

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Možnosti rozvoje osobnosti klientů ve stacionáři Úsměv pro
mentálně a kombinovaně postižené**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Vladimír Peřina

Autor:

Veronika Dvořáková

2007

Possibility for client's development of personality in stationary „Úsměv“ for persons with mental and combined handicaps.

The care of individuals with mental and combined handicaps is so hard, that it is often necessary to place the individuals into the day centres. The client daily attend all therapies with simultaneous educating by social experiences, by the offer of interest and club's activities. The aim of this work was to find out, what activities help to the clients of the stationary Úsměv for persons with mental and combined handicaps in Třebíč in the development of personality, motoric abilities, integrating into the society, activities that lead to the keeping and developing of intellectual powers and skills and so on.

After I have acquainted with the problems I have decided to use the qualitative research. As the essential methods I have selected unconcerned observation, non-standard interview and the content data analysis of the medical and psychological documents. The main aim was to obtain the essential information on researched individuals in relation to their developments that depend on the stationary activities. The interviews were conducted with the researched individuals, employees, parents of the individuals and they are evaluated for each group.

The target file was formed of 5 individuals from the stationary Úsměv for persons with mental and combined handicaps older than 15 years in Třebíč with DMO.

On the basis of the pieces of knowledge I have created the hypothesis:

„Everyday, systematic and regular visits of the stationary client and usage of all activities it has offered can help to develop the personality, integrate the client into the society, obtain self-sufficiency, development of rough and fine motoric in the area of clients with mental and combined handicap and primarily with DMO.“

The results of my research confirmed that there doesn't exist one concrete activity that would help in the client's personality development but the complex of all activities provided by the stationary can help them and the regular contact with people out of the home environment can help with their integration into the society. Necessity of the long-term planning of the personality development of each client came out of the research and keeping of the detailed documentation about the development of their abilities and skills.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2007

Veronika Dvořáková

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Vladimíru Peřinovi za obětavou pomoc a podporu při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1. Pojetí a charakteristika mentální retardace	8
1.2. Klasifikace mentální retardace	9
1.2.1. Lehká mentální retardace (F70), IQ 69 – 50.....	10
1.2.2. Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 49 – 35	10
1.2.3. Těžká mentální retardace (F72), IQ 34 – 20.....	10
1.2.4. Hluboká mentální retardace (F73), IQ 20 a méně	11
1.2.5. Jiná mentální retardace (F78)	11
1.2.6. Nespecifikovaná mentální retardace (F79).....	11
1.3. Kombinované postižení.....	11
1.4. Dětská mozková obrna (DMO)	12
1.4.1. Etiologie a charakteristika DMO	12
1.4.2. Příčiny	12
1.4.3. Formy	13
1.4.4. DMO jako kombinované postižení.....	17
1.4.5. Léčba	21
1.5. Osobnost jedince s mentálním a kombinovaným postižením	22
1.5.1. Variabilita psychického vývoje jedince	23
1.5.2. Výchova jedince	25
1.6. Formy péče.....	25
1.7. Pojetí a obsah jednotlivých činností ve stacionáři Úsměv.....	27
1.7.1. Poslání	27
1.7.2. Poskytované služby	28
1.7.3. Jednotlivé činnosti.....	28
1.7.4. Vliv činností na jedince	31
2. CÍL PRÁCE	32

3. METODIKA	33
3.1. Použité metody a techniky sběru dat	33
3.2. Charakteristika cílové skupiny	34
4. VÝSLEDKY	35
4.1. Kasuistiky	35
4.1.1. Kasuistika 1	35
4.1.2. Kasuistika 2	36
4.1.3. Kasuistika 3	38
4.1.4. Kasuistika 4	39
4.1.5. Kasuistika 5	41
4.2. Nezúčastněná pozorování	42
4.2.1. Pozorování 1	42
4.2.2. Pozorování 2	44
4.2.3. Pozorování 3	46
4.2.4. Pozorování 4	48
4.2.5. Pozorování 5	50
4.3. Rozhovory	51
4.3.1. Vyhodnocení rozhovorů 1	52
4.3.2. Vyhodnocení rozhovorů 2	52
4.3.3. Vyhodnocení rozhovorů 3	53
4.3.4. Vyhodnocení rozhovorů 4	54
4.3.5. Vyhodnocení rozhovorů 5	55
5. DISKUSE	57
6. ZÁVĚR	63
7. SEZNAM ZDROJŮ	64
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	68
9. PŘÍLOHY	69

ÚVOD

Každé narození dítěte je nesmírně cenný dar. Každé je jiné, žádné neodpovídá popisu v knihách. Svému okolí přináší mnoho radosti, ale i starostí. Staví své rodiče do role otce a matky, která je někdy náročná a vyčerpávající. Člověk s jakýmkoli postižením může žít plnohodnotným životem. Je však třeba mu pomoci a nasměrovat ho správným směrem. Chceme-li být úspěšní v této činnosti, musíme především dobře znát situaci jedinců s mentálním a kombinovaným postižením a možnosti rozvoje jejich osobnosti do budoucna.

Péče o jedince s postižením je pro ně i pro jejich rodiny natolik zatěžující, že je často nutné umístit jedince do denních center. Při své činnosti jsou v těchto centrech využívány všechny prostředky ucelené rehabilitace formou multidisciplinárního týmu, v němž má místo i klient i rodič, nebo jeho zákonný zástupce. Klient denně absolvuje všechny potřebné terapie se současným vzděláváním sociálními zkušenostmi, nabídkou zájmových a klubových aktivit, kterými jsou například arteterapie, muzikoterapie, rehabilitační a kondiční cvičení, hipoterapie, canisterapie, bazální stimulace nebo nácvik alternativní komunikace. Tyto činnosti přinášejí nejen aplikaci všech forem terapie, zvýšenou schopnost integrace a zejména významný sociální efekt.

Pro jedince s mentálním a kombinovaným postižením je důležitá podpora v oblasti soběstačnosti a začlenění do místní komunity. Velkou úlohu hraje rozvoj osobnosti jedince.

Při volbě tématu této práce jsem využila zkušenosti při práci s těmito lidmi v rámci dobrovolnické činnosti, při níž bylo možno sledovat pozitivní vliv pracovních činností a terapií na jedince s mentálním a kombinovaným postižením. Nabízela se tedy otázka, které činnosti nejvíce napomáhají v rozvoji osobnosti, soběstačnosti, rozvoji jemné a hrubé motoriky a zda jsou vidět nějaké pokroky.

V této práci jsem se zaměřila především na klienty s DMO, ke které se přidružuje velké množství chorob mimo jiné mentální retardace, epilepsie, smyslové onemocnění, poruchy řeči atd.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. *Pojetí a charakteristika mentální retardace*

V současné době se mentální retardací (MR) označuje souhrnný a zároveň nejčastější defekt rozumových schopností. Ve většině publikací jsou termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ používány jako synonyma. Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLHM) doporučuje užívat označení „člověk (dítě, mladistvý, dospělý) s mentálním postižením (s mentální retardací)“. (29)

Retardace není integrální součástí člověka, ale pouze jedním z mnoha osobnostních rysů. U jedinců s mentálním postižením dochází i přes dostatečnou výchovnou stimulaci k zaostávání rozumových schopností, odlišnému vývoji některých psychických funkcí, ale také k poruchám v adaptačním chování. Každý jedinec s mentálním postižením je svébytnou bytostí s vlastními vývojovými potencialitami, které je nutné rozvíjet. V závislosti na etiologii je možné zlepšení. (29)

V současnosti neexistuje přesný údaj o počtu osob s mentálním postižením, ale obecně se uvádí asi 3% občanů v ČR. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí. V naší republice žije tedy přibližně 300 tisíc lidí s mentálním postižením a tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi s různými typy postižení.

Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku. Příčiny MR jsou velmi často kategorizovány podle různých klíčů. Nejčastěji se hovoří o příčinách endogenních (vnitřních) a exogenních (vnějších), o MR vrozené či získané, o vlivech prenatálních, perinatálních a postnatálních. (35)

Příčiny mentálního postižení:

- o endogenní (vnitřní)
- o exogenní (vnější)

Endogenní příčiny jsou zakódované již v nejjemnějších systémech pohlavních buněk, ze kterých vzniká nový jedinec. Jde tedy o příčiny genetické. Ukázalo se však,

že tyto základní genetické vady se mohou vyvíjet i v průběhu života a nemusí být zakódovány v zárodečném materiálu (např. Downův syndrom).

Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu dítěte. Dále se tyto faktory člení podle období působení na prenatální (působí od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během nebo těsně po porodu) a postnatální působící po narození). (34)

Specifickou kategorií je tzv. pseudooligofrenie, označována též jako sociálně podmíněná mentální retardace. Zaostávání vývoje rozumových schopností vzniká z jiných důvodů, než je poškození mozku, nejčastěji důsledkem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení. Tento stav je možné zlepšit, pokud by se dítě dostalo do podnětějšího prostředí. (29)

Mezi nejčastější příčiny MR patří:

- o následky infekcí a intoxikací
- o následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
- o poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie, hypothyreóza)
- o makroskopické léze mozku (např. degenerací)
- o nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy
- o anomálie chromozomů (Downův syndrom)
- o nezralost

Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není ukončen. S mírnou nadsázkou můžeme říct, že se nachází spíše na počátku než v závěru svého vývoje.

1.2. Klasifikace mentální retardace

Roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovávaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti kategorií:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| o lehká mentální retardace | IQ 69 – 50 |
| o středně těžká mentální retardace | IQ 49 – 35 |
| o těžká mentální retardace | IQ 34 – 20 |

- o hluboká mentální retardace IQ 20 a méně
- o jiná mentální retardace
- o nespecifikovaná mentální retardace **(36)**

1.2.1. *Lehká mentální retardace (F70), IQ 69 – 50*

Je postižena především schopnost abstrakce a logického usuzování, myšlení bývá omezené, vážne analýza a syntéza. Opožděný je vývoj řeči a komunikačních dovedností, ale jedinci s postižením většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. V oblasti emocionální se projevuje úzkost a impulsivnost. Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. **(29)** Vzdělávání je nutné podle vhodných vzdělávacích programů. Výskyt v celkovém počtu lidí s mentálním postižením je asi 80%.

1.2.2. *Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 49 – 35*

Rozvoj chápání a užívání řeči je výrazně opožděn až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, slovní zásoba obsahově chudá. Hrubá a jemná motorika je vývojově zpomalená. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Vzdělávání jedinců se středně těžkou mentální retardací je možno ve vzdělávacích institucích, kde si osvojí základy čtení, psaní a počítání. **(16)**

Při cíleně zaměřeném vedení tyto lidé zvládnou dovednosti sebeobsluhy, jsou schopni vykonávat jednoduché pracovní činnosti. Po citové stránce jsou nevyrovnaní, objevují se u nich nepřiměřené afektivní reakce. Výskyt v populaci jedinců s mentálním postižením je asi 12%. **(34)**

1.2.3. *Těžká mentální retardace (F72), IQ 34 – 20*

Psychomotorický vývoj je opožděn již v předškolním věku. Ve většině případů jde o kombinované postižení. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo poruchami zraku či sluchu. Někteří se nenaučí mluvit, jiní si osvojí jen pár jednoduchých slov. Dlouhodobým opakováním si mohou osvojit základní hygienické návyky a sebeobslužné činnosti. Kvalitní cílenou péčí s podporou mohou v dospělosti

být dobře zapojeni do některých dílčích pracovních činností. Výskyt v populaci lidí s mentálním postižením je 7%. **(23)**

1.2.4. Hluboká mentální retardace (F73), IQ 20 a méně

Většina osob v tomto pásmu mentální retardace je postižena nejen na úrovni intelektu, ale vyskytuje se u nich těžké pohybové postižení, často jsou zcela imobilní nebo je pohyb výrazně omezen. Jedinci s tímto stupněm postižení bývají inkontinentní. Většinou si neosvojí ani základy mluvené řeči, porozumění řeči bývá omezeno pouze na některé běžné pokyny. Jsou dosti citliví. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, jako např. epilepsie a poškození zraku a sluchu. Vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Tvoří asi 1% populace mentálně postižených. **(29)**

1.2.5. Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie je užívána tehdy, jestliže stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné pro přidružené senzorické nebo somatické postižení, např. u hluchoněmých, nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování či autismem. **(29)**

1.2.6. Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Mentální retardace je prokázána, ale není možno jedince zařadit do jiných výše uvedených kategorií. **(34)**

1.3. Kombinované postižení

Dochází ke kombinaci postižení, kdy je současně narušeno několik funkcí (systémů). Nejčastěji vyskytující se onemocnění je dětská mozková obrna, s dalším, případně dalšími, onemocněními. Situace je velice komplikována, její řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení u daného jedince a dále na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje. Na těchto skutečnostech je pak závislá léčba (rehabilitace), sociální péče a též edukace. Jedinec by měl být vždy vzděláván podle programu, který odpovídá druhu a stupni jeho postižení. **(7)**

1.4. Dětská mozková obrna (DMO)

1.4.1. Etiologie a charakteristika DMO

Dětská mozková obrna je charakterizována jako raně vzniklé poškození mozku projevující se převážně v poruchách vývoje hybnosti. Téměř polovina postižených má navíc významný kognitivní deficit nebo poruchu intelektu, tito klienti tvoří kolem 50% populace dětí s těžkou mentální retardací. K obvyklým projevům patří poruchy zraku, sluchu či obtíže s příjmem potravy. **(8)**

Dětská Mozková Obrna (DMO; Infantilní Cerebrální Paréza, ICP; Cerebral Palsy, CP) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Označení dětská vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem mozková vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku, pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postúry (držení) trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku. **(40)**

Zakladatel československé dětské neurologie Ivan Lesný zavedl v roce 1952 označení „perinatální encelfalopatie“ a ve stejném roce pak novější označení a zároveň současný název dětská mozková obrna. **(23)**

1.4.2. Příčiny

Etiologie bývá různá, činitele se mohou kombinovat. Příčiny DMO lze spatřovat v několika rovinách. **(18)**

- o Příčiny prenatální (vzniklé před porodem): Mohou to být infekce a virová onemocnění plodu i matky (toxoplasmóza, rubeola), vlivy nutriční, exotoxické, nedonošenost, vzácněji přenošenost. **(8)**
- o Perinatální období: Příčinami v tomto období jsou všechny nepříznivé okolnosti kolem porodu, protrahované porody, těžké porody, překotné porody nebo dnes

již vzácné klešťové porody. Dále porodní asfyxie (dušení z nedostatku kyslíku), nedonošenost, ale i přenošenost dítěte. Negativní dopad má užití množství analgetik, anestetik apod. **(18)**

