

JIHOČESKÁ UNIVERZITA ČESKÉ BUDĚJOVICE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Příprava a realizace zimního týdenního rekondičního pobytu
pro osoby s tělesným a mentálním postižením

Vedoucí práce: Mgr. Dana Kopecká

Vypracovala: Kateřina Nováková

Studijní obor: Výchova ke zdraví

České Budějovice, 2009

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA ČESKÉ BUDĚJOVICE

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

BACHELOR THESIS

Preparing and realisation of one week winter recondition
course for person with cerebral palsy.

Supervisor: Mgr. Dana Kopecká

Name of the author: Kateřina Nováková

Field of study: Health Education

České Budějovice, 2009

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Název bakalářské práce: Příprava a realizace zimního týdenního rekondičního pobytu pro osoby s tělesným a mentálním postižením

Jméno a příjmení autora: Kateřina Nováková

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Dana Kopecká

Rok obhajoby: 2009

Anotace:

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice osob s tělesným a zdravotním postižením. První část teoretické práce se zabývá typologií a etiologií zdravotního postižení v obecné rovině. Další část práce popisuje praktické využití uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA v Českých Budějovicích při péči o osoby se zdravotním postižením. Poslední kapitola je zaměřena na konkrétní formy rekreace a aplikované pohybové aktivity na podporu integrace osob se zdravotním postižením. Praktická část bakalářské práce je věnována přípravě a realizaci zimního týdenního rekondičního pobytu pro klienty centra ARPIDA. V práci jsem jako základní výzkumnou metodu použila kvantitativní výzkum. Hlavní technikou sběru dat byl anonymní dotazník.

Klíčová slova: zdravotní postižení, ucelený systém rehabilitace, centrum ARPIDA, Aplikované pohybové aktivity, sportovní aktivity, rekondiční pobyt

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Title of the thesis: Preparing and realisation of one week winter recondition course for person with cerebral palsy.

Name of the author: Kateřina Nováková

Field of study: Health Education

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia České Budějovice

Supervisor: Mgr. Dana Kopecká.

Year of the presentation: 2009

Annotation:

In my Bachelor's theses I focus on the questions of physically and mentally handicapped persons. The first part of my theoretical work deals with the typology and etiology of physical and mental disability in general. The second part of my work describes the practical use of the integrated system of rehabilitation in the children's center ARPIDA in České Budějovice which provides care for disabled persons. The last chapter of my work focuses on the particular forms of recreation and adapted physical activity to support the integration of handicapped persons. The practical part of my bachelor's theses applies to the preparation and implementation of a winter one-week rehabilitative stay for the client of the ARPIDA center. In my theses I used the quantitative research as the basic research method. The principal technique of the data collection was an anonymous questionnaire.

Keywords: handicap, integrated system of rehabilitation, Center ARPIDA, Adapted Physical Activity, sports activity, the particular forms of recreation

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Příprava a realizace zimního týdenního rekondičního pobytu pro osoby s tělesným a mentálním postižením“ jsem vypracovala samostatně o použití pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 22. dubna 2009

podpis

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Daně Kopecké, za odborné vedení a ochotu pomoci při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem z centra ARPIDA, kteří se zúčastnili týdenního zimního pobytu v Rožmberku.

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	10
2.1	DEFINICE A DĚLENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	11
2.1.1	TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	12
2.1.2	SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ.....	15
2.1.3	MENTÁLNÍ A DUŠEVNÍ POSTIŽENÍ.....	19
2.1.4	KOMBINOVANÁ POSTIŽENÍ.....	23
2.1.5	POSTIŽENÍ S VNITŘNÍMI CHOROBAMI	23
3	CENTRUM ARPIDA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH	24
3.1	ZÁKLADNÍ CÍLE, PRINCIPY A KONCEPCE ČINNOSTI CENTRA ARPIDA.....	25
3.2	UCELENÝ SYSTÉM REHABILITACE V CENTRU ARPIDA	26
3.2.1	SOCIÁLNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE	26
3.2.2	LÉČEBNÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE	29
3.2.3	PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE.....	29
4	REKREACE.....	35
4.1	REKREACE OBECNĚ	35
4.2	HISTORIE REKREACE	37
4.3	FORMY REKREACE	37
4.4	TERAPEUTICKÁ REKREACE	40
4.5	APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY	41
4.5.1	STRUČNÁ HISTORIE APA.....	41
4.6	SPORTOVNÍ AKTIVITY	43
5	METODOLOGIE	49
5.1	CÍL PRÁCE	49
5.2	ÚKOLY PRÁCE.....	49
5.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
5.4	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	49
5.5	ORGANIZACE POBYTU	49
5.6	POUŽITÉ METODY	50

6	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	51
6.1	VÝSLEDKY PRÁCE.....	51
6.2	DISKUSE K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ.....	58
6.3	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSÍ.....	67
7	ZÁVĚR	73
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
9	PŘÍLOHY	

1 ÚVOD

„V běžném životě se setkáváme s jedinci odlišujícími se nějakým způsobem od většiny. Tito lidé vytvářejí ve vztahu k většinové populaci minoritu, která je však přirozenou součástí naší společnosti. Takovou minoritou mohou být např. veřejně známé osobnosti, a to díky jejich popularitě pramenící z vyjimečných výkonů v oblasti kultury, sportu anebo politiky. Na tyto skutečnosti jsme zvyklí a vnímáme je jako běžnou součást našeho života. Obdobně by tomu mělo být také v situacích, kdy se setkáme s lidmi nějakým způsobem znevýhodněnými, např. zdravotně postiženými. I oni jsou přirozenou integrální součástí naší společnosti, neboť bychom měli vnímat každého člověka především jako lidskou bytost“.

Slovy pana ředitele centra ARPIDA Doc. PhDr. Jiřího Jankovského, PhD. jsem uvedla svou bakalářskou práci na téma „Příprava a realizace zimního týdenního rekondičního pobytu pro osoby s tělesným a mentálním postižením“. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že mě zajímá problematika osob se zdravotním postižením. Myslím, že důležitou součástí dnešní doby se stal pojem integrace, kdy jde o úspěšnost začleňování jedinců s postižením do společnosti, ale předem se musí změnit postoje každého z nás.

Zaměřila jsem se podrobněji na problematiku rekondičních pobytů, protože si myslím, že by se měly stát nedílnou součástí osob se zdravotním postižením.

2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Světová zdravotnická organizace (WHO) věnuje problémům osob se zdravotním postižením (podle nové terminologie osobám se specifickými potřebami) velkou pozornost. V roce 1980 přijala dokument vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, který v České republice známe pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO jeho upravenou revizi pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF). Tento dokument se stává základem hodnocení a posuzování nároků k vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a zavádí nové pojmy:

- Impairment – porucha strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů jedince neomezuje závažným způsobem a upravuje se většinou v krátké době.

- Activity – aktivita, schopnost – podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu nebo více orgánů.

- Participation – (participace) je zapojení do života (v různých směrech a rozsahu) v různých situacích v poměru k poruchám, disabilitám (aktivitám) a zdravotní kondici a spolupůsobícím faktorů života společnosti. (7)

MKF nehodnotí člověka jako takového, ale hodnotí situace, ve kterých se člověk nachází a které mohou být pro něho omezující (disabling), ve kterých je disabled, ale jinak je zdrav. Na tomto se samozřejmě výrazně podílí velmi důležitý faktor prostředí, což je nová komponenta klasifikace. Můžou danou situaci významným způsobem ovlivnit příznivě (facilitujícím působením) nebo naopak nepříznivě ve smyslu vytváření bariér. (23)

V běžném životě se setkáváme s jedinci odlišujícími se nějakým způsobem od většiny. Mezi ně patří i zdravotně postižení. I oni jsou přirozenou integrální součástí naší společnosti a každého člověka bychom měli vnímat především jako lidskou

bytost. Postižení bychom měli vnímat jako dimenzi, jež dává lidskému životu určitý rozměr neboli kvalitu. (6)

„Potřeba citového vztahu a bezpečí je u postižených dětí stejně velká jako u zdravých, snad je ještě větší, protože citová vazba pomáhá překonat mnohé problémy, které onemocnění přináší a jistota citové opory je velmi významným harmonizačním faktorem v mnoha životních situacích.“ (19). Je nutné si uvědomit, že všechny děti potřebují totéž: citovou náklonnost, zábavu, podněty a každodenní péči (stravu, oblečení, bydlení). To vše lze vyjádřit jedním slovem – potřebují především lásku a to se týká i dítěte s postižením. Jeho specifické potřeby vyjadřují i specifický rodičovský přístup. (8)

2.1 DEFINICE A DĚLENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

V rámci VŠPO (Výběrové šetření osob se zdravotním postižením) bylo nutné stanovit definici zdravotně postižené osoby. Byla stanovena takto: „Zdravotně postiženou je osoba jejíž tělesné, smyslové a duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od stavu typického pro její věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“

Samozřejmě je možné nalézt mnoho dalších popisů a definic. Například zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. (26)

Příčiny vzniku zdravotního postižení jsou různé. Podílí se na nich poruchy genetických dispozic, ale i vlivy vnějšího prostředí (vlivy působící prenatalně, perinatálně i postnatálně). (1)

Zdravotní postižení můžeme dělit z různých hledisek. Jedním z nich je podle doby vzniku:

- Vrozené – dítě se s nemocí nebo poruchou již narodí. Porucha může být geneticky podmíněná nebo získaná v průběhu těhotenství (vliv infekce u matky,

škodliviny vnějšího prostředí, drogy, alkohol). Nejrizikovějším obdobím jsou první tři měsíce nitroděložního vývoje, kdy dochází k vývoji orgánů.

- Získané – poruchy zapříčiněné okolnostmi při porodu nebo po porodu (hypoxie, infekce, krvácení do mozku), úrazy. (15)

Dělení zdravotního postižení podle systémů, které postihují:

- tělesné postižení
- smyslové postižení
- mentální a duševní postižení
- kombinované postižení
- vnitřní (22)

2.1.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

V obecné rovině se tělesné (somatické) postižení projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jsou to především poruchy nervového systému, které mají za následek poruchu hybnosti. Dále sem patří poruchy pohybového nosného (muskuloskeletárního) aparátu. Tyto skutečnosti pak mohou negativně ovlivňovat také vývoj osobnosti dítěte s postižením. (6)

Dětská mozková obrna

Nejčastějším tělesným postižením je dětská mozková obrna (dále jen již DMO). Příčina poruchy je v mozku a nemoc způsobuje poruchu hybnosti těla. Jedná se o poruchu vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku, která se projevuje špatnou kontrolou hybnosti a vadným držením trupu a končetin. DMO se může projevit jakýmkoli stupněm pohybového postižení a je podmíněna poškozením nezralého mozku během jeho vývoje. (14) Tento pojem zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze. Vzhledem k tomu, že ne všechny motorické projevy mají charakter obrny, používá se pro toto onemocnění také označení encefalopatie (blíže nespecifikované poškození mozku). (6)

Klasifikace DMO nejčastěji vychází z klinického obrazu a podle typu hybného postižení se rozlišují dvě základní formy onemocnění:

1. spastické DMO – sem patří:

forma diparetická (paraparetická) s různým stupněm postižení zejména dolních končetin, méně často a v menší míře mohou být postiženy i horní končetiny, jedná se ale o nezralost nervového systému a typickým projevem je tzv. nůžkovitá chůze

hemiparetická forma – jedná se o hemisferální postižení, projevuje se postižením jedné poloviny těla s patrnou převahou postižení horní končetiny (připomíná složené ptačí křídlo)

kvadruparetická forma je typická poškozením všech čtyř končetin, přičemž u každé se může jednat o různý stupeň postižení

2. nespastické DMO – sem patří:

hypotonická forma s dominujícím oslabením svalového tonu trupu i končetin, která je centrálního původu

extrapyramidová (dyskenitická) forma se projevuje atetoidními dyskinézami, grimasováním a hadovitými hyperkinézami hlavy, trupu i končetin. Hyperkinetický syndrom je typický pro perinatální období a na jeho vzniku má podíl poporodní žloutenka (6)

Dětská mozková obrna se často vyskytuje spolu s přidruženými poruchami. Za nejzávadnější vzhledem na sociální důsledky lze považovat mentální retardaci. Jedná se o trvalý stav celkového snížení intelektových schopností. Další velmi závažnou a častou poruchou je epilepsie, která může být překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Často se v kombinaci s DMO vyskytují také smyslové poruchy. Jedná se o zrakové obtíže, poruchy sluchu a s tím související i poruchy řeči. Vzácné nejsou ani ortopedické komplikace. Nejčastěji je to zkrácení Achillových a koleních šlach, které brání v chůzi a je nutné je prolongovat. Někdy je nutná úprava flexorů kyčle a aduktorů stehna, objevit se může dysplazie kyčelních kloubů a skolióza (vychýlení páteře do strany). Častěji se také u dětí s DMO vyskytují emoční poruchy. (6)

Neuromuskulární a svalová onemocnění

Klinickými příznaky této skupiny onemocnění jsou například periférní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, bolesti a změny konzistence svalu, poruchy cití a chůze a další.

Patří sem:

- artrogrypóza vzniklá v rámci myopatií – mnohočetné kloubní deformity
- myopatie – porucha hybnosti je přímo ve svalu, jde o poškození svalového vlákna
- progresivní svalová dystrofie – degenerace příčně pruhovaného svalstva
- Duchennova svalová dystrofie – dědičná, postihuje mužské pohlaví, dochází k postupnému úbytku svalstva
- Charcotova-Marieova-Toothova choroba – postupný zánik osových vláken a myelinových pochev u periferních nervů
- metabolické myopatie – např. glykogenózy, při kterých se neuvolňuje ze svalového glykogenu glukóza (6)

Další somatická postižení včetně postižení nervové soustavy

Somatických postižení je celá řada, patří sem například i různé deformity jako mikrocefalie (zmenšení obvodu hlavičky dítěte) a makrocefalie (rychlý růst obvodu hlavičky novorozence), která je většinou spojena s mentální retardací. Vrozeným onemocněním mozku je tuberkulózní skleróza, která se projevuje kožními a nervovými příznaky a častou epilepsií. Do této skupiny patří i tumory centrální nervové soustavy, které mohou zastavit psychomotorický růst dítěte. Časté jsou také stavy po poranění mozku nebo poranění páteře a míchy v důsledku úrazu. Významnou skupinou jsou také degenerativní onemocnění nervové soustavy, např. Friedrichova ataxie (deformita dolních končetin). (6)

Ortopedická a jiná postižení

Nejznámější ortopedické postižení je vrozené vykloubení kyčlí. Poměrně často se zejména u chlapců ve věku 5 – 7 let vyskytuje tzv. Perthesova choroba (hlavice stehenní kosti se třísťí na jakési ostrůvky), choroba má vcelku příznivou prognózu. Časté jsou různé deformace páteře (hyperkyfózy, skoliózy). Scheuermannova nemoc může vzniknout v období puberty a adolescence, projevuje se bolestí zad a změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách. Vrozeným onemocněním s narušeným vývojem chrupavky je chondrodystrofie (trpaslictví) a patří sem i dysmélie (porucha

zárodečného vývoje končetin). V neposlední řadě se sem řadí i různé amputace a to nejčastěji v důsledku úrazu. (6)

Léčba a péče o tělesně postižené

Veškeré terapeutické metody jsou zaměřeny na podporu přijatelného rozvoje pohybových kompetencí, ale někdy i na změnu postoje k vlastním problémům

- Medicínská léčba – může být důležitá pro zlepšení, resp. udržení přijatelného stavu, v závislosti na typu postižení.

- Rehabilitační péče – různé formy fyzioterapie slouží k dosažení, maximálně možného stupně hybnosti, resp. k uchování stávajícího stavu, pokud by existovalo riziko jeho zhoršení.

- Kompenzační pomůcky – (např. berle, vozík) umožňují dosáhnout alespoň určitého stupně pohybové samostatnosti.

- Psychoterapeutická péče – je indikována u starších dětí a dospělých, kteří mají v důsledku svého postižení problémy v kontaktu s ostatními lidmi, v navazování vztahů a ve svém začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na změnu postoje k vlastním potížím.

- Terapeutická práce s rodinou – je velmi důležitá, pomoc potřebují i ostatní členové rodiny, protože zvládnutí této situace není snadné ani pro ně.

- Socioterapie – člověk s poruchou hybnosti může potřebovat pomoc při hledání bezbariérového bydlení, vhodného zaměstnání apod. V dětském věku je důležitá mimoškolní činnost – podpora různých aktivit těchto dětí, letních táborů apod. (20)

2.1.2 SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ

Dochází k postižení zraku, sluchu nebo řeči, často jde i o kombinaci vad.

Zrakové postižení – z hlediska etiologie rozlišujeme poruchu:

- orgánovou (porucha zasahuje zrakový orgán jako celek nebo jeho jednotlivé části)

- funkční (oslabuje výkon zrakového orgánu). (Pipeková, 2006)

Nejčastější dělení je podle stupně zrakové vady:

- Slabozrakost – je nezvratný pokles zrakové ostrosti nebo je zorné pole zúženo. Dělí se do dvou stupňů – lehká a těžká. Projevuje se sníženou nebo zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a omezením a deformací zrakových představ.
- Zbytky zraku – jedinci se zbytky zraku tvoří mezistupeň mezi slabozrakostí a praktickou nevidomostí.
- Nevidomost – je ireverzibilní proces centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Rozlišujeme nevidomost praktickou a totální slepotu (amaurosu).
- Poruchy binokulárního vidění – jsou funkční poruchy a vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka. Dělíme je na šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopii). (17)

Léčba a péče o zrakově postižené

Veškeré terapeutické metody slouží k co nejefektivnější kompenzaci chybějících zrakových funkcí a k podpoře přijatelného rozvoje, resp. uplatnění takto postižených lidí, ale i k posílení jejich sebevědomí a sebeúcty.

