



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Porovnání terapií užívaných u dětí  
s mentálním a kombinovaným postižením  
v Mateřské škole při centru ARPIDA, o.p.s.  
České Budějovice a v Mateřské škole a  
SPC Jihlava, Demlova 28

Vypracoval: Pavla Nováková  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D.

České Budějovice 2018

# Prohlášení

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

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

Datum

Pavla Nováková

# Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá možnostmi terapií pro jedince s kombinovaným postižením v zařízeních fungujících na bázi koordinované rehabilitace. Cílem je zjistit, jaká aktivita je pro dítě s danou diagnózou nejvhodnější, kterou si nejvíce užívá. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V první polovině se zabývá vývojem dítěte od narození až do předškolního věku. Druhá kapitola se zabývá druhy postižení. Dále jsou podrobně popsány terapie užívané v léčbě jedinců s kombinovaným postižením.

Pro zjištění výsledků byly využity metody pozorování a řízené rozhovory pedagogů z MŠ při centru Arpida, o.p.s. a MŠ a SPC Jihlava, Demlova 28 a rodičů vybraných dětí.

Výsledky šetření ukazují pedagogům možnosti působení na jedince a zároveň poskytují zpětnou vazbu pro další práci s dětmi s obdobným onemocněním.

## **Klíčová slova**

Kombinované postižení, zdravotní postižení, koordinovaná rehabilitace, terapie, speciální vzdělávací potřeby, dítě

# Abstract

This thesis focuses on possibilities of therapies for individuals with combined disabilities in facilities devoted to coordinated rehabilitation. The goal is to learn which activity is the most suitable for each child, which they enjoy the most. The paper is composed of two parts, theoretical and practical. The first part is devoted to the development of a child from the time of birth until the preschool age. The second chapter studies frequent disabilities. Further, therapies used in treating patients with combined disabilities are described.

A method of structured interviews with nursery teachers at the Arpida c.i.s. and Nursery and SEC Jihlava, Demlova 28 and parents of selected children.

The results show teachers possible ways a child can be affected and provide a feedback for further work with children with a similar condition.

## Key words

Combined disability, disability, coordinated rehabilitation, therapy, specific education equipment, child

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za odborné připomínky, které mi poskytoval při vedení práce, rodičům a pedagogům daných zařízení za poskytnutí rozhovorů.

Zároveň bych chtěla poděkovat celé své rodině a blízkým přátelům za podporu v průběhu celého studia a v neposlední řadě za trpělivost a toleranci.

## Obsah

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>2 Teoretická část</b> .....	<b>9</b>
2.1 Psychomotorický vývoj dítěte .....	9
2.1.1 Prenatální období .....	9
2.1.2 Perinatální období .....	10
2.1.3 Postnatální období.....	10
2.1.4 Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami - odchylky ve vývoji. 16	
2.2 Typy zdravotního postižení .....	17
2.2.1 Mentální postižení.....	17
2.2.2 Tělesné postižení .....	18
2.2.3 Kombinované postižení .....	20
2.2.4 Sociální rozměr zdravotního postižení.....	21
2.3 Koordinovaná rehabilitace .....	21
<b>3 Podpůrné terapie</b> .....	<b>25</b>
3.1 Expresivní terapie .....	25
3.1.1 Arteterapie .....	25
3.1.2 Muzikoterapie .....	26
3.2 Animoterapie .....	27
3.2.1 Hipoterapie .....	28
3.2.2 Canisterapie.....	29
3.3 Léčebná rehabilitace .....	29
3.3.1 Fyzioterapie .....	30
3.3.2 Ergoterapie .....	31
3.4 Logopedická intervence .....	32
3.5 Snoezelen.....	32
3.6 Bazální stimulace .....	33
<b>4 Metodologie a cíle výzkumu</b> .....	<b>34</b>
4.1 Cíl práce .....	34

4.2 Metodologie výzkumného šetření .....	34
4.3 Výzkumný terén .....	35
4.3.1 Mateřská škola při centru Arpida, o.p.s. ....	35
4.3.2 MŠ a SPC Jihlava, Demlova 28.....	38
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	41
<b>5 Případové studie.....</b>	<b>42</b>
5.1 Případové studie z MŠ a SPC Jihlava .....	42
5.1.1 Případová studie Eva.....	42
5.1.2 Případová studie Jana .....	44
5.2 Případová studie z MŠ při centru Arpida, o.p.s.....	46
5.2.1 Případová studie Milan .....	46
5.2.2 Případová studie Josef.....	48
<b>6 Analýza získaných poznatků a diskuze .....</b>	<b>50</b>
<b>7 Závěr.....</b>	<b>54</b>
<b>8 Zdroje.....</b>	<b>55</b>
8.1 Seznam použité literatury .....	55
8.2 Seznam internetových zdrojů .....	59
<b>9 Seznam zkratk .....</b>	<b>60</b>
<b>10 Přílohy .....</b>	<b>61</b>

# 1 ÚVOD

V dřívějších dobách, dokonce v minulém století, byly děti se specifickými potřebami segregovány od společnosti, v dnešní době jsou její přirozenou součástí. Tyto děti bývají začleňovány do kolektivu a většina lidí proti tomu nic nenamítá.

Z počátku svého studia jsem se s názorem ztotožňovala, neboť jsem v rámci praxe navštěvovala běžnou mateřskou školu a přišlo mi to správné. Svůj názor jsem změnila po zkušenosti asistence ve speciální třídě. Došla jsem k názoru, že každé dítě se speciálními vzdělávacími potřebami se může správně rozvíjet díky individuálnímu přístupu a péči, kterou mu běžná třída v plném rozsahu neumožňuje.

V Mateřské škole při Centru Arpida, o.p.s. v Českých Budějovicích (dále jen MŠ při centru Arpida) a v Mateřské škole a Speciálně pedagogickém centru Demlova (dále jen MŠ a SPC Demlova) v Jihlavě pracují s dětmi, které většinou potřebují individuální přístup. Zařízení tohoto typu jim nabízí nepřehledné množství aktivit a terapií, které napomáhají jejich dalšímu rozvoji. Přístup zaměstnanců a široké spektrum možností práce s těmito dětmi mě zaujalo natolik, že jsem se rozhodla danému tématu blíže věnovat ve své bakalářské práci.

Cílem mého výzkumu je zjistit, která z nabízených terapií je pro dítě s daným kombinovaným postižením nejprínosnější a kterou by rodiče uvítali pro jejich další rozvoj.

Vybrala jsem si dva jedince z MŠ a SPC Jihlava, kam jsem docházela v rámci dobrovolnictví už na střední škole. Toto zařízení bylo pro mě inspirací ke studiu oboru Speciální pedagogiky. Další dvě děti jsem si vybrala z MŠ při Centru Arpida, o.p.s., kde jsem vykonávala svoji první praxi ve speciálním zařízení. Druhé zařízení mě zaujalo jak svým přístupem k dětem, tak i celkovými vztahy na pracovišti a samozřejmě i vztahy s rodiči, které jsou velice důležité.

Zejména děti a jejich okolí si zaslouží, aby si život užily v co možná největší možné míře, neboť jeho délka není vždy to nejpodstatnější. Důležité je prožívání, nikoliv přežívání.



## 2 Teoretická část

### 2.1 Psychomotorický vývoj dítěte

#### 2.1.1 Prenatální období

Vývoj každého dítěte začíná v době, kdy dochází ke splynutí mužské a ženské pohlavní buňky, tedy spermie a vajíčka. Poté se začne dělit a po několika hodinách vzniknou nejprve dvě, pak čtyři, osm atd. buněk. Tento zárodek se v průběhu několika dní začne přemisťovat z vejcovodu do dělohy, kde se ukotví a dále se vyvíjí. Do konce druhého měsíce mluvíme o zárodku (embryu), od třetího měsíce jde o plod (fetus) (Matějček, 2004).

V této době začíná získávat lidskou podobu. Jsou již patrné horní a dolní končetiny, činnost orgánů je zahájena ještě před úplným dotvořením plodu. Orgány se vyvíjejí v průběhu celého těhotenství matky, tedy deset lunárních měsíců. Ledviny zahajují svoji činnost v pátém měsíci. Vytvářejí malé množství moči, která se přidává do plodové vody. Samotný pohyb plodu ženy cítí od čtvrtého až pátého měsíce. Téměř na konci gravidity začínají pracovat žlázy s vnitřní sekrecí, mezi které patří nadledvinky, štítná žláza, slinivka břišní (Matějček, 2004).

Po celou dobu je plod vyživován placentou, která převádí odpadní látky do krve matky a naopak. Plodová voda chrání plod před nárazy, změnami teploty a mimo jiné umožňuje pohyb. Od půlky třetího trimestru plod zaujme jednu polohu, která je důležitá pro následný porod. Nejčastěji se postaví tak, aby hlava směřovala ke dnu dělohy a zadeček nahoru (Matějček, 2004).

V prenatálním období se také pokládají základy psychického vývoje člověka (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dle Vágnerové (2005) je plod aktivní, zvládá pohyby končetinami, otáčí hlavičkou, počátkem třetího měsíce zavírá a otevírá ústa a je také schopen nejjednodušších forem učení. Od šestého měsíce dokáže reagovat na různé smyslové podněty, např. rozlišuje lidskou řeč od ostatních zvuků a ke konci těhotenství pravděpodobně rozlišuje hlas i své matky. Dítě vnímá matčiny emoce, které jej ovlivňují. Dobrý psychický stav matky během těhotenství je důležitý pro vytvoření základu psychiky dítěte (Langmeier a Krejčířová, 2006).

### 2.1.2 Perinatální období

Těhotenství končí mezi 38. - 42. týdnem gravidity, kdy se narodí nový jedinec, jehož průměrná hmotnost je kolem 3 300 gramů a délka okolo 50 cm. Porodem přestává být dítě součástí matčina těla a stává se svébytnou osobností. Po narození se dostává do diametrálně odlišného prostředí. Leží rovně na zádech, musí samo dýchat, přijímat potravu, vyměšovat a zároveň regulovat tělesnou teplotu (Vágnerová, 2005). Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je porod pro matku i dítě, které je ještě po fyzické a psychické stránce nezralé, velkou zátěží.

### 2.1.3 Postnatální období

#### Novorozenecké období

Začíná prvním nádechem dítěte a trvá přibližně měsíc. Dochází k adaptaci na nové prostředí. „*Novorozenec je vybaven základními reflexy, vrozenými způsoby chování a schopností učení*” (Vágnerová, 2005; s. 68). Hovoříme o nepodmíněných reflexech, kam patří například reflex sací, hledací, polykací, vyměšovací, úchopový. Některé z nich v průběhu několika měsíců vymizí.

V rámci sociálního jednání je pro dítě nejdůležitější křik, který naznačuje potřeby dítěte. Dochází k diferenciaci křiku z hladu a bolesti. V učení je důležitý i úměrný přísun podnětů, na které by jedinec mohl reagovat. Stimuly by měly přicházet z blízkého okolí dítěte, zejména od matky. V této době je dítě schopné reagovat pouze krátkou dobu a ještě na jím vybrané motivy (Vágnerová, 2005).

Z intrauterinního období si dítě odnáší schopnost slyšet různé zvuky, naproti tomu zrakové vnímání je značně omezené. Dokáže vnímat obrysy vzdálené 20-30 cm, pokud jsou v zorném poli (Hyvärinenová, 1993). Během několika dní života dokáže fixovat obrys matky a dále ho v průběhu vývoje ostřit. Vztah mezi matkou a dítětem se i nadále vyvíjí.

#### Kojenecké období

Plynně po novorozeneckém období následuje kojenecké, které se datuje do jednoho roku dítěte. V této fázi života dochází k rozvoji schopností, které povedou k postupnému osamostatňování. Zároveň můžeme pozorovat individuální rozdíly, jak ve vývoji, tak v chování či prožívání (Vágnerová, 2005).

Do jednoho roku dochází k prudkému psychickému vývoji, na který má nemalý vliv tělesný růst, ale též zrání centrální nervové soustavy. Erikson (2002) toto období nazval receptivní fází. Pod pojmem receptivita si lze představit otevřenost okolním podnětům. Není však v silách dítěte, aby dokázalo pojmout všechny; na základě svých preferencí a kompetencí si určité vybírá. Příjemné prožitky mohou stimulovat dětskou zvědavost, kdežto negativní ji mohou popírat. Je tedy důležité, aby převažovaly příjemné zkušenosti nad negativními (Vágnerová, 2005).

Z počátku vývoje jsou pro dítě nejdůležitější biologické potřeby, kam patří jídlo, ale také teplo a tělesná pohoda. Freud toto období nazval orální aktivitou, neboť dítě získává nejvíce informací v oblasti úst, např. za pomoci sacího reflexu, který se přemění na kousací. Kolem třetího měsíce dochází právě ke koordinaci oko-ruka-ústa. Ke konci kojenecké fáze uchopování probíhá rozmanitěji, ale už nezahrnuje orální aktivitu (Vágnerová, 2005).

K tomu, aby dítě dokázalo vnímat své okolí a nadále se rozvíjet kupředu, potřebuje stimuly, bezpečí a citovou jistotu, jejichž prostřednictvím může prozkoumávat svět a učit se z něj. Období rozvoje poznávacích procesů Piaget (1999) nazval fází senzomotorické inteligence. Největší vliv má motorika a vnímání. Poznávání probíhá ve formě konkrétního kontaktu s reálným světem. Poznává tedy to, co vnímá, či s čím může hýbat. Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů pro rozvoj vnímání, jehož prostřednictvím dítě získává spoustu informací, ale zejména přehled o svém okolí a lepší orientaci v něm.

Motorické schopnosti se rozvíjejí v několika etapách na základě dozrávání jednotlivých mozkových struktur. V prvním trimestru života dochází k úchopovému reflexu, který se během prvních týdnů vytratí, po určité době se vrátí, ale na vyšší vývojové úrovni. Ve čtvrtém až osmém měsíci dochází k práci s horními končetinami. Ke konci osmého měsíce se na úchopu podílí pouze paže, nikoliv celé tělo, jak tomu bylo doposud. Zároveň se provádí kontrola držení těla pro udržení polohy vsedě. V posledních třech měsících do konce prvního roku dozrává mozeček, který má na starosti rovnováhu organismu, konkrétně zvládnutí stoje a na přelomu roku i chůze (Vágnerová, 2005).

První souhra poznávacích a pohybových schopností napomáhá lepšímu zrakovému i sluchovému vnímání z okolí. Kolem druhého měsíce začíná ovládat

hlavičku, zvedá ji a drží ji v dané poloze. Díky tomu dochází ke zvětšení zorného úhlu dítěte. Kolem čtvrtého měsíce se zvedání hlavy rozšiřuje na cílené pohyby, které napomáhají vyhledávání a pozorování hýbajícího se objektu. V období mezi 6. až 7. měsíce dokáže dítě samo sedět, hlavu i záda drží vzpříma. Dovede se samo bez pomoci posadit a v poloze na břiše se staví na dlaně a kolena, čímž se připravuje na lezení. V návaznosti na sed se dítě připravuje na samotný pohyb, který se objevuje zhruba od devátého měsíce a poté konečně chůzi, kterou se osamostatňuje (Langmeier a Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2005).

Z hlediska úchopu a manipulace se v počátku vývoje u dítěte nejvíce využívají ústa, ke kterým se kolem druhého měsíce přidává ještě ruka. Z počátku je tato spolupráce zaměřena zejména na obživu, ke konci třetího měsíce se ale využívá i na přitáhnutí stimulu do zorného úhlu dítěte, který se stále posiluje. V šestém měsíci se ke koordinaci ústa - ruka přidává zrak. Jedinec svede cíleně předávat předmět z jedné ruky do druhé, otáčet s ním a mačkat atd. (Vágnerová, 2005). Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) klešťový úchop (podle Allen a Marotz (2002) a Vágnerové (2005) klíšťkový) se projevuje na konci devátého měsíce a vypadá tak, že dítě bere cíleně předmět palcem a ukazovákem. Dochází ke koordinaci pohybů prstů, ale též se projevuje schopnost čočky se akomodovat (Vágnerová, 2005).

