování se vyskytuje, když se domnívají, že jsou ve složité situaci, kterou neznají, neovládají, neumí sdělit momentální pocit, prožitek a požádat o pomoc. Neumí reagovat na verbální pokyny (ve většině případů jim téměř nerozumí) nebo reagují chybně a asistent si toto může vysvětlovat jako tvrdohlavost či neochotu zapojit se do činnosti.

Výhodou je pevný řád, časem se autisté dokážou částečně přizpůsobit a předvídají určité činnosti. Problém nastává při změně režimu nebo v nepředvídatelné situaci. Některé děti s autismem touží pracovat, navazovat kontakty, ale neví jak. A proto to dělají po svém, často nepřiměřeně, což bývá vyhodnocováno jako problémové chování. V takových případech bývá někdy diagnostikována psychická porucha, indikována medikamentózní léčba a nařízeno umístění do psychiatrické léčebny. Tím se však neléčí příčiny, ale pouze symptomy. Po čase se dítě vrátí domů a celý cyklus se i několikrát opakuje. K odstranění tohoto „kruhu“ je třeba řešit příčiny tohoto chování a předcházet mu formou specializovaných metod a vlastního přístupu k dětem s autismem. Neměli bychom se snažit děti s autismem za každou cenu přizpůsobit podmínkám řádu, ale spíše dané podmínky přizpůsobit jim. (1)

1.1.4 Hyperkinetická porucha chování

Projevuje se jako puzení k neustálému pohybu. Postižení mají potíže zůstat v klidu, odpočinout si. Vykonávají různé neúčelné činnosti, často zbrklé. Děti s hyperkinetickou poruchou (ADHD) bývají velmi pohyblivé, živé a neklidné i v situacích, které vyžadují klid. Nedokážou klidně sedět, vrtí se, vstávají. U těchto

děti se může ve zvýšené míře projevovat agresivita, nepodrobnost, opoziční chování a podobně. Extrémně vyjádřený neklid se vyskytuje spíš výjimečně. Tyto děti vyžadují neustálý dohled. (3)

1.2 Možnosti péče o děti s hlubokým mentálním postižením v denním stacionáři a možnosti jejich vzdělávání

1. 2. 1 Právo na vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením

1. 2. 1. 1 Školský zákon 561/2004 Sb.

Paragraf 42 tohoto zákona hovoří o vzdělávání žáků s hlubokou mentální retardací, kteří mají být vzdělávání takovým způsobem, který odpovídá jejich duševním a fyzickým možnostem. (Viz příloha č. 2.) Je tak v souladu s Listinou základních práv a svobod, která deklaruje právo každého člověka na vzdělávání bez diskriminace. (29) Tento zákon doplňuje vyhláška MŠMT ČR č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných. (27)

1. 2. 1. 2 Zákon 108/2006 Sb.

Tento zákon deklaruje zajištění potřebné podpory a pomoci pro sociální začlenění osob v nepříznivé sociální situaci a důstojné podmínky života. Je doplněn vyhláškou MPSV ČR č. 505/2006 Sb. (28) Snahou zákona je udržet tyto osoby v domácím prostředí, kde díky podpoře a pomoci širokého spektra sociálních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence) se budou moci o sebe postarat nebo o ně budou pečovat rodinní příslušníci a postižení tak nebudou nuceni odcházet do ústavních zařízení. K tomu je určen příspěvek na péči, který slouží k úhradě služeb a potřeb podle výběru. K naplnění tohoto cíle napomáhají i standardy kvality, které motivují klienty – uživatele k samostatnosti, aktivizaci, snižování jejich závislosti a naplňování jejich přání.

Příspěvek na péči je udělován ve čtyřech stupních podle přiznaného stupně závislosti, přičemž se hledí na zajištění důstojného prostředí uživatele, ochranu jeho osobnosti, práv, osobních údajů, soukromí a osobní integrity. (30)

Tento zákon akceptuje význam rodiny v péči o osoby se zdravotním postižením. Je jim poskytován příspěvek na péči podle potřeby služeb vyplývajících ze závažnosti jejich postižení. Je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda péči poskytuje rodina, zařízení sociálních služeb či se tyto dvě možnosti kombinují. (20)

1. 2. 2 Smysluplnost a efektivita péče a vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením v denních stacionářích

1. 2. 2. 1 Osobnostní dispozice a předpoklady pro výkon profese osobního asistenta a sociálního pracovníka

Při výběru pracovníků je třeba dbát na to, aby splňovali nejen odbornou způsobilost, ale měli též potřebné osobnostní dispozice. Nadšení mladí lidé mají své výhody, avšak zkušenost odborné praxe letitých pracovníků je rovněž velice žádaná. Na jednotlivých pracovištích by neměli chybět muži, kteří hrají mimo jiné nezastupitelnou úlohu identifikačního vzorce.

Práce u dětí s kombinovaným postižením je fyzicky a především psychicky velmi náročná. Z tohoto důvodu je nutné, aby pracovníci měli dobrou frustrační toleranci. Jsou totiž ohroženi např. syndromem vyhoření. Asistent postižených dětí by měl být velmi trpělivý, vlídný, vytrvalý a měl by mít dobré porozumění pro děti i jejich rodiče. Měl by být ochoten dát k dispozici sféru prožívání (empatie) a zároveň být schopen přeladit do mechanismu pozitivní interference při zátěži.

Učení o smyslu proti nesmyslnosti (smysluprázdnotě) praví, že lidé zakotvení ve smyslu života jsou odolnější vůči vyhoření. Mají též nižší míru neuroticismu, agresivity a depresivity. Jsou pozitivní a tím emocionálně stabilnější. Vytvářejí tak výborné prostředí pro náročnou činnost u dětí s postižením a komunikaci s jejich rodiči. (4)

1. 2. 2. 2 Význam kvalitní diagnostiky

Komplexní diagnostika je dlouhodobý proces, který respektuje všechny systémy ovlivňující vývoj dítěte pro volbu optimálních výchovných postupů.

Zkoumání probíhá v jednotě biologické, psychologické a sociální. (20) V rámci diagnostiky je třeba provést rozsáhlý soubor zkoušek, podrobně zhodnotit chování a osobnost dítěte, detailní anamnézu, jeho životní podmínky, emoční a deprivací činitele působící po dobu celého jeho vývoje. Diagnostika slouží k odhalení choroby, vady, handicapu. Jejím výsledkem je diagnóza. (18)

Diagnostika má interdisciplinární charakter. Podílejí se na ní lékaři, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a podle potřeby i další odborníci. Rozeznáváme tedy diagnostiku lékařskou, psychologickou, speciálně pedagogickou, sociální. Prostřednictvím komplexní interdisciplinární diagnostiky lze získat objektivní pohled na těžce postiženého člověka ve všech jeho souvislostech. Cílem lékařské diagnostiky je stanovení druhu choroby a následné terapie. Speciálně pedagogická diagnostika je východiskem pro pedagogické vedení a působení. Získává přehled o mentální úrovni dítěte, komunikaci (sociabilitě, přizpůsobivosti, atp.). Vyhledává pozitivní stránky dítěte a využívá je pro jeho další vývoj. Využívá přitom individuálního vzdělávacího plánu, jehož podstatou je učení jedince co nejoptimálnějším způsobem. Kvalitní provádění této diagnostiky je předpokladem dobré integrace. Diagnostické metody zahrnují pozorování, rozhovor, anamnézy, dotazníky, testy, ověřování, analýzy výsledků, pedagogickou dokumentaci, hodnocení.

Psychologická diagnostika se zaměřuje na psychické vlastnosti, procesy a stavy včetně postoje k vlastnímu postižení. Sociální diagnostika se věnuje zhodnocení faktorů, které působí na utváření osobnosti a ovlivňují výchovu, postoje a vztahy postiženého ke světu i k sobě samému. Zpravidla se provádí formou osobní a rodinné anamnézy. Kromě rodiny zkoumá též užší a širší prostředí, v němž postižený žije.

Podle druhu postižení se speciálně pedagogická diagnostika dále dělí na:

- somatopedickou (zabývá se tělesným postižením a zdravotním oslabením)
- psychopedickou (soustředí se na mentální postižení)
- surdopedickou (zkoumá poruchy sluchu)

- logopedickou (zabývá se vadami řečové komunikace)
- oftalmopedickou (diagnostikuje poruchy zraku)
- etopedickou (zkoumá poruchy chování) (18)

V rámci komplexní diagnostiky se sleduje především zdravotní stav současný i minulý, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zrak, sluchové vnímání, pravolevá i prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, emoce, volní vlastnosti a další. Toto náročné zjišťování míry mentální retardace se provádí z důvodu kolísavosti výsledků, které by měly podléhat pravidelnému zhodnocení, aby se nemohlo stát, že dítě dostane „nálepku“, která by ho omezovala v dalším rozvoji. (20)

1. 2. 2. 3 Individuální výchovně vzdělávací přístup

Výchovou a podmínkami prostředí se vytváří charakter dítěte s hlubokým mentálním postižením. Rodina a lidé v jeho těsném okolí se do značné míry podílejí na utváření jeho charakteru. Rodiče ani osobní asistenti často nedovedou určit správnou míru přísnosti či náročnosti. Mají tendence postižené dítě litovat, dělat vše za něj a nevyžadují po něm ani to, co je v jeho silách. Správným řešením těchto situací - vhodným programem, organizací dne, přiměřenou mírou požadavků lze kladně přispět k utváření charakteru a základních rysů dítěte v oblasti vůle, vytrvalosti, návyků sebeobsluhy, rituálů apod.

Vytváření správných návyků podle příkladu asistenta je nejefektivnější metodou ovlivňující chování postiženého. Domluva u těchto dětí nebývá účinná (chybí propojovací funkce mozkové kůry, což zapříčiňuje nedostatečně verbálně řízené chování). Pokud asistent nechce, aby si dítě vytvořilo špatný návyk, nesmí dovolit, aby jej takové chování uspokojovalo (takto postižení děti mají silné spojení mezi činností a prožitkem). Špatný návyk, který vznikl na základě příjemného prožitku dítěte s mentální retardací, se obtížně odstraňuje. V takovém případě je třeba zjistit příčinu nesprávného návyku a snažit se působit spíše na ni

než na její důsledek. Uvědomování si a mravní přesvědčování je obtížné, ale je třeba i dítě s mentálním postižením vhodnými způsoby seznamovat s normami, požadovat jejich dodržování, pokud možno s náležitým vysvětlováním a upozorňováním. Např. když budeme dítěti zakazovat kývavý pohyb, zřejmě tím ničeho nedosáhneme. Toto kývání je zřejmě důsledkem nedostatku jiné vhodné činnosti. Pokud dítě dostatečně zaměstnáme tím, co ho zaujme, nežádoucí chování bude ustupovat, až časem zcela zanikne.

I děti se závažným postižením by měly být vedeny k sebeovládání. Při výchově je nutné dbát na jejich individuální zvláštnosti, míru a závažnost postižení a reakce na ostatní prostředí. V některých případech se osvědčuje ignorovat jejich nedobré projevy, pokud jsou neškodné. Jiným prospěje dočasná izolace, někdy je zapotřebí intervence dalších odborníků, neurologické příp. psychiatrické léčby. (20)

O děti s hlubokou mentální retardací neboli těžkým kombinovaným postižením je pečováno v souladu se speciálním výchovně vzdělávacím programem zaměřeným na zajištění jejich potřeb, stimulaci a rozvíjení jejich zbytkových schopností. (4)

Těžce postiženým by měla být zabezpečena komplexní péče stejně jako podpora rozvoje (stanovení režimu celého dne, snaha o uspokojování základních lidských potřeb, podpůrná a speciální péče, otázky tréninku vnímání, pohybová podpora a podpora komunikace). (25)

Uspokojování základních životních potřeb je u osob s těžkým postižením poměrně obtížné, je však nutné je zajišťovat co nejlépe, jelikož jsou k životu nezbytné. Patří sem:

- potřeba zamezení hladu, žízní a bolesti
- potřeba podnětů změny a pohybu
- potřeba jistoty, stability a spolehlivosti vztahů
- potřeba vazby, přijetí a něhy
- potřeba uznání a sebeúcty
- potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení

Těžké postižení umocňuje potřeby dětí a zároveň často zabraňuje jejich přiměřenému uspokojení. Pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi a na základě postižení jsou pro ně společné tyto potřeby:

- potřeba tělesné blízkosti, aby mohli získat přímou zkušenost asistenta, který jim co nejjednodušším způsobem přiblíží okolní prostředí
- potřeba asistenta, který jim umožní pohyb a změnu polohy
- potřeba každého, který se o ně stará, snaží se jim porozumět a spolehlivě o ně pečuje (23)

Některé děti mají sklony k agresivnímu chování. Pedagogové mají odlišné názory, zda je za to trestat. Především je důležité zabránit tomuto jednání, aby dítě v afektu neublížilo sobě nebo druhým, nechat odeznít záchvat vzteku a vyvarovat se podnětů vyvolávajících vztek. Zkušený asistent ví, že zdánlivě agresivní čin nemusí být projevem agresivity, ale obrany, když někdo bez vysvětlení např. vezme dítěti jeho oblíbený předmět. (20)

O děti s hlubokým mentálním postižením neboli těžkým kombinovaným postižením je pečováno v souladu se speciálním výchovně vzdělávacím programem zaměřeným na zajištění jejich potřeb, stimulaci a rozvíjení jejich zbytkových schopností. Při výchově a vzdělávání dítěte s těžkým postižením je třeba zohlednit jeho diagnózu, individuální způsob učení, nároky dané věkem, tělesný vývoj a sociální chování. Je vhodné využívat činností, které směřují k plnění individuálních vzdělávacích cílů. (25)

Individuální přístup k dítěti by se měl projevovat zejména v následujících činnostech, metodách a cílech:

- výklad úměrný mentálním schopnostem dítěte
- časté opakování srozumitelného učiva a jednoduchých úkonů
- pochvaly, odměny
- zohlednění specifických charakteristik dítěte (imobilita, inkontinence, neschopnost verbální komunikace...)