- Léčba základního onemocnění, resp. volba kompenzačních pomůcek – nejběžnější kompenzační pomůckou jsou brýle, které musí odpovídat závažnosti i typu postižení. Mohou to být i různé speciální optické pomůcky, např. turmon. Dále to jsou elektronické přístroje, které pomáhají přiměřeným způsobem zvětšit běžný text, např. televizní lupa, nebo různě upravené počítače (např. se zvukovým výstupem nebo s braillským řádkem), digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem atd. Nevidomý potřebují také speciální Pichtův psací stroj, kterým lze psát v Braillově písmu.

- Práce s rodinou – je velmi důležitá, zejména v období zjištění, resp. vzniku postižení, protože pomoc potřebuje i rodina s těžce zrakově postiženým, dítětem i dospělým. Užitečné jsou svépomocné aktivity zrakově postižených, resp. rodičů těchto dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, pocitu

pochození a sdílení podobných problémů, mnohdy i v poskytnutí užitečných informací a zkušeností.

- Speciálně-pedagogická péče – pomáhá rozvoji, resp. zachování všech funkcí, které jsou zrakově postižením omezeny. V raném věku učí rodiče pracovat s jejich dítětem odborníci centra rané péče, ve školním věku poskytují potřebnou pomoc speciálně-pedagogická centra a speciální školy pro zrakově postižené. Výuka v těchto školách využívá různých kompenzačních metod, vyučuje se zde i Braillovo písmo, které je určené pro hmatové vnímání a jehož základem je kombinace šesti bodů. Pomoc poskytují i centra pro zrakově postižené studenty na vysokých školách, které jim připravují různé studijní materiály a umožňují jim tak dosáhnout vysokoškolského vzdělání.

- Socioterapie – pomáhá při začleňování zrakově postiženého člověka do společnosti – při hledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci, nácviu orientace s bílou holí, resp. s pomocí vodícího psa, domácích a sebeobslužných činností apod.

(17)

Sluchové postižení – vada sluchu je trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy.

Poruchy sluchu se dělí na dva základní druhy:

- periferní:
 - převodní nedoslýchavost – znemožněn mechanický převod zvukových vln od zvukovodu do tekutin vnitřního ucha (vrozená vývojová vada, perforace bubínku apod.)
 - percepční nedoslýchavost – porušená funkce vnitřního ucha, sluchového nervu nebo mozkové kůry)
 - centrální – komplikované defekty způsobené různými procesy, které postihují podkorový a korový systém sluchových drah. Změny mohou být organické i funkční.
- (4)

Léčba a péče o sluchově postižené

Veškeré terapeutické metody slouží k co nejefektivnější kompenzaci chybějících sluchových funkcí a k podpoře přijatelného rozvoje, resp. uplatnění lidí s tímto postižením:

▪ Léčba a volba kompenzačních pomůcek – nejběžnější kompenzační pomůckou jsou sluchadla různého typu, která musí odpovídat míře i typu postižení a musí být seřízena podle potřeby postiženého. Další možností je kochleární implantát, jenž umožňuje přijímat zvukové podněty pomocí mikroelektrického zařízení. Je vhodný pro později ohluchlé, kteří mají zachovanou řeč a dovedou se na tento náhradní způsob snadněji adaptovat. Prelingválně postiženým dětem mohou kochleární implantáty účinněji pomoci jen tehdy, když je získají před druhým rokem života. Pokud není sluchové centrum v mozku stimulováno, postupně dochází k jeho atrofii a už není schopné na tyto podněty reagovat. Dítě s kochleárním implantátem se musí naučit vnímat a diferencovat jednotlivé zvuky, což není snadné (20)

▪ Práce s rodinou – je velmi důležitá, protože pomoc potřebuje i rodina s těžce sluchově postiženým dítětem. Užitečné jsou svépomocné skupiny rodičů dětí s tímto handicapem, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře skupiny, pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy také v možnosti získat užitečné informace a zkušenosti.

▪ Speciálně-pedagogická péče – uplatňuje se na několika úrovních. V raném věku jsou to speciální centra a speciální školy pro sluchově postižené. Výuka v těchto školách obvykle využívá znakový i český jazyk, především při výuce čtení a psaní. Její významnou složkou je logopedická terapie, která komplexním způsobem pomáhá v rozvoji řečových dovedností. Důležitá je i mimoškolní činnost, podporující např. sportovní aktivity sluchově postižených dětí.

▪ Socioterapie – pomáhá při začleňování sluchově postiženého člověka do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání či rekvalifikaci. (20)

Poruchy řeči – podle etapy komunikačního procesu, kdy došlo k vadě, poškození nebo narušení lze rozdělit poruchy na:

- narušení receptivní složky řeči (poruchy rozumění řeči)
- narušení centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí)
- narušení složky expresivní (poruchy řečové produkce)
- opoždění vývoje řeči dětí (nevhodné, nepodnětné, nestimulující prostředí)
- poruchy psychotické povahy (narušení sociální interakce) (Vítková, 2004)

Léčba a péče o osoby s postižením jazyka a řeči

Veškeré terapeutické metody jsou zaměřeny na podporu přijatelného rozvoje řečových, resp. jazykových dovedností, především komunikace, ale někdy i na změnu postoje k vlastním problémům.

- Farmakologická léčba – medikace může být účelná, pokud je řečová porucha spojená s jiným postižením či onemocněním, event. Pokud je třeba snížit úzkost apod.

- Specifická neuropsychologická rehabilitace a stimulační programy, které pomáhají rozvíjet různé dílčí kompetence.

- Psychoterapeutická péče – je indikována u starších, tj. školních dětí, event. dospělých, u nichž narušení řeči vede k problémům ve školní práci či v kontaktu s vrstevníky, v navazování různých vztahů a v jejich začlenění do širšího sociálního prostředí. K tomuto účelu jsou využívány behaviorální metody, nedirektivní nácvik sociálních dovedností, relaxační techniky, skupinová psychoterapie apod. Psychoterapeutické vedení se často zaměřuje na eliminaci strachu z řeči a na změnu postoje k vlastním potížím.

- Terapeutická práce s rodinou – je velmi důležitá, protože pomoc potřebuje i rodina s takto postiženým dítětem. Rodiče se musí naučit porozumět podstatě jeho postižení i vhodným způsobům výchovného vedení dítěte.

- Logopedická péče – práce logopeda není zaměřena jen na úpravu výslovnosti, resp. plynulosti řeči, ale na celkový rozvoj komunikace a na využití aktuálních verbálních i neverbálních kompetencí.

- Socioterapie – člověk s poruchou řeči může potřebovat pomoc při začleňování do společnosti, např. při hledání vhodného zaměstnání. V dětském věku je důležitá i mimoškolní činnost, která by mohla kompenzovat školní stres vyplývající z potíží vyjadřování, ebeny. i porozumění. (20)

2.1.3 MENTÁLNÍ A DUŠEVNÍ POSTIŽENÍ

Historicky nejranější zmínka o mentálním postižení byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem. Postoj k mentálně postiženým byl v průběhu celého historického vývoje značně ambivalentní. Takto (i jinak) postižení byli již v dětském věku usmrcováni, sloužili jako dvorní šašci, byli zneužíváni, ale i

ochraňování (Hartus, 1998). Záleželo na tom, zda je lidi přijímali jako ty, kdo potřebují jejich ochranu, nebo je zavrhovali jako méněcenné, či dokonce nebezpečné bytosti.

Zahrnuje poruchy myšlení, kognitivních funkcí a duševní poruchy. Duševní poruchy jsou spolu s poruchami chování zařazeny do V. kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí pod písmenem F. (21)

Mentální retardace

Mentální retardace patří mezi nejvíce rozšířené onemocnění. Je to vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií. (21)

Rozdělení mentální retardace:

- lehká mentální retardace – opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně závislá na sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů.

- středně těžká – myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnost sebeobsluhy, klienti potřebují chráněné bydlení a zaměstnání po celý život

- těžká – výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni

- hluboká – nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké sensorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. (21)

Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy (pervazivní = vším pronikající) – patří sem např. artismus, Rettův syndrom, Aspergův syndrom, jiné dezintegrační poruchy v dětství (Keller syndrom), elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti v dětství, sociální fobie a další. (11)

Děti s poruchami chování a emocí

Děti s poruchami chování a emocí - z hlediska zdravotního postižení sem řadíme zejména hyperkinetické poruchy při ADHD („Attention Deficit Hyperaktivity Disorders“ – hyperaktivita s poruchou pozornosti), které se objevují do pátého roku života dítěte, vyznačují se hyperaktivitou, porušenou schopností vytrvat při činnosti. Patří sem např. Tourettův syndrom, provázený motorickými a vokálními tiky, případně s neovladatelnou vulgární gestikulací, parodováním cizího chování, hyperaktivitou a zvýšenou potřebou dotyků. (21)

Schizofrenické poruchy – jsou charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Vyskytuje se ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmítání myšlenek, bludné vnímání, sluchové halucinace apod. Schizofrenií můžou onemocnět i děti. (21)

Downův syndrom

Příkladem mentální retardace vzniklé na základě chromozomální odchylky je Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu). Nejde ovšem jen o negativní vliv jednoho nadbytečného chromozomu, bylo zjištěno, že u zárodků s touto trizonií chybí celá jedna skupina genů, které se podílejí na diferenciaci neuronů a tvorbě synapsí. Jde o geny pro určitý transkripční faktor, působící především v období vývoje, v dospělosti se uplatňuje selektivně, v těchto oblastech CNS, které jsou spojeny s učením a pamětí.

Postižení Downovým syndromem mají typický habitus, tj. jsou na první pohled tělesně odlišní. Tato odlišnost může zvýšit riziko sociálního odmítání, resp. vyhraněnějšího přístupu ostatních lidí. (Na druhou stranu bývají vzhledem ke své sociální adaptabilitě akceptováni spíše pozitivně.) Jejich mentální defekt bývá

rovnoměrnější, zpravidla na hranici lehčího až středně těžkého stupně. Jedinci s Downovým syndromem bývají klidní až bradypsychičtí, těžkopádní a ulpívaví, avšak emocionálně dobře ladění a přizpůsobivý, nemívají větší výkyvy v chování ani prožívání. Učí se sice pomalu, ale dovedou své schopnosti využít. V dospělosti jsou obvykle schopni pracovat pod dohledem a vedením. (20)

Léčba a péče o mentálně postižené

Obecně platí, že mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit. Veškeré terapeutické metody tudíž slouží k podpoře přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí, v němž žijí, včetně rodiny.

- Farmakoterapie – je jen podpůrnou a doplňkovou léčbou, která se používá např. ke korekci poruch chování či zlepšení koncentrace pozornosti. Stimulační léčba není považována za vhodnou, protože aktivizuje i negativní projevy, jako je neklid a agresivita

- Psychoterapie - u mentálně postižených má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj dovedností nebo návyků. V případě lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování, resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (daným obvykle také nápadnostmi jejich celkového projevu).

- Práce s rodinou – je velmi důležitá, protože rodiče i sourozenci mentálně postiženého dítěte prožívají tuto situaci jako stresovou a mnohdy potřebují pomoc, aby se s ní vyrovnali. K tomuto účelu lze použít rodinnou psychoterapii. Užitečné jsou i svépomocné skupiny rodičů mentálně postižených dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v poskytnutí opory, navození pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i získání užitečných informací a zkušeností.

- Socioterapie – pomáhá při začleňování mentálně postiženého jedince do společnosti (např. při hledání vhodného zaměstnání) a poskytuje pomoc jeho rodině, aby byla schopna plnit své úkoly. Tato podpora může mít různý charakter, může jít o sociální dávky, pomoc osobního asistenta, zařazení a dopravu do denního stacionáře apod.

- Speciálně-pedagogická pomoc – poskytují ji již v raném věku centra rané péče, speciálně-pedagogická centra, denní stacionáře i speciální školy a instituce (jako je např. ústav sociální péče). Jejich hlavním úkolem je podpora dosažitelného rozvoje mentálně postiženého. (20)

2.1.4 KOMBINOVANÁ POSTIŽENÍ

Jedná se o výskyt postižení v různých kombinacích. Je současně narušeno několik funkcí (systémů). Většinou se jedná o kombinaci DMO s dalšími onemocněními. Velkou roli zde hraje vlastní kombinace postižení a také to, které postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Etiologie kombinovaných vad je velice rozmanitá, příčiny lze nalézt ve všech etapách života. Nejtěžší případy mají obvykle příčiny v prenatálním stádiu vývoje. Jedná se o genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, mechanické poškození, ale i psychologické faktory, traumata a další. (15)

2.1.5 POSTIŽENÍ S VNITŘNÍMI CHOROBAMI

Tyto choroby se někdy označují také jako nemoci civilizační. Patří sem srdeční onemocnění, těžké alergie, astma, selhávání ledvin, kolostomie, ileostomie, onkologická onemocnění, kožní, imunogenní, metabolické poruchy a další závažná onemocnění. Tato chronická onemocnění výrazně jedince znevýhodňují. Zejména u dětí komplikují jejich celkový vývoj a socializační proces, což má vliv i na jejich integraci do společnosti. (5)

3 CENTRUM ARPIDA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Název ARPIDA je odvozen z počátečních písmen následujících slov: Akce, Rehabilitace, Pomoc, Integrace, Agapé (jako projev křesťanské lásky vycházející z ochoty nezištně pomoci bližnímu).

Centrum ARPIDA je odborným střediskem Arpidy, společnosti pro rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením, a vzniklo za účelem poskytování denní odborné péče dětem s tělesným a kombinovaným postižením. Společnost ARPIDA je občanským sdružením vzniklým podle zákona č. 83/1990Sb. O sdružování občanů. Centrum ARPIDA má právní subjektivitu.

Areál centra byl vybudován bez finanční účasti státu v letech 1990-1993 nákladem zhruba 66 miliónů Kč, a to díky úsilí skupiny nadšených lidí koordinovaných Miloslavem Cibochem. Finanční prostředky byly získány z výtěžku úspěšné loterie „Vyhrává humanita“, kterou vyhlásilo tehdejší Občanské fórum.

Projekt stavby zpracoval známý pražský architekt Vlado Milunič ve spolupráci s architektem Janem Línkem. Stavební dispozice vychází z idey kláštera s kvadraturou (křížovou chodbou) a rajským dvorem (atriem) uprostřed. Na chodbu kolem atria navazují v přízemí další prostory – vstupní hala, třídy, učebny, odborné pracovny, terapeutické prostory, společenské prostory, tělocvična, rehabilitační bazén, jídelna, kuchyně, sklady, údržbářské díly, atp. v 1. patře jsou garsonky (s kompletním vybavením) a byt 3+1 pro terapeutické čtrnáctidenní rehabilitační pobyty dětí s postižením a jejich rodiče, společenské prostory, terapeutické pracovny a další třídy. Na stavební komplex sdružený kolem atria navazují tři křídla. Dvě z nich, mezi nimiž je hlavní chod do centra, symbolizují otevřenou náruč. V levém křídle je umístěna speciální mateřská škola a v patře je služební byt. Ve druhém křídle se nachází pracovna odborných lékařů, další odborné pracovny a ředitelství centra. V patře je opět služební byt. Třetí křídlo slouží jako technické zázemí. Jsou zde umístěny dílny, v patře prádelna, sušárna, ekonomické oddělení a služební garsonky.

Centrum je vybudováno na okraji Českých Budějovic na přirozené spojnici mezi největšími satelitními sídlišti města, kterými jsou sídliště Máj a Vltava. Za centrem

se rozkládá chráněné území jihočeských rybníků. Ty na sebe postupně navazují až k městu Hluboká nad Vltavou. Centrum má velmi dobrou dopravní dostupnost prostřednictvím městské hromadné dopravy.

Odbornou činnost začalo toto zařízení postupně rozvíjet již koncem roku 1993, a zejména pak od roku 1994.(7)

3.1 ZÁKLADNÍ CÍLE, PRINCIPY A KONCEPCE ČINNOSTI CENTRA ARPIDA

V činnosti centra jsou respektovány základní principy křesťanské etiky, avšak jedná se o zařízení nenáboženské. Principy křesťanské etiky jsou respektovány právě v mezilidských vztazích (viz výše agapé). V zásadě se jedná o upřímnou snahu po naplnění tzv. horizontálního rozměru víry, tedy nezištné lásky mezi lidmi a o ochotu účinným způsobem pomoci.

Dále je kladen důraz na vysokou odbornost, která však nepostrádá lidský rozměr poskytované péče. Jedná se o zásadu vycházející z humanistické psychologie C. R. Rogerse, preferující vztah člověka k člověku před vztahem terapeuta (odborníka) k pacientovi (ke klientovi).