- o Postnatální období: Nebezpečné jsou úrazy hlavy. Velmi vážné jsou všechny infekce (zejména zánět plic, žaludku, tenkého střeva), které dítě prodělá asi do šesti měsíců věku. V tomto věku ještě není vytvořena hematoencefalitická bariéra, toxiny pronikají z krve bez překážky do mozku a vytvářejí se svérázné obrazy centrálních obrn, jež se u později vzniklých onemocnění nikdy neobjevují. **(19)**

1.4.3. *Formy*

Rozhodneme-li se srovnávat psychomotorický vývoj zdravého dítěte v raném věku s dítětem s dg. dětská mozková obrna, pak zde najdeme odlišnosti, které závisí jednak na druhu postižení, jednak na věku dítěte. Patologicko-anatomický obraz je různý, odpovídá působení různých patogenních činitelů na centrální nervový systém (CNS) v různém vývojovém stupni. **(30)**

Klasické formy DMO dnes při včasné rehabilitaci nebývají tak zřetelně vyjádřeny. V prvním roce života dítěte se navíc klinický obraz DMO teprve utváří a diagnóza je z neurologického hlediska jasná obvykle až ke konci prvního roku života dítěte, pokud jde o dyskinetické nebo dyskineticko-dystonické formy DMO i později. V prvním roce života používají dnes neurologové zejména diagnózu centrální koordinační (CKP) nebo centrální tonusová porucha (CTP), diagnóza se zpravidla s vývojem mění, a pokud zůstává beze změny, jde spíše o prognosticky negativní známku. **(2)**

Při klasifikaci DMO se vychází nejčastěji z klinického obrazu. Podle typu hybného postižení se pak rozlišují různé formy DMO. Dosud se užívá základní členění, a to na formy spastické a nespastické. **(7)**

Spastické formy DMO dělíme dále:

- o diparetická forma DMO (DIPARÉZA)
- o hemiparetická forma DMO (HEMIPARÉZA)
- o kvadruparetická forma DMO (KVADRUPARÉZA)

Nespastické formy DMO rozdělujeme na:

- o forma hypotonická
- o forma dyskinetická
- o forma mozečková

Podrobný popis spastických forem DMO:

Diparetický vývoj

Toto poškození je časté u předčasných porodů, kdy plod ještě nebyl dostatečně zralý. Diparetická porucha však může vzniknout také krvácením do mozku nebo přerušením zásobování kyslíkem, což je časté u komplikovaných porodů. S jistotou se ale nedá zjistit, čím bylo poškození způsobeno. (37)

Jeli větší poškození, větší je i rozšíření diparézy od chodidel nohou, přes kyčle až ke trupu, ramenům, rukám a někdy až k oblasti hlavy, kdy však horní končetiny bývají méně postižené než končetiny dolní. Často není poškození v temenní oblasti rozložené symetricky, pak mluvíme o diparéze s pravou či levou orientací.

Probíhá zde kranio-kaudální vývoj pohybů jedince, tedy shora dolů. U diparetického dítěte není v prvních měsících kromě snížené pohyblivosti nic nápadného, jelikož pohyb hlavy a rukou je jen málo opožděný nebo odpovídá věku. Toto postižení však způsobí, že pohybový vývoj zůstává na obou dolních končetinách na úrovni čtvrtého měsíce vývoje zdravého dítěte. (8)

Nejvíce se projeví v době zvýšeného nároku na pohyblivost po 5. měsíci života – dítě se neposazuje, neleze, nepřevrací se na záda. V šesti měsících lze již zřetelně rozeznat nenarušený psychomotorický vývoj dítěte od vývoje diparetického. Ve 12 měsících začínají tyto děti sedět se zakloněnou hlavou, dorzální kyfózou a ohnutými zády. Nohy jsou rotované dovnitř v postavení na špičkách, chybí natažení kyčlí. Při chůzi dělají malé kroky, je absence pohybu chodidla ze špičky na patu. Motorika těla zůstává a je omezena na několik pohybů. Dobrá prognóza vývoje je závislá na včasné terapii. (21)

Pokud je včasné zahájena terapie (mezi 4. – 6. měsícem), je léčení pohybové vady úspěšné. Dle Vojtovy metody je zřejmé, že se dítě naučí bipedální chůzi, pokud se naučí lézt se střídáním rukou a nohou. V terapii je důležité období lezení. **(32)**

Dítě začíná chodit většinou až mezi 3. a 5. rokem. Vývoj chůze ztěžuje nůžkovité postavení dolních končetin. V chůzi předklání dítě pánev a trup, překřičuje dolní končetiny a jde po špičkách (tzv. digitigrádní chůze) nebo po hřbetní a zevní ploše nártu. U flekčního typu chodí dítě po špičkách s ohnutými koleny a kymácením do stran. To je tzv. chůze lidoopí. Postižení může být samozřejmě odstupňováno co do obtížnosti, takže u nejlehčích případů této formy našlapuje dítě jen mírně na špičky a prolamuje na celé chodidlo. Při těžkém postižení se dítě nenaučí chodit vůbec. **(19)**

Zádové a břišní svalstvo je téměř vždy slabé. Horní končetiny mají normální utváření a zpravidla dobrou hrubou motoriku. V mnoha případech se však pozoruje neobratnost, zvláště v pohybech prstů. **(1)**

Diparetická forma dětské mozkové obrny vzniká poškozením mozku, především v oblasti jeho kmene, tedy v místech, kde nervové dráhy motorické z obou mozkových polokoulí jsou již pohromadě vedle sebe. Mozková kůra nebývá zasažena, a tak nemusí být zřetelně snížena inteligence. **(30)**

Hemiparetický vývoj

Hemiparetická forma je hemisferální postižení, které se projevuje postižením jedné poloviny těla s tím, že je patrná převaha postižení na horní končetině. Typické je flexní držení ruky (připomíná složené ptačí hnízdo). **(7)**

Rozdíl v pohybovém vývoji je patrný již ve 3. měsíci na horní končetině. Ruka je zatřata v pěst, palec je v pěsti sevřen. V 5. měsíci se dítě pokouší převrátit z polohy na zádech do polohy na bříško, a to přes postiženou stranu, druhá strana zůstává pasivní. Od 6. měsíce se daří dítěti z polohy na zádech uchopovat paží předměty, ovšem pouze na zdravé straně. Pohyb při plazení je asymetrický, vnímání těla spočívá pouze na zdravé polovině těla. Dítě se pokouší vzpřimovat ve 12. – 18. měsíci, samostatná chůze připadá dle postižení v 18. měsíci až třetí rok života. Hemiparéza se zhoršuje s růstem dítěte. Při každém vzrušení se zvyšuje svalové napětí, což způsobí znesnadnění nebo

úplné znemožnění vykonávat rychlé pohyby. Svalový tonus se zvyšuje na celém těle, tato reakce naruší jemnou motoriku. **(37)**

Děti s hemiparetickým postižením se nejen pohybují jednostranně, ale také se tak cítí. Necháme-li je, aby se nakreslily, velmi často vidíme jednorukou postavu nebo je ruka a noha na jedné straně nakreslena menší. **(37)**

Kvadruparetický vývoj

Tento termín vyjadřuje globální poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti mozkové kůry. Je narušená senzomotorika těla i v oblasti hlavy. Při postižení dalších center CNS se dají očekávat symptomatické poruchy řeči, smyslové vady a epilepsie. **(39)**

Už v novorozeneckém věku je nápadná absence primárních reflexů. Ve 3. měsíci dítě nezvedne hlavu z polohy na bříšku, ruce jsou nataženy dozadu a přitlačeny k tělu, nohy a kyčle jsou ohnuté. Asymetrický šíjový reflex nutí hlavu do trvalého opistotonického natočení. Následkem je skoliotické držení páteře, asymetrie hlavy a obličeje, stejně jako nebezpečí luxace kyčle vybočením směrem dozadu. Pokud dítě kolem 12. měsíce pasivně posadíme, aktivně neudrží hlavu. **(40)**

Obraz kvadruparézy se fixuje velmi brzy, možnost pohybu je velmi malá a jen patologickým způsobem. Pokud není známa možná kontrola hlavy a trupu, nedá se rovněž dosáhnout samostatné chůze. V tomto případě je třeba docílit pevného sedu, z kterého je možné volně pohybovat hlavou a rameny, a tím dosáhnout kompetence k činnosti. **(37)**

Motorika ruky je narušena, dítě nedosáhne úchopu celou rukou, proto zkouší pinzetový úchop, aby mohlo vůbec něco uchopit. Stejně tak je i postižena motorika úst. Tonické otevření úst způsobuje opistotonické držení hlavy a vysoké napětí obličejových svalů. Chybí postranní pohyb jazyka, který normálně posunuje potravu v ústech. **(8)**

Vnímání je velmi málo diferencované, od kojeneckého věku chybí vestibulární stimulace. Následkem je stále větší obava z pohybu a prostoru. U dětí s kvadruparézou se zkušenosti redukují jen na distanční smysly, jako je sluch a zrak, dítě nezakusí vlastní

objevování předmětů a proto je závislé na cizích zkušenostech. Také je značně narušen vývoj řeči. (19)

Při podpoře dětí s kvadraparézou je důležité utvořit reálný plán terapie a uvědomit si dosažitelný cíl. Některé děti se naučí chodit, některé ne. I když není dosaženo schopnosti chůze a tím samostatnosti, je třeba jim poskytnout maximální podporu v psychickém rozvoji.

Kvadraparetická forma je ze spastických forem vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně nejméně příznivá. (23)

Stručné pojetí nespastických forem DMO:

Hypotonická forma

Jedná se o formu, která má vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně nejhorší prognózu. V prvních měsících života bývá hypotonie velmi častá, ale pokud přetrvává a v průběhu vývoje se nemění v jinou formu, pak velmi často zřejmě nejde o DMO, ale spíše o některý typ metabolického či degenerativního onemocnění. Většinou se však obraz mění a přechází v některou z dalších forem DMO. (25)

Dyskinetická forma

Dřívější název pro tuto formu byl extrapyramidová. Charakteristickým znakem jsou nepotlačitelné mimovolní pohyby, které doprovází každý pokus o volní pohyb. Jsou to pohyby atetotické, balistické, choreatické a myoklonické.

Mozečková forma

Je formou relativně vzácnou, vedoucí zpravidla k velmi těžkému pohybovému postižení, prakticky vždy je přítomno, mnohdy i velmi těžké, postižení intelektu. (25)

1.4.4. DMO jako kombinované postižení

Dětská mozková obrna bývá doprovázena dalšími poruchami. Poškození mozku v perinatálním období má za následek poruchy hybnosti, ale ty nejsou jedinými poruchami. U všech forem DMO se vyskytují v různé míře ještě poškození mentální, epileptická, senzorická a senzitivní. Přímá souvislost je mezi poruchami hybnosti a řeči,

dochází k poruchám hybnosti mluvních orgánů. U ostatních poruch není tato souvislost tak zřejmá. (7)

Poruchy dětí s dětskou mozkovou obrnou se dělí na dodatečná a doprovodná poškození. Dodatečně je poškozená oboustranná komunikace (u intaktních jedinců jde o narušení komunikace s dítětem vzhledem k problémům s očním kontaktem, grimasami v důsledku změn tonu apod.) a reciproční inervace (způsobeno střídavým vedením podrážděním nervy). K doprovodným postižením se řadí omezení intelektových schopností, omezené zkušenosti, časté cerebrální záchvaty, častá dodatečná smyslová postižení, obtížná emoční citlivost, poruchy řeči. (37)

Při diagnóze DMO je důležité přesně diagnostikovat primární postižení. Tomuto postižení se podřizuje další léčba, zvolí se vhodné metody, postupy a prostředky, aby vzdělávání, výchova a socializace byla co nejefektivnější vzhledem k diagnóze. (29)

Poruchy hybnosti

U dětí s DMO bývají tyto poruchy nejčastější a nejzávažnější, jedná se o poruchy motoriky mluvní a pohybové. (23)

Nejčastěji se uvádí tyto poruchy:

- o Spasticita, při které jsou pohyby omezovány až znemožňovány trvale zvýšeným napětím svalstva centrálního původu. Svalový tonus je zvýšen, rovněž reflexy jsou zvýšeny. (19)
- o Hypotonie je stav sníženého svalového tonusu. Reflexy jsou rovněž sníženy až vyhaslé, celkové držení končetin je ochablé až bezvládné. Vzniká v kojeneckém věku, později se mění v jiné syndromy, spastický nebo dyskinetický. Může být centrální i periferní, poté platí, že může být i při postižení míchy. Hypotonie vzniká poškozením mozečku, mimokorových oblastí i míchy.
- o Dyskineze je zastřešující pojem, projevuje se vůlí nepotlačitelnými pohyby, které vznikají poškozením různých oblastí mimokorové šedé hmoty, poruchami bazálních ganglií. Jedná se o syndrom atetotický, choreatický, balistický a myoklonický. (9) Jednotlivé typy dyskinetického syndromu jsou:

- o Syndrom hypokinetický se projevuje hypomimií až amimií, tj. nedostatkem mimiky. Obličej postiženého dítěte je bezvýrazný, mimické svaly jsou bez pohybu: smích, hněv, pláč a jiné afekty nejsou doprovázeny obvyklými mimickými projevy.
- o Syndrom atetotický se projevuje vlnitými, hadovitými nebo červovitými pohyby, které vznikají při každém malém podnětu, ale i spontánně samy od sebe. tyto nežádoucí pohyby ruší volní pohybovou činnost tak, že někdy znemožňují i chůzi. **(23)**
- o Syndrom balistický představuje rychlé pohyby často celých končetin.
- o Syndrom choreatický se projevuje prudkými, trhavými, neuspořádanými pohyby malého rozsahu, avšak značné intenzity, někdy i pohybovým neklidem. Choreatické pohyby ruší pohyby svalstva a znesnadňují volní pohyby, ale úplně je neznemožňují.
- o Syndrom myoklonický se projevuje drobnými trhavými záškuby svalstva **(23)**
- o U vedené poruchy hybnosti se objevují při jednotlivých formách v různém stupni a kombinacích. Při všech formách se objevuje opožděný vývoj hybnosti. Často je vývoj hybnosti opožděn nebo omezen, občasně s opožděním nebo omezením vývoje rozumového. **(9)**

Mentální retardace

Problematika mentální retardace byla blíže rozebrána v předcházejících kapitolách.

Epilepsie

Epilepsie se také řadí do přidružených vad, která provází DMO poměrně často a někdy může být hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. **(23)** Je to mozkové poškození různého původu, pro které jsou charakteristické opakující se záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, podmíněné excesivními výboji mozkových neuronů. **(30)**

U dětí se projevují epileptické záchvaty v různém věku různým způsobem, jsou závislé na stupni zralosti mozku. Podle základní klasifikace lze rozdělit záchvaty na

parciální, které mají původ v ohraničené části mozku, a generalizované, kdy se epileptická aktivita rozšiřuje na celý mozek. (7)

Smyslové vady a vady řeči

Dětská mozková obrna může být doprovázena i dalšími poruchami zraku, sluchu a řeči.