- empatie k individuálním povahovým rysům dětí i jejich specifickým potřebám (31)

Proniknout do způsobů vnímání a prožívání lidí s nejtěžšími postiženími je velice složité. Tito lidé jsou i přes svá závažná postižení a omezení jedineční jako každý jiný člověk. Nejsou sice vždy schopni sdělit svému okolí, co by chtěli, ale pokoušejí se o to znaky - subtilními tělesnými reakcemi. Vnímání téměř všech nejtíže mentálně postižených je vázané výlučně na tělo. Svět se pro ně skládá z věcí, které umí prožívat jen konkrétně a tělesně a mají pro ně ten význam, že se na nich a s nimi pohybují, cítí je, ochutnávají, vidí je a slyší. Tento význam se téměř posouvá ke kategoriím „příjemné“ či „nepříjemné“. Proto by těžce postižení měli mít kolem sebe přitažlivé a stimulující věci, které je aktivují. Prostředí kolem nich by mělo vyzařovat potřebný klid a umožňovat jim, aby se mohli uvolnit. (20)

1.2.2.4 Materiální vybavení

V denních stacionářích a jiných zařízeních pro děti s kombinovanými vadami je třeba mít zajištěno nejen odpovídající personální obsazení, ale též přiměřené materiální vybavení a speciální architektonické úpravy. (25)

Podmínky integrativního a inkluzivního vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením a více vadami:

- zpracovaný individuální vzdělávací plán a specificky stanovené výchovně vzdělávací cíle a metody odpovídající úrovni rozumových schopností klientů

- nižší počet dětí v kolektivu
- vhodně upravené prostředí
- asistenti se speciálně pedagogickou kvalifikací
- speciální zařízení a kompenzační pomůcky v závislosti na potřebách klientů a závažnosti jejich postižení - mechanické vozíky, dětské rehabilitační kočáry, chodítka
- učební pomůcky odpovídající rozumovým schopnostem dětí
- speciální pomůcky pro psaní, čmárání a kreslení

- pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností - různé dřevěné a textilní hračky
- pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci - rehabilitační míče, houpačka...
- bezbariérový přístup
- odpovídající technické vybavení (15)

1.2.2.5 Denní řád jako speciální výchovně vzdělávací program

Žáci s hlubokým mentálním postižením potřebují režim dne, který vykazuje pravidelné střídání výchovně vzdělávací činnosti a odpočinku, hry a relaxace úměrně zátěži klienta. (24) O děti s hlubokou mentální retardací nebo těžkým kombinovaným postižením je pečováno v souladu se speciálním výchovně vzdělávacím programem zaměřeným na zajištění jejich potřeb, stimulaci a rozvíjení jejich zbytkových schopností. (4)

1.2.2.6 Společná výchovně vzdělávací činnost

Při podpoře a realizaci vyučování pro děti s hlubokým mentálním a kombinovaným postižením je třeba dbát důležitých pedagogických zásad:

- zajištění atmosféry jistoty a bezpečí, která je základem pro vytváření vztahů
- zajištění zážitkové sféry, abychom dosáhli orientovanosti a náklonnosti těžce postiženého dítěte k osobám a věcem

1.2.2.7 Výchovně vzdělávací cíle a metody

Výchovně vzdělávací cíle a metody pro děti s hlubokým mentálním postižením lze rozčlenit do několika oblastí:

- schopnost vnímat sám sebe prostřednictvím svého těla
- schopnost nechat o sebe pečovat a dopomáhat k zajištění existenčních potřeb
- schopnost tvořit vztahy k okolí, přijímat je a orientovat se v nich

- schopnost sžít se s kolektivem a navyknout si na něj
- schopnost tvořit ve světě věcí (23)

1.2.2.8 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál pro péči, výchovu a výuku dítěte se speciálně pedagogickými potřebami. Je zpracováván v souladu s vyhláškou MŠMT ČR č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných. (27) Využívá se nejen ve speciálních školách, ale též v denním stacionáři pro děti s hlubokým mentálním postižením či kombinovanými vadami. Slouží jako vodítko všem, kteří se na těchto činnostech podílejí. Vzniká ve spolupráci pracovníků stacionáře, dítěte, jeho rodičů (zákonných zástupců), sociálního pracovníka, speciálně pedagogického pracovníka, terapeuta apod. Význam individuálního vzdělávacího plánu spočívá v tom, že umožňuje dítěti vzdělávat se podle jeho možností a schopností a zároveň napomáhá pracovníkovi stacionáře efektivně pracovat s klientem na jeho úrovni. Díky tomu, že pracovník stacionáře přizpůsobí svůj přístup k dítěti jeho individuálním potřebám, lze od dítěte očekávat aktivnější účast při vyučování. Do přípravy individuálního vzdělávacího plánu se zapojují i rodiče, kteří tak využívají svého práva ve vztahu k dítěti a přebírají spoluodpovědnost za jeho vzdělávání.

Jelikož neexistuje ideální struktura individuálního vzdělávacího plánu, je třeba nechat prostor pro změny, podněty, nové informace a poznatky. Je nutné sledovat dvě roviny - nejen obsah vzdělávání, metody a postupy, ale též specifické obtíže, příznaky a pozitivní oblasti vývoje dítěte. Individuální vzdělávací plán je tvořen na základě diagnostiky odborných pracovníků. Pracovník stacionáře by se měl při jeho vytváření opírat též o své zkušenosti a intuici. Vyvážený individuální vzdělávací plán vytváří takové podmínky, aby psychomotorický neklid co nejméně ovlivňoval práci dítěte. Toleruje pomalejší tempo dítěte, přičemž respektuje jeho specifický styl učení, krátkodobou paměť a další specifika. Je vypracován zejména pro oblasti, v nichž se handicap nejvíce projevuje.

V individuálním vzdělávacím plánu jsou rozpracovány cíle vzdálené (několik let), dlouhodobé (cca 1 rok) a krátkodobé (v horizontu několika měsíců). Tento plán respektuje vždy individuální potřeby dítěte (osobní přístup - pochvala, odměna, zohlednění specifického charakteru dítěte, např. citlivosti u dětí s neurotickými rysy). Pracovník stacionáře dbá na dohodu s rodiči - podporuje jejich aktivitu a dává jim přesné informace, které jsou základem pro dobrou spolupráci.

Schéma individuálního vzdělávacího plánu:

- základní údaje o dítěti - uvádí se informace, které ztěžují výchovu a vzdělávání (postižení, alergie, rizika...)

- pedagogická diagnostika - zaznamená se to, co je pro klienta a jeho vzdělávání důležité (hrubá i jemná motorika, koordinace, vnímání tělesného schématu, zrak, sluch, komunikace, sebeobsluha, myšlení, sociální vztahy, nejzávažnější obtíže, pracovní charakteristika, zájmy, pozitivní rysy)

- způsob hodnocení

- dohoda o spolupráci s rodiči (formy spolupráce, požadavek na lékařské vyšetření, doporučené aktivity apod.) (31)

1.2.3 Multidisciplinární ucelený systém rehabilitace

Multidisciplinární ucelený systém rehabilitace, který se osvědčil v péči o děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením, je založen na spolupráci odborníků z různých oborů. Rozeznáváme jednotlivé druhy rehabilitace podle prostředků, které jsou při ní využívány.

1.2.3.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace jsou zaměřeny na odstranění postižení a funkčních poruch a na eliminaci následků zdravotního postižení s ohledem na sociální dimenzi této problematiky.

Léčebné prostředky rehabilitace lze rozdělit na:

- vertikální (obnovení původního stavu organismu)

- horizontální - léčba dlouhodobých závažných postižení chronického charakteru (26)

U dětí s DMO a přidruženými postiženími jsou nejčastěji aplikovány tyto léčebné metody:

- fyzikální terapie

- masáže: klasická, reflexní, podvodní
- elektroléčba (elektrický proud různé frekvence) - u DMO nebývá častá
- ultrazvuk
- magnetoterapie
- léčba světlem (ultrafialové, infračervené záření)
- laserové záření
- termoterapie
- vodoléčba (hydrokinezioterapie) - perličková či vířivá lázeň
- balneoterapie
- hyperbarická komora

- léčebná tělesná výchova

- hlavní metoda zabývající se pohybovým ústrojím
- u dětí s DMO bývá velmi účinná
- hlavní formou je tělesné cvičení individuální či skupinové
- léčebné gymnastické prvky
- reflexní motorika (facilitace, inhibice)
- Vojtova metoda reflexní lokomoce (plazení, otáčení...) - základní způsob

komplexní péče o děti s DMO

- metoda manželů Bobathových - rehabilitační technika využívající reflexní útlum a klíčové body k inhibici patologických reflexů a vybudování základních pohybových vzorů (12)

- komplexní metoda profesora Tardieu - využívá kompenzačních pomůcek (Tardieu zavedl faktorové hodnocení - pečlivé posuzování dítěte s postižením ve 26 položkách)

- metoda konduktivní pohybové pedagogiky - důsledné zaměření aktivit na dosažení maximální možné nezávislosti a soběstačnosti dítěte s postižením

- Kabatova metoda - v úhlopříčných rovinách je prováděn pohyb proti maximálnímu odporu
- vývojová kineziologie podle J. Čákové - postulární terapie
- Pfaffenrotova synergická reflexní terapie - masáže reflexních zón, akupresura, myofaciální techniky, chiroterapie
- ergoterapie
 - léčba dětí s postižením smysluplnou činností pomocí hravých aktivit
 - velmi efektivní léčebná metoda určená osobám s různými formami zdravotního postižení
 - indikována lékařem (8)
- animoterapie
 - léčba prostřednictvím kontaktu se zvířetem, nejčastěji koněm (hipoterapie), za přítomnosti speciálně vyškoleného fyzioterapeuta a jeho pomocníka, který zabezpečuje dítě proti pádu (9)
 - canisterapie - léčba kontaktem se psem - zlepšuje psychický stav dítěte, pohybové schopnosti, komunikační dovednosti, citové zrání; přispívá k odstranění kynofobie a agresivity
- další speciální terapie - arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie - zasahují vedle léčby i do umění, pedagogiky a psychologie
 - arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků (kresba, malba, výtvarná práce s různými materiály, vlastní prožitky)
 - muzikoterapie - léčba pomocí aktivit spojených s hudbou a zpěvem
 - psychoterapie - léčebný prostředek rehabilitace využívající tvůrčí činnosti
- další postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace
 - léčba prostřednictvím chirurgických zákroků (šlachy, kyčle, klouby, skoliózy)
 - farmakoterapie (motorika, myorelaxancia, antiepileptika, botulotoxin, sedativa, vitamíny)
 - vhodná úprava životosprávy

- manipulační léčba při funkčních poruchách pohybového ústrojí (19)

1.2.3.2 Sociální prostředky rehabilitace

U člověka s postižením dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. Záleží na tom, jak jej společnost přijímá, jakou v ní má roli, postavení, zda přijal své postižení či znevýhodnění a dokázal se v maximální míře integrovat. Tím se udržuje nebo zvyšuje kvalita života a je důležité, aby byl tento vztah vyvážený. Úkolem sociální rehabilitace je, aby nedocházelo k nežádoucí defektivitě - aby postižený jedinec závislý na péči druhých nebyl společností na obtíž. Postižený člověk by se měl naučit žít se svým handicapem, přijmout jej jako výzvu a úkol. Měl by zaujmout aktivní životní přístup, prolínající se s ostatními prostředky uceleného systému rehabilitace. Sociální rehabilitace je celoživotním procesem s problémy obecnými i specifickými podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje metodu reedukace, kompenzace, akceptace. Je vhodné, aby postižení navštěvovali různá zařízení, kde se mohou účastnit nejrůznějších programů a činností (volnočasové aktivity, chráněné dílny, podporované bydlení a jiné). Kvalitu života ovlivňuje též stabilita rodiny, její funkčnost, vztah mezi rodiči. Je důležité, aby se dítě s postižením cítilo v rodině šťastné, aby bylo přijato a aby se rodiče dokázali s jeho handicapem vyrovnat. (4)

Mezi sociální prostředky rehabilitace patří individuální a skupinové plány rehabilitace vypracované podle druhu a závažnosti postižení. Součástí sociální rehabilitace je i vytvoření ekonomických a materiálních podmínek pro samostatný život - přiznání invalidního důchodu či dalších finančních prostředků podle zákona 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, příspěvků podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů (například příspěvek na rehabilitační a kompenzační pomůcky, zakoupení motorového vozidla, mimořádné výhody I. - III. stupně). Do této oblasti patří též služba osobní asistence podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a s ním spojený příspěvek na péči. Mezi sociální prostředky rehabilitace řadíme též rehabilitační inženýring, který je zaměřen na kompenzační, reedukační a

protetické pomůcky, technické vybavení rehabilitace a odstraňování architektonických bariér či nevhodné organizace a vedení činnosti.