V odborné činnosti je kladen důraz na týmovou práci při maximální osobní odpovědnosti. Komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace vyžaduje týmový styl práce, kde je však jasně vymezena i osobní odpovědnost každého pracovníka za jeho oblast činnosti. Jinými slovy, i když jsou všichni odborní pracovníci členy multidisciplinárního týmu, nejsou pracovníky anonymními a nemohou se tedy ani za tým při své osobní odpovědnosti skrývat.

Velmi důležitá je účinná spolupráce s rodinami dětí s postižením, která prostupuje všemi oblastmi činnosti centra, a do té míry, že se rodiče stávají členy pracovního týmu. Odborná péče není v centru zaměřena jen na dítě s postižením, ale na rodinu jako celek (tedy na rodiče, sourozence dětí s postižením a na další členy rodiny).

Vzhledem k tomu, že tvoří odborný tým lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci a další odborníci, má odborná činnost mezioborový (interdisciplinární) charakter.

V neposlední řadě je plně respektována přirozená a nenásilná integrace, a to i jako osobní přesvědčení každého pracovníka (tedy v duchu inkluze). Nejedná se tedy jen

o vyrovnávání příležitostí pro děti a mládež s tělesným postižením, ale také o funkční začlenění těchto dětí do jejich přirozeného prostředí (např. do kmenových škol). Dále je hojně uplatňována i tzv. obrácená integrace, kdy do dětského centra docházejí (především do zájmových útvarů) také zdravé děti.

Pro základní koncepci činnosti centra je charakteristické účelné propojení péče v oblasti sociální, zdravotní a výchovně vzdělávací, a to v jednom zařízení (takříkajíc pod jednou střechou) a takovým způsobem, že je řídicí činnost realizována jen jedním vedením na všech úsecích práce.

V rámci odborné práce centra je realizována činnost detekční (depistáž), diagnostická, terapeutická, rehabilitační, realitní (odlehčovací služby), výchovně vzdělávací (edukační), zájmová, poradenství, posudková, metodická a preventivní, včetně tzv. rané péče (včasné intervence).(7)

3.2 UCELENÝ SYSTÉM REHABILITACE V CENTRU ARPIDA

3.2.1 SOCIÁLNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Sociální služby

Sociální služby v centru ARPDIA jsou realizovány prostřednictvím následujících služeb:

- Denní stacionář
- Osobní asistence
- Sociálně terapeutické dílny
- Sociální rehabilitace
- Raná péče

Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace tvoří jeden ze základních pilířů veškeré odborné činnosti centra ARPIDA a prostupují tak všemi oblastmi péče. Součástí sociální péče je také poskytování sociálně právního poradenství (28)

Denní stacionář

- tato sociální služba je realizována na dvou pracovištích
- v denním stacionáři pro děti (osoby) s těžkým kombinovaným postižením
- v zařízení pro dospělé klienty, kteří absolvovaly praktickou školu dvouletou při centru ARPIDA a nepodařilo se u nich zajistit odpovídající navazující péči. V odpoledních hodinách mohou být do tohoto stacionáře zařazeni též žáci, kteří nesplňují podmínky pro zařazení do školní družiny
- denní stacionář poskytuje svým klientům komplexní péči v duchu uceleného systému rehabilitace (prostředky sociální, léčebné a pedagogické) v rámci komplexu služeb centra ARPIDA
- opomíjeny nejsou ani podpůrné aktivity a terapie zahrnující např. různé prvky bazální stimulace, nácvik poznávání svého prostředí, prvky nácviku sebeobsluhy, atp.
- v denním stacionáři pro osoby s těžkým kombinovaným postižením se u dětí a mládeže školního věku, jedná se o klienty s mentálními dispozicemi odpovídajícími pásmu hluboké mentální retardace, u nichž je vzdělávání realizováno v souladu s ustanovením § 42, zákona 561/2004 Sb. (školský zákon)
- s klienty stacionáře je pracováno v souladu s Pracovním řádem denního stacionáře a je taj vždy respektován individuální výchovně vzdělávací program každého klienta
- program denního stacionáře pro osoby s těžkým postižením zahrnuje též systém podpůrných služeb, např. pravidelnou (denní) fyzioterapii (zejména individuální LTV), ergoterapii a další složky léčebných prostředků rehabilitace dle doporučení odborných lékařů (logopedie, vodoléčba, magnetoterapie, elektroléčba, canisterapie a hipoterapie). Žádoucí prostor je samozřejmě vytvořen také pro edukační činnost a pro relaxační techniky. (28)

Sociálně terapeutické dílny a pracoviště

Činnost sociálně terapeutických dílen a skladba klientů, kteří tuto službu užívají, je koncipována jako logické pokračování sociální péče o dospívání a dospělé klienty centra ARPIDA. Tyto služby bylo nutné zajistit jednak s ohledem na to, že se na centrum ARPIDA obracelo s žádostí o odbornou pomoc stále více klientů se

zdravotním postižením ve věku mladší a střední dospělosti, u nichž dominovalo zejména postižení mentální a tělesné. Dalším důvodem byla skutečnost, že s ohledem na dobu trvání odborné činnosti centra ARPIDA, zde začali postupně přibývat klienti, kteří v centru ARPIDA absolvovali povinnou školní docházku, pro něž však v rámci jejich trvalého bydliště neexistovalo zařízení s odpovídající navazující péčí.

Popis služby:

Tato služba si klade za cíl vytvářet a upevňovat u klientů základní pracovní návyky a dovednosti, dále zvládat péči o svou osobu, udržovat osobní hygienu, ale také rozvíjet schopnosti klientů v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální. Zajištěno je též stravování a řada tzv. fakultativních služeb (např. hipoterapie, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, rehabilitační bazén, zdravotnické výkony nehrazené zdravotními pojišťovnami, servis a půjčování kompenzačních pomůcek, atd.).

Na každém úseku, v němž jsou klienti sociálně terapeutických dílen zapojeni, je určený odpovědný kompetentní pracovník, který klienty vede a věnuje jim individuální péči. Skupinu pečující o areál (úklid, údržba zeleně, atp.) vede přímo vedoucí sociálně terapeutických dílen. Vedoucí se věnuje klientům nejen po dobu jejich pracovních aktivit, ale i při ostatních podpůrných aktivitách. (28)

Sociální rehabilitace – modelové bydlení

Sociální rehabilitace v rámci modelového cvičného bydlení spočívá zejména v nácvičku samostatného způsobu života. Tomuto účelu slouží 2 cvičné bezbariérové byty, kde jsou modelovány situace běžného každodenního života, které se učí klienti za pomoci osobní asistence adekvátním způsobem zvládat.

Služby poskytované v rámci sociální rehabilitace jsou propojeny se službami v rámci sociálně terapeutických dílen a zejména pak se službami osobní asistence. Důvodem ke zřízení této služby byl zejména přibývajícím počet absolventů našich speciálních škol, pro něž neexistují v místě jejich bydliště odpovídající navazující služby.

Ve dvou cvičných (dokonale vybavených) bezbariérových bytech ale klienti systematicky připravují (učí) na pokud možno co nejvyšší míru soběstačnosti, resp. samostatnému způsobu života.

Služba modelového cvičného bydlení je poskytována v turnusech, jejichž délka je mj. závislá na stupni a rozsahu postižení klientů (zhruba 3 měsíce). Je realizována v úzké spolupráci s denní činností dvouleté praktické školy při centru ARPIDA, do níž jsou zařazováni zejména absolventi škol při centru ARPIDA, kteří byli vzděláváni dle vzdělávacích programů zvláštní a pomocné školy, resp. Základní školy praktické a základní školy speciální včetně tzv. rehabilitačního vzdělávacího programu. (28)

3.2.2 LÉČEBNÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Zdravotnické zařízení

- Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA

Odborný tým tvoří čtyři odborní lékaři (dětský neurolog, rehabilitační lékař, pediatr a ortoped), dále devět fyzioterapeutů, tři ergoterapeuti, dětská sestra, dva kliničtí logopedi a dva dětské psychologové, jejichž činnost se ovšem výrazně prolíná s odbornou činností SPC při centru ARPIDA. Těžiště práce NZZ při centru ARPIDA spočívá v realizaci léčebných prostředků ucelené rehabilitace, tedy zejména LTV, kde je kladen důraz zejména na metodu reflexní lokomoce prof. Vojty a na ergoterapii včetně ergodiagnostiky. Dále je realizována vodoléčba, k dispozici je rehabilitační bazén, magnetoterapie, elektroterapie, termoterapie a akupunktura. Velmi efektivní jsou čtrnáctidenní rehabilitační pobyty dětí s rodiči. Vzhledem k věku klientů má tato péče často charakter rané péče. Již tradiční je činnost na úseku hipoterapie, ale i canisterapie. Významných úspěchů dosahuje páteční ateliér arteterapie a kroužek muzikoterapie. Obě posledně zmíněné terapeutické metody mají samozřejmě značný přesah do oblasti pedagogicko-psychologické péče. (7)

3.2.3 PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Výchovu a vzdělávání dětí a žáků s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením zajišťuje Mateřská škola, základní škola a praktická škola při centru ARPIDA, o.p.s. V souladu s novým školským zákonem 561/2004 Sb. došlo ke

změně názvu speciálních škol a školských zařízení při DC ARPIDA. Původní název byl Speciální školy a školská zařízení pro děti a žáky s tělesným postižením a více vadami při DC ARPIDA, o.p.s. Tento subjekt sdružuje následující školy a školská zařízení:

Předškolní vzdělávání:

Mateřská škola, základní škola a praktická škola při centru ARPIDA, o.p.s.

V souladu s novým školským zákonem 561/2004 Sb. došlo ke změně názvu speciálních škol a školských zařízení při centru ARPIDA. Původní název byl Speciální školy a školská zařízení pro děti a žáky s tělesným postižením a více vadami při centru ARPIDA, o.p.s. Tento subjekt sdružuje následující školy a školská zařízení:

Mateřská škola pro tělesně postižené

- je určena pro děti s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením zpravidla od tří let věku
- dle rejstříku škol má kapacitu 24 dětí, většinou je s dětmi pracováno ve dvou třídách
- v každé třídě pracují dvě učitelky a pomocnice
- dětem je věnována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – cedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních (např. osobní asistence) a léčebných (zejména LTV, ergoterapie, hydroterapie, atp.)

Základní vzdělávání:

Základní škola pro tělesně postižené

- je určena pro žáky s tělesným (motorickým) postižením
- dle rejstříku škol má kapacitu 12 žáků
- ve třídách je malý počet žáků, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti
- na základě povolení MŠMT ČR má škola celkem 10 ročníků, tzv. přípravný ročník a 1. až 9. ročník

- v souladu se školskou legislativou je pracováno dle ŠVP (školní vzdělávací program)

- škola má zpravidla jen první stupeň (přípravný až pátý postupný ročník). Koncepce základní školy je taková, že se snaží všechny žáky tohoto vzdělávacího programu integrovat v běžných (kmenových) školách v místě jejich bydliště. V těch případech, kde není integrace z objektivních důvodů možná, plní žák povinnou školní docházku i nadále v centru ARPIDA dle IVP

- žákům je věnována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních

Základní škola praktická pro tělesně postižené

- je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením

- dle rejstříku škol má kapacitu 40 žáků

- ve třídách je malý počet žáků, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti

- na základě povolení MŠMT ČR má škola celkem 10 ročníků, tzv. přípravný ročník a 1. až 9. ročník

- v souladu se školskou legislativou je pracováno dle ŠVP (školní vzdělávací program)

- škola má první (přípravný až pátý postupný ročník) i druhý (šestý až devátý ročník) stupeň

- žákům je věnována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních (např. osobní asistence) a léčebných (zejména LTV, ergoterapie, hydroterapie, atp.)

Základní škola speciální pro tělesně postižené včetně tzv. „rehabilitačního vzdělávacího programu“

- je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením

- rehabilitační vzdělávací program je určen pro žáky s těžkým kombinovaným postižením, s mentálními dispozicemi v rámci pásma těžké mentální retardace

- dle rejstříku škol má kapacitu 40 žáků

- ve třídách je malý počet žáků, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti

- škola má v souladu se školskou legislativou deset ročníků

- žákům je věnována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních (např. osobní asistence) a léčebných (zejména LTV, ergoterapie, hydroterapie, atp.)

Střední vzdělávání:

Praktická škola dvouletá

- je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, kteří absolvovali základní vzdělání v základní škole praktické, popřípadě v základní škole speciální při centru ARPIDA

- dle rejstříku škol má praktická škola dvouletá kapacitu 12 žáků (6 v každém ročníku)

- ve třídách je malý počet žáků, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti, resp. sociální pracovník

- činnost praktické školy dvouleté je účelně propojena s chráněným modelovým bydlením při centru ARPIDA a s ergodiagnostikou

- žákům je věnována individuální komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních (např. osobní asistence) a léčebných (zejména LTV, ergoterapie, péče klinického logopeda, hydroterapie, atp.)

Školská zařízení:

Přípravný stupeň základní školy speciální pro tělesně postižené

- je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, které se připravují pro vzdělávání dle vzdělávacího programu základní školy speciální

- je určen pro děti od 5 let a má celkem 3 ročníky

- dle rejstříku škol má přípravný ročník celkovou kapacitu 8 dětí

- v přípravném ročníku je pracováno s malým počtem dětí, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti

- dětem je věnována individuální komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace – vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních (např. osobní asistence) a léčebných (zejména LTV, ergoterapie, péče klinického logopeda, hydroterapie, atp.)

Speciálně pedagogické centrum pro tělesně postižené

- poradenské zařízení je určeno pro děti a žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením z jihočeského kraje

- pro tyto klienty zajišťuje zejména depistáž, diagnostickou, terapeutickou, metodickou, integrační a rehabilitační činnost

- realizuje též specifické formy terapie, jako je arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a účastní se i animoterapie

- odborný tým tvoří dětské psychologové, speciální pedagogové, arteterapeut, muzikoterapeut a sociální pracovník

- tento odborný tým úzce spolupracuje s pracovníky Nestátního zdravotnického zařízení při centru ARPIDA, kde jsou k dispozici dětský neurolog, rehabilitační lékař, pediatr, ortoped, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, kliničtí logopedi a další odborníci

Školní družina

- je určena pro žáky při centru ARPIDA, kteří splňují podmínky pro přijetí do školní družiny

- dle rejstříku škol a školských zařízení má školní družina kapacitu 45 žáků

- činnost školní družiny je integrační součástí uceleného systému rehabilitace

Středisko pro volný čas dětí a mládeže

- zajišťuje činnost zájmových útvarů pracujících v centru ARPIDA v průběhu školního roku

- zajišťuje jednorázové zájmové akce v průběhu roku určené zejména pro klienty centra ARPIDA (např. Mikulášská besídka, vánoční tradice, dětský karneval, velikonoční tradice, den dětí, atp.)

- zajišťuje prázdninové tábory pro klienty centra ARPIDA – letní tábor pro děti s tělesným a kombinovaným postižením, psychorehabilitační tábor pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče

Školní jídelna

- zajišťuje kvalitní denní stravování dětí mateřské školy a žáků základních škol a střední školy při centru ARPIDA

- zajištěno je tak vaření a výdej obědů a dopoledních a odpoledních svačín

4 REKREACE

4.1 REKREACE OBECNĚ

Rekreace obecně je jedním z fenoménů dnešní doby. Volný čas je významný sociální prvek, nabízí možnosti pro osobnostně sociální rozvoj.

Rekreace jako pojem vznikl z latinského slova creare (tvořit), předpona re vyjadřuje obnovování, znovuvytvoření apod. Hodaň (2005) ve své knize Rekreologie popisuje rekreaci jako „pojem, označující činnosti, které jsou zaměřeny na obnovování vyčerpávaných sil a kompenzaci deformativních vlivů vyplývajících z běžných socio-profesních rolí člověka, z jednostrannosti práce, nesprávných životních návyků apod., na tvorbu zdraví, rozvoj a zdokonalování ve smyslu fyzickém, psychickém i sociálním a s tím spojenou kultivaci.“

Úkoly, které by mělo aktivní trávení volného času plnit se dají stručně charakterizovat pravidlem 5 RE:

- rehabilitace – soubor opatření směřujících k rychlému návratu fyziologických funkcí nemocného nebo zraněného, popřípadě k nácviu nových pohybových schopností, které mají nahradit funkce definitivně ztracené
 - relaxace - proces, nebo stav psychického a tělesného uvolnění
 - rekondice
 - rekultivace
 - reedukace

Díky mohutnému rozvoji rekreačních aktivit v průběhu dvacátého století se ustálila i terminologie s touto problematikou. Velmi důležitými termíny jsou především:

- Volný čas

- Volný čas je možno chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil (18).

- Pod pojmem volný čas se běžně zahrnuje odpočinek, rekreace, zábava, zájmová činnost, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené (16)

- Životní styl a životní způsob

Dohnal (2002) ve své knize Koncepce a metodice systému komunální rekreace na úrovni obce popsal tendence vývoje volnočasových aktivit směřující mimo jiné:

- od organizovaného k neorganizovanému
- od výkonu k prožitku
- od města k přírodě

V oblasti APA (Aplikované pohybové aktivity) lze doplnit ještě trend – od segregovaného k integrovanému

Životní styl je termín, který bývá často definován jako soubor jednotlivin ovlivňujících život člověka. Projevuje se v jeho chování, postojích, vztahu ke světu i sobě samému. Termín životní způsob se pak pojí ke skupině obyvatel s podobnými charakteristikami, které se často stávají normou dané sociální skupiny.