Přibližně polovina dětí s dětskou mozkovou obrnou má nějakou vadu zraku. Jednou z nejčastějších vad je strabismus – šilhání. V důsledku strabismu dochází k poruše binokulárního vidění. Lze jej upravit chirurgickou cestou nebo korigovat pomůckami. Nedojde-li však k úpravě stavu včas, vzniká amblyopie – tupozrakost. Okohybné poruchy se vyskytují u diparetické formy DMO. (25)

Negativní důsledky na socializaci dítěte s DMO mohou mít také poruchy sluchu, které se vyskytují zvláště u dyskinetické formy. Zmíněné poruchy vznikají poškozením sluchové dráhy nebo přímo mozkové kůry spánkového laloku. (1)

Se sluchovým postižením úzce souvisí poruchy řeči. Jsou to poruchy různého stupně, od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost artikulace. DMO postihuje svalstvo jednotlivých mluvních orgánů, a tím i jednotlivé složky řečového projevu, jako je dýchání, fonace, artikulace, rytmu, melodie, plynulosti a srozumitelnosti řeči. (11)

Charakteristickým projevem DMO a zároveň nejkomplikovanějším a nejobtížněji korigovatelným narušením komunikační schopnosti je dysartrie. Jde o narušenou inervaci mluvidel v důsledku orgánového postižení CNS. (31)

Mimo všechny uvedené poruchy se objevují i poruchy somatického růstu. Děti trpící těžšími formami DMO somaticky neprospívají a výjimkou není ani atrofie končetin na postižené části těla. Též existují ortopedické komplikace. Mezi nejčastější patří zkrácení achillových a koleních šlach, deformace kyčelních kloubů a také skolióza.

Všechny uvedené skutečnosti mohou vést také k nejrozličnějším emočním poruchám, které je třeba eliminovat psychologickou péčí ve smyslu podpůrné terapie. (7)

1.4.5. Léčba

Dětská mozková obrna se nedá vyléčit, ale léčba může často zlepšit životní možnosti dítěte. Díky dokonalejším metodám léčení nemocných DMO mohou již dnes mnozí z nich, kteří byli včas a správně léčeni, vést téměř normální život. (19)

V rámci terapie je nejdůležitější komplexní rehabilitační péče. Nutným předpokladem efektivní léčby je včasná a kvalitní diagnostika. Terapeutické postupy jsou realizovány na jejím základě. (30)

Důležitou složkou ucelené rehabilitace je léčebná rehabilitace, založená na odstranění postižení a funkčních poruch a také eliminaci následků zdravotního postižení. Do léčebné rehabilitace patří:

Fyzikální terapie

Jsou to například různé druhy masáže (klasická, reflexní, podvodní), léčba ultrazvukem, magnetoterapie a léčba světlem. Laserové zařízení, dále léčba teplem (termoterapie) a zejména vodoléčba (rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň). Vodoléčba dětí s DMO je velmi dobře přijímána a její aplikace je velmi přínosná hlavně po operacích. (32)

Léčebná tělesná výchova

Je hlavní metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Je velmi efektivní hlavně u dětí s DMO. Její základní formou je tělesné cvičení. Účelem cvičení je podpořit pohybový vývoj, aby se dítě naučilo základním pohybovým schémátům, které slouží ke vzpřimování dítěte do vertikální polohy, aby bylo schopné udržovat v jednotlivých polohách rovnováhu. Aby byla nejúčinnější, je nutné ji zahájit a provádět co nejdříve a praktikovat několikrát denně. Některé metody cvičení se maminky naučí již v porodnici (Vojtova metoda). (19)

Léčba reflexní lokomocí dle Vojty

Léčbou této metody je možné zabránit vývoji DMO a její fixaci, hlavně u „ohrožených novorozenců“, u kterých je viditelné, že neprokazují spastický syndrom, ale kde je porucha zjištěná speciální vyšetřovací technikou. (38) Základem metody

jsou dva pohybové prvky - reflexní plazení a reflexní otáčení. Otáčení z břicha na záda a zpět je součástí normálního pohybového vývoje, zatímco reflexní plazení je umělé pohybové cvičení založené na reflexních podnětech z tzv. spouštěcích zón. Tato terapie má nejlepší efekt, je-li zahájena co nejdříve, nejlépe do tří měsíců od narození dítěte. (38)

Bobathova metoda

Vychází z představy, že zabrzdění primitivních schémat držení v určitých polohách (reflexní inhibiční pozice) vede k facilitaci fyziologického průběhu pohybu. Jde o funkční pohybové učení pomocí stimulace, které se provádí individuálně podle stáří dítěte. Schémata držení, vedle kterých jsou uzavřeny fixované syndromy DMO, mohou porušit terapii těchto dětí. (38)

Ergoterapie

Léčba smysluplnou činností, rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života. (7)

Specifické terapie

Jsou to arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie, hipoterapie, canisterapie.

Ostatní terapie

Léčba pomocí chirurgických zákroků, používání kompenzačních pomůcek, farmakoterapie, úprava životosprávy. (7)

1.5. Osobnost jedince s mentálním a kombinovaným postižením

Důležitou složkou osobnosti je sebepojetí. To je u jedince s mentálním a kombinovaným postižením ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou schopností pochopit, jaké jsou jejich reálné kompetence (resp. v čem jsou odlišné od ostatních). V důsledku tohoto bývá jejich sebehodnocení zcela objektivní, bývá nekritické a ovládané především emocionálně. Vzhledem k jejich omezené soudnosti závisí po celý život na názorech jiných lidí. Nekritičnost a zvýšená sugestibilita jsou příčinou snadné ovlivnitelnosti. (33)

Pozitivní sebehodnocení a z něho vyplývající očekávání je i u těchto lidí důležité, protože slouží jako základ pozitivní motivace. Je velice obtížné jej dosáhnout, nejen z důvodů objektivně horších předpokladů, ale také kvůli stabilněji horším výkonům ve srovnání s ostatními. (29)

1.5.1. Variabilita psychického vývoje jedince

Psychický vývoj je proces, ve kterém postupně narůstající kvantitativní změny vedou ke změnám kvalitativním. Nejdůležitější z těchto změn určují přechod na vyšší vývojovou etapu. (24)

Přechod z jednoho vývojového období do druhého se neuskutečňuje náhlým, ani krizovým způsobem. Neexistují ostré hranice mezi jednotlivými vývojovými etapami. Je nesmírně důležité, aby se při výchovném působení na dítě bral zřetel nejen na možnosti dítěte, které už existují, ale i na možnosti jeho dalšího vývoje pro utváření a rozvíjení takových vlastností, které připravují přechod do následující vyšší vývojové etapy. Pro další vývoj budou mít tyto vlastnosti rozhodující význam. Proces vývoje je individuální. (36)

Myšlení

„Myšlení je poznávací funkcí, v souvislosti s ním hovoříme o poznání zobecněném, zprostředkovaném (přes slovo), jehož nástrojem je převážně řeč a podstatou relaciování (uvádění do vztahů). Pokud utváříme vztahy mezi vnímanými jevy či jevy představovými, jedná se o myšlení konkrétní, jestliže relaciovujeme mezi pojmy, jde o myšlení abstraktní“. (35)

Myšlení u jedinců s mentálním postižením je charakterizováno značnou rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Nadměrné nároky působí jako stresující faktor. Nejsou schopni abstrakce a generalizace, pojmy tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Poněvadž myšlenky vyjadřujeme pomocí slov a řeč bývá u jedinců s mentálním postižením vždy narušena, vše velmi úzce ovlivňuje i myšlení. (35)

Řeč

Narušený vývoj řeči je jedním z nejcharakterističtějších znaků mentální retardace. Řeč se u těchto dětí většinou už od začátku rozvíjí pomalu, deformovaně a ani později nedosáhne obvyklé úrovně. (23)

Už začátky vývoje řeči se u nich objevují s větším nebo menším zpožděním. Zatímco vývoj řeči intaktních dětí začíná obvykle okolo 1. roku života, u dětí s mentálním postižením se už zpravidla projevují nápadné odchylky od normy. Dokonce 65% těchto dětí začne mluvit až po 3. roce života. Chápání řeči (pasivní slovník) je vyvinutější než aktivní řeč. Neverbální složky inteligence jsou u nich často na výrazně lepší úrovni. (11)

Průběh vývoje řeči a především jeho začátky primárně závisí na stupni sníženého intelektu. (34)

Paměť

Paměť znamená schopnost přijímat, držet a znovu oživovat minulé vjemy, často je charakterizována jako uchování informace o podnětu, který již nepůsobí. (5) Z hlediska vývoje hovoříme o geneticky uložených informacích a paměti individuální, která je podstatnější z hlediska vzdělávacího procesu. “Nové poznatky si osvojují pomalu a až po mnohačetném opakování“. (35) Velkým vlivem jsou také nedostatky v koncentraci pozornosti. Naučené velmi rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně. K zvláštnostem u jedinců s mentálním postižením také patří nekvalitní třídění paměťových stop, mají spíše paměť mechanickou.

Emoce a city

Emoce značí širší pojem než city. Termín emoce zastřešuje subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy, stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti. (6) Lidé s mentálním postižením jsou vybaveni menší schopností ovládat své emoce. Velmi často se setkávají se situacemi, které neumí zvládnout, převážně v období dospívání. Na základě toho se u nich mohou objevit neurotické problémy, agresivita, poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem. (20)

Volní vlastnosti

„Vůle - záměrné, cílevědomé úsilí směřující k dosažení vytyčeného cíle, vlastní jen člověku“. **(5)** U lidí s mentálním postižením se velmi často objevuje volní a citová labilita, impulsivnost, úzkostnost a zvýšená pasivita.

Důsledky a omezení plynoucí z mentálního postižení se liší člověk od člověka, stejně jako se liší schopnosti lidí bez mentálního postižení.

1.5.2. *Výchova jedince*

Správné zařazení dítěte s mentální retardací do společnosti ostatních dětí je prvním předpokladem úspěšné výchovné práce. **(13)** Výchovu a vzdělávání jedinců s mentálním a kombinovaným postižením chápeme jako celoživotní proces. U ostatních jedinců se také uznává nutnost celoživotního vzdělávání, zvyšování kvalifikace, rekvalifikace, prohlubování jazykových a dalších znalostí, dovedností. Kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolních skutečností. **(35)**

Základy výchovy jsou stejné jako u výchovy shodné s vrstevníky a spočívají v rodině. Výchova jedince je mnohem obtížnější, náročnější na pedagogické dovednosti, čas a trpělivost rodičů. Výsledky se dostávají velmi pozvolna a vychovatel je někdy ani nepozoruje. Každá sebemenší dovednost vyžaduje u jedince dlouhodobý a trpělivý nácvik. Téměř každý z rodičů, který vychovává jedince zákonitě propadá pocitům neúspěšnosti, bezmoci a beznaděje. **(10)** V takových případech potřebuje nejen pochopení a povzbuzení od svého nejbližšího okolí, ale i odbornou konzultaci ať už od lékaře, psychologa, speciálního pedagoga či rodiče, který úspěšně zvládl nebo zvládá takovouhle výchovu. **(35)**

1.6. *Formy péče*

Postoje společnosti k ústavům sociální péče se v poslední době procházejí vývojem plným různých peripetií. Ještě v předcházejícím století se za standardní

považoval názor, že člověk (dítě, mladiství) s mentálním postižením „patří“ do ústavu. Rodiče kteří si své dítě rozhodli ponechat doma a pečovat o něj, byli nezřídka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat dítěti s mentálním a kombinovaným postižením, z něhož „stejně nic nebude“.

V dnešní době se od těchto názorů upouští a rodiče jsou rádi, že jejich dítě, může žít plnohodnotným životem a začlenit se do společnosti díky mnoha možnostem, které dnešní ústavní péče nabízí. **(29)**

Pro klienty s mentálním i kombinovaným postižením se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé klienty. V některých případech nahrazují práci škol a mateřských škol, kam by děti s mentálním retardací měly být zařazovány. **(29)**

Stacionáře denní poskytují především ambulantní služby ve specializovaném zařízení a to seniorům, osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. **(26)**

Obsah činností jednotlivých stacionářů je různý, závisí na potřebách a schopnostech klientů i na možnostech těchto zařízení. Zpravidla se orientují na vzdělávací aktivity, pracovní rehabilitace, různé druhy terapií, různé formy rehabilitace, volnočasové aktivity apod. S klienty je pracováno podle speciálního výchovného programu zaměřeného na stimulaci a rozvíjení jejich zbytkových schopností. Ve většině případů jej navštěvují klienti osvobození od povinné školní docházky. Je zde poskytována respitní péče. **(29, 7)**

Týdenní zařízení představuje určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny klientů s mentálním a kombinovaným postižením představují velkou pomoc. Umístění dítěte do ústavu s celoročním pobytem znamená velmi vážné rozhodnutí, které rodičům přináší časté výčitky svědomí a traumata z pocitu selhání.

Světové trendy v péči o klienty s mentálním a kombinovaným postižením přináší odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných

bytech , ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě. Ústavy sociální péče mají dosud v péči o klienty velmi důležité úkoly a poslání. **(29)**

Postoje personálu ústavů sociální péče významně ovlivňuje osobnostní rozvoj a celkovou kvalitu života uživatelů. S kvalitami služeb a sociální péče pochopitelně souvisí i obsah a organizační formy a činnosti zařízení. Musí se plánovat a uskutečňovat „na míru“ jednotlivým klientům navštěvující zařízení sociálních služeb. Plánovat ji lze za pomoci různě pojatých, avšak vyhodnocených a aktuálních plánů např. projekt individuálního rozvoje klienta za jednotlivé období. **(35)**

1.7. Pojetí a obsah jednotlivých činností ve stacionáři Úsměv

Stacionář Úsměv je zařízení určené pro denní pobyt klientů s mentálním a kombinovaným postižením, kteří jsou starší 15 let. Navštěvuje ho pravidelně 27 klientů. Stacionář je v provozu od pondělí do pátku od 7 do 15 hod. Cílem služeb je podpora a pomoc klientům s mentálním a kombinovaným postižením v oblastech soběstačnosti, samostatnosti a v začlenění se do místní komunity. Stacionář má dvě podlaží, ve spodním patře jsou šatny klientů, tělocvična a dřevodílna. V horním patře se nachází denní místnost klientů, individuální terapie, keramická dílna, výtvarná dílna, škola, jídelna, kuchyň, místnost ranné péče, kancelář vedoucí stacionáře a denní místnost zaměstnanců. **(28)**

1.7.1. Poslání

- o udržení a rozvoj kvality života lidí s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodin
- o podpora a aktivizace lidí s postižením v oblasti soběstačnosti a samostatnosti
- o pomoc při navazování a udržování sociálních vztahů a začlenění se do komunity
- o podpora zdravého životního stylu
- o rozvoj pracovních dovedností
- o podpora pohybových aktivit
- o udržení a rozvoj rozumových schopností a dovedností
- o poskytování a zprostředkování sociálního a právního poradenství

1.7.2. Poskytované služby

- o denní pobyty
- o společné stravování - svačiny, oběd
- o doprava do zařízení a zpět domů charitativním autem
- o poradenské služby
- o možnost doplnění vzdělání **(28)**

1.7.3. Jednotlivé činnosti

Důležitou úlohu ve vývoji jedince má činnost v celé své rozmanitosti a pestrosti. Zahrnuje jak hru, učení, tak i pracovní zájmovou a reflexní činnost. **(17)**

Rehabilitační a kondiční cvičení

Cvičí se na doporučení obvodního lékaře a stavu klienta.