O vývoji řeči lze hovořit již ve fázi kojence, konkrétně se nacházíme v tzv. předřečovém období. Hned od narození sem řadíme křik. Kolem třetího měsíce můžeme u dítěte slyšet houkání, nebo též broukání. Celé se to prolíná se žvatláním, které je zpočátku pudové a od šestého měsíce se přetvoří na napodobující. Dítě se snaží těmito zvuky napodobit lidskou řeč. Kolem desátého měsíce už jí dokáže porozumět. Nerozumí obsahu slov, ale zvuky si váže na představy situací, které se často opakují (Klenková, 2006).

K tomu, aby mohlo dojít k úspěšné socializaci jedince, je zapotřebí, aby se rozvíjely i jiné oblasti. Samotnou socializaci lze rozdělit do několika fází/trimestrů. První fázi lze označit jako fázi základní sociální orientace. Dítě je schopné přijímat mnoho podnětů, ale nedokáže mezi nimi dělat rozdíly. Vnímá je na základě svých možností. V tuto dobu je všechno nové, takže i kontakt s matkou bere jako soubor ne příliš zřejmých pocitů. Mahlerová (1975) tuto fázi pojmenovala jako autistickou. Dítě nedokáže vytvořit rozdíly mezi osobami, natož si vybrat jednu

preferenční. Ke konci trimestru dokáže odlišovat lidi od věcí. Váže s nimi oční kontakt a bere je za člena dialogu.

Druhý trimestr lze brát jako sociálně diferencující fázi. Rozpoznává živé a neživé objekty, dokáže je déle fixovat. S lidmi komunikuje mimikou, pantomimou, ale i úchopem. Objevuje se zde jednoduchá sociální hra, dítě zde figuruje jako zaujatý účastník a dospělý je iniciátor hry. Název třetího a čtvrtého trimestru je fáze pokračující sociální diferenciaci (Vágnerová, 2005). Kolem 7. měsíce začíná rozlišovat mezi známou a cizí tváří a dává najevo úzkost při odloučení od známé osoby. Objevuje se strach z cizích lidí a neznámých situací. Dítě navazuje specifický vztah k jedné osobě (Langmeier a Krejčířová, 1998). Dítě zná řád svého dne a lidi kolem sebe, proto dokáže vycítit, když dochází k nějaké změně. Ta v něm vyvolá nejistotu a potřeba zvědavosti se podřídí potřebě bezpečí. Ke konci kojeneckého období se může objevit tzv. separační aktivita. Jedinec se dokáže pohybovat a uvědomuje si, že se od matky vzdaluje. Stává se jistějším a na chvíli je schopen ve známém prostředí se od ní odloučit (Vágnerová, 2005).

#### Batoleční období

V této fázi se odehrávají významné vývojové změny, výrazně se zpomaluje růst. Lepší motorika umožňuje batolatům samostatně se pohybovat a tím prozkoumávat okolí (Allen a Marotz, 2002). Uvolňují se vazby, ale zároveň dochází k pevnému vedení a kontrole. V rámci svého vývoje usiluje o sebeprosazení a zjištění svých limitů (Vágnerová, 2005).

V rámci motoriky dítě využívá všechny svalové skupiny, ale především kosterní svalstvo a svěrače. Vágnerová (2005) rozlišuje druhy pohybu na retenci a eliminaci. První z nich upozorňuje na udržení něčeho, kdežto eliminace je sklon opouštět, zahazovat, co nechce. Po osvojení těchto pohybů dochází ke schopnosti ovládat vyměšování, které patří mezi vývojový mezník batolete. Díky rozvoji pohybové aktivity získává jedinec informace o vlastním tělesném schématu a zároveň je schopen uspokojit potřeby stimulace dle vlastního uvážení (Vágnerová, 2005).

Vývoj motoriky spočívá zejména v rozvoji samostatné chůze. Mezi 13. a 15. měsícem začíná chodit samostatně. Ve dvou letech jde do schodů i bez přidržování, dokáže utíkat, téměř nepadá a zvládá nerovnosti terénu

(Langmeier a Krejčířová, 1998). Jemná motorika se stále vyvíjí. Dítě uchopuje i velmi drobné předměty a jejich odhazování přestává být náhodné, ale naopak je jemnější a lépe načasované. V období kolem osmnáctého měsíce je schopno postavit komín z několika kostek, či napodobit jejich řazení. Ve dvou letech dokáže např. udržet hrnek v jedné ruce, házet míč spodem, nebo držet tužku celou dlaní. Ve třech letech umí skládat puzzle, navlékat korálky a zvládá obracet stránky v knize (Allen a Marotz, 2002). V batolecím období se objevují první kresebné projevy. Snaží se o napodobení čáry provedené dospělým (kolem roku a půl), až po schopnost napodobit kruh (Langmeier a Krejčířová, 1998).

Změna přístupu ke světu je také do jisté míry ovlivněná i rozvojem poznávacích procesů. Dítě si všímá objektů kolem sebe, jejichž prostřednictvím získává informace a schopnost orientace. Ke konci batolecího období si jedinec začíná fixovat pravidla o fungování okolního světa, která mu dále napomáhají s emancipací. Postupně dítě přestává být omezeno pouze na konkrétní věci a aktuální časový úsek (Vágnerová, 2005). Piaget (2000) o tomto období hovoří jako o fázi symbolického a předpojmového myšlení. Myslí tím způsob uvažování, kterým dítě zpracovává nové poznatky. Dokáže si udělat představu o věcech či činnostech, které zrovna nevidí (Langmeier a Krejčířová, 1998). Dobře je to patrné na symbolické hře, kde pro svoji hru užívá symbolů, které zastupují nepřítomný objekt. Batole se dostává do fáze symbolického myšlení, protože manipuluje s něčím jiným než s konkrétními objekty. Tento druh má emotivní hodnotu. V symbolické hře se projeví osobní zkušenost dítěte, často v transformované podobě. Ve fantazii si dítě příběh přetváří k svému obrazu (Vágnerová, 2005). Dítě si prohlíží knihy a obrázky, se zájmem je jako čte. Tříleté dítě vydrží poslouchat pohádku, která v něm vyvolá zájem po dobu až deseti minut. Třídí předměty podle jednoho logického kritéria např.: podle barvy. Začíná se orientovat v čase, uvědomuje si setrvání, přesto má určité problémy s pojmy např.: “včera půjdu do školky” (Allen a Marotz, 2002).

Mezi prvním a třetím rokem nastupuje proces osamostatňování se. Erikson (2002) nazval toto období stádiem autonomie, během kterého dochází k formování vlastního Já (Šulová, 2004). Kolem druhého roku se začínají upevňovat vztahy k vrstevníkům. Dítě je rádo v jejich společnosti, hraje si s nimi, ale pouze paralelně. Společná hra se objevuje kolem třetího roku. V tomto období si brání svoje hračky, nerado je půjčuje, často používá slovo “ne”. Odmítá spolupracovat

při běžných aktivitách. Je v interakci s více osobami. Dochází k rozvoji aktivní řeči. Z počátku je tvořena jednoslovnými výrazy, které mají široké použití např.: “ham, bum”. V období druhého roku dokáže tvořit dvouslovné věty. Jsou složeny z jednoho základního a jednoho proměnného slova. V projevu sdělení je pro dítě důležitější obsah nad formou. Ve třech letech začíná využívat první souvětí, začíná časovat a skloňovat (Vágnerová, 2005).

### Předškolní období

Předškolní věk je charakteristický různým vztahem ke světu. Vágnerová (2005) hovoří o této fázi jako o fantazijním zpracování informací, intuitivním uvažování, které není regulováno logikou. Piaget (2000) označil tuto fázi jako období názorného intuitivního myšlení dítěte, které ještě nerespektuje zákony logiky a je tudíž nepřesné. Předškolní děti přehlížejí informace, které by jim překážely v pohledu na svět. Nemají vytvořený pojem trvalosti množiny předmětů. Mají představu, že změna vizuální podoby vede ke změně množství. Realitu, kterou dítě prožívá, si upravuje často nepravdivou lží tzv. konfabulací, aby pro něj byla více srozumitelná a přijatelná (Vágnerová, 2005).

V rámci motoriky dochází ke zdokonalování již naučených pohybů. Čtyřleté, lépe i pětileté dítě dobře utíká, seběhne ze schodů, skáče, leze po žebříku, stojí na jedné noze. Svoji zručnost trénuje při hrách s pískem, s plastelínou, ale nejvíce při kresbě. Od tří let dokáže napodobit různé směry čáry (vertikální, horizontální, kruhové). Ve čtyřech letech kreslí křížek a v pěti napodobuje čtverec. Své představy dokáže přenést na papír. Z počátku se jedná o čmáranici, která se nepodobá jevu, který kreslil. Ve čtyřech už dokáže nakreslit obraz více podobný realitě, ačkoliv jen v hrubých obrysech. Nejčastěji se jedná o kresbu postavy. Z počátku vypadá jako tzv. hlavonožec (na hlavu navazují končetiny). V pěti letech už kresba odpovídá představě, je detailnější, ale proporce jsou víceméně nahodilé. V období zralosti pro školu je již kresba po všech stránkách vyspělejší (Langmeier a Krejčířová, 1998).

V oblasti řeči se dítě zdokonaluje. Ve třech letech je výslovnost velmi nedokonalá. Hlávky jsou zaměňovány za jiné, nebo jsou špatně vyslovovány, hovoříme o tzv. dětské patlavosti. V průběhu dalších dvou let se řeč zdokonalí natolik, že patlavost vymizí před začátkem školní docházky, nebo v průběhu prvního

roku. U dětí roste zájem o mluvenou řeč. Tříleté dítě dokáže poslouchat krátké povídky, umí říkanky. Na dotaz dokáže říci své celé jméno, rozpozná hlavní barvy.

Řeč je využívána i na regulaci chování. Od tří let je dítě schopné regulovat své chování dle slovní instrukce. Na konci předškolního období se objevují dvě tendence, které rozhodují o pokroku do další etapy vývoje. Domácí prostředí pro dítě již není dostatečné. Nové vztahy k dějům nachází i mimo domov. Druhý pokrok je v oblasti práce. Kolem čtvrtého roku je u dítěte patrná radost pomáhat s drobnými domácími pracemi (Langmeier a Krejčířová, 1998).

Ve čtyřech letech se u dítěte projevují rychlé změny nálad. Časté jsou záchvaty vzteku kvůli maličkostem. Zároveň touží po chvále a povzbuzení od dospělých. Objevuje se i sobeckost, která se projevuje nechutí střídání ve hře a žalováním. V pěti letech je hra kooperativní. Dítě má spoustu nápadů, jak hru obohatit. Dokáže se již střídat v činnostech a dělit se o hračky. Emoční výkyvy už nejsou tak výrazné. Nadále potřebuje povzbuzení ze strany dospělých. Své úkoly si plní odpovědně (Allen a Marotz, 2002).

Předškolní věk je chápán jako období příprav na život ve společnosti. Základní vzorce sociálního chování si dítě osvojuje v rodině. Je schopno se zařadit do jiných sociálních skupin, s nimiž se identifikuje: rodina, vrstevníci jako rovnocenná skupina, mateřská škola jako první instituce, s níž se dítě setkává. Vždy musí mít naplněnou potřebu jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2005).

#### **2.1.4 Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami - odchylky ve vývoji**

Vývoj jedince, ale zejména jeho psychické vlastnosti a funkce jsou závislé na mnoha faktorech. Nemaý vliv na to má dědičnost. Všechny informace, které si jedinec přenáší od rodičů, se souhrnně nazývají genotyp. „*Genetické vlohy určují míru rizika vzniku psychické odchylky*” (Vágnerová, 2004; s. 30).

Díky rychlému vývoji řeči a jazyka se také rozvíjí složitější uvažování. Pokud se nerozvíjí řeč, opožd'uje se jeho celkový vývoj. Tyto problémy mívají sluchově postižené děti, které nemohou mluvenou řeč vnímat, a mentálně postižené děti, jež nejsou schopné chápat příslušné souvislosti a vztahy ani na úrovni bezprostředně



vnímané reality. Pohybově postižené dítě zůstává závislé na lidech nejbližšího okolí, kteří mu vzdálenější objekty mohou přiblížit (Vágnerová, 2008).

## 2.2 Typy zdravotního postižení

### 2.2.1 Mentální postižení

Mentální postižení je charakteristické snížením intelektových schopností, které je vrozené a doprovázené poruchami adaptace. Vývoj trvale zaostává, čímž je omezena možnost vzdělávání a sociální přizpůsobivost (Jankovský, 2006).

Švarcová (2006) uvádí, že termínu mentální postižení (mentální retardace) odpovídá dřívější označení oligofrenie.

Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) se dělí mentální retardace (MR) na:

- lehká MR (IQ 50-69)
- středně těžká MR (IQ 35-49)
- těžká MR (IQ 20-34)
- hluboká MR (IQ pod 20)

Charakteristika stupňů mentální retardace dle Bazalové (2006):

Pro **lehkou mentální retardaci** je typické do tří let lehké zpoždění psychomotorického vývoje, do šesti let se projevuje malou slovní zásobou, opožděným vývojem řeči, obsahovou chudostí a stereotypem ve hře. Zpomalen je rovněž rozvoj sociálních dovedností. V emocích je patrná známka impulzivnosti a úzkostnosti. Rodinné prostředí má velký vliv na socializaci.

Projevem **středně těžké mentální retardace** je jednoduchá řeč, chudá slovní zásoba, časté agramatismy, převažují jednoduché věty. Motorický vývoj je zpomalen, zůstává celková neobratnost a pohybová nekoordinovanost. Objevuje se emoční labilita a časté nepřiměřené afektivní reakce.

V předškolním věku je u **těžké mentální retardace** patrné výrazné opoždění psychomotorického vývoje, projevem je pohybová neobratnost a dlouhodobé osvojování koordinovaných pohybů. Dochází ke značnému omezení psychických procesů a poruch pozornosti. Komunikační dovednosti se rozvíjí minimálně, řeč

je omezená na jednoduchá slova, nebo se netvoří vůbec. Poznávají blízké osoby, ale jsou odkázáni na celoživotní péči.

Při **hluboké mentální retardaci** dochází k těžkému omezení motoriky. Objevují se stereotypní automatické pohyby, často spojené s postižením sluchu, zraku nebo těžkými neurologickými poruchami. Narušené je jak zrakové, tak sluchové vnímání. Většina jedinců není schopna samoobsluhy. Komunikace je nonverbální, bez smyslu, objevují se výkřiky a grimasy. Nepoznává okolí a často dochází k sebepoškozování.

Příčiny vzniku mohou být v období těhotenství (infekční onemocnění matky, metabolické poruchy, toxické látky). Při porodu může dojít k hypoxii, nitrolebnímu krvácení nebo metabolické encefalopatii, do dvou let se může projevit infekcí dítěte, záněty mozku a úrazy (Bazalová in Pipeková, 2006).

### **2.2.2 Tělesné postižení**

Člověk je omezen v pohybových schopnostech, v důsledku poškození pohybového nebo podpůrného aparátu anebo jiného organického poškození (Gruber a Lendl, 1992). Pokud se jedná o dlouhodobý, nebo trvalý stav, stěžuje sebeuplatnění - seberealizaci v sociální interakci. Dle Vítkové (1999) je pohyb chápán jako spouštěč procesů, které jsou řízeny mozkiem, v němž jsou důležité tři lokality: mozková kůra, mozkový kmen a mozeček.

Omezené pohybové zkušenosti vedou ke změně vnímání (Vítková, 2006). Piaget (2000) uvádí, že existuje těsná souhra mezi vnímáním, pohybem a kognicí. Dítě se učí při pohybu a pohybem. Pokud dítě není schopno předmět fixovat očima, v poloze "pasení koníčků", na základě svého tělesného postižení, chybí mu základní pohybový vzor. Z toho vychází i omezená koordinace oko - ruka. Děti v důsledku svého pohybového omezení nemohou získávat vlastní zkušenosti ze svého prostředí (Vítková in Pipeková, 2006).

## Klasifikace pohybových vad

Monatová (1994) rozlišuje dvě poruchy: vrozené, včetně dědičných poruch, a získané. Pohybové vady mohou být různého stupně: obrny centrální a periferní, deformace, malformace (patologické vyvinutí různých částí těla) a amputace (umělé odnětí části těla).