Ve vztahu k Aplikovaným Pohybovým Aktivitám se můžeme setkat s pojmy jako:

- Nesportovní pojetí v APA
- Tělocvičná rekreace v APA
- Pohybová rekreace v APA
- Terapeutická rekreace (z anglického Therapeutic recreation) (27)

4.2 HISTORIE REKREACE

Bylo by mylnou představou domnívat se, že historie rekreace nebo péče, výchovy a vzdělávání o osoby se speciálními potřebami začala v devadesátých letech minulého století. Akce a programy probíhaly nejdříve spontánně, posléze i systémově. Vznik sportovních organizací sdružující osoby se speciálními potřebami se datuje ke dvacátému letu minulého století. Nejdříve se za účelem společných pohybových aktivit sdružovali osoby se sluchovým, později i zrakovým postižením. První hry osob s tělesným postižením se konaly v roce 1948 v Kladrubech. O tři měsíce později se konaly první hry ve Stock Mandevill, které později expandovaly v Paralympijské hry. Organizovanost osob s mentálním postižením se datuje k šedesátým letům dvacátého století. Sport ve své vrcholové podobě umožňuje a spoluvytváří zájem lidí o jednotlivé pohybové programy. To umožňuje práci s fenoménem sportu jako prostředkem ke změně postojů, vytváření si životních hodnot, osobnostně sociálnímu rozvoji, změně životního stylu, sebehodnocení aj. Rozvoj sportu a organizovanosti osob se speciálními potřebami se stalo klíčové, společně se společenskými a legislativními změnami, i pro rozvoj rekreace.

První tábory, ozdravné pobyty, výlety a další programy pro osoby se speciálními potřeby byly konány jako segregované. V posledních letech vnímáme jistý posun a integrační charakter zmíněných akcí. (27)

4.3 FORMY REKREACE

Rekreaci, tělocvičnou rekreaci či pohybové programy ve volném čase lze dělit různými způsoby:

Dle času:

- Jednodenní
- Víkendové
- Vícedenní

Je naprosto jasné, že z hlediska organizace, přípravy, obsahu či realizace akce se jednotlivé formy liší, v některých případech i velmi výrazně. Pokud se budeme

zabývat obecně (avšak velmi zjednodušeně) výhodami či nevýhodami, můžeme uvést následující: (27)

	Výhody	Nevýhody
Jednodenní	<ul style="list-style-type: none"> ● Malá časová náročnost ● Nízká cena ● Organizačně méně náročná (přenocování, celodenní režim, variabilita dalších dnů,...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Malá možnost poznání všech účastníků
Víkendové	<ul style="list-style-type: none"> ● Malé nebo žádné omezení pracovních povinností ● Nižší cena 	<ul style="list-style-type: none"> ● Částečné omezení rodinných povinností (ne tak výrazné jako ve vícedenní)
Vícedenní	<ul style="list-style-type: none"> ● Velká možnost se poznat v netypických, někdy i mezních situacích – navzájem i sami sebe ● Únik od životního stereotypu ● Více dní, více zážitků 	<ul style="list-style-type: none"> ● Poměrně velká časová náročnost při realizaci ● Poměrně finančně nákladná ● Omezení rodiny (v případě, že se její členové akce nezúčastní). ● Složitější přechod zpět do každodenního rytmu

Další možné dělení je dle organizovanosti:

- Organizované
- Poloorganizované
- Neorganizované

Klasickým příkladem organizovaných akcí je např. dětský ozdravný pobyt (tábor). Tým vedoucích a instruktorů připraví, nejčastěji vícedenní, program pro děti a mládež. Ti se programu účastní pod vedením vedoucích.

Za poloorganizovanou akci považujeme např. zájezd k moři ve spolupráci s příslušnou cestovní kancelář, která vám zajistí dopravu, ubytování, stravu a dá vám na výběr z možných doprovodných programů, kterých se dle svého uvážení zúčastníte nebo ne.

Neorganizovanou akcí je spontánní akce pohybového či sportovního charakteru, které se účastní jedinci, kteří participují nejen na realizaci programu samotného, ale také při její přípravě, případně placení i evaluaci. (27)

Z hlediska charakteru akce je lze dělit na:

- Integrované
- Paralelní
- Segregované

Integrovanou akcí myslíme program, ve kterém jsou upraveny podmínky, prostředky, přístup, metody a postupy tak, aby se mohli účastnit osoby bez i se speciálními potřebami. Nejde však jen o možnost účasti, ale především o opravdovou participaci různých skupin obyvatel. Ve stejný čas, na stejném místě se tedy tito lidé účastní společného programu.

Paralelní akci představuje program podobně upravený jako u akce integrované, avšak probíhá často ve stejném čase, na shodném místě, ale s různým obsahem, který se částečně prolíná.

Segregovanou akci představuje program pro jedince se speciálními potřebami. Nejedná se o účast osob bez speciálních potřeb. Podmínky, prostředky, přístup, metody a postupy či program jsou upraveny cíleně pro osoby se speciálními potřebami. (27)

APA (Aplikované Pohybové Aktivity) zahrnuje následující oblasti:

- Plánování
- Zjišťování a posuzování

- Návrh řešení/Zařazení
- Výuka/Poradenství/Trénink
- Zhodnocení, vyhodnocení
- Možnosti a zdroje
- Prosazení do povědomí širší veřejnosti

Existují i další možná dělení na zimní a letní aktivity, indoorové či outdoorové, dělení dle obsahu a zaměření akce nebo dle věku a charakteru klientské skupiny. Možné je klasické dělení na sport, tělesnou výchovu a tělocvičnou rekreaci. (27)

4.4 TERAPEUTICKÁ REKREACE

V zahraničí se můžeme setkat s profesními skupinami, které se věnují terapeutickému využití rekreace, příp. zážitkové pedagogiky, pro komplexní rehabilitaci osob se zdravotním postižením. V USA existuje pracovní uplatnění v oboru **THERAPEUTIC RECREATION (TR)**. „*Terapeutická rekreace užívá výchovně vzdělávací a rekreační služby k pomoci osobám se zdravotním oslabením, postižením, či jinými specifickými potřebami. Cílem TR je rozvoj a naplnění volnočasových aktivit tak, aby se zlepšilo zdraví, funkční možnosti, nezávislost a kvalita života*“ (NTRS, 2000). Tito odborníci pracují v nemocnicích, rehabilitačních centrech, či rekreačních centrech, školách apod. Jedním z jejich poslání je také pomoci integrovat osoby se ZP do komunity tím, že jim pomáhají využívat centra volnočasových a rekreačních aktivit (11).

Termín TR není v české odborné literatuře příliš známý, neboť problematice pohybových aktivit u osob se zdravotním postižením se u nás věnují spíše odborníci z oblasti aplikovaných pohybových aktivit. Profil absolventů oboru Aplikované Pohybové Aktivity (studijní obor Aplikovaná Tělesná Výchova) jim umožňuje, věnovat se kromě tělesné výchovy a sportu i tělocvičné rekreaci osob se speciálními potřebami. V současné době se začíná rozšiřovat studium APA o zaměření právě na oblast volnočasových aktivit osob se speciálními potřebami (to vše na Fakultě tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci, katedra Aplikovaných Pohybových Aktivit).

Hlavním rozdílem mezi APA a terapeutickou rekreací je v tom, že APA se zaměřuje především na oblast pohybových aktivit. Zatímco TR se zaměřuje na více oblastí - výtvarná a hudební výchova, dobrodružná a zážitková pedagogika atd. (27)

4.5 APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY

Aplikované pohybové aktivity chápeme jako kinantropologickou multidisciplinární vědní oblast, která se zabývá zkoumáním adaptace podmínek a obsahu, ale i dalších činitelů výchovně-vzdělávacího procesu s cílem zlepšení kvality života osob se speciálními potřebami a integrací těchto jedinců mezi intaktní populaci prostřednictvím činností pohybového charakteru. Svým působením přispívá k pozitivnímu ovlivnění celé společnosti ať v rovině kognitivní, postojové nebo dovednostní. Snaží se o celkový psychický, fyzický i sociální rozvoj všech stran zainteresovaných v procesu postupného začleňování jedinců z minoritních skupin obyvatelstva mezi intaktní populaci. Své působení realizuje v kontextu tělesné výchovy, sportu, tělocvičné rekreace a částečně i rehabilitace ve smyslu komplexní rehabilitace. (30)

4.5.1 STRUČNÁ HISTORIE APA

Aplikované pohybové aktivity (APA), respektive anglický ekvivalent Adapted Physical Activity, jako termín byl poprvé použit v roce 1954 Arthurem Danielelem. Avšak již dlouho předtím, přesněji v roce 1924 se konala první vrcholná sportovní akce sportovců se sluchovým postižením s názvem Deaflympijské hry. V průběhu dalších let, především po druhé světové válce, došlo k obrovskému rozvoji sportu osob se zdravotním postižením. V roce 1960 se konaly 1. letní paralympijské hry v Římě, o 16 let později také 1. zimní paralympijské hry. V roce 1968 se konaly 1. světové hry speciálních olympiád. Speciální olympiády jsou určeny pro sportovce s primárním mentálním postižením. V roce 1988 pak vznikl Mezinárodní paralympijský výbor, který je jedním z vůdčích organizací sportu osob se zdravotním postižením (především tělesným a zrakovým postižením). Významnými organizacemi sdružující profesionály v oblasti APA je Mezinárodní federace aplikovaných pohybových aktivit (IFAPA) založená v roce 1977 v Kanadě a

Evropské federace aplikovaných pohybových aktivit (EUFAPA) znovuzaložena v roce 2006 v české republice v Olomouci.(30)

Deaflympijské hry – historie

První sportovní akcí pro neslyšící, známé také jako „International Silent Games“, se konaly v roce 1924. Duchovním otcem myšlenky uspořádat sportovní setkání neslyšících byli Eugène Rubens-Alcais a jeho kolega Antoine Dresse.

The Silent Games byly prvními hrami určené pro skupinu lidí s postižením. Prvního klání her se zúčastnilo devět evropských zemí. Dnes tento počet převyšuje číslo 95 a přicházejí další. Zimní Deaflympijské hry se poprvé konaly v Seefeldu v Rakousku roku 1949. Účastnilo se jich 33 sportovců z 5 zemí.

Deaflympiády (dříve Světové hry neslyšících) organizuje Mezinárodní deaflympijský výbor (dříve Mezinárodní výbor sluchově postižených sportovců – CISS).

Konají se samostatně, vždy následující rok po paralympijských hrách (vzhledem k velkému počtu zdravotních kategorií u jednotlivých postižení i sportovních soutěží) je organizační zátěž na horní hranici únosnosti, takže by prakticky nebylo možné organizačně zvládnout začlenění dalších sportovců a nakonec i dalších sportů.

Neslyšící sportovci soutěží všichni v jedné kategorii postižení, nejsou již dále členění do zdravotních kategorií, jako je tomu u většiny ostatních typů postižení (mentálně postižení také soutěží v jedné kategorii).

Poprvé se reprezentační tým Československé republiky zúčastnil již v roce 1928 II.Letních světových her neslyšících v Amsterdamu, odkud si fotbalový tým přivezl také první medaili – stříbrnou. (29)

Paralympijské hry – historie

V roce 1948 Sir Ludwig Guttmann v rehabilitačním zařízení anglického města Stoke Mandeville zorganizoval závody pro veterány 2. světové války se zraněním páteře. O čtyři roky později se těchto her zúčastnili sportovci z Holandska a podpořili tak vznik hnutí dnes označovaného jako paralympijské.

Popularita her a účast mnoha zemí přiměla Guttmana k založení mezinárodní sportovní organizace pro vozíčkáře (r. 1957). Chtěl dále vytvořit systém soutěží pro

tělesně postižené, které by se podobaly olympijským hrám. Jeho myšlenka se poprvé uskutečnila v r. 1960, necelé dva měsíce po skončení OH v Římě. Historicky se tedy uskutečnily I. Paralympijské hry. Od té doby byl Guttman hlavním iniciátorem všech dalších paralympiád až do své smrti v r. 1980.

První ročníky paralympiád byly určeny výhradně pro sportovce s těžkým postižením páteře – tedy paraplegiky. V průběhu let se připojovaly další skupiny tělesně postižených. Elastici – postižení mozkovou obrnou, zrakově postižení, postižení svalovou dystrofií, manismus a řada dalších postižení. Účast různých skupin postižení sebou přinesla změny ve zdravotní klasifikaci, zvýšení počtu sportovních disciplín a počtu sportovců.

Paralympijské hry jsou vrcholnou soutěží pro špičkové sportovce s různými zdravotními postiženími. Základní filozofií provázející paralympijské hnutí je, že tito sportovci mají schopnosti a zkušenosti rovnocenné s nepostiženými sportovci a stejně jako oni se musí podrobit přísným kvalifikacím a výběru do národních týmů.
(29)

4.6 SPORTOVNÍ AKTIVITY

Chůze

Chůze je nejpřirozenější způsob pohybu, je to zcela zautomatizovaný pohybový návyk. Přesto u mentálně postižených se často vyskytují odchylky – pohyb je nerovnoměrný, křečovitý, klátivý, trup je příliš nakloněn vpřed, krok nepřirozeně dlouhý.

Na rehabilitačních kurzech, kde podstatnou náplň tvoří vycházky do okolí, turistické výlety apod., máme jedinečnou příležitost zaměřit se na nápravu chůze a správného držení těla.

Jak by tedy měla správná chůze vypadat:

Tělo je při pohybu uvolněno, trup nepatrně nachýlen vpřed, hlava vzpřímena. Našlapuje se na střed chodidla a postupně je výkročná noha zatěžována od paty k prstům. Chodidla jsou kladena rovnoběžně ve směru chůze, špičky vytočeny mírně zevnitřek. Paže visí volně podél těla, kyvadlovitě se pohybují v kloubu ramenním. Délka kroku je u normálně vzrostlého člověka asi 75 cm. (9)

Cvičení vhodná pro nácvik správné chůze:

- Chůze se zvedáním kolen podle čáry 5 cm silné. Děti pokládají chodidla vedle čáry po jedné a druhé straně tak, aby ji nepošlapaly. Totéž vzad.

- Chůze po špičkách, patách

- Chůze s dosahováním na větve apod.

- Chůze s předmětem na hlavě (krabice, knížka, batoh)

- Chůze vpřed i vzad, zapažit, ruce spojit na zádech, ramena stáhnout dozadu a dolů, hlava vzpřímená

- Pružná chůze podle písťaly, bubínku, zpěvu

- Chůze z kopce, do kopce, bokem do svahu

Výborným cvičením, které zaměstnává mnoho svalových skupin, je např. chůze v hlubokém sněhu.

Nezbytnou podmínkou je volba dobré obuvi. Nezapomeneme obutí nikdy prověřit. Kdo nosí ortopedickou obuv, musí ji používat i při pochodových cvičeních.

(9)

Běh

Je v úzké korelaci s chůzí, ovšem nedostatky jsou ještě patrnější než při chůzi. Nedostatečná schopnost udržet rovnováhu a koordinovat pohyby mentálně postiženým znemožňuje plynulý běh: bývá trhaný, mají tendenci upadnout při sebemenší překážce.

Nejvhodnějším prostředkem k nácviku jsou pohybové hry. Např. běh za kutálejícím se míčem (kdo ho první sebere), kdo bude nejdříve sedět na kládě atd. (9)

Skok

Nácvik skoku a jeho používání v terénu jsou dovednosti pro děti velmi důležité. Učí se smělosti, odvaze a obratnosti. Začínáme seskakováním z nízké překážky na měkkou podložku. Postupně výšku zvyšujeme.

Pro zlepšení odrazové síly končetin a stability cvičíme různé poskoky. Méně pohybově zdatní nejsou schopni provést správný poskok. Spíše přešlapují z nohy na nohu. (9)

Lezení, plazení

Lezení a plazení jsou vhodná cvičení, protože zaměstnávají celé tělo. Při lezení se pohybujeme pomocí rukou a nohou, při plazení jsou zapojeny ruce, trup a nohy. V přírodě je pro lezení mnoho příležitostí, ale můžeme si zhotovit i jednoduchou podlézačku z několika kůlů, v horní části pokrytou natahanými provázky. (9)

Cvičení rovnováhy

S porušením rovnováhy se u mentálně postižených setkáváme často a při některých sportech tato nedostatečnost značně zpomaluje výcvik (např. lyžování).