Kondičního cvičení

Je především preventivní a má zamezit vzniku komplikací v souvislosti s imobilizací, tzn. omezenou až úplnou nepohyblivostí (např. zabránit rozvoji svalové atrofie, omezení hybnosti ve všech, i nepostižených kloubech a zkrácení svalů).

Cvičí se – v leže, v sedu, stojí, součástí může být i chůze. Kontraindikacemi jsou zejména zvýšená teplota, bolest zvyšující se pohybem nebo možnost vyvolat pohybem krvácení či zhoršení stavu - toto jsou i obecné kontraindikace všech fyzioterapeutických metod. **(28)**

Rehabilitační cvičení

Podstatou věci je nastolení svalové rovnováhy (posílením svalů oslabených a protažením svalů zkrácených), dále pak odbourání vadných návyků a nácvik správného držení těla a pohybových vzorců. Dochází také k prokrvení vnitřních orgánů, čímž se zlepšuje jejich funkce. Velmi kladně reaguje i psychika.

Individuální rehabilitační cvičení

Zde je pohybová aktivita zaměřena přímo na danou osobu, cvičení je sestaveno individuálně podle potřeb toho kterého organismu.

Arteterapie a ergoterapie

Léčba pomocí výtvarných prostředků, jako je např. kresba, malba, ale také výtvarná práce s jinými materiály, zejména s keramickou hlínou, která je zvlášť vhodná pro děti s DMO. (3) Je velice přínosná zejména tím, že je bezprostředně orientovaná na stimulaci hmatu, na cvičení a rozvoj jemné motoriky, na rozvoj vnímání prostoru a tím i na uvědomění si a rozvoj vlastního těla a následné sebepojetí. (35)

Klienti ve stacionáři vyrábí různé výrobky z hlíny, keramiky, vosku, hedvábí, látky, dřeva atd. Jejich výrobky si pak ve stacionáři vystaví, některé se prodávají na různých akcích, které stacionář pořádá (vánoční trhy, plesy, mikulášská besídka apod.) (viz. Příloha č. 6, 7, 8)

Při arteterapii pracují ve skupinách a výtvarné umění se používá jako prostředek komunikace mezi klientem a terapeutem a klienty navzájem. (viz. Příloha č. 9) V arteterapii je těžištěm práce samotný tvůrčí proces, nikoliv umělecké hodnocení vzniklého díla. (37)

Ergoterapie

Léčba je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Je zde zapotřebí velké množství technických pomůcek. Účelem léčby je zlepšit především hybnost horních končetin a naučit klienty určitým pohybům, které budou moci využít v běžném životě. (29)

Ve stacionáři ji využívají v rámci dřevodílny, (viz. Příloha č. 10) vaření, šití a nácviků základních činností pro běžný život.

Muzikoterapie

Léčba pomocí hudby, má podobný význam i efekt jako arteterapie, pracuje se zde s hudbou a rytmem, ale také s písni. (17)

Klienti se každé ráno vítají písni a říkankou.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Klienti mají možnost vzdělávat se a to za účasti speciálního pedagoga, který navštěvuje stacionář ve spolupráci se speciální školou Cyrilometodějská v Třebíči.

Klienti kteří už skončili povinnou školní docházku na této škole, pouze chodí na individuální terapii, kde s nimi terapeutky opakuji co se už naučili. Ti kteří si potřebují doplnit vzdělání tak navštěvují kurz, který je ve stacionáři. Kurz probíhá podle dvou vzdělávacích programů:

- o Pro speciální školu – pro klienty s lehkou a střední mentální retardací
- o Rehabilitační program – pro klienty s těžkou a hlubokou mentální retardací

Tento kurz navštěvuje jedenáct klientů, z toho osm se vzdělává podle programu speciální školy a tři podle rehabilitačního programu. Rehabilitační má dva předměty – rozumovou a smyslovou výchovu. Důležitá je zde i sociální sféra. (28)

Nácvik alternativní komunikace

Podpora komunikace - umět to říci sám. Klient, který nedokáže verbálně komunikovat, se naučí vyjádřit jiným komunikačním prostředkem. (14)

Bazální stimulace

Bazální stimulace umožňuje klientům s postiženým vnímáním zlepšit zdravotní stav cílenou stimulací smyslových orgánů. Využívá mnoho vlastních technik a tréninkových programů, kterými u klienta dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Tato metoda se využívá u klientů těžce postižených. (35)

Hipoterapie

Je rehabilitační metoda, která ke svým léčebným účelům využívá koně a významně se podílí na rozvoji hrubé motoriky. Vede ji speciálně vyškolený fyzioterapeut. (37) Na hipoterapii klienti dojíždí jedenkrát za měsíc na soukromý statek.

Canisterapie

Canisterapie je terapie, při které se využívá pozitivního vlivu psa na psychický i fyzický stav klienta. Při aktivitách se psy nenásilně procvičujeme hrubou i jemnou motoriku. Přítomnost psa snižuje krevní tlak. Pes se stává bytostí, které je možno se svěřit. Pro některé klienty je komunikace se psem přijatelnější, než s druhým člověkem a právě pes se může stát určitým komunikačním kanálem mezi klientem a terapeutem. (15) Klienty navštěvuje vyškolený pracovník dvakrát do měsíce. (viz. Příloha č. 11)

Kulturní aktivity

Mezi kulturní aktivity nabízené stacionářem patří poznávání památek a muzeí, návštěvy divadel a koncertů, exkurze a výstavy.

Sportovní a tělesné aktivity

Stacionář klienty podporuje v pohybových činnostech formou pravidelných vycházek po okolí, posilováním v tělocvičně, zimními a letními pobyty v přírodě.

1.7.4. Vliv činností na jedince

Všechny tyto činnosti mají velký vliv na rozvoj osobnosti jedince a podporu jeho rozvoje. Cílem všech činností je integrace, obohacení osobnosti, zmírnění choroby, znovu vybudování kreativity, spontánnosti, komunikace a správného chápání kontextu života, jeho smyslu a poslání. **(22)**

U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textilem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, s kovem, s umělými hmotami) a výcvikem v oblasti praktického života (např. v péči o domácnost atd.). **(12)**

Co se týká přímo osob s mentálním postižením, musíme u nich obecně počítat s nedostatky v oblasti motivace k vykonání nějaké činnosti. U klientů nacházejících se v pásmu lehké, případně středně těžké mentální retardace by terapeutické cíle měly být plněny v rámci odpovídajících vzdělávacích programů. U jedinců s těžkým postižením bývá pracovní a činnostní terapie aplikována samostatně, například textilní, dřevařské, keramické a jiné dílny fungující ve stacionáři. **(35)**

2. CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjistit, které činnosti nejvíce napomáhají klientům stacionáře Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené osoby v Třebíči v rozvoji osobnosti, motorických schopnostech, začleňování do společnosti, činnosti vedoucí k udržení a rozvoji rozumových dovedností a schopností, činnosti výtvarné, hudební, pracovní a rehabilitační.

3. METODIKA

Ve své práci jsem využila kvalitativního výzkumu, z tohoto důvodu nemám na začátku stanovené žádné hypotézy.

Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu interpretací životních zkušeností, respektive přístup a zevšeobecňování podle subjektivního pojetí a interpretování lidské činnosti, analýzu narativních informací neorganizovaným, ale intuitivním způsobem. (4)

3.1. *Použité metody a techniky sběru dat*

Dosažení cílů daného výzkumu předpokládalo sběr informací prostřednictvím více metod a technik, tak aby výzkum byl validní. Jako základní metody jsem zvolila pozorování, dotazování a obsahovou analýzu dat zdravotnických a psychologických dokumentů.

U metody pozorování jsem zvolila techniku nepřímého pozorování, nezúčastněného pozorování, aniž bych se sama v pozorovaném ději angažovala. Pozorovanými byli vybraní klienti při všech činnostech, které stacionář nabízí. Byla sledována jejich aktivita, zapojení, rozvoj soběstačnosti, dovednosti a sociální začlenění do skupiny.

Dotazování jsem prováděla prostřednictvím techniky rozhovoru. Rozhovor je taková technika sběru informací, při kterém jsou potřebné informace o zkoumaných osobách získány prostřednictvím záměrně kladených otázek respondentům v rozhovoru vedeném v tváři tvář. (4)

V průběhu celého výzkumu byl rozhovor veden jako nestandardizovaný. Hlavním úkolem bylo získat základní informace o zkoumaných jedincích ve vztahu k jejich rozvoji závislém na působení stacionáře. Rozhovory byly vedeny se zkoumanými jedinci, pracovníky stacionáře a rodiči jedinců a jsou vyhodnoceny souhrnně za každou skupinu dotazovaných.

Důležité informace při sběru dat jsem získala metodou obsahové analýzy dat zdravotnických a psychologických dokumentů. Obsahová analýza představuje

objektivní analýzu sdělení jakéhokoliv druhu, může se zabývat obsahem sdělení, tak jeho formou, autorem i adresátem takového sdělení. Za dokument lze považovat zdravotnickou dokumentaci – lékařské a ošetrovatelské záznamy. **(4)** Sebrané výsledky jsou použity v kasuistikách. Svoji práci jsem rozdělila na část teoretickou, praktickou a přílohovou.

3.2. *Charakteristika cílové skupiny*

Cílový soubor tvořilo celkem 5 jedinců stacionáře Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené klienty starší 15 let v Třebíči s DMO. Výzkum byl proveden v měsíci leden až březen roku 2007. V práci jsou použita z důvodu ochrany osobních údajů smyšlená jména. Rozhovory s klienty a nahlížení do dokumentace bylo odsouhlaseno na základě žádosti. (viz. Příloha č. 12)

4. VÝSLEDKY

4.1. Kasuistiky

4.1.1. Kasuistika 1

Josef

Muž ve věku 19 let, navštěvuje stacionář třetím rokem, má ukončenou dřívější Pomocnou školu dnešní základní školu speciální. Ve stacionáři navštěvuje individuální terapii, kde se s klienty opakují znalosti získané v minulosti.

Dg.

- o Lehká mentální retardace
- o DMO – spastická diparéza
- o Epileptická encefalopatie
- o LMD

RA

Oba rodiče zdraví, rozvedení, chlapec žije s matkou, ta se o něj stará dobře a bydlí s ním a se svým přítelem v rodinném domku. Matka má středoškolské vzdělání, otec základní. Další dítě v rodině není. Harmonická rodina, péče o syna velmi dobrá.

OA

Z třetího těhotenství, první a druhá gravidita ukončena abortem. Od počátku těhotenství byla matka hospitalizována z důvodu rizikového těhotenství. Porod před termínem (31. týden), PH 2650 g / 43 cm. Porod protrahovaný, komplikovaný. V inkubátoru 6 dní. Psychomotorický vývoj opožděný. Chůze v 5 letech, opožděný i vývoj řeči – první slova okolo 2 roku, věty ve 4 roce. Jeden rok odklad školní docházky. V roce 1990 první záchvaty epileptického onemocnění. V roce 1994 léčen na dětské psychiatrické klinice pro schizofrenii. Do dnešní doby navštěvuje neurologa, psychiatra i psychologa. Má oční vadu – myopie.

Motorika

Hrubá i jemná narušená vlivem onemocnění, hrubá motorika postižena více. Pohyby nekoordinované nepřesné. Chůze méně stabilní s pokrčenými koleny, špičkami

k sobě, nejistá. Velmi rád kreslí, figurální kresba na vysoké úrovni, užívá vysoké škály barev. Písmo je méně úhledné, velký přítlak, křečovitě držení. Levostranná laterita, nedodržuje velikost písmen. Problémy při sebeobsluze nejsou. Sám se nají, obleče atd.

Sociální a citová oblast

Ke klientům stacionáře má velice pěkný vztah, je veselý povahy, kamarádský, rád si povídá s pracovníky stacionáře, k dospělým se chová obdobně jako k ostatním klientům. Občas je drzý a na případné pokárání reaguje smíchem. Rád poslouchá pohádkové příběhy. Je velmi citově vázán na matku. Touží po citovém sblížení s opačným pohlavím. Snížená frustrační tolerance.

Rozumová oblast

Snížená schopnost koncentrace pozornosti. Snadno unavitelný, ale čím dál více se jeho pozornost zlepšuje. Potíže v početních úkonech a prostorové představivosti. Psaní - písmo je méně úhledné, velký přítlak, křečovitě držení, píše pomalu, text přepíše s drobnými chybami. Čtení – text přečte rychle a rozumí mu, pamatuje si obsah věty, text převypráví s návodnými otázkami. Počty – zvládá sčítání a odčítání do sta a malou násobilku, příklady vypočítá není si však jistý použitím početní operace, proto je nutné stále vedení a procvičování.

Verbální složka

Řeč bez vad a nápadností. Mluví v rozvinutých větách, dobrá slovní zásoba. Užívá mluvní obraty, které slyší u dospělých. Je velice komunikativní. Ke komunikaci se svým okolím využívá také neverbální komunikace, především gestikulaci a mimiku.

4.1.2. Kasuistika 2

Petr

Muž ve věku 19 let, navštěvuje stacionář čtvrtým rokem, má ukončenou dřívější Pomocnou školu, navštěvuje individuální terapii, kde se s klienty opakují znalosti získané v minulosti.

Dg.

- o Lehká mentální retardace

- o DMO – centrální pravostranná hemiparéza
- o Sekundární epileptický syndrom
- o Lehká dyslálie

RA

Úplná rodina, dva zdraví sourozenci, oba rodiče středoškolské vzdělání, bydlí v rodinném domě. Matka se o syna velmi dobře stará, od narození se mu pečlivě věnuje. Nedochází do zaměstnání.