1.2.3.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Existuje určitý rozdíl mezi pedagogickými prostředky rehabilitace u osob se získaným postižením, u nichž se jedná o postupné odbourání odchylek a u osob s vrozeným postižením. V obou případech je využíváno záměrného působení pedagogicko-psychologických prostředků ve smyslu reedukace za účelem obnovení normálního stavu. Tato speciální výchova a vzdělávání zahrnuje specifické metody, prostředky a postupy podle druhu a stupně postižení. Souhrnně se nazývají speciální pedagogika, kterou lze je rozdělit na jednotlivé „pedie“ podle druhu postižení a metod práce (somatopedie, psychopedie, etopedie, tyflopédie či optopedie, surdopedie či akupédie, logopedie).

Jsou zde uplatňovány speciální metody ve spolupráci s ostatními odbornými disciplínami (zejména medicínou a psychologíí) pro dosažení optimálního rozvoje osobnosti postižených za účelem co největší míry integrace se snahou o aktivní produktivní život. Velmi prospěšná je zde i psychoterapie, která má za cíl znovuobnovení integrity osobnosti člověka.

Metoda Montessoriovské pedagogiky má význam pro sociální vývoj dítěte. Napomáhá k rozvoji jeho komunikačních schopností a vede jej tak k větší samostatnosti. Osvědčila se též v rámci léčebné pedagogiky u dětí s různým typem postižení včetně kombinovaného. (4)

Systém pedagogicko-psychologického poradenství tvoří důležitou součást školského systému. Pro děti se zdravotním postižením jsou určena především speciálně pedagogická centra, která spolupracují se školou nebo výchovně vzdělávacími zařízeními při vypracovávání individuálního vzdělávacího plánu a jeho naplňování. (26).

1.2.3.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace je rozsáhlý proces, který je součástí soustavné péče věnované lidem s postižením. Cílem je, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti.

Těm, kteří jsou práce neschopni, je třeba uspokojit jejich primární potřebu aktivity naplněním volného času, rozvíjením zájmové činnosti. Při plnění těchto úkolů pracovní rehabilitace spolupracuje s psychosociální rehabilitací. Důležitou roli zde hraje sociální politika státu. Posudkové komise sociálního zabezpečení přiznávají postiženým sociální dávky, přičemž spolupracují s úřady práce. Pokud jsou pracovní prostředky rehabilitace vhodně uplatňovány v praxi, jsou jedním z hlavních činitelů ovlivňujících kvalitu života lidí s postižením. (4)

V knize Ergonomie od Gilbertové a Matouška je věnována pozornost ergonomii práce u osob se zdravotním postižením. Ergoterapeut provádí s klienty modelové činnosti, při nichž se ergodiagnosticky v rámci předpracovního hodnocení zjišťují vlastnosti a dovednosti vhodné pro možné budoucí povolání, chráněné dílny a bydlení nebo zájmovou činnost. Mnoho osob s mentálním postižením navštěvuje denní stacionář, kde mají půldenní či celodenní program s různými činnostmi i tvořivou a výtvarnou složkou. Tyto činnosti jsou pro klienty velice prospěšné a státem dotované. (26)

2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce, jejímž tématem jsou „Možnosti péče o děti s hlubokým mentálním postižením a možnosti jejich vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s., je zjistit a zhodnotit možné formy a způsoby péče a vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením. Dalším cílem je posoudit efektivnost a smysluplnost vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Jelikož jsem prováděl kvalitativní výzkum, nejsou na počátku stanoveny žádné hypotézy. Vytvořil jsem výzkumné otázky, jejichž znění je v příloze č. 1.

Sběr dat byl realizován prostřednictvím techniky standardizovaného rozhovoru s rodiči klientů denního stacionáře, techniky pozorování klientů při péči, výchově a vzdělávání v denním stacionáři a techniky analýzy dat - dokumentace klientů.

S rodiči jsem se sešel na smluveném místě, řekl jsem jim, že s nimi potřebuji udělat rozhovor v rámci výzkumu k mé bakalářské práci. Tento rozhovor vycházel z 21 předem připravených otázek, na něž mohli rodiče volně odpovídat. Rozhovory byly se souhlasem rodičů nahrávány na diktafon, abych měl později přístup k získaným datům. V rámci techniky pozorování klientů jsem pozoroval činnost dětí ve stacionáři, jejich projevy a reakce na různé podněty. Při sběru dat pomocí odborné dokumentace jsem zvolil techniku sekundární analýzy dat.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou skupinu mého výzkumu tvořilo 15 dětí ve věku 4 - 20 let s hlubokým mentálním postižením, které docházejí do denního stacionáře centra ARPIDA, o. s. Jednalo se o čtyři dívky a jedenáct chlapců s hlubokou mentální retardací a různými přidruženými postiženími, mezi nimiž se vyskytuje dětská mozková obrna, epilepsie, zrakové vady, srdeční vady, psychomotorická retardace, hyperkinetický syndrom, Downův syndrom. Při standardizovaném rozhovoru rodiče vyjadřovali názory svých dětí, které z důvodu svého hlubokého mentálního postižení nejsou schopny verbálně komunikovat. Centrum ARPIDA, o. s. je nestátní nezisková organizace, která zajišťuje komplexní péči dětem a mládeži s tělesným a kombinovaným postižením v duchu uceleného systému rehabilitace.

4 Výsledky

4.1 Standardizovaný rozhovor s rodiči klientů

1. V první otázce jsem rodiče požádal, aby se pokusili stručně vyjádřit svou představu o sociální službě „denní stacionář“.

Rodiče odpovídali, že tato služba poskytuje péči, výchovu a vzdělávání jejich dětem. Ocenili, že díky této službě mohou jít od zaměstnání a také si od dětí odpočinout. Vyjádřili svou spokojenost s touto službou i některé připomínky. Uvítali by denní stacionář pro dospělé, větší prostory a rozdělení dětí na pohyblivější a méně pohyblivé.

Pro ukázkou uvádím několik odpovědí rodičů:

- „Mám představu, že děti jsou opečovávány a vychovávány co nejlépe.“
- „Jsem ráda, že mi někdo kvalifikovaně pohlídá dítě celý den, nejen pohlídá, ale i opečuje a vychovává v těch jeho limitech, co je schopen. Jsem moc ráda, že je ve „stacíku“ opravdu lidský přístup ke každému individuální, že tam jsou hodní, snaživí lidé a že vím, že je v dobrých rukou.“
- „Hlavně, aby o tu holku bylo postaráno a aby měla to, co potřebuje. Hlavně ji dokázat něčím zaujmout, aby se koncentrovala, tu rehabilitaci. Ta péče je tu kvalitní.“
- „V denním stacionáři má zajištěnou potřebnou péči a terapie na výborné úrovni. Jsem spokojena.“
- „Jednak to pomůže rodičům postižených dětí normálně pracovat, tzn. zapojit se do pracovního procesu.“
- „Aby bylo o kluka postaráno a aby dostal péči, kterou potřebuje a kterou mu nemůžeme poskytnout doma. To znamená ty masáže, cvičení a další individuální péči.“
- „Je to služba dětem s kombinovaným postižením, kde se vychovávají a vzdělávají a zároveň mají rodiče možnost si odpočinout.“

2. Ptal jsem se, jestli znají i jiné možnosti péče (sociální služby) o jejich dítě, než je denní stacionář při centru ARPIDA, o. s.

V sedmi případech rodiče odpověděli, že jiné zařízení nehledají, neboť jsou spokojeni s ARPIDOU. Čtyřikrát odpověděli, že neznají, čtyřikrát že znají, a to 6x uvedli Borůvku, 4x Světlušku, 2x Empatii, 1x Rolničku, 1x Zběšičky a 1x Krtečka.

- „Vím, že existuje týdenní stacionář ve Světlušce a pobytová odlehčovací služba v Borůvce. Ostatní neznám.“

- „Vím, že existují i jiné možnosti, ale proč využívat jiné, když jsme spokojeni s ARPIDOU.“

- „Ano, denní stacionář Světluška, Borůvka a další.“

- „Ano. Světluška, Borůvka, Empatie, Rolnička a podobně.“

„Poptával jsem se v bydlišti, ale nic takového jsem nenašel, pouze jeden ústav sociální péče, kam jsem ho odmítl dát.“

3. Ve třetí otázce jsem se ptal, jestli mají představu, jak vypadá výchovně vzdělávací program, podle kterého je pečováno o jejich dítě v denním stacionáři při centru ARPIDA, o.s.

Jedenáct rodičů odpovědělo, že mají představu a jedni že nemají. Někteří z nich to rozvedli, čtyři rodiče potvrdili, že jej pravidelně dostávají a konzultují, dvakrát uvedli, že upravuje výchovu a vzdělávání podle schopností dítěte, dále že jsou v něm různé cíle, že se jedná o cvičení a hudbu, že je to vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.

- „Posíláte to, konzultujete, takže to vím.“
- „Je to tak, že pro každé dítě je individuální výchovně vzdělávací plán, podle toho, čeho je schopné a v rámci toho se s ním pracuje, aby se dosáhlo toho, co se stanovilo a po konzultacích s rodiči se to upravuje a plní.“
- „Program pravidelně konzultujeme s vedoucím stacionáře, jsem s ním vždy seznámen.“
- „Je to snaha vzhledem k danému stavu to dítě dostat co nejdál, aby se více rozvíjely jeho schopnosti.“
- „Určitě, pravidelně ho dostáváme a konzultujeme s vedoucím denního stacionáře.“
- „Samozřejmě, informace jsou na dobré úrovni, dostáváme měsíční rozpis, který konzultujeme.“
- „Ano, je to vzdělávání formou her, vycházek, hudby...“
- „Vždy nám předáváte ten program, a když máme to sezení, tak nás informujete.“

4. Ve čtvrté výzkumné otázce jsem se ptal, jestli rodiče vědí, jaké výchovně vzdělávací programy jsou pro jejich dítě k dispozici v denním stacionáři, popřípadě jakou další navazující péči jejich dítě využívá v rámci centra ARPIDA, o. s.

Zde rodiče 10x odpověděli, že vědí, jaké jsou výchovně vzdělávací programy i navazující péče. 2x jmenovali fyzioterapii, ergoterapii, logoterapii, muzikoterapii, bazén, výtvarnou výchovu, koně. 2x se domnívali, že jde o zlepšování sebeobsluhy a maximální zapojení do běžného života. 1x nevěděli.

- „Ano, rehabilitace, ergoterapie, logopedie, koníčky, pejsci, bazén, hudební a další terapie.“
- „Výchovné programy, to netuším. M. se ani vychovat nedá, u něj je každej program zbytečnej. Akorát v tom jídle, tam se snaží.“

- „Vím, že výchovně vzdělávací program zaměřený ve všech směrech, kde se dá vzdělávat - sebeobsluha, motorika, pohyb, sport, voda, hudba, výtvarka. A navazující činnost na ARPIDĚ: léčebná rehabilitace, ergoterapie, logopedie.“

- „V podstatě ten přehled máme. S tím, jak ho teď absolvuje, to je asi jediná možnost, která se nám naskýtá.“

- „Zde se jedná o rehabilitaci, denní režim, terapie, pobyty a vše, co potřebuje pro dobrý rozvoj.“

5. V této otázce jsem se ptal na jejich hodnocení výchovně vzdělávacího programu v denním stacionáři. Jestli jsou či nejsou spokojeni a proč a jestli mají nějaké připomínky.

V této otázce se všech 15 rodičů shodlo, že jsou spokojeni. Někteří připomněli, že jsou spokojeni, pokud je spokojené jejich dítě. Někteří vyjádřili politování nad tím, že o prázdninách je moc dlouhá přestávka v provozu denního stacionáře, další se domnívají, že by měly být pro stacionář vyhrazeny větší prostory a jiní by si na ARPIDĚ přáli denní stacionář pro dospělé.