### Obrny centrální a periferní nervové soustavy

Typově se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti. Dělí se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plegie** (úplné ochrnutí).

Dětská mozková obrna (DMO) zkráceně mozková obrna má příčiny v prenatálním období. Z počátku těhotenství jsou to infekce matky, později oběhové poruchy, které způsobují špatné okysličování plodu, zejména jeho mozku. V perinatálním období jde o důsledek porodní asfyxie, těžkých komplikovaných, předčasných a opožděných porodů. V postnatálním období DMO způsobují všechny infekce nezralého mozku, zejména do šesti měsíců. Pro DMO je typické hybné postižení, nerovnoměrný vývoj, neobratnost, zejména v jemné motorice, opožděný vývoj a vady řeči, zvýšená nesoustředěnost, neklid a nedokonalé vnímání (Kapounek, 1989). Závažným problémem jsou poruchy polykání a slinění (salivace), v důsledku čehož může dojít k vdechnutí potravy (Jankovský, 2006).

Podle lokalizace lze obrny dělit na **monoparézu** (postižení jedné končetiny), **diparézu** (postižení zejména dolních končetin), **hemiparézu** (postižení jedné poloviny těla), **kvadruparézu**, kdy jsou postiženy všechny končetiny (Jankovský, 2006).

Dle Kubáta (1992) velkou skupinou vrozených nebo získaných vad jsou deformace, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Nejčastěji se setkáváme s nesprávným držením těla, které má za následek **skoliózy a kyfózy**.

### Znaky vadného držení těla dle Dvořákové (1989)

- Zvýšená hrudní kyfóza - ohnutí hrudní části páteře
- zvětšená krční lordóza - předsunutí a prohnutí krční páteře spolu s předsunutím a zakloněním hlavy
- zvětšená bederní lordóza - zvětšené prohnutí v bederní páteři

- nedostatečné zakřivení páteře - projevuje se plochými zády i hrudníkem
- skoliotické držení těla - způsobeno rotací páteře s nesymetrickým obrysem těla a různou výškou ramene a lopatek
- bočitost kolen vnitřní nebo zevní - špatné postavení hlezenních kloubů
- plochá noha - pokles až vymizení klenby nožní

### 2.2.3 Kombinované postižení

V naší zemi jsou vedle pojmu kombinované postižení nejčastěji používané termíny: vícenásobné postižení, vícenásobné vady a kombinované vady.

Jankovský (2006) hovoří o náročné situaci, neboť při jejím řešení musíme brát v potaz složení postižení, která jsou v kombinaci.

Příčinou vzniku kombinovaného postižení je řada genetických, metabolických, chromozomálních a traumatických změn. Často je výsledkem seskupení škodlivých vlivů. Vady vznikají ve všech obdobích vývoje a jsou jak vrozené, tak získané. Častou příčinou kombinovaného postižení je strukturní chromozomální aberace (změna struktury chromozomů) (Vítková in Pipeková, 2006).

Podle Ludíkové (2005) se některé diagnózy se objevují v kombinaci s dalšími vadami, např. Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom a DMO.

Dle Kotagala (1996) přibližně třetina dětí s DMO má středně těžkou až těžkou mentální retardaci, další třetina se nachází v pásmu lehké mentální retardace a poslední třetina je intelektově téměř v normálu. K DMO se rovněž přidružuje epilepsie. Mluvíme o ní tehdy, dochází-li k opakovaným epileptickým záchvatům. Pro záchvaty jsou typické poruchy vědomí, křeče, ztráta svalového napětí, zvonění v uších, světelné záblesky a někdy vegetativní a psychické změny. Opakované záchvaty vedou k dalšímu poškození mozku, a proto je důležitá kompenzovaná epilepsie (Jankovský in Pfeifer, 2014).

DMO může být v kombinaci se smyslovými poruchami. Častým jevem je strabismus (šilhavost), v jehož důsledku dochází k poruše binokulárního vidění. Poruchy sluchu mají negativní důsledky na socializaci dítěte s mozkovou obrnou. Je třeba zjistit, zda jedinec netrpí nedoslýchavostí, což je jedna z příčin dysfázie.

Z toho vyplývá, že poruchy řeči úzce souvisí se sluchovým postižením (Jankovský in Pfeifer, 2014).

#### **2.2.4 Sociální rozměr zdravotního postižení**

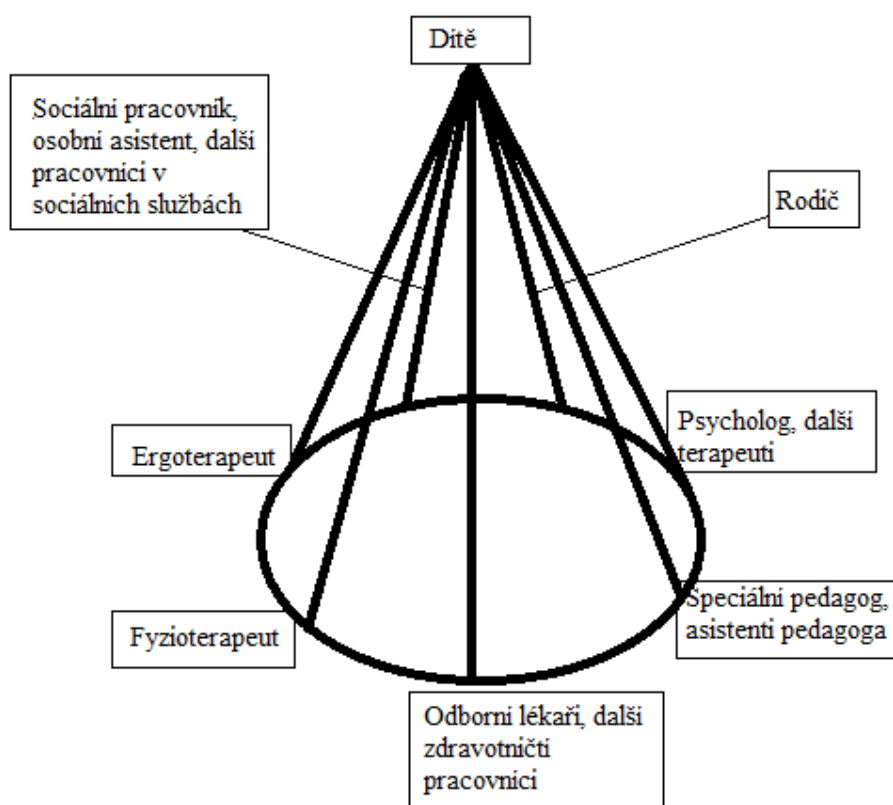
Somatická stigmatizace se stává viditelnou v batolecím věku. Je to doba, kdy se rodiče musí vyrovnávat s různými reakcemi okolí. Dítě je označeno jako postižené nejen medicínsky, ale i sociálně. Postižené děti mívají v socializačním vývoji problémy. Důvodem bývá častější izolace v rodině, omezení kontaktu s druhými lidmi včetně vrstevníků a malá zkušenost s různými sociálními situacemi (Vágnerová, 2008).

Sociálně podmíněná mentální retardace (dříve pseudooligofrenie) je způsobena vlivem vnějšího prostředí, nikoliv poškozením CNS (centrální nervové soustavy). Dítě je výchovně zanedbané, nedostává se mu potřebné stimulace, nebo pochází ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí. Dochází ke snížení inteligenčního kvocientu o deset až dvacet bodů, mluvíme o hraničním pásmu mentální retardace nebo mentální subnormě. Projevem je opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnost sociální adaptace. Děti potřebují názorný příklad, upřednostňují mechanickou práci, protože motorika nebývá porušena. Tento stav lze změnit vlivem vhodného výchovného působení a změnou nepodnětného prostředí (Bazalová in Pipeková, 2006).

### **2.3 Koordinovaná rehabilitace**

Je to ucelený systém rehabilitace, který spojuje prostředky léčebné, pedagogické, pracovní a sociální. K tomu, aby celý systém fungoval, je důležité založit multidisciplinární tým, kde každý člen má jasně vymezené svoje pravomoci a s ostatními se dále domlouvá na dalším postupu rozvoje. Je důležitá odbornost, profesionalita a zejména lidská kvalita každého člena týmu. V neposlední řadě je důležité říci, že aktivním článkem celého systému jsou rodiče, kteří odpovídají za nezletilého (Jankovský in Pfeifer, 2014).

## Kruhová podpora



**Obrázek 1:** Kruhová podpora dle Jankovského

Zobrazení, v jejímž středu je dítě a kolem něj v kruhu je multidisciplinární tým včetně rodičů. Každý má své místo se stejným postavením. V celém uskupení jde o vzájemnou spolupráci a oboustrannou komunikaci (Jankovský in Pfeifer, 2014).

### Ucelený systém rehabilitace

*„Pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně a stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou a pracovní.“ (Jankovský, 2006; s. 19).*

### Pedagogické prostředky rehabilitace

Votava (2005, s. 123) je vysvětluje jako „pedagogické působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky.“ V praxi tuto činnost vykonává speciální pedagog.

Nelze jednoznačně vymezit jejich působení, neboť se prolínají s ostatními prostředky koordinované rehabilitace. V rámci socializace člověka hraje významnou roli též výchova, která sem spadá (Jankovský, 2006).

Je určena osobám, které z důvodu svého zdravotního stavu nemohou dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky (Jankovský, 2006). Za cíl si pokládají u klienta dosažení maximálně možného stupně vzdělání a ideální kvalifikace, z čehož dále vychází samostatnost a aktivní zapojení do společenského života. Votava (2005) uvádí prostředky vzdělávání, jimiž lze naplnit daný cíl. Řadí sem např.: utvoření dostatečné motivace ke vzdělávání a sebevzdělávání, odstranění demotivujících vlivů a faktorů v procesu učení a přizpůsobení prostředí a tempa možnostem žáka při vzdělávání. Využívají se specifické metody, pomůcky a správné přístupy v procesu učení. V neposlední řadě se do vzdělávání zařazují specifické předměty, které jsou podstatné pro studenta v rámci jeho postižení.

### **Léčebné prostředky rehabilitace**

Votava (2005) uvádí, že cílem je vykonávat léčbu a tím odstraňovat následky úrazu či onemocnění. Dochází tak ke zlepšení funkčního stavu a zahlazení či alespoň zmírnění poruchy. Práci provádí celý tým zdravotnických odborníků, kteří spadají pod rehabilitační lékařství. Zabývají se zejména jedinci s onemocněním pohybového ústrojí, ale též i s některými vnitřními nemocemi. Do rehabilitačního týmu by měl patřit lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, klinický psycholog, sociální pracovníce, někdy též logoped, či speciální pedagog.

Dále pak viz kapitola 3.4

### **Sociální prostředky rehabilitace**

Zákon o sociálních službách v platném znění (108/2006 sb.) hovoří o sociální rehabilitaci jako o souboru činností spějící k získání soběstačnosti a nezávislosti. Poskytuje se jak formou ambulantních, tak i terénních služeb.

Cílem je, aby jedinec s postižením byl schopen přijmout své postižení, nemoc, či znevýhodnění a v maximální možné míře se integroval do společnosti. Z toho usuzujeme, že nezaniká plnoletostí, ale naopak je to celoživotní proces (Jankovský, 2006).

Ve svém konání využívá metody reedukace (rozvoj poškozené funkce), kompenzace (náhrada postižené funkce za nepostiženou) a akceptace (přijetí života s postižením). Prostředky sociální rehabilitace se zabírají podmínkami pro samostatný život. Jedincům k tomu napomáhají finanční příspěvky dle zákona o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů ( 117/1995 sb.). Řadíme sem osobní asistenci, pečovatelskou službu, ranou péči, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře atd. (Jankovský, 2006).

### **Pracovní prostředky rehabilitace**

Uplatnění jedinců se zdravotním postižením na trhu práce upravují pracovní prostředky. Práce jedinci přináší seberealizaci, pocit prospěšnosti společnosti. Zároveň zvyšuje jejich sebehodnocení a napomáhá řešit psychické problémy. Osobě dopřává v rámci možností ekonomickou nezávislost a životní standard. Zaměřuje se nejen na jedince, kteří vlivem onemocnění přišli o původní pracovní možnosti, ale také na osoby, které s postižením přišly na svět (Jankovský, 2006; Šesták in Pfeifer, 2014).



# 3 Podpůrné terapie

## 3.1 Expresivní terapie

### 3.1.1 Arteterapie

#### Teorie arteterapie

Je léčba pomocí výtvarných prostředků, jako je kresba, malba, ale zároveň výtvarná práce s použitím různých materiálů a různorodých technik. Arteterapie má u jedinců s kombinovaným postižením zlepšit jemnou motoriku, grafomotoriku, vizuomotorickou koordinaci a vizuální percepci. Při této terapii dochází k rozvoji fantazie, tvůrčího potenciálu, estetického vnímání dětí. Zároveň arteterapie umožňuje relaxaci, uvolnění napětí a psychické tenze. U dětí s poruchami řeči výtvarná tvorba umožňuje nonverbální komunikaci. Těžiště práce spočívá v samotném tvůrčím procesu a v uměleckém hodnocení výsledku (Jankovský 2006).

Arteterapie je expresivní terapie. Jedinec má možnost prostřednictvím umělecké formy vyjádřit své vlastní pocity, nálady, stavy. Samotné vyjádření může přinést záměrný účinek. Další možností, která může jedinci přinést záměrný efekt, je reakce okolí na jeho vyjádření.

V širším pojetí arteterapie zastřešuje všechny expresivní terapie, tedy jakékoliv umělecké formy v práci s klientem. Jedná se tedy o nadřazený pojem pro dramaterapii, poetoterapii, biblioterapii, muzikoterapii či taneční terapii. Z užšího hlediska arteterapie využívá pro práci s klientem pouze výtvarných uměleckých forem. V ČR je arteterapie vnímána spíše v užším pojetí (Potměšilová in Müller, 2014).

Slavík a Albrich (2000) definují arteterapii jako “Psychoterapeutickou a psychodiagnostickou disciplínu, využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám.”

Podle Liebmann (2005) arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace spíše než esteticky výsledný produkt, hodnocený vnějšími měřítky.

Jebavá (1997) arteterapii považuje za „týmovou práci, která musí být uskutečňována ve spolupráci s psychologem, psychiatrem nebo pedagogem. Tento druh terapie rozvíjí kreativní schopnosti klienta a jeho citový vývoj.”

### **Formy a metody užívané v arteterapii**

Forma práce v arteterapii může být individuální nebo skupinová.

Individuální terapie spočívá v práci s jedním klientem na základě dohody (Potměšilová in Müller, 2014). Terapie se používá v případě, že skupinová terapie klienta ruší nebo klient ruší skupinu.

Ve skupinové terapii se lidé s podobnými problémy mohou poučit ze zpětné vazby ostatních, lidé s podobnými potřebami si mohou poskytovat vzájemnou podporu a pomáhat si (Potměšilová in Müller, 2014). Nevýhodou skupinové terapie podle Liebmann (2005) je například obtížnější zachování důvěřivosti, méně individuální pozornosti, lidé se mohou schovat za někoho v nepříjemných tématech, vyhýbání se nepříjemným tématům při rozhovorech, možnost “nálepkování” jednotlivých klientů ostatními a složitého zbavování se těchto “nálepek”, roztržštění pozornosti terapeuta mezi jednotlivé klienty, a v důsledku toho méně času věnovaného jednotlivci. Za výhody Liebmann (2005) skupinové terapie považuje vytváření vhodného zázemí pro procvičování sociálních interakcí, vzájemnou podporu při řešení problémů a poskytnutí zpětné vazby.

Cílem diagnostického procesu v arteterapii je zjištění, co klienta trápí, s čím je třeba pracovat, ale zároveň zjistit příčiny daného problému. Zdánlivé problémy nemusí být vždy ty hlavní. Ty nejdůležitější problémy mohou být skryty za jinými, méně závažnými, které jsou viditelné (Šicková-Fabricsi, 2002).