OA

Dítě z druhé gravidity matky. Ve třetím měsíci těhotenství krvácení, nutná hospitalizace, těhotenství bylo vedené jako rizikové. Porod dva týdny před termínem porodu. PH 2200 g / 45 cm, dítě umístěno dva týdny v inkubátoru. Chlapec sledován neurologem. Odložení školní docházky o dva roky. Nastoupil do první třídy základní školy, po dvou měsících přestup do ZvŠ, kde se účastnil individuálního vzdělávání.

Motorika

Ovlivněna zdravotním postižením, je narušena hrubá i jemná motorika. Chůze nejistá, napadá na pravou dolní končetinu. Levostranná laterita z důvodu postižení pravé horní končetiny. Pravá horní končetina je ohnutá v lokti a v zápěstí s nataženými prsty. Tato končetina je využívána pouze jako opora, či k dopomoci. Rád kreslí, využívá velké škály barev. Píše levou rukou, křečovitě držení, písmo úhledné, ale velmi zmenšené. V sebeobsluze je zcela samostatný.

Sociální a citová oblast

Z psychologických vyšetření je patrný zvýšený výskyt úzkostných stavů. V současné době se jeví jako kamarádský, usměvavý a v kolektivu oblíbený hoch. Ve stacionáři je spokojený. Zajímá se o sport a velice ho baví keramika. V kolektivu klientů se cítí dobře, rád komunikuje.

Rozumová oblast

Špatná pozornost, nesoustředěnost, instabilita. Psaní – pomalé, ale čitelné, velká unavitelnost, výskyt gramatických chyb, zapomíná psát diakritická znaménka a velká písmena. Čtení – rychlé, nepozorné, krátkému textu nerozumí, pamatuje si jednoduché

věty. Počty – sčítá a odčítá pouze dvojciferná čísla s jednocifernými bez přechodu přes desítku, nejistý, nutná dopomoc. V čase a prostoru dobrá orientace, potíže s pravolevou orientací.

Verbální složka

Lehká dyslálie, slovní zásoba dobrá, vázaná na psychický stav. Někdy mluví jednoslovně, jindy používá věty. Je velice komunikativní, vyžaduje kontakt s opačným pohlavím. Někdy tím dokáže být nepříjemný, musí být slovně pokárán.

4.1.3. Kasuistika 3

Lukáš

Muž ve věku 20 let, navštěvuje stacionář čtyři roky, kde navštěvuje kurz na doplnění vzdělání podle rehabilitačního programu.

Dg.

- o Těžká mentální retardace
- o DMO – spastická diparéza
- o Strabismus

RA

Neúplná rodina po rozvodu, žije s matkou a babičkou ve společné domácnosti. Otec o syna nejeví zájem. Stará se o něj především babička, matka je pracovně vytížená. Je bez sourozenců. Jeho výchova v oblasti soběstačnosti je v rodině značně zanedbaná.

OA

Z prvního těhotenství. PH 1900 g / 45 cm. Porod měsíc před termínem, dítě 3 týdny umístěno v inkubátoru, vývoj od počátku opožděný. Sledován neurologem. Odložená školní docházka.

Motorika

Ovlivněna zdravotním postižením, narušena hrubá i jemná motorika. Chůze nejistá, nekoordinovaná, napadá na pravou dolní končetinu. Jeho kresba je primitivní, odpovídá stupni mentální retardace, vzhledem k velkému postižení jemné motoriky

neudrží tužku. Špatná grafomotorika a motorika. Problémy v sebeobsluze, potíže s oblékáním, zavazováním bot, nutný dohled a pomoc při všech činnostech.

Sociální a citová oblast

Problémy s chováním, musí být neustále napomínán a kontrolován. Klienti stacionáře se ho kvůli občasné agresivitě bojí. Jeho společnost nevyhledávají. Špatně si zvyká na nové prostředí. Citově vázán na svoji matku. Dokáže být i milý a vstřícný, vše závisí na jeho aktuálním psychickém naladění.

Rozumová oblast

Snížená schopnost koncentrace pozornosti, nevydrží dlouho u jedné věci, nutno střídat činnosti. Neproказuje znalosti základní školy speciální, neudrží tužku, nesoustředí se. Nepostupuje rychle, aby se naučil číst a psát. Od letošního roku navštěvuje rehabilitační kurz, kde absolvuje smyslovou a rozumovou výchovu, která je zaměřená na jemnou motoriku. Důležitý je nácvik soustředění a orientace v prostředí. Z oblasti sociální sféry je důležité naučit pozdrav a lepší vyjadřování svých pocitů a přání.

Verbální složka

Komunikuje verbálně v omezené míře, využívá především neverbální komunikace. Mluví útržkovitě, používá jednoslovné výrazy k vyjádření svých přání, potřeb a pocitů. Jeho komunikační schopnosti jsou závislé na aktuálním psychickém rozpoložení.

4.1.4. Kasuistika 4

Karel

Muž ve věku 18 let, navštěvuje stacionář čtvrtým rokem, má ukončenou dřívější pomocnou školu, ve stacionáři navštěvuje individuální terapii.

Dg.

- o Středně těžká mentální retardace
- o DMO - spastická diparéza
- o Dyslálie

RA

Matka vyučená, otec středoškolák. Má čtyři sourozence, bydlí pohromadě v rodinném domku spojeném s hospodářským stavením. O dva roky mladší sestra s LMD léčená na neurologii navštěvující 4. třídu základní školy praktické, rodiče i dva starší a jeden mladší sourozenec bez zdravotních problémů. Matka pracuje na poloviční úvazek, otec soukromý zemědělec.

OA

Z třetího těhotenství, PH 1700g / 45 cm. porod tři týdny před termínem, dva týdny v inkubátoru, vývoj od počátku opožděný, odložení školní docházky o jeden rok.

Motorika

Hrubá i jemná motorika narušena vlivem onemocnění, hrubá postižena více, pohyby nekoordinované, chůze méně stabilní, nemotorná s pokrčenými koleny, charakteristická nůžkovitá chůze. Velmi rád kreslí, figurální kresba na vysoké úrovni, užívá vysoké škály barev. Při výtvarných a pracovních činnostech je aktivní, základní sebeobsluhu zvládá, v domácnosti se zapojuje do manuálních činností.

Sociální a citová oblast

Usměvavý, velice komunikativní, vyžadující neustálý kontakt, v kolektivu velice oblíbený a kamarádský. Velmi fixován na rodinu, především na starší sourozence, ve stacionáři je spokojený a těší se na další den.

Rozumová oblast

Myšlenkové procesy na úrovni stupně postižení, orientuje se v běžných situacích, má mechanickou paměť, čte s porozuměním, rád se učí básničky. Práce s ním kvůli řečové vadě vyžaduje velkou trpělivost a neustálý kontakt. Orientuje se v prostoru a v čase. Psaní – zvládne opis, přepis, doplnění textu. Počty – počítá do sta, problémy s násobením a dělením, slovní úlohy nezvládá.

Verbální složka

I přes řečovou vadu je velice komunikativní, velká slovní zásoba, hovoří v rozvinutých větách, na otázky odpovídá víceslovně, často stereotypně, mluví nahlas a strhává na sebe pozornost.

4.1.5. *Kasuistika 5*

Lenka

Dívka ve věku 16 let, navštěvuje stacionář třikrát týdně prvním rokem, je v 8. ročníku Základní školy praktické. Vzdělávána podle IVP, do 15 let vyučována v domácnosti, nyní navštěvována speciálním pedagogem ve stacionáři.

Dg.

- o Lehká mentální retardace
- o DMO - spastická diparéza
- o Epilepsie

RA

Matka středoškolské vzdělání, otec vysokoškolské, jeden starší sourozenec. Bydlí v rodinném domě. Všichni bez zdravotních problémů. Silný citový vztah k rodině.

OA

Porod dva týdny před termínem. PH 2750 g / 47 cm. Porod protrahovaný, komplikovaný. V inkubátoru pět dní. Psychomotorický vývoj opožděný, chůze v pěti letech. Opožděný vývoj řeči - první slova okolo druhého roku, věty ve čtvrtém roce. Jeden odklad školní docházky. V roce 2000 první záchvaty epileptického onemocnění. Navštěvuje neurologa, psychiatra a psychologa. Oslabený imunitní systém, častá onemocnění.

Motorika

Hrubá i jemná motorika narušena vlivem onemocnění, hrubá narušena více. Pohyby nekoordinované a nepřesné, končetiny slabší především v bérkách, chůze možná pouze s oporou druhé osoby nebo s pomocí berlí. Není schopná delší chůze, používá invalidní vozík. Rychle se unaví, při činnostech nutno dělat časté přestávky. Velmi ráda kreslí, figurální kresba na nízké úrovni, využívá velkou škálu barev. Špatný sklon písma, křečovitě držení, třes v rukou. Důležité je cvičit dolní končetiny, chůzi po schodech, jízdu na ortopedu a cvičit na rehabilitačních míčích.

Sociální a citová oblast

Usměvavá, veselé povahy, někdy úzkostlivá a náladová, nemá ráda mentorování. S oblibou komunikuje s opačným pohlavím. Ráda na sebe strhává pozornost. Silná citová vazba na rodinu. Ve stacionáři působí spokojeně, díky kontaktu s vrstevníky a možnosti vlastního prosazení. Do 15-ti let izolována v rodině, neměla možnost rozvoje sociálního citění ve skupině osob. Z důvodu absence kontaktu s vrstevníky a okolním světem byl rodičům doporučený pobyt ve stacionáři.

Rozumová oblast

Vyučována podle IVP (Individuální vzdělávací plán), který každý rok vypracovává její vyučující pedagog, a který schvaluje pedagogicko-psychologická poradna. Vyučované předměty – ČJ, M, Př, Děj, Zem a OV. Vzhledem ke svému postižení osvobozena z TV, PV, HV, VV a Fy. Všechny předměty podle 8. ročníku, pouze ČJ a M podle osnov 7. třídy Základní školy praktické.

Verbální složka

Velice komunikativní, velká slovní zásoba, hovoří v rozvinutých větách, na otázky odpovídá víceslovně, mluví nahlas a strhává na sebe pozornost.

4.2. *Nezúčastněná pozorování*

V této části práce je podrobně popsán přístup klientů k jednotlivým činnostem nabízených stacionářem a vliv činností na rozvoj klientů. Údaje byly pořízeny metodou nezúčastněného pozorování.

4.2.1. *Pozorování 1*

Předmětem pozorování byl klient Josef.

Soběstačnost

Klient je soběstačný, je schopen si sám přinést a odnést jídlo. Sebeobsluhu zvládá také sám. Jeho tělesné postižení je příčinou pomalejšího tempa. I přesto, že je samostatný, je nutné u něj tuto vlastnost podporovat.

Nácvik komunikace

Komunikuje slovně a zcela bez problémů, používá i neverbální komunikaci. Při individuální terapii procvičoval pomocí obrázků, které mu terapeutka přichystala, vyjadřovací schopnosti. Byl podán obrázek na téma roční období, který ztvárňoval zimu. Měl znatelný přehled o činnostech prováděných v tomto ročním období, mluvil hlavně o vánocích. Poté mu terapeutka ukázala obrázek hrajících si dětí a on měl za úkol říct příběh na toto téma, což také zvládl.

Arteterapie a ergoterapie

Na arteterapii chodí rád a navštěvuje ji každý den. Nejraději maluje. Je velmi šikovný a zručný, činnost provádí samostatně. Potřebné pomůcky si nachystá sám. Po skončení činnosti pomůcky uklidí. Nepotřebuje stálý dohled, stačí občasná kontrola výrobků. Na práci se dobře soustředí. Kreslil zapadající slunce za horami, obrázek měl velkou škálu barev. (viz. Příloha č. 1) Poté vybarvoval slupovací obrázky. Při této činnosti byl velice trpělivý. Barvy vybíral dle vlastní uvážení.

Dřevodílnu navštěvuje rád a často. Dokáže si zvolit z nabízených činností. Řezal dřevo a ovládal práci s rašplí, pečlivě a trpělivě natíral dřevěný vláček. Jeho výrobky jsou jedny z nejlepších ze stacionáře a pravidelně jsou vystavovány a prodávány. Je na nich znatelná fantazie a pečlivost při výrobě.

Muzikoterapie

Navštěvuje ji každý den, rád zpívá a provádí rytmická cvičení. Při terapii byl aktivní a všechny prováděné činnosti, s výjimkou tance, kde je omezený svým tělesným postižením, zvládal.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Dvakrát týdně navštěvuje individuální terapii. Je šikovný a iniciativní, samostatně si vybere místo u stolu, dokáže si s dopomocí nachystat pomůcky, je schopný práce s dohledem terapeuta. Přečte krátký text, procvičuje psaní, kdy je cílem, aby se klient podepsal, napsal svoji adresu, případně krátký text. Počítal s pomocí počítadla do deseti, procvičoval práci s penězi a poznávání hodin, kdy poznal čtvrt, půl

a celou hodinu. Tyto činnosti jsou pro něj důležité, pomáhají mu v rozvoji jeho schopností a dovedností a je nutné je u něj podporovat.

Hipoterapie

Hipoterapie se na přání matky nezúčastňuje.

Canisterapie

Má kladný vztah ke zvířatům. Často mluví o svém psovi. Při návštěvě terapeutky byl při komunikaci se psem aktivní, psa vyčesával, krmil a mazlil se s ním. Tato terapie měla velký vliv především na jeho psychický stav.

Rehabilitační a kondiční cvičení

Navštěvuje je pravidelně, jsou u něj zařazeny posilovací, protahovací a rehabilitační cviky na procvičování dolní končetiny. Nutná kontrola při cvičení, protože má neustále snahu o ukončení cvičení. Jsou u něj prováděny relaxační masáže. Jezdí na rotopedu a cvičí na rehabilitačních míčích. Účastní se her v tělocvičně, především florbalu, kde byl brankář. Rád se účastní procházek v okolí, kdy je mu nutné v nerovnoměrném terénu poskytovat oporu.

4.2.2. Pozorování 2

Předmětem pozorování byl klient Petr.

Soběstačnost

Klient je soběstačný i přes jeho postižení horní končetiny. Pomoc potřebuje zcela výjimečně, např. při zavazování bot nebo činnostech, v jejichž vykonání mu brání jeho omezení. Snaží se všechny činnosti dělat sám a je důležité ho v samostatnosti podporovat.