Postupně musíme cvičence zbavit strachu a proto zpočátku u motoricky méně schopných provádíme i ty nejjednodušší cviky s dopomocí. Mnohdy stačí jen lehké podepření ruky nebo připravené ruce vychovatele tak, aby cvičenec měl jistotu, že se může zachytit. Rovnováhu cvičíme nejlépe na úzkých plochách. Různé kladiny, klády, zídky, mostky nám dávají příležitost k výcviku. Na vycházkách využíváme všechny příležitosti, které se v přírodě vyskytují. Nácvik musí probíhat postupně a nenásilně, jinak se může stát, že jejich strach se ještě znásobí. (9)

Házení a chytání

Házení a chytání vyžaduje dobrou koordinaci pohybů, při nichž je zapojena řada svalových skupin a hod sám je vlastně souhrnem těchto pohybů v jednom okamžiku. Naučit mentálně postižené správnému házení je vždy dlouhodobá záležitost. Od počátku se snažíme, aby házeli ve správném postavení a správným způsobem. S házením je úzce spjata chytání, takže nacvičujeme oba tyto úkony společně. Vycházíme ze středového postavení – těžiště je sníženo, nohy mírně pokrčeny, rozkročeny v širší pánve, jedna noha vzadu (u praváka pravá). (9)

Běžecké lyžování

Výcvik na běžeckých lyžích považujeme u dětí za vhodnější, než na lyžích sjezdových, zejména u dětí, které s lyžováním začínají. Výcvik na běžkách je pohybově vydatnější, dítě více aktivizuje. Běžecké vybavení je podstatně levnější než sjezdové, lehčí, pro provozování běhu na lyžích nám postačí i nižší sněhová pokrývka, takže se dá lyžovat i od nižších poloh. Běžecké lyže dítě snadno unese, naučí se na nich snadněji vstávat. Pády na běžeckých lyžích jsou bezpečnější, úrazy je mnohem méně než při sjezdovém lyžování. Na běžeckých lyžích se dítě může volně pohybovat zimní krajinou, je v užším kontaktu s přírodou, zažívá příjemný emocionální zážitek z volného pobytu v horách.

Technika chůze či běhu na běžeckých lyžích je ve svých začátcích jednodušší než sjezdová, takže se dá v týdenním výcviku i lépe zvládnout. Instruktaž není tak náročná, navíc s možností trvalého a blízkého kontaktu cvičitele s dítětem. To je zvláště vhodné u dětí s pohybovým, mentálním i smyslovým postižením. (9)

Monoski

Monoski lze definovat jako speciální sedačku připevněnou na běžné vázání jedné lyže s odpruženým a odtlumeným mechanismem, která je určena pro paraplegiky, tetraplegiky, pro tělesně postižené po mozkové obrně, svalové dystrofii, pro amputáře (po amputaci jedné DK, kteří nechtějí nebo nemohou zatěžovat jejich „zdravou“ DK, popřípadě nepoužijí jinou kompenzační pomůcku, a po oboustranné amputaci).

Je složena ze tří základních částí. První je nosná konstrukce, další jsou sedačka (skořepina, skelet) a lyže. K jízdě se používají stabilizátory. (27)

Základními typy monoski

- Nůžkový systém – tato konstrukce se skládá ze dvou nosníků spojených vpředu čepem a vzadu s tlumící jednotkou. Na horním nosníku je upevněna sedačka, dolní nosník je spojen a lyží pomocí držáků.

- Čtyřnosníkovou konstrukci tvoří základní deska, která je upevněna do vázání lyže a je kloubně spojena s horní konstrukcí a tlumicí jednotkou. Na horní konstrukci je připevněna sedačka a opěrka na nohy. (27)

Jednotlivé části monoski:

- Tlumicí jednotka

Tlumicí jednotku tvoří tlumič, u kterého můžeme nastavit různé stupně tuhosti pružení

- Sedačka

Sedačky se zhotovují z laminátu, karbonových a kevlarových vláken. Vnitřní strana je vylepena tepelnou izolační vrstvou, vylita na míru lyžaře nebo vybavena podtlakovou vložkou, která přilne k tělu. Sedačka by měla být tvarovaná přímo na tělo lyžaře tak, aby bylo zaručeno dobré spojení mezi lyžařem a lyží.

- Výška podložky nohou

Výšku kolen určuje úhel stehen. Kolena musí být alespoň trochu ohnuta (záleží na typu monoski). Výška je nastavena tak, aby podkolení a zadní strana stehen byla přilnuta k sedačce. Tak aby kolena nevyčnívala (může hrozit poranění kolen, způsobené jejich volným pohybem) ani tak, aby byly přiškrceny cévy zadní strany stehna. Nohy by měly být tak nízko, jak je to jen možné, aniž by narážely na sníh i při plném naklopení do oblouku a největším stlačením tlumiče.

- Výška opěrné části skořepy

Zjednodušeně se dá říci, že výška opěrky je podobná výšce opěrky u vozíku. To znamená, že se podřizuje výšce léze, funkčnosti a síle svalové, stabilitě a obratnosti. Dále je nutno dodat, že čím je výška zádové opěrky vyšší, tím se obratnost monoski snižuje.

- Nastavení těžiště

Nastavení může být uděláno na lyži předozadním posunem vázání nebo náklonem na sedačce. Také posunem skořepiny do jiných inzertů.

- Tažné zařízení pro jízdu na vleku

Těchto zařízení již existuje celá řada. Nejčastěji se u nás vyskytující je lano nebo pásovina připojena oboustranně ke speciálnímu zařízení s pojistkou. Pojistka se uvolní zatáhnutím smyčky vzad. Smyčka buď visí a lyžař ji musí na konci vleku

uchopit nebo je zavlečena za ruku. Uvolněním pojistky se zavlečené lano vyvlékne z talíře pomy nebo z kotvy. Toto speciální zařízení s pojistkou je uchyceno v oblasti nohou ke skořepině monoski. Vypínání při jízdě na vleku je většinou 2x – 3x jištěno.

- Stabilizátory

Stabilizátory jsou krátké francouzské hole s krátkými lyžičkami připojenými na konci. Pomáhají zajišťovat rovnováhu, mobilitu po rovině, stoupání do kopce, brždění a otáčení kolem osy. Délka stabilizátorů se určuje podle výšky lyžaře v sedu na monoski. Měli by dosahovat na sníh při středně pokrčených pažích. Pro začátečníky je lepší, nastavit je o něco delší. Měli by být tak dlouhé, aby, když jsou položeny vedle kyčelních kloubů, byl v ramenním a loketním kloubu pravý úhel. (27)

Bobování a sáňkování

Při bobování si děti osvojují množství potřebných zkušeností na sněhu, učí se vstávat, klouzat, vytrvale stoupají do svahu, což by bez bobů určitě odmítaly. Boby jsou oproti saním lehké, takže si je dítě samo vytáhne do svahu a při případném pádu má nízko těžiště, nepadá z výšky.

Přesto zde riziko úrazu nepodceňujeme a vždy pečlivě vybíráme terén pro bobování či sáňkování. (9)

5 METODOLOGIE

5.1 CÍL PRÁCE

Cílem práce je vytvořit a ověřit návrh rekondičního pobytu pro klienty centra ARPIDA.

5.2 ÚKOLY PRÁCE

Z uvedeného cíle vyplynuly následující úkoly bakalářské práce:

- Analyzovat literární, časopisecké a důvěryhodné internetové zdroje.
- Připravit plán a zabezpečení týdenního zimního rekondičního pobytu pro osoby s tělesným a mentálním postižením z centra ARPIDY v Českých Budějovicích.
- Realizovat připravený plán a zachytit potřebné výsledky.
- Na základě získaných zkušeností upravit plán.
- Zpracovat a vyhodnotit získané výsledky.
- Získané výsledky zpracovat jako metodický materiál pro učitele a studenty.

5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

VO1: Předpokládám, že je možné návrh rekondičního pobytu aplikovat také u osob se zdravotním postižením.

VO2: Domnívám se, že klienti centra ARPIDA se zúčastňují i jiných pobytů.

5.4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Cílovou skupinou byli klienti se zdravotním postižením – tělesné a kombinované: žáci MŠ, ZŠ a PrŠ při centru ARPIDA o.p.s., kteří se zúčastnili zimního rekondičního pobytu v Rožmberku (18 dívek, 37 chlapců ve věku od 6 do 22 let).

5.5 ORGANIZACE POBYTU

Rekondiční program byl uskutečněn v 6 dnech v termínu od 8. 2. 2009 - 13. 2. 2009 na rekreačním středisku v Rožmberku nad Vltavou.

5.6 POUŽITÉ METODY

Obsahová analýza – je první použitou metodou v bakalářské práci. Spočívá ve vyhledávání literárních a dalších zdrojů, které poskytují informace o osobách s mentálním a tělesným postižením.

Pozorování – spočívá ve správném, uceleném a nesubjektivním zachycení chování a reakcí klientů při provádění připravených aktivit. Je nutné zaznamenat pozitivní i negativní reakce na činnost, ale i zaujetí a schopnost prováděné aktivity vykonávat. Pro přesnost je důležité zaznamenání těchto informací během a nebo ihned po ukončení programu.

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na to, jak jednotlivci nebo skupiny nahlíží, chápou a interpretují svět. Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Úkolem kvalitativního výzkumu je zachycení toho, jak účastníci pobytu situace interpretují a zachycení těchto interpretací.

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku sociologického výzkumu.

6 VÝSLEDKY A DISKUSE

6.1 VÝSLEDKY PRÁCE

Finanční zajištění zimního pobytu

Na úplném začátku bylo zapotřebí připravit finanční a materiální zajištění pobytu, které jsme sháněli již rok dopředu.

Každá organizace má možnost získat dotaci od jednotlivých resortních ministerstev a to buď od Ministerstva zdravotnictví, nebo Ministerstva práce a sociálních věcí. Státní příspěvek je poskytován u psycho-rehabilitačních pobytů na zdravotně postižené dítě bez ohledu na jeho postižení a dále na průvodce, je-li zdravotně postižené dítě držitelem průkazky ZTP/P.

Tento příspěvek je stanoven na každý rok v jiné výši, a to hlavně podle specifiky jednotlivých akcí, tzn. podle skladby postižených dětí a podle léčebného programu jednotlivé akce.

Rozpočet na pobyt je tedy složen z příspěvku státní dotace a z příspěvků od účastníků, které jsou povinné. Cena pobytu byla letos stanovena na 2.500,- Kč.

Vlastní realizaci můžeme rozdělit do následujících bodů:

- propagace
- přihláška a výběr účastníků
- vhodný objekt a materiální zabezpečení
- personální zabezpečení
- program a jeho realizace

1. Propagace

Propagace proběhla formou letáků (příloha č. 1)

Nejprve zjišťování zájmu o pobyt – leták byl předán rodičům v prosinci 2008. Z toho 60 rodičů mělo o pobyt zájem a těm byla pak první týden v lednu 2009 předána závazná přihláška.

Prvním konkrétním údajem, který by měl být v propagačním letáku uveden je cena pobytu. Dále je nutné uvést termín konání pobytu, kontaktní adresu a několika větami popsat poslání a cíle tohoto pobytu.

2. Přihláška a výběr účastníků (příloha č. 2)

Přihláška zasláná zájemcům o pobyt, je pro pořadatele akce velmi důležitá. Dále je přihláška faktickým dokladem o tom, že finanční prostředky za státní dotace byly skutečně použity na plánovanou akci a pro skutečné osoby.

Podle údajů v přihlášce zajišťujeme ubytování, stravování dopravu. Proto musí přihláška obsahovat vedle základních osobních údajů, údaje o způsobu dopravy (společně či individuálně) a další informace od rodičů, které jsou pro pobyt důležité (nutnost samostatného ubytování, dietní strava apod.)

Součástí přihlášky je i Zdravotní list, který vyplní ošetřující lékař dítěte informace o zdravotním stavu, medikace, souhlas s ošetřením...

Pro pořadatele i pro rodiče je přihláška závazná, v případě neúčasti se peníze nevrací.

3. Vhodný objekt a materiální zabezpečení

Nejméně 1 rok dopředu je nutné si smluvně zajistit vhodný objekt na pobyt. Ve smlouvě budou písemně uvedeny veškeré požadavky, které musí provozovatel splnit, a to hlavně:

- forma stravování a ubytování
- doprava
- materiál
- bezbariérovost objektu

Při výběru objektu jsme dali přednost klidnému a přírodnímu prostředí s možností hezkých vycházek do okolí. Jako objekt, kam pojedeme jsme vybrali školící a ubytovací zařízení České pošty, které se nachází v jihočeské obci Rožmberk nad Vltavou, ležící 25 km jižně od Českého Krumlova, v areálu bývalého zámku, v těsné blízkosti státního hradu. Zimní pobyt se zde konal už v loňském roce.

Rok předem jsme si smluvně zajistili celý objekt, platba za pobyt se vybírala v lednu 2009.

Ubytování:

Pokoje jsou 2, 3 a 4 lůžkově vybavené, sociální zařízení a sprchy jsou společné. Celková kapacita je 100 lůžek. K dispozici jsou 2 klubovny s TV.

Část objektu je bariérová, tam jsme ubytovali mobilní a fyzicky zdatnější klienty, zbytek klientů byl v části bezbariérové.

Stravování:

Zajištěno 3 x denně, v den příjezdu začíná večeří a končí snídaní v den odjezdu (včetně balíčku na cestu) + 2 svačiny denně

Snídaně: 8:30 h

Oběd: 12:00 h

Večeře: 18:30 h

Stravování probíhalo každý den v jídelně, která se musela v den příjezdu upravit, abychom se tam všichni vešli, což bylo prostorově a časově velmi náročné.

Doba stravování byla různá, záleželo na druhu postižení klienta.

Jídelníček (příloha č. 3)

Doprava:

Zajištěny byly dva autobusy s vlekem od společnosti Jihotrans a Citroen z důvodu velkého počtu jak klientů, tak i materiálních, kompenzačních, sportovních i jiných pomůcek.

Materiál a pomůcky:

Pro výtvarnou činnost: tempéry, štětce, pastelky, modelínu, fixy, papíry, atp.

Pro akce hudební: kytara, noty, atp.

Pro sportovní akce: saně, boby, pro vybrané jedince lyže, běžky, brusle, sněžnice

Pro společenské akce: notebook, filmy, hudba, atp.

Pomůcky - polohovací sedačky ke stravování, pleny, hygienický podložky, rehabilitační pomůcky - polohovací válce plněné kuličkami

Lékárna – vybavení (příloha č. 4)

4. Personální zabezpečení

Při organizování rekondičního pobytu je důležité zajistit dostatek kvalitních pracovníků, kteří budou po celou dobu zajišťovat péči o klienty.

Ve spolupráci s centrem ARPIDA jsme zajistili celkem 35 pracovníků – pedagogové, osobní asistenti a fyzioterapeuti z centra ARPIDA a studenti Pedagogické a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích.

Po celou dobu s námi byli přítomni i 3 fyzioterapeuti, kteří zajišťovali rehabilitaci pro 21 klientů 1x denně v připravené místnosti za použití pomůcek z centra ARPIDA.

Dalším důležitým pracovníkem byla zdravotní sestra, která u sebe měla veškerou zdravotní dokumentaci, průkazky zdravotní pojišťovny, léky klientů a dohlížela na správné dávkování. V případě potřeby je schopná zajistit první pomoc nebo základní ošetření.

5. Program a jeho realizace

Termín pobytu: 8. 2. 2009 – 13. 2. 2009

Složení: 55 dětí a 35 pracovníků

Vzhledem k počtu účastníků a jejich specifickým potřebám bylo velmi těžké program naplánovat a zkoordinovat. Program i skupiny jsme rozdělili na dopolední a odpolední část. Rozdělení skupin jsme domluvili nejprve s osobními asistenty a následně pak i s klienty. Klienti měli po celou dobu pobytu možnost výběru a pokud se nechtěli něčeho z programu účastnit, tak nemuseli. Někteří klienti měli i individuální program, vzhledem k typu postižení. Večer vždy probíhal společně, samozřejmě i zde platilo, že pokud se někdo nechtěl zúčastnit, tak nemusel.

Důležitou součástí denních činností bylo také rozdávání léků, které probíhalo vždy po jídle.

Časový harmonogram:

7:30 Budíček

8:00 Rozcvička

8:30 Snídaně

10:00-11:30 Dopolnední program

12:00 Oběd

13:00 – 14:30 Polední klid

15:00 – 18:00 Odpolední program

18:30 Večeře

20:00 Společný program

22:00 Večerka

1.den – neděle 8. 2. 2009

Odjezd na zimní rekondiční pobyt byl domluven na 11. hodinu od centra ARPIDA. Osobní asistenti se začali scházet o hodinu dříve než klienti a pomáhali nakládat materiál a pomůcky. U hlavního vchodu byl vyvěšen rozpis, aby každý s rodičů věděl, který osobní asistent má jeho dítě na starost.. Každý z asistentů si své klienty osobně převzal od rodičů (i se zavazadly a pokyny) a poté ho usadil na vyhrazené místo v autobuse. Cesta do Rožmberku trvala cca 1, 5 hodiny. Po příjezdu každý z osobních asistentů obdržel klíče s číslem pokoje a šli se s svými klienty ubytovat a vybalit věci. Poté následoval individuální program. V 18:30 začínala naše první společná večeře. Potom následoval přesun do společenské místnosti, kde hlavní vedoucí klienty a pracovníky oficiálně přivítal na pobytu a seznámil je jak s harmonogramem, tak s programem na následující dny a s dalšími důležitými organizačními a jinými informacemi. Potom následoval volný program. Část klientů ještě chvíli zůstala a dívala se na film, někteří klienti odešli spát, protože první den byl velmi náročný.

2. den – pondělí 9. 2. 2009

Budíček byl každý den individuální, záleželo na asistentovi a na potřebě osobní asistence u klienta – oblékání, hygiena, atd.

Od 8:00 probíhala ve společenské místnosti rozcvička (pouze pro zájemce). Jako pozadí byla puštěna hudba, kterou si sami klienti vybrali, předcvičoval vždy jeden asistent. Jednoduché cvičení a protahování bylo upravené pro jednotlivé typy postižení, za pomoci osobních asistentů. Někteří klienti necvičili, ale bylo pro ně radostné se rozcvičky účastnit a pozorovat ostatní cvičící.