### **3.1.2 Muzikoterapie**

Léčba pomocí hudby nebo aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Využívá se zejména pro naplnění terapeutických cílů. Jde o systematický proces, kdy se opakovaně a cíleně využívají hudební aktivity. V rámci muzikoterapie je důležité navázání terapeutického vztahu s klientem. Vše probíhá v několika fázích, které se prolínají. Jde o fázi přípravy, realizace a evaluace muzikoterapeutického programu. Setkání v rámci muzikoterapie mohou probíhat v různých formách.

- individuální - vztah mezi terapeutem a klientem. Vhodná zejména pro jedince s těžkým stupněm autismu nebo s těžkým kombinovaným postižením.
- skupinové - terapie v rámci uměle vytvořené skupiny lidí v rozmezí počtu 5-12 členů. V rámci skupiny jsou lidé na podobné úrovni.
- komunitní - práce v přirozené skupině (rodina, školní třídy atd.)

U jedinců se zdravotním postižením se často nemusí jednat o samostatnou muzikoterapii, ale pouze o její prvek, který je zakomponovaný do odlišného procesu. Mluvíme o dvou úrovních:

- Muzikoterapie jako sekundární proces představuje hudební zkušenost, která je doplňkem jiného terapeutického nebo edukačního zásahu. Využívá se v rámci zdravotnických oborů (fyzioterapie, logopedie, aj.), edukačních praktik (speciální pedagogika, hudební pedagogiky apod.), psychoterapeutických praktik, psychomotorických a psychorelaxačních terapií (snoezelen, bazální stimulace).
- Muzikoterapie jako primární proces probíhá jako svébytná samostatná terapie, s vlastní diagnostikou, evaluací, dokumentací.

Nejčastěji se u klientů setkáme s muzikoterapií, která funguje současně s jinými terapeutickými a edukačními přístupy.

### **Cíle muzikoterapie**

- vytvoření podpůrného, emocionálně stabilního vztahu
- podpora silných stránek, psychosociálních potřeb a intaktní složky osobnosti klienta dle kontextu terapie (např. rozvoj kreativity, zážitek úspěchu, ocenění)
- rozvoj hudebních schopností a dovedností
- rozvoj postižených funkcí, popř. využití jejich zbytkového potenciálu
- kompenzačně, tj. prostřednictvím kompenzačních mechanismů podpořit zapojení klienta do důležitých a smysluplných aktivit (Mastnak in Müller, 2014).

## **3.2 Animoterapie**

Je terapie realizovaná pomocí živých zvířat, která jsou společníky lidí. Při terapii se lidé se zvířaty mazlí, povídají a hrají si s nimi. Nelze jednoznačně říci,

že s nějakým zvířetem nelze provádět animoterapii. Nejčastěji se při této terapii využívají psi (canisterapie) nebo koně (hipoterapie) (Votava et al., 2005).

### 3.2.1 Hipoterapie

Terapie založená na přímém kontaktu člověka s živým koněm. Metoda je využívána především u diagnostikovaných ortopedických vad, jakými jsou například vrozené malformace končetin, anomálie páteře a hrudníku, amputace. Dále se metoda využívá u neurologických onemocnění jako roztroušená skleróza, svalová atrofie a dystrofie a DMO (Pipeková a Vítková, 2001). Jedná se o metodu proprioreceptivní neuromuskulární facilitace, někdy též označována jako **Kabat koncept**. *“Je to syntetická metoda, jejíž hlavní zaměření není na pohyb v jednom segmentu, ale na fyziologicky sdružený, celkový pohyb, který respektuje koordinované pohybové programy končetin, pletenců i trupů”*(Pfeiffer et al., 2014; s. 431). Zároveň využívá tepla zvířete, taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce (Jankovský, 2006).

V rámci hipoterapie dochází k propojení medicínské, pedagogicko-psychologické a sportovní složky.

*Hipoterapie se dělí na léčebné pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných.* (Jankovský, 2006; s 24). Předepisuje ji odborný lékař (neurolog, rehabilitační lékař). Celou rehabilitaci vede vyškolený fyzioterapeut pro hipoterapii. Úpravu koně pro jízdu má na starosti hipolog (Kulichová et al., 1995).

### Historie hipoterapie v ČR

Léčba má v ČR dlouholetou tradici. Prvním plemenem využívaným k terapeutickému ježdění byli huculové na Zmrzlíku u Prahy. Zastáncem této metody byl RNDr. Otakar Leiský, který se rovněž stal spoluzakladatelem České hiporehabilitační společnosti v roce 1991 (Nerandžič, 2006).

### Principy hipoterapie

Výsledkem hipoterapie je zlepšení koordinace pohybů, rovnováhy a zpevněný svalový korzet trupu. *„Ukazují se facilitační prvky ve formě taktilních*

*podnětů vznikajících třením o srst koně, hlazením a dotýkáním se sedlového materiálu” (Votava et al., 2005; s. 162).*

### **3.2.2 Canisterapie**

Terapie pomocí psa, při které dochází k působení psa na člověka a tím k ovlivňování jeho životních pocitů. Jedná se o interakci psa a člověka, která je užitečná pro oba.

#### **Historie canisterapie v ČR**

V 90. letech se canisterapie využívala pouze sporadicky. Autorkou tohoto výrazu byla v roce 1993 J. Lacinová (Eisertová a Švestková, 2011). V roce 2003 byla vytvořena Česká canisterapeutická asociace fungující dodnes (Nerandžič, 2006).

#### **Metody canisterapie podle Klech (2014)**

- Aktivity za pomoci zvířat (AAA - Animal Asisted Activities). Přirozený kontakt člověka a zvířete.
- Terapie za pomoci zvířat (AAT- Animal Asisted Therapy) Především jde o cílený kontakt člověka a zvířete, který se zaměřuje hlavně na zlepšení psychického nebo fyzického stavu.
- Vzdělávání za pomoci zvířat (AAE- Animal Asisted Education) Pes je považován za intenzivní motivační faktor.
- Krizová intervence za pomoci zvířat (AACR- Animal Asisted Crisis Response) Úkolem je odbourání stresu a celkové zlepšení fyzického a psychického stavu klientů, kteří se ocitli v krizové situaci.

### **3.3 Léčebná rehabilitace**

V rámci koordinované rehabilitace je nutné zmínit i systém léčebných prostředků. Dělí se na vertikální (vedou k obnovení původního stavu organismu) a horizontální (problematika chronického a závažného charakteru). Mezi nimi nejvíce dominuje fyzioterapie a ergoterapie.

### 3.3.1 Fyzioterapie

„Fyzioterapie se definuje jako pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně stimulujícími prostředky (masírováním, tlaky, hlazením, držení částí těla, tělesným cvičením atd.“ (Müller, 2014).

Pod fyzioterapii dále spadá kinezioterapie, fyzikální terapie a léčebná tělesná výchova.

**Kinezioterapie**, nebo-li léčba pomocí cviků. Jedná se o aplikaci dynamických a statistických sil, které působí na organismus zvenčí za jeho pasivní účasti, nebo jsou produktem aktivní činnosti organismu (Pfeiffer et al., 2014).

**Fyzikální terapie** obsahuje různé typy masáží. Dále elektroléčba, ve které se využívá jak stejnosměrný proud, tak i střídavý proud nízké, střední nebo vysoké frekvence. Není časté, aby se používala u dětí. Magnetoterapie, léčba ultrazvukem a fototerapie, která probíhá za pomoci světla nebo záření - infračerveného a ultrafialového. Laserové záření probíhá např. stimulací akupunkturálních bodů. Tyto druhy terapií jsou na pomezí alternativní medicíny. Dále sem spadá termoterapie, tedy léčba za pomoci tepla, vodoléčba (hydroterapie) v rehabilitačních bazénech či perličková koupel. Za pomoci přírodních pramenů, které jsou obohaceny o soli a další prvky, hovoříme o balneoterapii (Jankovský, 2006).

**Léčebná tělesná výchova** - základem je tělesné cvičení, které probíhá skupinově, nebo individuálně za přímé aktivity jedince. Cvičení probíhá na základě dvou přístupů, které blíže popisuje A. Gúth (1995). Hovoříme o léčebných gymnastických prvcích a reflexní motorice. Přičemž u druhé se využívá reflexů, které vyvolávají stah ochrnutých svalů nebo ho alespoň podporují -facilitují. V praxi dochází i k opačnému stavu, a to k utlumení svalů z napětí neboli inhibici (Jankovský, 2006).

**Vojtova metoda** reflexní lokomoce využívá existenci vrozených, geneticky determinovaných globálních koordinačních komplexů, které lze aktivovat v přesně daných polohách ze spouštěvých zón. V rámci terapie se využívá dvou základních pohybových vzorů: reflexní plazení a reflexní otáčení. Pohyb probíhá nezávisle na vůli klienta tedy reflexně (Pitřmanová in Votava, 2005).

**Koncept manželů Bobathových** se nejčastěji užívá pro jedince s poruchou centrální nervové soustavy. Cílem je zlepšení posturální kontroly a selektivního

pohybu. Mezi používané prvky se řadí placing - pohyb vedený terapeutem. U klienta by mělo docházet k automatické kontrole každé fáze pohybu. Guiding je způsob vedení terapeuta k pohybu. Handling je způsob manipulace a práce s klientem (např. uchopení a umístění do polohy). Při bridgingu dochází k aktivaci pánve, dolního trupu a dolních končetin v antispastickém postavení (Pitřmanová in Votava, 2005).

**Kabatova metoda** neboli propioceptivní neuromuskulární facilitace vychází z facilitace v rámci pohybových vzorců na končetinách a trupu. Dochází k maximálnímu odporu a co nejvíce možnému protažení svalů. Terapeut klienta nabádá k výkonu slovními pokyny, správným kontaktem a pohybem.

**Synergetická reflexní terapie** vyvinutá Dr. Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci následků DMO a dalších neurologických a ortopedických poruch u dětí. Zahrnuje akupresuru, myofasciální techniky reflexních zón končetin a hlavy, atd. (Pitřmanová in Votava, 2005).

### 3.3.2 Ergoterapie

Je léčba smysluplnou činností, nikoliv prací. Aktivita, kterou klient provádí, je nejen pracovní, ale zejména terapeuticko – léčebná. Z toho důvodu je předepisována lékařem. Jedinec dostane individuální léčebný program, který odpovídá jeho možnostem a schopnostem.

Mezi prostředky ergoterapie spadá **diagnostika**, která napomáhá odhalení případné disability na základě vyšetření ostatních schopností v oblasti mobility, **prevence**, jež ochraňuje před vznikem dalšího postižení. Jako poslední se sem řadí **terapie**, kdy za přítomnosti klienta dochází ke stanovení cílů léčebného plánu, aby se zachovala co možná největší soběstačnost jedince. Svým zaměřením dále navazuje na další složky koordinované rehabilitace (Votava, 2005).

Ergoterapii lze rozdělit na základě používaných činností na čtyři oblasti.

- Ergoterapie zaměřená na běžné denní aktivity jak fyzické funkce (osobní hygiena, oblékání, jedení, mobilita), tak i sociální aktivity (nákup a příprava jídla, praní, použití dopravy, telefonování). Hodnotí se aktuální schopnost klienta, nikoliv potencionální schopnost, kterou by mohl provádět.

Pro posouzení je důležité i přirozené prostředí klienta, nebo jemu velmi podobné např. pracovní ergoterapie.

- Ergoterapie cílená na postiženou oblast je podobná jako léčebný tělocvik. Pohyby zde prováděné musí být přesné, cílené a dávkované.
- Kondiční ergoterapie si dává za cíl odpoutat klienta od záporného působení onemocnění a hospitalizace, naopak se pokouší udržet dobrou duševní pohodu. Celá se sestavuje na základě zájmu pacienta (rukodělné činnosti, společenské hry či sportovní aktivity).
- Ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink. Pomocí diagnostiky lze určit předpoklady pro budoucí pracovní kariéru jedince. Následným tréninkem činností se připraví na svoji vybranou práci. (Votava et al., 2005).

### **3.4 Logopedická intervence**

#### **Terapie orofaciální oblasti**

Mezi terapie orofaciální oblasti, jež zahrnuje ústa a obličej, patří postupy, které mají za cíl posílení motoriky rtů, jazyka, měkkého patra, hltanu a svalů napomáhajících polykání. O tuto oblast pečují mnoho odborníků, jako jsou: neurologové, fyzioterapeuti či logopedi (Mlčáková in Müller, 2014).

### **3.5 Snoezelen**

Místnost určená pro relaxaci, pozitivní naladění, poznávací, ale též interakční. Vybavení by mělo být jednoduché pro použití a údržbu, snadno přístupné uživatelům a doprovodu, pohodlné a zároveň podnětné. Poloha místnosti by měla být daleko od rušivých elementů, zároveň by měla mít zázemí pro reprodukci hudby a zvuku pro sluchové vnímání. Uvnitř by měla být vodní lůžka, polštáře, závěsné předměty, jemné koberce, pískovnice a jiné pomůcky pro hmatové vnímání. Pro podněty zraku by místnost měla obsahovat zrcadla, projektory promítající světelné obrazce nebo lávové lampy apod. (Müller, 2014).



### **3.6 Bazální stimulace**

Koncept, zejména určený pro jedince s těžkým či kombinovaným postižením, snažící se o vývoj osobnosti pomocí čichových, taktilních, vibračních, zrakových, sluchových a chuťových podnětů působí tam, kde člověk není schopen si obstarat dostatečný přísun podnětů, které potřebuje k svému vývoji. Pokud je ochuzen o stimuly, dochází k podnětové deprivaci a následné frustraci (Jankovský in Pfeifer, 2014). Vítková (2014) považuje za výchozí zásadu zprostředkování zkušenosti a vjemů, čímž lze podpořit vývoj jedince. V potaz bere individuální vývoj, kterým myslí mentální, nikoliv kalendářní věk. V rámci všech terapií je nutné vycházet z tělesných, emocionálních a kognitivních procesů, které propojují získané zkušenosti se současnými zážitky (Vítková in Valenta, 2014).

# 4 Metodologie a cíle výzkumu

## 4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je porovnat možnosti terapií používaných u předškolních dětí s kombinovaným postižením (kombinace mentálního a dalšího postižení), zhodnotit přínos péče v rodině, a zabývat se otázkou spolupráce a provázanosti mezi rodinou a odborníky v zařízeních, do kterých děti docházejí.

Dílčí cíle bakalářské práce:

- získání poznatků a možnosti využití podpůrných terapií
- analyzovat problematiku ucelené péče o jedince s kombinovaným postižením
- získání náhledu na základě vlastního pozorování
- prostudování pedagogicko-psychologických posudků dětí a vypracování případových studií
- analýza rozhovorů s rodiči a pedagogy.

### 4.1.1. Hlavní výzkumná otázka

Na základě stanoveného cíle byla určena výzkumná otázka.

Jakou terapii považujete za nejpřínosnější pro dítě s daným kombinovaným postižením?

## 4.2 Metodologie výzkumného šetření

V bakalářské práci jsem použila metodu kvalitativního výzkumného šetření a využila jsem tyto techniky:

- studium a aplikace odborné literatury
- aktivní pozorování
- analýza dokumentů jednotlivých dětí a jejich následné zpracování do případových studií
- rozhovory s rodiči a pedagogy, kteří pracují s dítětem.

## **Metodika**

V této kapitole bude charakterizován postup zpracování bakalářské práce. Hned po upřesnění detailů jsem začala pracovat na teoretické části. Čerpala jsem jak z tuzemských, tak ze zahraničních zdrojů, a to jak z monografií, odborných článků, tak internetových zdrojů. Literaturu jsem nejprve pouze pročítala, vypisovala důležité poznámky, podtrhávala, skenovala atp. K čistému psaní první části práce jsem se dostala v srpnu roku 2017.

V této práci se zabývám výzkumným vzorkem reálných dětí, ale kvůli ochraně osobních údajů budou v celé práci použita smyšlená jména (Eva, Jana, Milan, Josef).

Jak jsem již avizovala výše, v práci zkoumám 4 děti, a to 2 děti z MŠ a SPC Jihlava. První z nich docházela pravidelně do MŠ, s výjimkou krátkodobých nemocí, eventuálně návštěv lékařů. Druhá dívka chodila do školky velmi sporadicky, téměř vůbec. Ve dnech, kdy jsem navštěvovala zařízení, jsem se s dívkou setkala ve dvanácti případech, zbylých třicet dní byla nemocná nebo hospitalizovaná. Dívka trpí častými epileptickými záchvaty, kvůli kterým má vysoké absence. V době mých návštěv byla i na ozdravném pobytu v lázních.