Nácvik komunikace

Komunikuje bez problémů, avšak jeho komunikativnost při činnostech je velice závislá na jeho náladě. Při individuální terapii byl u něj nácvik komunikace proveden formou scénky, kdy se kamarádi setkávají po dlouhém době. Nejdříve si s terapeutkou povídali o tom, jaké má kamarády a které by chtěl vidět, poté si spolu názorně předvedli jak to v realitě vypadá. Klient byl nesoustředěný a nepozorný, bylo vidět, že nejeví

zájem na tohle téma komunikovat. Z jeho chování bylo poznat, že není psychicky naladěný. Ve většině případů to u něj vypadalo pořád stejně, pokud nebyl v dobré náladě neměl zájem tuto činnost vykonávat.

Arteterapie a ergoterapie

Arteterapii absolvuje každý den. Je velmi zručný a snaživý. I přes svůj handicap hezky maluje. Při terapii maloval dům ve kterém bydlí (viz. Příloha č. 2) a poté vybarvoval slupovací obrázky a hlavně obtahoval obrysy těchto obrázků, což je velice náročná činnost. Činnost si většinu zvolil sám. Je schopný si potřebné pomůcky samostatně nachystat a při skončení úkonu uklidit a očistit. Vhodné je občasné kontrolování správnosti výrobku. Na práci se dokáže soustředit, pokud je však práce pro něj zajímavá. Je pak velice pečlivý. Problém mu jen dělá navlékání korálek.

Dřevodělné práce jsou pro jeho znevýhodnění horní končetiny obtížné, zvládá pouze jednoduché úkony jako je řezání, rašplování, barvení puzzle, které vyráběli jiní klienti. Bylo vidět že práce ho baví a snaží se ji zvládnout.

Muzikoterapie

Bylo vidět, že i přes časté výkyvy nálady a menší řečovou poruchu na tuto terapii chodí rád a aktivně se zúčastňuje všech prováděných činností. Nejvíce ho bavilo, když mohl zpívat a používat některý z hudebních nástroj např. bubínek, triangel, dřívka apod. Tato terapie na něj má velice pozitivní vliv, vždy po ukončení terapie byl dobře naladěný.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Individuální terapii navštěvuje dvakrát týdně. Je nepozorný a nesoustředěný. Procvičovalo se psaní vět a souvětí, psaní bylo pomalé, ale čitelné, byl unavený. Dále se procvičovalo čtení a počítání. Četl rychle, byl nepozorný, krátkému textu nerozuměl. Při činnosti byl nejistý, nutná dopomoc.

Hipoterapie

Účastnil se jí velice rád a hned od počátku se vedl velice dobře. Zvládl česání, kartáčování, později i čištění kopyt, lonžování, vláčení, slalom, vodění koně přes

překážky. Kůň ho bral jako svého pána. Občas se však k němu Petr choval agresivně, ale po domluvě terapeuta se snažil být milejší. Ze všech zúčastněných si vedl nejlépe.

Canisterapie

Má kladný vztah ke zvířatům, který pramení z domova. Terapie má velmi pozitivní vliv především na jeho psychiku. Důležitá je i na procvičování jeho hrubé a jemné motoriky. Při terapii byl aktivní, dokázal psa vykartáčovat i nakrmit. Po terapii byl pozitivně naladěný.

Rehabilitační a kondiční cvičení

Navštěvuje je pravidelně. Mimo základní rozcvičovací, natahovací a posilovací cviky celého těla se zaměřovala rehabilitační pracovnice na procvičování pravé poloviny těla, které je postižena. Při cvičení bylo využíváno i nářadí - rotoped, stepper, velký rehabilitační míč. Provádí se u něj masáž rukou k uvolnění spasmu. Při cvičení byl aktivní a bylo vidět že se snaží o přesnost každého pohybu. Účastnil se florbalu v tělocvičně, kdy byl při hře velice aktivní a hru velice prožíval. Na vycházky chodí pouze pokud jdou všichni klienti, jinak raději zůstává v dílnách.

4.2.3. Pozorování 3

Předmětem pozorování byl klient Lukáš

Soběstačnost

Klient je soběstačný pouze částečně. Při převlékání je nutný dohled, kontrola uložení oblečení, dopomoc při oblékání, zavazování tkaniček. Je nutné snažit se maximálně zapojovat klienta do všech uváděných činností a podněcovat jeho snahu. U hygieny je nutný doprovod při návštěvě toalety. Je nutné dohlédnout na očistu a umytí rukou. Při stolování vyžaduje dohled a dopomoc při přípravě jídla a pití. Při jídle je vhodné připomenout klientovi nutnost přípravy talířů a příboru. Jídlo si donese sám. Jí pomalu. Při všech činnostech je potřebná neustálá kontrola a dohled.

Nácvik komunikace

V rámci stacionáře navštěvuje rehabilitační program, kterým ho provádí speciální pedagog. Učí se zde základní komunikační dovednosti, jako je především pozdrav, poděkování, popisování předmětů a situací na obrázcích.

Arteterapie a ergoterapie

Navštěvuje je každý den a potřebuje neustálý dohled. Odmítá vykonávat přidělenou činnost, vyžaduje vlastní výběr práce. Přípravu a úklid pracovních pomůcek zvládá pouze s dopomocí. V průběhu pozorování si hrál s plastelínou, kdy si uvědomoval vlastní sílu při válení. Navlékal bez problémů dřevěné kostky na prádelní šňůru. Z důvodu ztráty soustředění bylo nutné časté střídání činností. Dále nakreslil obrázek. (viz Příloha č. 3)

Velmi rád navštěvuje dřevodílnu. S oblibou řeže dřevo, pracuje s rašplí, vrtá pod dohledem s elektrickou vrtačkou. Tuto terapii navštěvuje nejraději, čiší z něj radost. Je to jediná činnost, na kterou se dokáže dlouho soustředit. Je důležitá občasná kontrola jeho práce. Vzhledem k nesoustředěnosti při jiných činnostech, bylo překvapivé, jak zvládal práci s dřevem a vytáčení vrutů šroubovákem.

Muzikoterapie

Terapie se účastní každý den, ale při činnostech je pasivní, nezpívá, ani se nezúčastňuje rytmických cvičení. Při terapii měl v klíně bubínek, ale vůbec nejevil zájem se účastnit činnosti.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Navštěvuje individuální terapii dvakrát týdně. Nacvičovala se s ním sebeobsluha při stolování, používání příboru, mazání chleba, nalévání čaje a další běžné denní činnosti. Byl hodně roztěkaný, bylo nutné ho stále motivovat k práci a často měnit činnost. Kladl se důraz na procvičování jemné motoriky. Třídil prvky podle barev a tvarů, pracoval se skládkami a stavebnicemi. Všechny tyto činnosti vykonával se zájmem.

Hipoterapie

Nezúčastňuje se z důvodu hyperaktivního a nepředvídatelného chování.

Canisterapie

Při terapii bylo nutné kontrolovat klientovo chování ke zvířeti. Zvládl ho pohladit a vykartáčovat. Byl bázlivý pro podávání krmiva zvířeti. Po přibližně čtvrt hodině začal ztrácet pozornost a byl nevrlý. Z tohoto důvodu musela být jeho účast na terapii ukončena.

Rehabilitační a kondiční cvičení

Cvičení absolvuje pravidelně. Cvičil na rotopedu, stepperu a velkém rehabilitačním míči. Nedokáže se soustředit na prováděnou činnost, proto jsou jednotlivé cviky prováděny v krátkých intervalech. Byli u něj prováděny relaxační masáže šíje, masáž prstu, dlaně a zápěstí pro zlepšení jemné motoriky. Navštívil tělocvičnu, kde si hrál s florbalovou hokejkou a míčem. Byla u něj patrná snaha o zapojení se do hry a velká radost z odehrání míče, kterou projevoval hlasitým smíchem. Účastní se společných vycházek, kde je nutný neustálý dohled.

4.2.4. Pozorování 4

Předmětem pozorování byl klient Karel.

Soběstačnost

Klient je částečně soběstačný, ale soběstačnost je u něj třeba podporovat formou zdůrazňování a připomínání nutnosti konat běžné činnosti. Za svoji nevědomost se nestydí, nepropadá pocitu úzkosti, naopak se jí směje.

Nácvik komunikace

Při činnosti je i přes řečovou vadu aktivní a nestydí se před ostatními klienty komunikovat. Dokáže formou rozvinutých vět vyjádřit svoje potřeby a pocity. Při individuální terapii (nácvik nakupování v obchodě) přiznal trému v reálné situaci, pracovník jej podpořil formou nácviku této situace. Klient po nevydařeném začátku scénky postupně získával v dané situaci na jistotě a byla na něm vidět znatelná snaha o rozvoj komunikace.

Arteterapie a ergoterapie

Arteterapii navštěvuje klient každý den a navštěvuje ji rád. Nejraději pracuje s hlínou a keramikou, která velice pomáhá v rozvoji jeho jemné motoriky. Je velmi zručný a šikovný, činnost provádí samostatně. Na začátku předvedla terapeutka klientům jak se zdobí keramický květináč. Klient práci pochopil a zvládal sám za občasného dohledu terapeutky. Poté chtěl kreslit, nakreslil dům, ve kterém bydlí. (viz. Příloha č. 4) Zvládl si sám nachystat pomůcky a po skončení práce vše očistit a uklidit na své místo. Byl na něm znatelný zájem o danou činnost.

Dřevodílnu navštěvuje velmi často. Dokáže si zvolit činnost sám, rád pracuje se dřevem, dokáže vrtat vrtačkou, řezat pilou a kompletovat složitější výrobky. Velmi pečlivě natírá výrobky barvou.

Při šití a žehlení byl znatelný evidentní nezájem o dané činnosti.

Muzikoterapie

Navštěvuje ji každý den. Zná spoustu lidových písní a občas je ostatním klientům zpívá. Tato terapie je pro něj velkým osobnostním přínosem. Je vždy v blízkosti terapeuta a asistuje při vedení terapie. Při rytmických cvičeních je přesný a aktivní.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Dvakrát týdně navštěvuje individuální terapii. Je šikovný a iniciativní, samostatně si vybere místo u stolu, dokáže si s dopomocí nachystat pomůcky, je schopný práce s dohledem terapeuta. Čte s porozuměním, zvládá opis a počítání do sta. Tyto činnosti jsou pro něj důležité pomáhají mu v rozvoji jeho schopností a dovedností a je nutné je u něj podporovat. Orientuje se v čase a zná roční období.

Hipoterapie

Účastní se jí dvakrát do měsíce. Byl šikovný, nebál se nasednou na koně. Péči o koně a chození přes překážky zvládl s pomocí terapeuta. Bylo na něm vidět velké nadšení, při jízdě se smál a působil šťastným dojmem.

Canisterapie

Má kladný vztah ke zvířatům, který pramení z domova, kde na statku chovají spoustu zvířat. Terapie má velmi pozitivní vliv především na jeho psychiku. Důležitá je i na procvičování jeho hrubé a jemné motoriky. Při terapii byl aktivní, dokázal psa vykartáčovat i nakrmit. Po terapii byl pozitivně naladěný.

Rehabilitační a kondiční cvičení

Cvičení nepatří k jeho oblíbeným činnostem, i když vzhledem ke špatnému držení těla je pro něj cvičení důležité. Cvičil samostatně s předcvičováním rehabilitační pracovnice, jednotlivé cviky prováděl ledabyle a nedotahoval je do konce. Cvičení se snažil ošidit neustálým povídáním. Rád se účastnil hraní košíkové a šipek, vycházek a výletů.

4.2.5. Pozorování 5

Předmětem pozorování byla klientka Lenka

Soběstačnost

Klientka se jeví částečně soběstačná, potřebuje dohled a dopomoc pracovníka při sebeobsluze (přenesení pomůcek, příprava jídla, osobní hygiena atd...). Je u ní patrné, že se snaží zvládnout vše sama a nepropadnout pocitu úzkosti.

Nácvik komunikace

Vzhledem k periodě návštěv stacionáře neprobíhá nácvik komunikace formou individuálních terapií, ale dívka aktivně komunikuje se speciálním pedagogem při výuce. Při výuce pro ni nezáživných předmětů jakou je ČJ, Mat apod. je pasivní, pedagog ji musí stále povzbuzovat k hovoru. Při předmětech pro ni blízkých je naopak aktivní (přírodopis, dějepis).

Arteterapie a ergoterapie

Klientka terapii navštěvuje při každé návštěvě stacionáře. Arteterapie je pro ni možnost pro vyjádření vlastních pocitů a názorů. Při volném tématu kresby nakreslila svoje domácí psy o které se stará a dům ve kterém bydlí. (viz. Příloha č. 5) Je vidět, že výtvarné činnosti dělá s nadšením. Z nabízených činností si vždy vybere, potřebuje však

dostatek času. Vzhledem k jejímu handicapu je třeba jí většinu pomůcek nachystat a po dokončení práce uklidit. Na práci se nedokáže dlouho soustředit, snadno se nechá vyrušit. K jejím nejoblíbenějším činnostem patří natírání květináčů.

Práci v dřevodílně nevyhledává. Na činnostech jako vaření, žehlení a šití se odmítá aktivně zúčastňovat.

Muzikoterapie

Terapii se zúčastňuje, i přes problémy se soustředěním zvládá rytmické části terapie. Pro svůj handicap se nezúčastňuje pohybových aktivit při terapii.

Rozvoj rozumových schopností a dovedností

Individuální terapii nenavštěvuje, jelikož je vzdělávána IVP a dvakrát týdně ji navštěvuje speciální pedagog. Má problémy se čtením (musí hláskovat) a porozuměním obsahu textu. Je rychle unavitelná a pedagog musí dělat časté a dlouhé přestávky.

Hipoterapie

Vzhledem ke krátké době navštěvování stacionáře a nedůvěře rodičů terapii nenavštěvuje.

Canisterapie

Má kladný vztah ke zvířatům. Často mluví o svých psech. Při návštěvě terapeutky byla při komunikaci se psem aktivní, psa vyčesávala, krmila a mazlila se s ním. Tato terapie měla velký vliv především na její psychický stav.

Rehabilitační a kondiční cvičení

Navštěvuje jedenkrát týdně. Jsou u ní zdůrazněny posilovací, protahovací a rehabilitační cviky na procvičování dolních končetin. Jezdí na rotopedu, cvičí na rehabilitačních míčích. Důraz je kladen na trénink chůze po schodech. Při cvičení byla patrná nechuť cviky provádět, ovšem sama si uvědomuje nutnost cvičení. Ráda se účastní vycházek po okolí.

4.3. Rozhovory

Všechny rozhovory probíhaly ve stacionáři v denní místnosti pracovníků bez přítomnosti dalších osob.