Od 8:30 se podávala v jídelně snídaně. Pak si každý z asistentů vyzvedl na připraveném místě svačinu a šel s klientem na pokoj, připravit se na dopolední program. Skupina č. 1 se šla projít po okolí areálu a pokračovala až dolů do městečka. Skupina č. 2 hrála hry na sněhu (stavění sněhuláka, bobování, sáňkování, atd.), které probíhaly na hřišti před rekreačním střediskem.

Oběd se podával ve 12:00, potom následoval polední klid cca 1,5 – 2 hodiny. Odpolední program byl stejný jako dopolední, akorát si skupiny vyměnily činnosti (tedy skupina č. 1 – hry na sněhu, skupina č. 2 – procházka).

Po večeři následoval společný program, tentokrát promítání animované pohádky „Příběh žraloka“, opět ve společenské místnosti. Osobní hygiena probíhala vždy po individuální domluvě s klientem a to buď před společným večerním programem a nebo po jeho skončení.

3. den – úterý 10. 2. 2009

Dopolední program byl společný pro obě skupiny – hry na sněhu, někteří klienti vyrazili se svými asistenty na vycházku.

V rámci odpoledního programu jsme pro děti přichystali během poledního klidu šipkovanou. Hra měla 2 trasy – jedna byla kratší po zpevněných cestách a druhá vedla lesem a byla určená pro mobilní a fyzicky zdatnější klienty. Trasa byla vyznačená šipkami, které jsme vyrobili z přírodních materiálů. Klienti cestou plnili následující úkoly – hod šiškou na strom, zazpívání písničky, předvedení domácích zvířat, zrychlený přesun – běh, recitace básničky, atp.

Cíl byl pro obě trasy byl společný a končil v jídelně.

Večerní program probíhal ve společenské místnosti, kde jsme pro naše klienty uspořádali diskotéku s písničkami na přání, kterou uváděl hlavní vedoucí. Na diskotéce proběhlo i několik soutěží - podtančení tyče, o nejlepšího tanečníka, hádání názvů písniček, atp.

4. den – středa 11. 2. 2009

Skupina č. 1 se po snídani vypravila autobusem na celodenní výlet do Vyššího Brodu, kde navštívili místní klášter. Poté si společně prohlédli město a nakonec si zašli do místní cukrárny na zmrzlinový pohár. Na večer jeli opět autobusem zpět do Rožmberku, aby byli včas na večeři.

Skupinu č. 2 čekaly dopoledne sportovní aktivity – bobování, sáňkování, běžkování (s vybranou skupinou klientů). Odpoledne jsme se skupinou číslo 2 vypravili Citroenem na Lipno, kde jsme prakticky vyzkoušeli bruslení na dráze, sněžnice a běžky na zasněžené části Lipna. Pro zájemce probíhala ve společenské místnosti výtvarná činnost – obtiskování květin a obkreslování dlaní.

Večer jsme se vypravili podívat do zámecké kaple na představení „O bílé paní“, kde nám herečka převlečená za bílou paní vyprávěla historii rodu Rožmberků. Dozvěděli jsme se i spoustu zajímavých informací o samotném hradu a také o osudu, který potkal bílou paní.

5. den – čtvrtek 12. 2. 2009

Dnes čekal celodenní výlet do Vyššího Brodu skupinu číslo 2.

Skupina číslo 1 se dopoledne věnovala výtvarné a sportovní činnosti, odpoledne se vydali na procházku do Rožmberka, kde si mohli zakoupit v místním obchodě pohledy nebo nějaké sladkosti či dárky.

Večer probíhalo ve společenské místnosti promítání fotografií, které jsme nafotili během našeho pobytu.

6. den – pátek 13. 2. 2009

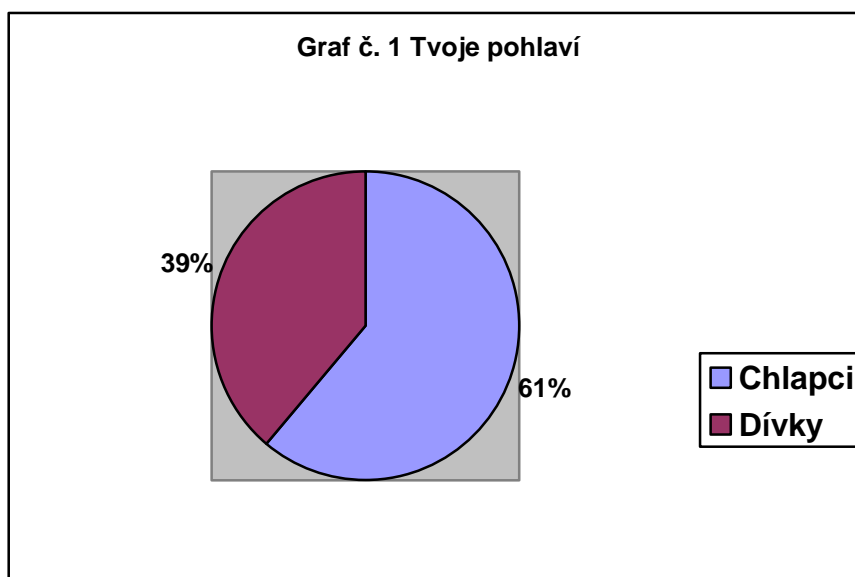
Po snídani nás čekalo balení (někteří už měli sbaleno z předchozího večera) a úklid pokojů. Kdo měl všechno včas hotové, mohl absolvovat ještě poslední

rozlučkovou procházku po okolí rekreačního střediska. Všechna sbalená zavazadla, pomůcky a zbylé materiály jsme soustředili na společné místo před jídelnou. Po posledním obědě přijely opět 2 autobusy s vlekem, které jsme rychle naložili a kolem 14. hodiny jsme odjízďeli do Českých Budějovic. Po 15. hodině jsme přijeli k centru ARPIDA, kde už čekali rodiče.

6.2 DISKUSE K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ

Dotazník obsahuje celkem 9 otázek (příloha č. 5). O vyplnění dotazníku bylo požádáno celkem 55 klientů centra ARPIDA, kteří se zúčastnili zimního pobytu v Rožmberku. Otázky byly vypracovány v jednoduché a srozumitelné formě. O pomoc při vyplňování byli požádáni zákonní zástupci klientů. 15 klientů nebylo schopno objektivně dotazník vyplnit vzhledem k závažnosti mentálního postižení, další 4 klienti dotazník neodevzdali. Vyplněný dotazník tedy odevzdalo celkem 36 klientů.

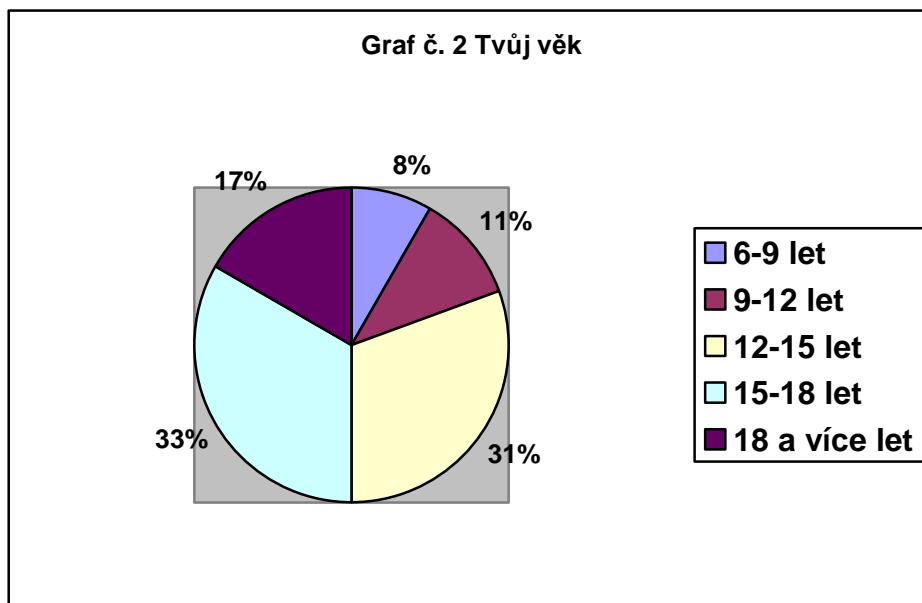
Otázka č. 1: Tvoje pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný vzorek tvoří celkem 36 respondentů, z nichž většinu 22 (61%) tvoří chlapci, dívky jsou zastoupeny v počtu 14 (39%) respondentů. Výsledky odpovídají celkovému poměrnému počtu chlapců a dívek v centru ARPIDA.

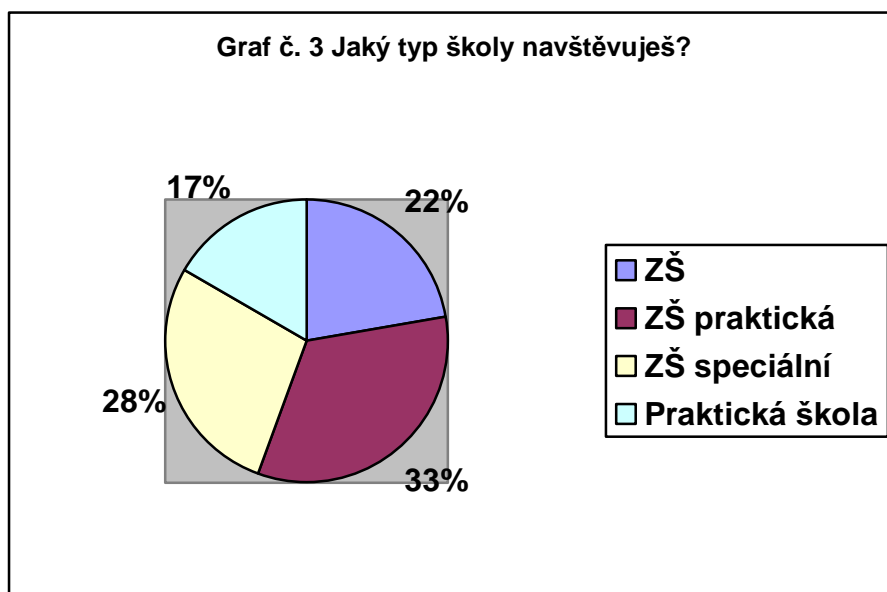
Otázka č. 2: Tvůj věk



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce respondentů bylo na pobytu zastoupeno ve věku 15 – 18 let, konkrétně 12 (33%) klientů. Dále ve věkové kategorii 12 – 15 let, konkrétně 11 (31%) klientů. Ve věkové kategorii 18 a více let, konkrétně 6 (17%) klientů. Ve věkové kategorii 9 – 12 let, konkrétně 4 (11%) klienti. A nejméně respondentů bylo z věkové kategorie 6 – 9 let, konkrétně 3 (8%) klienti. Výsledky ukazují na větší zájem o rekondiční pobyt ze strany starších klientů, což může souviset s větší samostatností a menší fixací na rodinu.

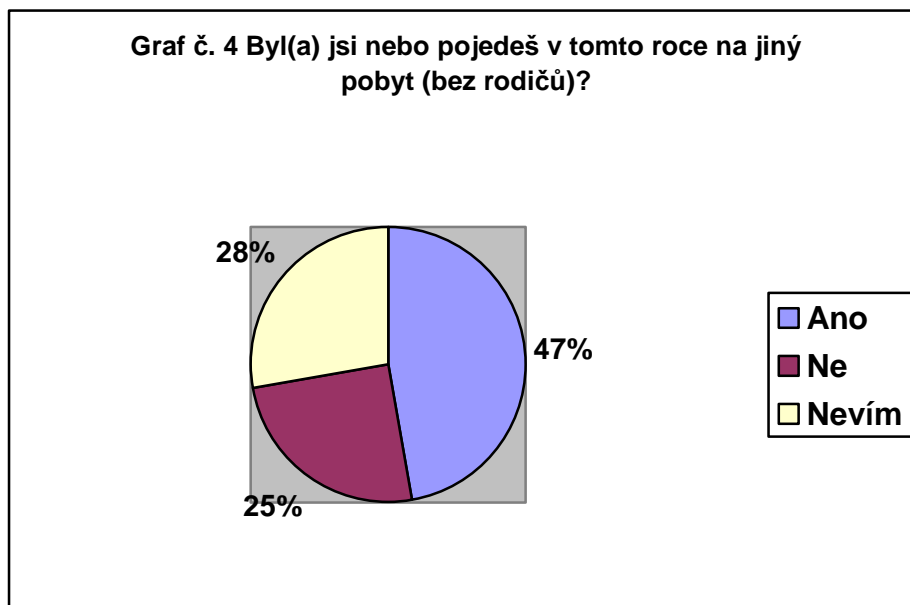
Otázka č. 3 : Jaký typ školy navštěvuješ?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že nejvíce, konkrétně 12 (33%) respondentů bylo ze základní školy praktické. Dále se zúčastnilo 10 (28%) respondentů ze základní školy speciální, 8 (22%) respondentů ze základní školy a 6 (17%) respondentů z praktické školy. 15 klientů, kteří dotazník nevyplnili, navštěvuje základní školu speciální. Tedy výsledně převažuje skupina s kombinovaným postižením, která je ze základní školy speciální.

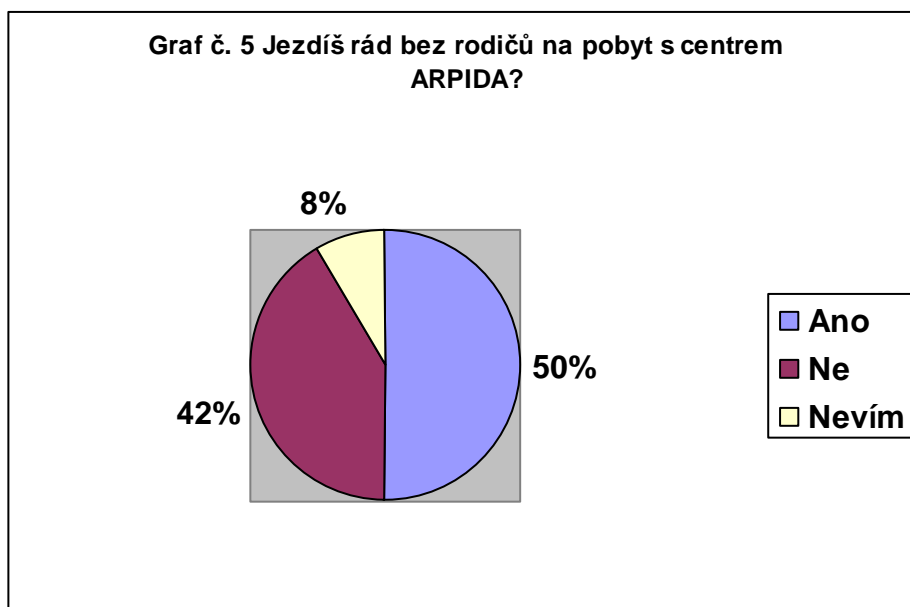
Otázka č. 4: Byl(a) jsi nebo pojeděš v tomto roce na jiný pobyt (bez rodičů)?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 4 vyplynulo, že 17 (47%) respondentů bylo a nebo se zúčastní jiného pobytu – 17 respondentů v srpnu letního tábora v Míreči u Blatné a 5 respondentů pojedě do Francie. 10 (28%) respondentů se už dalšího pobytu v tomto roce nezúčastní a 9 (25%) respondentů zatím neví.

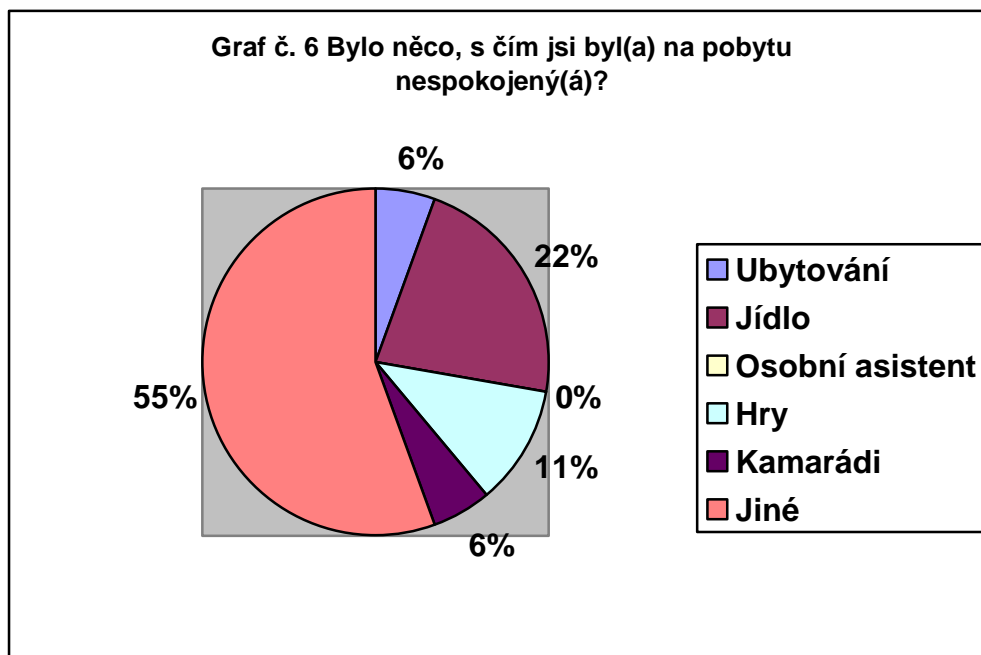
Otázka č. 5 : Jezdíš rád bez rodičů na pobyt s centrem ARPIDA?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 5 vyplynulo, že 18 (50%) respondentů jezdí rádi na pobyt bez rodičů a to z důvodů, že můžou být více s kamarády, dobře vaří, můžou si dělat, co chtějí a jeden respondent odpověděl, že měl na pobytu k dispozici elektrický vozík, což jindy nemívá. 15 (42%) respondentů naopak jezdí radši s rodiči a to z důvodu, že se jim jinak stýská a 3 (8%) respondenti nevěděli.