- „Spokojena, určitě.“

- „Já spokojená jsem, pokud je spokojený M., tak já taky.“

- „Spokojeni určitě. Je to v pořádku.“

- „Více méně jsem spokojen, připomínky nemám. Kdybych nebyl spokojen, tak tam moje dítě nedochází.“

- „Spokojený mohu být z toho důvodu, že vidím, že kluk je spokojený. Víc mě nemusí zajímat. Ráno, když ho tam vedu, vidím, že se tam těší. Když ho vyzvedávám, tak je spokojený.“

- „Jsem spokojený.“

6. V šesté otázce jsem se ptal, jestli rodiče vědí, že jejich dítě je vzděláváno podle individuálního vzdělávacího plánu.

Zde všichni rodiče odpověděli, že vědí, a někteří svoji odpověď rozvedli.

- „Připomínky nemám. Samozřejmě, že jsem informován.“
- „Ano, to víme.“
- „Ano, bylo mi to oznámeno.“
- „Ano. Tento individuální vzdělávací plán je dělán na míru každému dítěti.“

7. Prostřednictvím další výzkumné otázky jsem se ptal, jestli mají rodiče představu, co obsahuje individuální vzdělávací plán a co je jeho cílem a smyslem.

12 rodičů odpovědělo, že mají představu a že vědí, jaký je smysl a obsah individuálního vzdělávacího plánu. 3 z nich odpověděli, že jde o co nejlepší rozvíjení schopností dítěte a někteří dodali, že jde o zlepšování motorických schopností, vnímání a různé terapie, že přesně neví, o co jde.

- „Mám, máte individuální přístup. Jsem ráda, že mu nedáváte ty pleny. Ono ho to motivuje.“

- „Sebeobsluha, zlepšuje se, lžičku bere do ruky, rozeznává „máma, bába.“

- „Chceme rozvíjet to, na co dítě má. Cíle musíme mít všichni, abychom se měli k čemu přibližovat, a u M. je to dobře zvoleno.“

- „Aby se dítě rozvíjelo v rámci možností handicapu. Je to běh na dlouhou trať, rozvíjet ty projevy u dítěte. Vnímání se určitě lepší, komunikace také. Za každý projev jsem vděčná.“

- „Obsahuje výchovu a vzdělávání určené přímo tomu konkrétnímu dítěti v oblasti sebeobsluhy, myšlení a podobně.“

- „Určitě, protože to konzultujeme. Je nám předkládán vedoucím denního stacionáře a v podstatě ho odsouhlasujeme jako rodiče, takže samozřejmě víme, co to obnáší.“

- „Znamená vytvořit ty nejlepší podmínky mému dítěti pro jeho výchovu a péči o něj.“

- „V globálu to má veliký smysl.“

- „Ano, cílem je co nejoptimálnější péče, výchova a vzdělávání dítěte. Cvičí se motorika, pozornost, sebeobsluha a podobně.“

8. V další výzkumné otázce se dotazují, zda rodiče cítí dostatek fyzických sil pro zvládnutí péče o své postižené dítě.

Zde osm rodičů odpovědělo, že síly mají a dalších sedm, že síly ubývají. Jeden rodič podotkl, že to bude horší, až dítě vyroste a další řekl, že fyzické síly má a psychické už moc ne. Další by v této souvislosti uvítali možnost týdenních pobytů na ARPIDĚ.

- „Zatím ano, když vyroste, bude to horší.“

- „Síly ubývají, jsem na něj sama, protože jsem rozvedená. Cyklicky na mě občas dolehne deprese, ale mám štěstí, protože mi často pomáhá mamka, takže to zatím zvládám. On už je také šikovnější, opře se o nohy. I když to na mě někdy dolehne, ale zvednu se a jedu dál, ono to ani jinak nejde.“

- „Zatím ano. Skutečně zatím ano, ale na rovinu, bez zařízení jako ARPIDA, kdy vlastně syna vychováváme ve spolupráci s ARPIDOU, bych to asi těžko zvládala. Možná ne fyzicky, ale psychicky.“

- „Síly mi ubývají, ale musíme jít dál.“

- „Dostatek sil na to abych ho zvládala - někdy dochází ta síla, mám z toho obavy do budoucna, to určitě. F. je šikovnej, že se umí najíst lžící a to vysazování na WC by taky jakž takž šlo.“

- „Sil máme zatím dost a snažíme se s nimi hospodařit, používat je, kde je třeba, aby nám vydržely.“

- „Ještě jo. Rostou a jsou větší, ale ještě to jde.“

9. V deváté výzkumné otázce jsem se ptal rodičů na představu o budoucí péči o jejich dítě.

Jedna polovina rodičů se spoléhá na ARPIDU, že zajistí denní stacionář pro dospělé klienty. Druhá polovina o tom raději nepřemýšlí a někteří dodali, že doufají, že se postará někdo z blízkých.

- „Věřím, že ARPIDA něco vymyslí pro dospělé. Byla bych určitě pro.“

- „Zatím nepřemýšlím do budoucna, nevím, co bude zítra, natož za deset let. Možná by to chtělo stacionář pro dospělé.“

- „Nejraději bych byla, kdyby to šlo být pořád na ARPIDĚ, a alespoň 1x týdně do večera. Aby měl kolektiv, na který je zvyklý. Důležití jsou tam ti pracovníci, jejich přístup. Je to velmi těžká práce, aby si uměli taky odpočinout, my tu vaši činnost dokážeme ocenit.“

- „Žijeme ze dne na den, zatím nad tím nepřemýšlíme, jinak bychom se z toho museli zbláznit. Je to běh na dlouhou trať.“

- „Moc nepřemýšlím do budoucna. Nejsou denní stacionáře nebo je jich málo. Raději nepřemýšlet, naučila jsem se řešit problémy, až když přijdou, jinak bych se z toho zbláznila. Je to o té péči a o lidech a u sociální péče, co jsem prošla, jsem z nich neměla moc dobrý pocit. Co půjde, tak budeme využívat ARPIDU. Věřím, že naváže ve stacionáři pro dospělé. Je to asi složité vybudovat, ale věřím, že se to podaří. Musela bych vidět to zařízení, kdyby dítě mělo jít jinam. První dojem hodně napoví a ty ústavy sociální péče, co jsem viděla, na mě dobrý dojem neudělaly.“

- „Máme představu takovou, že dejme tomu do nějakých 26 let je to vyřešený díky ARPIDĚ a Světlušce. Spoléhám se na to, že do té doby se nějaké řešení vyskytne. Ideální by byl denní stacionář pro dospělé.“

- „Aby chodil pořád sem do ARPIDY.“

- „Zatím se staráme a v budoucnu doufáme, že se někdo z příbuzných o naše dítě postará. Ústav s trvalým pobytem, to by bylo jen krajní řešení.“

10. V další otázce jsem se rodičů ptal, jestli do budoucna někdy uvažovali o ústavní péči s trvalým pobytem nebo jestli předpokládají, že se o jejich dítě postará někdo z blízkých.

Ve čtrnácti případech rodiče odpověděli, že o tom raději moc neuvažují. Někteří se spoléhají na sourozence postiženého dítěte.

- „Uvažovat do budoucna se musí. Dokud se o ni budeme moci starat my, tak se budeme starat. Má bratra, tak ho vychováváme k tomu, aby se o ni postaral nebo ji alespoň navštěvoval.“

- „To je silný, kdybychom nebyli, tak by se o něj dcera postarala. On by v ústavu umřel, nadopovali by ho tam. V jednom ústavu klienti neprospívali, jen jedno dítě ano a pak se zjistilo, že uklízečka ho vždy pohladila. Oni potřebují lásku. Díval se na něj jeden doktor a říkal: „On je šťastnej.“ Říkali, že bude ležák a já řekla, že s ním musím něco udělat a teď říkají: „Tak se vám to povedlo.“

- „Neuvažovala. Má bratra, doufám, že se postará, vedeme ho k tomu nebo že ho bude alespoň navštěvovat.“

„O ústavní péči v žádném případě, vychováváme syna k tomu, aby se potom postaral.“

- „V žádném případě, je to moje dítě a nikdy bych tohle neudělal.“

- „Neuvažovala, bylo mi to nabízeno, že to rodiče většinou nezvládnou, ale chce to odvahy.“

- „Tato otázka je nedořešena. Sice D. bratr říká, že je tady ještě on, ale samozřejmě vím, že by to ovlivnilo jeho život. O ústavní péči jsme v žádném případě neuvažovali, protože D. je naší součástí. Maximálně se snažíme o něj postarat. Využíváme odlehčovací pobyty v Borůvce na 3 - 4 dny jednou za měsíc, a to hlavně proto, aby byl zvyklý na jiné lidi, než jsme my. O prázdninách to využíváme na 5 - 6 dní, když si chceme vyjet na dovolenou. Nevím, jak by se okolí zachovalo v případě potřeby, ale zatím jsme na to sami dva s manželem. Je možné, že přijde chvíle, kdy nebudeme moci a bude třeba to řešit, ale to už je další věc. Dopředu se s tím netrápíme.“

11. V jedenácté výzkumné otázce jsem se ptal, jestli rodiče vědí, jakým způsobem probíhá vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s. a jestli by se to pokusili blíže specifikovat.

Všech 15 rodičů odpovědělo, že vědí, z nich osm svoji odpověď neupřesnilo. Ostatní svou odpověď dále rozvedli a dodali, že se jedná o rozvoj motorických schopností, vnímání, sebeobsluhy a že se odehrává podle individuálních vzdělávacích programů takovým způsobem, který odpovídá úrovni postižení dítěte.

- „Víme, vy nám to píšete, posíláte a ostatní asistenti také.“

- „Když tam přijdu, tak je to snaha o to, aby děti pěkně pracovaly co nejvíc samy, ať už je to malování, hudba, různé akce, snaha děti naučit dennímu řádu, svačina, hygiena, oběd, odpolední odpočinek, dramatická činnost, pracovní, tělesná výchova a další aktivity, kde je snaha, aby to dětem něco dalo.“

- „Víme denní plán po dnech, činnosti, které děti dělají. To, že chodí na logopedii, ergoterapii, pro D. myslím, že je ideální ta muzikoterapie. Skutečně myslím, že přehled máme dostatečný.“

- „Ano, jsou to ty terapie, výchovně vzdělávací programy, pobyty a další.“

- „Vzdělávání, to je ta logopedie, výtvarná činnost, cvičení...“

12. V této výzkumné otázce jsem se ptal na smysluplnost vzdělávání dětí v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Rodiče shodně odpovídali, že ano a někteří dodali, že se tak určitě rozvíjí jejich schopnosti a že denní stacionář znamená pro jejich dítě příjemnou změnu.

- „Je to smysluplné, fajn, jiný kolektiv, jiní lidé.“

- „To bych ho tam nedávala. Mít ho doma bych nezvládala. Je tam program, který se musí dodržovat. On se těší na kolektiv a líbí se mu tam.“

- „Dalo by se o tom bavit hodiny. Přináší to těm dětem nějakou změnu z jejich běžného života a samozřejmě každá změna je pro to dítě víceméně užitečná věc.“

- „Určitě ano, i když jsou postižení, tak mají právo na zařazení do společnosti jako každý jiný.“

13. V další výzkumné otázce mě zajímalo, co všechno podle mínění rodičů může ovlivnit efektivní a smysluplné vzdělávání dětí v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Zde rodiče odpověděli poměrně různorodě. Devět z nich uvedlo, že záleží na individuálním přístupu, sedm zdůraznilo důležitost dobré atmosféry mezi pracovníky a jejich vhodných osobnostních předpokladů, šest připomnělo, že je třeba, aby individuální vzdělávací plán byl přiměřený schopnostem dítěte. Podle dalších rodičů záleží též na vybavení, velikosti prostoru, počtu pracovníků a povahách dětí. Někteří dodali, že časté opakování může ledacos naučit a že zvolené činnosti by měly děti bavit.

- „Je tam spokojenej, tím je s jinýma než se mnou, změnou prostředí a různé ty terapie a činnosti co doma nemá.“

- „Dobrý přístup asistentů, přiměřené požadavky na to dítě, individuální vzdělávací plán přizpůsobený dítěti.“

- „Hlavně, aby je to bavilo, musí je to bavit a musí chtít.“

- „O lidech, o tom, aby chtěli, ochota něco udělat, o tom smyslu práce, nebrat to jako povinnost, ale právě tím srdcem. Dál samozřejmě, když se to převede na dnešní dobu, tak finance. V této sféře není stále dostatek peněz a na tom závisí kvalita poskytované péče.“

- „Co může ovlivnit efektivnost vzdělávání. V první řadě je to stav toho dítěte, jestli je schopné plnit stanovené úkoly, to znamená, jestli ty úkoly jsou pro to dítě splnitelný. Druhá věc je u těchto dětí strašně důležitá pohoda - jaká je atmosféra v rodině i ve stacionáři. Také by měly být přiměřené metody, které pomáhají dosažení cíle.“

- „Mělo by jim to něco dát, když se to bude pořád opakovat, tak snad jo.“

14. V další otázce jsem se ptal, zda znají nějaké školy zaměřené na vzdělávání dětí s mentálním postižením.

Sedm rodičů odpovědělo, že jsou spokojeni s ARPIDOU a proto se nezajímají o jiná zařízení. Dva odpověděli, že neznají a další jmenovali Světlušku, Empatii, Základní a speciální školu Vltava v Českých Budějovicích, Kociánku, Krtečka v Písku, Klíček v Zaluží u Tábora.