4.3.1. Vyhodnocení rozhovorů 1

Klient Josef

Pracovníci

Klient má zájem o činnosti jako jsou především dřevodílna, arteterapie a canisterapie. Pokroky jsou znatelné v jeho schopnostech, dovednostech a vědomostech. Udávají, že má větší vytrvalost v činnostech, zajímá se o to, aby se naučil orientovat v čase a číst. Je trpělivější, pracovitější a komunikativnější. Při činnostech je aktivní a oblíbený v kolektivu. Dle pracovníků je pro něj nejdůležitější kondiční cvičení, které je zároveň jeho velmi neoblíbenou činností. Do budoucna je důležité podporovat jeho soběstačnost a sociální začlenění. Komunikace mezi matkou a pracovníky je velmi dobré úrovně.

Rodiče

Matka se při rozhovoru projevila jako velmi citlivá a měla potřebu se svěřit ze spousty věcí, proto jsem se snažila otázky směřovat mimo citlivá témata. Matka vnímá jeho pokroky především v jeho schopnostech a dovednostech, je aktivnější, soběstačnější, průbojnější a snaží se jí pomoci v domácnosti. Dříve neměl o nic zájem, nyní poslouchá muziku, sbírá pohlednice a navázal kontakt s obyvateli vesnice, ve které bydlí, a s některými chodí na vycházky. Matka je ráda, že stacionář navštěvuje. Na synovi vidí, že se do stacionáře těší. Přiznává, že ze začátku měla strach, jak bude na navštěvování stacionáře reagovat, ale nyní se její obavy rozplynuly.

Klient

Klient udává, že se mu ve stacionáři velmi líbí. Rád se účastní všech terapií. Má radost, že se jeho výrobky líbí ostatním lidem, kteří si je často kupují. Jeho velkým přáním je orientovat se v čase a naučit se dobře číst.

4.3.2. Vyhodnocení rozhovorů 2

Klient Petr

Pracovníci

Klient při nástupu do stacionáře nejevil zájem o žádné činnosti a díky své náladovosti a urážlivosti nebyl oblíben v kolektivu. Nyní u něj lze pozorovat zlepšení na jeho psychickém stavu, v sebeobsluze, komunikaci a je na něm znatelný zájem o činnosti poskytované stacionářem. Z činností má nejvíce v oblibě dřevodílnu, arteterapii, sportovní aktivity a kondiční cvičení. Je u něj důležité trénování paměti, například formou deskových her. Oproti ostatním klientům na něm není tak znatelný pokrok v rozvoji osobnosti. Rodina při jeho výchově spolupracuje.

Rodiče

Matka při rozhovoru uvedla, že na synovi pozoruje velké psychické zklidnění, je více průbojný, komunikativní (zlepšení řečové vady), kamarádský a snaží se zapojit do domácích činností. Syn měl dříve velké problémy s jemnou i hrubou motorikou, což se díky pravidelnému cvičení zlepšilo. Rodiče jsou velmi rádi, že jejich syn může stacionář navštěvovat. Především jsou rádi za kontakt s vrstevníky, který nebyl před tím v místě jejich bydliště možný a syn byl terčem posměchu ostatních obyvatel.

Klient

Klient byl při rozhovoru nesoustředěný, odbíhal od tématu. Sdělil, že nejraději vykonává sportovní aktivity, arteterapii a navštěvuje dřevodílnu. Je rád, že může ve stacionáři pobývat, a že si zde našel spoustu kamarádů.

4.3.3. Vyhodnocení rozhovorů 3

Klient Lukáš

Pracovníci

U klienta jsou znatelné velké pokroky, dříve byl doma a neznal okolní svět, byla u něj špatná sebeobsluha, nekomunikoval, byl agresivní, potřeboval neustálý dohled, nezvládal věci, které zvládá nyní (komunikuje – pozdrav, slovní spojení, orientuje se v prostředí, udrží větší pozornost, lepší jemná motorika, koordinace pohybů, zlepšené hygienické návyky, stolování). Je pro něj důležitá každá činnost, protože jeho schopnosti při jednotlivých aktivitách byly při nástupu do stacionáře velmi omezené, nebyla žádná činnost, kterou by zvládal. Důraz je kladen především na nácvik

sebeobsluhy, soběstačnosti (běžné denní činnosti, hygienické návyky, stolování, rozvoj komunikace) a jemné motoriky. Pracovníci soudí, že u klienta je znát zájem o arteterapii, práci se dřevem a všechny další manuální práce. Velkého pokroku dosáhl navštěvováním rehabilitačního kurzu, kde absolvuje smyslovou a rozumovou výchovu, která je zaměřena na jemnou motoriku, nácvik soustředění a orientaci v prostředí.

Rodiče

Rozhovor s matkou byl velice těžký. Z počátku nechtěla vůbec komunikovat. Po chvíli mě začala důvěřovat a sdělila mi, že se o syna, z důvodu pracovního vytížení, starala její matka. Je si vědomá, že na svého syna neměla příliš času, a že ho zanedbávala a nezvládala. Nyní se snaží více zapojovat do jeho rozvoje a více se mu věnovat, ale přiznává, že hlavní roli v jeho výchově má stacionář. Konstatovala, že je na něm znatelný všeobecný rozvoj jak motorický, psychický, tak rozumový. Je ráda, že stacionář navštěvuje a má možnost navázat kontakt s vrstevníky. Matka se chce do budoucna o syna lépe starat a péči o něj lépe zvládat.

Klient

Z důvodu klientova znevýhodnění nebylo možné rozhovor provést.

4.3.4. Vyhodnocení rozhovorů 4

Klient Karel

Pracovníci

Jsou na něm patrné pokroky v jeho schopnostech, dovednostech a vědomostech. Při opakovaných činnostech si bere věci za své a zlepšuje se v nich. Pracovníci uvádějí, že především individuální terapie (nácvik alternativní komunikace), dřevodílna, arteterapie, hipoterapie a muzikoterapie napomáhá rozvoji jeho osobnosti. Při činnostech je aktivní a komunikativní. V kolektivu je oblíbený a velmi rád komunikuje s vrstevníky. Rodina se na jeho výchově a vzdělávání aktivně podílí. Pracovníci o budoucnosti klienta smýšlí tak, že by bylo ideální, kdyby klient nadále navštěvoval stacionář a byl schopen se osamostatnit a začlenit se do společnosti.

Rodiče

Pozorují velké změny osobnosti. Klient je průbojnější, aktivně se zapojuje do domácích prací, začal se zajímat o svoji rodinu a lépe komunikuje. Zvládá více věcí než dříve. Dříve byl hodně náladový a emociálně nevyrovnaný, nyní je klidnější a vyrovnanější. Začal zpívat a poslouchat muziku. Rodiče se ho snaží v činnostech, které ho baví podporovat. Rodiče jsou rádi, že navštěvuje stacionář, kde má větší možnost začlenit se do společnosti a rozvíjet svoji osobnost než v domácím prostředí. Chtějí i nadále klienta podporovat v jeho soběstačnosti a uvažují o možnosti pobytu klienta v chráněném bydlení.

Klient

Sdělil, že do stacionáře chodí velmi rád, protože tam má spoustu kamarádů a baví ho činnosti, které dělají, především dřevodílna, muzikoterapie a arteterapie.

4.3.5. Vyhodnocení rozhovorů 5

Klientka Lenka.

Pracovníci

Z rozhovorů bylo patrné, že u klientky jsou znatelné výrazné změny osobnosti za dobu navštěvování stacionáře. Z počátku byla negativní, nezapojovala se do žádných činností, v současné době je na ní patrná snaha o zapojování se do činností, především do arteterapie, muzikoterapie a canisterapie. V poslední době je u klientky zaznamenán velký sociální a osobnostní vývoj, přestala se bát lidí kolem sebe a především se naučila lépe komunikovat s vrstevníky i dospělými lidmi. Rodiče klientky byli velmi přecitlivělí a úzkostliví vůči klientce a měli obavy o její začlenění do skupiny. Po navázání užší spolupráce mezi stacionářem a rodinou došlo k výraznému pokroku v samostatnosti a sebeobsluze. Pracovníci klientce doporučují především kondiční a rehabilitační cvičení, arteterapii, nácvik alternativní komunikace a podporu soběstačnosti.

Rodiče

Uvědomují si svoji chybu v přehnané péči a starostlivosti o svoji dceru pramenící z nedůvěry vůči jejím schopnostem v období před počátkem navštěvování stacionáře. Nyní na ní pozorují zlepšení psychického stavu, lepší komunikaci jak s nimi,

tak s okolím. Klientka se zapojuje dle svých schopností do domácích prací, o které dříve nejevila zájem, a především se snaží být soběstačná, což dříve nezvládala. Rodiče jsou z této její snahy příjemně překvapeni. Snaží se aktivně účastnit na jejím vědomostním a rozumovém rozvoji, stejně jako při manuálních činnostech, jako je například vyšívání apod. Přejí si, aby jejich dcera dokázala rozvíjet svoji soběstačnost a v budoucnu na nich byla nezávislá.

Klientka

Při rozhovoru sdělila, že je velice šťastná, že může stacionář navštěvovat a zúčastňovat se nabízených aktivit, především arteterapie, canisterapie a muzikoterapie. Přála by si jej navštěvovat častěji než nyní. Přála by si navštěvovat společenské akce pořádané stacionářem, což jí dosud nebylo umožněno.

5. DISKUSE

Péče o jedince s mentálním a kombinovaným postižením je pro ně i jejich rodiny natolik zatěžující, že je často nutné umístění jedince do denních center. Při své činnosti jsou v těchto centrech využívány všechny prostředky ucelené rehabilitace formou multidisciplinárního týmu, v němž má místo klient i rodič. (7) Klient denně absolvuje všechny potřebné terapie, s nabídkou zájmových a klubových aktivit, jako je arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, canisterapie, muzikoterapie, kondiční a rehabilitační cvičení apod. Tyto činnosti přináší zvýšenou schopnost integrace, ale zejména sociální efekt. (29)

Cílem mé práce bylo zjistit, které činnosti nejvíce napomáhají klientům stacionáře Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené osoby v Třebíči v rozvoji osobnosti, motorických schopností, začleňování do společnosti, činnosti vedoucí k udržení a rozvoji rozumových dovedností a schopností, činnosti výtvarné, hudební, pracovní a rehabilitační.

Toto téma jsem zkoumala kvalitativně na malém vzorku pěti klientů s dětskou mozkovou obrnou, s různými formami nemoci a stupně mentální retardace. Pomocí kasuistik a obsahové analýzy dat zdravotnických a psychologických dokumentů jsem popsala diagnózy a nynější stav klienta při návštěvě stacionáře. Nezúčastněným pozorováním klientů a nestandardizovaným rozhovorem s rodiči, pracovníky a klienty jsem se snažila získat co nejvíce informací o rozvoji osobnosti, začleňování do společnosti, činnostech nabízených stacionářem, přístupu pracovníků k jednotlivým klientům, přístupu klienta k jednotlivým činnostem a možných pokrocích za dobu návštěv klienta stacionáře. Kasuistiky i odpovědi rodičů, zaměstnanců i klientů jsou u každého případu jinak obsáhlé, jelikož záleželo na ochotě rodičů a zaměstnanců, kteří sdělovali názory, informace o svém synovi/dceři, klientovi.

Většinu jedinců ze zkoumaného souboru tvořili klienti s dětskou mozkovou obrnou typu spastické diparezy, s lehkou mentální retardací, až na jednoho klienta, který měl dětskou mozkovou obrnu typu centrální pravostranné hemiparézy. Rodiče klienta s DMO, ale nejen oni, by si měli rozhodně uvědomit, co je pro jejich dceru/syna

důležité. Volba kvalitního zařízení a terapeutických činností je nezbytná pro rozvoj osobnosti a samozřejmě je důležitá trpělivá práce obou rodičů. Jak uvádí Valenta a Müller, rodiče jsou nejdůležitější ve výchově a socializaci dítěte s jakýmkoliv znevýhodněním, jsou to pak oni kdo „roztáčí kola“ životně důležitých mezilidských vztahů, kdo poskytuje zázemí pro emocionální a další rozvoj osobnosti, kdo je vzorem chování a jednání. (35) Někdy je ale potřeba i rodičům odlehčit péči o jejich syna/dceru a nastupuje možnost umístění do denního centra. Tento poznatek se v mém rozboru vzorku potvrdil u všech klientů.

Z rozhovorů bylo patrné, že se rodiče zajímají o rozvoj osobnosti, integraci do společnosti svého syna/dcery. Jsou rádi, že mohou stacionář navštěvovat, rozvíjet své schopnosti a dovednosti a naučit se být soběstačnými aspoň v některých činnostech.

Většina pracovníků, se kterými jsem vedla rozhovor, se přiklání k názoru, že pobyt ve stacionáři klientům prospívá a pomáhá v rozvoji osobnosti a zároveň je důležitá spolupráce s rodinou. U mnou zkoumaných klientů vidí největší pokrok v rozvoji osobnosti u Lukáše a Lenky, u ostatních velké změny nepozorují.

S názorem o rozvoji osobnosti u Lenky a Lukáše souhlasím. U Lukáše jsou znatelné pokroky. Dříve byl jen doma s babičkou a neznal okolní svět, matka ho zanedbávala, byla u něj špatná sebeobsluha, nekomunikoval, byl agresivní, potřeboval neustálý dohled, nezvládal věci, které zvládá nyní (komunikuje – pozdrav, slovní spojení, orientuje se v prostředí, udrží větší pozornost, lepší jemná motorika, koordinace pohybů, zlepšené hygienické návyky, stolování). Je pro něj důležitá každá činnost, protože jeho schopnosti při jednotlivých úkonech byly při nástupu do stacionáře velmi omezené. Nebyla žádná činnost, kterou by zvládal a je potřeba ho v jeho schopnostech podporovat i nadále.

Podobný případ je Lenka, u které jsou znatelné výrazné změny osobnosti za dobu návštěvy stacionáře. V poslední době byl u klientky zaznamenán velký sociální a osobnostní vývoj. Z počátku byla negativní, nezapojovala se do žádných činností, pak se poměrně rychle adaptovala, přestala se bát lidí kolem sebe a především se naučila lépe komunikovat s vrstevníky i dospělými lidmi. Rodiče klientky byli velmi přecitlivělí

a úzkostliví vůči své dceři a měli obavy o její začlenění do skupiny. Po navázání užší spolupráce mezi stacionářem a rodinou došlo k výraznému pokroku v samostatnosti a sebeobsluze. Je u ní znatelný velký sociální a osobnostní rozvoj. Zajímavá pro mě byla informace od speciálního pedagoga, který mi sdělil, že rodina se velice hezky stará o svoji dceru, ale ještě donedávna si hrála s panenkami a neznala jiné možnosti zábavy, jaké ji nyní stacionář nabízí a hlavně jí chyběl kontakt s vrstevníky. Z rozhovoru se všemi rodiči, hlavně s Lenčinými a Lukášovou matkou jsem poznala, že postoj k jejím synům/dceři se změnil a mají větší snahu je v jejich rozvoji podporovat.