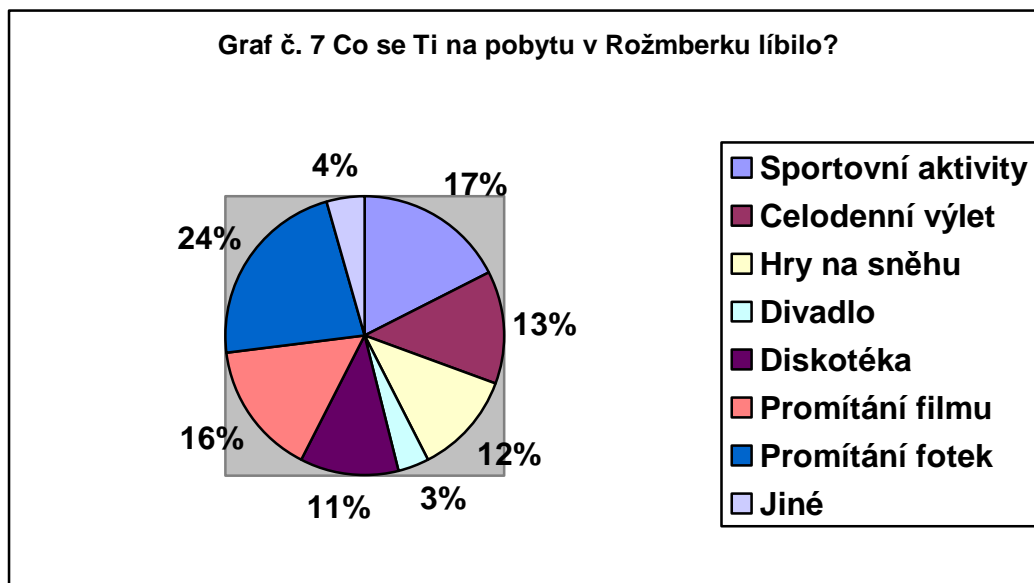
Otázka č. 6: Bylo něco, s čím jsi byl(a) na pobytu nespokojený(á)?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 6 vyplynulo, že 20 (55%) respondentů bylo nespokojeno s jinými důvody, než byly uvedeny v dotazníku a to např., že nejel kamarád ze třídy, bylo mu smutno po rodičích a nebo po domácích mazlíčcích. 8 (22%) respondentů bylo nespokojených s jídlem, to není nic neobvyklého, protože vždy se našlo jídlo, které někomu z klientů na pobytu nechutnalo. 4 (11%) respondentů uvedlo, že se jim nelíbily hry, bohužel už neuvedli jaké a z jakého důvodu. Stejný počet, konkrétně 2 (6%) respondenti nebyli spokojeni s ubytováním a kamarády, to spolu i souviselo, protože jim většinou vadilo, že nejsou ubytováni se svým kamarádem. Nikdo nebyl nespokojen se svým osobním asistentem.

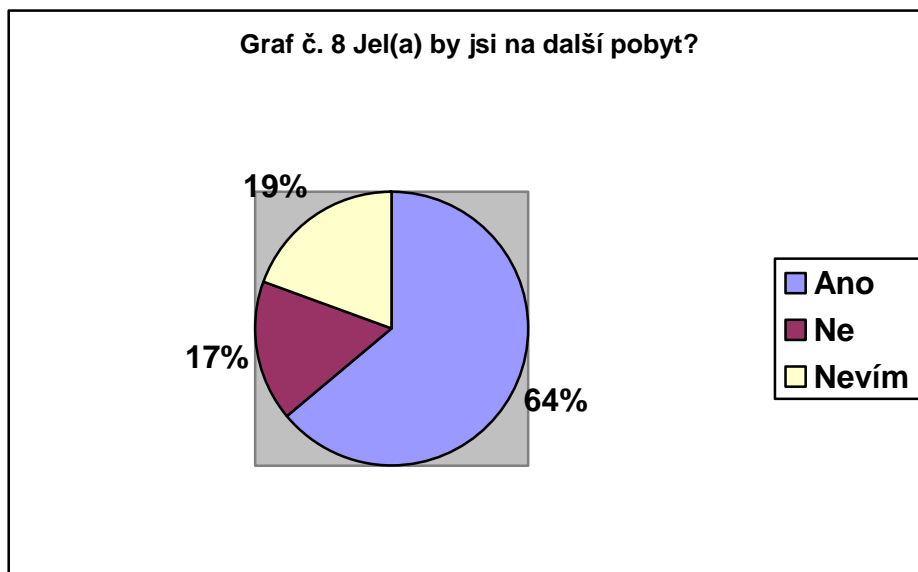
Otázka č. 7: Co se ti na pobytu v Rožmberku líbilo?



Zdroj: Vlastní výzkum

V dotazníku bylo možné u této otázky zaškrtnout více možností. Z grafu č. 7 tedy vyplynulo, že nejvíce se líbilo promítání fotek a to konkrétně 26 (24%) respondentům, 20 (17%) respondentům sportovní aktivity a to hlavně skupině, která se zúčastnila výletu na Lipno, kde si mohli vyzkoušet bruslení na ledové dráze, sněžnice a běžky na zasněžené části. 18 (16%) respondentů uvedlo promítání filmu. Celodenní výlet se líbil 15 (13%) respondentům a to hlavně návštěva cukrárny, kde si dali zmrzlinový pohár. Hry na sněhu uvedlo 14 (12%) respondentů – stavění sněhuláka, koulování, sáňkování, bobování. 13 (11%) respondentů bylo spokojených s diskotékou. Jiné aktivity uvedlo 5 (4%) respondentů, zde bylo jídlo, kamarádi, atp. A nejméně, tedy 4 (3%) respondentům se líbilo divadlo – přestavení Bílé paní.

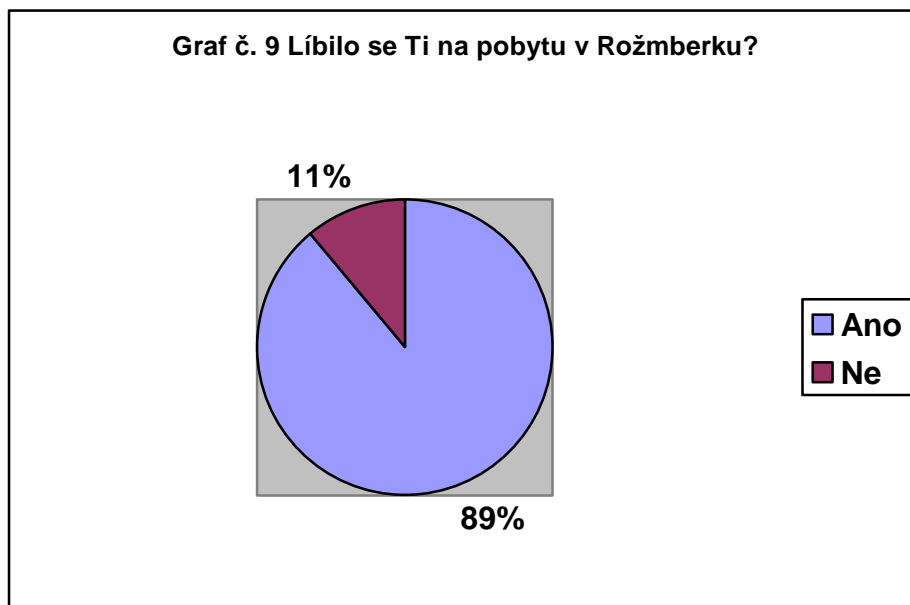
Otázka č. 8: Jel(a) by jsi na další pobyt?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č.8 vyplynulo, že na další pobyt by jelo 23 (64%) respondentů, 7 (19%) by nejelo a 6 (17%) nevědělo.

Otázka č. 9: Líbilo se Ti na pobytu v Rožmberku?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 9 vyplynulo, že 32 (89%) respondentům se na pobytu v Rožmberku líbilo, pouze 4 (11%) respondentům se nelíbilo.

6.3 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSÍ

Cílem mé bakalářské práce bylo připravit a realizovat zimní rekondiční pobyt pro osoby s tělesným a mentálním postižením - klienty centra ARPIDA v Českých Budějovicích.

V práci jsem prostřednictvím kvalitativní metody výzkumu zjišťovala spokojenost klientů centra ARPIDA se zimním rekondičním pobytem v Rožumberku. Použila jsem metodu dotazování. Dotazník obsahoval celkem 9 otázek, které byly buď uzavřené nebo otevřené. Dotazník byl předán celkem 55 klientům centra ARPIDA, kteří se uvedeného pobytu zúčastnili. Věková struktura respondentů byla od 7 do 22 let. Otázky byly vypracovány v jednoduché a srozumitelné formě, neboť skupina obsahovala také klienty s různým stupněm mentálního postižení. U těchto klientů jsme požádala o pomoc při vyplňování jejich zákonné zástupce. U 15 klientů nebylo možno dotazník vůbec vyplnit vzhledem ke stupni jejich mentálního postižení. Jednalo se o klienty speciální školy při centru ARPIDA. 4 respondenti dotazník neodevzdali. Vyplněný dotazník odevzdalo celkem 36 klientů.

V bakalářské práci jsme si stanovila tyto výzkumné otázky:

VO1: Předpokládám, že je možné návrh rekondičního pobytu aplikovat také u osob se zdravotním postižením.

VO2: Domnívám se, že klienti centra ARPIDA se zúčastňují i jiných pobytů.

Otázka č. 1: Tvoje pohlaví

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 36 respondentů, z nichž většinu 22 (61%) tvoří chlapci, dívky jsou zastoupeny v počtu 14 (39%) respondentů. Výsledky odpovídají celkovému poměru počtu chlapců a dívek v centru ARPIDA. Podle dostupných informacích zdrojů se rodí více chlapců s postižením než děvčat.

Otázka č. 2 : Tvůj věk

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věku 15 – 18 let, konkrétně 12 (33%) respondentů. Dále ve věkové kategorii 12 – 15 let, konkrétně 11 (31%) respondentů. Ve věkové kategorii 18 a více let, konkrétně 6 (17%) respondentů. Ve věkové kategorii 9 – 12 let, konkrétně 4 (11%) respondenti. A nejméně respondentů bylo z věkové kategorie 6 – 9 let, konkrétně 3 (8%) respondenti. Toto vše je uvedeno v grafu č. 2. Výsledky ukazují na větší zájem o rekondiční pobyt ze strany starších klientů, což může souviset s větší samostatností a menší fixací na rodinu.

Jak uvádí ve své práci Vágnerová, rodiče mohou koncentrovat veškerou svou pozornost a zájem postiženému dítěti, takže rodičovské postoje a chování k dítěti jsou jiné, než kdyby bylo zdravé. Je zde větší riziko, že budou v určitém směru extrémní. Za nepříznivých okolností se tyto postoje mohou stát zbytečnou brzdou jeho rozvoje. Obtíže a zvláštnosti vývoje osobnosti postiženého dítěte, které se projevují i problémy sociální adaptace, bývají ve větší míře ovlivněny nepřiměřenými postoji rodičů, tj. sociálními faktory, než samotnou vadou.

Otázka č. 3 Jaký typ školy navštěvuješ?

V této otázce jsem zjišťovala jaké bylo složení respondentů z hlediska vzdělání. V centru ARPIDA jsou zastoupeny všechny typy škol, zimního ozdravného pobytu se zúčastňují žáci ZŠ, ZŠ praktické, ZŠ speciální a praktické školy. Zastoupení jednotlivých typů škol je znázorněno na grafu č. 3. Zde je patrné, že převažuje počet respondentů ze základní školy praktické, konkrétně 12 (33%) respondentů. Dále se zúčastnilo 10 (28%) respondentů ze základní školy speciální, 8 (22%) respondentů ze základní školy a 6 (17%) respondentů z praktické školy. Jelikož se ale výzkumu nezúčastnilo 15 klientů, kteří nebyli schopni dotazník objektivně vyplnit vzhledem k závažnosti mentálního postižení a kteří navštěvují základní školu speciální, převažovali na pobytu v Rožmberku klienti ze ZŠ speciální. Dle rozhovorů se sociální pracovníci a hlavním vedoucím pobytu jsem zjistila, že z hlediska počtu klientů v centru ARPIDA, přibývá klientů s kombinovaným postižením tzn., že kromě tělesného postižení mají ještě přidružené mentální postižení a to různého stupně. Přičemž v posledních letech přibývá klientů v pásmu střední mentální

retardace, kteří jsou zařazení do ZŠ speciální, popřípadě v ZŠ speciální – rehabilitační program – viz zmiňovaných 15 klientů. Přibývání těchto klientů je také dáno zlepšením zákonných podmínek. Podle školského zákona má dítě, žák či student se zdravotním postižením, jakožto osoba se speciálními potřebami, právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jeho vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského zařízení. Podle Vyhlášky o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami rozhoduje o zařazení žáka do školy její ředitel, a to na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce žáka.

Otázka č.4 Byl(a) jsi nebo pojeděš v tomto roce na jiný pobyt (bez rodičů)?

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda klienti centra ARPIDA s tělesným a mentálním postižením mají i další možnosti nebo nabídky zúčastnit se podobných pobytů a jak velká je během roku nabídka i od jiných organizací. V této otázce jsem si chtěla také potvrdit výzkumnou otázku č.2 a to, že se domnívám, že klienti centra ARPIDA se zúčastňují i jiných pobytů. Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 4. Zde je patrné, že 17 (47%) respondentů se zúčastní jiného pobytu a to dokonce všech 17 klientů, kteří pojedou v srpnu na letní tábor v Míreči u Blatné a 5 respondentů se zúčastní v červnu zájezdu do Francie. 10 (28%) respondentů se už dalšího pobytu v tomto roce nezúčastní a 9 (25%) respondentů zatím neví. Z odpovědí vyplývá, že klienti sice mají možnost zúčastnit se i jiných pobytů, ale jedná se pouze o pobyty pořádané centrem ARPIDA. Nikdo z respondentů neuvedl jiné organizace, které by podobné akce pořádaly. Na základě toho jsem si zjišťovala, zda vůbec v Českých Budějovicích existují nějaké organizace, které pořádají podobné akce. Zjistila jsem, že veškeré akce pořádají organizace pouze pro své klienty např. Dětský stacionář SVĚTLUŠKA, o.p.s, Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie, atp. Na základě mých zkušeností z této si myslím, že pořádání podobných pobytů má pro klienty velký význam hlavně z hlediska socializace osob se zdravotním postižením.

Otázka č. 5: Jezdíš rád bez rodičů na pobyt s centrem ARPIDA?

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda klienti mají zájem účastnit se podobných pobytů. Z grafu č. 5 je patrné, že 18 (50%) respondentů jezdí rádi na pobyt bez rodičů. Někteří klienti doplnili otázku o následující odpovědi a to že jezdí na pobyt z důvodů, že mohou být více s kamarády, dobře vaří, mohou si dělat, co chtějí a jeden respondent odpověděl, že měl na pobytu k dispozici elektrický vozík, což jindy nemívá. 15 (42%) respondentů naopak jezdí radši s rodiči a to z důvodu, že se jim jinak stýská a 3 (8%) respondenti nevěděli. Myslím si, že je dobře, když se klienti podobných pobytů účastní a to z důvodů zlepšení jejich samostatnosti a soběstačnosti, naučí se lépe orientovat v cizím prostředí, komunikovat s ostatními, říct si o pomoc apod.

Pořádány rekondiční pobyt zařazujeme do sociální rehabilitace, která je nedílnou součástí uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA. Sociální rehabilitace se zabývá problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje metodu reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením).

Otázka č. 6: Bylo něco, s čím jsi byl(a) nespokojený(á)?

Z výzkumu, který je znázorněn grafem č. 6 vyplynulo, že 20 (55%) respondentů bylo nespokojeno s jinými důvody, než byly uvedeny v dotazníku a to např., že nejel kamarád ze třídy, bylo mu smutno po rodičích a nebo po domácích mazlíčcích. 8 (22%) respondentů bylo nespokojených s jídlem, to není nic neobvyklého, protože vždy se našlo jídlo, které někomu z klientů na pobytu nechutnalo. 4 (11%) respondentů uvedlo, že se jim nelíbily hry, bohužel už neuvedli jaké a z jakého důvodu. Stejný počet, konkrétně 2 (6%) respondenti nebyli spokojeni s ubytováním a kamarády, to spolu i souviselo, protože jim většinou vadilo, že nejsou ubytováni se svým kamarádem. Nikdo nebyl nespokojen se svým osobním asistentem.