- „Ani neznám, nezajímám se, jsem spokojena s ARPIDOU.“

- „Empatie, Světluška.“

- „Vzhledem k tomu, že se D. žádné jiné vzdělávání netýká, jsem se o to nezajímala.“

- „Když chodíme sem, zná tu lidi, prostředí, je tu spokojený a my také, tak nechceme měnit a nezajímáme se.“

- „Ne pro typ postižení mého dítěte jiné školy neznám.“

- „Světluška, Kociánka v Brně, Jedličkův ústav.“

15. Touto otázkou jsem se dotazoval na vzdělávání podle § 42 školského zákona, co znamená a pro koho je určen.

Sedm rodičů odpovědělo, že neví, pětkrát odpověděli, že vědí, co tento zákon obsahuje. Třikrát řekli, že se jedná o vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.

- „Děti s mentálním postižením, ale přesně nevíím.“

- „Velmi dlouho jsem se s ním obeznamoval a tento zákon nelze napasovat na všechny děti s postižením.“

- „Neuvědomuji si, asi vzdělávání dětí se speciálními potřebami.“

- „Vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením.“

- „Já tedy nevíím, je to paragraf o vzdělávání dětí se speciálními potřebami?“

- „Nevím, asi vzdělávání dětí s postižením.“

- „Je to vlastně individuální plánování vzdělávání dětí s těžkou mentální retardací, snaha rozvinout maximálně jejich dovednosti.“

- „Nepochopil jsem tento zákon. Vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením je povinné, a když někdo nemá v blízkosti bydliště takové zařízení, tak jej přímo nutí, aby dal své dítě do zařízení s trvalým pobytem.“

16. V další výzkumné otázce se dotazují, jestli by uvítali nějakou změnu ve vzdělávání jejich dítěte v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Osm rodičů odpovědělo, že je žádná změna nenapadá, pět rodičů vyjádřilo svou spokojenost. Jedni by uvítali častější hipoterapii a canisterapii a další by chtěli více týdenních pobytů.

- „Já už jsem vyjádřila svoji spokojenost. Nakonec kdybychom nebyli spokojeni, asi bychom hledali jiné řešení. Netuším k jaké změně, protože mám pocit, že on a tyto děti na nějakou výraznou změnu nemusí reagovat vždy pozitivně.“

- „Mě žádná nenapadá. Protože ty děti jsou různé a já když vidím našeho kluka, tak si říkám, u čeho by asi ještě vydržel.“

- „Jsem spokojená.“

- „Třeba canisterapie.“

17. V této otázce jsem se ptal, jestli existuje nějaká činnost, aktivita, služba spojená s péčí o jejich dítě, kterou by uvítali v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Rodiče 7x odpověděli, že jsou spokojeni, 5x že jim nic neschází. 1x uvedli, že by bylo dobré, aby byl denní stacionář v přízemí kvůli snadnějšímu přístupu a 1x si přáli více logopedie, muzikoterapie, koupání v bazénu, pohybu..

- „Myslím, že to tam využíváme dost, cvičení, bazén, ergoterapii, koníčky a podobně.“

- „Víc pohybu, aby se unavil. Já vám fandím. Pohládit, zabavit, láska, toho není nikdy dost. Člověk může vždy udělat víc, než udělá, takže je stále co vylepšovat.“

- „Myslím, že je tam všechno, co naše dítě potřebuje.“

- „Být v přízemí, abyste měli možnost jít kdykoliv ven.“

- „Já nevím, mně tam nechybí nic, není co dodat. Jedná se o maximální vyplnění času a víc by se tam nevešlo. Jsem s tím spokojenější.“

- „Je tam všechno, co D. dělá rád, takže nemáme žádné výhrady a nenapadá mě nic, co by tam chybělo.“

- „Často zpívat, aby tam bylo veselo.“

- „Těžko říct, neumím si představit, co ještě, bazén tam má, vířivku také, vycházky, dostane se ven denně, pokud je pěkné počasí, takže si myslím, že mu nic nechybí.“

18. V této výzkumné otázce jsem se ptal na spokojenost s výchovně vzdělávacím plánem pro jejich dítě, popřípadě s další navazující péčí v centru ARPIDA, o. s., která je věnována jejich dítěti či jestli jim zde nějaké vzdělávací programy chybí.

Jedenáct rodičů odpovědělo, že jsou spokojeni, tři že jim žádné vzdělávací plány nechybí. Jedni rodiče by uvítali specialistu na Downův syndrom. Další rodiče uvedli, že děti mají vše, co potřebují a že se pro ně snažíme dělat maximum.

- „T. je spokojený v ARPIDĚ a když tam nejde, tak křičí a schází mu to. Brečí, je plačtivý, protože nemá ten program, chce ty procedury. „

- „Ano, jsem spokojena. Žádné výchovně vzdělávací programy mi nechybí. Dětem se snažíte dávat maximum.“

- „Vzhledem k tomu, že ten plán je konzultován, máme prostor vyjádřit případné výhrady. Pokud jsme měli připomínky, tak jsme se dohodli na nějaké změně, takže nemůže dojít k tomu, že bychom byli nespokojení.“

19. V této otázce jsem se ptal, jestli rodiče postřehli nějaký pokrok ve vývoji svého dítěte díky docházce do denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s.

Všech 15 rodičů odpovědělo, že se jejich děti zlepšily díky docházce do denního stacionáře. V rámci těchto odpovědí 6x zaznělo zlepšení komunikačních schopností a sociálních dovedností, 4x v motorice a vnímání, 3x v sebeobsluze, 3x lepší reakce na podněty a zlepšení psychického stavu.

- „Pokrok ano, sociální růst. Dětem se tam neubližuje, pěkně se tam k nim chováte, těší se tam, líbí se mu tam a to je taky pokrok.“

- „Pokroky vidím veliké, hlavně sociální a motorické.“

- „Pokrok je veliký, M. mnohem lépe chodí, komunikuje, usmívá se, reaguje.“

- „Pokroky jsou ve vnímání, ve snaze o komunikaci, přemýšlí. Potřebuje komunikaci, jinak bude žárlit a dávat to najevo. Pořád je třeba si s ní povídat, třeba kde jsou šišky, lístečky, ona přemýšlí a koukne nahoru.“

- „Určitě. Umí jíst lžící, to je velký pokrok díky vám, já jsem na to neměla trpělivost. Také to vysazování na WC v tom je šikovnej, máme i malou spotřebu plen.“

- „Důvod stavu je typ postižení dítěte a jeho šíře a přes to se více méně nedá překročit. Ale v průběhu času člověk zjišťuje neustále nějaké zlepšení. Samozřejmě je to otázka vývoje toho dítěte, práce s ním doma i ve stacionáři. Myslím si, že to, že je dítě v jiném prostředí a dokáže v něm fungovat, to je velká deviza stacionáře. Je tam jiný režim a dítě tam zjišťuje, že tam není samo a není středem světa.“

- „Pobyt ve stacionáři je pro něj velice prospěšný.“

20. V této výzkumné otázce jsem se ptal rodičů, zda ví, že péče v rámci denního stacionáře je nedílnou součástí uceleného systému rehabilitace, který

centrum ARPIDA, o. s. poskytuje svým klientům a jestli mají představu, co péče v duchu uceleného systému rehabilitace znamená, jaký má obsah a jestli jsou s touto péčí spokojeni.

Rodiče 12x odpověděli, že jsou spokojeni, že má dítě vše, co potřebuje. Ocenili, že v ARPIDĚ je vše pod jednou střechou. 1x uvedli, že se jedná o propojení léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace, 2x vyjádřili naději, že věří, že to tak bude dále pokračovat.

- „Všechno v jednom, dostává ucelenou péči, vše, co potřebuje - řadí se sem od cvičení počínaje po ergoterapii, logoterapii, bazén...“

- „Rehabilitace v ARPIDĚ probíhá tak, jak má a já jsem spokojená.“

- „To je to cvičení spolu s výchovou, i že je ve skupině s dětmi, doma ho to nebaví. M. se do stacionáře těší, když řeknu, že pojedeme do ARPIDY, on se zatřepe, přešlápne a usměje se.“

- „Je výborný, že jsou všechny tyto služby a terapie pod jednou střechou v jednom zařízení.“

- „Je to v pořádku, rehabilitace k tomu patří, procvičovat motoriku. Všechno když je pod jednou střechou, to je ideální.“

- „Kdybych to nevěděl, tak nebudu syna dovážet do ARPIDY. Jsou tam všechny potřebné terapie u sebe.“

- „Předpokládám, že ten ucelený systém rehabilitace zahrnuje rehabilitační cvičení, ergoterapii, muzikoterapii. Skutečně jsme spokojení, protože každému dítěti je to šité na míru. Možná bych uvítala se blíže seznámit s těma fyzioterapeutama, protože já dodnes nevím, jaké cviky cvičí.“

- „Ucelený systém rehabilitace je, že to je všechno pod jednou střechou, nemusíme nikam docházet a jsme spokojení.“

- Ucelený systém rehabilitace - ARPIDA - ono je to vlastně skryto v názvu (akce, reakce, pomoc, integrace, dobrovolnost, agapé - nezištná křesťanská láska)

21. V poslední výzkumné otázce jsem se ptal na to, jaké předpoklady a osobnostní dispozice by měl mít asistent v denním stacionáři.

8x rodiče jmenovali, že by měl mít dobrý vztah k dětem, 4x že by k nim měl mít lásku a cit, 3x že by měl umět komunikovat na úrovni dětí, 1x že by měl mít vstřícný přístup a dobrou úroveň, měl by být čestný, moudrý, zodpovědný, umět si hrát s dětmi a potěšit je, humorný, vlídný a tak trochu psycholog.

- „Dobrý, láskyplný přístup.“

- „Podobný těm dětem, měli by mít takové to jiné myšlení, umět s nimi komunikovat a mít je rádi.“

- „Obětavost, ale zase aby nedošly síly, takže takového moudrého, čestného člověka.“

- „V první řadě by měl mít k postiženým dětem vztah, to každý člověk nedokáže. Měl by mít také notnou dávku empatie a to nejen pro děti, ale i pro rodiče. Řada z nich se tváří statečně, ale myslím si, že jsou chvíle, kdy každý z těch lidí má pocit, že jede na doraz. Další je to, že je to strašná zodpovědnost, každé z dětí potřebuje specifickou péči, jiný přístup a mělo by to být lépe finančně ohodnoceno. Měli by mít také odborné znalosti a být odpočinutí a v dobré náladě, aby dětem vytvářeli pohodovou atmosféru.“

- „Pevný nervy a hlavně lásku k těm dětem.“

- „Určitě trpělivý, tolerantní. Ta práce je velmi náročná fyzicky i psychicky, hrozí syndrom vyhoření. Musí se to dělat s láskou, nesmí chybět úsměv, pohlázení. Tato práce je zatím strašně nedocenená.“

4.2 Pozorování klientů v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s.

Pozorování je druhou technikou sběru dat, kterou uplatňuji v mé bakalářské práci. Jelikož pracuji v denním stacionáři, měl jsem k pozorování klientů dostatek prostoru. Sledoval jsem klienty denního stacionáře v průběhu celého dne, který má charakteristický denní řád. Ráno děti přichází do stacionáře

většinou v doprovodu rodičů, ale čtyři děti jezdí s hromadným svozem. Když děti přijdou, pozdravíme je, někdy přidáme vtípkování a humor a pohladíme je, aby pěkně začaly nový den a aby ve stacionáři převládala dobrá atmosféra. Děti přebalíme, převlečeme a necháme je odpočinout po cestě. Relaxují na dece za přítomnosti asistenta, který se jim věnuje. Může například využít některé prvky z bazální stimulace, která pomocí specifických podnětů podporuje vnímání.

Poté je na programu individuální a společná výchovně vzdělávací činnost, po níž následuje dopolední svačina. Pak je prostor pro muzikoterapii, bazén, vycházku a pobyt venku. Následuje osobní hygiena a oběd, po němž je polední klid, při němž si děti mohou odpočinout. Odpoledne je prostor pro volnou činnost (hry, tvořivá činnost, písňe, tělocvična, ateliér, družina, zpěv u krbu, procházky, letní altánek apod.). Nechybí ani odpolední svačina.