Další dvě děti jsou ze zařízení Arpida, o.p.s., které jsem navštěvovala v rámci své školní praxe a ve volném čase. Nejprve v říjnu až prosinci 2016 a poté v září až prosinci 2017. Celkově jsem s dětmi strávila 30 dní. Nevýhodou bylo, že jsem s dětmi strávila z větší části stejné dny v týdnu. Nemohla jsem je vidět opakovaně při jiných aktivitách.

Následně po pozorování ve třídě jsem provedla řízené rozhovory s rodiči, kteří byli ve většině případů vlídní a na mé otázky odpovídali. Rozhovory s pedagogy probíhaly průběžně během pozorování pro doplnění dokumentace. Formou řízených rozhovorů pouze jednou.

## **4.3 Výzkumný terén**

### **4.3.1 Mateřská škola při centru Arpida, o.p.s.**

Zřizovatelem je Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z.ú. (dále centrum Arpida). Práce škol a školských zařízení při centru

Arpida, je integrální součástí komplexní péče, kterou poskytuje toto centrum dětem, mládeži i dospělým lidem s tělesným a kombinovaným postižením.

Škola sdružuje mateřskou školu, základní školu praktickou, základní školu speciální včetně rehabilitačního vzdělávacího programu, praktickou školu dvouletou, speciálně pedagogické centrum, přípravný stupeň základní školy speciální, stanici zájmových činností, školní družinu a školní jídelnu. Kapacita školy je pro předškolní vzdělávání 30 dětí, základní vzdělávání navštěvuje 92 žáků, střední vzdělávání 12 žáků (ŠVP MŠ při centru Arpida, o.p.s., 2007).

Organizace nabízí komplexní koordinovanou podporu rehabilitace, zahrnující prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní, osobám s tělesným a kombinovaným postižením. Velkou snahou je dosáhnout optimálního individuálního vývoje každého klienta (maximálně možnou soběstačnost a integraci v přirozeném sociálním prostředí a bez omezení přirozeného způsobu rodinného života).

Centrum Arpida se opírá o základní principy křesťanské etiky (úcta, sounáležitost, sdílení, solidarita, porozumění) (<http://www.arpida.cz/o-nas>), odbornost zaměstnanců, lidskost při poskytování péče, týmovou práci, efektivní spolupráci s rodinami klientů; péče je zaměřena na rodinu jako celek, multidisciplinární spolupráce (výchovně vzdělávací, sociální a zdravotní), přirozená integrace a inkluze (ŠVP MŠ při centru Arpida, o.p.s., 2007).

Centrum ARPIDA, o.p.s. je nestátní nezisková organizace pracující na bázi zapsaného ústavu a obecně prospěšné společnosti.

### **Historie centra Arpida**

Areál centra byl budován v letech 1990-1993. Provoz byl zahájen v roce 1993. MŠ při centru Arpida, o.p.s. vznikla v roce 1994 jako jediná třída. V září následujícího školního roku se školka rozrostla o další. V současné době disponuje třemi třídami, kterými jsou: Berušky, Včeličky a Motýlci, které jsou zřízeny dle školského zákona (561/2004 sb.) §16 odst. 9. V každé z nich jsou dva pedagogové a jeden asistent. Celková kapacita je 30 dětí. Každá třída je rozdělena na hernu a pracovnu. Herna je po obědě využívána také jako odpočinkové místo, kam se přemísťují lehátka. Pracovna slouží rovněž ke stravování.

Zpravidla zařízení navštěvují děti do šesti let věku, ale rodiče buď na doporučení školského poradenského zařízení či vlastním uvážením mohou podat žádost o odklad školní docházky. Poté nastoupí do spádové školky u svého bydliště, pokud dítě i nadále potřebuje odbornou péči, může využít základní školu při centru Arpida, o.p.s.

### **Harmonogram týdne ve třídě Včeličky**

V pondělí dopoledne probíhá terapeutické ježdění v rámci hipoterapie. Odpoledne navazuje individuální hipoterapie s dítětem. Následující den děti chodí na hydroterapii do bazénu. Každou středu se koná skupinová muzikoterapie. Ve čtvrtek a v pátek má na starost učitelka řízenou činnost ve třídě. V průběhu celého týdne fyzioterapeuti, ergoterapeuti a logoped zasahují do ustálených aktivit a vyzvedávají dle potřeby děti ve třídách, nejčastěji v době ranních her a řízených činností.

### **Režim dne v mateřské škole**

<b>6.00 - 8.45</b>	spontánní hry ve třídě
<b>8.45 - 9.15</b>	svačina
<b>9.15 - 10.00</b>	řízená činnost
<b>10.00 - 11.15</b>	pobyt venku
<b>11.30 - 12.00</b>	oběd
<b>12.00 - 13.00</b>	klid na lůžku
<b>13.00 - 13.30</b>	odpolední svačina
<b>13.30 - 16.00</b>	spontánní hry ve třídě

**Tabulka 1:** Denní režim (vlastní zpracování)

### **4.3.2 Mateřská škola a Speciálně pedagogické centrum Jihlava, Demlova 28**

Zřizovatelem je město Jihlava. MŠ a SPC Jihlava pečuje o děti se zrakovým, sluchovým, mentálním, tělesným postižením a o děti s vadami řeči a s postižením více vadami. Je zajištěna úzká spolupráce mateřské školy se speciálně pedagogickým centrem. MŠ a SPC Jihlava Demlova 28 má dvě odloučená pracoviště, a to Mateřskou školu Demlova 34a, pod pracovním názvem Mašinka a Mateřskou školu Na Stoupách 144, pod pracovním názvem Pohádka.

#### **Historie školy**

V roce 1991 se zařízení stalo Mateřskou školou se speciálními třídami Jihlava, Demlova 28. Ve škole byly 2 třídy pro děti zrakově postižené, dvě třídy pro mentálně postižené a tři třídy pro děti zdravé. V roce 1992 bylo založeno Speciálně pedagogické centrum pro děti zrakově postižené. Škola se v roce 1996 stala právním subjektem, tento krok vedl k větší samostatnosti a ekonomickému rozvoji. V roce 2017 při škole vzniklo Tyflocentrum.

V sousedství je základní škola a základní škola speciální, kde mohou děti pokračovat ve vzdělávání. Mateřská škola se řadí mezi větší zařízení s kapacitou 284 dětí.

Vnitřní uspořádání je rozděleno na dva úseky. Provozně-ekonomický, který se dělí na stravovací, úklidovou a údržbářskou část. Úsek výchovně - vzdělávací zahrnuje Mateřskou školu Demlova 28, Demlova 34a-Mašinka, Mateřskou školu Na Stoupách - Pohádka a speciálně pedagogické centrum. Vybrané děti navštěvují MŠ Demlova 28, proto bude blíže specifikována pouze tato školka.

#### **MŠ Demlova 28**

Zařízení je bezbariérové. MŠ má celkem 9 tříd. Ve školním roce 2017-2018 je zde 1 třída pro děti tělesně, smyslově a duševně zdravé a osm tříd pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Nezbytnou součástí školy je speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC), které pečuje o děti s mentálním, tělesným, řečovým, sluchovým a zrakovým

postižením, pro děti se souběžným postižením více vadami a pro děti s poruchami autistického spektra.

V tomto pavilonu se nachází pracovny psychologů a speciálních pedagogů, ICT koutek s interaktivní tabulí, pracovna ergoterapie s prolézačkou Chacha box, trampolína, rehabilitačním bazén s míčky, posilovací stroje, místnost pro zrakovou stimulaci a multisenzorická místnost - snoezelen a dále finská sauna a infrasauna. Díky projektu Evropské trendy ve vzdělávání byla zřízena pracovna pro hydroterapii, a pro zrakovou stimulaci.

Rodiče, kteří vyzvedávají děti, jsou každý den v přímém kontaktu s pedagogy. Vzájemné budování důvěry, naslouchání a vytváření partnerství mezi pedagogy a rodiči je potřebné. Snahou pedagogů je podrobně informovat rodiče dětí na základě každodenního pozorování a následně je pozitivně motivovat, například formou upozornění na malé pokroky i případné nedostatky, jež mohou vést ke konstruktivním řešením. Každé doporučení pedagoga je doprovázeno promyšlenou „pomocí“ rodičům. Nabízené podněty, dovednosti, inspirace, pomáhají rodičům při výběru hraček, knih a her. Je umožněn společný pobyt dítěte s rodiči ve třídách a při terapiích a SPC, především v adaptačním období. Tento krok napomáhá dětem k snazší adaptaci a rodiče mohou získat důvěru učitelů, poznají prostředí, možnosti speciální péče a rehabilitace. Podpůrné jsou rovněž společné výlety s rodiči, tematické třídní schůzky, slavnostní besídky atp. Tímto sblížením dochází nejen k integraci dětí s postižením, ale také k inkluzivnímu myšlení a chování všech zúčastněných.

Provoz školy je celoroční od 6.00 - 16.00 (ŠVP MŠ a SPC Jihlava, 2017). Ve ŠVP (školní vzdělávací program) je uveden následující harmonogram, avšak denní řád je konkretizován a rozpracován dle potřeby dětí v jednotlivých třídách.

## Režim dne

<b>6.00 - 8.15</b>	příchod dětí, spontánní hry a činnosti, individuální i skupinová práce, individuální terapie pod vedením odborníků, pohybové aktivity
<b>8.15 - 8.30</b>	svačina
<b>8.30 - 9.15</b>	plánované řízené a spontánní činnosti
<b>9.15 - 11.15</b>	příprava na pobyt venku, pobyt venku
<b>11.15 - 12.15</b>	oběd, převlékání, hygiena, čištění zubů, odchod dětí domů po dopoledním pobytu
<b>12.15 - 14.15</b>	individuální odpočinek, spánek na lehátku, klidové činnosti pro děti s nižší potřebou spánku, individuální terapie pod vedením odborníků doplňující aktivity a programy
<b>14.15 - 14.30</b>	odpolední svačina
<b>14.30 - 16.00</b>	hry a činnosti dle zájmu dětí, odchod dětí domu

**Tabulka 2:** Denní harmonogram MŠ a SPC Jihlava (ŠVP MŠ a SPC Jihlava, 2017, vlastní zpracování)

## Třídy Berušky a Žabičky

Jsou určeny dětem s těžkým či kombinovaným zdravotním postižením. V každé z nich jsou dva pedagogové a jeden asistent (v Žabičkách jsou asistenti dva). Práce ve třídě probíhá jak skupinově, tak i individuálně. Děti využívají nejen pomůcky ve třídě, ale rovněž ze speciálně pedagogického centra (mičkování ve snoezelenu, saunování, trampoterapii, interaktivní tabuli a mnoho dalších). V těchto třídách se klade velký důraz na spolupráci s rodinou, která napomáhá k lepší aklimatizaci dítěte ve školce.

## Harmonogram týdne v MŠ Demlova

Režim týdne je v obou třídách téměř totožný. Rozdílné jsou pouze časy, kdy k dané aktivitě dochází. V pondělí ve středu a v pátek děti docházejí do chacha boxu a na trampolining. V úterý přijíždí fyzioterapeutka, ve čtvrtek navštěvují děti saunu a v pátek mají řízenou činnost ve třídě. Jednou za čtrnáct dní v pondělí chodí děti do hydroterapeutické vany. Několikrát do měsíce do třídy přicházejí canisterapeuti.



## 4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Ke zpracování praktické části byl zvolen výzkumný soubor skládající se ze dvou prvků.

Prvním výzkumným vzorkem jsou případové studie, pro něž byly vybrány dvě děti z MŠ při Centru Arpida, o.p.s. v Českých Budějovicích a dvě z MŠ Demlova a SPC v Jihlavě s kombinovaným postižením ve věku 5 let. Děti byly vybrány po konzultaci s paní učitelkou z MŠ při Centru Arpida o.p.s. v Českých Budějovicích, v Jihlavě na doporučení jejich speciálního pedagoga.

Práce analyzuje rozvoj dětí, které v současné době navštěvují MŠ Demlova v Jihlavě, třídu Berušky a Žabičky, v MŠ při Centru Arpida, o.p.s. třídu Včeličky, v rámci jejíž péče je poskytována řada podpůrných terapií. Na základě lékařské dokumentace, rozhovoru s rodiči a pedagogy byly zpracovány případové studie. Dále byly využity zprávy ze SPC o průběhu ambulantní péče pro shrnutí vývoje při nástupu do školky. Dále je zpracováno vlastní pozorování práce učitelek a pedagogických asistentů, logopedky a dalších terapeutických pracovníků po dobu pěti měsíců.

Druhou částí výzkumného vzorku jsou řízené rozhovory s rodiči těchto dětí.

# 5 Případové studie

## 5.1 Případové studie z MŠ a SPC Jihlava

### 5.1.1 Případová studie Eva

#### Osobní údaje

**Jméno:** Eva

**Rok narození:** listopad 2012

Vizuálně se jedná o dívku menší mírně zavalité postavy. Do MŠ chodí řádně upravená a vzhledově odpovídá pětiletému dítěti.

#### Diagnóza

Těžká psychomotorická retardace, prespastický syndrom na horních i dolních končetinách, dysfagie, astma bronchiale středně těžké, subaortální defekt s Bidigr zkratem st. P. korekci, bronchopulmonální dysplazie, deformity žeber 7. – 9., odchylka průdušnice na přechodu na přechodu krční a hrudní páteře (deviace trachey na přechodu C- Th páteře)

#### Osobní anamnéza

Eva se narodila předčasně již v 31. týdnu. Vážila 1700 g a měřila 38 cm. Matka po celý život trpí cukrovkou, která byla problémem jak v těhotenství, tak i při porodu. Již v děloze se projevila růstová retardace. Dle vyšetření amniocentézy nebyly zjištěny žádné genetické anomálie. Po narození se objevila bronchopulmonální dysplazie, deformity žeber a vrozená srdečná vada, která byla operativně řešena. Přesto v současnosti má implantovaný kardiostimulátor. Pro výživu ji byl zaveden PEG.

Celkový psychomotorický vývoj byl opožděn. Dívka se v deseti měsících začala otáčet na břicho. Následně byla vyšetřena neurologem, který dívce doporučil rehabilitaci Vojtovou metodou. Eva však v pozicích dlouho nevydržela a cvičení se příliš nedařilo. Přesto bylo účinné, neboť dívka se vertikalizovala a je schopná chůze.

#### Rodinná anamnéza

Eva vyrůstá v úplné rodině bez dalších sourozenců. Otec je zdravý a pracuje, matka je v částečném invalidním důchodu. Celá rodina žije v Jihlavě a mezi sebou mají dobré vztahy. S péčí o dívku a domácnost vypomáhá babička. Rodina nerada vidí dívku nešťastnou a smutnou při cvičení, proto ho postupně omezili na minimum, což není správné.

### **Školní anamnéza**

Do školky dochází dívka od tří let, tedy již dva roky. S pedagogy vychází velmi dobře. Do kolektivu dětí zapadla a rozumí si s nimi. Ostatní ji respektují, a pokud mohou, tak jí i pomáhají. Na základě doporučení SPC je dívka ve třídě se sníženým počtem žáků a s asistentem pedagoga. Podpůrná opatření se dále týkají individuálního přístupu, stimulací jemné a hrubé motoriky, podpory komunikace a řečového vývoje, bazální stimulace včetně snoezelenu.

### **Současný stav**

Eva je ve třídě s dalšími 10 dětmi. Na kolektiv ve třídě si zvykla a ráda se zajímá o dění kolem sebe. U činností dlouho nevydrží, často je střídá. Pokynům učitele rozumí, zapojuje se do rituálů třídy. Velmi si užívá čas strávený na trampolíně a v chacha boxu, který je uvnitř areálu školky. Zejména ji baví skákání, ale kvůli své omezené stabilitě často padá a chodí zde v přítomnosti pedagoga a s minimem dětí kolem sebe.