Postižení lidé mívají menší počet přátel, kteří by jim mohli poskytnout emoční či faktickou oporu. To je dáno omezenějšími možnostmi kontaktu, ale i rozdíly v jejich přístupu k jiným lidem a úrovni sociálních dovedností. Na druhé straně jsou přátelské

vztahy faktorem, který pozitivně přispívá k pocitu životní pohody a zlepšuje sebehodnocení. Ženy, i když jsou zdravotně postižené, bývají sociálně adaptabilnější a dovedou si udržet více přátelských kontaktů než muži. (Kef, 1997; Roy a kol., 1998)

Otázka č.7: Co se Ti na pobytu v Rožmberku líbilo? (Zde můžete zakřížkovat více odpovědí)

V této otázce jsem chtěla zjistit, jaké aktivity se klientům na pobytu v Rožmberku nejvíce líbily. Z grafu č. 7 vyplynulo, že nejvíce se líbilo promítání fotek a to konkrétně 26 (24%) respondentům, 20 (17%) respondentům sportovní aktivity a to hlavně skupině, která se zúčastnila výletu na Lipno, kde si mohli vyzkoušet bruslení na ledové dráze, sněžnice a běžky na zasněžené části. 18 (16%) respondentů uvedlo promítání filmu. Celodenní výlet se líbil 15 (13%) respondentům a to hlavně návštěva cukrárny, kde si dali zmrzlinový pohár. Hry na sněhu uvedlo 14 (12%) respondentů – stavění sněhuláka, koulování, sáňkování, bobování. 13 (11%) respondentů bylo spokojených s diskotékou. Jiné aktivity uvedlo 5 (4%) respondentů, zde bylo jídlo, kamarádi, atp. A nejméně, tedy 4 (3%) respondentům se líbilo divadlo – přestavení Bílé paní. Z výzkumu vyplývá, že skupina byla rovnoměrně rozložená z hlediska zájmů, nic významně nepřevažovalo. Myslím si, že rozdělení zájmů souvisí také s mentálním postižením. Více klientů vyhledávalo spíše pasivní záležitosti jako je promítání fotek, kdy jsou nadšení, že vidí sami sebe. Jak uvádí Vágnerová, typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem.

Otázka č. 8: Jel(a) by jsi na další pobyt?

V této otázce jsem chtěla zjistit zájem klientů o možnosti pořádání dalších pobytů. Výsledek je zachycen v grafu č. 8. Dozvěděla jsem se, že na další pobyt by jelo 23 (64%) respondentů, 7 (19%) by nejelo a 6 (17%) nevědělo. Tradice těchto pobytů je v centru ARPIDA již 15 let. Na základě informací, které jsem dostala od pracovníků centra ARPIDA, vidí velký význam z hlediska osamostatnění a odpoutání klienta od rodičů. Vágnerová uvádí, že osamostatnění od rodiny je pro mentálně postižené velmi těžké, někdy dokonce nedosažitelné. Tito lidé většinou nemají potřebu zcela samostatného života a ani by jej nebyli schopni. Rodina jim poskytuje určité citové zázemí, ale na druhé straně bývají více sociálně izolováni, především v kontaktech s vrstevníky (resp. podobně postiženými vrstevníky). V rodině dojde dost často k zafixování konstelace určitých rolí a z nich vyplývajících vztahů, mentálně postižený dospělý zde bývá v pozici závislého dítěte, o němž rozhodují jiní.

Otázka č. 9: Líbilo se Ti na pobytu v Rožmberku?

V této otázce vyplynulo, že 32 (89%) respondentům se na pobytu v Rožmberku líbilo, pouze 4 (11%) respondentům se nelíbilo. Tato otázka je i zpětnou vazbou na mou výzkumnou otázku číslo 1. Domnívám se, že pobyt byl plný různých aktivit, jak aktivních pro mobilní a fyzicky zdatné klienty, tak i pasivnějších činností pro klidnější typy. Bylo složité vytvořit a zkoordinovat program vzhledem k počtu účastníků, jejich věku, rozsahu mentálního postižení, v pohybových možnostech a jejich specifickým potřebám. Pracovníci centra ARPIDA uplatňují ve svém přístupu ke klientům Standardy kvality sociálních služeb, nenutí klienty do činností a nechávají jim právo se rozhodnout. Myslím si, že velmi důležitý je i respitní význam rekondičního pobytu. Rodiče během pobytu získají čas k odpočinku a regeneraci sil a zároveň ví, že je o jejich děti dobře postaráno.

7 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit návrh zimního rekondičního pobytu pro osoby s tělesným a mentálním postižením a ověřit ho vybranou skupinou klientů z centra ARPIDA v Českých Budějovicích. Ve spolupráci s pracovníky centra ARPIDA byl připraven 6-ti denní pobyt v Rožmberku nad Vltavou. Program byl zaměřen především na sportovní a pohybové aktivity.

Realizace celého pobytu, jeho průběh i výsledky dotazníkového šetření potvrdily první výzkumnou otázku - Předpokládám, že je možné návrh rekondičního pobytu aplikovat také u osob se zdravotním postižením. Zpočátku pro mne bylo velmi složité vytvořit a zkoordinovat program vzhledem k vysokému počtu účastníků. Celkově se zimního rekondičního pobytu zúčastnilo 90 osob. Problémem byl také velký věkový rozptyl klientů (7-22 let). Stupně mentálního postižení klientů vylučovaly některé organizované aktivity. Velký vliv na tvorbu programu měly také různé pohybové možnosti a specifické potřeby klientů (chodící, chodící s oporou, vozíčkáři). Celou skupinu jsme na začátku pobytu rozdělili na dvě menší, každá skupina měla možnost účastnit se organizovaného programu v jiném časovém období např. jedna dopoledne, druhá skupina pak v odpoledních hodinách. Některé činnosti byly organizované jen pro vybrané klienty v souvislosti s jejich fyzickými možnostmi např. běžkování, snežnice, brusle apod.

Pracovníci centra ARPIDA respektují názory klientů a v žádném případě je nenutí do činností, které nechtějí dělat. Každá klientka má právo právo se svobodně rozhodnout a vybrat si činnost, která odpovídá jeho představám. V tomto spatřuji obrovský význam pro klienty centra ARPIDA, kteří mají možnost vyjádřit svobodně svůj názor a vyzkoušet si žít bez vlivu a péče rodičů. Rekondiční pobyt není důležitý jen pro samotné klienty, ale také pro jejich rodiče nebo opatrovníky, kteří mají možnost během pobytu získat čas k dpočinku, relaxaci a regeneraci sil. Významný je tedy i respitní (odlehčovací) efekt tohoto pobytu.

Výsledky a diskuze potvrdily i druhou výzkumnou otázku - Domnívám se, že klienti centra ARPIDA se zúčastňují i jiných pobytů. Z šetření vyplynulo, že respondenti mají možnosti zúčastnit se také jiných organizovaných pobytů určených pro osoby se zdravotním postižením. Ve všech případech se ale jednalo o akce

pořádané centrem ARPIDA např. letní integrovaný távor, pobyt ve Francii aj. Na základě toho jsem zjišťovala, zda vůbec v Českých Budějovicích existují nějaké organizace, které pořádají podobné akce pro zdravotně postižené. Zjistila jsem, že veškeré pobytové akce pro osoby se zdravotním postižením pořádají organizace pouze pro své klienty např. Dětský stacionář SVĚTLUŠKA, o.p.s, Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie, atp. Myslím si, že by bylo zajímavé, kdyby se rozvinula větší spolupráce mezi podobnými organizacemi v Českých Budějovicích a podařilo se zrealizovat společný rekondiční pobyt pro osoby se zdravotním postižením. Nabízí se zde prostor pro vytváření dalších prací a projektů např. i z řad studentů PF, které by mohly navazovat na tento již vyzkoušený rekondiční pobyt a rozšířit tak nabídku aktivit pro osoby se zdravotním postižením– např. arteterapie, muzikoterapii, sportovní a pohybové aktivity určené pro osoby s tělesným postižením např. monoski apod.

Závěrem bych chtěla říci, že má práce splnila cíle, které jsem si v začátku stanovila. Organizace zimního rekondičního pobytu byla pro mne zajímavou a cennou zkušeností při mém studiu.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní zdroje:

1. BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. Tělesně postižený, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24s. ISBN 978-80-86991-21-4
2. DOHNAL, T. Koncepce a metodika systému komunitní rekreace na úrovni obce, Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 118s. ISBN 80-244-0492-3
3. HODAŇ, B. Rekreeologie, Olomouc:Hanex, 2005. 202s. ISBN 80-85783-48-7
4. HOUDKOVÁ, Z. Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. 1.vydání, Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6
5. CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením. 1. vydání, Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1
6. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vydání, Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5
7. 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
8. KERROVÁ, S. Dítě se speciálními potřebami. 1. vyd. Praha: Portál 1997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9
9. KOLEKTIV AUTORŮ Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí, Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice, 1998. 200 s.

10. KŘÍŽ, J. Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita 2004. 76 s. ISBN 80-7040-724-7
11. KUDLÁČEK, M. Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením, Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 122s. ISBN 978-80-244-1655-7
12. LECHTA, V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5
13. MACHEK, J. HAVLÍČKOVÁ, M. Metodický list pro pořádání psychorehabilitačních kursů pro rodiče a jejich zdravotně postižené děti předškolního věku, Praha: Svaz tělesně postižených v ČR a Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, 1994. 38 s.
14. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3
15. PÁNÍKOVÁ, A. Integrace dětí s kombinovaným postižením. České Budějovice, 2007. 62 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí diplomové práce Jana Zierhutová
16. PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B. Pedagogika volného času. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 221s. ISBN 80-7178-711-6
17. PIPEKOVÁ, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2.vyd Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
18. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2001. 322s. ISBN 80-7178-579-2

19. VÁGNEROVÁ, M. Psychologie handicapu, Část 3, Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita. 78 s. ISBN 80-7083-210-8

20. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 870s. ISBN 80-7178-802-3

21. VALENTA, M., MÜLLER, O Psychologie teoretické základy a metodika. 1.vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2

22. VÍTKOVÁ, M. et al. Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a sociální. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9

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

Jiné zdroje:

24. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví, Ženeva: Světová zdravotnická organizace

25. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. 1.vyd. Praha: ÚZIS, 1992. 779 s.

26. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje: 2008 – 2010. 1.vyd. České Budějovice: VŠERS, 2007. 138 s. ISBN 978-80-86708-48-5

27. <http://www.apa.upol.cz> [online] – Centrum aplikovaných pohybových aktivit

28. <http://www.arpida.cz> [online] – Oficiální stránky centra ARPIDA

29. <http://www.paralympic.cz> [online] – Oficiální stránky Českého paralympijského výboru

30. <http://www.wikipedie.cz> [online] – Otevřená encyklopedie

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Propagační leták

Příloha č. 2 Přihláška se zdravotním listem

Příloha č. 3 Jídelníček

Příloha č. 4 Vybavení lékárny

Příloha č. 5 Fotodokumentace

Příloha č. 1

Zimní ozdravný pobyt v Rožmberku nad Vltavou 8.2.- 13.2.2009

Informace o příjezdu a odjezdu dětí:

Odjezd: sraz v neděli 8.2.2009 ve 13:00 hod. u centra ARPIDA
Příjezd: v pátek 13.2.2009 asi v 15:00 hod. (odjezd z Rožmberka ve 14:00 hod.)
Cena: 2.500,- Kč (zaplat'te prosím nejpozději do 6.února 2009)

Seznam věcí:

- zimní bunda - přezůvky
- oteplovačky nebo kombinéza - trička
- svetr nebo mikina - tepláky, punčocháče
- rukavice, čepice, šála - pyžamo

- ručníky - pevná zimní obuv

- teplé ponožky - tenké ponožky
 - spodní prádlo na pět dní
- hygienické potřeby (mýdlo, šampon, hřeben, kartáček a pasta na zuby, papírové kapesníčky, krém na obličej)
- igelitová taška na špinavé prádlo
- boby nebo sáně případně běžky – přizpůsobené potřebám dítěte
- knížku, oblíbenou hračku apod., kapesné asi 50,- Kč

Prosíme rodiče, aby veškerá zavazadla a všechny věci svých dětí čitelně označili popisovačem a přiložili také seznam všech věcí.

Nezapomeňte!!!!!!

- dostatečné množství léků s podrobným popisem užívání a označené jménem
- průkazku ZTP nebo ZTP/P
- průkaz pojištěnce zdravotní pojišťovny

Průkaz pojištěnce zdravotní pojišťovny a vyplněný zdravotní list odevzdejte před odjezdem Mgr. Daně Kopecké (u recepcce centra ARPIDA).

Adresa: Česká pošta – ubytovací zařízení, Rožmberk nad Vltavou 66, 382 18
(www.ubytovanicp-rozmbek.w1.cz), e-mail: ubytovanicp@rozmbek.cz

Telefon: 380 749 831, mobil Mgr. Kolář: 731 031 903 - volejte prosím pouze v nejnnutnějším případě

Zdravotní list dítěte

Zimní ozdravný pobyt v Rožmberku nad Vltavou 8.2. - 13.2. 2009

Jméno a příjmení.....

Adresa

Rodné číslo Zdrav. pojišťovna

Tel. domů..... Mobil.....

Tel. rodičů do práce.....

Zdravotní stav dítěte

Dlouhodobé onemocnění dítěte, diety, alergie apod.....
.....
.....
.....

Seznam léků, které dítě pravidelně užívá, a jejich
dávkování.....

.....
.....
.....
.....

**V případě akutního zhoršení zdravotního stavu dítěte tímto
podpisem
stvrzuji souhlas s lékařským zásahem.**

datum.....

.....

rodičů

podpis

JÍDELNÍČEK

8. 2. 2009	Večeře	Mexický guláš, těstoviny
9. 2. 2009	Snídaně	Čaj, pečivo, máslo, šunkový salám, sýr
	Svačina 1	Jablko
	Oběd	Polévka hovězí s kapáním Hovězí maso vařené, zadělávaná mrkev, brambory
	Svačina 2	Jogurt
	Večeře	Lívance se skořicí
10. 2. 2009	Snídaně	Sladké pečivo, kakao
	Svačina 1	banán
	Oběd	Polévka gulášová Vepřová pečeně, zelí dušené, bramborový knedlík
	Svačina 2	Buchta
	Večeře	Čevapčiči, brambory, obloha
11. 2. 2009	Snídaně	Čaj, pečivo, máslo, paštika, džem, med
	Svačina 1	Sušenka
	Oběd	Polévka čočková Džuveč s vepřovým masem, okurka sterilovaná
	Svačina 2	Mandarinka
	Večeře	Hovězí maso vařené, omáčka rajská, knedlíky
12. 2. 2009	Snídaně	Čaj, pečivo, máslo, jogurt
	Svačina 1	Kobliha
	Oběd	Polévka zeleninová Kuře pečené, bramborová kaše
	Svačina 2	Pudink
	Večeře	Krupicová kaše s kakaem
13. 2. 2009	Snídaně	Čaj, pečivo, máslo, šunkový salám, sýr
	Svačina 1	Koláček
	Oběd	Polévka čočková Vepřový řízek, brambory
	Balíček na cestu	Pitíčko, jablko, sušenka

Lékárna zimní ozdravný pobyt 2009

Akutol spray	1x
Ascorutin tbl.	1x
Algifen tbl.	1x
Calcium pantothenicum	1x
Carbo medicinalis	1x
Diazepam 5mg a 10mg	1x
Dermochlorofyl spray	1x
Duvira	1x
Endiaron	1x
Framykoin mast	1x
Gelaspon	2x
Glycerinové čípky	1x
Gutalax	1x
Hylak forte	1x
Ibalgin 200	1x
Ibalgin Sus	1x
IBU-HEPA	1x
APO- Ibuprofen	1x
Kinedril	1x
Kulíšek	1x
Mucosolvan roztok	2x
Mucosolvan sirup	2x
Mukoseptonex sup.	1x
Ophtal	1x
Paralen extra	1x
Paralen 500 mg	2x
Paralen 500 čípky	1x
Peroxid vodíku 3%	1x
Rectodelt 100	1x
Sanorin-emulze	2x
Septofort 2 mg	1x
Septonex zásyp	1x
Stopangin	1x
Stoptussin	1x
Náplast polštářková	1x
Torecan	1x

Framykoin zászyp	1x
Maalox	6x
Ophtalmo- septonex	1x
Septonex	1x
Valetol tbl.	1x
Vata	1x
V-Penicilin 500	1x
Algifen kap.	1x
Algifen tbl.	1x
Bromhexin 12 BC	2x
Diazepam 5mg a 10mg	1x
Dinyl tbl.	1x
Doxybene 100 mg tbl.	1x
Endiaron	1x
Fenistil kap.	1x
Framykoin mast	1x
Framykoin zászyp	1x
Glycerinové čípky	1x
Hylak forte	1x
Ibalgin 200 tbl.	1x
Ibalgin 400 tbl.	1x
Kinedril	1x
Kulíšek	1x
Laxygal	1x
Maalox	6x
Mexalen	1x
Mucosolvan	1x
Mukoseptonex sup.	2x
Ophtal	1x
Ophtalmo- septonex	1x
Paralen 100 mg sup.	1x
Paralen 125 mg	1x
Paralen 500 mg	1x
Sanorin-alergin	1x
Septonex	1x
Septonex zászyp	1x
Stopangin	1x
Náplast polštářková 8cm x 1m	1x
Torecan	1x
Valetol tbl.	1x
Vata	1x
V-Penicilin 500	1x