Pro pozorování je zajímavá především muzikoterapie, kterou děti absolvují pod vedením muzikoterapeutky Mgr. Dany Pšeničkové, která používá různé speciální techniky (nápadité hudební nástroje, hedvábný šátek, dotyková bazální stimulace...) Děti se radostně usmívají a některé reagují výskáním. Střídá se hudba se zpěvem živá i reprodukováná. V průběhu hodiny věnované muzikoterapii nezapomene vystřídat různé druhy pomůcek (dřívka, zvonečky, skořápky, rolničky, obrázky, zvířátka atd.), s nimiž dětem pomáhají asistenti. Používá i další techniky - tanečky, pohyb částmi těla, doteky předměty na různé části těla, gong a podobně.

Děti se také těší na hydroterapii - na vířivé vany a hlavně na relaxační bazén. Když vidí vodu, usmívají se a některé radostně poskakují. Ve vodě pěkně plují a relaxují za pomoci asistentů, uvolňují se, cákají a různě dovádějí.

Nelze zapomenout na radost dětí z prostorného ateliéru, kde děti modelují s keramickou a ergoterapeutickou hlinou, ale také pracují se dřevem a malují.

Děti také velice rády navštěvují velkou tělocvičnu, kde v rámci společné výchovně vzdělávací činnosti absolvují léčebnou tělesnou výchovu v podobě pohybových cviků na žíněnkách, velkých míčích, skákání na trampolíně a různých dalších pohybových her.

Volné chvíle ve stacionáři vyplňuje hra na kytaru nebo harmoniku doprovázená zpěvem, kterou děti velice obdivují a milují. Děti se také těší na každodenní vycházky, které dokážou pěkně zpestřit program. Pokud počasí dovolí, mohou jít spolu s asistenty do nedaleké rezervace s naučnou stezkou, vedoucí v těsné blízkosti rybníků. Děti se se zájmem rozhlížejí a natahují uši za různými zvuky ptáků a žab. Úplným opakem této přírodní idyly je hypermarket Globus, kde se děti mohou seznamovat s nejrůznějšími předměty a vjemy. Pokud je počasí nepříznivé, poslouží dobře čtvercové atrium v přízemí ARPIDY, kde se děti při společné výchovně vzdělávací činnosti provětrají a projdou či projedou.

Důležitou součástí vzdělávání dětí v denním stacionáři tvoří společná výchovně vzdělávací činnost, jejíž program je vypracováván a konzultován s rodiči jedenkrát za měsíc (viz příloha č. 3). Bezpochyby je pro děti přínosem; jednotlivé činnosti - dramatická činnost, výtvarná, hudební, tělesná a pracovní výchova - se denně střídají. Zvolené cíle jsou úměrné možnostem a schopnostem dětí, které se při nich nejen něco naučí, ale též se pobaví a vydovádí.

Individuální výchovně vzdělávací plán je tvořen spolu s rodiči a terapeutem, jedenkrát měsíčně se konzultuje a vyhodnocuje; podle potřeby se upravuje a doplňuje. Je plněn pomocí specifických výchovně vzdělávacích metod. Individuální činnost je s dětmi realizována denně, vytvářejí se z ní záznamy a slouží jako podklad pro hodnocení dětí.

Při všech těchto aktivitách děti absolvují během dne odborné terapie podle stanoveného plánu. S dětmi, jakožto uživateli, se v rámci standardů sociálních služeb plánuje cíl spolupráce, který se skládá z dlouhodobého cíle a dílčích cílů. Toto probíhá v souladu se zákonem o sociálních službách.

Jedenkrát týdně probíhá porada pracovníků denního stacionáře. Konzultace s rodiči probíhá denně při předávání dětí; setkání rodičů se koná jedenkrát za 6 - 8 týdnů.

4.3 Typové příklady

Kazuistika č. 1

Jedenáctiletý hnědovlasý chlapec.

Diagnóza: hluboké mentální postižení, hyperkinetický syndrom, vývojová afázie, epilepsie

Rodinná anamnéza:

F. pochází z úplné rodiny, má bratra a sestru, matka je na mateřské dovolené, otec úředník, žijí v bytě.

Zdravotní anamnéza:

Porod v termínu, spontánní, záhlavím, 3040/51, kříšený nebyl. Ve 2,5 měsících byla provedena bronchoskopie pro suspendovanou tracheomalacii. Komplikace po narkóze? Údaje jen od matky. Kolem 6. měsíce začali pozorovat zpoždování motorického vývoje, od 9. měsíce v péči neurologa v centru ARPIDA, o. s. Cvičení pomocí Vojtovy metody asi do dvou let, kdy začal chodit. Od té doby hyperkinetický, nemluví, žvatlá. Podle vývojové škály je na úrovni 8 - 22 měsíců.

Osobní anamnéza:

F. je veselý, rád se mazlí. Je pohyblivý a obratný. Má rád volnost a dovádí. Má rád hudbu, koupání v bazénu, pohybující se hračky. Velmi dobře vnímá a rozlišuje lidi kolem sebe. Reaguje na gesta a výrazy obličeje. Krátce se soustředí. Někdy je náladový a vzteká se. Je poměrně zručný a šikovný. Rád uchopuje věci a hračky, rozbaluje je, otevírá, šroubuje. Umí požádat o pomoc tím, že někoho zatahá za ruku.

Scholarita:

Dne 9. 10. 2006 byl Odborem školství, mládeže a tělovýchovy Krajského úřadu Jihočeského kraje stanoven jiný způsob vzdělávání podle § 42 školského zákona 561/2004 Sb. formou individuální péče v rámci uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA, o. s. Vzdělávání bude vedeno s ohledem na zdravotní stav dítěte. Školní docházka je povinná po dobu devíti školních roků, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku. Rodiče podepsali písemný souhlas a potvrdili tak seznámení se závěry a doporučeními odborného lékaře z vyšetření dětského neurologa a psychologického a speciálně pedagogického vyšetření při centru ARPIDA, o. s. a souhlas se vzděláváním dítěte podle § 42 školského zákona 561/2004 Sb.

Individuální výchovně vzdělávací plán

1. Sebeobsluha, sociální vývoj

- navazování kontaktu, prodlužování doby soustředění
- samostatné pití z hrnečku s náustkem
- jedení vidličkou s pomocí
- pomoc při oblékání - nasouvání ruky do rukávu, svlékání čepice, rukavic, ponožek, bot, rozepínání suchých zipů, rozvazování tkaničky
- vysazování na WC
- reakce na zákaz
- hra na honěnou
- mytí a osušení rukou, otírání úst, česání

2. Jemná motorika

- klešťový úchop, uchopení malých předmětů
- obracení stránek v knížce
- otevírání krabičky
- práce s modelínou
- podpora čmárání – ježek na malování

- stavění věže z kostek
- rozbalování a zabalování předmětů
- válení s válečkem, míchání
- hmatová stimulace - přírodniny, různé druhy materiálů

3. *Hrubá motorika*

- házení, chytání míče
- chůze po schodech
- jízda na tříkolce

4. *Komunikace, řeč*

- stálá slovní spojení k opakovaným činnostem
- říkanky, rytmizace, drobné hry
- lokalizace zvuků - otáčení hlavy za zvukem
- podpora vokalizace, opakování zvuků, které používá
- projevení souhlasu zakřičením
- reakce na vyslovení svého jména
- reakce na slova, gesta
- uposlechnutí jednoduchých příkazů
- muzikoterapie - různé druhy nástrojů, zpěv, poslech hudby, hudba

spojená s pohybem

Výchovně vzdělávací cíle a metody

- zaměřit se na samostatnou chůzi vedle asistenta bez držení za ruku
- trénovat jízdu na tříkolce
- pěstovat přizpůsobivost a respektování autority
- uvědomovat si pojmy smíš, nesmíš - důslednost
- vhodnou motivací a zájmovou činností odstraňovat vztek
- procvičovat větší samostatnost v jídle a pití z hrnečku
- podporovat samostatnost při hře

- nácvik osobní hygieny
- vysazování na WC

Dlouhodobý cíl spolupráce v rámci individuálního plánu spolupráce v oblasti standardů sociálních služeb

„Rád se koupu v bazénu“ - Děti sice toto přání nevysloví, ale pomocí specifických metod jej lze vyčíst z jejich neverbálních projevů.

F. při chůzi našlapuje na špičky, má zvýšené svalové napětí a hůře se mu proto chodí. Ve spolupráci s rodiči a dalšími členy týmu jsme uvážili, že pravidelný pohyb v bazénu za přítomnosti asistenta by mu v tomto problému mohl pomoci. Častější návštěvou bazénu by se u něj mohla zlepšit nejen chůze a motorika, ale i síla ve svalech, zlepšení celkové kondice, zdokonalení koordinace pohybů apod. F. také bude mít z častějšího koupání velkou radost a požitek.

Hodnocení dítěte

F. navštěvuje stacionář denně. Spolupráce s rodinou je dobrá. S F. pracujeme podle individuálního výchovně vzdělávacího plánu při individuální i společné výchovně vzdělávací činnosti. Filip je většinou pozitivně naladěný, přetrvává značná hyperaktivita a krátkodobá soustředěnost.

1. Sociální vývoj, sebeobsluha

Na stejné úrovni. Nacvičujeme jedení vidličkou s pomocí. Rozumí tomu, co má dělat, zatím je třeba vést mu ruku. Samostatně pije z hrnečku s náustkem. Po vysazení na WC někdy vykoná potřebu, ve stacionáři a venku nosí pleny, doma jej matka někdy zkusí nechat bez plen. Dále nacvičujeme umývání a utírání rukou a obličeje, pomoc při oblékání a svlékání apod.

2. Jemná motorika

Na stejné úrovni. Nejraději si hraje s hračkami sám, při vedené činnosti jej na chvíli zaujmou zvukové hračky, někdy modelína, papír, krupice. Rád otevírá krabičky, někdy se mu líbí hmatová stimulace. Dále se soustředíme na úchop, stavění z kostek, obracení stránek v knize atd.

3. Hrubá motorika

Mírné zlepšení. Rád běhá, umí lépe chodit po schodech, rád leze na různé překážky, líbí se mu v bazénu.

4. Komunikace, řeč

Mírné zlepšení. Používá širší škálu neverbálních komunikačních prostředků. Když chce napít nebo s něčím pomoci, přijde k dospělému a začne mu hrnečkem nebo tím předmětem t'ukat do ruky a dožaduje se splnění svého přání. Používá zdvojené slabiky mama, tata. Líbí se mu hudba a různé zvuky. Zkoušíme reakci na jméno, slova a gesta, přesnější lokalizace zvuků atp.

5. Myšlení, vnímání

Mírné zlepšení. Naučil se používat ježka na malování a krátce se na činnost soustředí. Na některé činnosti reaguje smíchem, lépe reaguje na některé jednoduché pokyny. Při činnostech s F. využíváme knížky, kazety se zvuky zvířat, dopravní prostředky, bubínek, zrcadlo atd.

F. se bez problémů účastnil týdenního pobytu se stacionářem.

Kazuistika č. 2

Šestnáctiletý štíhlý tmavovlasý chlapec.

Diagnóza: epilepsie, centrální hypotonický syndrom, hluboká psychomotorická retardace

Rodinná anamnéza:

M. pochází z rozvedené rodiny, bydlí v bytě s matkou, která je učitelka. Má staršího bratra, který k němu má dobrý vztah a pravidelně jej navštěvuje. Otec je podnikatel.

Zdravotní anamnéza:

Těhotenství bez problémů, porod ve 38. týdnu, záhlavím, 3290/50. Nebyl kříšen. Do šesti měsíců se vyvíjel fyziologicky, potom začaly opakované bleskové křeče, desítky záchvatů denně. Léčen na DK v Českých Budějovicích, v nemocnici v Motole. Nyní je v péči neurologa při centru ARPIDA, o. s. Má epileptické záchvaty, užívá léky, staví se, udělá několik krůčků. Westův syndrom, hemiparéza. Psychomotorická retardace na úrovni IV. trimestru.

Osobní anamnéza:

M. je milý, usměvavý a společenský. Snaží se vyhledávat kontakty vztahováním ruky za známými osobami. Objímá je a usmívá se. Někdy však chce mít klid. Když má náladu, radostně si brouká, tancuje a živě reaguje na různé podněty. Rád se pohybuje, rád chodí do bazénu a na procházky a baví jej muzikoterapie.