Řeč se u dívky projevuje pomocí zvuků, citoslovcí, rovněž už se objevují i jednoslabičná slova: jo, ne, ham. Přesto častěji komunikuje nonverbálně například: kroucením hlavy či ukazováním. Logopedka s dívkou užívá vibrátor pro masáž tváří, trénují zvuky zvířat a aktivity denního života: čísi, pití, halo... Ráda pracuje u zrcadla, kde alespoň chvíli vydrží s pozorností. Společně pracují dvakrát do týdne. Logopedka je v kontaktu s rodinou a společně se radí o dalším postupu vývoje. Bohužel neregistruje přílišnou snahu ze strany rodičů.

Dívka je krmena PEGem, protože nemá dostatečné polykání. Dokáže přijímat pouze tekutou stravu. Ve školce jí jídlo mixují. Sní několik lžiček polévky a ochutná omáčku. Přílohu jako těstoviny či rýži není schopná pozřít. Logopedka s ní zkouší ochutnávat sladkosti v podobě čokolády, či pendreku. Sama se napije z hrnečku a dokáže si po sobě odnést talíř a hrneček.

V současné době není schopná udržet tělesnou čistotu a i nadále používá pleny. Je naučená, že před jídlem a po něm si jde sama umýt ruce. Obléká se s dopomocí, není schopna vykonat to samostatně.

V rámci motoriky s dívkou jednou týdně pracuje fyzioterapeutka, která se zaměřuje zejména na uvolnění ztuhlých svalů. Evu na cvičení doprovází asistentka, neboť není schopná zde udržet pozornost a utíká pryč. Fyzioterapeutka tvrdí, že rodina dívky se zaměřuje na současný stav dítěte, příliš neřeší její budoucnost. Proto s dívkou téměř necvičí, což vede k tvorbě hrbu na zádech a stálému rozšiřování skoliózy. Sama ji vývojově vidí na 3 měsíce, neboť nedokáže otáčet krkem, ale pouze pomocí trupu.

Do školky dívka přichází v půl osmé a odchází po obědě, tedy o půl dvanácté.

## **5.1.2 Případová studie Jana**

### **Osobní údaje**

**Jméno:** Jana

**Narození:** červenec 2012

Dívka je vysoké štíhlé postavy s dlouhými vlasy. Vzhledově odpovídá pěti až šestiletému dítěti.

### **Diagnóza**

Psychomotorická retardace, retardace řeči, hypotonický syndrom, šilhavost sbíhavá (strabismus converg), hyperkinetický syndrom, podezření na Angelmanův syndrom, epilepsie

### **Rodinná anamnéza**

Jana pochází z úplné harmonické rodiny. Otec je pracující a matka je doma pečující o osobu blízkou. Společně s nimi v domácnosti je i dcera – sestra Jany, která se narodila v roce 2008. O dívku pečují společně a snaží se jí poskytnout co nejvíce možné podnětné prostředí k dalšímu vývoji. Svůj čas si upravují dle ní. Starší dcera si s Janou velmi dobře rozumí a společně si i hrají.

## **Osobní anamnéza**

Dívka pochází z druhého těhotenství, které probíhalo bez komplikací. Porod probíhal v termínu, spontánně záhlavím. V průběhu však došlo k aspiraci plodové vody. Dívka vážila 3300 g. Kojená byla do 8. týdne následně přešla na umělou stravu, kterou netolerovala dobře, projevem bylo časté zvracení. Raný psychomotorický vývoj byl opožděn a dívka byla sledována dětským neurologem. Rodina začala spolupracovat s ranou péčí, jejíž pracovníci Janu pravidelně navštěvovali doma a pracovali s ní. Dívka se začala přetáčet v 18. měsících. V rámci rehabilitační péče strávila ve třech letech několik týdnů v Jánských lázních a v pěti letech znovu.

## **Školní anamnéza**

Dívka do MŠ dochází druhým rokem vždy na 2 až 3 dny v týdnu. Jana si na třídu poměrně dlouho zvykala. Špatně snášela nové prostředí. Tyto situace se opakují, když se dívka po delší době vrací zpět – ať je to po prázdninách, lázních, či nemoci. Z toho důvodu ji rodiče dávají do MŠ pouze na několik hodin. Přestože toto zařízení navštěvuje málo, je plně zapojena v kolektivu třídy. Děti si chodí v rámci volné hry za ní hrát.

SPC dívce přiznalo podpůrná opatření 5. stupně. Vzdělává se v rámci skupinové integrace s individuální dopomocí asistenta pedagoga.

## **Současný stav**

Na začátku pátého roku se u dívky objevila epilepsie, která má za následek velmi omezenou docházku. V motorickém vývoji dochází k pokrokům, kterým značně napomáhají lázeňské pobyty. Z nich se dívka vrací čilá a v dobré náladě. Nyní v pěti letech je schopná stát s oporou a s chodítkem udělat několik kroků. Fyzioterapeutka si chválí práci s rodinou, neboť je na dívce patrné, že s ní doma pravidelně cvičí. Zároveň rodiče projevují zájem o spolupráci. Ve třídě si dítě hraje buď v rozkládacím křesle, nebo ve své židli.

Dívka je klidné povahy. Pokud se vyskytne v prostředí, kde se necítí bezpečně, projevuje se křikem. Uklidňují ji zvukové a svítící hračky, které si do třídy nosí z domu.

Stravu dostávala z počátku mixovanou, nyní už jí i kousky, stále je však krmená asistentkou. Tělesnou čistotu neudrží. Při oblékání je úplně odkázána na pomoc druhé osoby. Dívka vokalizuje slabiky a zvuky zvířat.

Z důvodu časté nemocnosti dívky probíhalo pozorování v omezených intervalech.

## **5.2 Případová studie z MŠ při centru Arpida, o.p.s**

### **5.2.1 Případová studie Milan**

#### **Osobní údaje**

**Jméno:** Milan

**Narození:** únor 2013

Milan je střední drobné postavy. Vzhledově odpovídá čtyřem rokům.

#### **Diagnóza**

Spastický syndrom dolních končetin, těžká mentální retardace, psychomotorická retardace

#### **Rodinná anamnéza**

Chlapec se narodil do úplné rodiny. Otec je pracující. Matka měla vrozenou srdeční vadu, kvůli které v deseti letech podstoupila operaci. Milan byl matčíným pátým těhotenstvím. Z prvního těhotenství v roce 2006 se narodila zdravá dcera. V roce 2007 probíhalo druhé, které skončilo samovolným potratem. Z třetího těhotenství v roce 2010 se narodil zdravý syn. V roce 2011 proběhl spontánní potrat v 8. týdnu.

Na sourozence z počátku nereagoval ani se neusmíval. Nyní už je s nimi v interakci. Výchova chlapce je benevolentní a nepodnětná. Odmítají spolupráci s ranou péčí.

#### **Osobní anamnéza**

Těhotenství s Milanem probíhalo téměř bez komplikací, pouze v 17. týdnu byla matka hospitalizovaná na jeden den. Porod proběhl v termínu a spontánně záhlavím. Chlapec vážil 3520 g a měřil 49 cm. Poporodní průběh bez poruch adaptace. Milan byl kojený 4 měsíce a následně přešel na umělou stravu. Od čtvrtého měsíce rehabilitován Vojtovou metodou pro opožděný vývoj, díky tomu udělal posun v motorice. Opožděný vývoj řeči je znatelný.

## **Školní anamnéza**

Milanova adaptace v MŠ proběhla v pořádku. Chlapec se sžil se spolužáky a zvykl si rovněž i na pedagogy. Do zařízení dochází pravidelně, absenci má pouze v době nemoci. Ve třídě si rád prohlíží nové hračky. Zprvu se obával změn, např. při přechodu do bazénu či na muzikoterapie. Postupně si zvykl a v současnosti mu nedělají problémy.

SPC chlapci přiřadilo podpůrná opatření 4. stupně. Doporučuje využití alternativní komunikace VOKS, interaktivní hračky a úpravu obsahu vzdělávání tak, aby respektovalo specifický vývoj jedince.

## **Současný stav**

Chlapec během svého působení v MŠ udělal pokrok snad ve všech oblastech. Z hlediska řeči z původního křiku přešel k napodobování slov, která slyší ve svém okolí a aktivně tím rozšiřuje svoji slovní zásobu. Logopedka s ním užívá i alternativní komunikaci VOKS. Využívá i větný řádek při výběru aktivit. Chlapec vkládá jako první obrázek sloveso a poté aktivitu, kterou si vybral. S tímto řádkem pracuje i na ergoterapii, kde si vybírá činnosti k procvičování. Při fyzioterapii dochází zejména k protahování svalů dolních končetin, a nápravě vadného držení těla. Na závěr si pohyb fixuje dle Vojtovy metody.

Při nástupu do MŠ Milan využíval pleny, které má do současnosti, ale nyní ve čtyřech letech se učí pomalu chodit na nočník. Už s tím není spojená taková negace, jaká byla předtím. Oblékání je s dopomocí dospělé osoby. Sám si dokáže zapnout a rozepnout svoji ortopedickou obuv na „přezku“. V jídlu na začátku školní docházky byl omezen pouze na přesnídávky, pokud se mu někdo pokusil dát něco jiného, razantně to odmítal. Nejprve mu stravu mixovali a míchali s přesnídávkou a postupně mu snižovali množství přesnídávky proti jídlu, které měli ostatní. V současné době se potrava chlapci nemixuje. Dokonce si jídlo opakovaně přidává.

Při hře s hračkou se chlapec vždy zajímá o detaily. Sleduje její funkčnost a pokouší se jí i rozložit. Stávalo se, že rozmontovával židli buď sobě, nebo kamarádovi vedle. Celkově je chlapec dobře naladěný a těší se z aktivit, které mu jsou nabídnuty.

## 5.2.2 Případová studie Josef

### Osobní údaje

**Jméno:** Josef

**Narozen:** listopad, 2012

Chlapec je menší štíhlé postavy, romského etnika. Vzhledově odpovídá věku dvou až tří let.

### Diagnóza

Dětská mozková obrna spastická kvadruparéza, mikrocefalie, těžké mentální retardace, epilepsie

### Rodinná anamnéza

Josefa do zařízení vozí vždy jeden z rodičů. Dbají na to, aby se co nejvíce rozvíjel, ale zároveň mu to neubližovalo. Z toho důvodu upustili od několika náročnějších cviků, které chlapec těžko snášel. V rodině vyrůstá jako jedináček. Oba rodiče pracují.

### Osobní anamnéza

V průběhu těhotenství matky nedocházelo k žádným komplikacím, ty se objevily až při porodu, kdy chlapec trpěl hypoxií a velkým nitrolebečním krvácením do pravé hemisféry. Josef trpí hemolytickou anémií a pravidelně chodí na transfúze. Od toho se odvíjí i jeho chování. Před výměnou krve je více unavený a odmítá činnosti, po ní se naopak cítí lépe a více se zapojuje do aktivit. Z počátku odmítal všechno kolem sebe. Postupně si navykl na prostředí kolem sebe a více využívá pomůcky a hračky, které jsou mu nabízeny.

### Školní anamnéza

Chlapec do školky dochází již třetím rokem. Z toho dva roky je ve třídě Včeliček. První rok se nacházel ve třídě pro děti s nejtěžším postižením. Na pedagogy a ostatní personál centra si dobře zvykl a má s nimi kladný vztah.

### Současný stav

Po příchodu do MŠ se Josef upíná do polohovacího stojanu, který mu napomáhá k vertikalizaci. V něm si i hraje, popřípadě provádí ranní činnosti s paní učitelkou. Ve stejném postavení odjíždí i na terapie. Při fyzioterapii se s chlapcem cvičí Vojtova metoda a dochází k protahování zkrácených svalů



končetin. Zároveň má vyrobenou ortézu na pravou horní končetinu, která je cílená na zlepšení opory pravé ruky. Rodina s fyzioterapeutem spolupracuje, ale pokud vidí, že chlapec při cvičení pociťuje bolest, nebo ho nějakým způsobem namáhá, tak jej přestává dělat. Z původního plazení se chlapec nyní dostává ke stožení s oporou. V rámci logopedické péče chlapec i nadále žvatlá a brouká.

Z počátku jedl téměř tekutou stravu, dnes spolkně i suché kousky. Chuť k jídlu se rovněž odvíjí od stavu, kdy jde na výměnu krve. Když je před ní, odmítá jíst, po transfuzi je schopen sníst celou porci. Není schopen udržet tělesnou čistotu. Při oblékání vyžaduje pomoc druhé osoby, on sám však při ní neklade žádný odpor.

## 6 Analýza získaných poznatků a diskuze

Na případových studiích je vidět variabilita potřeb každého jedince a individuální přístup ke každému z nich. Vše je závislé na chování, prožívání, fyzické a psychické stránce každého dítěte. Každé je ovlivněno svojí povahou, temperamentem, závažností postižení a aktuálním zdravotním stavem, jak je nejvíce patrné z přílohy č. 8. Nálady a chování chlapce se odvíjí od jeho momentálního zdravotního stavu, kdy má jít na transfúzi. Před výměnou krve je více unavený a nerudný. Jakmile má tento zákrok za sebou, jeho nálada se zlepšuje a projevuje více zájmu o okolí.

Na základě případových studií, rozhovorů s rodiči a pedagogy zařízení bylo zjišťováno, které služby využívají děti v MŠ a SPC Jihlava a MŠ Arpida, o.p.s. České Budějovice, zda je dětem věnována péče v duchu koordinované rehabilitace. Léčebnou rehabilitaci zajišťují nejen zdravotničtí odborníci, ale i pedagogové a pracovníci v sociálních službách (Zikl, 2011). Tak přesně může všechno fungovat na základě vzájemné komunikace a odpovědnosti každého člena týmu. V MŠ a SPC Jihlava tvoří tým fyzioterapeut, ergoterapeut, hydroterapeut, speciální pedagogové, pedagogové, asistenti pedagoga, osobní asistenti a sociální pracovník. Tým by měl fungovat na základě kruhové podpory (Jankovský, 2006) jak je patrné z obrázku č. 1.

V rámci uceleného systému rehabilitace (dále jen USR) jsou v centru Arpida, o.p.s. poskytovány tyto terapie – Ergoterapie, Arteterapie, Muzikoterapie, Canisterapie a Hipoterapie atd.

V MŠ a SPC Jihlava ke vzájemné komunikaci mezi všemi odborníky slouží sešit, který vede pedagog dítěte. Do něj se zaznamenávají veškeré vzkazy jednotlivých členů týmu každý den. Odpoledne si deníček přebírá rodič a zaznamenává do něj aktivity, chování a prožívání dítěte v domácím prostředí. Ráno ho předává opět s dítětem učitelce, která může naplánovaný režim upravit podle nálady dítěte na základě vzkazů. Dalším důkazem, že jsou rodiče součástí týmu, je účast na třídních schůzkách, poradách s odborníky ze SPC, přímá účast na terapiích nebo na jakýchkoliv aktivitách dítěte ve třídě. Rodiče mohou zasahovat do plánování aktivit a terapií, ale v tomto směru na základě rozhovorů se mnoho neangažují a nechávají to na rozhodnutí odborníků.

Při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vypracovávány individuální vzdělávací plány. (vyhláška č. 73/2005 sb. v platném znění). Odpovědnost za zpracování má ředitel školy a hodnocení plnění provádí dvakrát ročně SPC. Přestože děti mají různý stupeň podpůrných opatření, ani jedno z nich nemá IVP. Všichni jsou vzděláváni ve třídách dle paragrafu 16 odst. 9 školského zákona 561/2004 sb. v platném znění.

Aby byla rehabilitace ucelená, musí být propojena se složkou výchovně vzdělávací, pracovní, právní, psychologickou a sociální. Z jednotlivých případových studií je zřejmé, že všechny děti využívají prvky léčebné rehabilitace.