Nesouhlasím však s názorem pracovníků, že jen u těchto dvou klientů došlo k rozvoji osobnosti. Podle Valenty a Müllera lze plánovat rozvoj klienta za pomoci různě pojatých, avšak vyhodnocených a aktuálních plánů např. projekt individuálního rozvoje klienta za jednotlivá období. Ústav sociální péče se řídí danými pravidly a normami, jak uvádí J. Pipeková, cílem a posláním každého ústavu sociální péče je poskytování komplexních služeb. Častým problémem bývá návaznost a spolupráce jednotlivých oblastí (zdravotní, sociální, výchovně-vzdělávací péče). Roztříštěnost a špatné řízení jednotlivých oblastí má za důsledek nedostatečné a chaotické vedení práce s klientem, které se pak následně odráží v jeho rozvoji. Špatná organizace vede klienty k únavě, přetíženosti a nezájmu. **(24)** Tento poznatek nemohu potvrdit i přes nedostatečnou organizaci práce se klienti ve stacionáři cítili spokojeně a zapojovali se do všech nabízených aktivit a činností.

S kvalitou sociálních služeb souvisí standardy sociálních služeb, které shrnují co se očekává od dobré sociální služby. Vychází z potřeb moderní společnosti, jednotlivce a organizace. **(24)** MPSV uveřejnilo standardy kvality sociálních služeb, kde je uvedeno přesné plánování poskytovaných služeb. Zařízení se musí zajímat o osobní přání, zájmy a cíle uživatelů služeb, aby bylo schopno poskytovat služby cíleně a efektivně s využitím potenciálu jednotlivých uživatelů. Postup, na kterém se zařízení s uživatelem služeb dohodne, musí být v závislosti na charakteru a rozsahu služby zachycen v dokumentaci. Mělo by mít vypracováno písemná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování procesu poskytovaných služeb. **(27)**

Z rozhovorů s rodiči bylo patrné, že k rozvoji schopností klientů došlo, i když ne tak znatelnému jako u výše hodnocených klientů. Ve stacionáři se velmi zanedbává vedení podrobné dokumentace o rozvoji klienta a zcela chybí dlouhodobé plánování rozvoje a aktivit klientů, jak je uvedeno ve standardech. Z tohoto důvodu zaměstnanci ani nemohli, vzhledem ke každodennímu kontaktu, upozorovat vývoj klienta.

Většina mnou sledovaných klientů, různého stupně mentální retardace, prokazovala určité schopnosti a dovednosti při arteterapii a ergoterapii, byl u nich patrný rozvoj jemné i hrubé motoriky. Je nutné v této oblasti klienty opravdu podněcovat jak zmiňuje J. Jankovský, neboť právě díky svým manuálním dovednostem se tito lidé budou v budoucnu moci uplatnit ve společnosti. Tuto skutečnost potvrzuje i výzkum S. Langer: „Zjistil jsem, že u jedinců bez údaje o poškození centrálního nervového systému je možné zlepšovat do určité míry manuální zručnost a to na úroveň normálních osob“. Arteterapie je skvělou příležitostí k projevení klientovi tvořivosti, sebevyjádření, komunikace a interakce, kdy výtvarný projev klienta uvolňuje a navíc rozvíjí jeho jemnou a hrubou motoriku. Ve stacionáři bylo vidět, že klienti aktivně přenášejí své vědomí do tvorby, koncentrují se na tuto práci, která je pro ně současně zábavou. Bylo zřejmé, že podařené výtvary jim zvedají sebevědomí a mohou tak ukázat co v nich opravdu je. Na jejich obrázcích lze nalézt znaky charakteristické pro intelektuální rozvoj jak uvádí R. Davido. (viz. přílohy 1, 2, 3, 4, 5) Stacionář prezentuje podařené výtvary na společenských akcích jako jsou trhy, výstavy a plesy. (viz. přílohy 6, 7, 8, 9, 10)

Rovněž ergoterapie je přínosná pro všechny sledované klienty. Léčba prací je důležitou součástí fyzioterapie klientů s DMO. Zaměřuje se na nácvik samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních úkonech. Rozvíjí osobnost klienta, všeobecné dovednosti, zájmy a zahrnuje přípravu na praktický život. **(8)** Pomocí rozličných her a dílčích prací v dílně, cvičila se u klientů jemná motorika, úchop, obratnost, cílené pohyby a koordinace.

Velmi důležité je i ovlivňování klienta za pomoci hudebního prožitku, ať už pasivního nebo aktivního. Pomocí muzikoterapie jde ovlivnit disharmonie a vnitřní

soulad, organismus je pak naladěný, daleko silnější a odolnější. **(8)**. U všech sledovaných jedinců, bez ohledu na jejich znevýhodnění, došlo k omezení emočního napětí.

Další činností, která má vliv na rozvoj psychiky je canisterapie. Nevěřila jsem, jak pozitivně naladění dokáží klienti být.

Nezastupitelná je samozřejmě terapie s rozvojem rozumových schopností a dovedností. Tato terapie měla opět velký vliv u Lenky a Lukáše, ostatní klienti si jen procvičovali věci již naučené.

Důležité je dbát na pravidelnou rehabilitaci motoriky u klientů s mentálním a kombinovaným postižením. Vždy jsem byla názoru, že otázka rehabilitace je všeobecně známý fakt a lékaři v takovémto případě klienta léčí a vyšetřují. Proto mě překvapilo, že i dnes se stane, že klient s DMO není pravidelně fyzioterapeuticky stimulován. Ve stacionáři byly omezené možnosti cvičení s klienty a hlavně nedostatek doporučení od lékaře.

Z mého pozorování bylo patrné, že všechny činnosti, které stacionář nabízí a jsou prováděny pravidelně, jsou důležité k rozvoji osobnosti. U klientů s DMO je to především: arteterapie, ergoterapie, nácvik komunikace, rozumových schopností a dovedností, rozvoj soběstačnosti, kondiční a rehabilitační cvičení. Všechny činnosti jsou pro rozvoj klienta důležité. Především je nutno podporovat ty, které klientům napomáhají nejvíce v jejich každodenním životě.

Kvalita života každého jedince se odráží také v tom, do jaké míry ho přijímá jeho okolí a jestli má utvořené přátelské vztahy. Z mého výzkumu bylo zřejmé, že klienti se ve společnosti svých vrstevníků, dospělých a kamarádů cítí velice dobře a jejich psychický stav je pozitivně naladěn.

Velmi podstatná je zmínka o poskytnutí včasné speciálně pedagogické péče pro klienty s mentálním a kombinovaným postižením. Je nezpochybnitelná a v mnoha zemích je jí věnována velká pozornost. Jak uvádí I. Švarcová postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době prochází vývojem a různými názory. Je zřejmé,

že tyto zařízení plní důležité poslání, úkoly, pomoc při odlehčení rodinám a rozvoj osobnosti klientům.

Na závěr mého výzkumu uvedu hypotézu, která vyplynula z mých výsledků.

Hypotéza: Každodenní, systematická a pravidelná návštěva klienta stacionáře a využívání všech činností, které nabízí, napomáhají v rozvoji osobnosti, integraci do společnosti, soběstačnosti, rozvoji jemné a hrubé motoriky u klientů s mentálním a kombinovaným postižením a to především s DMO.

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Možnosti rozvoje osobnosti klientů ve stacionáři Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené jsem došla k výsledku práce a vytvořila hypotézu.

Poznatky získané při výzkumu prokázaly, že při každodenní systematické návštěvě stacionáře a všech činností, které nabízí, dochází k rozvoji osobnosti klientů a to především v oblasti integrace, motoriky, rozumových schopností a dovedností, zlepšení komunikace a osobnostního rozvoje. Pro klienty s mentálním i kombinovaným postižením je důležitá soustavná péče. Proto lepší výsledky dosahovali klienti, kteří prošli základní speciální výchovou a odbornou terapeutickou péčí a ti, kteří měli dobré rodinné zázemí.

Ve stacionáři zcela chybí dlouhodobé plánování rozvoje schopností jednotlivých klientů a vedení podrobné dokumentace o rozvoji schopností a dovedností klientů. Oproti péči v rodině je stacionář schopen nabídnout širokou škálu aktivit, které i přes to, že nejsou řádně plánovány a soustředěny podle potřeb klientů, umožňují rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Doporučuji všem podobným zařízením vedení podrobné dokumentace o vývoji schopností a dovedností klientů a dlouhodobé plánování aktivit směřovaných k soběstačnosti a rozvoji silných stránek jedinců.

Výsledky mého výzkumu potvrdily, že neexistuje jedna konkrétní činnost, která by nejvíce napomáhala v rozvoji osobnosti klienta, ale že klientům pomáhá komplexnost činnosti poskytovaných stacionářem a pravidelný kontakt s lidmi mimo domácí prostředí napomáhá v jejich začlenění do společnosti.

Doufám, že moje práce přispěje k větší informovanosti o portfoliu služeb poskytovaných zkoumaným stacionářem a to především u rodin vychovávajících svoje potomky pouze v domácím prostředí. Dále ji mohou využít pracovníci uvedeného stacionáře a dalších obdobných zařízení ke zlepšení kvality služeb.

7. SEZNAM ZDROJŮ

1. BUBENIČKOVÁ, P. *Dítě se zdravotním postižením*. 1. vyd. MŠMT 1999, 198 s. ISBN 80-7213-223-5.
2. *Cerebral palsy* [online]. no update date [cit. 2007-04-27].
<http://www.askthelawdoc.com/about_cp.shtml>.
3. DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-449-4.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Portal, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portal, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
6. CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.
7. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s mentálním a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 146 s. ISBN 80-7254-192-7.
8. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
9. KLENOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
10. LANGMEIER, J. a kol. *Dětská psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 431 s. ISBN 80-7178- 381-1.
11. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1.vyd. Praha: Portal, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
12. LANGER, L. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Kotva, 1995. 241 s. ISBN 80-9000-264-6-3.

13. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocným a zdravotně postižených dětí*. 3.vyd. Praha: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
14. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
15. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.
16. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2.vyd. Brno: Paido, 1998. 83 s. ISBN 80-931-60-5.
17. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-872-4.
18. *NINDS Cerebral Palsy Information Page* [online]. last updated April 16, 2007 [cit. 2007-04-27].
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/cerebral_palsy.htm>.
19. NOVÁKOVÁ, V. *Máme doma dítě s DMO – porad'te!*. 1. vyd. Jihlava: Soukromá VOŠ sociální, 2004.
20. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 158 s. ISBN 80-7178-197-5.
21. NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 102 s. ISBN 80-95937-60-3.
22. OLLIVER, K. *Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-378-1.
23. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 81. publikace. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
24. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 199 s. ISBN 80-86633-40-3.

25. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
26. *Sociální služby* [online]. Poslední aktualizace neuvedena [cit. 2007-04-22]. <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
27. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. poslední revize 29.06.2005 [cit. 2007-04-27]. <<http://www.mpsv.cz/cs/1460>>.
28. *Stacionář Úsměv pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením* [online]. Poslední aktualizace neuvedena [cit. 2007-04-22]. <<http://trebic.caritas.cz/>>.
29. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
30. ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. 128. publikace. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
31. ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
32. TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 345 s. ISBN 80-7184-803-4.
35. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, s.r.o. 2003. 443s. ISBN 80-7320-039-2.
36. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 68. publikace. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.
37. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

38. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 3. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2000. 183 s. ISBN 80-7040-445-0.
39. ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna - otázky a odpovědi* [online]. Poslední aktualizace neuvedena [cit. 2007-04-22]. <<http://www.dobromysl.cz>>.
40. ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna (DMO)* [online]. Poslední aktualizace neuvedena [cit. 2007-04-22]. <<http://neurochirurgie.cz>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Dětská mozková obrna

Formy péče

Kombinované postižení

Mentální retardace

Rozvoj osobnosti

Stacionář Úsměv

Terapie

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: kresba klient Josef

Příloha č. 2: kresba klient Petr

Příloha č. 3: kresba klient Lukáš

Příloha č. 4: kresba klient Karel

Příloha č. 5: kresba klient Lenka

Příloha č. 6: foto výrobků klientů

Příloha č. 7: foto výrobků klientů

Příloha č. 8: foto výrobků klientů

Příloha č. 9: foto při arteterapii

Příloha č. 10: foto při práci v dřevodílně

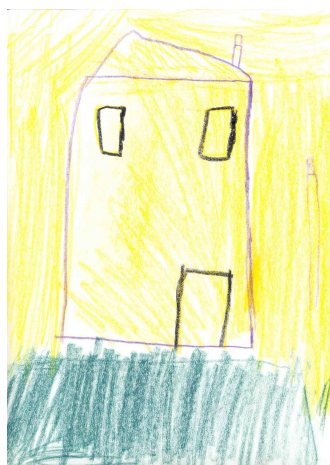
Příloha č. 11: foto při canisterapii

Příloha č. 12: žádost o nahlédnutí do dokumentace a vedení rozhovoru

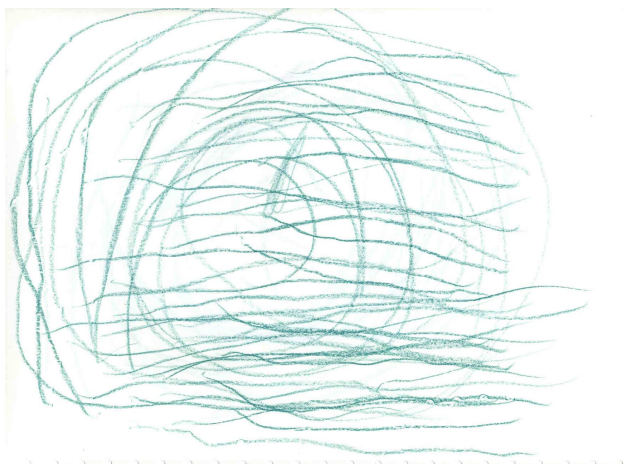
Příloha č. 1



Příloha č. 2



Příloha č. 3



Příloha č. 4



Příloha č. 5



Příloha č. 6



Příloha č. 7



Příloha č. 8



Příloha č. 9



Příloha č. 10



Příloha č. 11



Příloha č. 12

Vážení rodiče,

žádám Vás o svolení k nahlédnutí do dokumentace vedené o vaší dceři/synovi stacionářem Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené.

Dále o rozhovor s vámi a s vaší dcerou/synem o problematice týkající se tématu bakalářské práce Veroniky Dvořákové studující Zdravotně-sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na téma „Možnosti rozvoje osobnosti klientů ve stacionáři Úsměv pro mentálně a kombinovaně postižené“.

Veškerá získaná data budou zpracována anonymně.

Mnohokrát vám děkuji za ochodu a pomoc.

S pozdravem

ředitelka stacionáře