Scholarita:

Od roku 1997 navštěvuje ARPIDU. Byl mu odložen nástup k plnění povinné školní docházky, načež byl od povinné školní docházky osvobozen. Denní program je koncipován tak, aby z hlediska psychologického i speciálně pedagogického odpovídal reálným dispozicím chlapce. Doporučení: Jedná se o chlapce s těžkým zdravotním postižením s aktuální úrovní vývoje mentálních dispozic odpovídající pásmu hluboké mentální retardace na podkladě organického poškození centrální nervové soustavy. Psychomotorický vývoj aktuálně stagnuje, těžká psychomotorická retardace. S ohledem na výše uvedené skutečnosti vydal odbor školství, mládeže a tělovýchovy Krajského úřadu Jihočeského kraje pro

školní rok 2005/2006 a 2006/2007 rozhodnutí o vzdělávání chlapce podle § 42 školského zákona 561/2004 Sb. s tím, že doporučuje pokračovat ve stávající péči v rámci denní docházky do denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s.

28. 2. 2001 Souhlas rodičů s doporučením odborného vyšetření dítěte

14. 3. 2001 Rozhodnutí o osvobození od povinné školní docházky

10. 6. 2005 Doporučení speciálně pedagogického centra o vzdělávání dle § 42 školského zákona

10. 7. 2005 Souhlas rodičů

13. 2. 2006 Stanovení jiného způsobu vzdělávání

Individuální výchovně vzdělávací plán

1. Sebeobsluha, sociální vývoj

- navazování kontaktu, prodlužování doby soustředění
- pití z hrnečku
- jedení lžící a vidličkou s pomocí
- samostatné jídlo - rohlík, chléb (čichová stimulace)
- pokus o používání WC vsedě
- mytí a utírání rukou

2. Jemná motorika

- válení ozvučených válců
- úchop míče a puštění do nádoby
- rozepínání suchých zipů a rozevření zipů s velkým poutkem
- práce s modelínou
- točení volantem
- trhání, mačkání a nalepování papíru do cílených tvarů
- kreslení do krupice
- používání prstových barev
- předávání přírodnin z nádoby do nádoby
- reakce na předměty - teplý, studený, tvrdý, měkký

3. Hrubá motorika

- chytání míče a koulení po šikmé ploše
- podpora lezení za pohybujícím se předmětem
- podpora samostatné chůze, překonávání překážek
- hra s maňáskem
- jízda na tříkolce

4. Komunikace a řeč

- reakce na slova „vezmi si“, „podej“
- lokalizace zvuků - otáčení hlavy za hlasem, popěvkem
- muzikoterapie - vědomé používání hudebních nástrojů
- rytmizační hry, říkanky, popěvky
- reakce na vyslovení svého jména

5. Myšlení a vnímání

- reakce na vlastní obraz v zrcadle
- podpora vlastního výběru barvy, možnost výběru hračky a její využití
- práce s velkými barevnými obrázky
- chuťová a čichová stimulace

Výchovně vzdělávací cíle a metody

- podporovat a rozvíjet chůzi za ruku s asistentem
- procvičovat hrubou i jemnou motoriku rukou, radost z dotyku (cíl: úchop předmětů)
 - lépe využít účinků muzikoterapie - podporovat vnímání hudby, soustředění
 - pokoušet se o pití z hrnečku bez náustku
 - trénovat jedení lžící
 - haptikou, mluveným slovem a žerty pěstovat úsměv a sociální citění

Dlouhodobý cíl spolupráce v rámci individuálního plánu spolupráce v oblasti standardů sociálních služeb

„Rád navštěvuji bazén“ - Dítě sice toto přání není schopno vyslovit, ale pomocí specifických metod jej lze vyčíst z jejich neverbálních projevů.

M. se pohybuje částečně na mechanickém vozíku. Kratší vzdálenost však ujde nejistou chůzí sám. Proto mu pomáháme vedením za ruku. Sledujeme však, že by nejraději chodil sám, bez držení. Také má velice rád vodu, je vidět, že se do bazénu těší. Asi to bude tím, že jej voda nadnáší a chodí se mu v ní lépe. A to právě chceme využít při trénování chůze. Po domluvě s matkou a ostatními členy týmu se budeme snažit spojit jeho lásku k vodě s pohybem a umožnit M. častější návštěvu bazénu, minimálně třikrát týdně. Očekáváme zlepšování chůze a tím také posilování svalů, zlepšování koordinace pohybu, hrubé motoriky apod. Také budeme tímto způsobem předcházet možnému vzniku otlačenin.

Hodnocení dítěte

M. navštěvoval stacionář denně. Spolupráce s rodinou je nadále velmi dobrá. S M. pracujeme podle individuálního výchovně vzdělávacího plánu při individuální i společné výchovně vzdělávací činnosti.

1. Sociální vývoj, sebeobsluha

Mírné zlepšení. M. více vyhledává sociální kontakty, více se směje a živěji reaguje. Pokračujeme v procvičování jedení lžící - zvládne konec pohybu do úst. Používání hrnečku se zatím moc nedaří. Trénujeme pomoc při oblékání, mytí rukou, rozepínání suchých zipů. Chození na WC trénuje s matkou.

2. Jemná motorika

Na stejné úrovni. Preferuje samostatnou hru s hračkami, vedené činnosti se někdy brání. Líbí se mu hmatová stimulace přírodninami, točení volantem a válení s kuličkami. Někdy se daří mačkání papíru. Zkoušíme vhadzování a

vyndávání kostek z krabičky, nabízíme mu různé druhy materiálů a hraček pro rozvoj jemné motoriky.

3. Hrubá motorika

Na stejné úrovni. V souvislosti se změnami léčby měl M. různá období. Nejprve byl velmi aktivní fyzicky, rád chodil, pohyboval se po koberci ležením. V důsledku změny léčby se jeho fyzická aktivita značně snížila, byl spavý, nechtěl chodit, nešlo jej motivovat k činnosti. Po úpravě léčby se aktivita opět obnovila, doleze si pro hračky, rád se otáčí dokola, učí se chodit do schodů, hrát si s míčem.

4. Komunikace, řeč

Mírné zlepšení. Martin používá více hlasových projevů, více si brouká v různých odstínech. Někdy je patrné, že takto reaguje na řeč druhého. Líbí se mu říkanky, více reaguje při muzikoterapii.

5. Myšlení, vnímání

Mírné zlepšení. Více manipuluje s hračkami, podrobně si je v rukou prohlíží. Líbí se mu barevné hračky. Přestal je úplně strkat do úst a kousat, reaguje na více podnětů, na příklad na hru na schovávanou.

M. se bez problémů účastnil obou týdenních pobytů se stacionářem.

5 Diskuze

Jelikož v denním stacionáři při centru ARPIDA, o. s. pracuji a mám s dětmi s hlubokým mentálním postižením jisté zkušenosti, byl jsem velmi zvědavý, jak výzkum prováděný v rámci mé bakalářské práce dopadne, jaké přinese poznatky, názory, připomínky a požadavky.

V rámci zpracovávání této bakalářské práce jsem uskutečnil 15 rozhovorů s rodiči klientů denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s. Velmi mě potěšilo, že rodiče dobře spolupracovali. Ve velké většině se standardizované rozhovory uskutečnily u nich doma nebo na smluvených místech. S některými rodiči, kteří bydlí daleko, jsem se sešel v Českých Budějovicích a oni litovali, že jsem nepřišel k nim domů, abych viděl, jak se dítě chová v domácích podmínkách. Všichni byli velice laskaví a ochotní a zprostředkovali mi svůj pohled na činnost denního stacionáře.

Je pravda, že pro lepší poznání dítěte, vcítění se do něj a porozumění je dobré znát i jeho domácí prostředí. Je vhodné vidět jeho speciálně upravené lůžko, sedačku, prostor pro relaxaci či hru, jeho oblíbené věci, hračky. Je zajímavé také porovnat reakce doma a ve stacionáři. V tomto se shodují nejen s rodiči, ale též s některými autory odborné literatury, jako je například Vítková. (25)

Děti s hlubokým mentálním postižením jsou vděčné za každou pozornost, skutek lásky, vlídné slovo, pohlazení. Mají určitý „šestý smysl“ - poznají, kdo je má rád a vrací mu to. Tento můj názor potvrdili rodiče, kteří mezi nejdůležitějšími osobnostními dispozicemi pro pracovníky denního stacionáře jmenovali právě cit, lásku, vztah k dětem a schopnost empatie. Tuto skutečnost uvádí i autoři odborných publikací, jako například Vítková: „Potřebují asistenta - pečovatele, který jim rozumí i bez řeči, spolehlivě se o ně stará, pečuje o ně a má je rád.“ (17)

Tyto děti by měly mít zajištěnou celistvou péči, výchovu a vzdělávání. Jejich rozvoj by měl být podporován prostředky multidisciplinárního uceleného systému rehabilitace, jak uvádí Jankovský. (4) S tím souhlasí rodiče dětí, které dochází do denního stacionáře. Pochvalují si, že v ARPIDĚ jsou dostupné

všechny potřebné terapie, které na sebe navazují. Někteří z nich však vyjadřují obavu, jestli jejich děti budou moci chodit do tohoto zařízení, až vyrostou z dětského věku.

Výsledky standardizovaných rozhovorů ukazují, že rodiče jsou celkově s činností denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s. spokojeni. Ocenili, že díky sociální službě denní stacionář mohou chodit do zaměstnání, že si mohou od náročné péče o děti odpočinout a nabrat nové síly, že se dětem v denním stacionáři dostává komplexní péče a odborné výchovy a vzdělávání.

Přínosem je i skutečnost, že tyto děti jsou v jiném prostředí a v jiném kolektivu než doma, což je pro ně velice užitečné. S tímto postřehem souhlasím, neboť ze zkušenosti vím, že každé z těchto dětí vyžaduje neustálou pozornost, což potvrzuje ve své knize i Švarcová (20), a pobyt ve stacionáři jim pomáhá tento nesplnitelný požadavek odbourat.

Dalším přínosem pobytu v denním stacionáři je podle mého názoru skutečnost, že se zde velmi různorodé děti sžívají a získávají sociální dovednosti. To dokládá ve své publikaci i Pipeková (16).

Rodiče dále oceňují výchovně vzdělávací programy a cíle, které se snaží rozvíjet dovednosti dítěte. Kladně hodnotí skutečnost, že individuální výchovně vzdělávací plány jsou sestavovány tak, aby odpovídaly potřebám dítěte a míře jeho postižení. Ze zkušenosti vím, že musí být u těchto dětí stanoven vhodný individuální výchovně vzdělávací plán, který je třeba čas od času upravovat za použití specifických výchovně vzdělávacích cílů a metod. Nejdůležitější je, aby vše bylo v souladu s tím, co Zelinková nazývá „respektování individuálních potřeb dítěte“. (31)

Domnívám se, že u dětí s hlubokým mentálním postižením je velice důležité střídat různé činnosti, neboť nejsou schopné dlouho udržet pozornost a snadno se unaví. S tím souhlasí nejen jejich rodiče, ale je to též v souladu s údaji uvedenými v odborné literatuře. (15)

V rámci rozhovorů s rodiči se objevila připomínka, že by mohla být častěji zařazena do programu v denním stacionáři canisterapie a hipoterapie. Tomuto

přání se vůbec nedivím, vždyť kontakt se zvířaty působí blahodárně na psychiku dětí, jejich pohybové schopnosti i komunikační dovednosti a citové zrání, což potvrzuje i Jankovský. (4)

O jiná zařízení a služby se většina rodičů nezajímá, jelikož jsou s ARPIDOU spokojeni a věří, že časem by tam mohl vzniknout denní stacionář pro dospělé.

Ze standardizovaných rozhovorů vyplynulo, že rodiče klientů denního stacionáře jsou s péčí, výchovou a vzděláváním, které jsou realizovány prostřednictvím individuálního výchovně vzdělávacího plánu spokojeni, i když někteří z nich zaměňují výchovně vzdělávací cíle a programy za společnou výchovně vzdělávací činnost.

Jako hlavní předpoklady efektivity a smysluplnosti vzdělávání vidí rodiče v individuálním přístupu k dětem, dobré atmosféře, individuálním výchovně vzdělávacím plánu odpovídajícím schopnostem dítěte a stupni jeho postižení. Spolu s výše uvedenými autory se s nimi mohou ztotožnit.

Zajímavé byly odpovědi na otázku, jestli rodiče mají dost fyzických sil na péči o jejich dítě s hlubokým mentálním postižením. Polovina z nich uvedla, že jim síly stačí, zatímco druhá polovina cítí, že jim síly ubývají spolu s tím, jak děti rostou a péče se stává čím dál náročnější. Jeden z rodičů se domnívá, že psychické síly se mohou v některých případech vyčerpat snáze než fyzické. Přesto se domnívám, že rodiče klientů denního stacionáře jsou velmi stateční a je třeba, aby se pracovníci stacionáře dokázali empaticky vcítit do jejich situace a ulehčit jim jejich mnohdy nelehký úděl.