Ergoterapeutka využívá prvky bazální stimulace, jejímž cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo k podpoře rozvoje vlastní identity a zlepšení funkcí organismu. Pomocí orofaciální stimulace dochází k podpoře příjmu potravy – uvolnění svalů žvýkacích, jak je patrné z případové studie 5.1.1. Logopedka při práci s dívkou využívá vibrátor pro masáž tváří, trénují zvuky zvířat a aktivity denního života: čísi, pití, haló. Dívka je krmena PEGem, protože nemá dostatečně vyvinuté polykání. Dokáže přijímat tekutou stravu a mixované jídlo. V rámci terapie logopedka zkouší ochutnávat sladkosti v podobě čokolády, či pendreku. Kladné výsledky jsou vidět i z případové studie č. 5.1.3, kdy chlapec díky orofaciální stimulaci přešel z přesnídávkové stravy na nemixovanou. Ergoterapeut se zaměřuje na rozvoj hrubé a jemné motoriky- uvolňovací cviky, lokomoci atd. a na rozvoj kognitivních funkcí. Všechny činnosti mají herní charakter, provádí se individuálně po dobu dvaceti minut, nebo skupinově (většinou dvě děti po dobu čtyřiceti minut) vždy s ohledem na zájem a dovednost dítěte. Cílem ergoterapie je zlepšování zdravotního stavu, vedoucí ke zvýšení kvality života.

Logopedickou péčí dle Jankovského (2006) by měla zajišťovat SPC, nebo by měla být poskytována v rámci zařízení, kde se jí věnují kliničtí logopedi. Z praxe je patrné, že MŠ a SPC jsou v jedné budově, a proto je tato provázanost splněná. U nemluvicích klientů využívají metodu AAK – augmentativní alternativní komunikace. Alternativní komunikace funguje jako náhrada mluvené řeči, augmentativní podporuje a rozvíjí zanechané komunikační schopnosti. Logopedka pracuje s pracovními listy, různými PC programy, IPady. U dětí využívají artikulační, fonační a orofaciální cvičení. Tato teorie je prakticky dokázaná na případové studii 5.1.3, kdy logopedka využívá alternativní komunikaci VOKS,

dále větný řádek při výběru aktivit. Chlapec vkládá jako první obrázek sloveso a poté aktivitu, kterou si vybral. S tímto řádkem pracuje i na ergoterapii.

Muzikoterapie je oblíbenou terapií v rámci léčebných prostředků uceleného systému rehabilitace. Dle Šimanovského (2007) se využívají techniky, mezi které patří hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hry se zpěvem, hudebně dramatické formy, poslech, fantazie a relaxace. Na základě rozhovorů s pedagogy dětí (příloha č. 7 a 8) je patrné, že v MŠ Arpida, o.p.s. využívají nástrojů, které mají k dispozici, a muzikoterapie po překonání prvotních překážek je pro tyto děti velmi oblíbenou terapií.

Fyzioterapie probíhá individuální formou v rehabilitační místnosti, která je vybavena polohovatelným lůžkem, rehabilitačními míči, chodítky. Na základě principů reflexní lokomoce se podporuje vertikalizace, jak je patrné z přílohy č. 8. Fyzioterapie je velmi účinná, protože dochází k protahování svalů dolních končetin, uvolnění ztuhlých svalů a nápravě vadného držení těla téměř u všech sledovaných dětí.

Hydroterapie je součástí rehabilitačního systému u dětí s DMO, či dalšími typy vad. Z rozhovorů a na základě vlastního pozorování mohu říci, že hydroterapie patří k oblíbeným a účinným terapiím.

Snoezelen - jde o speciálně vybavenou relaxační a stimulační místnost. Využívá se zejména u dětí s velmi těžkým postižením. Předpokladem je poskytnout klientovi maximální stimulaci. Málo využívaná terapie, konkrétně u dětí, které trpí epileptickými záchvaty, kdy světelné efekty mohou epilepsii vyvolat.

Další terapií používanou v rámci uceleného systému rehabilitace v zařízení Arpida, o.p.s. je canisterapie. (Galajová, Z. a Galajová, L., 2011) definuje canisterapii jako terapii, jejímž základem je léčebné působení psa na člověka, nezáleží však na rase, ale na povaze psa, který musí splnit náročné zkoušky. Pes nesmí v žádném případě na nikoho zaútočit. Z rozhovoru vyplývá výborná zkušenost s touto terapií v Arpidě, o.p.s. Nicméně na základě velmi špatné osobní zkušenosti se psem paní učitelky z MŠ a SPC v Jihlavě nebyla dlouho tato terapie v tomto zařízení dostupná. Ke zlomu došlo před dvěma lety, kdy zkušený canisterapeut je přesvědčil o opaku, a nyní je terapie hojně využívána a velice oblíbená i v tomto zařízení.

V rámci animoterapie je dále v zařízeních využívána hipoterapie, kdy dochází k propojení medicínské, pedagogicko-psychologické a sportovní složky.

Zároveň využívá tepla zvířete, taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce (Jankovský, 2006).

*„Hipoterapie se dělí na léčebné pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných.“* (Jankovský, 2006; s 24). Předepisuje ji odborný lékař (neurolog, rehabilitační lékař). Z přílohy č. 8 je patrné, že chlapec reaguje velmi pozitivně, pokaždé se zcela uvolní. Na koni je dítě zapoložováno podélně proti směru chůze koně.

Všechny prováděné techniky v rámci jednotlivých terapií jsou odvozeny od aktuální nálady dětí. Pracovníci centra navrhnou rodičům terapie, které jsou pro děti vhodné. Z rozhovorů vyplývá, že rodiče nechávají výběr na odbornících. Pro ně je nabízená péče dostačující. Probandi kladně hodnotili stmelovaný kolektiv dětí ve třídě.

Velkým nedostatkem, vyplývajícím z rozhovorů s pedagogy, je malá spolupráce, týkající se domácích aktivit. Z případové studie č. 5.1.1 vyplývá, že rodiče odmítají cvičit tzv. přes bolest, protože nechtějí vidět holku nešťastnou, a to nedělají dobře. Podobně je tomu i v případové studii č. 5.1.4, kdy rodina s fyzioterapeutem spolupracuje, ale pokud vidí, že se chlapec cítí nepříjemně, nebo ho cvičení nějakým způsobem namáhá, přestávají ho dělat. V zařízení jim je věnována velká péče, ale stav by se mohl zlepšit při lepší spolupráci. Dle případové studie č. 5.1.2. si odborníci chválí práci s rodinou, neboť je na dívce patrné, že doma pravidelně cvičí a rodiče projevují zájem o spolupráci. Bohužel z důvodu častých epileptických záchvatů dívka navštěvuje zařízení velmi málo. Z přílohy č. 7 vyplývá slabá spolupráce s rodiči, týkající se komunikace. U chlapce, který pochází ze sociálně slabého prostředí, opět vážne ze strany rodičů jakákoliv podnětná pomoc. Rodiče berou rehabilitaci jako zdravotnickou záležitost, a proto je třeba vtáhnout je do procesu komplexní péče, do jejího plánování a hodnocení, aby výsledky byly ještě účinnější.

## 7 Závěr

MŠ a SPC Demlova Jihlava a MŠ při centru Arpida, o.p.s. v Českých Budějovicích pracují na bázi koordinované podpory v duchu uceleného systému rehabilitace, jejichž cílem je poskytnout dětem s tělesným postižením terapeutické techniky, které vedou k rozvoji kognitivních funkcí, rozvoji hrubé a jemné motoriky a k seberealizaci.

Záměrem práce bylo zaměřit pozornost na jedince s kombinovaným postižením, kteří se vzdělávají v daných institucích, a zjistit jejich spokojenost s nabízenými možnostmi. Momentálně je v praxi využíváno několik terapeutických technik, které prospěšně působí na zdravotní stav jedince.

Jsem toho názoru, že je důležité vydávat maximální možnou snahu o pochopení potřeb dětí. Po dobu pozorování jsem si mohla všimnout několika pokroků u jednotlivých probandů, které mě utvrdilo, že tato práce má opravdu smysl. Lidé v pomáhajících profesích jsou pro současný svět nepostradatelní.

Byla bych ráda, kdyby tato práce pomohla ke kvalitě práce s jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami nejen v místech, o kterých zde píší, ale i o rozšíření myšlenky koordinované rehabilitace v dalších zařízeních napříč republikou.

# 8 Zdroje

## 8.1 Seznam použité literatury

1. **ALBRICH, Beate Elisabeth a Jan SLAVÍK.** *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí: Art therapy today in Czech Republic and abroad.* Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7290-004-8.
2. **ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ.** *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.
3. **BAZALOVÁ, Barbora:** Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.
4. **DVOŘÁKOVÁ, Hana.** *Tělesná výchova v mateřské škole: dílčí metodická příručka k programu výchovné práce pro mateřské školy.* Praha: Naše vojsko (nakladatelství), 1989.
5. **EISERTOVÁ, Jaroslava a Renata ŠVESTKOVÁ.** *Pobytové a volnočasové aktivity se zaměřením na problematiku canisterapie.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011. ISBN 978-80-7394-294-6. 104 s.
6. **ERIKSON, Erik H.** *Dětství a společnost.* Praha: Argo, 2002. ISBN 8072033808.
7. **GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ.** *Canisterapie: pes lékařem lidské duše.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
8. **GÚTH, Anton et AL.** *Vyšetrovacie a liečebne metodiky prefyzioterapeutov.* Bratislava: LiečrehGúth, 1995. ISBN 8096738305.
9. **GRUBER, Heinz a Viktor LEDL.** *Allgemeine Sonderpädagogik: Grundlagen des Unterrichts für Schüler mit Schulschwierigkeiten und Behinderungen; ein Studien – und Arbeitsbuch.,* Wien: Jugend&Volk, 1992. ISBN 9783710000034.
10. **HYVÄRINEN, L.** *Sehen im Kindesalter.* Bentheim, 1993, Würzburg.
11. **JANKOVSKÝ, Jiří:** Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným a kombinovaným postižením. In: PFEIFFER, Jan, et al. *Koordinovaná*

- rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.
12. **JANKOVSKÝ, Jiří**. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
  13. **JEBAVÁ, Jana**. *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-394-6. S. 7
  14. **KAPOUNEK, Božetěch, et al.**: *Ortopedie a neurologie pro speciální pedagog*. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-7066-073-2.
  15. **KLECH, Pavel**: Zooterapie (animoterapie). In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7. S. 512
  16. **KLENKOVÁ, Jiřina**. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9. S. 228
  17. **KOTAGAL, Suresh**. *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton, 1996. ISBN 80-85875-06-3.
  18. **KUBÁT, Rudolf**. *Ortopedické vady u dětí a jak jim předcházet*. Praha: H & H, 1992. ISBN 80-85467-13-5.
  19. **KULICHOVÁ, J. et al.**: *Hiporehabilitace*. 1.vyd. Praha: Nadace OF. 1995
  20. **LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ**. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
  21. **LIEBMANN, Marian**. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3. S. 14
  22. **LUDÍKOVÁ, Libuše**. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
  23. **MARGARET S. MAHLER, Fred PINE a Anni BERGMAN**. *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. [Nachdr.]. New York: Basic Books, 1975. ISBN 9780465066599.
  24. **MASTNAK, Wolfgang**: Muzikoterapie. In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014.. ISBN 978-80-247-4172-7. S. 512



25. **MATĚJČEK, Zdeněk, Marie POKORNÁ a Petr KARGER.** *Rodičům na nejhezčí cestu.* Jinočany: H & H, 2004. ISBN 80-7319-023-0.
26. **MLČÁKOVÁ, Renata:** Terapie orofaciální oblasti. In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7. S. 512
27. **MONATOVÁ, Lili.** *Pedagogika speciální: [určeno pro posluchače fakulty pedagogické].* Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
28. **MÜLLER, Oldřich.** *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7. S. 512
29. **NERANDŽIČ, Zoran.** *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů.* Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.
30. **PFEIFFER, Jan, et al.:** Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7., s. 400-448.
31. **PFEIFFER, Jan, et al.** *Koordinovaná rehabilitace.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.
32. **PIAGET, Jean.** *Psychologie inteligence.* Přeložil František JIRÁNEK. Praha: Portál, 1999. Studium (Portál). ISBN 8071783099.
33. **PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER.** *Psychologie dítěte.* Vyd. 3., v nakl. Portál 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071784079.
34. **PIPEKOVÁ, Jarmila, et al.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.
35. **PITRMANOVÁ Věra, MATOLÍNOVÁ Vendula, VOTAVA Jiří et Al.:** Fyzioterapeut. in: VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5. s. 29-25
36. **POTMĚŠILOVÁ, Petra:** Arteterapie. In: MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7. s. 77-132.
37. **ŠESTÁK, Jan:** *Pracovní rehabilitace.* In: PFEIFFER, Jan, et al. *Koordinovaná rehabilitace.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v

- Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.
38. **ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava.** *Základy arteterapie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0. 176 s.
39. **ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk.** *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: Zdeněk Šimanovský.* Vyd. 3. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-339-0.
40. **ŠULOVÁ, Lenka.** *Raný psychický vývoj dítěte.* Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.
41. **ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
42. **VALENTA, Milan.** *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru.* Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206026.
43. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. 872 s.
44. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024609568. 467 s.
45. **VÍTKOVÁ, Marie:** Bazální stimulace in: VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru.* Praha: Portál, 2014. ISBN: 9788026206026. s. 241-246.
46. **VÍTKOVÁ, Marie, et. al.** *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení.* Brno: Paido, 1999. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-75-3.
47. **VÍTKOVÁ, Marie:** *Somatopedie Klasifikace pohybových vad.* In. PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 8073151200.
48. **VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ,** ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7. 165 s.
49. **VOTAVA, Jiří et al.** *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5. 207 s.
50. **ZIKL, Pavel.** *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2011, 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

## 8.2 Seznam internetových zdrojů

1. **Centrum Arpida** [online] [2017-12-10] dostupné z [〈http://www.arpida.cz/o-nas〉](http://www.arpida.cz/o-nas)
2. **Školní vzdělávací program MŠ při centru Arpida, o.p.s.** [online] [2017-12-10] dostupné z [〈http://www.arpida.cz/skoly/dokumenty-skoly-2/skolni-vzdelavaci-programy/finish/4-skolni-vzdelavaci-programy/5-svp-materska-skola〉](http://www.arpida.cz/skoly/dokumenty-skoly-2/skolni-vzdelavaci-programy/finish/4-skolni-vzdelavaci-programy/5-svp-materska-skola)
3. **Školní vzdělávací program MŠ a SPC Jihlava** [online] [2017-12-10] dostupné z [〈http://www.msdemlova.cz/ke-stazeni.html〉](http://www.msdemlova.cz/ke-stazeni.html)
4. **Vyhláška č. 73/2005 sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí žáků a studentů mimořádně nadaných** [online] [2018-04-03] dostupné z [〈https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73〉](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73)
5. **Zákon č. 117/1995 sb. O státní sociální podpoře** [online] [2018-02-10] dostupné z [〈https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117〉](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117)
6. **Zákon č. 108/2006 sb. O sociálních službách** [online] [2018-02-10] dostupné z [〈https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108〉](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108)
7. **Zákon č. 561/2004 sb. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)** [online] [2018-04-03] dostupné z [〈https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561〉](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561)

## 9 Seznam zkratek

AAK – augmentativní alternativní komunikace.

CNS – centrální nervová soustava

DMO - dětská mozková obrna

ICT - informační a komunikační technologie

IVP - individuální vzdělávací plán

MR - mentální retardace

MŠ - mateřská škola

O.P.S. – obecně prospěšná společnost

SPC - speciálně pedagogické centrum

ŠVP - školní vzdělávací program

USR – ucelený systém rehabilitace

Z.Ú. – zapsaný ústav

# 10 Přílohy

## Příloha č. 1

### Rozhovor č. 1 s rodičem Evy

**1. Jak dlouho dochází do MŠ speciální?**

*Do školky chodí už druhým rokem.*

**2. Proč jste vybrali zrovna tuto MŠ? Zaujalo Vás na ní něco?**

*Dali jsme na radu doktora a následně jsme se sami i informovali.*

**3. Jaké terapie jsou nabízeny v rámci péče MŠ speciální**

*Fyzioterapie, hydroterapie, trampolína,*

**4. Kdo Vám řekl o možnostech využití těchto terapií?**

*lékař*

**5. Bylo Vám dostatečně vysvětleno, co daná terapie obnáší, nebo jste si museli dohledat informace sami?**

*Všechno nám popsali a řekli, jak to chodí.*

**6. Bylo vám dostatečně srozumitelně ukázáno, jak s dítětem rehabilitovat doma?**

*Ukázali nám to.*

**7. Rehabilitujete pravidelně – podle pokynů**

*Nepravidelně, odmítá to a nevydrží u toho, tak jsme to vzdali*

**8. Zaznamenali jste pokrok ve vývoji Vašeho dítěte od počátku používání těchto terapií**

*Dost velký. Když nastoupila do školky, tak nechodila a teď už i běhá.*

**9. V které oblasti je tento pokrok vidět nejvíce?**

*Pohyb, mluva*

**10. Chodíte nebo jste chodili na nějaký kurz, seminář, přednášku týkající se terapií, které podstupuje Vaše dítě?**

*Ne*

**11. Jste spokojeni s přístupem Vašeho terapeuta? Vyhovuje Vám jeho časová dotace na práci s dítětem? (V rámci týdne/měsíce)**

*Ano*

**12. Jste spokojeni se službami, které MŠ speciální nabízí? Spolupracuje s Vámi?**

*Ano*

**13. Jakou terapii považujete za nejpřínosnější pro Vaše dítě?**

*Logopedie*

**14. Jaké další terapie byste uvítali v MŠ? Popřípadě je zde něco, co Vám nevyhovuje?**

*Ráda bych, kdyby Evča mohla využívat také snoezelen, který mají ve školce.*

## **Příloha č. 2**

**Rozhovor č. 2 s rodičem Jany**

Z důvodu zhoršení zdravotního stavu dívky a její časté hospitalizace se nepodařilo již provést rozhovor.

## **Příloha č. 3**

**Rozhovor č. 3 s rodičem Milana**

**1. Jak dlouho dochází do MŠ speciální?**

*Mila do školky chodí už druhým rokem.*

**2. Proč jste vybrali zrovna tuto MŠ? Zaujalo Vás na ní něco?**

*Byla nám doporučena od lékaře.*

**3. Jaké terapie jsou mu nabízeny v rámci péče MŠ speciální**

*Ergoterapie, fyzioterapie, hydroterapie*

**4. Kdo Vám řekl o možnostech využití těchto terapií**

*lékař*

**5. Bylo Vám dostatečně vysvětleno, co daná terapie obnáší, nebo jste si museli dohledat informace sami?**

*Bylo nám to jasně vysvětleno*

**6. Bylo vám dostatečně srozumitelně ukázáno, jak s dítětem rehabilitovat doma?**

*Jo, to nám ukázali*

**7. Rehabilitujete pravidelně – podle pokynů**

*Moc ne, spíš když si vzpomenu, nebo je čas*

**8. Zaznamenali jste pokrok ve vývoji Vašeho dítěte od počátku používání těchto terapií**

*Ano výrazný*

**9. V které oblasti je tento pokrok vidět nejvíce?**

*Strava, mluva*

**10. Chodíte nebo jste chodili na nějaký kurz, seminář, přednášku týkající se terapií, které podstupuje Vaše dítě?**

*Ne*

**11. Jste spokojeni s přístupem Vašeho terapeuta? Vyhovuje Vám jeho časová dotace na práci s dítětem? (V rámci týdne/měsíce)**

*Ano*

**12. Jste spokojeni se službami, které MŠ speciální nabízí? Spolupracuje s Vámi?**

*Ano*

**13. Jakou terapii považujete za nejpřínosnější pro Vaše dítě?**

*Logopedie*

**14. Jaké další terapie byste uvítali v MŠ? Popřípadě je zde něco, co Vám nevyhovuje?**

*Takhle nám to stačí*

## **Příloha č. 4**

### **Rozhovor č. 4 s rodičem Josefa**

**1. Jak dlouho dochází do MŠ speciální?**

*Do školky dochází už 2 roky*

**2. Proč jste vybrali zrovna tuto MŠ? Zaujalo Vás na ní něco?**

*Byla nám doporučena vzhledem k jeho zdravotnímu stavu*

**3. Jaké terapie jsou mu nabízeny v rámci péče MŠ speciální**

*Ergoterapie, hipoterapie, fyzioterapie*

**4. Kdo Vám řekl o možnostech využití těchto terapií**

*Fyzioterapeut*

**5. Bylo Vám dostatečně vysvětleno, co daná terapie obnáší, nebo jste si museli dohledat informace sami?**

*Ano, zcela vysvětleno*

- 6. Bylo vám dostatečně srozumitelně ukázáno, jak s dítětem rehabilitovat doma?**

*Ano*

- 7. Rehabilitujete pravidelně – podle pokynů**

*Zcela pravidelně*

- 8. Zaznamenali jste pokrok ve vývoji Vašeho dítěte od počátku používání těchto terapií**

*Ano výrazný*

- 9. V které oblasti je tento pokrok vidět nejvíce?**

*pohyblivost, emoce*

- 10. Chodíte nebo jste chodili na nějaký kurz, seminář, přednášku týkající se terapií, které podstupuje Vaše dítě?**

*Ne*

- 11. Jste spokojeni s přístupem Vašeho terapeuta? Vyhovuje Vám jeho časová dotace na práci s dítětem? (V rámci týdne/měsíce)**

*Ano*

- 12. Jste spokojeni se službami, které MŠ speciální nabízí? Spolupracuje s Vámi?**

*Ano*

- 13. Jakou terapii považujete za nejpřínosnější pro Vaše dítě?**

*Fyzioterapie*

- 14. Jaké další terapie byste uvítali v MŠ? Popřípadě je zde něco, co Vám nevyhovuje?**

*Nic mě nenapadá*

## **Příloha č. 5**

### **Rozhovor č. 5 rozhovor s pedagogem Evy**

- 1. Jak dlouho pracujete s dítětem**

*Evička k nám chodí už dva roky.*

- 2. Jak často chodí do školy?**

*Dochází pravidelně, denně. Třikrát týdně chodí před obědem a dvakrát už před ním, když se vracíme z vycházky.*

- 3. Jak reaguje na kolektiv ve třídě?**



*Má ráda ruch kolem sebe, taková malá „kelišová“, nic jí neuteče. Všímá si lidí, kdo chodí kolem naší třídy. Když k nám přijdou praktikanti na praxi, tak si je hned vyčihne a už si chce s nimi hrát. S dětmi si hraje, ale dospěláci jsou oblíbenější.*

**4. Jak probíhala socializace?**

*Nebyl s ní problém, zvládla se začlenit opravdu rychle. To samé mohu říci i o dětech, které jsou v naší třídě.*

**5. Jak spolupracuje rodina se školou?**

*Jo, nevidím tam žádný závažný problém. To asi nemůže moc říct logopedka, či fyzioterapeutka, které rodiče nemohou sehnat a stěžují si z jejich strany na malý zájem. Téměř každý týden se snaží promlouvat s rodiči, ale bezvýsledně.*

**6. Co dítě ve třídě nejvíce baví, jakou vyhledává za hračku?**

*Evku baví skládání kostek lega na sebe, ale řekla bych, že jí baví všechno. Je to asi taky tím, že u ničeho příliš nevydrží. S každou hračkou je tak několik vteřin a už jí chce vyměnit za jinou. Ostatně to si zažila i sama vid', když si byla u ní.*

**7. Jaká terapie ji baví? Na kterou se těší?**

*Ráda chodí na trampolínu a do chacha boxu. Tam se opravdu hodně vyřádí. Na logopedii chodí v doprovodu jiného dítěte ze třídy, od kterého může „opisovat“, lépe tak spolupracuje.*

**8. Která je nejméně příjemná?**

*Nemá příliš ráda fyzio. Ona je ráda, když si pro ní přijde cvičitelka, ale jakmile je tam, tak si chce hrát a ne cvičit. Z počátku tam nevydržela sama, protože pořád odbíhala pryč a nechtěla spolupracovat. Poté jsem tam začala chodit s ní, takže už se dokáže i na pár minut přesvědčit a cvik několikrát zopakovat. Viděla si to ale i sama, že ona tam fakt nevydrží. Občas dokonce cvičí i ve třídě, protože ty děti a ten ruch je pro ni asi příjemnější.*

**9. Jak vychází s ostatními dětmi?**

*Evča je sluníčko, takže se směje, ale zároveň i trochu rošťanda a nenechá si nic líbit. Ať se kluci snaží jí zlobit, tak se nedá. Ostatně všichni si na sebe zvykli a vycházejí spolu dobře. Je to fakt prima parta.*

## Příloha č. 6

### Rozhovor č. 6 s pedagogem Jany

#### 1. Jak dlouho pracujete s dítětem

*Janička je u nás v žabičkách druhým rokem.*

#### 2. Jak často chodí do školy?

*Chodila většinou dvakrát do týdne, teď už tady ale několik měsíců nebyla, protože došlo ke zhoršení jejího zdravotního stavu. Má časté epileptické záchvaty, takže je buď doma, nebo v nemocnici. Když tady ale byla tak na dopoledne a po obědě si jí rodiče vyzvedávali.*

#### 3. Jak reaguje na kolektiv ve třídě?

*Velmi dobře, pozoruje je kolem sebe. Má ráda písničky, takže když je tady s námi, snažíme se i více zpívat, aby si to i ona užila.*

#### 4. Jak probíhala socializace?

*V rámci možností dobře. Na to že chodila do školky dva dny v týdnu tak to zvládala dobře. Z počátku s ní do třídy chodila i maminka, ale postupně se její doba ve třídě zkracovala. I tak ale byla vždy připravená na telefonu.*

#### 5. Jak spolupracuje rodina se školou?

*Tady si nemůžeme stěžovat, takhle nějak by to asi mělo dle mého názoru fungovat. Rodina se zajímá o dítě, jak se tady ve školce mělo, a zároveň je otevřeno i novým možnostem. Myslím, že to samé si slyšela i u ostatních s kým si tady mluvila ne?*

#### 6. Co dítě ve třídě nejvíce baví, jakou vyhledává hračku?

*Janča má ráda zvukové hračky, takže nejvíce jí zajímají ty, proto si sebou do třídy bere hračky i z domova. My je tady samozřejmě máme také, ale častým užíváním už zkrátka nejsou všechny funkční. Někde nejsou baterky, nebo se něco přetrhlo.*

#### 7. Jaká terapie ji baví? Na kterou se těší?

*Nedá se úplně říct, která jí baví nejvíce. Těší se na všechny a co jsem tak vyzozorovala, tak si je i všechny užívá. Je ale pravda, že ráda cvičí .*

#### 8. Která je nejméně příjemná?

*Nevšimla jsem si, že by jí nějaká byla vyloženě nepříjemná. Když se jí něco nelíbí, tak je to spíš z důvodu toho, že nemá zrovna dobrý den a je mrzutá již od rána.*

## **9. Jak vychází s ostatními dětmi?**

*S ostatními vychází dobře, třeba Davídek ten se na ni těší, a když přijde tak je pořád u ní a hladí si ji. Jak už jsem ale říkala, tak se ráda kouká na děti kolem sebe, jak si hrají nebo něco vyrábějí.*

# **Příloha č. 7**

## **Rozhovor č. 7 s pedagogem Milana**

### **1. Jak dlouho pracujete s dítětem?**

*Milan k nám dochází druhým rokem.*

### **2. Jak často chodí do školy?**

*Do školky dochází pravidelně každý den, kromě nemoci.*

### **3. Jak reaguje na kolektiv ve třídě?**

*Na kolektiv ve třídě si zvykl velmi dobře. Nevšimla jsem si žádného problému.*

### **4. Jak probíhala socializace?**

*V pořádku s dětmi i pravidly třídy se srostl dobře.*

### **5. Jak spolupracuje rodina se školou?**

*Zde je to komplikovanější. Tím, že bydlí docela daleko, tak do školky jezdí s vozem, a proto nemáme kontakt s rodiči. Zároveň je vidět, že pochází ze sociálně slabší rodiny, kde nebylo příliš podnětné prostředí. Díky tomu, zde udělal obrovský skok.*

### **6. Co dítě ve třídě baví? Jakou vyhledává hračku?**

*Z počátku zkoumal všechny hračky přes ústa, takže nakonec jsme mu vytřídili několik starých hraček, které měl pro sebe na kousání. Dále projevoval a stále docela projevuje zájem o montování. Pořád se kouká, kde by mohl s něčím točit, ať jde o auta, nebo i židli, kterou využívá pro jídlo. V současné době si často skládá puzzle, nebo hraje s autodráhou. Je vidět, že doma mají hospodářství, protože si také oblíbil dřevěný hospodářský domeček.*

### **7. Jaká terapie ho baví? Na kterou se těší?**

*Řekla bych, že všechny, ale nejvíce zajímavé pro něj je asi muzikoterapie, bazén a ježdění na koni. Faktem ale je, že loni, když nastoupil, tak se bál sprchy u bazénu a nechtěl tam chodit. Nyní si to oblíbil a těší se tam. Ještě musím dodat, že rád chodí za Štěpánkou na logopedii. I v řeči je u něj vidět obrovský posun.*

*Loni nevypravil téměř hlásku – pouze křik a letos už se snaží napodobovat, co říkáme. Přesto však využívá i komunikaci VOKS, se kterou mu to také jde.*

**8. Která je nejméně příjemná?**

*Taková není. Jak si zde zvykl, tak už nemá s ničím problém. Naopak by chodil častěji a rád.*

**9. Jak vychází s ostatními dětmi?**

*Je součástí naší třídy. Všechny děti ho berou mezi sebe. Nikdo nedělá rozdíly. Zvykly si na něj, jako on si zvykl na ně.*

## **Příloha č. 8**

### **Rozhovor č. 8 s pedagogem Josefa**

**1. Jak dlouho pracujete s dítětem?**

*Josefa mám ve třídě dva roky, ale ještě předtím byl rok ve vedlejší třídě. Takže jsem s ním byla v kontaktu, ale ne tak často.*

**2. Jak často chodí do školy?**

*Je nahlášen na každodenní docházku, což také plní.*

**3. Jak reaguje na kolektiv ve třídě?**

*Na děti ve třídě si zvykl dobře. Co vím, tak ještě když byl ve vedlejší třídě, tak se nechtěl ničeho a nikoho dotýkat.*

**4. Jak probíhala socializace?**

*Jak jsem již říkala, byl takový sám ve svém světě. S rodiči jsme o tom mluvili, že jim přišel ve školce smutný a to se potom přeneslo i domů. Je ale pravda, že se jeho nálady odvíjejí také od stavu, kdy půjde do nemocnice na krev. Před ní je vždycky unavený a nerudný. Jakmile to má ale za sebou, jeho nálada se zlepší a jeví více zájmu i o okolí.*

**5. Jak spolupracuje rodina se školou?**

*Na rodinu si nemohu stěžovat. Chlapce do školky vodí a všechno tedy řešíme při předávání dítěte. Nevybavuji si, žádný konflikt.*

**6. Co dítě ve třídě baví? Jakou vyhledává hračku?**

*Z počátku ho nezaujalo nic. Myslím si, že to bylo do jisté míry i tím, že měl omezenou schopnost pohybu – plazení. Nyní se fyzioterapeuti pokoušejí o vertikalizaci a upínají ho do polohovacího stojanu. Díky němu dostal nový*

*přehled o třídě a lidech kolem něj. V současné době u něj vidím i pokrok v tom, že si míchá lžičkou v hrnečku dětského kuchyňského nádobí. Velmi rád ale také pomáhá dětem ve třídě něco stavět – podává kostky atd.*

**7. Jaká terapie ho baví? Na kterou se těší?**

*Jak jsem už říkala, zprvu ho nenadchlo nic, ani muzikoterapie. Nyní si myslím, že to je právě ona a bazén, které ho nejvíce baví. Při muzikoterapii rád pracuje s nástroji, které má momentálně k dispozici. Dříve se jich odmítal dotknout a odhazoval je.*

**8. Která terapie je nejméně příjemná?**

*Neřekla bych, že je mu nějaká vyloženě nepříjemná, spíš je to dané jeho momentálním zdravotním stavem, od čehož se odvíjí i jeho nálady. Někdy se vrací a terapeuti ho chválí, jaký udělal pokrok. Jindy se naopak vrací s tím, že se jim nepochybovalo příliš dobře.*

**9. Jak vychází s ostatními dětmi?**

*Děti kolem sebe vnímá a chce si s nimi hrát. Ostatní ho rovněž berou mezi sebe. Anička ho vždycky upozorňuje ať jí. Takže si myslím, že výborně zapadl.*