Jedna z otázek byla zaměřena na to, jak si rodiče představují péči o své děti v budoucnu. Většina z nich raději o vzdálenější budoucnosti neuvažuje. Žádní z dotázaných rodičů si nepřejí, aby jejich dítě pobývalo v ústavu sociální péče s trvalým pobytem. Někteří se obávají, že se tomu bohužel zřejmě nevyhnou, protože nemohou požadovat po sourozencích dětí s hlubokým mentálním postižením, aby se o ně celý život starali, jelikož se jedná o velký zásah do života. Jak uvádí Švarcová, „spolu s těžce postiženým je tak trochu postižena celá

rodina“ (20) Rodiče proto věří, že se jim podaří nalézt zařízení pro dospělé s hlubokým mentálním postižením, které by bylo na dobré úrovni a kam by je mohli jezdit sourozenci navštěvovat. Někteří rodiče věří, že se snad postarají sourozenci nebo někdo z blízkých.

Celkem v pěti výzkumných otázkách se všichni rodiče shodli. Jednomyslně vyjádřili spokojenost s výchovně vzdělávacími cíly a péčí v denním stacionáři. Všichni věděli, že je jejich dítě vzděláváno podle individuálního výchovně vzdělávacího plánu. Všech patnáct rodičů se domnívá, že vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením je smysluplné a ocenili, že jejich dítě díky docházce do denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s. dělá pokroky. To je zřejmé i z analýzy dat odborné dokumentace. Tyto pokroky se mohou zdát malé, ale z pohledu odborníka i rodičů jsou velké a velice cenné. Všichni rodiče se shodli také na tom, že multidisciplinární ucelený systém rehabilitace je pro jejich dítě velmi prospěšný.

Díky těmto skutečnostem i na základě pozorování a analýzy odborné dokumentace klientů denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s. jsem vytvořil následující hypotézy:

1. Individuální vzdělávací plán u dětí s hlubokým mentálním postižením je smysluplný a efektivní.

2. Předpokladem efektivního vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením jsou specificky stanovené výchovně vzdělávací cíle a metody.

6 Závěr

V této práci jsem se věnoval možnostem péče o děti s hlubokým mentálním postižením a způsobům jejich vzdělávání. Cílem bylo zmapovat a zhodnotit možné formy péče, výchovy a vzdělávání těchto dětí a posoudit jejich efektivnost a smysluplnost.

Děti s hlubokým mentálním postižením jsou vzdělávány podle paragrafu 42 školského zákona č.561/2004 Sb., který stanovuje, že forma vzdělávání by měla odpovídat druhu a závažnosti postižení a zároveň psychickým a fyzickým možnostem těchto dětí. Toto vzdělávání probíhá na základě individuálního výchovně vzdělávacího plánu, který se opírá o specificky stanovené cíle a metody. Mezi další důležité předpoklady vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením patří kvalitní odborná diagnostika a pracovníci s odpovídající kvalifikací, kteří mají nejen schopnost empatie, ale též lásku k dětem a zodpovědný přístup.

Veškerá činnost v denním stacionáři v centru ARPIDA, o. s. je organizována v rámci denního režimu, který obsahuje individuální i společnou výchovně vzdělávací činnost. Klientům se zde dostává komplexní péče v rámci multidisciplinárního uceleného systému rehabilitace, který využívá léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky.

Na základě výsledků mého šetření jsem vytvořil následující hypotézy:

Individuální vzdělávací plán u dětí s hlubokým mentálním postižením je smysluplný a efektivní. Z odpovědí rodičů vyplynulo, že nepochybují o smyslu individuálního vzdělávacího plánu, který vhodnou formou napomáhá dětem k rozvoji jejich dovedností. Rodiče též potvrdili, že u svých dětí pozorují určitý pokrok související s jejich vzděláváním v denním stacionáři.

Předpokladem efektivního vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením jsou specificky stanovené výchovně vzdělávací cíle a metody. Vzdělávání těchto dětí se musí opírat o konkrétní cíle, které musí být přiměřené možnostem každého z nich. Tyto cíle a metody k jejich dosažení jsou

stanovovány na základě komplexní diagnostiky dětí a napomáhají optimálnímu rozvoji zbytkových dovedností dítěte.

Na základě výše zmíněných údajů se domnívám, že cíle bakalářské práce byly splněny. Doufám, že poznatky z výzkumu poslouží ke zvýšení obecného povědomí o problematice péče a vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením. Mohou též posloužit jako zpětná vazba zaměstnancům denního stacionáře při centru ARPIDA, o. s.

7 Klíčová slova

- vzdělávání
- péče
- ucelený systém rehabilitace
- hluboké mentální postižení
- denní stacionář
- individuální vzdělávací plán

8 Seznam použité literatury

1. ČADILOVÁ, V. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN: 978-80-7367-319-2
2. DOLEJŠÍ in Jankovský, *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2.vyd. Praha: Triton, 2006.168 s. ISBN 80-7254-730-5.
3. DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 268 s. ISBN: 978-80-7262-419-5
4. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2.vyd. Praha: Triton, 2006.168 s. ISBN 80-7254-730-5.
5. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
6. KLENKOVÁ, J. in Vítková, *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální* 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
7. KOTAGAL, S. *Základy dětské neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1996. 205 s. ISBN: 80-85875-06-3
8. KUBÍNKOVÁ, P., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN: 80-7067-698-1
9. KULICHOVÁ, J. a kol. *Hiporehabilitace*. 1. vyd. Praha: Nadace OF, 1995. 101 s.

10. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Univerzity Komenského, 2000. 193 s. ISBN: 80-223-1395-5
11. LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopédie předškolního věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 54 s. ISBN: 80-244-0955-0
12. MORÁŇ, M. *Praktická epileptologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 137 s. ISBN: 80-7254-352-0
13. NESNÍDALOVÁ, R. *Extrémní osamělost*. 2. vyd. Praha: Portál, 1995. 163 s. ISBN: 80-7178-024-3
14. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 351 s. ISBN: 978-80-247-1135-5
15. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
16. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 208. s. ISBN: 80-86633-40-3
17. PIPEKOVÁ, J. in Vítková, *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
18. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN: 978-80-7315-157-7
19. ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. 42 s. ISBN: 80-85931-17-6

20. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
21. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 453 s. ISBN: 80-7367-091-7
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN: 978-80-7367-566-0
23. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
24. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe*. 1. vyd. Brno: MSD, 2003. 248 s. ISBN: 80-86633-07-1
25. VÍTKOVÁ, M. in Pipeková, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
26. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN: 80-246-0708-5
27. Vyhláška MŠMT ČR č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných.
28. Vyhláška MPSV ČR č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
29. Zákon č.561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění.

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

31. ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 207 s. ISBN: 978-80-7367-326-0

Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky ke standardizovanému rozhovoru s rodiči

Příloha 2 - Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním,
vyšším odborném a jiném vzdělávání

Příloha 3 - Výchově vzdělávací plán na červen 2009

Příloha 1

Otázky ke standardizovanému rozhovoru s rodiči

Péče, výchovně vzdělávací (VV) program, individuální vzdělávací plán (IVP)

1. Pokuste se stručně vyjádřit, jakou máte představu o sociální službě „denní stacionář“?
2. Znáte i jiné možnosti péče (sociální služby) o Vaše dítě, než je denní stacionář při centru ARPIDA?
3. O Vaše dítě je v denním stacionáři při centru ARPIDA pečováno v souladu s VVP. Máte představu, jak tento program vypadá?
4. Víte, jaké VV programy jsou pro Vaše dítě k dispozici v denním stacionáři, popřípadě jaká je další navazující péče o Vaše dítě na ostatních úsecích odborné činnosti centra ARPIDA?
5. Jak hodnotíte VV program v denním stacionáři? Jste/nejste s touto péčí spokojeni a proč? Máte nějaké připomínky? Jaké?
6. Víte, že je Vaše dítě vzděláváno v denním stacionáři podle individuálního vzdělávacího plánu?
7. Máte představu, co IVP obsahuje, co je jeho cílem, smyslem?
8. Cítíte, že máte stále dostatek fyzických sil pro zvládnutí péče o Vaše dítě čerpající služby denního stacionáře (např. pro zajištění lokomoce, sebeobsluhy, atp.)?
9. Jakou máte představu o budoucí péči o Vaše dítě?
10. Uvažovali jste někdy (např. do budoucna) i o ústavní péči (ÚSP s trvalým pobytem) nebo předpokládáte, že se o Vaše dítě v budoucnu postará někdo z příbuzných, blízkých?

Vzdělávání, VVC

11. a. Víte, jakým způsobem probíhá vzdělávání v denním stacionáři při centru ARPIDA?

b. Pokuste se to blíže specifikovat (upřesnit).

12. Je podle Vás smysluplné vzdělávání dětí v denním stacionáři při centru ARPIDA?

13. Co všechno podle Vašeho mínění může ovlivnit efektivní a smysluplné vzdělávání dětí v denním stacionáři při centru ARPIDA?

14. Znáte nějaké školy zaměřené na vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením (uveďte druhy, typy těchto škol)?

15. Víte, co znamená (jaký má účel) vzdělávání podle §42 školského zákona, pro jaké děti je tento paragraf školského zákona určen?

16. Mělo by podle Vašeho názoru dojít k nějaké změně ve vzdělávání Vašeho dítěte v denním stacionáři při centru ARPIDA? Pokud ano, k jaké?

17. Existuje nějaká činnost, aktivita, služba spojená s péčí o Vaše dítě, kterou byste uvítali v činnosti denního stacionáře při centru ARPIDA?

18. Jste spokojeni s VV programem, který plní Vaše dítě v denním stacionáři, popřípadě s další navazující péčí v centru ARPIDA, která je věnována Vašemu dítěti?

Chybí Vám nějaké VV programy v centru ARPIDA?

19. Postřehli jste nějaký pokrok ve vývoji Vašeho dítěte díky jeho docházce do denního stacionáře při centru ARPIDA? Pokud ano, jaký? Pokud ne, jaký je podle Vás důvod tohoto stavu?

20. Víte, že péče v rámci denního stacionáře je nedílnou součástí uceleného systému rehabilitace, který centrum ARPIDA poskytuje svým klientům?

Máte představu, co péče v duchu uceleného systému rehabilitace znamená (co je jejím obsahem)?

Jste s touto péčí spokojeni? Pokuste se svůj názor blíže upřesnit.

21. Jaké předpoklady a osobnostní dispozice by měl mít asistent (pečovatel) ve stacionáři?

Příloha 2

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

§ 42

Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením

Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví.

Zdroj:

[http://www.zakonycr.cz/seznamy/561-2004-Sb-zakon-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim-odbornem-a-jinem-vzdelavani-\(skolsky-zakon\).html](http://www.zakonycr.cz/seznamy/561-2004-Sb-zakon-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim-odbornem-a-jinem-vzdelavani-(skolsky-zakon).html)

Příloha 3

Společná výchovně-vzdělávací činnost

Červen 2009

1. - 5. 6.

Po Vv **Den dětí** - příprava zákusku, malování holubičky, stavění věži z kostek
Út Tv Cvičení na velkých míčích, lepení vlaštovky, tvoření ptačího hnízdečka
St Hv Pějme píseň dokola, čaj z ořešáku, malování mrkvičky
Čt Dč Pohádka O Červené Karkulce, lepení motýlů, malování vlka
Pá Pv Výroba kornoutů na zpívánky, příprava zmrzliny, malování lupiny

8. - 12. 6.

Po Pv Výroba chrastítek na zpívánky, malování deště - Medard, písně o vodě
Út Hv Písně o lásce, čaj z heřmánku, hra na schovávanou, tvoření herbáře
St Tv Košíková, malování jehňátek, kreslení rostliny rajčete
Čt Vv Malování jahody, Jak pejsek a kočička vařili, modelování třešní
Pá Dč Diskotéka, skládání papírové vlaštovky, malování loďky

15. - 19. 6.

Po Dč Hrnečku vař, malování hrnečku, pečení perníku
Út Pv Výroba potpourri, kreslení leknínu, čáp ztratil čepičku
St Hv Písně o zvířátkách, malování moře, házení si s míčem
Čt Tv Soutěž v kuželkách, modelování darů lesa, kreslení ředkvičky
Pá Vv Malování hub, lepení vlčího máku, rybičky rybáři jedou - hra

22. - 26. 6.

Po Vv Lepení třešně s plody, vyprávění O perníkové chaloupce, malování kedlubny
Út Dč Pohádka Obušku z pytle ven, výkres s letní tematikou, písně pro radost
St Pv Tvoření vysvědčení, postýlka svatého Jana, lepení chrpy
Čt Hv Písně k táboráku, vaření jahodové marmelády, výroba voňavých sáčků
Pá Tv Honzo vstávej, babka kořenářka, malování obilného pole

29. - 30. 6.

Po Tv Pohybové hry, malování kombajnu, lepení kopretiny
Út Vv Malování zmrzliny, lepení maliny, výroba malinovky, veselé písničky

Pravidelné činnosti

Vycházka denně podle počasí

Bazén denně kromě pondělí

Muzikoterapie 4× týdně

Keramika 2× týdně

Setkání s koníčky 1× za 14 dní